

Taru Miettinen

**Kiireettömyyden tunnetta, aitoa kuulemista ja läsnäoloa  
– Tie kotihoidon asiakkaan yksinäisyyden  
lievittämiseen?**

Opinnäytetyö

Syksy 2014

SeAMK Sosiaali- ja terveysala

Geronomi (AMK)

SeAMK 

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU  
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

## Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveysala

Tutkinto-ohjelma: Geronomi (AMK)

Tekijä: Taru Miettinen

Työn nimi: Kiireettömyyden tunnetta, aitoa kuulemista ja läsnäoloa – Tie kotihoidon asiakkaan yksinäisyyden lievittämiseen?

Ohjaaja: Marita Lahti ja Elina Hietaniemi

Vuosi: 2014

Sivumäärä: 84

Liitteiden lukumäärä: 4

---

Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää kotihoidon asiakkaiden ja henkilöstön välisen kohtaamisen laadun merkitystä asiakkaan yksinäisyyskokemuksille. Tutkimustuloksien avulla tavoitteena on vaikuttaa kotihoidon asiakkaiden elämänlaatuun kiinnittämällä hoitotyöntekijöiden huomiota enemmän jokapäiväiseen kohtaamiseen.

Opinnäytetyö on laadullinen tutkimus, jonka aineiston keräämiseksi käytettiin teemahaastatteluja. Tutkimukseen osallistui kuusi ikääntynyttä Turun kaupungin säännöllisen kotihoidon asiakasta, joista puolet miehiä ja puolet naisia. Lisäksi tutkimukseen osallistui 20 kaupungin kotihoidon hoitotyöntekijää. Tutkimusaineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Tutkimustulosten mukaan asiakkailla on tarve olla osa yhteiskuntaa ja hoitotyöntekijöiden elämää. Hoitotyöntekijöiden toivottiin olevan kuin kavereita; ei liian tuttavilla muttei liian virallisiakaan. Hoitotyöntekijöiden kuuntelevalla ja kannustavalla asenteella nähtiin positiivisia vaikutuksia elämänlaatuun. Pysähtyminen nähtiin ensisijaisen tärkeänä. Hoitosuhde piti sisällään kohtaamisen lisäksi myös muita elämänlaatuun vaikuttavia tekijöitä. Hoitotyöntekijöiltä toivottiin joskus enemmän kuin mitä he resurssien puitteissa pystyvät tarjoamaan.

Hoitohenkilöstö epäili haastatteluissa asiakaskohtaamistensa pitkän aikavälin seurauksia. Koska kohtaaminen ei ole jatkuvaa, hetkellisten hyvien vaikutuksen pelättiin romahtavan. Hoitohenkilöstön piti tulkita yksinäisyys pienistä teoista ja eleistä. Kiire aiheutti sen, etteivät hoitotyöntekijät pystyneet toteuttamaan hoitoa kuten olisivat halunneet. Olennaisena pidettiin tunteiden näyttämisen mahdollisuutta sekä vanhusasiakkaan kohtaamista ihmisenä.

Hoitotyöntekijän kannustavalla kohtaamisella on merkitystä asiakkaan yksinäisyyskokemuksiin. Tärkeämpänä yksinäisyyden lievittäjänä kohtaamisessa on pysähtymisen taito. Onnistunut kohtaaminen muodostuu pienistä asioista; asenteesta, annetusta tuesta, inhimillisyydestä, yksityisyyden rajan huomioimisesta sekä asioiden loppuun saattamisesta. Omahoitajuutta tulee kehittää entistä asiakaslähtöisemmäksi.

Avainsanat: kotihoito, kohtaaminen, emotionaalinen yksinäisyys, ikääntyminen

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

## Thesis abstract

Faculty: School of Health Care and Social Work

Degree programme: Elderly Care

Author: Taru Miettinen

Title of thesis: The feeling of leisure, real listening and presence – A way to relieve the loneliness of home care customers?

Supervisors: Marita Lahti and Elina Hietaniemi

Year: 2014

Number of pages: 84

Number of appendices: 4

---

The objective of this thesis was to analyze the significance of the quality of the meeting between home care customers and staff for the customer's loneliness experiences. With the help of the research results, an attempt is made to affect the customers' quality of life fixing for the everyday encounter. The thesis is a qualitative study and the research material was collected by theme interviews. The six aging customers of regular home care of the city of Turku participated in the study from which half were men and other half women. Furthermore, 20 care workers of home care of the city participated in the study. The research material was analyzed on an inductive content analysis.

According to the research results, the customers have a need to be a part of society and the care workers' life. It was hoped that the care workers were like friends, not allowed to be too acquaintances but not either too official. Positive effects on the quality of life were seen with the care worker's attitude which listens and encourages. The stopping was seen primarily important. In addition to the meeting, the care relation contained other factors also which affect the quality of life.

The nursing staff doubted long term consequences during the interview. Because the meeting is not continuing, it was feared that the effect of the good consequences was collapsing. The nursing staff had to interpret loneliness from small acts and gestures. The hurry caused the fact that care workers were not able to carry out care as they would have wanted. The possibility of showing feelings and meeting the old person as a customer was considered essential as a human being.

On the encouraging meeting of the care worker, it is the significance for the customer's emotional loneliness. In the meeting, the most important factor of loneliness is a skill of the stopping. The successful meeting consists of small matters; from attitude, given support, humanity, observation of limit of the privacy and bringing matters until the end. Primary nurse system should be developed more customer-oriented than it is nowadays.

Keywords: home care, meeting, emotional loneliness, aging

## SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä.....	2
Thesis abstract.....	3
SISÄLTÖ.....	4
Kuvioluettelo.....	7
1 JOHDANTO .....	8
2 KOTIHOITO JA IÄKÄS ASIAKAS.....	9
2.1 Hoito- ja palvelusuunnitelma osana kotihoitoa.....	9
2.1.1 Hyvinvointia edistävä vuorovaikutus .....	9
2.1.2 Asiakkaan voimavarat.....	11
2.1.3 Riskitekijät.....	11
2.2 Johtamisen laatu ja asiakkaan elämänlaatu .....	12
2.3 Hoitotyöntekijöiden hyvinvoinnin tukeminen .....	13
3 KOHTAAMINEN ASIAKASTYÖSSÄ .....	14
3.1 Asiakaskohtaamisen osa-alueet .....	14
3.1.1 Arvostus.....	14
3.1.2 Luottamus .....	15
3.1.3 Kommunikaatio: sanallista ja sanatonta viestintää.....	16
3.1.4 Kehollisuus, kiire ja kiireettömyys .....	17
3.1.5 Turvallisuus ja lähimmäisenrakkaus .....	18
3.1.6 Vallankäyttö .....	19
3.2 Kohtaaminen kotihoidossa.....	20
3.2.1 Kotihoidon työntekijän ammatillisuus kohtaamisessa .....	20
3.2.2 Kohtaamisen merkitys kotihoidon asiakkaalle.....	21
4 YKSINÄISYYS .....	23
4.1 Emotionaalinen yksinäisyys .....	23
4.1.1 Yksinäisyys subjektiivisesti koettuna .....	23
4.1.2 Yksinäisyyteen johtavat tekijät .....	24
4.1.3 Yksinäisyyden yleisiä seurauksia.....	25
4.1.4 Yksinäisyyden lievittäminen .....	26
4.2 Sosiaalinen yksinäisyys .....	27

4.3	Yksinäisyys iäkkäiden ihmisten kuvaamana .....	30
4.3.1	Epämiellyttävää yksinäisyyttä .....	30
4.3.2	Positiivista yksinäisyyttä.....	31
5	TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TARKOITUS.....	32
6	TUTKIMUKSEN MENETELMÄT JA TOTEUTUS .....	33
6.1	Laadullinen tutkimus .....	33
6.2	Teemahaastattelu .....	34
6.3	Sisällönanalyysi .....	34
6.4	Tutkimukseen osallistuneet henkilöt .....	35
6.5	Tutkimusaineiston kerääminen ja analysointi.....	36
7	TUTKIMUSTULOKSET .....	38
7.1	ASIAKKAIDEN HAASTATTELUIDEN TULOKSET .....	38
7.1.1	Kiinni elämässä.....	39
7.1.2	Kuin kaverit keskenään.....	40
7.1.3	Elämänlaatua kohottamassa.....	41
7.1.4	Pelkkänä korvana .....	42
7.1.5	Vuosien kovettama .....	44
7.1.6	Pysähtymisen taito.....	46
7.1.7	Keskeneräisyyteen pettymistä .....	47
7.1.8	Toteutumattomia haaveita .....	49
7.2	HOITOHENKILÖSTÖN HAASTATTELUIDEN TULOKSET .....	50
7.2.1	Hetken helpotusta.....	50
7.2.2	Asiakkaiden tulkintaa .....	53
7.2.3	Ihmisyyttä unohtamatta.....	55
7.2.4	Tunteiden myllerrystä.....	57
7.2.5	Takaraivossa naputtava ääni .....	59
8	TUTKIMUSTULOSTEN YHTEENVETO.....	61
9	JOHTOPÄÄTÖKSET .....	63
9.1	Omahoitajuudesta entistä asiakaslähtöisempää .....	63
9.2	Hoitotyöntekijä kannustavana rinnalla kulkijana.....	65
9.3	Tärkeimpänä tekijänä pysähtymisen taito .....	67
9.4	Pienillä asioilla tuotetaan laatua.....	70
10	TUTKIMUKSEN ARVIOINTI JA POHDINTA .....	76

10.1	Opinnäytetyön kulku .....	76
10.2	Tutkimuksen eettisyys.....	77
10.3	Tutkimuksen merkityksellisyys ja jatkotutkimusaiheita.....	78
LÄHTEET .....		81
LIITTEET .....		85

## Kuvioluettelo

Kuvio 1. Asiakashaastatteluista esille nousseet tulokset. ....	38
Kuvio 2. Hoitohenkilöstöhaastatteluista esille nousseet tulokset.....	50
Kuvio 3. Kohtaamisen laadun merkitys kotihoidon asiakkaan yksinäisyyskokemuksissa. ....	62
Kuvio 4. Johtopäätökset.....	63
Kuvio 5. Tutkimuksen mukaan kohtaamisen laatuun vaikuttavat tekijät.....	70

# 1 JOHDANTO

”Joka kerran, kun puhut sairastuneen kanssa jostain,  
josta hän haluaa puhua tai vaikenet hänen kanssaan,  
olet osa sitä lääkettä, jota vielä ei ole keksitty”

(Jertta Blomstedt 2009)

Yksinäisyyttä tutkitaan ja ajatellaan usein negatiivisesta näkökulmasta, mutta joissain tilanteissa sitä voidaan pitää myös hyvänä tekijänä. Se saattaa kannustaa tekemään jotain uutta ja luovaa. Pääosin kuitenkin yksinäisyys herättää kokijassaan negatiivisia tunteita, ja sen seuraukset ovat merkittäviä niin yksilö- kuin yhteiskunnallisellakin tasolla. Yksinäisyys on Suomessa vanhusten keskuudessa hyvin yleistä, ja kun suuret ikäluokat vanhenevat ja vanhusten määrä vain kasvaa entisestään, tulee yksinäisyydestä entistä suurempi ongelma. Kotihoidon tehostuessa yhä useampi jää kotiinsa huonokuntoisena ainoastaan kotihoidon antamien sekä tukipalveluiden turvin. Perheet ovat pieniä ja yksin asuminen on tavallista jo työiässäkin. Kaupungistuminen puolestaan edistää anonyymien elämäntavan lisääntymistä. (Niemelä & Nikkilä 2009, 135.)

Ei ole olemassa yhtä yksittäistä, kaikille sopivaa tapaa lievittää yksinäisyyttä, joten kaikki pienetkin yksittäiset teot ovat tärkeitä. Tässä opinnäytetyössä yhteistyötahona toimi Turun kaupungin hyvinvointitoimialan kotihoito. Halusin nostaa esille ja kiinnittää huomiota hyvinkin arkipäiväisiin tilanteisiin, kohtaamisiin hoitotyöntekijän ja asiakkaan välillä. Tutkimuksen painopiste on emotionaalisella eli subjektiivisesti koetulla yksinäisyydellä yhdistettynä. Tämä lisääntyvä yksinäisyyden muoto on yhdistetty jokapäiväiseen asiakaskohtaamiseen.

Mitä enemmän ikäihmisten yksinäisyydestä sekä kotihoidon kiireestä puhutaan, sitä tärkeämpänä pidän huomion kiinnittämistä kohtaamisen merkitykseen. Kokonaisuus on osiensa summa ja monet tekijät vaikuttavat niin yksinäisyyteen kuin kohtaamisen laatuunkin. Ihmistä voidaan hoitaa näennäisesti hyvin, mutta vuorovaikutus voi olla kliinistä ja etäistä. Ilman, että tätä pysähdytään ajattelemaan, on mielestäni lähes mahdotonta tapahtua muutosta parempaan.



## **2 KOTIHOITO JA IÄKÄS ASIAKAS**

Suomessa iäkkäiden kotona asumista tuetaan niin kunnallisten kuin yksityisten palveluntuottajien voimin. Kansalliset lait ja määräykset, kuten vanhuspalvelulaki eli laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista, asettavat korkeita vaatimuksia ikäihmisten hyvän elämän ja hoidon turvaamiseksi sekä itsemääräämisoikeuden vahvistamiseksi. (L 2012/980.)

### **2.1 Hoito- ja palvelusuunnitelma osana kotihoitoa**

Hoitosuhde tarkoittaa asiakkaan ja hoitotyöntekijän välistä vuorovaikutussuhdetta. Sitä määrittelee tietoisuus, tavoitteellisuus sekä suunnitelmallisuus. Hoitosuhteen luonnetta määrittelevät luottamus, intensiteetti, ennustettavuus, riippuvuus, vastavuoroisuus, sitoutuvuus sekä hoitosuhteen kaksitahoisuus. (Heikkinen, Keskinen & Laine 1997, 11-12, 17-22.) Hoitosuhteessa ammatillisuus on aktiivista työtä, jonka tavoitteena on asiakkaan hyvinvoinnin lisääminen ja terveyden edistäminen. (Heikkinen, Keskinen & Laine 1997, 23-27.)

Lakisääteistä hoito- ja palvelusuunnitelmaa asiakkaalle tehdessä tulee huomioida niin fyysiset, psyykkiset kuin sosiaalisetkin tekijät. Sosiaalista verkostoa ja sosiaalisia suhteita ei tule tarkastella irrallisina, vaan on huomioitava erilaiset elämäntilanteet ja tarpeet sekä yksilölliset ja henkilökohtaiset tekijät kuten sukupuoli, ikä, taloudellinen tilanne, sosiaaliluokka, terveydentila, sosiaaliset taidot ja ympäristö. Näin ollen on huomioitava asiakkaan sosiodemografiset ja ekonomiset tekijät, sosiaalinen verkosto ja vuorovaikutussuhteet, terveys ja toimintakyky sekä persoonallisuus. (Tiikkainen 2006, 14, 16-21.)

#### **2.1.1 Hyvinvointia edistävä vuorovaikutus**

Laatu on käsite, jonka tulisi kulkea mukana jatkuvasti niin päivittäisessä asiakastyössä kuin ylemmän portaalan johtamisessa. Kotihoidon laatua voidaan arvioida neljällä tasolla; asiakkaan ja hoitotyöntekijän vuorovaikutuksen,

työyksikön ja organisaation, yhteisön sekä yhteiskunnan tasolla. (Heinola 2007, 13.)

Opinnäytetyössäni laadun arviointi painottuu asiakkaan ja hoitotyöntekijän vuorovaikutuksen tasolle. Kotihoidon asiakkaista 61% tarvitsee pääosin fyysistä apua, mutta jopa 10% asiakkaista on alkujaan hakeutunut apuun psyykkis-sosiaalisten syiden vuoksi. Jotta asiakas voidaan pitää arvioinnin keskiössä ja lakisääteistä hoito- ja palvelusuunnitelmaa pitää ajantasalla, tarvitaan jatkuvaa vuorovaikutusta, ammattitaidon kehittämistä sekä asiakkaille jatkuvuuden ja turvallisuuden tunteen luomista. Nämä ovat avaimet asiakaslähtöiseen kotihoitoon. (Heinola 2007, 19.) Jokainen asiakas on kognitiivis-psykkis-fyysis-sosiaalinen kokonaisuus, kuten kaikki ihmiset. Myös palvelutarpeen arvioinnissa on otettava huomioon asiakas kokonaisuutena. Ammattitaitoinen palvelu, asiakasta arvosta ja ystävällinen kohtelu, ymmärtäminen, kuuntelu, rehellisyys, luotettavuus ja kodin siisteydestä huolehtiminen ovat laadukasta hoitoa siinä missä yksittäisten hoitotoimenpiteiden suorittaminenkin. (Heinola 2007, 36, 44.)

Vuorovaikutukseen panostaminen on tärkeä osa hoidon laadun kehittämisessä. Hoidon suunnittelu ”mitä tehdään” –näkökulmasta on aivan eri asia kuin miettiä suunnittelua ”miten” –kysymyksen kautta. Mielen muutos –hankkeen mukaan hyvinvointia edistävän vuorovaikutuksen (normaalin keskustelun, palautteen antamisen yms.) merkitseminen hoito- ja palvelusuunnitelmaan edistää asiakkaan elämänlaatua ja vähentää hoitotyöntekijän työstressiä. (Haapala, Burakoff & Martikainen 2013, 314-317.)

Turun Sanomissa 11.2.2012 olevassa artikkelissa ”Ikäihmiset ansaitsevat osaavia ammattilaisia” on painotettu vanhusten arvomaailman huomioimista. Vanhuksen arvot ovat osa peräisin lapsuudesta, mutta osa on koostunut valinnoista, joita on tullut tehtyä elämän aikana. Artikkelissa painotetaan, kuinka tärkeää hoitohenkilökunnan on toimia vanhuksen arvomaailman mukaisesti. Tällä on vaikutus voimaannuttavan ja luottamuksellisen suhteen syntymiseen. Tämä pätee yhtäläillä yksinäisyyden hoidossa ja ehkäisyssä. (Pohjolainen & Salonen 2012.)

### **2.1.2 Asiakkaan voimavarat**

Voimavaralähtöinen ajattelu tulisi olla pohjana kaikissa hoitoon ja hoivaan liittyvissä tapauksissa. On otettava huomioon niin vanhuksen sisäiset kuin ulkoisetkin voimavarat. Tämä tarkoittaa monipuolista elämäkokemuksen, persoonallisuuden, kypsyyden, motivaation, sosiaalisen verkoston, koulutustason ja taloudellisen tason kartoitusta yhdessä asiakkaan kanssa. Erityisen tärkeää on kohdata yksilön voimavarat hänen heikoilla hetkillään. Kokonaisvaltainen, holistinen, kuva yksilöstä on tärkeä pitää mielessä, jotta palveluita ja virikkeitä voidaan tarjota monipuolisesti. Ihminen on kognitiivis-psykkis-fyysis-sosiaalinen kokonaisuus, johon vaikuttavat kaikki osa-alueet. Myös yksilön elinolot on otettava huomioon voimavaralähtöistä työtettä toteutettaessa. On tärkeää kartoittaa ja kuunnella mistä vanhus pitää, mitä hän haluaa ja mitä hän ei missään nimessä halua. Näin tuetaan vanhuksen itsemääräämisoikeutta ja yksilöllisyyttä. (Heikkinen 2002; Räsänen 2011, 72, 180; Koskinen, Aalto, Hakonen & Päivärinta 1998, 123, 157.)

Sosiaalisen verkon hyödyntäminen yksinäisyyden ehkäisyssä ja hoidossa on tärkeää; on otettava huomioon, ettei sosiaalinen verkosto käsitä vain lähimmät omaiset, vaan siihen voivat lukeutua myös ystävät ja naapurit, ammattiauttajat ja palveluhenkilöstö, laitosasukkaat, päivittäiset harrastussuhteet ja elämänaikaiset merkittävät ihmissuhteet. Laajakatseisuus ei ole haitta vaan vahvuus vanhuksen parasta ajateltaessa. Ongelman lähtökohtaa on tärkeä pyrkiä selvittämään, jotta voidaan lähteä ratkaisemaan syitä eikä ainoastaan seurauksia. (Heikkinen 2002; Räsänen 2011, 72, 180; Koskinen ym. 1998, 123, 157.)

### **2.1.3 Riskitekijät**

lääkälle asiakkaalle voi olla merkittäviä seurauksia luottamuksellisesta ja vuoropuheluun pohjautuvasta yhteistyösuhteesta kotihoidon hoitotyöntekijään sekä kuulluksi tulemisesta. Pienikin asia voi olla tekijä vanhuksen yksinäisyyden ja turvattomuuden kokemukseen. Yksinäisyyden tunteeseen voivat vaikuttaa monet sosiaaliset tekijät; kyky ilmaista itseään, kyky käyttää puhelinta ja kommunikoida muita välineitä käyttäen, asumusmuoto, osallistumismahdollisuudet

toimintaan kodin ulkopuolella sekä sosiaaliset voimavarat, pitäen sisällään niin sosiaaliset suhteet kuin mielekkäät tekemisetkin. Asiakkaan toimintakyvyn ja elinolosuhteiden arviointia tehdessä tulee huomioida myös riskitekijät, jotka ennakoivat asiakkaan toimintakyvyn heikkenemistä. Yksinäisyys on yksi näistä tekijöistä. Usein yksi asia johtaa toiseen, jolloin kokonaisuuden huomioiminen on tärkeä osa oikea-aikaisen ja ennaltaehkäisevän hoidon tavoittelussa. (Heinola 2007, 41.)

## **2.2 Johtamisen laatu ja asiakkaan elämänlaatu**

Johtamisen laatu vaikuttaa asiakkaan kokemaan elämänlaatuun. Ei ole yhdentekevää, millaisella laadulla ja johtamisella hoito- ja hoivatyö toteutetaan, kun tähdätään asiakkaan hyvään elämänlaatuun kotihoidossa. Hoitotyöntekijöiden kohtaamisella ja siihen huomion kiinnittämisellä on mittavia seurauksia asiakkaille. Myös pienillä teoilla kuten turvapuhelimilla ja esteettömillä kulkureiteillä, voidaan pidentää vanhuksen asumista omassa kodissaan. Näillä voidaan myös mahdollistaa yksinäisyyden ehkäiseminen. Ajoissa tehdyt palvelutarpeen arvioinnit ja yksilökohtaiset seurannat tuovat tunnetta, että joku välittää. (Jansson 2009; Aalto 2012; Räsänen 2011, 65.)

Elorannan, Arven, Viitasen, Isoahon & Routasalon (2009) tekemässä tutkimuksessa iäkkäiden psyykkisestä hyvinvoinnista ilmeni, että hoitotyöntekijät tarvitsevat enemmän tietoa ja ymmärrystä psyykkisestä hyvinvoinnista voidakseen tunnistaa asiakkaista riskiryhmäläiset. Toteutettavien toimenpiteiden ja erilaisten väliintulojen eli interventioiden vaikutuksia psyykkiseen hyvinvointiin on seurattava. Tähän tarvitaan henkilökunnalle suunnattavaa koulutusta ja johtamisen työkaluja, jotta arviot eivät perustu kotihoidon hoitotyöntekijöiden oletuksiin. Ikäihmiset tulisi ottaa mukaan omaa hoitoaan ja palveluitaan koskeviin kehitysneuvotteluihin, sillä he ovat palveluiden käyttäjät ja näin ollen parhaat asiantuntijat laadun arvioinnissa. (Eloranta, Arve, Isoaho, Welch, Viitanen & Routasalo 2009, 853.)

### 2.3 Hoitotyöntekijöiden hyvinvoinnin tukeminen

Onnistuneen kohtaamisen takana on usein hoitohenkilöstön hyvinvointi. Kun henkilöstö voi hyvin, se välittyy asiakkaalle. Hyvinvointia vaarantavia tekijöitä avohoidossa ovat kiire, yksin työskentely (raskas vastuu asiakkaista), työyhteisön ja ilmapiirin ongelmat, johtamisen ongelmat, fyysinen kuormitus sekä vaihtelevat ja usein puutteelliset työvälineet ja fyysiset ympäristöt. (Voutilainen, Vaarama, Backman ym. 2002, 194.) Näihin huomion kiinnittäminen ja panostaminen johtotasolla näkyvät asiakkaalle asti kaikki vaikuttaa kaikkeen –periaatteella.

Mattila (2007, 68) toteaa kirjassaan *Arvostava kohtaaminen*: ”Kun hoitotyöntekijä jaksaa, hän näkee kauneuden, joka on ohentuneessa ihossa, hidastuneessa vauhdissa ja kadoksissa olevissa sanoissa. Hän näkee elämänviisauden, joka asuu hiljaisuudessa. Hän näkee elämänilon, joka puhkeaa kukkaan kohtaamisessa. Hän näkee myös elämän kivun, joka syntyy yksinäisyydestä ja elämäntyön vääristämistä nivelistä.” Tässä on peruste sille, miksi hoitotyöntekijöiden jaksamista tulisi tukea; sillä on suoria seurauksia asiakkaan jaksamiseen ja elämänlaatuun.

Yksinäistä vanhusta kohdatessa on tärkeää pitää mielessä, ettei syy yksinäisyyteen ole yksin hänen. Vanhuksella on usein halu osallistua moniin asioihin, mutta kyky ja mahdollisuudet siihen puuttuvat. Hoitotyöntekijän tehtävänä olisikin pienentää kuilua palveluiden ja yksilön välillä ja tehdä osallistuminen mahdolliseksi rajoitteista huolimatta. Monesti syy yksinäisyyden tunteeseen on poistettavissa jo pienilläkin teoilla, ja jo hoitohenkilökunnan syventyminen asiakkaan tarpeisiin saattaa olla avainsana parempaan oloon. Pienten tekojen tärkeydestä muistuttamista on pidettävä jatkuvasti yllä. (Koskinen ym. 1998, 110.)

### **3 KOHTAAMINEN ASIAKASTYÖSSÄ**

On vaikea määritellä, mitä asiakassuhteen kokonaisvaltainen kohtaaminen on. Käsitettä käytetään kuitenkin niin valtavasti, että siitä voi päätellä sen olevan koettu hyvinkin tärkeäksi. Täsmennyksen puutteesta voidaan päätellä täsmennyksen vaikeus. (Heikkinen, Keskinen & Laine 1997, 7.) Tässä opinnäytetyön teoriaosuudessa olen nostanut esille tutkimukselleni merkitykselliset osiot asiakkaan kohtaamisesta, läheskään kaikkia osa-alueita ei ole määritelty perusteellisesti.

Asiakkaan kohtaamisessa erityisen tärkeiksi nousevat luottamus, turvallisuus, kärsivällisyys, yksilöllisyys, huolehtiminen ja hoitajuus. Kohtaamisessa ei ole toimijana ainoastaan yksi henkilö, vaan siihen tarvitaan aina myös ulkopuolinen toimija (Heikkinen, Keskinen & Laine 1997, 7). Hoitotyöntekijän on pidettävä kohtaamisessa mielessään ammatillisuus ja tavoitteellisuus, asiakkaalla kohtaaminen perustuu herätettyihin tunnekokemuksiin. Näin ollen samanlainen kohtaaminen eri näkökulmasta katsottuna muodostaa aivan erilaisen kokemuksen. Tarkoitus onkin löytää tavoitteellinen vuorovaikutus olemalla läsnä, kuulemalla, näkemällä ja havainnoimalla toisen tarpeita. Turvallisuudentunne syntyy, kun huolia kuunnellaan ja hätä aidosti ymmärretään. Ymmärtäminen ja läsnäolo ovat edellytyksiä luottamuksen syntymiselle, mikä puolestaan tukee omahoitajuuskäytäntöä. Jokainen hoitotyöntekijä ei voi tuntea jokaisen asiakkaan historiaa ja näin ollen ymmärtää asiakkaan näkemyksiä ja toiveita tai pelkoja yhtä hyvin kuin omahoitaja. (Mäkisalo-Ropponen 2011,168.)

#### **3.1 Asiakaskohtaamisen osa-alueet**

##### **3.1.1 Arvostus**

Tasavertaisuuden kunnioittaminen on kohtaamisen perusedellytyksiä asiakkaan ja hoitotyöntekijän välillä. Asiakas on aina oman elämänsä paras asiantuntija, kun taas hoitotyöntekijä tietyissä asioissa ammatillinen asiantuntija. Tämän

muistaminen edistää itsemääräämisoikeuden toteutumista. Rakentava tietämättömyys on lähestymistapa, jossa hoitotyöntekijä ei tiedä enempää kuin mitä asiakas hänelle lause lauseelta antaa tietää. Näin ollen myös tyhmit kysymykset auttavat asiakasta näkemään suuretkin itsestäänselvyydet uudessa valossa. Etukäteistietojen varaan luodut ennakkoasenteet estävät voimavarojen näkemisen. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 168-169.)

Asiakkaan arvostaminen on teoriassa helppoa, mutta käytännössä yllättävän vaikeaa. Arvostus on yksi hyvän elämän rakennusaineista ja sitä kohti tulisi tavoitella jatkuvasti. Arvostus pitää sisällään kokemusten, tunteiden ja inhimillisen elämän arvostamista kokonaisuudessaan. Jokainen asiakas on nähtävä arvokkaana luonteesta tai historiasta riippumatta. Hoitotyöntekijän on hyvä oppia käsittelemään omat tunteensa, sillä ne kasvattavat voimavaroja niin ihmisenä kuin työntekijänäkin. (Mattila 2007, 15-17.)

Kohtaamisessa on pidettävä mielessä muutama arvostavan kohtaamisen peruste. Hoitotyöntekijän on tärkeää kiinnittää huomiota kohtaako asiakkaan aidosti vai näytteleekö vain kohtaamista. Näyttelyssä suoritukset ottavat valtaa kohtaamistilanteessa. Tärkeää on unohtaa ennakko-oletukset ja todella kuulla, mitä toiset sanoo ilman valmiita vastauksia. On tärkeää ymmärtää toista osapuolta, olla aidosti läsnä ja jakaa toiselle osa elämästään. Läsnäolemisesta seuraa luottamuksellisuutta ja välittämisen ilmapiiri. Jokaisella ihmisellä on sekä haavoittuneisuus että eheytyminen, niin sanottu elämän kokonaisuus, jotka pitää hyväksyä ja joihin pyrkiä vaikuttamaan. (Mattila 2007, 11-14.)

### **3.1.2 Luottamus**

Luottamus on tärkeä osa hyvää hoitoa ja vuorovaikutusta. Asiakkaalle on synnyttävä luottamus sekä yksittäisiä hoitotyöntekijöitä kohtaan että yleisesti hoidossa tavoiteltavaan asiakkaan hyvään. Hoitotyöntekijöiden vaitiolovelvollisuus on keskeinen luottamuksen tekijä. Kunnioitus ja ymmärretyksi tulemisen kokemus ylläpitävät luottamusta. Mikäli asiakas ei luota yksittäisiin hoitotyöntekijöihin, sitä ei saa ottaa henkilökohtaisesti, sillä syy voi olla jokin historiasta jäänyt kokemus. (Mattila 2007, 23-26.)

Usein hoitotyöntekijän ja iäkkään asiakkaan välillä on ainakin yksi sukupolvi. Heidät erottaa erilainen historia ja elämänkohtalo, mutta ihmisyyys on silti yhdistävänä tekijänä. Tämä on olennainen osa lähimmäisyyttä ja vierellä kulkemista. Jokaisella on halu jakaa ihmisyytensä iloineen ja kipuineen jonkun kanssa. Mikäli hoitotyöntekijä on yksi ainoista sosiaalisista kontakteista asiakkaan elämässä, kohtaamisen tulisi entistä enemmän olla teeskentelemätöntä. Teeskentelemätön kohtaaminen pitää sisällään pysähtymistä, viipymistä ja vuorovaikutuksessa yhdessä kulkemista, vaikka olosuhteet ja toimintakyky olisi jo kuinka huonot. Auttamisen pakko on osa asiakkaan ja hoitotyöntekijän välistä kohtaamista, tietyt asiat ovat senkaltaisia, että hoitotyöntekijän on autettava asiakasta ja asiakkaan on otettava apu vastaan. Olisi kuitenkin pyrittävä pääsemään irti tilanteesta, jossa toisella ihmisellä ei ole mahdollisuutta tehdä oman elämänsä valintoja ja päätöksiä. (Mattila 2007, 32-39.)

### **3.1.3 Kommunikaatio: sanallista ja sanatonta viestintää**

Suurin osa ihmisten välisestä kommunikaatiosta on nonverbaalista eli sanatonta viestintää. Tämä pitää sisällään kasvojen ilmeet, katseet, eleet, kehon asennot, liikkeet ja sijaintiorientaatiot suhteessa toiseen ihmiseen. Sanallinen viestintä sisältää noin 10-25% viestinnästä. Kun sanallinen ja sanaton ovat ristiriidassa, sanaton viestintä voittaa (Mäkisalo-Ropponen 2011, 177-178). Hiljaisuus ja tauot antavat kuulijalle aikaa keskittyä viestiin ja tällä keinolla myös kuuntelija pystyy korostamaan aiheen tärkeyttä. (Pöllänen 2006, 10-14.)

Sanallinen eli verbaalinen viestintä voi olla myös ei-terapeuttista, jolloin viestinnästä ei koidu asiakkaalle positiivisia seurauksia. Näitä viestinnän keinoja voivat olla esimerkiksi toistuva vakuuttelu, puheenaiheen muuttaminen, tulkintojen tutkimatta jättäminen, stereotyyppiset vastaukset sekä kuuntelemattomuus. (Pöllänen 2006, 63-67.) Yhtäläillä myös sanaton viestintä voi olla asiakkaalle haitaksi, mikäli keskusteluetäisyys, koskettaminen, katsominen, ruumiin liikkeet, eleet ja pukeutuminen, läheisyys tai äänensävy eivät vastaa asiakkaan odotuksia ja toiveita (Väisänen, Niemelä & Suua 2009, 28-32).



Auttava vuorovaikutussuhde sisältää aitoutta ja avoimuutta, hyväksyntää ja ymmärrystä sekä vastavuoroisuutta. Vuorovaikutuksesta tulee aito, kun hoitotyöntekijä on aito ja vilpitön omissa tunteissaan, hyväksyy toisen ihmisen ja pitää häntä yksilö sekä omaa herkkyyttä nähdä maailma asiakkaansa silmin. (Mäkelä, Ruukonen & Tuomikoski 2001, 14-17.) Tavoitteellinen vuorovaikutus edellyttää kuulemista, näkemistä ja havaitsemista. Onnistuneensa vuorovaikutussuhde vaatii myös kykyä nähdä käyttäytymisen taakse ja tulkita todellisia tarpeita, viestejä ja tunteita. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 168.)

Dialogi on kahden ihmisen välinen yhteisen ajattelemisen tila, joka sisältää vuorovaikutusta ja kuuntelua. Onnistuneessa dialogissa asiakkaalla ja hoitotyöntekijällä vallitsee keskusteluyhteys, jossa jokainen arvostaa toinen toistaan pyrkimättä muuttaman toisen ajattelua. (Väisänen, Niemelä & Suua 2009, 9-23.) Asiakas kokee dialogia, kun tilanteet muistuttavat arkipäivän kohtaamisia. Näissä korostuu huolehtiminen mm. läsnäolon, läheisyyden ja arkisista asioista keskustelun kautta. (Haapala, Burakoff & Martikainen 2013, 146-149.)

Onnistunut kommunikaatio pitää sisällään vastavuoroisuutta. Hoitotyöntekijän tulee pyrkiä oppimaan kuunnella asiakasta ja kiinnittämään huomiota asioihin, joita ei tavallisesti huomioida. Kuunteleminen on paljon vaikeampaa kuin puhuminen. (Väisänen, Niemelä & Suua 2009, 9-23.) Schelerin (1970) mukaan verrattaessa hoitotyöntekijä-potilassuhdetta ystävyys-suhteeseen, eroavat ne huolenpidon ja tarkasteltavien näkökulmien osalta. Ystävyys-suhteessa huolenpito on molemminpuolista ja vastavuoroista. Myös hoitotyöntekijän ja asiakkaan välillä voi olla tietynlainen ystävyys-suhte, jolloin tunteet koetaan eri ulottuvuuksilla mutta kumppanuussuhde on tukea antava. (Haapala, Burakoff & Martikainen 2013, 10-14.)

### **3.1.4 Kehollisuus, kiire ja kiireettömyys**

Kosketus on tahdonalaista toimintaa, jota voi säädellä. Jokaisella on oikeus koskemattomuuteen, mutta se on usein lähes välttämätöntä hoitotoimenpiteitä suoritettaessa. Kosketuksella voi viestiä välittämistä, huolenpitoa ja empatiaa sekä luoda turvallisuutta ja laukaista jännitystä. Kosketuksella voi kuitenkin myös

välittää negatiivisia tunteita. Näitä tunteita ovat esimerkiksi viha, halveksunta ja alistaminen. (Enäkoski & Routasalo 1998, 100-103.)

Kosketuksella voidaan myös luoda suhdetta asiakkaan ja hoitotyöntekijän välille. Lämmin ja avoin käsi sekä joustavuus ja taitavuus luovat monesti asiakkaalle turvallisuuden tunteen ja näin myös lisää luottamusta. Kosketuksella voidaan rauhoittaa ja lohduttaa, mutta taputus voi myös viestiä rutiininomaisuudesta. Hyväksyty kosketus vaikuttaa myönteisesti asenteisiin ja yleensä tuo mielihyvän tunteita. Kosketus myös monesti viestittää asiakkaalle, että hoitotyöntekijä pitää häntä ihmisenä eikä vastenmielisenä. Kosketuksella voi viestiä huolenpitoa ja empatiaa. (Enäkoski & Routasalo 1998, 113-115, 126-128; Mäkisalo-Ropponen 2011, 316.)

Kosketuksen tulkintaan vaikuttaa ihmisen keholliset suhteet; merkityskeho (ilmeiden, eleiden ja olemuksen lukeminen), muistava keho (historian vaikutus), maailmaan suuntautunut keho (ihmisen suhde maailmaansa) sekä fenomenaalinen ruumis (kohteellistettu, ruumiillinen objekti). (Haapala, Burakoff & Martikainen 2013, 146-149.)

Kehon rytmillä on merkitystä asiakkaan kokemukseen kohtaamisesta. Työskentely voi olla joko nopeatempoista tai rauhallista. Nopeatempoisuudesta asiakkaalle tulee kiireen tunne. Lisäksi, jos hoitotyöntekijä ei istu asiakkaan kanssa samalle tasolle, vaan ohjaa häntä ylhäältä alaspäin, kokee asiakas itsensä alistetuksi. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 179.) Kohtaamisessa ajan ja tilan kokeminen on merkittävässä roolissa. Hoitotyöntekijän olemuksesta on aistittavissa joko kiire tai kiireettömyys. Tähän vaikuttavat hoitotyöntekijän kyvyt pysähtyä hetkeen ja olla aidosti läsnä. Toiset elävät jatkuvassa heiluriliikkeessä menneisyyden, tulevaisuuden ja nykyisyyden välillä, ja se viestittyy hyvin selkeästi asiakkaalle. (Mattila 2007, 137-138.)

### **3.1.5 Turvallisuus ja lähimmäisenrakkaus**

Kohtaamistilanne voi luoda asiakkaalle joko turvallisuuden tai turvattomuuden tunnetta. Saatu ohjaus ja neuvonta, toimenpiteiden aikainen keskustelu ja selostus

sekä kosketus luovat turvallisuuden tunnetta. Toisten armoille joutuminen luo avuttomuuden, nöyryydyksen, alistuneisuuden, kasvojen menettämisen ja rajoittamisen tunnetta, mikäli hoitotoimenpiteiden aikainen kohtaaminen on laiminlyöty. (Mattila 2007, 138-145.)

Lähimmäisenrakkauden vastakohta hoitotyössä ei ole viha, vaan välinpitämättömyys. Siinä on kyse jonkin tekemättä jättämisestä tai jonkun huomiotta jättämisestä. Tätä kuvaa mielenkiinnottomuus, karkeus, kylmyys ja epäinhimillisuus. Ne ovat merkki eriasteisesti työuupumuksesta ja niistä aiheutuu asiakkaalle syvää pahoinvointia ja lopulta ihmisarvonsa mitätöintiä. Ensin hoitotyöntekijän kiinnostus asiakkaasta persoonana on kadonnut, seuraavaksi hänen käytöksensä muuttuu karkeaksi ja jälleen kylmäksi. Kylmäksi muuttumisesta merkki on esimerkiksi rutinoituminen ja konemainen toiminta. Lopulta käytös asiakasta kohtaa on jopa epäinhimillistä. (Halldorsdottir 1996.)

### **3.1.6 Vallankäyttö**

Hoito- ja auttamistyötä harvoin mielletään vallankäytöksi. Routarinteen (2007) mukaan kuitenkin kaikki vuorovaikutus on tietynlaista vallankäyttöä ja pyrkimystä vaikuttaa toiseen ihmiseen. Kun toinen on auttaja toinen autettava tai kun toisen tietämys jostain asiasta on suurempi kuin toisen, vallankäyttö on aina mahdollista. Myös hoitotyöntekijä voi tulla hoitosuhteessa itse vaikutetuksi mikäli antaa sille mahdollisuuden. Hoitotyöntekijän asenteesta onkin kiinni, miten valtaa käytetään; oikein vai väärin. Vallankäyttöä kohtaamisessa on esimerkiksi kysymysten asettelu. Mikäli hoitotyöntekijä kysyy sairauksista, hän luonnollisesti myös saa vastauksen sairauksista. Mikäli hän haluaa kuulla asiakkaan elämäntarinan, hänen on muotoiltava kysymyksensä uudelleen. Hoitotyössä onkin siis jatkuvasti seurattava ja luotava keskustelua arvoista ja periaatteista, jotta vääränlainen vallankäyttö saataisiin minimoitua hoitotyöstä. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 170-175.)

## **3.2 Kohtaaminen kotihoidossa**

### **3.2.1 Kotihoidon työntekijän ammatillisuus kohtaamisessa**

Hyvä ihmissuhde perustuu tasavertaisuuteen, mutta ammatti-ihminen voi harvoin toimia ystävänä asiakkaalleen. Vuorovaikutussuhde voi kuitenkin olla lämmin ja molempia osapuolia tyydyttävä, jolloin päästään lähemmäksi yksinäisyyden ratkaisuun tähtääviä toimenpiteitä. Hoitotyöntekijän tehtävänä on kuunnella, miten asiakas puhuu yksinäisyydestään ja mitkä ovat hänen keinonsa selviytyä siitä. Kun voimavarat on löydetty, voi hoitotyöntekijä kohtaamisellaan vaikuttaa näiden voimavarojen vahvistamiseen. Kohtaamiseen tarvitaan kuitenkin aina kaksi, joten hoitotyöntekijän lisäksi myös asiakkaan on sitouduttava yhdessä laadittuihin tavoitteisiin yksinäisyyden helpottamiseksi. Hoitotyöntekijän ammatillisuutta on kuulla mitä asiakas sanoo, miten hän asiansa sanoo ja näiden perusteella vastata asiakkaan tarpeisiin. Yksinäisyyden lievittämisessä tärkeää on kannustaa, rohkaista ja antaa myönteistä palautetta. (Routasalo & Pitkänen 2005, 25-29.)

Gilliganin välittämisen etiikan mukaan keskeisintä on vuorovaikutuksellinen elämä. Tästä lähtökohdasta nähdään tärkeänä eettisen tilanteen tausta ja yksityiskohdat. Jokaisen tausta on yhtä arvokas ja kulkee mukana ihmisten kohtaamisessa. Toisten huomioonottaminen, välittäminen, vastuu ja empatia korostuvat eettisessä toiminnassa. (Kankare & Lintula 2004, 52.)

Tärkeää ikäihmisten parissa hoitotyötä tekevien on arvostaa ikäihmisten tasa-arvon mukaisia oikeuksia, suhtautua myönteisesti ikääntymiseen ja ikäihmisiin, tietää, mitä ikääntyminen merkitsee ikäihmiselle ja hänen terveydelleen, hallita auttava vuorovaikutus sekä tuntee ikäihmisten keinot selviytyä jokapäiväisestä elämästä. Nämä kaikki vaikuttavat osaltaan asiakkaan ja hoitotyöntekijän väliseen kohtaamiseen ja sen luottamuksellisuuteen ammatillisesta näkökulmasta. Fyysinen läsnäolo ei ole merkki hyvästä kohtaamisesta. Se edellyttää asiakkaan ja hoitotyöntekijän valmiutta läheisyyteen. Ammatillisuutta on aistia asiakkaan henkilökohtaisen reviirin rajat. Joillekin hyvä kohtaaminen määrittyy tosissaan ottamisena, jollekin tahdon kunnioittamisena tai vaikkapa puolesta päättämisenä. Jotta voidaan kohdata asiakas hänen omien odotustensa mukaisesti, on asiasta

keskusteltava ja toiveet kirjattava hoito- ja palvelusuunnitelmaan. (Voutilainen, Vaarama, Backman, Paasivaara, Eloniemi-Sulkava & Finne-Soveri (toim.) 2002, 49.)

On muistettava, ettei vuorovaikutuksessa, eikä näin ollen myöskään kohtaamisessa, kukaan koskaan tule täysin ammattilaiseksi. Taitoja voi kehittää jatkuvasti, mutta silti ne ovat aina keskeneräisiä. Sosiaali- ja terveysalan valvontavirastolle Valviralle tulee kaikkein eniten valituksia juuri hoitotyöntekijöiden vuorovaikutustaitojen puutteellisuudesta. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 167-168.) Moni ammattilainen kokee usein hallitsevansa vuorovaikutustaidot osana ammattitaitoaan, jolloin näiden taitojen vahvistamiseen ei kiinnitetä riittävästi huomiota (Haapala, Burakoff & Martikainen 2013, 317).

### **3.2.2 Kohtaamisen merkitys kotihoidon asiakkaalle**

Mitä kapeampi elämänpiiri ihmisellä on, sitä suurempi merkitys hoitoon osallistuvien käytöksellä on asiakkaalle. Sanaton viestintä on ensimmäinen ja viimeinen kieleemme ja siksi kaikkien, myös dementoituneiden, asiakkaiden kanssa eleillä, ilmeillä, äänenpainolla, hiljaisuudella, kosketuksella, reviirillä ja läheisyydellä on erittäin suuri merkitys kohtaamisessa. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 178.)

Asiakas kotihoidossa tarvitsee toista ihmistä peilatakseen omaa elämäänsä, omaa ihmisyytään johonkin toiseen. Keskustelulla usein voidaan muokata omaa minäkuvaa ja päästä parempaan käsitykseen itsestään sillä hetkellä elämää. Lisäksi asiakas tarvitsee läheisyyttä. Useimmiten psyykinen läheisyys riittää; hiljainen läsnäolo, eleet ja ilmeet tai sanojen vaihtaminen. Tapa, jolla esimerkiksi fyysiset toimenpiteet toteutetaan, eroaa eri hoitotyöntekijöillä huomattavasti riippuen ovatko he tekemässä toimenpidettä asiakasta vai itse toimenpidettä varten. Itsensä peilaamisen ja läheisyyden lisäksi kohtaaminen on kuulluksi tulemistä ja yhteyttä. Ei riitä, että joku kuuntelee, asiakkaan pitää myös saada kokemus, että häntä ymmärretään tai edes todella halutaan ymmärtää. (Vilén, Leppämäki & Ekström 2002, 42-57.)

Myös itsemääräämisoikeuden huomioiminen on osa kuulluksi tulemista. Asiakas tarvitsee myös turvallisuutta, joka syntyy luottamuksellisella vuorovaikutussuhteella. Reagointitavat, kiittäminen kertomisesta, eläytyminen ja monet muut merkit kertovat aidosta läsnäolosta. Näin ollen kunnioittaminen ja kasvojen säilyttämisen tilaisuudet ovat erittäin tärkeitä. Vastoinkäymisissä asiakas tarvitsee kannustamista ja taustatukea, joiden avulla päästä eteenpäin olemassa olevien voimavarojen avulla, kuitenkin hoivaamatta liikaa. Olipa sitten kyseessä lapsi, aikuinen tai ikäihminen, jokainen tarvitsee tilaa olla, kasvaa ja kokeilla rajojensa puitteissa. Näin ollen liika avustaminen, liika painostaminen sosiaalisiiin tilanteisiin tai uupuneena painostaminen liiallisiin suorituksiin ei ole suotavaa. Todellisuuden tarkastelu on tärkeä osa ammatillisuutta, on tärkeää kannustaa asiakasta sen hetkisen tilanteen tarjoamin mahdollisuuksiin. Ikäihminenkin on hyödyllinen, ja hänelle pitää saada tarpeellisuuden kokemus. Kohtaamisella voidaan osoittaa kiinnostusta ja halua oppia asiakkaan elämästä ja kokemuksista. Tärkeimpänä on luoda uskoa ja toivoa asiakkaan elämään. (Vilén, Leppämäki & Ekström 2002, 42-57.)

Ihmislähtöisessä kotihoidossa asiakas kohdataan itsenään eikä hän ole ainoastaan hoitotyön tekemisen kohde, kuten tehtäväkeskeisessä hoitotavassa. Tutkimusten mukaan ihmislähtöinen hoito parantaa muistisairaana elämänlaatua ja hyvinvointia, vahvistaa vuorovaikutusta sekä kokemusta tärkeydestään ja arvokkuudestaan muistisairaudesta huolimatta. Yhtäläilla tutkimustulos on rinnastettavissa ihmisiin, joilla ei muistisairaudea diagnoosia ole, mutta sosiaalinen verkosto on kaventunut ja toimintakyky heikentynyt. Ihmislähtöinen hoito antaa mahdollisuuden spontaanille ja vapaalle sosiaaliselle vuorovaikutukselle, jota jokainen ihminen tarvitsee. Hoivapuhe sen sijaan toimii eräänlaisena vallankäytön merkinä; hoitotyöntekijä määrittelee mistä keskustellaan ja miten keskustellaan ja asiakkaan tehtävä on kulkea siinä mukana. Ihminen hakee lyhyissäkin kohtaamisissa toisen ihmisen läsnäoloa, kuulluksi ja nähdyksi tulemista, turvallisuutta ja kunnioitusta. Tämä tarkoittaa, ettei lyhyintäkään kotihoidon käyntiä tule väheksyä. (Haapala, Burakoff & Martikainen 2013, 314-316.)

## 4 YKSINÄISYYS

Yksinäisyys on jossain määrin elämänkulkuun ja ikääntymiseen liittyvä, väistämätön tekijä (Niemelä & Nikkilä 2009, 135). Sen määrä lisääntyy jatkuvasti ja tällä hetkellä säännöllisen kotihoidon asiakkaista n.10% on hoidossa psyykkis-sosiaalisten syiden vuoksi (SVT Stakes 2007). Yksinäisyyttä on lähestytty monin eri tavoin. Yleisin jaottelu tutkimuksissa on jako emotionaaliseen ja sosiaaliseen yksinäisyyteen. Usein käsitteitä käytetään jopa sekaisin, jolloin käsitteiden monikäyttöisyys vaikeuttaa tutkimusten tekoa. (Grenade & Boldy 2008.) Koska opinnäytetyöni painopiste on emotionaalisella eli subjektiivisesti koetulla yksinäisyydellä, on myös teoriaosuudessa painopiste sen käsitteen avaamisessa.

### 4.1 Emotionaalinen yksinäisyys

#### 4.1.1 Yksinäisyys subjektiivisesti koettuna

Kognitiivisessa lähestymistavassa ihminen itse kokee yksinäisyytensä. Tällöin ihminen kokee ristiriitaa sen välillä, minkälaisia ihmissuhteita on tällä hetkellä ja minkälaisia odotuksia on. Tästä seuraa yksinäisyyden kokemus. Donaldsonin ja Watsonin (1996) mukaan tämän lähestymistavan mukaiseen yksinäisyyteen voidaan vaikuttaa pyrkimällä muuttamaan olosuhteita; persoona-, luonne-, ympäristö tai tilannetekijöitä. (Uotila 2011, 18.) Yksinäisyyden tunne pitää sisällään niin emotionaalisia, kognitiivisia ja käyttäytymiseen liittyviä ulottuvuuksia. Epämiellyttävyydestä, ahdistavuudesta ja psyykkisten ja fyysisten häiriöiden aiheuttavuudesta huolimatta se ei ole saanut yhtäläillä huomiota tutkimuksissa kuin sosiaaliset tekijät. (Tiikkainen 2006, 12.)

Peplau ja Perlman (1982) määrittelevät yksinäisyyden subjektiivisena kokemuksena, jolloin sitä on vaikeampi havaita kuin sosiaalista eristäytymistä. Subjektiivisena kokemuksena se on myös epämiellyttävä ja satuttava kokemus. Yhtäläillä Killeen (1998) liittyy yksinäisyyteen negatiivisia tunteita; ahdinkoa, masentuneisuutta sekä erillisyyden ja epäinhimillisyyden tunteita. (Uotila 2011,

19.) Myös monissa muissa tutkimuksissa yksinäisyyteen on liitetty useita kielteisiä tunteita; masentuneisuus, ahdistuneisuus, ikävystyminen, tyhjyyden ja hylätyksi tulemisen tunne, suru, epätoivo, kärsimättömyys ja itsensä torjuminen kulkevat hyvin usein rinnakkain yksinäisyyden kanssa. (Tiikkainen 2006, 12-13.)

Emotionaalinen yksinäisyys ei ole objektiivisesti mitattavissa. Tiikkaisen (2006) väitöskirjan väitös on, että joka kolmas vanhus kokee itsensä yksinäiseksi. Väitöskirjassaan hän toteaa, että emotionaalisesta yksinäisyydestä kärsiville on haastavampaa löytää soveltuvia auttamismenetelmiä. (Routasalo, Pitkälä, Savikko & Tilvis 2003, 7-11; Suomen Mielenterveysseura [viitattu 11.2.2012]; Tiikkainen 2006.)

Yksinäisyys on monien asioiden summa. Elämäkokemukset, terveys ja toimintakyky, elinolot, taloudellinen tila sekä sosiaalisen verkoston määrä ja laatu vaikuttavat kokonaisuudessaan siihen, miten yksilö elämäänsä määrittelee ja kokee. Koskaan ei voi sanoa ainoastaan ulkopuolisten tekijöiden perusteella tunteeko yksilö itsensä yksinäiseksi. (Suomen mielenterveysseura [viitattu 11.2.2012].)

Yksinäisyys tuottaa yksilölle subjektiivisia tunnekokemuksia arvottomuudesta, tarpeettomuudesta ja ulkopuolisuudesta. Yksilö tuntee ahdistusta rinnassaan ja saattaa kokea univaikeuksia ja masentuneisuutta. Yksinäisyys on arka ja leimattu asia yhteiskunnassamme, ja näin ollen asiaa on vaikea myöntää edes itselleen, puhumattakaan ulkopuolisesta tuntemattomasta tahosta. Tämä johtaa siihen, että apua ei haeta ja yksinäisyyden oravanpyörä vain laajenee. Näin ollen yksinäisyyden tunnistamiseen tulisi yhteiskunnallisesti kiinnittää huomattavasti nykyistä enemmän huomiota. (Routasalo ym. 2003, 7-11; Suomen mielenterveysseura [viitattu 11.2.2012]; Helsingin komissio [viitattu 11.2.2012]).

#### **4.1.2 Yksinäisyyteen johtavat tekijät**

Suurimpia nimettyjä tekijöitä, jotka johtavat yksinäisyyteen ovat elämässä tapahtuvat muutokset, läheisten ihmisten vähäisyys ja läheisten kuolema. Näiden lisäksi pelot ja ennakkoluulot, sairastelu, muistiongelmät, asuinpaikka ja



rahavaikeudet tuovat yksinäisyyden kokemuksia. Yksikään yksinäiseksi itsensä kokeva ei ole toista arvottomampi, vaan jokainen tulee ottaa huomioon. (Suomen mielenterveysseura [viitattu 11.2.2012]). Routasalo & Pitkälä (2005) ovat tutkimuksessaan määrittäneet yksinäisyyden selittäjiksi masentuneisuuden, leskeyden, heikentyneen subjektiivisen terveydentilan, pessimistisen elämänasenteen, tarpeettomuuden tunteet, tapaamisiin liittyvien odotusten toteutumattomuuden sekä yksin asumisen.

#### **4.1.3 Yksinäisyyden yleisiä seurauksia**

Yksinäisyys, masentuneisuus ja sosiaalinen eristäytyneisyys liittyvät usein yhteen. Yksinäisyys on harvemmin seuraus masennuksesta, kun taas masennus liitetään usein yksinäisyyden seurauksiin. Seurauksena on todettu ilmenevän myös toimintakyvyn heikentymistä, avun tarpeen lisääntymistä, laitoshoidoa ja lopulta ennenaikaisia kuolemia. Yksinäisyydellä on myös vaikutteita dementoitumiseen. (Routasalo & Pitkälä 2005, 8.)

Emotionaalinen yksinäisyys tuo turvattomuuden ja tarpeettomuuden tunnetta. Se on usein sidoksissa heikentyneeseen kykyyn käsitellä omaa elämäntilannetta. Menetysten ja pettymysten käsittelyyn sekä ikävöintiin ei kovin usein iäkkäältä itseltään löydy riittävästi voimavaroja, jolloin hän tarvitsee ulkopuolista lohdutusta ja tukea. Sosiaalisten verkostojen vähenemisen myötä iäkäs tarvitsee toista ihmistä peiliksi ja kannustajaksi hahmottaakseen muuttunutta maailmankuvaansa. Ilman tätä mahdollisuutta näkyy turvattomuus lisääntyneenä palveluiden käyttönä, sairaalakierteenä näin ollen laitoshoitoon joutumisen riskin kasvuna. Saarenheimon (2003) mukaan elämän aikana ovat kasautuneet tarkoituksettomuuden ja arvottomuuden tunteet tai pelot syventyvät yksinäisyyteen liitettynä helposti kohti masennusta. (Sarvimäki, Heimonen & Mäki-Petäjä-Leinonen 2010, 107-110.)

#### 4.1.4 Yksinäisyyden lievittäminen

Yksinäisyyden ennaltaehkäiseminen vaatii usein hyvin pieniä ja rahallisesti arvottomia tekoja, sen sijaan ennaltaehkäisemätön yksinäisyys voi johtaa merkittäviinkin seurauksiin. Muistihäiriöiden aiheutuminen, masennuksen synty, sydänsairaudet, päihdeongelmat ja erilaiset psyykkiset häiriöt tuovat sekä inhimillisiä että kansantaloudellisia haasteita aivan toisella tapaa ja kustannukset kasvavat silminnähden korkeammiksi kuin ehkäisytoimenpiteissä. Wilsonin ym. (2007) mukaan yksinäisyys lisää riskiä sairastua dementiaa. Lebertin ym. (2006) mukaan se lisää riskiä itsemurhiin ja Jylhän (2004) mukaan yksinäisten elinikä on odotettavasti lyhyempi. (Uotila 2011, 28-29.) Ennaltaehkäisy on siis huomattavasti edullisempi vaihtoehto.

Weiss (1973, 1982) on tutkimuksissaan todennut, että emotionaalisesti yksinäinen kärsii depressiivisyydestä, on ahdistunut ja kokee sisäistä tyhjyyden tunnetta ja hylätyksi tulemisen pelkoa (Tiikkainen 2006, 12-13). Uotilan väitöstutkimuksen perusteella ikäihmiset kokevat jopa ongelmaksi yksinäisyydessä sen, että sitä yritetään lievittää liiaksikin aktiivisuuden lisäämisellä. Heidän mukaansa tärkeää on korostaa myös sellaista tekemistä, jota voi tehdä yksin. (Uotila 2011.)

Yhteisö vaikuttaa yksilön hyvinvointiin merkittävästi. Aina, vaikka tilanne ulkopuolisen silmistä näyttäisi hyvältä, ei yksilö koe riittävää turvallisuuden tunnetta. Yksinäisyyden huomaaminen voi olla hyvinkin haasteellinen asia, ja siihen tulee puuttua välittömästi mahdollisuuden tullen. Vanhuksen sosiaalinen verkosto koostuu usein monista eri ihmisistä, joista perheenjäsenet, ystävät, naapurit, harrastusten kautta tulevat suhteet, laitosasukkaat sekä ammattiauttajan ja palveluhenkilöstö ovat konkreettisimpia ryhmiä, joihin yksinäisyyden seuraukset kohdistuu. Joskus vanhuksella saatetaan ajatella olevan moniakin ihmisiä elämässä, mutta tästä huolimatta vanhus itse kokee ettei hänellä ole ihmistä, jolle puhua. Omaisille voi tulla yllätyksenä, mikäli hoitohenkilökunta alkaa puhua vanhuksen yksinäisyydestä tai mikäli vanhus itse uskaltaa siitä alkaa puhua. (Räsänen 2011, 72).

Emotionaalisen yksinäisyyden lievittäminen ryhmätapaamisilla harvoin onnistuu. Usein tämänkaltainen toiminta herättää jopa vastenmielisyyttä. Merkitys ei tällöin

ole ihmisten määrällä vaan olemassaolevien ihmissuhteiden merkityksellä. On parempi kannustaa asioihin, joita voi tehdä itsenäisesti, vaikkei se aina helppoa olekaan. Esimerkiksi musiikin kuuntelu, televisionkatselu, puutarhan hoitaminen ja kävelylenkit ovat mahdollisia yksinäänkin ja saavat ajatuksia muualle. Kuitenkaan yksinäisyyden lievittämiseen ei ole olemassa yksittäistä tapaa, joka sopisi kaikille. (Uotila 2011, 31-35.) Ammattilaisen on olennaista tietää, mitä asiakas odottaa ihmissuhteiltaan. Kun hoitotyöntekijä osaa tunnistaa, milloin henkilö on riskissä eristäytyä ja jättäytyä ulkopuoliseksi, hän voi tarttua asiaan ajoissa. Näin hoitotyöntekijä pystyy jopa mahdollisesti ehkäisemään haavoittavan yksinäisyyden kokemuksen. (Routasalo 2005, 31.)

Weiss (1974) on määritellyt kuusi erilaista vuorovaikutussuhteisiin liittyvää tarvetta tai odotusta, jotka ovat tärkeitä yksinäisyyden torjumisessa. Näitä ovat kiintymys, liittyminen, arvostus, avun saannin mahdollisuus, neuvojen saanti sekä hoivaaminen. Myös Tiikkaisen (2006) tekemä seuruututkimus vahvisti nämä. Näihin vastaamaan pyrkiminen tulisi olla kotihoidon ensisijaisia tehtäviä yksinäisyyden torjumisen näkökulmasta, sillä vuorovaikutussuhteissa läheisyydellä on suurempi merkitys kuin verkoston koolla. (Tiikkainen 2006, 14-15, 40.)

## **4.2 Sosiaalinen yksinäisyys**

Weissin (1973) teorian toinen osa määrittelee yksinäisyyden sosiaalisten suhteiden puuttumisen kautta, sosiaalisena eristäytyneisyytenä. Tällöin kontakteja on joko vähäisesti tai ei ollenkaan. (Uotila 2011, 19.) Hänen (1973, 1982) mukaansa sosiaalisesti yksinäinen kokee pitkästymistä, ikävystymistä, turhautumista, tarkoituksettomuuden tunnetta ja epävarmuutta. (Tiikkainen 2006, 12-13.) Weissin teorian pohjalla on kiintymysteoreettinen näkemys hyläytyksi tulemisen pelosta. Vuotta myöhemmin Weiss määritteli kuusi erilaista tarvetta tai odotusta jotka liittyvät vuorovaikutussuhteisiin. Näiden olemassaolo on tärkeää yksinäisyyttä torjuessa. Tarpeet ovat kiintymys, liittyminen, arvostus, avun saannin mahdollisuus, neuvojen saanti sekä hoivaaminen. Vuorovaikutussuhteissa läheisyydellä on suurempi merkitys kuin verkoston koolla. (Tiikkainen 2006, 14-15.)

Myös Peplaun ja Perlmanin (1982) mukaan yksinäisyyden yksi peruste on sosiaalisten suhteiden vaje. (Uotila 2011, 19.) Yksinäisyyttä voi kuitenkin kokea vaikei olisi sosiaalisesti eristäytynyt vaan olisi runsaasti sosiaalisia suhteita. Puolestaan vaikka henkilöllä ei olisi yhtään sosiaalista suhdetta, hän ei silti välttämättä tunne itseään yksinäiseksi. (Grenade & Boldy 2008.)

Ikääntyminen tuo tullessaan monia riskitekijöitä kokea yksinäisyyttä. Näitä yksinäisyyttä määritteleviä tekijöitä ovat sosiodemografiset ja ekonomiset tekijät, sosiaalinen verkosto ja vuorovaikutussuhteet, terveys ja toimintakyky sekä persoonallisuus. (Tiikkainen 2006, 16-21.)

Sosiaalisten verkostojen muutos, kuten leskeytyminen, yksinasuminen ja vähäiset ihmissuhteet, ovat usein vaikeita käsiteltäviä asioita. Riskitekijöillä ei kuitenkaan tarkoiteta suoranaisia seurauksia, sillä kaikki iäkkäät eivät koe yksinäisyyttä, vaikka kontaktit olisivat vähäisiä. Merkittävämpi yhteys onkin suhtautumisella nykyiseen elämäntilanteeseen; tyytykö siihen vai toivoisiko enemmän. (Uotila 2011, 26-28.)

Weiss on luokitellut yksinäisyyttä kuuteen eri luokkaan ja määritellyt erilaiset suhteet eri tarpeisiin. Kun ihmisellä on tarvettaan vastaava ihmissuhde, hän kokee turvallisuuden tunnetta. Näin ollen oikeanlainen ihmissuhde voi estää emotionaalisen yksinäisyyden tunteen. Joskus ihminen kaipaa ohjausta ja neuvontaa, jos apua päivittäisiin toimiin ja näiden myötä apua itsetunnon kohottamiseen. (Drageset 2004, 66.) Tämä vahvistaa ajatusta, että iäkkäiden tarpeita on kyseltävä ja havainnoitava jatkuvasti, jotta turvattomuuden tunne voitaisiin kotihoidossa minimoida.

Tutkimuksissa on selvinnyt, että oman terveytensä huonoksi arvioivat iäkkäät ihmiset sanovat tuntevansa usein myös yksinäisyyttä. Suhde ei kuitenkaan ole yksiselitteinen. (Perlman & Russell 2004, Savikko ym. 2005, Victor ym. 2005, Tiikkainen 2006.) Muutokset terveydessä ja toimintakyvyssä vaikuttavat enemmän tai vähemmän sosiaalisiin suhteisiin ja myös sitä kautta yksinäisyyden tunteisiin (Victor ym. 2000, Portero&Oliva 2007; Drageset 2004, 69; Uotila 2011, 28-29). Sukupuolen vaikutuksesta yksinäisyyskokemuksiin ei ole saatu yksimielistä tulosta. (Uotila 2011, 28-29.) Mikäli iäkkäällä on merkittävä ihmissuhde, se

ehkäisee yksinäisyyden kokemusta. Lisäksi tyytyväisyys saatuun tukeen ja kiintymys lievittävät kokemusta. (Routasalo, Pitkälä, Savikko & Tilvis 2005, 10.)

Sosiaalinen yksinäisyys ja eristäytyneisyys voivat siis olla seurauksia ikääntymiseen liittyvistä muutoksista ja menetyksistä. Hoitotyöntekijän olisi tärkeä tunnistaa asiakkaan sosiaaliset verkosto ja sosiaaliset tarpeet tässä ryhmässä sekä pyrkiä vaikuttamaan asiakkaan kokemaan yksinäisyyteen. (Dale, Saevareid, Kirkevold & Söderhamn 2010, 523.)

Vaikka voisi olettaa, että suhteiden määrällä on merkitystä yksinäisyyteen, on suhteiden laadulla kuitenkin merkittävämpi osuus kokemuksessa. Kunnat ja yksityinen sektori ovat pyrkineet löytämään runsaasti tapoja lievittää yksinäisyyttä erilaisilla väliintuloilla. Ryhmätoiminnot, kotikäynnit ja erilaiset palvelut eivät kuitenkaan palvele emotionaalista yksinäisyyttä kokevia, mikäli niitä ei koeta tarpeelliseksi. Pohjalle tarvitaan laaja-alaista ymmärrystä siitä, mitä sosiaalinen eristäytyminen ja yksinäisyys aiheuttavat yksilölle ja yhteiskunnalle. Tämän jälkeen voidaan miettiä asianmukaisia toimenpiteitä. (Grenade & Boldy 2008.)

Eriyksen vaikeaa kotona asuvilla vanhuksilla on, mikäli palvelut ovat kaukana ja toiminta- ja liikkumiskyky ovat jo heikentyneet. Uusia ihmissuhteita ei uskota enää voivan syntyä, kun velvoitteet opiskelu- ja työelämään ovat takana eikä kotoa tarvitse enää liikkua. Halu olisi mahdollisesti kova tutustua uusiin ihmisiin ja osallistua aktiivisesti kaikenikäiseen toimintaan, mutta kyky on heikentynyt. Kun kukaan ei pahimmassa tapauksessa edes soittale ja kysele kuulumisia, tulee turhautuneisuuden ja yksinäisyyden tunne väkisinkin. On kamala lukea lehdistä, miten esimerkiksi Tukholman yhdestä taloyhtiöstä oli löydetty seitsemän kuollutta vanhusta, eikä heidän yhdenkään olemassaolosta ollut kukaan tiennyt (Helsinkimissio [viitattu 11.2.2012]). Toisilla puolestaan lapset ja lastenlapset saattavat soitella ahkerastikin ja tehdä vierailuita sekä elämä voi olla hyvin virikkeellistä. Tästä huolimatta vanhus voi kokea itsensä yksinäiseksi. Useinkin sosiaalisissa suhteissa laatu korvaa määrän. Yksinäisyyden tunne on tilanteesta riippumatta ahdistava, ja sitä tulee hoitaa. (Routasalo ym. 2003, 7-11.)

### 4.3 Yksinäisyys iäkkäiden ihmisten kuvaamana

#### 4.3.1 Epämiellyttävää yksinäisyyttä

Väestötutkimuksen mukaan 5-10% ikäihmisistä kärsii jatkuvasti ja 25-30% kärsii toisinaan yksinäisyydestä (Eloranta, Arve, Viitanen, Isoaho & Routasalo 2012.) Iäkkäät ihmiset ovat Uotilan (2011) tutkimuksessa kuvanneet yksinäisyyttä. Yksinäisyys jaettiin menetyksistä aiheutuvaan yksinäisyyteen, lievitetävään yksinäisyyteen sekä myönteiseen yksinäisyyteen (Uotila 2011, 31-32).

Useimmiten yksinäisyys koettiin epämiellyttäväksi sekä vaikeksi kuvata ja verbalisoida. Siihen liitettiin runsaasti negatiivisia tunteita. Yksinäiseksi leimaantuminen koettiin häpeän ja epäonnistumisen leimana. Tähän vaikuttivat myös yhteiskunnan kielteiseksi koettu asenne. Yksinäisyys voi tutkittavien mukaan olla pitkäaikainen ja pysyvä tunne tai tilapäistä ja tunne voi tulla ja mennä. (Uotila 2011, 31-32, 46-50.)

Iäkkäät itse ovat kuvanneet yksinäisyyttään. Kuvauksista on löydetty neljä eri näkökulmaa; toimijuuden puute, turvattomuuden tunne, ulkopuolisuuden kokemukset sekä kaipaus. Nämä ovat vahvasti sidoksissa toimintakykyyn, sosiaaliseen eristäytymiseen sekä menettämiseen. (Palkeinen 2005, 113-117.) Killeenin (1998) mukaan yksin olemista voidaan määritellä sen perusteella, onko se ollut omavalinta vai ei, ja tästä voi seurata joko myönteistä tai kielteistä asennoitumista. Vieraantuminen ja syrjäytyminen eivät ole omavalintaisia ja näistä seuraa usein negatiivisia ajatuksia. Puolestaan riippumattomuus, autonomisuus ja itsenäisyys ovat asioita, jotka useimmiten ihminen on itse valinnut, jolloin hän on tyytyväinen siihen tilaan mikä tällä hetkellä vallitsee.

Tutkimuksen mukaan iäkkäiden ihmisten sosiaaliset verkostot ovat kaventuneet ja tätä myötä yksinäisyydestä ja masennuksesta kärsiminen on yleistä. Kysyttäessä he kuitenkin pyrkivät tuomaan esille enemmän myönteisiä kuin kielteisiä asioita, jotta heidän oletetaan sopeutuvan menetyksiin paremmin. He pyrkivät estämään kielteiden asioiden pääsemistä mieleen (Uotila 2011, 34-35). Yksinäisyyteen liitetään tapahtumaköyhyyttä ja masennuksen tunnetta, turhuuden, arvottomuuden

ja ulkopuolisuuden kokemuksia, turvattomuuden tunnetta sekä kaipausta ja vetäytymistä sosiaalisista suhteista. (Uotila 2011, 50-56.) Iäkäs sukupolvi ei kuitenkaan halua valittaa, vaan kuvaa tilanteensa positiivisena. Yksinäisyyden myöntäminen koetaan häpeällisenä ja sen pelätään vaikuttavan asenteisiin iäkkäitä kohtaan. (Dale, Saevareid, Kirkevold & Söderhamn 2010, 529.)

#### **4.3.2 Positiivista yksinäisyyttä**

Peplau ja Perlmanin (1982) mukaan yksinäisyys on epämiellyttävä ja satuttava kokemus. Suomen kielessä yksinäisyyden käsite voi kuitenkin saada sekä kielteisiä että myönteisiä merkityksiä, sillä se voi olla myös hyvä ja nautittava asia tilanteista ja tulkinnoista riippuen. (Uotila 2011, 19-20.)

Palkeisen (2005, 33-34) mukaan yksinäisyyden positiivisia merkitysulottuvuuksia ovat itsenäisyys, yksin oleminen omana rauhana sekä yksinolon omavalintaisuus. Vähäiset sosiaaliset suhteet ja runsas yksin oleminen voi siis olla myös voimaannuttava tunne, mikä on pidettävä mielessä hoitotyötä tehdessä. Virikkeiden tyrkyttäminen ja liiallinen sosiaalisuus ei ole hyväksi, mikäli asiakas nauttii rauhastaan omavalintaisesti. Yksin viihtymistä on pyritty perustelemaan sitä ihmeteltäessä. Iäkkäiden naimattomien naisten puheissa perusteluja ovat tottumus (ollaan jo niin pitkään oltu yksin), luonne (ei kaivata ihmisiä rajoittamaan tekemisiä, vapaus velvollisuuksista), yhteys muihin ihmisiin yksinolemisen huolimatta, eronteot sekä tekemisen merkitys (ei nähdä merkitystä aktiiviselle elämälle tai osataan nauttia asioista, joita tehdään yksin). (Palkeinen 2005, 34-38.) Lisäksi useasti on koettu, että on turvassa, kun saa apua kotipalvelulta tai uskonnollisuus kantaa (Uotila 2011, 34-35).

## 5 TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TARKOITUS

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää kotihoidon asiakkaiden ja henkilöstön välisen kohtaamisen laadun merkitystä asiakkaan yksinäisyyskokemuksille. Tarkoituksen saavuttamiseksi määrittelin tutkimuskysymyksiä kolme.

- Millaiset asiat kotihoidon asiakas kokee vaikuttavan kohtaamisen laatuun, mitkä parantavat ja mitkä heikentävät sitä?
- Miten merkittäväksi asiaksi hoitotyöntekijän kohtaaminen muodostuu kotihoidon asiakkaalle hoitosuhteen aikana?
- Miten kotihoidon hoitotyöntekijät voivat omalla toiminnallaan lieventää asiakkaan riskiä kokea yksinäisyyttä?

Tutkimustuloksien avulla tavoitteena on vaikuttaa kotihoitoasiakkaiden elämänlaatuun kiinnittämällä hoitotyöntekijöiden huomiota enemmän jokapäiväiseen kohtaamiseen.



## 6 TUTKIMUKSEN MENETELMÄT JA TOTEUTUS

Opinnäytetyöni on laadullinen tutkimus, jossa aineistojen keruumenetelmänä käytettiin teemahaastatteluja. Aineistot analysoitiin sisällönanalyysillä. Sisällönanalyyseissä käytettiin induktiivista eli aineistolähtöistä analyysia.

### 6.1 Laadullinen tutkimus

Laadullisella eli kvalitatiivisella tutkimuksella ei pyritä keräämään puhdasta objektiivista tietoa. Laadullisessa tutkimuksessa analysoijan ennakkotiedot, odotukset ja asenteet vaikuttavat valittuun näkökulmaan. Tutkimukset analysoidaan aina oman harkinnan varassa. Tästä huolimatta lähtökohtana on aina ihminen sekä hänen kokemusmaailmansa, elinpiirinsä ja näihin liittyvät merkitykset, joihin pyritään pääsemään mahdollisimman lähelle. Tämän vuoksi laadullisen tutkimuksen aineistonkeruu toteutetaan aina luonnollisissa ja todellisissa olosuhteissa. (Tuomi & Sarajärvi 2007, 68; Kylmä & Juvakka 2007, 79.) Laadullisen aineistonkeruu muodostuu harkinnan mukaan haastatteluista, kyselyistä, havainnoinneista sekä dokumentteihin perustuvasta tiedosta (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71). Laadullinen tutkimus voidaan toteuttaa lomakehaastatteluna, teemahaastatteluna tai avoimena haastatteluna (Vilkkä 2005, 100). Tässä tutkimuksessa on käytetty teemahaastatteluja.

Laadullista tutkimusta tehtäessä aloitetaan teorian muodostamisesta, sillä tutkijalla on oltava jonkinlainen käsitys aihepiirin aikaisemmasta tutkimustiedosta sekä teoriasta, jotta osaa muodostaa onnistuneen haastattelurungon. Laadullisessa tutkimuksessa teorian muodostus, aineistonkeruu ja analyysi limittyvät ja muotoutuvat toisiinsa, niitä tehdään ikään kuin rinnakkain mutta pidetään ne silti kirjallisessa osiossa melko erillään. Laadullisen tutkimuksen elementeillä onkin siis Kiviniemen (2001, 68) mukaan kyky kehittyä joustavasti ja prosessinomaisesti.

## 6.2 Teemahaastattelu

Teemahaastattelulla voidaan tutkia kaikkia yksilön kokemuksia, ajatuksia, uskomuksia ja tunteita. Sillä saadaan selville niin negatiivisia kuin positiivisia ajatuksia rajaten tiettyyn aihealueeseen. Kuitenkin teemahaastattelun laajat kysymykset antavat joustovaraa vastauksissa ja näin ollen haastattellessa saattaa tulla esille odottamattomiakin näkökulmia. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 68.)

Teemahaastattelu on puolistrukturoitu menetelmä, sillä se määrittelee haastattelun aihepiirin eli teeman, mutta ei anna tarkkoja muoto- ja järjestysvaatimuksia. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 48.) Tärkeintä teemahaastattelussa on pyrkiä ymmärtämään osallistujien näkökulmia. Mitä-, miksi- ja miten -kysymykset ohjaavat keskustelua täsmentäen näkökulmaa jatkuvasti. (Kylmä & Juvakka 2007, 22-26.) Sen etuna onkin joustavuus, jolloin haastattelija pystyy toistamaan esittämänsä kysymyksen, oikaisemaan väärinkäsityksiä, selventämään tai täsmentämään esittämäänsä kysymystä sekä osallistumaan keskusteluun ilman menetelmän tuomia rajoitteita. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73.) Teemahaastattelun yksi tehokeino on hiljaisuuden käyttäminen, antaen tilaa haastateltavalle miettiä sanojaan. Hiljaisuuden lisäksi myös lyhyet täsmentävät ja syventävät kysymykset avaavat aivan uudenlaisia portteja (Hirsjärvi & Hurme 2000, 111). Tarkoituksena onkin edetä molempien osapuolten osalta vuorovaikutuksellisesti, luontevasti keskustellen. Ei ole merkitystä missä järjestyksessä aihealueita käsitellään tai missä laajuudessa (Eskola & Suoranta 1998, 86-87).

## 6.3 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi on mahdollinen analyysimenetelmä kaikissa laadullisissa tutkimuksissa. Analyysissa on mahdollista käyttää induktiivista eli aineistolähtöistä päättelyä tai deduktiivista eli teorialähtöistä päättelyä. Induktiivista analyysia ei luoda minkään johtoidean, ennakkoteorian, pohjalle, kun puolestaan deduktiivisessä analyysitavassa teorian tieto ohjaa analyysia pyrkien testaamaan jo olemassa olevaa tietoa uudessa kontekstissa.

Induktiivisessa analyysissä kaikki analyysissä ilmenevä nousee haastatteluista ja pyrkimyksenä on ymmärtää tutkittavia heidän omasta näkökulmastaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 97-115.) Tarkoitus on tehdä yksittäisistä tapahtumista havaintoja ja yhdistää ne laajemmaksi kokonaisuudeksi. (Kylmä & Juvakka 2007, 22-26.) Tulkinnan lähtökohtana on aineisto, jota tulkitsemalla ja analysoimalla pyritään löytämään uusia näkökulmia ja odottamattomia asioita (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 160).

Sisällönanalyysissä käytin sekä haastattelun tiivistävää ja tulkitsevaa lähestymistapaa että litteroidun aineiston tulkintaa. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 108-111, 136-137.) Kerätty aineisto on siis järjestelty ryhmiin (klusteroitu), ryhmät nimetty eli käsitteellistetty (abstrahoitu) ja näistä johdettu johtopäätökset. (Tuomio & Sarajärvi 2009, 111-112.)

Sisällönanalyysille tyypillistä on, että kaikki luokat koetaan samanarvoisiksi (Hirsjärvi & Hurme 2000, 147-149). Opinnäytetyöni tuloksissa yksikään kohtaamisen aihealue ei ole toistaan tärkeämpi, vaan ne tukevat toinen toistaan pääaiheen alla (Kuviot 1 ja 2).

#### **6.4 Tutkimukseen osallistuneet henkilöt**

Opinnäytetyöni yhteistyökumppanina toimi kaksi Turun kaupungin kotihoidon aluetta. Alueilta löytyi kuusi (6) tutkimukseen suostuvaista yksinasuvaa ikäihmistä, kolme (3) miestä ja kolme (3) naista. Kaikki asiakkaat ottivat ulkopuolisen haastattelijan positiivisesti vastaan. Osalla asiakkaista toimintakyky oli säilynyt niin, että vielä pystyivät itsenäisesti liikkumaan kodin ulkopuolella. Toisilla asiakkailla kodista lähteminen oli jo fyysisen kunnon heikkenemisen vuoksi lähes mahdotonta. Kuitenkin kyvyistä huolimatta asiakkaiden halu oli laskenut ja kynnys lähteä kasvanut, joten kaikki kuuluivat yksinäisyyttä kokevien riskiryhmään. Omaisia oli kaikilla haastateltavilla, mutta vain muutamat omaisista olivat heidän kanssaan säännöllisesti tekemissä. Vain muutamalla oli yksi tai useampi ystävä, jonka kanssa on viikoittain yhteyksissä.

Lisäksi tutkimukseen osallistui molempien yhteistyöalueiden henkilöstä 20 hoitotyöntekijää, jotka kaikki olivat naisia. Työntekijöiden työkokemus (1kk-40v) ja ikä (19-62v) vaihtelivat runsaasti.

## **6.5 Tutkimusaineiston kerääminen ja analysointi**

Tein asiakkaille yksilölliset puolistrukturoidut teemahaastattelut. Kaikki haastattelut toteutettiin asiakkaiden omissa kodeissa haastateltavien turvallisuudentunteen maksimoimiseksi. Asiakkaiden yksilöhaastatteluiden kesto vaihteli 45 minuutista kahteen ja puoleen tuntiin. Yhteensä litteroitavaa materiaalia tuli noin seitsemän tuntia.

Haastattelujen pohjaksi rakensin teemahaastattelurungon (Liite 3), joka koostui kolmesta pääteemasta; kohtaaminen hoitotyöntekijöiden kanssa, yksinäisyyden kokeminen ja hoitotyöntekijöiden vaikutusmahdollisuudet yksinäisyyskokemuksiin. Teemat oli jaettu pienempiin alateemoihin, jotta haastattelut sujuisivat luontevammin ja voin haastattelijana tarkistaa saaneeni vastauksia kaikkiin tarkoittamiini näkökulmiin.

Molempien yhteistyöalueiden hoitohenkilöstöille pidin lähes samalla haastattelupohjalla yhden ryhmäteemahaastattelun (Liite 4). Tarkoituksena oli saada jokaisen ääni kuuluville. Hoitotyöntekijöille haastattelutilanne toimi myös tavallaan koulutuksena, keinona herättää asioihin, joita tehdään päivittäin ja joilla saattaa olla hyvinkin syvälinen sanoma. Henkilöstön osalta molemmat haastattelut kestivät noin puolitoista tuntia ja ne toteutettiin henkilöstön taukotiloissa.

Haastattelut tehtiin kesän 2014 aikana. Ne nauhoitettiin nauhurilla aineiston litteroinnin ja tätä myötä tarkemman analysoinnin mahdollistamiseksi. Tämä myös mahdollisti vapaamman keskustelun, kun ei tarvinnut kirjoittaa kuin välttämättömät havainnot ylös.

Materiaalin keräämisen ja litteroinnin jälkeen aloin analysoida vastauksia käyttäen laadullista sisällönanalyysia ja induktiivista päättelyä tarkoitukseni pilkkoa aineistoa jatkuvasti pienempiin osiin ja lopulta löytää muutama tutkimuskysymystä

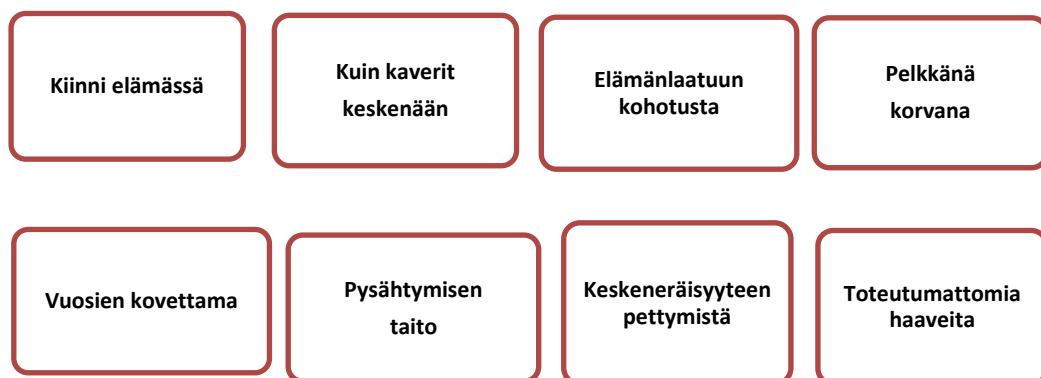
ajatellen merkittävä teema. Analysoinnista jätin pois kaiken tutkimuskysymyksille merkityksettömät litterointiosuudet. Ajatuksenani oli jatkuvasti löytää vastauksia kysymykseen, miten hoitotyöntekijät voivat kohtaamisellaan vaikuttaa asiakkaan yksinäisyyskokemuksiin ja minkälaisen merkityksen se antaa asiakkaiden elämässä. Analyysin aikana toivoin saavani niin konkreettisia ideoita kuin laajempia kokonaisuuksiakin. Tarkoitukseni oli huomioida sekä asiakkaan että hoitotyöntekijän näkökulmia kohtaamisen merkityksestä yksinäisyyskokemuksiin, jotta tutkimustulos ei olisi liian yksipuolinen. Analysointivaiheessa pidin vielä asiakkaiden yksilöhaastattelut sekä henkilöstöjen ryhmähaastattelut erillään ja vasta pohdinta-osiossa olen yhdistänyt niitä. Teemoista nousi esille myös erilaisia näkemyksiä ja joissain kohdissa sama asia herätti erilaisia tunteita asiakkaiden ja henkilöstön keskuudessa. Koin tärkeimmäksi löytää asiat, jotka todella nostattivat tunteita ja vaikuttivat kokemuksiin. Tärkeintä ei ollut niinkään yksittäisten ihmisten kokemusten tarkastelu. (Kuvio 3.)

## 7 TUTKIMUSTULOKSET

Tässä kappaleessa olen käsitellyt opinnäytetyöstä keskeisesti esille nousseet tutkimustulokset. Vielä tulosten analyysivaiheessa on hoitohenkilöstön ja asiakkaiden haastatteluaineistot pidetty erillään. Niistä löytyy kuitenkin runsaasti samoja piirteitä kuten kiire ja keskustelun merkitys.

### 7.1 ASIAKKAIDEN HAASTATTELUIDEN TULOKSET

Asiakkaiden haastatteluista nousi esille runsaasti erilaisia tuloksia. Kokemukset vaihtelivat yksilöittäin, mutta yhdistäviäkin tekijöitä löytyi. Tarve olla osa yhteiskuntaa ja hoitotyöntekijöiden elämää nousi tuloksista. Hoitotyöntekijöiden toivottiin olevan kuin kavereita; ei liian tuttavia muttei liian virallisiakaan. Vaikka toiset asiakkaat olivat elämänsä aikana kovettaneet tunteensa ja sulkeutuneet omaan kuoreensa, hoitotyöntekijöiden kuuntelevalla ja kannustavalla asenteella nähtiin positiivisia vaikutuksia elämänlaatuun. Pysähtyminen kiireestä huolimatta nähtiin ensisijaisen tärkeänä. Hoitosuhde ei ollut ainoastaan kohtaamista, vaan elämänlaatuun nähtiin vaikuttavan myös asioiden loppuun hoitamisen ja laajemman palvelukirjon saaminen. Hoitotyöntekijöiltä toivottiin joskus enemmän kuin mitä he resurssien puitteissa pystyvät tarjoamaan. Kuviossa 1. on esitetty keskeiset tutkimustulokset otsikoittain.



*Kuvio 1. Asiakashaastatteluista esille nousseet tulokset.*

### 7.1.1 Kiinni elämässä

Hoitohenkilöstön merkitystä elämässä kuvattiin omassa kodissa asumisen mahdollistamisen kautta. He tarvitsivat hoitotyöntekijää voidakseen omassa kodissaan olla osa yhteiskuntaa toimintakyvystään huolimatta. Hoitotyöntekijä nähtiin tietynlaisena porttina ja mahdollisuutena olla osa jotakin suurempaa kokonaisuutta.

”-- mut mä tykkään assuu koton, vaik ois kui vaikeet.” (M)

Monilla ystävät olivat toimintakyvyn laskiessa vähentyneet runsaasti, jolloin myös sosiaalisten verkostojen määrä oli laskenut huomattavasti. Tämä lisäsi arvottomuuden tunnetta ja alensi itsetuntoa.

”Mul kävi ennen paljon viarai. Mut ei kukka tämmöst sairast.” (N)

”En mä soittele kellekkään. Emmä kettää häiritse.” (M)

Hoitotyöntekijöiden runsas vaihtuvuus koettiin sekä myönteisenä että kielteisenä asiana. Toiset kokivat sen mukavaksi vaihteluksi ja keinona siihen, ettei liiallista tuttuuden tunnetta pääse syntymään tai jutunaiheet loppumaan. Toiset puolestaan kokivat turvattomuutta ollessaan tietämätön, kuka seuraavaksi hänen luokseen tulee omilla avaimillaan. Tietämättömyys aiheutti myös katkeruutta ja kokemusta, että asiat menevät yhteiskunnassa jopa huonompaan suuntaan. Omahoitajan hoitotyöntekijöistä nähtiin yksimielisesti pitävän kokonaisuudesta paremmin huolta.

”Se olis niin kauheen kivaa ku ennen maailmas mä tiäsin kuka siält tulee ja ketä avaa oven. Nyt maailmas ei koskaan tiädä kuka sielt tulee. Se on niin kauheen harvoin ku tietää. Et siin systeemis on joku vika.” (N)

”No ehkä se on parempi et käy useampia ni ei tule mitään liian tuttuuden tunnetta.” (M)

### 7.1.2 Kuin kaverit keskenään

Vaikka toisille haastateltavista hoitotyöntekijä oli vain pelkkä työntekijä, joka kävi auttamassa välttämättömät avut ja toisille hyvinkin läheinen henkilö, kaikkia yhdisti halu olla osa hoitotyöntekijän elämää. Asiakkailla oli halu muodostaa suhdetta vastavuoroisemmaksi; tietää mitä hoitotyöntekijän elämään kuuluu ja keskustella kuin kaverit keskenään. Hoitotyöntekijöiden vaikeneminen omista asioista koettiin jopa häpäisevänä ja alentavana. Kukaan ei odottanut hoitotyöntekijöiden kertovan salaisuuksia, mutta pienten asioiden jakaminen lämmitti monien mieltä.

”Eiii, niin virallisia yrittävät olla.” (N)

”No ei todellakaan, ne vissiin ajattelee et mitä ne tolle kuuluu. Mut kyllä minä kuuntelisin.” (M)

Hoitotyöntekijä koettiin myös kannustavana arkisten askareiden pyörittämiseen. Kotikäyntien toivottiin olevan luonteeltaan rentoja eikä liian virallisia. Haastateltavat toivoivat huumoria ja keveyttä jutunaiheissa. Huumori oli monilla kantava voima, joka sai katkaistua yksin vietetyt pitkät ja tylsät tunnit.

”Ei paljon mut pikkusen, pilke silmäkulmassa.” (M)

”Semmost ihan niinku kaverit keskenää.” (M)

Käynnit lisäsivät haastateltavien turvallisuudentunnetta eikä turvaranneke yksinään riittänyt. Huolenpidontunne oli suurin tähän vaikuttava tekijä. Asiakkaat kokivat jonkun pitävän heitä silmällä ja tiedostivat jonkun puuttuvan asiaan, mikäli heidän tilanteensa muuttuisi. Pienten asioiden havainnoiminen ja pienet kommentit näihin liittyen saivat monien olon tuntumaan turvatulta.

”--ja kyllä se on semmonen turvallinen olo et jos jää jumii johonkin pöydän alle eikä kukaan käy kattomassa.”(M)

”Vaikkei he niin puhukkaan niin tuntuu että he tekee havaintoja.” (M)

”No toiset on mulle todella tärkeitä. Juu. Ne on niinku oikeita ihmisiä. (nauraa) Mä puhun aina oikeista ihmisistä.” (N)



Aina kotikäynneistä ei kuitenkaan jäänyt pelkästään positiivinen mieli, vaan joskus haastateltavat kokivat mielialan jopa laskevan hoitotyöntekijän käynnin jälkeen. Myös hoitotyöntekijöiden huonot päivät jäivät asiakkaiden mieleen, ei arvostelevalta vaan enemmänkin myötäelävinä. Haastateltavat kokivat ajoittain näkevänsä varjoja hoitotyöntekijöiden silmistä merkiten, ettei kaikki ollut kunnossa. He jäivät yksinään miettimään ja harmittelemaan hoitotyöntekijöiden puolesta.

”--joskus mä oon enemmän kiukkunen.” (N)

”Se näkyy ihan olemuksesta, et toisina päivinä on parempi ku toisina.”  
(N)

### 7.1.3 Elämänlaatua kohottamassa

Hoitotyöntekijöiden käymisen ja laadukkaan hoitosuhteen nähtiin vaikuttavan suoranaisesti yksinäisyyden kokemuksiin.

”--he helpottaa sitä äärettömän paljon (itku kurkussa)!” (N)

Haastatteluissa nousi esiin esimerkiksi kosketuksen vaikutus yksinäisyyden kokemukseen. Kosketus nähtiin kannustavana ja mieltä lämmittävänä eleenä silloin kun se toteutettiin asiallisesti, hellästi ja siitä loisti välittäminen. Liian kovat otteet kuitenkin antoivat arvottomuuden ja väkikäisen tunnelman. Haastateltavat totesivatkin, että mieluummin ilman kosketusta kuin liian kovakouraisesti. Yksi pieni ele voi haastatteluiden perusteella korvata monta sanomatta jäänyttä sanaa.

”No halaamista ei oo kukaan koskaan kyl yrittänyt mut olalle moni taputtaa ohimennessä kotiin lähtiessään mutta se on hyvin lyhyt. Mutta semmonen innostava, se tarkoittaa että koitahan pärjätä, nähdään taas.” (M)

”Ei ainakaan liian kovaa. Tulee ittensä arvottomaksi muuten.” (N)

”Ottais kaulast kii vaa.” (N)

Hoitotyöntekijät nähtiin pääosin hyvänä asiana, he paransivat mielialaa ja olivat valopilkku yksinäisiin päiviin. Yhdessä käytyjä keskusteluja mietittiin vaihtelevasti

hoitotyöntekijän lähdettyä, mikä vähensi yksinäisyyden tunnetta ja antoi sisältöä myös yksinäisiin hetkiin. Hoitotyöntekijältä toivottiin iloista ja valoista mieltä sekä ymmärrystä vanhaakin ihmistä kohtaan. Hoitotyöntekijöiden kanssa koettu ihmissuhde vaikutti myös itsetuntoon. Toimintakyvyn heikentyessä itsetunto harvoin kohosi, mikäli hoitotyöntekijät olivat hyvinkin torjuvia ja hyökkääviä ja tämän lisäksi myös sosiaaliset suhteet olivat vähentyneet ja elämänsisältö muuttunut.

”No et se olis semmonen ilonen ja semmone kui mä ny sanoisin. (mieltien) Et se ymmärtäis vanhaakin ihmist.” (N)

”--kyl mul on aina loppupäivä parempi mieli.” (N)

”Voi kuule mä oikeen varron! Ja sit mä mietin et kukahan sielt mahtaa tulla ja kenelt toi ääni kuuluu.” (N)

#### **7.1.4 Pelkkänä korvana**

Hoitotyöntekijöiden merkitsevyys oli vahvasti sidoksissa käytyjen keskusteluiden määrään ja puhumisen mahdollisuuteen. Monet kaipasivat enemmän keskustelemaa kohtaamista kuin fyysistä apua hoitotyöntekijöiltä. Monille riitti vain jonkun ihmisen paikallaolo avaamaan sanallisen arkun. Kun pitkät pätkät vuorokaudesta oltiin yksin, jokainen kylässä käyvä sai kuulla puhetulvan.

”-- ei se helpota jossei oo ketään kelle puhua.” (N)

”Mä tykkään et se on kaikkein paras et meijän kans jutellaan.” (N)

Haastateltavat miettivät, voisiko keskustelua yhdistää niihin asioihin, joita varten asiakas varsinaisesti tarvitsee apua eli erilaisiin hoitotoimenpiteisiin. Hoitotyöntekijöitä nähtiin olevan erilaisia; toiset eivät saa millään sanoja suustaan, toiset puhuvat hyvinkin paljon. Tärkeintä ei ole luonne vaan, että avaa suunsa. Keskustelun sisältö saattoi vaihdella hoitotyöntekijän luonteesta riippuen, ei niinkään keskustelun merkitys. Ulkomaalaisten työntekijöiden kanssa suurimmaksi ongelmaksi nähtiin, etteivät asiakkaat tienneet ulkomaalaisten hoitotyöntekijöiden kielitaidoista. Näin kynnyksellä alkava keskustelu oli korkeampi, mikäli hoitotyöntekijä ei

itse aloittanut keskustelua. Myös kysymyksiin vastaamattomuus koettiin mieltä pahoittavana ja halveksuttavana, tällöin koettiin puhuvansa yksikseen.

”Näin on, kai siinku piikkiä pistää ni vois vähän kuulumisiakin vaihtaa, vai oonks mä ihan vääräs?” (M)

”--hoitajis on eroo. Ei siin sen kummempaa oo, mut jos vaan puhuis.” (M)

”Kokemukset vaikuttaa kyllä aika paljon. Ne syövyttää ihmist. Kun ei arvosteta ihmist ollenkaa. Ku sekin on arvostusta et ku toinen kysyy jottai ni sais vastauksen. Ois niin hyväks ku pahas. Nii. Kyl mä itekki ymmärrän kaikki” (N)

Toiset miettivät keskusteluja jopa negatiivisina, kaikki eivät tykänneet, kun heidän yksityisasioihin puututaan. He jakoivat keskustelun aiheet ammatillisiin asioihin, arkisiin asioihin ja yksityisasioihin, joista viimeinen oli joillekin arka paikka. He kokivat, ettei ulkopuolinen ihminen missään nimessä ole oikeutettu tietämään heidän yksityisasiostaan, kun heillä on omaiset, joille puhua. Puolestaan heillä, joilla ei läheisiä omaisia ollut, ei tätä ongelmaa noussut esille.

”En tykkää siit ku he puuttuu mun yksityisasioihin.” (N)

Tärkeänä pidettiin myös aikaa, joka on sovittu käytettävän asiakkaan luona. Lähes kaikki kokivat, että kellon salliessa olisi ollut kiva jos hoitotyöntekijä olisi seuraavaan paikkaan lähtemisen sijaan ihan vaan istunut alas ja jutellut asiakkaan kanssa. Monille oli kuitenkin viimekädessä aivan sama mistä keskusteltiin, omista vai hoitotyöntekijän asioista, arkisista vai syvällisistä asioista tms., kunhan keskusteltiin. Keskustelun merkitys yksinäisyyden kokemiseen nousi selkeästi esille myös haastatteluissa. Koettiin, että yksinäisyyden paras lääke on läsnäoleva ihminen ja keskusteluseura ilman suurempia numeroita. Osassa haastatteluista ilmeni hoitotyöntekijöiden olevan kuitenkin henkisesti jossain muualla kuin asiakkaan luona. Monet kokivat, että kyllä he kuuntelevat, mutteivät oikeasti sisäistä mitä asiakas on sanonut tai todella tarkoittanut. Läsnäoleminen näkyi käytöksestä, vastauksien pinnallisuudesta ja usein levottomuudesta. Tämän haastateltavat kokivat arvottomuuden tunteena ja häpeällisenä, mutta herätti myös tulsia mielipiteitä.

”Kyl ne on toisis maailmois ihan kokonaan. Mä huamaan usein ettei ne yhtään tiedä mitä mä olen puhunu. Ei he kuuntele. Tavallaan he kuuntelee. Mut se kuuleminen onki eri asia. Et todella kuuntelis ni siin onki.. Se on ussein niin et ei munt huomioida. Ku pysyvät eros ni hyvä.” (N)

”--et kyl mä sanosi mut mä sanosi asiast, emmä muuten sano mittää.” (N)

### 7.1.5 Vuosien kovettama

Jotkin asiakkaat olivat elämänsä varrella kovettuneet täysin; katkeroituneet ja jääneet ulkopuolelle kaikesta, jossa aikaisemmin olivat mukana. Tämä purettiin hoitotyöntekijöihin kriittisyytenä ja tyytymättömyytenä. Hoitotyöntekijöille tuli olla hyvin selvää mitä asiakas haluaa ja miten, jotta kohtaamiseen ja hoidon laatuun oltaisiin tyytyväisiä.

”Mä olen mä enkä muuksi muutu – Mä olenkin kriittinen henkilö. Mä sanosin et ei edistys menis ettippäin ollenkaa jos ei kukkaa ois kriittinen.” (N)

”Mä olen kovettanu itteni niin täysin.” (M)

Katkeroituminen näkyi myös haluttomuutena kertoa kokemuksistaan ja elämästään hoitotyöntekijöille, jotka olivat kaikki poikkeuksetta iäkkäitä asiakkaita nuorempia. Koettiin, että on turha kertoa asioita ihmisille, jotka eivät ole kokeneet samoja eivätkä näin ollen voi ymmärtää kokemuksia ja ajatuksia ja yhtyä niihin.

”Kyl se on parempi vaa olla hiljaa. ku.. Kyllä. Ettei puutu kenenkään assioihin. -- Mut näkkee oikee ettei he oo mistään tietosii semmosist asioist mist mä olen tietonen.” (N)

Kovettuminen näkyi myös tunteiden näyttämisen hankaluutena. Iäkkäämpi sukupolvi on opetettu siihen, että tunteitaan ei saa näyttää vaan pitää ulospäin näyttää vahvalta ja itsevarmalta. Tämä vaikeutti tunteiden käsittelyä, kun niitä piti käydä läpi yksin. Monesti haluttiin näyttää tunteita, keskustella ja olla osa muuta elämää, muttei osattu vieraiden ihmisten kanssa olla oma itsensä. Elämään

kaivattiinkin monesti toista osapuolta kulkemaan rinnalle, vaikkei se olisikaan yhtä tuttu ja turvallinen kuin aikaisempi puoliso.

”Mä olen semmonen et mä en millää näyttäis tunteitani. Ku mä olen mä. Ja yksin eläny niin kauan. Jos olis joku ni se olis se yks sit vaan.”  
(N)

Osa koki, että hoitotyöntekijöiltä puuttui myötäelämisen taito. Kun ei tiennyt miten toinen reagoisi tai haastateltavat kokivat, että tunteet aina vain torjuttiin, oli tunteita vaikea näyttää. Toiset kokivat jopa, että hoitotyöntekijät väheksyivät asiakkaidensa tilannetta ja yliarvioivat heidän toimintakykynsä. Hoitosuhteen jatkuvuudella ja omahoitajuudella nähtiin siis merkittäviä seurauksia tunteiden näyttämiseksi.

”Ei niitä hirveesti naurata vaik mä jotain itte nauraisin.” (N)

”Emmä muista mikä se oli ku mun tuli itku ni kylmä sen annon tulla.”  
(N)

Toimintakyvyn heikkeneminen ja tunteiden paatuminen olivat monille vaikeita käsiteltäviä asioita. Elämänsisällön muuttumisen hyväksymistä ei koettu helppona. Avun pyytäminen ja vastaanottaminen ulkopuoliselta henkilöltä koettiin nöyryyttäväksi. Sillä, miten apua tarjotaan, nähtiin olevan suuri merkitys. Toiset olivat tulleet tulokseen, että tapahtui mitä tapahtui, siihen on sopeuduttava.

”Täsä mä olen. istun ja ihmettelen. – ajatukset vaa juoksee tuhat ja satta enkä oikee tahdo pysyy peräs.” (M)

”Mä olen ollu aina huono pyytämään mittää et mä olen tehnyt äärirajoihin asti kaikki, ennenku mä oppisin käsittämään mikä on kotiaavustaja.” (N)

”Se on kauheetaku ihminen tulee tämmöseks, miks sitä sanois, kylmäks, määrätyl taval kylmäks. Elämä on opettanu mua, vieköön mihin vieköön.” (N)

Toisaalta vuosien kokemukset ja vauhdikkuus nähtiin myös positiivisena asiana; nyt oli aikaa istahtaa alas ja nauttia omasta rauhasta. Kun kaikki haluttu oli jo tehty ja kaikenlaisia vastoinkäymisiä koettu, oli tasapaksu ja sosiaalisesti köyhä elämä joillekin haastateltaville rikkaus. Myös paatuminen nähtiin tarpeeksi pitkälle

mentyään positiivisena asiana; mitä enemmän on joutunut olemaan yksin, sitä vähemmän siitä enää kärsii.

”Ei yhtään haittaa! Ei haittaa. Mul on niin vaihteleva menneisyys etten mä kärsi yhtään yksin olemisest.” (N)

”--ei mul enää tuu, mä olen varmaa jo nii paatunu.” (N)

### 7.1.6 Pysähtymisen taito

Jokaisesta haastattelusta nousi hoitotyöntekijöiden jokapäiväinen kiire. Jotkut olivat jo alistuneet kiireeseen ja todenneet katkerasti mielessään, ettei mitään ylimääräistä kannata pyytää, jottei häiritse hoitotyöntekijöiden rutiineja. Jotkut puolestaan selkeästi pyysivät mitä tarvitsivat ja vaativat myös saada sen mitä on sovittu, sillä he maksavat kyseisestä ajasta.

”Ei sillonku on kiire. Eiii eiii enkä minä sillon pyydäkkää. (harmistuneena)” (N)

”-- näkyy heist kiire. Kerranki oli yks hoitaja ku sano et mul on kauheee kiire. Sit mä sanosinki et kerran ku mä maksan täst määrätyst ajast ni sä teet ne työt kaikki mitä sun on määrätty tekemään. Ei se oo sen jälkeen puhunu kiireest. -- mä en hyväksyny sitä. Mä sanoin et mä lorvailen jos mä haluan.” (N)

Toiset osasivat nauttia pienistä hoitotyöntekijöiden antamista hetkistä. He eivät vaatineet pitkiä keskusteluja tai suuria aktiviteetteja. Heille riitti pieni hetki, kun hoitotyöntekijä istuu alas ja kyselee kuulumisia ja oikeasti kuuntelee. Läsnäolevan ihmisen kaipausta oli suuri.

”Jos se ois ystävälline ja näyttäis et sitä kiinnostaa mun asiat. Eikä vaan hokis kiirettä.” (N)

”Ne istuu siinä tuolilla. Ei se ooku kaks kolme minuuttia. Ei ei ei (päivittelee) se on jo pitkä aika. Niistä pitää osata nauttia, koska niitä ei monilta saa. Ne on kultaa.” (M)

Haastateltavat kertoivat hoitotyöntekijöissä olevan kahta tyyppiä; toiset hokivat kiirettä ja se näkyi kaikessa toiminnassa lähinnä hosumisena ja

hermostuneisuutena. Toiset taas kertoivat asiallisesti päivän olevan kiireinen, mutteivat antaneet sen näkyä toiminnassa vaan tekivät kaiken tarvittavan juuri tarvittavalla ripeydellä.

”Se on toisten kans vähä ole jutellu mut ne on taas semmosii ku niil on nii kiire ni ei ne pal kerkiikkää juttelema.” (N)

”Ei. Joskus sanoo joku että tänään on ollut kiire päivä mut ei se siinä hänen toiminnassa näy että kaikki menee reippaasti mutta hillitysti.” (M)

### 7.1.7 Keskeneräisyyteen pettymistä

Haastatteluissa tuli esille asiakkaiden kokemus olemattomista vaikutusmahdollisuuksista hoitoonsa. Hoitosuhteen alussa pidettävästä hoitokokouksesta huolimatta asiakkaat kokivat etteivät olleet vaikuttaneet mihinkään. Hoitosuhteen päivittämistä, tarpeiden kyselemistä ja asiakkaan kuuntelemista kaivattiin enemmän. Asiakasta pitäisi kuunnella joka kerta huolimatta siitä mitä listassa lukee, jotta asiakas kokisi hoitotyöntekijän olleen paikalla hänen vuokseen eikä ulkopuolelle jättämisen tunnetta tulisi. Jatkuva kysely koettiin huonona, sillä haluttiin kuitenkin, että sovitut asiat muistetaan. Usein hoitotyöntekijän selvät sävelet asiakkaan odotuksista riittivät onnistuneen hoitosuhteen luomiseen ja luottamuksen syntymiseen.

”-- kun ei ne mittään oikeen hoida. Ei ne mun puolesta ku tekee ne määrätyt työt. Ei siin paljo kysellä.” (N)

”Minusta on riittävä kohtaaminen, että vaan tulee ja tekee mitä on sovittu. Pitää lupaukset niin minä voin luottaa että pärjään.” (M)

”Se on semmost, jollain taval ylimielist se touhu. Se käytös jo. Kunnioitus puuttuu. ja ku täs työs pitäis muistaa et asiakas tietää parhaiten.”(N)

Selvät sävelet eivät kuitenkaan tarkoittaneet rutinoitumista. Monet kokivat, että hoitotyöntekijät tekivät vain sovittua työtänsä nalysoimatta sen kummemmin

asiakkaan kuulumisia ja vointia. Kuitenkin pinnan alla olisi usein ollut paljon suurempaakin sanomaa.

”He tekee vaan työnsä, ei mitään muuta, ei ne tiedä onks mulla hyvä vai huono päivä. Eikä niitä ilmeisesti kiinnostakkaa.” (N)

Myös peruskäytöstävät vuorovaikutuksessa olivat asiakkailla suuressa arvossa hoitosuhteen laatua arvioitaessa. Esimerkiksi ensikohtaaminen ja tervehtiminen vaikuttivat kotikäynnin laatuun. Asiakkaan arvostus miellettiin näkyvän esimerkiksi siitä tuleeko hoitotyöntekijä ensimmäisenä tervehtimään kasvotusten vai eikö.

”Joku on simmonen ku astuu ovesta sissää ja huutaa huomenta tual. Mä tunnen äänet kyl melkeen. Ja ei se tuu kattomaankaa. Toiset sentää arvostaa sen verra, et tulee makuuhuoneeseen sanomaa huomenta ja kattomaa munt et olenks mä sängys vai olenk mä lattial.” (N)

Haastateltavat tunsivat lujaa luottamusta siihen, että jos asioista haluaa puhua, niin heitä kyllä kuunnellaan ja asioihin reagoidaan. Useat tiedostivat, että hoitotyöntekijöiden velvollisuus on raportoida mielialasta ja kuulumisista myös toisille hoitotyöntekijöille, koska hoitotyöntekijät vaihtuivat tiheään. Kuitenkin he luottivat siihen, että jos pyytää olla kertomatta kenellekään, niin hoitotyöntekijät myös ovat.

”Kyl mä heihin luotan. vaik he kyllä sanoo et he keskenään juttelee, et millanen mieliala oli ja niin poispäin. mut jos minä sanon että älä kerro kellekään niin ei he kyllä varmasti kertois.” (M)

Luottamuksesta huolimatta ongelmana nähtiin asioiden loppuun viemisen epävarmuus. Hoitotyöntekijöiden vaihtuvuus ja jatkuva kiire johtivat siihen, etteivät asiakkaat koskaan olleet varmoja viedäänkö hänen kertomiaan asioita ja ongelmia millään tapaa eteenpäin, kun hoitotyöntekijä lähtee ovesta ulos. Epävarmuus söi halua kertoa aroista ja toimenpiteistä vaativista asioista hoitotyöntekijöille, koska haastateltavat kokivat, ettei joko mitään kuitenkaan tapahdu tai ettei hoitotyöntekijöillä ole aikaa.

”-- ni mä tykkää et mun on iha turha kertoo mittää ku ei niit kuitenkaa kukka hoida.” (M)



”-- juu et täsäki on kyl semmosii hoitajii et ne kuuntelee aika tarkkaan mut en tiedä sit et raportoiko he siitä sit mihinkään.”(M)

### 7.1.8 Toteutumattomia haaveita

Osalla haastateltavista oli selkeästi toive tai tarve saada lahjoja; kukkia, leipomuksia tai muuta vastaavaa kokeakseen itsensä arvostetuksi. Aineistosta nousi mielipide, etteivät hoitotyöntekijät saisi kertoa ihanista leipomisistaan, kävelyretkistään ja muista aktiviteeteistään ilman, että toisi lämpimäisen asiakkaalle tai ottaisi asiakkaan mukaan. Osasta haastateltavista puolestaan kuului kaipuu vanhojen harrastusten; musiikin, käsitöiden tai leivonnan pariin. Tässä kohtaa toiveet ja hoitotyöntekijöiden työnkuva eivät täysin vastanneet toisiaan.

”No tois nyt ees jonku leivänki. Ku kerra leipovat ja leuhkivat, ei sais puhhu vanhuksil tommosist ku en mä kerra itte pysty. Eikä mun kans kukkaa leivo.” (N)

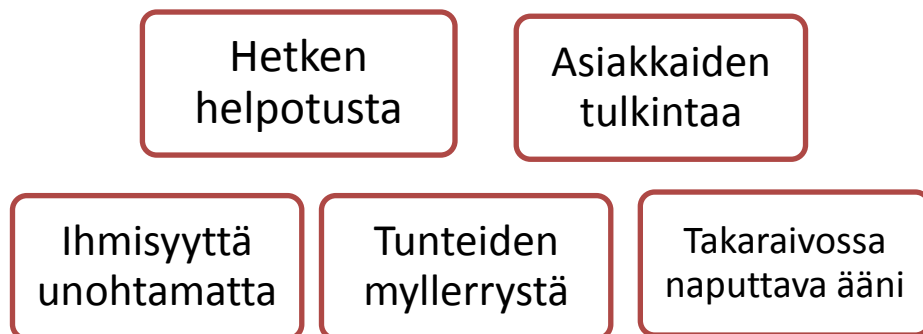
”-- kunnei he laulamaan pysty ja soittaa ei ossaa.” (M)

Monet kokivat erittäin tärkeänä, että hoitotyöntekijä joskus katsoo kynsien tai parran kunnon ja ajaa sen hänen pyytämättään. Haastatteluista nousi siis toive, että hoitotyöntekijät tekisivät ”itsestään selviä” asioita asiakkaan pyytämättä havainnoimalla. Tämä tuntui lisäävän tunnetta, että joku katsoo todella missä kunnossa asiakas on, eikä vain että on hengissä.

”Juu ja semmonen tyttö ajo mun parran ku se vähän kasvo. Ei se niin pitkä ollu mutta sänki siinä oli jo ihan kunnolla.” (M)

## 7.2 HOITOHENKILÖSTÖN HAASTATTELUIDEN TULOKSET

Hoitohenkilöstö pohti haastatteluissa kohtaamisensa pitkän aikavälin seurauksia. He uskoivat onnistuneella kohtaamisella olevan hetkellisiä hyviä vaikutuksia. Kuitenkin koska kohtaaminen ei ole jatkuvaa, vaikutuksen pelättiin romahtavan. Yksinäisyydestä harvoin puhuttiin työntekijöille varsinaisena yksinäisyytenä, vaan se piti tulkita pienistä teoista ja eleistä. Kiire aiheutti sen, etteivät hoitotyöntekijät pystyneet toteuttamaan hoitoa kuten olisivat halunneet. Olennaisena pidettiin vanhusasiakkaan kohtaamista ihmisenä sekä mahdollisuutta antaa näyttää tunteensa hoitotyöntekijälle. Oheisessa kuviossa 2. on havainnollistettu keskeiset tulokset otsikoittain.



*Kuvio 2. Hoitohenkilöstöhaastatteluista esille nousseet tulokset.*

### 7.2.1 Hetken helpotusta

Hoitotyöntekijät tiedostivat olevansa monille asiakkaille lähes ainoita sosiaalisia kontakteja. He ovat monille ainoita ihmisiä, jotka todella pitävät huolen ja käyvät kylässä. Mitä vähemmän omaisia oli hoitamassa asioita, sitä kokonaisvaltaisemmaksi asiakkaan hoito muodostui henkilöstölle. He näkivät oman merkityksensä yksinasuville asiakkaille hetkellisenä helpotuksena oloon, hetken katkaisuna yksinäisiin päiviin, mutta epäilivät vahvasti pidempiaikaisia vaikutuksia.

”Kun on asiakkaan luona niin arvosana (kouluarvosana 4-10) vois olla korkeempi mutta kun laittaa oven kiinni niin romuttuuko se arvosana sinne pohjamutiin. Ku sillä ei oo semmosta jatkuvuutta. Seuraavalla käynnillä hän on ihan yhtä yksinäinen kuin edelliselläkin. Ja sit toisaalta niinkun se just kohtaaminen, niin sä pysymällä kotihoidon leivissä pitkän aikaa nisä saat sille asiakkaalle semmosen kokemuksen että toi on vanha tuttu. -- jos mietitään lyhyitä vaikutuksia ni on sillä kohtaamisella kyllä merkitystä ja ees hetkeks voi unohtaa sen yksinäisyyden mut jos miettii pidemmän aikavälin vaikutuksia ni kyl mä väitän et se ois vitosen luokkaa. Mut semmosen pienen aikavälin parannus vois olla seiskaa tai kasia.”

”Se et vaik me käytäis siellä asiakkaan luona neljä kertaa päivässä ja oltais joka kerta tunnin ni se on siltä siellä vielä kakskyt tuntii yksin hiljaisuudessa ja mieti tik tak tik takku kello naksuttaa niin mä en yhtään ihmettele.”

Toisaalta vaikka asiakkaalla oli runsaasti omaisia, hoitotyöntekijä saattoi siitä huolimatta merkitä hyvin paljon. Joskus aroista asioista puhuttiin helpommin hoitotyöntekijöiden kuin omaisten kanssa. Osa omaisista puolestaan kävi käymisen vuoksi, ei niinkään ollakseen läsnä asiakkaalle. Tästä saattoi aiheutua merkittäviäkin kokemuksia yksinäisyydestä. Tässä kohtaa hoitotyöntekijät näkivät asemansa tukevana ystävänä, jolle voi puhua mistä vain.

”Se näkyy myös niistä, et osalvaik omaiset kävis viikottain, lähes päivittäin, nihe saattaa silti kokee sitä yksinäisyyttä ja kokea ettei kukaan käy. Ja sit on asioita joista asiakkaat ei halua puhua omaisten kanssa mut hoitajan kanssa on ehkä helpompi keskustella.”

Aina hoitotyöntekijät eivät olleet täysin tervetulleita asiakkaan luokse, mikä koettiin vaikeuttavan kohtaamisen laatua. Asiakas saattoi olla hyvinkin torjuva ja negatiivisella asenteella, mikäli apu ei ollut hänen itsensä toivoma vaan esimerkiksi omaisen kautta. Toiset ajattelivat hoitotyöntekijöiden vain häiritsevän arjen pyörittämistä.

”Joillekin me ollaan ainut kontakti elämässä, joitain me häiritään ku on niin paljon omaisia. Ja jollekin me ollaan vihollisia. Välitön pakko, minkä joku ulkopuolinen on määrännyt. -- Se ei välttämättä oo asiakkaan oma intressi et me tullaan. Se ei ehkä ymmärrä et me mennään sinne hänen parhaakseen vaan kokee et me tunkeudutaan sinne.”

Hoitotyöntekijät kertoivat näkevänsä päivittäin työssään katkeruutta, masennusta, yksinäisyyttä ja luovuttamista. Hoitotyöntekijöiden mukaan monet kokivat suurta arvottomuuden tunnetta, kun omaiset eivät käyneet kylässä eivätkä huolehtineet. Aidon läsnäolon kotikäyntien aikana uskottiin olevan tähän paras apu.

”Se aika ku siellä ollaan, oli se sit pieni taikka suuri, niin eihän se anna asiakkaalle mitään ellet sä oo ollu läsnä siellä. Ei se auta silloin siihen yksinäisyyden tunteeseen.”

”-- sit yhtäkkiä kukaan ei käy ni kyl tosi monet on kysynyt et eiks nykyajan nuoret kunnioita enää vanhuksia?”

Yksinäisyydestä kärsiviltä asiakkailta koettiin äärimmäisen suurta vaikeutta löytää voimavaroja. He vertasivat yksinäisyyttä masennukseen, jossa voi löytää kannustusta ja voimavaroja pienistä arkisista asioista, kuten sängystä ylös nousemisesta, ruoan laitosta ja niin edelleen. Kuitenkin yksinäisyys on yleensä melko stabiili olotila, joka ei ole sidonnainen ainoastaan henkilöön itseensä. Näin ollen hoitotyöntekijät kokivat voimavarojen etsimisen haastavaksi ja joskus jopa lähes mahdottomaksi.

”Aika vaikee. Tosi vaikee. Ne kantaa hetken aikaa mutta sitten sun täytyy olla itte aktiivinen.”

”Mutku yksinäisyyttä kokevilla se ei oo aina itestään kii, ja ne tilanteet ei välttämättä muutu.”

Kuitenkin kaikista negatiivisista tunteista huolimatta, hoitotyöntekijät kertoivat kohtaavansa ajoittain myös positiivista yksinäisyyttä. Kyseiset henkilöt olivat joko koko elämänsä tottuneet elämään yksin, olivat rakentaneet sosiaalisen verkostonsa kampaajista ja muista työntekijöistä tai olivat vaan sosialisoituneet taloyhtiössä asuvien ihmisten kanssa. Kyky lähteä asunnostaan ulos ei ollut välttämätön, mutta usein hyvinkin merkitsevä tekijä yksinäisyyden kokemukseen.

”Hänelle riittää se elämä mikä me hänelle tuodaan ja se tuntuu niin uskomattomalta. Mut ei hän, hän viihtyy yksin.”

### 7.2.2 Asiakkaiden tulkintaa

Omahoitajuudessa nähtiin positiivisena puolena kokonaisvaltaisempi katsaus asiakkaan tilanteesta. Koettiin, että käymällä useammin saman asiakkaan luona pystyi hahmottamaan erilaisia kokonaisuuksia paremmin kuin käymällä silloin tällöin. Hoitotyöntekijät olivat aluksi hyvin epäröiviä vaikuttaako historian tunteminen varsinaisesti kohtaamiseen, kunnes nousi esille puheenaiheiden valinta ja parempi ymmärtäminen. Kohtaaminen koettiin onnistuneemmaksi, kun osaa välttää asiakkaalle ikäviä puheenaiheita eikä ota kaikkia asiakkaan purkamia kiukkukohtauksia itseensä.

”Ehkä jossain kohtii oppii ymmärtämään sitä asiakasta paremmin. Mut emmä tiedä vaikuttaaks se kuin paljon siihen kohtaamiseen. Toisaalta sit oppii välttämään niit ikävii puhenaiheita, et jos on esimerkiks poika kuollu ni ei kysy et onks sulla lapsia.”

”Sit ku tietää ne asiakkaat ni osaa esimerkiks aggressiivisesta asiakkaasta ajatella et se johtuu kivuista ettei se oo mitään henkilökohtaista. Sen ku muistais pitää mielessä.”

Kohtaamisen laadun nähtiin parantuvan, kun tietää miten asiakkaan kanssa tulee toimia ja mitkä hänen tapansa ovat. Nähtiin kuitenkin, että oli asiakas sitten omahoidettava tai ei, se tulisi hoitaa samalla tavalla ja kohdata yhtäläillä ihmisenä.

”-- ja sit ne omat asiakkaat joiden luona tulee käytyy ni heidät tuntee paremmin ja heidän kans tietää miten tulee toimia.”

Henkilöstö pohti myös oman ammatillisuuden rajan vetämistä. He olivat yhtä mieltä siitä, että melko vähän kertovat asiakkaille omasta elämästään. Kuitenkin hyvinkin neutraaleja asioita, kuten saunapäivä, kukkien hoito ja muuta vastaavaa, jaettiin myös asiakkaille, koska ei koettu kertomisesta olevan haittaa.

”Ne on niitä pieniä mutta sitäkin tärkeempiä asioita. Ja ku jakaa vähän itestään niille asiakkaille ni ne on onnellisia. Ja ku ei koko suvun historiaa. Mun mielestä se on ihan neutraali asia et hän tietää et mul on perjantaisin saunapäivä.”

Ilmeni kuitenkin myös tilanteita, joissa asiakas saattoi olla rasite myös vapaa-ajalla, jolloin kaiken omasta elämästään kertomisen oli jäätävä vähemmälle.

Joskus myös koettiin, että asiakkaan viha otettiin liiaksi itseensä ja paras keino on vain hillitysti poistua paikalta.

”-- et mä oon kohtelias mä oon asiallinen mut ei mitään ylimäärästä kontaktii.”

”-- niin jossain kohtaa se ammatillisuuden raja hälveni ja otin sen jollain tapaa itteeni ja ku huomasin et omat kyyneleet alko valuu nimun oli pakko sanoa että ei mitään, mä tästä lähden, koska se tuli jotenkin liian lähelle. Ja ratkasin sen tilanteen niin et lähdin pois tilanteesta, melko nopeestikkin.”

Asiakkaan lukeminen rivien välistä koettiin yleisenä hoitotyöntekijän työssä. Esimerkiksi pariskuntia, joissa toinen on muistisairas ja toinen parempikuntoinen pitää hoitotyöntekijöiden mukaan osata tulkita ja pyrkiä ymmärtämään sekä tätä kautta kannustaa myös puhumaan.

”Mut hekään ei kauheesti puhu sanalla et se ois yksinäisyyttä vaan sen jollain taval näkee ja aistii sen. Ku ei voi eikä viitsi eikä anna lupaa itselleen omille menoille.”

Kotikäynniltä lähtö viestitti selkeitä yksinäisyyden merkkejä. Hoitotyöntekijöiden mukaan monet asiakkaat pyrkivät viivyttämään hoitotyöntekijän lähtöä ja keksivät kaikenlaisia tekosyitä, jotta hoitotyöntekijä jäisi vielä hetkeksi pidempään.

”Turvattomuudentunteena ja semmosena niinku esimerkiks ku me mennää asiakaskäynnille ni sieltä on vaikee lähtee ku he ei välttämättä sano et on yksinäinen niin hän keksii semmosia pieniä viivyttämiskeinoina. Mut kyl ihan sanotaan, et mä olen niin yksin ja nyt kun sä lähdet niin mä jään niin yksin.”

Hoitotyöntekijät totesivat, että yksi merkittävä asia kohtaamisen laadussa on yksinkertaisesti henkilökemiat; toisten kanssa vain tulee paremmin toimeen kuin toisten. Jotkut odottavat innolla juuri kyseisen hoitotyöntekijän saapumista, toisilla kaikesta huolimatta eivät kemiat kohtaa.

”Joidenkin kans vaan synkkaa paremmin ku toisten. Ne henkilökemiat. Et vaik asiakas ei ois millään tapaa raskas eikä rasittava eikä inhottava eikä ilkeä ni joskus ei vaan kemiat kohtaa.”

### 7.2.3 Ihmisyyttä unohtamatta

Hoitotyöntekijät olivat sitä mieltä, että asiakas on ehdottomasti kohdattava ihmisenä. Kuuntelu, kohtaaminen, silmiin katsominen, läsnäolo ja kannustus nähtiin merkittävänä osiona ihminen ihmisenä –kohtaamiselle. Kotikäynnille ei mennä ainoastaan fyysisten suoritusten vuoksi vaan asiakas pitää kohdata kokonaisvaltaisesti ja tasa-arvoisesti.

”No se ainakin et ku meet sinne ni otat huomioon sen ihmisen siellä etkä tee vaan niitä juttuja. Kuuntelet, kohtaat ja katsot silmiin.”

”On tärkeitä et kohtaa sen ihmisen ihmisenä, ettei oo silleen et mä oon täällä ja sä täällä. Vaik onki se hoitaja-asiakas –suhde ni ei se tarkota et ollaan eriarvosessa asemassa. Ihmisiä silti ollaan.”

Varsinaiset hoitotoimenpiteet nähtiin rutiininomaisiksi ja helpoiksi suorittaa. Siitä huolimatta tiedostettiin, että ne saattavat iäkkäille ihmisille olla arka asia ja onnistuminen vaatii hoitotyöntekijältä inhimillistä ja ymmärtävää otetta.

”-- ni tekee siitä semmosen turvallisen siitä käynnistä ettei se ihminen ihan täysin hermostu.”

Tervehtiminen, itsensä esittely sekä samaa kieltä puhuminen nähtiin onnistuneen kohtaamisen peruspilareina, ja ilman niitä oli lähes mahdoton saada asiakas lähelleen. Usein ensimmäiset tapaamiset uusien asiakkaiden kanssa miellettiin hyvin neutraaleiksi eikä persoonaa kannattanut pistää peliin ennen kuin asiakas tunnetaan. Hoitosuhteen edetessä koettiin, ettei hoitotyöntekijän ja asiakkaan iällä ollut merkitystä, vaan suurimmat vaikuttavat tekijät olivat asiakkaan ja hoitotyöntekijän omat persoonallisuudet.

”-- jos se on ihan uus -- aika nöyrästi ja varovaisesti lähestyä sillai et ei kauheesti kannata pistää omaa persoonallisuutta niin sanotusti peliin -- sit ku oppii tutustumaan niin oli se sit vanha taikka nuori niin jokasella on se oma persoonallisuus niin ei se sitoo niin paljon ikäkysymys kuvois kuvitella.”

”No toivotetaan ainakin hyvät huomenet, tai päivät tai mitkä ne sit millonki on. Ja sit ainakin esitellään itsemme jos on uus asiakas tai työntekijä. Peruskäytöstävät.”

Kohtaamisen laatu nähtiin tietynlaisena asennekysymyksenä. Koettiin, että vuosien varrella laatu saattaa joidenkin kanssa heiketä, mutta pitäisi pyrkiä panostamaan siihen, koska laadulla nähtiin monia seurauksia niin onnistuessaan kuin epäonnistuessaankin. Myös uusi mobiilikirjaaminen nähtiin osana kohtaamisen laatua. Toisaalta kirjaaminen asiakkaan luona paransi hoitotyöntekijöiden omaa kirjaamisen laatua ja vähensi aikaa toimistolla, kun taas omalta osaltaan sen koettiin häiritsevän asiakkaan kohtaamista kotikäynnillä. Iäkkäämpi sukupolvi ei vielä täysin ymmärrä tekniikan kehittymistä ja mobiilien merkitystä hoitosuhteessa ja näin ollen niiden käytöstä saattaa seurata hyvinkin negatiivisia kommentteja.

”Kyl mä sanoisin et se on ittest kii, tietyt asiakkaat on semmosia joiden kohtaaminen saattaa ajan myötä vähän haalistua mut kyl se useemmiten on ittest kii et kui hyvin saa sen kohtaamisen aikaseks. Et aika pitkälti ainakin omalta kohdalta huomaa et se on enemmänki asennekysymys.”

”Niin hyvä ku tää onkin et me saadaan asiakkaan luona kirjattuu, ni se ensinnäkin häiritsee asiakaskontaktia, ku pitää kattoo tätä puhelinta tai lappua koko ajan. Mun mielest se on häirinnyt sitä kontaktin luomista. Yks asiakas kysy multa et mitä sä pelaat. Toisaalta oon tosi tyytyväinen et saa kirjattuu asiakkaan luona ku tulee kirjattuu semmosiakin mitä entisaikana ei tullut ehkä kirjattuu, mut sit on se kolikon toinen puoli.”

Yksinäisyyttä kokevan ihmisen kohtaamista pohdittiin käänteisestä näkökulmasta; miten minä haluaisin itseäni kohdeltavan? Yksimielisiä hoitotyöntekijät olivat siitä, etteivät he haluisi yksinäisyyttä mainostettavan vaan mahdollisimman arkisesti pyrkiä keskustelemaan ja olemaan asiakkaan kanssa. Myöskään vähättelyllä ei nähty minkäänlaisia positiivisia seurauksia vaan päinvastoin.

”Tämmönen vähän niinku vähättely ni se ei ei ei toimi. Vaikka sillä yrittää aina vähän lohduttaa, että kyllä se päivätyöntekijä sieltä tulee.”

”Ei kukaan meist haluis et sitä mainostettais et voi ku sä oot sairas tai voi ku sä oot yksinäinen.”

Mikäli yksinäisyys oli vahvasti sidonnaisen elämänasenteeseen ja omaan haluttomuuteen, koettiin vaikutusmahdollisuudet hyvin vähäisiksi. Elämänasenne



on kuitenkin muovautunut vuosien saatossa ja useimmilla pysynyt samanlaisena jo vuosia, eikä sitä yksittäiset hoitotyöntekijät pystyisi heidän mielestään muuttamaan. Yrittävä asenne kuitenkin loista henkilöstöstä, ”mitään ei oo luovutettu”.

”Mä koen et aika vähän me pystytään, he on jo niin kauan ollu tietyn elämänsentteen omaavia et ei sen ikäisiä ihmisiä, sitä ei enää helposti muuteta. Pyritään toki, mitään ei oo luovutettu.”

Joskus hoitotyöntekijät purivat hammasta yhteen, kun asiakkaalla oli selkeästi tarve päteä ja näyttää osaavansa. Pienten virheiden jääminen kaivelemaan useiksi vuosiksi koettiin raivostuttavan. Pienet virheet saattoivat olla myös syy totaalikieltäytymiselle kotihoitoa kohtaan, koko kotihoidon maine saattoi kaatua sukan huonosti laittamisesta. Hoitotyöntekijät kokivat myös ahdistavana, kun jotkut asiakkaat painostavat virheiden tekemiseen hokemalla hoitotyöntekijöiden osaamattomuutta ilman syytä. Asiakkaalta miellettiin kuitenkin tulevan myös hyvinkin tarpeellisia ja arkea helpottavia neuvoja eikä aina valituksia. Silti epäiltiin, ettei asiakas kuitenkaan kokisi itseään tarpeelliseksi näiden neuvojen antamisen myötä.

”Jotain pikkuasioita ku he näkee et mä teen, ni kysyy et mikset sä tee tällä tapaa, nisit tajuaa et toihan on tosi kätevä. Mut en mä tiedä ajatteleeks se asiakas itse olevansa tarpeellinen.”

”-- ja se on ihan sama vaik sä tekisit sata kertaa saman asian oikeen ja hyvin ni ku sä teet se kerran väärin ni siitä sit alkaa hirvee show ja omaiset soittaa ja muistetaan viel parin vuoden päästä et tämä hoitaja laittoi vasemman jalan tukisukan huonosti jalkaan.”

#### **7.2.4 Tunteiden myllerrystä**

Keskustelu nousi merkittävänä osiona myös henkilöstön haastatteluissa. Moni koki haluavansa viettää asiakkaiden kanssa enemmän aikaa keskustellen, koska tiedostivat sen merkityksen asiakkaan psyykkiselle hyvinvoinnille. Kun keskusteluissa oli mukana huumoria, oli hoitotyöntekijöidenkin mukavampi istua alas pieneksi hetkeksi keskustelemaan.

”-- vaik samat asiat tulis viis kertaa ni silti kuuntelet vaan.”

Henkilöstöhaastatteluista nousi esille kahdenlaisia asiakastyyppejä; toiset puhuvat lähes itsestään, toisten kanssa saa miettimällä mieltä mistä saisi jutunaiheita. Ammattitaitoa olikin löytää asiakkaasta ne häntä itseään kiinnostavat keskustelunaiheet ja pyrkiä saamaan asiakasta aktivoitua. Onnistumisenkokemuksina ilmeni tilanteet, joissa vanhojen asiakkaiden kanssa löytyi uusia keskustelunaiheita, joista asiakas innostui.

”Kaikki ei oo kauheen puheliaita eikä he halua kertoa -- täytyy oikeen lypsää et sais jonkun tiedon siitä ihmisestä. Mut sit on puheliaita, joilla ei meinaa saada juttua loppumaan.”

”Ku onnistut jossain, ku vaik vanhalla asiakkaalla, joissa jutunaiheet alkaa jo käydä vähiin, ni löydät semmosen aiheen mistä nousee asiakkaalla kiilto ja innostus silmiin.”

Hoitotyöntekijöiden mukaan asiakkaissa on myös eroja tunteiden näyttämisessä, kaikki eivät ole vuosien kovettamia ja ikäpolvensa tapoihin juurtuneita kylmiä iäkkäitä. Joskus tunteiden näyttäminen hoitotyöntekijöille nähtiin helpottavan hyvinkin paljon asiakkaan jaksamista ja tuo tunnetta, että jollekulle saa olla oma itsensä esittämättä mitään. Oli kuitenkin tunne, että asiakkaat pyrkivät välttämään negatiivisia keskustelunaiheita viimeiseen asti.

”Toiset näyttää ja itkee useinkin, mut enemmän ne kertoo hyviä asioita ja välillä ku ne kertoo elämästään jotain ni ne yrittää välttää sen vaikean kohdan kertomista ettei tulis tunteita pintaan. Ja monet niinku skarppaa hoitohenkilökunnan kans ja sit ne purkautuu omaisille ja ne soittaa meille et kui ei oo puututtu ja me täällä sanotaan et ku ei oo kertonut.”

Joskus asiakkaan itkeminen oli niin tunteitanostattavaa, että hoitotyöntekijä itki yhdessä asiakkaan kanssa. Toinen ääripää sai hoitotyöntekijät jo lähinnä turtumaan jatkuvaan itkemiseen. Tämä koettiin erityisen raskaaksi, sillä tiedostettiin, että asiakkaalle jokainen itku oli hyvinkin tarkoituksellinen. Lisäksi oli tapauksia, joiden kohdalla oli lähes mahdotonta aina mennä mukaan asiakkaan tunteisiin, ilman oman psyykkisen tasapainon horjumista.

”Mut siis mun mielest vaivaantuminen ei oo mitään siihen verrattuna ku turtuminen.”

### 7.2.5 Takaraivossa naputtava ääni

Haastatteluissa nousi useassa kohtaa esille henkilöstön kiireinen aikataulutusta ja runsas asiakasjoukko. Monet kokivat, että asiakkaat aistivat kiireen tunteen vaikka sitä pyrkisi piilottamaan. Kiire näkyi ajanantamisen määrästä, lievästä väheksymisestä ja ja ripeydestä. Myös hoitotyöntekijän läsnäoleminen heikentyi merkittävästi, kun jatkuvasti mielessä pyöri jo seuraavan paikan asiakas.

”-- ku jonain aamuina mä en istukkaan alas ja kysele niitä kuulumisia vaan mä vaan teen mitä on sovittu, ja musta asiakas kyllä vaistoo sen vaikken mä sitä sano ääneen.”

Kiireen peittäminen koettiin olevan ajan myötä opittu taito. Toiset osasivat selkeästi asettua paikoilleen asiakkaan luona ja olivat saaneet siitä jopa kiitosta asiakkailta, kun taas toiset hokivat kiirettä ääneen jatkuvasti, eivätkä pystyneet antamaan asiakkaalle kaikkea mitä asiakas olisi kaivannut.

”No sen oppii ajan myötä. -- et rauhottuu sinne asiakkaiden luo. Et sit ku laittaa oven kiini laittaa tossua toisen eteen. Eihän se oo asiakkaiden vika et meil on kiire.”

”-- mut ei se kyllä siihen kohtaamiseen sais vaikuttaa. Kyl mä ainakin aina vaik ois kuin kiire ni meen sinne samal tavalla ja samalla asenteella, enkä näytä et mul on kiire.”

Parhaiten kiire pystyttiin peittämään hoitotyöntekijöiden mielestä istahtamalla alas ja rauhoittamalla itsensä. Myös kosketuksella nähtiin olevan rauhoittava vaikutus ja viestittävän asiakkaalle läsnäolemista.

”Tosiaan se istuminen on mun mielest aika tehokas keino. Ja se vaan et sä rauhotat ittes, et sä oot nyt täällä asiakkaan luona niin kauan ku täällä menee, vaikka sä tiedät et viis niistä odottaa. Et mä olen nyt tätä varten asiakkaan luona, meni niin kauan ku meni.”

”Ainakin rauhollisuus vaik ois kuin kiire, sit voi vähän kosketella johonkin olkapäälle tai silittää päästä.”

Runsaasta kiireen mainostamisesta huolimatta koettiin, ettei hoitotyöntekijän työssäkään aina ole kiire. Näiden hetkien hyödyntäminen ja ajan antaminen asiakkaalle nähtiin tärkeänä. Uskottiin pienen ylimääräisen hetken antamisen avaavan merkittäviä sana-arkkuja ja vaikuttavan positiivisesti esimerkiksi yksinäisyyteen.

”Niinä hetkinä sille asiakkaalle annettu aika, mikä ei lue missään papereissa et sä voit olla siellä viis minuuttii kauemmin, mut sä voit antaa sen. Niin sit rupee tulee juttuu ku ne tajuu et ahaa, nyt se hoitaja ei lähdekkään. Must tuntuu et noi asiakkaatkin on vähän ehdollistuneit siihen että se hoitaja tulee, ja sitten kun se on nää hommat niin sanotusti tehnyt ni se lähtee. Ni niillä kestää hetken tajuta sillon ku sitä aikaa on et hetkosen se hoitaja jäi tohon, ettei se ihan heti lähdekkään.”

Asenteella nähtiin olevan paljon suurempi merkitys kuin ulkoisilla puitteilla ja resursseilla. Uskottiin, etteivät ylimääräiset hoitotyöntekijät vaikuta yksittäisiin kohtaamistilanteisiin, koska kohtaaminen voi olla hyvinkin lyhyttä ja silti onnistunutta. Todettiin, että on olemassa monia sisäisiä järjestelyjä, jotka usein vaikuttavat enemmän kohtaamisen laatuun kuin ylimääräiset resurssit. Esimerkiksi aikaikkunoiden siirtäminen ja omista välipaloistaan ja yöunistaan huolehtiminen saivat aikaan ja mainitsemisenarvoisia seurauksia.

”Mut paljon pystyy omalla asenteella korjaamaan.”

”-- mut ei se olosuhde oo yhtä kuin kohtaaminen.”

”No toinen mikä vaikuttaa ni on oma vireystila -- tai et siirretään niitä aikaikkunoita ettei oo niitä aamukäyntejä kaikilla, et paljon on ulkoisia tekijöitä joihin pystyy vaikuttamaan. Mut sit on oikeesti niitä aamuja ku se ylimääräinen käsipari on se mikä tekis muutoksen. Mut se ei oo se ainut ja oikee se mikä on siellä takana.”

Asiaa ajateltiin myös toiselta kantilta; ylimääräiset hoitotyöntekijät puolestaan mahdollistaisivat monipuolisemman palvelutarjonnan, jolloin asiakkaiden kanssa olisi mahdollista toteuttaa kuntouttavaa työtettä perusteellisemmin.

## 8 TUTKIMUSTULOSTEN YHTEENVETO

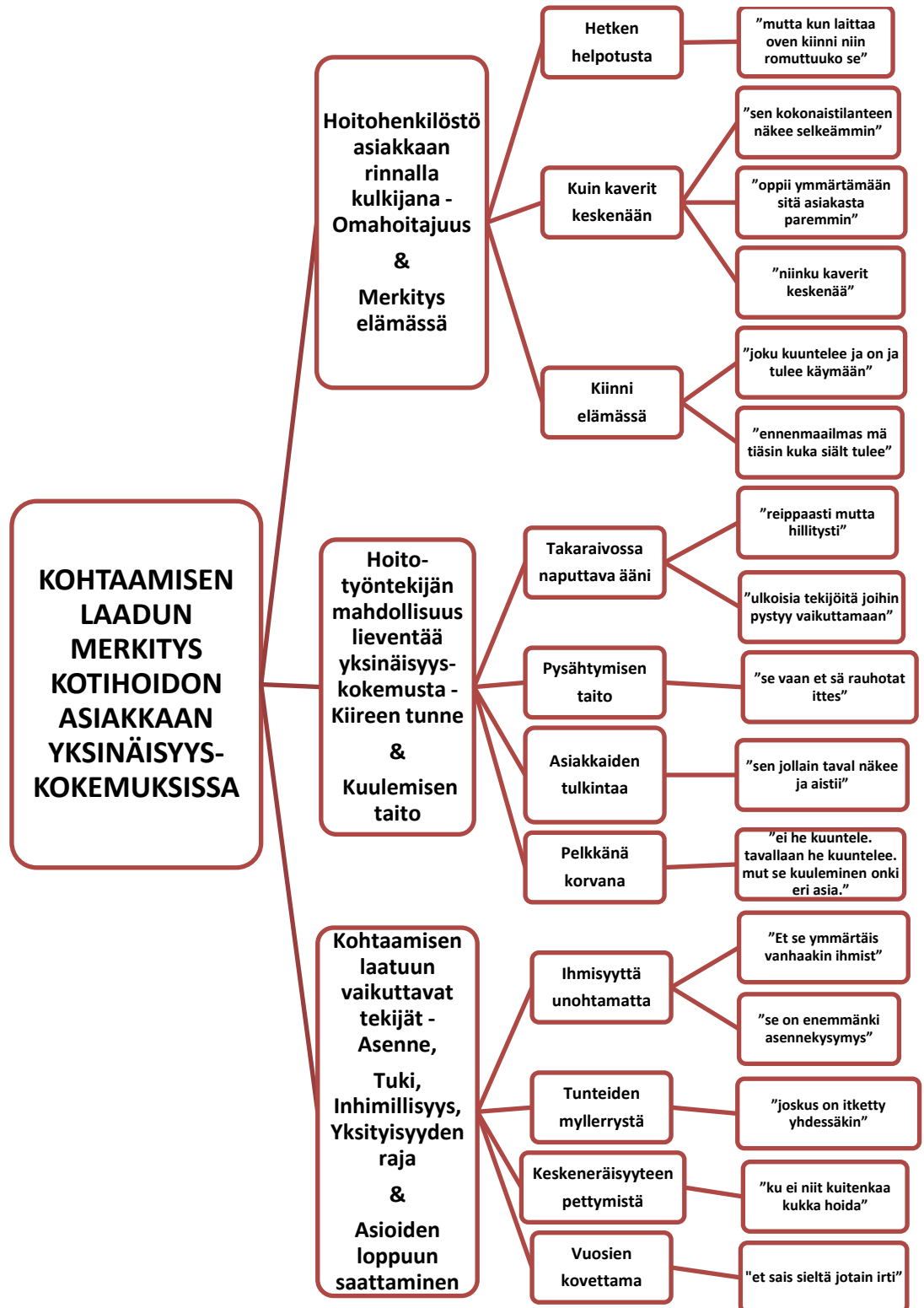
Molemmista haastatteluosuuksista nousi hyvin samanlaisia teemoja; kiire, asiakaslähtöisyys, ystävien kaikkoaminen, ihminen-ihmiselle kohtaaminen, tunteiden näyttäminen, kuunteleminen ja rivien välistä lukeminen. Asiakkaiden ja hoitohenkilöstön haastatteluista nousseet tulokset osittain tukivat toisiaan ja antoivat monipuolisempaa näkökulmaa. Toisaalta tulokset puolestaan toivat esille täysin uusia asioita, joita toisessa haastatteluaineistossa ei ollut noussut lainkaan.

Lähdinkin jaottelemaan tuloksia kohti johtopäätöksiä nimenomaan tutkimuskysymyksiä silmälläpitäen ja yhdistin kaikki tutkimustulokset samalle riville. Näin sain nousemaan kokonaisuudet:

- henkilöstön merkitys asiakkaan elämässä
- vaikutusmahdollisuudet yksinäisyyteen
- kohtaamisen laadun tekijät.

Kiireen tunne ja aito läsnäolo sekä kuulemisen taito olivat selkeitä asioita, joihin hoitotyöntekijän on kiinnitettävä työssään ehdottomasti huomiota, jotta asiakkaan yksinäisyyskokemusten riski minimoituisi. Ne nousivat kummastakin aineistosta ja kummistakin tuloksista. Näiden lisäksi myös kaikki kohtaamisen laadun tekijät tasaisesti koettiin vaikuttavan yksinäisyyskokemuksiin. Kokonaisuus nähtiin olevan osiensa summa.

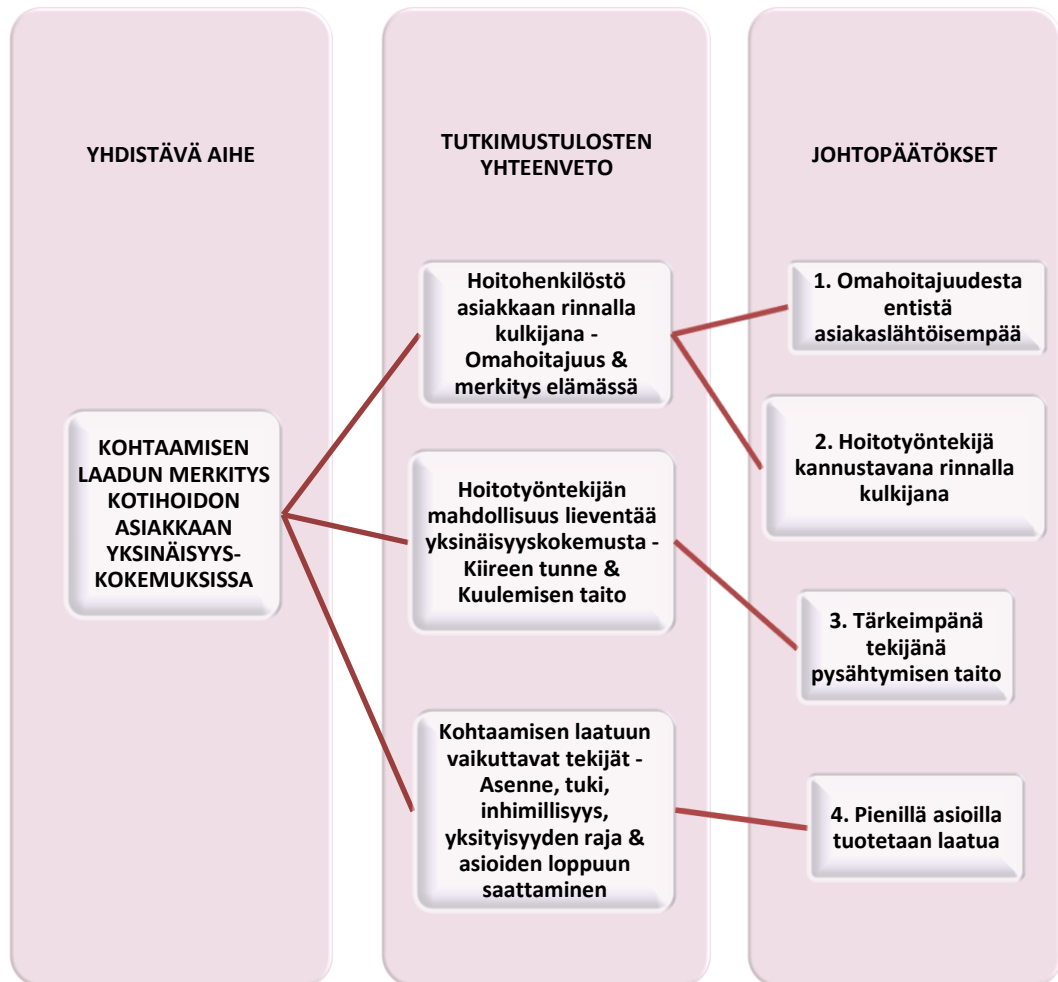
Olen kuvannut tutkimustuloksista johdetut tulkinnat kuvioon 3. hyvin tiivistetysti. Tarkoituksena on avata käyttämäni aineistolähtöistä sisällönanalyysia esimerkein ja kuviolla havainnollistaen, jotta lopulliset tulokset ja johtopäätökset eivät jäisi nopealla työn vilkaisulla epämääräisiksi ja irrallisiksi. Tämä auttaa selventämään prosessin etenemistä.



Kuvio 3. Kohtaamisen laadun merkitys kotihoidon asiakkaan yksinäisyyskokemuksissa.

## 9 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimustulosten yhteenvedosta muodostui neljä tärkeää johtopäätöstä. Alla oleva kuvio 4. havainnollistaa vielä tarkemmin, mistä kyseiset johtopäätökset ovat alkujaan.



Kuvio 4. Johtopäätökset.

### 9.1 Omahoitajuudesta entistä asiakaslähtöisempää

Opinnäytetyön merkittävä johtopäätös oli, että omahoitajuutta on jalostettava entistä asiakaslähtöisemmäksi. Omahoitajuushan itsestään on jo ajateltu olevan asiakaslähtöisempää, kun on joku/jotkut hoitotyöntekijät, jotka vastaavat kokonaisvaltaisemmin asiakkaan hoidosta ja sen koordinoinnista. Pyrkimyksenä on, että hoitotyöntekijöiden vaihtuvuutta järjestelmän kehittyessä pyrittäisiin

minimoimaan. Tätä kutsutaan myös yksilövastuiseksi hoitotyöksi. (Pukuri 2003, 57.) Hoitotyöntekijöiltä nousi toive, että myös sijaiset tulisi ottaa osaksi omahoitajuuden kenttää. Tällä hetkellä sijaiset käyvät monien eri asiakkaiden luona tuntematta heitä perusteellisesti. Tämä voisi olla yksi tapa saada omahoitajuutta askelta eteenpäin.

Kuitenkin tulee kartoittaa ja kuunnella, mistä vanhus pitää, mitä hän haluaa ja mitä ei missään nimessä halua (Räsänen 2011, 72, 180). Tutkimuksen perusteella kaikki asiakkaat eivät halua samoja hoitotyöntekijöitä päivittäin, vaan jopa nauttivat eri hoitotyöntekijöistä ja vaihtuvuudesta. Itsemääräämisoikeus on muistettava myös tässä. Kun hoitotyöntekijöitä kävi useampi, koettiin, että jutunaiheet eivät käy niin helposti vähiin, sosiaalinen verkosto laajenee ja liiallinen tuttuuden tunne ei pääse yllättämään. Toisaalta siis osa asiakkaista pelkäsi itsenäisyytensä menettämistä, mikäli hoitotyöntekijät ovat liian tuttuja ja puuttuvat liiallisesti asioihin. Henkilökemioista tuli puhetta molemmissa haastatteluosuuksissa ja aloin yhdistelemään ajatuksia, että pitäisikö asiakkaalla olla mahdollisuus valita hoitotyöntekijänsä? Yhtälailla kuin kunnalliset terveyspalvelut on mahdollista valita, olisiko hoitotyöntekijöissä resursseja panostamaan asiakkaiden itsemääräämiseen astetta pidemmälle. Koska selkeästi asiakkaat kokivat hoitotyöntekijöissä eroa; toiset kaipasivat juttelevaisempaa, toiset virallista ja hillittyä hoitotyöntekijää, niin pystyttäisiinkö asiakkaiden toiveita ottamaan huomioon työnjakamista toteuttaessa? Mielestäni miettimisen arvoisia ajatuksia, sillä Routasalonen & Pitkälän (2005) tutkimuksen mukaan tapaamisiin liittyvien odotusten toteutumattomuus on yksi yksinäisyyttä selittävä tekijä.

Jos ei varsinaisesti hoitotyöntekijöiden valintaa kyetä mahdollistamaan, ainakin hoito- ja palvelusuunnitelmissa on tehostettava kohtaa; mitä asiakas hoitotyöntekijältä odottaa? Toisin sanoen kotikäyntien psyykkistä hyvinvointia edistävään osuuteen on panostettava entistä vahvemmin. Hyvässä hoito- ja palvelusuunnitelmassa psyykinen hyvinvointi on huomioitu (Päivärinta & Haverinen 2002).

Omahoitajuuden osalta entistä enemmän tulisi panostaa myös elämäntutkimusten tekemiseen ja asiakkaiden historiaan tutustumiseen. Sekä asiakkailta että hoitotyöntekijöiltä nousi resurssien rajallisuus estämässä



perusteellista tutustumista. Kuitenkin sen merkitys nousi tärkeänä, jotta kohtaaminen voisi olla laadukkaampaa, saada asiakkaalle arvokkuuden tunnetta, lähentää suhdetta hoitotyöntekijöihin ja näin ollen myös vähentää yksinäisyyden kokemuksia. Hoitotyöntekijän ja asiakkaan välisen suhteen kehittyminen vaatii tutustumista ihmisenä, ei potilaana. Tällöin tunteet ja niiden näyttäminen voi olla kotihoidon asiakkaalle tukea antavaa. (Haapala, Burakoff & Martikainen 2013, 10-14.) On kuitenkin varottava etteivät etukäteistietojen varaan luodut ennakoasenteet estä voimavarojen näkemistä (Mäkisalo-Ropponen 2011, 168-169).

## **9.2 Hoitotyöntekijä kannustavana rinnalla kulkijana**

Sosiaalinen verkosto ja vuorovaikutussuhteet, terveys sekä toimintakyky ovat riskitekijöitä ikääntyneen yksinäisyyskokemuksille (Tiikkainen 2006, 16-21). Emotionaalinen yksinäisyys on usein sidoksissa heikentyneeseen kykyyn käsitellä omaa elämäntilannetta (Sarvimäki, Heimonen & Mäki-Petäjä-Leinonen 2010, 107-110). Monien iäkkäiden itsetunto on heikentynyt huomattavasti toimintakyvyn laskiessa, uskallus ryhtyä asioihin ja astua ulos tutusta ja turvallisesta kodista on kadonnut. Yksinäisyyden lievittämisessä tärkeää on kannustaa, rohkaista ja antaa myönteistä palautetta (Routasalo & Pitkänen 2005, 25-29). Tämän opinnäytetyön mukaan asiakkaat kaipasivatkin rohkaisevaa ja vierellä kulkevaa ymmärtävää ihmistä. Monilla myös sosiaalinen verkosto on supistunut lähes olemattomiin, eikä näin ollen kyseistä rinnalla kulkevaa henkilöä ole kovin helppoa löytää. Toiset haastateltavista kokivat hoitohenkilöstön jo toimivan juuri tämänkaltaisina ihmisinä, toiset vasta haaveilivat siitä. Tämän mukaan hoitotyöntekijä nähdään monesti kannustavana, itsetuntoa kohottavana henkilönä, joka tulee säännöllisesti käymään ja saa elämään sisältöä. Hoitotyöntekijän merkitys on siis paljon enemmän kuin vain tulla tekemään sovitut asiat. Hoitotyöntekijä luo elämään sisältöä ja ikään kuin valoa tunnelin päähän. Tärkeimpänä asiana onkin luo uskoa ja toivoa asiakkaan elämään (Vilén, Leppämäki & Ekström 2002, 42-57). Hoitotyöntekijän toivotaan olevan kuin kaveri ilman liiallisia virallisuuksia. Päivittäisessä työssä onkin pyrittävä olemaan asiakkaan tarpeiden mukaan kannustava ilman liiallisia virallisuuksia. Haapalan, Burakoffin & Martikaisen (2013,

146-149) mukaan asiakas kokee dialogia, kun tilanteet muistuttavat arkipäivän kohtaamisia.

Kohtaamisen merkitys asiakkaalle nousi sekä hoitotyöntekijöiden että asiakkaiden haastatteluista, mutta suuri epäily hoitotyöntekijöiltä oli, että romuttuuko heidän rinnalla kulkeminen ja sen tuoma turva, kun ovi laitetaan kiinni. Monesti asiakkaat kokivat selkeää mielialan muutosta hoitotyöntekijöiden tultua kylään ja tästä päätellen voisi hoitotyöntekijöiden ikäväksi vahvistaa pelkoa; ainakin jollain tasolla turva romuttuu. Kuitenkaan ihan pohjamutiin asti ei vaikutus katoa hoitotyöntekijöiden lähdöstä huolimatta, koska asiakkaat jaksoivat haastatteluissa mainostaa hoitotyöntekijöiden merkitystä ja analysoida heidän kohtaamistaan. Tämä tukee Vasaran (2011) tekemää opinnäytetyötä, jossa ilmeni yhtenä tuloksena asiakkaiden kokemus hoitohenkilökunnan positiivisiin vaikutuksiin yksinäisyyden kokemuksissa. Koska pienikin positiivinen pysyvyys on havaittavissa, on kohtaamiseen syytä panostaa entisestään.

Kuten Uotilan (2011, 31-32, 46-50) tutkimuksessa, yksinäisyys koettiin epämiellyttäväksi sekä vaikeaksi kuvata. Sen myöntäminen oli vaikeaa ja haastatteluissa sai tulkita asiakkaiden viestejä. Jotkut asiakkaat määrittelivät yksinäisyyden pysyväksi, jotkut tilapäiseksi tunteeksi yhtäläillä kuten Uotilan (2011) tutkimuksessa. Haastatteluiden perusteella hoitohenkilöstön merkitys asiakkaiden elämässä oli suurempi, kuin mitä sitä varsinaisesti osattiin ajatella. Kysyttäessä suoraan asiakkailta hoitotyöntekijöiden kohtaamisen merkitystä, suurimpana apuna koettiin kotona asumisen mahdollistaminen. Kuitenkin vastauksia tarkemmin tulkittaessa hoitotyöntekijällä nähtiin olevan myös monia muita, syvällisempiäkin, merkityksiä elämässä; rinnalla kulkija ja joku joka katsoo perään. Kuten aikaisemmin teoriaosuudessa kerrottiin, ihminen hakee lyhyissäkin kohtaamisissa toisen ihmisen läsnäoloa, kuulluksi ja nähdyksi tulemistä, turvallisuutta ja kunnioitusta. (Haapala, Burakoff & Martikainen 2013, 314-316.) Tutkimustulokset tukevat tätä ajatusta.

### 9.3 Tärkeimpänä tekijänä pysähtymisen taito

Tutkimuksesta nousi kaksi suurinta yksinäisyyskokemuksia lievittävää asiaa, jotka hoitotyöntekijät pystyvät huomioimaan jokapäiväisessä työssään ilman lisäresursseja; kiireen tunteen välttäminen sekä aito kuuleminen ja läsnäolo. Nämä tuntuvat erittäin itsestään selviltä asioilta, mutteivät kuitenkaan tutkimuksen mukaan näytä käytännössä niin hyvin toimivan.

**Kiireen tunne.** Kiire on yksi hyvinvointia vaarantavista tekijöistä avohoidossa (Voutilainen, Vaarama, Backman ym. 2002, 194). Se oli merkittävä ja kantava keskustelunaihe kaikissa haastatteluissa. Ennakkotietojani vahvistaen asiakasmäärien koetaan kasvaneen ja asiakkaiden olevan entistä haastavampia hoidollisesti. Kuitenkin tutkimuksesta esille nousi, että mitä pidempi käynti, sitä enemmän keskustelu on muuta kuin hoidollista. Mikäli siis hoidollisuus on kasvanut, oletan, että myös keskimääräinen käyntien kesto on kasvanut ja näin ollen mahdollisuus keskustella asiakkaan kanssa monipuolisemmin on lisääntynyt. Monipuolisemman keskustelun myötä puolestaan koettiin hoitotyöntekijän ja asiakkaan välisen suhteen lähentyvän ja tätä myötä vaikuttavan yksinäisyyskokemukseen. Koliolla on siis myös kääntöpuoli, mikäli sitä vain osataan hyödyntää. Tutkimus ei kuitenkaan antanut vielä vahvistusta tämän taidon hallinnasta.

Kiire on jatkuva takaraivossa naputtava paha, jonka myös asiakkaat ovat huomanneet. Toiset hoitotyöntekijät elävät jatkuvassa heiluriliikkeessä menneisyyden, tulevaisuuden ja nykyisyyden välillä, ja sen on aikaisemminkin todettu viestittyvän hyvin selkeästi asiakkaalle (Mattila 2007, 137-138). Tämä heikentää kohtaamisen laatua ja pienentää asiakkaan mahdollisuutta kokea itseään tarpeelliseksi ja kyvykkääksi ja näin ollen myös lievittää yksinäisyyttä. Ammatillisuutta on kuitenkin oppia peittämään kiire. Itsensä rauhoittaminen ja asiakkaalle läsnäoleminen olivat tehokkaimmiksi koetut keinot. Ammatillisuus on aktiivista työtä, jonka tavoitteena on asiakkaan hyvinvoinnin lisääminen ja terveyden edistäminen (Heikkinen, Keskinen & Laine 1997, 23-27). Keskustelu hoitotoimenpiteiden yhteydessä ei pitäisi olla mahdotonta. Lisäksi se antaa asiakkaalle paljon enemmän kuin mitä hoito- ja palvelusuunnitelmassa lukee. Tämä vaatii jatkuvaa harjoittelua. Läsnäolon, läheisyyden ja arkisista asioista

keskustelun avulla asiakkaalle luodaan arvostuksen tunne, mikä on yksi Weissin (1974) määrittelemistä vuorovaikutussuhteisiin liittyvistä tarpeista. (Haapala, Burakoff & Martikainen 2013, 146-149; Tiikkainen 2006, 14-15.)

Martelan (2012) väitöskirjan mukaan vanhustenhoidon perimmäinen tarkoitus on tarjota ihmisarvoinen elämän ehtopuoli ikääntyvälle kansalaiselle. Hänen mukaansa resurssien riittävyys ja perustarpeiden tyydyttäminen ovat tärkeitä, mutta kokemusta omasta ihmisarvosta syntyy vasta vuorovaikutuksessa toisten ihmisten kanssa. Kohdattaessa siis asiakas yksilönä eikä vain hoitotoimenpiteenä, hoivayhteys parantaa myös työhyvinvointia. Hoivayhteys mahdollistaa ammatti-identiteetin parhaimman toteuttamisen. Kohtaamiseen ja keskusteluun panostamisella on siis tutkitusti vaikutusta myös henkilöstön työhyvinvointiin. Myös tutkimuksen henkilöstöhaastatteluissa ilmeni, että hoitohenkilöstö selkeästi nauttii aktiivisesta keskustelusta asiakkaiden kanssa, kun siihen on aikaa.

Kiireestä huolimatta hoidossa pitäisi myös muistaa asiakkaan kuntouttava työote ja itsemääräämisoikeus. Itsemääräämisoikeus on osa kuulluksi tulemistä (Vilén, Leppämäki & Ekström 2002, 42-57). Haastatteluiden edetessä mieleeni nousi pelko, kyetäänkö näillä resursseilla toteuttamaan kuntouttavaa työote ja annetaanko asiakkaalle mahdollisuus tehdä itse, omalla vauhdillaan ja omilla kyvyillään, sen mitä hänen todella olisi mahdollista tehdä. Hoitotyöntekijät vahvistivat puheillaan, että he eivät pysty antamaan asiakkaalle kaikkea haluamaansa kiireestä johtuen. Pienet onnistumisen elämykset päivittäin sekä pienillä askeleilla kuntouttavan työotteen toteuttaminen oli selkeästi niin asiakkaalle kuin hoitotyöntekijöillekin palkitsevampaa kuin haaveilla suuremmista toteutuksista. Todellisuudessa, en kuitenkaan voi sanoa onko kyse kiireestä vai siitä, että hoitotyöntekijöiden taidot kuntouttavan työotteen toteuttamiseen käytännössä ovat puutteelliset, kuten Peltari (2009) opinnäytetyönsä johtopäätöksissä toteaa.

**Kuulemisen taito.** Kiireestä huolimatta olisi asiakkailla oltava mahdollisuus sanoa sanottavansa, ilman että täytyy tyytyä kiireen luomiin olosuhteisiin ja vaieta itselleen tärkeistä asioista. Kuten hoitotyöntekijätkin totesivat, kotihoidon

asiakkailla harvoin tapahtuu mitään mullistavia tapahtumakäänteitä. Tällöin heidän äänensä kuuleminen pienissäkin asioissa on entistä tärkeämpää, sillä heille hoitotyöntekijöiden silmissä pienetkin asiat voivat olla hyvin suuria. Ei riitä, että joku kuuntelee, asiakkaan pitää myös saada kokemus, että häntä ymmärretään tai edes todella halutaan ymmärtää (Vilén, Leppämäki & Ekström 2002, 42-57). Ihmisellä on tarve liittyä ja kuulua kokonaisuuteen, jolloin hän haluaa kertoa tarinaansa huolimatta sen sisällöstä. Ihminen tarvitsee tähän toista ihmistä, sillä hän ei riitä itse itselleen. Monesti iäkkäille on tärkeämpää se mitä on elämälle antanut kuin se, mitä on siltä saanut. Jokaisella on tarve antaa oma pieni tarinansa suureen kertomukseen. (Mattila 2007, 30-31.)

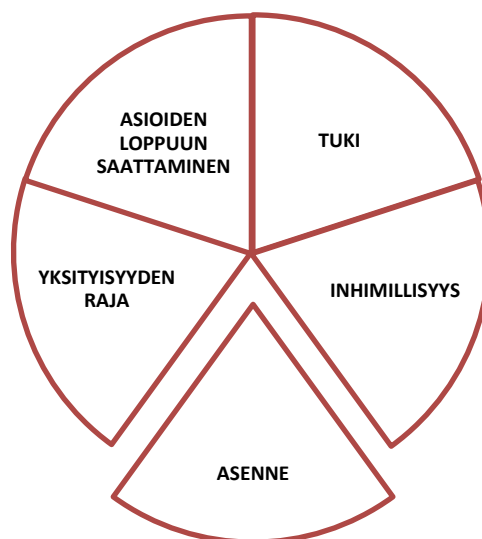
Kuuleminen ei ole pelkkää kuuntelemista. Asiakkailta nousi runsaasti ajatuksia siitä, miten hoitotyöntekijät eivät ole läsnä heidän luonaan. Hetken istahdusta penkille ja aitoa kuuntelemista kaivattiin. Hoitotyöntekijältä vaadittiin runsaasti rivien välistä lukutaitoa, sillä harvoin asiakas myönsi yksinäisyyttään ja osasi suoraan vastata, millä asioilla se helpottaisi. Sitä oli vaikea verbalisoida. Kuten Laukkarisen & Miettisen (2008) opinnäytetyöstä kävi ilmi, hoitotyöntekijä voi tunnistaa yksinäisyyden esimerkiksi mielialan tai käytöksen muutoksista. Asiakkaan tunteminen ja keksittyjen viivytelykeinojen tulkitseminen onkin ammattitaitoa, jonka käyttäminen on asiakkaille kullanarvoista. Kuten tämänkin tutkimuksen hoitotyöntekijöiltä selvisi, yksinäisyyden jollain tavalla näkee ja aistii ja siitä seuraava askel pitäisi olla oikea toimiminen. Tavoitteellinen vuorovaikutus edellyttääkin kuulemista, näkemistä ja havaitsemista. Kyky nähdä käyttäytymisen taakse ja tulkita todellisia tarpeita kertoo onnistuneesta vuorovaikutussuhteesta. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 168.) Elorannan, Arven, Viitasen, Isoahon & Routasalon (2009) tekemän tutkimuksen mukaan hoitotyöntekijät tarvitsevat enemmän tietoa ja ymmärrystä psyykkisestä hyvinvoinnista voidakseen tunnistaa asiakkaista riskiryhmäläiset. Ammattitaitoa on tunnistaa kärsimystä aiheuttava yksinäisyys. Merkkejä voivat olla esimerkiksi surutyöhön liittyvä itku ja alakuloisuus. Kun yksinäisyys on tunnistettu ja puhumisen kynnyks on ylitetty, voidaan pyrkiä vaikuttamaan siihen. (Routasalo 2005, 27.)

Myös jatkuvasta puhetulvasta pystyi päättämään jotain; asiakkaalla ei ole ketään, jolle puhua. Vaikka asiat tulisivat useita kertoja, on hoitotyöntekijän

ammattillisuutta ymmärtää kertomisen merkitys asiakkaalle. Puhetuvasta voi ammentaa paljon uutta, kun katsoo tarinoita erilaisella asenteella. Usein asiakkaallakin saattaa olla jotain annettavaa hoitotyöntekijälle, mutta se pitää osata poimia kertomusten varrelta. Viitaten johdannossa olevaan Blomstedtin ajatelma sairastuneen kanssa keskustelusta, keskustelulla on parantava vaikutus. Kuulemisen taito on taito, jota ei tarvitse vain hoitotyöntekijänä työssään vaan sitä voi harjoitella ihan arkipäivänä missä tahansa. Martelan (2012) mukaan tärkeää on tarttua vanhuksen välittämiin signaaleihin, sillä pienilläkin asioilla, kuten katsekontaktilla, voi vaikuttaa.

#### 9.4 Pienillä asioilla tuotetaan laatua

Yksinäisyyttä kokevien ikäihmisten kohtaamiseen laatuun vaikuttavat monet tekijät, mutta merkittävimpinä tutkimuksessa nousivat asennoituminen, tukeminen, inhimillisuus, yksityisyyden raja sekä asioiden loppuun saattaminen. Nämä ovat yksittäisinä asioina helponkuuloisia, mutta kokonaisuutena toteutettuna kyseessä on hyvin haastava paketti. Yhdenkin osion epäonnistuminen saattaa kumota toisten onnistumisen. Näin ollen myös jokaisen osa-alueen jatkuva kehittäminen on erityisen tärkeää. Kuitenkin asenteella saa paljon korjattua ja siksi olen ottanut sen erilleen kuvioista 5.



*Kuvio 5. Tutkimuksen mukaan kohtaamisen laatuun vaikuttavat tekijät.*

**Asennoituminen.** Niin hoitotyöntekijän kuin asiakkaankin asennoituminen elämään ja hoitosuhteeseen on tutkimuksesta päätellen merkittävä tekijä kohtaamisen laadussa. Toiset ihmiset osaavat nauttia pienistä hetkistä, jotka hoitotyöntekijällä on aikaa antaa, toiset vaatisivat hyvin paljon enemmän, ehkä jopa niin paljon ettei sitä pystytä toteuttamaan. Asennoituminen toisen ihmisen kohtaamiseen on myös merkittävä, toiset ovat hyvin vastarintamalla, toiset ottavat avokätisesti vastaan kaiken tarjotun avun. Kotona pärjääminen on myös asennekysymys, toiset haluaisivat tehdä kaiken sisulla ja hoitotyöntekijöiden apu tuntuu mahdottomalta ottaa vastaan, kun taas toiset elävät sen mukaan mitä eteen tulee. (Kuvio 5.)

Asenteella on myös vaikutusta, miten hoitotyöntekijä kohtaa iäkkään ihmisen, mikä mielikuva hänellä on vanhuudesta ja mitkä asiat kokee vanhuudessa arvokkaiksi. Puolestaan päinvastoin asiakkaan asennoituminen erilaisiin hoitotyöntekijöihin on merkittävä hoitosuhteen laadun tekijä. Myös sillä, miten avoimesti asiakasta asennoituu hoitotyöntekijän tarjoamaan olkapäähän, on merkitystä yksinäisyyskokemusten luomiselle. Toiset saattavat olla katkeroituneita esimerkiksi puolisonsa menettämistä ja sulkea kaiken muun tuen ulkopuolelle. Tällöin katkeroituminen ja luovuttaminen ovat tietynlaisia asennekysymyksiä. Arvostavassa kohtaamisessa tarvitaan nöyryyttä ja epäonnistumisten myöntämisten jälkeen hyväksyntää. (Mattila 2007, 19-22.)

Asenteella on merkitystä myös kiireen tunteen luomisessa ja läsnäolon taidossa. Jos on koko ajan menossa seuraavaan paikkaan, koska kokee jatkuvaa kiirettä, varmasti näyttää kiireen myös asiakkaalle. Jos puolestaan asennoituu niin, että hoitaa tarvittavat asiat ja sitten, kun ne on hoidettu, niin siirtyy seuraavaan paikkaan, tällöin läsnäolokin on onnistuneempaa. Ennakoasenteet asiakkaista estävät jopa voimavarojen näkemisen (Mäkisalo-Ropponen 2011, 168-169). Ei siis turhaan sanota, että asenne ratkaisee ja asenteella mennään läpi kivenkin. Yksintyöskentely, kiire, työyhteisön ja ilmapiirin ongelmat, fyysinen kuormitus sekä vaihtelevat ja usein puutteelliset työvälineet ja fyysiset ympäristöt ovat avohoidossa hyvinvointia vaarantavia tekijöitä (Voutilainen, Vaarama, Backman ym. 2002, 194). Kun olosuhteet ovat kunnossa, on omienkin kokemuksiensa

mukaan asenteeseen helpompi kiinnittää huomiota. Koska asenteella on hoitosuhteen laatuun merkitystä niin runsaasti, tulisi myös olosuhteisiin kiinnittää entisestään huomiota, jotta asenne saataisiin maksimoitua.

**Tukeminen.** Asiakkaan tukeminen vaikeina aikoina ja kannustus kohti parempaa on yksi hoitotyöntekijöiden tärkeistä tehtävistä. Pienellä huumorilla ja ottamatta asioita liian vakavasti, saadaan monesti myös asiakkaalle luotua uskoa. Yksinäisyyttä kokeva asiakas tarvitsee uskoa, ettei kaikkea toivoa olekaan vielä menetetty ja, että elämää on vielä jäljellä. Myös näyttämällä kiinnostusta asiakkaan asioihin näyttää hyväksyvänsä toisen sellaisena kuin hän on. Toimintakyvyn laskiessa on tärkeää tukea asiakkaan prosessia hyväksyä uusi tilanne. Toimintakyvyn ja subjektiivisen terveydentilan heikentyminen ovat emotionaalista yksinäisyyttä selittäviä tekijöitä (Routasalo & Pitkälä 2005). Irtautuminen aikaisemmin itsestäänselvistä kyvyistä ei ole kenellekään helppoa; kuka tahansa koko elämänsä urheillut olisi masentunut jalkojen pettäessä. Hoitotyön keskeinen interventio on tukea asiakasta sitoutumaan tavoitteen saavuttamiseen. Tukeminen voi olla kannustamista, rohkaisua sekä myönteisen palautteen antamista. (Routasalo 2005, 29.) Toisen armoille joutuminen on usein henkisesti vaikea kokemus asiakkaalle, jolloin hoitotoimenpiteiden aikainen kohtaaminen on merkittävässä roolissa asiakkaan tukemisprosessissa. (Mattila 2006, 138-145.)

Myös erilaisten virikemahdollisuuksien keksiminen ja järjestäminen on osa kokonaisvaltaista ja tukevaa hoitoa, johon koettiin, ettei aina ole aikaa. Kuitenkin neutraalisuus ja arkisten asioiden mahdollistaminen on tärkeitä eteenpäin kantavia tekijöitä iäkkään ihmisen elämässä. Mattilan (2007, 19-22) mukaan on tärkeää pitää mielessä, että asiakkaan elämänkulku ja näin ollen tämänhetkinen tilanne riippuu ainakin osittain ihmisen hallinnan ulkopuolisista tekijöistä. Vaikka yksinäisyys ei aina ole asiakkaasta itsestään kiinni, voi silti antaa toivoa ja tarjota mahdollisuuksia. Havainnoimalla ja asiakas tarkkaan kuuntelemalla voi päätellä, mitä asiakas voisi haluta ja tämän perusteella lähteä esittämään ehdotuksia.



Myös yhdessä itkeminen, mahdollisuus näyttää tunteensa ja olla oma itsensä, ovat osa tukemista. Läheisyyden antaminen, esimerkiksi kosketus olkapäähän tai päähän, pieni halaus tai lämmin kädenpuristus, antaa asiakkaalle usein voimaa jaksaa paremmin seuraavaan tapaamiskertaan. Hoitotyöntekijät nostivat haastatteluissa vain sivulauseella esille asiakkaan koskettamisen ja asiakkaita selvästi nolotti myöntää kaipaavansa sitä. Se olisi mielestäni asia joka tulisi ottaa puheeksi hoitohenkilöstön kanssa ja sen käyttämistä pyrkiä lisäämään jollain tasolla. Hyväksytyt kosketuksen on tutkittu vaikuttavan myönteisesti asenteisiin ja luovan mielihyvän tunteita. Se voi olla myös viesti hyväksynnästä ja ihmisenä pitämisestä, huolenpidosta ja empatiasta. Riskinä on kuitenkin, että kosketuksella välitetäänkin negatiivisia tunteita, kuten vihaa, halveksuntaa tai alistamista. (Enäkoski & Routasalo 1998, 100-103, 113-115; Mäkisalo-Ropponen 2011, 316.)

**Inhimillisuus.** Hoitotyöntekijän muistaessa, että asiakaskin on ihminen, pääsee kohtaamisessa melko pitkälle kohti inhimillisyyttä. Travelbeen (1971) mielestä ihminen-ihmiselle –suhteen malli tulisi ottaa hoitotyön perustaksi. Onnistunut suhde toisen ihmisen kanssa edellyttää toisen ymmärtämistä. Ymmärtämisen kautta vuorovaikutusprosessi etenee kohti luottamussuhdetta. (Heikkinen, Keskinen & Laine 1997, 9.)

Myös asiakkaan tulee muistaa, että hoitotyöntekijätkin tekevät virheitä ja ne on kyettävä antaa anteeksi. Jokaisella on paremmat ja huonommat päivänsä ja niiden kanssa on tultava toimeen. Jokainen asiakas on nähtävä arvokkaana luonteesta tai historiasta riippumatta (Mattila 2007, 15-17). Hoitotyöntekijältä vaatii enemmän ammatillisuutta hyväksyä asiakkaan huonot päivät eivätkä huonot päivät saa olla hoidon laatua heikentävä tekijä. Yksinäisyyttä kokevan ikäihmisen kohtaaminen inhimillisesti koettiin tutkimuksessa erittäin tärkeänä.

Inhimillisyydessä tulee muistaa myös sukupolvien välinen ero, iäkkäät ihmiset eivät aina ymmärrä tatuointeja ja rääväsuusia nuoria, kun taas nuoremmilla hoitotyöntekijöillä on ajoittain vaikeuksia ymmärtää iäkkäiden vanhankantaisia periaatteita. Tietty ikäryhmä muodostaa oman sukupolven samanlaisine elämäkokemuksineen. Sukupolven käsite pitää sisällään erilaisia käsityksiä

elämästä ja arvoista. (Korhonen 2006, 52-54.) Oli miten oli, kaikki ovat ihmisiä, ja ihmisten kanssa töitä tehdessä on muistettava, että jokaisella on se oma persoonallisuus. Joskus vain on nieltävä sanansa, sillä kaikkien kanssa olisi tultava toimeen.

**Yksityisyyden raja.** Yksityisyyden raja vedetään monilla eri kohtaan. Ammatillisuutta on aistia asiakkaan henkilökohtaisen reviirin rajat (Voutilainen, Vaarama, Backman, Paasivaara, Eloniemi-Sulkava & Finne-Soveri (toim.) 2002, 49). Toiset ovat avoimia ja kertovat kaiken hoitotyöntekijälle ja puolestaan hoitotyöntekijät asiakkaille, toiset kokevat, että mitäs se tuolle kuuluu ja vetäytyvät entistä sulkeutuneemmin kuoreensa. Ammatillisuudessa on muistettava kunnioittaa asiakkaan määrittelemää rajaa, mutta myös pitää huoli, ettei raja estä asiakkaan parhaan mahdollisen hoidon toteutumista. On olemassa asioita, joissa asiakasta kuuluu neuvoa ja asioita, joihin kuuluu puuttua. Näissä tilanteissa hoitotyöntekijällä on auttamisen pakko (Mattila 2007, 32-39). On myös taito löytää vetäytyvämmältä asiakkaalta asioita, joista hän suostuisi kertomaan ja joka avaisi asiakkaan elämää paremmin hoitotyöntekijöille, rikkomatta kuitenkaan yksityisyyden rajaa. Aineistosta kävi ilmi, että oli tilanteita, joissa asiakkaat kokivat kertoneensa hoitotyöntekijöille jopa omasta mielestään liikaa asioita, ja olisivat kaivanneet vastapainoa tutustumalla hoitotyöntekijöiden asioihin. Hoitotyöntekijät puolestaan hyvin pitkälti välttivät omasta elämästään kertomista, jolloin asiakkaan toive ja hoitotyöntekijän toteutus tuskin kohtasivat.

Onnistunut kohtaaminen vaatii kiitollisuutta, myötätuntoa ja jakamisen valmiutta (Mattila 2007, 19-22.) Joskus raja on vedettävä hoitotyöntekijöiden osalta hyvinkin matalaksi vapaa-ajalla aiheutuvan häiriön vuoksi tai koska asiakas on hyvin tunkeileva. Neutraalit asiat, kuten saunapäivät ja lasten lukumäärän, monet kokevat voivansa kertoa, mutta hoitotyöntekijän pintaa syvemmälle harva asiakas pääsee. Hoitotyöntekijän tunteminen saattaa kuitenkin joskus olla myös avain tutustua asiakkaaseen paremmin, joten itsestään joidenkin tietojen antaminen ei ole aina huono. Tuttuuden tunne voi tutkimuksen mukaan toisille asiakkaille olla reitti yksinäisyyskokemusten lievittämiseen. Hoitotyöntekijän ja asiakkaan välillä vallitessa tietynlainen ystävyysuhde, jossa tunteet kuitenkin koetaan eri

ulottuvuuksilla, voi kumppanuussuhde olla myös tukea antava (Haapala, Burakoff & Martikainen 2013, 10-14).

**Asioiden loppuun saattaminen.** Asiakkaalle on synnyttävä luottamus sekä yksittäisiä hoitotyöntekijöitä kohtaan että yleisesti hoidossa tavoiteltavaan asiakkaan hyvään (Mattila 2007, 23-26). Jos asiakas jotain pyytää ja jos asiakkaalle jotain lupaa, on hoitotyöntekijän myös muistettava hoitaa asia loppuun saakka. Usein asiat hoidetaan, muttei tiedoteta hoidetusta asiasta asiakkaalle, jolloin tälle jää tunne ettei sitä olekaan hoidettu. Tästä syntyy kehä, ettei asiakas viitsi tai uskalla enää kysyä hoitotyöntekijältä joskus hyvinkin olennaisia ja merkittäviä asioita, koska elää uskossa ettei niitä kuitenkaan kukaan hoida. Tämä puolestaan vähentää luottamusta hoitotyöntekijään ja kiristää mahdollisuuksia luoda onnistunutta kanssakäymissuhdetta. Lähimmäisenrakkauden vastakohta hoitotyössä ei ole viha, vaan välinpitämättömyys. Siinä on kyse jonkin tekemättä jättämisestä tai jonkun huomiotta jättämisestä ja voi olla asiakkaalle hyvinkin haavoittava kokemus. (Halldorsdottir 1996.)

## 10 TUTKIMUKSEN ARVIOINTI JA POHDINTA

Tässä luvussa on avattu hieman opinnäytetyön kulkua prosessina. Lisäksi olen pohtinut tutkimuksen eettisyyttä sekä merkityksellisyyttä ja mahdollisia jatkotutkimusaiheita.

### 10.1 Opinnäytetyön kulku

Opinnäytetyöni aihe oli tarkentumatta hyvin pitkälle. Lähdin palapalalta etenemään ajatuksessani, ensin päätin tutkimuksen liittyvän kohtaamisen, sitten liitin nyky-yhteiskunnan vanhustilanteen siihen ja halusin toteuttaa työn kotihoidossa. Kohtaaminen kotihoidossa oli kuitenkin liian laaja, joten kohdistin sen hyvin yleiseen yhteiskunnalliseen ongelmaan; emotionaaliseen yksinäisyyteen.

Koska kotipaikkakuntani on Turku, oli itsestään selvää kysyä ensimmäisenä Turun kaupungin kotihoitoa yhteistyökumppaniksi. Kun tutkimusluvan saaminen kesti pitkään, ehdin tällä välin jo miettiä runsaasti eri vaihtoehtoja, miten edetä mikäli lupaa ei tule. Luvan saamista odotellessa olin koonnut teoriapohjaa melko pitkälle ja luonut teemahaastattelurungot. Teorian kerääminen oli työlästä, sillä materiaalia kohtaamisesta ja yksinäisyydestä löytyy runsaasti niin suomen kuin englannin kielellä. Kuitenkaan niiden yhdistämisestä en löytänyt yhtään suoranaista teosta, mikä antoi intoa löytää tutkimuksen avulla täysin uusia näkökulmia. Perusteellinen teoriaan perehtyminen auttoi opinnäytetyön etenemisessä.

Kun lopulta lupa myönnettiin, yhteistyöalueet selvisivät ja asiakkaita löytyi, oli varsinaisten haastatteluiden tekeminen helppoa. Asiakkaat ottivat minut todella lämpimästi vastaan ja sain upotettua asiakas- ja henkilöstöhaastattelut työpäivien lomaan. Jopa litterointi sujui yllättävän helposti, kun haastattelut oli itse tehnyt.

Litteroinnin jälkeen opinnäytetyö kulki muutaman kuukauden ainoastaan takaraivossa, sillä työelämän asettama aikataulu ja oma kapasiteetti eivät antaneet myöden edetä. Syksyn tullessa ja aloin analysoida litteroimiani haastatteluja. Materiaalia oli runsaasti ja nyt sain kärsiä itsepäisyydestäni ottaa mukaan sekä asiakkaat että henkilöstö; se oli suoraan verrannollinen päätös

aineiston määrään ja tulosten analysointiin. Kun olin saanut hahmoteltua aineiston teemoittain, sen jälkeen kirjoittaminen sujui kuin itsestään. Johtopäätökset lähtivät haastatteluiden yhteenvedosta eräänlaisiksi havainnoiksi, tiettyjä asioita on kehitettävä, jotta kohtaamisen laatu ja sen merkitys yksinäisyyskokemuksiin olisi mahdollisimman hyvässä suhteessa.

## 10.2 Tutkimuksen eettisyys

Opinnäytetyössäni on sitouduttu tieteellisesti hyvien käytänteiden noudattamiseen. Tällä tarkoitetaan eettisesti kestävien tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmien käyttöä eli käytetään menetelmiä, jotka tiedeyhteisö on hyväksynyt. Tutkimuksessa on myös pyritty osoittamaan menetelmien, tiedonhankinnan ja tutkimustulosten johdonmukaista hallintaa. Tärkeänä asia on työtä tehdessä myös pidetty toisten tutkijoiden saavuttamien tulosten tarkkaa merkintää, lähdeviitteet on siis selkeästi näkyvillä. (Vilka 2005, 30-31.)

Tutkimusten eettisyyden ensimmäinen tärkeä pilari oli voimassa olevat luvat. Esitin tutkimussuunnitelmani ja tutkimuslupahakemuksen kotihoidon tutkimuksista vastaavalle työntekijälle, joka esitteli aiheeni johtoryhmän kokouksessa. Kokouksessa olijoiden hyväksytyä aiheeni, meni hakemus tulosaluejohtajan allekirjoitettavaksi. Tämän jälkeen sain aloittaa tutkimuksen tekemisen. Kuitenkin erilliset luvat haastattelumateriaalien käyttöön tuli pyytää jokaiselta asiakkaalta itseltään (Liite 2).

Opinnäytetyössäni toivoin kotihoidon henkilöstön kysyvän alustavia suostumuksia asiakkailta haastatteluihin. Tutkimuksessa on kunnioitettava itsemääräämisoikeutta. Varmistus asiakkaan suostumukseen tapahtui vielä soittamalla asiakkaalle haastatteluaikaa sovittaessa. Lisäksi asiakkaalla oli oikeus muuttaa mieltään jopa haastattelun sopimisen jälkeen. Opinnäytetyöni kaikki tutkimusmateriaali on luottamuksellista ja tulokset ovat anonyymeinä opinnäytetyön kirjallisessa osuudessa. Asiakkailta tulleita ajatuksia ja kehitysehdotuksia ei ole esitetty, niin että asiakas olisi tunnistettavissa tekstistä. (Tuomi 2007, 146.) Laadullisen tutkimuksen eettisiä ongelmia ovat informointiin

perustuva suostumus, luottamuksellisuus, seuraukset sekä yksityisyys. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 19-20.)

Tutkimuksen nauhoittamiseen ja aineiston käyttämiseen pyydettiin asiakkailta erillinen lupa. Asiakkailta ei ollut diagnosoituja muistisairauksia, joten itsemääräämisoikeus ja lupien allekirjoittaminen olivat eettisesti oikein. Asiakkaille luvattiin myös, että nauhoitettu aineisto tulee ainoastaan haastattelijan käsiteltäväksi. Tutkimusaineistot on pysyttävä poissa ulkopuolisten käsistä. (Vilka 2005, 34-35). Asiakkaille luvattiin myös, että opinnäytetyön valmistuttua ne hävitetään asianmukaisesti.

Itse koin harmillisena, että toiselta kotihoidon alueelta oli huomattavasti enemmän haastateltavia kuin toiselta alueelta, joten pidin ensisijaisen tärkeänä ettei analysoinnista selviä kummalta alueelta asiakas on eikä näin ollen asiakkaat ole tunnistettavissa. Henkilöstön haastatteluissa pelkäsin, uskaltavatko hoitotyöntekijät sanoa mielipiteitään ja ajatuksiaan ryhmähaastattelutoteutuksessa, mutta tyydyin ajatukseen, että kunhan joku puhuu. Pelkäsin, että aineistosta nousee toisten ajatukset toisia vahvemmin esille, mutta onnekseni näin ei käynyt vaan kaikki olivat melko tasaisesti äänessä.

Analysointivaiheessa alkuperäinen ajatukseni oli alkaa yhdistää henkilöstön ja asiakkaiden vastauksia ja kommentteja keskenään, mutta onnekseni jätin sen vasta johtopäätösten ja pohdinnan osuuteen, sillä jälkeenpäin tajusin, että osa tutkimuksen eettisyydestä ja vaikuttavuudesta olisi kadonnut liian varhaisen yhdistämisen myötä.

### **10.3 Tutkimuksen merkityksellisyys ja jatkotutkimusaiheita**

Tutkimuksen toteuttaminen antoi mielestäni asiakkaille tunteen, että joku kuuntelee heitä ennalta määrittelemättömän pituisen ajan, ja pyrkii vaikuttamaan heidän saamansa hoidon laatuun. Se nähtiin positiivisena. Henkilöstöhaastatteluiden toivon herättäneen hoitotyöntekijät päivittäisten tekojen tärkeyteen ja haastattelutilanteen toimivan ikään kuin koulutuksena.

Tutkimus antaa merkittävää tietoa siitä, mitä kotihoidon asiakkaan hoitotyöntekijöiltään kohtaamisen laadun kannalta odottavat. Se auttaa herättämään pieniin jokapäiväisiin asioihin ja nostaa esille asioita, joita hyvin harvoin tulee edes ajatelleeksi. Kuten johdannossa olevassa ajatelmassa todetaan, yksinäisyyteen ei ole olemassa lääkettä. Näin ollen siihen on pyrittävä löytämään lievittäviä keinoja muilla tavoin. Nämä asiat ovat tutkimuksen mukaan hyvin pieniä ja pienistä paloista muodostuu suuri ja merkittävä kokonaisuus. Samalla se nostaa esille totuuden; kaikki ei ole vielä niin hyvin kuin voisi olla, sillä kehittämisajatuksia asiakkailta nousi. Yhtälailla tutkimus auttaa ymmärtämään yhdestä näkökulmasta, MIKSI asiakkaan kohtaamiseen ja sen laatuun on kiinnitettävä huomiota. Tutkimuksen kohtaamisen laatuun vaikuttavien tekijöiden osiota voidaan hyödyntää ja soveltaa missä tahansa kohtaamiseen liittyvässä ammatissa, erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstön parissa. Vaikka tulokset ovat sovellettavissa moneen työhön, on soveltamisen haaste kuitenkin asiakkaiden yksilöllisyyden huomioimisessa. On eri asia opetella ulkoa, mitkä asiat vaikuttavat onnistuneeseen kohtaamiseen, kuin oppia soveltamaan niitä onnistuneesti käytäntöön.

Kotihoidon laatua voidaan myös arvioida Vanhustyön eettisten ohjeiden valossa. Hoitotyön nettisivuilla oleva avainsanoma ”Vanhuksen ihmisarvoa, persoonallisuutta, omaa tahtoa, vakaumusta, kulttuuria ja tapoja tulee kunnioittaa. Vanhuksen yksityisyyttä on suojeltava. Vanhuksen aidon ja tasavertaisen kunnioituksen edellytyksenä on se, että työntekijä kunnioittaa myös itseään ja työtovereitaan.” kertoo paljon opinnäytetyön johtopäätösten sisällöstä. Tutkimuksessa nousi yhtälailla ajatus asiakkaiden pitämisestä ihmisenä, jokaisen oman persoonallisuuden vaikutus sekä itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ja kuunteleminen. Tutkimustulokset siis tukevat vahvasti Vanhustyön eettisiä ohjeita. Sen sijaan kuntouttavan työtteen toteuttaminen nähtiin erittäin haasteelliseksi ohjeistukseksi resurssien vähäisyyden vuoksi.

Tutkimuksessa yksi suurista esille nousseista asioista oli käytetty aika asiakkaan kanssa. Sekä hoitotyöntekijät että asiakkaat kokivat, että hoitotyöntekijöiden antama apu on ikään kuin hetken huumaa ja vaikutukset häviävät, kun kotiovi suljetaan. Näin ollen mielenkiintoista olisikin tietää, miten ympärivuorokautisessa

hoidossa asuvat asiakkaat näkevät hoitotyöntekijöiden kohtaamisen vaikutuksen emotionaaliseen eli kokemukselliseen yksinäisyyteen. Haaste sosiaali- ja terveysalan koulutuksille on kohtaamisen ja vuorovaikutustaitojen kehittäminen. Kuinka sitä voidaan opettaa, kuinka siihen kiinnittää entistä enemmän huomiota koulutuksen tasolla?



## LÄHTEET

- Dale, B., Saevareid, H. I., Kirkevold, M. & Söderhamn, O. 2010. Older home nursing patients' perception of social provisions and received care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2010, 24; 523-532.
- Drageset, J. 2004. The importance of activities of daily living and social contact for loneliness: a survey among residents in nursing homes. Norway: Faculty of Health and Social Sciences. *Scandinavian Journal Caring Sciences* 2004, 18: 65-71.
- Eloranta, S., Arve, S., Viitanen, M., Isoaho, H. & Routasalo, P. 2012. Ikäihmisten psyykkinen hyvinvointi ja psykososiaalisen tuen toteutuminen kotihoidossa. *Hoitotiede* 2012. vol 24, no 1.
- Eloranta, S., Arve, S., Isoaho, H., Welch, A., Viitanen, M. & Routasalo, P. 2009. Perceptions of the psychological well-being and care of older home care clients: clients and their carers. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 847-855.
- Grenade, L. & Boldy, D. 2008. Social isolation and loneliness among older people: issues and future challenges in community and residential settings. Curtin University of Technology. Australia, Collingwood: Australian Healthcare and Hospitals Association.
- Halldórsdóttir, S. 1996. *Caring and Uncaring Encounters in Nursing and Health Care -Developing a Theory*. Sweden: Linköping University. Saatavana: <http://www2.bibl.liu.se/liupubl/disp/disp96/med493s.htm>
- Haapala, P., Burakoff, K. & Martikainen, K. 2013. Tietoisuus toimivista vuorovaikutustavoista muuttaa muistisairaana ihmisen ja hoitajan kohtaamista. *Gerontologia* 27. vuosikerta. 3/2013.
- Heikkinen, E. 2002. *Vanhuuden voimavarat*. Teoksessa: Marjatta M. (toim.) Vammala: Tammi.
- Heikkinen, R-L, Keskinen, T. & Laine, T. (toim.) 1997. *Hoitava kohtaaminen. Hygieia*. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Heinola, R. (toim.) 2007. *Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun*. Stakes. Gummerus kirjapaino Oy. Vaajakoski.
- Jansson, A. 2009. *Projektiraportti 2006-2008, ystäväpiiri*. Sastamala: Vammalan kirjapaino Oy.

- Kankare, H. & Lintula, H. (toim.) 2004. Vanhuksen äänen kuuleminen. Hygieia. Tammi. Tampere.
- Korhonen, M. 2006. Sukupolven merkitys vuorovaikutussuhteissa. Teoksessa Karila, K., Alasuutari, M., Hännikäinen, M., Nummenmaa A. & Rasku-Puttonen, H. (toim.) Kasvatusvuorovaikutus. Tampere: Vastapaino, 51-69.
- Koskinen, S. Aalto, L. Hakonen, S. & Päivärinta E. 1998. Vanhustyö. Jyväskylä: Gummerus.
- L 28.12.2012/980. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista. Saatavana: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>
- Laukkarinen M. & Miettinen, I. 2008. Ikääntyneiden yksinäisyys kotihoidon työntekijöiden kohtaamana ilmiönä. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Saatavana: [http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/17776/jamk\\_1206007660\\_0.pdf?sequence=2](http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/17776/jamk_1206007660_0.pdf?sequence=2)
- Martela, F. 2012. Hoivayhteys – Keskeinen inhimillinen voimavara kahdenkeskisessä hoivatyössä. Väitöskirja. Aaltoyliopisto.
- Mattila, K-P. 2007. Arvostava kohtaaminen – arjessa, auttamistyössä ja työyhteisössä. Jyväskylä: PS- Kustannus.
- Mäkisalo-Ropponen, M. 2011. Vuorovaikutustaidot sosiaali- ja terveysalalla. Tammi, Helsinki.
- Niemelä, A-L. & Nikkilä, A. 2009. Yksinäisenä omassa kodissaan. Teoksessa Y. Engeström, A-L. Niemelä, J. Nummijoki & J. Nyman (toim.) Lupaava kotihoito. Uusia toimintamalleja vanhustyöhön. Jyväskylä: PS-kustannus, 135-163.
- Palkeinen, H. 2005. Yksinäisyys iäkkäiden ihmisten kirjoituksissa. Gerontologia 3/2005.
- Peltari, A. 2009. Kuntoutumista edistävän hoitotyön kehittäminen geriatrisessa hoitotyössä. Opinnäytetyö. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu. Saatavana: [https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/4759/Peltari\\_Anne.pdf?sequence=1](https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/4759/Peltari_Anne.pdf?sequence=1)
- Pohjolainen, P. & Salonen, E. 2012. Toimintakyky vanhuudessa – mitkä tekijät sitä määrittävät. Gerontologia 26.vuosikerta. 4/2012, 235-246.
- Pukuri, T. 2003. Yksilövastuinen hoitotyö ja sen mittaaminen. Teoksessa Minun hoitajani – näkökulmia omahoitajuuteen. Toim. Munnukka, T. & Aalto, P. 1.-3. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

- Pöllänen, H. 2006. Vuorovaikutus hoitotyössä – Hoitajan kommunikaatiomenetelmät ja sisältö. Hoitotieteen laitos: Kuopion yliopisto.
- Päivärinta, E. & Haverinen, R. 2002. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen kuntaliitto & Stakes, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Saatavana: <http://webfronter.com/verkkonen/hoitotyönkirjaaminen/other/lk%C3%A4ihmisten%20hoito-%20ja%20palvelusuunnitelma.pdf>
- Routasalo, P. 2005. Ikääntyvän henkilön yksinäisyys –haaste hoitotyölle. Teoksessa Noppari, E. & Koisti, P. (toim.) Laatu vanhustyöhön. Tampere: Tammi, 19-35.
- Routasalo, P. Pitkälä, K. Savikko N. & Tilvis R. 2003. Ikääntyneiden yksinäisyys, kyselytutkimuksen tuloksia, geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Saarijärvi: Gummerus.
- Routasalo, P., Pitkälä, K., Savikko, N. & Tilvis, R. 2005. Ikääntyneiden yksinäisyys. Kyselytutkimuksen tuloksia. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 3. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Räsänen, R. 2011. Ikääntyneiden asiakkaiden elämänlaatu. Tampere: Juvenes Print.
- Sarvimäki, A., Heimonen, S. & Mäki-Petäjä-Leinonen, A. (toim.) 2010. Vanhuus ja haavoittuvuus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Suomen mielenterveysseura. Yksinäisyys. [Verkkójulkaisu]. Saatavana: <http://www.e-mielenterveys.fi/ikaantyneet/yksinaisyys/>
- ThM Tiikkainen, P. 2006. Väitös: Väitös: Joka kolmas vanhus kokee itsensä yksinäiseksi. [Verkkójulkaisu]. Jyväskylän yliopisto. Saatavana: <https://www.jyu.fi/ajankohtaista/arkisto/2006/05/tiedote-2009-10-01-20-14-54-599223>
- Tiikkainen, P. 2006. Vanhuusiän yksinäisyys. Seuruututkimus emotionaalisista ja sosiaalisista yksinäisyyttä määrittävistä tekijöistä. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä: Jyväskylä University Printing House.
- ThM Uotila, H. 2011. Vanhuus ja yksinäisyys. Tutkimus iäkkäiden ihmisten yksinäisyyskokemuksista, niiden merkityksistä ja tulkinnoista. [Verkkójulkaisu]. Tampereen yliopisto. Saatavana: <http://www.uta.fi/ajankohtaista/vaitokset/arkisto/tiedote.html?id=67479>
- Uotila, H. 2011. Vanhuus ja yksinäisyys. Tutkimus iäkkäiden ihmisten yksinäisyyskokemuksista, niiden merkityksistä ja tulkinnoista. Tampereen

yliopisto, terveystieteiden yksikkö, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – JuvenesPrint.

Vasara, H. 2011. Ikääntyneiden yksinäisyys: Pieksämäen kaupungin kotihoidon asiakkaiden kokemuksia yksinäisyydestä ja sen vaikutuksista toimintakykyyn. Opinnäytetyö. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Saatavana: [http://theseus.fi/bitstream/handle/10024/35574/Vasara\\_Henna.pdf?sequence=1](http://theseus.fi/bitstream/handle/10024/35574/Vasara_Henna.pdf?sequence=1)

Vilén, M., Leppämäki, P. & Ekström, L. 2002. Vuorovaikutuksellinen tukeminen sosiaali- ja terveysalalla. WS Bookwell Oy. Juva.

Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, U.H. (toim.) 2002. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes. Oppaita 49. Gummerus Kirjapaino Oy. Saarijärvi.

## LIITTEET


Liite 1. Tutkimuslupa.

Liite 2. Suostumuslomake.

Liite 3. Asiakkaiden teemahaastattelurunko.

Liite 4. Hoitohenkilöstön ryhmäteemahaastattelurunko.

## LIITE 1 Tutkimuslupa.

**TURKU**  **HYVINVOINTITOIMIALA**

**Tutkimuksen/opinnäytetyön lupa**  
Anomus/päätös Dnro 5184-2014

**Anoja/anojen suku- ja etunimet**  
Miettinen Taru Carita

**Anoja on**  
AMK-opiskelija  Muu tutkija  Henkilökunta

**Nykyinen työnantaja tai oppilaitos**  
Seinäjoen ammattikorkeakoulu  
vanhustyön ko. geronomi AMK

**Nykyinen virka tai toimi**  
opiskelija

**Tutkimuksen kohderyhmät**  
Yhden kotihoidon alueen iäkkäät asiakkaat,  
yksin asuvat ja kommunikaation kykenevät

**Tutkimus on**  
opinnäytetyö, mikä geronomi amk  
muu tutkimus, mikä  
kehittämistyö, mikä

**Kotiosoite ja puhelin**  
[Redacted]

**Tutkimuksen nimi ja aihe**  
Työntekijän ja asiakkaan välisen kohtaamisen  
merkitys asiakkaan yksinäisyyskokemuksessa

**Tutkimusaineiston koko**  
Kuuden asiakkaan haastattelu sekä  
yhteistyöalueen henkilöstölle yksi  
ryhmähaastattelu

**Tutkimusmenetelmä** laadullinen tutkimus, teemoitetut puolistrukturoidut haastattelut

**Tarvittavat resurssit** 6 asiakasta (3 miestä ja 3 naista) sekä yksi 2h haastattelu-aika henkilöstön kanssa

**Aineiston kokoamisajankohta** huhtikuu-toukokuu 2014

**Tutkimuksen arvioitu valmistumisajankohta** joulukuu 2014

**Ohjaajat** Marita Lahti, p. 040-830232, lehtori, vanhustyö ja hoitotyö

**Seinäjoen ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysala, Keskustie 32E, 60101 Seinäjoki**

**Tutkimussuunnitelman hyväksyminen**  
vastuuhenkilö vanhuspalvelut: Johanna Rintanen, Kohortti  
Kyllä  Ei   
[Signature]

**Päätösnumero** 5 6,5 2014

**Tutkimusluvan myöntäjä** Sari Ahonen

**JAKELU** Tutkimuslupa: tutkimuksen vastuuhenkilö, luvan saaja, kehittämisen yksikkö  
Tutkimusraportti ja tiivistelmä: vastuuhenkilö, kehittämisen yksikkö

**Käyntiosoite** Yliopistonkatu 30  
20100 Turku

**Postiosoite** PL 670  
20101 Turku

**Faksi** 02 2626 899

**Puhelin** 02 2662 111 (vaihe)  
040 6528 440 (kirjaamo)

**Sähköposti** etunimi.sukunimi@turku.fi  
hyvinvointitoimiala@turku.fi  
www.turku.fi

**LIITE 2 Suostumuslomake.**

## SUOSTUMUSLOMAKE

Olen geronomiopiskelija Seinäjoen ammattikorkeakoulusta ja valmistun vanhustyön koulutusohjelmasta joulukuussa 2014. Kerään haastatteluaineistoa opinnäytetyöhöni ”**Kotihoidon asiakkaan ja työntekijän välisen kohtaamisen merkitys asiakkaan yksinäisyyskokemuksessa**”.

Tutkimuksen perimmäisenä tarkoituksena on pyrkiä parantamaan kotihoidon asiakkaiden elämänlaatua kiinnittämällä huomiota kohtaamisen laatuun. Kerään tutkimusaineiston henkilökohtaisten haastattelujen kautta. Lisäksi toteutan ryhmähaastattelun kotihoidon henkilöstölle, jolloin saan vertailunäkökulmaa heiltä. Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja osallistujien henkilöllisyys ei tule missään tutkimuksen vaiheessa esille. Haastattelu on luottamuksellinen, eikä tietoja tulla käyttämään muuhun kuin tähän tutkimukseen. Haastattelun saa keskeyttää halutessaan. Pyydämme lupaa haastatteluun ja sen nauhoittamiseen. Nauhoitukset ovat vain minun kuultavissa ja ne hävitetään analysoimisen jälkeen. Minulle on selvitetty tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet sekä haastattelun toteutustapa. Olen tietoinen, että tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista eikä se aiheuta itselleni mitään kustannuksia. Suostun osallistumaan tämän opinnäytetyön teemahaastatteluun kevään/kesän 2014 aikana. Haastatteluaineistoa saa käyttää opinnäytetyön tuloksissa ja raportoinnissa niin, ettei haastateltavan henkilöllisyys tule esille.

Haastattelun saa nauhoittaa: Kyllä \_\_\_\_\_ Ei \_\_\_\_\_

Paikka ja aika:

---

Haastateltavan allekirjoitus:

---

Haastattelijan allekirjoitus:

---

Kiitos yhteistyöstä!

Taru Miettinen

yhteystiedot

Geronomi AMK, vanhustyön ko

Seinäjoen ammattikorkeakoulu



## LIITE 3 Asiakkaiden teemahaastattelurunko.

### TEEMAHAASTATTELURUNKO

#### Suostumuslomake

#### Taustatiedot:

sukupuoli, siviilisääty, kotihoidon käynnit, koulutustaso, yksin asuminen, kotona pärjääminen (toimintakyky, koettu taloudellinen tilanne, koettu terveys), sosiaaliset suhteet (lapsien, sukulaisten, ystävien ja naapurien tapaaminen, puhelinkontaktit), elämän sisällön muuttuminen

#### Kohtaaminen työntekijöiden kanssa

- hoitajien merkitys elämässä
  - o odotus
  - o läheisyys
  - o säännöllisyys
  - o suhtautuminen
- vuorovaikutus
  - o sanaton viestintä
  - o keskustelu
  - o huumori
  - o elämänhistoria
- kunnioitus/huomiointi/ymmärrys/hyväksyntä
- läsnäolo
- tunteet ja niiden näyttäminen
- hoitotilanne
  - o kosketus
  - o kannustus
  - o kiire/kiireettömyys
- tarpeisiin vastaaminen
  - o kokonaisvaltaisuus

#### Yksinäisyyden kokeminen

- yksin oleminen
  - o positiivinen tai negatiivinen
- ryhmässä/jonkun seurassa oleminen
- tunteet
- tunteiden käsittely

#### Työntekijöiden vaikutusmahdollisuudet yksinäisyyskokemuksiin

- vaikutusmahdollisuudet tunteisiin
- vaikutusmahdollisuudet elämänasenteisiin
- tarpeellisuuden tunne
- positiivisiin seurauksiin johtava kohtaaminen

#### Kouluarvosanat ja viimeiset sanat

- kohtaamisen laatu
- yksinäisyyden kokemusten määrä
- kysyttävää

#### Elämänohje

## **LIITE 4. Hoitohenkilöstön ryhmäteemahaastattelurunko.**

### **RYHMÄTEEMAHAASTATTELURUNKO**

#### Kohtaaminen asiakkaiden kanssa

- hoitajien merkitys asiakkaan elämässä
  - o odotus
  - o läheisyys
  - o säännöllisyys
  - o suhtautuminen
- vuorovaikutus
  - o sanaton viestintä
  - o keskustelu
  - o huumori
  - o elämänhistoria
- kunnioitus/huomiointi/ymmärrys/hyväksyntä
- läsnäolo
- tunteet ja niiden näyttäminen
- hoitotilanne
  - o kosketus
  - o kannustus
  - o kiire/kiireettömyys
- tarpeisiin vastaaminen
  - o kokonaisvaltaisuus

#### Yksinäisyyden näkyminen

- yksin oleminen
  - o positiivinen tai negatiivinen
- ryhmässä/jonkun seurassa oleminen
- tunteet
- tunteiden käsittely

#### Vaikutusmahdollisuudet asiakkaan yksinäisyyskokemuksiin

- vaikutusmahdollisuudet tunteisiin
- vaikutusmahdollisuudet elämänasenteisiin
- tarpeellisuuden tunne
- positiivisiin seurauksiin johtava kohtaaminen

#### Kouluarvosanat ja viimeiset sanat

- kohtaamisen laatu
- vaikutusmahdollisuudet yksinäisyyskokemuksiin
- kysyttävää