



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

HENGITYSHALVAUSPOTILAAN VUOROVAI- KUTUKSELLINEN TUKEMINEN

Hoitajien kokemana

Hanna-Riikka Koskinen

Tuomas Martin

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2016
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

KOSKINEN HANNA-RIIKKA & MARTIN TUOMAS:
Hengityshalvauspotilaan vuorovaikutuksellinen tukeminen
Hoitajien kokemana

Opinnäytetyö 51 sivua, joista liitteitä 10 sivua
Maaliskuu 2016

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa hoitajien kokemuksia hengityshalvauspotilaan vuorovaikutuksellista tukemisesta kotihoidossa. Tavoitteena oli saada tietoa hoitajien kokemuksista hengityshalvauspotilaan kanssa käytävästä vuorovaikutuksesta sekä vuorovaikutuksellisen tukemisen onnistumisesta kotihoidossa. Opinnäytetyö toteutettiin käyttäen kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Aineisto kerättiin sähköisellä kyselylomakkeella, joka sisälsi avoimia kysymyksiä. Kysely lähetettiin 16 hoitajalle, joista viisi vastasi. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Opinnäytetyön tuloksista ilmeni, että hoitajat kokevat hengityshalvauspotilaan vuorovaikutuksellisen tukemisen haasteellisena varsinkin silloin, kun potilas ei pysty tuottamaan puhetta tai puheen tuotto on vaikeutunut. Tällöin hoitajien oli vaikeaa tulkita potilaan omaa tahtoa ja esimerkiksi kivun kokemusta. Kun potilas ei pystynyt puhumaan, hoitajat käyttivät kommunikoinnin apuna kuvia, yksinkertaisia lauserakenteita ja kysymyksiä joihin voi vastata päätä nyökkäämällä tai pudistamalla.

Tässä opinnäytetyössä selvitettiin vuorovaikutuksellisen tukemisen onnistumista kotihoidossa. Kotihoito yleistyy ja yhä suurempi osa huonokuntoisistakin potilaista pyritään hoitamaan kotona. Tämän opinnäytetyön tuloksista ilmeni, että potilaan omaa kotia pidetään haasteellisena hoitoympäristönä, koska myös siellä asuvat perheenjäsenet tulee ottaa huomioon. Joissain tilanteissa hoitajat kokivat omaiset vuorovaikutuksen onnistumista heikentävänä tekijänä, sillä joskus myös omaisella on suuri tarve saada tukea muuttuneeseen elämäntilanteeseen.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että hoitajilla on haasteista huolimatta hyvät valmiudet vuorovaikutuksellisen tukemisen onnistumiseen. Vaihtoehtoisten vuorovaikutusmenetelmien käyttöä hoitajat toivat esiin melko vähän. Jatkossa olisi hyödyllistä tutkia erilaisten vuorovaikutusmenetelmien käytön toteutumista ja havainnoida vuorovaikutustilanteita, sillä ulkopuolinen havainnoitsija näkee tilanteet erilailla kuin niissä osallisena oleva hoitaja.

Asiasanat: hengityshalvauspotilas, kotihoito, vuorovaikutus, vuorovaikutustaidot

ABSTRACT

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

KOSKINEN HANNA-RIIKKA & MARTIN TUOMAS:

The Interactive Support of the Respiratory Arrest Patient Experienced by Nurses

Bachelor's thesis 51 pages, appendices 10 pages

March 2016

The purpose of this study was to survey the nurse's experiences of the interaction supporting in the home care of a respiratory arrest patient. The objective was to get information about the nurses' experiences of the interaction with a respiratory arrest patient and also information about interactive supporting in the home care.

This thesis was conducted using a qualitative method. The data were collected by sending an electric questionnaire which contained open questions to the nurses who worked in full-time job with respiratory arrest patients. Five nurses answered. The data were analyzed using a qualitative content analysis.

The results showed the nurses' experience interactive supporting of the respiratory arrest patient challenging especially when the patient is not able to produce a speech. Then it was difficult to nurses to interpret a patient's own will. When a patient was not able to talk, the nurses used pictures or the simple language as a help for the communication. The patient's own home was considered as a challenging nursing environment and the members of the family have to be taken into account there.

The results indicate that the nurses have good readiness for the success of the interactive supporting, despite the challenges. In some situations the nurses experienced the relatives who lived in the same household as the factor which weakens the success of the interaction. The nurses brought out just a little using of alternative interaction methods. In the future it would be useful to examine how the interaction methods will come true in different situations. Observation might also be a useful method because the external observer sees the situations in different ways than the nurse who involved in that.

Key words: respiratory arrest patient, home care, interaction, people skills

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	8
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	9
3.1	Hengityshalvauspotilas	9
3.1.1	Hengityshalvauksen eteneminen.....	10
3.1.2	Hengityshalvauspäätös.....	11
3.1.3	Hengityshalvauspotilaan puhuminen ja hengitys trakeostomiakanyylin kautta.....	12
3.1.4	Trakeostomiakanyylin valinta.....	12
3.2	Kotihoitoon siirtyminen	13
3.3	Vuorovaikutuksellinen tukeminen hengityshalvauspotilaan hoitotyössä 15	
3.3.1	Sanallinen ja sanaton viestintä	17
3.3.2	Kosketus vuorovaikutuksessa	18
3.3.3	Asiakaskeskeisyys.....	18
3.3.4	Asiantuntijakeskeinen vuorovaikutus	19
3.3.5	Dialogisuus.....	20
3.4	Vuorovaikutusmenetelmät	21
4	MENTELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT.....	24
4.1	Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä.....	24
4.2	Aineiston keruu.....	24
4.3	Aineistolähtöinen sisällönanalyysi	25
5	TULOKSET	28
5.1	Vuorovaikutuksellinen tukeminen	28
5.2	Vuorovaikutusmenetelmien käyttö.....	29
5.3	Vuorovaikutuksellisen tukemisen onnistuminen kotihoidossa.....	30
5.3.1	Vuorovaikutuksen onnistumista edistävät tekijät.....	30
5.3.2	Koti hoitoympäristönä.....	31
5.4	Vuorovaikutukselliset haasteet hengityshalvauspotilaan hoitotyössä	32
5.5	Muuta huomioitavaa	33
6	POHDINTA.....	35
6.1	Tulosten tarkastelu	35
6.2	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	37
6.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset	39
	LÄHTEET.....	40
	LIITTEET	43
	Liite 1. Kyselylomake.	43

Liite 2. Saatekirje	44
Liite 3. Sisällönanalyysi	45

1 JOHDANTO

Käsitteellä hengityshalvaus tarkoitetaan pysyvää tilaa, jossa ihmisen hengitys on kokonaan tai lähes kokonaan hengityslaittehoidon varassa. Hengityshalvaus itsessään ei ole sairaus, vaan jonkin sairauden tai vakavan vamman seuraus. (STM 2006, 20) Tässä opinnäytetyössä hengityshalvauspotilaalla tarkoitetaan henkilöä, joka on nelirajahalvaantunut ja saanut hengityshalvauspäätöksen sekä tarvitsee hengityskonehoitoa ympärivuorokautisesti.

Hengityshalvauspotilaiden hoito alkoi vuonna 1957 polioepidemian seurauksena. Tämän jälkeen hengityshalvauspotilaaksi on luettu myös muista syistä hengitysvajauksesta kärsiviä potilaita, jotka tarvitsevat jatkuvaa hengityslaittehoitoa. (Laasonen ym., 2002) Vuonna 2004 hengityshalvauspäätöksen oli Suomessa saanut 135 henkilöä ja heidän hoitokustannuksensa olivat yhteensä 27 miljoonaa euroa. Määrällisesti potilaita on vähän, mutta hoito on kallista ja kuluttaa paljon terveydenhuollon resursseja. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 15)

Nykyään hengityshalvauspotilaiden hoito pyritään järjestämään useimmissa tapauksissa kotihoitona. Kotihoito lisääntyy ja asiakkaiden vaatimustasot kasvavat, joten osa sairaanhoitopiireistä on perustanut niin sanottuja ventilaatiotyöryhmiä, joiden avulla on pyritty parantamaan hoitajien osaamistasoa. Kotihoidon lisääntyminen on myös lisännyt tarvetta palvelujärjestelmän kehittämiseen. Yhä useampi potilaista kärsii vaikeasta hengitysvajauksesta ja näin ollen hoito on vaativampaa. (STM 2006, 20)

Halvaantuminen rajoittaa ihmisen elämää merkittävästi, sillä sen jälkeen hän on kaikissa päivittäisissä toimissaan riippuvainen toisten ihmisten avusta ja hengityslaitteesta. Sen hyväksymisessä ihminen tarvitsee paljon vuorovaikutuksellista tukea. Jos hengityshalvauspotilas ei saa hoitajaltaan tarvitsemaansa tukea, voivat hänen läheis- ja ystävyyssuhteensa kuormittua liikaa sairauden kokemuksilla. Ystävyys-suhteista saattaa muodostua hoitosuhteita, jolloin ystävät ovat enemmän hoitajan kuin ystävän roolissa. (Vilén 2002, 23-24)

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä erään hengityshalvauspotilaiden kotihoitoa tarjoavan yrityksen kanssa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa hoitajien kokemuksia

hengityshalvauspotilaan vuorovaikutuksellisesta tukemisesta kotihoidossa. Tavoitteena oli saada tietoa hoitajien kokemuksista hengityshalvauspotilaan kanssa käytävästä vuorovaikutuksesta sekä vuorovaikutuksellisen tukemisen onnistumisesta kotihoidossa, jonka avulla voidaan kehittää hoitajien valmiuksia potilaan vuorovaikutuksellisessa tukemisessa.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa hoitajien kokemuksia hengityshalvauspotilaan vuorovaikutuksellisesta tukemisesta kotihoidossa.

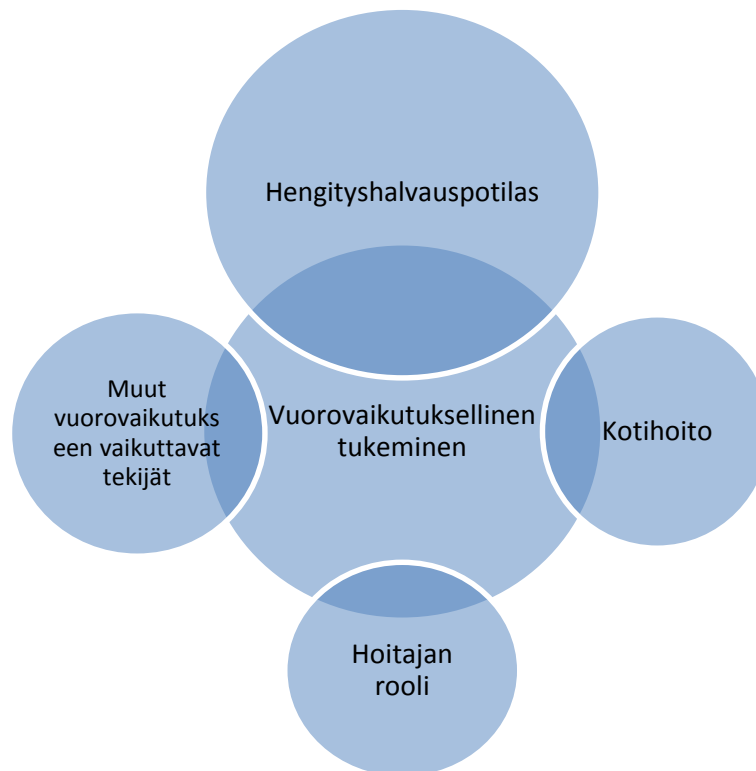
Opinnäytetyön tehtävät:

1. Mitä on vuorovaikutuksellinen tukeminen hengityshalvauspotilaan hoitotyössä?
2. Millaisia vuorovaikutusmenetelmiä hoitajat käyttävät hengityshalvauspotilaiden kanssa?
3. Miten vuorovaikutuksellinen tukeminen onnistuu hoitajien mielestä kotihoidossa?
4. Mitä haasteita hoitajat kokevat vuorovaikutuksessa hengityshalvauspotilaan kanssa?

Opinnäytetyön tavoitteena on saada tietoa hoitajien kokemuksista hengityshalvauspotilaan kanssa käytävästä vuorovaikutuksesta sekä vuorovaikutuksellisen tukemisen onnistumisesta kotihoidossa, jonka avulla voidaan kehittää hoitajien valmiuksia potilaan vuorovaikutuksellisessa tukemisessä.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat on esitetty alla olevassa kuviossa (kuvio 1). Keskeisenä teemana on vuorovaikutuksellinen tukeminen, jonka kohteena on hengityshalvauspotilas. Hoitajan toiminta vaikuttaa vuorovaikutuksellisen tukemisen onnistumiseen merkittävästi. Tässä opinnäytetyössä keskitytään vuorovaikutuksellisen tukemisen onnistumiseen kotihoidossa eli hoitoympäristönä toimii potilaan oma koti, mikä osaltaan vaikuttaa vuorovaikutukselliseen tukemiseen. On muitakin tekijöitä, jotka vaikuttavat vuorovaikutukseen, esimerkiksi kotona asuvat omaiset, joiden läsnäolo tulee myös huomioida.



KUVIO1. Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat.

3.1 Hengityshalvauspotilas

Hengityshalvaus on ainoastaan Suomessa käytössä oleva käsite ja sen yksiselitteinen määrittäminen on ollut haasteellista. Hengityshalvauksen ja lievemmän hengitysvajeen välinen raja on häilyvä ja sen määrittäminen on tulkinnanvaraista. Hengityshalvaus itsessään ei ole sairaus, vaan jonkin sairauden tai vamman seuraus. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2006). Valtakunnallisia kriteerejä määritelmälle ei ole, vaan se saattaa vaihdella

sairaanhoitopiireittäin. (Laasonen 2015) Pirkanmaan, Pohjois-Pohjanmaan ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirien määritelmä on sisällöltään samanlainen ja eniten käytetty:

"Hengityshalvauspotilaaksi katsotaan sellainen potilas, jolla on ventilatiovajaustyypinen hengitysvajaus johtuen hengityselinten toimintahäiriöstä tai hengityskeskusten säätelyhäiriöstä, hengitysvajaus on pysyvä tila optimaalisesta muusta hoidosta huolimatta lukuun ottamatta poliota tai muuta sosiaali- ja terveysministeriön polioon verrattavaksi katsomaa tartuntatauti, joissa riittää lyhytaikainenkin hengitysvajaustila, ja hengityslaitteiden tarve on ympärivuorokautista tai lähes ympärivuorokautista". (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 16)

Hengityshalvauksen taustalla on usein jokin neurologinen sairaus, kuten amyotrofinen lateraaliskleroosi (ALS), MS-tauti tai muu lihassairaus. Lihasdystrofiolla tarkoitetaan lihasrappeumaa, jonka perussyynä on virhemuutos lihasten toimintaa säätelevissä geeneissä. (Lihastautiliitto ry 2009) Esimerkiksi lapsilla yleisimpänä tunnetun Duchennen lihasdystrofian tunnusmerkkejä ovat lihasvelttous sekä hengitys-, ruuansulatuselin- ja sydänlihasten heikentyminen. Myös keuhkot saattavat heikentyä niin, etteivät ne pysty pumppaamaan riittävää määrää happea elimistöön. (Viitapohja, 2005)

ALS eli amyotrofinen lateraaliskleroosi on etenevä motoneuronitauti, joka rappeuttaa lihasten toimintaa sääteleviä liikehermosoluja. Tästä johtuen lihakset menettävät vähitellen hermoyhteytensä, rappeutuvat ja surkastuvat. Neljänneksellä sairastuneista oireet alkavat nielun alueelta nielemisvaikeuksina tai puheen epäselvyytenä. Hengityselinten heikentymisessä saatetaan joutua turvautumaan koneelliseen hengitystukeen. (Laaksovirta, 2012)

Tetraplegia johtuu yleisesti niskan alueelle sattuneesta traumasta, esimerkiksi onnettomuuden yhteydessä. Ihminen voi neliraajahalvaantua ja tarvita hengityskoneen avustusta hengityksessä, jos vaurioita syntyy kaularankaan C4-nikaman yläpuolelle. Yleisimmin C3-nikaman vauriot vaikuttavat hengittämiseen eniten. (Spinal injury network, 2009)

3.1.1 Hengityshalvauksen eteneminen

Jos hengitysvajaus on hitaasti etenevä, potilaan kanssa ehditään keskustella hengityslaitteidosta ennen sen aloittamista. Tässä vaiheessa osa potilaista kieltäytyy hoidon aloituksesta. (STM 2006, 18) Potilaalla on mahdollisuus laatia kirjallinen hoitotahto, jonka mukaan hänen hoitonsa voidaan järjestää, kun hän ei itse enää kykene ilmaisemaan tahtoaan. Hoitotahdon voi laatia yhdessä terveydenhuollon ammattilaisen kanssa ja potilasasiakirjoihin on kirjattava sen olemassaolo. Nykyään myös KELA:n ylläpitämään kansalliseen terveydenhuollon sairaskertomusarkistoon (KanTa) jokainen voi itse tallentaa oman hoitotahtonsa. (Halila & Mustajoki 2015)

Jos hengityshalvaus on alkanut äkillisesti, hengityslaitteidon hyväksyminen saattaa olla vaikeampaa. (STM 2006, 18) Äkillisen hengityshalvauksen voi aiheuttaa esimerkiksi onnettomuudessa saatu selkäydinvamma. Jos vaurio kohdistuu kaularangan alueelle, syntyy nelirajahalvaus, johon liittyy hengityslihasten toiminnan häiriöitä. (Selkäydinvamma, Käypä hoito, 2012) Äkillinen vamma aiheuttaa potilaalle akuutin kriisin, joka yleensä menee ohi muutamassa kuukaudessa. Akuutissa vaiheessa noin 20-25 prosenttia selkäydinvammapotilaista kärsii vakavasta masennustilasta, joka vaatii hoitoa, ja noin joka viidennellä potilaalla esiintyy ajoittaisia masennusoireita. Hoidon alussa toivon ylläpito sekä hoitoyhteisön ja läheisten tuki ovat erityisen tärkeitä. (Alaranta ym. 2001)

Äkillisesti esimerkiksi onnettomuudessa halvaantunut potilas tarvitsee välittömästi tapahtuneen jälkeen fyysisten vammojen hoidon lisäksi myös psyykkistä tukea ja turvaa. Tässä vaiheessa ihminen ei välttämättä kykene vastaanottamaan tietoa pysyvästä vammautumista, mutta asiasta puhumiselle on varattava aikaa ja potilaalle mahdollisuus käsitellä tuntemuksiaan. Myös halvaantuneen lähiomaiset ovat suuren elämänmuutoksen edessä, joten hekin tarvitsevat tietoa ja jonkun, jonka kanssa puhua asiasta. (Väisänen, Niemelä & Suua 2009, 89-93)

3.1.2 Hengityshalvauspäätös

Hengityshalvauspäätöksen saamiseen vaikuttaa perussairauden vakaus ja riippuvaisuus hengitystuesta. Perussairauden tulee olla vakaa sekä pitkäaikainen, ja hengitystuen tarve tulee olla ympärivuorokautista. Yleensä potilas on invasiivisessa ventilaatiohoidossa eli hengitystukea annetaan trakeostomiakanyylin kautta. Myös noninvasiivinen eli maskin avulla toteutettu ventilaatiohoito voi johtaa hengityshalvauspäätökseen, jos hoidon tarve

on selvästi yli puolet vuorokaudesta. Potilaat, joilla on palleahermostimulaattori ja trakeostooma täyttävät myös kriteerit. Hengityshalvauspäätös tehdään aina yhdessä potilaan kanssa. (Laasonen 2015)

Hengityshalvauspäätös ei ole lääketieteellinen päätös, vaan lähinnä hallinnollisjuridinen. (Laasonen 2015) Potilaiden hoito perustuu lakiin ja asetukseen sosiaali- ja terveydenhuollon ja asiakasmaksuista (1992). Sen mukaan hengityshalvauspotilaan hoito ja hoitoon liittyvät kuljetukset ovat potilaalle maksuttomia.

Hoitopaikasta riippumatta hengityshalvauspotilasta ei poisteta sairaalan kirjoilta eli vaikka potilas olisi kotihoidossa, sairaalalla on vastuu samoista kustannuksista kuin silloin, jos potilasta hoidettaisiin sairaalassa. Hoidon seurannasta vastuussa oleva erikoisala määräytyy potilaan perussairaudesta mukaan. Hengitysvajauksen seurannasta vastaa useimmiten keuhkosairauksien erikoisalan edustaja. (STM 2006, 19-20, 25)

3.1.3 Hengityshalvauspotilaan puhuminen ja hengitys trakeostomiakanyylin kautta

Hengityshalvauspotilaiden hengitys turvataan trakeostomialla. Trakeostomiakanyyleja on erilaisia, ja mallista riippuen se saattaa vaikeuttaa potilaan puheen tuottoa. Normaalisti puhe muodostuu, kun uloshengityksen aikana keuhkoista tulee ilmaa, joka saa äänihuulet värähtelemään. Trakeostomiakanyyli kuitenkin ohjaa ilman ulos ennen äänihuulia, joten potilaan kyky muodostaa puhetta heikkenee. (Mustajoki, M. ym. 2013, 648-651)

Puhuminen on mahdollista, jos kuffittoman kanyylin ulkosuu tukitaan uloshengityksen aikana. Potilaalla voi olla käytössä fenestraatioaukollinen kanyyli eli niin sanottu puhekanyyli, jonka avulla ilma kulkee sekä trakeostomian että ylähengitysteiden kautta. Puhekanyylin käyttö ei ole mahdollista, jos potilaalla on kuffillinen kanyyli, jossa kuffi on täytetty ilmalla tai potilaalla on täydellinen obstruktio ylemmissä hengitysteissä. (Mustajoki, M. ym. 2013, 648-651)

3.1.4 Trakeostomiakanyylin valinta

Kun trakeostomian tarve on pitkäaikainen tai pysyvä, voidaan potilaalle valita trakeostomiakanyyli, jonka avulla puhuminen on mahdollista. Kanyylin valintaan vaikuttaa moni asia, esimerkiksi potilaan puheentuottokyky ja -tarve, hengitysteiden limaisuus ja kanyylin istuvuus trakeostoomassa. Trakeostomian läpimitta määrittää kanyylin koon. Etäisyys trakeostooma-aukolta trakeostomian sisälle vaikuttaa kanyylin pituus- ja kaarevuusvalintoihin. (Laasonen 2015)

Potilaalle voidaan yksilöllisten tarpeiden mukaan valita joko kuffillinen tai kuffiton kanyyli. Valintaan vaikuttaa eniten se, miten paljon hengitysilman ohivuotoa keuhkoista tarvitaan suuhun päin, jotta puheen tuottaminen onnistuu. Ohivuoto mahdollistaa puheentuition, mutta liiallisena se voi vaikeuttaa ventilaation toteutumista keuhkoissa, koska hengityskone ei pysty kompensoimaan suurta ohivuotoa. Suuri ohivuoto myös lisää suun kuivumista ja liman erittymistä keuhkoista sekä altistaa ilman nielemiselle mahalaukuun. (Laasonen 2015)

Puheen tuoton kannalta kuffiton kanyyli on potilaalle parempi, sillä se mahdollistaa suuremman ohivuodon kuin kuffillinen kanyyli, jossa ilmalla täytetty kuffi tukkii suuremman osan henkitorvesta. Hengityshalvauspotilaat oppivat usein hallitsemaan nielun lihasten jännittämistä, jolloin kuffittoman kanyylin ohivuoto saadaan minimoitua. (Laasonen 2015)

Puheentuottoa varten tarvitaan ohivuotoa tavalla tai toisella. Vaihtoehtoja ovat myös matpainekuffillinen kanyyli sopivalla ohivuodolla tai kuffillinen kanyyli puherei'illä, joiden läpi ilma pääsee kulkemaan. On mahdollista käyttää myös kuffillista kanyyliä, jota pidetään päivisin auki eli ilma on poistettu kuffista ja yöksi täytetään kuffi ilmalla. Jos potilas ei itse pysty tuottamaan puhetta, valitaan kuffillinen kanyyli. (Laasonen 2015)

3.2 Kotihoitoon siirtyminen

Kun potilaalle on tehty hengityshalvauspäätös, alkaa pysyvän hoitopaikan pohdinta. Nykyisin hengityshalvauspotilaiden hoito pyritään useimmissa tapauksissa järjestämään kotihoitona. Suomessa ei ole valtakunnallisesti yhteneväistä linjaa hengityshalvauspotilaiden hoidosta, joten sairaanhoitopiirit ovat laatineet omia kriteerejä, joiden on täytyttävä,

jotta kotihoitoon siirtyminen on mahdollista. Ennen kotihoitoon siirtymisestä on selvitetävä, että potilaan kotiolot ovat sopivat ja hoitotiimi on järjestettävissä. Potilaalle laaditaan kotihoitosuunnitelma, perussairauden kuntoutussuunnitelma ja sovitaan seurantajärjestelmästä. (STM 2006, 19)

Potilaalle järjestetään kotiin ympärivuorokautinen hoitotiimi, johon kuuluu noin 4-5 hoitajaa. Kotihoito pyritään järjestämään kodinomaiseksi ja kotona asuvat omaiset huomiioon ottaen. Tukipalvelut kotiin järjestetään erikoissairaanhoidon kautta, mutta valtakunnallisesti eri sairaanhoitopiirien välillä on suuria eroja palvelujen järjestämisestä ja niiden laajuudesta. (STM 2006, 19)

Laissa ja asetuksessa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista sanotaan, että hengityshalvauspotilaalle järjestetty kunnallinen hoito ja hoitoon liittyvät kuljetukset ovat maksuttomia. Hoidon tulee tapahtua lain mukaan sairaalassa tai sairaalan kirjoilta poistamatta kotihoidossa. (Laasonen ym, 2000) Sosiaalihuoltolain (2014) 17§:n mukaan kunnan on huolehdittava tarvittavat sosiaalipalvelut kuntalaiselle ja vammaispalvelulain (380/1987) mukaan kunnan on järjestettävä vaikeasti vammaiselle sopiva kuljetuspalvelu sekä muita palveluita, jotta hän selviytyy jokapäiväisestä elämästä. (STM 2006, 19)

Hoitoympäristönä toisen koti on vaativa. Ensisijaisesti se on asiakkaan ja hänen kanssaan asuvien omaisten koti. Toisen kotona toimitaan asiakkaan ehdoilla niin, ettei asiakkaan hyvinvointi, terveys tai turvallisuus kuitenkaan vaarannu. Myös työntekijän hyvinvointi, terveys ja turvallisuus tulee huomioida. Työasennot eivät välttämättä ole aina ergonomisia, vaikka apuvälineitä pyritään hyödyntämään mahdollisimman paljon. Kotona työskennellään yksin ja työntekijältä vaaditaan nopeaa ja itsenäistä päätöksentekokykyä ylläpitävissäkin tilanteissa. (Hägg ym. 2007, 17)

Osa sairaanhoitopiireistä laatii hengityshalvauspotilaan kotihoitoa varten kirjallisen hoitosuunnitelman. Suunnitelma tehdään, kun potilas siirtyy kotihoitoon ja sitä seurataan ja päivitetään tarpeen mukaan potilaan voinnin muuttuessa. Suunnitelma sisältää tiedot potilaan sairastumisesta, hengityshalvauspäätöksen saamisesta ja hoidon järjestämisestä sekä yhteenvedon potilaan henkilökohtaisesta kuntoutussuunnitelmasta. Hoitosuunnitelmassa on esitetty myös potilaan tarvitsemat apuvälineet ja niiden hoitoon ja huoltoon liittyvät tiedot. (STM 2006, 51)

Vaikeavammaisella kotihoidon asiakkaalla on oikeus palveluasumiseen omassa kodissaan. Palvelua järjestetään vaikeavammaiselle ihmiselle, joka vammansa tai sairautensa vuoksi tarvitsee säännöllistä apua vuorokauden eri aikoina. Asiakas maksaa itse asunnon vuokran, mutta vammaisuudesta aiheutuvat lisämenot, kuten esimerkiksi hoitajien palvelut, ovat hänelle maksuttomia. Vammaisten palveluasuminen on subjektiivinen oikeus eli kunta ei voi talousarviolla eikä muullakaan päätöksellä evätä tai rajata lakiin perustuvaa oikeutta. (Ikonen 2015, 45, 78-79.)

3.3 Vuorovaikutuksellinen tukeminen hengityshalvauspotilaan hoitotyössä

Vuorovaikutus on laeva käsite, joka sisältää yksilöiden, yhteisöjen, organisaatioiden ja kulttuurien välistä vuorovaikutusta. Se voi olla myös hyvin monimuotoista kuten valtaa ja vallankäyttöä, yhteistyötä tai sosiaalisesti jaettuja yhteisiä sopimuksia ja sääntöjärjestelmiä. Jokainen ihminen tuo vuorovaikutustilanteisiin oman henkilökohtaisen historiansa, kulttuurinsa ja ne uskomukset, joihin sillä hetkellä uskoo. Kaikilla on myös oma tapansa käsitellä asioita ja jokaisen käsitys niistä on yksilöllinen. Tästä huolimatta käsitykset asioista ja todellisuudesta muovautuvat ihmisten välisissä suhteissa. (Mönkkönen 2007, 13-20)

Kun työntekijä kuuntelee ja yrittää auttaa asiakasta, hän pyrkii vuorovaikutukselliseen tukemiseen. Siinä pyritään ammatillisten valmiuksien pohjalta tukemaan asiakasta vuorovaikutuksellisin keinoin. Tilanteesta ja asiakkaasta riippuen se voi kestää minuutin, tunnin tai useita päiviä. (Vilén 2002, 23-24)

Vuorovaikutuksellisen tukemisen tavoitteena on kuunnella ja tukea ihmisessä jo olevia voimavaroja ja auttaa häntä ratkomaan päivittäisen elämänsä ongelmia ja synnyttää voimaantumisen kokemus. Joskus tavoitteeseen pääsy vaatii hoitajalta perusteellista perehtymistä asiakkaan sen hetkiseen elämäntilanteeseen, kun taas joskus riittää, että kuuntelee hetken empaattisesti ja antaa muutamia rohkaisevia sanoja. (Vilén 2002, 23-24)

Vuorovaikutustaidot käsitetään usein epämääräisenä ammatillisena työkaluna, joka löytyy ja kehittyy itsestään. Ammatillinen vuorovaikutus on kuitenkin monipuolinen ja laaja-alainen käsite, johon voi sisältyä esimerkiksi vaikuttamista, tiedon hankkimista ja asioiden eteenpäin viemistä. Ammatillinen vuorovaikutus on myös viestimistä ilmeillä, eleillä,

sanoilla tai esimerkiksi toiminnan kautta. Se voi olla toisen toiminnan havainnointia, kuten esimerkiksi sairaan ihmisen ilmeiden ja eleiden tarkkailua silloin, kun hän ei itse pysty kertomaan omista tuntemuksistaan. (Vilén, 2002, 23-24)

Ammatillinen vuorovaikutus saattaa pitää sisällään neuvomista, ohjaamista, tiedottamista ja opettamista. Tällöin työntekijän ote on aktiivisempi kuin asiakkaan. Joissain tilanteissa pedagoginen työote voi olla hyödyllistä, koska niin lapset kuin aikuiset tarvitsevat välillä toimintaohjeita ja työkaluja eri tilanteisiin. Vuorovaikutuksessa on myös tilaa hiljaisuudelle, tunteille ja ajatuksille. Tärkeintä on asiakkaan tunne siitä, että hänen voimansa kasvavat. On myös tärkeää jälkikäteen tarkastella tilannetta ja arvioida toimittiinko sovittujen toimintatapojen mukaisesti. Tämä mahdollistaa molemminpuolisen palautteenannon toiminnasta. (Vilén 2002, 21-22)

Jokainen ihminen tulisi kohdata yksilönä ja on tärkeää löytää oikeat työkalut ja menetelmät juuri kyseisen henkilön kanssa toimittaessa. Samaan aikaan tarvitaan myös kykyä arvioida ja muuttaa menetelmiään, työkalujaan ja omaa suhtautumistaan, koska jokaisen asiakkaan kohdalla toimivat erilaiset vuorovaikutukselliset menetelmät. Tilanteet asiakkaiden kanssa ovat aina erilaisia eikä voi toimia ennalta laaditun kaavan mukaan. (Vilén 2002, 11-30)

Ammatilliseen kohtaamiseen sisältyy usein käsityksiä ja kulttuurisia uskomuksia siitä, milloin asiakasta tulee ymmärtää ja milloin tuoda esiin omia mielipiteitä tai käyttää valtaa puuttua asiakkaan asioihin. Nykykäsityksen mukaan ammattilainen voi tuoda omat näkemyksensä ja tunteensa esiin. Asiakas saattaa kokea merkittäväksi hetkeksi sen, kun ammattilaisen silmät kostuvat asiakkaan kertoessa omaa tarinaansa. Näissä tilanteissa kannattaa kuitenkin luottaa omaan intuitioon siitä, mikä on asiakastilanteeseen sopivaa ja luontevaa. (Mönkkönen 2007, 13-20)

Vuorovaikutuksellisen tukemisen tavoitteena on voimaannuttaminen. Parhaimmillaan ammatillinen vuorovaikutustilanne saa asiakkaan kokemaan, että häntä on kuunneltu ja ymmärretty. Tämä luo asiakkaalle tunteen, että hän on saanut purkaa omaa väsymystään tai paha oloaan pois ja sen jälkeen kokee jaksavansa taas paremmin. Asiakkaasta saattaa tulla armollisempi itseään kohtaan, ja silloin käytös muitakin ihmisiä kohtaan usein muuttuu. Käyttäytymisen tasolla voimaantuminen voi näkyä vastuun ottamisena ja myönteisenä asenteena. (Vilén 2008, 26)

3.3.1 Sanallinen ja sanaton viestintä

Sanallinen viestintä liittyy puhuttuun ja kirjoitettuun kieleen. Kieli on tärkeä osa inhimillistä käyttäytymistä ja ihmisenä olemista. Sanojen yksilölliset merkitykset saattavat vaihdella esimerkiksi eri kulttuurien välillä. Merkityssuhteita voi syntyä rationaalisen tiedon, uskon tai intuition pohjalta. Aikuinen pystyy käyttämään sanojen eri vivahteita hyödykseen vuorovaikutuksessa, koska hänen sanavarastonsa on laaja. Taitava puhuja osaakin käyttää monipuolista sanavarastoa hyödykseen keskustellessaan erilaisten ihmisten kanssa. Ihminen, joka puolestaan on heikoilla, uupunut tai sairas ja tuntee itsensä riippuvaiseksi toisen ihmisen avusta, saattaa herkästi huomata ristiriidan sanallisen ja sanattoman viestinnän välillä. (Vilén 2008, 20)

Sanattomalla viestinnällä tarkoitetaan ihmisen eleitä ja ilmeitä sekä muita kielen ulkoisia viestintämuotoja. Ihminen voi ilmeillään ja eleillään viestittää tietoa, joka on ristiriidassa sanallisen viestinnän kanssa. (Pöllänen 2006, 9) Tämä aiheuttaa vastapuolelle vaikeutta tulkita viestiä. Eleiden ja ilmeiden lisäksi voidaan tarkastella ihmisen puheen oheisviestintää, mikä on myös osa sanatonta viestintää. Oheisviestintää ovat esimerkiksi äänenkäyttöön liittyvät keinot kuten äänteet, painotus, sointi ja korkeus. Ääni viestii puhujasta esimerkiksi terveyttä, sukupuolta, tunnetilaa, asenteita, ikää ja kulttuuritaustaa. (Vilén 2008, 20)

Sanattoman viestinnän merkitys on kaikesta vuorovaikutuksesta noin 75-90 prosenttia. (Mäkisalo-Ropponen 2012, 178) Jos potilas ei pysty puhumaan, vuorovaikutuksellisessa tukemisessa korostuvat sanattoman viestinnän keinot. On todettu, että henkilö, joka ei kykene sanalliseen vuorovaikutukseen, tulkitsee sanatonta viestintää hyvin tarkasti. (Mäkisalo-Ropponen, 2007) Esimerkiksi ilmeiden, eleiden, kosketuksen ja läheisyyden avulla voidaan viestiä paljon käyttämättä lainkaan sanoja.

Aktiivinen kuuntelu on osa vuorovaikutusta ja sillä ilmaistaan kiinnostusta vastapuolen esittämään asiaan. Ammatillisen vuorovaikutuksen onnistumisessa hoitajan rooli kuuntelijana on merkittävä. Aktiivista kuuntelua voidaan ilmaista kehon kielellä, pään nyökkäyksillä ja ilmeillä. (Pöllänen 2006, 14) Myös hiljaisuudella on merkitys vuorovaiku-

tuksessa; sen avulla voidaan osoittaa esimerkiksi hyväksyntää, tukea tai kunnioitusta. Hiljaisuus antaa molemmille osapuolille aikaa miettiä vastausta toisen esittämään kysymykseen tai asioiden eri merkityksiä. (Mattila 2001, 22)

Sairaus tai vamma voi muuttaa ihmisen kykyä ilmaista itseään vuorovaikutuksen keinoin. Esimerkiksi liikuntarajoitteisilla potilailla on kokemuksia siitä, että heitä ei oteta vakavasti ja keskustelua heitä koskevista asioista käydään ainoastaan saattajan kanssa, vaikka potilas pystyy puhumaan ongelmista. (Väisänen, Niemelä & Suua 2009, 30-31)

3.3.2 Kosketus vuorovaikutuksessa

Ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa myös koskettamisella ja kosketetuksi tulemisella on suuri merkitys. Kovakourainen kosketus tuntuu toisesta ihmisestä pahalta. Puolestaan hellä ja lämmin kosketus tuntuu useimmista ihmisistä hyvältä. Arjen tilanteissa tapahtuu kosketuksia eri vuorovaikutustilanteissa. Muun muassa taputetaan toista olalle tai kätehlään ja joissain tilanteissa halataan. (Burakoff, 2015)

Vaikeasti vammaisen ihmisenkin kaipaa toisen kosketusta ja läheisyyttä aivan samalla tavalla kuin kuka tahansa ihminen. Parhaimmillaan kosketus voi lisätä toisen turvallisuuden tunnetta. (Burakoff, 2015) Kosketuksen avulla voidaan välittää sekä myönteisesti että kielteisesti koettuja viestejä. Hellä käden kosketus voi viestiä esimerkiksi välittämisestä tai hyväksytyksi tulemisesta. Hoitotoimenpiteiden yhteydessä kosketuksen merkitys saattaa unohtua, sillä hoitajalle kosketus kuuluu jokapäiväiseen työhön. Potilas kuitenkin saattaa kokea hoitajan kosketuksen hämmentävänä tai pelottavana. (Mäkisalo-Ropponen, 2012, 178)

3.3.3 Asiakaskeskeisyys

Asiakaskeskeisyydellä vuorovaikutuksessa tarkoitetaan asiakkaan omista tarpeista lähtevää ja tilanteen määrittelyihin perustuvaa toimintaa. Tilanteessa tarkoituksena on nostaa asiakkaan oma näkökulma asiakastyön lähtökohdaksi. Asiantuntija voi kuitenkin olla aktiivinen osapuoli tämän tyyppisessäkin vuorovaikutuksessa. Tavoitteena on, että asiakas

itse pohtii ja tekee päätelmiä omasta tilastaan. (Mönkkönen 2007, 63-85) Asiakas ja työntekijä luovat yhteisen kielen, jonka avulla edetään. Työntekijällä on myös omat voimavaransa ja tarpeensa, mutta on muistettava, että keskustelun lähtökohtana ovat asiakkaan tarpeet ja toiveet. (Vilén 2008, 31)

Asiakaskeskeisyys-käsitteen saattaa helposti sekoittaa palvelu-käsitteen kanssa. Palveluun voidaan sisäistää asiakaslähtöisyys, kun yritetään toteuttaa asiakkaan toiveet mahdollisimman pitkälle ja hyvin. Vuorovaikutuksessa ei kuitenkaan voida ajatella, että edettäisiin pelkästään toisen ehdoilla. Joissain tapauksissa myös käytetään liiallista positiivisuutta ja näin estetään asiakkaan hankalien asioiden käsittely. (Mönkkönen 2007, 63-85)

Sellaiset tilanteet ovat hankalia, joissa työntekijä joutuu olemaan asiakkaan kanssa eri mieltä tai rajaamaan hänen käyttäytymistään. Vaarana on, että siihen asti rakennettu luottamuksellinen vuorovaikutussuhde romuttuu. Tärkeää onkin, että työntekijä pystyy perustelemaan hyvin oman näkökulmansa asiakkaalle. Vaikka suhde sillä hetkellä järkkyisi, asiakas voi myöhemmin oivaltaa työntekijän perustelut ja kokea teot tai päätökset tarpeellisiksi. Tällöin vuorovaikutustilanne voi kasvattaa vielä enemmän luottamusta työntekijään. Taitava työntekijä osaakin arvioida, koska on hyvä hetki ottaa ristiriitaisia asioita esiin ja ohjata asiakasta sellaiseen suuntaan, joka ei asiakkaan mielestä ole välttämättä mukava. (Vilén 2008, 31)

3.3.4 Asiantuntijakeskeinen vuorovaikutus

Asiantuntijakeskeisyydellä tarkoitetaan vuorovaikutusta, jossa ammattilainen ikään kuin sanelee mikä on asiakkaan ongelmana ja päättää, miten ongelmien löytämisessä ja kuntoon laittamisessa edetään. Asiantuntija näkee ilmiöiden todellisen luonteen ja hänen tehtävänsä on saada asiakas tietoiseksi ilmiöiden välisistä suhteista, syistä ja seurauksista. (Mönkkönen 2007, 38-62)

Asiantuntija saattaa syyllistyä siihen, että määrittelee asiakkaan tilanteen liian nopeasti, eikä esitä ongelmaan liittyviä tarkentavia kysymyksiä. Asiantuntija saattaa myös ohittaa asiakkaan esittämät pulmatilanteet. Siksi on tärkeää suhtautua kriittisesti aiempaan arkistoista löytyvään tietoon asiakkaasta. Vuorovaikutuksellisen suhteen luominen tulisi aloit-

taa jokaiseen uuteen asiakkaaseen ilman ennakko-olotuksia ja luoda oma käsitys asiakkaasta. Jokainen kohtaaminen on asiakkaallekin uusi tilaisuus saada itsensä kuulluksi. (Mönkkönen 2007, 38-62)

Asiantuntijakeskeisen toimintatapa on tarpeellinen tilanteissa, joissa asiakas tarvitsee ulkopuolisen apua ja ymmärrystä pystyäkseen jäsentämään omaa elämäntilannettaan uudella tavalla. Joissakin asiakastilanteissa tällainen asiakaskeskeinen tapa on välttämättömyys tai itsestäänselvyys. Jopa eettisesti arveluttavaa olisi jättää asiantuntijan tieto sanomatta. (Mönkkönen 2007, 38-62)

3.3.5 Dialogisuus

Dialogisuus vuorovaikutuksessa on kolmas tapa hahmottaa asiakkaan ja asiantuntijan välisiä rooleja. Sen pyrkimyksenä on löytää asiakkaan ja asiantuntijan väliltä yhteinen ymmärrys asioista. Dialogisuus on myös taitoa edesauttaa vuorovaikutusta siihen suuntaan. (Mönkkönen 2007, 86-101)

Tärkeä elementti dialogisuudessa on vastavuoroisuus, jonka avulla kaikki pääsevät osallistumaan keskusteluun ja tilanteessa edetään molempien osapuolten ehdoilla. Tavoitteena on luoda luottamuksellinen vuorovaikutussuhde, jossa molemmat osapuolet pystyvät ilmaisemaan mielipiteitään erilaisiin asioihin. Luottamuksen löydyttyä asiantuntijan on helpompi puuttua arkaluontoisiin asioihin. Asiakkaan reaktio saattaa olla torjuva, jos hänen asioihinsa puututaan töksäyttämällä jokin asia päin naamaa. Tulee myös muistaa sanojen monimerkityksellisyys, sillä ihmiset ymmärtävät sanat erilailla. (Mönkkönen 2007, 86-101)

Jotta dialogissa olevat ihmiset ylläpitävät toisen ymmärryksen, he kommunikaatiossa testaavat, tarkistavat, kyseenalaistavat, haastavat ja uudelleen muotoilevat toisen sanomisia. Tällöin asiantuntijan onkin tärkeää kiinnittää huomiota siihen, miten hän puhuu asiakkaasta ja hänen läheisistään, kun täydentää ja tarttuu asiakkaan kertomaan tarinaan. (Mönkkönen 2007, 86-101)

Dialogisuuden kannalta merkittävää on myös se, että asiantuntija uskaltautuu sellaiselle alueelle, jossa hän myöntää, ettei itsekään tiedä asiasta riittävästi. Tällaisissa tilanteissa

voidaan yrittää asiakkaan kanssa yhdessä etsiä tietoa asiasta. Tilanteessa voidaan yhdessä pohtia asiaan ratkaisuja ja molemmat osapuolet voivat jakaa omia näkemyksiään. Tämä voi olla asiantuntijalle hankalaa, jos hän kokee tietämättömyyden ja epävarmuuden horjuttavan omaa asemaansa. (Mönkkönen 2007, 86-101)

Joskus asiantuntija joutuu kohtaamaan oman rajallisuutensa, vaikka haluaisi avoimesti kohdata toisen ihmisen. Yhteisymmärryksen löytäminen saattaa viedä aikaa ja vaatia huolellista paneutumista asiakkaan tilanteeseen. Jokainen huomaa ajoittain tuntevansa kateutta, epäluuloisuutta tai muita negatiivisia tunteita toista ihmistä kohtaan. Näissä tilanteissa asiantuntijan on hyvä miettiä omaa suhtautumistaan ja pyrkiä parantamaan sitä arvioimalla toimintaansa kriittisesti. Ihmiset puolustavat voimakkaasti omaa näkemystään ja tekevät toisen huomioista liian nopeita johtopäätöksiä. Omaa toimintaa selitetään itselleen parhain päin. Itseään arvioitaessa ei kiinnitetä huomiota kaikkiin oman toiminnan epäkohtiin, ja siksi vertaisarviointi onkin hyvä tapa niiden parannuskohteiden havaitsemiseksi, joita ei itse välttämättä ole huomannut. (Mönkkönen 2007, 86-101)

3.4 Vuorovaikutusmenetelmät

Jos ihminen ei pysty puhumaan, hoitajan tehtävä on kannustaa potilasta kommunikoidaan muilla mahdollisilla keinoilla, esimerkiksi silmiä räpäyttämällä. Keskusteltaessa potilaan kanssa on tärkeää, että kysymykset asetetaan niin, että potilaalla on mahdollisuus vastata niihin. Epäonnistuminen kommunikoinnissa saattaa saada potilaan turhautumaan. (Iso-Koski 1996)

Puheen tuoton vaikeutuessa vuorovaikutuksen tukena voidaan käyttää puhetta korvaavia keinoja, joiden avulla potilaalla on mahdollisuus tulla ymmärretyksi ja osallistua päätöksentekoon. (Kormano, 2014) Yksinkertaisimmillaan tällainen keino voi olla selkokielen käyttäminen. Se tarkoittaa helposti ymmärrettävää kieltä, jossa lauserakenteet ja sisältö ovat helposti ymmärrettävissä. (Rautava-Nurmi ym 2015, 31)

Valmiita sanalistoja voidaan käyttää, kun potilas ymmärtää kirjoitettua tekstiä ja pystyy sen avulla ilmaisemaan oman tahtonsa. Näin voidaan tiedustella potilaalta esimerkiksi kiputunteuksia tai päivittäisiin toimiin liittyviä asioita. Samaan tapaan voidaan käyttää myös kuvia tai erilaisia kuvasarjoja. (Rautava-Nurmi ym 2015, 31)

Tietokone voi toimia apuvälineenä joko kommunikointiin tai itsenäiseen toimintaan. Tietokoneella apuvälineenä tarkoitetaan kokonaisuutta, johon kuuluu itse koneen lisäksi ohjaimet, kuten hiiri, näppäimistö sekä ohjelmat ja oheislaitteet. Ohjaimen valinnassa pitää huomioida muun muassa millaiset liikkeet henkilö hallitsee ja millainen on hänen kykynsä havainnoida näkemäänsä tai kuulemaansa. (Papunet 2015c)

Yksi käytetyimmistä ohjainlaitteista on päähiiri, jota ohjataan pään liikkeillä. Päähiiren toiminta perustuu infrapunatoimiseen ohjainlaitteeseen, joka lähettää ja vastaanottaa infrapunasäteen. Säde heijastuu käyttäjän otsaan kiinnitetystä heijastintarrasta ohjainlaitteeseen, joka siirtää hiiren osoitinta näytöllä pään liikkeiden mukaan. Hiiren painikkeet voidaan valita erillisellä hiiripainikeohjelmalla, jonka voi ladata internetistä. (Papunet 2015a)

Tietokonetta voidaan käyttää myös katseohjauksella. Katseohjauksessa katsetta pidetään oikeassa kohtaa ennalta määrätyn ajan, jolloin kohde tulee valituksi. Kiinteiden katseohjauslaitteiden lisäksi markkinoilla on lisäosa, jonka voi asentaa tietokoneen lisäksi tablettiin. Laitteistoihin on mahdollista asentaa kommunikointiohjelma, jota voidaan käyttää vuorovaikutuksen apuvälineenä. Ohjelmia on saatavissa teksti- ja kuvapohjaisena. (Papunet 2015b)

Vuorovaikutuksen apuna voidaan käyttää myös katsekehikkoa, joka on pahvista, muovista tai vanerista valmistettu kehikko, jonka nurkkiin voidaan kiinnittää sana- tai kuvallappuja. Hoitaja tai muu keskustelukumppani asettuu kehikon keskelle niin, että näkee asiakkaan kehikon läpi. Näin hän huomaa parhaiten, mihin nurkkaan asiakas kohdistaa katseensa. Asiakas voi lopuksi vielä kuitata vastauksen oikeaksi esimerkiksi sulkemalla silmät. (Papunet, 2006) Katsekehikko on hyvä apuväline silloin, kun asiakas ei itse pysty käyttämään käsiään tai liikkumaan (Kormano 2014).

Myös aakkostaulua voidaan käyttää liikuntakyvyttömän asiakkaan kanssa. (Kormano 2014) Aakkostaululla on näkyvissä jokainen aakkonen, ja sen avulla asiakas voi muodostaa sanoja kirjain kirjaimelta. Lauseita voidaan muodostaa, jos sanojen välissä valitsee taululta tyhjän ruudun. Aakkostaulu voidaan tulostaa myös läpinäkyvälle kalvolle, jolloin asiakas voi valita kirjaimia katseensa avulla ja esimerkiksi kuitata jokaisen kirjaimen sulkemalla silmät. Aakkostaulu tulee sijoittaa niin, että asiakkaan on helppo katsoa sitä joka

nurkkaan. Hoitaja sijoittuu niin, että katsoo taulun läpi asiakkaaseen päin. On hyvä toistaa ääneen valitut kirjaimet, jotta vältetään väärinymmärryksiä. (Tikoteekki, 2015)

4 MENTELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä

Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen tavoitteena on kuvata ilmiötä tai tapahtumaa, ei niinkään tuottaa tilastollisia yleistyksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 17) Ilmiötä kuvataan tutkimuksen osallistujien näkökulmasta. Laadullisen tutkimuksen tärkeä ominaispiirre on induktiivinen päättely eli havainnot tehdään yksittäisistä ilmiöistä ja niistä muodostetaan laajempia kokonaisuuksia. Tyypillistä on ihmislähtöisyys ja ihmisen toimiminen tiedonkeruun välineenä. (Kylmä & Juvakka 2007, 16-23)

Laadullisen tutkimuksen päämääränä on ymmärtää ilmiötä osallistujien näkökulmasta. Ilmiötä kuvataan subjektiivisesti tutkimuksen osallistujien näkökulmasta. Tarkoituksena ei ole tehdä määrällisesti suurta aineiston keruuta, vaan huomio kiinnittyy tutkittavan ilmiön laatuun. Tutkimuksen alussa tutkimustehtävät saattavat olla hyvinkin laajoja, mutta tarkentuvat tutkimuksen edetessä. (Kylmä & Juvakka 2007, 23-26)

Tähän opinnäytetyöhön valittiin laadullinen tutkimusmenetelmä, koska tarkoituksena oli kuvata hengityshalvauspotilaiden hoitajien kokemuksia vuorovaikutuksellisesta tukemisesta. Laadullisessa tutkimuksessa korostetaan ihmisten omia näkemyksiä, kokemuksia ja asenteita. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 49) Opinnäytetyön kohderyhmä valittiin tarkoituksenmukaisesti sillä perusteella, että heillä oli kokemusta tutkittavasta aiheesta. Vaikka osallistujia oli määrällisesti vähän, tällä menetelmällä oli mahdollista kerätä laaja aineisto opinnäytetyön kohteena olevasta ilmiöstä.

4.2 Aineiston keruu

Laadullisen tutkimuksen aineisto voidaan kerätä useilla eri tavoilla. Yleisimmin käytetyt menetelmiä ovat haastattelu, kysely, havainnointi tai erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto. Samassa tutkimuksessa voidaan myös yhdistellä eri aineistonkeruumenetelmiä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71)

Tässä opinnäytetyössä aineisto kerättiin sähköisen kyselylomakkeen avulla (liite 1). On tärkeää, että kirjallisen kyselylomakkeen kysymykset ovat tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävien kannalta oleellisia, koska niitä ei enää myöhemmin voida täsmentää tai selventää, toisin kuin haastattelussa. (Tuomi & Sarajarvi 2009, 74-75) Kysymykset eivät saa olla johdattelevia ja niiden tulee olla ymmärrettävissä yksiselitteisesti. Jos kysely on liian pitkä, vastaajan kiinnostus sen täyttämistä kohtaan saattaa laskea. (Valli & Aaltola 2015, 84-87) Kyselylomakkeen etuna on, että jokainen vastaaja voi täyttää sen itselle sopivalla hetkellä työajallaan, mikä koettiin tässä työyksikössä tärkeäksi.

Tämän opinnäytetyön aineiston keruu toteutettiin sähköisellä kyselylomakkeella, joka luotiin TAMKin E-lomakepohjalla. Ennen varsinaista aineiston keruuta kyselylomake testattiin henkilöllä, jolla on pitkä kokemus hengityshalvauspotilaiden kanssa työskentelestä. Kyselylomakkeen testaaja antoi tekijöille palautetta lomakkeesta, minkä pohjalta kyselylomakkeeseen tehtiin muutamia muutoksia, jotta kysymyksiin saataisiin täsmälliset vastaukset.

Opinnäytetyön työelämäyhteyshenkilölle lähetettiin sähköpostitse viesti, joka sisälsi tietoa opinnäytetyön toteutuksesta sekä linkin sähköiseen kyselylomakkeeseen. Lisäksi viestiin liitettiin saatekirje (liite 2), josta vastaajat saivat tarkempaa tietoa opinnäytetyöhön osallistumisesta sekä työn tekijöiden yhteystiedot. Yhteyshenkilö lähetti viestin eteenpäin niille hoitajille, jotka olivat vakituisessa ja kokoaikaisessa työsuhteessa yksikössä. Yhteensä näitä hoitajia oli 16, joista viisi vastasi kyselyyn. Vastausaika kyselyyn oli kolme viikkoa. Kysely lähetettiin hoitajille joulun alla ja vastausaika päättyi juuri joulun jälkeen, millä saattoi olla vaikutusta vastaajien määrään.

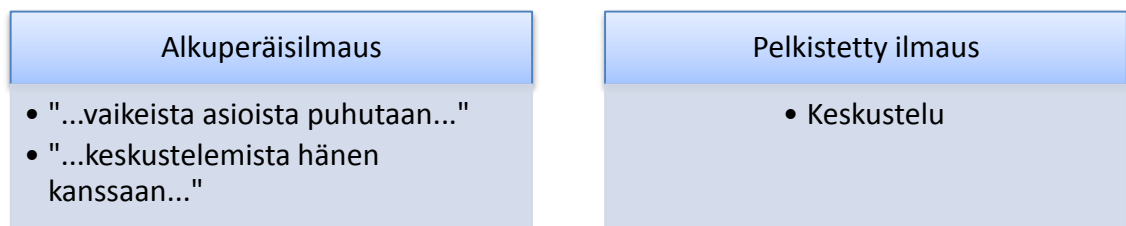
Kyselyyn vastaamiseen kului aikaa noin 20–40 minuuttia vastaajasta riippuen ja se sisälsi 13 avointa kysymystä. Kysymykset pohjautuivat opinnäytetyön tehtäviin. Ne käsittelivät vuorovaikutuksellista tukemista sekä hoitajien kokemuksia sen onnistumisesta ja eri vuorovaikutusmenetelmien käyttöä.

4.3 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi

Yleisin laadullisen tutkimuksen aineiston analysointiin käytetty menetelmä on sisällönanalyysi. Sen tavoitteena on tuottaa tietoa tutkimuksen kohteesta kerätyn aineiston avulla. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91)

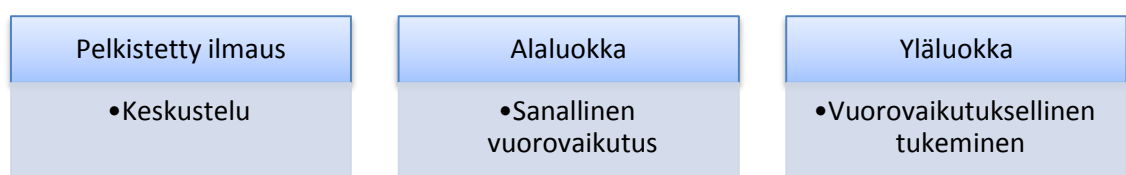
Tutkimuksen tarkoitus ja tehtävät määrittävät sen, mitä asioita saadusta aineistosta nostetaan esiin. Aineistosta ikään kuin etsitään vastauksia tutkimuksen tarkoitukseen ja tehtäviin. (Kylmä & Juvakka 2007, 112-113) Aineistosta huomioidaan vain ne asiat, jotka tutkimuksen kannalta ovat oleellisia. Muut asiat rajataan analysoinnin ulkopuolelle. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91-93)

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen, joista ensimmäinen on aineiston pelkistäminen. Tekstistä haetaan ilmauksia, jotka ovat työn tarkoituksen ja tehtävien kannalta oleellisia. Näistä muodostetaan pelkistettyjä ilmauksia, jotka listataan.



KUVIO2. Esimerkki aineiston pelkistämisestä.

Toinen vaihe on aineiston ryhmittely, jossa pelkistetyistä ilmaisuista etsitään samankaltaisuuksia ja sen perusteella ne ryhmitellään alaluokkiin, jotka nimetään käsitteillä, jotka kuvaavat kunkin luokan sisältöä. Kolmas vaihe on abstrahointi eli käsitteellistäminen, jossa alkuperäisinformatiosta luodaan teoreettisia käsitteitä. Tässä vaiheessa tärkeää on, että alkuperäisinformatio ei muutu liikaa ja käsite kuvaa koko aineistoa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-110).



KUVIO3. Esimerkki aineiston ryhmittelystä ja käsitteellistämisestä.

Tämän opinnäytetyön aineisto analysoitiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin (liite 3) avulla. Liitteenä olevasta sisällönanalyysistä poistettiin alkuperäisilmaukset, jotta voitiin taata vastaajien nimettömyys, sillä arveltiin, että joistakin vastauksista vastaajan olisi saattanut tunnistaa. Alkuperäisiä ilmauksia on käytetty tulosten esityksen yhteydessä, koska ne kuvaavat hyvin hoitajien omia kokemuksia. Ilmaukset on valittu niin, ettei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan niistä.

5 TULOKSET

Tässä osiossa käsitellään kyselylomakkeen avulla saatua aineistoa. Tulokset on otsikoitu opinnäytetyön ongelmien mukaisesti ja niiden alla käsitellään kaikki vastaukset kysymys kerrallaan. Kysymykset on jaoteltu niiden otsikoiden alle, joihin kyseisellä kysymyksellä etsitään vastausta.

Kyselyyn vastasi viisi hengityshalvauspotilaiden hoitajaa. Vastaajat olivat lähihoitajia ja sairaanhoitajia. Vastaajista yksi oli 26-35 vuotias, yksi 36-45 vuotias ja kolme heistä oli 46-65 vuotiaita. Kokemusta hengityshalvauspotilaiden kanssa työskentelystä oli kahdella hoitajalla 0-2 vuotta, kahdella 2-4 vuotta ja yhdellä 4-6 vuotta.

Kysymyksessä 3 kysyttiin aiempaa työkokemusta ja kuinka monta vuotta. Vastaajilla oli aiempaa työkokemusta hoitoalalta 12-20 vuotta. Kolmella hoitajalla oli kokemusta vanhusten hoidosta; muistisairaiden hoidosta ja palvelutalosta. Vastaajista kolme oli aiemmin työskennellyt kotihoidossa tai kotipalvelussa. Yhdellä vastaajalla oli kokemusta työskentelystä sairaalassa, poliklinikoilla sekä sairaankuljetuksessa. Työkokemusta vastaajilla oli myös henkilökohtaisena avustajana, ohjaustoiminnasta, lastensuojelu- ja perheytyöstä, mielenterveys- ja päihdetyöstä sekä lastenhoidosta.

5.1 Vuorovaikutuksellinen tukeminen

Kysymyksessä neljä vuorovaikutuksellinen tukeminen koettiin eniten sanallisena vuorovaikutuksena kuten keskusteluna, kuuntelemisena sekä toiveiden täyttämisenä. Vaikeista asioista tulisi tarvittaessa pystyä puhumaan. Vuorovaikutukselliseen tukemiseen koettiin kuuluvaksi myös erilaiset eleet ja ilmeet. Hoitajat toivat esille positiivisuuden, ilon, huumorin, ajan annon sekä ilmeet. Ilmeet korostuivat tilanteissa, joissa asiakas ei pystynyt itse puhumaan. Näiden lisäksi nyökkääminen ja pään pudistus olivat ainoita kommunikointikeinoja.

Hoitajat kokivat myös toimivansa asiakkaan puolesta tekijänä, koska asiakas ei vammaan takia pystynyt itsenäisesti tekemään mitään. Välillä hoitajat kokivat, että heidän tulee olla myös asiakkaan puolestapuhujan roolissa.

“Hoitajan tehtävänä on monipuolisesti toimia asiakkaan käsinä, jalkoina ja jopa puolestapuhujana.”

Kysymyksessä viisi kysyttiin, miten vuorovaikutuksellinen tukeminen näkyy hoitajien työssä. Tässä hoitajat toivat ilmi keskustelun, asiakkaan voinnin kyselemisen, kuuntelun sekä asioiden ehdottamisen. Hoitajat kokivat tärkeäksi asiakkaan yksilöllisten tarpeiden huomioinnin sekä tämän vanhoihin toimintatapoihin tutustumisen. Ilmeiden ja eleiden tulkitsemisen opettelua pidettiin myös tärkeänä. Hoitajat pyrkivät selostamaan, mitä tekevät, mikäli asiakas ei sitä kokenut häiritseväksi. Tärkeinä asioina pidettiin kunnioittavaa ja arvostavaa kohtelua ja sitä, että ollaan aidosti läsnä asiakkaalle.

5.2 Vuorovaikutusmenetelmien käyttö

Kysymyksestä viisi saatiin myös erilaisten vuorovaikutusmenetelmien käyttöön liittyviä vastauksia. Vastauksissa hoitajat toivat esille asiakkaan yksilöllisyyden sekä kunnioittavan kohtaamisen. Yksi hoitajista mainitsi, että tulee muistaa, että asiakas kuulee ja ymmärtää kaiken, vaikkei itse pystyisi puhumaan. Tärkeää on olla läsnä asiakasta varten.

“Sen muistaminen on tärkeää, että vaikka asiakas on puhumaton, hän kuulee ja ymmärtää kaiken...”

Kysymyksessä kuusi hoitajat toivat esille erilaisia vuorovaikutuksen menetelmiä ja kertoivat miten kokevat niiden toimivan. Jokainen hoitaja kertoi käyttävänsä hieman erilaisia menetelmiä. Puhuvien asiakkaiden kohdalla tuli esille keskustelu ja tarvittaessa selkeytetty kieli. Joissain tilanteissa käytettiin kuvia apuna. Jos asiakas ei pystynyt puhumaan, hyviksi keinoiksi koettiin vaihtoehtojen antaminen ja kysymysten muotoilu kyllä-ei muotoon. Eräs hoitajista oli käyttänyt sanallisen viestinnän apuna piirtämistä ja kirjoittamista, mikä oli helpottanut asioiden selitystä ja asiakkaan mielipiteen kysymistä. Muita mainittuja vuorovaikutusmenetelmiä olivat aakkostaulu, silmien räpsäyttäminen ja pään nyökkääminen.

Kaikki esiin tuodut menetelmät koettiin hyväksi. Eräs hoitajista toi esille hyvänä asiana omien henkilökohtaisten asioiden jakamisen. Hän koki, että antamalla itsestään jotain asiakkaan luottamus hoitajaa kohtaan syvenee, jolloin tuttavallisuus ja rentous hoidossa lisääntyvät.

“...kyllä hätä keinot keksii.”

5.3 Vuorovaikutuksellisen tukemisen onnistuminen kotihoidossa

Kokemuksia vuorovaikutuksellisen tukemisen onnistumisesta kartoitettiin kysymyksissä 7, 8 ja 9. Hoitajat kuvailivat vuorovaikutuksen onnistuvan vaihtelevasti. Vaikeimmiksi koettiin sellaiset tilanteet, joissa asiakas ja hoitaja useista yrityksistä huolimatta eivät ymmärtäneet toisiaan. Sellaiset tilanteet saattavat saada sekä asiakkaan että hoitajan turhautumaan. Toisaalta taas on palkitsevaa, kun monien yritysten jälkeen ymmärtää, mitä asiakas haluaa sanoa. Yksi hoitajista toi esiin, että joissain tilanteissa on pakko oppia sietämään sitä, että aina ei ymmärrä, mitä toinen tarkoittaa.

Kysymyksessä seitsemän selvitettiin kommunikoinnin onnistumista erilaisissa arjen asioissa. Asiakkaan kanssa liikuttaessa hoitajat pitivät tärkeänä omaa paikkaa suhteessa asiakkaaseen, jotta hoitaja ja asiakas kuulevat ja näkevät toisensa paremmin. Asettumalla asiakkaan viereen tai eteen kommunikoinnin koettiin onnistuvan paremmin kuin puhuttaessa asiakkaan selän takana.

Jokapäiväisissä hoitotilanteissa tärkeänä pidettiin katsekontaktia ja puhumista suoraan asiakkaalle. Hankaluutta kommunikoinnissa ilmeni, jos asiakas ei jostain syystä vastannut hoitajalle. Vaikeaksi koettiin myös huulilta lukeminen, jos asiakkaalla oli kuffillinen kanyyli, minkä vuoksi puhuminen ei onnistunut. Hoitajat kertoivat, että ajan kuluessa senkin oppii.

“...hoitotilanteissa puhun suoraan asiakkaalle enkä “seinille”.”

5.3.1 Vuorovaikutuksen onnistumista edistävät tekijät

Kysymyksessä 8 hoitajat toivat esiin vuorovaikutuksen onnistumista edistäviä tekijöitä. Hoitajat kokivat tärkeäksi pitkän ja luottamuksellisen hoitosuhteen syntymisen. Eräs hoitajista koki aluksi ahdistavana tilanteen, kun ei tuntenut asiakasta. Ajan myötä tämä helpotti ja ahdistuneisuus väheni. Kun hoitaja ja asiakas tunsivat toisensa, kommunikointi oli helpompaa. Tutun asiakkaan kanssa hoitaja pystyy käyttämään yhteisesti sovittuja kommunikointitapoja.

Hoitajat kertoivat kiinnittävänsä huomiota myös omaan puhetapaansa, jotta asiakas kuulee ja ymmärtää heitä. Välillä käytetään yksinkertaisia kysymyksiä, joihin asiakkaan on helppo vastata. Hoitajat kertoivat pyrkivänsä luomaan rauhallisen ja häiriöttömän hetken keskustelulle. Pitää myös huomioida asiakkaan vireystaso, jolla koettiin myös olevan vaikutusta vuorovaikutuksen onnistumiseen. Omassa toiminnassa pidettiin tärkeänä omaa asennetta ja kärsivällisyyttä. Tärkeää oli myös antaa asiakkaalle aikaa miettiä vastausta.

”Huomaanko jos asiakas ei ymmärrä asiaa?”

Kysymyksessä 13 eräs hoitaja toi esiin kosketuksen (hoitotoimenpiteiden ulkopuolella) merkityksen. Yksi hoitajista toi esiin sen, että nelirajahalvauksen vuoksi asiakas ei omaloitteisesti kykene luomaan kosketusta ja sitä asiakkaat usein surevat. Läheisyys koettiin tärkeäksi ja esimerkiksi asiakkaan halaaminen ja hierominen hyviksi keinoiksi.

“Asiakkaalla pitää olla turvallinen olo koska on täysin hoitajan armoilla.”

5.3.2 Koti hoitoympäristönä

Kysymyksessä 9 kysyttiin, miten vuorovaikutuksellisen tukemisen onnistumiseen vaikuttaa se, että hoitoympäristönä on asiakkaan koti. Asiakkaan koti hoitoympäristönä koettiin haastavaksi. Kotia ja siellä asuvia omaisia on kuunneltava ja kunnioitettava, mutta hoitotoimenpiteet on silti tehtävä turvallisesti eikä koti saa olla este hoitotyön toteutumiselle. Samassa taloudessa saattaa asua asiakkaan lähiomaisia, joten yksityisyys täytyy huomioida myös kotona. Hoitajan täytyy miettiä, milloin voi keskustella asiakkaan kanssa tämän henkilökohtaisista asioista, joita ei välttämättä haluta muiden kotona asuvien kuulevan.

”Kotia pitää aina muistaa kunnioittaa ja huomioida asukkaiden toiveet.”

Kysymyksessä 10 hoitajat toivat esiin asiakkaan omaisten asettamia haasteita. Omaiset koettiin joissain tilanteissa hoitotyön onnistumista heikentäväksi tekijäksi. Myös omaisilla on tarve puhua muuttuneesta elämäntilanteestaan, ja joskus hoitaja on se ihminen, joka joutuu tahtomattaan olemaan myös omaisen tukena.

Kysymyksessä neljä hoitajat pitivät tärkeinä myös mahdollisimman tavallisen arjen elämistä. Oli hyvä tuntee asiakkaan aikaisempi elämä ennen vammaa, jotta saisi käsityksen siitä, miten toimia paremmin yhteistyössä. Tässä koettiin myös tärkeänä asiakkaaseen tutustuminen ja sitä myötä asiakkaan tapojen ja arvojen tutuksi tuleminen.

5.4 Vuorovaikutukselliset haasteet hengityshalvauspotilaan hoitotyössä

Kysymyksissä 10 ja 11 selvitettiin, millaisia haasteita hoitajat kokevat hengityshalvauspotilaan vuorovaikutuksellisessa tukemisessa. Merkittävimpiä vuorovaikutuksen onnistumista heikentäviä tekijöitä olivat asiakkaan heikentynyt puhekyky tai puhekyvyn menetys. Erityisesti kivun paikallistaminen ja asiakkaan oman tahdon selvittäminen koettiin hankaliksi asioiksi, jos asiakas ei pystynyt puhumaan. Puhekykyä ja kommunikointia heikensi myös kuffillinen trakeostomiakanyyli, jos asiakkaalla oli sellainen käytössä. Kysymyksessä kahdeksan haasteelliseksi koettiin välillä myös se, että huomaako hoitaja, jos asiakas ei ymmärrä puhuttavia asioita.

Kysymyksellä 11 kartoitettiin myös sitä, millaisia keinoja hoitajat käyttävät selviytyäkseen haastavista tilanteista vuorovaikutuksellisessa tukemisessa. Hoitajat kertoivat käyttävänsä asiakkaan kanssa yhteisesti sovittuja kommunikointikeinoja, esimerkiksi silmien räpäyttämistä. Asiakkaalle esitettävät kysymykset muotoillaan sellaisiksi, että niihin voi vastata ”kyllä” tai ”ei”. Jos hoitajalla oli vaikeuksia ymmärtää, mitä asiakas tarkoittaa, kehoitettiin asiakasta kertomaan asia jollain toisella tapaa. Yhtenä keinona mainittiin myös kuffillisen trakeostomiakanyylin avaaminen hetkeksi, jolloin asiakas pystyy puhumaan. Kysymyksessä 10 eräs hoitaja mainitsi, että myös huumorin käyttö on tärkeää vastapainoa muuten raskaassa työssä.

Kysymyksessä 12 kysyttiin hoitajien kokemuksia siitä, miten he kokevat muiden hengityshalvauspotilaan hoitoon osallistuvien henkilöiden vuorovaikutuksen asiakkaan kanssa onnistuvan. Vastausten mukaan suhtautuminen asiakkaaseen on hyvin erilaista riippuen henkilöstä. Osa kohtelee asiakasta kuin ketä tahansa muutakin ihmistä, mutta osa taas ei edes puhu asiakkaalle. Useissa tilanteissa esimerkiksi lääkärin kerrottiin puhuvan asiakkaan yli hoitajalle tai omaiselle. Joskus myös omainen vastaa asiakkaan puolesta asiakkaalle esitettyihin kysymyksiin, vaikka asiakkaan puheen tuotossa ei olisi ongelmaa. Hoitajat kertoivat, että joskus saatetaan pelätä ottaa kontaktia asiakkaaseen tai arvostellaan asiakasta tämän kuullen.

“Asiakkaan seurassa ei välttämättä puhuta arvostavasti tai ihmismäisesti tai edes asiakkaalle ollenkaan.”

“...osa on niitä, jotka ihmettelevät jopa ääneen miksi tuollaista pidetään hengissä.”

Kysymyksessä 13 kysyttiin, miten hoitajat kokivat asiakkaan vamman vaikuttavan vuorovaikutukseen. Hoitajat kokivat, että omaan kommunikointiin täytyy keskittyä enemmän, jotta asiakas kuulee ja ymmärtää. Myös asiakkaan puheen ymmärtäminen vaatii tarkkaavasti kuuntelua. Hoitajat pohtivat omaa rooliaan asiakkaan tukijana ja toimintaansa, jos ei tiedä, mitä asiakas haluaa. Luottamuksellinen ja pitkäaikainen hoitosuhde koettiin tärkeäksi.

“...aina ei tiedä kuinka halukas asiakas itse on ylipäättään elää enää... että ollako hoitajana innostava, iloinen ja normaali vai taka-alalla hiljaa antaen tilaa...”

5.5 Muuta huomioitavaa

Kyselyn lopuksi vastaajilla oli mahdollisuus aiheeseen liittyen kertoa ajatuksiaan, jotka jäivät kysymyksissä heidän mielestään kysymättä. Esille tuotiin työn haastavuutta ja että se ei sovellu kaikille. Hoitajat mainitsivat myös, että työssä tarvitaan luovuutta ja täysipäisyyttä. Potilaan oman hoitotahdon merkitys koettiin tärkeäksi.

Eräs hoitajista toi esille muiden sairauksien olevan myös haaste vuorovaikutukselle. Kosketuksen merkitystä tuotiin esille. Kosketuksella tarkoitettiin muuta kosketusta kuin hoitotoimenpiteiden aikana tapahtuvaa kosketusta muun muassa hiusten laittoon, hieromista, kynsien laittoon ja halaamista. Läheisyys koettiin tärkeäksi ja eheyttäväksi voimaksi.

6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelu

Seuraavassa osiossa tarkastellaan opinnäytetyön tuloksia verraten niitä opinnäytetyön teoriaosuuteen. Aiempia tutkimuksia potilaan ja hoitajan välisestä vuorovaikutuksesta on vain vähän. Potilaat ovat kuitenkin useissa tutkimuksissa nostaneet vuorovaikutuksen yhdeksi tärkeimmistä osatekijäksi, jonka mukaan he arvioivat saamaansa hoitoa. (Mattila 2001, 11)

Opinnäytetyön tulosten perusteella vastaajan iällä ei ollut merkitystä vastausten sisältöön. Aiempi kokemus ei myöskään vaikuttanut vastauksiin merkityksellisesti. Työkokemuksen pituus hengityshalvauspotilaiden hoidossa puolestaan vaikutti vastauksiin. Hoitajat, jotka olivat työskennelleet hengityshalvauspotilaiden kanssa vähemmän kuin kaksi vuotta, vastasivat kysymyksiin pohdiskellen ja arvioiden omaa työskentelyään. Hoitajat, joilla oli pidempi työkokemus, antoivat suurempia vastauksia, ja kertoivat enemmän suoria keinoja, joita he ovat käyttäneet.

Hoitajat toivat esiin tärkeimpänä vuorovaikutuksellisessa tukemisessä sanallisen vuorovaikutuksen. Heidän mielestään vaikeistakin asioista tulisi pystyä puhumaan. Sanallisen vuorovaikutuksen keinoina hoitajat nostivat esiin keskustelun, kuuntelun, voinnin kyseilyn ja asioiden ehdottamisen. Vilénin (2008) mukaan tavoitteena vuorovaikutuksellisessa tukemisessä onkin kuunnella ja tukea ihmisessä jo olevia voimavaroja ja auttaa häntä ratkomaan päivittäisen elämänsä ongelmia ja synnyttää voimaantumisen kokemus. Pölläsen (2006) mukaan aktiivinen kuuntelu on osa vuorovaikutusta, jolla ilmaistaan oma kiinnostus toisen asioita kohtaan. Sanaton viestintä sekä pään liikkeet korostuivat varsinkin asiakkaan kohdalla, joka ei enää pystynyt puhumaan. Ilmeiden ja eleiden tulkitseminen nousi tärkeäksi heidän työssään. Mäkisalo-Ropposen (2012) mukaan vuorovaikutuksesta noin 75-90 prosenttia on sanatonta viestintää ja sen merkitys korostuu entisestään, jos henkilö ei kykene sanalliseen vuorovaikutukseen.

Vuorovaikutuksen menetelmiä hoitajat toivat esille riippuen heidän asiakkaastaan. Puhuvien asiakkaiden kohdalla hoitajat kokivat pärjäävänsä keskustelulla ja joissain tilanteissa

selkeytetty kieli auttoi asioiden ymmärtämistä. Kormanon (2014) mukaan puhuminen onkin kommunikoinnin tyypillisin muoto. Puheen tuoton vaikeutuessa voidaan käyttää selkokieltä kommunikointia tukevana välineenä. (Rautava-Nurmi ym, 31) Asiakkaan kanssa, joka ei pystynyt itse puhumaan, tuotiin esiin useampia keinoja. Tärkeimpänä keinoa hoitajat kokivat vaihtoehtojen antamisen ja kysymysten muotoilun kyllä-ei muotoon. Hyvä tapa selventää kysymyksiä on laittaa ne kyllä-ei muotoon (Kormano, 2014). Tämän lisäksi tuotiin muina menetelminä esille aakkostaulu, silmien räpsäyttäminen ja pään nyökyttäminen. Hoitajan tuleekin kannustaa asiakasta kommunikoimaan muilla välineillä, jos puheen tuotto on estynyt. Näitä välineitä on esimerkiksi silmien räpsäyttäminen. (Iso-Koski, 1996) Kormanon (2014) mukaan aakkostaulu on hyvä apuväline tilanteissa, joissa asiakas ei itse pysty liikkumaan tai käyttämään käsiään.

Vuorovaikutuksen onnistuminen oli hoitajien mielestä vaihtelevaa. Tilanteet, joissa hoitaja ja asiakas useista yrityksistä huolimatta, eivät ymmärtäneet toisiaan, saattoi saada molemmat osapuolet turhautumaan. Tätä oli hoitajien mielestä pakko oppia sietämään. Asiakkaan turhautuminen kommunikoinnin epäonnistuttua on Iso-Kosken (1996) mukaan mahdollista. Liikkeellä ollessa hoitajat korostivat omaa sijoittautumista asiakkaaseen nähden, jotta vuorovaikutus onnistuisi hyvin. Jokapäiväisissä hoitotilanteissa pidettiin katsekontaktia tärkeänä. Väisäsen ym. (2009) mukaan liikuntarajoitteisilla on kokemuksia siitä, että heidän ohitseen puhutaan. Tässä opinnäytetyössä hengityshalvauspotilaiden hoitajat toivat esiin samanlaisia kokemuksia.

Mattilan (2001) tutkimuksessa, kuten myös tässä opinnäytetyössä, hoitajat kokivat luotamuksellisen hoitosuhteen muodostamisen olevan merkittävä tekijä vuorovaikutuksellisen tukemisen onnistumisessa, sillä tutulle hoitajalle on helpompi puhua henkilökohtaisista asioista. Asiakkaan aiemman elämän ja vanhojen tapojen tuntemisesta kerrottiin olevan hyötyä. Kyseisessä tutkimuksessa (Mattila 2001) todetaan myös fyysisen läheisyyden luovan asiakkaalle turvallisuuden tunnetta, joka parantaa vuorovaikutuksen onnitumista. Tämän hoitajat toivat esiin myös tässä opinnäytetyössä.

Tähän opinnäytetyöhön osallistuneet hoitajat kokivat kodin olevan hoitoympäristönä haasteellinen. Myös aiemmin on todettu, että kotona tulee toimia asiakkaan ja siellä asuvien omaisten ehdoilla, mutta kuitenkin niin, ettei turvallisuus tai hoitotyön toteuttaminen vaarannu. (Hägg ym. 2007, 17) Hägg ym. (2007) mainitsee myös, että hoitajan tulee kyetä

itsenäiseen työskentelyyn ja päätöksentekoon. Myös tässä opinnäytetyössä hoitajat kertoivat sen olevan tärkeä ominaisuus, kun työympäristönä on hengityshalvauspotilaan koti, jossa työskennellään yksin.

Asiakkaan puhekyvyn heikentyminen tai sen menetys koettiin suurimmaksi vuorovaikutuksellisen tukemisen haasteeksi. Myös Mattila (2001) mainitsee tutkimuksessaan puheen tuottamisen vaikeuden olevan yksi merkittävä vuorovaikutuksen onnistumista haittaava tekijä.

6.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyön jokaisessa vaiheessa on huomioitava tutkimusetiikka, jota pidetään tieteellisen tutkimuksen perustana. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 127) Tutkimusetiikassa on kysymys päätöksenteosta ja valinnoista, joita tutkimuksen tekijän on pohdittava koko tutkimusprosessin ajan. Epäonnistuminen eettisissä kysymyksissä saattaa johtaa siihen, ettei tutkimusta enää voida pitää luotettavana. (Kylmä & Juvakka 2007, 137)

Opinnäytetyön edetessä on huomioitu hyvä tieteellinen käytäntö, ja toimittu sen mukaisesti. Tiedonhankinnassa on käytetty luotettavana pidettyjä lähteitä ja aiemmat tutkimustulokset aiheesta on huomioitu kunnioittavasti. Opinnäytetyön tulokset on raportoitu avoimesti, rehellisesti ja huolellisesti. Aineistoa käsiteltiin luottamuksellisesti koko prosessin ajan ja opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitettiin asianmukaisesti.

Laadulliseen tutkimukseen kuuluu hyvin erilaisia tutkimusperinteitä, mistä johtuen laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin ei ole olemassa yksiselitteisiä ohjeita. Luotettavuuden arviointia käsitellään eri lähteissä hyvinkin erilaisia asioita painottaen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 134) Luotettavuutta voidaan arvioida esimerkiksi seuraavien kriteerien avulla: uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys.

Luotettavuutta on tarkasteltava tutkimuksen eri vaiheissa koko prosessin ajan. (Kylmä & Juvakka 2007, 130) Tutkittavaan aiheeseen perehdyttiin kirjallisuuden ja aiempien tutkimusten avulla. Tavoitteena on ollut käyttää monipuolista ja luotettavaa lähdemateriaalia. Viittaukset lähteisiin on merkitty selkeästi ja asianmukaisesti. Kansanvälisiä lähteitä ai-

heesta löytyi vain vähän, sillä hengityshalvauspotilas käsitteenä on käytössä vain Suomessa. Vuorovaikutus on pitkälti kulttuurisidonnaista, joten ajateltiin, että muissa maissa tehdyt tutkimukset vuorovaikutusta koskien eivät ole täysin verrattavissa suomalaisiin. Saman on todennut Mattila (2001) väitöskirjassaan.

Opinnäytetyön aineisto kerättiin käyttäen sähköistä kyselylomaketta, joka sisälsi avoimia kysymyksiä ja osallistujat vastasivat niihin itse tuotetulla tekstillä. Sähköiseen kyselylomakkeeseen ei tallentunut osallistujien henkilötietoja, joten nimettömyys pystyttiin säilyttämään koko prosessin ajan. Kyselylomakkeen toimivuus testattiin etukäteen, jotta saatiin selville, ymmärtävätkö vastaajat kysymykset oikein. Kyselylomakkeen yhteydessä vastaajille lähetettiin neutraaliin sävyyn kirjoitettu saatekirje, jossa kerrottiin tarkemmin opinnäytetyöstä ja painotettiin vastaamisen olevan vapaaehtoista.

Opinnäytetyön kyselyyn osallistujiksi valittiin yksiköstä ne hoitajat, jotka olivat vakituisessa ja kokoaikaisessa työsuhteessa, koska aineisto haluttiin kerätä hoitajilta, joilla on kokemusta tutkittavasta aiheesta. Kyselylomakkeen sai 16 hoitajaa, joista viisi osallistui. Koska laadullisessa tutkimuksessa oleellista ei ole osallistujien määrä, vaan aineiston laatu, koettiin, että aineisto on riittävä.

Sähköiseen kyselylomakkeeseen päädyttiin yhdessä työelämäyhteyden kanssa, koska se koettiin toimivimmaksi vaihtoehdoksi. Hoitajat työskentelevät yksin eivätkä voi poistua asiakkaan luota pitkäksi aikaa haastattelua varten. Jos taas haastattelu olisi toteutettu asiakkaan paikalla ollessa, se olisi vaikuttanut hoitajien vastauksiin eikä omia mielipiteitä olisi voinut tuoda esiin avoimesti. Koettiin myös, että innostus haastatteluun vapaa-ajalla ei olisi ollut suurta.

Haastattelutilanteessa haastattelijalla olisi ollut mahdollisuus selventää kysymyksiä, kysyä tarkentavia lisäkysymyksiä ja käydä keskustelua tiedonantajan kanssa. Haastattelussa voidaan kiinnittää huomiota myös siihen, miten asia sanotaan, esimerkiksi äänensävyt ja painotukset. (Tuomi & Sarajarvi 2009, 73) Kirjallisella kyselylomakkeella tämä ei ole mahdollista. Osaan kyselylomakkeen kysymyksistä vastaajat olivat vastanneet melko suppeasti, ja tarkentavilla lisäkysymyksillä vastaajilta olisi saattanut saada enemmän tietoa aiheista.

6.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Hengityshalvauspotilaiden hoitajat kokivat onnistuvansa potilaan vuorovaikutuksellisesti tukemisessa pääsääntöisesti hyvin, jos potilas pystyi puhumaan. Merkittävimäksi haasteeksi vuorovaikutuksen onnistumisessa nousi potilaan puheen tuoton vaikeudet. Hoitajat kokivat vuorovaikutuksen olevan vaikeaa, kun potilas ei pystynyt puhumaan. Joissain tilanteissa hoitajat kertoivat käyttävänsä vaihtoehtoisia kommunikointimenetelmiä, mutta opinnäytetyön tulosten perusteella niiden käyttö kuitenkin oli melko vähäistä. Omaisten kohtaaminen koettiin tässä opinnäytetyössä haasteellisena, ja siihen hoitajat tarvitsisivat tukea.

Jatkossa olisi hyödyllistä tehdä opinnäytetyö esimerkiksi kommunikointimenetelmien käytön toteutumisesta hengityshalvauspotilaiden hoidossa. Samalla voitaisiin selvittää ja vertailla erilaisten menetelmien toimivuutta. Tässä opinnäytetyössä hoitajat toivat melko vähäisesti esiin vaihtoehtoisten kommunikointimenetelmien käyttöä, joten niiden käytön tutkiminen voisi olla hyödyllistä ja työntekijät voisivat saada siitä konkreettista apua tulevaisuudessa kommunikointimenetelmiä valittaessa.

Vuorovaikutustilanteita olisi hyödyllistä tutkia havainnoimalla, sillä ulkopuolisen havainnoitsijan silmin esiin voisi tulla erilaisia näkökulmia asioista. Havainnointia voitaisiin suorittaa sekä asiakkaan että omaisten kanssa käytävässä vuorovaikutuksessa. Tämä voisi auttaa ongelmiin, joita nousi esille tässä opinnäytetyössä. Tässä opinnäytetyössä hoitajat kokivat hengityshalvauspotilaan omaiset joissain tilanteissa kommunikointia estäväksi tekijäksi, ja havainnoimalla voitaisiin löytää ratkaisuja tällaisiin tilanteisiin.

LÄHTEET

Alaranta, H. ym. 2001. Selkäydinvamma. Duodecim. 7/2001, 772-788.

Burakoff, K. 2015. Tuntoaisti vuorovaikutuksessa. Kehitysvammaliiton Tikoteekki. Päivitetty 28.1.2015. Luettu 18.2.2016. <http://papunet.net/tietoa/tuntoaisti-vuorovaikutuksessa>

Halila, R. & Mustajoki, M. 2015. Hoitotahto, käytännön ohjeita. Lääkärikirja Duodecim.

Hägg, T., Rantio, M., Suikki, P., Vuori, A., Ivanoff-Lahtela, P. 2007. Hoitotyö kotona. Helsinki: WSOY.

Ikonen, E-R. 2015. Kehittyvä kotihoito. Helsinki: Edita.

Iso-Koski, M. 1996. "...hetkekskään ei jätetty, siinä oli koko ajan vierellä joku hoitaja" Kuvaileva tutkimus hoitotyöstä teho-osastolla hengityslaittehoidossa olevan ihmisen kokemana. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu.

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

Kormano, A. 2014. Puhetta tukevat ja korvaavat kommunikaatiomenetelmät. Luentomateriaali 10.9.2014.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. 1. painos. Helsinki: Edita.

Laaksovirta, H. 2012. ALS - amyotrofinen lateraaliskleroosi. Lihastautiliitto ry. Luettu: 30.10.2015. http://www.lihastautiliitto.fi/fi/ALS_MND

Laasonen, K. apulaisylilääkäri, keuhkosairauksien vastuuyksikkö, Tampereen yliopistollinen sairaala. 2015. Haastattelu 29.12.2015.

Laasonen, K., Hietaharju, A., Jussila, T., Kontiala, H., Tulppo, J. & Ylä-Mononen, S. 2002. Hengityshalvauspotilaan hoitoprosessi Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Tampere.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista. 3.8.1992/734.

Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista. 3.4.1987/380

Lihastautiliitto ry. 2009. Lihastaudit. <http://lihastautiliitto.waf-komeetta1.pla-neetta.com/Lihastaudit>

Mattila, L. 2001. Vahvistumista ja tunnekokemuksen jakamista. Potilaan ja hoitajan välisen vuorovaikutusta kuvaavan käsitejärjestelmän kehittäminen. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

- Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E., Pellikka, M. & Rasimus, M. 2013. Sairaanhoidajan käsikirja. 8. painos. Helsinki: Duodecim.
- Mäkisalo-Ropponen, M. 2012. Vuorovaikutustaidot sosiaali- ja terveysalalla. 1.-2. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Mäkisalo-Ropponen, M. 2007. Elämänroolit ja -strategiat osana elämäntarinaa. Dementiautiset (4), 6-7, 13. Helsinki. Suomen dementiahoitoyhdistys.
- Mönkkönen, K. 2007. Vuorovaikutus. Dialoginen asiakastyö. Helsinki: Edita.
- Papunet. 2015a. Hiiret ja hiiren korvaavat ohjelmat. Kehitysvammaliitto. Luettu 17.2.2016. <http://papunet.net/tietoa/hiiret-ja-hiiren-korvaavat-ohjelmat>
- Papunet. 2006. Katsekehikko. Kehitysvammaliitto. Luettu 17.2.2016. <http://papunet.net/materiaalia/ideat/katsekehikko>
- Papunet.2015b. Katseohjaus. Kehitysvammaliitto. Luettu 17.2.2016. <http://papunet.net/tietoa/katseohjaus>
- Papunet. 2015c. Tietokoneen käyttö apuvälineenä. Kehitysvammaliitto. Luettu 17.2.2016. <http://papunet.net/tietoa/tietokoneen-kayton-apuvaineet>
- Pöllänen, H. 2006. Vuorovaikutus hoitotyössä - hoitajan kommunikaatiomenetelmät ja sisältö. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Terveystieteiden opettajankoulutus. Opinnäytetutkielma.
- Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2015. Hoitotyön taidot ja toiminnot. 4. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Selkäydinvamma. Käypä hoito -suositus. Julkaistu: 18.12.2012. Luettu: 9.12.2015. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukses/suositus?id=hoi36098>
- Sosiaalihuoltolaki. 30.12.2014/1301.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Hengityshalvauspotilaiden hoito. Valtakunnallisen asiantuntijatyöryhmän raportti.
- Spinal injury network. 2009. What is tetraplegia? <http://www.spinal-injury.net/tetraplegia.htm>
- Tietotekniikka- ja kommunikaatiokeskus Tikoteekki. 2015. Ensiapua kommunikointiin. Luettu 17.2.2016. http://papunet.net/fileadmin/muut/ensiapupakki/Ensiapua%20kommunikointiin_08032011.pdf
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Valli, R. & Aaltola, J. (toim.) 2015. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. 4. painos. Juva: PS-kustannus.

Vilén, M., Leppämäki, P., Ekström, L. 2008. Vuorovaikutuksellinen tukeminen. Helsinki: WSOY.

Vilén, M., Leppämäki, P., Ekström, L. 2002. Vuorovaikutuksellinen tukeminen sosiaali- ja terveysalalla.. Helsinki: WSOY.

Väisänen, L., Niemelä, M. & Suua, P. 2009. Sanat työssä. Helsinki: Kirjapaja.

LIITTEET

Liite 1. Kyselylomake.

Olemme kiinnostuneita sinun mielipiteistäsi ja kokemuksistasi. Kysymyksiin ei ole oikeaa tai väärää vastausta, vaan toivomme, että kerrot avoimesti omista ajatuksistasi ja kokemuksistasi hengityshalvauspotilaan hoitotyöstä. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja vastaajan henkilöllisyys pysyy salassa koko prosessin ajan.

1. Minkä ikäinen olet?

18-25 vuotta

26-35 vuotta

36-45 vuotta

yli 45 vuotta

2. Kuinka kauan olet työskennellyt hengityshalvauspotilaiden kanssa?

0-2 vuotta

2-4 vuotta

4-6 vuotta

6-8 vuotta

yli 8 vuotta

3. Onko sinulla aiempaa työkokemusta hoitoalalta? Mistä ja montako vuotta?

4. Kuvaile, mitä mielestäsi tarkoittaa asiakkaan tukeminen vuorovaikutuksen avulla hengityshalvauspotilaan hoitotyössä?

5. Miten vuorovaikutuksellinen tukeminen näkyy työssäsi?

6. Millaisia eri keinoja olet käyttänyt kommunikointiin hengityshalvauspotilaan kanssa, jotta molemmat tulisitte ymmärretyksi? Mitkä niistä olet kokenut hyväksi ja mitkä huonoksi? Perustelu.

7. Miten kommunikointi hengityshalvauspotilaan kanssa mielestäsi onnistuu eri tilanteissa? (esim. jokapäiväisessä elämässä, asioiden hoidossa, liikkeellä ollessa)

8. Mitkä asiat vaikuttavat kommunikoinnin onnistumiseen?

9. Hoitoympäristönä toimii hengityshalvauspotilaan oma koti. Miten se vaikuttaa toteuttamaasi hoitotyöhön ja vuorovaikutukseen sekä sen tukemiseen?

10. Oletko kohdannut työssäsi jotain vuorovaikutuksellisia ongelmia/haasteita? Millaisia?

11. Mitkä asiat tai tilanteet mielestäsi ovat vaikeita hengityshalvauspotilaan kanssa kommunikoinnissa? Miten selviydyit niistä?

12. Minkälaisena koet muiden hoitoon osallistuvien henkilöiden vuorovaikutuksen asiakkaan kanssa? (esim. lääkärin kanssa sairaalassa)

13. Miten asiakkaan vamma vaikuttaa vuorovaikutukseen?

Vapaa sana. Jotain aiheeseen liittyvää, mitä ei aiemmin tullut ilmi.

Kiitos osallistumisestasi!

Liite 2. Saatekirje

Hyvä hengityshalvauspotilaan hoitaja!

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Tampereen ammattikorkeakoulusta ja teemme opinnäytetyötä xxxxx* hengityshalvauspotilaiden kotihoidon yksikköön. Työssä on tarkoitus kartoittaa hoitajien kokemuksia hengityshalvauspotilaan vuorovaikutuksellisesta tukemisesta.

Opinnäytetyö toteutetaan sähköisellä kyselylomakkeella, johon vastaajiksi olemme valinneet ne hoitajat, jotka ovat yksikössä vakituudessa työsuhhteessa ja työskentelevät koko-aikaisesti. Kyselylomake sisältää 13 kysymystä ja vastaaminen kestää noin 20-40 minuuttia.

Sähköiseen kyselylomakkeeseen ei tallennu vastaajan henkilötietoja, joten vastauksia käsitellään koko opinnäytetyöprosessin ajan nimettöminä. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja analysoinnin jälkeen hävitämme aineiston asianmukaisesti. Valmiista opinnäytetyön raportista yksittäistä vastaajaa ei pysty tunnistamaan.

Kyselyyn osallistuminen on vapaaehtoista. Lisäksi Sinulla on mahdollisuus keskeyttää osallistumisesi syytä ilmoittamatta missä vaiheessa tahansa. Vastauksesi olisi kuitenkin meille tärkeä työn onnistumisen kannalta!

Opinnäytetyömme valmistuu maaliskuussa 2016 ja kevään aikana tulemme esittämään tulokset yksikössäne ja Teillä on mahdollisuus tutustua valmiiseen työhön.

Mikäli Sinulla on kysyttävää tai haluat lisätietoja opinnäytetyöstämme, voit ottaa yhteyttä:

Hanna-Riikka Koskinen
Sairaanhoitajaopiskelija, TAMK
hanna-riikka.koskinen@health.tamk.fi

Tuomas Martin
Sairaanhoitajaopiskelija, TAMK
tuomas.martin@health.tamk.fi

*Työelämäyhteyden toiveesta yrityksen nimi poistettu salassapitoasioiden vuoksi.

Liite 3. Sisällönanalyysi

KYSYMYS 4

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Keskustelu	Sanallinen vuorovaikutus	Vuorovaikutuksellinen tukeminen
Toiveiden täyttäminen		
Arjen toiminta		
Tavallista tekemistä		
Uuden kokeilu		
Elämykset		
Positiivisuus		
Ilo	Sanaton vuorovaikutus	
Huumori		
Kuunteleminen		
Lukeminen		
Ajan anto		
Vaikeista asioista puhuminen		
Hetkessä eläminen		
Asiakkaan tapojen ja arvojen opettelu		
Asiakkaan aikaisemman elämän tunteminen		
Ilmeet		
Nyökkäys ja pään pudistus		
Asiakkaaseen tutustuminen		
Toimiminen puolestapuhujana ja -tekijänä		

KYSYMYS 5

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Keskustelu	Sanallinen vuorovaikutus Sanaton vuorovaikutus	Vuorovaikutuksellinen tukeminen
Kyseleminen		
Kuuntelu		
Asioiden ehdottaminen		
Vanhat toimintatavat		
Ilmeiden ja eleiden tulkitsemisen opettelu		
Asiakkaan ollessa puhumaton, hän silti kuulee ja ymmärtää kaiken		
Kunnioittava ja arvostava kohtelu	Yksilöllisyys	
Tekemisen selostaminen		
Läsnä asiakasta varten		
Yksilöllisten tarpeiden huomiointi		

KYSYMYS 6

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Sanallinen	Sanallinen kommunikointi	Vuorovaikutuksellinen tutkiminen
Eleet		
Vaihtoehtojen antaminen ja kysyminen kyllä-ei -muodossa		
Selkokielen käyttö		
Kuvien ja videoiden käyttö	Sanaton kommunikointi	
Katsekontakti		
Puhututtaminen		
Paperin ja kynän käyttö	Apuvälineiden avulla tapahtuva kommunikointi	
Tekstin näyttäminen		
Itsestään kertominen		
Aakkostaulu		
Silmien räpäytys		
Nyökkääminen		
Keskustelu		
Hätä keinot keksii		

KYSYMYS 7

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Ymmärrämme toisiamme vaihtelevasti.	Positiiviset asiat kommunikatiossa	Vuorovaikutuksellinen tukeminen
Jokapäiväiset toiminnot menevät hyvin.		
Huonosta kunnosta johtuen ei liiku paljoa kodin ulkopuolella.		
Jotta kuulemme toisiamme paremmin, siirryn pyörätuolin viereen tai eteen.		
Puhun hoitotilanteen aikana suoraan asiakkaalle enkä ”seinille”.		
Toimenpiteiden aikana selostaminen mitä tekee.		
Yksilöllisyys		
Hoitaja koki ahdistavana, koska ei tuntenut asiakasta.	Negatiiviset asiat kommunikatiossa	
Ajan kuluessa helpottuu kommunikaatio.		
Välillä jää epäselväksi, mitä toinen yrittää viestittää.		
Asiakas ei vastaa mitään.		
Kommunikointi sujuu puhuvan asiakkaan kanssa ongelmitta.		
Cuffillisen kanyylin ollessa täynnä tulee lukea huulilta. Tämä on välillä haastavaa.		
Huulilta lukemiseen harjaantuu.		

KYSYMYS 8

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Asiakkaan vireystaso	Asiakkaasta lähtöisin olevat tekijät	Vuorovaikutuksellinen tukeminen
Yksinkertaiset kysymykset		
Häiriöttömyys		
Rauhallinen keskustelu		
Antaa asiakkaalle aikaa miettiä vastausta		
Osoittaa mahdollisimman ymmärrettävästi	Hoitajasta lähtöisin olevat tekijät	
Huomaako, jos toinen ei ymmärrä	Ulkoiset tekijät	
Katsekontakti		
Lähellä oleminen		
Oma asenne		
Kärsivällisyys		
Tutut hoitajat		
Selkeys		
Luottamuksen syntyminen		

KYSYMYS 9

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Kaikki osapuolet tulee huomioida.	Asiakkaasta lähtevät tekijät	Vuorovaikutuksellinen tukeminen
Toisen koti		
Hoitotyö ei onnistu kotona, koska omaisen kanssa ongelmia		
Omainen vastaa asiakkaan puolesta.	Omaisesta lähtevät tekijät	
Pitää osata valita oikea aika puhua asioista.		
Omainen koetaan häiritseväksi tekijäksi hoitajalle itselleen.		
Kotia pitää kunnioittaa.		
Tulee huomioida asiakkaan toiveet.	Hoitajan rooli	
Koti ei saa olla este hoitotyön toteutumiselle.		
Yksityisyys tulee huomioida.		

KYSYMYS 10

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Omaisesta johtuvat tekijät		
Kuffillinen kanyyli		
Vaikeus ymmärtää asiakkaan puhetta		
Asiakkaan voimien tulkitseminen ilman mittareita		
Omaiset purkavat omia ongelmiaan hoitajaan	Vuorovaikutuksen onnistumista estävät tekijät	Vuorovaikutuksellisen tukemisen onnistuminen
Vaihtoehtoisten kommunikointitapojen käyttäminen	Erilaiset kommunikointitavat	
Sanojen tavaaminen		
Huumori		

KYSYMYS 11

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Kivun paikallistaminen	Kommunikoinnin haasteet	Vuorovaikutuksellisen tukemisen onnistuminen
Oikeiden asioiden kysyminen		
Asiakkaan puheen ymmärtäminen		
Asiakkaalle kehoitus kertoa asia toisella tavalla		
Kuffin avaaminen		
Vaikeus saada selville, mikä asiakkaalla on vialla		
Eri vaihtoehtojen kokeilu		
Oman rajallisuuden myöntäminen		
Yhteyden otto kollegoihin		
Tilanteet, joissa potilas ei pysty ilmaisemaan itseään sanallisesti		
Kysymysten esittäminen kyllä/ei -muodossa	Keinot vuorovaikutuksen onnistumiseen	
Yhteisesti sovitut kommunikointikeinot		

KYSYMYS 12

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Asiakkaalle ei kommunikoida		
Omainen vastaa asiakkaan puolesta	Kommunikoinnin onnistuminen	Vuorovaikutuksellinen tukeminen
Kommunikoidaan kuten muidenkin potilaiden kanssa		
Asiakkaan arvostelu.		
Pelko ottaa kontaktia.		
Lääkäri tai hoitaja ei huomioi asiakasta		
Asiakkaalle ei puhuta ollenkaan	Kommunikoinnin epäonnistuminen	
Asiakkaan tervehtiminen niin, että tämä huomaa sen		
Lääkärit puhuvat hoitajalle		

KYSYMYS 13

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Muiden ihmisten suhtautuminen asiakkaaseen	Vuorovaikutuksen onnistumista edistävät tekijät	Vuorovaikutuksellisen tukemisen onnistuminen
Heikentynyt puhekyky		
Tarkkaavainen kuuntelu	Vuorovaikutuksen onnistumista estävät tekijät	
Keskittyminen omaan kommunikointiin.		
Vaikeus saada selville asiakkaan oma tahto		
Oman roolin pohdinta		
Asiakkaan kyvyttömyys luoda kosketusta		
Luottamuksen syntyminen		
Pitkä hoitosuhde		
Asiakas hoitajan armoilla		