

POTILAIKEN KOKEMUKSIA KOHTAAMISESTA
KIRURGIAN VUODEOSASTOLLA
LAPIN KESKUSSAIRAALASSA

Coull Maria
Pernu Marja

Opinnäytetyö
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Hoitotyön koulutus
Sairaanhoitaja (AMK)

2017

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

Tekijä	Maria Coull Marja Pernu	Vuosi	2017
Ohjaaja	Sirkka Havela		
Toimeksiantaja	Lapin keskussairaala, kirurgian vuodeosasto 4		
Työn nimi	Potilaiden kokemuksia kohtaamisesta kirurgian vuodeosastolla Lapin keskussairaalassa		
Sivu- ja liitesivumäärä	52 + 4		

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata kirurgisen potilaan ja hoitohenkilökunnan välistä kohtaamista kirurgisella vuodeosastolla. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa potilaiden kohtaamiskokemuksista, jota voidaan hyödyntää hoitotyön kehittämisessä. Henkilökohtaisena tavoitteenamme oli kehittää ammatillista osaamistamme ja nostaa esille kohtaamisen merkitys hoitotyössä.

Kohtaaminen on olennainen osa hoitotyötä ja hoitohenkilökunnalta edellytetään sen osaamista. Hoitotyöntekijöiden ja potilaiden välistä kohtaamista on peilattu filosofian teorioihin ihmisyydestä ja ihmisten välisistä suhteista. Tietoperustassa olemme tarkastelleet filosofioita, kohtaamista, hoitohenkilökunnan ja potilaan välistä vuorovaikutusta ja sairaanhoitajan ammattiosaamista.

Tutkimus on laadullinen ja siinä korostuvat ihmisten kokemukset. Aineisto kerättiin haastattelemalla kahdeksaa potilasta Lapin keskussairaalan kirurgian vuodeosastolla. Haastatteluaineiston sisällönanalyysi on tehty induktiivisella eli aineistolähtöisellä menetelmällä.

Vastaajien mukaan kohtaamiseen vaikuttavat henkilökunnan ominaisuudet ja asenteet, vuorovaikutuksen laatu, hoito ja huolenpito sekä henkilökunnan aika. Kehitystä toivotaan ohjausosaamiseen, vuorovaikutustaitoihin, vastuun ottamiseen sekä tiedonkulun ja työn organisointiin. Tutkimuksemme tulokset ovat hyvin samansuuntaisia aiemmin tehtyjen tutkimusten kanssa. Tulokset tukevat kohtaamisen merkitystä hoitotyössä.

Avainsanat Kohtaaminen, ihmiskäsitys, tunnustaminen, vuorovaikutus, kirurginen potilas

School of Social Services, Health and Sports
Degree programme in Nursing and Health Care
Bachelor of Health Care

Authors	Maria Coull Marja Pernu	Year	2017
Supervisor	Sirkka Havela		
Commissioned by	Staff-Patient Encounters at the Surgical Ward in Lapland Central Hospital – Patients' Experiences		
Subject of thesis	Patient		
Number of pages	52 + 4		

The purpose of this thesis was to describe encounters between a surgical patient and staff at a surgical ward. The aim was to gather information on patients' experiences, which can be used for development of nursing. Our personal goal was to strengthen our professional competencies as nurses and highlight the importance of encounter in nursing care.

Encountering skills are required from nursing staff as an essential part of nursing care. Encountering between nursing staff and patients has been reflected on philosophical theories of humanity and relationships between human beings. The theoretical base of our thesis consists of philosophies, theories of encounter, interaction between nursing staff and patient, and professional competencies of a nurse.

Our study was conducted by using a qualitative research method which highlights individuals' experiences. The data was collected by interviewing eight patients at a surgical ward in the Lapland Central Hospital. The interview data was analysed by using inductive content analysis.

According to the respondents personal qualities and attitudes of staff, quality of interaction, quality of care and time given for patients by staff have an influence on encounter. Respondents desired development in staff's guidance skills, interaction skills, being responsible, flow of information and organizing tasks. The results of our thesis are consistent with previous studies. The results support the importance of encounter in nursing.

Key words Encounter, view of man, recognition, interaction, surgical patient

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
2	POTILAAN KOHTAAMINEN HOITOTYÖSSÄ.....	7
2.1	Ihmiskäsitys kohtaamisessa	7
2.2	Tunnustaminen potilaan kohtaamisen edellytyksenä	9
2.3	Potilaan kohtaamiseen liittyviä muita edellytyksiä	10
2.4	Potilaan ja hoitohenkilökunnan vuorovaikutus	12
2.5	Kohtaaminen kirurgisen potilaan hoitotyössä.....	13
2.6	Sairaanhoitajan ammattiosaaminen potilaan kohtaamiseksi	14
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	16
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUSTAPA	17
4.1	Laadullinen tutkimusmenetelmä	17
4.2	Tutkimukseen osallistujat.....	17
4.3	Tutkimusaineiston keruu.....	18
4.4	Tutkimusaineiston analyysi	18
4.5	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus.....	20
5	TUTKIMUSTULOKSET	24
5.1	Potilaiden kokemuksia kohtaamisesta hoitohenkilökunnan kanssa.....	24
5.1.1	Hoitohenkilökunnan ominaisuudet ja asenteet potilaan kohtaamisessa .	26
5.1.2	Vuorovaikutuksen laatu potilaan kohtaamisessa.....	28
5.1.3	Potilaan hyvä hoito ja huolenpito kohtaamisessa.....	31
5.1.4	Henkilökunnan antama aika potilaan kohtaamisessa.....	34
5.2	Potilaiden ehdotuksia kohtaamisen kehittämiseksi	37
5.2.1	Henkilökunnan ohjausosaaminen potilaan kohtaamisessa	38
5.2.2	Henkilökunnan vastuu omasta toiminnasta potilaan kohtaamisessa	39
5.2.3	Tiedonkulku ja työn organisointi potilaan kohtaamisessa.....	40
6	TULOSTEN TARKASTELUA	42
7	POHDINTA	46
7.1	Ammatillinen kasvu sairaanhoitajaksi	46
7.2	Jatkotutkimusaiheet.....	47
	LÄHTEET	49
	LIITTEET	53

1 JOHDANTO

Hoitotyön perustana ovat ihmisarvo ja ihmisen kunnioittaminen. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista edellyttää potilaan oikeutta laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hoidossa tulee näkyä potilaan ja hänen omaistensa ja läheistensä ihmisarvon, vakaumuksen ja yksityisyyden kunnioittaminen, inhimillinen ja yksilöllinen kohtelu, suvaitsevaisuus sekä potilaan terveyden ja hyvinvoinnin kokonaisvaltainen huomioiminen. (ETENE 2011, 5-6; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 2:3 §.)

Sairaanhoitajan osaamiskuvauksissa edellytetään kohtaamisen osaamista, eettisyyttä ja vuorovaikutustaitoja, kykyä kohdata potilas ja omaiset. (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2014, 36-47.) Kohtaaminen edellyttää läsnäoloa, tunnustamista, saatavilla oloa ja molemminpuolisuutta. Arvostava kohtaaminen ja keskinäinen luottamus ovat lähtökohtia hyvän ja yhteistoiminnallisen hoitosuhteen syntymiseen. (Holopainen, Kasén & Nyström 2014, 186; Haho 2009, 33; Mattila 2007, 12, 23.)

Tutkimuksia kohtaamisesta hoitotyön kontekstissa on tehty jo vuosikymmeniä ja ilmiönä sitä on peilattu eri filosofian teorioihin, kuten ihmiskäsitykseen ja tunnustamiseen. Ihmiskäsityksellä on hoitotyössä ja ihmisten välisessä kohtaamisessa suuri merkitys. Se ohjaa hoitajan asennoitumista ja suhtautumista potilaaseen, asennetta, jolla hoitaja potilasta kohtelee. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2015, 21.) Ilman ihmisyyttä ja aitoa läsnäoloa, keskinäistä yhteyttä, ei kohtaamista tapahdu. Tunnustaminen on pohjimmiltaan ihmisyyden tunnustamista, joka hoitotyössä tarkoittaa esimerkiksi sitä, ettei kadota hoitajan tai potilaan roolien taakse, vaan kohdataan ja nähdään toisemme ihmisinä. (Pirhonen 2015, 33; Martela 2012, 227.)

Potilaslähtöisyys koetaan tärkeäksi hoitotyössä, mutta suositusten ja käytännön toiminnan välillä todetaan silti olevan eroa (Jangland, Larsson & Gunningberg 2011, 533). Adamson ym. (2012) toteavat, että hoitotyöntekijät kokevat osavansa huomioida potilaan henkistä hyvinvointia. Heidän tutkimuksensa kuitenkin osoittaa potilaiden kaipaavan enemmän henkisen hyvinvointinsa huomioimista ja hyvää kohtaamista, ollakseen tyytyväisiä hoitoonsa. (Adamson ym. 2012, 63).

Hoitotyössä on tärkeää muistaa ketä varten ja miksi työtä tehdään. Vain silloin pystytään sisäistämään potilaan kohtaamisen merkitys. (Haho 2009, 33.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata kirurgisen potilaan ja hoitohenkilökunnan välistä kohtaamista kirurgisella vuodeosastolla. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa potilaiden kohtaamiskokemuksista ja hyödyntää sitä hoitotyön kehittämiseksi. Henkilökohtaisena tavoitteenamme on kehittää kohtaamis- ja vuorovaikutustaitojamme, ammatillista osaamistamme ja nostaa esille kohtaamisen merkitys hoitotyössä. Teimme toimeksiantosopimuksen (liite 1) Lapin keskussairaalan kirurgian vuodeosaston 4 kanssa. Osaston tavoitteena on kehittää hoitotyötä potilaslähtöisemmäksi. Aina ajankohtainen aiheemme pohjautuu Lapin keskussairaalan 2017 painopistealueisiin, joita ovat asiakaskokemus korkealle, asiakkaiden osallistuminen palveluiden ja potilasturvallisuuden kehittämiseen sekä osaamisen tunnistaminen.

2 POTILAAN KOHTAAMINEN HOITOTYÖSSÄ

2.1 Ihmiskäsitys kohtaamisessa

Rauhalan (1989, 27) mukaan ihmistä voidaan tarkastella kolmella ulottuvuudella, joita ovat tajunnallisuus, kehollisuus ja situaatio eli elämäntilanne. Nämä kolme ulottuvuutta ovat aina toisiinsa sidottuja eikä niitä voi toisistaan erottaa. Elämää yllä pitääkseen ja ollakseen itse olemassa, ne tarvitsevat toinen toistaan. Eri ulottuvuuksien vastavuoroisuudessa kokonaisuuden toiminta joko vahvistuu tai heikkenee (Rauhala 1990, 142-150.) Kokonaisvaltaisessa kohtaamisessa ovat läsnä ja huomioituna kaikki kolme ulottuvuutta (Holmia ym. 2010, 12). Kohtaamisessa ihmiskäsityksellä on keskeinen merkitys. Se miten ihminen sanoo Minä, vaikuttaa suhtautumiseen toisia kohtaan ja tulee esille siinä, miten hän sanoo Sinä. Minän voi sanoa esimerkiksi toista kuuntelematta, itseään korostaen, kylmästi ja tunteettomasti tai toiselle tilaa antaen, toisen huomioiden, läsnäolevasti, tukien ja inhimilliseen yhteyteen kutsuen. Sinä voi olla puheessa myös Se, jolloin toinen ihminen on objekti, vaiva tai henkilö, jolla ei ole merkitystä. (Haho 2009, 32.)

Hoitotyössä korostuu holistinen ihmiskäsitys eli käsitys ihmisestä kokonaisvaltaisena, tuntevana, kokevana, oman tahdon ja valinnanvapauden omaavana, aktiivisena ja vastuullisena ihmisenä. Holistinen ihmiskäsitys perustuu humanistiseen ihmiskäsitykseen, jossa keskeistä on ihmisyyys sinänsä, yksilöllisyys, yksilöllisen elämän merkityksellisyys ja yksilön valinnanvapaus. Humanismin mukaan ihmisellä on oikeus yksilöllisyyteen mutta myös vastuu omasta yksilöllisyydestään. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 21; Rauhala 1990, 129-135.)

Tajunnallisuus eli psyykkis-henkinen olemassaolo käsitetään inhimillisen olemassaolon kokonaisuudeksi. Valintojen tekeminen ja vastuu omasta elämästä, olemassaolon hahmottaminen menneenä, tulevana ja nykyisenä aikana, kertoo ihmisestä tajunnallisena olentona. Mielen avulla esimerkiksi ymmärrämme, tiedämme, tunnemme, koemme, havaitsemme ja haaveilemme asiat ja ilmiöt joksi-kin. Mieli luo merkityssuhteita, kun se asettuu tajunnassamme suhteeseen jonkin asian, ilmiön tai objektin kanssa niin, että ymmärrämme sen. Tajunnallisuudessa tapahtuu jatkuvasti merkityssuhteiden muuttumista ja uudet kokemukset suhteutuvat jo olemassa oleviin kokemuksiin. Vanhat kokemukset tulkitsevat ja sijoitta-

vat uusia kokemuksia. Tajunnallinen terveys on ihmisen kokemus terveydentilastaan. (Holmia ym. 2010, 12; Rauhala 1989, 32-38.) Kun ihminen sairastuu, hän voi kokea menettäneensä oman kehonsa kontrollin. Tulee tunne, ettei ole enää oma itsensä. Kohtaaminen sairaanhoitajan kanssa voi tuoda kontrollin tunteen takaisin. Vaikka keho on sairas, hyvä kohtaaminen voi auttaa potilasta rakentamaan minuutta ja löytämään oman itsensä uudelleen. (Holopainen 2012, 191.)

Kehollisuus on ihmisen anatomiaa, fysiologiaa ja elintoimintoja. Kehollisessa ulottuvuudessa mikään ei tapahdu symbolisesti vaan siinä on aina läsnä aineellisesti-organinen, konkreettinen vaikutus. Elintoiminnot jatkavat, täydentävät, tasa-painottavat ja kontrolloivat toistensa prosesseja ja toimintaa. Ihminen syntyy, kasvaa, vanhenee ja kuolee, tuntee fyysistä kipua ja nautintoa. Tarkoituksenmukaiset elintoiminnot kertovat kehollisesta terveydestä. (Holmia ym. 2010, 12; Rauhala 1989, 38-40.)

Ihmisen situationaalisuus on aina tarkasteltavissa suhteessa maailmaan, sillä ihminen elää aina osana jotain fyysistä tai sosiaalista ympäristöä. Ihminen on ki-toutuneena todellisuuteen oman elämäntilanteensa kautta ja mukaisesti. (Holmia ym. 2010, 12; Rauhala 1989, 33, 41.) Situaatio eli elämäntilanne muodostuu erilaisista rakennetekijöistä. Näitä rakennetekijöitä ovat kohtalonomaisesti määräytyvät tekijät kuten geenit ja yhteiskunta tai kulttuuripiiri, johon ihminen syntyy sekä valintojen myötä tulevat tekijät kuten ystävät, puoliso, ammatti, asuinpaikka tai ravinto. Rakennetekijät voidaan jakaa myös konkreettisiin komponentteihin, joita ovat esimerkiksi inhimillisen kanssakäymisen muodot, fyysiset ympäristöt, ravin-teet, bakteerit ja virukset ja ideaalisiin komponentteihin, joita ovat esimerkiksi arvot, normit, henkinen ilmapiiri, uskonto, kokemus ihmissuhteista, taiteista ja luon-nosta. Kun jokin komponentti kuuluu ihmisen elämäntilanteeseen, se määrää sitä, mitä ihminen tajunnassaan ja kehon toiminnoissaan on eli situationaalisten muutosten myötä muuttuvat myös fyysinen ja psyykkinen oleminen. (Rauhala 1990, 129–131; Rauhala 1989, 41-45.)

Rauhalan mukaan (1989) situationaalisuuden merkitys näkyy ihmisen identiteetin muodostumisessa. Tämä käy ilmi todettaessa ihmisen identiteetti situationaali-suuden pohjalta. Puhuttaessa henkilöstä äitinä, isänä, lapsena, sairaanhoitajana, opettajana jne., tuodaan esiin hänen tietty suhde situatioonsa eli asemansa suh-teessa johonkin. Esimerkiksi äidin suhde juuri siihen tiettyyn, kasvattamaansa

lapseen on hänen olemassaolonsa muoto, joka ilmenee sanassa äiti. Emme voi kieltää tällaisia suhteita kieltämättä persoonallista identiteettiä. Ihmisen kaikki situationaalisuuden muodot muodostavat aina yksilöllisen ja ainutkertaisen kokonaisuuden, joka kasvaa elämän aikana yhä suurempaan yksilöllisyyteen. (Rauhala 1989, 44-45.)

2.2 Tunnustaminen potilaan kohtaamisen edellytyksenä

Pirhonen (2015, 26) on tuonut esille havaintonsa hoitojärjestelmämme tehokkaasta tavasta tunnistaa asioita ja ottaa niitä hoitotyössä huomioon, kuten hoidettavien sairauksia, toimintakyvyn vajeita ja voimavaroja. Sitä vastoin ihmisen tunnustaminen jää hänen mukaansa usein huomioimatta, millä hän tarkoittaa ihmisen olemassaoloon ja ihmisyyteen liittyvien näkökohtien, ihmisen identiteetin huomiotta jättämistä.

Tunnustamisen teorialla on pitkät juuret ja sen nykyteorian kehittäjinä pidetään Charles Tayloria ja Axel Honnethia. Tunnustamisen teoriaa on liitetty identiteetin rakentumiseen, itsetunnon kehittymiseen, yksilöiden väliseen vuorovaikutukseen ja yhteiskuntaluokkien ja jopa valtioiden välisiin suhteisiin. Honnethin (1995) mukaan ihmisen on saatava rakkautta, kunnioitusta ja arvostusta kyetäkseen luomaan ja säilyttämään positiivisen identiteetin. (Pirhonen 2015, 26 – 27.)

Tunnustus on asenne, jossa toista pidetään ihmisenä tai persoonana, jolla on sosiaalisessa kanssakäymisessä oma asemansa. Se on toisen ottamista persoonana siten, että toinen ymmärtää ja hyväksyy tämän asenteen. (Ikäheimo 2003, 127-128.) Hoitotyöhön Pirhonen soveltaa teoriaa Erik Ringmarin (2010) nelitasoisesta tunnustamisen prosessista, joka sisältää olemassaolon, ihmisyyden, yksilöllisyyden ja merkityksellisten ihmissuhteiden tunnustamisen. (Pirhonen 2015, 29.)

Olemassaolon tunnustaminen tarkoittaa henkilökohtaisen kontaktin ottamista ja kohtaamista ihmisinä (Martela 2012, 169). Pirhosen (2015, 29) kokemuksen mukaan olemassaolo jätetään tunnustamatta esimerkiksi sivuuttamalla tai ohittamalla, ottamatta minkäänlaista kontaktia. Esimerkkinä hän tuo esille tilanteen, jossa hoitajat hoitavat potilasta vuoteessa ikään kuin potilas itse ei olisi tilanteessa läsnä ihmisenä. Ihminen tulee sivuutetuksi myös esimerkiksi tilanteessa, jossa hoitaja sanoo ”kohta”, eikä tämä ”kohta” välttämättä koskaan toteudu.

Ihmisyden tunnustaminen liittyy ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen. Kun ihminen on kykeneväinen eli kompetentti muodostamaan ja ilmaistamaan oman tahtonsa, hänellä on mahdollisuus päättää omista asioistaan, mikä tukee hänen ihmisyytään. Hoitohenkilökunnan tehtävä on arvioida, onko potilas kompetentti tekemään päätöksiä ja ottamaan vastuuta itsestään. Ihmisyden tunnustaminen on myös vastuun ottamista toisen ihmisen hyvinvoinnista silloin, kun hän ei itse siihen kykene. (Pirhonen 2015, 29.)

Yksilöllisyyden tunnustaminen on kohtaamista roolien ohitse. Potilaat tulisi nähdä ensisijaisesti ihmisinä, ei hoidettavina tai esimerkiksi sairauksina. Pirhonen (2015) tuo esille havaintonsa yleisestä hoitohenkilökunnan tavasta puhua potilaista huoneen ja vuodepaikan numeroiden tai sairauden mukaan. Huoneen numeroiden tai sairauden takaa tulisi tunnustaa identiteetin ja persoonan omaava ihminen. Sairaalassa huone- ja vuodepaikkojen mukaan kolmosen kakkosen lonkan sijaan tulisi nähdä 57-vuotias Matti, jolla on elämän varrella perhesuhteiden, ammattinsa ja mieltymystensä muokkaama identiteetti, mutta myös lonkkamurtuma. (Pirhonen 2015, 26-30.)

Potilaan täydellinen tunnustaminen vaatii hänen merkityksellisten ihmissuhteiden tunnustamista. Ihminen kasvaa vuorovaikutuksessa itselleen merkityksellisten ihmisten ympäröimänä. Hoitohenkilökunnan tulisi tiedostaa, että potilas on tärkeä ihminen jollekin ulkopuolella olevalle ja hänellä on tärkeitä ihmisiä elämässään. (Pirhonen 2015, 30.) Ihmissuhteet ovat situationaalisuuden muoto, joka muovaa ihmisen identiteettiä (Rauhala 1989, 44). Tunnustus liittyy persoonuuden tukemiseen, identiteetin varmentamiseen ja vahvistamiseen sosiaalisessa ympäristössä (Hirvonen 2013, 2-3).

2.3 Potilaan kohtaamiseen liittyviä muita edellytyksiä

Holopainen, Kasén ja Nyström (2014) lähestyvät kohtaamisen edellytyksiä hoitotyössä Martin Buberin ja Gabriel Marcellin filosofioihin perustuen. Heidän mukaansa kohtaamisen edellytyksenä ovat läsnäolo, tunnustaminen, saatavilla olo ja molemminpuolisuus. Jatkumona toteutuessaan kohtaaminen mahdollistuu. (Holopainen ym. 2014, 186.)

Läsnäolo tarkoittaa toisen ihmisen lähellä oloa, mutta myös lähellä olemista itselleen, itsensä tuntemista. Voimme olla fyysisesti paikalla, olematta kuitenkaan aidosti läsnä. Silloin toisen sanoma jää sisäistämättä. (Holopainen ym. 2014, 186-188.) Kohtaamisessa olennaista on taito kuulla ja kuunnella. Emme kykene kuuntelemaan, jos mietimme samalla, miten voisimme vastata tai neuvoa toista. Aito kohtaaminen edellyttää, ei niinkään ymmärtämistä, vaan toisen vakavasti ottamista, hänen kokemuksensa kuulemistä. (Mattila 2007, 12 - 14.) Kohtaamisessa on kyse ihmisen suhteesta toiseen ihmiseen. Persoonan tuominen hoitajan tai lääkärin rooliin takaa tekee potilaan kohtaamisesta aidompaa, silloin on mahdollista olla ihminen ihmiselle. Kohtaaminen tapahtuu vain ihmisyyden ja aidon läsnäolon kautta, jotka mahdollistavat luottamuksellisuuden ja välittämisen ilmapiirin synnyn. Luottamus on lähtökohtana ihmisen halulle uskoutua toiselle. (Martela 2012, 227; Mattila 2007, 12 - 14.)

Saatavilla olo tarkoittaa sitä, että kutsumme toisen ihmisen jakamaan olemassaolomme, olemalla avoin, läsnä ja valmis ottamaan vastaan mitä ikinä toinen ihminen sanoo tai mihin tilanne siinä hetkessä johtaa. Se on valmiutta antaa kaikki resurssinsa toisen saataville. Kun ihminen on läsnä ja saatavilla, hän ei ajattele toista ihmistä objektina. Saatavilla oleminen on kykyä tuntea empatiaa ja asettua toisen ihmisen asemaan. (Holopainen ym. 2014, 189; Martela 2012, 203, 231). Läsnä ja saatavilla olo ei vaadi lisää aikaa, vaan se on kiinni halusta ”olla siinä”, halusta osallistua, kun on fyysisesti läsnä (Melnechenko 2003, 19.) Olennaista on miten kohtaamiseen ja yhteyden luomiseen tarjoutuneen ajan käyttää. Hoitajille kiire ja rutiinit ovat keinoja välttää läsnä oleminen, mutta tutkimusten mukaan oikea syy on rohkeuden puute avata tietä yhteiseen olemiseen. Kun oivalletaan ketä varten ja miksi hoitotyötä tehdään, ymmärretään yhteyden luomisen merkitys. (Holopainen ym. 2014, 191; Haho 2009, 33.)

Kohtaaminen vaikuttaa aina sen molempiin osapuoliin, eikä kohtaamista tapahdu ilman, että molemmat osapuolet ovat läsnä, tunnustettuja ja saatavilla toisilleen. Molemminpuolisuuden perusedellytyksenä on molempien osapuolien osallisuus. Molemminpuolisuus on yhteys, jossa kaksi ihmistä jakavat saman kokemuksen ja joka ilmenee dialogisuutena. Jos toinen ihminen ei tunnista toisen läsnäoloa ja saatavilla oloa, dialogi katoaa. (Holopainen ym. 2014, 189-190.) Hahon (2009, 33) mukaan kohtaaminen on tahdon ja tiedostamisen asia.

2.4 Potilaan ja hoitohenkilökunnan vuorovaikutus

Dialogi määritellään kahden tai useamman henkilön väliseksi vuorovaikutukselliseksi keskusteluksi, jossa osapuolet näkevät toisensa tasa-arvoisina. Sitä ei pidetä tekniikkana, vaan kehittyvänä asenteena, joka kykenee muuttamaan, rikastuttamaan ja avartamaan dialogissa osallisena olevien persoonallisuutta. Dialogista vuoropuhelua kuvaavat aktiivisuus, sitoutuneisuus, vastavuoroisuus, kunnioittavuus, avoimuus ja vilpittömyys. Pinnallisesta keskustelusta poiketen dialogisuus syntyy kuuntelemisen ja vastaamisen kautta, synnyttäen ajatusten vaihtoa ja yhdessä ajattelua keskustelijoiden välille. Toimiva dialogi potilas – hoitajasuhteissa on näyttöön perustuvan hoitotyön edellytys. (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 72 – 73; Väisänen, Niemelä & Suua 2009, 9 - 11.)

Hoitotyön perusedellytyksenä on hoitajan ja potilaan välinen tasavertaisuuden kunnioittaminen. Ihmiset otetaan vastaan sellaisina kuin he ovat ja tulevat. Hoitaja on työssään alansa asiantuntija ja potilas oman elämänsä paras asiantuntija. Saadakseen tietää, mikä on potilaalle parhainta, on hoitajan sitä häneltä kysyttävä. Jotta vuorovaikutus olisi auttavaa, on tärkeää pyrkiä välttämään ennakkokäsityksiä asioista. Potilaan tietoihin etukäteen paneutuminen on tärkeää, eikä estä hyvän vuorovaikutuksen syntymistä, mutta etukäteistietoon ei tulisi suhtautua valmiina olettamuksina, vaan potilaan kanssa on kyettävä keskustelemaan avoimella asenteella. (Mäkisalo-Ropponen 2012, 168 – 169; Haho 2009, 33.)

Potilaat etsivät ympäriltään ihmistä, joka on tarpeeksi vahva pysyäksään heidän vierellään ja jonka kanssa voisivat keskustella sairaudestaan, huolistaan, elämästä ja kuolemasta. Hoitaja joka jää potilaan vierelle, ei pelkää menettävänsä ammatillisuuttaan, vaikka tulisi potilaan tunteiden koskettamaksi. Tässä hetkessä he ovat ennen kaikkea ihmisiä toisilleen. (Holopainen ym. 2014, 191.) Hoitotyön yhtenä keskeisenä taitona pidetään kykyä tavoitteelliseen vuorovaikutukseen. Sillä tarkoitetaan kuulevaa, näkevää ja havaitsevaa sanallista sekä sanatonta viestintää. Ihminen viestittää sanattomasti liikkeillään, eleillään, äänensävyillään, reviiirillään, hiljaisuudella ja kosketuksellaan. Sureva tai sokissa oleva ihminen tarvitsee turvallista ja lohduttavaa kosketusta ja hoivaavalla, hyvällä kosketuksella on tutkittu olevan mielihyvähormoneja aktivoiva vaikutus. Lähetämme tiedostamattomia signaaleja asenteestamme ja tunnetilastamme sanoin, ilmein ja

kehonkielellä. Eleiden tulee kuitenkin olla aitoja, sillä potilaat tunnistavat teennäisyyden. Kohtaaminen vaatii aitoutta ja kunnioitusta. (Mäkisalo-Ropponen 2012, 168 - 169; Martela 2012, 209, 225-226, 229; Väisänen, Niemelä & Suua 2009, 29.) Flickinger ym. (2016) mukaan kunnioitus potilasta kohtaan vaikuttaa vuorovaikutukseen. Kun lääkäri kunnioittaa potilasta, hoito ja vuorovaikutus ovat potilaslähtöisempiä, positiivisempia ja potilaat sitoutuneempia hoitoonsa. (Flickinger ym. 2016, 253.)

2.5 Kohtaaminen kirurgisen potilaan hoitotyössä

Kirurginen potilas määritellään henkilöksi, joka sairauden tai äkillisen sairastumisen vuoksi on tilanteessa, jossa leikkaus toimenpiteenä on todennäköinen. Sairauden vakaavuus, kesto, äkillisyys, aikaisemmat kokemukset ja hoitomahdollisuudet vaikuttavat potilaan kokemukseen hänen sairaudestaan sekä anestesiasta ja leikkauksesta. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2010, 16 - 17.) Akuuttiin sairastumiseen, vakavaan diagnoosiin, leikkaukseen ja anestesiaan liittyvät huolet tekevät kirurgisesta potilaasta erityisen haavoittuvaisen (Jangland ym. 2011, 533 - 534). Gilmartinin & Wright'n (2008, 2422) tutkimuksessa potilaat tunsivat tullessa hylätyiksi preoperatiivisessa vaiheessa ja pelkäsivät yleisanestesiaa eivätkä hoitajat tunnistaneet potilaiden psykologisen tuen tarvetta. Leikkaus on ihmiseen kajoava toimenpide joka aiheuttaa integriteetin eli ihmiselämän kokonaisuuden, eheyden, koskemattomuuden ja loukkaamattomuuden rikkoutumista. Leikkaus muuttaa aina ihmistä pysyvästi ja voi vaikuttaa kehonkuvaan. Kirurgiset potilaat odottavat terveytensä palaamista ja elämänlaadun paranemista leikkauksen myötä. (Holmia ym. 2010, 16 - 17.)

Kirurginen hoitotyö on tyypillisesti nopeatempoista ja sisältää paljon kliinisiä toimenpiteitä. Potilaiden suuresta vaihtuvuudesta ja työn hektisestä luonteesta johtuen, hoitajilla on vain vähän aikaa antaa informaatiota ja tukea ja vastata kysymyksiin ennen ja jälkeen leikkauksen. (Jangland ym. 2010, 533 - 534.) Mitchell (2007, 98) toteaa tekemässään kirjallisuuskatsauksessa, että potilaiden kokema ahdistus ennen leikkausta on yhteydessä tiedonsaannin puutteeseen preoperatiivisessa vaiheessa. Potilaan sisäinen turvallisuudentunne, jolla tarkoitetaan potilaan tuntemaa luottamusta ja levollisuutta, on olennainen osa potilasturvallisuutta. Potilaan sisäiseen turvallisuuteen tulee kiinnittää yhtä lailla huomiota kuin esimerkiksi fyysiseen ja lääkehoidon turvallisuuteen. (Helovuo ym. 2011, 13.)

Luottamuksellisen suhteen luominen on haastavaa lyhyessä ajassa. Potilasta tukeakseen, hoitajan on silti tärkeää ottaa huomioon potilaan yksilöllisyys ja yksilölliset avuntarpeet sekä tietämys ja valmiudet hoitoonsa osallistumiseen. Potilaan näkemys tulisi olla lähtökohtana hoidolle. (Jangland ym. 2010, 534.)

2.6 Sairaanhoidajan ammattiosaaminen potilaan kohtaamiseksi

Sairaanhoidajan ammattiosaamiselle on määritelty vähimmäisvaatimukset. Yleissairaanhoidosta vastaavan sairaanhoidajan ammatillinen vähimmäisosaaminen muodostuu yhdeksästä osa-alueesta, joiden kuvauksissa ja keskeisissä sisällöissä edellytetään potilaan hyvää kohtaamista. (Eriksson ym. 2014, 7-8.)

Asiakaslähtöisyyden osa-alueella sairaanhoidajan tulee kyetä kohtaamaan asiakas oman elämänsä asiantuntijana ja aktiivisena toimijana omassa hoidossaan sekä läheisten kohtaaminen ja tukeminen asiakkaan näkemyksiä ja voimavaroja kunnioittaen. Sairaanhoidajan tulee kyetä ammatilliseen ja hoidolliseen vuorovaikutukseen eri-ikäisten asiakkaiden kanssa, ottaen huomioon asiakkaan yksilöllinen tausta. (Eriksson ym. 2014, 36.) Hoitotyön eettisyyden ja ammatillisuuden osa-alueella määritellään, että sairaanhoidaja osaa toimia työssään hoitotyön arvojen ja eettisten periaatteiden mukaisesti, jolloin lähtökohtana hoitotyölle on holistinen ihmiskäsitys (Eriksson ym. 2014, 37). Näitä eettisiä periaatteita ovat ihmisarvon kunnioittamisen periaate, hyvän tekemisen ja pahan välttämisen periaate, oikeudenmukaisuuden periaate ja perusteltavuuden periaate. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 30.) Hoitotyön arvoja ja eettisiä periaatteita tukevat myös terveydenhuoltoa ohjaavat lait ja asetukset. Sairaanhoidajan ammatillisuuteen kuuluu vuorovaikutuksen osaamisen ja kehittymisen arviointi ja eettisten ongelmien tunnistaminen ja käsittely. (Eriksson ym. 2014, 37.)

Johtamisen ja yrittäjyyden osa-alueen osaamiskuvauksessa vaaditaan oman osaamisen johtamista, työtehtävien priorisointia ja vastuuta, jotka liittyvät olennaisesti myös kohtaamiseen. Kliinisen hoitotyön ja näyttöön perustuvan ja päätöksenteon osa-alueilla sairaanhoidajan osaamiseen luetellaan kuuluvaksi hoidon tarpeen määrittely, hoidon suunnittelu, toteutus ja arviointi sekä hoidon tarpeeseen vastaaminen. Sairaanhoidajan osaamiseen kuuluvat erilaiset hoitotyön auttamismenetelmät, joista erikseen mainitaan psykososiaaliset auttamismenetel-

mät. (Eriksson ym. 2014, 38-41.) Psykososiaalisia auttamismenetelmiä kohtamiseen liittyen ovat esimerkiksi psyykinen, sosiaalinen ja henkinen tuki, vuorovaikutus, kuunteleminen ja ohjaus (Idman 2015). Kliinisen hoitotyön osaamiskuvauksissa sairaanhoitaja osaa toteuttaa parantumattomasti sairaan potilaan inhimillistä hoitotyötä ja tukea hänen läheisiään (Eriksson ym. 2014, 41).

Sairaanhoitajan osaamiseen kuuluu myös ohjaus- ja opetusosaaminen ja niiden merkityksen ymmärtäminen hoitotyössä (Eriksson 2014, 43). Sosiaali- ja terveyspalveluiden laatu ja turvallisuus osa-alueella sairaanhoitajan osaamiseen kuuluu osoittaa vastuuta hoitotyön laadusta omassa toiminnassaan, edistää ja varmistaa potilasturvallisuutta, sekä kyetä ehkäisemään, tunnistamaan ja arvioimaan laatu- poikkeamia hoitoprosessin kaikissa vaiheissa. (Eriksson 2014, 46-47). Potilasturvallisuuteen kuuluu myös potilaan sisäinen turvallisuudentunne. (Helovuo, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011, 12-13.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata kirurgisen potilaan ja hoitohenkilökunnan välistä kohtaamista kirurgisella vuodeosastolla. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa kirurgisen potilaan kokemusten pohjalta tietoa kohtaamisesta hoitohenkilökunnan kanssa, jota voidaan hyödyntää suunniteltaessa, toteutettaessa ja kehitettäessä kirurgisen potilaan hoitotyötä. Henkilökohtaisena tavoitteenamme on kehittää ammatillista osaamistamme ja nostaa esille kohtaamisen merkitys hoitotyössä.

Tutkimustehtävinä ovat:

- 1) Millaisia kokemuksia kirurgisen vuodeosaston potilailla on kohtaamisesta hoitohenkilökunnan kanssa?
- 2) Millaisia ehdotuksia potilailla on kohtaamisen kehittämiseksi?

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUSTAPA

4.1 Laadullinen tutkimusmenetelmä

Toteutimme opinnäytetyömme laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimuksen menetelmin. Laadullisella tutkimuksella pyritään joko ymmärtämään tai selittämään jotakin ilmiötä. Koska pyrkimyksenämme on ollut kuvata ihmisten kokemuksia, metodiksi valitsimme fenomenologian. Sana fenomenologia tulee kreikan kielestä ja tarkoittaa oppia ilmiöstä. Ihmistä tutkivissa tieteissä fenomenologia metodina on ymmärtämistä eli eläytymistä tutkittavien henkiseen ilmapiiriin, ajatuksiin, tunteisiin ja motiiveihin. Siinä korostuvat ihmisten kokemukset ja näkemykset. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 28; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 65 - 66, 71.) Valitsemamme tutkimusmenetelmä soveltuu tekemäämme tutkimukseen, jonka tavoitteena on kehittää hoitotyötä potilaslähtöisemmäksi. Laadullisen tutkimuksen menetelmällä pyrimme tuomaan kuuluviin potilaan aidon äänen.

Haastattelumenetelmäksi valitsimme syvähaastattelun, jossa käytetään avoimia kysymyksiä ja vain ilmiö, jota tutkitaan, on määritelty. Haastattelijoiden tehtävänä on syventää tutkimukseen osallistujien vastauksia, rakentamalla haastattelun jatko jo saatujen vastausten perusteella. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75-76.) Se, että emme ohjanneet haastattelun kulkua, antoi haastateltaville vapaamman mahdollisuuden tuoda esille juuri heille merkitykselliset asiat.

4.2 Tutkimukseen osallistujat

Tutkimusaineisto kerättiin Lapin keskussairaalan kirurgian osasto 4:n potilaita haastatteleamalla. Osasto 4 on erikoissairaanhoidon vuodeosasto, johon potilaat tulevat joko päivystyksen kautta tai suunnitellusti. Osastolla hoidetaan gastroenterologian, korva-, nenä- ja kurkkutautien, käsikirurgian, neurokirurgian, ortopedian, plastiikkakirurgian, silmäkirurgian, suukirurgian, traumatologian, urologian, verisuonikirurgian ja yleiskirurgian potilaita. Potilaspaikkoja osastolla on 62 ja hoitajavakansseja 62. Hoitajien lisäksi osastolla työskentelee mm. eri erikoisalojen lääkäreitä, fysioterapeutteja, sosiaalityöntekijä, osastosihteerejä ja laitoshuoltajia. (Lapin sairaanhoitopiiri 2016.)

Haastatteluihin osallistui kahdeksan potilasta. Tutkimukseen osallistujat valikoituivat sattumanvaraisesti. Valintaan eivät vaikuttaneet potilaan ikä, sukupuoli,

sairaalassaolon syy tai muutkaan taustatekijät. Haastateltaviksi löytyi tutkimukseen haluvia potilaita kirurgisen vuodeosaston osastonhoitajan avulla.

4.3 Tutkimusaineiston keruu

Tutkimusluvan saimme 21.11.2016. Laadimme Lapin keskussairaalan osaston 4 päiväsalin potilaiden nähtäville lyhyen ilmoituksen tutkimuksesta (liite 2), mikä mahdollisti potilaiden osallistumisen haastatteluun ilman henkilökuntaa välikätenä. Koska ilmoitus ei tuonut osallistujia, osastonhoitaja valitsi esitietoihin perehtymättä satunnaisia potilaita, joilta hän kysyi halukkuutta osallistua haastatteluun. Osalliseksi halunneet saivat laatimamme saatekirjeen (liite 3) etukäteen luettavakseen. Haastatteluja tehtiin kolmena päivänä, 1.12., 2.12. ja 21.12.2016. Kahdeksasta haastattelusta kuusi toteutettiin osastolla meille varatussa huoneessa ja kaksi potilashuoneissa potilaan sängyn äärellä. Kaikki haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina, eikä tilanteissa ollut haastateltavan ja haastattelijoiden lisäksi muita. Haastattelut nauhoitettiin, jotta pystyimme ilman häiriötekijöitä olemaan läsnä ja keskittyä kuuntelemaan potilaan kertomusta, havainnoimaan ilmeitä, eleitä ja sanatonta viestintää. Nauhoittamalla pystyimme tallettamaan haastattelut sanatarkasti ja saimme mahdollisuuden palata niihin, varmistaa sanoman, haastattelun tunnelman ja potilaan äänensävyyn (Kananen 2015, 156).

Esitimme haastateltavalle yhden kysymyksen: ”Kuvaile, miten koet tulleesi kohdatuksi sairaalassaoloaikana?” Tarvittaessa avasimme potilaalle kohtaamisen käsitettä teoriatietomme pohjalta. Haastattelun edetessä esitimme tarkentavia kysymyksiä liittyen potilaan esiin tuomiin kohtaamiskokemuksiin. Syvähaastattelussa, jotta haastattelu pysyy aiheessa, on aiheen avaaminen perusteltua, mutta muuten haastateltavan täytyy antaa puhua vapaasti (Tuomi & Sarajärvi 2009, 76). Osa haastateltavista toi esille ehdotuksia kohtaamisen kehittämiseksi kertoessaan kokemuksistaan. Haastattelun lopuksi kysyimme kuitenkin kaikilta, millaisia ehdotuksia heillä on kohtaamisen kehittämiseksi.

4.4 Tutkimusaineiston analyysi

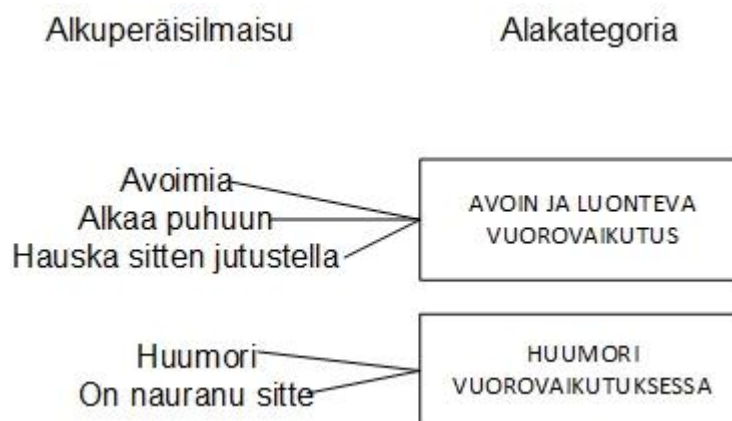
Tutkimusaineiston analyysimetodi korostuu kokemuksellisen aineiston analyysissä. Metodien kuvaaminen mahdollistaa tutkimuksen arvioinnin ja se on oleelli-

nen osa tulosten uskottavuutta. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 21.) Haastatteluaineiston sisällönanalyysin teimme induktiivisella eli aineistolähtöisellä menetelmällä. Kuuntelimme haastattelutallenteet ja litteroimme eli kirjoitimme ne auki sanasta sanaan. Luimme litteroidun aineiston useaan kertaan ja keskustelimme aineistosta ja haastatteluiden aikana tekemistämme havainnoista, jotka vaikuttavat tulokintaamme. Tutkimusaineistoa kertyi kahdeksasta haastattelusta 160 minuuttia, auki kirjoitettuna 29 sivua. Induktiivisessa sisällön analyysiprosessissa aineisto redusoidaan eli pelkistetään, klusteroidaan eli ryhmitellään ja käsitteellistetään eli abstrahoidaan. Aineiston laatu ohjasi meitä käyttämään analyysiyksikkönä lauseita ja ajatuskokonaisuuksia, joista saattoi löytyä useampikin kuin yksi merkitys. Redusoimme aineiston poimimalla sieltä ilmaiset, jotka liittyvät tutkimustehtäviimme. Esimerkiksi:

”Sehän son se huumori!”

”...hoitajille mie oon sanonu ja ne on nauranu sitte.”

Samaa tarkoittavat pelkistetyt ilmaiset ryhmiteltiin ja ryhmät nimettiin niitä kuvaavalla ilmaisulla alakategorioiksi.



Alakategoriat yhdistettiin edelleen yläkategorioiksi ja yhdistäviksi kategorioiksi. (Kuvio 1 ja Kuvio 2).



Analyysiprosessin jokaisessa vaiheessa jouduimme vielä uudelleen pohtimaan ilmaisujen sopivuutta kategoriaan, palaamaan alkuperäiseen aineistoon ja tarkistamaan ilmaisun asiayhteyttä, saadaksemme varmuuden ilmaisun oikeasta kategoriasta. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5-6.) Pelkistettyjä ilmaisuja ryhmittelimme tietokoneen näytöllä vierekkäin auki olleissa Word tiedostoissa. Välissä tulostimme ryhmittelyt ja tarkastelimme niitä kokonaisuutena. Kategorioiden muodostus osoittautui haasteelliseksi ja aikaa vieväksi, mutta mielenkiintoiseksi ja pohdintaa herättäväksi vaiheeksi. Muodostimme ja nimesimme kategorioita useaan kertaan saadaksemme ne sisältöä kuvaaviksi ja johdonmukaisiksi. Vielä tulosten kirjoitusvaiheessa palasimme useasti alkuperäisaineistoon.

4.5 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tieteellisen tutkimuksen luotettavuus ja tulosten uskottavuus ja eettisyys edellyttävät, että tutkimuksessa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä, jolle lainsäädäntö määrää rajat. Tutkimusetiikan kannalta hyviin tieteellisiin käytäntöihin katsotaan kuuluvan toimintatapoina rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus tutkimuksessa, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. Tiedonhankinnan, tutkimuksen ja arvioinnin tulee olla eettistä ja luotettavaa. Tärkeää on myös avoimuus tulosten julkaisussa, muiden tutkijoiden työn ja saavutusten huomioon ottaminen, tutkimuksen suunnittelu, toteutus ja raportointi tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaan. Tutkijaryhmän jäsenten asema, oikeudet, osuus työstä, vastuut ja velvollisuudet tulee olla määriteltynä ennen tutkimuksen alkamista. (Tutkimustieteellinen neuvottelukunta 2014; Kuula 2013, 34 - 35.)

Tutkimuksen luotettavuuskysymyksiä on pohdittava jo suunnitteluvaiheessa. Ihmisten kokemuksia tutkittaessa tutkimustilanteiden vakioiminen on haasteellista. (Kananen 2014, 145-146.) Aloitimme eettisyyden ja luotettavuuden pohdinnan jo opinnäytetyön aihetta valittaessa ja sen suunnitelmavaiheessa. Hoitotyön kehittäminen potilaslähtöisemmäksi oli toimeksiantajamme tavoite, jolloin potilaiden kohtaamiskokemusten kuuleminen oli luontevin lähtökohta. Vakioidaksemme haastattelutilanteet, pyrimme toteuttamaan ne kaikille samassa, häiriöttömässä tilassa. Kahdeksasta tutkimukseen osallistujista kahta haastattelimme potilas-huoneessa, potilaiden voinnista johtuen. Ollaksemme ohjaamatta haastateltavien vastauksia, päätimme kysyä haastattelun aluksi vain yhden kysymyksen ja haastattelun edetessä ainoastaan tarkentavia kysymyksiä potilaan kerrottua kohtaamiseen liittyviä kokemuksia. Dokumentoinnin luotettavuuden varmistamiseksi päätimme nauhoittaa haastattelut, jolloin säilytämme mahdollisuuden palata mahdollisimman autenttiseen lähdeaineistoon. Alkuperäisen aineiston säilyttäminen mahdollistaa aineiston aitouden todentamisen, mikä lisää tulosten luotettavuutta (Kananen 2014, 153).

Tietoperustaa kerätessämme perehdyimme tutkimaamme ilmiöön hyödyntäen ajankohtaisimpia tutkimuksia ja teorioita ilmiön takana. Tiedon luotettavuutta arvioidessamme pyrimme lähdekriittisyyteen. Lähdemateriaalia valitessamme kiinnitimme huomioita lähteen aitouteen, riippumattomuuteen, alkuperäisyyteen, puolueettomuuteen sekä ajankohtaisuuteen. (Kuula 2013, 69; Mäkinen 2006, 128.) Teorioita kohtaamisen takaa löytyy jopa Aristoteleen ajoilta (Pirhonen 2015, 25), joten oli perusteltua käyttää suositeltua vanhempiaakin lähteitä tutkittaessa kohtaamista ilmiönä. Tutkimuksen yleisen ja eettisen luotettavuuden varmistamiseksi, on tietolähteiden valinta ratkaisevaa. Harkitsemattomat valinnat saattavat vinouttaa tutkimusta tai ohjata sitä väärään suuntaan. (Leino - Kilpi & Välimäki 2014, 367.)

Tutkimusaineiston koostuessa potilaiden haastatteluista, asettaa se tutkijalle eettisen vastuun suojella ja kunnioittaa tutkittavan henkilön ihmisarvoa, hyvinvointia ja anonymiteettia. Ihmistä tutkittaessa häneltä täytyy olla suostumus. Hänen tulee ymmärtää tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet, käyttötarkoitus ja tutkimusmenetelmä, tutkimuksen mahdolliset hyödyt ja haitat sekä saada tietoon vastuullisen tutkijan tai tutkimusryhmän nimi ja yhteystiedot. Tutkittavalla on mahdollisuus

kieltäytyä tai keskeyttää tutkimukseen osallistuminen ilman seuraamuksia. Annoimme tiedoksi, ettemme kerää haastateltavien henkilötietoja ja hävitämme tai arkistoimme haastattelut asianmukaisesti. (WMA 2013; Mäkinen 2006, 95; Pelkonen & Louhiala 2002, 131; Henkilötietolaki 523/1999 11 §, 33 §.) Osastonhoitajan tehtävänä oli valita haastateltavat satunnaisesti ja arvioida, onko potilas kompetentti antamaan suostumuksensa haastatteluun. Olimme sopineet, että osastonhoitajan antaa haastatteluun osallistuville etukäteen luettavaksi saatekirjeen, josta käy ilmi tutkimuksen tiedot ja haastateltavan oikeudet.

Ensimmäisen päivän haastateltavat osastonhoitaja oli valinnut kysymällä osastolla olevilta hoitajilta sopivia haastateltavia. Pohdimme tämän vaikuttaneen haastateltavan anonymiteetin säilymiseen, sekä mahdollisesti potilaan avoimuuteen haastattelussa. Toista meistä opinnäytetyön tekijöistä oli pyydetty iltavuoroon osastolle, jossa haastatteluja tehtiin. Työvuoro alkoi heti haastattelujen jälkeen. Oli aiheellista ilmoittaa vuoron muille hoitajille, että syntyy eettinen ristiriita, jos tutkija hoitaa haastateltavien potilaita, joten hänet sijoitettiin moduuliin, jossa aiemmin haastateltuja potilaita ei ollut. Seuraavalle päivälle oli osaston toisesta päädyistä tiedossa haastateltava, joka ei ollut saanut saatekirjettä. Tutkija kysyi potilaan hoitajilta, voisiko joku heistä antaa saatekirjeen potilaalle luettavaksi. Tutkija sai vastaukseksi, että hänen on vietävä se itse. Vastaus aiheutti hämmennystä, koska saatekirjeen toimittamisesta oli sovittu apulaisosastonhoitajan kanssa. Tutkija vei kirjeen itse, mutta koki tehneensä väärin, koska hoitosuhdetta potilaaseen ei ollut. Seuraavana aamuna keskustelimme tapahtuneesta ja haastateltavien valinnasta osastonhoitajan kanssa. Yhdessä totesimme, että valinta täytyy tehdä niin kuin alun perin sovimme, ilman muita hoitajia välikäsinä. Jatkossa haastateltavien valinta toteutui sovitusti.

Laadullisen tutkimuksen yhtenä luotettavuuskriteerinä pidetään saturaatiota, jolla tarkoitetaan asioiden toistumista aineistossa eli kylläntymistä (Kananen 2014, 153). Olimme suunnitelleet haastattelevamme 6-8 potilasta. Kahdeksannen haastattelun jälkeen havaitsimme samojen teemojen toistuvan useissa haastatteluissa ja totesimme kylläntymispisteen jossain määrin saavutetuksi. Yksi havaintoyksikkö ei riitä kylläntymiseen (Kananen 2014, 153), mutta laadullisessa tutkimuksessa yhdelläkin kokemuksella on merkitys. Ihmisen kokemus suhteutuu hänen jo olemassa oleviin kokemuksiin. Mieli tulkitsee ja sijoittaa uudet kokemukset luoden merkityssuhteita jonkin asian, ilmiön tai objektin kanssa. Tästä syystä

jokaisen ihmisen kokemus on ainutlaatuinen, eikä ole mahdollista, että se toistuisi juuri samanlaisena. Yksilön kokemuksen voidaan kuitenkin nähdä paljastavan aina jotain yleistä, sillä yhteisön jäsenenä meille on muodostunut yhteisiä piirteitä ja merkityksiä. (Laine 2010, 29-30; Rauhala 1989, 32-38.)

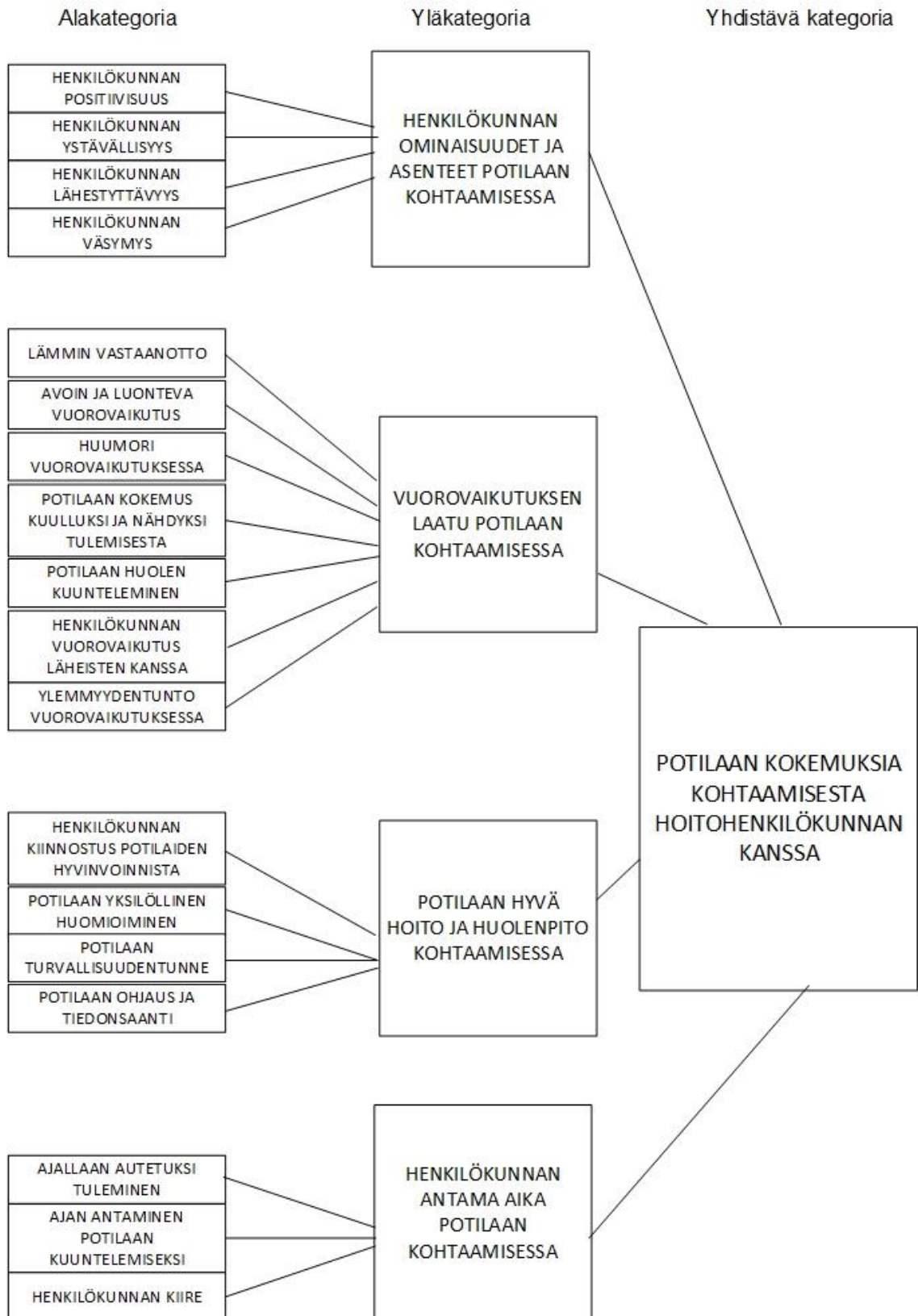
Koko opinnäytetyöprosessin ajan olemme ottaneet huomioon tulkinnan mahdollisuuden. Mahdollisuus palata alkuperäiseen nauhoitteeseen mahdollistaa äänensävyyn ja painotuksen havainnoimisen, joka on analysointivaiheessa tukenut tulkintaamme haastateltavan kokemuksesta (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73). Jokaisen haastattelun jälkeen ja haastattelujen analyysivaiheessa sekä vielä tutkimustuloksia tarkastellessamme, olemme keskustelleet tulkinnoistamme, kyseenalaistaneet niitä ja pohtineet tulkintoihimme vaikuttaneita seikkoja. Samansuuntainen tulkinta välillämme on vahvistanut analyysin ja tutkimustulosten luotettavuutta. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 10-11.)

5 TUTKIMUSTULOKSET

5.1 Potilaiden kokemuksia kohtaamisesta hoitohenkilökunnan kanssa

Potilaiden ilmauksista muodostui neljä yläkategoriaa: Henkilökunnan ominaisuudet ja asenteet potilaan kohtaamisessa, vuorovaikutuksen laatu potilaan kohtaamisessa, potilaan hyvä hoito ja huolenpito kohtaamisessa ja henkilökunnan antama aika potilaan kohtaamisessa.

Yläkategoria **henkilökunnan ominaisuudet ja asenteet potilaan kohtaamisessa** muodostui alakategorioista henkilökunnan positiivisuus, henkilökunnan ystävällisyys, henkilökunnan lähestyttävyyys ja henkilökunnan väsymys. Yläkategoria **vuorovaikutuksen laatu potilaan kohtaamisessa** muodostui alakategorioista lämmin vastaanotto, avoin ja luonteva vuorovaikutus, huumori vuorovaikutuksessa, potilaan kokemus kuulluksi ja nähdyksi tulemisesta, potilaan huolen kuunteleminen, henkilökunnan vuorovaikutus läheisten kanssa ja ylemmydentunto vuorovaikutuksessa. Yläkategoria **potilaan hyvä hoito ja huolenpito kohtaamisessa** muodostui alakategorioista potilaan yksilöllisyyden huomioiminen, henkilökunnan kiinnostus potilaiden hyvinvoinnista, potilaan turvallisuudentunne, potilaan ohjaus ja tiedonsaanti. Yläkategoria **henkilökunnan antama aika potilaan kohtaamisessa** muodostui alakategorioista ajallaan autetuksi tuleminen, ajan antaminen potilaan kuuntelemiseksi ja hoitohenkilökunnan kiire (Kuvio 1).



Kuvio 1. Kohtaamiskokemusten abstrahointikaavio.

5.1.1 Hoitohenkilökunnan ominaisuudet ja asenteet potilaan kohtaamisessa

Hoitohenkilökunnan ominaisuuksilla ja asenteella koettiin olevan vaikutuksensa potilaan kohtaamiskokemukseen. Tutkimukseen osallistuneet kuvasivat kohtaamisen ja **henkilökunnan positiivisuutta** seuraavasti:

”...kaikin puolin tää mitä tässä on niinku kokenu nii on ollu myönteistä ja asiallista.”

”...on kyllä semmonen positiivinen kokemus ollu minusta...on ollu semmonne olo, että he [hoitajat] on ollu täällä niinku minua varten.”

”...ei mulla oo mitään semmosta negatiivista jääny.”

”Kyllä täällä on ollu kauhean mukava ja hyvä...”

”Se [kohtaaminen] on ollu hyvää täällä, minun mielestäni ainaki.”

”Kaikki ollu niin iloisia, ei ole ollu semmosia nyrpeitä neniä ja muita.”

Tutkimukseen osallistuneet kuvasivat **henkilökunnan ystävällisyyttä** sanoilla iloinen, ihana, osaava ja mukava.

”Tytöt hymyilee aina ja ne on niin kovin ilosia eikä semmosta yrmeetä oo ollenkaan.”

”Ei ole ollu semmosta hoitajaa, joka olis myrskyn nielly.”

”Hoitajiin en ole pettyny missään mielessäkään. Ne on ollu todella ihania ja osaavat työnsä suhteessa kaikkeen.”

”Lääkärit on mukavia, hoitajat on mukavia ja ei oo niistä mitään sanomista.”

”...niin kyllä siellä ihan niinku mukavia, välittäviä ihmisiä tuntuu olevan töissä, että ainaki semmonen tunne itellä on siitä jääny.”

Henkilökunnan ystävällisyyttä kuvailtiin myös sanoilla kohtelias ja ystävällinen. Ystävällisyyden koettiin alentavan kynnystä lähestyä ammattilaista.

”Hirviän kohteliaita nuo kaikki, niin pojat ko tytötki.”

” Ei mulloo kenestä mitään pahaa sanottavaa. Ne on kohteliaita ja auttavaisia...”

”Nytki huomioin heti tuon, tämän nuoremman lääkäripolven, että kauhean ystävällisiä, että voi kysyä kyllä aivan reippaasti niitä ohjeita, että mitä varten ja miksikä ja tämmöstä.”

”...kaikki hoitajat niinko semmosia helposti lähestyttäviä, semmosia, ei oo yhtään ollu semmosta äksyä kokemusta...”

Osa tutkimukseen osallistuneista kuvasivat **henkilökunnan lähestyttävyyttä** sanoilla kireä, etäinen ja työkeä. Osa heistä mielsi henkilökunnan kireydellä olevan vaikutuksensa turvallisuudentunteeseen.

”...mutta on semmosia niinkö työkeitäkin, että he tietää kaikesta kaiken ja tommosta, että minun mielestä se ei kuulu sairaalahenkilökunnalle olla niin työkeä...”

”Vähäsen niinku tuntuu, että onko tää turvallista, olla tällasen ihmisen niinkun armoilla joka on hermostunut ja kireä.”

Osa tutkimukseen osallistuneista koki **henkilökunnan lähestyttävyydellä** olevan olevan suora yhteys hoidon laatuun.

”...yllätyin siitä, kun tulin tänne, että täällä on ollu näin hyvä hoito. Jotenkin oli mielikuva kuva semmonen, että vois niinku olla vähän kireämpää...”

Tutkimukseen osallistuneet kuvailivat kokemuksiaan **henkilökunnan lähestyttävyydestä** ja **väsyyksestä**. Kiukun ja kireyden he kokivat johtuvan henkilökunnan kokemasta kiireestä tai väsyyksestä. Henkilökunnan negatiivista käytöstä ei hyväksytty, joskin syitä käytöksen takaa ymmärrettiin.

”Mutta sehän on, vaikka ois kuinka väsynyt tai v-käyrä korkealla tai mitä muuta, niin ei sitä sais potilaalle näyttää.”

”Jotku ihmiset tuntuvat olevan kireämpiä kuin toiset. Se taas varmasti peilaa heidän omaa elämäntilannettaan.”

”Että siinä näkkee henkilökunnan turhautumisen. Ko se purkautuu sillai kiukulla potilasta kohtaan, kun ne ei kerkiä mihinkään.”

”Että kaks ihmistä pittää revetä joka suuntaan, olla monena, niin en yhtään ihmettele, että alkaa olla niin sanottua ammattiväsyyttä.”

”...jos jotain pyytää, niin saa murhaavan katseen ja ehkä se johtuu paljon siitä, että henkilökuntaa on vähän, että kaks henkilöä on aina vuorossa, mitä mää on nyt juteltu näitten kans, niin minusta tää on aivan hirveää.”

5.1.2 Vuorovaikutuksen laatu potilaan kohtaamisessa

Tutkimukseen osallistuneet toivat esiin kokemuksia, joissa lämmin vastaanotto, avoin ja luonteva vuorovaikutus sekä kokemus kuulluksi ja nähdyksi tulemisesta tai näiden puutteesta vaikuttivat merkittävästi kohtaamiskokemukseen. Potilaiden kokemus **lämpimästä vastaanotosta** tuli siitä, että henkilökunta toivotti tervetulleeksi, kätteli potilasta, esitteli itsensä ja toivotti hyvää huomenta.

”Täällä oli semmonen lämmin vastaanotto. Ensinnäki ku tuota heti käteltiin, se oli se kädenpuristus oli lämmin. Paras oli kun toivotettiin niin lämpimästi tervetuloa...”

”...oikein niinkö otettiin avosylin ja eikä oltu niinkö mitä sie oikein täällä teet? Eihän sua mikkään vaivaa.”

”Että on heti esitelty, jokainen on esitelty ittensä ja joka aamu huomenta, huomenta!”

Tutkimukseen osallistuneet kuvasivat, kuinka **henkilökunnan avoin ja luonteva vuorovaikutus** vaikutti sairaalassa viihtymiseen. Osa heistä kuvasi hoitohenkilökunnan iän sekä henkilökemioiden vaikuttavan vuorovaikutuksen avoimuuteen ja luontevuuteen.

”On siellä semmosia hoitajia joiden kanssa on hyvin helppo toimia ja oikein ilahtuu, kun hän tulee vuoroon. Kun tuossa on kuitenkin itekin ollu aika lailla petissä kiinni niin virikkeet on aika vähissä siinä niin ihan mukavia juttuja.”

”Ovat avoimia ihmisiä, saattavat alkaa puhuun jos heille puhuu. Voidaan puhua mistä vaan, vähän vitsaillakin ja niin pois päin.”

”Pääasiassa nuoremmat ihmiset tuntuu olevan ehkä avoimempia. Ei oo niin rutinoituneet niihin hommiinsa, että heidän kanssa on hauska sitten jututella...”

”Enkä nyt sano, että kaikki vanhemmat hoitajat olis niitä kireitä ja etäisiä ja muuta mutta.”

”Joittenki ihmisten kans tulee paremmin toimeen ku toisten, sehän on sellasta ihmisten kanssa kanssakäymistä.”

Huumori vuorovaikutuksessa potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä tai huonekaverien kesken tuli esille positiivisina kokemuksina. Tutkimukseen osallistuneet kuvasivat kuinka mahdollisuus jutella ja nauraa huonetoverin kanssa koettiin myös vaikuttavan sairaalassa viihtymiseen.

”Sehän son se huumori!”

”Sano se hoitajaki ku höpötettiin huonekaverin kans ja naurettiin ummet ja lammet, että jatkakaa, tämä on mukavaa olla töissä, kun täälä on tämmösiä [potilaita].”

”...hoitajille mie oon sanonu ja ne on nauranu sitte.”

”...se on tärkeää se, että minkälainen sattuu huonekaveri. Ehottomasti että miten täälä viihtyy, miten täälä saa ajan kulumaan. Se on tuiki tärkeää sen mitä mie oon täälä kokenu. Mullon ollu niin ihana täälä ko vaikka mullon vaihtunu tää porukka. On saanu raatata. On ollu raatikaveria.”

”...on saanu puhua itse kukanenki omista vaivoistaan.”

Tutkimukseen osallistuneet kuvasivat kokemuksiaan **kuulluksi ja nähdyksi tulemisesta**. Kohtaamisen koettiin toteutuvan hyvin, kun potilas tuli ymmärretyksi, sai vastauksen tai apua sitä pyydettyään.

”...ei sole ko pyytää näiltä hoitureilta niin kyllä ne on valppaita auttamaan...”

”...minä oon ymmärtäny ja ne on ilmeisesti kans ettei oo ollu mitään semmosia vaikeuksia...”

Osa tutkimukseen osallistuneista kuvasi, kuinka **kuulluksi ja nähdyksi tulemista** ei tapahtunut. He kuvasivat, että tulivat torjutuksi elein ja ilmein tai jos eivät saaneet apua. Ohitetuksi tulemisen kokemus tuli siitä, ettei potilaan asiaa otettu tosissaan, kun sitä ei ollut kirjattu tai hoitaja ei tullut enää, vaikka oli tietoinen potilaan tarpeesta tulla kuulluksi. Tutkimukseen osallistuneet kuvasivat, kuinka toivoivat kuulluksi ja nähdyksi tulemistä, että olisi kuunneltu edes hetki eikä siirretty asian kuuntelemista jollekin toiselle.

”...jos jotain pyytää, niin saa murhaavan katseen...”

”Kerroin että ei kärsi [ruoka-aine]. Vastaus että ei papereissa lue. Olen sanonu kymmenen kertaa!”

”...ko se [hoitaja] sano näin, että tuota [psykiatrinen sairaanhoitaja] on olemassa täällä, että jos haluat puhua, purkaa, mutta valitettavasti heillä ei ole aikaa sillä lailla. He vain ovat tässä ja käyvät niinkö hoitamassa...hän hää-räs tuossa, että tavallaan niinku torjui näin, niinku siinä tilanteessa...sitä [hoitajaa] ei sitte näkyny enää koko päivänä...mie märisin sille [hoitajalle] niin nyt se ei uskalla tulla tänne...”

”...mie koin sen, että hoitajat ovat niinkö he eivät tietäskään mittään.”

”...sen pienen hetken...ei semmosta kiirettä ole, ettet jaksais kuunnella toista edes hetken...”

Osa tutkimukseen osallistuneista kuvasi, etteivät tulleet **kuulluksi ja nähdyksi** ja kohdatuiksi ihmisinä hoitotoimenpiteen aikana.

”Jotku hoitajat toimii vähän niinku konemaisesti, että nyt hoijetaan nämä hommat, että pam pam pam pois. Ei siinä ole niinkään sitä kohtaamista niin paljon.”

”...on ollu välillä vähän neulatyynymäinen olo...”

Tutkimukseen osallistuneet kuvasivat, kuinka kokemus **potilaan huolen kuuntelemisesta** toi kokemuksen kohdatuksi ja autetuksi tulemisesta.

”...sitte hoitaja siinä kuunteli, ku mie sanoin...”

”Sain hälleki sitte märetyä tätä juttuani. Joku oli, joka kuunteli. Kuunteli ja näki kun mulla oli punaset silmät siinä.”

”...että no okei ja juteltiin näitä asioit, niin siinä mulla sitten helpotti se tilanne. Että elikkä sain kuitenkin jonku, jolle mie sain tavallaan purkaa sen oman...”

”Mutta mulla karisi pois pelot, ko keskusteltiin.”

”Hoitoon oon ollu tyytyväinen sitten kun on päässyt keskustelemaan.”

Tutkimukseen osallistuneet kokivat **henkilökunnan vuorovaikutuksen läheisten kanssa** ja läheisten huomioimisen hyvänä asiana.

”...sano että joo tämä siks juuri onki sinulle et jos perhe tulee, niin saat olla vapaasti.”

”...ne oli vain että ei ole vielä tuotu osastolle ja tuota soittakaahan vaikka tunnin päästä uuestaan ettei tartte turhaan lähtiä tänne ajamaan...Hälleki oli puhelimesta oltu niin, toivotettu vaan että tervetuloa katsomaan.”

”Lääkäri kun tuossa kävi, niin otti [puolison] huomioon heti hienosti.”

Tutkimukseen osallistuneiden kokemusten mukaan vuorovaikutuksen laadussa on eroa eri ammattiryhmien välillä. He kuvasivat, kuinka **ylemmydentunto vuorovaikutustilanteissa** ja asioiden sanominen harkitsemattomasti teki kohtaamisesta jopa järkyttävän.

”Potilasta ei ehkä huomioida ja on vähän niin ku, no lääkäreitä on monenlaisia, siellä käyskennellään, lauotaan joskus vähän harkitsemattomastikin asioita ja sitten kun kysytään eikä osata vastata niin ne kohtaamiset ei oo ollu mun mielestä kovin sujuvia suurin osa. Hoitajien kanssa paremminki.”

”Täällä on vähän niinku lääkäreiden fiilisten armoilla potilaat. Ehkä vois lääkärinkin harjotella sitä viestintää ja kuinka keskustellaan potilaalle.”

”...minulle vain sanottiin, että sulla on syöpä. Ja sitte tuota seuraavana päivänä tultiin sanomaan, että sulla ei oo syöpää. Kerkesin kotiin soittaa ja sielöhän oli aivan järkytys. Että minä kai järkytyin ku [omainen] oli järkyttyny. Se sano, että ko [toisella paikkakunnalla] sanottiin samalla lailla. Ni sano, että hän on nytte kaks kertaa käsitelly nuu, että niinku minä kuolisin. Että ei se oo minusta kiva, että nuin suoraan sanotaan. Että jotenki nätimmästi vois sanoa kyllä. Että siinä niinkö järkyttyi iteki ja kaikki sukulaiset.”

”se [lääkäri] vaan sano ihan ko mitään ois ollukaan. Se oli yhtä tyly. Ei siinä sen kummempia puhuttu...”

”...täällä on niinkun lääkärillä semmonen aika suuri valta ja et he voi tehdä vähän niinku huvittaa...”

5.1.3 Potilaan hyvä hoito ja huolenpito kohtaamisessa

Tutkimukseen osallistuneet kuvasivat **henkilökunnan kiinnostusta potilaiden hyvinvoinnista**. Aktiivinen huomio ja huolenpito tuntuivat potilaista hyvältä ja ne liitettiin kokemukseen hyvästä hoidosta.

”...käytiin seuraamassa ja kyselemässä...että miten voit...se minua niinkö lämmitti kaikista eniten, että herranjestas täällähän huomioidaan.”

”Täällä hyvin tuota ainakin hoiettaan ja käyään kysymässä, jos jotakin on.”

”Aina tultu kysymään, että mites täällä ja mites täällä ja jos tarvit jotaki niin soittakaa...Ja on tullu.”

"...vähän väliä käytiin kysymässä, että minkälainen vointi on, että ei jätetty yksin tähän pettiin."

"Tuntee että täällä pietään huolta."

"Se on vaan se hyvä tunne, että kaikki on okei. Eiks se riitä?"

Osa tutkimukseen osallistuneista kuvasi, kuinka avun saaminen ja kuulluksi tuleminen vaatii rohkeutta.

"Täällä hyvin tuota ainakin hoiettaan ja käyään kysymässä, jos jotakin on. Kato se riippuu itestäkin, kello on tuossa, saa soittaa ja pyytää apua."

"...minäkö oon jo tottunu tähän sairaalassa käyntiin niin uskallan sanoa, jos mulla on asiaa."

Tutkimukseen osallistuneet kuvasivat, kuinka **potilaan yksilöllinen huomioiminen** tuntui erityisen hyvältä.

"...siinä oli niitä nuorempia [lääkäreitä], sitten näitä oli kaksi ja kävivät oikein henkilökohtaisesti jututtamassa."

"Tuntu [huomioiminen hyvältä]. Ja varmaan monen muunki potilaan mielestä, ko huomataan, että täällä välitetään potilaasta. Että se ei oo vaan se yks pelinappula joka käyään tökkimässä välillä..."

"Lääkärin kierroksessa tuossa oli näin niin lääkäri tuumas, että onpas täällä pirteä [potilas] ja niin nauravainen. Ei ollu mittään ko joskus ne on ollu että on niin totisia. Tuntu tosi hyvältä, kun iteki tunsin, etten minä oo vaan tuola sängyn pohjalla niinku maani myyny."

"En minä semmosta huomiota hae, mutta on huomioitu. Ei voi olla ko tyytyväinen."

"...on ollu semmonne olo, että he [hoitajat] on ollu täällä niinku minua varten."

Osa tutkimukseen osallistuneista kuvasi potilaiden yksilöllisen, sisäisen ja ulkoisen tarpeen huomioimista. **Potilaan turvallisuudentunteeseen vaikuttaneita asioita** tutkimukseen osallistuneet kuvasivat seuraavasti:

"Ko on [ruoka] tuotu, niin ne on, että pystyykö ite ottamaan ja ettei ole vain että pukataan ruoka tuohon että ota. Heti on ollu siinä että, otettu huomioon pystyykö ite ottaan."

”On kysytty, että vieläkö sie pelkää ja jännität. Se oli niin rauhallinen ja minut otettiin koko ajan huomioon siinä.”

”Lääkäri sano, että siinä son, että päästääkö hän sinut kotia...Sanoin että mie oon päättäny mielessäni, että mie oon sinne maanantaille, että paraneepi kunnolla tämä ja mie sanon, että minun ei tarvi sielä kotona hermoilla...Son varma, että ku mie oon täälä niin saan olla rauhassa täälä mieleltäni.”

”Esimerkiksi tuo ko vessassa käytiin, ni hän, että hän mennee tuohon oven taa. Mie että ei tartte mennä, että voipi olla täälä että minä kyllä voin tehdä toimintoni nii että voipi olla. Siinäki huomattii että jos olis sattunu semmonen ko on semmosia ihmisiä jotka ei voi tehdä mittää tarpeitansa jos on joku viressä kattomassa. Oli niinkö semmonen turvallinen olo, että minua ei jätetä yksin siihen.”

”...hoitajat minusta kävi niinkö kauhean tiheään sitte silloin ensimmäisenä päivänä varsinkin, ko mie olin kipeä, että tuli semmoinen turvallinen olo, että pitivät niinkö huolta sitte siinä kohtaa...ja semmosia ylimääräisiä tarkistuskäyntejäkin siinä oli sitte useampi...”

”Aina vähän väliä käyty kysymässä ja viime yönäki ko naapuria kävi tuossa, niin joka kerta kysy minultakin ko näki, että minä käväsen herällään. ’Onko kipuja?’ Nii että koko ajan niinku huolehti. Tunsin että minä olen turvallisissa käsissä.”

Tutkimukseen osallistuneet kuvasivat, kuinka riittävä **potilaan ohjaus ja tiedon-
saanti** lisäsivät turvallisuudentunnetta ja kokemusta hoitohenkilökunnan huolen-
pidosta.

”...hoitaja...opasti kaikki, että mistä löytyy niinkö kaikki vessat ja mihin saa omat vaatteni laittaa ja kaikki ne hälytysjärjestelmät ja kerto sitte niinkö, että mitä seuraavaksi tapahtuu... että pitivät niinkö huolta...”

”Mulle on selvitetty niin kaikki, ennen leikkausta ja nyt sitte fysioterapeutti kävi. Niin se selvitti niin juurta jaksan, vaikka kirjoissa ja nuissa on ollu, jotka mie oon saanu etukätteen, niin joka asia on käyty läpi, ettei varmaan mittään jääny niinkö hataraksi.”

”...jos on jotakin pyytänyt, niin aina on sanottu, että otanpa selvää ja tuun sulle kerton sitte...”

”Ja se että mieki kysyin lääkäriltä, ja mie sain lääkäriltä vastauksen.”

Ohjauksen tai tiedonsaannin jäädessä puutteelliseksi, tutkimukseen osallistuneet kuvasivat kohtaamisen sujumattomuutta. Tutkimukseen osallistuneet kuvasivat ohjauksen ja tiedonsaannin puutteesta aiheutuneen käytännön ongelmia, epävarmuutta ja väärinkäsityksiä.

”...ja sitten kun kysytään, eikä osata vastata niin ne kohtaamiset ei oo ollu mun mielestä kovin sujuvia suurin osa.”

”...eikä ees neuvonu, että miten tän alusastian kans homma pitäis hoitaa, että kyllä se siitä, anna mennä vain. Hankala tilanne ainaki itelle oli se. Olis voinu ohjeistaa, että miten tää nyt kannattais tehdä kun itellä ei siitä kokemusta ole...”

”...jotenki mie ite tykkäisin, että ko otetaan verikokeita, niin niitä ei tarvi niinku nyhtää sitä tietoa...tultais niinkö kerton se ilman kysymättä, että vastaukset oli tämmöset.”

”...lääkärihän täällä ei tiä minun hommasta hölökäsenpölläystä, ko ne on erikoistunu jonnekki [erikoisala]...”

”...[erikoislääkäri] ei osannu siitä hoidosta sitte mitään sanoa...siinä vain pitäis löytää se [hoidosta vastaava erikoislääkäri] sitte kertomaan, että nää hommat menee niinku näin.”

”...vihjastiin että saatan päästä kotiinki siinä, mutta ei suinkaan, ei siitä ollu kysymys...pettymys siinä saattaa tulla, kun kuvittelee pääsevänsä kotiin ja ei pääsekään.”

5.1.4 Henkilökunnan antama aika potilaan kohtaamisessa

Tutkimukseen osallistuneet kuvasivat kokemuksiaan **ajallaan autetuksi tulemisesta** seuraavasti:

”...heti ku tulin ilmoittautuun siihen osastosihteerille, niin sieltä sitten heti tuli hoitaja kyllä, joka otti minut vastaan...sieltä löyty se vuodepaikka heti ja sitte tuota hän minut sinne saatteli ja järjesteli kaikki niinku asiat sitte niin että pääsin heti leppäämään...siinä aika äkkiä tuli jo toinen hoitaja joka alotti...”

”...jouhevoitunut, sanotaan näin, että potilaan ei tarvi oottaa...”

”...oon saanu kipulääkettä silloin kun oon tarvinnu. Mutta siinä on saattanu mennä puolikin tuntia ennen kuin tuli.”

”Siinä vain joutuu tyytymään siihen, että ne tuopi sen, että kyllä ne varmaan muistaa sen, mutta kun on niin kiire.”

Osa tutkimukseen osallistuneista kuvasi, kuinka hoitosuunnitelman useiden päivien odottaminen vaikutti **ajallaan autetuksi tulemiseen**.

”...miten tätä hallinnoidaan tää sirkus? ...siinä vaiheessa kun oli kipeämpi, tuntu ehkä vähän niinkun erikoiselta se toiminta. Täällä pötkötellään ja ootellaan että lääkärit tulee paikalle joka aamu ja sitte tuota jotku niistä osaa jotaki sanoa, jotku ei osaa sanoa. Eletään vuorokaus kerrallaan, kunnes tulee ehkä joskus viikon päästä joku joka osaa oikeesti sanoa mitä nyt tapahtuu seuraavaksi tai mikä se niinku on se hoitosuunnitelma... oliko neljäs vai viides päivä kun [erikoislääkäri] kerto että näin tehään...”

Tutkimukseen osallistuneet kuvasivat **ajan antamista potilaan kuuntelemiseksi** ja kiireettömyyden tuntua.

”...tosi paljon niillä on aikaa ja pysähtyvät kuuntelemaan...”

”Jotenki tuntu, että ei ollu näillä hoitajilla kiire, vaikka varmaan oli muttei näyttäny. Ei näkyny, että heillä on kiire. Jouti sen muutaman sanan minun kans.”

”...voi se kiirekin kauhean helposti sitten näkyä siinä käyttäytymisessä, niin ei oo mitään semmoista ollu.”

Osa tutkimukseen osallistuneita koki, että ajan saaminen vaatii potilaalta rohkeutta pyytää.

”mie aina sanon, että kuuntele nyt mitä mie sanon...kyllä siihen apua saa ko pyytää.”

Tutkimukseen osallistuneet kuvasivat **henkilökunnan kiireen** johtuvan henkilökunnan vähyydestä, mutta kiireestä huolimatta osa hoitajista onnistui luomaan kiireettömän tunnelman, jolloin kohtaamisen koettiin onnistuneen ja hoito koettiin hyväksi. Tutkimukseen osallistuneiden kokemuksissa kiireen kuvattiin tekevän hoitajista kireitä, stressaantuneita ja väsyneitä, jolloin kiire vaikutti kohtaamiskokemukseen ja potilaan turvallisuudentunteeseen.

”...kyllähän ne tuossa suihkaa menemään, mutta ei näy siinä niinku, että miten ne minut sitte tai sitä minun asiaa hoitaa...”

”Huone se ja se ja sinnekin tarvis jotain apua ja tuommosta. Niin mie että herrajumala, ei kunnolla keretä hoitaan yhtä potilasta, ku juostaan jo toista hoitamaan.”

”...että ajetaan piippuun vähäinenki henkilökunta mikä on töissä...”

”...selkänahasta on revitty aina, mitä vähemmällä henkilökunnalla niin sen parempi. Mutta ei aatella sitte sitä henkilökunnan jaksamista...kauheaa ressiä aina, että pitää joka paikkaan ehtiä, mitään ei saa jättää tekemättä...”

”Kireys ja kiire näyttäytyy yöaikaan. Muuten on porukkaa ihan riittävästi.”

Tutkimukseen osallistuneet kuvasivat, kuinka kokivat hoitajan vedonneen kiireeseen. Osan tutkimukseen osallistuneista kokemus oli, että kiirettä käytettiin verukkeena, kun ei haluttu kuunnella tai hoitaja koki muun hoitotyön kuuntelua tärkeämmäksi.

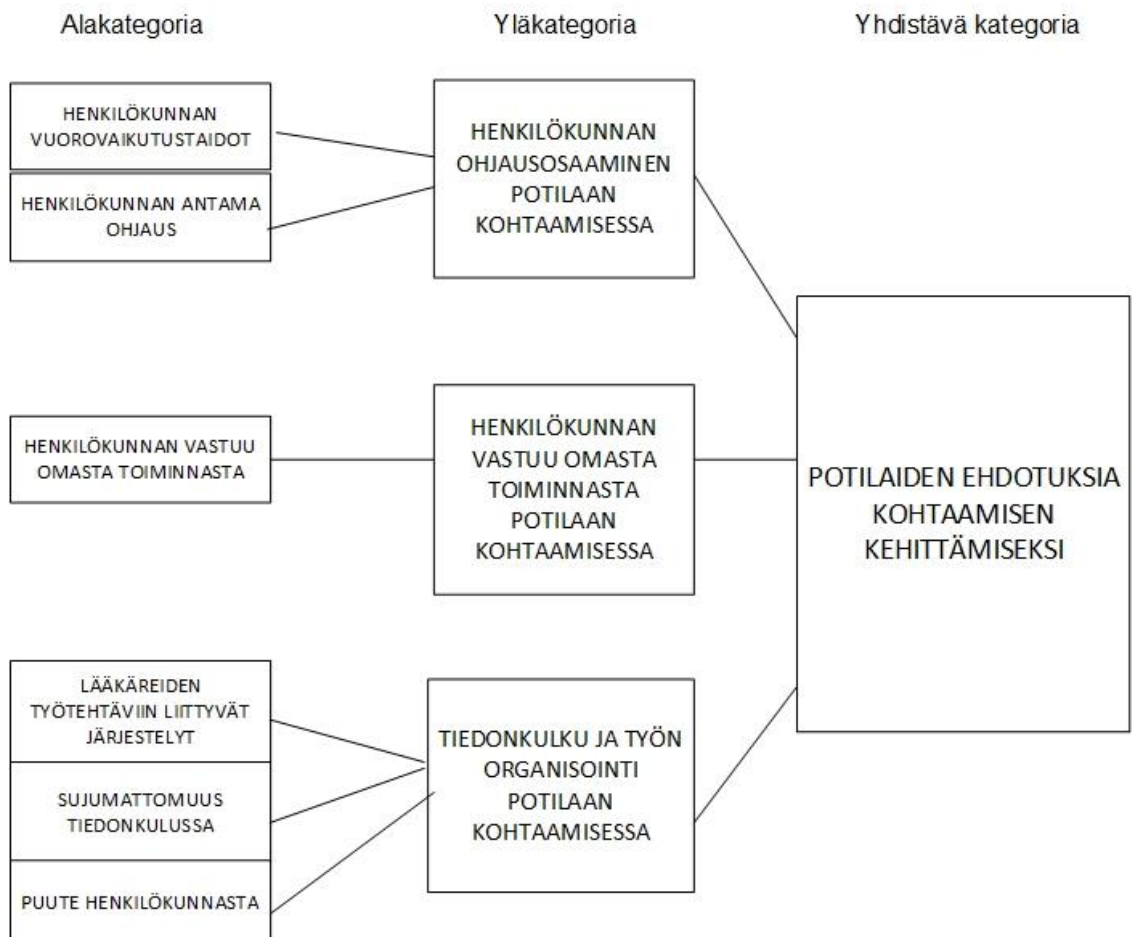
”...että heillä ei ole niinku aikaa [kuunnella] ja he vain tässä pyörähtävät ja näin pois päin.”

”He vain ovat tässä ja käyvät niinkö hoitamassa. Että kun kello soi niin sillan mennään.”

5.2 Potilaiden ehdotuksia kohtaamisen kehittämiseksi

Potilaiden ehdotuksista kohtaamisen kehittämiseksi muodostui kolme yläkategoriaa: Henkilökunnan ohjausosaaminen potilaan kohtaamisessa, henkilökunnan vastuu omasta toiminnasta potilaan kohtaamisessa ja tiedonkulku ja työn organisointi potilaan kohtaamisessa.

Henkilökunnan ohjausosaaminen potilaan kohtaamisessa muodostui alakategorioista henkilökunnan antama ohjaus ja henkilökunnan vuorovaikutus. **Henkilökunnan vastuu omasta toiminnasta** pysyi omana kategorianaan. **Tiedonkulku ja työn organisointi potilaan kohtaamisessa** yläkategoria muodostui alakategorioista sujumattomuus tiedonkulussa, lääkäreiden työtehtäviin liittyvät järjestelyt ja puute henkilökunnasta (Kuvio 2).



Kuvio 2. Kehitysehdotusten abstrahointikaavio.

5.2.1 Henkilökunnan ohjausosaaminen potilaan kohtaamisessa

Tutkimukseen osallistuneet toivovat kehitystä **henkilökunnan vuorovaikutustaitoihin**. He odottavat vuorovaikutukseen ja kohtaamiseen ammatillisuutta. He toivovat, että hoitohenkilökunnan väsymys tai negatiivinen mielentila ei näkyisi kanssakäymisessä. Kehitysehdotuksena tutkimukseen osallistuneet esittivät lisää hymyilyä ja vuorovaikutukseen liittyvää koskettamista esimerkiksi halamalla.

”Mutta sehän on, vaikka ois kuinka väsynyt tai v-käyrä korkealla tai mitä muuta, niin ei sitä sais potilaalle näyttää.”

”...on semmosia niinkö töykeitäkin, että he tietää kaikesta kaiken ja tomosta. Että minun mielestä se ei kuulu sairaalahenkilökunnalle olla niin töykeä...”

”Ja enempi saaha hymyä ja vaikka halin joskus sillon tällön, sekin auttaa joskus.”

Vuorovaikutustaitojen harjoittelemista ehdotettiin erityisesti lääkäreille. Tutkimukseen osallistuneet kuvasivat, kuinka he toivovat lääkäreiltä valmistautumista sekä enemmän harkintaa, kohteliaisuutta ja potilaan tunteiden huomioimista vuorovaikutustilanteisiin.

”Ehkä vois lääkäritkin harjotella sitä viestintää ja kuinka keskustellaan potilaalle ja ottaisivat selvää asioista ku alkaa siinä paikan päällä lukemaan papereita ja arvailla.”

”Potilasta ei ehkä huomioida ja on vähän niin ku, no lääkäreitä on monenlaisia, siellä käyskennellään, lautaan joskus vähän harkitsemattomastikin asioita ja sitten kun kysytään eikä osata vastata niin ne kohtaamiset ei oo ollu mun mielestä kovin sujuvia suurin osa. Hoitajien kanssa paremminki.”

”...minulle vain sanottiin, että sulla on syöpä. Ja sitte tuota seuraavana päivänä tultiin sanomaan, että sulla ei oo syöpää. Kerkesin kotiin soittaa ja sielähän oli aivan järkytys. Että minä kai järkytyin ku [omainen] oli järkyttyny. Se sano, että ko [toisella paikkakunnalla] sanottiin samalla lailla. Ni sano, että hän on nytte kaks kertaa käsitelty nuo, että niinku minä kuolisin. Että ei se oo minusta kiva, että nuin suoraan sanotaan. Että jotenki nätimmästi vois sanoa kyllä. Että siinä niinkö järkyttyy iteki ja kaikki sukulaiset.”

”se [lääkäri] vaan sano ihan ko mitään ois ollukaan. Se oli yhtä tyly. Ei siinä sen kummempia puhuttu...”

Osa tutkimukseen osallistuneista kuvasi jääneensä ilman ohjausta hankalaksi kokemassaan tilanteessa. Kehitysehdotuksena **henkilökunnan antamaan ohjaukseen** tutkimukseen osallistuneet esittivät kokemattomalle työntekijälle kokeenemmalta ihmiseltä kysymistä, jotta potilas saisi asiallisen ohjauksen.

”...eikä ees neuvonu, että miten tän alusastian kans homma pitäis hoitaa, että kyllä se siitä, anna mennä vain. Hankala tilanne ainaki itelle oli se. Olis voinu ohjeistaa, että miten tää nyt kannattais tehdä kun itellä ei siitä kokemusta ole...ei hänelläkään ollu siitä kokemusta että miten se tehään. Ehkä joku valistuneempi ihminen ois voinu kertoa miten se kannattaa suorittaa...”

5.2.2 Henkilökunnan vastuu omasta toiminnasta potilaan kohtaamisessa

Osa tutkimukseen osallistuneista toivoi **henkilökunnalta vastuun ottamista omasta toiminnastaan** ja uskallusta kohdata potilaan vaikeasta tilanteesta huolimatta. Tutkimukseen osallistunut oli kokenut tulleen torjutuksi kuulluksi tulemiselle, vaikka hoitaja oli ollut fyysisesti läsnä. Hänelle tarjottiin psykiatrista sairaanhoitajaa, vaikka hänelle olisi riittänyt, että paikalla oleva hoitaja olisi kuunnellut pienen hetken. Hän koki, että paikalla ollut hoitaja, kiireeseen vedoten, siirsi vastuun pois itseltään.

”Siinä mielessä kuitenkin ko se [hoitaja] sano näin että [psykiatrinen sairaanhoitaja] on olemassa täällä, että jos haluat puhua, purkaa, mutta valitettavasti heillä ei ole aikaa sillälailla. He vain ovat tässä ja käyvät niinkö hoitamassa. Että kun kello soi niin sillon mennään...No ehkä sen pienen hetken [toivoi että olisi kuunnellut]...että ei semmosta kiirettä ole, ettet jaksais kuunnella toista edes hetken. Siinä mielessä mie, ko hän häärs tuossa, että tavallaan niinku torjui näin, niinku siinä tilanteessa.”

”...sitä [hoitajaa] ei sitte näkyny enää koko päivänä...mie märisin sille [hoitajalle] niin nyt se ei uskalla tulla tänne, että sillä tullee itelläki itku siinä.”

Tutkimukseen osallistuneet kuvasivat **henkilökunnan vastuun ottamista omasta toiminnastaan** myös seuraavasti:

”Kerroin että ei kärsi [ruoka-aine]. Vastaus että ei papereissa lue. Olen sanonu kymmenen kertaa!”

”...mie koin sen, että hoitajat ovat niinkö he eivät tietäskään mitään.”

5.2.3 Tiedonkulku ja työn organisointi potilaan kohtaamisessa

Tutkimukseen osallistuneet kuvasivat, kuinka **lääkäreiden työtehtäviin liittyvillä järjestelyillä ja tiedonkulun sujumattomuudella** oli vaikutuksensa potilaiden kokemuksiin. Potilaat ihmettelivät miksi hoitosuunnitelmaa ja oman erikoisalan lääkäriä täytyi odottaa kohtuuttomiakin aikoja. Kehittämisehdotuksena esitettiin oman erikoisalan lääkärin ohjeiden ja hoitosuunnitelman saamista mahdollisimman nopeasti.

”Hyvää hoitoa, ihmettelen vaan, että miten tää sairaala toimii. Täällä on tämänönen, lääkäreiden, ilmeisesti itse määrittämä hallintomalli, joka on niinku ehkä...siinä vois olla hiomisen varaa. Johtamisessa, tän sairaalan johtamisessa...siinä vaiheessa, kun oli kipeämpi, tuntu ehkä vähän niinkun erikoiselta se toiminta. Täällä pötkötellään ja ootellaan että lääkärit tulee paikalle joka aamu ja sitte tuota jotku niistä osaa jotaki sanoa, jotku ei osaa sanoa. Eletään vuorokaus kerrallaan, kunnes tulee ehkä joskus viikon päästä joku joka osaa oikeesti sanoa mitä nyt tapahtuu seuraavaksi tai mikä se niinku on se hoitosuunnitelma... oliko neljäs vai viides päivä kun [erikoislääkäri] kerto että näin tehdään...Ois niinku se mun mielestä potilaalle ainaki joka täällä pitempään on, semmonen aika hyvä niinku lähtökohta alkaa sitte parantumaan. Et ne asiat ois niinku selviä.”

”...lääkärithän täällä ei tiä minun hommasta hölökäsenpölläystä, ko ne on erikoistunu jonnekki [erikoisala]...”

”...[erikoislääkäri] ei osannu siitä hoidosta sitte mitään sanoa...siinä vain pitäis löytää se [erikoislääkäri] sitte kertomaan, että nää hommat menee niinku näin.”

”...jotenki mie ite tykkäisin että ko otetaan verikokeita, niin niitä ei tarvi niinku nyhtää sitä tietoa...et sitte tultais niinkö kerton se ilman kysymättä...[oman erikoisalan lääkäri] ei oo siinä kierrolla ollu, voi olla että sen takia minä en oo saanu niitä vastauksia, että ehkä ne ois siinä tullu kerrottua...Et minä oon sitte ite kyselly ne asiat...semmosta oisin toivonu. Mutta ku en tiä miten nää käytännöt täällä toimii...”

Tutkimukseen osallistuneet kuvasivat sairaalan eri yksiköiden välisen **tiedonkulun sujuvuuden** ongelmia.

”...olen pettyny ko sois pitäny heti niitten tajuta se systeemi, ettäkö mie kuus viikkoa olin ja soli koko ajan tuossa se [vaiva] eikä se siitä kummentunu miksikään. Ja vaikka minä ravasin tuola päivystyksessä, niin kukkaan ei sitä esittäny että no jos kuitenkin. Vastako tulin tälle lopputarkastus käynnille niin sitte se sano lääkäri, että no kuus viikkoako se on ollu...näyttää että sie

oot päivystyksessä käyny monta kertaa...Sillälaila olin vähän niinkö pettyny tähän systeemiin...minusta on aivan järkyttävää että [päivystyksessä] lääkäri ei tee yhtään mittään."

Tutkimukseen osallistuneet kuvasivat **henkilökunnan puutetta**. Osa tutkimukseen osallistuneista koki vuorossa olevien hoitajien määrän vaikuttavan hoitajien jaksamiseen, potilaan turvallisuuden tunteeseen ja siihen, ettei hoitajalla ollut aikaa kuunnella potilasta. Kehitysehdotuksena oli henkilökunnan määrän lisääminen ja omahoitajamalli. Hoitajamäärästä päättäviä henkilöitä esitettiin osallistumaan hoitotyöhön.

"...selkänahasta on revitty aina, mitä vähemmällä henkilökunnalla niin sen parempi. Mutta ei aatella sitte sitä henkilökunnan jaksamista...kauheaa ressiä aina, että pitää joka paikkaan ehtiä, mitään ei saa jättää tekemättä..."

"...vois kyllä tuota niin enempi henkilökuntaa palakata...sais kaikki potilaat asiallisen hoion...Että potilaat tuntee olonsa turvalliseksi ja tuommosta...niinko pitäis olla potilaan oma hoitaja, että olis sillä hoitajalla aikaa enemmän keskustella potilaan kanssa ja tuommosta. Sekin auttais monta potilasta ko joku välittäis ja juttelis hänen sairaudestaan...Että siinä pääsee niinkö enempi potilaan kanssa sinuiksi, ko ois enempi henkilökuntaa, että ne pystyis syventymään potilaaseen."

"...voiko täällä Suomessa olla tämmöstä ja kumminki kuinka paljon henkilökuntaa ja sairaalahenkilökuntaa on ja on työttömänä ja tuommosta niin näistä vähäisistäkin sitte vähennetään vielä. Tuntuu aivan hirveältä, kohta uskalla sairastuakaan."

"...että ajetaan piippuun vähäinenki henkilökunta mikä on töissä. Että pitäis panna jotka päättäneet näitä niin tekkeen muutaman työvuoron, johan mekin voiaan kynällä ja paperilla tehä ja suunnitella. Ja se on eri juttu kuka sen toteuttaa sitte."

Osa tutkimukseen osallistuneista koki hoitajien kiireen näkyvän ennen kaikkea yöaikaan. Yövuoron hoitajan valintaan ehdotettiin luonteenlaadun huomioimista.

"Kireys ja kiire näyttäytyy yöaikaan. Muuten on porukkaa ihan riittävästi."

"Yöllä joskus on pantu tätä tippaa ni jos ei oo saatu menemään niin on ollu välillä vähän neulatyynymäinen olo että on saatu se sitte onnistuu ja sitte kun emmä tiä kuinka monta hoitajaa siillon töissä mutta hirvee kiirehän siellä tuntuu olevan. Ehkä jotkut ihmiset osaa ottaa sen rauhallisemmin ettei ne niin ala hätiköimään vaan toimii rauhallisemmin, että ehkä niihinki vois mieltä sitä että keitä yöhoitajaksi ottaa ja ketä ei. Luonteenlaatua."

6 TULOSTEN TARKASTELUA

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata, millaisia kokemuksia kirurgisen vuodeosaston potilailla on kohtaamisesta hoitohenkilökunnan kanssa ja millaisia ehdotuksia heillä on kohtaamisen kehittämiseksi. Kohtaamista on tutkittu jo vuosikymmeniä erilaisissa hoitoalan yksiköissä. Peilataksemme tutkimustuloksiamme, emme rajanneet tutkimuksia vain kirurgisen vuodeosaston ympäristössä tehtyihin kohtaamista käsitteleviin tutkimuksiin. Kohtaamisen edellytykset ja siihen vaikuttavat tekijät pysyvät kontekstista riippumatta samoina. Tutkimustuloksistamme löytyi huomattavan paljon samankaltaisuuksia aiemmin tehtyjen tutkimusten tulosten kanssa.

Tutkimustuloksissamme henkilökunnan ominaisuudet, asenteet ja vuorovaikutustaidot vaikuttivat merkittävästi potilaiden kohtaamiskokemukseen. Potilaat kokivat kohtaamiset positiivisina silloin, kun he mielsivät hoitohenkilön mukavaksi ja käytöksen ystävälliseksi. Ystävällinen käytös madalsi kynnystä lähestyä henkilökuntaa. Tämä on tuotu esille myös aiemmissa tutkimuksissa (Järnström 2011, 169; Swenne & Skytt 2014, 301.) Ystävällinen käytös vaikuttaa myös ympäröivään ilmapiiriin (Adamson ym. 2012, 66).

Hoitajan sekä potilaan asenne, tunnetila ja odotukset kohtaamistilanteeseen mennessä, vaikuttavat kohtaamisen onnistumiseen. Jos hoitajan asenne on iloinen ja positiivinen ja odotuksena on, että tilanne tuo iloa ja positiivista energiaa potilaalle, lopputulema on usein odotusten mukainen. (Martela 2012, 206-207, 229-230.) Myös eleet ja ilmeet vaikuttivat kokemuksiin kohtaamisesta. Jos hoitajan asenne ja tunnetila olivat iloisia, kädenpuristus lämmin ja vuorovaikutus avointa, potilaat kokivat kohtaamisen hyväksi. Vastaavasti jos ilmeet ja kehonkieli ilmensivät negatiivista tunnetilaa, kohtaamista ei tapahtunut. Martelan (2012) mukaan lähetämme tiedostamattomia signaaleja asenteestamme ja tunnetilastamme sanoin, ilmein ja kehonkielellä. Nämä signaalit eivät yksittäisinä ole merkittäviä mutta kumuloituessaan voivat johtaa yhteiseen tunnetilaan ja hoivayhteyteen. Näitä eleitä ovat esimerkiksi lämmin katse tai kädenpuristus, kosketus, nyökkäys, hymy tai pysähtyminen. Eleiden tulee kuitenkin olla aitoja, sillä potilaat tunnistavat teennäisyyden. Kohtaaminen vaatii aitoutta ja kunnioitusta. (Martela 2012, 209, 225-226, 229.) Kun hoitajan ja potilaan asenne ja tunnetila eivät koh-

danneet, potilas koki tulleen torjutuksi tilanteessa, jossa hän odotti hoitajan toimivan odotustensa mukaan. Martelan (2012, 208) tutkimuksesta käy ilmi, että torjutuksi saattaa potilaan sijasta tulla myös hoitaja.

Hoitajan vuorovaikutus ja tapa olla potilaiden kanssa vaikutti ilmapiiriin ja ilmapiiri saattoi muuttua vuorossa olevien hoitajien mukaan. Aiemmat tutkimukset tukevat tätä havaintoa (Martela 2012, 2019). Potilaat kokevat ilmapiirin heidän ja hoitohenkilökunnan välillä paranevan, kun heidän psykososiaalisia tarpeitaan huomioidaan. Tähän riittää usein potilaan kuunteleminen, kun hän kokee tarvetta keskustella tai vain hoitohenkilön rauhoittava läsnäolo. (Silén, Kjellström, Christensson, Sidenvall & Svantesson 2012, 5.)

Haastateltavat kokivat hoitohenkilökunnan aktiivisen huolenpidon ja kiinnostuksen potilaan hyvinvoinnista tärkeäksi ja mieltä lämmittäväksi. Aiemmat tutkimukset vahvistavat hoitajien aidon huolenpidon ja kiinnostuksen lisäävän potilaiden tunnetta hyvästä kohtelusta ja hyväksytyksi tulemisesta. Lisäksi ne edistävät potilaan osallistumista omaan hoitonsa. (Larsson, Sahlsten, Segesten & Plos 2011, 3.) Oikeanlainen läsnäolo ja hoidettavan yksilöllisten tarpeiden huomioiminen juuri tapahtuvassa hetkessä, eli ajallaan autetuksi tuleminen, edesauttoivat kohtaamisen toteutumista potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä. Martelan (2012) tutkimus hoitajien ja vanhusten välisistä kohtaamisista ja hoivayhteyden muodostumisesta tukee tutkimuksemme tuloksia (Martela 2012, 204, 219.)

Potilaiden aistima kiire hoitohenkilökunnan toiminnassa, nousi yhtenä merkittävänä kohtaamiseen vaikuttaneena tekijänä. Haastateltavamme arvostivat hoitohenkilön rauhallista toimintaa ja kiireettömyyden tuntua työskentelyssä, joilla koettiin olevan yhteys myös turvallisuuden tunteeseen. Myös Swenne ja Skytt (2014, 297-305) ovat tutkimuksessaan todenneet potilaiden pitävän tärkeänä hoitohenkilökunnan luomaa kiireettömyyden ilmapiiriä.

Potilaat kokivat, että kiire saattoi johtua henkilökunnan vähyydestä. Martelan (2012) tutkimus osoittaa, että henkilökuntaresurssien lisäksi myös organisaation johdolla on vaikutuksensa hoitoyksikössä vallitsevaan kiireen tai kiireettömyyden ilmapiiriin. Esimies joko korostaa toimenpiteistä suoriutumisen tärkeyttä tai kannustaa hoitajia antamaan aikaansa potilaille. (Martela 2012, 258.)

Tutkimuksemme mukaan osa haastateltavista oli kokenut hoitajan käyttäytyvän konemaisesti, jolloin kohtaamista ei ollut tapahtunut. Aiemmissa tutkimuksissa on esitetty samankaltaisia tuloksia. Potilaat kokevat joidenkin hoitajien lähestyvän potilasta enemmänkin toimenpiteeseen keskittyen, kuin potilaan kanssa kommunikoiden, kohtaamatta potilasta ihmisenä. Tämän on osoitettu vaikuttavan potilaan uskallukseen lähestyä hoitajaa sekä estänyt tasavertaisen vuorovaikutussuhteen ja keskinäisen kunnioituksen syntymistä. (Swenne & Skytt 2014, 301; Eldh 2006, 52.) Ongelma- ja toimenpidekeskeisestä hoidosta tulisi siirtyä enemmän elämänlaadun hoitamiseen (Martela 2012, 254).

Henkilökemioilla oli vaikutuksensa hoitajan ja hoidettavan kohtaamisessa. Martela (2012, 217) toteaa tutkimuksessaan, että hoitohenkilökunnan ollessa potilaiden lähes ainoita kontakteja, on vuorovaikutuksella heidän kanssaan suuri merkitys. Tutkimuksemme tämä näkyi esimerkissä, jossa potilas koki virikkeiden vähyyden korostavan hoitajan ja potilaan välisen vuorovaikutuksen merkitystä. Tiettyjen hoitajien kanssa oli ollut helpompi toimia ja heidän saapuminen työvuoroon oli ilahduttanut potilasta. Hoivayhteydellä on merkittävä vaikutus potilaiden mielenterveydelle (Martela 2012, 217).

Hoitohenkilökunnan hyviin vuorovaikutustaitoihin liitettiin myös huumori. Huumori vähentää potilaiden varautuneisuutta ja madaltaa kynnystä kanssakäymiselle, mikä johtaa syvempään yhteyteen hoitajan kanssa. Huumori ja nauru antavat paljon sekä potilaille että hoitajille. Huumorin on todettu myös vähentävän potilaiden ahdistuneisuutta ja sairaudesta johtuvaa huolta. (Swenne & Skytt 2014, 301; Adamson ym. 2012, 66; Martela 2012, 238). Huumoria jaettiin mielellään myös huonekaverin kanssa. Samanhenkisen tai samoja asioita jakavan huonekaverin läsnäolo koettiin vaikuttavan osastolla viihtyvyyteen.

Osa tutkimuksemme haastateltavista koki ammattiryhmien välillä olevan eroavaisuuksia lähestyttävyydessä. Lääkärin vuorovaikutuksen ollessa välitöntä ja potilaan huomioon ottavaa, oli kohtaaminen koettu erityisen hyvänä. Osa haastateltavista kuitenkin koki vuorovaikutuksen hoitajien kanssa helpommaksi kuin lääkäreiden. Saman ovat todenneet Swenne ja Skytt (2014), joiden mukaan potilaat kokevat lähestymisen kohti hoitohenkilöä sitä vaikeammaksi, mitä korkeammalla hän ammatillisessa hierarkiassa on. Tähän vaikuttaa heidän mukaansa ammatti-

laisen asennoituminen potilasta kohtaan. (Swenne & Skytt 2014, 301.) Lähestytävyyden edesauttaa potilaan osallistumista oman hoitonsa suunnitteluun ja saadessaan tietoa diagnoosistaan, tulevista hoitotoimenpiteistä ja hoidon ennusteista, potilaan ahdistus ja huoli usein helpottuvat. (Adamson ym. 2012, 65).

Swenne & Skytt (2014) ovat osoittaneet, että potilaat arvostavat ajantasaista tietoa hoitonsa etenemisestä ja mahdollisuutta esittää sairaudestaan kysymyksiä lääkärille. Lääkärikierron odottaminen tuntuu potilaista turhauttavalta, etenkin jos hoidosta vastaava lääkäri ei tapaa potilasta päivittäin (Swenne & Skytt 2014, 300.) Samansuuntaisia tuloksia oli nähtävissä tutkimuksessamme, kun haastateltava kertoi tilanteesta, jossa erikoisalalan lääkäri ei päässyt kierrolle ja hänen konsultaatiotaan jouduttiin odottamaan useita päiviä, tai kun potilas joutui kierron puutteessa itse kysymään tutkimustuloksiaan. Myös ristiriitaisen tiedon saaminen saman ammattiryhmän jäseniltä koettiin hämmentäväksi ja ammattitaitoa kyseenalaistavaksi, mikä on toistunut myös aiemmissa tutkimuksissa (Swenne & Skytt 2014, 301).

Huolimatta siitä, että potilaat odottavat hoitohenkilöiltä ammattitaitoa ja hoitoalan tietämystä, sallivat he sen, ettei yksittäinen ammattilainen kaikkea tiedä. Olennaisena he kuitenkin, tutkimuksemme mukaan, pitivät sitä, että hoitohenkilö ottaa asiasta selvää, konsultoi kokeneempaa ja saattaa potilaalle tämän tarvitseman tiedon tai ohjauksen. (Swenne & Skytt 2014, 301).

7 POHDINTA

7.1 Ammatillinen kasvu sairaanhoitajaksi

Opinnäytetyö oppimisprosessina on sisältänyt itkuja, naurua, hedelmällisiä keskusteluja ja oivalluksia, kun olemme alkaneet yhdistää asioita. Olemme oppineet paljon enemmän kuin mitä näihin kansiin on päätytty. Kaikki ne oivallukset ja asiat eivät saa ansaitsemaansa huomiota ja paikkaa näkyvillä. Aiheen rajaamisen teki haasteelliseksi sen mielekkyys. Tutkimisen ollessa innostavaa ja aiheen lähellä sydäntä, ei vauhtiin päästyä maltaisi lopettaa. Olemme oppineet siis rajaamaan.

Kun kaksi näin erilaista, erilaisen työtavan omaavaa ihmistä, tekee yhteistä työtä, on täytynyt löytää tapa käyttää molempien vahvuuksia. Tavoite ja intensiteetti työn tekemiseen ovat olleet alusta asti samanlaisia, mikä on tehnyt yhteistyöstä helppoa ja mukavaa. Olemme oppineet arvostamaan toistemme vahvuuksia ja tapaa tehdä. Tämän koemme lisäävän ryhmätyövalmiuksiamme, joita sairaanhoitajan työssä tarvitsemme. Kohtaamisen merkitys hoitotyössä on meille tämän opinnäytetyöprosessin aikana kirkastunut ja olemme sen epäilemättä sisäistäneet. Olemme alkaneet nähdä kohtaamisen vaikutuksia ja toteutumista tai toteutumatta jäämistä myös arjessamme hoitotyön ulkopuolella.

Tutkimustuloksemme kertovat, että kohtaamiskokemukset kirurgian vuodeosastolla olivat pääosin positiivisia ja hoitohenkilökunnalta löytyy osaamista ja oikeanlaista asennetta ja halua kohdata. Haastatteluita tehdessämme meille välittyi potilaiden tyytyväisyys saamaansa hoitoon ja kohteluun. Abstrahointivaiheessa aiheistosta alkoi nousta selkeämmin esille kehitysehdotuksia ja kohtaamisessa esiintyviä haasteita. Vaikka kehitettävää hyvän, positiivisen ja onnistuneen kohtaamisen rinnalla on huomattavan vähän, nousee se silti kokemuksena vahvemmin, sillä hyvää kohtaamista pidetään oletusarvona.

Kohtaamista hoitotyössä on tutkittu jo vuosikymmeniä. Kehitystä sen toteutumisessa on tapahtunut, mutta tutkimustuloksissa toistuu edelleen samat ongelmat. Potilaita hoidetaan usein fysiologinen tarve edellä, keskittymättä niinkään elämänlaadun hoitamiseen. Kokeakseen hoidon hyväksi, potilaat kuitenkin kaipaisivat enemmän henkistä tukea. Henkisen tuen ymmärretään olevan läsnäoloa,

kuuntelemista ja tiedon antamista, tasa-arvoisena ihmisenä kohtelemista ja kunnioitusta, huumoria ja ystävällisiä eleitä. Kun elementit kohtaamisen takana onnistuvat, potilaat ovat tyytyväisiä hoitoonsa.

Pohdimme, millainen on hyvä lääkäri tai hoitaja. Onko se hän joka taitavasti suorittaa kanyloinnin tai tekee ilmeettömästi ja tervehtimättä tutkimuksia ja saa oikean diagnoosin? Mitä potilaalle jää mieleen toimenpiteestä? Tapa, jolla häntä puhuteltiin, kosketettiin ja kuunneltiin. Luimme tästä artikkeleita ja keskustelimme lähipiirimme kanssa. Yhteinen lopputulema oli, että hyvä lääkäri tai hoitaja kuuntelee, kunnioittaa ja osaa kohdata potilaan. Kuten Huhtaniska (2017) Lapin Kansan artikkelissaan kirjoittaa kakarakuiskaajasta, lääkäristä jota äidit keskustelupalstalla kilvan ylistävät. Hyvä palaute tuli vuorovaikutustaidoista, ei niinkään diagnosointitaidoista.

7.2 Jatkotutkimusaiheet

Olemme pohtineet kohtaamisen sisäistämisen haasteita. Koetaanko kohtaaminen vähäpätöisemmäksi asiaksi kuin muu hoitotyö, vaikka sen tulisi olla hoitotyön ja hoitamisen lähtökohta? Ovatko haasteet asenteissa, koulutuksessa, henkilöstöresursseissa vai työn kuormittavuudessa? Kuinka paljon tarvitaan tutkimusnäyttöä kohtaamisen tärkeydestä ja henkisen tuen tarpeesta hoitotyössä?

Alalle soveltuvuudesta on ollut kansallisessa keskustelussa puhetta viime aikoina. Esitysten mukaan hoitoalan koulutuksen pääsykokeista uhattiin poista soveltuvuuskokeet. Lisäksi hoitoalalle koulutettavia on pyritty lisäämään työmarkkinajärjestelyin, ohjaamalla alalle henkilöitä, joita hoitotyö ei välttämättä puhuttele. Tämän koemme huolestuttavaksi, sillä tällä alalla, jos jollain, tietynlainen kutsutus edesauttaa työhön motivoitumista. Kokonaisvaltainen kohtaaminen vaatii tietynlaista heittäytymistä, oman persoonan likoon laittamista ja sydämellä tekemistä. Se vaatii myös aitoa kiinnostusta potilaiden hyvinvoinnista ja halua edistää yksilön elämänlaatua, hoidollista asennetta. Martelan (2012, 203) mukaan jokainen kohtaaminen on mahdollisuus auttaa ja vaikuttaa.

Hoitotyöhön kuitenkin hakeutunee ihmisiä, jotka haluavat auttaa. Mihinkin katoaa halu kohdata apua tarvitseva? Eräs tutkimus osoitti, että mitä pidempi työkokemus, sitä konemaisemmin hoitaja toimii. Luovatko työn kuormittavuus ja jatkuva

kiire aikaa myöten uupumista ja kyynisyyttä? Vai onko raskaiden asioiden kohtaaminen niin kuormittavaa, että itseään suojellakseen tulee potilaasta otettua etäisyyttä? Kohtaamisen sanotaan vaativan rohkeutta. Rohkeuden puuttuessa piiloudutaan herkästi kiireen ja toimenpiteiden taakse. Vaikeita asioita voi olla raskas kohdata, mutta se kuuluu hoitohenkilökunnalta vaadittavaan osaamiseen. Enimmäkseen kohtaaminen ei vaadi kuitenkaan kuin oikeanlaisen asenteen.

Sairaanhoitajaopinnoissa kohtaamisesta ja sen tärkeydestä puhutaan kyllästymiseen asti. Sana kohtaaminen on kuin päivän politiikka. Paljon kaunista sanahelelinää, joka jää toteutumatta, kun sanojen pohjimmaista tarkoitusta ei sisäistetä. Kokemuksemme mukaan usein ajatellaan, että ammatillisuus ja inhimillisyys eivät sovi yhteen. Että menetät ammatillisuutesi, kun näytät inhimilliset tunteesi. Näiden asioiden välillä on olemassa raja, mutta se on kuin veteen piirretty viiva. Kohtaamista ei tapahdu ilman ihmisyyttä eikä ihmisyyttä sulje pois ammatillisuutta. Olemmekin pohtineet, olisiko työnohjausta syytä sisällyttää jo opintoihin? Syventää hoitajaopiskelijan kykyä työstää omia asioitaan, itsetuntemustaan, jotta potilaan kohtaaminen mahdollistuu ilman omien reaktioiden ja inhimillisyyden pelkäämistä?

Kliinisen hoidon laatua, tehokkuutta ja tuloksia mitataan erilaisilla mittareilla. Jo hyvän aikaa tutkimukset ovat kuitenkin osoittaneet, että hoitolaitoksissa pitäisi kiinnittää yhtä lailla huomiota potilastyytyväisyyteen kuin kliiniseen tekemiseenkin. (Holopainen, 2012; Martela, 2012.) Tutkimukset myös osoittavat, että hoitolaitoksissa ei aina tiedetä mitä pitäisi tehdä. Kehittää työnohjausta, koulutusta vai lisätä aikaa ja resursseja? Jatkotutkimushaasteena esitämme asian tutkimista. Miksi kohtaaminen koetaan vaikeaksi ja mitä hoitohenkilökunta tarvitsee kyetäkseen ja jaksakseen kohdata potilas kokonaisvaltaisesti?

LÄHTEET

Adamson, K., Bains, J., Pantea, L., Tyrhwitt, J., Tolomiczenko, G. & Mitchell, T. 2012. Understanding the Patients' Perspective of Emotional Support to Significantly Improve Overall Patient Satisfaction. *Healthcare Quarterly* Vol 15 No 4, 63-69. Viitattu 7.3.2017. https://www.academia.edu/9488253/Understanding_the_Patients_Perspective_of_Emotional_Support_to_Significantly_Improve_Overall_Patient_Satisfaction

Eldh, A. 2006. Patient participation – what it is and what it is not. Doctoral dissertation. Örebro: Örebro universitetsbibliotek. Viitattu 15.3.2017. <http://oru.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A137201&dswid=-1274>

Eriksson, K., Isola, A., Kyngäs, H., Leino-Kilpi, H., Lindström, U., Paavilainen, E., Pietilä, A., Salanterä, S., Vehviläinen-Julkunen, K. & Åstedt-Kurki, P. 2012. *Hoitotiede*. 4., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moisio, E.-L. 2014. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen – Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus –hanke. Porvoo: Ammattikorkeakoulujen terveystieteiden verkosto ja Suomen sairaanhoidajaliitto ry. Viitattu 1.3.2017. <https://sairaanhoidajat.fi/wp-content/uploads/2015/09/Sairaanhoidajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>

Flickinger, T., Saha, S., Roter, D., Korhuis, P., Sharp, V., Cohn, J., Moore, R., Ingersoll, K. & Beach, M. 2016. Respecting patients is associated with more patient-centered communication behaviors in clinical encounters. *Patient Education and Counseling*, Vol 99, No 2, 250–255. Viitattu 13.3.2017. <http://doi.org/10.1016/j.pec.2015.08.020>

Gilmartin, J. & Wright, K. 2008. Day surgery: patients' felt abandoned during the preoperative wait. *Journal of Clinical Nursing*, Vol 17 No 18, 2418-2425. Viitattu 15.3.2017. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02374.x

Haho, A. 2009. Asiakkaan ja potilaan kohtaaminen. *Sairaanhoidaja* 8/2009, 32-33.

Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K., & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus: Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Helsinki: Fioca.

Henkilötietolaki 22.4.1999/523.

Hirvonen, O. 2013. Onko ryhmien tunnustaminen persoonina mahdollista. Viitattu 26.10.2016. https://www.academia.edu/3350495/Onko_ryhmien_tunnustaminen_persoonina_mahdollista

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2010. *Sisätauti, kirurgisten sairauksien ja syöpätauti hoitotyö*. 4. - 7. painos. Helsinki: WSOY.

Holopainen, G., Kasén, A. & Nyström, L. 2012. The space of togetherness – a caring encounter. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, Vol 28 No 1, 186-192. Viitattu 7.3.2017. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2012.01090.x

Huhtaniska, S. 2017. Kakarakuiskaaja: Pienten päivystyspotilaiden vanhemmat ylistävät lääkäri Ville Peteriä – mutta miksi? Lapin Kansa 11.3.2017. Viitattu 22.3.2017. <http://www.lapinkansa.fi/lappi/kakarakuiskaaja-pienten-paivystyspotilaiden-vanhemmat-ylistavat-laakari-ville-peteria-mutta-miksi-15928126>

Idman, I. 2015. Psykososiaalinen tuki ja psyykkisten oireiden hoito syöpäpotilailla. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 1.3.2017. <http://www.oppiportti.fi/op/pli00132/do>

Ikäheimo, H. 2003. Tunnustus, subjektiviteetti ja inhimillinen elämänmuoto. Tutkimuksia Hegelistä ja persoonien välisestä tunnustussuhteista. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. Viitattu 26.10.2016. <http://urn.fi/URN:ISBN:951-39-1537-9>

Jangland, E., Larsson, J. & Gunningberg, L. 2011. Surgical nurses' different understandings of their interactions with patients: a phenomenographic study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 25, 533–541. Viitattu 13.10.2016. <http://ez.lapinamk.fi:2065/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=767b89cf-6d71-4876-9aa4-d242f195c902%40sessionmgr4007&hid=4106>

Järnström, S. 2011. ”En tiedä mitä ne ajattelee mun kohtalokseni”. Etnografinen tutkimus asiakkuudesta ja asiakaslähtöisyydestä geriatrisessa sairaalassa. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto. Viitattu 9.3.2017. <http://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-8508-4>

Kananen, J. 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas. Näin kirjoitan opinnäytetyön tai pro gradun alusta loppuun. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 202.

Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 176.

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

Kuula, A. 2013. Tutkimusetiikka: Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. 3., uudistettu painos. Tampere: Vastapaino.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* Vol 11 No 1, 3-12.

Laine, T. 2010. Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma. Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. 3., uudistettu ja täydennetty painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Lapin Sairaanhoidopiiri 2016. Kirurgian osasto 4. Sairaanhoidopalvelut. Viitattu 21.9.2016. http://lshp.fi/fi-FI/Sairaanhoidopalvelut/Kirurgia/Osasto_4

Larsson, I., Sahlsten, M., Segesten, K. & Plos, K. 2011. Patients' perceptions of nurses' behaviour that influence patient participation in nursing care: A critical incident study. *Nursing Research and Practice* Vol. 2011. Article ID 534060, 1-8. Viitattu 8.3.2017. <http://doi.org/10.1155/2011/534060>

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2014. Etiikka hoitotyössä. 8., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Martela, F. 2012. Caring Connections - Compassionate mutuality in the organizational life of a nursing home. Aalto University publication series Doctoral Dissertations 2012:144. Viitattu 27.2.2017. <https://aaltodoc.aalto.fi/bitstream/handle/123456789/7286/isbn9789526048482.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Mattila, K. 2007. Arvostava kohtaaminen. Jyväskylä: PS – Kustannus.

Melnechenko, K. 2003. To make a difference: Nursing Presence. Nursing Forum Vol 38 No 2, 18-24. Viitattu 13.3.2017. <http://doi:10.1111/j.1744-6198.2003.tb01207.x>

Mikkola, L. 2006. Tuen merkitykset potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa. Väitöskirja. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Mitchell, M. 2003. Nursing research into modern day surgery: a literature review. Ambulatory Surgery Journal. Vol. 13 No 4, 1-29. Viitattu 13.3.2017. https://www.academia.edu/166577/Mitchell_M._J._2007_Nursing_research_into_modern_day_surgery_A_literature_review._Ambulatory_Surgery_Journal._13_4_1_-_29

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Mäkisalo-Ropponen, M. 2012. Vuorovaikutustaidot sosiaali – ja terveysalalla. 1. – 2. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Pelkonen, R. & Louhiala, P. 2002. Ihminen lääketieteellisen tutkimuksen kohteena. Teoksessa S. Karjalainen, V. Launis, R. Pelkonen & J. Pietarinen (toim.) Tutkijan eettiset valinnat. Helsinki: Gaudeamus Kirja, 126-136.

Pirhonen, J. 2015. Tunnustaminen ja sen vastavuoroisuus vanhustyössä. Gerontologia Vol 29 No 1, 26–27. Viitattu 21.10.2016. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:uta-201505071393>

Rauhala, L. 1990. Humanistinen psykologia. Helsinki: Yliopistopaino.

Rauhala, L. 1989. Ihmisen ykseys ja moninaisuus. Helsinki: Sairaanhoidajien koulutussäätiö.

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2015. Hoitotyön taidot ja toiminnot. 4., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Sarajärvi, A., Mattila, L. & Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta. Avain . hoitotyön kehittämiseen. Helsinki: WSOYpro Oy.

Silén, M., Kjellström, S., Christensson, L., Sidenvall, B. & Svantesson, M. 2012. What actions promote a positive ethical climate? A critical incident study of nurses' perceptions. Orebro: Universitetssjukhuset, 1-12. Viitattu 7.3.2017. <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0969733011436204>

Swenne, C. L., & Skytt, B. 2014. The ward round - patient experiences and barriers to participation. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, Vol 28 No 2, 297-304. Viitattu 13.3.2017. doi:10.1111/scs.12059

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. 10., uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. 8., uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

Tutkimustieteellinen neuvottelukunta 2014. *Hyvä tieteellinen käytäntö*. Viitattu 27.10.2016. <http://www.tenk.fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto>

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

WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. 2013. Viitattu 30.10.2016. <http://www.wma.net/en/30publications/10poli-cies/b3/>

LIITTEET

- Liite 1. Toimeksiantosopimus
- Liite 2. Ilmoitus tutkimuksesta
- Liite 3. Saatekirje

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Tämä sopimus soveltuu käytettäväksi ainoastaan sellaisten opinnäytetöiden yhteydessä, joita ei toteuteta ammattikorkeakoulun ulkopuolisen rahoituksen hankkeessa.

Toimeksiantaja	Nimi (esim. yritys) Lapin keskussairaala, kirurgian vuodeosasto 4 Yhteystiedot (yhteyshenkilö, puhelin, sähköposti) Osastonhoitaja Sari Mäki		
	Työn aihe <i>POTILAIKSEN KOKEMUKSIA KOHTAAMISESTA HOITOHENKILÖLLEUNNAN KANSI LAPIN KESKUSSAIRAALAN KIRURGIAN VUODEOSASTOLLA</i>		
Tekijä	Nimi	Opiskelijanumero	
	Maria Coull Marja Pernu	A1402077 A1402086	
	Katuosoite	Postinumero	Postitoimipaikka
	Puhelin	Sähköpostiosoite	
	Suoritettava tutkinto	Ryhmätunnus	
	Sairaanhoidtaja AMK	R702H14S	
Lapin AMK	Yhteyshenkilön nimi (ohjaaja)		
	Sirkka Havela		
	Toimipaikka ja osoite		
	Lapin AMK, Jokiväylä 11, 96300 Rovaniemi		
	Puhelin	Sähköpostiosoite	
		sirkka.havela@lapinamk.fi	
Toimeksiantosopimuksen ehdot			
Ohjaus	Ohjaava opettaja vaivoo työtä ammattikorkeakoulun puolesta ja antaa työn edellyttämiä ohjeita ja neuvoja. Ammattikorkeakoulu ja opettaja eivät ole konsulttivastuussa työstä.		
Dokumentointi	Ammattikorkeakoulun opinnäytetyöt ovat julkisia. Työstä laaditaan ammattikorkeakoulun opinnäyteohjeen mukainen kirjallinen esitys, josta toimitetaan yksi kansitettu kappale ammattikorkeakoulun kirjastoon tai julkaistaan sähköisessä muodossa Thesusus-verkkokirjastossa. Työ arkistoidaan oppilaitoksella sekä tulostettuna että sähköisessä muodossa.		
Oikeudet	Opinnäytetyön tekijänoikeudet kuuluvat tekijälle. Toimeksiantaja saa rinnakkaisen käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin opinnäytetyön valmistuttua. Ammattikorkeakoululla on jatkuvasti voimassa oleva oikeus käyttää tuloksia omassa opetus- ja TKI-toiminnassaan. Sopijapuolella on mahdollisuus sopia muista opinnäytetyön tuloksia koskevista oikeuksista kuitenkin niin, että tämän sopimuskohdan nojalla ammattikorkeakoulun saamat oikeudet säilyvät voimassa.		
Keksinnöt	Jos tekijä on osallisena keksintöön, joka patentoidaan, mainitaan hänet yhtenä keksijöistä. Mahdollisesta keksintökorvauksesta sovitaan erikseen noudattaen ammattikorkeakoulun tai toimeksiantajan keksintöohjeen linjauksia. Opinnäytetyön tai sen osan julkaiseminen tai hyödyntäminen ei saa vaarantaa sen tai sen osan suojaamista patentilla tai hyödyllisyysmallilla.		
Vastuut	Opinnäytetyön tulos toimitetaan sellaisena kuin se on. Tekijä tai ammattikorkeakoulu eivät anna tulokselle takuuta eivätkä vastaa sen soveltuvuudesta toimeksiantajan tarpeisiin. Sopijapuolet ovat vastuussa toisilleen sopimusrikkomuksen aiheuttamista välittömistä vahingoista. Vastuun syntyminen edellyttää tahallaan tai törkeällä huolimattomuudella aiheutettua sopimusrikkomusta.		
Lisäksi sovitaan			
Salassapito	Ohjaavilla opettajilla ja opinnäytetyön tekijöillä on salassapitovelvollisuus työn aikana esille tulleisiin luottamuksellisiin asioihin. Toimeksiantajan tulee tarkistaa, että julkaistava opinnäytetyö ei sisällä salassa pidettävää aineistoa. Tarvittaessa käytetään toimeksiantajan erillistä salassapitosopimusta.		
	Tätä sopimusta on laadittu kolme (3) samansisältöistä kappaletta, yksi (1) kullekin sopimuksen osapuolelle. Sopimus perustuu ammattikorkeakoulun hyväksymään opinnäytetyösuunnitelmaan ja se astuu voimaan allekirjoitushetkellä.		
	Paikka ja päivämäärä	Allekirjoitus	
Toimeksiantaja	<i>Rovaniemi 16.11.2016</i>	<i>Ulla Pitkanen</i>	
Tekijä	<i>Loi, 11.11.2016</i>	<i>Maria Coull / Marja Pernu</i>	
Lapin AMK	<i>Rovaniemi 10.11.2016</i>	<i>Sirkka Havela</i>	

Liite 2.



Oletko kiinnostunut kehittämään hoitotyötä potilaslähtöisemmäksi?

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Lapin ammattikorkeakoulusta. Teemme opintoihimme kuuluvaa opinnäytetyötä Lapin keskussairaalan kirurgiselle vuodeosastolle. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata kohtaamisen toteutumista hoitotyössä potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä. Tavoitteena on tuottaa tietoa potilaiden kohtaamiskokemuksista ja hyödyntää sitä hoitotyön kehittämisessä potilaslähtöisemmäksi Lapin keskussairaalassa.

Tutkimus tehdään potilaita haastattelemalla.

Jos olet kiinnostunut osallistumaan, ilmoita halukkuudestasi hoitajallesi.

Ystävällisesti,

Maria Coull ja Marja Pernu
Sairaanhoitaja (AMK) opiskelijat

Liite 3.



Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Lapin ammattikorkeakoulusta. Teemme opintoihimme kuuluvaa opinnäytetyötä Lapin keskussairaalan kirurgiselle vuodeosastolle. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata kohtaamisen toteutumista hoitotyössä potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä. Kohtaamisella tarkoitetaan mm. kaikenlaista kanssakäymistä ja vuorovaikutusta ihmisten välillä. Siihen sisältyy esimerkiksi ihmisten ilmeet, eleet, tunteet, kosketus, huomioiminen, sanallinen viestintä, kuuntelu ja kuulluksi tulemisen kokemus. Tavoitteena on tuottaa tietoa potilaiden kohtaamiskokemuksista ja hyödyntää sitä hoitotyön kehittämisessä potilaslähtöisemmäksi Lapin keskussairaalassa.

Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Haastateltavalla on oikeus milloin vain keskeyttää osallistuminen tutkimukseen tai kieltäytyä vastaamasta hänelle esitettyyn kysymykseen. Haastattelu nauhoitetaan ääninauhalle, jonka jälkeen haastattelu kirjoitetaan tekstitiedostoksi. Siinä yhteydessä haastateltavien ja haastatteluissa esille mahdollisesti tulleiden muiden henkilöiden nimet poistetaan. Ääninauha tuhoetaan sen jälkeen, kun haastattelu on kirjoitettu tekstitiedostoksi. Tutkimuksen päätyttyä tekstitiedostot tuhoetaan. (Henkilötietolaki 22.4.1999/523.)

Haastattelussa esille tulleet asiat raportoidaan tutkimusjulkaisuissa tavalla, jossa tutkittavia tai muita haastattelussa mainittuja yksittäisiä henkilöitä ei voida tunnistaa. Tutkimusjulkaisuun voidaan sisällyttää suoria otteita haastatteluista niin että haastateltavaa ei kuitenkaan voi tunnistaa. Tutkijoita sitoo vaitiolovelvollisuus. Mikäli teillä herää kysyttävää, voitte olla meihin yhteydessä sähköpostitse. Toivomme teidän osallistumistanne haastateltavaksemme.

Ystävällisesti,

Maria Coull
maria.coull@edu.lapinamk.fi

Marja Pernu
marja.pernu@edu.lapinamk.fi