

POTILAAN JA HOITAJAN VÄLINEN VUOROVAIKUTUS

Posteri kuntoutussairaala Jalmarin osasto J42:n hoitajille

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Sairaanhoitaja AMK
Hoitotyö
Kevät 2019
Tiina Kontinen
Jenna Kannainen

Tiivistelmä

Tekijä(t) Kontinen, Tiina Kanniainen, Jenna	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK Sivumäärä 32 sivua, 1 liitesivu	Valmistumisaika Kevät 2019
Työn nimi Potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutus Posterituntoutussairaala Jalmarin osasto J42 hoitajille		
Tutkinto Sairaanhoitaja (AMK)		
Tiivistelmä <p>Hoitotyön vaativimpiin tehtäviin kuuluu kyky kohdata sekä kuunnella aidosti erilaisia asiakasryhmiä. Etenkin hoitoalalla vuorovaikutustaidot ovat tärkeä osa ammattitaitoa ja hoitotyön onnistumista edellyttää hoitajan kyky kohdata potilas.</p> <p>Toiminnallisen opinnäytetyön toimeksiantaja oli Jalmarin kuntoutussairaalan ortopedinen kuntoutusosasto J42. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tietoa siitä, millaista on hyvä vuorovaikutus hoitajien ja potilaiden välillä. Saadun tiedon avulla osaston henkilökunta pystyy kehittämään toimintaansa vuorovaikutustilanteissa sekä tämän myötä parantamaan hoitotyön laatua ja vaikuttavuutta. Onnistunut vuorovaikutus potilaan ja hoitajan välillä lisää potilaiden tyytyväisyyttä sekä hoitoon sitoutuneisuutta hoitajakson aikana. Opinnäytetyössä hoitajalla tarkoitetaan sekä lähihoitajia että sairaanhoitajia.</p> <p>Työn teoreettisena viitekehyksenä toimi Lea-Riitta Mattilan väitöskirja "Vahvistumista ja tunnekokemuksen jakamista – potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta kuvaavan käsitejärjestelmän kehittäminen" vuodelta 2001. Teoreettisessa osuudessa on kuvattu vuorovaikutuksen ja viestinnän lisäksi niiden roolia hoitotyössä. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa posterit, jossa kerrotaan osasto J42:n hoitajille vuorovaikutuksen keskeiset elementit. Posterit esiteltiin osaston henkilökunnalle osastotunnin yhteydessä. Palautetta posterista ja sen sisällöstä kerättiin suullisesti esittelemisen jälkeen.</p> <p>Jatkotutkimusaiheena on kehittämistyö koskien konkreettisia keinoja potilaan ja hoitajan välisen vuorovaikutuksen parantamiseksi.</p>		
Asiasanat vuorovaikutus, potilas, hoitaja, kohtaaminen, posterit		

Abstract

Author(s) Kontinen, Tiina Kanniainen, Jenna	Type of publication Bachelor's thesis Number of pages 32 pages, 1 page of appendices	Published Spring 2019
Title of publication Nurse-patient interaction Poster to nursing staff in rehabilitation hospital Jalmary (ward J42)		
Name of Degree Registered nurse		
Abstract <p>One of the most demanding tasks as a nurse is to face and listen different patients. Good communication skills and interaction between the patient and nurse is important.</p> <p>The thesis was carried out as an assignment for rehabilitation hospital Jalmary's orthopedic ward J42.</p> <p>The purpose of the Bachelor's Thesis was to increase the well-being of patients during their staying in the hospital. The purpose was also to develop information about nurse-patient interaction to the nursing staff. With this received information the staff could improve their interaction skills in different situations. The concept of nurse consists of practical and registered nurses.</p> <p>The theory section is based on a doctoral thesis written by Lea-Riitta Mattila, called "Reinforcing and sharing emotions – developing a theoretical construct of nurse-patient interaction" from 2001. The theory section examines the role of interaction and communication in nursing. The objective of this study was to create an informative poster that would create knowledge about good interaction between patients and nurses. The poster was presented to the staff of ward J42. Feedback to the poster was obtained from the staff after the presentation.</p> <p>The result of the study was information about nurse-patient interaction and the importance of it.</p> <p>Further development suggestion is to discover concrete ways to develop the interaction between patients and nurses.</p>		
Keywords interaction, patient, nurse, communication, poster		

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	TOIMEKSIANTAJA JA KOHDERYHMÄ	3
3	VUOROVAIKUTUS KÄSITTEENÄ.....	5
4	VUOROVAIKUTUKSEN OSA-ALUEET HOITOTYÖSSÄ.....	8
4.1	Kohtaamisen myönteisyys ja turvallisuus.....	8
4.2	Aloitteellisuus ja luottamus yhteistyössä	9
4.3	Potilaan ja hoitajan läheisyys.....	10
4.4	Välittämisen kokeminen.....	11
4.5	Vahvistuminen	12
4.6	Tunnekokemuksen jakaminen	13
4.7	Vuorovaikutuksen ympäristö.....	14
4.8	Osa-alueita yhdistävät piirteet.....	16
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE.....	18
6	POSTERIN TEKEMISEN PROSESSI.....	19
6.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	19
6.2	Posterin suunnittelu	19
6.3	Posterin toteutus ja arviointi.....	20
7	YHTEENVETO	23
7.1	Eettisyys ja luotettavuus	23
7.1.1	Tiedonhaku.....	24
7.2	Opinnäytetyön tarkastelu	25
7.3	Johtopäätökset ja jatkokehittämisaiheet.....	27
	LÄHTEET	28
	LIITTEET	32

1 JOHDANTO

”Mikä haaste onkaan elää läsnä olevaa aikaa.”

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992) säättää, että potilas on oikeutettu saamaan hyvälaatuista sairaanhoitoa siten, että hänen yksityisyyttään ja vakaumustaan kunnioitetaan sekä siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata. Laissa säädetään myös, että potilaalla on oikeus saada ymmärrettävästi tietoa omasta terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista sekä muista hoitoon liittyvistä seikoista.

Sairaanhoitaja on hoitotyön asiantuntija, joka tekee vastuullista, ihmislähtöistä työtä hoitotyön eettisiä periaatteita noudattaen. Useissa tutkimuksissa on todettu asiakastyytyväisyyden parantuneen sen myötä, mitä enemmän hoitajat ovat vuorovaikutuksessa asiakkaidensa kanssa. (Korpela 2017, 189). Gordon, Haidet & Street (2007) esittävät tutkimuksessaan potilaiden olevan tyytyväisempiä sekä hoitoon paremmin sitoutuvia, mikäli lääkäri hallitsee vuorovaikutuksen hyvin (O’hair, Sparksin & Wright 2013, 17). Hyvällä vuorovaikutuksella voidaan vaikuttaa positiivisesti jopa toiminnan tuloksiin, minkä vuoksi sen edistämisen tulisi kuulua jokaiselle hoitajalle. Erilaiset persoonat työyhteisössä ovat vahvuus ja niitä tulisi pyrkiä hyödyntämään vuorovaikutustilanteissa. (Heikkinen 2018.)

Hoitotyön vaativimpiin tehtäviin kuuluu kyky kohdata sekä kuunnella aidosti erilaisia asiakasryhmiä. Jokainen kohtaaminen on ainutlaatuinen tilanne, minkä vuoksi hoitajalta vaaditaan herkkyyttä kyetä havaitsemaan asiakkaan tarpeet sekä muokkaamaan omaa toimintaansa erilaisten tilanteiden edellyttämällä tavalla. Harva hoitaja on vuosien ammattikokemuksensa jälkeen täysin valmis asiakkaiden ja potilaiden kohtaamiseen – onkin lohdullista, että vuorovaikutustaitoja voi ja tulisikin kehittää läpi elämän. Vaikka vuorovaikutukseen ja siihen liittyvien taitojen perehtymiseen kiinnitetään huomiota sosiaali- ja terveysalan koulutuksessa, vaaditaan hoitajalta myös sosiaalista älyä ja tilannetajua. Hyvä itsetuntemus ja elämäkokemus edesauttavat luonnollisen vuorovaikutuksen syntymistä. (Heikkinen ym. 2018.)

Tämä toiminnallinen opinnäytetyö on toteutettu yhdessä Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymään kuuluvan ortopedisen kuntoutusosaston (J42) kanssa. Opinnäytetyö pohjautuu Lea Riitta Mattilan vuonna 2001 julkaisemaan väitöskirjaan ”Vahvistumista ja tunnekokemuksen jakamista – potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta kuvaavan käsitejärjestelmän kehittäminen”. Hän on väitöskirjassaan kuvannut vuorovaikutusta saamiensa tutkimustulosten perusteella seitsemän kategorian avulla, jotka toimivat työmme teoreettisena viitekehyksenä. Opinnäytetyömme tuotoksena syntyi vuorovaikutusta käsittelevä posterit osaston J42 henkilökunnalle.

Opinnäytetyössämme olemme käyttäneet käsitettä "potilas", vaikka kohderyhmänä toimivan osaston henkilökunta kutsuu hoidossa olevia asiakkaitaan kuntoutujiksi. Päädyimme teoriaosuudessa potilas-termin valintaan koska koimme sen olevan laajemmin ymmärrettävä sana ja käsittävän suuremman osan hoidon tarpeessa olevista ihmisistä. Kappaleessa 2 "Toimeksiantaja ja kohderyhmä" olemme kuitenkin osastoa J42 kuvatessamme käyttäneet käsitettä "kuntoutuja". Työssä käytetty käsite "hoitaja" kattaa niin lähi- kuin sairaanhoitajatkin.

2 TOIMEKSIANTAJA JA KOHDERYHMÄ

Opinnäytetyömme toimeksiantaja on Lahdessa sijaitsevan kuntoutussairaala Jalmarin ortopedinen kuntoutusosasto J42. Kuntoutussairaala Jalmarin kuuluu Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymään, joka tuottaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja Päijät-Hämeessä. Jalmarissa järjestetään akuuttigeriatrian ja kuntoutuksen palvelujen lisäksi pitkäaikaishoitoa. (PHHYKY 2017.) Tässä kappaleessa kuvaamme hoidon ja kuntoutuksen tarpeessa olevaa henkilöä käsitteellä ”kuntoutuja”, sillä se on myös henkilökunnan virallisesti käyttämä termi osastolla. Osastolla on katsottu, että potilas-termi luo passiivisen vaikutelman, kun taas käytetty käsite ”kuntoutuja” lisää aktiivisuutta.

Ortopedinen kuntoutusosasto on perustettu Lahden kaupunginsairaalassa vuonna 2006. Osaston nimi oli tuolloin L41 vuoteen 2016 saakka, jolloin osasto muutti kuntoutussairaala Jalmarin tiloihin (ent. Jalkarannan sairaala). Tällöin otettiin myös käyttöön osaston nimi J42. Vuonna 2017 Jalmarin osastot siirtyivät osaksi Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymää. Osastolla on 27 potilaspaikkaa ja henkilöstö koostuu kymmenestä sairaanhoitajasta sekä yhdeksästä lähihoitajasta. Henkilöstöön lukeutuu myös kaksi osastonlääkärää, osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja, kolme fysioterapeuttia, sihteeri sekä viisi sairaala-apulaista. Osastolla työskentelee farmaseutti arkipäivisin ja ortopedi on tavattavissa n. 1-2 kertaa kuukaudessa osastolla. Sairaalapapin ja sosiaalityön palvelut ovat tarvittaessa saatavilla. (PHHYKY 2018.). Osasto J42 tekee jatkuvaa yhteistyötä Päijät-Hämeen keskussairaalan kirurgian osastojen 41 ja 42 kanssa. Säännölliset yhteistyöpalaverit ovat parantaneet kuntoutujien hoitoketjua, sillä toimijat tuntevat toisensa ja yhteisistä toimintatavoista on mahdollista sopia. (PHHYKY 2018.).

Lääketieteen erikoisalana ortopedia sisältää luuston sekä tukikudosten vammojen ja sairauksien tutkimista ja hoitoa. Suurin osa ortopedisistä hoidoista ovat toimenpiteitä ja leikkauksia. Tyypillisesti ortopedisiä leikkauksia ovat nivelten tekonivelleikkaukset, tähytysleikkaukset, raajojen murtumien ja sairauksien korjausleikkaukset sekä selkärangan alueen leikkaushoidot. (HUS.)

Vuonna 2018 osastolla hoidettiin kaikkiaan 584 kuntoutujaa. Kuntoutujista miehiä oli 198, naisia 386. Keskimääräinen hoitoaika osastolla oli 13,5 vuorokautta. (PHHYKY.)

Suuri osa osaston kuntoutujista on iäkkäitä. Useilla iäkkäillä on myös muistisairauksia, mikä heikentää kuntoutumisennustetta. Tämän vuoksi on hyvin tärkeää, että kuntoutus sisältää monipuolista päivittäistoimintojen harjoittelua ja fysioterapeuttista ohjausta. Leikkauksien postoperatiivinen kuntoutus lyhentää sairaalassaoloaikaa ja nopeuttaa iäkkäiden

ja muistisairaiden toimintakyvyn palautumista. (Arokoski, Mikkelsen, Pohjolainen & Viikari-Juntura 2015, 197.)

Osaston J42 ensisijainen tavoite on kotiuttaa kuntoutuja takaisin kotiin. Kuntoutuja kohdataan tasavertaisesti sekä keskustelevasti ja pyritään selvittämään, mikä hänen toimintakykynsä on ollut esimerkiksi ennen tapaturmaa. Kuntoutujaa motivoidaan pois passiivisesta roolista ja häntä rohkaistaan ilmaisemaan omat tavoitteensa hoitajaksoa ajatellen.

(PHHYKY 2018.) Hoitajien on tärkeää motivoida kuntoutujaa toimintakyvyn ylläpitämiseen ja kuntouttamiseen. Varsinkin fyysisen toimintakyvyn edistäminen onnistuu parhaiten silloin, kun kuntoutuja itse on sitä mieltä, että se on hyväksi hänen terveydelleen. Fyysiseen toimintakykyyn vaikuttavat kuntoutujan oma motivaatio ja halu kuntoutua. Tähän kuntoutuja monesti tarvitsee myös läheisten ja ammatti-ihmisten sosiaalista tukea. (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2011, 91.)

3 VUOROVAIKUTUS KÄSITTEENÄ

Vuorovaikutus on monimutkainen, jatkuva prosessi. Se on tapahtumaketju, jolla ei välttämättä ole selkeää alkua ja loppua – siinä tapahtuu jatkuvasti muutoksia. Vuorovaikutuksessa puhuja ja kuuntelija vaikuttavat toisiinsa. Se perustuukin lähes poikkeuksetta aina jommankumman osapuolen tarkoitukselliseen haluun välittää vastapuolelle jokin viesti. (Helsingin yliopiston Kielikeskuksen äidinkielen viestintäopetuksen palveluyksikkö.) Silvennoinen (2009, 15) esittää kirjassaan, että vuorovaikutus on toisen asenteisiin, tunteisiin, käyttäytymiseen tai ajatuksiin vaikuttamista sekä vuoron perään tapahtuvaa toimintaa. Hänen mielestään vuorovaikutuksessa on kaksi aktiivista toimijaa – jos vain toinen on puhujan tai vaikuttajan roolissa, ei voida puhua vuorovaikutuksesta.

Professori Stephen Coveyn sanoin: ”Useimmat ihmiset eivät kuuntele tarkoituksenaan ymmärtää; he kuuntelevat tarkoituksenaan vastata”. Vaikka ihminen kuulee, hän ei välttämättä kuuntele, sillä kuuleminen on fysiologinen toiminto, kun taas kuunteleminen on tahdonalaista toimintaa. Onnistuneen vuorovaikutuksen edellytys onkin puhumisen lisäksi kyky kuunnella, sillä puhumisen rinnalla kuunteleminen on myös aktiivinen prosessi. (Helsingin yliopiston Kielikeskuksen äidinkielen viestintäopetuksen palveluyksikkö.)

Etenkin hoitoalalla vuorovaikutustaidot ovat tärkeä osa ammattitaitoa ja hoitotyön onnistumista edellyttääkin hoitajan kykyä kohdata potilas. Lundgren-Laineen mukaan vuorovaikutus ja sen myötä tasavertainen suhtautuminen sekä ammatillisuus potilaita kohtaan ovat keskeisiä hoitotyön osaamisalueita (Kollanen 2008). Myös ammattipätevyysdirektiivissä mainitaan sairaanhoitajan osaamisen edellytyksenä asiakaslähtöisyys sekä hoitotyön ammatillisuus ja eettisyys (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015, 8). Tutkimuksissa on tästä huolimatta tuotu ilmi, että vaikka vuorovaikutustaitoja pidetään hyvin tärkeänä osana hoitotyötä, suhtautuu osa hoitoalan opiskelijoista opetukseen negatiivisesti ja pitää aihetta turhana. Oppilaat ovat kokeneet vuorovaikutustaitoihin liittyvän opetuksen liian helpoksi ja maalaisjärjellä selitettäväksi, tai vaihtoehtoisesti omaavansa jo tarpeeksi hyvät sosiaaliset taidot potilastyöhön. (Batenburg & Smal 1997; Rees, Sheard & McPherson, 2002 O’hairin, Sparksin & Wrightin 2013, 20, mukaan.) Mattila (2001, 14) kuvaa väitöskirjassaan vuorovaikutuksen lähtökohtina olevan potilaan odotusten sekä elämäntilanteen ymmärtäminen, sillä sairastuminen aiheuttaa yleensä äkillisestikin tapahtuvan muutoksen kyvyssä huolehtia itsestään.

Koska vuorovaikutus perustuu jatkuvaan vastavuoroisuuteen eikä vain vuorotellen vaikuttamiseen, on siinä omat haasteensa. Viestintätilanteessa ollaan lähes poikkeuksetta sekä lähettäjän että vastaanottajan roolissa. Puhuminen ja kuunteleminen ovat jatkuvaa havainnointia, tulkitsemista sekä merkityksien luomista. (Silvennoinen 2004, 28.) Mattilan

(2001) mukaan potilaan ja hoitajan välistä vuorovaikutusta heikentävät esimerkiksi seuraavat asiat; hoitosuhteen epäsuotuisa alkaminen, hoitajan vähäinen teoriatieto ja osamattomuus, potilaan osallistumattomuus omaan hoitoonsa tai kun potilaalla ei ole mahdollisuutta kysyä taikka saada tietoa hoitoonsa liittyvistä asioista. Vahvistavina tekijöinä hän pitää potilaan kokeman turvallisuuden sekä tunteen siitä, että hänet otetaan todesta, suotuisan ympäristön, potilaslähtöisen toiminnan sekä hoitajan asiantuntijamaisen käyttäytymisen. (Syrjälä 2005.)

Mattila (2001, 16–19) esittää väitöskirjassaan potilaan ja hoitajan välisellä vuorovaikutuksella olevan neljä tavoitetta; hoitosuhteen muodostuminen, potilaan tiedon tarpeiden tyydyttyminen, potilaan kärsimyksen poistuminen tai lievittyminen sekä potilaan hyvä olo. Halu toimia potilaan parhaaksi sekä tuottaa hänelle hyvää oloa on katsottu olevan merkityksellistä myös sairaanhoitajan työhyvinvoinnin kannalta. Hoitotyön keinoin sekä oman persoonan avulla tuotettu potilaan hyvä mielletään työn peruslähtökohdaksi. Työtä tehdään potilaan vuoksi ja siinä onnistuminen tuottaa mielihyvää niin hoitajalle kuin potilaalle ja tämän omaisillekin. (Utriainen 2009, 76–77.) Myös Watsonin (1985), Erikssonin (1989) ja Martinsenin (2006) mukaan lähimmäisenrakkaus ja halu tehdä hyvää luovat pohjan hoitosuhteelle sekä ovat hoitamisen eettisiä lähtökohtia (ks. Karhe 2017, 26).

Tavoitteellinen, tarkoituksenmukainen ja tehokas vuorovaikutus synnyttää viestintää. Monissa yhteyksissä on esitetty viestinnän vaikuttamisen jakoa siten, että sanat vaikuttavat 7 %, ääni 38 % ja eleet 55 %. Viestinnän alkuvaiheessa huomio kiinnittyy aluksi lähinnä ilmeisiin ja eleisiin, vasta sen jälkeen sanoihin ja niiden merkityksiin. Erityisesti oltaessa vuorovaikutuksessa entuudestaan tuntemattoman henkilön kanssa kohdatessa tämä korostuu. (Silvennoinen 2004, 26–27.)

Viestintä- ja vuorovaikutustapahtumassa voidaan tarkastella sekä sanallista että sanatonta viestintää. Sanallisella viestinnällä tarkoitetaan puhetta, kielen käyttöä sekä sanojen kautta välittyviä viestejä ja merkityksiä. Sanaton, eli nonverbaalinen viestintä tarkoittaa kehonkielen tuottamia viestejä. (Niemi, Nietosvuori & Virikko 2006, 22.)

Sanallisessa viestinnässä on tärkeää muistaa, että jokainen puhuja sekä kuuliija antavat sanoille erilaisen merkityksen. Konkreettisten sanojen merkitys saattaa vaihdella suurestikin ihmisestä riippuen ja vuorovaikutusta ajatellen onkin olennaista pyrkiä ymmärtämään toista osapuolta yksilöllisistä merkityseroista huolimatta. Hoitoalalla kielenkäyttö on oleellinen osa ammattitaitoa ja osoittaa henkilön tehtävää työyhteisössä. Hoitajana tulisikin osata ottaa huomioon potilaan odotukset siitä, minkälaista kielenkäyttöä hoitotilanteessa tai vuorovaikutuksessa käytetään. (Niemi ym. 2006, 23–24.) Sanallisen viestinnän alalajina sekä tärkeänä osana sosiaalista kanssakäymistä voitaneen pitää small talkia eli

pikku-keskustelua. Se on ystävällistä jutustelua, joka liittyy kaikille yhteisiin, ketään loukkaamattomiin aiheisiin ja tarkoituksena onkin yleensä kontaktin luominen ja ylläpitäminen sekä kiusallisen hiljaisuuden karkottaminen. Hoitotyössä small talkin taidot ovat tärkeitä, sillä sen avulla potilaskontaktin tunnustelu ja pohjustaminen sujuvat luontevasti. On kuitenkin muistettava, että myös hiljaisuus puhuu – hoitajalla tulee olla kykyä huomata, milloin rupattelu ei ole sopivaa. (Niemi ym. 2006, 27.)

Vuorovaikutuksessa sanattomalla viestinnällä on usein jopa sanallista viestintää tärkeämpi merkitys. Eleet, ilmeet sekä asento ja liikehdintä paljastavat usein paljon enemmän kuin sanat. Onkin todettu, että mikäli sanaton ja sanallinen viestintä ovat ristiriidassa keskenään, luottaa toinen osapuoli yleensä enemmän sanattomaan viestintään. Sanattoman viestinnän tärkeimpiä asioita ovat katsekontakti ja kosketus. Esimerkiksi hoitotyössä ystävällinen katse ja sitä tukevat ilmeet, kuten hymy, tukevat potilasta vuorovaikutuksessa sekä antavat mahdollisuuden tulla hyväksytyksi ja vastaanotetuksi. Kosketuksella taas voidaan välittää esimerkiksi välittämistä, tukemista sekä huolenpitoa. (Niemi ym. 2006, 32–34.)

4 VUOROVAIKUTUKSEN OSA-ALUEET HOITOTYÖSSÄ

4.1 Kohtaamisen myönteisyys ja turvallisuus

Mattilan (2001, 61) väitöskirjassa kohtaamisen myönteisyyden ja turvallisuuden katsotaan koostuvan siitä, kuinka hoitosuhde alkaa sekä siitä, kuinka potilas kokee tulotilanteen. Niin potilas kuin hoitajakin odottaa vuorovaikutuksessa hyväksyntää toisiltaan. Potilas odottaa hoitosuhteen alkamiselta keskinäistä tutustumista, läheisyyttä sekä hyväksyntää, kun taas hoitaja odottaa potilaan suhtautumista häneen ammattilaisena, joka osaa luotettavasti kertoa potilaan hoitoon liittyvät asiat. Potilaan kokemaa arvostusta lisäävät tunne siitä, että hän on tervetullut ja hänen saapumiseensa on varauduttu, vapautunut vuorovaikutus sekä aika, jonka hoitaja käyttää potilaan asioihin. Vuorovaikutuksen tavoitteena on potilaan kokemus siitä, että häntä on kuultu ja autettu (Niemelä, Suua & Väisänen 2009, Rantalan 2012, 8 mukaan). Turvallisuuden tunnetta lisää potilaan kyky pystyä ilmaisemaan tunteitaan, myönteisyyttä yksilöllisyyden huomioiminen sekä omaisen huomioon ottaminen. Tulotilanteen kokemisessa sekä hoitosuhteen alkamisessa on katsottu olevan seikkoja, jotka voivat myös heikentää niitä, esimerkiksi hoitajan negatiivinen ennakoajatus potilaasta, kiire tai potilaan epätietoisuus. Väitöskirjassa todetaan, että näitä seikkoja pystytään myöhemmin hoitosuhteen aikana ”paikkaamaan” edellä mainituilla myönteisyyttä ja turvallisuutta lisäävillä keinoilla.

Salokekkilä (2011, 1) kirjoittaa potilaskohtaamista käsittelevässä väitöskirjassaan ymmärryksestä, joka hoitajalla tulisi olla potilasta kohtaan. Hoitohenkilöstön ei ole helppo arvioida, kuinka paljon potilas pystyy kertomaan omasta tilastaan – tällöin saattaa jäädä hoitajan arvailun varaan, uskoako potilaan kertomaa kokemuksistaan vai asiakirjoista luettua. Väitöskirjassa on katsottu etenkin kroonisista sairauksista kärsivien olevan riskiryhmässä olla saamatta ”ääntänsä kuuluviin” sekä olla ymmärtämättä oikeuksiaan terveydenhuoltojärjestelmässä. Toisinaan on myös tilanteita, jolloin potilas pystyy toimimaan vuorovaikutuksessa vain vastaanottajan roolissa – mitä huonommassa kunnossa potilas on, sitä suurempi ja aktiivisempi on hoitajan rooli (Viljaranta 1992, 15; Väänänen 1993, 143, Tuomisen 2011, 52 mukaan.) Salokekkilän mukaan (2001, 1) potilaskokemuksista nouseva tieto on lähteenä yksiselitteisen tärkeä terveydenhuollon laatua ajatellen ja tulisikin löytää luovia tapoja hyödyntää sitä (ks. Sofaer, Firminger 2005). Yhdysvaltalainen tutkimus osoittaa, että terveydenhuollon laadun parantamiseksi tulisi vuorovaikutukseen liittyvän kommunikaatio-opetuksen kohdistua sekä potilaisiin että hoitohenkilökuntaan (Epstein ym., 2007; Sparks 2007, 2008; Sparks & Villagran, 2010, O’hairin, Sparksin & Wrightin 2013, 17 mukaan).

4.2 Aloitteellisuus ja luottamus yhteistyössä

Mattila (2001, 62–66) kuvaa väitöskirjassaan potilaan ja hoitajan osapuolina, joiden vuorovaikutus riippuu aktiivisuudesta ja aloitteellisuudesta. Hoitaja pyrkii toimimaan potilaan tarpeiden mukaan. Aloitteellisuus ja luottamus on jaettu kolmeen alakategoriaan; yhteistyökumppanuus, hoitajavetoisuus ja odottamaan jääminen. Yhteistyökumppanuus kuvataan potilaan ja hoitajan tasavertaisena vuorovaikutuksena, jossa potilas on tietoinen tavoitteistaan ja senhetkisestä tilastaan. Näin ollen hän pystyy toimimaan asiantuntijan ja neuvonantajan roolissa, jonka tietoja hoitaja käyttää hyödykseen työssään. Potilasta onkin joissain tutkimuksissa tarkasteltu työskentelyn määrittäjänä. Kokonaisvaltainen elämäntilanne huomioidaan siten, että hoidon tarve on potilaasta lähtevä. Potilasta ei nähdä työn kohteena vaan kanssatoimijana, joka asettaa tavoitteet hoidolleen (Pohjola 1993, Tuomisen 2011, 52 mukaan.) Potilas osallistuu myös konkreettisesti hoitotoimiinsa tai ilmaisee ainakin sanallisesti mielipiteensä, jonka hoitaja pyrkii huomioimaan suunnitelmissaan ja päätöksenteossa.

Potilastyössä tulisi pyrkiä vuorovaikutukseen, jossa asiakkaan roolissa olevan kanssa pohditaan ja kokeillaan yhdessä, kuinka edetään (Mönkkönen 2007, Rantalan 2012, 8 mukaan). On mahdollista, että potilas passivoituu, mikäli vain hoitajalla on keskeinen rooli hoitotilanteessa. Hoitajan tulisikin osallistaa potilasta hoitoonsa muodostaakseen kokonaisvaltaisen kuvan potilaan tilanteesta (Rantala 2011, 8.) Tuomisen (2011, 51–52) asiakkuutta ja asiakaslähtöisyyttä tutkivassa väitöskirjassa todetaan esimerkiksi ikääntyneen osallistamisen hoitoonsa olevan keskeinen edellytys asiakaslähtöisyydelle. Tunne siitä, että pystyy kontrolloimaan omaa elämäänsä, edistävät selviytymistä sekä kuntoutumista. Osallisuus edistää luottamuksen kehittymistä sekä voi kohentaa myös itseluottamusta.

Salokekkilän (2011) mukaan potilaskohtaaminen esimerkiksi lääkärin kanssa muodostuu niin potilaan kuin lääkärinkin henkilökohtaisista ominaisuuksista sekä asiayhteydestä, minkä vuoksi kohtaaminen tapahtuu. Hänen mukaansa siitä huolimatta, että korkeammin koulutetut potilaat ovat kohtaamisissa yleensä aktiivisempia osallistujia ja heillä on yleensä enemmän mielipiteitä ja tietoa terveysasioista, vaikuttaa kohtaamisen laatuun ratkaisevimmin lääkärin tyyli kommunikoida. Potilasta tukeva ja hoitosuhteen rakentamiseen pyrkivä kommunikointityyli helpottaa potilaan osallistamista hoitoon (Street ym. 2005, Salokekkilän 2011, 14 mukaan). Hoitajavetoisuus näkyy potilaan ja hoitajan välisessä vuorovaikutuksessa potilaan kokemana myönteisyytenä ja hoitajan ammattitaidon arvostamisena. Potilas uskoo ja odottaa hoitajan olevan päätöksentekijä, joka asioista paremmin perillä olevana tietää, mikä on potilaalle hyväksi. Potilas luottaa hoitajan osaamiseen eikä itsenäisesti esitä mielipiteitään hoitoon liittyvissä kysymyksissä. Babrow'n, Hinesin &

Kaschin (2000) mukaan potilaan sairastumisen tuoma epävarmuus saattaa johtaa potilaan haluttomuuteen osallistua aktiivisesti omaan hoitoonsa ja tämän myötä hoitajavetoiseen vuorovaikutukseen (ks. Rantala 2012, 41–42). Odottamaan jäämisellä tarkoitetaan potilaan ja hoitajan välistä pinnallista vuorovaikutusta, jonka potilas näkee johtuvan hoitajien kiireestä ja työpaineesta. Potilas ei tuo esiin tuntemuksiaan, kuten vaivoja ja oireita, mikäli aikaa vuorovaikutukseen on vähän. Tällöin hoitaja ei saa tietoa asioista, jotka painavat potilaan mieltä ja potilas vastavuoroisesti kokee voimattomuuden tunnetta. Vuorovaikutus jää tasolle, jossa esille otetaan vain välttämättömin asia ja näin potilas jää odottamaan otollisempaa ajankohtaa avun pyytämiseksi.

Myös väärinymmärrykset ja potilaan pelko näyttää tietämättömyyttään saattaa heikentää vuorovaikutusta. Potilaan ja hoitajan välillä voi olla tiedollinen kuilu, eikä potilas kysy hoitajalta tarkennusta vaikka ei kaikkea ymmärtäisikään. Ammattisanaston käyttäminen saattaa osaltaan myös haitata potilaan ymmärtämistä. (Ragan, Beck & White 1995; Haakana, Raevaara & Ruusuvaara 2001; Robinson 2003, Rantalan 2011, 38 mukaan.)

4.3 Potilaan ja hoitajan läheisyys

Mattila (2001, 66–68) jakaa väitöskirjassaan potilaan ja hoitajan välistä läheisyyttä kuvaavan kategorian läheisyyteen sekä etäisyyteen. Läheinen vuorovaikutus perustuu hoitajan potilaslähtöiseen toimintaan sekä siihen, että hoitajaa on helppo lähestyä. Kohtaaminen on potilaan ja hoitajan välillä tällöin tasavertaista ja vuorovaikutus pitää sisällään muutakin kuin sairauteen ja hoitoon liittyvää keskustelua. Kohtaamista voidaan siis ajatella tapahtuvan ensisijaisesti kahden ihmisen välillä, ei vain potilaan ja hoitajan välisenä vuorovaikutuksena. Läheisyys vuorovaikutuksessa saa potilaan kokemaan vuorovaikutuksen vapautuneena, minkä vuoksi kysyminen ja asioiden esille ottaminen tuntuu potilaasta helpommalta. Myös fyysinen läheisyys korostaa kohtaamista esimerkiksi hoitajan asettuessa lähelle potilasta vuorovaikutustilanteessa.

Hoitoalalla kosketus kuuluu yleensä ammatillisiin tilanteisiin, jotka saattavat olla hyvinkin intiimejä. Kosketus on merkittävä viesti, jonka välityksellä hoitaja pystyy osoittamaan arvostuksensa potilasta sekä potilaan persoonaa ja rajoja kohtaan. (Niemi ym. 2006, 32–34.) Etäistä vuorovaikutusta kuvaa hoitajan piittaamattomuus siitä, mitä potilaalle kuuluu sekä vähäinen kiinnostus potilaan auttamista kohtaan. Tällöin vuorovaikutus on varautunut ja hoitaja koetaan etäisenä sekä teennäisenä, jolloin vuorovaikutusta ei voida kuvailla kahden aikuisen välillä tapahtuvaksi. Etäisyyttä ilmaisee myös esimerkiksi katsekontaktin puuttuminen ja fyysisen läheisyyden vähäisyys. Etäisyyteen liittyy ihmisen keino mahdollistaa luokse pääseminen, jota pystyy lähemmäksi tai kauemmaksi siirtymällä

muuttaa. Lähemmäksi siirtymisellä annetaan lupa lähestyä ja mahdollistetaan läheisempi vuorovaikutus, kun taas kauemmaksi siirtyminen viestittää halua suurempaan yksityisyyteen ja vähäisempään vuorovaikutukseen. (Altman 1975, Rosqvistin 2003, 26 mukaan.)

Karhe (2017, 64) on kuvannut potilaan yksinäisyyttä tutkivassa väitöskirjassaan, että potilaan kuvaaman yksinäisyyden taustalla on ollut vahvistamattomuus, piittaamaton hoito sekä ihmisarvon loukkaaminen. Yksinäisyyden kokemuksia on potilaiden mukaan syntynyt esimerkiksi silloin, kun potilas koki, ettei ole saanut riittävästi tietoa tai apua tilanteessaan. Lisäksi tunne puuttuvasta yhteydestä hoitavaan henkilöön tai potilaan puutteellinen mahdollisuus jakaa omia tuntemuksiaan sekä kokemuksiaan aiheutti hoitoyksinäisyyden tunnetta.

Potilaan ja hoitajan välisen vuorovaikutuksen ongelmana voi olla tilanne, jossa potilas ei koe haluavansa läheistä vuorovaikutussuhdetta, vaikka hoitaja kokisi sen tukevan potilasta, esimerkiksi itsemurhaa yrittäneiden potilaiden kohdalla. (Mattila 2001, 67–68.) Heiskanen (2007, 103–105) mukaan taas itsemurhaa yrittäneen potilaan kohtaaminen saattaa olla hoitajalle haastavaa epävarmuuden tai ylemmydentunnon vuoksi, mikä on potilaalle hyvin haitallista (Sinkko & Suurkaulio 2017, 17). Vuorovaikutuksen ja viestinnän tärkeys korostuu potilaan kohdatessa sairautensa liittyviä oireita, jotka aiheuttavat muutoksia käytökseen sekä kognitioon (Villagran & Sparks 2010, O'hairin, Sparksin & Wrightin 2013, 18 mukaan).

4.4 Välittämisen kokeminen

Mattila (2001, 68) on väitöskirjassaan jakanut välittämisen kokemisen neljään alakategoriaan. Kategoriat ovat turvallisuus, todesta ottaminen, ennakoiva välittäminen ja tekeminen välittämisen osoittamisena.

Potilas kokee tulleen välitetyksi, kun hoitaja on perehtynyt potilaan asioihin ja on tietoinen mahdollisesti tapahtuvista muutoksista sekä oma-aloitteisesti pyrkii olemaan läsnä potilaan luona. Turvallisuutta luo potilaalle hoitajan fyysinen läheisyys kuten koskettaminen, kädestä pitäminen ja halaaminen (Mattila 2001, 68.) Hoitajan turvallinen työskentely sekä tavoitettavuus luo potilaalle tunnetta, että hänestä välitetään. Turvallisuutta luo myös se, että potilaalla on vapaus ilmaista tuntemuksiaan, kysyä ja pyytää apua. Tutkimus osoittaa, että potilas kokee tulleen välitetyksi, kun hoitaja on aidosti kiinnostunut potilaasta eikä vähättele potilaan vaivoja. Ennakoiva välittäminen osoittautuu sillä, että potilaan tarpeita huomioidaan ennen kuin potilas itse kertoo tarpeistaan. Potilas tuntee, että hänestä välitetään, kun hoitaja seuraa potilaan vointia ja voi luottaa siihen, että hoitajalta

ei jää mitään huomaamatta. (Mattila 2002, 68.) Hoitajan tulisi ennakoiden huomioida potilaan sanattomat viestit ja reagoida niihin yksilöllisesti (Ardold, Miller-Day, Walker & Webb 2002, Rantalan 2012, 35 mukaan). Tekeminen välittämisen osoittamisena on sitä, että hoitaja pystyy näkemään vaivaa potilaan eteen ja tekee potilaalle merkityksellisiä tekoja oma-aloitteisesti. Näin potilas kokee kokonaisvaltaisesti, että häntä huomioidaan. (Mattila 2001, 69.) Potilas voi tuntea itsensä yksinäiseksi, jos avuntarvetta ei osata huomioida tai jos potilas joutuu itse etsimään apua. Potilaat kokevat välittämisen tunnetta, kun hoitajat käyvät heidän luonaan (Karhe 2017, 70.) Toisaalta Karheen tutkimuksessa potilas on myös kokenut, että apua on välillä tullut liikaa ja väärään aikaan esimerkiksi heti leikkauksen jälkeen voinnin ollessa vielä heikko.

4.5 Vahvistuminen

Vahvistuminen tarkoittaa, että potilasta tuetaan ottamaan vastuuta ja päättämään itse hoitoon liittyvistä asioista hoitojaksolla. Mattila (2001, 70) on saanut väitöskirjassaan haastattelujen myötä kuusi alakategoriaa vahvistumiseen liittyen. Ne ovat jaettu potilasta vahvistaviin ja heikentäviin tekijöihin. Potilasta vahvistavat tekijät ovat tietäminen, luottamus asiantuntijaan, ennakoiminen ja palautteen saaminen. Potilaan vahvistumista heikentävinä tekijöinä ovat potilaan tietämistä ja kysymysmahdollisuutta heikentävät tekijät ja osallistumattomuus päätöksentekoon. Vuorovaikutustilanteissa hoitaja voi joko tukea tai heikentää potilaan vahvistumista (Mattila 2001, 70–71.)

Mattila (2001, 71) kuvaa tutkimuksessaan ennakoimisen ja palautteen saamisen merkitystä. Tutkimus on osoittanut, että potilaalle etukäteen kertominen siitä, miten hän voi itse helpottaa hoidon toteuttamista, auttaa potilasta hallitsemaan tilannetta paremmin. Hoitaja voi antaa tietoa potilaalle myös neuvomisen kautta koska hoitajalla on tietoa ja taitoa mikä potilaalta itseltään puuttuu (Heritage & Sefi 1992; Vehviläinen 2001, Rantalan 2012, 38 mukaan). Palautteen antaminen esimerkiksi kuntoutumisen edistymisestä on tärkeässä roolissa potilaan vahvistumisen kannalta. Mattilan (2001, 71) mukaan palautteen on oltava avointa, kannustavaa, myönteistä ja realistista. Vahvistumista tukevat ominaisuudet ovat erityisen tärkeitä tilanteissa, joissa potilas on hoitotilanteessa jostain syystä vastahakoinen. Tällaisessa tilanteessa potilaalle on tärkeää perustella mitä ollaan tekemässä ja mihin pyritään.

Mattilan tutkimuksessa kerrotaan, että potilaiden vahvistumista edesauttaa tieto siitä, että he voivat luottaa asiantuntijan osaamiseen. Potilaat luottavat siihen että heille kerrotaan kaikki oleellinen hoitoonsa liittyen. Luottamus hoitajan ja potilaan välillä vahvistuu myös silloin, kun hoitaja on aloitteellinen ja varmistaa potilaan tietävän mistä esimerkiksi hoi-

dossa on kyse. (Mattila 2001, 72.) Karhe (2017, 68) kuvaa väitöskirjassaan, että useat potilaat kokevat, etteivät pysty ottamaan tietoa vastaan koska se saattaa tulla väärään aikaan tai väärässä muodossa. Potilaat joutuvat usein itse huolehtimaan tiedonsaannista. Tämän vuoksi luottamus hoitajaan voi heikentyä.

Mattilan (2001, 72) tutkimuksessa potilaan vahvistumista heikentää hoitajan kiire sekä jos hänellä ole aikaa kuunnella potilasta. Hoitajan ollessa kiireinen, ei potilaalla ole mahdollisuutta kysyä hoidostaan. Myös Karhe (2017, 67) on tutkimuksessaan saanut selville, ettei potilaiden luokse aina pysähdytä ja kysytä vointia. Potilaalle jää usein mieleen hoitajat jotka pystyvät kiireenkin keskellä tekemään työnsä hyvin ja huomioimaan potilaan kokonaisvaltaisesti (Mönkkönen 2007, Rantala 2012, 8 mukaan). Tämän vuoksi potilaat voivat kokea, että heidän psyykkiseen jaksamiseensa ei kiinnitetä tarpeeksi huomiota.

4.6 Tunnekokemuksen jakaminen

Mattilan (2001, 73–74) mukaan potilaan ja hoitajan välinen tunnekokemuksen jakaminen syntyy potilaslähtöisestä toiminnasta, hoitajan harkitusta vuorovaikutuksesta sekä tiedon hallinnasta. Heikentävinä tekijöinä onnistuneelle tunnekokemuksen jakamiselle hän esittää joko potilaan tai hoitajan kielteisyyden sekä hoitajan osaamattomuuden ja tietopohjan heikkouden. Kaija Lipposen (2014) potilasohjausta tutkivan väitöskirjan mukaan hyvän potilasohjauksen tunnusmerkkejä ovat hoitohenkilöstön tiedot, asenne, ohjausmenetelmien hallinta sekä pätevyys. Ammatillinen vastuu edellyttää asianmukaisia tietoja ohjattavista asioista sekä hyviä ohjaus- ja vuorovaikutustaitoja. Hoitotyö edellyttää elinikäistä vuorovaikutustaitojen hiomista sekä muuntautumista (Niemelä, Suua & Väisänen 2009, Rantalan 2012, 9 mukaan). Hoitajien tulisikin jatkuvasti kehittää valmiuksiaan koulutuksilla sekä alan tutkimuksilla. (Johansson ym. 2007; Korhonen 2010; Jones ym. 2011). Tutkimusten mukaan hoitajien tiedot suhteessa taitoihin ovat kuitenkin potilaiden arvion mukaan hyvällä tasolla (ks. Kääriäinen 2007, Lipponen ym. 2008a, Kääriäinen & Kyngäs 2010b).

Mattilan (2001, 73) väitöskirjassa on esitetty myös omahoitajamallin ja tämän myötä potilaan mahdollisesti läheisemmän tuntemisen edesauttavan potilaslähtöistä hoitamista. Omahoitaja, jolla on mahdollisesti ollut potilaan sekä tämän perheen kanssa pitkä hoitosuhde, näkee potilaan tilanteessa merkitykselliset asiat sekä pystyy asettamaan potilaan asiantuntijaksi omassa tilanteessaan ja sen arvioinnissa. Tunnekokemuksen jakamista edellyttää Mattilan mukaan hoitajan kykyä nähdä potilaan tilanne kokonaisvaltaisesti sekä tavoitteellisesti. Hoitajan toiminnan tulee myös olla sekä verbaalisesti että nonverbaalisesti yhteneväistä, minkä lisäksi potilaaseen kohdistuvaa toimintaa pitäisi pyrkiä muuntelemaan potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaan.

4.7 Vuorovaikutuksen ympäristö

Mattila (2001, 76–80) jakaa väitöskirjassaan vuorovaikutuksen ympäristön kolmeen erilliseen alakategoriaan; ihmissuhdeympäristöön, fyysiseen ympäristöön sekä hoitotyön kulttuuriin. Ihmissuhdeympäristö käsittää potilaan ja hoitajan välisen vuorovaikutuksen lisäksi vuorovaikutuksen niin omaisten kanssa kuin potilaiden kesken. Fyysisellä ympäristöllä tarkoitetaan tässä yhteydessä rakenteellisia tekijöitä ja tiloja, kuten esimerkiksi potilas-huonetta. Kaksi edellä mainittua on katsottu sekä potilaiden että hoitajien kannalta merkitykselliseksi vuorovaikutusta ajatellen. Merkittävänä ja yhdistävänä tekijänä pidetään etenkin tilaa, eli esimerkiksi potilashuonetta, jossa potilaalla on mahdollisuus käydä keskustelua hoitajan kanssa, sekä positiivisia ja myönteisiä ihmissuhteita, joiden katsotaan rohkaisevan ja aktivoivan potilasta vuorovaikutukseen sekä toisten potilaiden että hoitajien kanssa.

Sairaalassa ollessa potilaan henkilökohtaisen tilan rajat saavat näkyvän merkityksen, sillä vuorovaikutustilanteita ohjaavat aikaisempaan arkielämään kuulumattomat vuorovaikutussäännöt. Henkilökohtaisen tilan puutteellisuus saattaa näkyä etenkin ensimmäistä kertaa sairaalahoidossa ollessa. Vaikka takana olisikin useampi hoitajakso, voi yksi ainoa huono kokemus henkilökohtaisen tilan säilyttämisestä muuttaa potilaan suhtautumisen negatiiviseksi. Henkilökohtaista tilaa pyritään säätelemään niin sanallisten kuin sanattomien viestintäkeinojen avulla. Näiden keinojen onnistuessa sekä potilaan saavuttaessa haluamansa henkilökohtaisen tilan, voidaan puhua ideaalitasosta. (Rosqvist 2003, 25–27.) Tämä taso kuitenkin vaihtelee vuorovaikutuksessa mukana olevien ihmisten, ajankohdan sekä tilanteen mukaan (Altman 1975, Rosqvistin 2003, 27 mukaan). Henkilökohtaisen tilan loukkaaminen uhkaa turvallisuuden tunnetta (Meisenhelder 1982, Rosqvistin 2003, 25 mukaan) ja yritys säilyttää henkilökohtainen tila vaatii potilaalta monia erilaisia fyysistä ja psyykkistä energiaa kuluttavia keinoja (Altman 1975, 1976, Rosqvistin 2003, 27 mukaan).

Vuorovaikutuksen ja esimerkiksi potilasohjauksen toimintaedellytyksinä on katsottu olevan riittävät resurssit hoitohenkilöstön, tilojen sekä materiaalin suhteen (Isola ym. 2007; Kääräinen 2007; Kaakinen ym. 2012b, Lipposen 2014, 18 mukaan). Hoitohenkilökunta pitää kuitenkin usein käytössä olevia tiloja, materiaalia sekä aikaa riittämättömänä (Tähtinen 2007, 21; Zakrisson & Hägglund 2009, Lipposen 2014, 20 mukaan). Potilaat taas ovat olleet niihin tyytyväisiä, sillä katsovat potilaslähtöisyyden ja hyvän vuorovaikutuksen olevan

ympäristötekijöitä tärkeämpiä seikkoja potilasohjauksen onnistumista ajatellen (Mäenpää 2007; Alaloukusa-Lahtinen 2008; Kaakinen ym. 2012a, Lipposen 2014, 21 mukaan).

Potilaan ja hoitajan välistä vuorovaikutusta saattaa kuitenkin häiritä toisen potilaan hallitseva asenne tai asioihin puuttuminen. Puutteellinen vuorovaikutus saattaa johtua myös siitä, että potilas ei halua vaivata hoitajaa ylimääräiseksi kokemallaan asialla vaan on mieluummin ”hyvä potilas”. Väitöskirjassa ilmaistaankin, että yhteyden hoitajaan on katsottu toimivan useamman hengen potilashuoneessa, sillä tällöin potilas ei koe vaivaavansa hoitajaa vuorovaikutuksen tapahtuessa ryhmäkeskusteluna potilaiden ja hoitajan kesken. Hoitajan kannalta ohjaustilanne on otollinen ja potilaiden terveyttä edistävä, mutta myös vaativaa monen potilaan ohjaustarpeen sekä huomioimisen kannalta.

Ihmissuhdeympäristöä ajatellen tulee huomioida myös potilaan perhe sekä omaiset. Onnistuneessa vuorovaikutuksessa hoitajan kanssa omaisen läsnäolo tukee potilaan hoidon tavoitteita, mutta omaisten hallitsevuuden johdosta vuorovaikutus saattaa olla ongelmallista. Siitä huolimatta, että omaisetkin odottavat saavansa mahdollisuuden kahdenkeskiseen keskusteluun sekä tietoa, tukea ja ohjausta potilaan hoitoon liittyen, ei perheenjäseniä oteta aina mukaan potilaan hoitoon. (Salminen-Tuomaala ym. 2008; Nikki & Paavilainen 2010; Mattila 2011, Lipposen 2014, 21 mukaan.) Myös potilas sairastuneen roolissa toivoo usein omaisen saaman ohjauksen lisäävän ymmärrystä sairastuneen tilannetta kohtaan (Hautamäki-Lamminen ym. 2010; Virtanen ym. 2010, Lipposen 2014, 21 mukaan.)

Hoitotyön kulttuuria on tarkasteltu tapana tehdä hoitotyötä osastolla sekä työskentelyä ohjaavana kokonaisuutena ajatteluun ja toimintaan liittyen. Tukevina tekijöinä pidetään potilaskeskeisyyttä, jäsentyneisyyttä sekä tavoitteellisuutta ja sujuvuutta, heikentävinä tehtäväkeskeisyyttä, paineenalaisuutta sekä lyhytjänteisyyttä ja työn kasautumista. Kansallisten tutkimusten mukaan positiivinen työilmapiiri vaikuttaa myönteisesti työilmapiiriin, työpaikassa pysymiseen sekä työntekijöiden moraaliin (Glisson & James 2002; Cummings ym. 2010, Viinikaisen 2015, 29 mukaan). Mallidou ym. (2011) sekä Roch (2014) ovat todenneet sosiaalisen kulttuurin selittävän hoitotyöntekijöiden toimintaa sekä hoitokäytäntöjä (Viinikainen 2015, 29). Sosiaalisella kulttuurilla on katsottu olevan vaikutusta myös myönteiseen asennoitumiseen työtä kohtaan (Glisson ym. 2012; 2014, Viinikaisen 2015, 29 mukaan) sekä todettu sen vaikuttavan hoidon laatuun (Glickman ym. 2007; Aiken ym. 2011, Viinikaisen 2015, 29 mukaan) ja kliiniseen päätöksentekoon (Hagbaghery ym. 2004, Viinikaisen 2015, 29 mukaan).

4.8 Osa-alueita yhdistävät piirteet

Mattila (2001, 80–84) on tekemänsä tutkimuksen perusteella jakanut vuorovaikutuksen osa-alueet seitsemään edellä kuvattuun kategoriaan. Näitä kategorioita ja niiden alaluokkia hän on tutkimuksen toisessa vaiheessa verrannut toisiinsa sekä tarkastellut niihin liittyviä yhdistäviä sekä erottavia piirteitä, tarkoituksenaan löytää yhteyksiä kategorioiden välille. Yhdistävinä piirteinä usealle kategorialle selvisi olevan potilaan turvallisuuden kokeminen, osallistuminen hoitoonsa sekä tietäminen. Nämä kolme piirrettä ilmenivät tutkimuksessa samanaikaisesti sekä yhteenkietoutuneena, minkä vuoksi niiden katsottiin olevan toistensa edellytyksiä ja seurauksia.

Potilaan turvallisuuden kokeminen ilmenee alaluokkana kategorioissa kohtaamisen myönteisyys ja turvallisuus, potilaan ja hoitajan läheisyys, välittämisen kokeminen, vahvistuminen sekä tunnekokemuksen jakaminen. Turvallisuuden kokeminen on potilaan kannalta tärkeää alusta loppuun saakka, koko sairaalahoidon ajan. Hoitajan paneutuminen ja läheisyys lisäävät potilaan turvallisuudentunnetta. Potilas kokee turvallisuutta myös silloin, kun hoitaja konkreettisin keinoin osoittaa välittävänsä potilaasta ja on tavoitettavissa. Tavoitettavuudella tarkoitetaan tässä tapauksessa sitä, että hoitaja on potilaan saatavilla. Myös ennakoimisen katsotaan lisäävän turvallisuuden tunnetta, jolloin potilasta valmistetaan tuleviin tilanteisiin sekä fyysisesti että psyykkisesti, jotta ne eivät tule yllätyksenä.

Potilaan osallistuminen hoitoonsa kuuluu alaluokkana kategorioihin aloitteellisuus ja luottamus yhteistyössä, potilaan ja hoitajan läheisyys, vahvistuminen sekä vuorovaikutuksen ympäristö. Osallistuminen käsittää puhumisen ja tekemisen. Osallistuminen puhuen tarkoittaa potilaan kysymistä ja ehdottamista, päättämistä, oman voinnin ilmaisemista sekä hoitajan neuvomista. Tekemisellä tarkoitetaan potilaan osallistumista hoitotoimiin joko itsenäisesti tai hoitajan avustamana. Läheisenä ja myönteisenä koettu hoitaja edesauttaa potilaan osallistumista keskusteluun.

Potilaan tietäminen esiintyy kategorioissa potilaan ja hoitajan läheisyys, vahvistuminen, tunnekokemuksen jakaminen sekä vuorovaikutuksen ympäristö. Tietäminen edellyttää sitä, että hoitaja pitää potilaan oma-aloitteisesti ajan tasalla antamalla tietoa. Potilaan on helpompi esittää kysymyksiä ollessaan läheisessä ja tasa-arvoisessa vuorovaikutuksessa hoitajan kanssa. Tämän vuoksi omahoitajuuden on katsottu edistävän tietämistä, sillä siinä potilaat kokevat hoitosuhteen olevan jatkuvampaa ja tasa-arvoista sekä vuorovaikutuksen dialogimaisempaa.

Potilaan osallistuminen ja tietäminen ovat siis yhteydessä toisiinsa, sillä osallistuminen puhumalla ja tekemällä lisää potilaan tietämystä hoitoonsa liittyvistä asioista. Tätä edellyttää

taas hyvä vuorovaikutus ja sen myötä syntyvä turvallisuuden tunne. Kuten kappaleen alussa mainitaan, ovat nämä kolme piirrettä samanaikaisia ja toisiinsa liittyviä. Sekä kirjallinen että konkreettinen tuotoksemme, posterit, pohjautuvat Lea-Riitta Mattilan väitöskirjaan sekä siinä esitettyyn kategorisointiin ja vuorovaikutusjärjestelmään.

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli lisätä potilaiden tyytyväisyyttä hoitojakson aikana sekä lisätä hoitoon sitoutuneisuutta hyvän vuorovaikutuksen avulla. Tarkoituksena oli myös tuottaa tietoa siitä, millaista on hyvä vuorovaikutus hoitajien ja potilaiden välillä, jonka avulla osaston J42 henkilökunta voi kehittää toimintaansa vuorovaikutustilanteissa sekä parantaa hoitotyön laatua ja vaikuttavuutta. Hyvä sosiaali- ja terveydenhuollon laatu tarkoittaa sitä, että potilas saa tarpeensa mukaista palvelua oikeaan aikaan ja oikeassa paikassa. Hyvä laatu pohjautuu näyttöön perustuvaan tietoon ja sillä pyritään terveyden maksimointiin sekä tuottamaan kansalaisille hyvinvointia (THL 2018). Myös Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän 2022-strategia pyrkii parantamaan väestön terveyskehitystä sekä toimintakykyä. Linjauksissa on tuotu esiin asiakaskokemuksen tärkeys sekä laadukkaan palvelun takaaminen. (PHHYKY 2017.)

Opinnäytetyömme kehittämishankkeen tavoitteena oli tuottaa posterit, jossa kerrotaan osasto J42:n hoitajille vuorovaikutuksen keskeiset elementit. Tavoitteisiin lukeutui myös posterin esittäminen toimeksiantajana toimivalle osastolle sekä saada palautetta tuotoksestamme.

Omat tavoitteemme opinnäytetyölle oli saada lisää tietoa siitä, millaista on hyvä vuorovaikutus potilaan ja hoitajan välillä sekä millaiset asiat siihen vaikuttavat. Tulevina sairaanhoitajina tulemme työskentelemään jatkuvassa vuorovaikutuksessa erilaisten ihmisten parissa, jolloin sen merkitys korostuu erityisesti.

6 POSTERIN TEKEMISEN PROSESSI

6.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Ammattikorkeakoulun opinnäytetyöt ovat yleensä joko tutkimuksellisia tai toiminnallisia opinnäytetöitä. Valitsimme oman työmme toteutustavaksi toiminnallisen opinnäytetyön, koska opinnäytetyömme on konkreettinen tuotos toimeksiantajalle. Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää toiminnallista osa-aluetta tai tuottaa jonkinlainen fyysinen tuotos kuten esimerkiksi kansio, posterit tai opas. Työn tavoitteena on kehittää ja omaksua alan taitoja, sivistystä sekä tietoa. Tutkimusmenetelmät voivat olla erilaisia ja opiskelija pyrkii omaksumaan tutkimuksellisen asenteen opinnäytetyötä tehdessään. (ks. Vilka 2006, 70.) Projektityyppisesti toteutettu toiminnallinen opinnäytetyö voidaan toteuttaa joko yksin tai ryhmässä, yleensä kuitenkin työelämäyhteistyönä joko pelkästään omaan tai useampaan alaan liittyen. Parhaimmillaan kehittämis- ja suunnittelutyöt voivat muuttaa työkäytäntöjä positiivisesti sekä tukea työyksikön toimintaa. Kaikki projektitoiminnassa mukana olevat osapuolet sitoutuvat yhteiseen tavoitteeseen. (Lapin ammattikorkeakoulu.) Tutkimuksellisen ja toiminnallisen opinnäytetyön ero näyttäytyy siten, että toiminnalliseen opinnäytetyöhön kuuluu oleellisesti mukana olevia toimijoita esimerkiksi työn toimintaympäristöstä, jotka eri vaiheissa osallistuvat vuorovaikutuksellisesti työn kehittämiseen. Sosiaalissa vuorovaikutuksessa tapahtuu molemminpuolista palautteen antamista ja vastaanottamista, pohdintaa sekä arviointia. (Salonen 2013, 6.)

6.2 Posterin suunnittelu

Opinnäytetyön, esimerkiksi kehittämishankkeen tuloksena on yleensä tuotos, johon sisällyttämensä uuden tiedon lisäksi kuuluu palvelu, tuote tai toimintatapa. Opinnäytetyön raportissa tuotos voi olla joko sijoitettuna työhön tai erillinen liite, mutta on huomioitava, että raportti on itsessään kirjallinen esitys tehdystä työstä, jonka tuloksena on syntynyt erillinen ja itsenäinen tuotos. Raportissa on kyse opiskelijan oppineisuudesta, oman alan ammatillisuuden sekä kehittämistoiminnan ymmärtämisestä. (Salonen 2013, 25.)

Posterit ovat asiallisia, informatiivisia ja selkeitä tietotauluja, joihin julkaistaan lyhyesti ja ytimekkäästi tutkimus- ja kehittämistöitä sekä niiden tuloksia esimerkiksi konferensseissa (Kajaanin ammattikorkeakoulu). Hyvä posterit toimii parhaimmillaan tiedonlähteenä, keskustelun aloittajana sekä yhteenvetona ja mainoksena tehdystä työstä (Hess, Liegel & Tosney 2013). Posterit suunniteltaessa on tärkeää miettiä aineiston keskeiset asiat ja niiden käsittelytavat sekä kohderyhmä, joka posterit lukee (Jyväskylän yliopisto). Posterilla pyritään visuaalisin ja graafisin elementein tuomaan ihmisille tietoa heille uudesta asiasta

ja sillä tavoitetaankin yleensä enemmän ihmisiä kuin esimerkiksi pelkällä esitelmällä. Visualisoinnin tarkoituksena on tehdä kerätystä tiedosta kiinnostavaa ja saattaa se helposti tulkittavaan muotoon ja siksi posterit mahdollistaakin monen eri visuaalisen keino yhdistämisen yksinkertaisella tavalla. (Silén 2013.) Sen tulisi olla ulkoasultaan muotoiltu siten, että se herättää lukijan mielenkiinnon ja houkuttelee luokseen. Esteettisen ulkoasun tulee sopia myös sisältöön ja esityspaikkaan, jotta lukijan huomio ei kiinnittyisi väärin asioihin. Mikäli ulkoasu ei tue posterin antamaa tietoa, voi haluttu tieto jäädä ymmärtämättä. (Silén 2013.) Posterit on yleensä kooltaan suurempi kuin A4 ja päätös sen lukemisesta tehdään yleensä noin 11 sekunnissa. Sen tulisi olla luettavissa n. 1,5 metrin päästä sekä havaittavissa kauempanakin. (Silén 2013.)

Lähdimme suunnittelemaan ja ideoimaan posteria toimeksiantajalta tulleen aiheen pohjalta marraskuussa 2018. Saimme toimeksiantajalta vapaat kädet posterin toteutuksen suhteen. Lähdimme miettimään, minkälainen on mielestämme hyvä posterit. Halusimme, että posterit houkuttelee lukijan luokseen ja että se sisältäisi mahdollisimman tiivistetysti kokoamme teoriapohjan keskeiset asiat. Kerätessämme teoriapohjaa opinnäytetyölle Mattilan väitöskirjasta, esiin nousi seitsemän kategorialaajuuksien luokkaan liittyen. Aluksi ajattelimme tehdä posterin näistä seitsemästä kategoriasta, mutta työn edetessä päädyimme tiivistämään posteriin tulevaa sisältöä väitöskirjassa esitettyihin, kategorioita yhdistäviin piirteisiin. Rajauksella pyrimme siihen, että posterin sisällön keskeiset asiat olisivat mahdollisimman selkeästi esillä. Yhdistäviä piirteitä oli Mattilan väitöskirjassa esitetty kolme; osallistuminen, tietäminen ja turvallisuus. Posterissa avasimme jokaista kolmea piirrettä muutamilla lauseilla, jotta lukija ymmärtäisi mitä näillä kolmella luokalla yhdistävillä piirteillä tarkoitetaan. Posterissa olevan teoriapohjan referoimme Mattilan väitöskirjasta.

6.3 Posterin toteutus ja arviointi

Opinnäytetyömme tuotoksena syntyi posterit luokkaan liittyen, jonka liitimme kuvana tekstiosuuteen selkeyttämään työtämme. Kehittämishankkeen elävöittäminen raporttiin esimerkiksi kuvien avulla lisää sen konkreettisuutta sekä lukijaystävällisyyttä. Aiheeseen liittyvä kuva tukee kehittämishankkeen kokonaisuutta. (Salonen 2013, 25.)

Joulukuussa 2018 keskeiset otsikot olivat valikoituneet posteriin ja pienten korjausten jälkeen saimme laitettua posterin painoon tammikuussa 2019. Otsikot valikoituivat Mattilan väitöskirjassa käsiteltyihin luokkaan liittyen, joita olivat osallistuminen, tietäminen ja turvallisuus. Otsikoiden alle kirjoitimme väitöskirjasta esiin nousseita asioita, jotka vaikuttavat onnistuneeseen luokkaan liittyen ja hoitajan välillä. Posterissa

avasimme jokaista kolmea piirrettä muutamalla lyhyellä ja ytimekkäällä lauseella, jotta lukija ymmärtäisi mitä näillä kolmella vuorovaikutukseen liittyvällä otsikolla tarkoitetaan. Teoriapohjan referoimme Mattilan väitöskirjasta, sillä opinnäytetyöhön kerätty tieto pohjautui siihen. Posterin otsikko ”Vuorovaikutuksen avaimet” kehittyi vasta posterin sisällön tekemisen myötä. Otsikko kuvaa mielestämme hyvin posterin sisältöä.

Posterin suunnittelimme ja tuotimme itse Word-ohjelmalla. Ensisijainen tavoitteemme posterin suhteen oli se, että siinä oleva sisältö olisi helposti luettavissa ja sisäistettävissä. Mielestämme posterin selkeä asettelu ja tiivis sisältö vaikuttavat positiivisesti päätökseen lukea posterit. Pyrimme värien ja kuvien avulla suunnittelemaan posterin siten, että se herättäisi lukijansa mielenkiinnon mahdollisimman nopeasti, mutta olisi kuitenkin selkeä. Valitsimme posterin taustaväriksi vaalean sävyn, koska mielestämme se kiinnittää huomiota paremmin kuin tavallinen valkoinen pohja. Halusimme posterin olevan kooltaan A3-kokoinen, jotta se olisi helposti havaittavissa lyhyen matkan päästäkin, mutta ei kuitenkaan liian iso ja hallitseva. Posterin alaotsikot laitoimme kolmeen eriväriseseen lokeroon, joihin liitimme aiheeseen sopivat kuvat. Aiheiden lokeroiminen ja eri värien käyttö tuo selkeyttä ja helpottaa luettavuutta. Fontiksi valikoitui ”Calibri” ja fontin väriksi valkoinen, jotta fontti erottuu värillisestä taustasta. Posterin alaosaan laitoimme omat nimemme, päivämäärän sekä Lahden ammattikorkeakoulun logon.

Posterin painattamista varten otimme sähköpostitse yhteyttä kotkalaiseen Painotalo Westmaniin. Toimitimme posterin sähköisesti heille ja valmiin työn haimme paikan päältä. Posterista tuli painettuna juuri suunnitelmiamme mukainen. Painattamisesta aiheutuneet kustannukset maksoimme itse. Valmiin posterin toimitimme esittämisen yhteydessä J42 osaston hoitajille.

Posterit esitettiin osastolla osastonhoitajan, apulaisosastonhoitajan sekä osan osastolla työskentelevien hoitajien ollessa paikalla. Halusimme esittää posterin paikan päällä, jotta saisimme keskustelua aikaiseksi ja kerättyä palautetta esityksemme jälkeen. Kerroimme opinnäytetyön pääkohdat ja esittelimme posterin. Vapaata keskustelua syntyi mielestämme onnistuneesti koko esityksen ajan, etenkin oman persoonan käyttämisestä työkaluna sekä sosiaalisen älyn ja tilannetajun tärkeydestä hoitotyössä.

Suullinen palaute kerättiin esityksen jälkeen. Erityisesti aiheen ajankohtaisuus ja sen liittyminen vahvasti hoitotyöhön nähtiin henkilökunnan taholta positiivisena, etenkin PHHYKY:n strategiaa ajatellen, sillä aiheita oli vasta hetkeä aikaisemmin käsitelty osastolla. Työntekijät olivat tyytyväisiä posterin ulkoasuun, sillä juuri kyseisen osaston erityispiirteet oli huomioitu esimerkiksi kuntoutuja-termiä käyttämällä. Saimme palautetta myös siitä, että oleelliset asiat oli ilmaistu hyvin tiivistettynä posterissa ja sen sisältämän tiedon

koettiin sopivan niin hoitajan, kuntoutujan kuin kenen tahansa muunkin moniammatillisessa työyhteisössä toimivan käyttöön.



Kuva 1. Vuorovaikutuksen avaimet -posterit (mukailtu Mattila 2001).

7 YHTEENVETO

7.1 Eettisyys ja luotettavuus

Itsessään opinnäytetyön, kuin myös kehittämishankkeen eettisyyttä ajatellessa on hyvä pitää lähtökohtana yleisiä rehellisyyden periaatteita työprosessin jokaisessa vaiheessa. Prosessin hallitseminen edellyttää sekä ammattietiikan että tutkimuseettisten periaatteiden tarkastelua ja noudattamista. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- sekä kehittämistyötä ohjaavat erilaiset lait ja esimerkiksi ammattiliittojen laatimat eettiset ohjeet. Jo opinnäytetyön aihetta valittaessa tulee tarkastella eettisiä kysymyksiä ja lähtökohtia sekä miksi aihetta tutkitaan. Opiskelijan tulee miettiä työstä saatavaa hyötyä sekä sen merkityksellisyyttä, eli onko aihe itsessään toteuttamisen arvoinen. (Kajaanin ammattikorkeakoulu.)

Sairaanhoitaja pyrkii työssään auttamaan kaikenikäisiä ihmisiä erilaisissa elämäntilanteissa ja tämän myötä parantamaan potilaan elämänlaatua. Opinnäytetyön perimmäinen tarkoitus pohjautuu sairaanhoitajan eettisiin ohjeisiin: ”Sairaanhoitaja kohtelee toista ihmistä lähimmäisenä. Hän kuuntelee potilasta ja eläytyy tämän tilanteeseen. Sairaanhoitajan ja potilaan välinen hoitosuhde perustuu avoimeen vuorovaikutukseen ja keskinäiseen luottamukseen.” (Sairaanhoitajat 2014)

Työmme teoriaosuudessa kuvasimme hoitajan vuorovaikutustaitojen sekä kyvyn kohdata potilaan edesauttavan hoitotyön onnistumista. Mielestämme yksi hoitotyön tärkeimmistä lähtökohdista on vuorovaikutus ja siihen liittyvien piirteiden ymmärtäminen. Yllä olevan eettisen ohjeen voisi kuvata olevan hyvänä pohjana ja lähtökohtana työmme eettisyydelle, sillä pyrkimyksemme tämän työn myötä oli edesauttaa vuorovaikutuksen ja kohtaamisen kehittymistä työympäristössä ja sen toiminnassa. Työmme aihe oli työelämälähtöinen eli idea työlle tuli osastonhoitajalta. Tämä lisää mielestämme työn merkityksellisyyttä ja tärkeyttä, sillä työlle oli olemassa konkreettisesti kysyntää. Työn tarkoituksellisuutta lisäsi mielestämme myös hyvinvointiyhtymänkin strategiassa asettamat linjaukset esimerkiksi asiakaskokemuksen sekä laadukkaan palvelun tärkeydestä – pyrimme luomaan osastolle keinon, jolla juuri he voisivat vaikuttaa konkreettisesti toiminnan onnistumiseen sekä tuloksekkuuteen.

Käytimme työssämme monipuolisesti eri-ikäisiä lähteitä huolehtien kuitenkin siitä, että käyttämämme tieto on ajantasaista. Käyttämistämme lähteistä löytyy sekä suomen- että englanninkielisiä lähteitä monipuolisesti. Lähteitä ajatellen vielä muillakin kielillä haettu tutkimustieto olisi voinut tukea työmme teoriapohjaa ja näin ollen lisätä sen luotettavuutta. Käytetyt lähteet merkitsimme oikeaoppisesti ja huolellisesti eikä työssämme olevaa tietoa muokattu siten, että se poikkeaisi alkuperäisestä.

Jokaiseen opinnäytetyöhön ja kehittämishankkeeseen liittyy päätöksentekoa, joka koettelee opiskelijan etiikkaa. Kehittämistyötä koskeville eettisille kysymyksille ei ole olemassa kattavia sääntöjä, joista löytyisi vastaus jokaiseen eettisestä näkökulmasta askarruttavaan kysymykseen. Tällöin opiskelija joutuu itse pohtimaan ratkaisuja ja vastauksia etiikan kannalta. (Eskola & Suoranta 1998, 52-53.)

Työmme pohjautui Lea-Riitta Mattilan luomaan käsitejärjestelmään. Noudatimme käsitejärjestelmää tarkasti työmme teoreettisena viitekehyksenä, jotta emme välittäisi virheellistä tietoa eteenpäin oman työmme kautta. Teoreettisen viitekehyksen tulisi luoda pohja tutkimukselle sekä sisältää relevanttia tietoa käsiteltävästä aiheesta, mikä käytännössä tarkoittaa katsausta esimerkiksi aiheeseen liittyvästä kirjallisuudesta. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Käyttämistämme lähteistä saatua tietoa pyrimme vertailemaan mahdollisimman paljon Lea-Riitta Mattilan tekstin kanssa ja onnistuimme siinä mielettämme hyvin, sillä yhteneväisyyksiä teksteistä löytyi. Käytetyt lähteet pohjautuvat näyttöön perustuvaan sekä hoitotieteelliseen tietoon. Opiskelijan tulee opinnäytetyössään tuoda ilmi taitonsa huolelliseen ja rehelliseen raportointiin. Työn luotettavuus sekä uskottavuus on suoraan yhteydessä raportoinnin laatuun. Laadultaan hyvään opinnäytetyöhön kuuluu opiskelijan vastuuna eettisyyttä ajatellen myös lähdekritiikki sekä käytettyjen lähteiden soveltuvuus aiheeseen liittyen. (Kajaanin ammattikorkeakoulu.)

Pyrimme suunnittelemaan työskentelyämme tarkasti opinnäytetyön edetessä, mikä mielestämme lisää kehittämishankkeen uskottavuutta sekä luotettavuutta. Emme kuitenkaan työtä aloittaessamme vielä tienneet esimerkiksi väitöskirjassa esitettyjen seitsemän kategorian supistuvan kolmeen yhdistävään piirteeseen tai kummankin työn tekijöistä muuttavan toiselle paikkakunnalle. Tämä osaltaan edellytti ajoittain jo tehtyjen suunnitelmien muokkaamista mikä mahdollisesti saattoi heikentää työn luotettavuutta kokonaisuudessaan.

7.1.1 Tiedonhaku

Opinnäytetyömme teoreettisena viitekehyksenä toimii Lea-Riitta Mattilan väitöskirja "Vahvistumista ja tunnekokemuksen jakamista – potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta kuvaavan käsitejärjestelmän kehittäminen" vuodelta 2001. Väitöskirja on toteutettu kvalitatiivisella eli laadullisella tutkimusmenetelmällä. Kvalitatiivisessa tutkimusmenetelmässä ei pyritä yleistettävyyteen, vaan siinä haetaan uutta tietoa ja näkökulmia tutkittavasta aiheesta. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineistonkeruumenetelmiä ovat esimerkiksi haastattelut, jolloin tutkijan taito aineiston keruussa korostuu. (Grönfors 2011, 4.) Väitöskirjassaan Lea-Riitta Mattila on haastatellut hoitajia sekä potilaita. Saamiensa vastauksien perusteella hän on

analysoinut aineiston ja luonut siitä vuorovaikutusta kuvaavan käsitejärjestelmän. Tutkimus on teetetty kolmella sisätautiosastolla sekä kolmella kirurgisella osastolla potilaita ja hoitajia havainnoiden sekä haastatellen. Vuorovaikutusta on kuvattu mielestämme hyvin selkeästi seitsemän eri kategorian (kohtaamisen myönteisyys ja turvallisuus, aloitteellisuus ja luottamus yhteistyössä, potilaan ja hoitajan läheisyys, välittämisen kokeminen, vahvistuminen, tunnekokemuksen jakaminen, vuorovaikutuksen ympäristö) avulla, minkä vuoksi valitsimme juuri kyseisen väitöskirjan opinnäytetyömme varsinaiseksi teoriapohjaksi. Näitä seitsemää kategoriaa yhdistäviksi tekijöiksi on väitöskirjassa esitetty olevan potilaan turvallisuuden kokeminen, osallistuminen hoitoonsa sekä tietäminen, joiden pohjalta koostimme konkreettisen tuotoksemme, posterin.

Edellä mainitun lähteen lisäksi olemme käyttäneet työssämme pääasiassa suomenkielisiä kirjall lähteitä sekä luotettavia internet-sivustoja. Pyrimme myös hyödyntämään monipuolisesti erilaisia hoitotieteellisiä, näyttöön perustuvia väitöskirjoja työtä tehdessämme, etenkin vuoden 2001 jälkeen kirjoitettuja, jotta näkökulma aiheeseemme olisi mahdollisimman laaja sekä käyttämämme tieto ajankohtaista.

Tiedonhaku tuntui alkuun haastavalta, sillä aiheen muokkaaminen lopulliseen muotoonsa kesti hetken aikaa. Tämä kuitenkin helpottui varsinaisen aiheen sekä avainsanojen löytyttyä. Myös vähäinen määrä tehtyjä tutkimuksia aiheeseen liittyen hankaloitti lähteiden löytämistä. Kirjall lähteitä pyrimme etsimään Mastofinna-hakupalvelun kautta sekä verkkolähteitä Medic- ja Cinahl-tietokannoista. Käyttämämme hakusanoja olivat: vuorovaikutus, kohtaaminen, potilas, hoitaja, posterin, hoitaja-potilassuhteet sekä nurse-patient relationship.

7.2 Opinnäytetyön tarkastelu

Idea opinnäytetyöhömme lähti siitä ajatuksesta, että halusimme tuottaa jonkinlaisen työn vuorovaikutukseen liittyen. Olimme yhteyttä sittemmin jo eläkkeelle jääneeseen osastonhoitajaan Jalmarissa. Osasto valikoitui siten, että toinen opinnäytetyömme tekijöistä oli työskennellyt siellä jo aikaisemmin. Osastonhoitaja toi lyhyen keskustelun jälkeen ilmi halunsa ja toiveensa kehittää osastolla vallitsevaa vuorovaikutusta kuntoutujien ja hoitajien välillä. Päädyimme yhdessä siihen ajatukseen, että työmme tulee liittymään kohtaamiseen ja vuorovaikutukseen.

Työn aloittaminen tuntui haastavalta, sillä lopullisen aiheen ja suunnitelman muodostaminen vei yllättävän paljon aikaa. Olimme molemmat ensikertalaisia AMK-tasoisien opinnäytetyön tekemisessä, minkä vuoksi ohjeita piti kerrata usein. Ohjaavalta opettajaltamme saimme tiedon Lea-Riitta Mattilan väitöskirjasta, jota rupesimme lukemaan ja luetun

myötä ideoimaan työtä eteenpäin. Teimme yhteistyötä tiiviisti ja ryhmätyöskentelymme sujui alusta loppuun saakka moitteettomasti.

Työn lopulliseksi toteutustavaksi valikoitui toiminnallinen opinnäytetyö ja sen myötä posterit. Ajatuksenamme oli tuottaa väitöskirjaan pohjautuva posterit vuorovaikutukseen liittyen, jonka esittelisimme osastolla J42. Ajattelimme, että posterit kuntoutujien ja hoitajien välisestä vuorovaikutuksesta olisi toimiva tapa osaston henkilökunnalle vuorovaikutuksen parantamiseen liittyen. Koska posterit on tarkoitettu osaston hoitajille, ajattelimme sen sijainnin olevan paras hoitajien taukokuoneessa. Tällöin hoitajat voivat pysähtyä lukemaan posterit ja pohtimaan sen sisältöä omassa työssään. Posterin ollessa lyhyt ja ytimekäs, voi vuorovaikutuksen keskeisiä elementtejä posterista lukea ja sisäistää nopeallakin katsauksella. Posterin avulla osaston J42 hoitajat voisivat päivittäin toteuttaa kuntoutujien kanssa posterin sisällön keskeisiä elementtejä, sekä siten parantaa työmme tarkoituksenakin olevaa kuntoutujien tyytyväisyyttä hoitajaksolla.

Hoitajan hyvät vuorovaikutustaidot näkyvät potilaalle selkeästi, jonka vuoksi näitä taitoja olisi hyvä kehittää jatkuvasti. Potilas pystyy selventämään ajatuksiaan ja tunteitaan vuorovaikutuksen avulla, joten hoitajan on tärkeää ymmärtää potilaan kanssa käyty keskustelu samalla tavalla potilaan kanssa. Tämän seurauksena voidaan saavuttaa yhteisymmärrys potilaan kanssa myös tunnetasolla. Hyvässä hoitosuhteessa hoitajan vuorovaikutustaidot ovat tärkeässä roolissa. Tällöin hoitaja osaa ottaa huomioon potilaan elämäntilanteen, tunteet ja kokemukset huomioon yksilöllisesti. Hoitajan täytyy ymmärtää vuorovaikutuksen merkitys hoitotyössä, jotta hän voi toteuttaa potilaalle parasta mahdollista hoitoa. (Laurila, Raatikainen, Simuna & Tikka 2017.)

Mielestämme opinnäytetyötä oli mielenkiintoista tehdä, koska työlle oli oikea tarve. Opimme itsekin paljon vuorovaikutuksesta potilaan ja hoitajan välillä, mitä voimme käyttää tulevaisuudessa hyödyksi hoitotyötä tehdessämme. Opinnäytetyön aiheen varmistuttua teimme työtä aluksi tiiviimmin ja melko nopealla aikataululla. Myöhemmin kummankin tekijän muuttaminen toiselle paikkakunnalle vaikeutti hieman yhteistyöskentelyä ja työn tekemisen sujuvuutta. Kaikesta huolimatta jatkoimme opinnäytetyömme tekemistä pikkuhiljaa ja lopulta muutamien korjausten sekä lisäysten jälkeen saimme työmme valmiiksi.

Omat tavoitteemme opinnäytetyölle mielestämme täyttyivät opinnäyteprosessin myötä. Saimme Mattilan väitöskirjaa lukiessamme ja tutkiessamme laajasti tietoa potilaan ja hoitajan välisestä vuorovaikutuksesta sekä niihin vaikuttavista tekijöistä. Vuorovaikutus hoitajan ja potilaan välillä on keskeisessä roolissa, koska sen turvin potilas yleensä arvioi hoitonsa laatua. (Väitös potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksesta vuodeosastolla 2001). Opin-

näytetyötä tehdessä oivalsimme, että hoitajan ja potilaan vuorovaikutuksen tulee olla tasa-vertaista. Näin vuorovaikutus on onnistunutta molemmin puolin. Vaikka hoitajalla on suuri rooli potilaan kanssa hyvässä vuorovaikutuksessa olemisesta, on potilaallakin vastuu osallistua hoitoonsa omien voimavarojen ja toimintakykyjen mukaan. Hoitajalla on tärkeä tehtävä tukea ja kannustaa potilasta osallistumaan hoitoonsa. Onnistunutta vuorovaikutusta ylläpitää myös potilaan tunne turvallisuuden tunteesta. Turvallisuuden kokeminen on tärkeää potilaalle hoitajakson aikana. Hoitaja voi tämän näyttää potilaalle siten, että hän on tosissaan paneutunut potilaan asioihin ja tilanteeseen.

7.3 Johtopäätökset ja jatkokehittämisaiheet

Johtopäätöksinä voidaan sanoa, että potilaiden ja hoitajien välistä puutteellista vuorovaikutusta voidaan kehittää lisäämällä tietoisuutta hyvästä vuorovaikutuksesta. Toimeksiantajaosaston henkilökunta pystyy tekemämme posterin avulla kertaamaan ”vuorovaikutuksen avaimia”, jonka kautta osastolla vuorovaikutus potilaiden ja hoitajien välillä kehittyisi parempaan suuntaan.

Koska opinnäytetyömme lopputuloksena oli lähinnä teoreettinen, tietoa antava posterit, ajattelimme jatkokehittämisaiheen voivan liittyä konkreettisiin keinoihin vuorovaikutuksen kehittämiseksi kuntoutujien ja hoitajien välillä. Jatkokehittämisaiheena voisi selvittää, millaisena kuntoutujat kokevat tällä hetkellä vuorovaikutuksen kuntoutujien ja hoitajien välillä osastolla J42. Jatkokehittämisaiheen tuotoksen voisi toteuttaa kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä, esimerkiksi potilaiden haastattelulla vuorovaikutukseen liittyen. Toisena jatkokehittämisaiheen tuotoksena voisi olla myös esimerkiksi posterit kuntoutujalle ja hänen läheiselleen vuorovaikutukseen liittyen. Tämä antaisi kuntoutujalle ajateltavaa potilaan ja hoitajan välisestä vuorovaikutuksesta, jotta kuntoutuja voisi itsekin pohtia hyvän vuorovaikutuksen merkitystä potilaana ollessaan. Kolmantena jatkokehittämisaiheena osaston J42 henkilökunnalle voisi olla simulaatioharjoitus vuorovaikutukseen liittyen, joka olisi hyvä keino lisätä ja kehittää vuorovaikutustaitoja hoitajan ja potilaan välillä. Toivomme, että opinnäytetyöstämme olisi hyötyä osaston J42 henkilökunnalle.

LÄHTEET

Arokoski, J., Mikkelsen, M., Pohjolainen T., & Viikari-Juntura E. 2015. Fysiatría. Helsinki: Duodecim.

Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moisio, E-L. 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen. Porvoo: Bookwell Oy.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Osuus-kunta Vastapaino.

Clipart. Light bulb [viitattu 17.1.2019]. Saatavissa: <https://www.clipart.email/clipart/light-bulb-clipart-transparent-24204.html>

Grönfors, M. 2011. Laadullisen tutkimuksen kenttätyömenetelmät. Teoksessa Vilkka, H. (toim.) [viitattu 15.1.2019]. Saatavissa: http://vilkka.fi/books/Laadullisen_tutkimuksen.pdf

Helsingin yliopiston Kielikeskuksen äidinkielen viestintäopetuksen palveluyksikkö. Vuoro-vaikutus – puhumista ja kuuntelemista [viitattu 22.3.2018]. Saatavissa: <https://blogs.helsinki.fi/kielijelppi/1-mita-on-puheviestinta/vuorovaikutus-puhumista-ja-kuuntelemista/>

Heikkinen, S., Latvala, A., Lehtimäki, M-L., Nelin, S., Nevala, S., Närkki, A. & Pérez, J. 2018. Asiakkaan kohtaamisen taito. SuPer-liitto [viitattu 22.3.2018].

Hess, G., Liegel, L. & Tosney, K. 2013. Creating effective poster presentation [viitattu 12.1.2019]. Saatavissa: <https://projects.ncsu.edu/project/posters/>

Isokorpi, T. 2004. Tunneoppia parempaan vuorovaikutukseen. Jyväskylä: PS-kustannus.

Karhe, L. 2017. Potilaan hoitoyksinäisyys - käsitteellinen malli potilaan yksinäisyydestä hoitosuhteessa ja hoitoyksinäisyyteen yhteydessä olevista tekijöistä. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto

Kajaanin ammattikorkeakoulu. Posterit [viitattu 29.5.2018]. Saatavissa: <http://www.kamk.fi/opari/Opinnaytetyopakki/Opinnaytetyoprosessi/SoTeLi/Opinnaytetyoprosessi/Prosessi/Esitysseminaari/Posterit>

Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K., Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. 2011. Kuntoutuksen mahdollisuudet. Helsinki: WSOY.

Korpela, T. 2017. Saatavissa: <file:///C:/Users/korpetar/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/7LJDDXMN/978-952-03-0577-2.pdf>

JAY Graphics. Safety first [viitattu 17.1.2019]. Saatavissa: <https://www.amazon.com/Safety-First-Sticker-Helmet-Decal/dp/B00OX26762>

- Jyväskylän yliopisto. Tieteellisen posterin peruseriaatteita [viitattu 29.5.2018].
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Annettu Helsingissä 17.8.1992.
- Laurila M., Raatikainen T., Simuna. J & Tikkala E. 2017. Ammatillinen vuorovaikutus ja eettisyys hoitotyössä. [viitattu 31.1.2019] Saatavissa: <https://blogi.eoppimispalvelut.fi/ma-tajoel/2017/12/05/monikulttuurisuus/>
- Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Väitöskirja. Oulu: Oulun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta.
- Mattila, L-R. 2001. Vahvistumista ja tunnekokemuksen jakamista – potilaan ja hoitajan välisen vuorovaikutusta kuvaavan käsitejärjestelmän kehittäminen. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Niemi, T., Nietosvuori, L. & Virikko, H. 2006. Hyvinvointialan viestintä. Helsinki: Edita Prima.
- Nyyti ry. Vuorovaikutus vaatii taitoja – opi läpi elämän [viitattu 26.2.2018]. Saatavissa: <https://www.nyyti.fi/opiskelijoille/opi-elamantaitoa/treenaa-sosiaalisia-taitoja/>
- O'hair, D., Sparks, L. & Wright K. 2013. Health Communication in the 21st Century, Second edition. John Wiley & Sons, Inc.
- Ortopedia ja traumatologia. HUS. [viitattu 15.11.2018] Saatavissa: <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/ortopedia/Sivut/default.aspx>
- Pngtree. 2017. Creative hand-painted handshake [viitattu 17.1.2019]. Saatavissa: https://pngtree.com/freepng/creative-hand-painted-handshake_763330.html
- Puronen, L. & Puronen, P. 2013. Myötäelämällä rakentavaan vuorovaikutukseen. Tampere: Hermeneutica Oy.
- PHHYKY. 2017. Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä [viitattu 22.3.2018] Saatavissa: <https://www.phhyky.fi/yhteystieto/jalmari-salpausselan-kuntoutussairaala/>
- Rantala, M. 2011. Kompleksinen vuorovaikutus hoitotyön asiakassuhteessa. Sosiaali- ja terveyshallintotieteen pro gradu -tutkielma. Vaasa: Vaasan yliopisto.
- Rosqvist, E. 2003. Potilaiden kokemukset henkilökohtaisesta tilastaan ja sen säilymisestä sisätautien vuodeosastolla. Väitöskirja. Oulu: Oulun yliopisto, hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.

Saaranen-Kauppinen, A & Puusniekka, A. 2006. Teoria ja tutkimus. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [viitattu 13.1.2019]. Saatavissa: <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus>

Sairaanhoitajat. 2014. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet [viitattu 12.1.2019]. Saatavissa: <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

Sanna Kollanen. 2008. Hoitotyö on kohtaamisia. Turun yliopiston verkkolehti 24.10.2008. Saatavissa: <http://www.utu.fi/fi/Ajankohtaista/Uutiset/arkisto/hoitotyö.htm>

Salokekkilä, Pirkko. 2011. Encounters in the health care – the voice of the patient. Väitöskirja. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta.

Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Tampere: Suomen yliopistopaino - Juvenes Print Oy

Silén, S. 2013. Jyväskylän yliopisto. Tieteellinen posterit [viitattu 29.5.2018].

Silvennoinen, M. 2004. Vuorovaikutuksen avaimet. Helsinki: Talentum.

Sinkko, L. & Suurkaulio, J. 2017. Itsemurhaa yrittäneen potilaan kohtaamisen haasteet. Sosiaalialan kehittämisen ja johtamisen opinnäytetyö. Lappeenranta: Saimaan ammattikorkeakoulu.

Syrjälä, O. 2005. Vuorovaikutuskulttuuri hoitotyössä. Hoitotyön kypsyysnäyte. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

THL. 2018. Palvelujen tuottaminen – laatu [viitattu 15.11.]. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/laatu>

Tuominen, Sanna. 2011. ”En tiedä, mitä ne ajattelee mun kohtalokseni” - etnografinen tutkimus asiakkuudesta ja asiakaslähtöisyydestä geriatrisessa sairaalassa. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto, yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö.

Utriainen, K. 2009. Arvostava vastavuoroisuus ikääntyvien sairaanhoitajien työhyvinvoinnin ytimenä hoitotyössä. Väitöskirja. Oulu: Oulun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta.

Viinikainen, S. 2015. Hoitotyön ja hoitotyön johtajan valta sekä organisaation sosiaalinen todellisuus. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto, terveystieteiden yksikkö.

Vilkka, H. (toim.) 2006. Tutki ja havainnoi. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Väitös potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksesta vuodeosastolla. 2001. Terveyskirjasto. [viitattu 1.2.2019] Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveysportti/uutis-sorvi_uusi.lue_abstrakti2?iid=1261&iprint=3&p_hakusana=

LIITTEET

Liite 1

VUOROVAIKUTUKSEN AVAIMET



Creative hand-painted handshake
(Pngtree 2017)

OSALLISTUMINEN

- Kuntoutuja osallistuu hoitonsa suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin voimavarojensa ja toimintakykynsä mukaan
- Kuntoutuja ilmaisee omaa vointiaan, kysyy ja ehdottaa sekä osallistuu päätöksentekoon mahdollisuuksien mukaan
- Hoitaja tukee ja kannustaa kuntoutujaa osallistumaan hoitoonsa



Light bulb
(Clipart 2019)

TIETÄMINEN

- Hoitaja antaa oma-aloitteisesti tietoa kuntoutujalle ja hänen läheisilleen
- Kuntoutuja tietää, mitä tehdään ja miksi
- Kuntoutujan ja hoitajan välinen vuorovaikutus on tasavertaista ja läheistä



Safety first
(JAY Graphics 2017)

TURVALLISUUS

- Hoitaja on paneutunut kuntoutujan asioihin ja tilanteeseen
- Hoitaja on kuntoutujan saatavilla
- Hoitaja ennakoii tilanteita sekä pitää kuntoutujan ja hänen läheisensä ajan tasalla