

LAB ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta
Ensihoitajakoulutus

Nea Lindholm ja Maria Muje

Ensihoitajien asenteista aiheutuvat ristiriitatilanteet ensihoidossa

Opinnäytetyö 2020

Tiivistelmä

Nea Lindholm ja Maria Muje

Ensihoitajien asenteista aiheutuvat ristiriitatilanteet ensihoidossa, 48 sivua, 3 liitettä

LAB ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta

Ensihoitajakoulutus

Opinnäytetyö 2020

Ohjaaja: lehtori Antti Kosonen, LAB ammattikorkeakoulu

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on selvittää ensihoitajien asenteita ja ennakkoluuloja erilaisia potilasryhmiä kohtaan ja niistä mahdollisesti aiheutuvia ristiriitatilanteita potilaskontakteissa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kerätä tietoa teemahaastattelulla Saimaan Ammattikorkeakoulun ensihoitaja AMK-opiskelijoilta, jotka ovat työskennelleet perustason ensihoidossa pidemmän aikaa. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää ensihoitaja AMK-koulutusta kehitettäessä.

Opinnäytetyön teoriaosassa on perehdytty ensihoitopalveluun ja ensihoitoon sekä niitä koskevaan lainsäädäntöön. Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan myös asenteita, ennakkoluuloja, arvoja, moraalialia ja vuorovaikutusta sekä niiden vaikutusta toimintaan ensihoitotilanteessa. Tiedon perustana ovat olleet aiheita käsittelevä kirjallisuus ja internet-lähteet.

Opinnäytetyö toteutettiin maaliskuun 2019 ja joulukuun 2019 välisenä aikana. Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää, teemahaastattelua käyttäen. Aineiston kerättiin puolistrukturoidulla haastattelulla Saimaan Ammattikorkeakoulun ensihoitaja AMK-opiskelijoilta, jotka ovat työskennelleet perustason ensihoidossa pidemmän aikaa.

Teemahaastattelun tulokset viittaavat siihen, että ensihoitajilla on negatiivisia ennakkoluuloja ja asenteita erityisesti päihteiden käyttäjiä, vakioasiakkaita ja vähemmistöjä kohtaan. Ennakkoluulot ja asenteet perustuvat ensihoitajien aikaisempiin kokemuksiin. Ensihoitaja eivät koe ennakkoluulojen ja asenteiden näkyvän potilaalle potilaskontakteissa. Potilaat kuitenkin saattavat kokea hoitajan vähättelevän heidän vaivaansa, vaikka hoitajan ei olisi tarkoitus sitä tehdä. Tuloksista ilmeni, että ensihoitaja AMK-koulutuksesta koettiin olevan hyötyä työelämässä ja antavan valmiuksia mm. mielenterveyspotilaiden kohtaamiseen. Koulutukselta toivottiin lisää opiskelijan valmistamista siihen, mitä ensihoitajan työ todellisuudessa on.

Avainsanat: ensihoito, lainsäädäntö, asenteet, ennakkoluulot, arvot, moraalialia, vuorovaikutus

Abstract

Nea Lindholm and Maria Muje

The attitudes of paramedics and their possible effect on conflict situations in emergency nursing, 48 pages, 3 appendices

LAB University of Applied Sciences

Health Care and Social Services Lappeenranta

Degree Programme in Emergency Nursing Care

Bachelor's Thesis 2020

Instructor: Mr Antti Kosonen, Senior Lecturer, LAB University of Applied Sciences

The purpose of this thesis was to examine the prejudices and attitudes of paramedics toward certain groups of patients and how these prejudices affect to the interactions between paramedics and patients. The goal of this thesis was to collect information from the students of Saimaa University of Applied Sciences who had already worked as paramedics priorly. The results of this study can be used in the development of the paramedic training.

The theoretical framework of this thesis was based on literature and internet sources about the topic of emergency medical service, emergency nursing care, law, attitudes, prejudices, values, moral and interaction. The survey was carried out between May 2019 and December 2019. The research was executed using qualitative research methods. The research material was collected using half-structured theme interview for the paramedic students of Saimaa University of Applied Sciences. In total 5 students participated in the interview.

The research results showed that paramedics have negative prejudices and attitudes towards certain groups of patients, especially substance abusers and addicts, regular customers and minority groups. These prejudices and attitudes are based on past experiences. This study shows that prejudices and attitudes are not visible in the interaction between the paramedic and the patient. The patient might however feel that paramedics downplay their ailments, even if it is not intended. This study shows that the participants of this interview see the paramedic training to be useful for working as a paramedic and that it provides capabilities for example facing mental health patients. To develop the training, the interviewees hoped that the training would provide more information on what working as a paramedic really is, like in reality.

Key words: emergency nursing care, law, attitudes, prejudices, values, moral, interaction

Sisällys

1	Johdanto.....	5
2	Ensihoitopalvelu ja ensihoito.....	6
3	Etiikka.....	9
4	Asenteet.....	12
4.1	Asenteiden määritelmiä.....	12
4.2	Asenteiden syntyminen.....	15
5	Ennakkoluulot.....	16
6	Arvot ja moraalit.....	18
7	Vuorovaikutus.....	20
8	Tiedonhankinta.....	21
9	Opinnäytetyön toteutus.....	23
9.1	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset.....	24
9.2	Aineiston keruu teemahaastattelulla.....	25
9.3	Teemahaastattelun vastausten analysointi.....	27
9.4	Teemahaastattelun tulosten raportointi.....	29
9.5	Teemahaastattelu tulokset ja tulkinta.....	30
9.5.1	Ensihoitajien potilaisiin kohdistaman ennakkoluulot ja asenteet ...	33
9.5.2	Ensihoitajien ennakkoluulojen ja asenteiden näkyminen potilaskontakteissa.....	34
9.5.3	Ensihoitaja AMK-koulutuksen vaikutus ennakkoluuloihin ja asenteisiin sekä mahdolliset koulutuksen kehittämisehdotukset.....	36
9.6	Tutkimuksen luotettavuus.....	38
10	Opinnäytetyöhön liittyvät eettiset näkökohdat ja riskit.....	40
11	Pohdinta.....	42
	Lähteet.....	45
	Liitteet.....	49

Liitteet

Liite 1 Haastattelupyynnö

Liite 2 Suostumuslupa

Liite 3 Teemahaastattelukysymykset

1 Johdanto

Laineen (2002) mukaan hoitosuhteen luominen saattaa usein olla haastavaa. Vielä haastavammaksi sen tekee ensihoidossa siihen käytössä oleva yleensä varsin lyhyt aika. Välillä yhteisen sävelen ja tavoitteen löytäminen voi olla haasteellista (Laine 2002). Potilaalla on omat olettamuksensa ensihoitajien viestintäkäyttäytymisestä, sillä hoito tapahtuu vuorovaikutuksessa potilaan ja ensihoitajan välillä. Potilaan tyytyväisyys saamaansa hoitoon perustuu pitkälti tähän vuorovaikutukseen, joka jää potilaille erityisen hyvin mieleen. Hoitosuhteen ensisijainen tavoite on potilaan hyvinvoinnin edistäminen. (Mikkola 2005.)

Hoitajat määrittävät tavoitteet potilaan tarpeiden näkökulmasta tarkasteltuna, mutta hoitajien tavoitteet ovat potilaan tavoitteille alisteisia. Potilas ei kuitenkaan yksin sanele näitä tavoitteita, vaan tavoitteiden muodostuminen on vastavuoroista. Ristiriitaiset tavoitteet ovat mahdollisia. Hoitajan ammatilliset tavoitteet voivat olla ristiriidassa potilaan kokemuksen kanssa, joten tilannekohtaiset tavoitteet voivat olla hyvinkin erilaisia. Mikäli yhteisymmärrystä tavoitteista ei synny, saattaa lopputuloksena olla konflikti. Potilaan emotionaaliset reaktiot eivät ole vastavuoroisen vuorovaikutuksen uhkana silloin, kun hoitaja tulkitsee niiden johtuvan pelosta, huonovointisuudesta tai ahdistuksesta. Sen sijaan, jos hoitaja tulkitsee potilaan olevan vastahakoinen joustamaan omista tavoitteistaan, heikentää se vastavuoroisuutta. Vastavuoroisuuden uhkana siis on haluttomuus tai kykenemättömyys omista tavoitteista joustamiseen. (Mikkola 2005.)

Ensihoitajan ja potilaan eriävät tavoitteet voivat johtaa ristiriitatilanteen syntymiseen ensihoidossa. Ensihoitajan asennoituminen vaikuttaa omalta osaltaan tämänkin ristiriitatilanteen syntymiseen. Siihen vaikuttaa mm. miten ensihoitaja tulkitsee potilaan sanallisia ja sanattomia viestejä ja kuinka hän tulkitsee niitä omien asenteidensa, arvojensa ja ennakkoluulojensa pohjalta. Erilaiset tavoitteet ovat kuitenkin vain yksi monista ristiriitatilanteiden aiheuttajista.

Hoitotyön tekeminen tapahtuu suurelta osin omalla persoonalla, johon vaikuttavat yksilön maailmankuva ja asenteet. Hoitajan ennakkoluulot vaikuttavat siis potilaan tutkimiseen ja hoidon suorittamiseen. Onkin tärkeää, että hoitaja tunnistaa

omat asenteensa, jotta ne eivät vaikuta potilaan hoitoon. Oman maailmankuvan tiedostaminen auttaa tässä omalta osaltaan. (Alanen ym. 2017, 13–14.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on puolistrukturoitua teemahaastattelua hyödyntäen selvittää, kuinka ensihoitaja AMK-koulutus on muuttanut perustason ensihoitajien asenteita ja ennakkoluuloja potilaita kohtaan sekä antanut valmiuksia potilaan kohtaamiseen. Tavoitteena on myös saada vastauksia siihen, kuinka ensihoitaja AMK-koulutusta olisi mahdollista kehittää, jotta koulutus antaisi mahdollisimman hyvät valmiudet työelämään ja erilaisten potilaiden kohtaamiseen. Haastateltaviksi valikoituivat perustason ensihoitajat, jotka opiskelevat Saimaan AMK:n ensihoitajakoulutuksessa opinnäytetyön tekohetkellä. Valinnan perusteena käytettiin heidän kokemustaan ensihoitotyöstä. Haastatteluun valituilla ensihoitajaopiskelijoilla on näkemystä erilaisista potilasryhmistä ja potilaskontaktitilanteista ja niissä ilmenevistä asenteista ja ennakkoluuloista sekä niiden vaikutuksesta potilaan hoitokontaktissa. Haastateltavia ensihoitajia oli yhteensä viisi. Ensihoitajien asenteita ja ennakkoluuloja sekä niiden vaikutusta potilaskontakteissa on tutkittu vähän, joten on tarpeellista tutkia ilmiötä ja löytää sitä kautta mahdollisia ratkaisuja jo kouluttautumisvaiheeseen.

2 Ensihoitopalvelu ja ensihoito

Sosiaali- ja terveysministeriö (2018) määrittelee ensihoidon kiireellisen hoidon antamiseksi äkillisesti sairastuneelle tai vammautuneelle henkilölle sekä kuljettamiseksi hoitoyksikköön, mikäli se on tarpeellista. Ensihoitopalvelun tehtävänä onkin turvata onnettomuuksien uhrien sekä äkillisesti sairastuneiden tasokas hoito tapahtumapaikalta alkaen aina sairaalaan saakka ja välittää ennakkotietoa sairaalalle tarvittaessa. Ensihoitopalvelu kuuluu terveydenhuollon päivystystoimintaan. Ensihoidon tarkoituksen ydin on alun perin ollut saada ammatillinen apu nopeasti niin onnettomuuksien uhreille kuin sydänpysähdyksen saaneillekin ja kuljettaa nopeasti sairaalaan. Tehtäväkuvassa on kuitenkin tapahtunut merkittävä muutos. Nykyään näiden kiireellisimpien tehtävien lisäksi pyritään tunnistamaan kaikki myrkytys-, aivohalvaus-, sydämen vajaatoiminta- sekä diabetespotilaat jo varhaisessa vaiheessa, jotta hoito saadaan aloitettua heti. (Määttä & Länkimäki 2017, 14, 17.)

Ensihoitajan työnkuva muodostuu äkillisesti sairastuneen tai vammautuneen potilaan tilan arvioinnista, mahdollisesti elintoimintojen käynnistämisestä sekä niiden ylläpitämisestä, terveydellisen tilanteen kohentamisesta tai lievittämisestä sekä ennusteen parantamisesta. Ensihoitajat työskentelevät usein sairaalan ulkopuolella ambulanssissa, mutta voivat myös työskennellä päivystys- ja ensiapuklinikoilla, sairaalan vuodeosastoilla sekä erilaisissa valvontayksiköissä. (Keski-Suomen pelastuslaitos 2019). Ensihoito tapahtuu useimmiten työolosuhteissa, jotka ovat vaativia, kuten liikkuvassa ajoneuvossa, jonka hallintaan vaikuttavat sääolosuhteet ja teiden kunto (Nurkka & Saikko 2017,11). Lisäksi ensihoitajan tehtäviin kuuluvat ambulanssin päivittäiset huoltotoimet sekä käyttökunnossapito. (Keski-Suomen pelastuslaitos 2019).

Sairaanhoitopiiri vastaa ensihoitopalvelun järjestämisestä joko hoitamalla itse toiminnan, yhteistyössä toisen sairaanhoitopiirin tai pelastuslaitoksen kanssa tai ostaa palvelun palvelutuottajalta. Ensihoitopalvelun suunnittelussa ja toteuttamisessa on tehtävä yhteistyötä terveydenhuollon päivystyspisteiden kanssa toimivan kokonaisuuden muodostamiseksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2019.)

Sosiaali- ja terveysministeriö määrittelee asetuksessaan ensihoitopalvelusta (585/2017 8 §), että ensihoitoyksiköksi kutsutaan ensihoitopalvelun toimintaan kuuluvaa kulkuneuvoa ja sen henkilöstöä yhdessä. Näihin ensihoitopalvelun yksiköihin lukeutuvat ambulanssien ohella myös erilaiset ensihoitoajoneuvot, lääkäri- ja lääkintähelikopterit ja muut tarpeelliset kulkuneuvot. Ensihoitopalveluiden yksiköiden henkilöstöllä on koulutusvaatimuksia. Ensivasteyksikössä vähintään kahdella tulee olla ensivastetoimintaan soveltuva koulutus. Perustason ensihoitoyksikössä ainakin toisen tulee olla terveydenhuollon ammattihenkilö, jolla on ensihoitoon suuntautuva koulutus ja toisella tulee olla vähintään terveydenhuollon ammattihenkilön koulutus tai pelastajan tutkinto tai muu sitä vastaava koulutus. Hoitotason yksikössä ainakin toisen on oltava ensihoitaja AMK tai sairaanhoitaja, joka on suorittanut 30 opintopisteen ensihoitoon suuntaavan koulutuksen ja toisen on oltava vähintään terveydenhuollon ammattihenkilö tai pelastajan tutkinnon tai muun sitä vastaavan koulutuksen suorittanut. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 585/2017.)

Ensihoidon tehtävät jaetaan hätäkeskuksessa riskinarvion jälkeen neljään kiireellisyysluokkaan: A-, B-, C- ja D-luokkien tehtäviksi. A-luokan tehtävät on arvioitu korkeariskisiksi, joissa esi- ja tapahtumatiedot antavat syyn olettaa, että avuntarpeessa olijan peruselintoiminnot ovat välittömässä vaarassa. B-luokan tehtävät puolestaan on arvioitu todennäköisesti korkeariskisiksi tehtäviksi, joissa ei kuitenkaan ole varmuutta avuntarpeessa olijan peruselintoimintojen uhkatilasta. C-luokan tehtävissä avuntarvitsijan peruselintoimintojen häiriö on joko lievä tai tila on vakaa, mutta ensihoidon tekemää arviointia potilaan tilasta tarvitaan nopeasti. D-luokan tehtäviksi luokitellaan avuntarpeessa olijat, joiden peruselintoimintoissa ei ole häiriöitä ja joiden tila on vakaa, mutta ensihoidon potilaan tilasta tekemää arviointia tarvitaan kuitenkin. A- ja B-luokan tehtävissä kohde tulisi saavuttaa mahdollisimman nopeasti, C-luokan tehtävissä puolestaan 30 minuutin kuluessa ja D-luokan tehtävissä kohteen saavuttamiseen saa mennä kaksi tuntia. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 585/2017.)

Ensihoitoa koskeva lainsäädäntö

Ensihoitopalvelun taustalla tulee kaikessa toiminnassa vaikuttaa kunnioitus lainsäädäntöä, terveydenhuollon arvoja sekä potilaan oikeuksia kohtaan (Kuisma ym. 2017). Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994, 1 §) varmistaa, että ensihoidossa potilaita hoitamassa on terveydenhuollon ammattihenkilö, jolla on ammattitoiminnan edellyttämä koulutus, muu riittävä pätevyys sekä kyseisen ammattitoiminnan edellyttämät valmiudet. Terveydenhuoltolaki (1326/2010, 8 §) linjaa ensihoitajien työskentelyä sekä potilaan tutkimista ja hoitoa. Sen mukaan terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön sekä hyviin toiminta- ja hoitokäytäntöihin. Tämän terveydenhuollon toiminnan tulee olla asianmukaisesti toteutettua, turvallista ja laadukasta. (Terveydenhuoltolaki 1326/2020, 8 §.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992, 3 §) on myös osaltaan vaikuttamassa ensihoidon potilaiden hoitoon sekä kohteluun. Sen mukaan jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon terveydenhuollon käytettävissä olevien voimavarojen mukaisesti ilman syrjintää. Terveyden- ja sairaanhoidon tulee olla laadultaan hyvää. Potilaan hoito järjestettävä ja potilasta tulee kohdella siten, että hänen yksityisyyttään ja vakaumustaan kunnioitetaan, eikä hänen ihmisarvoaan

loukata. Potilaan yksilölliset tarpeet, kulttuuri ja äidinkieli on otettava huomioon mahdollisuuksien mukaisesti hänen kohtelussaan ja hoidossaan. Samaisen lain (785/1992, 13 §) mukaan terveydenhuollon ammattihenkilöitä sitoo salassapitovelvollisuus eli ilman potilaan kirjallista suostumusta mitään hänen tietojaan ei voida luovuttaa sivulliselle. Tämä salassapitovelvollisuus säilyy hoitosuhteen tai tehtävän päättymisen jälkeen. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992; Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994; Terveydenhuoltolaki 1326/2010.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992, 6 §) määrittelee potilaan itsemääräämisoikeutta, jonka mukaan potilasta on hoidettava yhteisymmärryksen vallitessa. Potilaan kieltäytyessä hoidosta tai juuri tietyistä hoitotoimenpiteistä on häntä mahdollisuuksien mukaan hoidettava lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos täysi-ikäinen ei kehitysvamman, mielenterveydenhäiriön tai muun syyn vuoksi ole kykenevä päättämään hoidostaan, on tärkeää kuulla potilaan lähiomaista, laillista edustajaa tai muuta läheistä ennen tärkeiden hoitopäätösten tekemistä potilaan hoitotahdon selvittämiseksi. Jos tämä ei ole mahdollista, on potilasta hoidettava tavalla, jota pidetään hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisena. Kiireellistä hoitoa koskevassa samaisen lain 8 §:ssä määritetään, että tarpeellinen hoito on annettava hänen henkensä tai terveytensä ollessa uhattuna, vaikka potilaan tahdosta ei tajuttomuuden tai jonkin muun syyn takia saada selvyttä. Mikäli potilas kuitenkin on aikaisemmin pätevästi ja vakaasti ilmaissut oman tahtonsa hoitoa koskien, hänelle ei saa antaa sellaista hoitoa, joka on tätä vastaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

3 Etiikka

Etiikka perustelee ja kuvailee oikeita ja hyviä tapoja elää ja toimia muiden kanssa jakamassaan maailmassa. Etiikka rakentuu ihanteista, arvoista ja periaatteista, jotka määrittelevät oikeaa ja väärää sekä hyvää ja pahaa. Nykymuodossaan etiikka tarkoittaa oppia hyvästä jonkin inhimillisesti tärkeän arvon kannalta. (Ryyänen & Myllykangas 2000.) Etiikan tarkoituksena on auttaa yksilöä arvioimaan ja ohjaamaan omaa toimintaa, tekemään valintoja sekä arvioimaan oman toimint-

tansa perusteita. Etiikan ei ole tarkoitus antaa valmiita vastauksia, vaan sen tehtävänä välineitä ajatusten ja pohdintojen työstämiseen. Terveystieteiden tutkimuksessa toimitaan jatkuvasti ihmiselämän eettisten peruskysymysten kanssa. Etiikka on käytännöllistä ja konkreettista, kun tarkasteltavana on terveys ja sairaus, syntymä ja kuolema, ihmisen rajallisuus ja haavoittuvuus sekä hyvä elämä. (Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE 2001.)

Eettiset ongelmat muodostuvat tavallisimmin, kun ongelmaan ei ole yhtä ainoa oikeaa ratkaisua vaan useita ratkaisuvaihtoehtoja, jotka kilpailevat keskenään. Eettisissä ongelmissa on kyse ristiriidasta kahden tai useamman arvon välillä. Eettiset ongelmat syntyvät tavallisimmin ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 61.)

Eettiset ohjeet hoitotyössä

Julkisen terveydenhuollon etiikan suuntaviivat ovat kehittyneet parin viimeisen vuosikymmenen aikana. Ne keskittyvät tuomaan esiin ja tutkimaan eettisiä asioita, jotka nousevat esiin julkisessa terveydenhuollossa. Esiin ovat nousseet yleinen hyvä, tasa-arvo, oikeudenmukaisuus, yhteishenki, vastavuoroisuus ja ihmisten hyvinvointi. Tämä ei kuitenkaan tarkoita, että itsenäisyys, yksityisyys ja yksilön oikeudet sekä vapaus tulisi nähdä vähemmän tärkeinä asioina. Nämä enemmän ”julkiset” ja ”sosiaaliset” arvot kulkevat rinnatusten yksilön arvojen kanssa ja ne ovat tärkeitä yhteiskunnalle ja sitä kautta myös yksilölle. (WHO 2017, 21–22.)

Miltonin (2008) mukaan eettiset ohjeet auttavat ammattikunnan eettisesti tasokasta toimintaa herättämällä tarkastelemaan kriittisesti työn moraalisia tarkastelukohtia. Hurwitzin ja Richardsonin (1997) mukaan eettiset ohjeet ovat periaatteita ja säännöstöjä, joiden mukaan ammattikunta näyttää vastuunsa yhteiskunnalle ja ohjaa jäseniensä toimintaa. Yhteenkuuluvuuden tunne kasvaa ammattikunnan sisällä, kun sen jäsenistö jakaa samat säännöt. Limentani (1999) toteaa, että eettiset ohjeet suojaavat haavoittuvaisessa asemassa olevaa potilasta ja antavat hoitavalle henkilökunnalle ohjeita hoitosuhteessa toimimiseen. Eettisten ohjeiden tehtävänä on varmistaa, että työn eettiset laatuvaatimukset ovat riittävän korkeat. Biltonin ja Tabakin (2003) mukaan ne myös antavat jäsenille käytännön ohjeistusta siitä, kuinka tulee toimia, mikäli ilmenee moraalisia ristiriitoja. Lisäksi

Pahlman (2003) toteaa, että hoitajilla on mahdollisuus käyttää oman eettisen toimintansa arviointiin näitä eettisiä ohjeita. ETENE (2001) linjaa, että eettiset ohjeet ovat kirjallisesti esitettyjä sääntöjä toivottavista ja yleisesti hyväksytyistä toimintatavoista. Niillä on tärkeä merkitys toiminnan oikeuttamisessa sekä hyvän ja pahan toiminnan osoittamisessa, vaikka ne eivät olekaan yhtä sitovia kuin lainsäädännöllä luodut normit. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 165.)

Pence (2000) toteaa, että arvot ovat arvioivia päätelmiä siitä mikä on hyvää ja tekee jostakin toiminnasta toivottavaa, jotka yksilö muodostaa. ETENEn (2001) tekemän linjauksen mukaan ammattieettisissä ohjeissa korostuvat arvot ovat itsemääräämisoikeuden ja ihmisarvon kunnioittaminen, terveyden edistäminen ja ihmiselämän suojeleminen. Vankka kliininen kokemus ja tutkittu tieteellinen tieto muodostavat hoidon pohjan. Lisäksi korostuvat muiden ammattiryhmien kunnioittaminen, kollegiaalisuus sekä luottamuksellisten tietojen salassapito. Omien rajojen tunnistaminen sekä omasta hyvinvoinnista huolehtiminen on myös tärkeää. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 166.)

Hoitotyön eettisten ohjeiden tehtävänä antaa tukea hoitotyössä tehtävään eettiseen päätöksen tekoon. Hoitajan tehtävänä on terveyden ylläpitäminen, sen edistäminen sekä sairauksien ehkäiseminen että kärsimyksen lieventäminen. Hän auttaa erilaisissa elämäntilanteissa eri ikäisiä ihmisiä, kohtelee potilaita arvokaina ja ottaa huomioon heidän vakaumuksensa, arvonsa ja tapansa. Hoitaja mahdollistaa potilaan osallistumisen hoitoaan koskevaan päätöksen tekoon ja kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta. Häntä sitoo salassapitovelvollisuus. Hoitosuhde perustuu keskinäiseen luottamukseen ja avoimeen vuorovaikutukseen. Hoitaja hoitaa jokaista potilasta yhdenvertaisesti riippumatta tämän kulttuurista, uskonnosta, ihonväristä, sukupuolesta, rodusta, äidinkielestä, iästä, terveysongelmasta, poliittisesta mielipiteestä tai yhteiskunnallisesta asemasta. Hoitaja vastaa henkilökohtaisesti tekemästään hoitotyöstä. Hänellä on velvollisuus kehittää omaa ammattitaitoaan jatkuvasti. Hoitajalla tarkoitetaan tässä yhteydessä ammattikorkeakoulututkinnon suorittanutta sairaanhoitajaa, ensihoitajaa, kättilöä ja terveydenhoitajaa. (Sairaanhoitajaliitto 2014.)

Eettisen toiminnan perustana on asiakaslähtöisyys. Kyky kuunnella potilaita, asiakkaita ja heidän omaisiaan tekee kohtaamisesta kunnioittavan. Kunnioittavaan

kohtaamiseen vaaditaan hienotunteisuutta. (Super 2019.) Eettisten ongelmien tunnistamista tarkasteltaessa voidaan erottaa henkilökohtainen ja ammatillinen etiikka ja arvonäkemykset. Epävarmuus siitä, kuina paljon oma arvomaailma saa näkyä käytännön hoitotyössä, saattaa vaikuttaa tai jopa estää hoitajan puuttumisen eettisesti ongelmalliseen tilanteeseen. Eettisten ongelmien tunnistamisen esteenä voivat olla kiire, uupumus ja väsyminen. Toisenlaisen eettisen ongelmatilanteen voi laukaista oma jaksaminen, oman työnhallinta sekä oma mukavuudenhalu. Eettisiä ongelmia voi olla vaikea havaita omassa toiminnassaan. Jokaisen tulisikin suhtautua omiin toimintatapoihinsa perustellen ja kriittisesti. (Sairaanhoitajat 2014.)

4 Asenteet

Asenteet ovat osa jokapäiväistä toimintaa. Niiden avulla ihminen tulkitsee ympäristöönsä, ohjailee käyttäytymistään sosiaalisissa vuorovaikutustilanteissa sekä jäsentelelee kokemuksiaan itselleen mielekkäiksi kokemuksiksi. Useimmilla kielillä asennetta kuvaava termi on *attitude*, joka perustuu latinankieliseen sanaan *ap-tus*, josta saadaan myös kykyä ja valmiutta tarkoittava sana *aptitude*. Asenne-termin määritelmä viittaavat suorasti tai välillisesti ajatukseen henkisestä valmiustilasta. Asenteen varhaisin määritelmä oli Thomasin ja Znanieckin (1918) mukaan yksinkertaisesti ”yksilön mielentila tiettyyn kohteeseen nähden”. (Erwin 2001, 9–11.) Psykologisesta näkökulmasta tarkasteltuna asenteita voidaan kutsua tunteenomaisiksi opituiksi toimintavalmiuksiksi. Tämä valmius määrittelee erilaisissa sosiaalisissa tilanteissa suhtautumistavan tapahtumiin ja ihmisiin ennakolta. Asenne kohdistuu aina johonkin ja sillä on voimakkuus, joka näkyy ihmisen käyttäytymisessä. Käyttäytyminen puolestaan on oma valinta ja jonka tulosten pohjalta ihminen muodostaa käsityksen asenteestaan, sen oikeellisuudesta, muuttamisesta tai vahvistamisesta. (Wiskari 2014.)

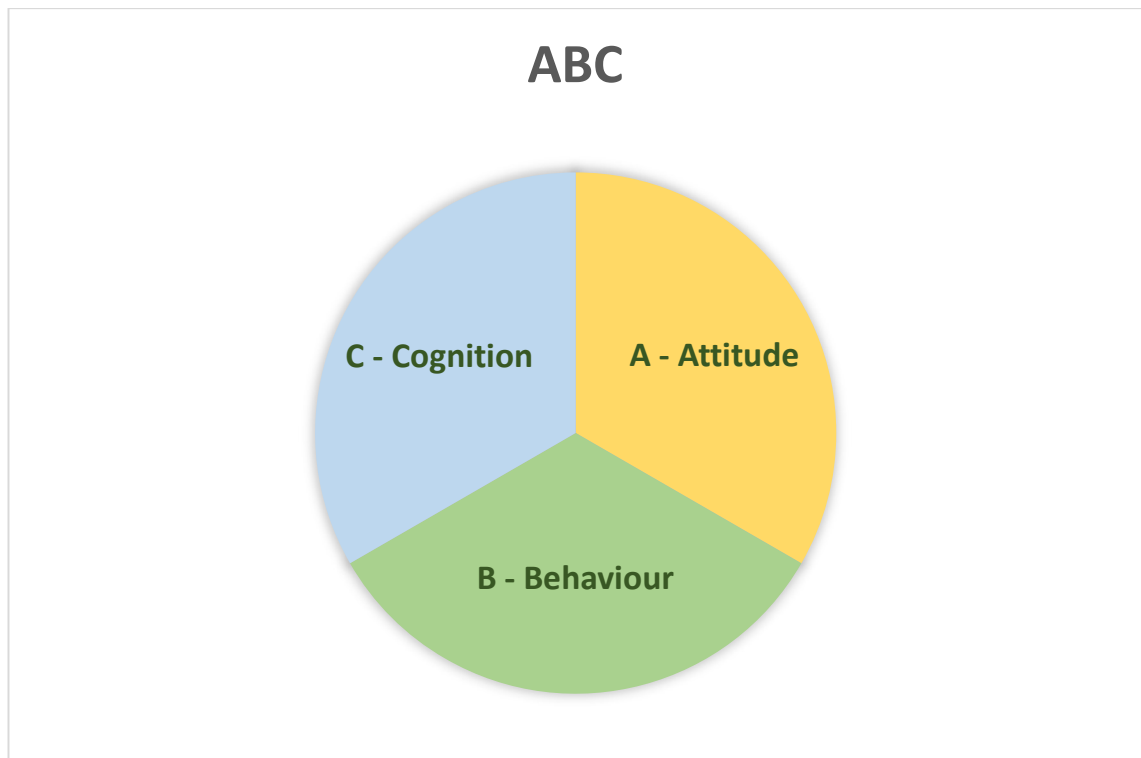
4.1 Asenteiden määritelmiä

Allport (1954) määrittelee asenteet opituiksi taipumuksiksi tuntea, ajatella ja käyttäytyä erityisellä tavalla tiettyä kohdetta kohtaan. Tämä määrittelemä opittu taipumus korostaa sitä, että asenteet ovat syntyneet sosiaalisesti. Asenteet ovat

kokemusten seurausta, sillä kenelläkään ei ole syntyessään myönteisiä tai kielteisiä asenteita tiettyjä ryhmiä tai asioita kohtaan. Viimeaikaisissa tutkimuksissa on ilmennyt, että perusta, jolle asenteet rakentuvat tai niiden omaksumisen valmius saattaa olla biologisesti perinnöllistä. Kognitiivinen kehitys ja valmius pitää joitakin kohteita pelottavina edistää tietynlaisien asenteiden kehittymistä, mutta se ei kuitenkaan tarkoita sitä, että ne olisivat väistämättömiä tai sisäsyntyisiä. Asenteiden kehittymiseen vaikuttaa kuitenkin eniten kokemus. (Erwin 2001, 12–13.)

Tässä määritelmässä tärkeässä osassa on myös taipumus. Se tarkoittaa sitä, että asenteita on jo ennen niihin liitettävää kohdetta ja ne vääristävät suhtautumista liitettävään kohteeseen. Se voi tarkoittaa taipumusta reagoida joko myönteisesti tai kielteisesti asioihin. Taipumus saattaa myös ohjata asenteita skeemana tai kehyksenä, jonka läpi maailma nähdään. Asenne voidaan nähdä ikkunana, jossa asenteen muoto määrittelee mitä nähdään, kuten ikkunan kehys rajoittaa näkyvyyttä ulos ja sitä kautta ihmisen tekemiä tulkintoja erilaisista asioista. (Erwin 2001, 13.)

Tämän määritelmän ydin on kolmikomponenttimalli, jonka kolme komponenttia ovat tunne, käyttäytyminen ja kognitio. Moniulotteisesti tarkasteltuna tämä tarkoittaa sitä, että jos pidämme jostain asiasta tai henkilöstä (tunne), siihen tai hänen kohdistuvat ajatukset ovat myönteisiä (kognitio) ja todennäköisesti asian tai henkilön kanssa hakeudutaan myöhemmin tekemisiin (käytös). Nämä kolme komponenttia ovat Allportin mallissa taipumuksia, sillä ne eivät aina näytä liittyvän kovinkaan tiiviisti toisiinsa. Monissa määritelmissä asenteet muodostuvat näiden kolmen komponentin yhdistelmästä. Nämä komponentit on helppo muistaa ABC -säännöstä (Kuva 1) niiden englannin kielisten nimien mukaan: A – Attitude, B – Behaviour ja C – Cognition. (Erwin 2001, 13–14, 22.)



Kuva 1. Allportin kolmikomponenttimalli (Erwin 2001, 13–14).

Allportin määritelmä esittää, että reaktiot, jotka liittyvät asenteisiin ovat erityisiä. Tämä tarkoittaa sitä, että käyttäytymis-, tieto- ja tunnereaktioilla, jotka liittyvät asenteisiin, on erityislaatuinen ja selvä yhteys asenteen kohteeseen. Nämä reaktiot ovat kestäviä ja johdonmukaisia. (Erwin 2001, 14.)

Muita määritelmiä

Petty & Cacioppo (1981) määrittelevät asenteen suppeasti niin, että se on johonkin kohteeseen, henkilöön tai kysymykseen liittyvä pysyväisluontoinen ja yleinen, myönteinen tai kielteinen tunne. Eagly & Chaiken (1993) puolestaan määrittelevät asenteet laajemmin ja näin tarkasteltuna asenne on psykologinen tendenssi eli suuntaus, joka ilmenee jonkin olion arvioimisena epäsuopeasti tai suopeasti, eri voimakkuuksilla. Arvioimisella tarkoitetaan tässä yhteydessä kaikkea arvioivaa reagoimista, oli se sitten epäsuoraa tai suoraa, tunteisiin tai käyttäytymiseen liittyvää tai kognitiivista. (Hankonen & Mähönen 2015, 190.) Ajzen ja Fishbein (1980) määrittelevät asenteen ihmisen arvioksi psykologisesta kohteesta. Thurstone (1931) määritelmä kuvaa asenteet psykologiseen kohteeseen kohdistuvaksi myönteiseksi tai kielteiseksi tunteeksi. (Erwin 2001, 11, 14.)

4.2 Asenteiden syntyminen

Oppimiskokemuksien ja mallioppimisen kautta syntyvät asenteet. Oppimisen lähteitä ovat vanhemmat, ikätoverit sekä media. Asenteet voivat muuttua myönteisten kokemusten kautta ja niin usein tapahtuukin. Asenteiden muuttumista tapahtuu koko elämän ajan. Asenteet voidaan jakaa osatekijöihin, joita ovat kognitiivinen osatekijä, tunneosatekijä sekä toiminnan ja tekojen osatekijä. Se muuttuuko asenne teoksi, riippuu tilannetekijöistä. Asenteilla on voimakas vaikutus ympäristön havainnointiin, tulkintoihin ja tapahtumien muistamiseen. (Peltomaa & Hongisto-Peltomaa 2017, 27–28.)

On olemassa ihmissuhteita koskevia asenteita. Niihin kuuluvat ajatukset muista sekä ne piirteet, joita itse arvostaa ja pitää tärkeinä. Asenteilla on vaikutus siihen, kuinka ihminen toimii muihin ihmisiin liittyvien arvioidensa ja uskomustensa pohjalta esimerkiksi tilanteessa, jossa myös omalla tulkinnalla on merkitystä ja, jossa hän arvioi onko vierasta sopivaa lähestyä. Tutun ihmisen kanssa vuorovaikutusta ohjaavat asenteet, ne määrittelevät sopivat keskustelunavaukset ja -aiheet, odotukset toisen henkilön käytöksestä sekä millaisia tunteita tämä henkilö herättää. (Erwin 2001, 9.)

Eri ammattiryhmien välillä on asenne-eroja, jotka voivat johtua eri tekijöistä ja näitä tekijöitä voi olla useita. Erot ammattiryhmien välillä saattavat johtua osittain tietyille ammattialalle valikoitumisesta ja olla osittain seurausta ammatillisesta sosialisatiosta. McCammonin (1996) mukaan terveysalan ammattilaiset pitävät mahdollisuutta auttaa muita tekijänä, joka tuottaa tyydytystä, ja heidän koulutuksensa opettaa sitoutumaan potilaan hyvinvoinnin edistämiseen. Matinheikki-Kokko (1997) ja Gerrish (1996) ym. toteavat, että riittävän kulttuuritietoisuuden puute saattaa ajaa terveysalan ammattilaisen tilanteeseen, jossa hän on kykenemätön vastaamaan eri kulttuuria edustavien asiakkaidensa tarpeisiin. (Jaakkola 2001, 56.) Terveysalan ammattilaisten päivittäiseen työhön heijastuvat kaikki heidän uskomuksensa, arvonsa, asenteensa ja ideologiansa. Bassetin (1997) ym., Bothan (1993) sekä Nathanson ja Beckerin (1981) mukaan tästä syystä terveysalan ammattilaisten tulee olla tietoisia omista asenteistaan ja siitä, miten ne heijastuvat heidän ammatilliseen käyttäytymiseensä. (Liebkind & Eränen 2001, 68.)

Tietyin edellytyksin voidaan väittää, että kognitiiviset prosessit vaikuttavat yksilön asenteisiin ulkoryhmää kohtaan yhtä tehokkaasti kuin tunnetason prosessit mm. myönteinen tunne ulkoryhmän jäsentä kohtaan. Näihin kognitiivisiin prosesseihin kuuluvat mm. tutustuminen ulkoryhmään, jolloin ryhmän yhtenäisyyden vaikutelma lievenee. Linvillen (1989) ym. mukaan suora kontakti ulkoryhmäläisten kanssa saattaa vähentää ulkoryhmään kohdistettuja ennakkoluuloja yksilöimällä ryhmän jäseniä. Kun ulkoryhmä nähdään yhtenäisenä, eriytymättömänä yksikönä esiintyy syrjintää erityisesti silloin, kun ryhmien välisiä kontakteja on vähän. (Liebkind ym. 2001, 59.)

Luottamus

Bradacin (1981) ym. mukaan voimakkaasti ja itsevarmasti esiintyvä viestinesittäjä vakuuttaa ja saa hyväksyntää. Puhetyyli antaa puhujalle uskottavuutta kuulijoiden silmissä ja pääsee näin tavoitteeseensa. Tutkimusten mukaan itsevarma esiintyminen näyttää hyödyttävän miespuolisia puhujia, mutta naisille sen käyttö saattaa olla vaikeampaa ja sen teho saattaa riippua viestin vastaanottajan sukupuolesta. Carli (1990) huomasi voimakkaan puhetyylin lisäävän uskottavuutta naisten ollessa kuulijoina ja uskottavuuden vähenevän miesten ollessa kuulijoina. (Erwin 2001, 115–116.)

5 Ennakkoluulot

Allport (1954) määrittelee ennakkoluulon joustamattomaksi ja virheelliseksi yleistyksien perustuvaksi vastenmielisyydeksi jotakin tiettyä kohdetta kohtaan, kuten jotain tiettyä ihmisryhmää. Tutkimukset ja teoriat rinnastavat ennakkoluulot kielteisiksi asenteiksi ulkoryhmiä kohtaan ja kuten asenteiden, niiden mielletään koostuvan sekä emotionaalisista, kognitiivisista että käyttäytymisessä ilmenevistä osatekijöistä. Tästä seurauksena ennakkoluuloisuus määritellään nykyaikana usein vihamieliseksi asenteeksi, käyttäytymistäipumukseksi tai tunteeksi toisen ryhmän jäsentä tai ryhmää itseään kohtaan. Ennakkoluuloihin liittyy käyttäytymiskomponentti, sillä ennakkoluulon aktivoituessa aikomus toimia tietyllä tavalla tietyn ryhmän jäseniä kohtaan. Tämän aikomuksen seurauksena saattaa ilmetä myös varsinainen käyttäytyminen, esim. syrjintä tai väkivaltaisuus. (Liebkind ym. 2015, 292, 294.)

Ryhmien välisiin ennakkoluuloihin vaikuttavista tekijöistä tunnetuin on ryhmien välinen kontakti. Allportin (1954) kontaktihypoteesin mukaan tehokkain tapa ryhmien välisten ennakkoluulojen vähentämiseen on eri ryhmien saattaminen kontaktiin keskenään. Allport (1954) ja Wrigth (1997) ym. toteavat kuitenkin, että kontakti ei yksinään riitä. Brownin (1995) mukaan tärkeimmät edellytykset kontaktin onnistumiselle ovat institutionaalinen ja sosiaalinen tuki, osallistujien tasavertainen asema sekä kontaktien luoma mahdollisuus läheisten suhteiden muodostamiselle. Institutionaalisella ja sosiaalisella tuella tarkoitetaan ”sitä, että sekä lainsäätäjien että lakien noudattamista valvovien oikeuslaitosten ja poliisitoimen tulisi pyrkiä selvästi ja näkyvästi edistämään ryhmien välisiä myönteisiä kontakteja sekä integraatioita.” Institutionaalisen ja sosiaalisen tuen ytimen muodostavat suvaitsevaisempia sosiaalisia normeja suosivan sosiaalisen ilmapiirin luominen sekä rankaiseminen näiden sosiaalisten normien rikkomisesta. Ryhmien välisen kontaktin onnistumisen toinen edellytys on se, että kontaktit ovat riittävän pitkäaikaisia ja läheisiä, jotta mielekkään suhteen muodostuminen on mahdollista, ja että ne toistuvat riittävän usein. Kolmas edellytys kontaktin onnistumiselle on Brownin (1995) mukaan kontaktin syntyminen mahdollisimman tasavertaisten osallistujien välillä. Duckittin (1992) mukaan ennakkoluuloilla ulkoryhmää kohtaan on taipumus lisääntyä, jos ryhmien välisiä kontakteja syntyy eriarvoisten osallistujien välille. Varsinkin, jos ulkoryhmän jäsenellä on alempi sosiaalinen status. (Liebkind ym. 2001, 57–58.)

Pettigrew (1997) toteaa, että eri ryhmien väliset ystävyysuhteet vähentävät ennakkoluuloja monista eri syistä, joihin kuuluvat mm. ystävyysuhteen kautta saatu oppi ja tieto ulkoryhmästä. Samaistuminen ulkoryhmään ja myötäeläminen on helpompaa ystävyysuhteen kautta sekä lisäksi ystävyysuhte pakottaa katsomaan omaa sisäryhmäänsä uudella tavalla. Näin kontaktit vaikuttavat asenteisiin sekä kognitiivisella että tunnetasolla. Yksilöiden välisiä suhteellisen läheisiä suhteita pidetään palkitsevina tunnetasolla ja näiden suhteiden myönteisen vaikutuksen katsotaan ulottuvan koskemaan Herekin ja Capitanion (1996) mukaan koko ulkoryhmää ja jopa ulottuvan muihin ulkoryhmiin saakka. Brownin (1995), Gaertnerin (1994) ym. sekä Brewerin ja Millerin (1996) mukaan tämä yleistämisaikutus on erittäin kiistelty. Brown (1995) toteaa kuitenkin, että on olemassa joi-

takin todisteita siitä, että yksittäistä ulkoryhmän jäsentä kohtaan koettu myötätunto yleistyy todella koskemaan koko ulkoryhmää, sillä edellytyksellä, että kyseisen yksilön ryhmänjäsenyys on ollut havaittavissa. (Liebkind ym. 2001, 58–59.)

Pelkät ryhmien väliset kontaktit eivät tutkimusten mukaan sellaisenaan vaikuta ryhmien välisiin asenteisiin, mutta kontaktin laadulla todettiin olevan vaikutusta. Myönteisimpiä asenteita ulkoryhmän jäseniä kohtaan oli niillä, jotka tunsivat hyvin vähintään yhden ulkoryhmän edustajan verrattuna niihin, jotka tunsivat pintapuolisesti yhden ulkoryhmän jäsenen. Brownin (1995) mukaan tulosta voidaan pitää osoituksena yksilöitymisen ja näkyvän ryhmäjäsennyden tasapuolisesta merkityksestä. On kuitenkin esitetty väite, että vaikka ennakkoluuloiset asenteet vähenisivätkin yksilöivien ryhmäkontaktien kautta, ei se vaikuttaisi suurestikaan ihmisten käytökseen maahanmuuttajia kohtaan. (Liebkind ym. 2001, 62–63.)

6 Arvot ja moraalit

Käsitteenä arvo on monimerkityksinen ja sitä käytetään epätarkasti. Arvot kuuluvat ihmisen minuuteen. Henkisesti korkein ja teoriassa tärkein arvo on absoluuttinen eli puhdas totuus, joka on taistelun arvoinen (Heikkonen, 1995). Arvoja voidaan selittää niiden olemassaoloa koskevan eli ontologisen analyysin avulla. Olemassaolon kolme perustyyppiä ovat luonnollinen, subjektiivinen ja objektiivinen. Luonnollinen olemassaolo määritellään niin, että arvot on mahdollista havaita ihmisaistein ja että ne perustuvat tosiasiatietoon. Subjektiivisen olemassaolon määritelmä puolestaan määrittelee arvot ihmisen mielessä oleviksi ajatusrakennelmiksi, joita ei voi nähdä. Objektiivinen olemassaolo puolestaan määritelmä puolestaan määrittelee arvot ominaisuuksiksi tai olioiksi, jotka ovat olemassa, mutta niitä ei ihmisaistein ole mahdollista havaita. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 62–63.)

Arvoiksi kutsutaan yleisiä päämääriä, joita ihmiset asettavat toiminnalleen ja joiden perusteella oman toiminnan ja yhteiskunnan arviointi tapahtuu. Arvovalinnat kuvaavat millaisessa järjestyksessä erilaiset hyviksi mielletyt asiat esiintyvät yhteiskunnassa. Arvot kuvaavat mikä on hyvää ja tavoittelemisen arvoista, kun moraalit puolestaan kertoo siitä, mikä on oikein. (Lahikainen 2015, 346.) Arvoja on

mahdollista ryhmitellä useilla eri tavoilla, vaikka usein jokainen sijoittaa omat arvonsa etusijalle. Arvot eivät välttämättä ole erillisiä, vaan ne voivat olla päällekkäisiä painotuksista ja tarkastelukulmista riippuen. (Heikkonen 1995, 37.)

Käyttäytymistieteissä arvot käsitetään usein henkilökohtaisina preferensseinä tai subjektiivisina orientaatioina, jotka ilmenevät ihmisen suhteessa maailmaan. Perinteisestä psykologisesta lähtökohdasta tarkasteltuna arvot ovat ihmisen yleisiä uskomuksia tai käsityksiä, jotka ohjaavat toivottuun käyttäytymiseen ja toivottuun lopputulemaan. Arvot ohjailevat käyttäytymismalleja sekä tapahtumien ja käyttäytymisen arviointia. Lisäksi arvot on mahdollista asettaa tärkeysjärjestykseen suhteessa toisiinsa. Arvot pitävät sisällään käsityksen toivottavasta käyttäytymisestä ja siitä millaisia asioita tavoitellaan niiden itsensä takia. Rokeach (1973) määrittelee arvojen jakautuvat päämääräarvoiksi (terminal values) ja välinearvoiksi (instrumental values). Arvojen tärkeä ominaisuus on arvontien ja valintojen ohjaaminen. (Pohjanheimo 2005, 239; Engström 2005, 325.) Päämääräarvosta käytetään myös nimitystä itseisarvo. Se tarkoittaa toiminnan hyvään tähtäävää päämäärää, jotka toteutuessaan tekevät olosuhteista parempia ja, jonka haluttavuuteen eivät vaikuta muut asiat. Välinearvolla ei ole muuta arvoa, kuin arvo itseisarvon toteuttamiseksi. (Vehkaperä 2002, 12.)

Moraali kuvailee ihmisen tai ihmisryhmän arvostuksia, käsityksiä, normeja ja periaatteita sekä mikä tekona, toimintana, tapahtumana, käyttäytymisenä ja seurauksena on hyvää tai pahaa, oikeaa tai väärää. Se muodostuu ulkoisten tiedostettujen normien ja arvostusten sekä yksilön omien käsitysten mukaisesti. (Heikkonen 1995, 14.) Perinteisesti moraalilla on jaoteltu tunteisiin, toimintaan ja kognitioon. Rest (1994) kuitenkin jakoi moraalin neljän komponentin malliksi, jotta olisi mahdollista kuvailla moraalin moniulotteisuutta, jotta moraalin monimutkaisuus ilmenisi paremmin. Ensimmäinen näistä komponenteista on moraalinen sensitiivisyys, joka tarkoittaa tilanteen osapuolien hyvinvoinnin ja oikeuksien kautta tapahtuvaa tilanteen tulkintaa ja määrittelyä. Siinä tarkastellaan keitä ovat tilanteen osapuolet, millaisia toimintavaihtoehtoja kyseisessä tilanteessa on ja millaisia seurauksia toimintavaihtoehtojilla koituisi osapuolille. Toinen näistä komponenteista on päätöksenteko oikeudenmukaisimmasta toimintatavasta. Tässä vai-

heessa on kyettävä moraaliseen ajatteluun ja päätöksentekoon. Kolmas komponentti on motivaatio toimia moraalisesti, esimerkiksi moraalisten arvojen asettamisella muiden arvojen edelle. Neljäs komponentti on yksilön ”moraalinen selkäranka”, jossa yksilön on pystyttävä toimimaan hankalissakin tilanteissa moraalisesti oikein. (Juujärvi & Myyry 2005, 72–73.)

7 Vuorovaikutus

Moss (2008) nimeää vuorovaikutukseen liittyviksi huomion arvoiksi asioiksi sen, että tajusimmepa sitä tai emme kaikki meistä lähettävät sanattomia viestejä koko ajan toisille ihmisille. Pukeutuminen, eleet, sanavalinnat ja seura, jossa liikumme lähettävät jatkuvasti viestejä. Joskus tulemme ymmärretyksi täysin, usein tulemme väärinymmärretyksi ja satunnaisesti ymmärrämme täysin väärin. (Thompson 2011, 11.)

Vuorovaikutustaidot ovat tärkeä hoitotyötä tekevien ammattitaidon osa-alue, sillä niiden avulla luodaan perusta yhteistyölle, mikä on erityisen tärkeää hoitotilanteissa. Vuorovaikutuksen alkuvaiheessa korostuvat ihmiset ilmeet ja eleet, jonka jälkeen sanojen ja niiden merkityksen kuuntelu alkaa. Sanatonta viestintää on vaikea hallita, sillä ihminen ei pysty hallitsemaan kaikkia ilmeitään. (Rantala 2011, 33.)

Ihmisten välinen vuorovaikutus voi synnyttää kompleksisia eli monisyisiä vuorovaikutussuhteita, joiden yksityiskohtia on mahdotonta ennakoida. Tätä ihmisten välistä vuorovaikutusta kuvaa teoriamalli, jota kutsutaan symboliseksi interaktionismiksi. Eleestä ja vastareaktiosta muodostuva prosessi muodostaa interaktion eli vuorovaikutuksen. Merkityksellinen symbolin merkitys on sama sekä vastaanottajalle että eleen tekijälle. Ele herättää saman reaktion sekä tekijässä että vastaanottajassa eli tekijä on tietoinen eleen merkityksestä sen vastaanottajalle. Älykkyys ja tajunta ovat yksilön sisäisesti käymää vuoropuhelua, jonka muodostavat samat eleen ja vastareaktion prosessit, kuin sosiaalisissa vuorovaikutustilanteissa. Ihminen pystyy näkemään itsensä muiden näkökulmasta tarkasteltuna ja vuorovaikutuksessa toisten ihmisten asenne itseä kohtaan ei jää huomaamatta. Goody (1995) toteaa, että vaikka käytämme merkityksellisiä symboleja vuorovaikutuksessamme, ne eivät kuitenkaan ole pysyviä. Ne ovat pysyviä ja

muuttuvia sekä säännöllisiä ja epäsäännöllisiä samanaikaisesti. Tämän vuoksi niillä on useita eri merkityksiä. (Rantala 2011, 25, 29.)

Kohteeseen saavuttaessa esittäytyminen on tärkeää, sillä monet asiakastytyvyyssyyskyselyt ovat osoittaneet, että potilaiden mielestä ensihoitajat eivät esittele itseään. Kohtelias käytös ja potilaan arvostaminen vaikuttaa suoraan hoitomyöntyvyyttä parantaen. Hetken keskittyminen potilaaseen, informointiin ja rauhoitteluun ennen varsinaisten tutkimusten ja niiden perusteella tehtävien hoitotoimenpiteiden aloittamista luovat hyvän ja potilaalle turvallisen hoitosuhteen. Potilaan huono käytös ei saa heijastua hoitajan käytökseen potilasta kohtaan. On eri asia mainita potilaalle, että ei hyväksy huonoa käytöstä, kuin alkaa käyttäytyä itse huonosti. Potilasvalitukset eivät useinkaan johdu hoidosta, vaan niitä tehdään pääasiassa hoitajien käytöksestä. (Alanen ym. 2017, 13–14.)

Empatia

Hädässä olevan ihmisen näkevällä ihmisellä eläytymisreaktio voi olla kahdenlainen: hän voi yrittää paeta pois tilanteesta, sillä hän kokee tilanteen ahdistavaksi tai hän voi kokea tunteenomaista myötätuntoa uhria kohtaan. Ensimmäinen eläytymisreaktio eli henkilökohtainen ahdistus tai mielipaha (personal distress) ei saa aikaan auttamisyritystä, vaan yritykseen saada helpotusta omaan hätäntymiseen. Siinä kuvitellaan miltä itsestä tuntuisi kyseisessä tilanteessa. Myötätunto (emotional concern) puolestaan saa aikaan auttamisen todennäköisemmin ja siinä kuvitellaan miltä hädässä olevasta ihmisestä tuntuu. (Ruusuvuori ym. 2015.)

8 Tiedonhankinta

Tämän opinnäytetyön tiedonhankinta tapahtui useita eri kanavia pitkin. Tietoa haettiin pääasiassa sosiaali- ja terveysalan tietokannoista. Näiden kautta saatiin useita osumia, joista valittiin käyttötarkoitukseen sopivimmat lähteet. Lähteeksi valitsemisen kriteereitä olivat mm. lähdekriittisyys, asiasisältö ja lähteen luotettavuus sekä alan perusteokset. Lähteitä etsittiin myös internetistä samoja kriteereitä käyttäen. Lähteiden valinnassa korostui lähdekriittisyys. Lisäksi tietoa haettiin asiasanoja käsittelevästä sekä opinnäytetyön kirjoittamista käsittelevästä kirjallisuudesta.

Tietoa haettiin LUT-tiedekirjaston hakukoneella erilaisia asiasanoja käyttäen kuten asenteet, ennakkoluulot, moraalit, vuorovaikutus ja ensihoito. Näiden hakutermin avulla pyrittiin saamaan mahdollisimman kattavasti tietoa aiheesta, josta valita sitten tämän opinnäytetyön kannalta oleelliset tietolähteet. Hakusanoiksi valikoituivat kyseiset sanat, sillä ne ovat suuressa roolissa potilaan kohtaamisessa ensihoidossa. Nämä vaikuttavat hoitajan käyttäytymiseen ensihoitotilanteessa, kuten myös potilaan käyttäytymiseen. Lisäksi hoitajan käytös vaikuttaa potilaan käytökseen hoitajaa kohtaan ja päinvastoin, vaikka potilaan käytös ei saisi näkyä hoitajan käytöksessä tätä kohtaan. Siksi tämän tiedostaminen on tärkeää. Lait ohjaavat ensihoitopalvelun ja sitä kautta yksittäisen ensihoitajan toimintaa. Finlexistä haettiin tietoa Terveystieteistä, Laista potilaan asemasta ja oikeuksista sekä Laista terveydenhuollon ammattihenkilöistä.

Etiikka valikoitui yhdeksi asiasanoista, joita haussa käytettiin, sillä hoitotyötä ohjaavat eettiset periaatteet, joiden mukaan hoitoalan henkilökunnan tulee toimia. Ne ohjaavat hoitohenkilökuntaa toimimaan oikein, auttavat päätöksen teossa ja suojaavat haavoittuvaisessa asemassa olevaa potilasta. *Asenne* puolestaan valikoitui asiasanaksi, koska jokaisella on jonkinlaisia asenteita jotakin kohdetta kohtaan ja ne vaikuttavat omaan toimintaan joko enemmän tai vähemmän. Jokainen terveysalan ammattilainen heijastaa työhönsä omat uskomuksensa, arvonsa, asenteensa sekä ideologiansa, joten jokaisen terveysalalla työskentelevän on syytä tiedostaa tämä. Hoitajan esiintyminen hoitotilanteessa vaikuttaa potilaan luottamukseen tätä kohtaan, jos hoitaja ilmaisee oman epävarmuutensa, alkaa potilaskin epäillä hoitajan osaamista. Erilaiset kulttuurit saattavat aiheuttaa hoitajille haasteita, sillä he eivät välttämättä tiedä potilaan kulttuurista ja tämän tarpeisiin vastaaminen voi siksi olla haasteellista. *Ennakkoluulo* taas valikoitui asiasanaksi siksi, että jokaisella on ennakkoluuloja eli joustamattomia ja virheellisiä käsityksiä jostain tietystä kohteesta. Tämä johtaa tietynlaiseen käyttäytymistapumukseen, tunteeseen ennakkoluulon kohdetta kohtaan. Tämän tiedostaminen saattaa lieventää käyttäytymistapumuksen aktivoitumista. *Arvo* on tämän opinnäytetyön asiasanana siksi, että ne ovat päämääriä, jotka ihminen asettaa toiminnalleen ja, joiden perusteella ihminen arvioi omaa toimintaansa ja yhteiskuntaa. Arvot ohjaavat ihmisen käyttäytymistä sekä sitä, kuinka ihminen arvioi tapahtumia ja käyttäytymistä. *Moraali* on asiasanana siksi, että se muodostuu

ulkoisten normien ja arvostusten sekä yksilön omien käsitysten mukaisesta ja se ohjailee mikä koetaan hyväksi ja pahaksi tai oikeaksi ja vääräksi. *Vuorovaikutus* taas kuuluu asiasanaksi siksi, että jokainen meistä lähettää jatkuvasti sanattomia viestejä halusi sitä tai ei. Vuorovaikutustaidot korostuvat potilaskontaktitilanteissa, sillä vuorovaikutuksen yksityiskohtia on mahdotonta ennakoida, joten väärinymmärrykset ovat mahdollisia.

9 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyö toteutettiin yksilöteemahaastatteluna. Tutkimusmenetelmäksi valikoitui teemahaastattelu sen joustavuuden vuoksi. Se sopii moniin erilaisiin tutkimustarkoituksiin. Haastattelutilanteessa haastattelija on suorassa vuorovaikutuksessa haastateltavan kanssa, jolloin haastattelijalla on mahdollisuus suunnata haastattelun avulla tehtävää tiedonhankintaa haluamaansa suuntaan. Haastattelijan on myös mahdollista tarkastella motiiveja vastausten taustalla. Sanattomat vihjeet auttavat vastausten ymmärtämisessä. Haastattelija voi esittää kysymyksen haluamassa järjestyksessä, jolloin haastatteluaiheet voidaan sovittaa tilanteeseen luonteviksi. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 34.)

Ensihoitajien asenteita ja ennakkoluuloja on tutkittu vähän, joten kysymyksessä on vähän kartoitettu ja osittain tuntematon alue, jolloin vastausten suuntia on vaikea ennustaa. Hirsjärvi ja Hurme (2011) korostavat, että haastateltavalle on tärkeää antaa mahdollisuus tuoda asioita vapaasti esiin, jolloin haastateltava on aktiivinen ja luo merkityksiä. Haastattelu voi tuottaa monitahoisesti ja moniin eri suuntiin viittaavia vastauksia. Teemahaastattelussa on mahdollisuus selventää vastauksia ja syventää saatavia tietoja esittämällä tarkentavia kysymyksiä. Teemahaastattelun perusteella saadut vastaukset on tarkoitus sijoittaa laajempaan kontekstiin. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 35.)

Haastattelussa on mahdollista säädellä aihepiirien järjestystä, jota ei lomaketutkimuksessa ole. Tällöin haastateltavalla on mahdollisuus lukea seuraavia kysymyksiä ja niiden näkeminen saattaa vaikuttaa aikaisempien kysymyksiin vastauksiin. Haastateltava pystyy lisäksi paremmin tulkitsemaan kysymyksiä, sillä menetelmä sallii täsmennykset ja on joustava. Haastattelulla on mahdollista ta-

voittaa suurempia määriä haastateltavia, jolloin tutkimus on edustavampi ja kieltäytymisprosentti jää alhaisemmaksi. Lisäksi haastattelussa saadaan muun tiedon lisäksi uusia hypoteeseja ja sen avulla voidaan osoittaa uusia ilmiöiden väliisiä yhteyksiä. Haastattelussa saadaan aihetta kuvaavia esimerkkejä. Haastattelu mahdollistaa havainnoinnin. Haastattelutilanteessa on mahdollista tarkastella sekä kielellisiä ilmaisuja, että käyttäytymistä observoimalla oli haastateltava siitä tietoinen tai ei. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 35–37; Tuomi & Sarajärvi 2018, 85–86.) Haastattelu valittiin tutkimusmenetelmäksi kyselylomakkeen sijaan, koska kyseessä on satunnaisotos ja haastattelemalla on paremmat mahdollisuudet motiivoida haastateltavia, kuin lomaketutkimuksessa.

9.1 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyötutkimuksen tarkoituksena on puolistrukturoidun teemahaastattelun keinoin selvittää kuinka Saimaan AMK:ssa opiskelevat perustason ensihoitajat kokevat ensihoitajien asenteiden ja ennakkoluulojen vaikuttavan ristiriitailanteiden syntymiseen ensihoitotilanteessa. Tarkoituksena on haastattelemalla selvittää millaisia asenteita ja ennakkoluuloja ensihoitajilla on potilaita tai potilasryhmiä kohtaan ja kuinka ne vaikuttavat potilaskontaktitilanteissa. Haastattelujen avulla halutaan saada myös selville, kuinka ensihoitaja AMK-koulutusta olisi mahdollista kehittää. Teemahaastatteluissa haastateltiin viittä perustason ensihoitajaa, jotka opiskelevat ensihoitaja AMK-koulutuksessa. Haastateltaviksi valikoituivat perustason ensihoitajat heidän työkokemuksensa takia. Heillä on näkemystä erilaisista potilasryhmistä ja potilaskontakteista sekä niissä ilmenevistä asenteista ja ennakkoluuloista että niiden vaikutuksesta hoitokontaktitilanteessa.

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa ristiriitailanteiden syntymisestä ja toiminnasta niiden syntymisen ehkäisemiseksi. Tässä opinnäytetyössä pyritään saamaan vastaus seuraaviin kysymyksiin:

- Millaisia asenteita ja ennakkoluuloja potilaita kohtaan voi ensihoitajan työssä kohdata?
- Kuinka ennakkoluulot ilmenevät potilaskontaktitilanteissa?
- Miksi ennakkoluuloja on eri potilasryhmiä kohtaan?

- Kuinka ennakkoluulot näkyvät potilaskontaktitilanteissa ja kuinka potilaat niihin reagoivat?
- Onko ensihoitaja AMK-koulutus muuttanut asenteita tai vähentänyt ennakkoluuloja potilaita tai potilasryhmiä kohtaan?
- Miten ensihoitaja AMK-koulutusta olisi mahdollista kehittää?

9.2 Aineiston keruu teemahaastattelulla

Teemahaastattelu ei määrittele haastattelua joko kvantitatiiviseksi tai kvalitatiiviseksi. Se ei määrittele, kuinka monta haastattelukertaa tulee olla tai kuinka ”syvälle” aiheen käsittelyssä on mentävä. Teemahaastattelu on enemmän strukturoimaton kuin strukturoitu haastattelu. Siksi sitä nimitetäänkin puolistrukturoiduksi haastatteluksi eli haastattelun yksi aspekti, sen aihepiirit, ovat kaikille samoja. Se kuitenkin eroaa muista puolistrukturoiduista haastatteluista, joissa kysymysten muodot tai jopa kysymyksetkin ovat kaikille samoja. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 47–48). Kvantitatiivinen eli määrällinen ja kvalitatiivinen eli laadullinen haastattelu eroavat toisistaan ja niiden eroja on yritetty havainnollistaa usein eri keinoin. Halfpenny (1979) vastakkainasettelee kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen haastattelun (Taulukko 1).

Bryman (1988) puolestaan vertailee kvantitatiivista ja kvalitatiivista tutkimusta hieman eri tavoin kuin Halfpenny. Bryman luokittelee tutkijan ja tutkittavan suhteen kvantitatiivisessa tutkimuksessa etäiseksi ja kvalitatiivissa puolestaan läheiseksi. Tutkimusstrategian hän luokittelee kvantitatiivisessa tutkimuksessa strukturoiduksi ja kvalitatiivisessa taas strukturoimattomaksi. Aineiston luonteen hän luokittelee kvantitatiivisessa tutkimuksessa kovaksi ja luotettavaksi, kun taas kvalitatiivisessa rikkaaksi ja syväksi. Teorian ja tutkimuksen suhteen Bryman luokittelee kvantitatiivisessa tutkimuksessa teoriaa varmistavaksi, kun taas kvalitatiivisessa tutkimuksessa teoriaa luovaksi. Nämä karkeat hahmottelut kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen tutkimuksen eroista auttavat

KVANTITATIIVINEN	KVALITATIIVINEN
Kova	Pehmeä
Jäykkä	Joustava
Objektiivinen	Subjektiivinen
Deduktiivinen	Induktiivinen
Yleispätevä	Relativistinen
Huono	Hyvä
Hyvä	Huono

Taulukko 1. Poimintoja Halfpennyn (1979) luettelosta. (Hirsjärvi ym. 2001, 123.)

yleislinjojen hahmotuksessa. Jotkut tutkijat, joihin Bryman (1993) myös lukeutuu esittävät, että suuri osa sekaannuksesta, joka vallitsee tutkijoiden välillä, johtuu kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen tutkimuksen määrittelyn epäselkeydestä. Henwood ja Pidgeon (1993) puolestaan esittävät, että osa vallitsevasta sekaannuksesta johtuu siitä, että kvalitatiivista tutkimusta tarkastellaan kapeasti ja siihen yhdistetään vain tiettyjä aineiston keruu tapoja. (Hirsjärvi ym. 2001. 123–125.)

Teemahaastattelu on haastattelumuoto, jossa haastattelu rakennetaan tutkimuksen tekijän valitsemien muutamien avainkysymysten tai -aihepiirien ympärille. Haastattelija on aktiivisessa roolissa teemahaastattelussa. Tarvitaan tilanneherkyyttä, kykyä edetä tilanteen ja haastateltavan vaatimalla. Laadullisen tutkimuksen teemahaastattelun tavoitteena on kerätä monipuolisia kuvauksia tutkittavasta asiasta. (Kylmä & Juvakka 2012, 77–79.) Teemahaastattelussa haastattelu kohdennetaan tiettyihin teemoihin, joista keskustellaan. Näin pyritään löytämään tutkittavan aiheen kannalta merkityksellisiä vastauksia. Teemojen valinnalla pyritään kattamaan koko tutkittava ilmiö mahdollisimman hyvin. Teemahaastattelun avulla pyritään saamaan selville jonkin asian ydin. Tarkasteltava ilmiö koostuu elementeistä tai tekijöistä sekä niiden välisistä riippuvuussuhteista. Tutkittava ilmiö on jollain tavalla sidoksissa ympäristöönsä. Kysymyksiä laatiessa pyritään varmistamaan kaikkien tutkimuksen osa-alueiden sisältyminen haastatteluun. (Kananen 2012; 99,102; Tuomi & Sarajärvi 2018, 88.)

Teemahaastattelun runko rakentuu yleisistä kysymyksistä jatkuen yksityiskohtaisempiin kysymyksiin. Teemahaastattelun alkupuolella ei kysytä yksityiskohtaisia kysymyksiä, sillä ne saattavat ohjata haastattelua tahattomasti. Tällöin yksityiskohta poissulkee sellaisia asioita, jotka eivät ole yksityiskohtaisia, jotka kuitenkin ovat tutkimuksen kannalta merkityksellisiä. Teemat pyrkivät ymmärtämään ilmiön eri näkökulmista ja paljastamaan sen. Haastateltavien vastaukset herättävät haastattelijassa tarkentavia kysymyksiä, joiden mukaan haastattelu etenee. Teemahaastatteluun ei voi näin ollen tarkkoja kysymyksiä, joiden mukaan haastattelu etenee. (Kananen 2012; 99,102; Tuomi & Sarajärvi 2018, 88.)

Haastateltavat perustason ensihoitajat, jotka opiskelivat Saimaan AMK:ssa hoitotason ensihoitajiksi, valittiin niin, että tutkittava ilmiö liittyy suoraan heihin. Joskus näiden henkilöiden määrittely, jotka kuuluvat tutkittavan ilmiön piiriin, voi olla

vaikeaa. Kehittämistutkimuksessa haastateltavien valinta ja haastattelujen sopiminen voi olla helpompaa kuin perinteisessä laadullisessa tutkimuksessa, sillä kehittämisen kohde vaikuttaa ja liittyy heihin itseensä. (Kananen 2012, 100–101.)

Tarkoituksena on suorittaa haastattelu mahdollisimman hyvin haastateltavaa ja tilannetta seuraamalla, jotta haastattelutilanne olisi mahdollisimman mielekäs vastaajalle ja tutkimukseen osallistumisesta jäisi positiivinen kuva.

Kun aineisto on kerätty teemahaastatteluilla, kirjoitetaan aineistosta teksti, jonka pohjalta analysoidaan ennakkoluulojen ja asenteiden ilmeneminen ja vaikutus potilaskontaktitilanteissa sekä ensihoitaja AMK-koulutuksen kehittämistarpeet.

Litterointi

Tässä opinnäytetyössä haastattelut puretaan äänitteistä tekstiksi litteroimalla. Kanasen (2012) mukaan litterointi tarkoittaa erilaisten tallenteiden kirjoittamista puhtaaksi kirjalliseen muotoon, jolloin niiden käsittelyä on mahdollista tehdä manuaalisesti tai ohjelman avulla. Ne puretaan mahdollisimman sanatarkasti kirjalliseen muotoon. Tutkija voi joutua valitsemaan vain tutkittavan ilmiön kannalta keskeisimmät asiat litteroitaviksi, sillä litterointi on todella hidas työvaihe. Tallenteiden olemassaolo mahdollistaa niihin palaamisen tutkimuksen myöhäisemässä vaiheessa, jos tutkija löytää niistä tutkittavan aiheen kannalta oleellista tietoa. Lisäksi on mahdotonta tietää litterointivaiheessa mitä tietoja aineistosta tarvitaan. Sanatarkkoja kuvauksia on mahdollista käyttää lainauksina lopullisessa tutkimusraportissa. (Kananen 2012, 109–110.) Sandelowskin (1994) mukaan teksti, joka on kirjoitettu haastattelun perusteella kvalitatiiviseksi aineistoksi, saa itsenäisen roolin tutkijan raaka-aineistona (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013,164).

9.3 Teemahaastattelun vastausten analysointi

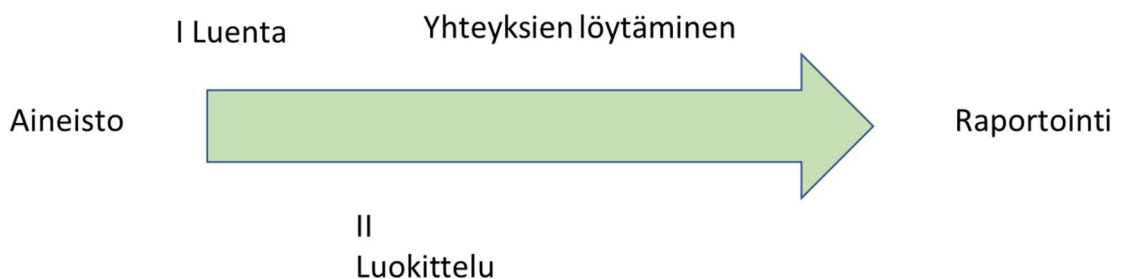
Kylmän ja Juvakan (2012) mukaan aineistosta tehdään aineistolähtöinen eli induktiivinen sisällönanalyysi, jonka ensimmäisessä eli analyysivaiheessa aineisto puretaan osiin. Toisessa eli tulkintavaiheessa puretun aineiston osista sisällöltään samankaltaiset osat yhdistetään. Tämän jälkeen aineistosta koostetaan ko-

konaisuus, joka vastaa tutkimuksen tarkoitusta ja tutkimuskysymyksiin. Keskeistä induktiivisessa analyysissä on antaa aineiston kertoa tutkittavista tekijöistä. (Kylmä & Juvakka 2012, 112–113.) Induktiivisessa analyysissä tutkittavasta ilmiöstä ei tiedetä tai siitä on vain vähän tietoa. Tällöin kategoriat saadaan muodostettua haastattelujen perusteella luodun tutkimusaineiston ja tutkimusongelmien avulla. Induktiivinen analyysi pyrkii luomaan tutkimusaineiston perusteella teoreettisen kokonaisuuden ilman aikaisemman tiedon, havaintojen ja teorioiden vaikutusta analyysiin. Analyysiin kuuluu pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013.)

Opinnäytetyön aineisto on kerätty haastattelemalla, havainnoimalla ja äänittäen. Laadullisen aineiston käsittelyyn kuuluu useita eri vaiheita. Aineisto on tärkeä käsitellä ja purkaa mahdollisimman pian haastatteluiden jälkeen, sillä tuore aineisto inspiroi. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 135.) Aineiston analysointi on mahdollista Eskolan ja Suorannan (1996) mukaan tehdä kolmella tapaa:

1. aineisto puretaan ja analysoidaan tutkijan intuitioon luottaen
 2. aineisto puretaan ja koodataan, jonka jälkeen se analysoidaan
 3. purkamis- ja koodaamisvaihe yhdistetään, jonka jälkeen se analysoidaan.
- (Hirsjärvi & Hurme 2000, 135–136.)

Luokittelulla ja koodauksella merkitsevät samanlaista toimintaa. Kuva 2 antaa yksinkertaistetun kuvan siitä, kuinka analyysi etenee.



Kuva 2. Haastatteluaineiston analyysin vaiheet. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 144)

Laadullisen analyysin pääpiirteet ovat:

1. Analysointia tapahtuu jo haastattelutilanteessa. Tutkija voi haastatteluita tehdessään tehdä useita havaintoja erilaisista ilmiöistä niiden useuden, jakautumisen, toistuvuuden ja erityistapausten perusteella. Syntyneistä havainnoista on mahdollista hahmotella malleja. Tutkija voi kerätä lisää aineistoa oman hypoteesinsa tai mallinsa tueksi.
2. Aineiston analysointi tapahtuu usein aineiston ja sen kontekstin ”lähellä”. Kvalitatiivinen tutkimus säilyttää aineistonsa sanallisessa muodossa ja osittain täysin alkuperäisessä sanallisessa muodossaan.
3. Analysointiin käytetään päättelyä. Päättely voi olla abduktiivista tai induktiivista. Abduktiivisessa päättelyssä tutkijalla valmiina teoreettisia ideoita, jotka hän pyrkii todentamaan aineistonsa avulla. Induktiivisessa päättelyssä puolestaan keskiössä on aineisto. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 136.)

Aineistosta on mahdollista etsiä mm. tiettyjä malleja, rakenteita tai prosesseja (Kananen 2012). Analyysi muodostuu aineiston erittelystä ja luokittelusta ja synteesi puolestaan muodostuu kokonaiskuvan luomisesta sekä tutkittavan ilmiö tarkastelusta uudesta näkökulmasta (Hirsjärvi & Hurme 2011, 143).

Aineiston kuvailu on tärkeä osa analyysia. Kuvailulla on tarkoituksena kartoittaa tapahtumien, henkilöiden tai kohteiden piirteitä ja ominaisuuksia. Näin pyritään saamaan vastauksia kysymyksiin kuka, missä, milloin, kuinka usein ja kuinka paljon. On tärkeää sijoittaa kuvata ilmiö siihen aikaan, paikkaan ja kulttuuriin, johon se kuuluu. Konteksti eli asiayhteys on erittäin tärkeä kuvausta tehtäessä, jotta on mahdollista ymmärtää asian tai tapahtuman laajempi historiallinen ja sosiaalinen merkitys. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 145–146.)

9.4 Teemahaastattelun tulosten raportointi

Kirjoittajan vastuu käsittää tutkimusprojektin, jonka tulokset raportoidaan ja saatujen tulosten luotettavuus, tutkimusprojektin toimeenpano sekä julkaisun laatu ja sen oikeakielisuus. Sitaattien ja viittausten tulee olla oikein, jos niitä on käytetty ja teksti ei saa olla plagioitua. Julkaistun tekstin tulee olla yksiselitteistä. Tekstissä ei saa olla monimerkityksellisyyttä, sillä se saattaa johtaa väärintulkintoihin. On

tärkeää, että tiivistelmä, johdanto, tutkimuksen tulokset ja johtopäätökset ovat tiivistettyjä ja helposti luettavia. (Mäkinen 2006; 123–124.)

Tämän opinnäytetyön haastattelujen tuloksena saadut tiedot raportoitiin yksiselitteisesti, jotta väriä tulkintoja ei tulisi. Haastatteluiden aikana yritettiin saada ymmärrys siitä, miten haastateltavat teemahaastattelussa kysytyt asiat kokivat ja mistä tällainen kokemus ja mielipide asiasta johtuu. Haastatteluiden aikana haastateltavilta kysyttiin tarkentavia kysymyksiä, jotta väärinymmärryksiltä vältyttäisiin ja tulosten raportointi olisi mahdollisimman totuudenmukaista. Tulokset raportoitiin käyttämällä mahdollisimman paljon suoria lainauksia, joka vähentää virheellisiä päätelmiä tutkimuksen tuloksista. Haastateltavien määrän vuoksi tutkimuksen tuloksia ei voi yleistää, sillä ne vastaavat vain muutaman ensihoitajan kokemusta asiasta. Viittaukset kirjoitettiin ohjeen mukaisesti, jotta niiden alkuperäisestä esittäjästä ei ole epäselvyyttä. Lähteistä haettu tieto referoitiin, jotta se ei ole plagioitua. Tiivistelmä, johdanto, tutkimuksen tulokset ja johtopäätökset kirjoitettiin tiiviisti ja helposti luettavaksi.

9.5 Teemahaastattelu tulokset ja tulkinta

Teemahaastattelut suoritettiin kevään ja syksyn 2019 aikana viidelle haastateltavalle. Haastattelun teemoja ovat mm. erilaiset ensihoitajan työssä kohdatut asenteet ja ennakkoluulot, erilaiset tilanteet, joissa niitä ilmenee sekä kuinka ne näkyvät ensihoitotilanteissa ja ovatko potilaat reagoineet niihin. Haastattelun tuloksena saatu aineisto analysoitiin pelkistäen, ryhmitellen ja abstrahoiden.

Aineiston analysoinnissa pelkistys, ryhmittely ja abstrahointi tehdään tässä opinnäytetyössä taulukkojen avulla. Abstrahoidusta aineistosta ilmenee, että ensihoitajilla on pääasiassa negatiivisia asenteita ja ennakkoluuloja potilaita tai potilasryhmiä kohtaan (Taulukko 2). Vakioasiakkaat saavat tietyn ennakoasenteen aktivoitumaan ja saattavat johtaa avuntarpeen väheksymiseen tai korostuneeseen varovaisuuteen tietyn nimen, osoitteen tai tehtävän esitetietojen perusteella.

1. Millaisia asenteita ja ennakkoluuloja potilaita kohtaan olet kohdannut / voisi ensihoitajan työssä kohdata?
2. Millaisissa tilanteissa nämä asenteet ja ennakkoluulot ovat ilmenneet?

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria	Pääkategoria
"Asenteet ja ennakkoluulot kohdentuu tietynlaisiin keikkoihin ja vakioasiakkaisiin."	Tietyt asiakkaat			
"Jos vakipotilaita, niihin kohdistuu jonkinlaisia ennakkoluuloja. Samat vaivat aina. Vaikka olisikin oikea hätä, ei oteta vakavasti." "Lähinnä liittyen sellaisiin vakipotilaisiin, lähdetty sellaisella asenteella, että ei niillä ole mitään hätää, turha käynti ja soitto taas."	Avuntarpeen väheksyminen	Välinpitämättömyys	Passiivisuus	Negatiivisuus
"Kun keikka tulee esim. häkeltä tietoo, että on varohenkilö tai, kun häke antaa nimen." "Narkomaani käyttäytynyt huonosti tai on käynyt päälle ja hoitaja joutunut lähtemään juoksemaan pakoon."	Korostunut varovaisuus	Varautuneisuus	Aktiivisuus	

Taulukko 2. Vakioasiakkaat.

Abtrahoidun aineiston perusteella ilmenee, että ennakkoluulot ja asenteita on erilaisia potilaita ja potilasryhmiä kohtaan pääasiassa siksi, että potilaalla on päihdeongelma, hän on ulkomaalaistaustainen tai eri kulttuurin edustaja. Näissä tilanteissa korostuu päihdeongelmaisten arvaamattomuus, ulkomaalaistaustaisten kanssa kommunikoidessa mahdollinen kielimuuri tai kulttuurillinen eroavaisuus (Taulukko 3).

3. Miksi ensihoitajilla on ennakkoluuloja ja asenteita potilaita / potilasryhmiä kohtaan?

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Pääkategoria
<p>”Sama alkoholisti soittaa joka vuorossa ja osoitteet on tuttuja.”</p> <p>”Paljon näihin alkoholisteihin kohdistuvia vähätteleviä ennakkoluuloja.”</p> <hr/> <p>”Narkomaanit on yks mikä saa varautumaan henkisesti ja fyysisesti.”</p>	<p>Alkoholistit</p> <hr/> <p>Narkomaanit</p>	Päihdeongelmaiset	Kohteena negatiivisille asenteille ja ennakkoluuloille
<p>”Omana työparina ollut myös maahanmuuttajavastaisia niin, jos keikkalistassa lukee jokin muu kuin suomalainen sukunimi niin autossa jo tietynlainen tunnelma ja marmatus siitä mikä odottaa.”</p> <p>”Kaikki erilaiset rodut. Maahanmuuttajataustaisia menee tapaamaan tietynlaisella asenteella.”</p> <p>”Voi olla, että kielimuurikin vaikeuttaa hoitamista ja kulttuuriasiat.”</p>	Maahanmuuttajat	Ulkomaalaiset	
<p>”Pitää kunnioittaa potilaan kulttuuria. Jos menee romanikotiin niin ei heitä hoitolaukkua ensin lattialle ja sitten nosta pöydälle, koska se menee heidän puhtausjärjestyksessä likaiseksi se pöytä, niin ei pilaa sitä niiden kotia.”</p>	Romanit	Vähemmistöt	

Taulukko 3. Erilaiset potilasryhmät.

9.5.1 Ensihoitajien potilaisiin kohdistaman ennakkoluulot ja asenteet

Kaikki haastateltavista olivat sitä mieltä, että ennakkoluulot ja asenteet johtuvat aikaisemmista kokemuksista. Haastattelujen perusteella käy ilmi, että ennakkoluulot ja asenteet aktivoituvat jo heti tehtävän alussa, kun Virveen tulee tehtäväkoodi ja mahdolliset lisätiedot tehtävästä. Haastatteluissa käy ilmi, että tehtäväkoodin perusteella ensihoitaja alkaa jo päässään miettimään miten tehtävä tulisi hoitaa, erityisesti jos potilaana on esimerkiksi nainen tai maahanmuuttaja. Kuinka tällaista potilasta tulee kohdella ollakseen kunnioittava ja miten naisen puoliso tulee suhtautumaan sekä miten hoitotilanteessa tulee käyttäytyä.

Negatiiviset asenteet ilmenevät ensihoidossa vakiotilaisiin kohdistuvana hoidontarpeen ennakkoon tapahtuvana vähättelynä, autossa jupisemisena sekä joidenkin potilasryhmien korostuneena passaamisena. Negatiivisia ennakkoluuloja ja asenteita ensihoitajissa eniten herättävät päihdeongelmaiset, maahanmuuttajat sekä romanit.

”Kohdentuu tietynlaisiin keikkoihin ja vakioasiakkaisiin.”

”Vakiotilaillla samat vaivat aina.”

”Sama alkoholisti soittaa joka vuorossa.”

”Omana työparina ollut myös maahanmuuttajavastaisia niin, jos keikkalistassa lukee jokin muu kuin suomalainen nimi niin autossa jo tietynlainen tunnelma ja marmatus siitä mikä odottaa.”

Haastateltavat kokevat turhien soittojen lisääntyneen hätäkeskukseen, jolloin myös turhat tehtävät ensihoidossa ovat lisääntyneet. Näiden ensihoitajien mielestä turhien eli ensihoitotoimenpiteisiin johtamattomien tehtävien lisääntymisen haastateltavat kokivat lisäävän ennakkoluuloja ja asenteita.

”Mä uskaltaisin väittää, että sellaisia ns. turhia soittoja tulee enemmän kuin ennen. Turhien soittojen määrä lisääntynyt niin paljon, joka vaikuttaa siihen, että on tehtäviä missä ensihoitajien ei tarvitse juurikaan mitään tehdä, mikä lisää ennakkoluuloja.”

”Lähinnä liittyy ns. vakiotilaisiin. On lähdetty sellaisella asenteella, että niillä ei oo mitään hätää ja se on semmonen turha käynti ja soitto taas. Ei oo välttämättä otettu tosissaan sitä tilannetta. On käynyt sellassia, että on sitten löytynyt ihan vakavia oireita ja löydöksiä. Aluksi suhtauduttu vähän välinpitämättömästi.”

Ennakkoluuloja ja asenteita haastateltavien mielestä lisäävät, kun potilas pyytää apua soittamalla hätäkeskukseen, mutta ei ole valmis ottamaan tarjottua apua vastaan tai luulevat ensihoidon olevan nopea apu kaikkeen.

”Vakiiasiakkaat, kun ihmiselle on tarjottu apua ja sitä on autettu. Sitten, kun sitä tehdään tarpeeksi monta kertaa, niin tuntuu, ettei apua oteta vastaan ja se turhauttaa. Kaikkea yritetään, mutta ihminen ei ota itseensä, vaan se on aina sitä samaa. Se on yksi mikä luo asenteita.”

”Vastuu pitäisi olla potilaalla, mutta ei ota vastuuta vastaan.”

”Asiakkaat luulee, että me ollaan suuri ja nopea apu ja, koska meidän koulutus ei oikeasti ole tätä, niin se saattaa lisätä asenteita. Esim. Ei ensihoitajat ole mitään päihdehoitajia, vaikka potilaat saattaa sitä luulla.”

9.5.2 Ensihoitajien ennakkoluulojen ja asenteiden näkyminen potilaskontakteissa

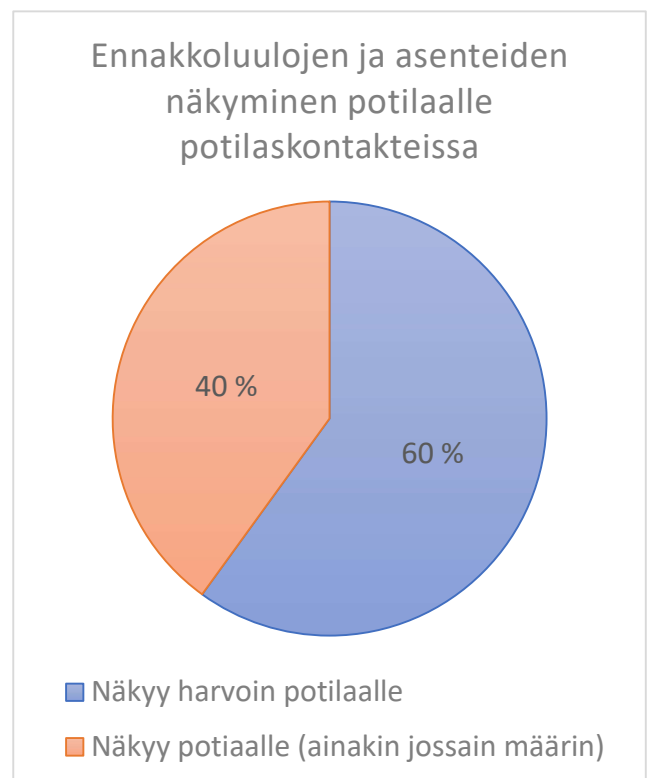
Yli puolet haastateltavista kokee, että ennakkoluulojen näkyminen potilaskontaktissa on kiinni ensihoitajasta itsestään. Osa haastateltavista kokee ennakkoluulojen ja asenteiden näkyvän ennen keikkaa ja sen jälkeen, mutta ei itse potilaan luona (Kuva 3).

”Harvoin asenne näkyy itse potilaan luona. Näkyy keikalle mennessä ja sieltä lähtiessä. Sä kuulet, jos jollain on asenneongelma jotakin tiettyä asiakasryhmää kohtaan. Onneksi valtaosa keikoista pystytään hoitaa asiallisesti.”

”Jos tilanteet pystytty hoitaa asiallisesti niin ei oo tullut mitään. Näissä tilanteissa se on ehkä sitä autossa jurputtamista tai muuta, mutta ei oo näkynyt töissä.”

”Harvoin käy potilaalle ilmi ennakoasenteet. Riippuu paljon työntekijästä. Meitä on moneen. Jotkut näyttää selvemmin, mistä jotkut potilaat saattaa nokkiinsa ottaa, mutta aika usein keikat sujuu asiallisesti.”

”Harvoin ennakkoluulot vaikuttaa itse potilaan kohtaamiseen ja tutkimiseen.”



Kuva 3. Ennakkoluulojen ja asenteiden näkyminen potilaalle potilaskontakteissa.

Haastatteluissa käy ilmi, että omalla käytöksellään voi vaikuttaa siihen, miten potilaat käyttäytyvät ensihoitajia kohtaan hoitotilanteessa: *Jos ennakkoluulot ja asenteet näyttää potilaalle niin se vahingoittaa hoitotilannetta.* Ilmenee myös, että vaikka ensihoitaja toimisi täysin oikein hoitotilanteessa, mutta hoito ei vastaakaan potilaan ennakkokäsitystä tarvittavasta hoidosta, saattavat potilas tai omaiset, jotka haluavat potilaan hoitoon, reagoida vahvasti.

”Jotkut hoitajat ei hoida asiallisesti. Saatetaan ikkunasta huudella: ’Pistä housut jalkaan. Älä soita enää tänään!’.”

”Jos tilanne menee kuittailuksi niin se yleensä johtuu siitä, että hoitajalla on huono asenne. Se juontaa juurensa kokemuksista. Tilanne on mennyt aikaisemmilla keikoilla jo semmoiseen pieneen piikittelyyn ja asenneongelma on tullut.”

”Jos joku kollega tai itse potilaan mielestä vähättelee potilaan vaivaa, vaikka ei tarkota. Potilas tuntee, että ensihoitajat vähättelee hänen vaivaansa. Potilaalla ollut oma syynsä soittaa, vaikka ensihoitaja ei sitä ymmärrä.”

”Ehkä itse ennakkoluulot näkyy korostavana passaamisena ja siten, että yrittää hoitaa asiat tosi hyvin, koska jos hoitaa huonosti niin nää romanit, alkoholistit tai narkkarit ei oo enää mukavia sua kohtaan. Sama muillakin potilailla.”

”Niin tavallaan, jos ne tilaa ambulanssikyydin sairaalaan niin sitten, kun ne ei sitä saakaan, niin ne on saattanut alkaa aukomaan päätään.”

”X:äämistilanteessa ongelmana on harvoin potilas itse, mutta omaiset saattavat olla vaikeita, koska haluavat potilaan hoitoon. Tällöin on tärkeää perustella asiat selkeästi ja tarvittaessa puhua lääkärin kanssa. Tilanteet usein sujumaan oikeanlaisella selittelyllä ja perustelulla.”

9.5.3 Ensiohittaja AMK-koulutuksen vaikutus ennakkoluuloihin ja asenteisiin sekä mahdolliset koulutuksen kehittämisehdotukset

Hieman yli puolet haastateltavista on sitä mieltä, että ensiohittaja AMK-koulutus ei vaikuta ennakkoluulojen ja asenteiden syntyymiseen lisäävästi tai vähentävästi, vaan ennakkoluulot ja asenteet syntyvät pääasiassa kentällä kokemuksen kautta (Kuva 4). Yksi haastateltavista kokee, että Perustason ensiohittajakoulutus on vain pintaraapaisu verrattuna ensiohittaja AMK-koulutukseen. Eräs haastateltavista kokee erityisesti mielenterveys- ja päihdehoitotyön opinnoista olleen apua potilaan kohtaamisessa ja ymmärtämisessä:

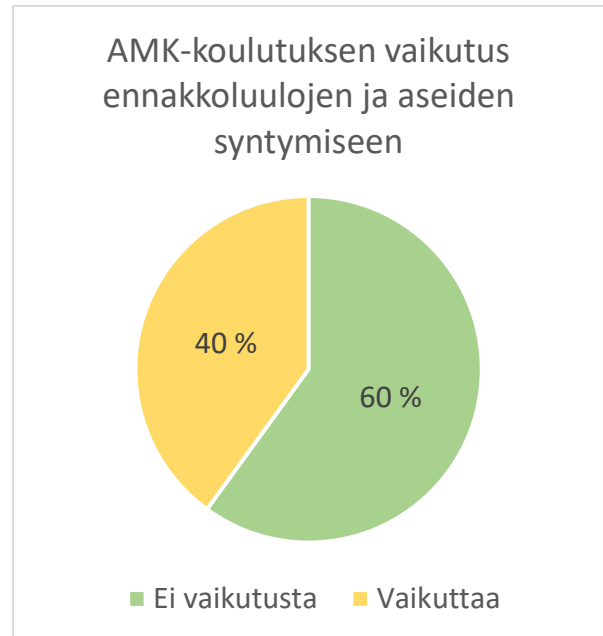
”AMK mielenterveysjakso auttoi ymmärtämään potilaita ja kohtaamaan niitä esim. jos on skitsofrenia niin ei oo vaan hullu, joka riehuu, vaan oikeesti tarvii hoitoa. Harjoittelu on opettanut puhumaan niille niin, ettei kuulosta vaan ufolta, vaan saa yhteyden potilaan kanssa.”

Eräs haastateltavista kertoo koulutuksen auttaneen katsomaan asioita suuremmissa mittakaavassa ja pidemmällä tähtäimellä:

”On tullut lisää tietoa ja taitoa ja sitä kautta on sitten osannut miettiä asioita enemmän ja pidemmällä tähtäimellä ja tietyllä tavalla tullut sitä taitoakin niin, että pystyy eri tavalla kattomaan sitä potilasta ja miettiä sit kokonaiskuvaa paremmin.”

Haastatteluissa käy ilmi, että Ensiohittaja AMK -koulutus on opettanut, miksi asioita tehdään, kun aikaisemmin oli vain tiedossa mitä asioita tulee tehdä eli tieto asioista on syventynyt ja ymmärrys lisääntynyt:

”Mitä syvällisemmäksi me viedään tää koulutus täällä AMK:ssa niin hyvä. Nyt tietää mitä pitää tehdä ja miksi pitää tehdä, silloin vaan tiedettiin mitä pitää tehdä, että tapahtuu näin. Mä koen tän tosi hyödylliseksi tähän työhön, vaikka työ ei muutu,



Kuva 4. AMK-koulutuksen vaikutus ennakkoluulojen ja asenteiden syntyymiseen.

siitä kun ennen koulua. Kun ainahan me hoidetaan ne keikat, mutta nyt ymmärtää myös jotain sieltä välistä. Sen takii tää koulu on hyvä.”

Ilmenee myös, että kukin opiskelija ottaa koulutuksesta irti sen minkä kokee tarpeelliseksi. Toiselle se voi mielenterveys- ja päihdepotilaan kohtaamisen ja toiselle se voi olla ”kikkaseikat”, joita voi vetää hihasta tosipaikan tullen ensihoitotilanteessa:

”Pitää myös yksilöllisesti päättää, mitä tietoa täältä koulusta ottaa mukaan. Toisille se valinta on just se mielenterveyspotilaanhoito, mut taas toiselle ne kikkaseikat, millä vedetään ässiä hihasta tuolla keikalla, millä voi brassailla sitten, kun se hetki koittaa”.

Haastatteluissa käy ilmi, että ensihoitaja AMK-koulutuksessa voisi painottaa enemmän sitä mitä ensihoitajan työ oikeasti on, sillä se ei ole pelkästään ihmisten pelastamista:

”Yksi keino millä voitaisiin parantaa on se että tuotaisiin enemmän esille sitä, että me ei valmistauduta siihen, että me joka päivä pelastettaisiin ihmishenkiä, vaan tää työ on myös paljon sitä keskustelua ja monisairaiden ihmisten tapaamista, joita ei paranneta, sillä meidän tekemällä työllä”.

Jos tämä ei ole tiedossa, työ voi pidemmällä aikavälillä alkaa ärsyttämään ja se voi edesauttaa asenteiden ja ennakkoluulojen syntymistä:

”Koulusta ei valmistuta sillä asenteella, että nyt me joka päivä pelastetaan ihmishenkiä ja sitten kahden vuoden päästä me ei ollakaan sitä tehty ja jokaisen potilaan naama ärsyttää”.

Haastateltavat myös korostavat harjoittelun ohjaavan opettajan ja työelämänohjaajan merkitystä opiskelijan ammatillisessa kehitymisessä ja mahdollisten ennakkoluulojen ja asenteiden syntymistä:

”Harjoittelun ohjaajilla ja ohjaavilla opettajilla suurin merkitys asiakaslähtöisyyden opetuksessa esimerkkinä”.

Haastateltavat toivovat myös lisää opetusta potilaan kohtaamisesta:

”No varmaan vaan ehkä enemmän painottaa sitä että aina kohdellaan sitä potilasta hyvin ja otetaan se tosissaan ja tutkitaan aina huolellisesti se ja muutenkin että se on joka potilaan kohalla samat jutut oli se sitten ensimmäistä kertaa tai kolmatta sataa kertaa soittanut ambulanssia. Et ihan samalla tavalla kohtaa sen potilaan ja pitää sitä potilasta niinkun arvokkaana ihmisenä.”

Haastatteluissa käy myös ilmi, että opiskelijan tulisi kokea myös potilaana oleminen erilaisten harjoitteiden kautta, joissa saisi hyvää kohtelua vs. huonoa kohtelua, jolloin kiinnittäisi itse paremmin huomiota omassa toiminnassaan potilaan kohtelun merkitykseen:

”Ehkä pitäis päästä kokemaan miltä paha kohtelu tuntuu. Ehkä pitäis itse olla hädässä ja sitten tullaan kiittailemaan päin naamaa vs. hoidetaan tosi empaattisesti ja sympaattisesti. Esim. simulaatioissa syksyllä olis kylmä, raahattas jotain lumihankeä pitkin ja haukuttais päin naamaa.”

9.6 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan mm. uskottavuuden (credibility), vahvistettavuuden (dependability, auditability), reflektiivisyyden sekä siirrettävyyden (transferability) kriteerien kautta. Tässä tutkimuksessa luotettavuutta arvioidaan triangulaation kautta eli aihetta tarkastellaan eri näkökulmista, koska laadullisen tutkimuksen oletuksena on todellisuuden moninaisuus. (Kylmä & Juvakka 2011.) Tutkimuksen luotettavuutta vähentää väärin termien käyttö (Kananen 2012). Malterudin (2001) mukaan erilaiset tulkinnat eivät muodostu luotettavuusongelmaksi välttämättä, sillä eriävät tulkinnat voivat lisätä ymmärrystä tutkitavasta aiheesta. Mays & Pope (2000) sekä Malterud (2001) että Horsburgh (2003) toteavat, että reflektiivisyyden toteutumiseksi on arvioitava, kuinka tutkija vaikuttaa kerättyyn aineistoon ja itse tutkimusprosessiin sekä tutkimusraportissa kuvattaviin lähtökohtiin. Siirrettävyydellä tarkoitetaan Lincolnin & Cuban mukaan (1985) tutkimuksen tuloksena saatujen tietojen siirrettävyyttä vastaavanlaisiin tilanteisiin ja lisäksi he toteavat, että on annettava riittävästi kuvailevaa tietoa ympäristöstä sekä tutkimukseen osallistuvista henkilöistä, jotta lukijalla on mahdollisuus arvioida tulosten siirrettävyyttä. (Kylmä & Juvakka 2012, 127–129.)

Luotettavuusmittarit ovat sellaisenaan soveltumattomia kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin, joissa tutkimuskohteena on ihminen. Ihmisen toiminta ei ole aina rationaalista, eikä ihminen toimi aina samalla tavalla, jolloin satuma vaikuttaa tutkimustuloksiin. Käsitteitä reliabiliteetti (pysyvyys) ja valideetti (pätevyys) on vaikea käyttää kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden mittarina. Tutkimuksen luotettavuuden lisääminen on mahdollista dokumentoimalla, jolloin

luodaan työlle uskottavuutta. Ratkaisut ja niiden perustelu on erittäin tärkeää tutkimuksen eri vaiheissa luotettavuuden kannalta. Vaikka vastauksia voidaan tulkita monilla eri tavoilla, ei se tarkoita, että tutkimusongelmaan voitaisiin saada useita erilaisia tulkintoja. Tutkimusongelman ja tarkastelunäkökulman vaihtamisella on mahdollista tehdä samasta aineistosta useita eri tulkintoja. Kahden tutkijan sama tulkintojen lopputulos lisää tutkimuksen luotettavuutta. Tätä kutsutaan tulkinnan ristiriidattomuudeksi, joka on yhdenlainen reliabiliteetti. Tutkimuksen luotettavuutta voi lisätä luettamalla aineiston sellaisella henkilöllä, jota tutkittava ilmiö koskee. Jos informantti vahvistaa tutkijan tekemän tulkinnan ja saaman tutkimustuloksen, tutkimus voidaan todeta luotettavaksi tutkittavan kannalta. (Kananen 2012, 172–175; Tuomi & Sarajärvi 2018, 99–100.)

Haastateltavien määrä vaikuttaa omalta osaltaan tutkimuksen luotettavuuteen. Haastatteluja jatketaan niin kauan, kun ne tuottavat uutta tietoa tutkittavaan ilmiöön liittyen. Kylläntymispiste on saavutettu, kun samat vastaukset alkavat toistua uudelleen ja uudelleen. Tällöin puhutaan saturaatiosta. (Kananen 2012, 172–175; Tuomi & Sarajärvi 2018, 99–100.) Bertaux (1982) sekä Eskola ja Suoranta (2014) ovat todenneet noin 15 vastauksen saavan aikaan vastausten kylläntymisen. Laadullisessa tutkimuksessa siirrettävyydellä tarkoitetaan sitä, että tutkimusasetelma ja tutkimuskohde kuvaillaan tarkasti, jolloin tulosten soveltaminen on mahdollista, kun lähtötilanteesta on mahdollista päätellä, että tilanteet vastaavat toisiaan

Tämän opinnäytetyön tulokset on pyritty raportoimaan niin, että ne vastaavat haastattelujen perusteella saatua informaatiota. Litterointi on tehty kirjoittamalla äänite puhtaaksi sanasta sanaan, jolloin ne vastaavat täysin haastateltavien antamia vastauksia. Tässä opinnäytetyössä on hyödynnetty suoria lainauksia haastatteluista, jolloin väärin tulkinnan riski pienenee. Haastateltavia oli vain vähän ja vastaukset perustuvat yksittäisten ensihoitajien omiin kokemuksiin, joten tutkimuksen tuloksia ei voi yleistää.

10 Opinnäytetyöhön liittyvät eettiset näkökohdat ja riskit

Tutkimusta tehdessä on otettava huomioon useita eettisiä kysymyksiä. On olemassa yleisesti hyväksytyjä tutkimuseettisiä periaatteita, jotka liittyvät tiedonhankintaan ja julkistamiseen. Hyvä tutkimus eettisestä näkökulmasta tarkasteltuna vaatii, että hyvää tieteellistä käytäntöä noudatetaan tutkimuksen teossa. Tätä voidaan loukata useilla tavoilla, joista yleisimpiä ovat vääränlaiset tiedonhankintatavat ja koejärjestelyt. Itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan parhaalla mahdollisella tavalla tutkimusta tehdessä, antamalla mahdollisuuden päättää itsenäisesti tutkimukseen osallistumisesta tai osallistumattajättämisestä. Tutkimukseen osallistuminen vaatii perehtyneen suostumuksen (performed consent) eli heillä tulee olla tiedossa:

1. Mitä tulee tapahtumaan ja mitä saattaa tapahtua.
2. Heidän on ymmärrettävä kohdassa yksi annetut tiedot.
3. Henkilön on kyettävä tekemään kypsiä ja rationaalisia arviointeja.
4. Osallistuminen on vapaaehtoista, ketään ei pakoteta.

Tutkimusta tehdessä näiden vaatimusten noudattaminen voi olla haastavaa. Voi olla vaikea määritellä suostuttelun loppuminen ja pakottamisen alkaminen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2016, 23–25.)

Epärehellisyys ei kuulu tutkimuksen mihinkään vaiheeseen. Huomioon otettavat keskeiset periaatteet, joiden mukaan edetään tutkimuksessa ovat:

1. Toisen tekstin plagiointi on kielletty.
2. Omia tutkimuksiaan ei tule plagioida.
3. Tutkimuksen tuloksia ei saa yleistää ilman kritiikkiä. Tuloksia ei saa kaunistella tai sepittää.
4. Raportointi ei saa olla puutteellista tai johtaa harhaan.
5. Muiden tutkijoiden osuutta tutkimuksen teossa ei saa vähätellä.
6. Tutkimuksen tekoon myönnettyjä rahoja saa käyttää ainoastaan tutkimuksen tekoon. (Hirsjärvi ym. 2016, 25–27.)

Haastatteluihin osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Haastateltavia lähestytään sähköpostilla ja esitetään pyyntö haastattelusta. Osallistujien anonymiteetti

säilyy läpi opinnäytetyöprosessin eikä yksittäistä vastaajaa voi tunnistaa opinnäytetyön missään vaiheessa. Haastatteluun osallistuminen perustuu tietoiseen suostumukseen. Haastateltavat saavat tietoonsa tutkimuksen ja teemahaastattelun tavoitteen sekä haastattelijoiden yhteystiedot. Lisäksi he saavat tietoa kerätyn aineiston käyttötavoista, käsittelystä, säilyttämisestä sekä tuhoamisesta käytön jälkeen. Haastateltavilla on oikeus kieltää käyttämästä heidän vastauksiaan tutkimuksessa missä tutkimuksen vaiheessa tahansa. Laadullisen tutkimuksen tulokset tulee esittää sellaisena, kun ne ovat. Niitä ei saa alkaa kaunistelemaan tai muuttamaan, sillä muuten on kyseessä tulosten sepittäminen (fabrication). Aineisto säilytetään ulkopuolisten ulottumattomissa ja tuhoaan opinnäytetyön valmistuttua. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 219–225.)

Haastateltavien anonymiteetin säilyttäminen läpi tutkimuksen saattaa rohkaista rehellisyyteen, joka auttaa keräämään tutkimuksen kannalta oleellista informaatiota. Tutkimuksessa ei ole tarvetta viitata yksittäiseen haastateltavaan ja heidän sukupuolellaan ei ole haastattelun ja sen antaman informaation kannalta merkitystä. Tämä helpottaa haastateltavien anonymiteetin säilytystä tutkimuksen tuloksista raportoitaessa. Täysin varmaa takuuta anonymiteetin säilymisestä ei voi antaa, mutta siihen pyritään parhaan mukaan käytettävissä olevilla keinoilla. Haastateltavalle ei kuitenkaan tule sallia suojatumista anonymiteetin taakse, josta voi antaa epäasiallisia tai perusteettomia vastauksia ja kommentteja. (Mäkinen 2006, 114–115.)

Tässä opinnäytetyössä haastateltavat antoivat tietoisensa suostumuksensa haastatteluun osallistumiseen. Heitä lähestyttiin sähköpostitse ja esitettiin pyyntö haastattelusta. Heillä oli alusta saakka tiedossa mitä tulee tapahtumaan ja mitä saattaa tapahtua ja he ymmärsivät sen. Heitä ei vaadittu osallistumaan haastatteluun ja heillä oli oikeus kieltää oman haastattelunsa käyttäminen opinnäytetyön materiaalina sen julkaisemiseen saakka. Haastateltavat saivat haastattelupyynnön liitteenä tutkimuksen ja teemahaastattelun tavoitteen tietoonsa sekä haastattelijoiden yhteystiedot. Heille annettiin tietoa materiaalin käyttötavoista, käsittelystä, säilyttämisestä sekä sen tuhoamisesta käytön jälkeen.

Äänitetyt haastattelut ja niiden pohjalta puhtaaksi kirjoitettu haastattelu nimettiin "Haastattelu 1" ja "Haastattelu 2" ja niin edelleen, ei missään vaiheessa haastateltavan nimellä. Haastattelujen perusteella kerätty tieto ja siitä saadut tutkimuksen tulokset esitettiin sellaisena kuin ne ovat. Tämän opinnäytetyötutkimuksen tuloksia ei yleistetä, vaan niitä arvioitiin kriittisesti. Tutkimuksen tuloksia ei kaunisteltu, eikä niitä sepitetty. Raportointi tehtiin kattavasti ja se kirjoitettiin tarkasti, jotta se ei johda harhaan.

Opinnäytetyöhön liittyvät riskit

Tämän opinnäytetyön riskinä oli aiheen huolellisesta rajaamisesta huolimatta sen paisuminen liian laajaksi. Teemahaastatteluista saatua tietoa haluttiin hyödyntää mahdollisimman paljon, jolloin riskinä oli aiheesta eksyminen. Riskinä oli myös se, että halukkaita haastateltavia ei ole tai heitä on liian vähän, jotta tutkimuksesta saataisiin tarpeeksi kattava. Oli myös mahdollista, että haastateltavat "kaunistelevat" omia mielipiteitään haastattelutilanteessa. Oli mahdollista, että haastattelija alkaa huomaamattaan johdattelemaan haastattelua, jolloin tulokset eivät ole luotettavia.

11 Pohdinta

Tämän opinnäytetyön aihe valikoitui sen ainaisen ajankohtaisuuden vuoksi. Aihetta on tutkittu vähän ja siksi siitä ei ole juurikaan tietoa. Tutkimuksia hoitajien ennakkoluuloista ja asenteista potilaita kohtaan on tehty useita, mutta ne eivät ole koskettaneet suoranaisesti ensihoitoa. Ensihoitaja AMK-koulutuksen kehittämiseen liittyviä tutkimuksia ei löytynyt, joten on tärkeää saada ensihoitajakoulutuksessa opiskelevilta palautetta ja kehittämisehdotuksia aiheeseen liittyen. Aihe on tärkeä, sillä potilaslähtöisyys on erityisen tärkeää ensihoitajan työssä. Aiheesta on ollut viime aikoina paljon negatiivista kirjoittelua mediassa, joten on tärkeää tutkia sen paikkaansa pitävyyttä ja esittää mahdollisia kehittämisehdotuksia jo koulutusvaiheeseen. Ensihoitajien mainitsemien hankalien potilastyypien määrä ei tule jatkossa todennäköisesti vähenemään. Maahanmuutto todennäköisesti lisääntyy, joka lisää monikulttuurisuutta, joka saattaa aiheuttaa väärinymmärryksiä ja niiden kautta lisätä ennakkoluuloja ja asenteita tällaisia potilaita

kohtaan. Päihteiden käyttö tulee todennäköisesti näkymään enenevästi ensihoitajan työssä ja se luo ennalta-arvaamattomia tilanteita ensihoitoon. Väestön ikääntyminen näkyy ensihoitotoimenpiteisiin johtamattomina soittoina hätäkeskukseen ja kuormittaa ensihoitoa, vaikka potilaalla ei olisi varsinaista ensihoidon tarvetta, vaan pikemmin muunlainen sosiaalinen apu voisi olla tarpeen.

Aiheesta on aikaisemmin tehty yksi kvalitatiivinen sähköinen Webropol -opinnäytetyökyselytutkimus. Korkalainen (2018) on tutkinut ensihoitajien potilaisiin kohdistamia asenteita ja ennakkoluuloja, jonka tulokset analysoitiin sisällönanalyysimenetelmää käyttäen. Tutkimus pyrki vastaamaan kysymyksiin mistä nämä ennakkoluulot ja asenteet johtuvat, millä tavalla ne ovat näkyneet potilaan hoidossa ja hoidon eettisyydessä. Kyselytutkimus suunnattiin ensihoitajille, jotka työskentelevät Pohjois-Pohjanmaan, Satakunnan ja Lapin sairaanhoitopiireissä. Tutkimuksen tuloksista ilmeni, että näissä sairaanhoitopiireissä työskentelevistä kyselytutkimukseen vastanneista ensihoitajista jokainen oli kohdannut työssään potilaisiin kohdistuvia negatiivisia asenteita ja ennakkoluuloja, joka on johtanut potilaan epäeettiseen hoitoon. Samansuuntaisiin johtopäätöksiin päädyttiin tässäkin opinnäytetyössä, vaikka tätä opinnäytetyötä varten haastatellut henkilöt eivät kokeneet ennakkoluulojen ja asenteiden vaikuttavan potilaan kohtaamiseen ja hoitoon kovinkaan merkittävästi.

Haastattelujen perusteella ilmeni, että jokainen haastateltavista on kohdannut työssään ennakkoluuloja ja asenteita potilaita tai potilasryhmiä kohtaan. Ensihoitajilla on negatiivisia ennakkoluuloja potilaita ja potilasryhmiä kohtaan. Haastattelujen ensihoitajien vastauksissa korostuivat asenteet vakioasiakkaita kohtaan, jolloin saattaa helposti käydä niin, että keikalle ei lähdetä tosissaan, kun näitä ensihoitoon ja kuljetukseen johtamattomia soittoja tulee samalta henkilöltä usein ja sitten paikan päällä huomataankin, että tällä kertaa kyseessä oli oikea hätäpuhelu. Ensihoitajat korostavat lisäksi, että kyseessä voi myös olla tilanne, jossa ensihoito tarjoaa potilaalle apua ja auttaa parhaansa mukaan, mutta tämä ei ota apua vastaan, jolloin tulee uusia soittoja samasta asiasta ja sama kaava toistuu, mikä aiheuttaa turhautumista ensihoitajissa, josta taas aiheutuvat ennakkoluulot ja asenteet. Vastauksissa kävi myös ilmi, että negatiivisia asenteita syn-

tyy, kun hätänumeroon soittajat luulevat ensihoidon olevan nopea apu kaikenlaisen vaivaan, johon ensihoitajilla ei koulutusta ole, jolloin ensihoitaja saattaa saada kuulla olevansa ammattitaidoton, koska kyllähän ensihoitajan tulee osata nämäkin asiat.

Muutamien haastateltujen ensihoitajien mielestä asenteet näkyvät harvoin potilaan luona. Asenteet näkyvät lähinnä autossa jurputtamisena, mutta keikat hoituvat asiallisesti. Osa puolestaan on kokenut, että autosta saatetaan huudella potilaalle tai tiettyjä potilasryhmiä saatetaan korostavasti passata, jolloin omalla toiminnalla saadaan potilas olemaan mukava hoitajaa kohtaan. Haastateltavien mielestä ensihoitaja AMK-koulutus on auttanut kohtaamaan erilaisia potilaita ja potilasryhmiä ja näkemään asioita laajemmassa mittakaavassa. Haastateltavat korostavat potilaiden kohtelun merkitystä ja sitä, että jokaisen tulisi opiskeluaikana joutua tai saada kokea potilaana olo, kun kohdellaan huonosti. Haastatteluissa korostuivat lisäksi työelämän ohjaajan ja ohjaavan opettajan merkitys omassa ammatillisessa kehityksessä ja sitä kautta asenteiden muodostumisessa potilaita kohtaan sekä kuinka potilaita kohdellaan.

Haastattelujen perusteella saatu tieto heijastaa haastateltavien omia kokemuksia ensihoitaja AMK-koulutuksen antamasta tiedosta ja valmiuksista ensihoitajan työnkuvaa ajatellen. Tämän opinnäytetyön antama tieto kuvastaa kuitenkin vain muutaman ensihoitajan näkemystä asiasta, joten sen perusteella ei voida tehdä johtopäätöksiä. Tutkimuksen tulosten perusteella voidaan kuitenkin mahdollisesti tehdä jatkotutkimuksia siitä mitä ensihoitaja AMK-koulutuksen opetuksessa tulisi painottaa ja millä tavoin koulutuksen antamat tiedot ja taidot näkyvät työelämässä. Haastattelut antoivat vastauksia tutkimuskysymyksiin, joten tutkimukselle asetettu tavoite toteutui.

Tutkimuksen antamia tietoja voidaan hyödyntää jossain määrin ensihoitaja AMK-koulutusta kehitettäessä, vaikka sen antamia tietoja ei voidakaan yleistää. Haastateltavien vastauksissa korostuivat erityisesti mielenterveys- ja päihdehoitotyön opetus, potilaslähtöisyys simulaatioissa ja ensihoitajan todellinen työnkuva. Lisäksi korostettiin ammatillisten harjoitteluiden ohjaavan opettajan soveltuvuutta opiskelijoiden ohjaukseen.

Lähdeluettelo

Alanen, P., Jormakka, J., Kosonen, A., Saikko, S. & Seppälä, J. 2017. Potilaan tutkimisen perusteet. Teoksessa Alanen, P., Jormakka, J., Kosonen, A. & Saikko, S. Oireista työdiagnoosiin, 13–14. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 13–14.

Engström, Y. 2005. Mistä arvot tulevat ja mihin ne menevät: toiminnan näkökulmia. Teoksessa Pirttilä-Backman, A-M., Ahokas, M., Myyry, L. & Lähteenoja, S. (toim.) Arvot, moraalit ja yhteiskunta. Sosiaalipsykologisia näkökulmia yhteiskunnan muutokseen. Helsinki: Gaudeamus, 325.

Erwin, P. 2001. Asenteet ja niihin vaikuttaminen. Porvoo: WSOY, 9–14, 115–116.

Hankonen, N. & Mähönen, T.A. 2015. Asenteet, päätöksenteko ja käyttäytymisen muutos. Teoksessa Helkama, K., Myllyniemi, R., Liebkind, K., Ruusuvuori, J., Lönnqvist, J-E., Hankonen, N., Mähönen, T.A., Jasinskaja-Lahti, I. & Lippinen, J. Johdatus sosiaalipsykologiaan. Tampere: Edita, 190.

Heikkonen, J. 1995. Moraali ja etiikka käytännössä. Helsinki: Tietosanoma, 14, 37.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino, 135–136, 144.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2011. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus, 34–37, 47–48, 136, 143, 145–146.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2001. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi, 123–125.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2016. Tutki ja kirjoita. Porvoo: Bookwell Oy, 25–27.

Jaakkola, M. 2001. Teoksessa Liebkind, K. (toim.) Monikulttuurinen Suomi. Etniset suhteet tutkimuksen valossa. Helsinki: Gaudeamus, 56.

Juujärvi, S. & Myyry, L. 2005. Teoksessa Pirttilä-Backman, A-M., Ahokas, M., Myyry, L. & Lähteenoja, S. (toim.) Arvot, moraalit ja yhteiskunta. Sosiaalipsykologisia näkökulmia yhteiskunnan muutokseen. Helsinki: Gaudeamus, 72–73.

Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän Ammattikorkeakoulu, 99–102, 109–110, 172–175.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 164, 219–225.

Keski-Suomen Pelastuslaitos 2019. Pelastuslaitos. Pelastuslaitoksen ammattilaiset. Ensihoitaja. <http://www.keskisuomenpelastuslaitos.fi/pelastuslaitos/koulutus/ensihoitaja>. Luettu 12.3.2019.

Korkalainen, S-M. 2018. Potilaisiin kohdistuvat asenteet ja ennakkoluulot ensihoidossa. Opinnäytetyö. Lapin Ammattikorkeakoulu.
https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/156438/Korkalainen_Potilaisiin_kohdistuvat-asenteet-ja-ennakkoluulot-ensihoidossa.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Luettu 31.10.2019.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy, 77–79, 112–113, 127–129.

Lahikainen, A. R. 2005. Kontekstualisoitu perhe: miten perheessä tapahtuva sosialisatio muuttuu informaation aikakaudella? Teoksessa Pirttilä-Backman, A-M., Ahokas, M., Myyry, L. & Lähteenoja, S. (toim.) Arvot, moraali ja yhteiskunta. Sosiaalipsykologisia näkökulmia yhteiskunnan muutokseen. Helsinki: Gaudeamus, 346.

Laine, P. 2002. Päihdepotilas terveystieteiden päivystyksessä. Lääketieteen aikakauskirja Duodecim 118 (3), 312-316.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2014. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 61–63, 165–166.

Liebkind, K., Mähönen, T.A. & Jasinskaja-Lahti, I. 2015. Ennakkoluuloisuus ja ryhmien väliset suhteet. Teoksessa Helkama, K., Myllyniemi, R., Liebkind, K., Ruusuvaara, J., Lönnqvist, J-E., Hankonen, N., Mähönen, T.A., Jasinskaja-Lahti, I. & Lipponen, J. (toim.) Johdatus sosiaalipsykologiaan. Tampere: Edita.

Mikkola, L. 2005. Hoitosuhteen vuorovaikutuksen haasteet tuen osoittamiselle, 48, 55-57. Jyväskylän yliopisto. Viestintätieteiden laitos.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 114–115, 123–124 .

Määttä, T. & Länkimäki, S. 2017. Ensihoitopalvelun organisointi. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. (toim.) Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 14, 17.

Nurkka, N. & Saikko, S. 2017. Ensihoidon turvallisuus – mitä se on ja miten siihen voi vaikuttaa? Ensihoitaja 3/2017, 9–12.

Peltomaa, H. & Hongisto-Peltomaa, S. 2017. Lukion sosiaalipsykologia. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 27–28.

Pohjanheimo, E. 2005. Pysyvää ja eriytyvää: arvomuutoksia Suomessa 1970-luvulta nykypäivään. Teoksessa Pirttilä-Backman, A-M., Ahokas, M., Myyry, L. & Lähteenoja, S. (toim.) Arvot, moraali ja yhteiskunta. Sosiaalipsykologisia näkökulmia yhteiskunnan muutokseen. Helsinki: Gaudeamus, 239.

Rantala, M. 2011. Kompleksinen vuorovaikutus hoitotyön asiakassuhteessa. Vaasan yliopisto. Filosofinen tiedekunta. Pro gradu -tutkielma.

Ruusuvuori, J., Myllyniemi, R. & Helkama, K. 2015. Emootiot. Empatia. Teoksessa Helkama, K., Myllyniemi, R., Liebkind, K., Ruusuvuori, J., Lönnqvist, J-E., Hankonen, N., Mähönen, T.A., Jasinskaja-Lahti, I. & Lipponen, J. Johdatus sosiaalipsykologiaan. Helsinki: Edita. <https://www.ellibslibrary.com/reader/9789513770020>. Luettu 28.2.2020.

Ryynänen, O-P. & Myllykangas. M. 2000. Terveystieteiden etiikka. Arvot monimutkaisuuden maailmassa. Juva: WS Bookwell Oy.

Sairaanhoitajaliitto 2014. Jäsenpalvelut. Ammattitaidon kehittäminen. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>. Luettu 23.3.2019.

Sairaanhoitajat 2014. Eettisten ongelmien tunnistaminen hoitotyössä. <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/eettisten-ongelmien-tunnistaminen-hoitotyossa/>. Luettu 10.4.2019.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin, 3, 6–8. Vaasan yliopiston julkaisuja. Opetusjulkaisuja 62. Vaasa.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2018. Ensihoito. <http://stm.fi/ensihoito>. Luettu 7.4.2018.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 585/2017.

Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SuPer 2019. Etiikka hoitotyössä. <https://www.superliitto.fi/tyoelamassa/lahihoitajan-tyo/etiikka-hoitotyossa/>. Luettu 21.4.2019.

Thompson, N. 2011. Effective communication. A Guide for a People Professions. Second Edition. Great Britain: MPG Books Group, 11.

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE 2001. Terveystieteiden yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. ETENE –julkaisuja I. <https://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisuja+1+Terveystieteiden+yhteinen+arvopohja%2C+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf/4de20e99-c65a-4002-9e98-79a4941b4468/ETENE-julkaisuja+1+Terveystieteiden+yhteinen+arvopohja%2C+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf.pdf>. Luettu 10.4.2019.

Terveystieteiden lakien 1326/2010.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi, 85–86, 88, 99–100, 102.

Vehkaperä, M. 2002. "Sydämen ääni hiipii ahneuden valtakuntaan" – Yritysetiikka ja yrityksen yhteiskunnallinen vastuu. Talouselämä-lehdessä 1990-luvulla. Johtajuuden ja sosiologian pro gradu -työ. Jyväskylän yliopisto. file:///C:/Users/neali/Downloads/mvehkape.pdf. Luettu 28.2.2020.

Wiskari, J. 2014. Kiireentappoase. Helsinki: Talentum Media.

World Health Organisation 2017. WHO Guidelines on Ethical Issues in Public Health Surveillance. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255721/9789241512657-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Luettu 28.2.2020.

Liite 1 Haastattelupyyntö

Arvoisa vastaanottaja,

Olemme kolmannen vuoden ensihoitajaopiskelijoita Saimaan Ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyönämme tutkimusta ensihoitajien asenteista ja ennakkoluuloista. Haluamme tutkia niistä aiheutuvia ristiriitatilanteita potilaskontakteissa. Tavoitteenamme on kerätä tietoa Ensihoitaja AMK-koulutuksesta ja siitä, kuinka sitä olisi mahdollista kehittää.

Ensihoitajien asenteita ja ennakkoluuloja sekä niiden vaikutusta potilaan reagointiin on tutkittu vähän. Tavoitteenamme on Saimaan Ammattikorkeakoulun Ensihoitaja AMK-opiskelijoita haastatteleamalla selvittää asenteita ja ennakkoluuloja, joiden takia tällaisia ristiriitatilanteita pääsee syntymään. Tarkoituksena on selvittää miten ne näkyvät hoitotilanteessa ja kuinka potilas reagoi niihin. Lisäksi on tarkoitus selvittää kuinka ammattikorkeakouluopinnot ovat vaikuttaneet näihin asenteisiin ja ennakkoluuloihin. Haastattelu toteutetaan teemahaastatteluna ryhmässä. Toivomme haastateltavilla olevan taustalla työkokemusta perustason ensihoitajana.

Haastatteluun osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja voit perua siihen osallistumisen missä vaiheessa tahansa. Haastatteluun osallistuvien henkilöllisyys ei paljastu missään vaiheessa, eikä haastattelun vastauksia tulla käyttämään missään vaiheessa mihinkään muuhun kuin tämän opinnäytetyön tekemiseen. Haastattelusta ei puhuta ulkopuolisille ja dokumentit tuhoetaan opinnäytetyön valmistumisen jälkeen. Olemme salassapitovelvollisia.

Opinnäytetyö ja haastattelun perusteella saadut tulokset ovat luettavissa Theseuksessa vuoden 2020 toukokuun aikana osoitteessa www.theseus.fi.

Olisi mukavaa, jos haluaisit auttaa meitä opinnäytetyössämme osallistumalla ryhmähaastatteluun. Olemme hoitaneet lupa-asiat kuntoon, joten sinun ei tarvitse niistä huolehtia. Vaivanpalkaksi tarjoamme pullakahvit!

Olethan yhteydessä, niin sovitaan sopiva ajankohta haastattelulle. Jos on kysyttävää, niin kysy ihmeessä lisää! Kiitos jo etukäteen!

Ystävällisin terveisin,

Nea Lindholm ja Maria Muje

Liite 2 Suostumuslupa

Suostumuslupa

Minua on pyydetty osallistumaan Ensihoitajien asenteista aiheutuvat ristiriitatilanteet ensihoidossa opinnäytetyötutkimukseen, jonka tarkoituksena on selvittää, kuinka ensihoitaja AMK-koulutus on muuttanut perustason ensihoitajien asenteita ja ennakkoluuloja potilaita kohtaan sekä antanut valmiuksia potilaan kohtaamiseen. Tavoitteena on myös saada vastauksia, kuinka ensihoitaja AMK-koulutusta olisi mahdollista kehittää, jotta koulutus antaisi mahdollisimman hyvät valmiudet työelämään ja erilaisten potilaiden kohtaamiseen.

Suostun osallistumaan tutkimukseen Kyllä ____ Ei ____

AIKA JA PAIKKA

NIMI

ALLEKIRJOITUS

Nea Lindholm

Maria Muje

Tätä suostumusasiakirjaa on tehty kaksi (2 kpl), joista toinen annetaan tutkittavalle ja toinen suostumuksen vastaanottajalle.

Liite 3 Teemahaastattelukysymykset

Teemahaastattelun kysymykset

1. Millaisia asenteita ja ennakkoluuloja potilaita kohtaan olet kohdannut / voisi ensihoitajan työssä kohdata?
2. Millaisissa tilanteissa nämä asenteet ja ennakkoluulot ovat ilmenneet?
3. Miksi ensihoitajilla on ennakkoluuloja ja asenteita potilaita / potilasryhmiä kohtaan?
4. Millä tavoin nämä ennakkoluulot ja asenteet ovat näkyneet potilaskontakteissa ja kuinka potilaat ovat niihin reagoineet?
5. Onko ensihoitaja AMK-koulutus muuttanut asenteitasi / vähentänyt ennakkoluulojasi potilaita / potilasryhmiä kohtaan?
6. Miten ensihoitaja AMK-koulutusta voisi kehittää, jotta ensihoitajien asenteet ja ennakkoluulot potilaita / potilasryhmiä kohtaan vähenisivät tai eivät heijastuisi potilaaseen potilaskontaktissa?
7. Haluatko kertoa jotain muuta aiheeseen liittyen?