



## **POTILAAN ENSIKONTAKTI PSYKIATRISEEN HOITOON – HOITAJAN VUOROVAIKUTUS TULOTILANTEESSA**

Sini Järvi  
Noora Nummela

Opinnäytetyö  
Lokakuu 2009  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto  
Pirkanmaan ammattikorkeakoulu

## TIIVISTELMÄ

Pirkanmaan ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

JÄRVI, SINI & NUMMELA, NOORA

Potilaan ensikontakti psykiatriseen hoitoon – Hoitajan vuorovaikutus tulotilanteessa.

Opinnäytetyö 40s., liitteet 10s.  
Lokakuu 2009

---

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitajan vuorovaikutusta potilaan ja hoitajan hoidollisessa ensikontaktissa Pitkänien akuutti-psykiatrian vastaanottopoliklinikalla. Opinnäytetyön tehtävät olivat millaista on hoitajan sanaton kommunikaatio, millaista on hoitajan sanallinen kommunikaatio, sekä millaista on hoitajan sanallisen kommunikaation sisältö ensikontaktissa potilaan kanssa.

Tämä opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä. Aineisto kerättiin havainnoimalla kolmea erilaista hoitajan ja potilaan ensikontaktitilannetta. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Opinnäytetyön keskeisiä käsitteitä ovat vuorovaikutus ja kommunikaatio sekä ensikontakti.

Tuloksissamme hoitajat välittivät sanatonta kommunikaatiota visuaalisesti ja auditiivisesti. Visuaalisesti kommunikaatio välittyi vartalon ja raajojen sekä kasvojen kautta. Auditiivisesti kommunikaatio välittyi puheäänien vaihteluna ja puheen rytmityksenä. Sanallista kommunikaatiota hoitajat välittivät tiedon hankkimisen, tiedon antamisen sekä aktiivisen kuuntelemisen osoittamisen kautta. Tietoa hankkiessaan hoitajat hakivat tarkennusta, kartoittivat aikaisempaa hoitoa, verkostoa, psyykkistä oireilua, asumista ja taloutta sekä huomioivat somatiikan ja potilaan mielipiteen. Tietoa antaessaan hoitajat selvensivät tämän hetkistä tilannetta ja suunnitelmaa. Aktiivista kuuntelemista hoitajat osoittivat potilaan puheeseen reagoimalla.

Opinnäytetyömme aineistossa sanallisen kommunikaation havainnot korostuivat sanatonta enemmän. Suurimman ja monipuolisimman osa-alueen sanallisessa kommunikaatiossa muodosti tiedon hankkimisen osio, jota toteutettiin sekä avoimilla että suljetuilla kysymyksillä. Suljettuja kysymyksiä esitettiin avoimia enemmän. Aihealueella oli merkitystä siihen, kumpaa kysymystyyppiä käytettiin enemmän kyseisestä aiheesta tietoa hankittaessa.

Suurimmassa osassa vuorovaikutukseen liittyvissä aikaisemmissa tutkimuksissa ensikontaktia ei ole huomioitu erikseen. Opinnäytetyömme tuloksista löytyy kuitenkin runsaasti samoja tuloksia suhteessa aikaisempiin tutkimuksiin. Jatko-tutkimusehdotuksena aiheetta olisi hyvä tarkastella myös potilaan ja hänen omaistensa näkökulmasta.

---

Asiasanat: Psykiatrinen hoito, vuorovaikutus, kommunikaatio, ensikontakti

## ABSTRACT

Pirkanmaan ammattikorkeakoulu  
Pirkanmaa University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing and Health Care  
Option of Nursing

JÄRVI, SINI & NUMMELA, NOORA

The first encounter between a patient and psychiatric hospital –  
nurse - patient interaction on admission

Bachelor's thesis 40p., appendices 10p.  
October 2009

---

The aim of this thesis was to describe the interaction during the first encounter between the nurse and the patient at the acute psychiatric outpatient department of Pitkänieniemi hospital. The purpose was to describe what the nurse's verbal and nonverbal communication with a patient is like during the first encounter.

The method of this thesis was qualitative. The data were collected by making observations of the nurse's interaction with a patient during the first encounter. The data were then analyzed by using content analysis. The salient perceptions are interaction, communication and the first encounter.

The nurses communicated nonverbally by using visual and auditive channels. The verbal communication included obtaining information, giving information and indicated active listening. In the data of this thesis the observations of verbal communication comprised larger share than those of nonverbal communication. The biggest and most versatile part of verbal communication was the sector of obtaining information. Nurses obtained information by using both open and closed questions. Closed questions were addressed more often than open ones.

In the majority of the former studies on nurse-patient interaction the first encounter has not been considered as its own section. Still the results of this thesis included a lot of same results comparing to former studies. However, based on this thesis it cannot be said how the patients experienced the first encounter. It would require information directly from the patients, for example by interviews, to find that out.

---

Keywords: Psychiatric care, interaction, communication, the first encounter

# SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	6
2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	7
2.1 Vuorovaikutus .....	7
2.1.1 Kommunikaatio .....	7
2.1.2 Sanaton ja sanallinen kommunikaatio .....	8
2.1.3 Suljetut ja avoimet kysymykset .....	9
2.2 Potilas akuuttipsykiatrian asiakkaana .....	10
2.3 Ensikontakti .....	11
3 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE .....	12
4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT .....	13
4.1 Kvalitatiivinen tutkimus .....	13
4.2 Havainnointi aineistonkeruumenetelmänä .....	13
4.3 Sisällönanalyysi .....	14
5 TOTEUTUS .....	15
5.1 Poliklinikan toimintatapa .....	15
5.2 Havainnointitilanteiden kuvaus .....	15
5.2.1 Ensimmäinen havainnointitilanne .....	15
5.2.2 Toinen havainnointitilanne .....	16
5.2.3 Kolmas havainnointitilanne .....	17
5.3 Aineiston analyysi .....	18
6 TULOKSET .....	20
6.1 Sanaton kommunikaatio .....	20
6.1.1 Visuaalinen osa-alue .....	20
6.1.2 Auditiivinen osa-alue .....	20
6.2 Sanallinen kommunikaatio .....	21
6.2.1 Tiedon hankkiminen .....	21
6.2.2 Tiedon antaminen .....	22
6.2.3 Aktiivisen kuuntelemisen osoittaminen .....	22
6.3 Suljetut ja avoimet kysymykset havainnointitilanteissa .....	24
7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA .....	25
7.1 Tulosten tarkastelua .....	25
7.1.1 Sanaton kommunikaatio .....	25
7.1.2 Sanallinen kommunikaatio .....	26
7.1.2.1 Tiedon hankkiminen .....	26
7.1.2.2 Tiedon antaminen .....	28
7.1.2.3 Aktiivisen kuuntelemisen osoittaminen .....	29
7.2 Eettisyys .....	29
7.2.1 Aiheen ja näkökulman valinta .....	30
7.2.2 Tietoinen suostumus .....	30
7.2.3 Aineisto ja osallistujien tietosuoja .....	31
7.3 Luotettavuus .....	32
7.3.1 Aineiston edustavuus .....	32

7.3.2 Havainnoitsijan vaikutus ensikontaktitilanteeseen .....	33
7.3.3 Havaintojen tallentaminen.....	34
7.3.4 Aineiston analyysin arviointi .....	35
7.3.5 Opinnäytetyön raportoinnin arviointi .....	36
7.4 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusehdotukset .....	36
LÄHTEET .....	38
LIITTEET .....	41

## 1 JOHDANTO

”Auttamisprosessi alkaa kommunikaatiosta, vuorovaikutuksesta” (Ahonen 1992, 107). Potilaan hakeutuessa akuuttiin psykiatriseen hoitoon lähtökohdat vuorovaikutukseen ovat usein haastavia. Vaikeus luottaa ja mahdollisesti jopa aistiharhat tuovat haasteensa hyvän vuorovaikutussuhteen syntymiseen. (Keskinen 1997, 46.) Tässä opinnäytetyössä käytetyt aiemmat tutkimukset on kuvattu liitteessä 1. Potilaan ja hoitajan välistä vuorovaikutusta ovat tutkineet muun muassa Rimpilä (1995), Mattila (2001) ja Pöllänen (2006). Näissä tutkimuksissa ei kuitenkaan suoranaisesti ole huomioitu ensikontaktia ja sen merkitystä. Ensikontaktia ovat tutkineet Sjöstedt, Dahlstrand, Severinsson & Lützen (2001) toimintatutkimuksessaan, jonka tarkoituksena oli syventää hoitajien ymmärrystä ensikontaktin tärkeydestä. Myös Kilkku (2008) on sivunnut väitöskirjassaan ensikontaktia. Hän toteaa ensipsykoosiin sairastuneen ensikontaktilla hoitavaan tahoon olevan suuri merkitys, koska sekä potilaan että hänen läheistensä odotukset avun saamiseksi ovat korkeat (Kilkku 2008, 95).

Opinnäytetyömme aihe on lähtöisin työelämästä. Potilaan ja hänen läheistensä ensikontaktista psykiatriseen hoitoon ollaan siellä kiinnostuneita. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitajan vuorovaikutusta potilaan ja hoitajan ensikontaktitilanteessa Pitkäniemen akuuttipsykiatrian vastaanottopoliklinikalla. Rajasimme tarkastelumme hoitajan sanalliseen ja sanattomaan kommunikaatioon. Aineiston keräsimme ensikontaktitilanteita havainnoiden. Tätä opinnäytetyötä tehdessämme kehitimme myös omaa ammatillista osaamistamme vuorovaikutuksen ja erityisesti ensikontaktin suhteen.

## 2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

### 2.1 Vuorovaikutus

Himberg ja Jauhiainen (1998) määrittelevät vuorovaikutuksen ”jatkuvaaksi ja tilannesidonnaiseksi ihmistenväliseksi tulkintaprosessiksi, jonka kuluessa viestitään tärkeiksi koettuja asioita muille, vaikutetaan heihin, luodaan yhteyttä toisiin ja saadaan palautetta omasta toiminnasta” (Himberg & Jauhiainen 1998, 81). Vuorovaikutussuhteessa sekä auttajalla että asiakkaalla on tärkeä osuus vuorovaikutuksen onnistumisen kannalta. 1990-luvun alkupuolelta lähtien asiakastyössä painopiste on siirtynyt asiakkaan ongelmien luokittelusta vuorovaikutussuhteen analysoimiseen, mikä huomioi paremmin myös työntekijän osuuden asiakassuhteessa. Toiminta vuorovaikutussuhteessa voi toisinaan olla tiedostamatonta, vaikka siihen yritettäisiinkin kiinnittää erityistä huomiota. (Mönkkönen 2007, 14, 16–17.)

#### 2.1.1 Kommunikaatio

Mäkelä, Ruokonen & Tuomikosken (2001) mukaan vuorovaikutuksen ytimenä voidaan nähdä kommunikaatio. Sillä pyritään aikaansaamaan suhde ja ylläpitämään vuorovaikutusta (Mäkelä ym. 2001, 12-13.) Kun tarkastellaan ihmisten välistä vuorovaikutusta, niin tarkastellaan itse asiassa heidän välistä kommunikaatiotaan, eli sanattomia ja sanallisia viestejä (Sundeen, Stuart, Rankin & Cohen 1987, 86-88). Kommunikaatio eli viestintä on hoitotyön perustoiminto. Sen avulla pystytään selvittämään potilaan tarpeet, jotka ovat hoitotyön lähtökohta ja käynnistäjä. Sanallinen ja sanaton viestintä liittyy kaikkiin hoitotoimenpiteisiin ja kaikilla viesteillä on vaikutuksensa potilaaseen. Terapeuttisesti viestiessään hoitaja pystyy viestittämään potilaalle olevansa kiinnostunut tämän hyvinvoinnista. (Blondis & Jackson 1988, 43.)

Kommunikaatiotapahtuma on dynaaminen, koska se on etenevä ja jatkuvasti muuttuva. Kommunikaatio on ainutkertainen kokemus, koska siihen vaikuttavat osanottajien yksilöllisyys sekä aikaulottuvuus. Sama tilanne ei tule täysin sa-

manlaisena enää koskaan toistumaan. Kommunikaatio voidaan jakaa kahteen perustasoon, jotka ovat sanaton ja sanallinen. (Sundeen ym. 1987, 86-88.)

### 2.1.2 Sanaton ja sanallinen kommunikaatio

Sanatonta kommunikaatiota voidaan jäsentää jakamalla se visuaaliseen, audiitiiviseen ja kinesteettiseen osa-alueeseen (Bradley & Edinberg 1986, 97–105, Rimpilän 1995, 19 mukaan). Rimpilä (1995) on tutkinut keskustelun sanattomia kommunikaatiomenetelmiä pohjaten tähän Bradley & Edinbergin ajatteluun. Visuaaliseen eli näköaistiin liittyvään sanattomaan kommunikaatioon kuuluvat muun muassa eleet, ilmeet, asento, sijainti ja etäisyys. Audiitiiviseen eli kuuloaistiin liittyvään sanattomaan kommunikaatioon kuuluvat muun muassa äänenrytmi, äänensävy, äänenkorkeus, kuuntelu ja hiljaisuus. Kinesteettiseen eli tuntoaistiin liittyvään sanattomaan kommunikaatioon kuuluu kosketus. (Rimpilä 1995, 49.) Olemme käyttäneet samanlaista osa-alueiden jaottelua tekemässämme havainnointikaavakkeessa (LIITE 2) jäsennellessämme sanattoman kommunikaation havainnointia. Sanaton kommunikaatio liittyy vahvasti tilanneyhteyteen, joten yhteydestään irrottaminen usein vääristää sen merkitystä (Sundeen ym. 1987, 93). Tähän perustuen olemme ottaneet tilanneyhteyden huomioon havainnointikaavakkeessamme. Lisäksi havainnointikaavakkeessa huomioidaan sanallinen kommunikaatio. (LIITE 2.)

Sanallinen kommunikaatio sisältää puhutun ja kirjoitetun kielen ja sen ymmärtämisen (Vilén, Leppämäki & Ekström 2008, 20). Sanattomien ja sanallisten viestien tulkinta ei aina ole yksiselitteistä, sillä niiden merkitykset eivät ole kaikille samoja. Siihen vaikuttavat usein muun muassa yksilön kulttuuri ja ihmisten yksilölliset hahmotusmallit. Vastaanottaja tekee viestin merkityksestä subjektiivisen päätelmän. (Sundeen ym. 1987, 89–94.) Sanaton kommunikaatio on olennaisilta osin tiedostamatonta, vaikka joskus pyrimmekin tiedostamaan sitä (Rantalaiho 1996, 27). Hoitaja-asiakassuhteessa sanaton kommunikaatio on kuitenkin suuressa osassa. Hoitajan olisi tiedostettava oma sanaton kommunikaationsa, sekä erityisesti sanallisen ja sanattoman kommunikaation yhdenmukaisuus. (Sundeen ym. 1987, 89–94.)



### 2.1.3 Suljetut ja avoimet kysymykset

Potilasta haastateltaessa hoitajan toiminnassa voi nähdä avoimuutta estäviä sekä avoimuutta edistäviä toimintatapoja. Tietynlaiset toimintatavat saattavat estää potilasta puhumasta suurimmista huolistaan. Tämä hoitajan täytyisi ymmärtää ja pyrkiä välttämään tällaisia toimintatapoja, kun hän haastattelee potilasta. (Faulkner & Maguire 1999, 56.)

Avoimuutta estävänä toimintatapana nähdään suljetut kysymykset. Vastaukset kertovat sitä vähemmän, mitä suljetumpia kysymykset ovat. (Faulkner & Maguire 1999, 56.) Suljetut kysymykset rajoittavat potilaan osallistumista ja ohjaavat häntä vastaamaan muutamalla sanalla. Ne soveltuvat käyttöön silloin, kun tarvitaan nopeasti tietoa toiminnan perustaksi. (Mäkelä ym. 2001, 30.) Faulkner & Maguire (1999) ovat kirjoittaneet potilaan haastattelussa joskus tapahtuvasta ”ohjelmoinnista”, jolloin johonkin fyysiseen vaivaan liiaksi keskittyminen saattaa saada potilaan uskomaan, että muunlaisista ongelmista ei ole kiinnostuttu lainkaan. Silloin sosiaaliset, psyykkiset ja henkiset ongelmat saattavat jäädä haastattelussa taka-alalle. Tämän vuoksi jo haastattelun alussa olisi hyvä pyrkiä kysymään sekä fyysisistä, psyykkisistä että sosiaalisista asioista. Tämän tulee tapahtua kuitenkin niin, että itse sairauden luonteen selvittäminen ei vaarannu. Myös johdattelevat kysymykset, jotka paljastavat toivotun vastauksen, voivat olla esteenä avoimuudelle. Samoin voi vaikuttaa useamman kysymyksen esittäminen yhdellä kertaa, koska potilas monesti vastaa vain yhteen kysymyksestä. (Faulkner & Maguire 1999, 56 – 58.)

Avoimuutta edistävänä toimintatapana nähdään avoimet ja ohjaavat kysymykset. Haastattelija voi kysyä esimerkiksi, että mistä jokin asia tai oire voisi johtua ja miltä potilaasta tuntui. Avoimet ja ohjaavat kysymykset rohkaisevat potilasta käsittelemään asiaan liittyviä kokemuksiaan laajemmin. (Faulkner & Maguire 1999, 60.) Avoimet kysymykset myös mahdollistavat potilaalle vuorovaikutuksen säätelämisen (Mäkelä ym. 2001, 30). Potilaalle voi olla vaikeaa kertoa kokemuksistaan ja tunteistaan. Siksi haastattelun alkuvaiheessa olisi hyvä esittää sellaisiakin kysymyksiä, jotka kertovat haastattelijan oikeasta kiinnostuksesta ymmärtää, miltä potilaasta tuntuu. (Faulkner & Maguire 1999, 60.)

## 2.2 Potilas akuuttipsykiatrian asiakkaana

Potilaalla tarkoitetaan sairauden vuoksi terveydenhuollon palveluita käyttävää henkilöä (Nienstedt ym. 2002). Pirkanmaan sairaanhoitopiirin aikuispsykiatrian vastuualue huolehtii aikuisikäisten psykiatristen potilaiden erikoissairaanhoidosta. Vastuualueeseen kuuluu muun muassa akuuttipsykiatrian vastuuyksikkö, joka sijaitsee Pitkänien sairaalassa. Yli 80 prosenttia Pitkänien sairaalan potilaista tulee hoitoon päivystyspotilaina. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2009.) Tässä opinnäytetyössä ollaan kiinnostuneita niistä tilanteista, joissa potilas on ensi kertaa tulossa psykiatriseen osastohoitoon.

Pitkänien psykiatrian poliklinikan tehtäväalueisiin kuuluvat hoidon tarpeen arviointi, hoidon suunnittelu, rajapintatyö, neuro- ja vanhuspsykiatrian poliklinikatoiminta sekä sähköhoito. Pitkänien psykiatrian poliklinikalla toimii myös päivystyspoliklinikka ympäri vuorokauden. Potilaat saapuvat päivystykseen lääkärin läheteellä. Päivystyksessä arvioidaan potilaan hoidon tarve, suunnitellaan tarpeenmukainen avo- tai sairaalahoito tai polikliininen seurantahoito. Lääkäri ja hoitajat arvioivat potilaan kriisitilanteen yhdessä potilaan ja mahdollisuuksien mukaan hänen läheistensä ja muiden verkoston jäsenien kanssa. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2009.)

Pitkänien psykiatrian poliklinikan yksi tehtäväalue on rajapintatyö, jonka työntekijät ovat tarpeen mukaan vastaanottamassa poliklinikalle saapuvia potilaita. Rajapintatyötä tekee Rajapintatyöryhmä, jonka hoitoon voivat tulla ensi kertaa psykiatriseen hoitoon tulevat sekä pitkään sairastaneet, joille pelkkä avohoito ei siinä hetkessä ole riittävä. Rajapintatyöryhmä mahdollistaa potilaalle polikliinisiä käyntejä tarvittaessa vaikka päivittäin sekä puhelinyhteyden potilaalle ja hänen perheelleen. Vaihtoehtoisina toimintatapoina ovat myös kotikäynnit, päiväpsykiatrisena potilaana olo osastolla ilman yöpymistä sekä lyhyt seuranta osastolla yöpyen. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2009.)

## 2.3 Ensikontakti

Sanalle kontakti samaa tarkoittavia sanoja ovat kosketus ja yhteys. Kontaktin voi saada johonkin tai kontaktiin voi päästä jonkin kanssa. (MOT Kielitoimiston sanakirja 1.0.) Kontaktin käsitettä jäsennellessä voidaan puhua kontaktipinnasta ja kontaktisisällöstä. Kontaktipinnalla tarkoitetaan tekniikoita, joiden kautta osapuolet ovat yhteydessä toisiinsa. Niitä ovat ennen muuta viestintä, joka sisältää puhetta ja ei kielellistä viestintää. Kontaktisisältö on sen yhteyden sisältö, jota kontaktipinta välittää. Tehtävänä kontaktissa on toisen osapuolen ymmärtäminen ja tunteminen. (Rantalaiho 1996, 6-7, 16–17.) Tässä opinnäytetyössä ollaan kiinnostuneita sekä kontaktipinnasta, eli sanallisesta ja sanattomasta kommunikaatiosta, että niiden välittämästä sisällöstä. Ensikontaktilla tarkoitetaan tässä työssä vastaanottotilannetta, jolloin potilas on ensimmäistä kertaa tulossa psykiatriseen osastohoitoon.

Siihen, miten potilas ja läheiset kokevat tulevansa kohdatuksi, on jo ensikontaktilla suuri merkitys (Kilkku 2008, 118). Hoitavan tahon aktiivinen ja informatiivinen ote luo tunteen turvallisuudesta ja siitä, että asiat ovat hallinnassa. Epävarman oloinen tilanne taas saa potilaan ja läheisen epäilemään hoitavan tahon asiantuntijuutta ja osaamista. Pettymyksen tunteet ensivaiheen kontakteihin ja avun hakemiseen liittyen saattavat vaikeuttaa luottamuksen rakentumista (Kilkku 2008, 95–97.) Erityisesti hoidon alkuvaiheessa ammattilaisiin kohdistetaan paljon odotuksia (Kilkku 2008, 103).

### 3 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoitajan vuorovaikutusta potilaan ja hoitajan ensikontaktissa Pitkänienimen akuuttipsykiatrian vastaanottopoliklinikalla.

Tämän opinnäytetyön tehtävät ovat

- 1) Millaista on hoitajan sanaton kommunikaatio ensikontaktissa potilaan kanssa?
- 2) Millaista on hoitajan sanallinen kommunikaatio ensikontaktissa potilaan kanssa?
- 3) Millaista on hoitajan sanallisen kommunikaation sisältö ensikontaktissa potilaan kanssa?

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on lisätä akuuttipsykiatrian yksikön hoitohenkilökunnan tietoa hoitajan vuorovaikutuksesta ensikontaktitilanteissa. Tiedon perusteella hoitajat voivat kiinnittää enemmän huomiota vuorovaikutukseensa näissä tilanteissa. Tavoitteenamme on myös kehittää omaa ammatillista osaamistamme vuorovaikutuksen ja erityisesti ensikontaktin suhteen, sekä lisätä omaa ymmärrystämme ensikontaktin merkityksestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä hoitoontulotilanteessa.

## 4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

### 4.1 Kvalitatiivinen tutkimus

Kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohtana on ihminen elämänpiireineen sekä niihin liittyvine merkityksineen (Kylmä & Juvakka 2007, 16). Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkittavien joukko ei ole suuri tai sitä ei ole tarpeen tai edes mahdollista tilastollisesti vertailla (Alasuutari 1995, 39). Lisäksi menetelmä sopii hyvin käytettäväksi, kun kiinnostuksen kohteena ovat tapahtumien yksityiskohtaiset rakenteet, eivät niinkään niiden yleisluontoinen jakaantuminen (Metsämuuronen 2001, 14).

Kvalitatiivisessa menetelmässä eri ihmisten tai havaintoyksiköiden väliset erot ovat tärkeitä. Niistä löytyy usein vinkkejä syihin, mistä jokin asia johtuu tai mikä tekee sen ymmärrettäväksi. Kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän tavoitteena ei ole totuuden löytäminen tutkittavasta asiasta, vaan näyttää tutkimisen aikana muodostuneiden tulkintojen avulla esimerkiksi ihmisen toiminnasta jotakin välittömästi havainnoinnin tavoittamattomissa olevaa. (Alasuutari 1995, 43, 48 – 50.)

### 4.2 Havainnointi aineistonkeruumenetelmänä

Verratessa havainnointia suhteessa haastatteluun, on havainnoinnin usein osoitettu tuovan voimakkaammin esille johonkin ilmiöön tai asiaan liittyvät normit kuin normiin varsinaisesti liittyvän käyttäytymisen (Grönfors 2007, 154). Anttila (1996) toteaa havainnoinnin keinoin voitavan kertoa, mitä ihmiset tekevät ja mitä asiat näyttävät, ei sitä, mitä ihmiset sanovat niiden olevan (Anttila 1996, 218). Tällä menetelmällä ei siis vastata kysymykseen, miksi ihmiset tekevät tietyllä tavalla. Se vaatisi myös muiden tutkimuskeinojen käyttöä. Syitä ihmisen toimintaan voi etsiä lähdekirjallisuudesta ja aikaisemmista tutkimuksista. (Vilkkä 2005, 119.)

Havainnointi tutkimuksessa on aina valikoivaa, sekä tietoista että tiedostamattomaa. Tiedostamatta valikointi saattaa vääristää tutkimustulosta, kun havain-

noitsija poimii havainnoista vain esimerkiksi tuttuja asioita. Tiedostettuna valikointia voidaan sen sijaan hyödyntää, kun teoriaan pohjautuen huomio kiinnitetään olennaisiin asioihin. Se myös auttaa pitämään havainnoinnin tutkimuksen kannalta oleellisessa asiassa. (Vilka 2006, 13.)

Tämän työn aineistonkeruumenetelmänä oli ulkopuolinen havainnointi. Tällöin havainnoitsija on ulkopuolinen ja osallistumaton tarkkailija. Ulkopuolisessa havainnoinnissa havainnoitsijan ja tutkittavan keskinäinen vuorovaikutus ei ole tiedonhankinnan onnistumisen kannalta olennaista. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 84.) Tutkijan tulisi ulkopuolisena havainnoitsijana olla tilanteessa mahdollisimman huomaamaton. Tällöin hänen pitkä läsnäolonsa totuttaa tutkittavat havainnoitsijaan, mutta lyhytaikainen poikkeuksellinen paikalla olo saattaa vaikuttaa tutkittavien käyttäytymiseen. Ulkopuolinen havainnointi sopii käytettäväksi, kun tutkijan osallistuminen ei tuo tutkimukseen esille mitään merkittävää näkökulmaa. (Grönfors 2007, 157.) Havainnoijan on tiedostettava roolinsa tutkijana ja ihmisenä, jotta hän kykenee tekemään havaintonsa ilman henkilökohtaisia vaikuttimiaan, mahdollisimman objektiivisesti (Vilka 2006, 67–69).

#### 4.3 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi on tapa jäsenellä kerätty aineisto johtopäätöksiä tekemään, mutta ainoastaan sen avulla johtopäätöksiä ei voida tehdä. Voidaankin kuvata, että sisällönanalyysi antaa ainekset teoreettiseen pohdintaan, vaikkakin varsinkin pohdinta on tutkijan järjellisen ajattelun tuotosta. (Grönfors 1985, 161.) Sisällönanalyysin avulla pyritään kuvaamaan aineiston sisältöä sanallisesti sekä kuvaamaan tutkittavaa ilmiötä tiivistetyssä ja yleisessä muodossa (Tuomi & Sarajärvi 2006, 105, 107).

Tämän opinnäytetyön analyysimenetelmänä käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Sen periaatteena on, että kaikki aikaisemmat havainnot, tiedot ja teorit eivät ohjaa analyysin toteuttamista tai lopputulosta, vaan analyysin oletetaan olevan aineistolähtöistä. Analyysiyksiköt valitaan aineistoista sen mukaisesti, miten tutkimuksen tarkoitus ja tehtävät ne suuntaavat. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 97.)

## 5 TOTEUTUS

### 5.1 Poliklinikan toimintatapa

Poliklinikalla toimintatapa vastaanottotilanteessa vaihtelee tilanteesta riippuen. Yleensä poliklinikan hoitaja esihaastattelee potilaan ennen varsinaista lääkärin tapaamista. Apunaan hänellä on lomake, johon hän kirjoittaa keräämänsä tiedot. Lääkärin tapaamisen alussa hoitajan on tarkoitus reflektoida potilaan tilanne suullisesti tapaamiseen osallistuville. Joissakin tapauksissa potilas tapaa lääkärin suoraan ilman hoitajan esihaastattelua. Lääkärintapaamisessa ovat mukana lääkärin ja potilaan lisäksi potilaan mahdollisesti mukana oleva läheinen/läheiset sekä vastaanottavan osaston hoitaja.

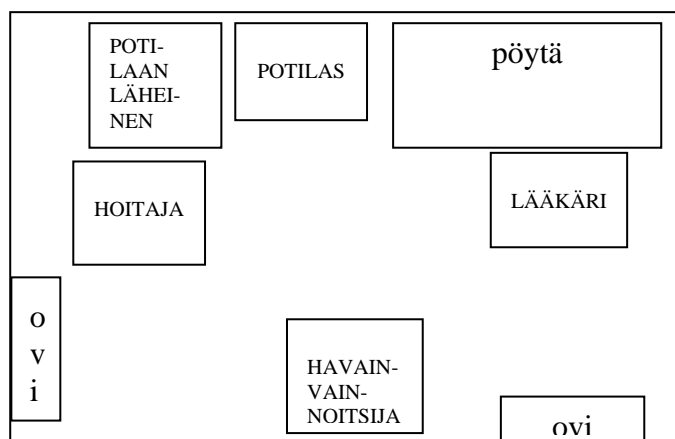
Keräsimme havainnointiaineiston opinnäytetyöhömmme syventävän harjoittelujaksomme aikana. Saimme kerättyä aineistoksi yhteensä kolme ensikontaktin havainnointitilannetta kuuden viikon harjoittelujaksomme aikana. Aineiston määrään vaikuttivat muun muassa harjoittelun rajallinen aika sekä työvuorojen vaihtelevuus, eli se miten olimme paikalla. Havainnoimamme kolme tilannetta olivat keskenään hyvin erilaisia. Kaikissa tilanteissa oli havainnoinnin kohteena eri hoitaja. Tilat, joissa ensikontakti tapahtui, olivat myös erilaisia keskenään. Lisäksi ensikontaktitilanteisiin osallistuvien henkilöiden lukumäärä vaihteli ja potilaiden tilanteet olivat hyvin yksilöllisiä.

### 5.2 Havainnointitilanteiden kuvaus

#### 5.2.1 Ensimmäinen havainnointitilanne

Ensimmäisessä havainnointitilanteessa potilas saapui poliklinikalle läheteellä terveyskeskuksen kautta. Hänellä oli saattajanaan läheinen. Tässä tilanteessa ensikontaktiin osallistuivat potilaan lisäksi hänen läheisensä ja lääkäri sekä vastaanottavan osaston hoitaja. Tämä hoitaja oli havainnoinnin kohteena kyseisessä tilanteessa.

Ympäröivänä tilana ensikontaktissa oli lääkärin vastaanottohuone. Kuviossa 1 on kuvattu tilanteeseen osallistujien fyysinen asetelma tilassa. Potilas, hänen läheisensä ja hoitaja istuutuivat vierekkäisiin tuoleihin lääkäriä vastapäätä. (Kuvio 1.) Tilanteen aluksi potilasta ja läheistä tiedotettiin suullisesti opinnäytetyöstä ja heille annettiin tiedotteet sekä pyydettiin allekirjoitukset suostumuslomakkeille. Tämä vaikutti tilanteen alkuun viivästyttämällä keskustelun alkua ja viemällä tilanteeseen osallistuvien huomion ensin toisenlaiseen asiaan, kuin potilaan tilanteeseen. Kun tilanne pääsi alkuun, havainnoitsijan läsnäolo ei tuntunut häiritsevän tilanteen kulkua. Myös havainnoinnin kohteena oleva hoitaja tuntui kokevan tilanteen luonnolliseksi, eikä havainnoitsijan läsnäolo tuntunut vaikuttavan häneen. Tässä ensikontaktissa potilasta haastatteli pääasiassa lääkäri. Havainnointitilanne kesti 25 minuuttia ja se päätettiin jatkosuunnitelmien selvittämiseen.



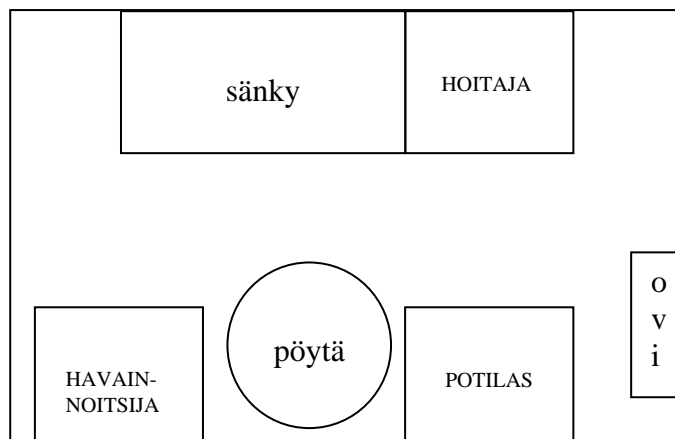
Kuvio 1. Osallistujien asettuminen tilaan ensimmäisessä ensikontaktitilanteessa.

### 5.2.2 Toinen havainnointitilanne

Toisessa havainnointitilanteessa potilas saapui yksin ensiavun kautta poliklinikalle. Tässä tilanteessa ensikontakti tapahtui poliklinikan hoitajan esihaastattelussa ennen lääkärin vastaanottoa. Ensikontaktiin osallistuivat vain potilas ja poliklinikan vastaanottava hoitaja. Kyseinen hoitaja oli havainnoinnin kohteena. Hoitajalla oli apunaan kyselylomake esihaastatteluun.



Potilaalle annettiin tiedote ja häneltä pyydettiin suostumus hänen vielä istuessa aulassa odottamassa hoitajan tapaamista. Ympäröivänä tilana ensikontaktissa oli poliklinikan niin sanottu lepohuone, jossa potilaat voivat tarpeen tullen levähtää. Kuviossa 2 on kuvattu, miten osallistujat olivat tilaan asettuneet. Hoitaja asettui istumaan potilasta vastapäätä huoneessa olevan sängyn laidalle. (Kuvio 2.) Havainnointitilanne kesti 15 minuuttia. Haastattelun päätteeksi hoitaja selvitti potilaalle jatkosuunnitelmat. Havainnointitilanteen jälkeen ilmeni vielä, että potilaalla on ollut yksittäinen aikaisempi kontakti psykiatriseen palvelujärjestelmään.

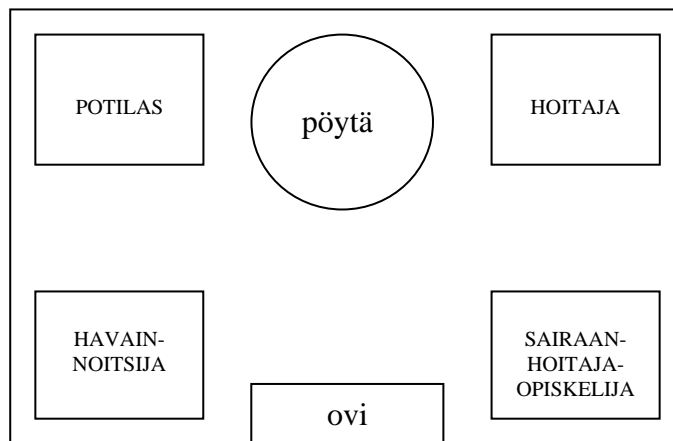


Kuvio 2. Osallistujien asettuminen tilaan toisessa ensikontaktitilanteessa.

### 5.2.3 Kolmas havainnointitilanne

Kolmannessa havainnointitilanteessa olivat läsnä havainnoitsijan lisäksi rajapintatyöryhmässä toimiva sairaanhoitaja, potilas sekä poliklinikalla harjoittelussa oleva sairaanhoitajaopiskelija. Havainnoinnin kohteena oli rajapintatyöryhmän hoitaja, esitietoja potilaalta oli jo ennen tilannetta kerännyt opiskelija.

Hoitajan ja opiskelijoiden esittäytyttyä poliklinikan odotustilassa potilaalta pyydettiin suostumus opinnäytetyön aineiston keräämiseen haastattelun aikana. Tämän jälkeen siirryttiin viereiseen odotushuoneeseen, missä potilaan haastattelu toteutettiin. Kuviossa 3 on esitetty, miten tilanteessa mukana olleet henkilöt olivat tilaan sijoittuneet. Hoitaja viittasi potilaan istumaan huoneen perälle, ja asettui itse istumaan potilasta vastapäätä. Opiskelija istuutui huoneen toiseen nurkkaan hoitajan viereen. (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Osallistujien asettuminen tilaan kolmannessa ensikontaktitilanteessa.

Haastattelu alkoi sairaanhoitajaopiskelijan referoidessa lyhyesti potilaalta saamansa esitiedot. Tämän jälkeen hoitaja kehotti potilasta kertomaan itse, miten oli sairaalaan päätenyt. Haastattelutilanne kesti kaikkiaan noin tunnin, ja sen aikana tuli kaksi keskeytystä. Kerran huoneeseen oli epähuomiossa tulla ulkopuolinen henkilö ja kerran hoitaja joutui vastaanottamaan lyhyen puhelun. Näissä tilanteissa keskustelu katkesi hetkeksi, mutta jatkui taas pian keskeytyksen jälkeen. Muuten haastattelusta välittyi havainnoijalle kiireetön tunnelma. Haastattelu päättyi hoitajan tiivistäessä jatkosuunnitelmat ja kootessa kirjoittamansa muistiinpanot.

### 5.3 Aineiston analyysi

Aineisto analysoitiin käyttämällä sisällönanalyysiä. Eri havainnointitilanteista saatu aineisto kerättiin yhteen ja koodattiin siten, että joltakin ominaisuudeltaan samankaltaiset havainnot korostettiin samalla värillä. Tämän jälkeen koodatut havaintoyksiköt listattiin taulukkoon, ja teemoiteltiin asiakokonaisuuksiksi sillä perusteella, mitä ilmiötä ne edustivat. Teemoittelun perusteella löydettiin alaluokat, yläluokat ja pääluokat, joihin tulokset perustuvat. Liitteessä 9 on kuvattu valmis teemoittelu taulukkona. Seuraavassa on kuvattu, miten alkuperäinen sanattoman kommunikaation havainto teemoiteltiin.

Alkuperäinen havainto: Rypistää otsaa

Alaluokka: Kasvojen ilmeet

Yläluokka: Kasvojen kautta välittyvä sanaton kommunikaatio

Pääloukka: Visuaalinen osa-alue

Sanallisen kommunikaation kohdalla luokittelu tehtiin kahdesta näkökulmasta. Ensin sanallisen kommunikaation havainnot luokiteltiin niiden sisällöllisen merkityksen mukaan. Tästä ei kuitenkaan vielä käynyt ilmi, missä suhteessa hoitajat käyttivät avoimia ja suljettuja kysymyksiä. Niinpä kaikki aineistossa esiintyneet kysymykset luokiteltiin vielä sen mukaan, olivatko ne laadultaan avoimia ja suljettuja. Samalla huomioitiin myös niiden sisällöllinen merkitys, jolloin löydettiin kysymysten tyyppin sidonnaisuuksia asiayhteyksiin.

## 6 TULOKSET

### 6.1 Sanaton kommunikaatio

Ensimmäinen aineiston jaottelu syntyi jo havaintoja kirjatessa, kun jaoimme sanattoman kommunikaation visuaaliseen, auditiiviseen ja kinesteettiseen osa-alueeseen. Aineistomme teemoittelussa sanattomasta kommunikaatiosta muodostui kuitenkin vain kaksi pääluokkaa, visuaalinen osa-alue sekä auditiivinen osa-alue (LIITE 9). Kinesteettistä osa-aluetta ei aineistossa esiintynyt. Tuloksia havainnollistetaan seuraavissa kappaleissa esimerkeillä alkuperäisistä ilmaisuista ja siitä, miten teemoittelussa on edetty tuloksiin.

#### 6.1.1 Visuaalinen osa-alue

Visuaalinen osa-alue käsitti vartalon ja raajojen sekä kasvojen kautta välittyvää sanatonta kommunikaatiota. Vartalon ja raajojen kautta välitettiin sanatonta kommunikaatiota vartalon asennolla, asentoa muuttamalla sekä liikkeillä ja elehdinnällä. Kasvojen kautta sanaton kommunikaatio välittyi katseen kohdistamisen ja kasvojen ilmeiden kautta. Katsetta kohdistettiin esimerkiksi potilaaseen tai läheiseen. Kasvojen ilmeet näkyivät esimerkiksi hymynä, kulmakarvojen rypistämisenä tai totisena ilmeenä.

Alkuperäinen havainto: Nojaa eteenpäin

Alaluokka: Vartalon asento

Yläluokka: Vartalon ja raajojen kautta välittyvä sanaton kommunikaatio

Pääluokka: Visuaalinen osa-alue

#### 6.1.2 Auditiivinen osa-alue

Auditiivinen osa-alue näkyi hoitajien vuorovaikutuksessa puheäänien vaihteluna ja puheen rytmityksenä. Puheäänien vaihtelu sisälsi erilaisia äänen painotuksia, äänenvoimakkuuksia ja äänensävyjä. Puhetta rytmitettiin puheen rytmillä, hiljai-

suudella, huokaamisella ja syvällä hengenvedolla. Puheääni vaihteli huomattavasti tilanteesta riippuen, esimerkiksi ajoittain puhe oli kuiskaavaa tai paino oli tietyllä sanalla. Puhetta rytmitettiin muun muassa hitaalla puheen rytmillä, hiljaisuudella tai huokaamalla.

Alkuperäinen havainto: Puhe hiljaista

Alaluokka: Äänen voimakkuus

Yläluokka: Puheäänen vaihtelu

Pääluokka: Auditiivinen osa-alue

## 6.2 Sanallinen kommunikaatio

Sanallinen kommunikaatio jakaantui kolmeen pääluokkaan, joita olivat tiedon hankkiminen, tiedon antaminen sekä aktiivisen kuuntelemisen osoittaminen. Tuloksia havainnollistetaan seuraavissa kappaleissa esimerkeillä alkuperäisistä ilmaisuista ja siitä, miten luokittelussa on edetty tuloksiin.

### 6.2.1 Tiedon hankkiminen

Tiedon hankkiminen tapahtui tarkennusta hakemalla, aikaisemman hoidon kartoittamisella, verkoston kartoittamisella, psyykkisen oireilun kartoittamisella, somatiikan huomioimisella sekä asumisen ja talouden kartoittamisella. Myös huomioimalla potilaan mielipide eri asioihin hankittiin tietoa. Tarkennusta hoitajat hakivat ymmärrystään varmistamalla ja tarkentavia kysymyksiä esittämällä. Aikaisempaa hoitoa kartoitettiin kysymällä aiemmista hoitokontakteista ja lääkityksestä. Verkostoa kartoitettiin kysymällä, ketkä kuuluvat potilaan lähipiiriin ja suhteiden laadusta kysymällä. Psyykkistä oireilua kartoitettiin kysymällä aikaisemmista oireista ja niiden kestosta, päihteidenkäytöstä ja sairaalaan tuloon johtaneista tapahtumista. Potilaan somatiikka huomioitiin kysymällä somaattisesta voinnista ja ravitsemuksesta. Potilaan mielipide huomioitiin esittämällä kysymyksiä käytännön järjestelyistä, potilaan omista mielipiteistä oireiden syihin liittyen, potilaan odotuksista hoidon jatkolle sekä kysymällä, onko potilaalla lisätävää.

Alkuperäinen ilmaisu: Onks sulla itsetuhoisia ajatuksia?

Alaluokka: Psyykkisistä oireista kysymistä

Yläluokka: Psyykkisen oireilun kartoittamista

Pääluokka: Tiedon hankkiminen

Alkuperäinen ilmaisu: Minkälaista apua sä tarvitset?

Alaluokka: Potilaan odotuksien kysymistä hoidon jatkosta

Yläluokka: Potilaan mielipiteen huomioiminen

Pääluokka: Tiedon hankkiminen

### 6.2.2 Tiedon antaminen

Hoitajien sanallisen kommunikaation toinen osa-alue oli tiedon antaminen. Tietoa annettiin potilaalle ja omaiselle selventämällä tämänhetkistä tilannetta ja suunnitelmaa. Tämänhetkisen tilanteen selventäminen tapahtui kertomalla potilaan oikeuksista, käymällä läpi potilaasta etukäteen saatuja tietoja sekä arvioimalla hoidon tarvetta ääneen. Suunnitelmaa hoitajat selvensivät selventämällä tulevia tapahtumia ja kertomalla hoitoon liittyvistä asioista.

Alkuperäinen ilmaisu: Me mennään tonne sit vielä lääkärin kanssa juttelemaan

Alaluokka: Tulevien tapahtumien selventämistä

Yläluokka: Suunnitelman selventämistä

Pääluokka: Tiedon antaminen

### 6.2.3 Aktiivisen kuuntelemisen osoittaminen

Kolmas osa-alue hoitajien sanallisessa kommunikaatiossa oli aktiivisen kuuntelemisen osoittaminen. Hoitajat osoittivat aktiivista kuuntelemista reagoimalla potilaan puheeseen potilaan sanoja toistamalla ja puheen myötäilemisellä sekä rohkaisemalla jatkamaan.

Alkuperäinen ilmaisu: unensaantiin just...

Alaluokka: Potilaan sanojen toistamista

Yläluokka: Potilaan puheeseen reagointia

Pääluokka: Aktiivisen kuuntelemisen osoittaminen

### 6.3 Suljetut ja avoimet kysymykset havainnointitilanteissa

Suljettuja kysymyksiä oli aineistossa avoimia enemmän. Erityisesti suljettuja kysymyksiä esitettiin, kun haluttiin tietää potilaan aiemmista hoitokontakteista, lääkityksestä, somaattisesta voinnista ja ravitsemuksesta. Myös kysyttäessä, onko potilaalla jotakin lisättävää tai ketkä kuuluvat potilaan lähipiiriin, olivat esitetyt kysymykset suljettuja. Havainnointitilanteissa potilaan asumiseen liittyen hoitaja esitti yhden kysymyksen, joka oli suljettu. Edellä mainituissa aihealueissa havainnoitava hoitaja ei esittänyt lainkaan avoimia kysymyksiä. Myös psyykkisistä oireista kysyttäessä lähes kaikki esitetyt kysymykset olivat suljettuja. Esimerkkejä suljetuista kysymyksistä ovat muun muassa ”ootsä käyttänyt lääkkeitä säännöllisesti?” ja ”ootko käynyt avohoidon yksikössä?”.

Avoimia kysymyksiä esitettiin vähemmän kuin suljettuja kysymyksiä. Ainoastaan avoimia kysymyksiä esitettiin, kun haluttiin kysyä potilaan rahatilanteesta. Esitettiin esimerkiksi kysymys ”mistä sulla riittää rahat?”. Kysyttäessä potilaan omaa mielipidettä oireiden syistä, olivat lähes kaikki kysymykset avoimia. Potilaan mielipidettä oireiden syistä kysyttiin esimerkiksi seuraavalla tavalla: ”mitä sä itse luulet mistä se on merkki?”.

Muissa aineiston aihealueissa esitettiin tasapuolisesti sekä avoimia että suljettuja kysymyksiä. Näitä aihealueita olivat tarkentavat kysymykset, suhteiden laadusta kysyminen, aikaisemmista oireista ja niiden kestosta kysyminen, päihteidenkäytöstä kysyminen, sairaalaan tuloon johtaneista tapahtumista kysyminen, potilaan odotuksien kysyminen hoidon jatkosta sekä käytännön järjestelyistä kysyminen.



## 7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

### 7.1 Tulosten tarkastelua

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitajan vuorovaikutusta potilaan ja hoitajan ensikontaktissa. Opinnäytetyömme antoi vastauksia siihen, millaista hoitajan vuorovaikutus voi olla hoitoontulotilanteessa. Vuorovaikutusta kuvailtiin kolmesta eri näkökulmasta, joita olivat sanaton kommunikaatio, sanallinen kommunikaatio sekä sanallisen kommunikaation sisältö.

Hoitajan vuorovaikutusta juuri hoidollisessa ensikontaktissa ei ole suoranaisesti tutkittu aiemmin, joten suoraa tarkastelua aikaisempiin tutkimuksiin verrattuna ei ole mahdollista tehdä. Muiden vuorovaikutusta tarkastelleiden tutkimusten perusteella voidaan kuitenkin arvioida tässä opinnäytetyössä saamiamme tuloksia. Sanallisesta kommunikaatiosta löytyy selkeästi enemmän aiempaa tutkimustietoa, kuin sanattomasta. Myös tässä opinnäytetyössä sanallisen kommunikaation havaintoja ja tuloksia muodostui määrällisesti enemmän sanattomaan verrattuna. Tästä syystä johtuen sanatonta kommunikaatiota tarkastellaan seuraavassa yhtenä kokonaisuutena, vaikka sanallista kommunikaatiota tarkastellaankin luokittain.

#### 7.1.1 Sanaton kommunikaatio

Ensimmäinen opinnäytetyön tehtävä oli kuvata hoitajan sanatonta vuorovaikutusta hoidollisessa ensikontaktissa potilaaseen. Hoitajat välittivät sanatonta kommunikaatiota visuaalisesti ja auditiivisesti. Visuaalinen osa-alue näkyi hoitajan kommunikaatiossa vartalon, raajojen ja kasvojen kautta. Kasvojen kautta välittyvä kommunikaatio näkyi katseen kohdistamisena ja kasvojen ilmeinä. Pöllänen (2006) tutkielmassa hoitotyöntekijät ilmaisivat kiinnostustaan ja kuuntelemisen aktiivisuuttaan useimmiten katsekontaktina potilaaseen ja vartalon sijaintiorientaationa, joka ilmeni hoitajan suuntautumisena vartalollaan potilasta kohti potilaan puhuessa. (Pöllänen 2006, 61-62.)

Auditiivisen osa-alueen kommunikaatio välittyi puheäänien vaihteluna ja puheen rytmityksenä. Aineisto sisälsi monipuolisesti erilaisia havaintoja, mutta yhtäläisyyksiäkin oli runsaasti löydettävissä. Myös eri havainnointitilanteiden väliltä löytyi samoja elementtejä. Auditiivisen osa-alueen tuloksien tarkastelussa ei ollut löydettävissä merkittäviä yhtäläisyyksiä tai eroavaisuuksia suhteessa aikaisempiin tutkimuksiin.

Aineistossamme hoitajat eivät käyttäneet lainkaan kinesteettistä osa-aluetta. Toisaalta on huomioitava, että havainnointi aloitettiin vasta esittäytymisen jälkeen, jolloin esimerkiksi siihen mahdollisesti liittyvä kättely ei näy tämän opinnäytetyön aineistossa.

### 7.1.2 Sanallinen kommunikaatio

Toisena opinnäytetyön tehtävänä oli kuvata, millaista on hoitajan sanallinen kommunikaatio hoidollisessa ensikontaktissa potilaaseen. Tuloksista kävi ilmi, että hoitajat käyttivät enemmän suljettuja kuin avoimia kysymyksiä. Avoimien ja suljettujen kysymysten käyttäminen oli tulosten perusteella vahvasti sidonnainen käsiteltävään sisältöön.

Kolmantena tehtävänä oli kuvata, millaista on hoitajan sanallisen kommunikaation sisältö. Aineistosta nousi esiin, että hoitajien sanallinen kommunikaatio käsittelee tiedon hankkimista, tiedon antamista ja aktiivisen kuuntelemisen osoittamista.

#### 7.1.2.1 Tiedon hankkiminen

Sisällöllisesti suurin osuus sanallisessa kommunikaatiossa oli tiedon hankkimisella, josta saatu aineisto oli rikasta ja monipuolista. Hoitajat hankkivat tietoa erimuotoisilla kysymyksillä useista aihealueista potilaan elämään, tilanteeseen ja potilaan omiin mielipiteisiin liittyen. Aineistossamme hoitajat esittivät potilaalle

kysymyksiä, jotka olivat sekä avoimia että suljettuja. Kysymysten laatu liittyi voimakkaasti käsiteltävään aiheeseen.

Rimpilän (1995) tutkimuksessa kysymykset nähtiin potilaan tilanteen selkeyttämisenä. Hoitajat esittivät potilaalle avoimia, kohdennettuja avoimia, suljettuja sekä johdattelevia kysymyksiä. Hän totesi, että suljetut ja johdattelevat kysymykset eivät lisänneet keskustelun vastavuoroisuutta. (Rimpilä 1995, 65.) Myös Pölläsen (2006, 56) tutkielmassa hoitotyöntekijät käyttivät selkeyttämässä kysymyksiä, jotka olivat avoimia, suljettuja tai johdattelevia. Suljetut kysymykset nähdään avoimuutta estävänä toimintatapana (Faulkner & Maguire 1999, 56). Tässä opinnäytetyössä havainnoinnin kohteena oli ainoastaan hoitajan kommunikaatio. On siis täysin mahdotonta vetää johtopäätöksiä siitä, miten hoitajan esittämät avoimet tai suljetut kysymykset estivät tai edistivät haastattelun kulkua ja vastavuoroisuutta.

Suljettujen kysymysten suurempaan osuuteen voi liittyä monta asiaa. Joskus tilanne vaatii sitä, että esitetään paljon yksityiskohtaisia suljettuja kysymyksiä, esimerkiksi tarkennusta haettaessa. Siitä huolimatta on hyvä pohtia, minkälaisen vaikutelman potilas mahdollisesti saa kysymysten asettelusta. Kysymysten asettelu asettaa mahdollisesti suuntaa sille, kuinka paljon aiheesta on mahdollisuus kertoa ja kuinka kiinnostuneita siitä ollaan. Suljetut kysymykset rajoittavat potilaan osallistumista ja ohjaavat häntä vastaamaan muutamalla sanalla (Mäkelä ym. 2001, 30). Näin ollen on oleellista miettiä, mistä aihealueista esitetään ainoastaan suljettuja kysymyksiä ja miten nämä ratkaisut vaikuttavat eri aihealueiden painoarvoon potilaan näkökulmasta. Kuitenkin ilman erillistä selvitystä on usein mahdoton tietää, miten potilas itse kokee kysymyksiin vastaamisen.

Suljetut kysymykset soveltuvat käyttöön silloin, kun tarvitaan nopeasti tietoa toiminnan perustaksi (Mäkelä ym. 2001, 30). Pitkänien psykiatrian poliklinikalla tarkoituksena on arvioida psykiatrisen sairaalahoidon tarve ja kartoittaa potilaan kriisitilanne (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2009). Poliklinikan päivystyksellisen luonteen vuoksi aikataulu saattaa olla toisinaan kiireinen, mikä tämän opinnäytetyön aineistossa on joiltakin osin myös vaikuttanut vastaanottotilanteeseen. Tässä opinnäytetyössä aineisto oli myös hyvin pieni ja lähtökohdat tilanteisiin hyvin erilaiset, joten tulokset antavat ehkä vain viitteitä todellisuudesta.

ta. Havaintojemme mukaan suljettuja kysymyksiä kuitenkin esitettiin huomattavan paljon suhteessa siihen, kuinka aiemmissa tutkimuksissa on osoitettu suotuisaksi (Rimpilä 1995, 65; Faulkner & Maguire 1999, 56). Useammat havainnointitilanteet olisivatkin saattaneet joko vahvistaa tai horjuttaa näissä tilanteissa saamiamme tuloksia.

Avoimia kysymyksiä käytettiin aineistossamme paljon esimerkiksi oireiden syitä mietittäessä, kun tiedusteltiin potilaan omaa mielipidettä asiaan. Avoimet kysymykset nähdään avoimuutta edistävänä toimintatapana, joka rohkaisee potilasta käsittelemään asiaan liittyviä kokemuksiaan laajemmin (Faulkner & Maguire 1999, 60). Silloin potilaalla on myös mahdollisuus itse säädellä vuorovaikutusta (Mäkelä 2001, 30).

Aineistostamme nousi esiin, että hoitajat huomioivat potilaan mielipiteen. Se oli luokittelussamme tiedon hankkimista. Rimpilän (1995, 58) tutkimustuloksissa nousi esiin myös potilaan mielipiteiden kysyminen, jonka hän tulkitsi hoitotyöntekijän osoittamaksi hyväksynnäksi, joka edistää keskustelua. Mahdollisesti myös tämän opinnäytetyön aineistossa potilaan mielipiteen huomioimisella haluttiin osoittaa hyväksyntää. Hoitajien todellisia tarkoituksia ei kuitenkaan pelkän havainnoinnin keinoin ole mahdollista luotettavasti tulkita.

#### 7.1.2.2 Tiedon antaminen

Aineistossamme hoitajat antoivat tietoa potilaalle selventämällä sen hetkistä tilannetta ja selventämällä suunnitelmaa. Kilkun (2008, 95) tutkimuksessa aktiivinen asioista ja käytännöistä kertominen ja selkeiden toimintaohjeiden antaminen toivat potilaalle ja hänen läheisilleen turvallisuutta ja tunteen siitä, että asiat etenivät, hoito alkoi ja saatiin asiantuntevaa apua. Rimpilän (1995, 67) tutkielmassa tiedon antaminen nähtiin rauhoittamismenetelmänä. Aiempien tutkimusten valossa voidaan siis päätellä, että havainnoimissamme tilanteissa tiedon antaminen välitti potilaalle ja hänen läheiselleen turvallisuutta.

### 7.1.2.3 Aktiivisen kuuntelemisen osoittaminen

Aineistossamme hoitajat myötäilivät potilaan puhetta ja rohkaisivat potilasta jatkamaan. Se oli osa potilaan puheeseen reagointia ja osoitti aktiivista kuuntelemista. Myös Rimpilän (1995) tutkimuksessa hoitajat rohkaisivat potilasta eri tavoin. Se auttoi potilasta kertomaan omista tarpeistaan tai osallistumaan omaan hoitoonsa. Se myös osoitti, että hoitotyöntekijä kuuntelee potilasta ja rohkaisi potilasta puhumaan tietystä asiasta. Lisäksi hoitaja rohkaisemalla vahvisti potilaan sanoman tärkeyttä ja osoitti olevansa keskustelussa mukana (Rimpilä 1995, 61). Kuunteleminen on hyvin tehokas terapeuttilinen kommunikaatiomenetelmä, joka rohkaisee vastavuoroisuuteen koko yhteistyösuhteen ajan (Sundeen ym. 1987, 102-103).

Aineistostamme nousi esiin myös se, että hoitajat toistivat potilaan sanoja ja myötäilivät puhetta lyhyillä ilmaisuilla, kuten ”joo”, ”mmm” ja ”niin”. Nämä olivat potilaan puheeseen reagointia ja siis aktiivisen kuuntelemisen osoittamista. Rimpilän (1995) aineistosta nousi myös potilaan sanojen toistaminen, jolla hän päätteli hoitajan rohkaisevan potilasta. Potilaan sanojen toistamista hoitaja käytti varmistaakseen potilaan viestin. (Rimpilä 1995, 62.) Myös Pöllänen (2006, 61) on todennut hoitajien ilmaisevan kuuntelemista sekä lyhyillä ilmaisuilla että potilaan viestin toistamisella.

## 7.2 Eettisyys

Tässä opinnäytetyöprosessissa eettiset kysymykset ovat kulkeneet mukana koko matkan alkutaipaleelta valmiiseen työhön saakka. Koko opinnäytetyöprosessi käynnistyi luvan hankkimisella Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä. Lupaa varten laadittiin suunnitelma, jossa esiteltiin sekä kiinnostuksemme kohteena olevan ilmiön teoreettista taustaa että suunnitelma aineiston keräämisen yksityiskohdista. Aineiston kerääminen aloitettiin vasta kun lupa oli myönnetty. Lupa opinnäytetyöllemme myönnettiin 5.3.2009.

### 7.2.1 Aiheen ja näkökulman valinta

Jo tutkimusaiheen valintaan liittyy eettisiä kysymyksiä. On pohdittava, kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan ja miksi tutkimukseen ryhdytään. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 126.) Miettiessämme opinnäytetyömme aihetta, erilaisia työelämälähtöisiä vaihtoehtoja oli useita. Alun perin ajatuksena oli selvittää ensikontaktia potilaan ja perheen näkökulmasta. Se olisi kuitenkin vaatinut potilaiden ja perheiden haastattelemista, mikä ei ole opinnäytetöihin liittyen mahdollista Pirkanmaan sairaanhoitopiirillä.

Paunonen & Vehviläinen-Julkunen (1997) korostavat sitä, miten tärkeää on tiedostaa oman tutkimusnäkökulmansa rajautuminen johonkin. Esimerkkinä voidaan nähdä hoitamisen tutkiminen hoitotyöntekijöiden näkökulmasta. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 28.) Mietimme oman opinnäytetyöaiheemme kohdalla aineistonkeruumenetelmänä myös hoitajien haastattelua. Se olisi antanut paljon tietoa, mutta se olisi kertonut vain hoitotyöntekijöiden näkemyksen ja kokemuksen tilanteesta. Meidän näkökulmamme on tietyllä tavalla ulkopuolinen. Opinnäytetyössämme emme tee johtopäätöksiä siitä, oliko ensikontakti-lanne potilaan kannalta paras mahdollinen tai huono tai miten kukakin sen koki, vaan kuvailemme millaista hoitajan vuorovaikutus on ollut potilaan hoidollisessa ensikontaktissa.

### 7.2.2 Tietoinen suostumus

Eettinen kysymys liittyy myös siihen, miten paljon tutkimuksesta kerrotaan siihen osallistuville. Heidän pitäisi saada riittävästi tietoa siitä, mihin he ovat osallistumassa, mutta sillä ei saisi olla vaikutusta tutkimuksen luotettavuuteen. Tutkittavilta täytyy myös kysyä suostumus ja tiedottaa heitä mahdollisuudesta keskeyttää tutkimus niin halutessaan. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 30.)

Tiedotimme jokaista ensikontaktitilanteeseen osallistuvaa erillisellä tiedotelomakkeella (LIITTEET 3, 5, 7), jonka he saivat lukea ennen suostumuksensa antamista tai epäämistä. Tiedotteessa kerrottiin selkeästi, mikä on opinnäyte-

työn kiinnostuksen kohde ja millä tavoin kukin paikalla olija liittyy opinnäytetyöhön. Lisäksi tiedotteessa kerrottiin, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että osallistumisesta voi kieltäytyä syytä siihen ilmoittamatta. Suostumuksessa pyydettiin allekirjoitus kahteen samanlaiseen suostumuslomakkeeseen (LIITTEET 4, 6, 8), joista toinen jäi suostumuksen antajalle itselleen ja toinen opinnäytetyön tekijöille.

### 7.2.3 Aineisto ja osallistujien tietosuoja

Laadullisessa tutkimuksessa koko aineisto on voitu kerätä yhdestä paikasta muutamalta henkilöltä, jolloin riskinä on tutkittavien tunnistaminen. Siksi on varmistettava, ettei yksityisiä tutkittavia koskevia tietoja ole mahdollista käyttää heidän vahingokseen. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 28.) Kuitenkin lukijalla pitäisi olla ainakin periaatteellinen mahdollisuus tutustua tutkimuksen pohjana olevaan aineistoon, josta tulokset ja tulkinta on saatu (Vilkkä 2005, 35). Opinnäytetyömme raportissa olemme näistä edellä mainituista syistä johtuen harkinneet tarkasti, mitä alkuperäisiä ilmauksia käytämme esimerkkeinä. Opinnäytetyötämme tehdessä oli erityisen tärkeää huolehtia havainnoitavien hoitajien lisäksi myös paikalla olevien potilaiden ja omaisten tietosuojasta. Tästä johtuen emme käsitelleet aineistoa analyysia tehdessämme tapauskohtaisesti, koska se olisi saattanut johtaa joidenkin henkilöiden tunnistamiseen.

Tutkimusaineiston kohdalla on turvattava, että se ei joudu väärin käsiin (Vilkkä 2005, 35). Kerätty aineisto säilytettiin koko opinnäytetyöprosessin ajan siten, että kukaan ulkopuolinen ei päässyt siihen käsiksi. Opinnäytetyön valmistuttua aineistoa sisältävät dokumentit hävitettiin asianmukaisesti. Aineiston luottamuksellisesta käsittelystä ja asianmukaisesta hävittämisestä tiedotettiin kaikille havainnointitilanteeseen osallistuville kirjallisesti.

Laadulliselle tutkimukselle tyypillistä runsasta alkuperäisten ilmausten käyttöä esimerkkeinä emme voineet toteuttaa, sillä kovin monien esimerkkien perusteella olisi ollut mahdollista tunnistaa opinnäytetyöhön osallistunut hoitaja tai muu tilanteeseen osallistunut henkilö. Tämä olisi saattanut vaarantaa opinnäytetyö-

hön osallistuneiden tietosuojan. Tämän vuoksi tässä opinnäytetyössä esimerkkinä esitettyjen alkuperäisten ilmauksien käyttö on tarkkaan harkittua.

### 7.3 Luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella arvioimalla tutkimusaineiston keräämistä, aineiston analysointia sekä tutkimuksen raportointia (Nieminen 1997, 216). Tässä opinnäytetyössä tutkimusaineiston keräämiseen on liittynyt kolme näkökulmaa, joiden osuutta työn luotettavuuteen on syytä pohtia. Nämä näkökulmat ovat aineiston edustavuus, havainnoitsijan vaikutus ensikontaktitilanteeseen sekä havaintojen tallentaminen.

#### 7.3.1 Aineiston edustavuus

Havainnointitilanteet olivat kaikki keskenään erilaisia. Jokaisessa tilanteessa oli havainnoitavana eri yksikön työntekijä, ja haastattelut pidettiin fyysisesti eri ympäristöissä. Tämä poikkesi siitä, mitä etukäteen aineistonkeruulta odotimme, mutta toisaalta kuvastaa hyvin myös sitä, kuinka ainutlaatuinen jokainen vastaanottotilanne poliklinikalla on. Potilaasta ja tilanteesta riippuen vaihtelevuutta esiintyy siinä, kuka haastattelee, ketkä ovat tilanteessa läsnä ja missä haastattelu pidetään. Laadullisessa tutkimuksessa yleistettävyyteen ei ole edes tarkoitus pyrkiä (Nieminen 1997, 216).

Vaikka havainnointitilanteiden lähtökohdat olivat varsin erilaiset, löytyi niistä kuitenkin runsaasti yhteisiä tekijöitä. Alkuperäinen tavoitteemme oli enintään kuusi havainnointitilannetta. Todelliseksi määräksi muodostui kolme, eli aineisto jäi tavoitteeseen nähden melko pieneksi. Ajallisten rajoituksien vuoksi ei havainnoitavien tilanteiden lukumäärään ollut mahdollisuutta vaikuttaa, vaikka poliklinikkaan pidettiin yhteyttä useamman kerran. Useammasta havainnointitilanteesta olisi voinut odottaa enemmän tuloksia tai runsaammin yksityiskohtia. Kuitenkin havainnoimissamme kolmessa tilanteessa toistui selkeästi samoja elementtejä, joten voidaan olettaa niiden kuvanneen todenmukaisesti tarkastelemiamme ilmiöitä.



### 7.3.2 Havainnoitsijan vaikutus ensikontaktitilanteeseen

Pohdimme jo opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa, miten havainnoijan läsnäolo tulisi vaikuttamaan ensikontaktitilanteeseen ja sen luonnollisuuteen. Huolen aiheena oli se, pystyisikö havainnoinnin kohteena oleva hoitaja olemaan vuorovaikutuksessa täysin luonnollisesti. Kuten Grönfors (2007, 157) toteaa, havainnoitsijan lyhytaikainen poikkeuksellinen paikalla olo saattaa vaikuttaa tutkittavien käyttäytymiseen. Sinänsä poliklinikan vastaanottotilanteissa on usein opiskelijoita paikalla, mutta kirjallinen havainnointi havainnointikaavakkeen avulla on näissä tilanteissa poikkeuksellista. Olimme huolissamme myös siitä, miten tilanteeseen osallistuvat antaisivat suostumuksensa havainnoitsijan läsnäololle.

Havainnointitilanteiden alussa meidän täytyi tiedottaa jokaista ensikontaktitilanteeseen osallistuvaa suullisesti ja kirjallisesti sekä pyytää heiltä suostumus hoitajan havainnointiin allekirjoituksen kera. Yhdessä tilanteessa lääkärin aikataulu oli tiukka ja tapaaminen alkoi jo ennen kuin osallistujien suostumus oli annettu. Tilannetta täytyi jarruttaa, että tarvittavat suostumukset saatiin hoidettua asianmukaisesti. Osa ensikontaktitilanteeseen osallistuvista henkilöistä piti kirjallisen suostumuksen antamista hieman tarpeettomana ja ajattelivat, että suullinen suostumus olisi ollut riittävä. Kuitenkin itse pidimme ehdottoman tärkeänä ja hyvän tutkimusetiikan mukaisena pyytää kaikki suostumukset kirjallisina.

Tilanteen alun eteneminen siis muuttui joissakin tilanteissa verrattuna luonnollisesti etenevään ensikontaktitilanteeseen. Huomio suuntautui hetkeksi opinnäytetyöhömme, koska havainnointia ei voinut suorittaa ennen osallistujien mahdollisesti antamaa kirjallista suostumusta. Siksi kahdessa tilanteessa havainnoinnin kohteena olevan hoitajan ja potilaan esittäytyminen ja tervehtiminen jäivät havainnoimatta. Jälkikäteen ajateltuna olisi ollut hyvä käydä pyytämässä potilaalta suostumus jo siinä vaiheessa, kun tämä odotti odotustilassa. Myös hoitohenkilökunnalta olisi suostumuksen voinut pyytää etukäteen, kuten yhdessä havainnointitilanteessa koettiin hyväksi. Kuitenkin tilanteiden erilaisten lähtökohtien vuoksi oli havainnointiin liittyvien muotoseikkojen hoitamisen tapa ratkaista tilannekohtaisesti.

Varsinaisen haastattelun alettua, havainnoitsija pyrki olemaan osallistumatta tilanteeseen millään tavoin. Yhdessä tilanteessa hoitaja kertoi, että havainnoitsijan läsnäolo ei ollut vaikuttanut mitenkään hänen toimintaansa. Muissa tilanteissa aihetta ei käsitelty havainnointitilanteen jälkeen. Kuitenkin voidaan olettaa, että havainnoitsijan läsnäololla oli oma merkityksensä, sillä asetelmat huomioon ottaen havainnoitsija ei voinut olla täysin näkymätön ja äänetön havainnointia suorittaessaan ja kirjatessaan. Tässä yhteydessä voidaan pohtia, olisiko digitaalinen tallenne tilanteesta vähentänyt havainnoitsijan tuottamia ärsykeitä havainnointitilanteeseen. Toisaalta tilanteessa taustalla tallentava videokamera tai nauhuri olisi saattanut tilanteen luonnollisuutta myös häiritä.

### 7.3.3 Havaintojen tallentaminen

Suhteessa määrälliseen tutkimukseen, laadullisessa tutkimuksessa aineiston kerääminen ja tulkinta kietoutuvat tiiviimmin toisiinsa. Tämä korostuu etenkin jos tutkija kerää itse aineistonsa. (Mäkelä 1990, 45.) Muistiinpanojen laatu onkin tärkeä asia luotettavuuden arvioinnissa. Niissä tulisi esittää asiat sellaisina, kuin ne havaitsi, eikä esittää tulkintoja tapahtumista. (Nieminen 1997, 218.) Tässä opinnäytetyössä aineistoa keräsi kaksi opiskelijaa, ja molemmat osallistuivat koko aineiston käsittelyyn. Havainnoitsijan tekemiä tulkinnallisia havaintoja ei voida täysin sulkea pois, etenkin kun havainnoitavaan tilanteeseen ei ollut mahdollista enää jälkikäteen palata. Kuitenkin tavoitteena oli mahdollisimman vähäinen tulkinta aineiston keruuvaiheessa, ja havainnot pyrittiin kirjaamaan juuri niin autenttisesti, kun ne tilanteessa ilmenivät. Aineiston käsittelyvaiheessa joitakin tulkinnanvaraisia havaintoyksiköitä huomattiin, kun molemmat opinnäytetyön tekijät tarkastelivat aineistoa analyysivaiheessa. Siinä vaiheessa huomattiin, että havainnolla objektiivisesti katsottuna saattoikin olla erilainen tulkinnallinen vivahde verrattuna siihen, miltä se oli oikeassa asiayhteydessä ja tilanteessa vaikuttanut havainnoitsijan näkökulmasta. Nämä tulkintaerot kuitenkin ilmenivät niin pienessä mittakaavassa, ettei niillä ollut vaikutusta tuloksiin.

Havaintojen kirjaamista helpotti käyttämämme havainnointikaavake. Jaottelu tilanneyhteyden, sanallisen kommunikaation ja sanattoman kommunikaation välillä auttoi jäsentelemään havaintoja, ja muistiinpanojen eteneminen aikaja-

nalla ylhäältä alaspäin oli käytännöllinen. Sanattoman kommunikaation jako kaavakkeessa kolmeen eri osa-alueeseen ei tuntunut tuovan hyötyä havaintojen kirjaamisessa. Tilanteen edetessä suhteellisen nopeastikin, oli helpointa kirjata sanaton kommunikaatio yhtenä osa-alueena. Jaottelu visuaaliseen, auditiiviseen ja kinesteettiseen osa-alueeseen tapahtuikin vasta aineistoa luokitellessa.

Havaintojen kirjaaminen käsin vaikutti todennäköisesti suuresti saamiimme tuloksiin. Koska havainnointitilanteita ei ollut mahdollista saada talteen kuva- tai äänitallenteina, oli kaikki havainnot saatava kerralla muistiin, eikä tilanteisiin voinut enää jälkikäteen palata. Etenkin sanallisen kommunikaation osalta oli haasteellista ehtiä kirjoittaa kaikki muistiin ja toisaalta samalla tarkkailla myös sanattoman kommunikaation osuutta. Tilanteesta riippuen jonkin osa-alueen osuus muodostui muita suuremmaksi, koska kaikkia asioita oli mahdotonta havaita tai saada samanaikaisesti paperille yhden havainnoitsijan voimin. Tilanteen eteneminen vaati myös aktiivista keskittymistä havainnointiin, eikä antanut mahdollisuutta jäädä kirjoittamaan kaikkia yksityiskohtia.

#### 7.3.4 Aineiston analyysin arviointi

Jotta voitaisiin arvioida analyysin luotettavuutta, tulee perustella ja kirjata aineiston luokitteluperusteet (Mäkelä 1990, 53). Analyysiyksiköt valitaan aineistoista sen mukaisesti, miten tutkimuksen tarkoitus ja tehtävät ne suuntaavat (Tuomi & Sarajärvi 2006, 97). Aineistostamme olemme siis poimineet ne havaintoyksiköt, jotka olivat kiinnostuksemme kohteena. Muut havainnot kiinnostuksen ulkopuolelta jätettiin pois. Toisaalta jo havaintojen tallennusvaiheessa on tapahtunut suurta rajausta opinnäytetyössämme asetettujen tehtävien mukaisesti. Aineistoksi on siis pyritty jo heti alun perin kirjaamaan vain ne havainnot, jotka kuvasivat hoitajan sanallista ja sanatonta kommunikaatiota.

### 7.3.5 Opinnäytetyön raportoinnin arviointi

Tutkimuksen analyysin arvioitavuutta tarkastellaan sen perusteella, pystyykö lukija seuraamaan ja arvioimaan tutkimuksessa tehtyjä tulkintoja sen perusteella, mitä tutkimuksessa kerrotaan (Mäkelä 1990, 53). Tässä opinnäytetyössä on kerrottu, miten aineiston käsittely on edennyt ja miten tuloksiin on päädytty. Liitteenä olevassa taulukossa (liite 9) on kuvattu, miten teemoittelussa on edetty ala-, ylä- ja pääluokkiin. Lisäksi opinnäytetyön raportissa on esimerkkejä alkuperäisistä ilmauksista ja niiden teemoittelusta.

### 7.4 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusehdotukset

Aineistomme pohjalta voidaan sanoa, että hoitajat kartoittivat potilaan tilannetta hyvin kokonaisvaltaisesti ja kattavasti. Tietoa myös annettiin potilaan tilanteeseen ja hoitoon liittyen, joskaan emme tämän opinnäytetyön perusteella voi tehdä päätelmiä siitä, annettiinko tietoa riittävästi. Aineistossamme suljettujen kysymysten määrä oli yllättävän runsas. Kirjallisuudessa suljetut kysymykset nähdään kuitenkin avoimuutta estävänä tekijänä, vaikka ne joissakin tilanteissa ovatkin tarpeellisia. Pohdittavaksi jää, onko tämän opinnäytetyön tulosten mukainen avoimien ja suljettujen kysymysten suhde ensikontaktitilanteessa tarkoituksenmukainen.

Opinnäytetyössämme on selvitetty millaista on hoitajan sanallinen ja sanaton kommunikaatio potilaan ensikontaktissa psykiatriseen hoitoon. Se ei kuitenkaan kerro, miten potilaat ja heidän läheisensä ovat hoitajan kommunikaation ensikontaktissa kokeneet. Tämän vuoksi olisi hyvä tarkastella asiaa myös potilaan ja hänen läheistensä näkökulmasta. Se vaatisi asian selvittämistä suoraan potilailta ja heidän läheisiltään esimerkiksi haastattelemalla. Ensikontaktin kehittämisen kannalta olisi myös hyödyllistä selvittää, mitä potilaat ja heidän läheisensä itse odottavat ensikontaktilta psykiatriseen sairaalahoitoon.

Hoitajien omista kokemuksista olisi myös mielenkiintoista tietää, kuinka paljon he tiedostavat tai kiinnittävät huomiota omaan kommunikaatioonsa potilasta vastaanottaessa. Käytetäänkö esimerkiksi avoimia ja suljettuja kysymyksiä harvituksi tilanteesta riippuen tai huomioidaanko omaa sanatonta kommunikaatiota

potilaskontaktissa? Tässä opinnäytetyössä hoitajilla ei ollut juurikaan mahdollista jälkikäteen perustella valintojaan tai kertoa mikä osa heidän kommunikointiossaan oli tiedostettua tai tiedostamatonta. Hoitajat eivät myöskään kertoneet, oliko havainnoimamme tilanne heidän mielestään onnistunut vai olisiko siinä ollut jotakin, minkä he olisivat halunneet tehdä toisin.

## LÄHTEET

Ahonen, H. 1992. Vuorovaikutus auttamisen välineenä. Tampere: Kirjayhtymä Oy.

Alasuutari, P. 1995. Laadullinen tutkimus. 3. painos. Tampere: Vastapaino.

Anttila, P. 1996. Tutkimisen taito ja tiedonhankinta. Taito-, taide- ja muotoilualojen tutkimuksen työvälineet. Helsinki: Akatiimi Oy.

Blondis M. N. & Jackson B. E. 1988. Inhimillinen yhteys – sanaton viestintä potilaan kanssa. Juva: WSOY.

Bradley, J.C. & Edinberg, M.A. 1986. Communication in the Nursing Context. 2<sup>nd</sup> ed. Norwalk: Appleton Century Crofts.

Faulkner, A. & Maguire, P. 1999. Vuorovaikutustaidot potilastyössä. Syöpäpotilaan ja hänen omaistensa kohtaaminen. Helsinki: Duodecim.

Grönfors, M. 1985. Kvalitatiiviset kenttätömenetelmät. 2. painos. Juva: WSOY.

Grönfors, M. 2007. Havaintojen teko aineistonkeräyksen menetelmänä. Teoksessa Aaltola, J & Valli, R. (toim.) 2007. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. 2. korjattu ja täydennetty painos. Jyväskylä: PS-kustannus, 151–167.

Himberg, L. & Jauhiainen, R. 1998. Suhteita – Minä, me ja muut. Porvoo: WSOY.

Keskinen, T. 1997. Psykiatrinen hoitotyö. Teoksessa Heikkinen, R-L. & Laine, T. (toim.) 1997. Hoitava kohtaaminen. Helsinki: Kirjayhtymä Oy, 26-47.

Kilkku, N. 2008. Potilasopetus ensipsykoosipotilaan hoidossa. Substantiivinen teoria luottamuksen uudelleen rakentumisesta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

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

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

Metsämuuronen, J. 2001. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia – sarja 4. 2. tarkistettu painos. Helsinki: International Methelp Ky.

MOT Kielitoimiston sanakirja 1.0. 2004. Kotimaisten kielten tutkimuskeskuksen julkaisuja 132. Sähköinen suomen kielen sanakirja. Kotimaisten kielten tutkimuskeskus ja Kielikone Oy.

Mäkelä, A., Ruokonen, T. & Tuomikoski, M. 2001. Hoitosuhdetyöskentely. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Mäkelä, K. 1990. Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Helsinki: Gaudamus.

Mönkkönen, K. 2007. Vuorovaikutus. Dialoginen asiakastyö. Helsinki: Edita.

Nieminen, H. 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. 1.-2. painos. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Nienstedt, W. ym. (toim.) 2002. Lääketieteen termit. Duodecimin selittävä suur-sanakirja. 4. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2009. TAYS Pitkänieni. Päivitetty 27.4.2009. Luettu 24.10.2009. <http://www.pshp.fi>

Pöllänen, H. 2006. Vuorovaikutus hoitotyössä – hoitajan kommunikaatiomenetelmät ja sisältö. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Opinnäytetyötutkielma.

Rantalaiho, K. 1996. Kontaktin osaamisesta. Kasvatustieteiden tiedekunnan selosteita. Joensuun yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta.

Rimpilä, P. 1995. Potilaan ja hoitotyöntekijän vuorovaikutus. Keskustelun verbbaaliset ja nonverbaaliset kommunikaatiomenetelmät ja sisältö. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.

Sjöstedt, E., Dahlstrand, A., Severinsson, E. & Lützén, K. 2001. The first nurse-patient encounter in a psychiatric setting: Discovering a moral commitment in nursing. *Nursing Ethics* 8 (4), 313–327.

Sundeen, S., Stuart, G., Rankin, E. & Cohen, S. 1987. Vuorovaikutus – avain hoitotyöhön. Juva: WSOY.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2006. 1.-4. painos. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilen, M., Leppämäki, P. & Ekström, L. 2008. Vuorovaikutuksellinen tukeminen. 3. uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilkka, H. 2006. 1.-2. painos. Tutki ja havainnoi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.



TAULUKKO 1. Opinnäytetyössä käytetyt tutkimukset

LIITE 1: 1 (2)

Tutkija ja julkaisu-vuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Aineiston keruu ja analyysi	Keskeiset tulokset
Rimpilä 1995	Kuvata potilaan, omaisen ja hoitotyöntekijän keskustelun sisältöä ja hoitotyöntekijän käyttämiä verbbaalisia ja nonverbaalisia kommunikaatiomenetelmiä keskusteluprosessin aikana.	80:n keskustelutilanteen havainnointi, joihin osallistui yhteensä 2 omaista, 15 potilasta ja 10 hoitotyöntekijää yliopistollisen sairaalan sisätautiklinikalla.	Keskusteluprosessi eteni hoitotyöntekijän johdolla. Tyypillisesti hoitotyöntekijä aloitti potilaan orientoimisella tulevaan tilanteeseen. Hoitotyöntekijät osoittivat potilaan merkittävyyttä keskustelun osapuolena hyväksymisen kautta, joista tärkein oli potilaan ja omaisen kunnioittava puhuttelu. Monissa keskusteluissa hoitotyöntekijä selkeytti potilaan tilannetta ja rauhoitti häntä. Osassa keskusteluista hoitotyöntekijä rohkaisi potilasta ilmaisemaan itseään, ilmaisi omaa perehtymättömyytään tai käytti potilaan hämmetämistä ja arvostelemista. Tyypillisin tapa lopettaa keskustelu oli hoitotyöntekijän suora verbaalinen lopetusmerkki. Keskusteluissa käsiteltiin eniten potilaan fyysisiä tarpeita.
Sjöstedt, Dahlstrand, Severinson & Lützén 2001	Syventää hoitajien ymmärrystä siitä, miten tärkeää on huolellisesti toteuttaa hoitajan ja potilaan ensikohtaaminen psykiatrisessa hoidossa, sekä suunnitella hoito kunkin potilaan yksilöllisen kärsimyksen kokemuksen ja tulevaisuuden toiveiden pohjalta.	Toimintatutkimus, jossa ensikohtaamisessa käytössä tutkijoiden Erikssonin teorian pohjalta kehittämä käsitelmä. Toimivuuden arviointi hoitajien haastattelulla ja tutkijan havainnoinnin perusteella tekemillä päiväkirjamerkinnoilla.	Hoitajan ja potilaan ensikontakti on moraalinen sitoutuminen hoitoon. Teoreettisen kehityksen käyttö hoitotyön arvioinnissa tuo esiin potilaan ainutlaatuisuuden ja kokonaisuuden. Se voi tukea hoitajaa rohkaisemaan potilasta astumaan hoitosuhteeseen. Tämä oivallus kannusti hoitajia pohtimaan moraalista vastuutaan suhteen jatkumisesta ja etenevän hoitoprosessin aloituksesta.
Mattila 2001	Kehittää potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta kuvaava käsitejärjestelmä.	Aineistolähtöinen teoria-lähestymistapa. Kolmella kirurgisella ja kolmella sisätauti-osastolla hoitotilanteiden havainnointi sekä 50:n potilaan ja hoitajan haastattelu. Lisäksi kysely hoitajille.	Vuorovaikutuksen kategoriat ovat 1. kohtaamisen myönteisyys, 2. aloitteellisuus ja luottamus, 3. potilaan ja hoitajan läheisyys, 4. välittämisen kokeminen, 5. vahvistuminen, 6. tunnekokemuksen jakaminen ja 7. vuorovaikutuksen ympäristö. Ydinkategorioita olivat vahvistuminen ja tunnekokemuksen jakaminen. Kategorioita yhdistäviä piirteitä olivat potilaan turvallisuuden kokeminen, osallistuminen hoitoonsa ja tietäminen.

(jatkuu)

Pöllänen 2006	Kuvata hoitajan käyttämiä verbaa-lisia ja nonver-baalisia, terapeut-tisia ja ei-terapeuttisia kommunikaatio-menetelmiä hoita-jan ja potilaan välisissä vuoro-vaikutustilanteis-sa.	Videoitu 59 hoitajan ja poti-laan välistä hoitotyön vuo-rovaikutustilan-netta yhden sairaalan kah-della vuode-osastolla. Tutkimukseen osallistui 11 lähi- ja pe-rushoitajaa ja 4 sairaanhoitajaa. Aineisto analy-soitu sisällön erittelyllä.	Hoitajan tyypillisin suunnan aset-tamisen tapa oli tarkoituksesta kertominen. Hoitajan useimmiten käyttämät terapeuttiset kommuni-kaatiomenetelmät olivat toistami-nen, selkeyttäminen, heijastami-nen ja kohdistaminen. Terapeutti-sen kommunikaation sisältö koh-distui useimmiten eloonjäämisen tarpeisiin ja liittyi eniten potilaan toiminnan ja ravinnon tarpeeseen. Hoitajan kuunteleminen ilmeni useimmiten potilaan viestin tois-tamisena ja lyhyinä välisanoina keskustelussa. Hoitaja käytti eni-ten ei-terapeuttisena kommuni-kaatiomenetelmänä yksipuolista neuvomista. Hoitajan kuuntele-mattomuus ilmeni siinä, että hoita-ja ei antanut potilaalle aikaa vasta-ta esittämäänsä kysymykseen tai hoitajan esitti perättäisiä kysymyk-siä, jolloin potilaan oli vaikea tietää kumpaan vastaa. Ei-terapeuttisen kommunikaation sisältö liittyi eni-ten eloonjäämisen tarpeisiin ja siinä eniten potilaan toiminnan tarpeeseen.
Kilkku 2008	Tuottaa aineisto-lähtöinen teoria potilasopetukses-ta ensipsy-koosipotilaiden hoidossa.	Pääasiallisena aineistona ensipsykoosipotilaiden, läheis-ten ja sairaan-hoitajien haas-tattelut. Lisäksi osana aineistoa aiemman tutki-muksen litte-roidut teks-tiosuudet, tutki-janpäiväkirja sekä tutkimuk-sen aikana syn-tyneet muistiin-panot. Aineiston analysointi in-duktiivis-deduktiivisella grounded theo-ry – menetelmällä.	Tutkimuksen tuloksena muodostui ensipsykoosipotilaan potilasope-tusta kuvaava teoria, jonka ydin-kategoriana on luottamuksen uu-delleen rakentuminen. Psykoosiin sairastumiseen liittyy luottamuk-sen menetys itseen ja oman tilan-teen hallintaan. Hoidon alkamisen jälkeen potilaan, läheisten ja sai-raanhoitajien kokemukset koh-taamattomuudesta tai kohdatuksi tulemisesta ovat merkittäviä. Koh-taamisen tai kohtaamattomuuden kokemusten kautta niin luottamuk-sen menetys kuin luottamuksen saavuttaminen ovat koko ajan mahdollisia. Luottamuksen palau-tuminen on edellytys sille, että potilas ja läheinen voivat ja pysty-vät ottamaan nykyisen palvelujär-jestelmän edellyttämällä tavalla vastuuta arjen sujumisesta ja toi-pumisesta.

Tilanteen eteneminen

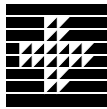


Tilanteen luonne:  
Osallistujat ja heidän asemansa:

Havainnointikaavake  
Havainnoinnin numero:  
Havainnoija:  
Tilanteen aika ja kesto:

Tilanneyhteys	Sanallinen kommunikaatio	Sanaton kommunikaatio		
		Visuaalinen	Auditiivinen	Kinesteettinen

Havainnointitilanteessa taulukkoa jatketaan seuraaville sivuille.



PIRKANMAAN  
SAIRAANHOITOPIIRI  
Yhdessä terveyttä

## TIEDOTE OPINNÄYTETYÖN TEKEMISESTÄ

1.3.2009

### Hyvä sairaanhoitaja/mielenterveyshoitaja,

Pyydämme Teitä osallistumaan opinnäytetyöhömmе, jossa selvitetään millaista on hoitajan vuorovaikutus ensikontaktissa potilaan kanssa.

Opinnäytetyössä osallistutte normaaliin tapaan potilaan vastaanottotilanteeseen lääkärin ja potilaan sekä mahdollisesti potilaan läheisten kanssa. Vastaanottotilanteessa on läsnä opinnäytetyötä tekevä opiskelija, joka ei osallistu tilanteen kulkuun, vaan toimii tilanteessa ulkopuolisena tarkkailijana. Hän tekee samalla muistiinpanoja. Pyrkimyksemme on selvittää millaista on hoitajan sanallinen ja sanaton kommunikaatio ensikontaktissa potilaan kanssa.

Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Osallistuminen on vapaaehtoista ja Teillä on oikeus missä vaiheessa tahansa kieltäytyä osallistumisesta, syytä siihen ilmoittamatta. Kerättyä aineistoa käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä ja se hävitetään opinnäytetyön valmistuttua.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja, vastaamme mielellämme.

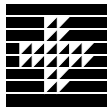
Opinnäytetyön tekijät:

Sini Järvi  
Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)

Noora Nummela  
Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)

Pirkanmaan ammattikorkeakoulu

Lisätietoja opinnäytetyöstä antaa tarvittaessa opinnäytetyömme ohjaaja yliopettaja Nina Kilkku.



PIRKANMAAN  
SAIRAANHOITOPIIRI  
Yhdessä terveyttä

## HAVAINNOITAVAN HOITAJAN SUOSTUMUS OPINNÄYTETYÖHÖN

### HOITAJAN VUOROVAIKUTUSTA ENSIKONTAKTISSA HAVAINNOIVA SELVITYS

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa hoitajan vuorovaikutusta havainnoivasta opinnäytetyöstä ja mahdollisuuden esittää siitä opinnäytetyön tekijöille kysymyksiä.

Ymmärrän, että selvitykseen osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Tampereella \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.2009

Tampereella \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.2009

**Suostun osallistumaan  
opinnäytetyöhön:**

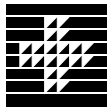
**Suostumuksen vastaanottaja:**

\_\_\_\_\_  
hoitajan allekirjoitus

\_\_\_\_\_  
opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

\_\_\_\_\_  
nimenselvennys

\_\_\_\_\_  
nimenselvennys



PIRKANMAAN  
SAIRAANHOITOPIIRI  
Yhdessä terveyttä

## TIEDOTE OPINNÄYTETYÖN TEKEMISESTÄ

1.3.2009

### Hyvä potilas/potilaan läheinen,

Teemme opinnäytetyötä liittyen hoitajan vuorovaikutukseen vastaanottotilanteessa. Havainnoimme hoitajan sanallista ja sanatonta kommunikaatiota.

Vastaanottotilanteessa on läsnä opinnäytetyötä tekevä opiskelija, joka ei osallistu tilanteen kulkuun, vaan toimii tilanteessa ulkopuolisena tarkkailijana. Hän tekee samalla muistiinpanoja havainnoistaan. Opinnäytetyössä olemme kiinnostuneita hoitajan toiminnasta, jolloin teidän toimintanne ei tulla havainnoimaan. Emme käsittele muiden kuin hoitajan osuutta aineistona opinnäytetyössämme.

Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus havainnoitsijan läsnäolon sallimiseen. Suostumuksen antaminen on vapaaehtoista, ja Teillä on missä tahansa vaiheessa oikeus kieltää havainnoitsijan läsnäolo tilanteessa. Kerättyä aineistoa käsitellään luottamuksellisesti ja nimettömänä ja se hävitetään opinnäytetyön valmistuttua.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja, vastaamme mielellämme.

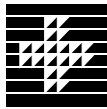
Selvityksen tekijät:

Sini Järvi  
Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)

Noora Nummela  
Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)

Pirkanmaan ammattikorkeakoulu

Lisätietoja opinnäytetyöstä antaa tarvittaessa opinnäytetyömme ohjaaja yliopettaja Nina Kilkku.



PIRKANMAAN  
SAIRAANHOITOPIIRI  
Yhdessä terveyttä

**POTILAAN/LÄHEISTEN  
SUOSTUMUS OPINNÄYTETYÖHÖN**

**HOITAJAN VUOROVAIKUTUSTA ENSIKONTAKTISSA HAVAINNOIVA  
SELVITYS**

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa hoitajan vuorovaikutusta havainnoivasta opinnäytetyöstä ja mahdollisuuden esittää siitä opinnäytetyön tekijöille kysymyksiä.

Ymmärrän, että suostumuksen antaminen selvityksen tekijän läsnäololle on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Tampereella \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.2009

Tampereella \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.2009

**Suostun siihen, että opiskelija  
saa olla läsnä:**

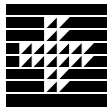
**Suostumuksen vastaanottaja:**

\_\_\_\_\_  
potilaan/läheisen allekirjoitus

\_\_\_\_\_  
opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

\_\_\_\_\_  
nimenselvennys

\_\_\_\_\_  
nimenselvennys



PIRKANMAAN  
SAIRAANHOITOPIIRI  
Yhdessä terveyttä

## TIEDOTE OPINNÄYTETYÖN TEKEMISESTÄ

1.3.2009

### Hyvä poliklinikan työntekijä,

Teemme opinnäytetyötä liittyen hoitajan vuorovaikutukseen vastaanottotilanteessa. Havainnoimme hoitajan sanallista ja sanatonta kommunikaatiota.

Vastaanottotilanteessa on läsnä opinnäytetyötä tekevä opiskelija, joka ei osallistu tilanteen kulkuun, vaan toimii tilanteessa ulkopuolisena tarkkailijana. Hän tekee samalla muistiinpanoja havainnoistaan. Opinnäytetyössä olemme kiinnostuneita hoitajan toiminnasta, jolloin teidän toimintanne ei tulla havainnoimaan. Emme käsittele muiden kuin hoitajan osuutta aineistona opinnäytetyössämme.

Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus havainnoitsijan läsnäolon sallimiseen. Suostumuksen antaminen on vapaaehtoista, ja Teillä on missä tahansa vaiheessa oikeus kieltää havainnoitsijan läsnäolo tilanteessa. Kerättyä aineistoa käsitellään luottamuksellisesti ja nimettömänä ja se hävitetään opinnäytetyön valmistuttua.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja, vastaamme mielellämme.

Selvityksen tekijät:

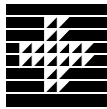
Sini Järvi  
Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)

Noora Nummela  
Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)

Pirkanmaan ammattikorkeakoulu

Lisätietoja opinnäytetyöstä antaa tarvittaessa opinnäytetyömme ohjaaja yliopettaja Nina Kilkku.





**PIRKANMAAN  
SAIRAANHOITOPIIRI**  
Yhdessä terveyttä

## **POLIKLINIKAN TYÖNTEKIJÄN SUOSTUMUS OPINNÄYTETYÖHÖN**

### **HOITAJAN VUOROVAIKUTUSTA ENSIKONTAKTISSA HAVAINNOIVA SELVITYS**

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa hoitajan vuorovaikutusta havainnoivasta opinnäytetyöstä ja mahdollisuuden esittää siitä opinnäytetyön tekijöille kysymyksiä.

Ymmärrän, että suostumuksen antaminen selvityksen tekijän läsnäololle on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Tampereella \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.2009

Tampereella \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.2009

**Suostun siihen, että opiskelija  
saa olla läsnä:**

**Suostumuksen vastaanottaja:**

\_\_\_\_\_  
poliklinikan työntekijän allekirjoitus

\_\_\_\_\_  
opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

\_\_\_\_\_  
nimenselvennys

\_\_\_\_\_  
nimenselvennys

## TAULUKKO 2. Aineiston teemoittelu

## LIITE 9

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Vartalon asento	Vartalon ja raajojen kautta välittyvä sanaton kommunikaatio	Visuaalinen osa-alue
Asennon muuttaminen		
Liikkeet ja elehdintä		
Katseen kohdistaminen	Kasvojen kautta välittyvä sanaton kommunikaatio	
Kasvojen ilmeet		
Äänenpaino	Puheäänen vaihtelu	Auditiivinen osa-alue
Äänen voimakkuus		
Äänensävy		
Puheen rytmi	Puheen rytmitys	
Hiljaisuus		
Huokaaminen/syvä hengenveto		
Ymmärryksen varmistamista	Tarkennuksen hakeminen	Tiedon hankkiminen
Tarkentavia kysymyksiä	Aikaisemman hoidon kartoittaminen	
Aiemmasta hoitokontaktista kysymistä		
Lääkityksestä kysymistä		
Kysyy, ketkä kuuluvat lähipiiriin	Verkoston kartoittaminen	
Suhteiden laadusta kysymistä		
Aikaisemmista oireista ja niiden kestosta kysymistä	Psyykkisen oireilun kartoittaminen	
Psyykkisistä oireista kysymistä		
Päihteidenkäytöstä kysymistä		
Sairaalaan tuloon johtaneista tapahtumista kysymistä		
Somaattisesta voinnista kysymistä	Somaatiikan huomioiminen	
Ravitsemuksesta kysymistä		
Rahatilanteesta kysymistä	Asumisen ja talouden kartoittaminen	
Asumisesta kysymistä		
Käytännönjärjestelyistä kysymistä	Potilaan mielipiteen huomioiminen	
Potilaan oman mielipiteen kysymistä oireiden syistä		
Potilaan odotuksien kysymistä hoidon jatkosta		
Kysyy, onko potilaalla lisättävää		
Potilaan oikeuksista kertomista		
Etukäteen saatujen tietojen läpikäymistä	Tämän hetkisen tilanteen selventäminen	Tiedon antaminen
Hoidon tarpeen arviointia ääneen		
Tulevien tapahtumien selventämistä		
Hoitoon liittyvien asioiden kertomista	Suunnitelman selventäminen	
Potilaan sanojen toistamista		
Potilaan puheen myötäilyä, rohkaisua jatkamaan	Potilaan puheeseen reagoiminen	Aktiivisen kuuntelemisen osoittaminen