



Omaisten kokemuksia
hoitohenkilökunnan viestinnän
ja vuorovaikutuksen merkityksestä
omaiskokemuksen rakentumisessa

Leena Koski

2022 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

Omaisten kokemuksia hoitohenkilökunnan viestinnän ja vuorovaikutuksen
merkityksestä omaiskokemuksen rakentumisessa

Systemoitu kirjallisuuskatsaus

Leena Koski

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

Tammikuu, 2022

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoidaja (AMK)

Leena Koski

Omaisten kokemuksia hoitohenkilökunnan viestinnän ja vuorovaikutuksen merkityksestä omaiskokemuksen rakentumisessa

Vuosi 2022 Sivumäärä 60

Kokemuksien tutkimisen kautta pyritään ymmärtämään ihmisen toimintaa ja merkitysmaailmaa. Kerrotut kokemukset ovat kokijalle syystä tai toisesta aina merkityksellisiä ja kertoessaan kokija myös luo niille merkityksiä. Mielikuvien kautta kokemukset saavat ihmisissä aikaan tunteita, kuten pelkoa, jännitystä tai ahdistusta ja tunteet ovat luonnollinen osa elämää myös läheisen sairastuessa. Omaisten kokemuksia ja niihin liittyvää vuorovaikutusta voidaan tarkastella Bergerin ja Calabresen kehittämän epävarmuuden vähentämisen teorian avulla, jossa viestintä ja vuorovaikutus on keskeisessä roolissa epävarmuuden vähenemisessä ja kasvamisessa.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla omaisten ja terveydenhuollon ammattilaisten välisen viestinnän ja vuorovaikutuksen merkitystä omaisten kokemuksen syntymiseen. Opinnäytetyön tavoitteena on tuotetun tiedon avulla edistää hoitohenkilökunnan viestintää paremman omaiskokemuksen saavuttamiseksi. Opinnäytetyön tutkimuskysymyksiä olivat: ”Mitkä tekijät ovat yhteydessä omaisten kokemuksen muodostumiseen?” ja ”Minkälainen merkitys omaisen ja sairaanhoidajan/muun terveydenhuollon ammattilaisen välisellä viestinnällä ja vuorovaikutuksella on omaisen kokemuksen kannalta?” Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä oli kvalitatiivinen systemoitu kirjallisuuskatsaus. Kirjallisuuskatsaukseen valittiin kymmenen tutkimusta, jotka analysoitiin käyttäen aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Tutkimusten tuli vastata määriteltyihin tutkimuskysymyksiin.

Saatujen tulosten mukaan omaisten kokemukset muodostuvat emotionaalisista kokemuksista ja tiedollisista tarpeista. Emotionaaliin kokemukseen kuuluvat pelko, avuttomuus, kärsimys, irrallisuus, valmiustilassa eläminen, ristiriitaisuus, yllättävyys, yksinäisyys, suru, riippuvuus, haavoittuvuus, stressi, turvallisuuden tunne, luottamus ja voimaantuminen. Omaisten tiedollisia tarpeita olivat omaisten tarvitsema tuki, tiedonkulku, kuulluksi tuleminen ja osallisuus. Näitä voitiin tukea laadukkaalla viestinnällä, päivittäisellä rutiiniviestinnällä, perhekeskeisellä viestinnällä ja välttämällä viestintään liittyviä ristiriitoja ja ongelmia.

Tutkimustulosten keskinäisestä suhteesta ja niiden yhteydestä tutkimuksessa käytettyyn epävarmuuden vähentämisen teoriaan, kokemuksen tutkimiseen ja sairaanhoidajan ammatillisiin pätevyysvaatimukseen muodostuu *omaisten kokemuksen kehä*. Siinä viestintä ja vuorovaikutus, emotionaaliset kokemukset ja tiedolliset tarpeet ovat riippuvaisia toisistaan ja vaikuttavat toisiinsa niitä vahvistaen tai heikentäen. Viestinnällä ja vuorovaikutuksella voidaan vaikuttaa niin tiedollisiin tarpeisiin kuin emotionaaliin kokemuksiin.

Asiasanat: Kokemus, viestintä, vuorovaikutus, potilas, perheenjäsen, omainen, sairaanhoidaja

Nursing

Bachelor's Thesis

Leena Koski

The significance of communication and interaction by nursing staff regarding the formation of family member experience based on family member's experiences

Year	2022	Pages	60
------	------	-------	----

The study of experiences is aimed at understanding human activities and the world of meanings. The told experiences are always relevant to the experienter for one reason or another, and when the experienter tells about one's experience, he/she also creates meanings for it.

Through the conceptions experiences cause emotions such as fear, excitement, or anxiety in people. Emotions are a natural part of life even when someone in the family falls ill. The experiences of a patient's family members and their related interactions can be viewed through the theory of *uncertainty reduction theory* by Berger and Calabrese, where communication and interaction play a key role in the decline and increase of uncertainty.

The purpose of this thesis was to describe the importance of communication and interaction between a patient's family members and health professionals in the emergence of their own experience. The objective of the thesis is to promote the communication of medical staff to achieve a better family experience. The study question of the thesis was: "What factors are linked to the formation of family members' experience? What significance does communication and interaction between a family member and a nurse/other healthcare professional have in terms of family member experience?" The research method of the thesis was a qualitative systemic literature review. Ten studies were analyzed by using databased content analysis. The studies selected were to answer the defined research questions.

According to the findings, the experiences of the family members are formed by emotional experiences and needs for knowledge. Emotional experiences include fear, helplessness, suffering, detachment, living on standby, contradiction, surprise, loneliness, grief, addiction, vulnerability, stress, sense of security, trust and empowerment. The needs for knowledge of relatives included the support needed, the flow of information, a feeling of being heard and inclusion. These could be supported by quality communication, daily routine communication, family-oriented communication, and avoiding conflicts and problems related to communication.

Based on the interrelation of the thesis findings and their connection to the theory of uncertainty reduction and the study of experience the professional quality requirement of the nurse can be created to form a domain of a family member's experience. In the domain of a family member's experience communication and interaction, emotional experiences and needs for information depend on each other. They can affect each other either by reinforcing or weakening. Communication and interaction can affect both informational needs and emotional experiences.

Keywords: Experience, communication, interaction, patient, family member, next of kin, registered nurse

Sisällys

1 Johdanto	7
2 Tutkimuksen tausta	9
2.1 Kokemuksen tutkiminen	9
2.2 Epävarmuuden vähentämisen teoria	11
2.3 Viestintä ja vuorovaikutus sairaanhoitajan työssä	14
3 Työelämäkumppani	17
4 Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	18
5 Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä	19
6 Tutkimuksen toteutus	21
6.1 Tiedonhakuprosessi	21
6.3 Aineiston käsittely ja analysointi	30
6.3.1 Aineiston analysointi aineistolähtöisenä sisällönanalyysinä	31
6.3.2 Teemoittelu sisällönanalyysissä	33
6.3.3 Validiteetti ja reliabiliteetti	35
7 Tulosten raportointi	37
7.1 Omaisten emotionaaliset kokemukset	37
7.1.1 Pelko, avuttomuus, kärsimys ja yksinäisyys	37
7.1.2 Irrallisuus	38
7.1.3 Valmiustilassa eläminen	38
7.1.4 Ristiriitaisuus	39
7.1.5 Yllättävyys	40
7.1.6 Suru	40
7.1.7 Riippuvuus ja haavoittuvuus	40
7.1.8 Stressi	41
7.1.9 Turvallisuuden tunne ja luottamus	42
7.1.10 Voimaantuminen	42
7.1.11 Yhteenveto emotionaalisista kokemuksista	42
7.2 Omaisten tiedolliset tarpeet	43
7.2.1 Omaisten tarvitsema tuki	43
7.2.2 Tiedonkulku	44
7.2.3 Kuulluksi tuleminen	47
7.2.4 Osallisuus	48
7.2.5 Yhteenveto tiedollisista tarpeista	49

7.3 Viestinnän ja vuorovaikutuksen merkitys kokemuksen rakentumisessa	49
7.3.1 Laadukas viestintä.....	50
7.3.2 Rutiiniviestintä	50
7.3.3 Viestintä perheiden kanssa	50
7.3.4 Viestintään liittyvät ristiriidat ja ongelmat.....	51
8 Pohdinta	52
8.1 Omaisen kokemuksen kehä	52
8.2 Tutkimuksen arviointi	55
8.3 Jatkotutkimuskohteet	56
Lähteet	57
Taulukot ja kuvio	60

1 Johdanto

Historiansa aikana ihmiskunta on kohdannut useita influenssaepidemiaita, mutta myös monia muita vakavia sairauksia. Oli syy sairauteen mikä tahansa, läheisen sairastuminen synnyttää aina omaisissa tunteita (Bartoli, Trotta ym. 2021, 929-931) ja vakava sairastuminen voi aiheuttaa omaiselle kriisin (Terveyskylä 2021 a). Potilaiden lisäksi sairastuminen ja tarve sairaalahoitoon vaikuttavat myös heidän läheisiinsä. Läheiset tarvitsevat tukea, tietoa sairaudesta ja sen hoidosta sekä keinoja selviytyä sairauden tuomasta tilanteesta siinä missä potilaatkin. Läheisillä on merkittävä rooli potilaan toipumisen edistämässä ja siksi läheisten tukeminen hoitotyössä on tärkeää. (Palo, Palonen, Koivisto & Åstedt-Kurki 2018, 2.) Sairastuminen on siis aina kokemus niin potilaalle itselleen kuin myös hänen omaisilleen.

Yksinkertaisimmillaan kokemus on sitä, että siinä yhdistyy merkityssuhteista sisältävä subjekti ja objekti yhdeksi kokonaisuudeksi (Perttula 2005, 123). Kokemus voi olla tunne tai tieto, se voi olla myös mielikuva. Tunne on laadultaan tajuavan ihmisen ajallisesti ensimmäinen kokemus. Tietoon perustuva kokemus on puolestaan kompleksisempi prosessi, jossa tieto voi olla kokemus vasta sen jälkeen, kun tiedettävälle aiheelle asetetut edellytykset täyttyvät. (Perttula 2005, 128-129.) Mielikuvat kokemuksen pohjina heijastelevat puolestaan enemmän ympäristöä, jossa kokemus tapahtuu tai johon kokemus liittyy. Mielikuvien yhteydessä puhutaankin painotuneemmin organisaatiosta ja kokemusta ympäröivästä kulttuurista. (Lauren 2010, 438.)

Vuorovaikutuksen tarkemmassa tarkastelussa voidaan hyödyntää erilaisia vuorovaikutussuhde-teorioita. Tätä tutkimusta kehystää Charles Bergerin ja Richard Calabresen vuonna 1975 kehittämä *epävarmuuden vähentämisen teoriaa* (Uncertainty reduction theory). Vaikka teorian alkuperä on keskittynyt ensitapaamiseen ja siinä syntyvään vaikutelmaan, on teoriaa laajennettu koskemaan erilaisia keskinäisviestintätilanteita. Teorian keskeisin väite on, että ihmisten kohdatessa toisensa, heidän päämääränään on pyrkiä, viestintää ja vuorovaikutusta hyödyntäen, vähentämään tilanteessa vallitsevaa epävarmuuden tunnetta (Puro 1996, 22). Teoreettista viitekehystä tukevat opetus- ja kulttuuriministeriön selvitys sairaanhoitajan osaamisen vaatimuksista, väitöstutkimus sairaanhoitajan työn kvalifikaatiovaatimuksista sekä vertaisarvioidut hoitotieteen tutkimukset, joissa tutkitaan hoitotyöntekijöiden vuorovaikutustaitoja ja taitoa kohdata potilaan läheisiä. Näiden ja tutkimustuloksien pohjalta muodostuu tässä tutkimuksessa uusi malli, omaisen kokemuksen kehä.

Keskustelu ja kohtaamiset ovat sosiaalisen median vahvistumisen ja koronapandemian myötä siirtyneet aiempaa vahvemmin verkkoon ja etäyhteyksien päähän. Samalla kasvokkain tapahtuva kohtaaminen ja vuorovaikutus on saanut uusia merkityksiä. Koronapandemia on pitkään

jatkuessaan tuonut erilaisia haasteita ihmisten vuorovaikutukseen. Perinteistä kasvokkaista kohtaamisesta arvostetaan, kun siitä on jouduttu pakon edessä luopumaan. Pandemia on haastanut käyttämään teknologiaa aiempaa vahvemmin viestinnän ja vuorovaikutuksen tukena. Haasteet heijastuvat yksiköiden hyvinvoinnin muutoksina koko yhteiskuntaan. Samalla on käyty keskustelua myös yhteiskunnan kyvystä selvitä kriisistä. Olosuhteiden muuttuessa onkin relevanttia kysyä, mitä sairaanhoitajan työ on nyt, mutta ennen kaikkea mitä se on tulevaisuudessa, ja minkälaisia taitoja sairaanhoitajalta vaaditaan. Sairaanhoitajan vuorovaikutusvaatimukset eivät ole vuosien saatossa vähentyneet, vaan erilaiset ihmissuhdetaidot, kuten vuorovaikutustaidot, empaattisuus ja herkkyys tilanteelle, ovat edelleen ominaisuuksia, joita sairaanhoitaja tarvitsee työssään ollessaan vuorovaikutuksessa potilaan ja tämän perheen kanssa. (Pelttari 1997, 205.)

Tässä tutkimuksessa on selvitetty, miten sairaalassa olevan potilaan omaisten ja sairaanhoitajien sekä joiltakin osin tutkimusta myös laajemmin terveydenhuollon ammattilaisten välinen vuorovaikutus vaikuttaa omaisten kokemukseen. Riippumatta siitä tapahtuuko vuorovaikutus reaaliajassa kasvokkain vai verkossa, läsnäololla, kuuntelemisella ja kuulluksi tulemisella voidaan vaikuttaa niin potilaiden kuin omaistenkin kokemusten syntymiseen juuri tunteiden, tiedon ja mielikuvien kautta. Tämän opinnäytetyön tavoitteena on jäsentää ja arvioida hoidossa olevan potilaan omaisten ja sairaanhoitajan sekä joitakin osin laajemmin terveydenhuollon ammattilaisten välisen viestinnän vaikutusta omaisten kokemuksen syntymiseen viimeisen kymmenen vuoden ajalta.

2 Tutkimuksen tausta

Tässä luvussa tarkastellaan kokemuksia, niiden rakentumista ja tutkimista. Luvussa tutustutaan, miten epävarmuuden vähentämisen teorian avulla voidaan vuorovaikutuksella hälventää epävarmuutta. Lisäksi perehdytään siihen, minkälaista ammatillista osaamista sairaanhoitajalla tulee olla.

2.1 Kokemuksen tutkiminen

Kokemusta voidaan Juha Perttulan (2005, 117, 123) mukaan määrittää kokemuslaatuojen avulla erottamalla toisistaan tunne, intuitio, tieto ja usko. Yksinkertaisimmillaan kokemus rakentuu merkityssuhteesta, joka liittää subjektin ja objektin yhdeksi kokonaisuudeksi. (Perttula 2005, 117, 123.) Tämän tutkimuksen kannalta keskeisiä kokemuslaatuja ovat tunne ja tieto, joten kokemuslaatuojen osalta kokemuksen määrittelyssä keskitytään näihin kahteen. Näiden lisäksi mukaan kokemuksen määrittelyyn on otettu Laurenin (2010, 438) määritelmä kokemuksista mielikuivina, joilla on suhde organisaation, viestintään ja ympäröivään maailmaan (Laurén 2010, 438).

Kokemuksen rakenteeseen kuuluu merkityksellistyvä elämäntilanne ja tajunnallinen toiminta, joka ymmärtää. Kokemus on siis ymmärtävä ja merkityksellistyvä suhde tajuavan ihmisen ja elämäntilanteen välillä. (Perttula 2005, 119.) Suhteessa kokemukseen tunne elää nykyhetkessä. Tunne on laadultaan tajuavan ihmisen ajallisesti ensimmäinen kokemus. Kokemuksina tunteet eivät edellytä aiheita etäännyttävää ja kehystävää tajunnallista taitoa eivätkä edes rakentavaa ymmärtämistä. (Perttula 2005, 124.) Tunteistakin voidaan siis puhua kokemuksena. Jotta tieto voidaan määritellä kokemukseksi, voidaan sille asettaa vaatimus siitä, että jokaisen tulee voida olla selvillä siitä, mikä on aihe, josta halutaan tietää jotakin. Ehtona tiedolle on, että tietämisen kohde eli aihe voidaan operationalisoida. Jotta tieto voidaan ymmärtää kokemuksena, edellyttää se kykyä etäännyttää ymmärtämisessä kehkeytyneitä kokemuksia. Tiedon luonne on tajunnallinen ja siksi se ei suoraan merkityksellistä tajunnan ulkopuolista elämäntilannetta, vaan siitä muodostuneita kokemuksia, jotka sisältyvät uudenlaiseen, tajunnallisesti rakennettuun elämäntilanteeseen. (Perttula 2005, 128-129.) Näin ollen tietoakin voidaan pitää yhtenä kokemuksen muotona ja siten tunteiden rinnalla myös tietoa voidaan tutkia laadullisin menetelmin.

Lauren (2010, 438) määrittelee kokemukset mielikuivista muodostuneina kokonaisuuksina, joilla on yhteys organisaatioon, johon saatu kokemus liittyy. Kokemus voi rakentua suorassa yhtey-

dessä organisaation tai sen ilmentymän kanssa. Epäsuorasti rakentuessaan kokemus tulee viestinnän kautta esimerkiksi mediasisällön tai huhujen muodossa. Koska mielikuvat rakentuvat ympäröivän maailman pohjalta, ne myös reflektovat sitä kulttuuria, jossa ovat syntyneet. Usein mielikuvat ovat tiedostamattomia, mutta sellaisinkin ne muokkaavat käsityksiä ja suhtautumista eri asioihin ja niiden kokemiseen. Mielikuvat voivat synnyttää mielihyvän tunteita, jännitystä, pelkoa tai ahdistusta. (Laurén 2010, 438.) Näiden rinnalla voidaan tunteita tarkastella myös psykologisten perustunteiden kautta, joihin lukeutuvat ilo, suru, onnellisuus, viha, inho ja pelko. Perustunteiden rinnalla ilmenee vielä tunnetihentymiä, jotka eivät tule perustunteen tapaan aiheen kanssa yhdeksi vaan vaativat aiheineen tarkempaa tarkastelua. Tunnetihentymää voidaan kuvata myös arkisemmin tunteiden märehitimiseksi. (Perttula 2005, 125.) Tässä tutkimuksessa tarkasteltavat kokemukset käsittävät niin tunteet, tiedon kuin mielikuvatkin ja puhuttaessa kokemuksista, tarkoitetaan sillä jotakin sellaista, joka rakentuu näistä määritelmistä yksinään tai niiden kokonaisuudesta.

Laurénin (2010, 482) mukaan kokemuksia tutkiva tutkija pyrkii tulkitsemaan ja ymmärtämään tutkimuksessaan ihmisten tekemiä ja ihmisille tapahtuneita asioita. Ihmisten kokemusten tutkiminen onkin pyrkimystä ymmärtää kvalitatiivisen tutkimuksen periaatteiden mukaisesti ihmisten toimintaa ja merkitysmaailmaa. Tutkittavan kertoma kokemus on yksi kokemus monien kokemusten joukossa. Tutkija ei pysty arvioimaan sitä, miksi tutkittava on valinnut juuri tietyn kokemuksen kerrottavaksi tutkimuksessa. Kokemuksen tärkeyttä voidaan arvioida vain suhteessa tutkittavaan, joka itse näkee oman kokemuksensa merkityksen ja on siten tehnyt valinnan kertoa juuri tietystä kokemuksesta tutkijalle. Kertoessaan kokemuksistaan ihmiset tekevät Laurénin (2010, 428) mukaan selkoa siitä, mitä heille on tapahtunut ja mitä he ovat tehneet. He kertovat sen, minkä näkevät merkittävänä ja kertomisen arvoisena. Valitessaan itse kokemuksiaan, tutkittavat antoivat kokemuksilleen merkityksen. (Laurén 2010, 428.)

Moniaistillisista havainnoista rakentuva kokemus saa merkityksen, kun kirjoittaja kiinnittää huomionsa kokemaansa, muistelee sitä ja kertoo siitä. (Laurén 2010, 426-427; Moilanen & Räihä 2010, 52.) Tutkittavan kertoessa kokemuksestaan, avautuu tutkijalle tilaisuus kokemuksen käsittämiseksi juuri siinä kontekstissa, johon tutkittava päättää oman kokemuksensa tutkimusta ja tutkijaa varten asettaa. Kertomassaan kokemuksessa tutkittava heijastaa elämäänsä siten, kuin hän sen näkee, ymmärtää ja haluaa kertoa. Siksi on siis mahdotonta luokitella kokemusta oikeaksi tai vääräksi tai jopa muunnelluksi. (Laurén 2010, 436-437.) Toista ihmistä voidaan ymmärtää vain hänen omista lähtökohdistaan käsin (Moilanen & Räihä 2010, 47). Koska kokemuksia voidaan sanoittaa tai purkaa teksteiksi, voidaan kokemuksia myös tutkia (Laurén 2010, 426-427; Moilanen & Räihä 2010, 52).

Mielikuvat organisaatiosta toimivat siis pohjana yksilön kokemuksille silloin, kun yksilö on yhteydessä organisaatioon. Kokemuksen taustalla vaikuttavat mielikuvat voivat saada aikaan erilaisia tunnetiloja. Kun yksilö kokee asioita omassa kulttuurissaan, muodostuu kokemuksesta kulttuuriin sidottu merkitys. Jos kokemus ja siitä syntyvä merkitys liittyy kokijan osaksi yhteisöä, syntyy kollektiivisia merkityksiä, sillä kokemuksesta rakentuu merkityksiä ja niihin vaikuttavat muun muassa se kulttuuri, jossa yksilö elää ja kokee asioita. Kuten aiemmin jo todettiin, että mielikuvat ovat yhteydessä kokijan ympäröivän maailman kanssa, myös asiat saavat kulttuuriin ja kokijan omaan viiteryhmään sidottuja merkityksiä. Laineen mukaan (2010, 30) erilaisissa kulttuurisissa ympäristöissä elävät ihmiset elävät erilaisissa todellisuuksissa ja siksi asioilla on heille erilaiset merkitykset. Riippumatta siitä, mihin yhteisöön kuulutaan, yhteisön jäsenyys luo aina yhteisiä piirteitä jäsentensä välille ja näin syntyy yhteisiä merkityksiä. (Laine 2010, 30.) Eri kulttuureilla on yhteisiä merkityksiä joillekin asioille (Moilanen & Rähä 2010, 47). Vaikka yksilöt kuuluvat yhteisöihin, samaan aikaan jokainen yksilö on kuitenkin erilainen. Vaikka merkitykset eivät olekaan subjektiivisia, voidaan tietyt merkityksenannot nähdä universaaleina. Näitä Moilasan ja Rähän (2010, 49) mukaan ovat muun muassa syntymä ja kuolema, nälkäisyys ja kylläisyys sekä muut sellaiset asiat, jotka kuuluvat inhimilliseen olemassaoloon (Moilasan & Rähä 2010, 49).

Kokemusten tutkimiseen kuuluu olennaisesti tutkijan ymmärrys tutkimuksensa mahdollisuuksista ja rajoitteista suhteessa todellisuuteen ja toisiin tutkimuksiin (Tuomi & Sarajärvi 2002, 11). Mahdollisuuksia ja rajoitteita pohdittaessa on kokemusten tutkimista voitava tarkastella myös kriittisesti. Tutkittavien kokemusten selvittäminen siksi, että voitaisiin selvittää ja ymmärtää tutkittavien ajatuksia, sisältää myös riskejä. Tutkijan ymmärrys tutkittavien kokemuksista oli rajallinen, sillä tutkija ei voinut tietää eikä ymmärtää tutkittavien kokemusten taustalla vaikuttavia asioita, ellei tutkittava ollut niistä kertonut. (Laurén 2010, 426-427; Moilanen & Rähä 2010, 52.)

2.2 Epävarmuuden vähentämisen teoria

Viestinnän moniulotteisuus ja sen kompleksisuus asettaa haasteita viestinnän määrittelemiselle. Karkeasti määritellen viestintä on ihmisten välisiä prosesseja, sanoman vaihtoa ihmisten kesken. Kunelius (2004, 10) määritteli viestinnän tiedon siirroksi, sanomien vaihdannaksi lähettäjän ja vastaanottajan välillä. Yksi lähettää, toinen vastaanottaa ja antaa palautteen saamastaan viestistä lähettäjälle. Käytännössä tämä voi tarkoittaa esimerkiksi kahden ihmisen välistä keskustelua, jossa yksi puhuu ja toinen kuuntelee ja osoittaa puheilla tai eleillä hyväksymistä ja reaktiota keskustelukumppanin puheeseen, josta toinen voi päätellä viestinsä tulleen ymmärretyksi. (Kunelius 2004, 10). Viestintää voidaan havaita, tulkita ja tutkia vuorovaikutusti-

lanteiden lisäksi vuorovaikutussuhteissa ryhmissä ja tiimeissä sekä organisaatioissa. Tällöin tarkastellaankin yleensä ihmisten välistä vuorovaikutusta eli interpersonaalista viestintää, jolle on ominaista osapuolten jakama tieto, merkityksien luominen sekä oman ja keskinäisen identiteetin rakentaminen. (Huusko 2019, 5.) Sanomien siirtämisen lisäksi viestintä on myös yhteisyyden tuottamista ja ylläpitämistä, viestintään osallistujien identiteetin rakentamisen lisäksi sen vahvistamista ja muokkaamista (Kunelius 2004, 12).

Vuorovaikutusta voidaan tarkastella useiden eri teorioiden avulla. Juurinen (2018, 7) käyttää vuorovaikutussuhteen määrittelyyn Sigmanin (1995) sekä Siasin, Kronen ja Jablinin (2002) määritelmiä. Näiden mukaan vuorovaikutussuhde voidaan samaan aikaan nähdä kahdenvälisenä sosiaalisena systeeminä, jonka pohjana, muutosvoimana ja ylläpitovoimana on vuorovaikutus. Samalla vuorovaikutus on myös toistuva ja vakiintunut tapa, jossa vuorovaikutuksen tapaan vaikuttavat osapuolten käsitykset vuorovaikutussuhteesta. (Juurinen 2018, 7.) Tältä pohjalta vuorovaikutusta voidaan tarkastella erilaisten vuorovaikutussuhdeteorioiden kautta. Tämän tutkimuksen kannalta sovellettavaksi sopii Charles Berger ja Richard Calabresen (1975) kehittämä *epävarmuuden vähentämisen teoria* (Uncertainty reduction theory). Vaikka teorian alkuperä on keskittynyt ensitapaamiseen ja siinä syntyvään vaikutelmaan, on teoriaa laajennettu koskemaan erilaisia keskinäisviestintätilanteita. (Puro 1996, 22.) Teoria tarjoaa mahdollisuuden tarkastella vuorovaikutussuhteen kehittymistä ja siten tarjoaa mahdollisuuden ymmärtää tämän tutkimuksen tuloksia teoreettisen viitekehyksen kautta. Epävarmuuden vähentämisen teorian keskeisin väite on, että ihmisten kohdatessa toisensa, heidän päämääränään on pyrkiä vähentämään tilanteessa vallitsevaa epävarmuutta (Puro 1996, 22). Epävarmuuden kokemus laittaa heidät etsimään tietoa (Kramer 2013; Juurinen 2018, 10). Ja riippumatta epävarmuuden syistä, yleisten käsitteellisten määritelmien mukaan epävarmuus sisältää puutteen sellaisesta tiedosta, jota tarvitaan päätöksen tekemiseen ja ennakointiin. (Kramer 2013; Juurinen 2018, 10.) Teorian vuorovaikutusta pidetään keinona lähestyä toista ihmistä ja sen mukaan vuorovaikutukseen vaikuttaa tiedon puute sekä se, miten ihmiset käyttävät vuorovaikutusta tiedon saamiseksi. Oletuksena on, että ihmisiä ohjaa halu lisätä sekä heidän oman että vuorovaikutuskumppaneidensa vuorovaikutuksen ennakoitavuutta. (Kramer 2013; Juurinen 2018, 10.) Bergerin ja Calabresen mukaan kahden ihmisen tavatessa toisensa esimerkiksi bussipysäkillä, hississä tai muussa paikassa, jossa tilanne luo odotuksen, että toiselle on sanottava jotakin, on päälimmäisin tunne epävarmuus, jota pidetään negatiivisena tunteena. Siksi ihminen pyrkiikin pääsemään siitä tavalla tai toisella eroon. (Puro 1996, 22). Tilanne voidaan nähdä myös omaisen tullessa potilasvuoteen äärelle tai omaisen tavatessa sairaanhoitajan läheisensä vuoteen äärellä. Näin ollen proaktiivisessa epävarmuuden vähentämisessä keskitytään ensisijaisesti ennustamaan tulevaa käyttäytymistä tai taannehtivaa käyttäytymistä, jolloin teoria keskittyy selittämään aiempia kokemuksia (Kramer 2013, 30-32; Juurinen 2018, 10). Epävarmuuden ennustettavuus puolestaan liittyy tilanteesta saatavaan tietoon (Puro 1996, 23). Berger ja Calabresen

selittävät epävarmuuden vähentämisen teoriassa suhteiden kehittyminen tapahtuu asteittain. Ensimmäiseksi verbaalisen viestinnän lisääntyessä toisilleen tuntemattomien ihmisten keskuudessa epävarmuus vähenee, joka puolestaan lisää verbaalisen viestinnän määrää. Myös osapuolten toisilleen osoittama lisääntynyt nonverbaalinen lämpö vähentää epävarmuutta ja siten lisää lämmön ilmaisua elekielen viestinnässä. (Kramer 2013; Juurinen 2018, 11.) Hoitotyöhön liittyvissä tilanteissa lämpö voidaan nähdä sairaanhoitajan osoittamana empatiana potilaan omaisia kohtaan. Empatia voi olla sairaanhoitajan kykyä ymmärtää omaista potilaan tilanteen kautta. Tiedonhakuun liittyvää käyttäytymistä esiintyy tiheästi, kun epävarmuutta esiintyy paljon. Epävarmuuden vähentyessä myös tiedonhakuun liittyvä käyttäytyminen vähenee. (Kramer 2013, 30-32; Juurinen 2018, 11.) Hoitotyössä omaisilla voi olla tiedontarpeita, joita ei ole kyetty täyttämään. Tämä voi johtaa teorian mukaan epävarmuuteen, joka puolestaan voi lisätä omaisten tarvetta saada tietoa potilaan tilasta. Epävarmuuden ollessa korkea, viestien sisältöjen henkilökohtaisuus on matalalla. Henkilökohtaisuuden määrä kasvaa epävarmuuden vähentyessä ja tällöin itsestä kertomisen aste kasvaa. Myös korkeassa epävarmuuden tilassa suhteen osapuolet toimivat todennäköisesti enemmän vastavuoroisesti ja epävarmuuden vähentyessä vähenee myös vastavuoroisuus. Vuorovaikutussuhteen osapuolten samankaltaisuus vähentää epävarmuutta erilaisuuden puolestaan kasvattaessa sitä. Ja kun epävarmuus on suurta, osapuolten välinen toisista pitäminen on alhaista. Epävarmuuden vähentyessä pitäminen kasvaa. (Kramer 2013, 30-32; Juurinen 2018, 11.) Toisaalta yksilöllistä vaihetta ei välttämättä koskaan tule. Viestintätilanteen alku on voinut osoittaa toisen osapuolen olevan niin erilainen, että viestijät eivät näe mahdollisuutta ennustaa toisen suhtautumista vuorovaikutukseen. Sen seurauksena henkilökohtaisia asioita ei tuoda esille ja näin ollen vuorovaikutustilanne on perusluonteeltaan jo sellainen, että siinä ei ole viestintätilanteen kehittymisen mahdollisuutta. (Puro 1996, 24.) Epävarmuuden vähenemisen teoria tuo esiin myös kolmenlaisia tapoja hankkia tietoja toisesta ihmisestä epävarmuuden vähentämiseksi. Passiivisten strategioiden avulla hankitaan tietoa hänen tietämättään hänen ollessaan vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa. Aktiivisten strategioiden avulla muutetaan ympäristöä siten, että voidaan nähdä kohteen reaktio muutokseen. Vuorovaikutuksellisten strategioiden avulla hankitaan tietoa viestimällä suoraan kohdehenkilön kanssa. (Kramer 2013, 30-32; Juurinen 2018, 11.) Passiivinen strategia voi olla omaisen vuorovaikutusta potilaan kanssa tilanteessa, jossa sairaanhoitaja on myös läsnä. Hoitaja voi saada tilanteesta tietoa kuitenkin olematta vuorovaikutuksessa sen enempää potilaan kuin omaisen kanssa. Aktiivinen strategian käyttäminen mahdollistaa muutokset hoitoympäristössä ja niiden vaikutuksen omaisten vuorovaikutukseen. Monesti kenties helpoin ja nopein tapa lienee vuorovaikutuksellisten strategioiden käyttö, jolloin hoitaja on yhteydessä suoraan omaisten kanssa.

2.3 Viestintä ja vuorovaikutus sairaanhoitajan työssä

Potilaiden lisäksi sairastuminen ja tarve sairaalahoitoon vaikuttavat myös heidän läheisiinsä. Läheiset tarvitsevat tukea, tietoa sairaudesta ja sen hoidosta sekä keinoja selviytyä sairauden tuomasta tilanteesta siinä missä potilaatkin. Läheisillä on merkittävä rooli potilaan toipumisen edistämisessä ja siksi läheisten tukeminen hoitotyössä on tärkeää. Jotta tässä onnistuttaisiin, tulee hoitotyöntekijöillä olla riittävät valmiudet toimia potilaiden läheisten kanssa yhteistyössä. Onnistunut yhteistyö edellyttää, että läheisiin suhtaudutaan myönteisesti. Taakan sijaan heidät voidaan nähdä resurssina ja hoitotyötä haittaavan tekijän sijaan yhteistyökumppanina. Hoitotyöntekijät, joilla on vähän työkokemusta ja kokemusta perheiden kanssa työskentelemisestä, omaavat kielteisempiä asenteita läheisiä kohtaan kuin kokeneemmat hoitajat. Näitä kielteisiä kokemuksia voidaan vähentää mm. koulutuksen avulla. (Palo, Palonen, Koivisto & Åstedt-Kurki 2018, 2.)

Tutkittaessa omaisia, voidaan puhua myös läheisistä tai perheistä, myös perheen jäsenistä. Mitä perheellä tarkoitetaan? Tilastokeskuksen mukaan perheen muodostavat yhdessä asuvat avio- tai avoliitossa olevat tai parisuhteensa rekisteröineet henkilöt ja heidän lapsensa. Perhe voi muodostua myös jommastakummasta vanhemmista lapsineen, avio- ja avopuolisoista ja parisuhteensa rekisteröineistä henkilöistä, joilla ei ole lapsia. (Tilastokeskus 2021.) Karhisen (2020, 4) mukaan perheen määrittely on ristiriitaista, koska perhe on vuosien saatossa muuttunut niin moninaiseksi. Siksi sen tarkka määrittely perheen ulkopuolelta on haastavaa. Perhe voidaan määritellä rakenteellisesti jäsentensä summana, asumismuotona yhteisessä taloudessa asuvina tai funktionaalisesti yhteisönä, jossa jokaisella jäsenellä on tietty tehtävänsä ja tämän lisäksi keskenään erilaisia suhteita, kuten sukupuolielämä, lasten kasvattaminen tai taloudellinen yhteistyö. (Karhinen 2020, 4.) Blomqvistin & Ziegertin (2011, 188) mukaan perhe voidaan määritellä usealla eri tavalla. Kyse voi olla ydinperheestä, henkilöistä, jotka ovat läheisiä potilaalle ja henkilöistä, jotka elävät potilaan kanssa. Joissakin tilanteissa perhe voi koostua ystäväistä. Voidaankin siis sanoa, että perheen muodostavat henkilöt, jotka ovat läheisiä potilaalle. Tämä ei siis välttämättä edellytä sukulaisuutta. Juuri edellä mainituista syistä tässä tutkimuksessa perhe, läheiset ja omaiset nähdään rinnakkaisina käsitteinä ja niitä tarkastellaankin ensisijaisesti potilaan näkökulmasta: Kyse on ihmisistä, jotka ovat potilaalle kaikkein läheisimpiä, ja jotka potilas on merkinnyt omaisikseen potilastietoihin.

Opetus- ja kulttuuriministeriön (myöh. OKM) selvityksen (OKM, 2006) mukaan sairaanhoitaja on hoitotyön asiantuntija, jonka tehtävänä yhteiskunnassa on hoitaa potilaita eli henkilöitä, jotka käyttävät terveyden- ja sairaanhoitopalveluja. (OKM 2006, 63; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785). Työssään sairaanhoitaja tukee yksilöitä, perheitä ja yhteisöjä määrittä-

mään, saavuttamaan ja ylläpitämään terveyttä muuttuvissa olosuhteissa ja eri toimintaympäristöissä kuten perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa, sosiaalihuollossa sekä yksityisen ja kolmannen sektorin alueilla. (OKM 2006, 63.)

Kaksikymmentävuotta sitten Paula Pelttari tutki sairaanhoitajan työn kvalifikaatiovaatimuksia. Tulevaisuuteen ulottuvissa vaatimuksissa korostuivat ihminen ihmiselle -vaatimukset, joista yhtenä nousi esiin vuorovaikutusvalmiudet käsittäen myös potilaiden läheisten kanssa tapahtuva keskustelu ja heidän tukemisensa. (Pelttari 1997, 56-57, 205.) Vihelän, Hökän ja Kaakisen (2020, 275) tutkimuksessa selvitettiin potilaiden ja läheisten kokemuksia sairaanhoitajan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta. Tuloksien mukaan potilaat ja läheiset kokivat sairaanhoitajan tarvitsevan palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa monenlaisia kohtaamis- ja vuorovaikutustaitoja. Näitä taitoja pidetään tarpeellisena kehittää erilaisin harjoituksin perus- ja täydennyskoulutuksessa sekä vahvistamalla ihmisläheisyyden merkitystä palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa. Vuorovaikutusosaamisella käsitettiin taito kommunikoida potilaan ja läheisten kanssa: kuunnella, toteuttaa dialogista keskustelua ja toimia asioiden tulkitsijana. Sairaanhoitajien kohtaamis- ja vuorovaikutusosaamista tuleekin vahvistaa ydinosaisalueita vahvistamalla ja huomioimalla tulevaisuuden osaamistarpeet sosiaali- ja terveysalalla. (Vihelä, Hökkä & Kaakinen 2020, 279, 281.)

Viestinnän ja vuorovaikutuksen näkökulmasta sairaanhoitajalta edellytetään hoitotiimin ja moniammatillisen yhteistyön lisäksi yhteistyötä ja vuorovaikutusta myös potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Sairaanhoitajan tehtäviin kuuluu hoitotyön suunnitelman mukaista potilaan ja hänen läheistensä ohjausta, sähköisen potilasohjauksen tuntemusta sekä potilaan ja hänen läheistensä hyvinvoinnin ja jaksamisen tukemista. Sairaanhoitaja myös ennaltaehkäisee ja tunnistaa potilaan mielenterveyttä uhkaavia tilanteita ja auttaa häntä tarvittaessa hoitotyön keinoin. (OKM 2006, 65-66, 68.) Hoitotyöntekijöiden suhtautuminen läheisiin voi tukea tai vaikeuttaa onnistuneen hoitosuhteen luomista ja perheen selviytymistä. Positiivinen suhtautuminen näkyy läheisten huomioonottamisena ja aitona läsnäolona vuorovaikutustilanteessa. Myös avoin ja realistinen tiedon antaminen sekä heille varattu aika keskustella hoitotyöntekijöiden kanssa mieltään askarruttavista asioista ovat merkkejä läheisille, että he saavat hoitotyöntekijöiltä tukea vaikeassa tilanteessa. Jotta läheiset kokevat olevansa tasavertaisia kumppaneita esimerkiksi päätöksentekoon liittyvissä asioissa, edellyttää se hoitotyöntekijöiltä läheisten yksilöllistä kohtaamista. (Palo, Palonen, Koivisto & Åstedt-Kurki 2018, 3.) Pelttarin väitöstutkimuksen pohjalta syntyi käsite *kohtaantuminen*, jonka valmiuksia sairaanhoitaja tarvitsee ollessaan vuorovaikutuksessa potilaan ja tämän perheen kanssa. Kohtaantumisen valmiuksiin kuuluvat erilaiset ihmissuhdetaidot, kuten vuorovaikutustaidot, empaattisuus ja herkkyys tilanteelle (Pelttari 1997, 205). Sairaanhoitaja toteuttaa ja kehittää hoitotyötä, joka on samanaikaisesti terveyttä edistävää ja ylläpitävää, sairauksia ehkäisevää ja parantavaa sekä kuntouttavaa. Sairaanhoitaja

tukee eri elämänvaiheissa olevien ihmisten ja yhteisöjen voimavaroja. Hän auttaa ihmistä kohtaamaan sairastumisen, vammautumisen ja kuoleman. (OKM 2006, 63.)

Viestinnän ja sen mukana myös vuorovaikutuksen vaatimukset eivät ole vuosien saatossa vähentyneet. Keskustelu ja kohtaamiset ovat sosiaalisen median vahvistumisen ja koronapandemian myötä siirtyneet aiempaa vahvemmin verkkoon ja riippuvaisiksi etäyhteyksistä. Samalla kasvokkain tapahtuva kohtaaminen ja vuorovaikutus on saanut uusia merkityksiä. Yhä edelleen sairaanhoitajien tehtävänä on kuitenkin pitää huolta siitä, että yksilö ja hänen perheensä, ystävänsä, läheisensä ja yhteisönsä osallistuvat mahdollisuuksien mukaan aktiivisesti yksilön hoitoon sen kaikissa vaiheissa ja yleensä terveyden edistämiseen. (Pelttari 1997, 56-57.) Näitä samoja asioita nostetaan esiin opetus- ja kulttuurinimisteriön mietinnössä, jonka mukaan sairaanhoitaja vastaa potilaan fyysisestä, psyykkisestä, hengellisestä ja sosiaalisesta turvallisuudesta. Käytännössä tämä voi tarkoittaa muun muassa sitä, että omaiset pääsevät tapaamaan sairaalassa olevaa läheistään. Sairanhoitaja mahdollistaa tapaamisen ja on tilanteessa tukena niin potilaalle kuin omaisillekin. Sairanhoitaja vastaa potilaan kokonaishoidon koordinoinnista hoidon jatkuvuuden edellyttämällä tavalla ja sairaanhoitaja ohjaa potilasta lääkehoitoon liittyvissä asioissa potilaan terveydentilan ja hoitoon sitoutumisen edistämiseksi. (OKM 2006, 66, 68-69.) Yhä edelleen yksilön ja hänen läheistensä mukaan ottamisella hoidon kaikissa vaiheissa voidaan rohkaista ihmisten omatoimisuutta ja itsemääräämistä hyvän terveyden saavuttamiseksi ja ylläpitämiseksi.

Pelttari nostaa tutkimuksessaan esiin useita vuorovaikutukseen liittyviä kohtia osana sairaanhoitajan työtä. Vuorovaikutus ei rajaudu vain sairaanhoitajan ja potilaan väliseen kanssakäymiseen, vaan siihen nähdään liittyvän myös viestintä hoitotiimin ja potilaan omaisten kanssa. Vuorovaikutus potilaiden ja heidän läheistensä kanssa on keskustelua, lohduttamista ja tukemista. Tästä vuorovaikutuksesta syntyy käsite kohtaamisesta, Vuorovaikutus potilaan kanssa on hoidon ja hoitotoimenpiteiden ja tiedon jakamisen lisäksi myös olennaisen tiedon saamista, joka vaikuttaa potilaan hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Sairanhoitaja sovitaa yhteen eri asiantuntijoiden antamaa hoitoa ja huolehtii siitä, että yhteistyö toteutuu potilaan parhaaksi. Työ on hoidon kokonaisuuden hallintaa ja kokonaishoidon koordinointia, ja tältä pohjalta sairaanhoitajalle rakentuu rooli potilaan asianajajana. Sairanhoitajan työhön kuuluu myös potilaan omaisten hoitamista. (Pelttari 1997, 56-57, 205.) Näin ollen viestintä ja vuorovaikutus on aivan keskeisessä roolissa hoitotyön onnistumisessa niin suhteessa hoitotiimiin, potilaisiin kuin potilaisten läheisiin.

3 Työelämäkumppani

Laurea-ammattikorkeakoulu on Uudellamaalla toimiva korkeakoulu, jonka verkostoon kuuluu kuusi kampusta. Laurean toiminnan keskiössä ovat ihmiset ja vuorovaikutus. Korkeakoulun toiminnan perustana on kolme arvoa: avoimuus, vaikuttavuus ja vastuullisuus. (Laurea 2022a.) Laurean kuten muidenkin Suomen ammattikorkeakoulujen toimintaa määrittelee ammattikorkeakoululaki (932/2014). Lain mukaan ammattikorkeakoulun tehtävänä on antaa valmiudet ammatillisiin asiantuntijatehtäviin ja tukea opiskelijan ammatillista kasvua. Näiden tulee perustua työelämän ja sen kehittämisen vaatimuksiin sekä tutkimukseen, taiteellisiin ja sivistyksellisiin lähtökohtiin. Lisäksi ammattikorkeakoulun tehtäviin kuuluu tutkimustoiminta, jolla voidaan kehittää, edistää ja palvella mm. työelämää. (Ammattikorkeakoululaki 932/2014.)

Opetus- ja kulttuuriministeriön ja Laurea-ammattikorkeakoulun välisen, voimassa olevan sopimuskauden tavoitteissa todetaan Laurean luovan kehittävää uutta tietoa ja osaamista, jotka luovat edellytykset sivistykselle, kestäväälle kasvulle ja hyvinvoinnille sekä vahvistavat Suomen kilpailukykyä. Korkeakoulun tavoitteena onkin vuoteen 2030 mennessä olla työelämäosaamisen ja elinvoiman kansainvälinen kehittäjä Uudellamaalla. Osaamis- ja koulutustason kehittämisellä voidaan vastata työn ja työelämän muutokseen. Sillä mahdollistetaan myös erikoistuminen vahvaa osaamista vaativiin tehtäviin. Myös Laurea on oppijakeskeisesti toimiva korkeakoulu, joka tukee jatkuvaa oppimista, ja jossa koulutuksen sisällöt, oppimisympäristöt ja opiskelijoiden ohjaus yhdessä vahvan työelämän vuorovaikutuksen kanssa tukevat opiskelijoiden sijoittumista työelämään. (OKM 2022.) Laurean toiminnassa korostuu ihmiset ja vuorovaikutus, joka toimii pohjana korkeakoulun tunnukselle ”Yhdessä enemmän”. Sama ajatus toistuu läpi korkeakoulun toimintaa ohjaavan, seitsemän strategisen teeman: Opiskelijakeskeinen korkeakoulu, työelämään integroitunut korkeakoulu, digitaalinen ammatillista oppimista uudistava korkeakoulu, soveltavalla tutkimuksella osaamista kehittävä korkeakoulu, aluetta kehittävä kansainvälinen korkeakoulu, kestävä kehityksen korkeakoulu ja yhteisöllinen korkeakoulu. (OKM 2022; Laurea 2022b.)

Palon, Palosen, Koiviston & Åstedt-Kurjen (2018, 8) tutkimuksen mukaan hoitotyön opiskelijoiden suhtautuminen potilaiden läheisiin heijastaa osittain käytännön lisäksi koulutuksesta opittuja toimintamalleja. Opiskelijoista tulee valmistumisen jälkeen työntekijöitä, jotka omassa asiantuntija-ammattissaan vaikuttavat omaisten kokemuksen syntymiseen. Siksi tämä opinnäytetyö ja sen tulokset soveltuvat oppimateriaalina osaksi opintojaksolle R0196 Participation and well being at different life stages, joka on pakollinen opintojakso sekä sairaanhoitaja- että terveydenhoitajakoulutuksessa. Kyseisellä opintojaksolla käsitellään perhekeskeistä hoitotyötä ja omaisten huomioimisen ja osallistamisen merkitystä eri ikäisten potilaiden hoidossa.

4 Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Tässä luvussa tarkastellaan opinnäytetyönä tehdyn tutkimuksen tarkoitusta, tavoitetta ja tutkimuskysymyksiä.

Opinnäytetyön tavoitteena on tuotetun tiedon avulla edistää hoitohenkilökunnan viestintää paremman omaiskokemuksen saavuttamiseksi. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla omaisten ja terveydenhuollon ammattilaisten välisen viestinnän ja vuorovaikutuksen merkitystä omaisten kokemuksen rakentumisessa. Tutkimusongelmaan haetaan vastauksia tutkimuskysymyksien avulla:

1. Mitkä tekijät ovat yhteydessä omaisten kokemuksen muodostumiseen?
2. Minkälainen merkitys omaisen ja sairaanhoitajan tai muun terveydenhuollon ammattilaisen välisellä viestinnällä ja vuorovaikutuksella on omaisen kokemuksen kannalta?

Stoltin ja Routsalon (2007, 58) mukaan kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on järjestelmällinen ja kriittinen kirjallisuuden kerääminen ja analysointi perustellusti muotoillun kysymyksen avulla. Tässä kirjallisuuskatsauksessa tavoitteena on löytää vastauksia siihen, miten sairaanhoitaja ja laajemmin terveydenhuollon ammattilaiset voivat viestinnällä ja vuorovaikutuksella vaikuttaa potilaan omaisten kokemukseen. Tutkimuksessa keskitytään sairaalaympäristöön, kuten myöhemmässä luvussa haku- ja niiden rajausta koskien kerrotaan.

Tutkimuksessa saatua tietoa voidaan hyödyntää potilaan omaisia sairaalassa kohdatessa. Opinnäytetyöni hyödyntää tietoperustassaan Pro gradu -tutkielmaani (2015), jossa tutkittiin nuorten aikuisen kirkkoon liittyviä mielikuvia ja odotuksia kokemuksiin liittyvien teemakirjoitusten kautta (Koski 2015). Tutkimuksessa käytettiin kvalitatiivista menetelmää, sillä se avasi mahdollisuuden tutkittavan asian ymmärtämiselle. Näin ollen myös tässä tutkimuksessa, jossa fokuksena on ymmärtää ihmisten kokemuksen syntymistä viestinnän ja vuorovaikutuksen kautta, voidaan perustellusti kysyä Tuomea ja Sarajärveä (2013, 68) mukailleen ”Miten minä voin ymmärtää toista?”. Kysymyksen pohjasta syntyy roolijako subjektiin eli minään ja objektiin eli toiseen. Yhtälö avaa useita näkökulmia ymmärtämiselle, joista useimmiten ymmärtämisen kokonaisuus muodostuu tutkittavan näkökulman ymmärtämisestä. Samanaikaisesti tulee kuitenkin huomioida se, että ymmärtämisen yhtälöön kuuluu myös tutkijan ulottuvuus, sillä tutkittavan henkilön tai ilmiön ymmärtäminen ja siitä kertominen rakentuu aina tutkijan oman ymmärryksen päälle. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 68-69.)

5 Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä

Tässä luvussa tarkastellaan kirjallisuuskatsausta tutkimusmenetelmänä sekä selvitetään systemaattisen ja systemoidun kirjallisuuskatsauksen eroja ja perustellaan tämän tutkimuksen menetelmän valinta.

Usein tutkimukset ovat joko kvalitatiivisia tai kvantitatiivisia tutkimuksia (Stake 2010, 14). Perinteisesti kvalitatiivista ja kvantitatiivista tutkimusta kuvataan toisilleen vastakkaisina (Tuomi & Sarajärvi 2013, 65). Erot edellä mainittujen menetelmän välillä liittyvät siihen, mihin tutkimuksella pyritään. Yhtäältä tavoitteena on selittää ja toisaalta ymmärtää. (Stake 2010, 19-20.) Lukkarisen (2005, 15-16) pohtii eri tutkimusmenetelmien käyttöä erityisesti kokemuksen tutkimisen näkökulmasta. Hän päätyy pitämään metodologista triangulaatiota, monimetodisuutta kokemusten kannalta mahdollisena. Monimetodisuus käsittää tutkimuksellisesti omat haasteensa, sillä onnistuminen edellyttää tutkijalta tieteenteoreettista valvotuneisuutta, tutkimuskohteen ontologista jäsenystä ja tietoisesti tehtyjä epistemologisia valintoja. Yhdistelmällä kvalitatiivista ja kvantitatiivista menetelmää kokemusten tutkimisessa voidaan tutkittavasta ilmiöstä saada laaja-alaisempaa kuin käyttäen tutkimustapoja erillisinä. Yhdessä tavat täydentävät toisiaan ja kvalitatiiviset tulokset auttavat ymmärtämään kvantitatiivisia tuloksia. Laadulliset tutkimukset ovat merkittäviä, kun halutaan kuvata hoitamisen todellisuutta ja kehittää hoitotieteellisiä teorioita, vaikkakin niiden systemaattinen hyödyntäminen on jäänyt melko vähäiseksi (Virtanen & Salanterä 2015, 97).

Tässä tutkimuksessa monimetodisuutta hyödynnettiin valitsemalla tutkimuksen alkuperäisartikkeleihin niin kvalitatiivisia kuin kvantitatiivisiakin kokemustutkimuksia. Metodologista triangulaatiota hyödynnettävässä systemoidussa kirjallisuuskatsauksessa selvitettiin sairaanhoitajan ja omaisten välisen vuorovaikutuksen merkitystä potilaan hoidossa: Minkälainen suhde on tehohoidossa olleen potilaan omaisten kokemuksen ja hoitohenkilökunnan vuorovaikutuksen välillä? Mitkä tekijät vaikuttavat omaisten kokemukseen? Tutkimuksen tavoitteissa painottuu erityisesti ymmärtämisen merkitys: miten kokemus ja vuorovaikutus liittyvät toisiinsa? Kirjallisuuskatsauksen avulla on mahdollista tarkastella ja arvioida systemaattisesti myös kvalitatiivisia tutkimuksia (Johansson 2007, 5).

Kirjallisuuskatsaus on tutkimusongelmaan liittyvän aiemman tutkimuksen kriittinen ja tiivis katsaus, jonka pohjalta tutkija tekee synteesin. Tutkimuksen tehtävänä on uuden tutkimuksen avulla perustella itsensä relevanttius ja osoittaa, miten se täydentää aiempia tutkimuksia. Tutkimuksen teoreettinen tausta muodostuu kirjallisuuskatsauksen kautta kertoen, miten aihetta on aiemmin tutkittu ja mistä näkökulmasta. (Stolt & Routasalo 2007, 58.)

Kirjallisuuskatsaukset voidaan jakaa kolmeen päätyyppiin: kuvailevat, systemaattiset sekä määrällinen ja laadullinen meta-analyysi (Suhonen, Axelin & Stolt 2015, 8). Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on mahdollisuus löytää tutkimustuloksia, jotka ovat korkealaatuisesti tutkittuja, sillä menetelmään on kiinnitetty huomiota sen näyttöön perustuvan toiminnan myötä. Kyse on siis sekundaaritutkimuksesta, jossa tutkimus kohdistuu tarkkaan rajattuihin, tiettyinä aikana tehtyihin valikoituihin tutkimuksiin. Suunniteltaessa tutkimusta tarkastellaan aiempia tutkimuksia aiheesta ja määritellään katsauksen tarve ja luodaan tutkimussuunnitelma, josta ilmenee tutkimuskysymykset. Myös silloin, jos kirjallisuuskatsaus ei tuota tuloksia tutkimusongelmaan, voidaan sekin tulkita tulokseksi tutkimuksen jonkin osa-alueen osalta. (Johansson 2007, 6.)

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus (systematic review) on parhaiten tunnettu katsauksen laji, jossa tavoitteena on systemaattisella tavalla löytää, tarkastella laatua, analysoida ja luoda synteesi. Tämän kirjallisuuskatsauksen alalajina on systemoitu katsaus (systematized review). Näiden merkittävin eri on siinä, että jälkimmäisen tekee yleensä vain yksi tutkija, kun ensimmäisessä on kaksi tai useampia tutkijoita katsauksen eri vaiheissa. Myös tutkimuskirjallisuuden haku toteutetaan systemoidussa kirjallisuuskatsauksessa yleensä vain yhteen tietokantaan toisin kuin systemaattisessa katsauksessa. Myöskään aineiston arvioinnissa, analyysissä ja synteesissä ei edellytetä vastaavaa järjestelmällisyyttä ja kokonaisvaltaisuutta kuin systemaattisessa katsauksessa. (Suhonen, Axelin & Stolt 2015, 14.) Muilta osin systemaattinen ja systemoitu kirjallisuuskatsaus noudattavat samaa kaavaa, joten tässä tutkimuksessa voidaan käyttää pohjana ja tutkimusta eteenpäin ohjaavana menetelmänä systemaattisen kirjallisuuskatsauksen teoriaa.

6 Tutkimuksen toteutus

Tässä luvussa käydään läpi tutkimuksen toteutus suunnittelusta, haun tekemisestä analysointiin ja tuloksien raportointiin.

6.1 Tiedonhakuprosessi

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen vaihteet jakautuvat kolmeen pääluokkaan, joista ensimmäinen sisältää katsauksen suunnittelun, toinen tekemisen hakuineen, analysointineen ja synteeseineen sekä kolmannen vaiheen, johon lukeutuu katsauksen raportointi (Johansson 2007, 5). Katsausta suunniteltaessa mietitään haun rajaukset ennen hakutuloksien läpikäymistä. Kaikissa tietokantahauissa tulisi käyttää samantapaisia rajauksia, jotta haut pysyvät mahdollisimman samanlaisina. (Lehtiö & Johansson 2015, 51.) Tässä tutkimuksessa rajauksina käytettiin hakusanojen lisäksi aikarajausta, kielirajausta ja rajausta abstraktien saatavuuteen. Valintaa varten laadittiin tarkat sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Ne voivat kohdistua tutkimuksen kohdejoukkoon, interventioon, tuloksiin tai tutkimusasetelmaan. Tarkka kirjaaminen kaikista vaiheista on tärkeää katsauksen onnistumisen ja tulosten relevanttiuden osoittamiseksi. (Johansson 2007, 6.)

Jotta löydettäisiin juuri tutkimuskysymystä vastaavat tutkimukset, käytettiin sisäänotto- ja poissulkukriteeristöissä PICOS-tarkastelua, jota voi halutessaan käyttää myös tutkimuskysymysten määrittelyssä (Valkeapää 2015, 60; Coughlan & Cronin 2017, 38.) Kriteeristöissä huomio kiinnittyy tutkittavan aiheen kohderyhmään (P), joka tässä tutkimuksessa on potilaan omaiset. Kohderyhmä on oltava oikea suhteessa tutkimuskysymykseen. Tutkimuskysymyksessä haluttiin selvittää nimenomaan perheiden ja omaisten kokemuksia vuorovaikutuksesta sairaanhoitajien kanssa. Toisaalta myös sairaanhoitaja on kohderyhmä tässä tutkimuksessa, sillä juuri heidän vuorovaikutustaitojensa merkitystä perheen kokemukselle haluttiin tutkia. Tutkimusongelmaa halutaan lähestyä kuitenkin asiakaslähtöisyyden takia perheiden näkökulmasta ja siksi sairaanhoitajien kokemuksia tutkivat tutkimukset rajautuvat pois tuloksista.

Yleiset kohderyhmää määrittelevät tekijät voivat olla ikä, sukupuoli, sosioekonominen tausta, diagnoosi, etnisyys tai maantieteellisyys. Interventio (I) voidaan määrittää tarkan menetelmän, toteuttajan ja ympäristön tai kontekstin mukaan. (Valkeapää 2015, 60.) Tässä tutkimuksessa ei haluttu rajata ympäristöä tai kontekstia tarkemmin, mutta tutkimustuloksissa toistui usein ICU, intensive care unit, tehohoitoyksikkö. Näin ollen tutkimusaineisto toteutti autonomisesti interventiota hakutuloksissa. Vertailumenetelmä (C) on vaihtoehtoinen menetelmä, johon tutkitta-

vaa menetelmää verrataan. Lopuksi saadaan tulokset (O), jotka määrittävät intervention onnistumista tai epäonnistumista. Lopuksi voidaan määritellä vielä tutkimusasetelma (S), jolla menetelmän vaikutusta voidaan parhaiten tutkia. (Valkeapää 2015, 60-61.)

PICOS:n pohjalta muodostuu hakustrategia seuraavasti:

PICOS:n osa	P	I, C	O	S
	Omaiset, sairaanhoitaja	vuorovaikutus	kokemus	kvalitatiiviset menetelmät
Avainsanat	perhe, omaiset, läheiset, sairaanhoitaja, sairaanhoitajat	vuorovaikutus viestintä	kokemus	laadullinen tutkimus, haas- tattelututkimus, struturoitu tai puolistruktu- roitu haastatte- lututkimus

Taulukko 1: Tutkimusartikkeleiden hakustrategia.

Edellisen pohjalta voidaan muodostaa seuraavat sisäänotto- ja poissulkukriteerit:

- 1 Tutkimuksen kohderyhmänä on perheet/omaiset/läheiset (P)
- 2 Tutkimuksen täytyy käsitellä viestintää ja/tai vuorovaikutusta (I, C)
- 3 Tutkimuksessa on selvitetty kokemuksia (O)
- 4 Tutkimuksen oltava laadullinen tutkimus (S)
- 5 Tutkimus voi olla myös määrällinen tutkimus (S)
- 6 Tutkimus ei voi olla kirjallisuuskatsaus (S)
- 7 Tutkimuksen täytyy vastata yhteen tai useampaan tutkimuskysymykseen
- 8 Tutkimus on julkaistu vuosien 2010-2022 välillä. Tällä haluttiin varmistaa se, että tutkittu tieto olisi mahdollisimman uutta.
- 9 Tutkimuksen on oltava kokonaan saatavissa ja maksuton (free full text)
- 10 Tutkimusten tuli olla peräisin luotettavista lähteistä ja lähtökohtaisesti vertaisarvioitu tieteellinen tutkimus
- 11 Tutkimuksen julkaisukielenä on englanti, ruotsi, saksa, hollanti tai suomi
- 12 Tutkimuksilla ei ole maantieteellistä rajausta

Hakusanojen valinnan pohjana käytettiin tutkimuskysymyksiä, sillä tutkimuksen onnistumisen kannalta haun tarkoituksena löytää vertaisarvioitujen tieteellisten tutkimusartikkeleiden kautta vastaukset tutkimuskysymyksiin. Hakusanoiksi muodostui englanninkieliset vastineet

suomenkielisille sanoille perhe, kokemus, vuorovaikutus, viestintä, sairaanhoitaja. Haun kannalta oli tärkeää, että tutkimuksessa korostui juuri perheiden kokemukset eivätkä niinkään sairaanhoitajien, sillä tarkoituksena oli selvittää asiakaslähtöisyyttä perheiden ja omaisten näkökulmasta.

Koska kyseessä on *systemoitu kirjallisuuskatsaus*, voidaan tutkimuksien haussa valita käytettäväksi vain yhtä tietokantaa. Systemoitu kirjallisuuskatsaus muistuttaa systemaattista kirjallisuuskatsausta, mutta erot näiden välillä tulevat juuri tietokantojen ja tutkimusta tekevien tutkijoiden määrässä. (Suhonen, Axelin & Stolt 2015, 14.) CINAHL eli Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature sisältää hoitotieteen ja siihen läheisesti liittyvien alojen tieteellisiä julkaisuja. Tätä pidetäänkin ehdottomasti keskeisimpänä tietokantana, kun tarkoituksena on hakea hoitotieteeseen liittyviä artikkeleita. (Lehtiö & Johansson 2015, 46.) Siksi tutkimuksien pääasiallinen haku tehtiinkin Ebscon CINAHL-tietokantaan hakien kokonaisia tekstejä. Tutkimuksen luotettavuuden vahvistamiseksi ja riittävän kattavuuden saavuttamiseksi tehtiin kuitenkin vielä tarkentava haku ProQuestin tietokantaan ja tarkistushaku vielä Ebscon CINAHL-tietokantaan. Lisäksi tuloksia tukemassa käytettiin manuaalista hakua aihealuetta käsittelevästä kirjallisuudesta.

Haussa käytettiin Boolean operaattoreita, joita on pääasiassa kolme: AND, OR ja NOT (Lehtiö & Johansson 2015, 40). Näistä haussa käytettiin AND- ja OR-sanoja, sillä NOT-sana sulkee helposti pois sellaisia tuloksia, jotka tutkimusaineiston keruun kannalta olisivat olennaisia, sillä NOT poistaa myös sanayhdistelmät, joista toinen sanoista olisi voinut olla tulosten kannalta tarpeellinen. AND yhdistää eri hakukokonaisuudet toisiinsa ja sen katsottiinkin palvelevan tässä tutkimuksessa paremmin tuloksien etsintää. Suosituksen mukaan ei tulisi käyttää enempää kuin kolme AND-operaattoria yhdessä hakulausekkeessa. Tässä tutkimuksessa haku toteutettiin kuitenkin neljällä lausekkeella yhdistettynä AND-operaattorilla, sillä tutkimuskysymykseen vastaavien tutkimuksien määrä ei ollut kovinkaan runsas. Näin ollen neljännen operaattorin lisääminen lausekkeeseen oli tarpeellinen ja lisäsi tuloksien määrää koehakujen jälkeen. CINAHL:ssa oletuskohdennus on otsikko, tiivistelmä ja asiasanat ja tämä kohdennus sopii yleensä katsaus-hakuihin. CINAHL-asiasanat merkitään kenttäkoodilla (MH) (Tampereen yliopiston kirjasto 2021).

Ebscon CINAHL-tietokantaan tehtiin haku ensimmäisen kerran 10.12.2021, jolloin CINAHL:n hakusääntöjen mukaisesti hakulausekkeeksi muodostui: (MH "family" OR MH "next of kin" OR "relatives" OR "sibling") AND (MH "experience") AND (MH "interaction" OR MH "communication") AND (MH "nurse" OR "nurses"). Ensimmäisellä hakukerralla tuloksia tuli 533, josta poimittiin mukaan kahdeksan artikkelia sisäotto- ja poissulkukriteerien perusteella.

Toisella hakukerralla 13.12.2021 lisättiin family-hakukenttään termit next of kin or relatives or sibling, jolloin haku oli muotoa family or next of kin or relatives or sibling AND experience AND interaction OR communication AND nurse OR nurses ja toisen kerran 13.12.2021.

Kirjallisuuskatsauksen päämääränä on koota tietoa ja tehdä siitä mahdollisimman kattava synteesi käyden läpi aiempia tutkimuksia. Koska kyse on itsenäisestä tutkimuksesta ja tavoitteena on toistettavuus ja virheettömyys, saavat luotettavuuskysymykset erityistä huomiota. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 46.) Juuri toistettavuuden, virheettömyyden ja luotettavuuden takia haku toteutettiin toisenkin kerran, vaikka tutkimusmenetelmänä systemoitu kirjallisuuskatsaus sitä ei edellytä. Toisella hakukerralla hakutuloksia saatiin 537 kappaletta. Hakua rajattiin lisää koskemaan vain academic journals, jolloin erilaiset videosisällöt jäivät tuloksista pois. Näin saatiin 532 tulosta. Tuloksista käytiin läpi sata ensimmäistä tutkimusta sisäänotto- ja poissulkukriteerein, jonka jälkeen mukaan poimittiin 15 artikkelia, joista 11 oli jo aiemmalla hakukerralla poimittuja. Neljä artikkeleista oli uusia. Toisella hakukerralla laajennettiin hakusanoja pelkästä family-termistä ja mukaan otettiin rinnakkaiset termit next of kin, relatives, sibling.

ProQuestilla haettiin samoilla hakukriteereillä kuin Ebscosta: family AND experience AND (interaction or communication) AND (nurse or nurses). Lisäksi rajattiin kieliksi englantia, ruotsi, saksa, hollanti ja Suomi, kuten myös CINAHL:n haussa. Mukaan ProQuestin hakuun otettiin tutkimuksia vuodesta 2010 alkaen kuten myös CINAHL:n haussa ja ProQuestilla valittiin tuloksiin vain Scholarly journalseja. Kaikissa toteutetuissa haussa tekstien tuli olla koko tekstejä (full text) ja ne luokiteltiin relevanssin mukaisesti. ProQuestin haun sadan ensimmäisen artikkelin joukosta sisään- ja poissulkukriteerien perusteella löytyi 11 artikkelia.

Kirjallisuuskatsauksen tekijä tekee päätöksiä strategiasta, jolla aikoo hakea tietoa. Muuttujia suunnitelmassa voi olla useita. Mahdollisimman kattavan tiedon hankkimiseksi tietokantahaun lisäksi on hyvä sisällyttää myös manuaalista tiedon haku (Johansson 2007, 6). Löydettyjen artikkelien kautta löytyi vielä kolme artikkelia, jotka haettiin molemmista tietokannasta manuaalihakulla.

6.2 Tutkimukseen hyväksytyt alkuperäistutkimukset ja hakutuloksien arviointi

Hakutulosta tulee arvioida uudelleen, mikäli tuloksien määrä jää alle sadan (Lehtiö & Johansson 2015, 53). Näin ollen voidaan tulkita, että sata on raja siinä, että tuloksien määrä on riittävä. Tässä tutkimuksessa jo ensimmäinen Ebscon haku tuotti satoja tuloksia. Sama toistui toiseen tietokantaan tehdyllä haulilla. Mikäli hakutuloksia tulisi liikaa, on tarpeen tarkastella hakusanoja suhteessa osumien määrään: Vastaako annetut sanat saatuja tuloksia suhteessa tutkimuskysymykseen, johon tuloksilla haetaan vastausta. (Lehtiö & Johansson 2015, 54.)

Tässä haussa määrä oli runsas, mutta kokeilu vähentää hakusanoja osoitti, että tuloksien sisältö muuttui merkittävästi ei-toivottuun suuntaan eikä myöskään lisännyt tuloksissa sellaisen artikkelien määrää, jotka olisivat sopineet paremmin vastaamaan tutkimusongelmaan. Lehtiön ja Johanssonin (2015, 54) mukaan sopiva hakutuloksien määrä ei olekaan yksiselitteinen, vaan se on arvioitava jokaisen tutkimuksen ja haun osalta erikseen (Lehtiö & Johansson 2015, 54).

Kokemusta voidaan tutkia laadullisin menetelmin. Siksi kirjallisuuskatsauksessa käytettävät tutkimuksien haluttiin olevan ensisijaisesti laadullisia, haastatteluihin perustuvia tutkimuksia. Olennaista on saada tietoa siitä, miten perheet ovat kokeneet vuorovaikutuksen sairaanhoitajan kanssa. Sairaanhoitajien kokemuksista on omat tutkimuksensa. Mikäli tehtyjen artikkelihakujen tuloksissa löytyi kvantitatiivisia tutkimuksia, joiden voitiin katsoa täydentävän vuorovaikutukseen ja viestintään perustuvia omaisten kokemuksia, voitiin myös määrällisiä tutkimuksia ottaa mukaan lopulliseen katsaukseen täydentämään aihetta käsitteleviä kvalitatiivisia tutkimuksia. Tämän tutkimuksen kannalta olennaista on löytää yhtäältä niitä kokemuksia, joita omaisille syntyy, ja toisaalta niitä kokemukseen vaikuttavia viestinnän ja vuorovaikutuksen tapoja, jotka vaikuttavat omaisten kokemuksiin. Hoitajien ja lääkärin välistä viestintää koskevat tutkimukset sivuutettiin, sillä ne eivät vastanneet tutkimuskysymykseen. Myöskään sairaanhoitajien kertomia kokemuksia ei otettu mukaan tähän tutkimukseen, sillä tutkimuskysymyksen pohjalta haluttiin selvittää perheiden kokemuksia vuorovaikutuksesta sairaanhoitajien kanssa.

Hakutulosten osalta huomioitavaa on erityisesti kaksi seikkaa. Näistä ensimmäinen liittyy artikkelien tutkimusympäristöön. Hakuohjeissa ei määritelty minkälaisessa hoitoympäristössä omaisten kokemus tulisi liittyä. Tuloksissa kuitenkin nousi systemaattisesti esiin tehohoitoon liittyvien potilaiden omaisten kokemukset. Tutkija halusi pitää fokuksen sairaalaympäristössä, sillä verrattuna esimerkiksi kotihoitoon, sairaalassa hoitaja ja hoitotiimi on jatkuvasti läsnä, kun kotihoidossa omaisten ja hoitajien vuorovaikutus on vähäisempää. Tällä tavalla tutkimuksen fokus olisi siirtynyt näiden kahden hoitopaikan eroihin. Toinen merkittävä huomio hakutulosten kannalta oli se, että hakusanoissa käytetty ”sairaanhoitaja” toi tuloksissa tutkimuksia, joissa puhuttiin laajemmin terveydenhuollon ammattilaisista.

Suomessa terveydenhuollon ammattihenkilö voidaan lain (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559) voidaan määritellä henkilöksi, jolla on saanut lain mukaisen ammatinharjoittamisoikeuden (laillistettu ammattihenkilö) tai ammatinharjoittamisluvan (luvan saanut ammattihenkilö), oikeus käyttää valtioneuvoston asetuksella säädettyä terveydenhuollon ammattihenkilön ammattinimikettä (nimikesuojattu ammattihenkilö). Laillistettu, luvan saanut tai nimikesuojattu ammattihenkilö on oikeutettu toimimaan asianomaisessa ammatissa ja käyttämään asianomaista ammattinimikettä. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559.)

Valvira (2021) lähestyy terveydenhuollon ammattihenkilöyttä ammattioikeuksien kautta. Terveydenhuollon ammattilainen määritellä koulutetuksi terveydenhuollon ammattihenkilöksi, jolla on oikeus harjoittaa terveydenhuollon ammattia sekä Suomessa että ulkomailla. Näistä ammattihenkilöistä tehohoitoyksikköön voidaan sijoittaa mm. lääkäri, sairaanhoitaja, fysioterapeutti ja farmaseutti. (Valvira 2021).

Sairaanhoitaja on yksi terveydenhuollon ammattilainen, joten nämä tulokset liittyvät sairaanhoitajan työhön siinäkin tilanteessa, kun tutkimustuloksissa mainitaan terveydenhuollon ammattilainen. Samalla tulee kuitenkin huomioida, että samat viestintään ja vuorovaikutukseen liittyvät omaisen kokemuksta pohjaavat tekijät kohdistuvat myös muiden terveydenhuollon ammattilaisten kuin vain sairaanhoitajan viestintään ja tapaan olla vuorovaikutuksessa omaisten kanssa, ellei erikseen ole mainittu sairaanhoitajaa.

Opinnäytetyöhön otettiin mukaan karsinnan jälkeen kymmenen alkuperäistutkimusta. Tutkimuksista neljä sijoittuu Yhdysvaltoihin, kaksi Lähi-itään, joista toinen Israeliin ja toinen Saudi-Arabiaan, yksi Kanadaan ja kolme Eurooppaan käsittäen Suomen, Ruotsin ja Italian. Useat kirjallisuuskatsaukset alkavat kirjoitetulla, kuvailevalla yhteenvedolla löydöksistä, jota tukee tietojen kerääminen jokaisesta tutkimuksesta ja esitetään taulukossa. Taulukossa voi eritellä artikkeleista valinnan mukaan seuraavia osia: otsikko, tekijä ja vuosi, täydellinen viite, tutkimusmenetelmä, osallistujat, tutkimuskohde, interventiot, otanta, laatuluokitus, tulokset ja esteellisyydet. (Coughlan & Cronin 2017, 46.) Tässä tutkimuksessa mukaan otetut alkuperäistutkimukset on esitelty seuraavassa taulukossa:

NR O	Tekijä, vuosi, paikka	Artikkelin nimi	Tavoite	Aineisto ja laatuluokitus	Keskeiset tulokset
1	McAndrew, Mark & Butler 2020 USA	Timely Family feedback to guide family engagement in the intensive care unit	Kerätä perheiltä palautetta sairaanhoitajien johtaman laatutyön tueksi ja perheiden sitouttamiseksi.	Määrällinen ja laadullinen tutkimus. Vastajina 178 perhettä. Tulosten analysoinnissa identifioitiin teemoja liittyen perheiden kokemukseen. Organisaation institutionaalinen arviointilautakunta valitsi tutkimuksen	Sairaanhoitajien läheinen ja säännöllinen vuorovaikutus potilaan ja perheiden kanssa mahdollistaa sen, että sairaanhoitajat voivat moniammatillisessa tiimissä olla kehittämässä suhdetta, jolla voidaan tukea perheitä.

				laadun parantamiseksi hanke ja sen vuoksi vapautettiin jatkotarkastelusta.	
2	Bartoli, Trotta, Simone, Pucciarell, Battista, Acampora, Di Muzio, Cappitella, Rocco 2021 Italy	The lived experiences of family members of Covid-19 patients admitted to intensive care unit: A phenomenological study	Tavoitteena kuvailla Covid-19-taudin takia tehohoitoon joutuneiden potilaiden perheiden kokemuksia.	Laadullinen, fenomenologinen haastattelu-tutkimus. Haastateltavina 14 perheenjäsentä. Eettinen lautakunta antoi tutkimukselle hyväksynnän.	Viisi pääteemaa: pelko, irrallisuus, elämä valmiustilassa, perheeseen liittyvä yksinäisyys koronateholla ja odottamattomat tapahtumat. Omaisten kokemusten tunteminen on välttämätöntä, jotta voidaan minimoida omaisten riskit sairastua tehohoidon jälkeiseen oireyhtymään.
3	Schubart, Wojnar, Dillard, Mexzkowski, Kanaskie, Blackall, Sperry, Lloyd 2015 USA	ICU family communication and health care professionals: A qualitative analysis of perspectives	Viestintä tehohoitopotilaan perheen ja terveydenhuollon ammattilaisten välillä. Tavoitteena ymmärtää käsityksiä väärästä viestinnästä sekä olosuhteista, joista niitä esiintyy.	Puolistrukturoitu haastattelututkimus, jossa tutkittavina 22 terveydenhuollon ammattilaista ja viisi aikuista tehohoidossa olutta potilasta. Tutkimus on saanut eettisen hyväksynnän. Aineisto kerättiin anonymisti ja tallenteet hävitettiin aineistonkeruun jälkeen. Kaikki tutkimusryhmän käsittelemä aineisto oli anonymiä.	Neljä viestintään vaikuttavaa teemaa: henkilökohtaiset tekijät, rakenteelliset tekijät, tiedonhallinta ja suhteiden hallinta. Viestintään liittyvät ongelmat pitää ratkaista sillä tasolla, jolla ne ovat.
4	Ellis, Gergen, Wohlgemuth, Nolan, Aslakson 2016 USA	Empowering the cheerers: role of surgical intensive care unit nurses in enhancing family resilience	Tarkoituksena selvittää, miten sairaanhoitajat havaitsevat pitkäaikaisen kirurgisen tehohoitopotilaan ja heidän perheensä, jotta voivat tukea perheiden resilienssiä	Laadullinen tutkimus sisältäen puolistrukturoidun haastattelun, jossa 13 vastaajaa ja neljä ryhmähaastattelua, jossa 17 haastateltavaa.	Tuloksissa nousivat esiin odotukset, tuki ja viestintä. Perheiden resilienssiä voidaan tukea rutiinien ja yhtenäisen viestinnän avulla. Moniammatillinen osallistuminen, ristiriidassa olevat tiedot voivat usein hämmäntää ja häiritä

				Tutkimuksen tarkisti ja hyväksyi Johns Hopkinsin sairaalan instituutionaalinen tarkastusryhmä	omaisia. Viestintä palveluntarjoajan, perheiden ja potilaiden välillä on kulmakivi, jolla luodaan merkityksellisiä suhteita.
5	DeKeyser Ganz, Yihye, Beckman 2019 Israel	Family-Centered Communication and Acute Stress in Israeli Intensive Care Unit	Tavoitteena kuvailla perhekeskeisen viestinnän tasoja ja mielikuvia akuutissa stressissä, joka syntyy, kun potilas on tehohoidossa.	Määrällinen tutkimus. Vastaukset kerättiin 130 potilaan omaiselta kahdessa tehohoitoyksikössä Jerusalemissa Israelissa. Kaksi tutkijaa tapasi perheet, kun he olivat vierailulla potilaan luona. Kysely oli anonyymi ja haastattelut tehtiin haastateltavien suostumuksella. Eettinen lautakunta tarkisti ja hyväksyi tutkimuksen.	Hyvällä sairaanhoitajan viestinnällä perheenjäsenten kanssa voitiin vähentää omaisten akuuttia stressiä, joka aiheutui omaisen henkilökohtaisista ominaisuuksista tai potilaan lääketieteellisestä tilasta.
6	Meriläinen 2012 Suomi	Tehohoitopotilaan hoitoympäristö, psyykkinen elämänlaatu ja toipuminen	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla tehohoitopotilaan hoitoympäristöä sekä selvittää potilaan kokemuksia tehohoidosta. Omaisten rooli nousi esiin jälkiseurantapoliklinikkaa koskevassa tutkimusosuudessa, joka toteutettiin kolmen ja kuuden kuukauden kuluessa tehohoitajaksesta.	Neliosaisessa tutkimuksessa yhdistyi laadullinen ja määrällinen tutkimus. Aineistoa kerättiin havainnoinnalla, mittauksella, haastattelemalla. Laadulliset aineistot analysoitiin induktiivisella ja deduktiivisella sisällön analyysillä. Määrällinen aineisto analysoitiin tilastollisesti.	Tehohoidon jälkiseurantapoliklinikka auttaa potilaita ja omaisia toipumisprosessissa. Jälkiseurantapoliklinikalla omaiset toivat esiin tehohoitajakson vaiheita. Yksi tehohoidossa olevan potilaan hoitoympäristön osatekijöistä, joihin potilas ei itse pääse vaikuttamaan, on oikea-aikainen ja oikeamuotoinen tiedonanto.

				Tutkimuksella on Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin eettisen toimikunnan puoltava lausunto. Tutkimuksen lähtökohtana oli itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen.	
7	Kalocsai, Amaral, Piquette, Water, Dev, Taylor, Downar, Gottlieb Conn 2018 Kanada	“It’s better to have three brains working instead of one”: a qualitative study of building therapeutic alliance with family members of critically ill patients	Tutkimuksessa tarkasteltiin terveydenhuollon henkilökunnan ja tehohoidossa olevien potilaiden omaisten välistä viestintää ja vuorovaikutusta liittyen perheiden osallistamiseen, yhteistyöhön ja vaikutusmahdollisuuksien lisäämiseen.	Laadullinen tutkimus, jossa haastateltiin 20 tehohoidossa olutta aikuista Toronton yliopistollisessa sairaalassa sekä 19 vakavasti sairaan perheenjäsentä. Sairaalan eettinen toimikunta on hyväksynyt tutkimuksen. Tutkimusaineisto on säilytetty salasuojattuna ja lukollisessa säilytyspaikassa.	Viestintä on tiedon vaihtamista ja empatian tarjoamista. Viestinnän avulla sairaanhoitajat rakensivat positiivisia suhteita potilaidensa perheenjäsenten kanssa
8	Alsharari 2019 Saudi-Arabia	The needs of family members of patients admitted to the intensive care unit	Potilaan odottamaton joutuminen tehohoitoon voi olla perheenjäsenille erityisen pelottavaa ja stressaavaa. Tutkimuksen tavoitteena oli tunnistaa tehohoidossa olleiden potilaiden perheenjäsenten tärkeimmät tarpeet ja määrittää niiden suhde sosiodemografisiin ominaisuuksiin	Poikittaistutkimus, joka toteutettiin Saudi Arabian pohjoisen alueen julkisen sairaalan tehohoitoyksikössä. Vastaukset kerättiin kyselylomakkeella ja analysoitiin tilastollisesti. Tutkimus sai hyväksynnän maan eettiseltä toimikunnalta.	Tärkeintä omaisille oli tarve saada varmuus, saada tietoa, läheisyyttä, helpotusta ja tukea. Omaiset, joilla on kohonneet tasot varmuuden, läheisyyden ja tiedon tarpeeseen, on huomioitava. Sen pohjalta pitäisi kehittää tehokkaampaa viestintää ja hyödyllisempää yhteistyötä tarjoten parhaan mahdollisen hoidon ja tuen tehohoitopotilaille ja heidän läheisilleen.

9	Chen, Wittenber, Sullivan, Lorenz, Chang 2021 USA	The Experiences of Family Members of Ventilated COVID-19 Patients in the Intensive Care Unit: A Qualitative Study	Selvittää hengityskoneessa olevan koronapotilaan omaisten kokemuksia ja tuen tarpeita	Puhelimitse tehdyt syvähaastattelut ja sisällyönanalyysi Kymmenen perheenjäsentä, joiden omainen oli koronan takia tehohoidossa. Tutkimus sai hyväksynnän Buffalon yliopiston instituutionaalilta tarkastuslautakunnalta.	Tuloksissa tuli esiin seitsemän pääteemaa: reagointi COVID-19 diagnoosiin, tauti toimii epävakauttavana voimana perheessä, vaikuttaa suruun ja sen näkymiseen, epätoivoinen tiedon etsintä, perheenjäsenten tarpeet, riskitietoiset tunteet videopuheluissa, arvostus annettua hoitoa kohtaan
10	Blom, Gustavsson, Johansson Sundler 2013 Ruotsi	Participation and support in intensive care as experienced by close relatives of patients. A phenomenological study	Tavoitteena tutkia tehohoitopotilaiden osallisuutta ja läheisten kokemia tukea hoitoyksikössä.	Fenomenologinen laadullinen tutkimus, seitsemän keskiuuden ruotsalaisen sairaalan tehohoitoyksikössä olleen potilaan omaisen haastattelut Tutkijoilla oli tutkimuslupa tehohoitoyksikköön ja tutkimus toteutettiin eettisten periaatteiden mukaisesti. Tutkimus on Helsinki komitean periaatteiden mukainen.	Tutkimustuloksien mukaan niin omaisille kuin potilaillekin oli tärkeää osallistua vakavasti sairaan potilaan hoitoon tehohoitoyksikössä. Omaisten kokemuksia voidaan kuvata neljällä tavalla: hoitoon osallistuminen ja potilaan lähellä oleminen, luottamus potilaan saamaan hoitoon, hoitoon osallistumisen tukeminen ja haavoittuvuus.

Taulukko 2: Tutkimukseen valitut alkuperäisartikkelit.

6.3 Aineiston käsittely ja analysointi

Aineiston käsittelyyn voidaan edetä, kun hakutulokset on käyty läpi ja alkuperäistutkimukset on valittu. Aineiston käsittelyssä olennaisinta on valita menetelmä, joka tuottaa mahdollisimman kattavan ja luotettavan kuvan tutkittavasta ilmiöstä. Menetelmä voidaan valita tarkoituksen pohjalta ja olennaista on saada vastaus tutkimuksen tarkoitukseen ja sitä konkretisoiviin

tutkimuskysymyksiin. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aineiston käsittely sisältää yleensä kolme päävaihetta: käsittelymenetelmän valinta, valitun aineiston esittely ja valitun aineiston tulosten esittely. (Kangasniemi & Pölkki 2015, 83-84.) Systemaattisten kirjallisuuskatsauksien tarkoitus on kuvata ja jäsentää valittua tutkimustietoa, sen kehittymistä tai prosessia tai luoda kokonaisuus sisällöstä. Tällaisen tutkimuksen aineistonkäsittelymenetelmäksi sopivat laadulliset menetelmät. Laadullisia aineistonkäsittelymenetelmiä käytetään pääasiassa laadullisiin empiirisiin tutkimuksiin, mutta niitä voidaan soveltaa myös määrällisiin, teoreettisiin ja menetelmällisiin tutkimuksiin. (Kangasniemi & Pölkki 2015, 87-88.) Tässä tutkimuksessa alkuperäisaineisto rakentui hoitotieteellisistä tutkimuksista, joissa omaisten kokemuksia on selvitetty laadullisin menetelmin. Mukana alkuperäisaineistossa on myös määrällisiä tutkimuksia, kuten aiemmin Lukkarinen (luku 5.3) totesi menetelmien yhdistämisen tukevan toisiaan (Lukkarinen 2005, 16). Edellä mainitun Kangasniemen ja Pölkin mukaisesti tämän tutkimuksen aineisto on analysoitu laadullisin aineistokäsittelymenetelmin.

Kun alkuperäistutkimuksiin on perehdytty ja niistä muodostettu kokonaiskuva, voidaan systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa edetä ja pyrkiä analyysin kautta kokoamaan yhteen jo olemassa olevaa tietoa. Tietoa voidaan koota yhteen eri tavoin, kuten raportoimalla tuloksia (yhdistely), yhdistämällä tietoa tai rakentamalla kokonaisuutta (synteesi), pilkkomalla tietoa (analyysi) tai vertailemalla (tilastollinen, käsitteellinen). Aineiston ollessa käsitteellisesti ja menetelmällisesti hajanaista, mielekkäintä on tuottaa yhdistelevää tietoa. Aineiston yhdistely sopii menetelmäksi myös silloin, kun aineistot ovat laadullisesti eri tasoisia, niitä on lukumäärällisesti vähän, ne ovat käsitteellisesti hajanaisia tai ne on ajallisesti julkaistu pitkällä aikavälillä. (Kangasniemi & Pölkki 2015, 85, 88.) Tämän tutkimuksen aineisto on käsitteellisesti ja menetelmällisestikin hajanaista ja määrällisesti suhteellisen pieni, mikä on tyypillistä systemoidulle kirjallisuuskatsaukselle. Raportointia analyysimenetelmänä on pidetty pinnallisena ja referaattimaisena, mutta toisaalta taas juuri heterogeenisyyden takia menetelmä voi myös olla ainoa ja mielekäs vaihtoehto. (Kangasniemi & Pölkki 2015, 89.) Koska pyrkimyksenä oli ymmärtää syvemmin omaisten kokemuksia ja niiden taustalla vaikuttavia tekijöitä sekä viestinnän ja vuorovaikutuksen merkitystä niiden syntymiseen, päädyttiin tässä tutkimuksessa raportoinnin sijaan analysoimaan aineisto aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

6.3.1 Aineiston analysointi aineistolähtöisenä sisällönanalyysinä

Kvalitatiivisen tutkimusaineiston analysoinnin haaste on saada massiivisesta datan määrästä aikaan jotakin järkevää (Anfara & Mertz 2006, 432). Sisällönanalyysissä oli tärkeää pitää mielessä koko analyysin ajan se, mitä tutkitaan aina aineiston läpikäynnistä alkaen teemoitteluun ja yhteenvetoon saakka, sillä kvalitatiivinen tutkimusaineisto tarjoaa aina useita kiinnostavia aiheita.

Analyysin aluksi tutkijan on inventoitava aineisto. Samalla tutkijan tulee tarkistaa kerätyn tiedon laatu ja saada jonkinlainen kokonaiskuva aineistosta. (Patton 2002, 440.) Vasta tämän jälkeen tutkimusaineisto jaetaan osiin ja synteesissä osat laitetaan takaisin yhteen eri tavalla, kuin ne olivat ennen jakamista osin. Usein kvalitatiiviset tutkimukset perustuvat aineiston keräämiseen ja sen osien tulkintaan. Osia pidetään henkilökohtaisena tiedonantona enemmän kuin tietojen kokonaisuutena ja jokaisella osalla on omat toimintansa, järjestyksensä, paikansa, ihmisensä ja sisältönsä. (Stake 2010, 133.) Kvalitatiivinen analyysi muuttaa saadun datan löydöiksi. Tutkija toimii katalysaattorina raa'alle aineistolle saaden aikaan vuorovaikutuksen, joka yhdistelee uuden materiaalin katalyyttiseksi muunnokseksi. (Anfara & Mertz 2006, 432.)

Sisällönanalyysi eteni vaiheittain alkaen tutkijan tekemästä päätöksestä sen suhteen, mikä aineistossa kiinnostaa. Kiinnostuksen taustalla vaikuttivat tutkimusongelma ja tutkimuskysymykset. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on merkitystä sillä, miten pieniin osiin tutkija haluaa aineiston pilkkoa. Lopuksi kirjoitetaan yhteenveto. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 92-93.) Aineiston analysointi aloitettiin käymällä läpi tutkimukseen valitut alkuperäisartikkelit ja niiden keskeiset tulokset samalla varmistaen tutkimuksien soveltuvuuden tutkimusongelmien ja -kysymysten näkökulmasta. Aineistosta poimittiin huolella tutkimuskysymyksiin vastaavat tutkimustulokset ja koottiin yhteen.

Pattonin (2002, 442, 446) mukaan kvalitatiivisen tutkimuksen analyysiin kuuluvat luovuus, älykäs järjestys ja analyttinen tarkkuus sekä paljon kovaa työtä. Tietokoneohjelmat voivat hänen mukaansa helpottaa analyysiä, mutta ne eivät voi antaa luovuutta ja älykkyyttä, jotka tekevät jokaisesta analyysistä ainutlaatuisen. Tietokoneavusteinen analysointi ei ole kuitenkaan välttämättömyys ja voi jopa haitata niitä, jotka kokevat pitkiä aikoja tietokoneen näytön ääressä istumisen epämiellyttävänä. Tämän tutkimusaineiston ollessa melko suppea ja tutkijalla ollessa mahdollisuus tulostaa valitut alkuperäisartikkelit, voidaan sisällönanalyysiä ilman tietokoneavusteista analysointia pitää sopivana tämän tutkimuksen kannalta. Tutkimuksen aineiston analysointitavaksi valitun sisällönanalyysin avulla kvalitatiivisessa tutkimuksessa oli mahdollista analysoida kirjoitettuja, kuultuja tai nähtyjä sisältöjä. Sisällönanalyysi on mahdollista käyttää yksittäisenä metodina tai teoreettisena kehyksenä, joka liitetään erilaisiin analyysikokonaisuuksiin. Laadullisessa tutkimuksessa sisällönanalyysi on paljon käytetty perusanalyysimenetelmä. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 91). Heidän mukaansa aineistolähtöisessä analyysissä myöskään tutkittavasta ilmiöstä tehdyt aiemmat havainnot, tiedot tai teoriat eivät vaikuta siihen, mitä ollaan tutkimassa. Analyysiin liittyvä teoria koskee vain analyysin toteuttamista. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 95-96.)

Sisällönanalyysin tavoitteena oli tämän tutkimuksen aineistoa analysoitaessa luoda tiivistetty kuva tutkittavasta ilmiöstä. Sisällönanalyysiä kritisoidaan analyysimenetelmänä, sillä se koetaan usein vain aineiston järjestämiseksi johtopäätöksiä varten ja jättäen näin analysoinnin

ikään kuin keskeneräiseksi. Aineistolähtöisen analyysin tarkoituksena on kuitenkin luoda kuvaa tutkittavasta ilmiöstä ja saattaa se sanalliseen ja selkeään muotoon. Sanallinen selkeys riippuu siitä, miten hyvin tutkija pystyy jäsentämään analyysin tulokset kokonaisuudeksi johtopäätöksissä. Aineistolähtöisen analyysin tavoitteiden perusteella voidaan tutkimustuloksilta ja niiden pohjalta jäsenneilyltä johtopäätöksiltä odottaa vastausta tutkimuskysymyksiin.

Prosessina aineistolähtöinen analyysi käsittää aineiston järjestämisen tiiviiseen muotoon, mikä edellyttää, että ensin aineisto on hajotettava osiin, jotta se voidaan koota informaation säilyttäen koota uudelleen tutkimuskysymysten ohjaamana antamaan vastauksen tutkimusongelmaan. (Patton 2002, 453; Tuomi & Sarajärvi 2013, 108.) Määriteltäessä analyysiyksikköä ennen varsinaisen sisällönanalyysin aloittamista, huolellinen aineistoon tutustuminen osoitti, että analyysiyksikkö kokemuksien ja viestinnän redusoinnissa rakentui adjektiivien tai adjektiivimaisesti käytettyjen sanojen ympärille viittamaan ominaisuuteen tai laatuun (Korhonen & Maamies 2015, 342).

6.3.2 Teemoittelu sisällönanalyysissä

Jotta tämän tutkimuksen tutkimusongelmaan saatiin vastaus, valittiin analyysitekniikaksi teemoittelu. Kun aineisto oli huolella käyty läpi ja koottu yhteen tutkimuskysymyksiä vastaavat sisällöt alkuperäisartikkeleiden tutkimuksista, lähdettiin jatkamaan analyysiä yksittäisten sanojen ja teemojen kautta muodostaen vähitellen yläluokkia analyysimenetelmää noudattaen. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa luokittelu olisi antanut vastauksen luokitellun aineiston toistuvuuteen, miten usein jokin vastaus toistuu tutkittavassa aineistossa. Toistumisen määrällinen selvittely ei kutienkaan olisi vastannut tutkimusongelmaan, jossa haluttiin selvittää kokemusten sisältöä. Myöskään tyyppittely ei olisi vastannut tässä tutkimuksessa esitettyyn tutkimusongelmaan. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisesti, jolloin teemat nousivat itse aineistosta eivätkä siis olleet etukäteen sovittuja. Aineistolähtöisen analyysin haasteet liittyvät tutkimustulosten objektiivisuuteen. Objektiivisiä tuloksia ei varsinaisesti ole olemassa, jolloin ongelmaksi muodostuu tutkijan kykyä kontrolloida aineiston analysointia tutkittavien ehdoilla, eikä tutkijan ennakkoluulojen saattamana. Ongelma voidaan ratkaista siten, että tutkija kirjoittaa ilmiöön liittyvistä ennakkokäsityksistään ja tiedostaa analyysin aikana niiden olemassaolon. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 95-96.)

Omaisten kokemuksia on tutkittu aiemminkin ja siten vastauksia pystyi arvioimaan ennalta. Aiemmissa tutkimuksissa ei kuitenkaan ole painottunut viestinnällinen lähestymistapa vastauksena emotionaaliin kokemuksiin ja tiedollisiin tarpeisiin. Aineistolähtöisen analysoinnin mallista hyödynnettiin tämän tutkimuksen kohdalla mallia, jossa aineistosta nostetaan esiin tutkimuskysymysten näkökulmasta olennainen sisältö. Tuomi ja Sarajärvi (2013, 101) kutsuvat mallia Laineen malliksi. Kun aineistoon on paneuduttu riittävästi, on siitä mahdollista saada esiin

merkitysten muodostamia kokonaisuuksia yhteenkuuluvuuden ja samankaltaisuuden perusteella. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 101-102.) Tässä tutkimuksessa käytettiin aineistosta nousevien keskeisimpien kuvauksien teemoittelua, joiden avulla rakennettiin aineistosta analysoitu kokonaisuus. Pelkistäminen ja ryhmittely kuuluvat kaikkeen aineistolähtöiseen analysointiin. Ne aloittavat merkityskokonaisuuksien jäsentämisen ja ovat siten siis osa aineiston tulkintaa. Yhdistävien kategorioiden luominen ja koordinoivat tulkinta ovat merkityskokonaisuuksien syntetisointia. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 103.)

Tämän tutkimusaineiston analyysissä noudatettiin induktiivisen eli aineistolähtöisen kvalitatiivisen analyysin vaihteita. Aineisto oli valmiiksi kirjallisessa muodossa, joten aineistolähtöiselle analyysille tyypillistä litterointia ei tarvittu samaan tapaan kuin esimerkiksi haastatteluina kerätyn tutkimusaineiston kohdalla. Tutkijan tutustuttua saatuun aineistoon ja käytyään sen perusteellisesti läpi, saatu aineisto redusointiin. Tutkimuksen kannalta epäolennainen tieto karsittiin pois. Raamit aineiston karsimiselle saatiin tutkimuskysymyksistä. Tutkija kävi aineistoa läpi kysymyskokonaisuuksina poimien aineistosta sen informaation, joka oli tutkimuskysymysten kannalta olennaista. Tämän jälkeen tutkija kävi redusoidun aineiston läpi uudelleen pelkistäen jäljelle jäänyttä aineistoa etsien ilmaisuja, joissa viitattiin omaisten kokemuksiin, viestintään ja vuorovaikutukseen. Analysoidussa aineistossa puhutaan terveydenhuollon ammattilaisista ja asiantuntijoista. Sisällöllisesti nämä käsitteet toimivat synonyymeinä toisilleen. Mikäli alkupe- räisartikkeleissa on erikseen puhuttu sairaanhoitajasta tai lääkäristä, on nämä huomioitu erikseen säilyttäen termit sellaisenaan myös suomennettuna. Koska terveydenhuollon ammattilaisiin ja asiantuntijoihin lukeutuvat myös sairaanhoitajat laillistettuina terveydenhuollon ammattihenkilöinä, voidaan tätä tutkimusta pitää sairaanhoitajien ja omaisten välisen viestinnän ja vuorovaikutuksen tutkimuksena.

Kokemuksien rinnalla aineistosta nousi esiin omaisten erilaisia tarpeita, joita ilmaistiin usein mahdollisuuden kautta suomennettuna esimerkiksi tulisi, saisi, pitäisi ja voisi (Korhonen & Maa- mies 2015, 395). Samalla tutkija kuitenkin huomioi koko aineistoa niin, että mikäli kokemuksia, viestintä, vuorovaikutusta tai tarpeita kuvattiin muilla tavoin, eivät ne jääneet huomioimatta (Tuomi & Sarajärvi 2013, 108). Tuomen ja Sarajärven (2013, 87) mukaan tietty määrä aineistoa riittää tuomaan esiin sen teoreettisen peruskuvion. Saturaatio liittyy siihen, kun aineisto alkaa toistaa itseään. Samalla kuitenkin ei voida olla täysin varmoja siitä, etteikö jotakin uutta olisi voinut tulla esiin, mikäli aineisto olisi ollut laajempi. Tämän tutkimuksen aineistolähtöisen analyysin edetessä redusointiin kymmenen vertaisarvioitua tutkimusartikkelia tiivistelmiksi aineiston jatkotyöstämistä varten analyysimallin mukaisesti edeten. Kokemuksien kohdalla aineisto alkoi toistaa itseään muutaman artikkelin jälkeen. Myös viestintään liittyvissä asioissa oli toistuvuutta. Tuomen ja Sarajärven (2013, 87) mukaan saturaatioon vetoaminen ei sovi kaikkeen

laadulliseen tutkimukseen, koska laadullisen tutkimuksen aineistolla ei lähtökohtaisesti edes pyritä tieteelliseen yleistykseen.

Tiivistelmien pohjalta tutkijan oli luonteva edetä klusterointiin, sisällönanalyysin seuraavaan vaiheeseen, jossa aineiston ryhmittelyssä etsitään samaa tarkoittavia käsitteitä tai eroavaisuuksia. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 87.) Luokitteluyksikkönä voidaan pitää esimerkiksi tutkittavan ilmiön ominaisuutta, piirrettä tai käsitystä. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 110.) Tutkimusaineistosta kootut käsitteet luokiteltiin ryhmiksi aineistosta nousevien teemojen mukaan. Tämän jälkeen aineisto abstrahoitettiin eli sen pohjalta luotiin teoreettisia käsitteitä. Tuomen ja Sarajärven (2013, 95-96) mukaan analyysiyksiköt eivät ole etukäteen sovittuja tai harkittuja.

Tutkittavien ilmaisut sisältävät Laineen (2010, 31) mukaan merkityksiä, joita voidaan lähestyä vain ymmärtämällä ja tulkitsemalla. Tulkinta rakentuu kahdesta tasosta, jotka ovat tyypillisiä sekä fenomenologiselle että hermeneuttisellekin tutkimukselle. Ensimmäinen taso eli perustaso muodostuu tutkittavan koetun elämän esiymmärryksessä, joka on arkielämän luontaista ymmärrystä. Itse tutkimus tapahtuu toisella tasolla ja se kohdistuu ensimmäiseen tasoon. (Laine 2010, 31-32.) On huomattava, että analyysin on tapahduttava aineiston tiedonantajien ehdoilla eikä tutkijan ennakkoluulojen saattamana. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 95-96).

Abstrahoinnissa kuljetaan aineiston kanssa kohti johtopäätöksiä luokitellen teemojen pohjalta muodostettuja ryhmiä ylempiin luokkiin. Samalla kootaan kokoavia teemoja päättelyn ja tulokinnan johdattamana yleiskäsitteiksi, yhdistäviksi teemoiksi. Tässä tutkimuksessa aineisto analysoitiin kulkemalla vaiheittain kohti ylempiä kategorioita. Pääluokiksi nousivat kokemukset ja tarpeet sekä viestintä. Näiden pääluokkien alle muodostui alaluokkia, jotka on kerrottu tarkemmin seuraavassa luvussa 6 tulosten raportointi.

6.3.3 Validiteetti ja reliabiliteetti

Aineiston analyysin luotettavuutta voidaan tarkastella validiteetin ja reliabiliteetin avulla. Validiteetilla varmistetaan se, että tutkimuksessa on tutkittu sitä, mitä on luvattu tutkia, ja reliabiliteetti kertoo tutkimustulosten toistettavuudesta. Vaikka käsitteiden liittäminen kvalitatiiviseen tutkimukseen sisältää kritiikkiä siksi, että käsitteet ovat syntyneet alun perin kvantitatiivisen tutkimuksen tutkimusalueella, voidaan niitä kuitenkin käyttää kvalitatiivisen tutkimuksen laadunarvioinnin kriteereinä, tosin ilman yksiselitteisiä ohjeita. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 136, 140.) Luotettavuutta parantaviksi tekijöiksi Tuomi ja Sarajärvi (2013, 142) arvioivat muun muassa sen, että tutkimuksen tiedonantajat arvioivat tulosten ja johtopäätösten osuutta. Validiteetissä tulokset esitetään henkilöille, joita aineistot koskevat tai jotka tuntevat tutkittavan ilmiön. Heitä pyydetään arvioimaan tuloksia tutkittuun ilmiöön. Myös lukijoiden ja tutkimusta käyttävien kommentit tuloksista ja johtopäätöksistä voi olla tutkimuksen luotetta-

vuutta parantava tekijä. Vaikka Tuomen ja Sarajärven (2013, 142) mukaan luokittelijoiden käyttäminen laadullisen tutkimuksen analyysin luotettavuuden parantamisessa vie aikaa, oli tällainen validiteettiä parantava menetelmä mahdollista toteuttaa tämän tutkimuksen kohdalla lisäten näin tutkimustulosten luotettavuutta.

Tässä tutkimuksessa validiteettia voidaan arvioida samaa aihetta käsittelevien aiempien tutkimustuloksien kautta. Tämän tutkimuksen analyysissä käytettiin lisäksi rinnakkaiskoodaajaa varmistamaan aineiston analyysin oikeaa tulkintaa. Sosiaali- ja terveysalaa tunteva rinnakkaiskoodaaja sai alkuperäisartikkelit, jotka hän luki ja vertasi tämän tutkimuksen tuloksissa löytyihini teemoihin. Nämä teemat vastasivat tutkijan tekemää teemoittelua. Tässä tutkimuksessa tutkimuksien tiedonantajien ei ollut mahdollista tarkastella tulosten ja johtopäätösten osuutta. Analysoitua aineistoa pääsi lukemaan kuitenkin kolme henkilöä, jotka ovat olleet omaisen roolissa läheisensä sairastuessa vakavasti. He arvioivat oman kokemuksen pohjalta saatujen teemojen vastaavuutta emotionaalisiin kokemuksiin ja tiedollisiin tarpeisiin, joita heillä itsellään oli ollut. Jokainen lukija löysi ja tunnisti aineistosta itselleen tuttuja kokemuksia ja tarpeita. Tämä luotettavuuden arviointimenetelmä ei ole kattavin, mutta kirjallisuuskatsauksessa, jossa alkuperäisartikkelit eli katsauksen aineisto koostuu kansainvälisistä vertaisarvioituista artikkeleista ja siten tutkimuksen tiedonantajien ei ole mahdollista päästä arvioimaan tämän tutkimuksen johtopäätöksien luotettavuutta, voidaan pitää tätä suppeampaa tarkistuslukijakuntaa kohtuullisena luotettavuuden mittarina.

7 Tulosten raportointi

Tässä luvussa raportoidaan alkuperäistutkimuskohtaisesti tuloksista. Johtopäätöksissä tuodaan yhteen tulokset ja pohditaan niiden merkitystä sairaanhoitajan työn näkökulmasta. Lisäksi tuodaan esiin, minkälainen merkitys omaisten kokemuksella on hoitotyön kannalta.

7.1 Omaisten emotionaaliset kokemukset

Omaisen kokemuksen muodostumiseen vaikuttavat tekijät voidaan jakaa emotionaalisiin kokemuksiin sekä tiedollisiin tarpeisiin. Jotkut emotionaaliset kokemukset liittyvät vahvemmin koronaan sairastuneiden tehohoitoon joutuneiden potilaiden omaisiin, mutta samanlaisia tunteita kokevat myös muiden sairauksien takia tehohoidossa olleiden potilaiden omaiset. Tiedolliset tarpeet ovat hyvin samanlaisia riippumatta siitä, onko kyse koronapotilaiden omaisista vai muihin sairauksiin sairastuneiden, tehohoitoon joutuneiden potilaiden omaisista. Emotionaalisista kokemuksista tuodaan esiin seuraavia tekijöitä.

7.1.1 Pelko, avuttomuus, kärsimys ja yksinäisyys

Pelon ja avuttomuuden kokemus syntyvät, kun omaisella ei ole yhteyttä potilaaseen. Yhteyden puute synnyttää epä tietoisuutta, joka luo pelkoa ja avuttomuutta. Omaiset kertovat kärsivänsä, kun näkevät potilaana olevaa läheistään kohdetavan objektina tai epäinhimillisesti. Terveystieteiden ammattilaisten tapa suhtautua hoidossa olevaan potilaaseen vaikuttaa omaisten kokemukseen ja omaiset ovat hyvin herkkiä kärsimystä aiheuttaville kokemuksille. Ammattilaisten osoittama arvokkuus ja huolenpito on siis tärkeää ja ehkäisee näiden kokemusten syntymistä. (Blom, Gustavsson & Johansson Sundler 2012, 5.)

Pelon ja yksinäisyyden kokemukset ovat italialaistutkimuksen (Bartoli ym. 2021, 929-931) mukaan yleisempiä naisilla kuin miehillä. Pelolla, eristäytyneisyydellä ja yksinäisyydellä on vakavat vaikutukset läheisten henkiseen ja fyysiseen terveyteen. Tehohoitoon joutuneen koronapotilaan omaisten kokemusten tunteminen on välttämätöntä, jotta voidaan minimoida omaisten riskit tehohoidon jälkeiseen oireyhtymään. Tämä tutkimus osoittaa sen, että koronatehohoitopotilaiden läheisillä on tarve ilmaista tunteensa ja tarpeensa erityisesti, kun he eivät voi olla läheistensä lähellä eivätkä voi jutella suoraan hoitajien tai lääkärin kanssa asioista. Terveyskriisit, joihin koronapandemiakin lukeutuu, luovat ihmisissä monenlaisia huolia ja kysymyksiä, mutta myös erityisiä tiedontarpeita terveydenhuollon ammattilaistenkin keskuudessa, sillä he tarvitsevat kriisin keskellä usein tietoa ennaltaehkäisevää käyttäytymistä korostavan viestinnän tueksi. Vakavan terveysriskin ilmaantuessa kansalaisten suurin tiedontarve liittyy tietoon, jonka

pohjalta he voivat arvioida tartunnan saamiseen, vakavaan sairastumiseen ja mahdolliseen kuolemaan liittyviä riskejä. (Henrich & Holmes 2011; Koirikivi 2019, 34-35.) Ihmisten tarpeisiin vastaamisessa organisaation resurssit voivat muodostua haasteeksi, sillä kriiseille on tyypillistä niihin kohdistuvat ajalliset paineet, ja siksi organisaatio ei välttämättä ehdi selvittää ihmisten tiedontarpeita tai osallistua julkiseen keskusteluun. (Henrich & Holmes 2011; Koirikivi 2019, 36) Riittämätön viestintä ja kansalaisyhteisöön liittyvä puutteellinen ymmärrys voi johtaa terveyskriiseissä ihmisten hämmennykseen, joka voi näkyä hoitoon hakeutumisen viivästyksenä. Erityisesti haavoittuvassa asemassa olevat ihmiset ovat vaarassa, sillä heidän sairastumiseensa voivat vaikuttaa esimerkiksi terveyteen liittyvät riskitekijät, puutteelliset hoitoon pääsemisen mahdollisuudet tai elinolosuhteet. (Van der Meer & Jin 2020; Liu & Kim 2011; Vaughan & Tinker 2009; Savoia ym. 2013; Koirikivi 2019, 37.)

7.1.2 Irrallisuus

Tutkimusten mukaan huomiota tulee kiinnittää erityisesti perheiden emotionaalisiin tarpeisiin, kun perheet käyvät elämässään läpi vaikeita asioita esimerkiksi koronapandemian aikana. (Bartoli ym. 2021, 927.) Eristykseen ja vierailun rajoituksiin liittyvistä ohjeistuksista huolimatta omaiset toivovat mahdollisuuksia sallia kasvokkaisia vierailuja tehohoidossa olevien läheistensä luona. Vaikka poikkeavat ja rajoittavat ohjeet kyllä ymmärretään, toivotaan silti joustoa erityisesti kuolevan läheisen luona. Omaisille riittää, että edes yksi perheenjäsen voisi vierailla potilaan luona vaikka täysissä suojavarustuksissa. (Chen ym. 2021, 873.) Omaiset kokevat irrallisuutta, kun heillä ei ole mahdollisuutta tavata läheistään eivätkä he saa tietoa. Ero läheisestä ja fyysisen kontaktin puuttuminen kadottaa yhteyden omaiseen, jolloin henkilökunnan rooli proaktiivisena viestijänä korostuu omaisen kokemuksen syntymisessä. Viestinnällä voidaan ehkäistä irrallisuuden tunnetta, kun tietoa tehohoidossa olevasta läheisesti kerrotaan omaisille. Koronaviruksen aiheuttama Covid-19-tauti konkretisoi irrallisuutta ja fyysisen yhteyden puuttumista potilaana oleviin läheisiin. Ulkopuolelta tulevat rajoitukset sairaalavierailuihin määrittelevät omaisten toimintaa käytännössä estäen mahdollisuuden vierailla tehohoidossa olevan läheisen luona ja lisäävät siten myös omaisten pelkoa ja ahdistusta. (Bartoli ym. 2021, 929-930.)

7.1.3 Valmiustilassa eläminen

Kun yhteyttä potilaaseen ja henkilökuntaan ei ole, kokevat omaiset elävänsä valmiustilassa. Yhteydenpito on voinut katketa jo koronateholle mentäessä, jonka jälkeen he kokevat ajan vain pysähtyneen ja samalla heidän odotuksensa alkaneen. Huoli läheisestä kasvaa, kun omaiset eivät voi tehdä mitään, kuten osallistua potilaan hoitoon tai olla lohduttamassa. Odottaessa tietoa kasvaa omaisten epävarmuus hoidon laadusta. He pohtivatkin tällöin mm. huolehdi-

taanko heidän läheisestään riittävän hyvin. Omaiset kokevat myös potilaan ennusteeseen liittyvää epävarmuutta. Erityisesti koronapotilaiden läheisillä on jäänyt kuolemaan liittyvät hyvästit sanomatta ja se on herättänyt omaisissa huolta. (Bartoli ym. 2021, 927.)

7.1.4 Ristiriitaisuus

Omaiset kokivat huolta myös omasta terveydestään ja mahdollisen tartunnan saamisesta, kun heidän läheisensä sairastuttua Covid-19-tautiin. Kokiessaan huolta, omaisilla on myös fyysisiä ja psyykkisiä oireita. Huoli hävenee, jos omainen voi olla fyysisesti ja henkisesti läsnä sairaan läheisensä luona. Fyysisten vierailujen sijaan korona-aikana on omaisille mahdollistettu läheisen luona vieraileminen videopuheluin. Tämä on herättänyt ristiriitaisia kokemuksia omaisissa. Joillakin omaisilla tämä videovälitteinen vierailu on lisännyt kärsimystä, ja eräs vastaaja onkin kertonut itkeneensä nähtyään läheisensä tajuttomana potilaana makaamassa sängyssä yhdistettynä koneisiin. Ristiriitaisuus syntyy yleensä toiveiden ja toteutumisen välisenä, kun yhtäältä omaiset haluavat nähdä tehohoidossa olevan koronaan sairastuneen läheisensä, mutta toisaalta taas läheisen näkeminen tehohoito-olosuhteissa on kokemuksena järkyttävä. Omaiset, joilla ei ole ollut mahdollisuutta videopuheluun, ovat kokeneet syvää pettymystä. (Chen ym. 2021, 872.) Fyysistä läheisyyttä on voitu korvata myös potilaan lähelle viedyllä omaisten valokuvilla muistuttamaan potilasta omaisista. Samalla myös omaiset ovat kokeneet läheisyyttä tietäessään potilaan näkevän heidät. (Blom ym. 2012, 4.) Valokuvien käyttö onkin yksi vaihtoehto omaisten fyysiselle läsnäololle sairaalassa. Samanlaisia ristiriitaisuuden kokemuksia ei raportoitu omaisten vieraillessa fyysisesti tehohoitoyksikössä läheisensä luona. Puhuttaessa teknologian hyödyntämisestä vuorovaikutussuhteissa voidaan puhua relationaalisesta viestinnästä, joka sisältää monenlaiset vuorovaikutussuhteen muodot, tasot ja kokemukset. Teknologiavälitteisessä vuorovaikutuksessa relationaalista viestintää on usein tutkittu vertaillen sitä kasvokkaisuviestintään. Useat tutkimuksista tulkitsevat vuorovaikutussuhteiden kehittymisen haastavammaksi tai suhteiden laadun heikommaksi teknologiavälitteisessä vuorovaikutuksessa kasvokkaisuviestintään verrattuna. Kasvokkaisessa vuorovaikutuksessa olevilla on koettu olevan suurempaa tyytyväisyyttä ja nautintoa vuorovaikutussuhteesta, suurempaa läheisyyttä ja toisesta pitämisestä kokemuksia vuorovaikutuskumppanin kanssa sekä vähemmän konflikteja vuorovaikutussuhteessa (Mallen, Day & Green 2003; Okdie ym. 2011; Jämsen 2021; 19.) Teknologiavälitteisen vuorovaikutuksen haasteita selittävistä teorioista on cues-filtered-out-näkökulma, näkökulma nonverbaalisen viestinnän puuttumisesta. Sen mukaan teknologiavälitteisestä vuorovaikutuksesta puuttuvat nonverbaaliset vihjeet johtavat muutoksiin vuorovaikutuksen säätelyssä, kuten vuorovaikutusosapuolten mahdollisuuksissa luoda käsitys toisistaan ja kyvyssä tunnistaa vuorovaikutuksen konteksti. (Jämsen 2021, 19.)

7.1.5 Yllättävyys

Läheisen sairastuessa yllättäen, kokevat omaiset usein epäuskoa tapahtuneesta. Sairauden vakavuus saa omaiset miettimään miten sairaus vaikuttaa heidän perheeseensä ja elämäänsä. Odottamaton tapahtuma voi saada omaisissa aikaan desorientaatiota ja syyllisyyttä. Kertominen kokemuksistaan tutkimushaastattelijalle, on auttanut omaisia ymmärtämään läheisen vaikean sairauden aiheuttamia tunteita. (Bartoli ym. 2021, 929-931.) Äkillinen sairastumisen ja kriisin myötä ihmisessä usein käynnistyy prosessi, jonka eteneminen on hyvin yksilöllistä. Ihmiset reagoivat tällaiseen traumaattiseen kriisiin eri tavalla, eikä kukaan osaa valmistautua niiden herättämiin tunteisiin etukäteen. Läheisen vakava sairastuminen voi aiheuttaa omaiselle kriisin, josta selviytymisessä on löydettävissä neljä vaihetta: sokki, reaktio-, käsittely- ja uudelleensuuntautumisen vaihe. Etenkin reaktiovaiheessa ihminen kokee monesti pelkoa ja ahdistusta kohdatessaan järkyttävän tapahtuman. (Terveyskylä 2021 a). Stressaantuneena ja ahdistuneena ihminen on monesti levoton. Läheisen sairaus herättää huolta selviytymisestä, niin omastaan kuin läheisensäkin. Tieto ja ymmärrys omaisten moninaisesta tunne- ja kokemuksesta antaa laajemman ymmärryksen ja sitä kautta paremman mahdollisuuden sairaanhoitajalle onnistua vuorovaikutuksessa potilaan omaisten kanssa.

7.1.6 Suru

Surua koetaan tutkimusaineiston mukaan tilanteissa, joissa omaisen ei ole voinut osallistua tehohoidossa olevan läheisensä hoitoon. Läheisen kuoleman lisäksi myös tieto siitä, että läheisen nopeasta kuolemasta ilman, että hän oli saanut elämän loppuvaiheen hoitoa, sai omaiset surulliseksi. (Chen ym. 2021, 872.)

7.1.7 Riippuvuus ja haavoittuvuus

Riippuvuus ja haavoittuvuus kokemuksina liittyvät riittävän tiedon saamiseen. Omaiset ovat riippuvaisia terveydenhuollon ammattilaisilta saamistaan tiedoista potilaan vointiin liittyen. (Blom ym. 2012, 6.) Tämä korostui erityisesti tilanteissa, joissa omaisten ei ole ollut mahdollista olla fyysisesti läsnä läheisensä luona. Sairaalavierailujen ollessa rajattuja, tiedon saannista tulee perheille elintärkeä asia. Omaiset kokevat turhautumista terveydenhuollon henkilökunnan viestintään tilanteessa, kun he kaipaavat henkilökunnalta tietoa, mutta sitä ei ole saatavilla. (Chen ym. 2021, 872.) Tiedon puute myös niissä tilanteissa, kun omaiset eivät saa kysymyksiinsä vastauksia, asettaa omaisen haavoittuvaan tilaan. Tällöin syntyy epävarmuutta, joka myös estää omaisia kysymästä terveydenhuollon ammattilaisilta mieltään mietityttäviä asioita. Epätietoisuuden kehä kasvaa epävarmuuden ja haavoittuvuuden kautta. Epävarmuus potilaana olevan läheisen selviämisestä painaa omaisten mieltä ja saa aikaan kokemuksen riippuvuudesta, jossa omaiset, potilas ja tilanne on kiinni terveydenhuollon ammattilaisten tekemästä työstä. Toisten

potilaiden asioiden kuuleminen asettaa omaiset vaikeaan tilanteeseen ja luo omanlaistaan haavoittuvuuden tunnetta toisten puolesta. Haavoittuvuuden koetaan siis liittyvän kokonaistilanteeseen, joka koskee niin potilasta kuin omaisia. (Blom ym. 2012, 6.)

7.1.8 Stressi

Stressiä omaiset kokevat usean tekijän seurauksena. Pelko aiheuttaa fyysisiä ja henkisiä oireita. Omaisten stressiä lisää myös puutteellinen vuorovaikutus omaisten ja terveydenhuollon henkilökunnan välillä sekä se, että omaiset eivät ole voineet kertoa potilaasta, hänen voinnistaan tai toiveistaan ja mieltymyksistään hoitohenkilökunnalle. Heikko vuorovaikutussuhde omaisten ja henkilökunnan välillä johtaa heikkoon tiedonkulkuun ja siten vaikuttaa myös yhteisymmärryksen löytymiseen koskien potilaan hoitoa näyttöön perustuvassa hoitotyössä. Puutteet tiedonkullussa saattavat vaikuttaa myös potilaan hoitoa koskevaan päätöksentekoon, johon omaiset osallistuvat läheisensä edustajina. Omaisten kokemia stressiä ovat erikseen tutkineet DeKeyser Ganz, Yihye ja Beckmanin (2019, 275) joiden saaman tuloksen mukaan tehohoitojakso voi olla stressaavaa potilaiden perheenjäsenille.

Stressin kokemiseen voidaan vaikuttaa luottamuksellisen suhteen ja yhteyden rakentamisella omaisten ja terveydenhuollon ammattilaisten välillä. Kaksisuuntaisella vuorovaikutuksella terveydenhuollon ammattilaiset antavat tietoja potilaan voinnista, kun samalla saavat omaisilta ja potilaalta tärkeitä tietoja. Nämä tiedot voivat liittyä potilaan mieltymyksiin, uskomuksiin ja arvoihin sekä perheenjäsenten ymmärrykseen diagnoosista ja ennusteesta. Potilaan omaisten tunteiden tunnistamisella ja huomioimisella voidaan omaisia kohdatessa osoittaa myötätuntoa ja vähentää stressin kokemusta. Epävarmuus potilaan ennusteesta lisää stressiä. Päätöksenteolla huomioiden potilaan mieltymykset ja arvot, pyritään yhdessä potilaan, jos mahdollista, omaisten ja terveydenhuollon ammattilaisten kanssa löytämään yksimielisyys näyttöön perustuvasta hoidosta. Tehohoidossa olevien potilaiden omaisten kokema stressi on omiaan laukaamaan omaisille tehohoidon jälkeisen oireyhtymän, PICS-F, post-intensive care syndrome-family. (DeKeyser Ganz ym. 2019, 275.) Oireyhtymä kuvaa tilannetta, jossa sairaalasta kotiutuneen ja kriittisestä sairaudesta toipumassa olevan potilaan havaitaan kärsivän uudesta tai pahentuneesta häiriöstä jollakin fyysisillä, psyykkisillä, kognitiivisilla tai elämän laatuun liittyvillä osa-alueilla (Niittyvuopio & Pikkupeura 2017, 275). Perhekeskeisellä viestinnällä voidaan vähentää tehohoidossa olevan potilaan omaisten stressitasoja ja siten myös laskea tehohoidon jälkeisen oireyhtymän syntymistä perheenjäsenillä. (DeKeyser Ganz ym. 2019, 276.)

7.1.9 Turvallisuuden tunne ja luottamus

Turvallisuuden tunteen lisääntyminen lisää omaisten luottamusta terveydenhuollon ammattilaisiin. Luottamusta voidaan vahvistaa tukemalla omaisia mm. osoittamalla myötätuntoa ja antamalla heille riittävästi tietoa potilaan tilanteesta. Kun terveydenhuollon ammattilaiset teholla tulevat tutuiksi, omaisille tulee tunne, että heidän läheisensä saa hyvää hoitoa. Jatkuvuuden tunne potilaan hoidossa lisää omaisten luottamusta terveydenhuollon ammattilaisiin. Tällä tavalla voidaan myös parantaa omaisten hyvinvointia. Arkipäiväinen, epämuodollinen keskustelu omaisen kanssa vakavan tilanteen keskellä koetaan usein myönteisenä. (Blom ym. 2012, 4-5, 7.) Myös selkeä, rehellinen, yhdenmukainen ja avoin viestintä on tärkeää. Näiden avulla voidaan vaikuttaa luottamukseen joko rakentavasti tai heikentävästi. Kun terveydenhuollon ammattilaiset ovat keskenään eri mieltä potilaan hoidosta, kokee omaisen olonsa hämmennyneeksi siitä, ettei tiedä, mihin voi luottaa. Tehokas viestintä sisältää terveydenhuollon ammattilaisten yksimielisyyden lisäksi myös kysymyksiin vastaamisen ja sen varmistamisen, että läheiset ymmärtävät heille annetut vastaukset. (McAndrew, Mark & Butler 2020, 47.)

7.1.10 Voimaantuminen

Oman mielipiteensä sanominen ääneen ja rohkeus olla eri mieltä terveydenhuollon ammattilaisten kanssa antaa omaisille voimaantumisen kokemuksen. Sen myötä heistä tulee terveydenhuollon ammattilaisille kumppaneita päätöksenteossa. Omaisille on myös tärkeää se, miten lääkärit reagoivat, jos omaiset ovat heidän kanssaan eri mieltä. Jokaista asiaa ei ole tarpeen kysyä omaisilta, vaan pienemmistä toimenpiteistä on sopivaa päättää ilman omaisten mielipiteen kuulemista. Omaisten voimaantumisessa erityisesti lääkärit ovat keskeisessä roolissa. (Kalocsai ym. 2018, 5.)

7.1.11 Yhteenveto emotionaalisista kokemuksista

Meriläinen (2012, 39) viittaa tutkimuksessaan aiempiin tutkimuksiin, joiden perusteella voidaan nähdä omaisten kokemukseen vaikuttavia tekijöitä. Tutkimuksessa on havaittu tehohoidossa olleiden potilaiden omaisilla alentunutta psyykkistä hyvinvointia 90 vuorokautta tehohoidon tai potilaan kuoleman jälkeen. Meriläinen mainitsee Davidsonin vuonna 2010 kehittämän keskusteluteorian, jonka mukaan tehohoidossa olleiden potilaiden läheisten pelkoa ja avuttomuuden tunnetta vähentävät henkilöstön empatia, kyky reflektoida tiedusteluun, hoitoneuvottelut, tilanteen läpikäynti vierailun päättyessä, omaisten tunnistamattomien tarpeiden kartoittaminen sekä mahdollisuus esittää kysymyksiä lääkärille. Pelon ja avuttomuuden tunteiden vähentyminen vähentää post-traumaattisen stressireaktion riskiä sekä auttaa omaisia ymmärtämään tapahtunutta ja löytämään uuden roolin tehohoidossa olevan läheisensä rinnalla. Keskusteleminen, vuorovaikutus ja viestintä ovat siis avainasemassa kokemuksen syntymisessä myös

omaisten näkökulmasta. Riittävällä ja oikea-aikaisella tiedolla voidaan ennaltaehkäistä omaisten sairastumista ja siten olla tukemassa potilaan toipumista, tukea omaisten voimavaroja auttamalla ymmärtämään tapahtunutta ja siten kulkemaan potilaan rinnalla niin sairaalassa kuin sen jälkeenkin. Omaiset noudattavat usein tutkimustulosten mukaan annettuja ohjeita, ottavat vastaan tietoa, esittävät kysymyksiä henkilökunnalle sekä ottavat kontaktia potilaaseen (Meriläinen 2012, 57). Läheisen sairastumisen aiheuttamassa kriisissä sen eri vaiheiden ja niiden synnyttämien tunnetilojen ymmärtäminen auttaa terveydenhuollon ammattilaisia omaisten kohtaamisessa.

7.2 Omaisten tiedolliset tarpeet

Tiedolliset tarpeet muodostavat toisen kokonaisuuden tutkimuskysymykseen ”Mitkä asiat tai tekijät vaikuttavat omaisten kokemuksen muodostumiseen?” Tiedollisilla tarpeilla tarkoitetaan toimia, jotka ovat vastakohtana emotionaalisille tarpeille ja kokemuksille. Emotionaalisuudessa painottuu tunteiden kokeminen, kun taas tiedollisissa tarpeissa käytännön asiat, joilla voidaan vaikuttaa tunneperäisiin kokemuksiin. Salovaaran (2021, 134) mukaan tieto on käsitteenä monitulkintainen ja sillä voidaan tarkoittaa sekä tietoaineistoja (data), informaatiota (information) että tietoa (knowledge). Filosofisen tietokäsityksen mukaan informaatiosta voi tulla tietoa vasta, jos ihminen on sisäistänyt sen mieleensä. Tämä edellyttää saadun informaation ymmärtämistä. Tällöin varsinaisen hyödynnettävissä olevan tiedon syntyminen vaatii taustalla olevan informaation ja datan mielekästä prosessointia ja tulkintaa. Tiedollisia tarpeita voidaan edistää ja vahvistaa viestinnällä ja vuorovaikutuksella, ja tiedollisilla tarpeilla voidaan vaikuttaa emotionaaliseen kokemukseen, kuten seuraavassa kerrotut esimerkit osoittavat.

7.2.1 Omaisten tarvitsema tuki

Hyvällä sairaanhoitajan ja omaisten välisellä viestinnällä voidaan tukea omaisten tunteita ja siten vähentää heidän kokemaa akuuttia stressiä, jonka syntyyn vaikuttaa ihmisen persoonalliset ominaisuudet tai potilaana olevan läheisen lääketieteellinen tila. Sairaanhoitajien kannattaakin kehittää erityisesti perheiden tunteita tukevaa viestintää. (DeKeyser Ganz ym. 2019, 276.) Viestinnän lisäksi tukemalla omaisia voidaan vahvistaa heidän resilienssiään (Ellis ym. 2016, 43-44). Soili Poijulan (2018, 16) mukaan resilienssi voidaan suomentaa sopeutumis-, selviytymis-, muutos-, toipumis- ja palautumiskyvyksi, muutosjoustavuudeksi, kestävyudeksi, kimmoisuudeksi, joustavuudeksi, pärjäävyudeksi, lannistamattomuudeksi, sisuksi, sitkeydeksi, sinnikkyudeksi, murtumisen vastustuskyvyksi sekä kriisikestävyudeksi. Omaisten resilienssistä puhuttaessa huomio kohdistuu heidän kykyynsä selviytyä läheisensä sairauteen liittyvästä muutoksesta.

Hoitajien mukaan perheiden epärealistiset odotukset potilaan toipumisesta voivat ylläpitää vääränlaista toivoa, joka puolestaan heikentää potilaan omaisten selviytymiskykyä. Tiedostamalla odotuksien merkitys, sairaanhoitajat voivat auttaa omaisia selviytymään epävarmuudessa ja stressissä liittyen potilaan ennusteeseen tuomalla esiin positiivista, mutta realistista näkökulmaa. Positiivisuutta voidaan edistää asettamalla päivittäisiä tavoitteita ja tuoden toistuvasti esiin rehellisiä arvioita potilaan tilasta. Resilienssiä voidaan tukea antamalla omaisille tilaa tuoda potilaan hoitoon liittyvä mielipiteensä esiin terveydenhuollon ammattilaisten tietoon. (Ellis ym. 2016, 43-44.)

Toisinaan vakavasti sairaan potilaan omaiset voivat tarvita myös ulkopuolista tukea esimerkiksi sairaalapastorilta tai sosiaalityöntekijältä. Blomin, Gustavssonin & Johansson Sundlerin (2012, 5) tutkimuksen mukaan terveydenhuollon ammattilaiset vain harvoin huomioivat tämän ulkopuolisen tuen tarvetta eivätkä siksi osaa tarjota mahdollisuutta keskusteluavulle. Omaiset usein vasta sairaalahoitajakson jälkeen huomasivat sille olleen tarvetta. Siksi onkin tärkeää, että terveydenhuollon ammattilaisten tietämystä tuen saamisen merkityksestä lisätään, jotta he voivat proaktiivisesti tarjota sitä omaisille heidän tarpeidensa mukaan.

7.2.2 Tiedonkulku

Viestintä ja tiedon jakaminen ovat tärkeitä asioita tehohoidossa (Blom ym. 2012, 7). Omaisille on tärkeää saada terveydenhuollon ammattilaisten kertomana tietoa potilaasta, hänen terveydestään, tutkimustuloksista ja voinnin muutoksista. Omaiset haluavat viestinnän olevan proaktiivista ja strukturoitua (Chen ym. 2021, 874).

Joskus potilaan sairauteen ja siihen liittyvien asioiden kertaaminen on keino käsitellä läheisen sairautta ja käydä läpi tapahtunutta (Meriläinen 2012, 68). Omaiset toimivat myös proaktiivisina viestijöinä kysellen asioita, sillä heillä ei välttämättä ole riittävästi tietoa sairaudesta, hoidosta tai ennusteesta (Ellis ym. 2016, 42). Potilaan vointiin liittyvän tiedon saamisen tiedetään lisäävän omaisten luottamusta tilanteen järjestymiseen ja siten vahvistavan heitä (Blom ym. 2012, 7).

Omaiset usein noudattavat annettuja ohjeita, ottavat vastaan tietoa ja esittävät kysymyksiä henkilökunnalle (Meriläinen 2012, 57). Heille on tärkeää myös tiedonkulun kannalta, että terveydenhuollon ammattilaisilla on aikaa vastata heidän kysymyksiinsä ja selittää asioita. Vastaajat korostavat sitä, että tehokas viestintä sisältää kysymyksiin vastaamisen lisäksi myös sen varmistamisen, että läheiset ymmärtävät vastaukset. (McAndrew ym. 2020, 47.)

Tiedon kertominen rehellisesti ja vilpittömästi saa omaisilta arvostusta. Usein tällaisen tiedon jakaminen tapahtuu potilaan vuoteen äärellä tai omaisten tapaamisessa. Termin ”ei ole soke-

rilla kuorutettu” käyttö kuvaa sairaanhoitajien ja lääkärien tehokasta vuorovaikutusta omaisten kanssa. Lääkärien viestintä on koettu myötätuntoisena, kun puhutaan elämän loppumiseen liittyvistä ongelmista, mutta sairaanhoitajat ilmaisevat empatiaa johdonmukaisemmin potilaan tehohoitojakson aikana. (Kalocsai ym. 2018, 4.) Jakamalla tietoa ja vastaamalla rehellisesti omaisten kysymyksiin, terveydenhuollon ammattilaiset auttavat omaisia tuntemaan olevansa osa kriittisesti sairaan potilaan hoitoa. (Blom ym. 2012, 5.)

Rajallinen tieto lisää puolestaan omaisten epävarmuuden kokemusta ja siten vaikeuttaa yhteistyötä terveydenhuollon ammattilaisten ja omaisten välillä. Asioiden tai kysymysten toistaminen voi kertoa omaisen ahdistuksesta tai vaikeudesta hyväksyä sairaan läheisensä tilaa. (Ellis ym. 2016, 42). Myös tiedon avulla voidaan auttaa omaisia ymmärtämään tapahtunutta ja siten kulkemaan potilaan rinnalla myös sairaalassaolojakson jälkeen (Meriläinen 2012, 57). Omaiset voivat kaivata enemmän tietoa myös itse hoitopaikasta, sen henkilökunnasta ja osaston käytännöistä. (Kalocsai ym. 2018, 3-4.)

Korona-aikana ongelmaksi on muodostunut nopeasti muuttuvien tilanteiden aiheuttamat ongelmat yhteydenpidossa. Koronaan sairastunut potilas on saattanut joutua nopeasti sairaalaan ja tehohoitoon. Tämän jälkeen omaiset eivät ole enää saaneet yhteyttä läheiseensä eikä sairaalan henkilökunta ole ollut yhteydessä potilaan omaisiin. Tieto on ollut riittämätöntä ja se on aiheuttanut negatiivisia emotionaalisia kokemuksia omaisille. Vaikka omaiset ovat ymmärtäneet tilanteen, tiedon puute on luonut epäluuloisuutta läheisen saaman hoidon suhteen ja lisännyt omaisten ahdistusta, turhautumista ja stressiä tiedon etsimisestä. (Chen ym. 2021, 872.)

Tiedon etsimiset omaiset ovat kokeneet korona-aikana epätoivoisena. Koska vierailut sairaalassa läheisen luona ovat olleet rajattuja, tiedon saannista on tullut perheille elintärkeä asia. Pandemian ja sen vaikutuksien ymmärtämistä suuremmaksi ongelmaksi on muodostunut lääketieteellinen kieli, jonka ymmärtämisen omaiset kokevat vaikeaksi. Koska he eivät voineet olla läheisensä vuoteen äärellä, he eivät myöskään ole saaneet samalla tavalla hoitohenkilökunnalta tietoa. Omaisten kokemuksen mukaan tietoa heille ei ole annettu riittävästi ja siksi he ovat olleet epäluuloisia läheisensä saaman hoidon laadun suhteen. Kun sairaalasta ei ole saatu tietoa riittävästi, sitä on haettu televisiosta ja sosiaalisesta mediasata. Niiden kautta omaiset ovat ymmärtäneet tapahtumia ja vakuuttaneet omaiset siitä, että hoito on hyvää. Tieto on myös saanut omaisissa aikaan ahdistusta, turhautumista ja tiedon etsiminen stressiä. Toisaalta tiedon saaminen monesta eri lähteestä ei ole auttanut aina asiaa, koska tieto on ollut keskenään ristiriitaista. Käynti sairaalassa ja omaisen näkeminen olisi helpottanut omaisia. Rajoitusten takia se ei ole ollut mahdollista ja siksi heillä on ollut vaikeuksia ymmärtää saamaansa tietoa. Videopuheluiden ei koettu lisäävän apua. (Chen ym. 2021, 872.)

Useassa tutkimuksessa tulee esiin omaisten vaikeus ymmärtää lääketieteellistä kieltä, jota lääkärin omaisille puhuivat kertoessaan potilaan voinnista. Lääketieteellisen ammattikielen sijaan omaiset toivovat selkeämpää ja ymmärrettävämpää kieltä. (Chen ym. 2021, 872; Kalocsai ym. 2018, 3-4.) Sairaanhoidajat osaavat kuvailla ja selittää erityisen hyvin potilaan tilaa ilman ns. hoitajakieleltä, jota omaisten on helppo ymmärtää. Sairaanhoidaja nähdäänkin eräänlaisena tulkkina lääkärin ja omaisten välillä, sillä he auttavat omaisia ymmärtämään, mitä lääkäri heille kertoo potilaan voinnista. Kun omaiset eivät ymmärrä viestejä ja tieto ei tavoita heitä, suhteen rakentuminen omaisten ja terveydenhuollon ammattilaisten välillä jää rakentumatta. Omaiset kokevat juuri lääketieteelliseen kieleen liittyvät viestien ymmärtämisen haasteet ja sen käyttöön liittyvän epämuodollisen vuorovaikutuksen oleva hukattu mahdollisuus rakentaa suhdetta omaistaan hoitaviin lääkäreihin. Perheenjäsenet pitävät sairaanhoidajia arvokkaina tietolähteinä potilaan hoitoon ja tilaan liittyen. Selkeä ja empaattinen viestintä rakentaa positiivisella tavalla omaisen ja sairaanhoidajan välistä suhdetta. (Kalocsai ym. 2018, 3-4.)

Kriittisesti sairaiden potilaiden omaiset arvostavat laadukasta viestintää terveydenhuollon tiimin kanssa (Kalocsai ym. 2018, 3-4). Laadukas ja tehokas viestintä on tiedon jakamista ja mahdollistamalla omaisille rehellisen tiedon saamisen. Potilaan vointiin liittyvistä asioista kertomisessa erityisen tärkeää on olla myötätuntoinen ja huomioida tiedon vaikutukset potilaan perheen näkökulmasta. Joskus tiedon saaminen on tuuripeliä, sillä tietoa saa, jos omainen sattuu olemaan paikalla kierron aikana. Omaisen fyysinen läsnäolo parantaa usein tiedonsaantimahdollisuuksia. Lääkärit antavat omaisten kokemuksen mukaan tietoa riittävästi, jos omaiset sattuvat olemaan käymässä osastolla. (McAndrew ym. 2020, 47.) Myös puhelimitse annettu tieto potilaan voinnista on tärkeää (Alsharari 2019, 469). Omaisen saatua tietoa potilaan voinnista, hän voi kertoa siitä myös kotona olevalle perheelle ja muille omaisille, joiden ei ole mahdollista vierailla potilaan luona (McAndrew ym. 2020, 47; Alsharari 2019, 469). Näissä tilanteissa terveydenhuollon ammattilaisten tulisi huomioida kulttuurien välisen viestinnän merkitys käsitäten sekä suuren ja vähäisen kontekstin kulttuurit ominaisuuksineen.

Omaiset ovat ehdottaneet uusien teknologioiden hyödyntämistä tiedonkulussa (McAndrew ym. 2020, 47). Tässä lieneekin mahdollisuus viestinnän kehittämiseen uutta teknologiaa hyödyntäen. Älypuhelimet ja tabletit voivat kriittisissä olosuhteissa parantaa vuorovaikutusta. Erilaisilla sovelluksilla voidaan kuroa umpeen omaisten ja terveydenhuollon henkilökunnan välistä rakoja. Ne mahdollistaisivat omaisille huolen jakamisen ja läheistensä hoitoon ja tilaan liittyvän oikea-aikaisen tiedon saamisen. Tehohoitoyksikkö on paikka, jossa sairaanhoidajalla on ainutlaatuinen rooli kriittisesti sairaan potilaan omaisten psykososiaalisessa ja tiedollisessa tukemisessa. Samalla se on myös kriittinen hoitoyksikkö, jossa ympäristö on nopeatempoista, potilaat ovat usein hyvin epävakaita ja vointi voi nopeastikin muuttua. Näissä erittäin akuuteissa olosuhteissa sairaanhoidajan on keskityttävä kiinnittämään huomio potilaaseen sen sijaan, että he

jatkuvasti arvioisivat ja keräisivät tietoja. Tästä syystä sairaanhoitajat yleisesti uskovat, että heillä on hyvin rajallinen aika istua ja jutella kunnolla potilaiden perheiden kanssa ja selittää heille heidän läheisensä tilannetta. Sairanhoitajat ovat kuitenkin keskeisessä roolissa potilaiden omaisten informoimisessa. Vastasyntyneiden teholla on kokeiltu tekstiviestien lähettämistä kotona tai töissä oleville vanhemmille. Hoitajat lähettävät viestin, kun vanhempaa halutaan muistuttaa tulevasta tapaamisesta, ruokailuajasta tai pyytää heitä palaamaan tehohoidossa olevan vauvansa luo. (Doucette ym. 2019, 30.) Riippumatta siitä, käytetäänkö tiedon jakamiseen teknologiaa vai ei, olennaista on, että terveydenhuollon ammattilaiset antavat omaisille riittävää, rehellistä ja oikea-aikaista tietoa.

Tutkimuksen mukaan omaiset kokevat, että heidät otetaan mukaan potilaana olevan läheisensä hoidon suunnitteluun. Se, annetaanko omaisille riittävästi aikaa vai ei, jakaa vastaajia. Jotkut kokevat, että heille annetaan riittävästi aikaa keskustella potilaasta, potilaan toiveista ja arvoista, mutta myös mahdollisesti saaduista huonoista uutisista. Omaisten mielestä hoitajat kuuntelevat heidän yksinkertaisiakin ehdotuksiansa, kuten millä kyljellä heidän läheisensä mieluiten nukkuu. Sairanhoitajat myös kunnioittavat tutkimuksien mukaan tietoa, joka potilaasta heille kerrottiin. Perheille on tärkeää kuulla myös hoitajien toimintaehdotuksia. (Kalocsai ym. 2018, 5.) Kun omaisilla on mahdollisuus jutella terveydenhuollon työntekijöiden kanssa, he kokevat kiitollisuutta ja kunnioitusta siitä, että heidän läheisestään on huolehdittu (Chen ym. 2021, 874).

7.2.3 Kuulluksi tuleminen

Edellisessä aluvuossa käsiteltiin tiedonvaihtoa, joka käsittää niin terveydenhuollon ammattilaisten proaktiivisen viestinnän kuin omaistenkin kysymykset potilaana olevan läheisensä vointiin. Tässä aluvuossa käsitellään omaisten tarvetta tulla kuulluksi. Käytännön tasolla se tarkoittaa jossakin määrin samaa kuin tiedonvaihto, mutta tutkimuksissa omaiset nostavat kuulluksi tulemisen erikseen esiin pitäen sitä tärkeänä. Jos omaisten tarve tulla kuulluksi toteutuu, heidän tiedetään olevan sitoutuneempia läheisensä tehohoitoon. Vaikka omaiset saavat kysyä asioista, he kokevat silti, etteivät aina tule riittävän hyvin kuulluiksi. Erityisesti potilaan vointiin liittyvissä muutoksissa heille tulisi antaa enemmän tilaa. Antamalla omaisille tilaa tuoda esiin heidän näkemyksensä potilaan hoidosta, voidaan tukea myös omaisten kykyä selviytyä läheisensä sairastumisesta, tukea omaisten resilienssiä. (Ellis ym. 2016, 43-44.)

McAndrew'n, Markin ja Butlerin (2020, 48) tutkimuksen eräs vastaaja kertoi, että parasta teholla oli se, kun läheistä hoiti samat hoitajat. Tämä sai omaisen tuntemaan, että sairaanhoitajat olivat aina valmiita vastaamaan hänen kysymyksiinsä ja rauhoittelemaan, kun hänestä tuntui, että sekoaisi. ”He tiesivät, missä mentiin ja omaisenikin oli hyvä olla, koska hän tiesi hei-

dät, jotka häntä hoitivat.” Moni kokikin, että sairaanhoitajalle oli helpompi puhua kuin lääkärille, jotka koettiin etäisinä. Sairaanhoitajat olivat paremmin saatavilla ja tutut kasvot madalsivat kynnystä alkaa juttelemaan. Hoitajat tunnettiin usein nimellä ja monesti hoitajien kanssa halattiin potilaan vuoteen äärellä tai keskusteltiin potilaan lähettyvillä. (Kalocsai ym. 2018, 4-5.) Kuulluksi tulemisen lisäksi omaisille tulisi antaa tilaa näyttää tunteensa, tulla nähdyiksi persoonina ja kunnioitetuiksi myös silloin, kun he surevat (Blom ym. 2012, 5).

7.2.4 Osallisuus

Perheet toimivat usein kannustajina, joiden tehtävänä on tukea potilasta. Omaisten oleminen potilaan luona, osallistuminen päivittäisille kierroille, potilaan henkinen tukeminen ja osallistuminen potilaan hoitoon pieniä asioita tekemällä on omaisille konkreettinen tapa osoittaa tukeaan potilaalle (Ellis ym. 2016, 41). Monen huoli helpottaa, kun he saavat olla fyysisesti ja henkisesti läsnä omaisensa luona hoitoon osallistuen. Sallimalla omaisten olla läsnä potilaan luona, saadaan heidät tuntemaan olonsa hyväksi ja turvalliseksi. (Blom ym. 2012, 4-5.) Jotta omaisten on mahdollista tukea potilaita toipumisessa, heidän tulee saada tietää mitä he saavat tehdä ja mitä ei (Meriläinen 2012, 68).

Omaisen valmisteleminen ennakoon siihen, minkälaiseen paikkaan hän tulee ja mitä hän teho-osastolla näkee, on tärkeää. Tämä tulee esiin erityisesti videopuhelujen kohdalla. Kun omaiset eivät ole saaneet yhteyttä koronaan sairastuneisiin läheisiinsä, teho-osaston työntekijät ovat soittaneet videopuheluja omaisille, jolloin sairaan näkeminen on mahdollistunut. Omaiset kuitenkin ovat kokeneet tämän järkyttävänä juuri tehohoito-olosuhteiden takia. (Chen ym. 2021, 872.)

Omaisen vierailu ollessa mahdollinen, on silti joillakin omaisilla ollut vaikeuksia päästä läheisensä luo. Myös vierailijamäärän rajoittaminen on aiheuttanut turhautumista. Kauempaa matkaavilla on ollut vaikeuksia löytää majoituspaikkaa. Tehohoitoyksikön käytäntöjen ymmärtäminen on tuottanut vaikeuksia ja vastaajat toivovatkin, että heille olisi kerrottu enemmän paikasta ja toiminnoista sen sijaan, että he joutuvat itse selvittämään monia yksikön toimintaan liittyviä asioita. Omaisille on tärkeää myös se, että heille tarkoitettu odotushuone on miellyttävä ja mukava paikka, jossa on mahdollisuus saniteettitilojen käyttämiseen, lepäämiseen ja odotteluun. (McAndrew ym. 2020, 47-48.)

Omaisten osallistamisen rajat pitää tuntea ja tunnistaa, sillä tietyistä asioista terveydenhuollon ammattilaisten tulee tehdä päätökset ilman, että kysytään omaisilta. Lääkärit ottavat perheet osaksi omaisen hoitoa, rohkaisevat osallistumaan kierroille ja jakamaan tietoa sekä osallistumaan potilasta koskevaan päätöksentekoon, mutta samalla omaiset kuitenkin kokevat, että lääkärit ovat vähemmän läsnä. (Kalocsai ym. 2018, 5.) Hoitajille potilasta tukevien perheiden

kanssa työskentely on tutkimuksien mukaan mielekästä, sillä omaiset usein onnistuvat auttamaan potilasta päivittäisten tavoitteiden saavuttamisessa, kuten istumaan nousussa tai puhelinottamisessa (Ellis ym. 2016, 41).

Jos omainen joutuu tahtomattaan osallistumaan hoitotoimenpiteisiin, osallistumista on enemmän kuin omainen toivoisi, voi se aiheuttaa puolestaan hämmennystä (Ellis ym. 2016, 41). Omaisten rooli tulee esiin etenkin jälkiseurantapoliklinikan toiminnassa, jossa korostuvat potilaan puolesta toimiminen ja tämän asioiden tarkastaminen sekä tiedonantajien rooli. Omaisen nähdäänkin usein potilaan asianajajana. (Meriläinen 2012, 68.)

7.2.5 Yhteenveto tiedollisista tarpeista

Työ tehohoitoyksiköissä on kiireistä. Erään tutkimuksen mukaan jälkiseurantapoliklinikkakäynnillä potilaat ja heidän omaisensa pääsevät käymään läpi tehohoitojakson ajan tapahtumia. Poliklinikkakäynnillä heillä on mahdollisuus keskustella terveydenhuollon ammattilaisten kanssa ja sitä kautta he pääsevät muodostamaan kokonaisen kuvan kriittisestä sairaudesta, sen hoidosta, tehohoitoon liittyvistä asioista sekä toipumisesta. Myös terveydenhuollon ammattilaiset ovat kokeneet keskustelun antoisana, sillä he ovat saaneet keskustelun kautta arvokasta tietoa tehohoidon vaikuttavuudesta ja potilaiden ja omaisten kokemuksista sekä suoraan palautetta työstään. (Meriläinen 2012, 89.) Asioihin voidaan palata akuutin vaiheen jälkeen, jolloin myös omaisilla on ollut tilaa ja aikaa jäsentää tapahtunutta. Tällaiset käynnit, joissa omainen on potilaan mukana, antavat terveydenhuollon ammattilaisille mahdollisuuden huomata mahdollisen omaisten tehohoidon jälkeinen oireyhtymän PICS-F:n. Kohtaamattomien tarpeiden nähdään lisäävän riskiä omaisten sairastumisesta PICS-F:ään, omaisten tehohoidon jälkeiseen oireyhtymään (PICS-F, post-intensive care syndrome-family). Akuutin kroonisen psyykkisen syndrooman oireet omaisilla tulevat usein esiin läheisen kuoleman myötä tai läheisen kotiutumisen jälkeen. Tutkimuksien mukaan noin kahdella viidestä (43 %) tehohoidossa olleiden potilaiden omaisesta on masennusoireita vuoden kuluttua potilaan kotiutumisesta. (Alsharari 2019, 465.)

7.3 Viestinnän ja vuorovaikutuksen merkitys kokemuksen rakentumisessa

Tutkimusartikkeleita tarkasteltiin tutkimuskysymyksiä ohjaamana. Tässä tuloksia tarkastelevassa luvussa käsitellään vastauksia sen pohjalta, minkälainen merkitys on terveydenhuollon ammattilaisten ja omaisen välisellä viestinnällä omaisten kokemuksen syntymisessä. Tässä luvussa tarkastellaan viestinnän merkitystä emotionaalisten kokemusten tukemisessa ja syntymisessä sekä tiedollisten tarpeiden täyttämässä.

7.3.1 Laadukas viestintä

Viestinnässä tärkeitä asioita ovat selkeys, rehellisyys, yhteneväisyys, avoimuus (McAndrew ym. 2020, 47). Näiden lisäksi laadukas viestintä on riittävää, oikea-aikaista ja oikeamuotoista (Chen ym. 2021, 873; Meriläinen 2012, 39.) Laadukkaalla ja onnistuneella viestinnällä voidaan vaikuttaa omaisten kokemaan stressiin sitä vähentäen, omaisten tyytyväisyyttä lisäten ja omaisen resilienssiä tukien. Viestinnän laatua voidaan edistää omaisten ja terveydenhuollon henkilökunnan välisellä onnistuneella vuorovaikutuksella. Hyvä sairaanhoitaja osaa viestiä siten, että hän osaa tukea omaisten tunteita huomioiden hoidon onnistumiseen ja päätöksentekoon liittyvät näkökulmat. Erityisesti sairaanhoitajilla on keskeinen rooli viestinnässä omaisten kanssa ja tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat osaavat tarjota tärkeää tietoa omaisille ymmärrettävällä ja empaattisella tavalla. Näin he tukevat emotionaalisten yhteyksien ja yhteistyön rakentamista. (DeKeyser Ganz ym. 2019, 275-276.)

7.3.2 Rutiiniviestintä

Rutiininomaisella viestintäinfrastruktuurilla viitataan päivittäisiin kiertoihin, potilaan hoitoon liittyviin päivittäismerkintöihin ja vuorovaihtoraportteihin (Ellis ym. 2016, 42). Suomessa lainsäädäntö määrittelee potilaskertomusmerkintöjen tekemistä, säilyttämistä ja lukuoikeutta sekä potilasrekisterin hallintaa. Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee laatia ja säilyttää potilasasiakirjat sekä pitää salassa niihin liittyvät tiedot sen mukaan, mitä laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) säädetään. Sosiaali- ja terveysministeriön antamassa asetuksessa potilasasiakirjoista (298/2009) on säädetty potilaskertomukseen kirjattavista perustiedoista ja hoitoa koskevista merkinnöistä. Niiden tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä sekä sisällettävä mm. havainnot, hoidon suunnittelu, toteutus ja seuranta. (Jokinen & Virkkunen 2021, 18.) Näiden avulla voidaan mahdollistaa se, että koko hoitotiimillä on viimeisimmät tiedot potilaan tilasta, potilaan ja perheiden tarpeista sekä niistä tekijöistä, jotka vaikuttavat omaisten resilienssiin. Näillä menetelmillä voidaan varmistaa se, että omaisilta saatu tieto on muidenkin kuin vain omaisen kanssa vuorovaikutuksissa olleen tiedossa. (Ellis ym. 2016, 42.) Rutiiniviestintä on eräänlainen jatkumo kuulluksi tulemiselle, sillä esimerkiksi kirjaamisella varmistetaan, että terveydenhuollon ammattilaiset ovat vastaanottaneet tiedon ja huolehtivat siitä, että se tavoittaa terveydenhuollon prosessien kautta myös muut hoitotiimiin kuuluvat.

7.3.3 Viestintä perheiden kanssa

Sairaanhoitajille on tärkeää olla vuorovaikutuksessa perheiden kanssa, huolehtia omaisista tutustumalla heihin, rakentamalla yhteyttä heidän kanssaan ja kunnioittaa potilaiden toiveiden

rinnalla myös omaisten toiveita sekä tarvittaessa myös puolustaa heitä. Tällä vuorovaikutuksella voidaan helpottaa omaisten kokemaa epävarmuutta. (Ellis ym. 2016, 42.) Vuorovaikutus omaisten ja terveydenhuollon henkilökunnan välillä sisältää erilaisia sosiaalisia ja psykologisia prosesseja. Näiden tiedonhallinnallisten tekijöiden avulla etsitään, jaetaan ja ymmärretään tietoa. Omaiset miettivät, paljonko ja minkälaista tietoa pitäisi etsiä. Tiedon jakamisessa tulee huomioida, että paljonko vastaanottaja pystyy omaksumaan tietoa. Sitä kautta voi määrittää uudelleen se, mikä on tehokasta viestintää, sillä viestin ymmärtäminen usein paljastaa puutteet siinä, mitä terveydenhuollon ammattilaiset ovat omaisille sanoneet ja mitä omaiset ovat siitä ymmärtäneet. (Schubart ym. 2015, 317-319.) Sairaanhoidajalta edellytetään yhteistyötä ja vuorovaikutusta myös potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Se mahdollistaa potilaan ja hänen läheistensä hyvinvoinnin ja jaksamisen tukemisen. (OKM 2006, 65-66, 68.) Vuorovaikutustaidot, empaattisuus ja tilanneherkkyys ovat *kohtaantumisen* valmiuksia, joita sairaanhoidaja tarvitsee potilaan ja omaisten kanssa tapahtuvaan vuorovaikutukseen (Pelttari 1997, 205).

7.3.4 Viestintään liittyvät ristiriidat ja ongelmat

Vaikka terveydenhuollon ammattilaiset kommunikoivat keskenään, silti henkilökunnan keskuudesta ei aina löydy yksimielisyyttä potilaan hoidosta. Erimielisyyttä pidetään jossain määrin väistämättömänä ja toistuvana, kun potilaita hoitaa suuri joukko eri alojen asiantuntijoita. Erimielisyydet kuitenkin aiheuttavat omaisille hämmennystä ja stressiä, ja hoitotiimin sisäisen erimielisyyden lisäksi erimielisyyttä voi esiintyä myös omaisten ja hoitotiimin välillä. (Ellis ym. 2016, 42.) Epäonnistuminen viestinnässä vaarantaa potilaan hoitoa, kun erimielisyyden takia hoito viivästyy, terveydenhuollon ammattilaisten välillä esiintyy vääriä tietoa tai hoitosuunnitelmasta ei päästä yksimielisyyteen. Samalla tutkimukset osoittavat, että sairaanhoidajat voivat kokea potilaan hoitoon liittyvien ajatuksiensa ilmaisemisen vaikeana ja ongelmallisena. (Ellis ym. 2016, 42.) Kun potilaan hoitosuunnitelmasta on hoitotiimin sisällä eri näkemyksiä tai erimielisyyttä, voidaan puhua myös rakenteellisesta ongelmasta, josta tämä on vain yksi esimerkki. Rakenteelliset ongelmat voivat syntyä myös, jos asioita vain oletetaan eikä niistä puhuta ääneen. (Schubart ym. 2015, 317-319.)

Koska tunteet vaikuttavat käyttäytymiseen ja tunteet ovat läsnä myös tehohoitoyksikössä, tulevat niiden mukana myös viestinnällisiä haasteita. Monet perheet ovat ymmärrettävästi tunteellisia teholla, mutta tunteiden vaikutus viestintäongelmiin ei liity vain omaisiin, vaan myös hoitohenkilökunnan kokemiin tunteisiin. (Schubart ym. 2015, 317-319.) Tilanteita voidaan ratkoa erilaisten selviytymisstrategioiden avulla, kuten mukautuminen, välttely, dominointi, kompromissi tai yhteistyöhön pyrkiminen (Solin 2019, 95).

8 Pohdinta

Tässä luvussa pohditaan tutkimustulosten ja teorian välistä yhteyttä, käydään läpi johtopäätökset ja verrataan niitä tutkimuksen alussa esitettyihin tutkimuksen taustoihin ja teorioihin. Lisäksi arvioidaan tehtyä tutkimusta ja ehdotetaan jatkotutkimuskohteita.

8.1 Omaisen kokemuksen kehä

Tämän tutkimuksen tuloksia tarkastellaan paitsi erillisinä kokonaisuuksina myös suhteessa toisiinsa. Tulosten pohjalta voidaan luoda omaisen kokemuksen kehä, joka muodostuu viestinnästä ja vuorovaikutuksesta, omaisen emotionaalisen kokemuksesta ja omaisen tiedollisesta tarpeesta.



Kuvio 1: Omaisen kokemuksen kehä.

Kokemusten tutkimisen kautta pyritään ymmärtämään ihmisen toimintaa ja merkitysmaailmaa. Kerrotut kokemukset ovat kokijalle syystä tai toisesta aina merkityksellisiä ja kertoessaan kokija myös luo niille merkityksiä. (Lauren 2010, 43.) Kokemukset heijastavat ihmisen elämää, ja siksi ne eivät voi olla väriä tai oikeita. Näin ollen kokemuksia voidaankin ymmärtää vain kokijan lähtökohdista käsin. (Moilanen & Rähä 2010, 52.)

Mielikuvien kautta kokemukset saavat ihmisissä aikaan tunteita, kuten pelkoa, jännitystä tai ahdistusta (Lauren 2010, 438). Läheisen sairastuminen synnyttää omaisessa tunteita (kts. mm. Bartoli, Trotta et al. 2021, 929-931). Sairastuessaan vakavasti ihminen voi joutua tehohoitoon kuten tutkimustuloksistakin käy ilmi. Tehohoitoon joutuminen saa potilaan omaisissa aikaan erilaisia tunnetiloja, joita tämän tutkimuksen mukaan ovat pelko, avuttomuus, kärsimys, irrallisuus, ristiriitaisuus, eläminen valmiustilassa, yllättävyys, yksinäisyys, suru, riippuvuus, haavoittuvuus ja stressi, mutta myös turvallisuuden tunne, luottamus ja voimaantuminen. Kolme viimeistä tunnetta nousevat esiin, kun viestintä ja vuorovaikutus ovat sujuvaa (kts. mm. Kallocsi ym. 2018, 5). Jos viestinnässä ja vuorovaikutuksessa ilmenee ongelmia, vahvistuivat aiemmin mainitut tunnekokemukset (kts. mm. Chen ym. 2021, 872). Kaikkiin tunteisiin terveydenhuollon ammattilaisten on mahdollista vaikuttaa vahvistavasti tai heikentävästi viestinnän ja vuorovaikutuksen avulla (kts. mm. Blom ym. 2012, 4-5, 7). Omaisen emotionaalinen tila puolestaan vaikuttaa siihen, miten hän pystyy olemaan vuorovaikutuksessa terveydenhuollon ammattilaisen kanssa ja omaksumaan annettua tietoa esimerkiksi potilaan voinnista. (Schubart ym. 2015, 317-319.) Emotionaaliset kokemukset voivat heikentää koettua tiedon tarvetta. Tiedon puute asettaa omaisen haavoittuvaan tilaan, joka luo epävarmuutta ja kyvyttömyyttä esittää kysymyksiä terveydenhuollon ammattilaisille samalla kasvattaen epätietoisuuden kehää (Blom ym. 2012, 6). Samasta voidaan päätellä, että omaisen tiedon lisääminen ja hänen kysymyksiinsä vastaaminen voivat puolestaan vahvistaa positiivisia emotionaalisia kokemuksia, kuten turvallisuuden tunnetta, voimaantumista tai luottamuksen syntymistä (kts. mm. Blom ym. 2012, 4-5, 7).

Viestintä on tiedon siirtoa eli sanoman vaihtamista lähettäjän ja vastaanottajan välillä. Käytännössä tällä voidaan tarkoittaa esimerkiksi kahden ihmisen välistä keskustelua, jossa yksi puhuu ja toinen kuuntelee. Myös elekielellä voidaan ilmaista toiselle, miten viesti on tullut ymmärretyksi ja osoittaa hyväksymistä tai reaktiota toisen välittämään viestiin. (Kunelius 2004, 10.) Tällaisessa tilanteessa puhutaan ihmisten välisestä vuorovaikutuksesta, jolle ominaista on tiedon jakaminen, merkityksien luominen ja keskinäisen identiteetin rakentaminen (Huusko 2019, 5; Kunelius 2004, 12).

Omaisten kokemusta ja siihen liittyvää vuorovaikutusta voidaan tarkastella Bergerin ja Calabresen kehittämän epävarmuuden vähentämisen teorian avulla, jossa viestintä on keskeisessä roolissa epävarmuuden vähenemisessä ja kasvamisessa. Omaisat toivovat saavansa tietoa mieluiten terveydenhuollon ammattilaisilta sujuvalla tiedonkululla, rehellisellä, oikea-aikaisella, empaattisella viestinnällä ja vuorovaikutuksella. Näiden avulla voidaan täyttää omaisten tiedontarpeet, joilla voidaan vaikuttaa emotionaalisiin kokemuksiin ja välttää viestintään liittyvät ongelmat. (kts. mm. Chen ym. 2021, 874.) Tätä tukee epävarmuuden vähentämisen teoria,

jonka mukaan ihmisten välinen kohtaaminen sisältää epävarmuutta (Puro 1996, 22). Se puolestaan sysää yksilön etsimään tietoa (Kramer 2004; Juutinen 2018, 10). Tiedon tulee olla sellaista, jolla voi ennakoida ja tehdä päätöksiä, koska juuri näihin tarvittava tieto puuttuu, kun ihminen on epävarma (Kramer 2004; Juutinen 2018, 10; Puro 1996, 22). Epävarmuudesta halutaan päästä eroon, koska sitä pidetään negatiivisena tunteena (Puro 1996, 22). Omaisten tiedollinen tarve luo ja tavallaan sysää teorian mukaan omaiset hakemaan tietoa. Toisin sanoen tiedon puute auttaa lähestymään toista ihmistä ja rakentamaan vuorovaikutusta sekä arvioimaan sitä, miten vuorovaikutusta voidaan käyttää tiedon saamiseksi.

Epävarmuuden vähentämisen teorian mukaan epävarmuuden väheneminen tapahtuu asteittain alkaen verbaalisesta viestinnästä. Sen lisääntyessä epävarmuus vuorovaikutuksessa olevien välillä vähenee ja samalla verbaalisen viestinnän määrä kasvaa. Nonverbaalisen lämmön osoittaminen vähentää myös epävarmuutta ja samalla, kun epävarmuus vähenee, lämmön osoittaminen elekielisessä viestinnässä kasvaa. Kun epävarmuus on suurta, kasvaa halu saada tietoa, mutta epävarmuuden vähetessä myös tiedon tarpeen määrä vähenee samalla kasvattaen henkilökohtaisuuden ja itsestään kertomisen määrää. Kun on paljon epävarmuutta, se tarkoittaa runsasta vastavuoroisuutta, joka epävarmuuden vähetessä alkaa vähentyä. Vuorovaikutuksessa olevien osapuolten samankaltaisuus itsessään myös vähentää epävarmuutta, mutta se edellyttää vuorovaikutusta samankaltaisuuden selvittämiseksi ja kun epävarmuus vähenee, osapuolet alkavat enemmän pitää toisistaan. (Kramer 2004; Juurinen 2018, 11; Puro 1996; 22.)

Vuorovaikutuksessa olevat voivat käyttää tiedon hakemiseen erilaisia strategioita. Passiivisten strategioiden avulla hankitaan tietoa hänen tietämättään hänen ollessaan vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa. Aktiivisten strategioiden avulla muutetaan ympäristöä siten, että voidaan nähdä kohteen reaktio muutokseen. Vuorovaikutuksellisten strategioiden avulla hankitaan tietoa viestimällä suoraan kohdehenkilön kanssa. (Kramer 2004, 30-32; Juurinen 2018, 11.) Näin myös omaiset toimivat hakiessaan tietoa terveydenhuollon ammattilaisten kanssa käydyn vuorovaikutuksen lisäksi haluamalla olla fyysisesti lähellä potilaana olevaa omaistaan (mm. Ellis ym. 2016, 41; Blom ym. 2012, 4-5). Tasapainossa oleva kehä ehkäisee omaisten sairastumista trauman jälkeiseen stressireaktioon (PTSD) tai tehohoidon jälkeisen oireyhtymään (PICS-F), joita muun muassa pitkäaikainen stressi, trauma, puutteellinen vuorovaikutus tai tunteiden huomiotta jättämäinen voi laukaista (DeKeyser Ganz ym. 2019, 275; Bartoli ym. 2021, 927; Chen ym. 2021, 869.)

Sairaanhoidajan ammatillisissa pätevyysvaatimuksissa korostuu vuorovaikutusvalmiudet mukaan lukien taito keskustella omaisten kanssa ja tukea heitä (Pelttari 1997, 56-57, 205). Opetus- ja kulttuuriministeriön (2006, 63) ammatillisten laatumääritelmien mukaan sairaanhoitaja tehtävä on toteuttaa ja kehittää hoitotyötä, joka ehkäisee, parantaa ja kuntouttaa, sekä tukea eri elä-

mänvaiheissa olevien ihmisten ja yhteisöjen voimavaroja. Sairaanhoidajan ammattitaitoon kuuluu auttaa ihmistä kohtaamaan sairastumisen, vammautumisen ja kuoleman. Viestinnän ja vuorovaikutuksen näkökulmasta sairaanhoidajalta edellytetään hoitotiimin ja moniammatillisen yhteistyön lisäksi yhteistyötä ja vuorovaikutusta myös potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Sairaanhoidajan tehtäviin kuuluu hoitotyön suunnitelman mukaista potilaan ja hänen läheistensä ohjausta, sähköisen potilasohjauksen tuntemusta sekä potilaan ja hänen läheistensä hyvinvoinnin ja jaksamisen tukemista. Omaisten ja potilaan kohtaamiseen sairaanhoidaja tarvitsee ihmissuhdetaitoja, kuten vuorovaikutustaitoa, kykyä osoittaa empatia ja herkkyyttä kullekin tilanteelle, jossa hän työssään on (Pelttari 1997, 205). Sairaanhoidaja vastaa potilaan fyysisestä, psyykkisestä, hengellisestä ja sosiaalisesta turvallisuudesta (OKM 2006, 66, 68-69), kuten tämäkin tutkimus toi esiin. Sairaanhoidajan rooli on olla eräänlainen keskikenttäpelaaja, joka sovittaa yhteen eri asiantuntijoiden antamaa hoitoa ja huolehtii siitä, että kaikki yhteistyö tapahtuu potilaan parhaaksi (Pelttari 1997, 56-57, 205). Tässä tutkimuksessa viitataan usein sairaanhoidajan sijaan terveydenhuollon ammattilaisiin tai henkilökuntaan, jotka ovat omaisten käyttämiä ilmaisia alkuperäisissä tutkimuksissa. Sairaanhoidaja on myös terveydenhuollon ammattilainen ja osa terveydenhuollon henkilökuntaa sairaalassa, ja viestintä ja vuorovaikutus ovat aivan keskeisessä roolissa myös sairaanhoidajan työn onnistumisessa niin suhteessa hoitotiimiin, potilaisiin kuin potilaisten läheisiin. On sanottu, että sairaanhoidaja Florence Nightingalella sydämen kyvyt olivat heikommat kuin aivojen. Hänen työnsä lähtökohtana kuitenkin oli sydämen halu auttaa kärsiviä, ja sen mukaan todellista elämää on vain siinä, missä yritetään lievittää inhimillistä kurjuutta. (Tuulio 1966, 137.)

8.2 Tutkimuksen arviointi

Tutkijan arvion mukaan kirjallisuuskatsaus valittuna tutkimusmenetelmänä soveltui hyvin tämän aiheen tutkimiseen viitaten tällä Lukkarisen (2005) johtopäätökseen siitä, että eri tutkimusmenetelmien käyttöä erityisesti kokemuksen tutkimisen näkökulmasta voidaan pitää perusteltuna ja siten kokemuksen tutkimisessa voidaan yhdistää kvantitatiivista ja kvalitatiivista sisältöjä, jotka yhdistyvät tässä tutkimuksessa kirjallisuuskatsaukseksi.

Laineen (2010, 32) mukaan ilmaiset sisältävät merkityksiä, joita voidaan lähestyä vain ymmärtämällä ja tulkitsemalla. Kokemusten tutkimiseen kuuluu olennaisesti myös tutkijan ymmärrys tutkimuksensa mahdollisuuksista ja rajoitteista suhteessa todellisuuteen ja toisiin tutkimuksiin (Tuomi & Sarajarvi 2002, 11). Tutkijan on asetettava itselleen tutkijana itseymmärryksensä kannalta kysymys, jossa tutkija pohtii oman subjektiivisen perspektiivin laajentamista siten, että pystyisi ymmärtämään toisen ilmaisujen omalaatuisuutta syvemältä kuin mitä voi pystyä ymmärtämään toisen välittömästi tarkoittamassa merkityksessä, koska esiymmärrys pyrkii tulkitsemaan toisen ilmaisua oman esiymmärryksen mukaisesti. (Laine 2010, 34.)

Tämän tutkimuksen tekijä on tutkimusta tehdessään ollut opiskelijana Laurea-ammattikorkeakoulussa, joka on tämän tutkimuksen työelämäkumppani. Työelämäkumppani on arvioinut opinäytetyön tulokset selkeästi hyödylliseksi osaksi opintojakson R0196 Participation and well being at different life stages oppimissisältöä. Tutkijan on tutkimusta tehdessä ollut mietittävä omaa suhdettaan työelämäkumppaniin, sairaalaan, terveydenhuoltoon ja sairaanhoitajan työhön tutkimuseettisistä näkökulmista. Työelämäkumppani ei ole vaikuttanut tämän tutkimuksen tuloksiin. Tulevana terveydenhuollon ammattilaisena tämän tutkimuksen tekijän on ollut otettava etäisyyttä työn kautta saatuun tietoon, jotta tutkimuksessa saatujen alkuperäisartikkeleiden sisällön analysointi on ollut mahdollista ilman vahvaa, analysointiin ja tuloksiin vaikuttavaa ennakkokäsitystä. Tässä tutkijaa on auttanut aineiston käyminen läpi useampaan kertaan kokonaiskuvan muodostamiseksi sekä se, että tutkijan on ollut mahdollista välillä ottaa myös etäisyyttä tutkimukseen. Toisaalta taas opiskelu ja opintojen aikana saatu työkokemus ovat tuoneet näkökulmaa alkuperäisartikkeleiden tutkimustuloksiin ja sitä kautta tukeneet sisällön analysoinnissa tulosten ymmärtämistä. Tämän tutkimuksen aikana tutkija ei ole työskennellyt missään terveydenhuoltoalan työtehtävissä.

8.3 Jatkotutkimuskohteet

Alkuperäisartikkeleille tehty aineistolähtöinen sisällönanalyysi sijoittaa useat omaisten kokemukset ja niiden syntyyn liittyvän viestinnän ja vuorovaikutuksen sairaaloiden tehohoitoyksiköihin vastoin tutkimuksen alkuperäisiä tutkimuksellisia lähtökohtia. Todennäköisin syy tähän on se, että tämän tutkimuksen aihetta, omaisten kokemuksia ja sen suhdetta hoitohenkilökunnan kanssa käytyyn viestintään ja vuorovaikutukseen, on selvitetty toistaiseksi painottaen tutkimukset juuri teho-osastoille. Jatkotutkimuksissa voisi selvittää tarkemmin omaisten kokemuksen muodostumista terveydenhuollon ammattilaisten kanssa käydyin viestinnän ja vuorovaikutuksen pohjalta erityisesti suomalaisessa kontekstissa, sillä nyt useimmat tähän kirjallisuuskatsaukseen mukaan otetut tutkimukset ovat kansainvälisiä ja näin ollen kulttuurien välisen viestinnän kautta tuloksia arvioitaessa tulee mieltä aina tutkimuskohteen kulttuurinen soveltuvuus suomalaiseen kontekstiin. Sen lisäksi jatkossa voitaisiin tutkia tiettyjen ammattiryhmien vuorovaikutusta ja sen merkitystä kokemusten muodostumisessa ja potilaalle annettavan hoidon laadun mittarina. Lisäksi tässä tutkimuksessa muodostuneen omaisten kokemuksen kehän käytön soveltuvuutta erilaisiin sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköihin voisi tutkia tarkemmin. Omaisten kokemuksen kehä voisi toimia myös muiden organisaatioiden asiakaskokemusten kartoittamisen pohjana.

Lähteet

Alsharari, A.F. 2019. The needs of family members of patients admitted to the intensive care unit. Published in the following Dove Medical Press journal. *Patient Preference and Adherence* 2019:13 465-473.

Ammattikorkeakoululaki. 14.11.2014/932. Viitattu 14.1.2022. finlex.fi

Anfara, V. A. jr. & Mertz, N. T. 2006. Theoretical frameworks in qualitative research. California: Sage Publications.

Bartoli, D., Trotta, F., Simeone, S., Pucciarelli, G., Battista Orsi, G., Acampora, O., Di Muzio, M., Cappitella, C., Rocco, M. 2021. The lived experiences of family members of Covid-19 patients admitted to intensive care unit: A phenomenological study. Corresponding author at: Department of Medicine and Psychology, Sapienza University of Rome, Rome, Italy. *Heart & Lung* 50 (2021) 926-932.

Blom, H., Gustavsson, C. & Johansson Sundler, A. 2013. Participation and support in intensive care as experienced by close relatives of patients--A phenomenological study. *Intensive & Critical Care Nursing*; Newcastle Vol. 29, Iss. 1, (Feb 2013): 1-8.

Blomqvist, M. & Ziegert, K. 2011. 'Family in the waiting room': A Swedish study of nurses' conceptions of family participation in acute psychiatric inpatient settings. *International Journal of Mental Health Nursing* (2011) 20, 185-194.

Chen, C., Wittenberg, E., Sullivan, S. S., Lorenz, R. A. & Chang, Y-P. 2021. The Experiences of Family Members of Ventilated COVID-19 Patients in the Intensive Care Unit: A Qualitative Study. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine* (2021) Vol. 38(7) 869-876.

Coughlan, M. & Cronin, P. 2017. *Doing a Literature Review in Nursing, Health and Social Care*. 2nd Edition. SAGE Publications. UK: CPI Group.

Davidson, J. 2010. Facilitated Sensemaking A Strategy and New Middle-Range Theory to Support Families of Intensive Care Unit Patients. *Critical Care Nurse* 30 (6): 28-39.

DeKeyser Ganz, F., Yihye, G. & Beckman, N. 2019. American Association of Critical-Care Nurses. *American Journal of Critical Care*. July 2019. Volume 28, No. 4.

Doucette, E., Sanzone, L., Albahouth, A., De Luca, W., Santella, G., & Wang, K. 2019. The role of technology in enhancing a family-centred approach to care: Navigating nurse-family communication in the ICU. *Canadian Journal of Critical Care Nursing*, 30(3), 29-34.

Ellis, L, Gergen, J., Wohlgemuth, L., Nolan, M. T. & Aslakson, R. Empowering the "Cheerers": Role of Surgical Intensive Care Unit Nurses in Enhancing Family Resilience. American Association of Critical Care Nurses. *American Journal of Critical Care*, January 2016, Volume 25, No. 1.

Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset - huomio systemaattisen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*. s. 3-9. Turku: Åbo Akademis tryckeri / Digipaino - Turun yliopisto.

Jokinen, T. & Virkkunen, H. (toim.) 2021. Potilastiedon kirjaamisen yleisopas. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 2.1.2022. yhteistyotilat.fi/wiki08/display/JULPOKY?preview=/67033162/67038322/Potilastiedon%20kirjaamisen%20yleisopas_PRINT-20210428.pdf

- Juurinen, N. 2018. Kirjallisuuskatsaus johtaja-alaisvuorovaikutussuhteen tutkimukseen. Pro gradu -tutkielma. Kieli- ja viestintätieteiden laitos, Jyväskylän yliopisto. Viitattu 29.12.2021. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:jyu-201805022413>
- Jämsen, R. 2021. Relationalinen viestintä etätyössä koronaviruspandemian aikana. Viestinnän maisteritutkielma, kieli- ja viestintätieteiden laitos, Jyväskylän yliopisto. Viitattu 2.1.2022. <https://jyx.jyu.fi/handle/123456789/74209>
- Kalocsai, C., Amaral, A., Piquette, D., Water, G., Dev, P. S., Taylor, P., Downar, J. Gotlieb Conn, L. 2018. "It's better to have three brains working instead of one": a qualitative study of building therapeutic alliance with family members of critically ill patients. *BMC Health Services Research* (2018) 18:533.
- Karhinen, H-K. 2020. Perhe muutoksessa. Katsaus dialogisuuteen neuvolatyön toimintamallina. LAB-ammattikorkeakoulu. Verkkojulkaisu. Viitattu 27.12.2021. theseus.fi/bitstream/handle/10024/336518/Karhinen_Hanna-Kaisa.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Koirikivi, A. 2019. Viestintä terveystieteissä - kansalaisten tiedontarpeet koronakriisin aikana. Yhteisviestinnän maisteritutkielma, kieli- ja viestintätieteiden laitos, Jyväskylän yliopisto. Viitattu 2.1.2022. jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/72258/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-202010206319.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Korhonen R. & Maamies, S. 2015. Kielitoimiston kielioppiopas. Helsinki: Kotimaisten kielten keskus.
- Kramer, M. W. 2013. *Managing Uncertainty in Organizational Communication*. ProQuest Ebook Central.
- Kuneius, R. 2040. Viestinnän vallassa. Johdatus joukkoviestinnän kysymyksiin. Porvoo: WS Bookwell.
- Laine, T. 2010. Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma. Teoksessa Aaltonen, J. & Valli, R. (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin*. s. 28-45. Jyväskylä: PS-Kustannus.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785. Luettu 20.5.2016. finlex.fi
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 28.6.1994/559. Viitattu 3.1.2022. finlex.fi
- Laurea-ammattikorkeakoulu. 2022a. Laurea ammattikorkeakouluna. Viitattu 13.1.2022. laurea.fi/tietoa-meista/korkeakouluna
- Laurea-ammattikorkeakoulu. 2022b. Strategia 2030. Viitattu 13.1.2022. laurea.fi/tietoa-meista/strategia-2030/#valinnat
- Laurén, K. 2010. Kirjoitetun kokemuksen kiehtovuus. Teoksessa J. Pöysä, H. Järviluoma & S. Vakimo (toim.) *Vaeltavat menetit. kultaneito VIII*, s. 426-449. Joensuu: Suomen Kansantietouden Tutkijain seura.
- Lehtiö, L. & Johansson, E. 2015. Järjestelmällinen tiedonhaku hoitotieteessä. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*. s. 37-57. Turku: Åbo Akademis tryckeri / Digipaino - Turun yliopisto.
- McAndrew, N. S., Mark, L. & Butler, M. 2020. Timely Family Feedback to Guide Family Engagement in the Intensive Care Unit. *American Association of Critical-Care Nurses*. Vol 40, No. 6, December 2020.

- Meriläinen, M. 2012. Tehohoitopotilaan hoitoympäristö. Psykkinen elämänlaatu ja toipuminen. Oulun yliopisto. Verkkojulkaisu. Viitattu 10.12.2021. jultika.oulu.fi/files/isbn9789514298004.pdf
- Mikluha, Arja. 1998. Kommunikointi eri maissa. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino.
- Moilanen, P. & Räihä, P. 2010. Merkitysrakenteiden tulkinta. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin, s. 46-69. Jyväskylä: PS-Kustannus
- Niittyvuopio, M. & Pikkupeura, J. 2017. Tehohoitopotilaan hoitojakson jälkeiset ongelmat ja elämänlaatu akuutin kriittisen sairauden jälkeen. Finnanest 2017. Viitattu 14.12.2021. finnanest.fi/files/niittyvuopiopikkupeura_tehohoitopotilaan.pdf
- Opetus- ja kulttuuriministeriö. 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon: Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. Viitattu 27.12.2021 julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80112/tr24.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Opetus- ja kulttuuriministeriö. 2022. Ammattikorkeakoulujen sopimukset. Viitattu 14.1.2022. okm.fi/ammattikorkeakoulut-sopimukset
- Palo, S., Palonen, M. Koivisto, A-M. & Åstedt-Kurki, P. 2018. Hoitotyön opiskelijoiden suhtautuminen potilaiden läheisiin - FINC-NsA-mittarin arviointi. Tutkiva Hoitotyö; Helsinki Vol. 16, lss. 1, (2018): 3-11.
- Patton, M. Q. 2002. Qualitative research & evaluation methods. 3rd Edition. London: Sage Publications.
- Pelttari, P. 1997. Sairaanhoidajan työn nykyiset ja tulevaisuuden kvalifikaatiovaatimukset. Akateeminen väitöskirja. Hoitotieteen laitos, Tampereen yliopistollinen sairaala, Tampereen yliopisto. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus tutkimuksia 80/1997. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino.
- Perttula, J. Kokemus ja kokemuksen tutkimus: Fenomenologisen erityistieteen tieteenhistoria. Teoksessa Perttunen, J. & Latomaa, T. 2005. Kokemuksen tutkimus. Merkitys - tulkinta - ymmärtäminen. s. 115-162. Tartu: Guttenberg.
- Phillips, S. 2007. A brief history of Facebook. Verkkojulkaisu. Viitattu 27.12.2021. theguardian.com/technology/2007/jul/25/media.newmedia
- Pojjula, S. 2018. Resilienssi: muutosten kohtaamisen taito. Helsinki: Kirjapaja.
- Pudas-Tähkä, S-M. & Axelin, A. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajaus, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. s. 46-57 Turku: Åbo Akademis tryckeri / Digipaino - Turun yliopisto.
- Puro, J-P. 1996. Johdatus puheviestinnän teorioihin. Gaudeamus. Tampere: Tammer-Paino.
- Räty, T. 2017. Ristiriidoista ratkaisuihin. Työkaluja ristiriitojen tunnistamiseen ja ratkaisemiseen. Työturvallisuuskeskuksen julkaisu. Viitattu 2.1.2022. ttk.fi/files/6424/Ristiriidoista_ratkaisuihin_-_Työkaluja_ristiriitojen_tunnistamiseen_ja_ratkaisemiseen_23101.pdf
- Salovaara, S. 2021. Sosiaalityön tiedollisten tarpeiden huomioiminen tietojärjestelmä Apotissa. Lapin yliopisto, Rovaniemi. Finnish Journal of eHealth and eWelfare 2021;13(2), p. 133-146.

Schubart, R. J., Wojnar, M., Meczowski, E., Kanaskie, M. L., Blackall, G. F., Sperry, N. & Lloyd, T. 2015. ICU family communication and health care professionals: A qualitative analysis of perspectives. *Intensive and Critical Care Nursing* (2015) 31, 315–321.

Solin, J. 2019. Hoitosuhteen vuorovaikutuksen jännitteet ja ristiriidat kotihoidossa. Pro gradu -tutkielma. Informaatioteknologian ja viestinnän tiedekunta. Tampereen yliopisto. Viitattu 2.1.2022. trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/115883/SolinJaana.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Stake, R. E. 2010. *Qualitative research. studying how things work*. New York: The Guilford Press.

Suhonen, R., Axelin, A. & Stolt, M. 2015. Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Ruhonen, R. (toim.) *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*. s. 7-22. Turku: Juvenes Print.

Tampereen yliopiston kirjasto. 2021. Systemaattinen tiedonhaku: 5. Haun kohdentaminen. Päivitetty viimeksi 28.12.2021. Viitattu 9.12.2021. libguides.tuni.fi/systemaattinen-tiedonhaku

Terveyskylä. 2021. Aivotalo.fi. Apua kriisiin. Verkkojulkaisu. Viitattu 29.12.2021. terveyskyla.fi/aivotalo/apua-kriisiin/kriisin-vaiheet

Tilastokeskus. 2021. Käsitteet. Viitattu 27.12.2021. stat.fi/meta/kas/perhe.html#tab1

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. *Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi*. Vantaa: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tuorila, H. 2013. Potilaan voimaantuminen ei horjuta vaan tukee asiantuntijaa. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. 2013;129(6):666-671. Viitattu 29.12.2021. duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo10877.pdf

Tuulio, T. 1966. *Florence Nightingale. Nykyaikaisen sairaanhoidon luoja*. 5. painos. Porvoo: Werner Söderström.

Valkeapää, K. 2015. Tutkimusaineiston valinta systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*. s. 58-68. Turku: Åbo Akademis tryckeri / Digipaino - Turun yliopisto.

Valvira. 2021. Ammattioikeudet. Päivitetty 2.7.2021, viitattu 6.1.2022. valvira.fi/terveydenhuolto/ammattioikeudet

Vihelä, M., Hökkä, M. & Kaakinen, P. 2020. Potilaiden ja läheisten kokemukset sairaanhoitajan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta. *Hoitotiede* 2020, 32 (4), 275-284.

Virtanen, H. & Salanterä, S. 2015. Laadullinen metayhteenveto - systemaattinen kirjallisuuskatsaus laadullisista tutkimuksista. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Ruhonen, R. (toim.) *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*. s. 97-109. Turku: Juvenes Print.

Taulukot ja kuvio

Taulukko 1: Tutkimusartikkeleiden hakustrategia.	22
Taulukko 2: Tutkimukseen valitut alkuperäisartikkelit.	30
Kuvio 1: Omaisen kokemuksen kehä.	52