

Salassapitovelvollisuuden aiheuttamat ristiriidat sairaanhoitajan työssä

Raili Bäckström
Pro gradu –tutkielma
Terveystieteen laitos
Tampereen yliopisto
Huhtikuu 2008

TIIVISTELMÄ

Tampereen yliopisto
Terveystieteen laitos

Raili Bäckström: Salassapitovelvollisuuden aiheuttamat ristiriidat sairaanhoitajan työssä

Pro gradu –tutkielma, 67 sivua
Ohjaaja: Yliassistentti Rita Jähi
Kansanterveystiede
Huhtikuu 2008

Tämän tutkimuksen tarkoitus oli selvittää, mitä keinoja sairaanhoitajilla on, kun he kohtaavat työssään vaikeita tilanteita ja salassapitovelvollisuus estää heitä puhumasta työstään työnsä ulkopuolella, vaikka puhumisen tarvetta olisi. Tutkimuksen kysymys edellyttää tietoa siitä, mikä käsitys sairaanhoitajilla on salassapitovelvollisuudesta ja miten sairaanhoitajat ovat salassapitovelvollisuuden koulutuksessa omaksuneet. Tutkimuksella haen myös kysymystä siitä, minkälaiset tilanteet aiheuttavat ongelmia salassapidon kannalta.

Tutkimusta varten haastattelin 10 sairaanhoitajaa teemahaastatteluna ja tein yhden ryhmähaastattelun, johon osallistui yhteensä 10 sairaanhoitajaa. Haastattelut tein kahdessa osassa, kuusi haastattelua syksyllä ja talvella v.1998-1999 ja neljä haastattelua sekä ryhmähaastattelun talvella 2008. Tutkimusmetodina on sisällönanalyysi. Sairaanhoitajan kokemukseni perusteella muodostin teemat yhteisöllisyys, työnohjaus ja kriisihoito. Lisäksi muodostin aineiston tulosten mukaan teeman, joka käsitti muut keinot.

Tämän tutkimuksen perusteella sairaanhoitajat ovat sitoutuneet salassapitovelvollisuuteen, mikä on heille raskasta silloin, kun työssä tulee eteen vaikeita asioita. Sairaanhoitajat saavat apua työyhteisöltään puhumalla sen jäsenten kanssa sekä työssä että työajan jälkeen. Järkyttäviin asioihin voidaan hakea apua työnohjauksesta ja kriisihoidosta. Ikä ja kokemus helpottavat vaikeissa tilanteissa, mutta kun työ järkyttää, joutuvat sairaanhoitajat etsimään keinoja säilyttääkseen oman psyykensä tasapainossa. Sairaanhoitajat löytävät apua työstä itsestään, erilaisista suojautumismekanismeista, myös uskontoa kuvattiin. Sairaanhoitajien psyykkistä elämää suojaa se, että tehdään selvä ero työn ja vapaa-ajan välille.

Tutkimuksen perusteella sairaanhoitajat kaipaavat jo koulutukseen keskustelua salassapitokäsitteen merkityksestä ja neuvoja salassapitovelvollisuuden käytännölliseen toteutukseen, silloin kun mieltä painavat työssä sattuneet vaikeat asiat. Salassa pitäminen vaikeiden tilanteiden jälkeen näyttää ajoittain olevan niin ahdistavaa, ettei työntekijää pitäisi jättää tämän asian kanssa yksin, vaan työhön itsessään pitäisi kuulua auttava elementti.

Avainsanat: **Salassapitovelvollisuus, sairaanhoitaja ja ristiriita**

ABSTRACT

University of Tampere
Public Health

Raili Bäckström: Confidentiality and personal conflict in nurse´s profession

Master´s theses, 67 pages
Supervisor: Senior assistant Rita Jähi
Public Health
April 2008

The purpose of this study is to describe how nurses cope in stressful situations, when confidentiality does not give them a possibility to talk about their difficult experiences. The nurses´ understanding of confidentiality and their knowledge of the concept in the nursing studies are described in this research. The nature of situations which arouse anxiety among nurses are essential for understanding nurses´ personal conflict in the matter.

The research material consists of 10 individual theme interviews and one group interview of 10 nurses. Six nurses were interviewed in 1998-1999 and four nurses and the group interview was undertaken during the winter 2008. The research method was content analysis. The themes, based on my own nursing experience, were community companionship, supportive counselling and crisis therapy. The theme "other means" include the rest of the findings from the collected data.

The research shows that nurses are committed to confidentiality. As they are committed, their work may become hard, when experiencing difficult moments at work. The nurses help themselves through close colleagues at work and after work. Nurses have a possibility to receive supportive counselling and crisis therapy after stressful moments and experiences. The confidentiality becomes easier with age and experience, but when work is hard, nurses have to develop various ways of coping. Devoting deeper into the work itself is helpful. Nurses use different defences and even religion helps. It is important for the nurses´ psychological well-being to keep their work and their personal life separate.

The research shows that the meaning of confidentiality in the nurse´s profession and the means to cope with confidentiality and difficult situations in practice was requested to be included in the nursing studies. The confidentiality after difficult moments seems to cause anxiety at times. Therefore nurses should not be left alone with the matter, but offer professional counselling in their daily work.

Keywords: **Confidentiality, nurse and personal conflict**

SISÄLLYS

1. Johdanto.....	5
2. Salassapitovelvollisuus terveydenhuollossa.....	7
2.1. Salassapitoa ohjaavia lakeja ja ohjeita.....	8
2.2. Salassapitovelvollisuus hoitotyössä.....	9
2.3. Salassapitoon liittyviä ongelmia.....	10
2.4. Salassapitoa mahdollisesti helpottavia asioita.....	11
2.4.1. Yhteisöllisyys.....	12
2.4.2. Työnohjaus työyhteisön ja sen jäsenten auttajana.....	15
2.4.3. Kriisihoito.....	17
3. Tutkimuskysymys ja tutkimuksen toteuttaminen.....	19
3.1. Tutkimuskysymys.....	19
3.2. Aineiston teemahaastattelut ja ryhmähaastattelu.....	20
3.3. Analyysimenetelmänä sisällönanalyysi.....	26
3.4. Luotettavuus.....	28
4. Tulokset.....	31
4.1 Salassapito sairaanhoitajien tulkitsemana.....	31
4.2. Mitä sairaanhoitajat voivat puhua työstään työnsä ulkopuolella.....	34
4.3. Missä tilanteissa syntyy tarvetta jakaa ahdistavaa asiaa jonkun kanssa.....	36
4.4. Mitä sairaanhoitajat tekevät salassapidon säilyttämiseksi.....	41
4.4.1. Yhteisöllisyys ilmenee työyhteisön tukena ja huumorina.....	43
4.4.2. Työnohjaus.....	47
4.4.3. Kriisihoito.....	50
4.4.4. Muita asioita, jotka tekevät salassapidosta helpomman.....	52
5. Pohdinta.....	58
Lähteet	

1. Johdanto

Kun joku asia painaa mieltä, siitä tahtoo yleensä puhua. Ahdistusta voidaan hoitaa psykoterapialla, joka perustuu siihen, että ahdistusta puretaan puhumalla ahdistuksen aiheuttajasta ja siitä, millainen kokemus on ollut ahdistuksesta kärsivälle.

Salassapitovelvollisuus toimii tämän ajatuksen vastaisesti. Salassapitovelvollisuus, jonka jokainen sairaanhoitaja ymmärtää olevan potilaan parhaaksi, toimii vaikeiden hoidossa esille tulevien asioiden kannalta potilasta suojelevasti, mutta saattaa ahdistaa sitä, jonka työhön salassapitovelvollisuus lain ja eettisyyden nimissä kuuluu.

Salassapitovelvollisuus käsitteenä tuntuu itsestään selvältä asialta. ”Toisten asioista ei saa puhua”, ”ei saa olla utelias”, ”älä kysele liikoja”, ovat asioita, jotka usein opitaan jo lapsena ja mielletään hyvään käytökseen kuuluvaksi. Osa salassa pidettävistä asioista on sellaisia, joista jo hyvä käytös ja hienotunteisuus edellyttää vaikenemaan. Osa näistä asioista vaikuttaa kuitenkin tunnetasolla niin paljon, että ammatin eettisten periaatteiden noudattaminen tuntuu ahdistavalta, ellei saa jakaa asiaa jonkun kanssa.

Kiinnostukseni kohde on omakohtainen. Vuosia sairaanhoitajan työtä tehneenä, olen nähnyt tuskallista puhumisen tarvetta vaikeiden työtilanteiden jälkeen. Kollegat puhuvat työssä tapahtuneista rankoista kokemuksista, missä vain saavat siihen tilaisuuden: kahvitauolla, potilastyön lomassa, pukukopille jäädään työn jälkeen purkamaan sydäntä ja jopa kotona käytetään vapaa-aikaa siihen, että soitellaan työkavereille, jos asia vielä siellä on jäänyt vaivaamaan. Tutustuin aikoinaan kriisityön osa-alueeseen debriefingiin, jolloin ymmärsin, että työssä tapahtuneiden ahdistavien tilanteiden purkamiseen itse asiassa tarvittaisiin tilaisuus käydä asioita uudestaan läpi. Jos laissa, jopa rikoslaissa määrätty salassapito, on oman henkisen tasapainon säilyttämisen kannalta hankalaa, niin sen avuksi pitäisi löytyä työväline. Ajatus siitä, että ihmisiä auttavalle hoitajalle aiheutuu henkistä taakkaa työstään, tuntui väärältä. Jos auttava ihminen ei voi hyvin, ei hänestä ole toisen auttajaksi.

Salassapitovelvollisuus koskee monia ammattiryhmiä, mutta tässä tutkimuksessa käsittelen vain sairaanhoitajia. Asia on kuitenkin yhteinen. Ne toimenpiteet ja interventiot, jotka toimivat työyhteisön apuna vaikeissa mieltä järkyttäneissä tilanteissa, ovat samat kaikille. Salassapitoa on tutkittu paljon, se liittyy osana moneen työhön ja asiaan, koska

sillä on oikeudellista, kaupallista ja henkistä merkitystä. Salassapidon toteuttamisen vaikeutta ei ole juurikaan tutkittu kuin välillisesti. Kirjastohaut nimikkeillä sairaanhoitaja, nurse, ahdistus, anxiety, vaitiolovelvollisuus, salassapito, ja confidentiality ja niiden yhdistelmät, eivät tuottaneet tämän tutkimuksen näkökulmaa vastaavaa kirjallisuutta. Sain kuitenkin käsiini Suomen Lääkärilehden vuodelta 2006, jonka pääkirjoituksessa sivuttiin myös tätä näkökulmaa vaitiolosta kirjoitettaessa. Siinä on todettu lääkärien kohtaavan päivittäin koskettavia tilanteita, joita on vaikea kantaa yksin. Artikkelissa mainitaan Weissin (1982) JAMA:ssa julkaistu tutkimus, jossa puolet tutkimuksen lääkäreistä kertoivat potilaista puolisoilleen. Puhuminen auttoi jaksamaan. Kriisihoidon tutkimuksissa, hyvinvointitutkimuksissa sekä lääketieteen ja hoitotieteen etiikan tutkimuksissa on asioita, joissa salassapitoa on käsitelty osittain tämän tutkimuksen näkökulmasta.

Minua kiinnostivat sairaanhoitajien kokemukset salassapidosta. Miten sairaanhoitajat pitävät asiat salassa ja mitä keinoja heillä on, jos se tuntuu vaikealta. Tutkimusta varten haastattelin 10 sairaanhoitajaa ja sen lisäksi tein yhden ryhmähaastattelun. Käytännön kokemukseni ja lukemani kirjallisuuden perusteella jäsensin kolme aluetta, joiden oletin olevan keskeisiä, kun halutaan tutkia salassapitoa helpottavia tekijöitä. Käsitteellisen viitekehyksen muodostin näistä kolmesta, yhteisöllisyydestä, työnohjauksesta ja kriisihoidosta. Tutkimuksessa käytän aineistolähtöistä sisällönanalyysiä, jossa on viitteitä teoriasidonnaiseen analyysiin käsitteellisen viitekehykseni mukaisesti. Halusin aineiston mukaan antaa tilaa myös viitekehyksen ulkopuolisille asioille.

Ensin selvitän salassapidon käsitettä ja sääteleviä lakeja sekä siihen liittyviä vaikeuksia. Seuraavaksi esittelen käsitteellisen viitekehykseni eli ne asiat, joiden ajattelen helpottavan sairaanhoitajan salassapitovelvollisuuden toteutumista. Tämän jälkeen muotoilen tutkimuskysymykseni ja menetelmäni, minkä jälkeen kuvaan saamani tutkimustuloksen. Viimeisessä kappaleessa pohdin tutkimukseni tuloksia.

Tutkimuksessani käytän nimitystä sairaanhoitaja, millä tarkoitan samaa kuin erikoissairaanhoitaja, terveydenhoitaja, kätilö ja AMK-sairaanhoitaja ja registered nurse. Salassapidon käsitettä tässä tutkimuksessa vastaavat termit vaitiolovelvollisuus ja confidentiality.

2. Salassapitovelvollisuus terveydenhoidossa

Osa laeista, jotka säätelevät salassapitoa, ovat epämääräisiä ja niihin liittyy tulkinnallisia asioita. Niitä säätelevät normit tai joskus normit puuttuvat. Esimerkiksi käsite "luvatta" ei määrittele luvan antajaa ja käsitteet "edun vaaliminen" tai "varovaisuutta edellyttävä" laajentavat lain tulkintaa. Mahkonen (1995) on selvittänyt, mikä merkitys salassapidosta säädetyistä laeista on terveydenhuollolle. Hänen mukaansa salaisuuslainsäädännön ja terveydenhuollon yhteensovittaminen on hankalaa, koska pelkkien periaatteiden sijasta lain soveltamiseen vaikuttavat oikeudelliset asiat ja vaihtoehdotiset laintulkintamenetelmät samaan aikaan kun on mietittävä sosiaalisia normeja ja erilaisia sisäisiä merkityssisältöjä. Se minkä merkityksen potilas itse antaa sairautelleen säätelee salaisuutta. Nuhakuumeen ja jalan poikkimenolla on eri merkitys vammautuneelle kuin HIV-positiiviselle ihmiselle. Terveelle sillä on myös eri merkitys. Terveydenhuollon salassapidon laeista puhuttaessa tarkkaa ja ehdotonta tulkintaa ei ole, vaan lakien tulkintaan vaikuttaa konteksti ja normien puute. Tulkintoja tehtäessä on siksi haettava normituksen ja lain soveltamisen kompromissia ja pyrittävä sen avulla asiakkaan etuun. Mahkonen ehdottaakin, että käytännössä ennen kuin kerrotaan asioista mietittäisiin asiaa potilaan näkökulmasta pyrkimällä empaattisuuteen. Tulisi kysyä ketä ja mitä tulee suojella sekä miltä ja miksi suojellaan. Ei ole vain yhtä oikeuden- ja lainmukaista tulkintaa, vaan on mietittävä olosuhteita ja etsittävä potilaan parasta. (Mahkonen 1995, 9,16-17,38-61, 73, 188-199.)

Se mitä pitää pitää salassa ei ole yksiselitteistä vaan se vaatii monitahoista selvittelyä. Akateemista keskustelua salassapitovelvollisuuden rikkomisesta käytiin Suomen Lääkärilehden sivuilla, kun yksityissairaaloiden rintaimplanttipotilaista oli luovutettu tutkimusta varten tietoa Stakesille. Lääkäriliiton luottamusneuvosto arvioi, että asiassa oli menetelty epäeettisesti ja myös epäkollegiaalisesti. (Äärimaa, 2004)

Oikeutta eettisiin perustein ja lain puitteissa selviteltiin saman lehden myöhemmässä julkaisussa ja todettiin, että tutkittavien henkilöiden tietosuojaa ei ollut rikottu. Vastineessa todettiin, että monimutkaisen lainsäädännön ja etiikan hallintaan tarvitaan kaikkia osapuolia ja eri alan asiantuntijoita silloin kun menettelytapoja ollaan luomassa. Keskustelun tuloksena päädyttiin siihen, että kaikissa tilanteissa potilaan salassapito-oikeus tulee säilyttää. (Pajukoski ja Äärimaa, 2004) Tämä keskustelu osoittaa sen, että salassapitovelvoite on edelleen lääketieteen ja terveydenhuollon kulmakiviä, kuten

Hippokrateen aikanakin ja että salassapitovelvollisuuden rikkominen satuttaa sekä yksilöä että yhteisöä.

2.1. Salassapidosta säädettyjä lakeja ja ohjeita

Salassapidosta ei ole yksittäistä koottua ohjetta, vaan sitä käsitellään lukuisissa laeissa. Hippokrateen laki ajalta 400 eKr on ensimmäinen säädös, joka on edelleen pätevä ja elävä lääkärin ohje. Siinä mainitaan salassapidosta näin: ”Mikäli parannustyössäni tai sen ulkopuolella ihmisten parissa näen tai kuulen sellaista, mitä ei pidä levitettävän, vaikenen ja pidän sen salaisuutena.” Siihen perustuvat myös muille terveydenhuollon ammattilaisille säädetyt ohjeet salassapidosta. Terveydenhuollon ammattilaisille on yhteinen laki, mutta sen lisäksi salassapidosta on mainittu kaikkien eri ammattiryhmien laeissa. Lakeja on paljon ja lista on pitkä, tässä vain muutamia esimerkkejä.

Terveydenhuollon ammattihenkilöstä annettu laki 559/94 17§:ssä sanotaan näin: ”terveydenhuollon ammattihenkilö ei saa sivulliselle luvatta ilmaista yksityisen tai perheen salaisuutta, josta hän asemansa tai tehtävänsä perusteella on saanut tiedon. Salassapitovelvollisuus säilyy ammatinharjoittamisen päättymisen jälkeen”.

Kansanterveyslaissa (5. luku, 42§) sanotaan, että kunnan luottamushenkilöt ja terveyslautakunnan palveluksessa olevat sekä muut terveyskeskuksen tehtäviä suorittavat tai terveyskeskuksessa työskentelevät henkilöt eivät saa luvatta ilmaista yksityistä tai perheen salaisuutta, josta he asemansa tahi tehtävänsä perusteella ovat saaneet tietää. Rangaistuksen suhteen viitataan rikoslakiin. Rikoslaisissa (38 luku, 1§) määrätään sakkoa tai enintään yksi vuosi vankeutta salassapidon rikkomisesta.

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/95 13§,) 1. momentin mukaan potilasasiakirjoihin sisältyvät tiedot ovat salassa pidettäviä ja 2. momentin mukaan ”terveydenhuollon ammattihenkilö tai muu terveydenhuollon toimintayksikössä työskentelevä tai sen tehtäviä suorittava henkilö ei saa ilman potilaan kirjallista suostumusta antaa sivulliselle potilasasiakirjoihin sisältyviä tietoja”. Lain 5.luku 14§ ilmaisee salassapitovelvollisuuden rikkomisesta tulevat seuraamukset, jossa viitataan rikoslakiin.

Laissa sairaanhoitotoimen harjoittamisesta (554/64 3§) sanotaan, että sairaanhoitotoimen harjoittaja ei saa luvatta ilmaista, mitä hän sairaanhoitotehtävänsä perusteella on saanut tietää ja mikä asian laadun vuoksi on salassa pidettävä.

Laki voi olla salassapidolle vastakkainenkin. Tieliikennelakiin on tehty muutos, jossa salassapitovelvollisuus on muuttunut ilmoitusvelvollisuudeksi poliisille silloin, kun terveydentila on pysyvästi heikentynyt siinä määrin, ettei se täytä ajokortin saamisen terveysedellytyksiä (Kujala 2004.) Lastensuojelulaki (683/1983) taas edellyttää ilmoituksen tekemistä silloin, kun lapsen etu niin vaatii.

Sairaanhoitajan eettisissä ohjeissa (28.9.1996), jotka perustuvat International Council of nurses, ICN:n, ohjeisiin vuosilta 1973 ja 1989, sanotaan salassapidosta näin: ”Sairaanhoitaja pitää salassa potilaan antamat luottamukselliset tiedot ja harkitsee, milloin keskusteleee niistä muiden hoitoon osallistuvien kanssa”.

2.2. Salassapitovelvollisuus hoitotyössä

Salassapitovelvollisuus on yksi hoitotyössä päivittäin esiin tulevista tärkeimmistä eettisistä kysymyksistä. Se kuuluu auttajan moraaliin, on ammatillisuuden osa ja sen noudattaminen perustuu kunkin omaan käsitykseen siitä. Kuitenkin oman ammattiroolin ja korkean työidentiteetin kehittyminen sekä työyhteisön kulttuuri yhdenmukaistaa salassapidon noudattamisesta olevia käsityksiä. (Kuusilehto, 1987, 18-22.) Pihlainen (2000, 122) puhuu väitöskirjassaan paljon potilaan hyvästä, joka sisältää voimakkaan eettisen ajatuksen. Hänen tutkimuksensa mukaan terveydenhuollon ammattilaisten arvo- ja arvostuskäsitteet eivät ole vuosien saatossa kuluneet vaan sisältävät edelleen yleviä ja hyveellisiä ajatuksia potilaan hoidosta.

Sairaanhoitajan salassapitovelvollisuuden aiheuttamat tuntemukset vaikeiden tilanteiden jälkeen voivat muistuttaa tilannetta, jota Muma (2007) kuvaa artikkelissaan nuorten tuntemuksista Jokelan koulukeskuksen ampumavälikohtauksen jälkeen. Koulun nuoret ihmiset olivat tuoneet esiin adressin, jossa he toivoivat median kunnioittavan surua ja ahdistusta. Media oli kohdellut nuoria huonosti haastatellessaan heitä tuoreeltaan ahdistuksen ollessa akuuttia. Heillä oli ollut tarve puhua järkyttävästä tilanteesta heti

eivätkä he erottaneet median edustajia muista ihmisistä. Seuraavana päivänä esillä olleet kirjoitukset lehdissä olivat tulleet ikävänä yllätyksenä.

Salassapitovelvollisuuden yksipuolisuudesta kertoo mielenkiintoinen seikka. Kun potilasrekistereihin on lupa kerätä ja kirjata tietoja sekä hoitoa että sen laatua ja jatkuvuutta varten, niin hoitohenkilökunnalla itsellään ei ole lainmukaista oikeutta päästä tietoihin käsiksi, vaikka viranomaiselle tämä mahdollisuus on laissa annettu (Lehtonen 2001). Kun sairaanhoitajaa sitoo lain mukaan salassapitovelvollisuus ja eettiset ohjeetkin (Kiiltomäki ja Muma, 2007) velvoittavat ”pitämään salassa potilaan antamat luottamukselliset tiedot ja harkitsemaan milloin keskustelea niistä muiden hoitoon osallistuvien kanssa”, saattaa omaan harkintakykyyn vetoaminen tuntua turhauttavalta ja ristiriitaiselta sen vuoksi että mahdollisuus potilaan hoidon jatkuvuuden takaamisen suhteen on jo lain kautta osittain suljettu.

2.3. Salassapitoon liittyviä ongelmia

Terveystieteiden ammattilaisille salaisuuksien vastaanottaminen, käsittely, selvittäminen ja kirjaaminen ovat jokapäiväiseen työhön kuuluvia asioita. Ne ovat usein arkipäiväisiä asioita, mutta niiden paljastaminen on kielletty tai jopa rikos. Tämä aiheuttaa ristiriidan sairaanhoitajan työhön. Silloin kun salassa pidettävä asia on niin vaikea että se ahdistaa, tulee tunne, että siitä pitäisi saada puhua. Tämä taas on normien mukaisesti monen lain ja eettisen ajattelun perusteella kielletty salassapitovaatimuksen kautta.

Koska vaitiolovelvollisuus estää sairaanhoitajia ja muuta terveydenhuoltohenkilökuntaa puhumasta työn aiheuttamasta potilaisiin liittyvästä ahdistuksesta muualla kuin työpaikallaan, on olemassa vaara, että työntekijät vievät tunteensa kotiinsa, jossa ongelma kasvaa ilman tilanteen käsittelyä. Ellei ohjattua työnohjausta tai kriisitilanteen purkua ole järjestetty, jää paineen purku työntekijän oman aktiivisuuden varaan. Uuden vaikean tilanteen kohdatessa tilanne muodostuu entistä vaikeammaksi, mikä heikentää perustehtävän toteuttamista. (Virolainen 1995, 36-37.)

Kaikki salaisuudet eivät aiheuta ahdistusta. Mahkonen (1995) jakaa perhesalaisuudet myrkyllisiin, positiivisiin ja vaarallisiin, missä myrkylliset ovat pitkän ajan kasaumia, positiiviset ovat perheen iloisia odotettavia salaisuuksia ja vaaralliset ovat kiusallisia asioita, joihin pitäisi puuttua. Kuusilehto (1987) puhuu positiivisista ja negatiivisista salaisuuksista. Näistä salaisuuksien määrittelyistä lähti oma ajatukseni luokitella salaisuudet karkeasti tätä tutkimustani varten. Osa niistä salaisuuksista, joita sairaanhoitajat ovat työssään saaneet tietää ovat sellaisia, joista olisi houkuttelevaa kertoa, mutta joiden salaaminen vaatii ennen kaikkea hienotunteisuutta ja luonteen lujuuutta. Intuitio kertoo sairaanhoitajalle, että niistä ei ole sopivaa puhua lähimmän työyhteisön ulkopuolella. Tätä salassapidon aluetta en tässä tutkimuksessa käsittele. Osa työssä esiin tulleista salaisuuksista taas on sellaisia, jotka vaikuttavat sairaanhoitajan tunteissa ahdistavana asiana ja joista hänen oman työkykynsä ja oman jaksamisensa vuoksi pitäisi saada puhua. Ahdistusta voi helpottaa puhumalla. Näiden ahdistavien salaisuuksien vaitiolon vaikeudesta olen kiinnostunut ja sitä käsitellen tässä tutkimuksessa.

Työntekijän ahdistusta eräänlaisen salassa pidettävän asian osalta kuvaa tilanne, joka tapahtui syksyllä 2007. Helsingissä Marian sairaalan päivystyksen työpaine oli käynyt niin suureksi jatkuttuaan jo vuosia, että sairaalan 34 lääkäriä kirjoitti sairaalassa HUS:in johdolle avoimen julkisen kirjeen, jossa he ilmaisivat huolensa potilasturvallisuudesta. Kysymys ei ole salassapitovelvollisuuden rikkomisesta, mutta asian tultua ilmi rikkoutui yhteisön kollegiaalinen herrasmiehesopimus työnantajaa kohtaan. Kun työyhteisön ahdistus oli käynyt liian suureksi, se reagoi. (Sariola 2007.)

Tuloksista kertovassa osassa esittelen ne tilanteet ja asiat, jotka tämän tutkimuksen haastatellut kokivat vaikeiksi asioiksi salassapidon kannalta.

2.4. Salassapitoa mahdollisesti helpottavia asioita

Kun salassapito on vaikeaa, voivat sairaanhoitajat löytää helpottavia asioita monenlaisista yhteisöllisistä kokemuksista tai työyhteisössä toimiessaan. Työnohjaus on tullut sairaanhoitajien avuksi psyykkisessä työssä jaksamisessa. Kriittisissä tilanteissa, missä ahdistuskokemus aiheuttaa pitkäaikaista pahaa oloa ja oireilua, on kriisihoidon eri muodot tarkoitettu hoitajan työkyvyn ja psyykkisen tilanteen normalisoimiseen.

2.4.1. Yhteisöllisyys

Toimivassa työyhteisössä on hyvän yhteiskunnan ominaisuuksia, esim. tasa-arvo, yhteisvastuu, keskinäinen tuki, mahdollisuus avoimeen keskusteluun ja fyysinen ja psyykinen turvallisuus. Voisi arvioida, että siinä on samoja ominaisuuksia kuin terveessä perheessä. Yhteisöllisyys työpaikalla tukee perustehtävässä pysymistä, mikä hoitoyhteisössä tarkoittaa potilaan edun ensisijaisuutta, hoitoa ja potilaan hyväksi toimimista. Riski perustehtävästä lipsumiseen kasvaa kun organisaatio on suuri tai kun potilaan etu on epäselvä. Tällainen ristiriita syntyy muun muassa silloin, kun potilas ei kykene ollenkaan ilmaisemaan itseään esimerkiksi tajuttomana tai kun havaittu avuntarve ja potilaan ilmaisema käsitys eivät tue toisiaan, mitä tapahtuu usein psykiatrisen hoidon parissa. Perustehtävän tällaisessa tilanteessa unohtuessa, korostuvat toissijaiset tehtävät. (Isohanni 1986, 17-24) Jos sairaanhoitajan työssä ahdistusta pyritään helpottamaan sijaiskäyttäytymisellä, esimerkiksi pitämällä huolta hoitovälineiden järjestyksestä potilaan tarpeiden selville saamisen sijasta, voi siitä seurata yksinäisyyden kokemista työyhteisössä. Ahdistus tuo esille epämääräisen ja selittämättömän kaipuun johonkin yhteisölliseen, mistä saattaa seurata uupumista. (Kartano 2008.)

Tunnusmerkkinä toimivalle työyhteisölle on jatkuva työstä keskustelu sekä se, että järjestetään tilaisuuksia työn arviointiin ja palautteen antoon, kehityskeskusteluja, tiimipalavereja, osastokokouksia ja koko organisaatiota koskevia katsauksia (Kiiltomäki ja Muma, 2007, 138-141; Järvinen 2001, 47). Puhutaan myös kanssaihmisyydestä, johon kuuluvat vuorovaikutussuhteet, ammatillinen tietotaito ja eettiset näkemykset. Siihen kuuluu aito läsnäolo tasa-arvoisissa suhteissa, mikä mahdollistaa keskustelun, kannustuksen ja palautteen hierarkisessakin yhteisössä. (Anttinen ja Uosukainen, 1998.) Hyvän työyhteisön osa on toiminnan evaluointi, joka kestää kriittisen palautteen. Se on arvokasta informaatiota yhteisön ja jäsenten kehittymiseksi. Hoidollinen prosessi edellyttää keskeneräisten sisäisten ja ulkoisten tapahtumien jäsentämistä. (Isohanni 1986, 143-144.) Salassapitoon työyhteisön kulttuuri vaikuttaa niin, että se joko tulee helpommaksi tai vaikeammaksi sen mukaan kuinka hyväksyvä ja keskusteleva sen ilmapiiri on (Isohanni 1986, 13-14).

Kiikkala (2000) käsittelee sairaanhoitajan perustehtävää, johon eettisenä velvoitteena kuuluu pitää huolta voimasta, tahdosta ja tiedosta. Hänen mukaansa sairaanhoitajan

työhön ei riitä pelkkä läsnäolo, pelkkä tiedollinen pätevyys ja ajanmukaisuus tai myönteinen asenne, vaan siihen tarvitaan kaikkea tätä ja selkeätä arvomaailmaa. Hän olettaa, että niillä sairaanhoitajilla, jotka työskentelevät uupumisen riskirajoilla tai joita kiusataan työpaikallaan, ei tällaiseen ammatilliseen vahvaan otteeseen ole voimia. Tämä antaa haasteen sairaanhoitajille toimia hoitotyössä myös suhteessa toisiinsa. Hän katsoo, että tällainen lähiympäristön vertaistukimainen auttaminen on askel kohti voimaantumista. Sitä mukaa kun tieto ja tekniikka on lisääntynyt sairaanhoitajan työssä, on siirrytty ihmisyyden, arvon, tahdon, tiedon ja voiman perustehtävästä sivuun. Tämä on väsyttänyt sairaanhoitajaa ja uupumisen riski on kasvanut. Voimaantumista edistävät mm. sellaiset asiat kuin avoimuus, toimintavapaus, rohkaisu, luottamus, kollegiaalisuus, kunnioitus, riskinottamiskyky ja halu asettaa päämääriä. Näitä ominaisuuksia vaalimalla sairaanhoitajalla itsellään on avain siihen sisäiseen ammattitaitoon ja prosessiin, mistä jo Florence Nightingale on historiallinen esimerkki. Samaa asiaa käsittelee Mattila (2008). Kartanon (2008) mukaan selkiytynyt ammatti-identiteetti auttaa sairaanhoitajaa hallitsemaan sisäistä ja ulkoista todellisuutta, minkä avulla hän pysyy vaikeissakin tilanteissa keskittymään perustehtäväänsä. Tästä syntyy läsnäolon kokemus niin potilaille kuin kollegoille. Tällainen sairaanhoitaja kykenee auttamaan myös kollegaansa löytämään perustehtävän kautta roolinsa ja paikkansa yhteisössä.

Yhteisön vaikutuksesta näyttelijän työssä kertoo Timo Torikka (2007). Hän luonnehtii ammattiaan niin, että näyttelijän tulee olla kiinnostunut kaikesta, olla utelias ja että ajattelun avoimuus ja kyseenalaistaminen ovat tärkeää työtä. Määreet sopivat mielestäni myös hoitajan profession. Hän kertoo oppineensa eniten kultakin työyhteisöltään ja toivoo, että osaisi ottaa lähtökohdaksi työssään sellaisen elinikäisen oppimisen, että oppii ihmisestä ja ihmisyydestä; silloin voi oppia itsestä ja elämästä. Tämäkin sopii mielestäni hoitajan ammattiin. Torikka analysoi omaa roolin rakentamistaan luopumisesta käsin, mikä tarkoittaa sitä, että luopuu maailman haltuunotosta voimalla. Silloin roolin rakentamisesta tulee purkamista, oman mielen esteiden purkamista. Tässä näyttelijän ajatuksessa näen paljon samaa kuin Kiikkalan (2000) ajatuksissa hoitotyössä voimaantumisen, ja myös Isohannin (1986) ajatuksissa perustehtävässä pysymisestä.

Yhteisöllisyydestä saa apua ammatillisuuteen kestää potilaiden aggressiivinen tai primitiivinen reaktio ja ymmärtää sen takana olevat vaikuttimet. Hoitoyhteisössä akuuttitilanteet voivat altistaa vastatransferenssi reaktioihin. (Isohanni 1986, 29-31.)

Tämän ymmärrän transferenssiin vastaamiseksi samalla tavalla reagoiden. Transferenssi eli tunnesiirto-käsite Kajamaan (1996) mukaan tarkoittaa terapiasuhteessa aikaisempien objektisuhteiden siirtoa terapeuttiin ja liittyy käsitteeseen projektiivisesta identifikaatiosta eli sijoittavasta samaistumisesta, mikä on primitiivinen suhteissa olemisen tapa. Esimerkiksi kun potilas käyttäytyy aggressiivisesti, niin myös hoitajalla on riski käyttäytyä samoin. Aggressiivisuus voi saada hoitohenkilökunnan ahdistumaan ja puolustuskannalle, ellei ymmärrä mistä käytösmallissa on kysymys eikä sillä ole mahdollisuutta purkaa tunteitaan. Ongelmista ja konflikteista oppiminen on niiden hyötykäyttöä, joka antaa yhteisölle tietoa kohdata hankalia ja kriittisiä tilanteita (Järvinen 2001, 16). Työyhteisön kehittämiseksi keskeisiä tekijöitä ovat työntekijöiden ammattitaidon ja ammatillisen itsetunnon vahvistaminen sekä humanististen arvojen omaksuminen. Työyhteisö häiriintyy monesta syystä, mutta jos sen kulttuuriin kuuluu aktiivinen yhteistyöalttius, niin häiriötekijöihin on mahdollista puuttua ajoissa. (Anttinen ja Uosukainen 1998.) Esimerkiksi kun psykiatrisella osastolla tapahtuu itsemurha, niin lääkärin tehtävä on ilmoittaa henkilökunnalle mahdollisimman nopeasti kuolemasta ja auttaa selvittämään tunteita. Henkilökunnan tulee kokoontua ryhmäksi, jolloin avoin keskustelu asiasta olisi mahdollista. (Pohjolainen ja Saarinen 2003, 3761-3764.)

Terveydenhuollossa käytetään stressiä vastaan henkilökohtaisia ja epävirallisia itsehoitomenetelmiä: keskustelua, asioiden läpikäyntiä ystävän kanssa, toiminnallisia keinoja, liikuntaa ja erilaisia harrastuksia. Nämä keinot eivät kuitenkaan aina ole mahdollisia. Vertaisryhmä toimii hyvin, esimerkiksi luonnollisesti keskustelemalla tilanteista niiden mentyä ohi, mutta aina on niitä, jotka jäävät sen ulkopuolelle. Työntekijöille olisi varmistettava mahdollisuus apuun stressin purkamiseksi. Tämän mahdollisuuden tarjoaminen tulisi varmistaa myös työpaikan hiljaisille ja eristäytyville. (Kluger 2003; Faulkner ja Maguire 1999, 179-180.) Seppä (2007) mainitsee työporukan hyvän hengen auttaneen häntä työyhteisössä jaksamisessa. Työyhteisön stressinhallinnassa keskeistä on riskien kartoitus sekä parityöskentely, jossa voi pohtia ja jakaa työhön liittyviä asioita luonnollisessa ympäristössä ja ajassa (Kiiltomäki ja Muma 2007, 138-141).

Terapeuttisen hyvän työyhteisön tunnelma on usein tiivis, ja siellä nonverbaalinen viestintä toimii. Ilmeillä ja eleillä on merkitystä hoidon onnistumisessa, mikä helpottaa paineita (Isohanni 1986, 34). Kaikki ryhmät herpaantuvat silloin tällöin perustehtävästään ja "liukuvat omaan sisäiseen maailmaansa", ts. heittäytyvät vapaalle työroolistaan ja

tehtävästään. Jos tämä jää lyhytaikaiseksi hauskanpidoksi, niin se vahvistaa työyhteisöä. Huumorin ja leikinlaskun käyttö on fantasian positiivista käyttöä. Liioiteltu ja rankka leikinlasku on perusteltua, se on työyhteisön paineiden purkua ja energian tankkausta uusia vaikeita tilanteita kestäväksi. (Järvinen 2001, 33-41.) Työyhteisöt käyttävät hankalien tilanteiden kohtaamisessa sekä yksilöllisiä että yhteisöllisiä defensessejä, suojautumismekanismeja estääkseen mielenrauhan järkkymistä ja epämiellyttäviä tuntemuksia. Niiden käyttö auttaa säätelemään ahdistusta niin, ettei ahdistus valtaa ihmistä ja tee tätä toimintakyvyttömäksi. Ne kuitenkin vääristävät todellisuuskäsitystä jäädessään vallitsevaksi. (Järvinen 2001, 97.)

Työyhteisönä onnistuminen vaatii sen, että sen johtajan aseman säilyy. Johtaja toimii välittäjänä yhteisön ja työn rajalla. Esimies ei voi kokonaan mennä mukaan yhteisön sisäiseen maailmaan, vaan hänen tehtävänsä on rajaava. Hän tarkastelee ryhmää kokonaisuutena ja pitää sen perustehtävässään. Siksi hän ei voi kokonaan antautua tunnevaltaiseen sisäiseen maailmaan, vaan hänelle on eduksi pitää siihen henkinen välimatka. (Järvinen 2001, 65-66.)

2.4.2. Työnohjaus työyhteisön ja sen jäsenten auttajana

Työnohjaus on hallinnollinen menetelmä ja henkilöstön koulutusta, jonka tarkoituksena on varmistaa toiminnan laatu. Sen avulla tarkastellaan omaa työtä ja itseä työyhteisössä. Toiminnan laadun varmistamiseksi on tärkeää, että työnohjausta tarjotaan kaikille sen jäsenille riippumatta siitä, millaisessa työsuhteessa he ovat. Työnohjauksella saadaan selville yhteisön kipukohdat ja puutteet ja niiden kautta interventio- tai koulutustarpeet. (Paunonen 1989,11-15.)

Työnohjauksen muotoja ovat yksilö-, ryhmä- ja yhteistyönohjaus sekä johtajien ja esimiesten työnohjaus. Sen tarkoitus on elävän vuorovaikutuksen ja reflektion kautta estää työntekijää loitontumasta yhteisönsä perustehtävästä. Sen kesto on tavallisesti kaksi vuotta ja tapaamiset ovat 1-4 viikon välein. Työnohjauksessa tutkitaan henkilön omaa persoonaa työssä ja on siksi hyödyllinen sellaisessa työssä, jossa on paljon tunteita mukana, joka vaatii harkintaa ja päätöksentekoa tai työn paljous vaatii sen rajaamista. Tällaista työtä on mm. terveydenhuollon parissa työskentelevillä. Heillä on myös

useimmiten korkea työmoraali, mikä vaatii työn rajaamista loppuun palamisen estämiseksi. (Toivola 2006.)

Työnohjaus on vuorovaikutusprosessi, jossa kognitiivisen oppimisen kautta pyritään saamaan yksilössä tai ryhmässä pysyviä muutoksia. Kognitiivisessa oppimisessa käsitetään kokonaisprosessiksi, jossa oppija on aktiivinen osallistuja. Prosessissa ajattelu ja toiminta muuttuu ja kehittyy, vanha ja uusi tieto integroituu. Sitä kautta ihminen pystyy ennakoimaan muutoksia ja hallitsemaan ilmiöitä. Kognitiivisen oppimisen kautta muodostui konstruktivismin oppimisteoria, jossa yksilö itse keksii ja oivaltaa ratkaisut löytäessään aina uusia käsitteellisiä työkaluja itselleen. Työnohjauksessa yksilö luo tiedosta oman konstruktionsa, joka tulee hänen voimavarakseen, kyvyksi liittää tieto ja oppiminen käytännön elämän ja työn tilanteisiin. (Paunonen-Ilmonen 2001, 127-131). Samaa asiaa käsittelee Vuori (2000) joka kritisoi sitä, että kun puhutaan työyhteisön väsymyksestä, niin se mielletään hoitajien väsymykseksi hoitaa ihmisiä. Väsyminen on kuitenkin useimmiten sitä, että nauttii työstään, mutta kärsii siitä tavasta, jolla työtä joutuu tekemään. Hän puhuu ihmisyyden löytämisestä työympäristöstään ja -yhteisöstään oppimisen ja aidon dialogin kautta, jonka avulla tulee viisaammaksi sen suhteen mitä jo tietää. Merkityksellisempää kuin kokemuksista oppiminen on järjestää kokemuksemme edellisiin kokemuksiin havainnointien ja kokemusten tallentamisen kautta. Muma (2007) on todennut, että jatkuva koulutus onkin voimavara, joka vaikuttaa positiivisesti hoitajan työssä viihtymiseen ja jaksamiseen. Suomen Sairaanhoidajaliiton tutkimuksessa jaksamisesta todettiin lisäksi, että hoitajat ovat halukkaita lisäkoulutukseen (Laaksonen 2000).

Kriittisen ajattelun kehittäminen sairaanhoitajilla on olennaista ja työnohjauksella mahdollista. Kriittisen ajattelun tuomilla avuilla sairaanhoitaja kykenee luottamaan itseensä hoitamisessa esiin tulevista vaikeista ja monimutkaisista hoitopäätöksistä. Itsetuntemuksen ohella kriittinen ajattelu edesauttaa sairaanhoitajan voimaantumista. Voimaantuminen, empowerment, on hoitotieteen käyttämä termi sairaanhoitajan ammatillisesta varmuudesta, jossa persoonallisuus ja kriittinen ajattelu ovat osana. Sen kautta sairaanhoitaja kykenee ottamaan vastaan ammatissa eteen tulevia vaikeita tilanteita. (Paunonen-Ilmonen 2001, 136-139.) Voimaantumisesta puhuu myös Munnukka (2000) jonka mukaan ammatillisen kasvun ydinilmiö on sisäinen voiman tunne, joka tarkoittaa samaa kuin empowerment-käsite.

2.4.3. Kriisihoito

Kriisiapua tarvitaan silloin, kun ihminen on kokenut jonkin järkyttävän tilanteen tai onnettomuuden tai trauman. Kriisiapu on henkistä ensiapua, jonka tarkoitus on normalisoida kokemuksia ja auttaa ihmistä pysymään työkykyisenä. Kriisityö on Saaren (2005) mukaan ennaltaehkäisevää työtä, joka tehdään akuutin tilanteen jälkeen. Se on käsitettävä jatkumona, joka edellyttää kriisin eri vaiheiden tunnistamista ja eri vaiheiden interventioiden hallintaa. Näitä vaiheita ovat psyykinen ensiapu, psykologinen jälkipuinti, hoidon tarpeen arviointi ja traumaterapeuttinen hoito.

Kriisihoito on verraten nuori alue terveydenhoidossa. Kriisihoidon juuret ovat USA:ssa, jossa mm. Vietnamin sodan uhreja tutkittaessa ilmeni paljon sodasta johtuvaa oireilua (Mitchell, 1996). Suuronnettomuuksien tutkiminen opetti sen, että uhrien lisäksi myös auttajat tarvitsevat apua sekä sen, että myös maallikkolähimmäinen voi toimia auttajana (Kirk 1990, Sowney 1996). Kriisihoidolle on nykyisin kehitetty menetelmät ja struktuuri ja se on monessa maassa, kuten Suomessa integroitunut osaksi terveydenhoitoa. Maahamme tuli debriefing eli jälkipuinti pietarsaarelaisten sairaalateologi Ulf Sundstenin ja psykologi Krister Anderssonin kautta. He perustivat hoitomuodon Norjan mallin mukaiseksi, missä debriefing on terveydenhuollon vastuulla ja integroituu muihin terveystalouteihin. Tärkeitä terveydenhuollon ulkopuolisia auttajia ovat mm. kirkko, erilaiset järjestöt ja SOS-palvelut. Suomessa Estonia-laivan katastrofi 28.9.1994 oli ensimmäinen todellinen tulikaste debriefingin käytölle. Silloin debriefingin kohteena olivat myös katastrofin uhreja auttaneet (Taiminen ym. 1994).

Onnettomuuden jälkeisen avun tarjontaan auttajille tulee olla suunnitelma ja strategia. Menetelmiin kuuluvat työyhteisössä kannustaminen, hyväksyvä ilmapiiri, perhetuki, työn lopettaminen ja välitön jälkipalaveri, defusing, henkilökohtainen seuranta sekä ohjaus tarvittaessa muuhun hoitoon. (Dyregrov 1994, 232-238.) Auttajat kokevat stressiä kriittisissä tilanteissa ja voivat myös reagoida, mistä seuraa riski auttamiskyvyn kadottamiseen. Toimintakyvyn takaaminen vaatii sen, että auttajaa autetaan paitsi traumaattisen tilanteen aikana myös vahvistamalla henkistä kestävyyttä harjoittelemalla kuviteltuja mahdollisia tilanteita etukäteen. Harjoittelu nostaa intuitiivista päätöksentekokykyä nopeasti vaihtuvissa tilanteissa ja lisää psyykkistä kestävyyttä auttajilla. Auttajan tulisi saada yleistä tietoa stressin vaikutuksesta ja stressin

vaikutuksesta kriisin eri vaiheissa sekä tietoa kriisityön vaikutuksesta auttajaan. Auttajalle tulisi kertoa myös erilaisista kriisinhallintamekanismeista. (Dyregrov 1995, 224-226.)

Debriefing on ryhmäistunto, joka voidaan järjestää aikaisintaan kahden päivän kuluttua tapahtumasta. Siihen osallistuvat kaikki saman traumaattisen tapahtuman kokeneet. Jälkipuinnin vetää ulkopuolinen ryhmän johtaja ja siinä käydään läpi ryhmän kaikkien jäsenten kokemukset sekä tapahtuman herättämät aistimukset, ajatukset ja tunteet. Aistimuksista käydään läpi jopa hajut ja maut, minkä vuoksi osallisia kehoitetaan kuvaamaan kokemuksensa mahdollisimman tarkasti. Kokemukset normalisoidaan keskustelussa, jolloin tarkoituksellisesti yritetään muodostaa jokaiselle osalliselle oma tarina. Sen seurauksena mielen ja muistin mustat aukot täyttyvät integroimalla dissosioituneita muistikuvia. (Pohjolainen ja Saarinen 2003,3761 -3764.)

Katastrofin aikaiset pelastustyöntekijöiden rutiinit tulisi muodostaa sellaisiksi, että työntekijät voisivat valita työparinsa tai –ryhmänsä, saada työn jatkuessa myös lepoa hetkiä työpaikalta poistumatta, saada suorittaa työ loppuun, jotta siitä saa kokonaiskuvan. Emotionaalinen etäisyys on eduksi kriisin aikaisen auttamistyön aikana. Tällaisia asioita ovat kuolleiden peittäminen, omaisten ja auttajien pitäminen työrauhan vuoksi mahdollisimman paljon erossa toisistaan akuuttivaiheen aikana, turhien aistimusten välttäminen käyttämällä erilaisia suojaimeja, viettämällä lepoa hetkiä ja ruokailut yhdessä ja saamalla kannustusta tehdystä työstä. (Dyregrov 1995, 224-229.)

Sairaanhoitajan työ voi olla hoitajalle myös vaarallista, jopa kohtalokasta. Se koettiin myös Moision sairaalassa ennen joulua 1998, jolloin hoitaja sai surmansa osastolla. Tämä tapahtuma aiheutti muille työntekijöille kriisille tyypillisiä jälkioireita, mm. syyllisyyttä ja häpeää, mutta kriisihoidon jälkeen luottamuksen hiljalleen palatessa se koettiin arvokkaaksi kokemukseksi, jolla oli omalle elämälle merkitystä. (Vihavainen 1999.)

Sairaanhoitajan väkivaltatilannetta käsittelee myös Muma (2007) jonka mukaan akuutin psykiatrian piirissä riski on aina läsnä. Vaikka väkivaltaisessa tilanteessa ei edes loukkaantuisi fyysisesti, niin siinä loukkaantuu psyykkisesti, kun tunne turvallisuudesta on vahingoittunut. (Kiiltomäki ja Muma, 2007, 139.) Jos osaston potilas tekee itsemurhan, niin myös hoitohenkilökunnalle voidaan antaa tilaisuus ilmaista tunteitaan vapaasti esimerkiksi psykologisen ruumiinavauksen kautta, minkä tarkoitus on helpottaa omaa oloa. Psykologinen ruumiinavaus on itsemurhaan liittyvän, alun perin omaisille tarkoitettun

postvention yksi muoto. Siinä selvitetään itsemurhaan mahdollisesti liittyviä taustoja. (Pohjolainen ja Saarinen 2003. 3761 -3764.)

Tutkimuksissa katastrofityöntekijöiden kriisireaktioista on todettu, että ne ovat erilaisia ensimmäisen ja toiseen vaiheen auttajilla. Ensimmäisen vaiheen auttajilla – itse katastrofissa työskennelleillä - todettiin pitkäaikaisia ja laajoja reaktioita, jotka joillakin jäivät kroonisiksi. Toisen ryhmän auttajilla, psykososiaalista työtä tehneillä – jotka voidaan kuvitella vastaavan akuuttialojen sairaanhoitajia – todettiin huomattavia stressireaktioita, vaikka heillä oli pitkäaikainen työkokemus. (Dyregrov 1995, 192-200.)

3. Tutkimuskysymys ja tutkimuksen toteuttaminen

3.1. Tutkimuskysymys

Tarkoitukseni on saada selville, tuottaako salassapito sairaanhoitajalle ongelmia ja jos se tuottaa, niin minkälaiset tilanteet ongelmia aiheuttavat ja miten sairaanhoitajat ongelmia käsittelevät. Ensimmäinen kysymys selviää toiseen kysymykseen vastatessa. Kysymyksen ulkopuolelle jätän ne asiat, joihin sairaanhoitajalla riittää hienotunteisuus ja ammatillinen sivistynyt käytös. Sen sijaan kiinnostukseni kohteena ovat ne työssä esiintyvät vaikeat tilanteet, jotka aiheuttavat sairaanhoitajalle puhumisen ja purkamisen tarpeen ja se, mitä keinoja heillä on purkaa tätä tarvetta. Tämän kysymyksenasettelun vuoksi on välttämätöntä tietää, mikä käsitys sairaanhoitajalla itsellään on salassapitovaatimuksesta. Se selvittää sen rajan, minkä sairaanhoitaja asettaa itselleen salassapidon suhteen. Rajan toiselle puolelle jäävät ne asiat, joita ei saa kertoa ja toiselle puolelle se osa asioista, jotka sairaanhoitaja katsoo voivansa kertoa silloin kun ammatillinen tilanne synnyttää tarpeen puhumalla jakaa kokemuksia ja sillä tavalla auttaa työssä selviytymistä ja jaksamista. Etsin siis vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Minkälainen käsitys sairaanhoitajalla on salassapitovaatimuksesta; mitä saa kertoa ja mitä ei?
2. Minkälainen tilanne aiheuttaa sairaanhoitajalle tarvetta jakaa asia muiden kanssa, mistä tuntuu että on pakko puhua?

3. Minkälaisia keinoja sairaanhoitajalla on käsitellä työssä syntynyttä puhumisen tarvettaan niin, että salassapitovelvollisuus ei rikkoudu?

3.2. Aineiston teemahaastattelut ja ryhmähaastattelu

Tutkimusaineisto koostuu kymmenestä haastattelusta ja yhdestä ryhmähaastattelusta. Haastateltavat ovat kaikki sairaanhoitajia, nuorin haastateltava oli 26 ja vanhin 54-vuotias. Seitsemän oli naisia ja kolme miehiä. Haastateltavat asuivat eri puolella Suomea. Ryhmähaastatteluun osallistuvat olivat iältään 23-52-vuotiaita ja naisia. Haastatellut ovat korkeasti koulutettuja, aktiivisia ja työhönsä sitoutuneita sairaanhoitajia. Tämä valikoituminen johtuu todennäköisesti siitä, että haastattelu perustui vapaaehtoisuuteen, osalla jopa omaan aktiivisuuteen. Haastattelut tein kahdessa erässä, ensimmäiset kuusi joulukuun ja toukokuun välillä 1998-99. Niitä kutsun tässä tutkimuksessa aikaisemmiksi haastatteluiksi. Seuraavat neljä haastattelua tein talvella 2008 ja näitä kutsun myöhemmiksi haastatteluiksi. Ryhmähaastattelun tein kevättalvella 2008.

Tutkimukseni tarkoitus oli saada mahdollisimman erilaisia näkökulmia aiheeseen. Tämä mielessäni päätin etsiä haastatteluihin vapaaehtoisia molempaa sukupuolta edustavia eri-ikäisiä sairaanhoitajia, jotka edustaisivat sairaanhoidon eri aloja ja olisivat eri puolelta Suomea. Tutkijana yritin toimia siten, että oma aktiivisuuteni ei ohjaisi haastattelijoiden valintaa. Näin menettelemällä halusin taata sen, että haastateltavat valikoituisivat mahdollisimman sattumanvaraisesti, millä halusin lisätä tutkimuksen luotettavuutta. Halusin toimia odottamatta ja yllätyksellisesti myös suhteessa itseeni. Uskoin sillä saavuttavani myös jotain sellaista, mitä en ennalta olisi miettinyt. Päädyin siksi odottelemaan satunnaista kontaktia, jolloin tarttuaisin tilaisuuteen ja kysyisin halukkuutta haastatteluun. Kolme haastateltavaa tapasinkin esitellessäni työpaikkaani, jolloin kysyin samalla mahdollisuutta haastatteluun ja sovin ajankohdan samaksi päiväksi. Kaksi haastateltavaa soitti minulle työyhteydessä, jolloin kysyin halukkuutta haastatteluun ja sovin sen muutaman päivän päähän. Näihin haastatteluihin en tarvinnut sairaalan lupaa, koska ne koskivat ainoastaan sairaanhoitajan omaa kokemusta eivätkä ne vieneet työaikaakaan eikä työpaikkaa käytetty niihin. Muut haastateltavat sain ollessani eri yhteyksissä vieraalla paikkakunnalla ja hakeutuessani paikallisen sairaalan tai terveyskeskuksen poliklinikalle pyytääkseni haastattelua. Yhden haastateltavista sain menemällä ison

sairaalan akuuttiosastolle yllättäen ja kysymällä vapaaehtoista haastateltavaa, mikä onnistui saman tien, koska osastolla oli silloin hiljaista. Sain samalla menetelmällä myös toisen haastattelun, se sovittiin seuraavaksi päiväksi. Näihin sain osastonhoitajalta suullisen luvan, koska siihen käytettiin osaston tilaa ja työaika. Kaksi haastattelijaa ilmoittautui halukkaiksi, kun otin sähköpostitse yhteyttä pienen sairaalan ylihoitajaan ja kysyin haastatteluun lupaa ja mahdollisia haastateltavia. Yhtä sijaiseksi tulossa olevaa sairaanhoitajaa haastattelin omalla työpaikallani vapaa-aikana. Hän oli ainoa, jonka tiesin ennestään, mutta tunsin häntä niin vähän, etten kokenut sen häirinneen haastattelun tekemistä eikä sen tulosta. Ryhmähaastattelua varten soitin ison sairaalan osastolle, jonka osastonhoitaja oli tutun tuttu. Hänen kanssaan sovimme ryhmähaastattelusta, joka tulisi samalla olemaan sen osaston osastotunnin aihe.

Kaikki haastattelupyynnöt eivät onnistuneet. Kerran soitin ison sairaalan akuuttiosastolle ja sovin tulevani kysymään haastateltavia muutaman päivän päästä. Tuolloin oli osastolla kuitenkin niin kiire, että haastatteluun ei ollut aikaa. Kaksi kertaa vastaavanlaiselle osastolle mennessäni, kehoitettiin hakemaan ylihoitajalta haastatteluun lupa. Näin en tehnyt, koska koin tapaamisen olleen molemmilla kerroilla torjuva. Oletin, että torjutuksi tulemisen tunne saattaisi vaikuttaa haastattelutilanteeseen. Se ei olisi ollut haastattelutuloksen kannalta edullista, koska lähtökohdaltaan neutraali tunnelma oli toivottavaa. Yhden mahdollisen haastateltavan kanssa ei yhteistä aikaa vain löytynyt.

Haastattelu ei ole ainoastaan laadullisen tutkimuksen yksinoikeus, vaan sitä voidaan käyttää myös kvantitatiivisen tutkimuksen aineistona. Laadullisen tutkimuksen haastattelut perustuvat vuorovaikutukseen ja luottamukseen, minkä lisäksi haastattelujen pitää olla vapaaehtoisia. Vuorovaikutus haastattelussa tarkoittaa sitä, että molemmat vaikuttavat toisiinsa kuten muissakin normaaliin elämään kuuluvissa keskusteluissa. (Eskola ja Suoranta 2001, 85-93.) Sen lisäksi, Hirsjärven ja Hurmeen (1980) mukaan haastattelu on ennalta suunniteltu, haastattelijan aloittama, ylläpitämä ja motivoima. Siinä haastattelijatuntee roolinsa ja haastateltava oppii roolinsa sekä luottaa siihen, että annettavat tiedot ovat luottamuksellisia ja säilyvät sellaisina. (Eskola ja Suoranta 2001,85; Hirsjärvi & Hurme 1980, 41.)

Teemahaastattelussa, joka on tämän tutkimuksen toinen aineistonhankintametodi, on määritetyt teema-alueet, joiden piiristä haastattelun kysymykset tulevat. Kysymysten järjestys voi eri haastattelujen suhteen vaihdella, myös niiden muoto voi vaihdella. Haastattelija kuitenkin käy läpi kaikki suunnitellut teemat. Tämä takaa sen, että vaikka saadaan vapaamuotoisen keskustelun hyöty eli annetaan tilaa haastateltavien omille jäsennyksille jonka katsotaan edustavan vastaajan omaa puhetta, niin teemojen läpikäynti varmistaa kaikkien haastattelujen sisältävän samoja tutkittavana olevia aiheita. (Eskola ja Suoranta 2001, 86-87.)

Ryhmähaastattelussa mukana on useita haastateltavia, yleensä kuudesta kahdeksaan sekä ryhmän vetäjä, jonka rooli on keskeinen ilmapiirin virittäjänä ja keskustelun ohjaajana annetuista teemoista. Ryhmähaastattelu voi Valtosen (2005) mukaan olla ryhmäkeskustelu, jossa luodaan vuorovaikutus keskustelijoiden kesken tai ryhmähaastattelu, jossa vuorovaikutus tapahtuu lähinnä vetäjän ja kunkin osallistujan välillä. (Ruusuvoori ja Tiittula 2005, 223-224.) Ryhmähaastattelua voi myös käyttää yksilöhaastattelujen lisänä, kuten tässä tutkimuksessa, jolloin yksilöhaastatteluja täydennetään sillä (Eskola ja Suoranta 2001, 94-98). Tällä ryhmähaastattelulla tarkoitukseni oli saada yhdellä kertaa useampi haastateltava. Ryhmähaastattelun vuorovaikutus toimi pääasiallisesti vetäjän ja haastateltavan välillä ja analyysi oli yksilöhaastattelujen analyysin kaltainen. Ryhmähaastattelu vahvisti myös niitä tuloksia, mitä olin saanut yksilöhaastatteluista ja toimi näin itselleni eräänlaisena tulosten luotettavuuden varmistajana.

Haastatteluihin oli varattu aikaa noin tunti, käytännössä ne olivat kestoaltaan 40-50 minuuttia pitkiä. Jotkut haastattelut olisivat voineet kestää pidempään, mutta näiden kohdalla olimme sopineet aikataulusta, jota sääteli osaston oma toiminta. Haastatteluissa tunnelma oli joissain innokas ja kuvaileva, joissain intensiivinen ja harkitseva, mikä on tunnistettavissa myös litteroituna. Tämä ero selittyy osaksi persoonan mukaan, mutta siihen vaikuttaa myös sairaanhoidon alue, sillä joidenkin haastateltujen työ on psyykkisesti raskaampaa kuin toisten. Sairaanhoitajien työn erilaisuutta ilmentää kysymys siitä, mitä kukin koki vaikeaksi mieltä askarruttavaksi tilanteeksi työssään. Useat haastateltavat kokivat aiheen mielenkiintoiseksi, mutta vaikeaksi ja vaativaksi, mitä kuvaa yhden haastatellun kommentti: ” *...on kauheen vaikee niinku rajata ja tota sillai, siis sull on ihan*

selvät kysymykset, mutt tota, mutt ne on aika sellasii ku tällai pohtii äkkiä, ett se että tota..hm..hmmm”.

Haastattelut tein sanelukoneelle äänittämällä. Kuuntelin ääninauhat ja aloitin koneelle kirjoittamisen samana päivänä. Kirjoitin ne sanatarkasti äänne- ja murreilmaisuiheen, lisäten yskähdykset, naurahdukset ja tauot, mitkä merkitsin kahdella tai kolmella pisteellä riippuen tauon pituudesta (Ruusuvuori ja Tiittula, 2005, 303.) Tarkoitukseni oli näin menettelemällä helpottaa analyysivaiheessa tunnelman ja nyanssien tavoittamista, mikä auttaa merkityksien tulkitsemisessa. Alasuutarin (1995, 85) mukaan haastattelututkimuksen dokumentointi kannattaa tehdä mahdollisimman autenttisesti. Tämä työvaihe oli tutkimukseni työläin ja aikaa vievin vaihe. Sanelukoneen teksti oli usein suttuista ja epäselvää, minkä vuoksi jouduin useaan kertaan kelaamaan nauhaa edestakaisin, jotta olisin varma siitä, että sain haastattelutekstit kirjoitetuksi koneelle mahdollisimman oikein. Tämän vaikeuden koin tutkimuksen kannalta erittäin hyödylliseksi, koska sen myötä tutustuin tekstiin perusteellisesti. Se helpotti ja nopeutti analyysivaihetta tekstien ollessa jo varsin tuttuja. Yhteensä kirjoitettua litteroitua tekstiä on 54 sivua. Haastattelut nimesin isolla kirjaimella, jossa N merkitsee naista, M miestä ja R ryhmähaastattelua sekä haastattelujärjestyksen mukaan numeroiden. Tämän merkitsemistapa helpotti tulosten järjestämistä ja analyysivaihetta, jolloin pystyin niiden mukaan nopeasti palauttamaan mieleeni haastatellun sairaanhoitajan ja haastattelutilanteen tunnelman.

Haastattelijoille esitin kysymykset teemoina, keskustellen. Kysymykset koskivat sitä, mitä salassapitovaatimus sairaanhoitajien mielestä tarkoittaa, minkälainen tilanne heistä tuntuu niin vaikealta, että syntyisi tarve puhua asiasta sekä sitä, mitä he tekevät, jos salassapidossa on ongelmia. Erikseen kysyin yhteisöllisistä asioista, työnohjauksesta ja kriisihoidosta. Samat teemat alkoivat toistua haastattelujen edetessä. Yhdessä teema-alueen alateemassa täytyi saturaatiopiste (Alasuutari 1995, 109; Eskola & Suoranta 1996, 35). Tämä koski vaikeista tilanteista keskustelua lähimpien työyhteisön jäsenten kanssa, mikä ilmeni jokaisen haastatellun kohdalla. Saturaatiopisteen saavuttaminen ei kuitenkaan kaikissa laadullisissa tutkimuksissa ole tarpeen (Tuomi ja Sarajärvi 2002, 88-89) kuten ei tässäkään tutkimuksessa, jossa olen kiinnostunut löytämään tästä aineistosta erilaisia kokemuksia enkä suoranaisesti etsi samaa asiaa.

Haastattelut olivat opettavaisia tilanteita, myöhemmät haastattelut sujuivat maltillisemmin kuin aikaisemmat, joissa minulla oli vaikeuksia pysyä haastattelijan roolissa. Tämän kuulee haastattelunauhoilta omien kannanottojeni vähentyessä ja niukentuessa myöhemmissä haastatteluissa. Myös myöhempien haastattelujen litteroidut liuskat olivat aikaisempia tarkempia ja niistä sai hyvän kokonaiskäsityksen tilanteesta. Aikaisemmissa litteroinneissa olin jättänyt omat kommenttini pois, mikä muutti tunnelmaa. Tässä oli epäsuhta haastattelujen suhteen, mitä korosti sekin, että aikaisemmista haastatteluista oli jo aikaa. Asiaa korjatakseni palautin aikaisempien haastattelujen tunnelmaa mieleeni kuuntelemalla nauhat uudestaan ja palaamalla mielessäni haastattelukertaan. Kirjoitin vielä näistä kuudesta aikaisemmasta haastattelukerrasta ja sairaanhoitajista itsestään ne tunnelmat, ajatukset ja mielipiteet paperille, jotka näin menettelemällä olivat palautuneet mieleeni, yhden liuskan verran kustakin. Käytin tätä tulkinna apuna litteroidun haastattelun ohella analyysissa. Tämä menettely osoittautui varsin hyväksi, sillä teksti tuli tämän menettelyn kautta mielessäni tuoreeksi ja pystyin arvioimaan sitä, mitä sairaanhoitaja oli sanoillaan tarkoittanut. Analyysini uskottavuuteen sain tällä menetelmällä näihin aikaisempiin haastatteluihin varmuutta.

Se mitä ihminen sanoo, on sidottava siihen kontekstiin, mihin sanominen kuuluu (Peräkylä 1990, 149-150). Tämän koin helpoksi, kun haastattelin oman ammattini edustajia. Pystyin samaistumaan sairaanhoitajan ilmaisuihin ja kuvittelemaan ne siihen kontekstiin, missä ne ovat. Joskus kvalitatiivisessa tutkimuksessa saattaa olla paikallaan unohtaa tiukasti aineistolähtöinen lähestymistapa ja yrittää vaeltaa mielikuvituksen maailmassa. A. Eskolan (1990) mukaan näyttää ajoittain hyödyttömältä kysyä aineiston ja todellisuuden välitöntä suhdetta. Sen sijaan olisi hyödyllistä luodata aineistoon sisältyviä merkityksiä, jotka kertovat jotain todellisuuden jäsentämisen tavoista ja mahdollisuuksista. Näitä olisi koetettava ymmärtää ja juuri niistä tutkijan uteliaisuuden pitäisi herätä. (Eskola ja Suoranta 2001, 148.) Ajatusta aineiston ja mielikuvituksen maailmasta sovelsin silloin, kun kirjoitin aikaisemmin haastatelluista omat tarkistetut vaikutelmat, jotka olin uudelleen tulkinut kuunnellen nauhoja ja lukiessani litterointeja. Mielikuvitusta käytin merkityksen etsimiseen aineistosta, kun tulkitsin haastateltujen sairaanhoitajien ajatuksia salassapitovaatimuksesta. Mietin miten paljon heidän ammatissa omaksumansa eettisyys vaikutti siihen, mitä sairaanhoitajat kertoivat. Haastatteluissa sairaanhoitajista saamani vaikutelma tuki heidän kerrontaansa, kun kuvittelin millaisia heidän mielipiteensä voisivat olla myös vapaa-aikana. Yhden haastattelun aikana mietin, että sairaanhoitajan sen

hetkinen oma elämä täytti suuren osan hänen ajatuksistaan. Siitä muodostui itselleni tutkijana epäily siitä vastasiko tulkintani hänen kertomaansa ja viestimäänsä asiaa.

Semioottista tulkintaa käytin haastattelujen osissa. Arkiajattelun mukaan kieli sisältää nimet asioille ja esineille ja ilmiöille, mutta semioottisen ajattelun mukaan kielestä saattaa jäädä jotain pois. Kielellisen järjestelmän mukaan tietyt sanat saavat erityismerkityksen sen mukaan mikä sana jätetään pois. (Alasuutari 1995, 118.) Tässä tutkimuksessa esim. haastattelun lause *”meillä ei tule niitä ongelmia, kun me nykyisin käsitellään jokainen kriittinen tilanne”* sisältää sen ajatuksen, että ennen tätä käytäntöä ei ollut.

Olin aikaisemmin kuullut muutaman kertomuksen siitä, että salassapidon pakko tai puhumattomuus olisi aiheuttanut sairasloman. Siitä syystä ajattelin liittää haastatteluihin myös kysymyksen tästä. Kysyin kahdelta aikaisemmin haastatellulta oliko heidän mielestään osastolla loppuun palamisen vuoksi aiheutuneita sairaslomia. Vastaukset siihen olivat epävarmat : *”On, on ..se on hirveen helppoi palamisii..on, on, ihmiset ei välttämättä edes tunnista, ne vaan oireilee ja ett ne ei anna itelleen oikeutta..mutt ett on, on”* ja *”Oo..on varmaan pari sairaslomaa sillä nimellä..kaikkei sitä ei saa tietääkään...niin että on oikeestaan..on takaisin töissä ja...”* Näiden vastausten jälkeen mietin tutkijan eettisyyttä ja poistin kysymyksen. Kysymykseen vastaaminen ei koskenut haastateltua itseään, vaan arviota toisista ihmisistä joskin samassa kontekstissa. Kysymys itsessään oli siinäkin mielessä epäonnistunut, että se soti tutkimukseni eettistä ydinajatusta vastaan. Sairauslomat ovat salassapidon alaisia, joiden suhteen on vaitiolovelvollisuus. Kysymys on sinänsä mielenkiintoinen ja tärkeä, mutta se vaatisi toisen tutkimuksen.

Ryhmähaastattelun tein osastotuntina ison sairaalan yhdellä osastolla. Osastotuntia varten oli varattu aikaa puolitoista tuntia. Se oli myös osaston kahvihetki, mikä osaltaan kevensi tunnelmaa, mutta myös häiritsi sitä. Osastotunnin ensimmäinen puolituntinen oli varattu sairaalan sisäisille asioille. Siitä vastasi sairaalan edustaja, joka ei ollut kyseiseltä osastolta. Ryhmähaastattelussa oli aluksi kuusi osaston sairaanhoitajaa. Kesken haastattelun paikalle tuli eri aikoina työtehtävästään vapauduttuaan neljä sairaanhoitajaa, jotka myös osallistuivat keskusteluun. Ryhmähaastattelu voidaan Valtosen mukaan (Ruusuvoori ja Tiittula, 2005) suorittaa haastatteluna siten, että ryhmän jäsenille annetaan vuorotellen kysymyksiä, jolloin se muistuttaa yksilöhaastattelua ryhmätilanteessa. Ryhmähaastattelu voidaan myös toteuttaa ryhmäkeskusteluna, jolloin se toimii

vuorovaikutuksellisesti siten, että ryhmälle annetaan tutkimuksen kohteen teemoja keskusteltaviksi. Tässä ryhmähaastattelussa on piirteitä kummastakin. Annoin kysymyksinä teemat, joihin sairaanhoitajat vastasivat minulle, kun muut sairaanhoitajat kuuntelivat. Ne sairaanhoitajat, jotka halusivat kysymykseen vastata, vastasivat, mutta kaikki eivät halunneet vastata jokaiseen kysymykseen. Yhteinen keskustelu syntyi, kun puheeksi tuli tälle osastolle tuttu uusi ilmiö. Kysymys on ilmiöstä, jossa lapsen syntymä ei vaikuta samalla tavalla kuin ennen. Sairaanhoitajat ovat tottuneet näkemään sitä, että vaikka raskaus ei ole toivottu ja koko raskausaikakaan ei ole muuttanut suhtautumista synnytyksen jälkeisiin suunnitelmiin, niin viimeistään lapsen syntymä ja näkeminen on yleensä muuttanut suhtautumisen omaan lapseen. Nykyisin näkee tilanteita, jossa synnytys ei korjaa asennoitumista, ja synnytykseen ja lapseen ollaan jo suorituksena tyytymättömiä. Tällainen asia saattaa yleistyessään vaikuttaa myös yhteiskunnalliseen ja sosiaaliseen keskusteluun. Tämä osastolla toistuva ilmiö oli koko ryhmän mielestä ahdistava asia.

Aineistonkeruumenetelmänä koin ryhmähaastattelun vaikeaksi ja haastavaksi enkä mielestäni kyennyt luomaan haastattelulle kovin otollista ilmapiiriä. Osittain se johtui haastattelun häiriötekijöistä. Tämän haastattelun litteroin niiltä osin, mitkä koin tärkeänä tutkimuksen kannalta, muilta osin käsittelin sitä kuunneltuna tekstinä. Tulosten suhteen ryhmähaastattelu oli arvokas.

3.3. Analyysimenetelmänä sisällönanalyysi

Tutkimuksen tarkastelutapa on hermeneuttinen, millä tarkoitetaan ymmärtämistä ja tulkitsevaa otetta aineistoon (Tuomi ja Sarajärvi 2002, 34). Tässä tutkimuksessa se tarkoittaa sairaanhoitajien kokemuksen merkityksen ymmärtämistä. Laadullinen tutkimus on suurimmaksi osaksi tekstin tutkimista (Eskola ja Suoranta 2001, 15). Laadullisessa tutkimuksessa ei käytetä yleensä hypoteeseja. Sen sijaan tutkijalla on aina kokemuksia, jotka väistämättä ohjaavat havaintoja. Näitä ns. teoriapitoisia havaintoja tulisi pyrkiä purkamaan ja ottamaan huomioon tutkijan esioletuksina. (Eskola ja Suoranta 2001, 18-20.) Tässä tutkimuksessa oletuksena oli että keskeiset keinot ovat yhteisöllisyys, työnohjaus ja kriisihoito. Aineistosta tutkija saattaa löytää uusia näkökulmia, joiden avulla voi hypoteesin todistamisen sijaan keksiä hypoteesin (Eskola ja Suoranta 2001, 18-20).

Tutkimukseni menetelmä on alkuasetelmaltaan teoriasidonnainen sisällönanalyysi. En kuitenkaan halunnut esioletuksieni hallitsevan tulosten analyysia, vaan halusin antaa aineiston tulosten tulla esiin, koska tutkimuskysymykseni mukaan hain erilaisia keinoja, mitä sairaanhoitajilla oli salassapitovelvollisuuden aiheuttamiin ristiriitoihin. En siis halunnut rajata tuloksia pelkästään esioletusteni mukaisen käsitteellisen viitekehityksen sisälle. Sen vuoksi analyysissä on käytetty myös aineistolähtöisen tutkimusanalyysin menetelmää. Teoriasidonnaisessa analyysissä lähdetään aineistosta kuten aineistolähtöisessä analyysissäkin ja valitaan ensin ilmaisuista tiivistetyt analyysiyksiköt ja edetään abduktiivisen päättelyn mukaan. Se tarkoittaa tämän tutkimuksen analyysissä sitä, että ajatteluprosessissani vaihteli aineistolähtöisyys ja oma käsitteellinen viitekehitykseni. (Tuomi 2007, 129-131; Tuomi ja Sarajärvi 2002, 95-99.) Tämä näkyy tuloksissa niin, että käsitteellisen viitekehitykseni teemojen lisäksi muodostin aineistosta saamiini tulosten perusteella uuden teeman. Tässä tutkimusotteeni oli fenomenologinen. Laineen (2001) mukaan fenomenologit korostavat intuition merkitystä tekstiin paneutumisessa, jolloin on mahdollista intuitiivisesti nähdä merkityskokonaisuudet kun tekstiä lukee useaan kertaan. (Tuomi ja Sarajärvi 2002, 103; Latvala ja Vanhanen-Nuutinen, 2001.) Tämän huomasin itsekin tapahtuvan jo litterointivaiheessa. Lukiessa litterointeja maalasinkin tekstin ilmaisut eri väreillä, riippuen siitä mihin esioletetukseni mukaiseen teemaan sen ajattelin kuuluvan. Kirjoitin sitten koneelle tiivistetyt ilmaisut, analyysiyksiköt. Jos en pystynyt sijoittamaan analyysiyksikköä mihinkään aikaisempaan teemaan, annoin sille teemaksi ”muut keinot”.

Esimerkki jaottelun kulusta: **ilmaisu** ”ei oo tarvinnu hävetä sitä, että kysyy tyhmiä”, **analyysiyksikkö** ”saa kysyä tyhmiä”, **teema** ”tiimin kanssa puhuminen”, **yläteema** ”yhteisöllisyys”.

Aineistolähtöisyys ja teoriasidonnaisuus vaihtelivat mielessäni ilmaisuja miettiessäni. Osa ilmaisuista löysi paikkansa helposti jo litterointivaiheen aikana. Osa oli vaikea sijoittaa, koska ilmaisut olivat monimerkityksisiä ja niitä oli vaikea sijoittaa yhden teeman alaiseksi. Joissain ilmaisuissa palasin takaisin lukemaan tekstiä uudestaan. Tällä tavalla päädyin muutaman kerran siirtämään ilmaisun toiseen yläteemaan. Tein näistä ajatteluni tueksi hahmotettavan kartan. (Kuva 3)

3.4. Luotettavuus

Laadullista tutkimusta tehdessä luotettavuutta tulee arvioida koko tutkimusprosessin ajan, koska tutkija itse on tutkimusväline. Siksi subjektiivisuuden myöntäminen on luotettavuudessa keskeistä. Tämä on ero kvantitatiiviseen tutkimukseen, jossa luotettavuutta arvioidaan mittausten luotettavuutena. Yksi kysymys, joka kannattaa tutkijana itselleen tehdä on se, että voiko kirjoittamansa itsekkin hyväksyä, tuntuuko se todelta. Luotettavuutta lisää se, että tutkittava alue on omakohtainen tai ne voi kokemuksellaan vahvistaa. (Eskola ja Suoranta 2001, 208-211.) Subjektiivisuuden myöntäminen näkyy siinä, että olen kuvannut aineistoa tutkimuksen eri vaiheita siten, että tuloksia tarkastelee juuri tämän aineiston pohjalta ja tämän tutkimustavan ja tulkinnan perusteella. Tutkittava alue on minulle omakohtainen, minkä vuoksi pääsin ilmaisujen sisälle helposti ja ne tuntuivat minusta todelta. Toisaalta aiheen tuttuus saattoi olla haittakin. Varsinkin aikaisempien haastattelujen kohdalla tyydyin helposti lyhyeen vastaukseen, josta pääsin haastateltavan maailmaan kiinni ja jätin jatkokysymykset tekemättä. Saattaa olla, että en malttamattomuuttani saanut kaikkea mahdollista irti haastateltavistani. Koin kuitenkin, että tuttuudesta oli enemmän hyötyä kuin haittaa. Myöhempien haastattelujen suhteen olin kokeneempi ja tein lisäkysymyksiä ja tarkistin asioita. Sain mielestäni enemmän irti haastatteluista ja jopa odottamattomia asioita tuli esille, kun osasin asettua edellisiä paremmin tutkijan rooliin ja maltoin antaa enemmän tilaa haastateltavalle.

Luotettavuutta arvioidaan mm. uskottavuuden näkökulmasta, jolloin tarkastellaan vastaavatko tutkijan käsitteellistykset ja tulkinnat tutkittavien käsityksiä. Luotettavuutta lisää se, että tutkija on kirjoittanut auki omat ennakko-oletuksensa ilmiöstä. Vahvistusta saadaan vertaamalla muiden tutkijoiden vastaaviin julkaistuihin tuloksiin. (Eskola ja Suoranta 2001, 211-212.) Se, että tutkittava alue on minulle tuttu auttoi minua tulkitsemaan merkityksiä ja käsityksiä. Tuttuus auttoi minua tulkitsemaan myös hienovaraisia eroja. Koska aihe oli minulla mielessäni vuosia, minulla oli mahdollisuus seurata alan kirjallisuutta ja kerätä materiaalia. Kun sitten viimein ryhdyin työhön, oli minulla kerättynä paljon materiaalia, jota olin voinut ajatella rauhassa.

Validiteetti ja reliabiliteetti ovat tutkimuksen luotettavuuden mittareita ja niitä voidaan käyttää myös laadullisessa tutkimuksessa. Sisäinen validiteetti osoittaa tutkijan varmuutta, tieteellistä otetta ja tieteenalan hallintaa. Ulkoinen validiteetti osoittaa pätevyyttä tulkintojen ja johtopäätösten sekä aineiston välillä, se siis kertoo paljon tutkijan kyvyistä. Reliabiliteetti

tarkoittaa sitä, että aineiston tulkinnassa ei ole ristiriitaisuuksia. (Eskola ja Suoranta 2001, 212-213; Grönfors 1982, 174.) Nämä käsitteet tosin Tuomi (2007) kyseenalaistaa vedoten siihen, että ne sellaisina vastaavat määrällisen tutkimuksen tarpeita ja ovat syntyneet määrällisen tutkimuksen parissa. Laadulliseen tutkimukseen hän esittää mieluummin Eskola ja Suorannan (2001) ohjeita ja on laatinut listan asioista, joita luotettavuutta arvioitaessa kannattaa ottaa huomioon. Tämän listan mukaan arvioin seuraavassa tutkimukseni luotettavuutta. (Tuomi 2001, 150-152.)

Aineiston keruu tapahtui yksilöhaastatteluina ja yhtenä ryhmähaastatteluna. Haastattelut nauhoitin sanelukoneelle ja litteroin pian haastattelun jälkeen. Ryhmähaastattelua varten minulla oli kaksi sanelukonetta, pitkän pöydän kummassakin päässä. Sanelukoneen teksti oli paikoin suttuista ja kuuntelua häiritsi taustasärinä. Haastattelut on tarkasti kuvattu kohdassa 3.2. Litterointeihin kului aikaa ja se oli työläs vaihe, koska paikoin jouduin kelaamaan nauhaa moneen kertaan saadakseni selville, mitä sairaanhoitaja oli tarkoittanut.

Tutkimuksen tiedonantajat valitsin ilman yhtenäistä suunnitelmaa. Halusin antaa sattumalle tilaa ja tarttua tilaisuuteen sen osuessa kohdalle. Näin halusin välttää omaa ohjaamistani valinnan suhteen ja halusin tilanteen sopimisen tulevan itselleni odottamatta ja etukäteen suunnittelematta. Sillä uskoin saavuttavani jotain uutta. Valintamenettely on kuvattu kohdassa 3.2. Tähän tutkimukseen menetelmä sopi, mutta se ei ole käytännöllinen, eikä yleistettävissä.

Tutkija-tiedonantajasuhde oli hyvä ja odottava. Koska haastattelutilanteet suurelta osin tapahtuivat joko lähes saman tien tai muutaman päivän sisällä, niihin ei ehtinyt ladata liikaa odotuksia tai jännitteitä kummankaan puolelta. Haastattelutilanteissa vallitsi utelias tuttavallinen ilmapiiri.

Tutkimuksen kesto on sikäli vaikea määritellä, että aloitin sen lähes kymmenen vuotta sitten tekemällä kuusi haastattelua kuuden kuukauden aikana. Aihe eli ajatuksissani, vaikka ajatuksesta työn loppuunsaattamiseksi olin jo osittain luopunut. Neljä haastattelua ja ryhmähaastattelun sekä itse tutkimuksen tein v. 2008 tammi-huhtikuun aikana. Olen kuvannut sivulla 24 toimeni kuuden aikaisemman haastattelun saamiseksi tuoreiksi mielessäni. Se onnistui niin hyvin, että pystyin ajattelemaan haastattelujani täysin tasavertaisesti, ne olivat mielessäni yhtä elävinä. Aikataulu ei siis vaikuttanut haastattelujen kokemiseen ja tulkintaan. Nopea tutkimusaikataulu ei ehkä ole eduksi tutkimukselle, koska kypsyttelyyn jää vain vähän aikaa, mutta toisaalta sitä puutetta

korvasi usean vuoden passiivinen aiheen ajattelu. Asia oli mielessäni kokonaisuutena ja saatoinkin keskittyä haastattelujen ohella intensiiviseen kirjoittamiseen.

Aineiston analyysi alkoi jo litterointivaiheessa, jolloin jouduin kuuntelemaan nauhoja useita kertoja. Siinä vaiheessa aineisto tuli tutuksi ja toistuva nauhojen kuunteleminen avasi merkityksiä lisää. Tietyt asiat oli helppo sijoittaa omiin teemoihin. Tulokset hahmottelin myös piirtämällä karttoja niistä, mikä auttoi katsomaan tuloksia neutraalisti irrallisina ilmiöinä, mikä helpotti hahmottamaan kokonaisuutta.

Ryhmähaastattelun tuloksia tarkastelin myös suhteessa yksilöhaastattelujen tuloksiin. Ne vastasivat yksilöhaastattelujen tuloksia. Käytin ryhmähaastattelua siis osittain aineistoon liittyvänä triangulaationa (Tuomi 2007, 153).

Tutkimuksen luotettavuuteen eettisyyden suhteen pyrin jo tutkittavien valinnassa.

Halusin haastateltavia eri puolelta Suomea osaksi senkin vuoksi, että haastateltavat eivät olisi tunnistettavissa. Tutkimuslupaa ei erikseen tarvittu, koska haastateltavat suostuivat pyydettyä haastatteluun. Niiltä osin, missä tarvittiin lupa käyttää työaika ja työtilaa, kysyin ja sain luvan. Nauhoitusta ennen kysyin luvan haastateltavilta. Yhden kysymyksen poistin jo kahden ensimmäisen haastattelun jälkeen, kun epäilin kysymyksen eettisyyttä. Tämä koski kysymystä siitä, onko työpaikalla ollut sairaslomia uupumuksen vuoksi.

Tutkimusaiheeni eettisyys perustuu hyvän tekemiseen. Ajattelen ilmiön esilletuomista ja tulosten raportointia asiana, josta sairaanhoitaja voi saada apua silloin, kun salassapitovelvollisuus on vaikeaa. Tässä asiassa olen tutkimusaiheeni tutkija ja aiheen sisällä, koska ammatissani sairaanhoitajana eettisiin ohjeisiin kuuluu antaa terveyttä koskevaa tietoa väestölle ja lisää ihmisten kykyä hoitaa itseään (Kiitomäki ja Muma 2007).

Tutkimuksen raportointia olen tehnyt tutkimuksen jokaisessa vaiheessa ja kirjoittanut työmenetelmistäni niin, että sen tuloksia voidaan arvioida tutkimusmenetelmiini perustuen.

4. Tulokset

Käsittelen tuloksia tutkimuskysymyksiä vastaavassa järjestyksessä. Ensimmäisessä alaluvussa ovat tulokset siitä miten sairaanhoitajat määrittelevät kokemuksensa salassapitokäsitteestä (Kuva 1). Toisessa alaluvussa ovat kuvaukset niistä tilanteista, joista sairaanhoitajat tuntevat tarvetta puhua jonkun kanssa (Kuva 2). Kolmannessa alaluvussa esittelen ne menetelmät, joilla sairaanhoitajat käsittelevät salassapitovaatimuksen tuottamia mahdollisia ongelmia. Kyseisessä alaluvussa kerron

myös niistä keinoista, mitä en tutkimusta suunnitellessani osannut ennakoida, eikä niitä siksi ole mainittu teoreettisessa viitekehyksessäni (Kuva 3).

4.1. Salassapitovelvollisuus sairaanhoitajien tulkitsemana

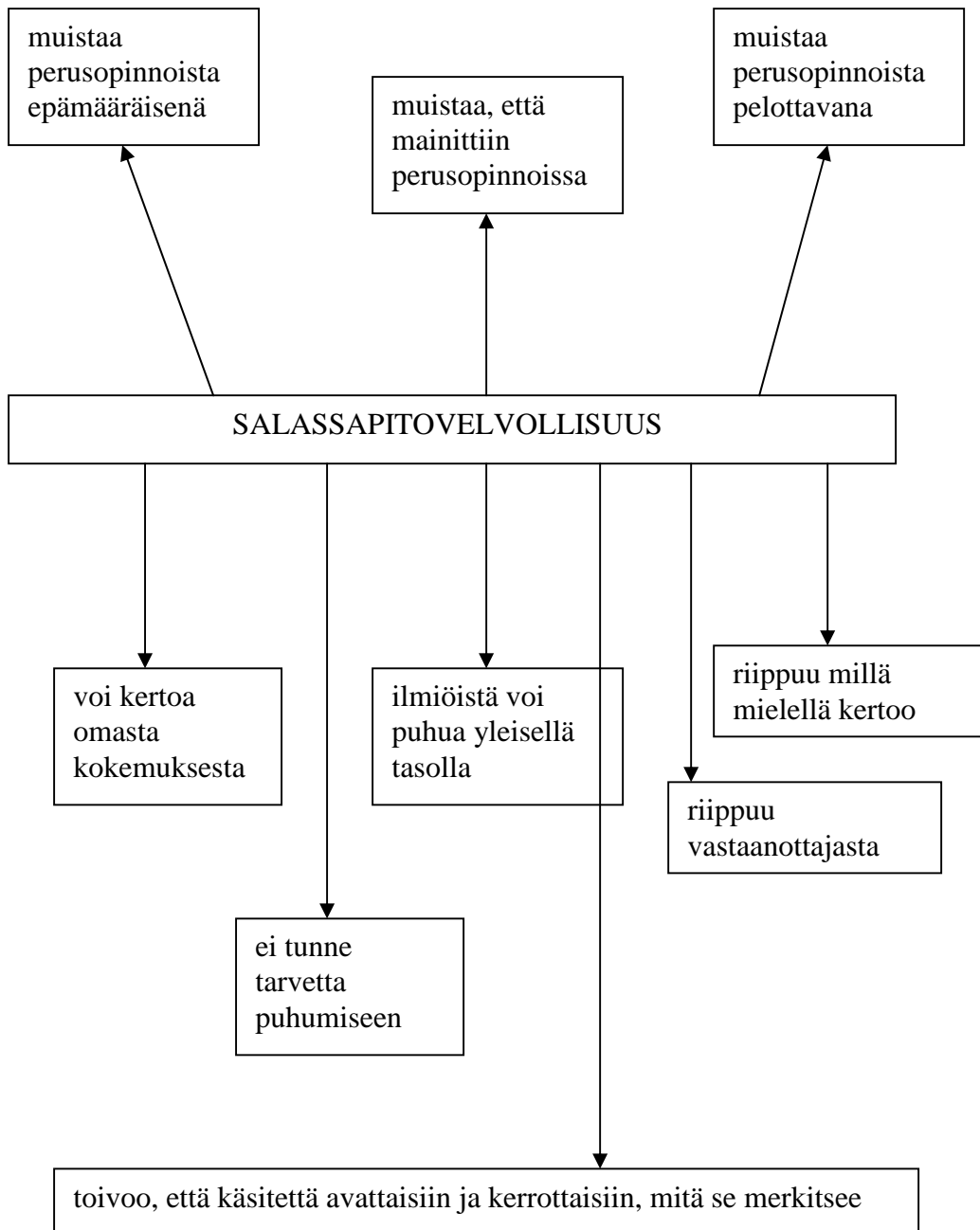
Salassapitovelvollisuuden tulkintaa varten kysyin sairaanhoitajilta, mitä he katsovat voivansa kertoa työstään sairaalan sisällä tai sen ulkopuolella. Sairaalan sisällä kerrottuja asioita en enää kysynyt myöhemmin haastatelluilta sairaanhoitajilta, koska siihen vastasivat kaikki kuusi sairaanhoitajaa samalla tavalla, eikä se tuottanut tämän tutkimuksen kannalta olennaista tietoa. Myöhemmin tehtyihin haastatteluihin liitin kysymyksen siitä, mistä sairaanhoitajat olivat saaneet tiedon salassapitovelvollisuudesta ja millä tavalla sitä oli heille opetettu sekä oliko se siinä vaiheessa tullut heille käytännöllisenä käsitteenä selväksi. Aikaisempia haastatteluja lukiessani huomasin, että se missä muodossa haastatellut sairaanhoitajat salassapidon aikanaan olivat omaksuneet, on olennaista sen kysymyksen kannalta, mitä he katsovat voivansa kokemuksistaan salassapitovelvollisuutta rikkomatta puhua. Näiden kysymysten tarkoitus oli paitsi saada tietoa ilmiöstä käytännössä sekä myös virittää haastateltavan ajatukset teemaan.

Sairanhoitajat muistivat kuulleensa salassapitovelvollisuudesta koulutuksessaan, osa ei muistanut missä vaiheessa oli kuullut. Kaikki sairaanhoitajat olivat sitä mieltä, että käsite oli jäänyt käytännöllisenä hataraksi ja sen oli vasta työelämä opettanut. Koulutukseen toivottiin käsitteen avaamista käytännön tasolle. (kuva 1)

Haastatellut sairaanhoitajat tulkitsivat salassapitovelvollisuutta melko yhtenäisesti. Oman sairaanhoitajan työni ja kokemukseni mukaan salassapitoa tulkitaan väljästi, osalle riittää, ettei kerro asioista nimillä, osa katsoo, ettei voi kertoa mitään ja osa tulkitsee sen

Kuva1.

Tiedonsaanti salassapitovelvollisuudesta versus oma tulkinta siitä



siltä väliltä. Tämän tutkimuksen haastateltavat olivat asiasta kuitenkin melko samaa mieltä. He katsoivat voivansa puhua asiasta tai ilmiöstä, mutta he sanoivat etteivät voi kertoa mitään, mistä potilas tai aika kävisi selville. Yksi haastateltavista sekä ryhmäkeskustelun osallistujat toivat esiin myös sen, että missään julkisissa paikoissa ei saa puhua työasioista. Kaksi sairaanhoitajaa mainitsi pienen paikkakunnan erityisen herkäksi alueeksi siinä mielessä, että siellä jo asiakin saattaa paljastaa ihmisen, kun useat tuntevat toisensa ja toistensa asiat..

Salassapitovelvollisuus muistetaan perusopinnoista

Seuraavat esimerkit osoittavat haastateltavien tiedonsaantia salassapitovelvollisuudesta. Sen muistettiin tulleen esille jo alkuvaiheen opinnoissa.

”Kyllä muistan hyvinkin, vaitiolovelvollisuudesta puhuttiin..siitä puhuttiin paljonkin psykiatrisen sairaanhoidon puolella.” (N10)

”No kyllä se ihan ensimmäisenä siellä koulutuksessa tulee, että siellä ne tulee ne lait ja..ja nyt ehkä vielä just on ollu tätä juridiikkaa tossa koulussa, en tiedä miten ne on muistissa, mutta nyt tässä ehkä..kun on tuotaniin jatkanut opintoja eteenpäin, mutta oli meillä, muistan ihan että oli.” (N8)

Salassapitovelvollisuus muistetaan epämääräisenä

Osa sairaanhoitajista ei muistanut opetusta muuten kuin epämääräisesti. Vastauksesta käy ilmi, että käsite oli jäänyt koulutusvaiheessa haastatellulle melko teoreettiseksi, sellaiseksi mitä ei osannut ajatella mihinkään omaan kokemusmaailmaan liittyväksi.

”Kyllä varmasti käytiin läpi, vaikken kyllä muista sitä, mutta kyllä käytiin läpi (naurua) ja terveydenhoitajaopinnoissa kyllä sitä käytiin läpi, jotenkin.. alkuopinnoissa..joskin nää oli semmosia asioita, mitä piti itse lukea.” (N7)

Salassapitovelvollisuus muistetaan ankarana ohjeena

Yksi sairaanhoitajista oli tuntenut, että salassapitovelvollisuuden koulutuksen ja sairaanhoitajan ensikokemuksena tuli uhkaavakin piirre.

”Sanotaan, että mulle varmaan ole muistissa sitä niinku semmosena sääntönä tai miten se on mulle opetettu , mull on mielikuva täydellisestä salassapitovelvollisuudesta ja..sellanenkin, että se meni pikkusen pelottelun puolelle.” (N9)

Salassapitokäsitteen merkityksestä toivotaan enemmän tietoa

Käsitettä toivottiin avattavan jo koulutuksessa. Tätä toivottiin sen vuoksi, että se on laki, mutta myös tulkinnan vuoksi ja siksi, että käsitteen noudattaminen tapahtuisi sen mielekkyyden perusteella eikä kirjaimellisena sääntönä. Kaurasen (2003) tutkimuksessa vastavalmistuneiden lähihoitajien eettisestä tiedosta on todettu samankaltaisesti, eettistä tietoa ei pitäisi sijoittaa koulutuksen alkuun vaan se omaksutaan paremmin, jos koulutus on jo tuonut tietoa ammatista.

”Olisin toivonut, että ne olis ollu, niinku terveydenhuollon laki..perus..niinku perusteet..terveydenhuollon laista..semmonen kurssi pitäis olla mun mielestä, ett me osattais oikeesti potilaslakia vähän tulkita...kyllä, kyllä, niin mutt että oppilaitoksissa pitäis mun mielestä olla kurssina tämmönen laki..perusteet laista.” (N7)

”...siinä olis selityksen paikka, siis muukin selitys kuin ihan nää käytännölliset. (..) sellaisia tilanteita, joissa tota..on ehkä toi vaitiolovelvollisuus on niinku todella tärkeä, että ihmiset ei saa paljastua ja sitte saattaa olla uhkana oikeudenkäyntejä tai jotain tämmösiä vakavampiakin asioita ja mä en haluu, että se on se mun motiivi olla hiljaa, vaan se mun motiivi on siinä, että haluan kohdella ihmisiä niin kuin haluan että minua kohdellaan...” (N9)

4.2. Mitä sairaanhoitajat voivat puhua työstään työnsä ulkopuolella

Sairaanhoitajat kertoivat, milloin tai minkälaisena kokemuksena he katsoivat voivansa puhua ulkopuoliselle työstään niin ettei salassapito rikkoutuisi. Rajaa he miettivät potilaan kokemuksen kautta.

”...on niinku puolia sillä lailla, yksi puoli on ihan käytännöllinen, selkeä juttu, että kenestäkään ei saa oikeesti puhua mitään..mutta sitten se lähtee mulla semmoselle, tämmöselle alueelle, jos nyt ajattelisit, että mitä se merkitsee ja mitä se tarkoittaa ja mitä mä teen niille ihmisille sillä jos mä puhun tai en puhu. Ja niin mä muistan sen paljon paremmin, jollain lailla.” (N9)

Asioita voi puhua yleisen tason ongelmina

Sairaanhoitajat kokivat voivansa kertoa työyhteisönsä ulkopuolella työssään esiin tulleista asioista sellaisena ilmiönä, mikä ei liity kehenkään ihmiseen, vaan että siitä tulee yleisellä tasolla käsitettävä ongelma.

”...ei-tunnistettavilla asioilla..ilmiöistä mä voin puhuu..jostain ilmiöistä, se voi olla pienikin ilmiö, .mua vähän as..mua ahdistaa hirveesti se ett joku ihminen ei tee töitä, vaan pysyy kotona..(naurua)..terveysasemalla tapaa usein ihmisiä, jotka eivät viitsi tehdä töitä tai voi omasta mielestään jostain syystä...se on ilmiö mistä mä saatan puhua...” (N7)

”Mie käsitän, että periaatteessa tietysti..ehkä sie voit työasioita tai jotain, mitä jossakin joskus on sattunut semmosella yleisellä tasolla ilman että se henkilöityy (naurua) ettei sitä mitä päivällä on tapahtunut..ei edes niin että sen periaatteessa voi liittää jonnekin paikkaan ja ajallisesti vaikka jonnekin...siinä olisin aika varovainen... (N8)

Käsittely omana kokemuksena

Yksi keino selvittää itselleen asioita ja kertoa mieltä vaivaavasta asiasta ulkopuoliselle on se, että pohtii omia tunnelmiaan ja miten asiat itseän vaikuttivat. Silloin asia nimetään omaksi ongelmaksi eikä se enää liity potilaaseen kuin välillisesti. Asiaa ei käsitellä potilaan asiana, vaan siitä tulee hoitajan oma.

”Mä koen, että mulla on oikeus puhua omasta kokemuksestani, mä lähen mun omasta kokemuksesta pelkästään, ensin sillä millä mä lähen rajaamaan tällaisessa tilanteessa on että mä oon kanssa ihminen, niin lähen sitä käsittelemään itseni kautta ja karsin siitä pois kaikki muut paitsi mun oman kokemukseni..Se on ollu mulle käypänen keino, ett mä lähden itsestäni ja aina aloitan minä-lauseella...silloin ei tuu niitä lipsahduksia. Että mun täytyy lähteä siitä itsestäni eikä niinkään ulkopuolisista asioista.” /N9)

Riippuu tarkoituksesta

Myös se, jolle asiasta kerrotaan ja missä mielessä asia esitetään koettiin salassapitovelvollisuutta rajaavaksi. Erilaisille kollegoille ajateltiin voivan puhua esimerkkinä ja yhteisessä oppimistarkoituksessa. Silloin se koettiin merkitykseltään pienemmäksi.

”...se nyt vähän riippuu missä mielessä kertoo...(naurua)..vai onko vaikka jotain koulukavereita samalta alalta, jossa se on vaan.. ihan vaihettaan kokemuksia, siitä vähän riippuu kanssa...” (N8)

”riippuu vastaanottajasta mitä voi kertoa, pystyykö tunnistamaan, ja...” (N10)

Ei ole tarvetta puhua

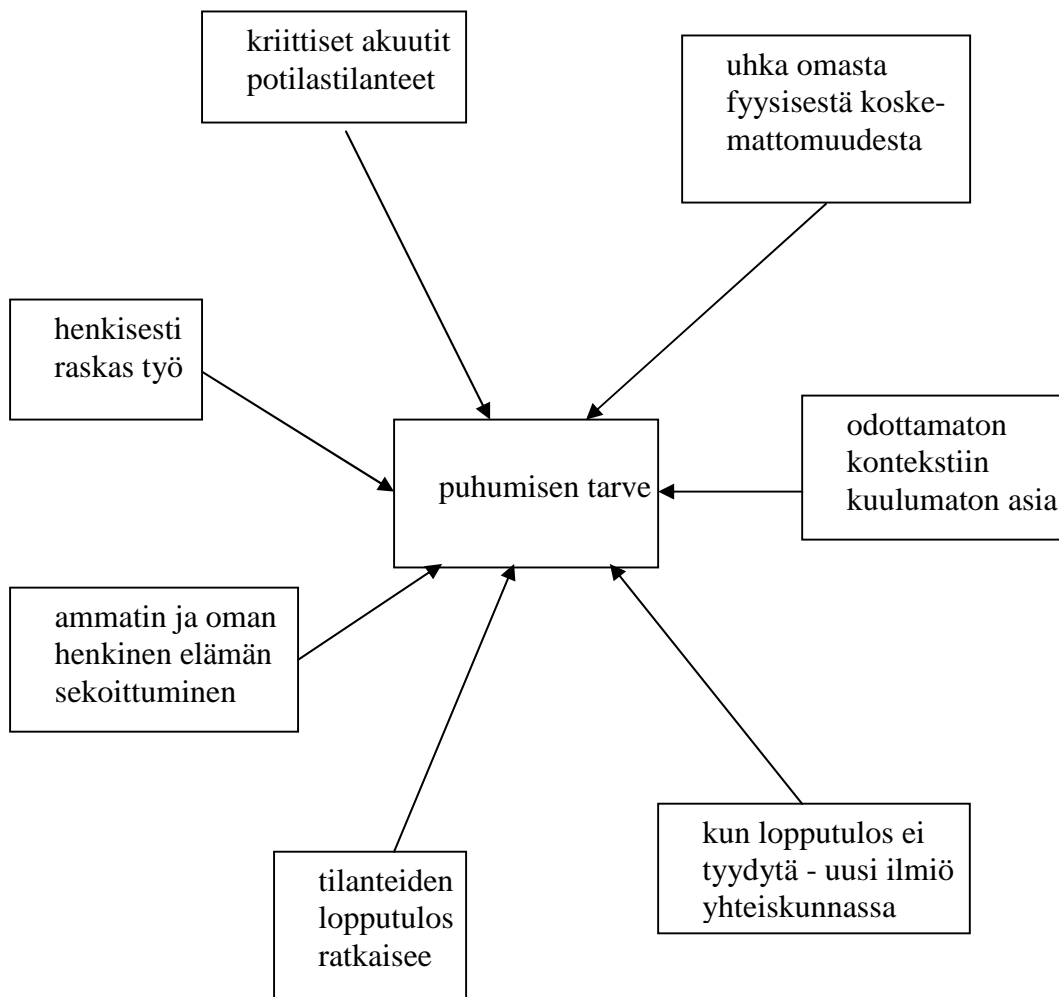
On myös hoitajia, jotka eivät koe tarvetta lainkaan kertoa työasioista ulkopuolisille. Tämän esimerkin nuori hoitaja ei osannut selvittää luonnettaan muuten kuin rauhallisuudella. Saattaa myös olla, että vapaa-aika täyttää ajatukset niin voimakkaasti, että työ ei kosketa niin paljon.

”Ei mua oikeestaan nää asiat kotona enää mietitytä taikka rassaa, mä oon ajatellu, että ne saa jäädä sitte töihin. Mää oon vaan semmonen, että mua ei vaivaa. Mun kihlattunikin aina ihmettelee, että miksen mä enempää niitten asioiden kanssa painiskele. Mutta mä oon vaan aika rauhallinen.” (M4)

4.3. Missä tilanteissa syntyy tarvetta jakaa asiaa jonkun kanssa?

Kuva 2.

Tilanteet, joissa puhumisen tarve sairaanhoitajilla syntyy



Sairaanhoitajat kuvasivat salassapitovelvollisuuden kannalta hankalat tilanteet tai asiat hyvin erilaisiksi. Tämä tuntuu johtuvan monesta asiasta kuten koulutuksesta, iästä, työkokemuksesta ja omasta työyhteisöstä, sekä siitä, että haastatellut edustivat hyvin erilaisia työpaikkoja. Vaikeat tilanteet olivat työn luonteesta riippuvaisia. (kuva 2)

Akuutit kriittiset tilanteet ja odottamat asiat

Yllättävät ja odottamattomat akuutit tilanteet ahdistavat sairaanhoitajia niin että syntyy tarve kertoa asiasta jollekin. Niitä kuvaavat seuraavat esimerkit.

”Kriittiset tilanteet on sellaisia, se on sellainen tilanne, jolloin niinku tavallaan suorituskyky on äärimmillään...se merkitsee mull sitä, että silloin jotakin joku osa musta on..toimii niinku sataprosenttisesti ja vähän ylikin.” (M1)

”Lähinnä ne on vauvan henkee uhkaavat tilanteet, mitkä on yleensä ne on hyvin yllättäviä, ne voi tulla kuin salama kirkkaalt taivaalta ja tietyst seuraavaks sitten myös äidin henkee uhkaavat, koska nekin ovat (..) vauvoill on tosiaan ne sydänäänihäiriöt ja nopeat ratkaisut ja sit taas noi synnytysten jälkeiset vuodot on joskus tosi hurjia. Siin on kans oma verimääränsä, hetkess voi ihan henkensä menettää.” (N6)

”Sit jos sattuu joku kuolemantappaus just tai tai raiskaus tai semmonen, niin se saattaa vähäks aikaa jäädä mieleen, mutta mie oon varmaan täälläkin jo työkavereiden kanssa, jotka on ollu siinä mukana, niin myö ollaan jo puhuttu siitä asiasta...” (N8)

Joskus tulee myös tilanteita, joita ei ymmärrä eikä niille keksi järkevää syytä eikä selitystä. Tällainen tila ahdistaa ja laukaisee affektin. Affektit Siltalan (2002) mukaan ovat tunnetiloja synnyttäviä mielen ja ruumiin rajalla olevia ilmiöitä, jotka näkyvät merkkeinä.

Ahdistusaffekti toimii varoittaen tietoista itseä vaarasta. Tällainen tilanne voi syntyä, kun jotain odottamatonta tilanteeseen kuulumatonta tapahtuu eikä sille löydy kontekstin mukaista ratkaisua, tässä tapauksessa apua sairaanhoidon keinoin.

”Sit on sellainen tilanne, ett joku aikuinen potilas tulee tänne ja huutaa mulle! Siis aikuinen ja perusterve ihminen. Mä ymmärrän, jos on sairas ja huutaa, koska silloin se on sairautta, mutt ihan tavallinen tulee vaan ja huutaa mulle. Se tuntu ihan järkyttävältä, siis ensin mull tuli ihan niinku kyyneleet silmiin ja niinku lasittu ne silmät ja olin paikallaan ja sanoin vaan...ja toinen huusi siinä edessä ja olin ihan oikeesti järkyttynyt. Ja sit mä vaan ihan moneen kertaan ..ääneen ihmettelin, kaikille meidän huoneessa, kuka vaan tuli huoneeseen...ja sitä mä vielä varmaan ilmiönä ihmettelin myös kotona, ett miten voi olla, että joku aikuinen ihminen...” (N7)

Psyykkisesti raskaat asiat

Jatkuva uhkaava tilanne oman koskemattomuuden suhteen voi aiheuttaa tilanteen, josta haluaa puhua. Työn luonne ja varautuneisuus omalta osaltaan sisältävät ajatuksellisesti vaaran mahdollisuuden. Vaaraan varautuminen toimii sairaanhoitajalle toisaalta turvallisuutta luovana tunteena, mutta se myös muistuttaa siitä, että oma koskemattomuus on uhattuna.

”Mun osasto on semmonen, missä mä oon koko ajan fyysisen väkivallan uhan alla. Eli koko meidän henkilökunta on, meillä on neljä ainoastaan neljä naishoitajaa ja kaikki muut on miehiä ja se on hyvin vahvasti miehitetty Mua on joskus läiskitty ja lyöty sillai..mutt ei mulle mitään pahempaa” (N3)

Kun työn luonne on henkisesti raskas, niin vaarana on että työn raskaus hiipii kavalasti omaa elämää nakertamaan ja syömään hitaasti omia psyykkisiä voimavaroja. Puhumisen tarvetta ei välttämättä edes silloin huomaa, vaikka se olisi oman psyykkisen elämän kannalta välttämätöntä.

”ja se yksi raskaus mikä tässä tulee, niin on se, että ei tajua tätä raskautta. Niin siinä semmosessa e..ei välttämättä tunnista, että on myöskin hyvin konkreettisia, selkeitä, ja , ja niinku vaarallisiakin kohtia kuolevan ja kärsivän ihmisen...kontaktissa. Kuolema koskettaa...jokainen kuolema koskettaa mun omaa kuolemaa, rakentaa mulle sitä kuvaa, miten mä itse olen kokemassa, todistaa mulle läheisten kuolemasta...” (N9)

Kun työ on psyykkisesti raskasta, niin siinä piilee vaara, että työ ja oma psyykkinen elämä sekoittuvat, hoitajan ammatillisuus sekoittuu omiin tunteisiin. Tällaisesta tilasta aiheutuu tuskaa sairaanhoitajalle, jos potilaan raskaat asiat koetaan oman psyyken kautta eikä pystytä pitämään omia tunteita ja ammattia erillään.

”kun tämä on niin intensiivistä työtä, ollaan potilaan lähellä niin fyysisesti ja psyykkisesti, kun kantaa potilaan tunnetta, niin on se vaara, että oma henkinen ja ammatillinen raja häilyy..” (N10)

”kaikki ymmärtää, että tässä voi tulla kaikenlaisia asioita vastaan eikä vain ammatillisia...elämän sekoittuminen tähän on hyvin vahvaa ja persoonan kautta tulevat tunteet..tehdään tunteilla töitä, että minun ammattini ei tunne rakkautta, mutta minun persoonani tuntee..” (N9)

Salovaara (2000) kehottaa opettelemaan tuskasta irtautumista. Työssä jaksaminen edellyttää sitä, että empatiakyvyn on oppinut ja sitä käyttää tilapäisesti potilassuhteissa. Kun potilassuhde on ohi, siitä on ammatissa oman jaksamisen vuoksi syytä irtautua. (Sariola 2000.)

Lopputulokset ratkaisee tilanteiden raskaaksi kokemisen

Sillä, miten vaikeat tilanteet päättyvät vaikuttaa tilanteen kokemiseen.

” Kun on tilanne mikä päättyy esimerkiksi virheeseen, mitä jokaisella sairaanhoitajalla on elämässään, niin se että mä oon hirveen itserankaiseva tyyppi eli mä kaks viikkoo muistutan itseäni omasta huonoudestani, mikä on hirvittävä, mutta mä oon kuullu ett samanlaista ilmiöä ois muillakin.” (M1)

Yleisesti järkyttäviä ja yhteiskunnallisestikin huolestuttavia asioita koetaan tulevan yhä enemmän. Uuden ihmisen syntyminen oli ennen asia, joka toteutuessaan muutti tilanteen positiiviseksi, vaikka odotusaikana se olisi koettu negatiiviseksi. Tähän ei enää voi luottaa, vaan synnytyksen jälkeen kielteinen asenne saattaa jatkua. Sairaanhoitajat kokivat tilanteessa neuvottomuutta, johon ei löytynyt ammatista totuttuja työkaluja. Tilanteet tuntuivat sairaanhoitajista turhauttavilta ja epätoivoisilta.

”...niinkun päihdeäidit esimerkiksi, kun ei saa niitä asioita eteenpäin... ett sitä mennään vaan sitä samaa, samaa kierrosta vaan uudestaan ja uudestaan..ei saa sen potilaan kanssa niitä eteenpäin sillä lailla kun ite haluais...ja sit ne on kans arvaamattomia, sitte, ett se kai siinä on, että ei koskaan tiedä mitä siellä oven takana on, kun sinne menee...että jos nyt mieltii, että on psyykkisesti sairas äiti, joka synnyttää, että se lähtee täältä kotiin tai mihin se nyt sitten ikinä lähtee, mutt siin on kumminkin se lapsen hoito, mihin se menee sen lapsen kanssa, saako se yleensä sen lapsen..ja jos se äiti kieltää kaiken, ja sit mennään vaan niitä asioita pyöritetään ja pyöritetään... ja ett mihin se lapsi...”
(R1)

”ne on ne paineet tänä päivänä synnyttäjilläkin aika kovat ja perheilläkin, ett kaiken pitää olla sillä lailla ihan täydellistä...sit nää on niin rankkoja nää hoidotkin tänä päivänä, että kun tulee raskaaks niin ei ehkä kestäkään sitä...nää usein liittyy tällaseen, ett - kun pääsee keskusteluyhteyksiin - niin kuulee, ett mä en kestänytkään sitä, kun mä en ollu enää pääosassa...tää on semmonen kommentti mitä usein kuulee...ja ett sit kaikki rupes höösään sitä lasta ja mä jäin...ett sit rupee sairaanhoitajana tai yrittää sitä niiden niinku suhdetta, äidin ja lapsen kuromaan yhteen...” (R1)

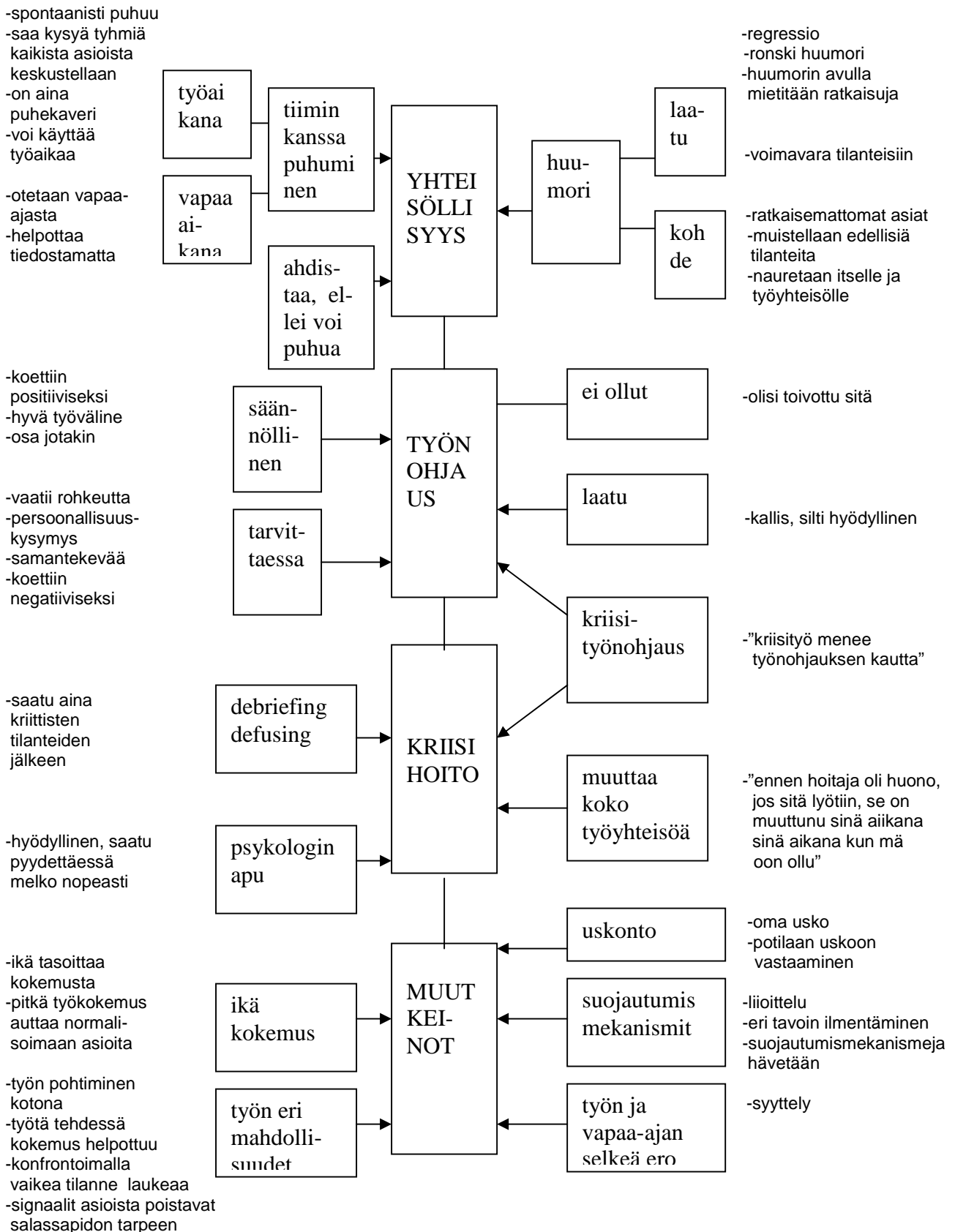
”ja kun kaikki ei synnytyksen jälkeenkään koe olevansa tyytyväinen ...ei, ei todellakaan, ei synnytykseen, ei lopputulokseen ei mihinkään, kun kaikki tänä päivänä tuntuu olevan sellaista suorittamista..” (R1)

4.3. Mitä sairaanhoitajat tekevät salassapidon säilyttämiseksi

Eri keinoista hahmottelin kartan, mistä kertoo kuva 3. Sen avulla pystyin tarkastelemaan tuloksia neutraalisti ja hahmottamaan paremmin myös teemoihin jaottelua.

Kuva 3.

Kartta niistä keinoista, millä sairaanhoitajat helpottavat vaikeiden tilanteiden kokemista



Sairaanhoitajalla on työyhteisön sisällä mahdollisuuksia helpottaa puhumisen tarvettaan työtilanteissa ja niiden jälkeen, kun asioiden jakamisen tarve on syntynyt. Kussakin yhteisössä hyväksytyt keinot ovat häntä kaikkein lähimpänä ja ovat työssä luonnostaan saatavilla. Työnohjaus on työnantajan kautta saatua apua, samoin kuin järkyttäneissä tilanteissa hankittu kriisihoito. Sairaanhoitajilla oli myös muita epävirallisia keinoja helpottaa puhumisen tarvetta.

4.4.1. Yhteisöllisyys ilmenee työyhteisön tukena ja huumorina

Työyhteisö

Hyvä työyhteisö itse toimii terapeuttisena ympäristönä, missä vaikeista tilanteista on helppo puhua jo siinä vaiheessa kun ne syntyvät. Ilmapiihirtään hyvä ja salliva työyhteisö koettiin sellaiseksi, missä saa olla oma itsensä virheineen ja vahvuuksineen. Sellainen ympäristö tukee työntekijää eri tavoin. Kaikki haastatellut sairaanhoitajat kokivat osallisuuden tunnetta omaan työyhteisöönsä ja pitivät sitä ensisijaisena apuna työssä kokemiinsa vaikeisiin tilanteisiin. Tämä oli yksi kaikkia haastateltuja sairaanhoitajia yhdistävä tekijä. Työyhteisö tuli avuksi myös vapaa-aikana jos tarvittiin ja sitä myös kaivattiin, jos sen kanssa jostain syystä ei voinutkaan jakaa vaikeita asioita.

”No mun työkaveri on mun...no oikeestaan se tiimi on se (..) kyl se on se mun työkaveri, ei oo oikeestaan muuta.” (N2)

”ja se on hyväksyvä se meidän työyhteisö, ett siellä saa kyllä ihan olla vaan ihan oma itsensä, omine fiiliksineen...ja on pakkokin olla, ei siell voi kantaa mitään roolia...ei siitä tuu mitään.” (N3)

”...jo oli ollu työkaverit siinä tilanteessa mukana, niin silloin vois keskustella niitten kanssa siitä asiasta...jos se olis niinku että...se työkaveri tietäis kaikki siihen liittyvät asiat...ainakin jollain tasolla sie voisit silloin keskustella niitten kanssa.” (N8)

Kun työyhteisö on salliva ja hyväksyvä, niin ei välttämättä edes koeta tarvetta tilanteiden purkuun. Salliva työyhteisö, jossa sen jäseniä tuetaan vaikuttaa tiedostamatta tilanteita

helpottavasti. Vaikeat tilanteet tulevat hyväksytyksi osaksi työyhteisön arkea ja luonnolliseksi osaksi sitä.

”Ei oo tarvetta, vaan ihan spontaanisti puhuu niitten kanssa, joitten kanssa on ollu siinä tilanteessa, koska ei täällä oikeastaan ole missään tilanteessa ihan yksin. Mutt että varsinaisesti semmosta...emmä koe sillä lailla niinku purkamisen takia..” (N6)

”Mun mielestä meillä on ihan epävirallinen, epävirallinen systeemi ihan hyvä, ett esimerkiks nuorelle kättilölle on aina se että ei ikinä kysy tyhmiä, ett aina voi kääntyä vanhemman puoleen, jos miettii...ratkaisujansa. Se on ihan niinku semmonen...niin kauan kun mä olen ollu täällä, ett ei oo tarvinnu hävetä sitä, että kyselee...” (N6)

”Oli asia minkälainen tahansa, niin siitä keskustellaan..siinä omassa hoitotiimissä...usein kerrotaan lääkäreillekin, etenkin jos potilas tulee ihan asiakkaaksi. Sitten me keskustellaan työpalavereissa, joita meillä on ainakin kerran viikossa. Ja jos jotain vaikeaa sattuu, niin pyritään keskustelemaan siitä siinä työvuorossa, mutta viimeistään aamuraportilla käydään se asia läpi, ellei ole keritty illalla.” (N7)

Heterogeenisessäkin työyhteisössä on mahdollista löytää keskustelukumppani vaikeissa tilanteissa. Pientä varautuneisuutta osoittaa seuraava esimerkki.

”Siellä on persoonia, joiden kanssa mä voin keskustella, mull ei oikeestaan oo kauheen vaikeeta keskustella kenenkään kanssa, niinku sillai, mutt ett toiset persoonat herättää enemmän luottamusta kuin toiset. ” (M1)

Toimiva työyhteisö hyväksyy myös työajan käyttämisen vaikeiden tilanteiden purkamiseen yksittäisten työntekijöidenkin kohdalla.

”...meill on hyvin monenlaisia täällä ja olemme tiedostaneet...ja voisin ajatella, että kun mä lähden tästä, kun olen tuossa työssä ja koen sen oman kokemuksen, niin mulla on tässä kohtaa vaikka raportti, joka tulee

iltavuorolaiselle, niin se on ensimmäinen paikka, missä mä voin sanoa, että...jättäisin tästä raportista kymmenen – viisitoista minuuttia sille, että mulla oli tuolla semmoinen kokemus...se on purku, se on se missä mä voin ihan ensimmäisenä akuutisti lähtee sitä kokemusta tasottamaan” (N9)

Toisaalta, jos siihen ei ole mahdollisuutta, voidaan aika ottaa työajan ulkopuoleltakin ja keskustella työyhteisön jäsenen kanssa.

”...täällä, täällä me puhutaan, kahvitunnilla ja missä vaan ja niitä puhuu ja puhuu ja voi vaikka kotonakin miettii... niin voidaan jollekin, jonka kanssa on enemmänkin tekemisissä, niin sit soittelee ja sanoo, ett nyt ottaa tää asia päähän, ett mä haluan tän niinku vielä käydä läpi, tän, joka mua niinku mietityttää...” (R1)

Jos taas työyhteisössä ei vaikean tilanteen jälkeen ole aikaa tai mahdollista keskustella, niin se tuntuu raskaalta ja puhumisen tarve jää purkamatta.

”Jotkut kurjat palovammat tai, tai jotain ja ollaan tieks hyvin huonosti, ett siit on huonosti puhuttu sen tiimin kanssa, ketkä silloin on ollu työvuorossa tai jos on ollu kiire sen jälkeenkin, niin tieks ei montaa sanaa, niin se on hirveetä, se on tosi hirveetä...ja ne muut ketkä ei oo ollu siin tilanteess, nii se ei oo ollenkaan sama puhuu sitä samaa asiaa kuin jakaa sitä jonkun kanssa joka on siin ollu.” (N2)

Huumori

Huumori, joka toimii regressiivisesti vaikeiden tilanteiden keventäjänä koetaan hyväksyttävänä, kun se tapahtuu työyhteisön sisällä. Sitä käytetään joskus tilanteiden purkuun, selviytymiskeinona ja se koetaan työyhteisön tukena ja voimavarana. Sen koetaan kuuluvan pelkästään omalle työpaikalle, omaan tiimiin ja samassa työtilanteessa oleville. Huumoria käytetään siinä mielessä, että kaikki tietävät sen olevan kevennys, eikä sillä ole totuuden kanssa tekemistä, mistä kertoo myös se, että se oli liioittelevaa. Huumori koetaan sellaiseksi, mikä vähän nolottaa ja siitä kerrottiin haastatteluissa vähän

naureskellen. Yksityiskohtaisesti siitä ei haluttu kertoa, mikä kertoo sen olevan erityiseen tilanteeseen ja tilanteen purkuun liittyvää.

”No, hehheh, kyllä ne on ambulanssissa sellaisia, ettei niitä voi oikeen mustaa valkoselle panna, hehheh, se on sellaista aika ronskinpuoleista kieltä...ei sitä voi mustaa valkoselle...” (M4)

”huumori, lohdutus...älä välitä (naurahdus)...tekeväälle huumori on yks sellainen, joka lohduttaa, ett jos jotakin sattuu, niin sitte ne työkaverit ei jätä, vaan me puidaan sitä läpi ett mitä oli tapahtunut ja mä tein siinä niin ja niin ja teinkö mä oikein ja mitä sä olisit tehnyt...” (R1)

”Raju huumorinkäyttö, me ollaan aika, aika sanotaan niinku ett kyyninen elämänasenne ja sairas huumorintaju (naurua) on paras konsti millä selviää (naurua) niintota se on vähän katkerasti sanottu, mutt kyll se raju huumori...” (N3)

Potilaat itsessään eivät ole leikinlaskun kohteena, kyseessä on tilanteen ja asioiden ratkaisemattomuuden ongelma, joka aiheuttaa turhautumista.

”Meillon omat nimet joillekin meidän hankalille vakiasiakkaille, ne tietää lääkäritkin...mutta ne nimet ovat käytössä vain kansliassa...niitä nimiä käytetään kuitenkin niin, että potilasta ei niinku aliarvioida, pikemminkin omaa työtä aliarvioidaan, ja, ja huumorilla painetaan alas ja mitätöidään ja kaikkea, mutt ei potilasta kyllä. Jotain niitä lempinimiä on, mutt sitt me tietään mist me puhutaan.” (N7)

”Ehkä se (huumori) meidän osastolla on semmonen voimavarakin...tämä...me puidaan sitä (hoitotilannetta), mutt ei me siinä tilanteessa sitä huumorilla...” (R1)

Huumoria käytetään myös silloin, kun uusi tilanne muistuttaa jotain aikaisempaa saman työyhteisön kanssa koettua tilannetta.

”...leikkii me lasketaan silloin, kun se...me nauretaan usein tilanteill kahden vuoden kuluttuu, ett muistaksä kun tuli se potilas...silloin oli ylilääkäri ja kaikki meni niinko pieleen, ett se on yks...” (M1)

”...ja kun vähän aikaa menee ja tulee joku, niin todetaan, että kävi taas näin.” (R1)

Työyhteisö itsessään saattaa myös olla huumorin kohde. Se koetaan sarkasmina omaa työtä kohtaan, kun vaatimukset koetaan kohtuuttomina ja oman työpaikan arvostus huonoksi. Huumorilla pyritään silloin kohottamaan omaa yhteisöllistä arvostusta. Se helpottaa silloin myös koettuja vaikeita tilanteita.

”se, että me laitetaan monen tuhannen euron haavahoitovehkeet, niin ei se, mutta kunhan hymyillään (ja tarjotaan hyvää palvelua), niin tämmösiä...ja ...ja mitähän se potilas odotti, kun tää on vaan tällainen arvauskeskus, niin ett jotain tämmöstä älytöntä, vaikk ihan oikeesti me pidetään omaa työtä hyvänä ja lääkäritkin on täällä tosi hyviä...” (N7)

”Se on sairaaloissakin, ett kyllähän me tiedetään sairaaloissakin tapahtuneen hoitovirheitä, niin me voidaan sanoa, ett ei kai leikkasko se taas väärän potilaan. Mut se on vitsi, niin ett oikeesti se ei oo halventavaa, se vaan painetaan se ikään kuin...huumorilla...joku vaikea asia. Joku oikeesti tärkeä ja joka potilaan kanssa kyllä hoidetaan ihan tärkeänä ja vakavana asiana, mutt sitten...kevennetään sitä omaa vastuuta ikään kuin sillä huumorilla.” (N7)

4.4.2. Työnohjaus

Työnohjaus on näiden haastattelujen perusteella käytetyin työnantajan järjestämä ja tarjoama apu sairaanhoitajan avuksi työssä ilmenneisiin vaikeuksiin tai ahdistukseen. Haastatelluilla sairaanhoitajilla osalla oli siihen mahdollisuus, osalla ei. Sairaanhoitajat, joilla oli mahdollisuus saada tarvittaessa helposti ja nopeasti työnohjausta, olivat siihen tyytyväisiä ja kokivat sen olevan avuksi työssä ilmeneviin vaikeuksiin. Samaan tulokseen alustavasti ovat tulleet Kjeldman ym. (2005) joiden mukaan Balint työnohjausryhmiin

osallistuneet lääkärit ovat vertailuryhmää parempia työnsä hallinnassa ja myös yleisesti tyytyväisempiä. Yksi haastatelluista kertoi uskovansa työnohjauksen apuun, vaikka yksi kokemus siitä oli kuitenkin ollut huono. Joillakin työpaikoilla sen katsottiin kuuluvan työhön. Jotkut kokivat sen samantekevänä.

Seuraavassa esimerkki positiiviseksi koetusta työnohjauksesta.

-”mullon ollu koko ajan, mullon just nyt loppu kolmen vuoden...mä kävin kolme vuotta psykologilla, kerran listassa, kerran kolmessa viikossa ja sitä ennen mä kävin ryhmässä kaks vuotta ja sit meidän koko työryhmä on käyny koko tän ajan työryhmätyönohjauksessa, ett siin on aina välillä taukoja, mutta muuten mä oon käyny koko ajan...” (N3)

Työnohjaus koettiin positiiviseksi, jopa siinä määrin, että haluttiin ottaa se osaksi ammattia.

-”...ja hain itse just työnohjaajakoulutukseen.” (N3)

Seuraava esimerkki osoittaa, että työnohjauksen arvostus voi olla suhteessa siihen millaiseksi se on mielletty työväliseenä.

”Kyllä mä luotan siihen hyvin paljon, se on minusta mahdottoman tärkeä työväline ja tänä päivänä puhutaan työssä oppimisesta ja jotenkin harmittaa, että se on käsitetty semmoseks, että mennään auditorioon istuskelemaan ja kuuntelemaan alueita, milloin mistäkin katetrasta tai jostakin lääkityksestä, mutta henkilön...henkilön oma niinku seuraaminen tässä omassa työssä ei oo semmonen, että erilaisista tapahtumista, joku on vaikka salassapitoasian kokenu ongelmalliseksi, niin että se työnohjauksessa voidaan niinku ryhmässäkin...” (N9)

Lisäksi työnohjauksen koettiin tuottavan niin paljon hyötyä, että siihen panostamisen katsottiin olevan kannattavaa.

”...jos työnohjausta sanotaan kalliiksi, niin sen hinta tulee siitä, että koska työnohjaajan pitää ottaa työnohjausta, että hän antaisi hyvää

työnohjausta...niin sen hinta on pikkusen kalliimpi, mutta että...mutta se tuottaa työyhteisössä aina vaikeastikin mitattavissa olevia suuria asioita.” (N9)

Työnohjauksen koettiin olevan osa työssä oppimista ja asia, joka pitää jakaa työyhteisössä, kuten seuraava esimerkki osoittaa.

”niin paljon rohkeutta olis minulla, että mä toisin sen työnohjaukseen, niin että voisimme kaikki oppia siitä, että mitä se tarkoitti eikä kaikkien tarvitse aina samaa asiaa...” (N9)

Toisaalta koettiin, että työnohjaukseen hakeutuvilta vaaditaan jo perusasiana psyykkistä vahvuutta:

”...ett se on ihan...se on persoonakysymys, kuka...ett mä koen oikeestaan, et sitä vahvempi, mitä tota rohkeempi lähtee työnohjaukseen.” (N2)

Työnohjauksesta tuli myös suoraa negatiivista palautetta Silloin se oli nähty työnohjauksen ohjaajan heikkoutena tai oli koettu ettei se täyttänyt omaa käsitystä työnohjauksesta:

”-Meill järjestettiin tota...viime vuonna tämmöst ryhmätyönohjausta, joka ei täyttänyt mitenkään työnohjauksen kriteereit ja jota ei voi millään lailla kutsuu työnohjaukseks, se...ei...ei..millään lailla...ollut sitä.” (M1)

Työnohjaus koettiin myös samantekeväksi eikä sitä osattu kaivata. Esimerkeistä ilmenee, että työnohjauksen arvostus tai kokemuksellinen tieto siitä saattaa olla työyhteisössä puutteellinen. Vaikka työnohjaukseen periaatteessa suhtautuikin myönteisesti, niin aktiivisesti sitä ei tarjottu, vaan se jäi työntekijöiden oman aktiivisuuden varaan .

”oon kyselly seuraavaa ryhmää, mutt en oo kuullu että ois halukkaita.” (N6)

”...ja mun mielestä kuitenkin aika huonosti ihmiset hakeutuu työnohjaukseenkin...” (N2)

”-ja sit työterveyshuolto ottaa mielellään kyl ja aina löytyy keskustelukumppania, mut se että haluuko keskustella ja tuleeko keskustelleeksi ja usein kun pari päivää menee, niin ei ole enää tarvetta sillai siihen keskusteluun. Se on aika paljon itsestä kiinni.” (hakeutuuko työnohjaukseen) (M1)

Haastatteluissa ei käynyt selville, minkälainen työnohjaus oli ollut ja mitkä olivat sen puutteet. Paunonen-Ilmonen (2001) on selvittänyt hyvän työnohjaajan ominaisuuksia. Kyseessä oli kyselytutkimus, jonka tuloksena tärkeimmäksi ominaisuudeksi nousi kuuntelemisen ja kuulemisen taito, tasapuolisuus asioiden ja ihmisten suhteen sekä hyvä ammatti-identiteetti. Turvallinen suhde syntyy luotettavuudesta, aitoudesta, avoimuudesta, empaattisuudesta ja innovatiivisuudesta.

4.4.3. Kriisihoito

Kriisihoitoa haetaan erityisen järkyttäviin tilanteisiin. Kriisihoito on tässä käsitetty laajasti, koska varsinaisesti debriefingistä puhui vain yksi haastatelluista ja hänenkin kohdallaan jäi hieman epäselväksi oliko kyseessä debriefing vai defusing, tilanteen nopea jälkipuinti. Sairaanhoitajat puhuivat kriisihoidosta psykologin tapaamisena ja kriisityönohjauksena.

”Joo, ilman muuta meill on jälkipuinti aina niitten (kun ollaan oltu fyysisen uhan alla) jälkeen, ettei me tota...ei me päästä poies niistä ilman että, ett ne hoidettais. Ett jos meill esimerkiks, esimerkiks meill henkilökunnasta pahoinpidellään joku niin tota nii niis vähän...no ei nyt ihan tommosii muit tavallisii läiskimisii oteta, mutt jos niinku jotain joku pahoinpidellään, meill on välittömästi debriefingi sen jälkeen, että...miss on koko henkilökunta mukana, että se on meillä ihan automaatti, niin ettei, ei me päästä niinku eroon niistä tilanteista niinku selvittämättä niitä ja puhumatta niistä.” (N3)

”...ja viime vuonna mulla oli vähän psykologin kanssakin...siinä oli lääkäri ja työterveyshoitajakin oli...ett kuka halusi, kuka siin tilanteess oli... nopee pääsi ja sai siitä tilanteesta keskustella...ja sitt oli vielä mahdollisuus mennä uudestaankin.” (R1)

Haastatelluista sairaanhoitajista kukaan ei maininnut kaipaavansa jälkipuintia, mutta vastausten tulkinnan perusteella se ajatus on olemassa. Sitä oli haettu tilanteisiin, sitä pidettiin itsestään selvänä ja sen koettiin muuttaneen työyhteisöä paremmaksi. Järvi (2006) kirjoittaa Lääkäriliiton kyselystä, johon vastasi 190 lääkäriä. Lääkärit kaipaavat haittatapahtumien jälkipuintia, mutta olivat tyytymättömiä nykyiseen käytäntöön.

Kriisihoidon koetaan vapauttavan hoitajan syyllisyydestä ja huonouden tunteesta. Tämä esimerkki osoittaa työyhteisön muuttuneen ainakin osittain tämän auttajien hoitomuodon vaikutuksesta.

”Joo, joo – nykyään, ei se (kriisihoito) ollu vielä muutama vuosi sitten, se on mun aikana tullu. Sinä aikana ku mäkin oon ollu, niin sinä aikana se on muuttunu. Ett silloin kun mä valmistuin, niin silloin hoitaja oli huono, jos sitä lyötiin, ett hoitaja oli tehny jonkun virheen. Nykyään se on muuttunu, niinku ei, ei enää ehkä sillä tavalla ajatella.” (N3)

Sowneyn (1996) tutkimus tukee tätä ajatusta. Ensiavussa työskentelevät hoitajat olivat kriisihoidon puuttuessa kokeneet huonoutta siitä, että heidän stressin sietokykynsä ei riittänyt työn vaatimalle tasolle. Samasta asiasta kertoo Saarisen tutkimus, jonka mukaan uskomukset väkivaltatilanteisiin joutumisen liittymisestä ammattitaidottomuuteen, eivät pidä paikkaansa (ref. Laaksonen 2000).

Työnohjaus ja kriisihoito voivat mennä osaksi päällekkäin, jolloin niiden erottaminen on vaikeaa. Tämä saattaa johtua painotuksesta intressin mukaisesti.

”Meillä on ollut tämäntyyppisiä kriisihoitoja, kun...tai työnohjausk...työnohjauksessa mä koen näin tai sitten meillä on ollut kriisityönohjausta viikottain...Meillä oli hyvin koskettava saatto täällä, että kaikki jotka siihen halusivat ja olivat olleet tekemässä sitä, niin tunnetasolla...se vaikuttaa...niin aika paljon se tän työnohjauksen kautta menee.” (N9)

4.4.4. Muita asioita, jotka tekivät salassapidosta helpomman.

Ikä ja kokemus työstä ja elämästä

Ikä ja sen mukanaan tuoma työ- ja elämänkokemus antavat välineitä kohdata vaikeuksia. Kun tilanteet toistuvat, niin kokemuksia pystyy vertaamaan edellisiin, jolloin tunteet eivät muodostu yhtä voimakkaiksi kuin uran alkuvaiheessa.

”...ja mä uskon, että kun ihminen vanhenee ja kokee elämää ja kokee sitä työtä, se vähentää niinku sitä (repostelua työasioista) ja oppii niinku arvostamaan sitä asiakasta niinku siltä vahingoittavalta niinku ympäristöltä...must tuntuu, että tää on myös iän ja kokemuksen tuoma kysymys, että mitä enemmän tulee viisautta iän myötä sitä vähemmän niinko repostele...” (M1)

Sairaanhoitajat ajattelevat vaikeita tilanteitaan vielä kotonaan. Työnsä pohtimisena ja omien ratkaisujensa vahvistumisena saa työn myös mielessään päätökseen.

Hyväksymällä omat ratkaisunsa, saa ikään kuin asialle pisteen. Työn pohtiminen yksin ja työnsä hyväksyminen vaatii kuitenkin sairaanhoitajalta kypsyyttä ja työkokemusta.

”Joskus asiat jää mietityttämään, jos ois voinut tehdä toisin. Aikaa myöten se jää mielestä pois.” (M5)

”Totta kai kotona mieltii semmosia juttuja, että vieläkö joku muu ratkasu ois vieny parempaan tulokseen, mutt että...sitt on taas seuraava päivä.” (N6)

Työstä saatu tyydytys ja muut työssä ilmenevät asiat

Työssä itsessään on sellaisia elementtejä, jotka toimivat niin, että mieltä kuohuttavat asiat lievenevät työtä tekemällä. Tämä ilmeni monella tavalla sairaanhoitajien haastatteluissa. Se näkyi voimakkaana työhön paneutumisena, työnsä ja valintojensa perustelemisena ja ajattelemalla eettisesti. Sairaanhoitajat saivat apua myös työpaikan hoitofilosofiasta. Hoidon suunnittelusta ja järkevästä, perustellusta omasta toiminnasta voi nähdä, että oma työ on onnistunut, mitä osoittaa seuraava esimerkki ambulanssin ensihoidosta, jossa hoitaja on sitoutunut perustehtävänsä. Samasta asiasta kirjoittaa Palosaari (1999, 65-66) arvioidessaan omaa toimintaansa Estonia-katastrofin yhteydessä.

”Hoitosuhde lähtee aina paremmin käyntiin, kun annetaan aikaa kohteessa ja ensin esitellään itsensä ja vasta sitten ruvetaan hissukseen miettimään ja kasaamaan sitä tilannetta. Joskus omaiset joutuu hoputtamaankin, että eikös jo lähdetä. Tällaisesta omaisiin panostavasta ja potilasta päämäärätietoisesti hoitamisesta jää hyvä mieli...me suhtaudutaan kaikki työhön ammatillisesti, esimerkiksi me ei koskaan kohteessa jätetä omaisia yksin sinne kotiin, vaan hoidetaan sinne joku jäämään. meillä on nykyisiin temppujen ja suoritteiden asemasta filosofia, kaikki ajattelee samalla lailla.” (M5)

Seuraava esimerkki kertoo hoitajan joutuneen eräänlaiseen pattitilanteeseen, missä hän uskaltaa asettaa itsensä ja ammattitaitonsa alttiiksi arvostelulle vaikka konfrontoimalla potilasta. Tällaisessa tilanteessa, kun se onnistuu, tuntevat molemmat saavansa apua.

”Sit jos tulee semmonen ahdistava potilas, jonka mä jo tunnen niin kyl mä kysyn, ett mikäköhän tässä on, kun meist molemmista tuntuu tällaselta. Ett mä kyl usein sanoin sille potilaalle, ett tää nyt tuntuu kyl tosi ihmeelliseltä.. minusta tää tilanne tai joku tämmönen..jos se on jo tuttu, jos se on semmonen mikä on monta kertaa käyny ja aina vähän niinku hakataan päätä seinään ja mikään ei muutu ja aina meit molempii vaan ahistaa, niin kyl mä kysyn silt potilaalta, ett mitä sä luulet ett tässä on...niin sit hän auttaa itseänsä ja toisaalta hän auttaa..hän antaa myös mulle jotain jolla mä voisin auttaa häntä...” (N7)

Tähän asiaan on viitannut Sorensen ja Luckmann (1979) kuvatessaan sairaanhoitajaa ja potilasta terapeuttisessa suhteessa. Kun sairaanhoitajan työ ja potilaan vastaanottokyky eivät kohtaa, voidaan käyttää varovaista konfrontaatiota (sensitive confrontation).

Mattilan (1999) mukaan molemminpuolinen loppuun palaminen saattaa kohdata myös psykoterapiassa, kun asiat junnaavat vuosia eikä terapiassa päästä eteenpäin. Samaa asiaa käsittelee Nuutisen tutkimus, jossa työn perustelemisen on todettu tuottaneen sairaanhoitajalle tyydytystä ja voimia (Pelkonen 1998).

Kun potilas siirtyy toiselle osastolle, sairaanhoitajalla on huoli saada tieto edelleen välitetyiksi sellaisista hoidon osaelementeistä, jotka eivät hoitoon välttämättä kuulu, mutta joilla on kokonaistilanteen ja potilaan kokonaisvaltaisen huomioonottamisen kannalta

merkitystä. Tällaisia ovat esimerkiksi tarttuvat veritaudit, päihteet, sosiaaliset ja psyykkiset ongelmat tai asiat, joista potilas itse ei halua puhua. Kun luottamus potilaan ja hoitajan välillä halutaan säilyttää ilman että salassapitovelvollisuutta rikotaan, voi sairaanhoitaja raportoida joko suullisesti tai kirjallisesti käyttämällä jotain signaalia, jonka vastaanottavan osapuolen lasketaan ymmärtävän vihjeeksi. Kun huoli asiasta on saatu välitetyksi eteenpäin se ei jää enää itseä vaivaamaan. Esimerkit valaisevat hienotunteista tilannetajua ja ammattitaitoa.

”Just toissapäivänä oli potilas, joka sano, ett ei sun tartte sinne kaikkee kirjottaa, niin mä sanoin, ett kato kun mä kirjotan vaan nää, ett jotenkin se luottamus säilyy, mutt se ei kuitenkaan ole mun o...se ei jää mun omille harteille, se ei oo salaisuus mun ja hänen kesken. Se on joskus hankala ilmaista sinne tietojärjestelmään tai sit kun siirtää johonkin, mut usein mä kirjotan sinne, ett on keskusteltu psyykkisestä hyvinvoinnista, joka mun mielestä on semmonen viesti, ett mä varmaan, jos siel lukis, niin ymmärtäisin sen signaalina. Me ymmärretään se ja todetaan ett okei, hyvä juttu. Mutt sit ku tilaisuus tulee, ollaan jo vähän tutustuttu, niin varmaan kysyis, että mites sulla menee duunissa, kotona tai mitä vois aatella, ett mistä ne on voineet puhua, ett tarviiks siihen puuttua.” (N7)

”Ja sit avoterveyspuolella syöpäpotilaat, joista me tiedetään, ett niillä ei oo elinaikaa paljon...niin he haluaa pitää elämänsä mahdollisimman normaalina niin kauan kun pystyvät, ilman muuta...niin heidän kohdallaan on keskusteltu siitä, että tarviiko joka kerta kysyä, ett miten sä oikeesti voit...ett onkse aina tarpeen ikään kuin mahdollistaa se puhe, että toinen saattaa romahtaa vai kannatellanksmme vaan sitä hyvää, niin se on sellaista tasapainottelua, ikään kuin annetaan se mahdollisuus, mutt ei kuitenkaan itketetä joka kerta, kun...tätähän ei voi sinne kirjoittaa, mutt meill on siihen semmoset koodit, että mä varmaan kirjoittaisin, ett supportiivista keskustelua...mistä mä ainakin ymmärtäisin, että tää hoito on nyt siinä pisteessä, että ei jäädä junnaamaan pahoihin asioihin, vaan mennään eteenpäin voimavarakeskeisesti.” (N7)

Selkeä ero työn ja muun elämän välillä suojaa sairaanhoitajan oman psyyken pysymistä ammattiminästä erillään. Koska työtä tehdään oman persoonan avulla, niin riski niiden

sekoittumiseen on olemassa. Kun työssä kerrotaan omasta elämästä vain niukasti, ero pysyy ja oma henkinen vahvuus säilyy, minkä koetaan olevan myös potilaalle hyödyksi. Sairaanhoidajat kuvasivat myös joitakin tapoja ja rituaaleja, millä pyritään erottamaan työ ja vapaa-aika toisistaan.

”mä ajattelen, että on kaksi eri maailmaa, se työ ja se koti ja mitä siihen liittyy. Sitä vaan jättää sen työn sinne ja sit on ne kotiaskareet ja lapset, kun ...jos omassa elämässä on oikeasti sisältöä...” (M10)

”..kuolema on iso asia että mä en voi sitä kaikkea ymmärtää...en mä voi pelkällä suurella rakkaudella siihen suhtautua, vaan mulla pitää olla konkretioita, pitää olla selkeitä asioita, kuten milloin mä lähden töistä ja...” (N9)

”Kun mie lähin työstä pois, niin samalla kun mie laitan sen oven kiinni, niin mie sen jälkeen vaikka siinä autolle kävellessä tai bussiin, niin sanon ääneen, että nyt mie jätän nää työpaikan asiat tänne ja mulla alkaa vappaa-aika enkä mieli ennää näitä työpaikan asioita, ne jää nyttien tänne näitten seinien sisälle...siinä ajatuksessa siinä jutussa pittää tietenkkin olla ite niin mukana, ett sie uskot siihen asiaan...sen mie opin kun olin opiskelijana tuolla psykiatrisella puolella suljetulla osastolla, niin silloin harjoiteltiin, nii myö sanottiin sitä ääneen, niin sitä myö tehtiin aina siinä alussa.” (N8)

Henkilökohtainen usko

Oman uskon toi esiin yksi sairaanhoitajista. Hän koki uskosta olevan apua kun työssä oli vaikeita asioita. Muut haastateltavat eivät maininneet uskontoa, kun kyseessä oli oma ahdistus tai vaikea asia, mutta yksi sairaanhoitaja puhui potilaiden kanssa rukoilemisesta, vaikkakaan hänelle itselleen uskonnolla ei ollut vastaavaa merkitystä. Se tuntuu luonnolliselta silloin, kun se on potilaan toive.

”Kun nyt tässä ollaan ihan avoimii, niin mull on tämmönen tausta, että mä oon uskossa, ett mull on tämmönen kristillinen tausta ja niinko se ei oo tullu

lapsuudesta, vaan se on mun oma valinta ja tota mun mielestä siit on selvästi apuu suhtautumisessa.” (M1)

”...joskus me rukoillaankin täällä potilaiden kanssa, jos he niin haluavat. Me voimme tarvittaessa antaa ehtoollisenkin” (N10)

Suojautumismekanismit

Monella sairaanhoitajalla on huumorin lisäksi muitakin suojautumismekanismeja, defensessejä, jotka otetaan käyttöön vaikeissa tilanteissa tunteita suojelemaan. Huumoria olen käsitellyt kohdassa yhteisöllisyys. Se voidaan käsittää yhteisöllisenä omassa työkulttuurissa sallittuna suojautumismekanismina ja sellaisena sen haastattelujen perusteella ymmärsin. Sairaanhoitajat kuvasivat työyhteisössä ilmenevää huumoria vapaammin kuin huumoria omana suojautumismekanismina. Tämä saattaa johtua kysymyksenasettelustani. Työyhteisön omista tavoista kysyttäessä käytin termiä ”onko teillä työyhteisössä omia hyväksyttäviä tapoja”, millä on leppoisa hyväksyvä sävy. Omista suojautumismekanismeista kysyttäessä käytin neutraalia kysymystä ”onko sulla omia defensessejä”, mikä saatettiin tulkita negatiiviseksi.

Siltala (2005) kirjoittaa suojautumismekanismeista tunteiden suojeelijana tai palvelijana. Ne ilmenevät monin tavoin, mm. vuorovaikutuksen välttämisenä, ruumiin jännittämisenä, ilmaisujen vaimentamisenä tai pysäyttämisenä. Ne voivat toimia myös tuskallisen tilan kääntämisenä vastakkaiseksi, mikä näkyy esimerkiksi imitaationa, projektiona, tyhjäksi tekemällä, kieltämisellä tai mitätöinnillä. Joskus tämä minuuden kokemisen kieltäminen, mitä suojautumismekanismit ilmentävät, ovat tarkoituksenmukaisia omalle itselle, kunhan ne eivät saa valtaa itsestä, vaan toimivat tilapäisapuna.

Muita suojautumismekanismeja ovat haastattelujen mukaan asioiden liioittelu ja suurentelu. Siinä asioiden mittasuhteet muuttuvat ajattelun avulla.

”...mutt ett nää huonosti päätyneet tilanteet niin tota on helpompi pitää ne yksin ja mehevöittää niit yksin ja kärsii yksin, mutt ois nopeempi tie käsitellä niit jos ois mahdollisuus niinku johonkin työnhajukseen tai...” (M1)

”...ja sit ett tota jonkun nuoremman hoitajan tapa joka ei oo niinku nähny paljon nii hänen niinko semmonen tapa käsitellä asioita...ja sit ett tota se asian pitäminen esillä, se on monen tie ulos.” (M1)

Potilastilanteissa käyttäytyminen eri tavoin ilmentää myös suojautumismekanismeja, kuten tämä hoitaja, joka kuvaa omaa kärsimättömyyttä potilassuhteessa.

”...että saattaa liikehtii pikkusen vaikka tällä tavalla..(ele, joka osoittaa pitkästymistä)..vaikka rapsutella päätä tai jotain, sormia naputella taikka semmosta...” (M8)

Syyttelyn mainitsi yksi sairaanhoitaja.

... ja sit tietysti se että syyttely on yks, ett ketä oli se musta lammas, ett kenen vika ja vika voi kuitenkin olla aivan jossain muualla.” (M1)

Defensseistä mainittiin hieman häpeillen tai itseironisesti eikä niitä haluttu tarkemmin kuvata. Saattaa olla, että defenssit koetaan eettisten ohjeiden kautta kiusallisiksi tunnustaa, vaikka ne ovat tunnustettuja psyykkisiä selviytymiskeinoja.

”joo, se on mun ammattitaito tunnistaa niitä (naurua)...niin se on aika nopeeta”. (N3)

”hehheh...en tiiä..en mä oikeestaan osaa sanoo...jätetään väliin, hehheh.” (N2)

5. Pohdinta

Ensimmäinen tutkimuskysymyksenäni siitä, mitä sairaanhoitajat katsovat voivansa kertoa ulkopuolisille ilman, että salassapito rikkoutuu, edellytti omaksutun salassapitokäsitteen

selvittämistä. Sitä varten oli ensin tutkittava, missä muodossa sairaanhoitajat olivat salassapidon aikanaan omaksuneet ja minkälaiseksi he sen kokevat. Sairanhoitajat muistivat sen epämääräisenä mainintana perusopinnoistaan, joku oli kokenut, että se on jopa uhkaava ja pelottava. Vasta myöhemmissä opinnoissa käsitettä muistettiin käsitellyn selkeästi ja laajemmin, silloinkin kuitenkin vain ohjeena tai sääntönä. Immosen (2005) tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat kuitenkin tietävät salassapitoa koskevan potilaslain sisällöstä hyvin, mutta tietotasoon vaikutti hoitajien työpaikka. Kukaan tämän tutkimuksen sairaanhoitajista ei muistanut, että koulutuksessa salassapitoa olisi käsitelty kokemuksen näkökulmasta, mutta kaksi sairaanhoitajaa sanoi, että sellaista olisi tarvittu. Tutkimuksen tulosten valossa toive on perusteltu. Salassa pitäminen on ahdistavissa asioissa vaikeaa ja myös ristiriitaista oman psyykkisen hyvinvoinnin vaarantumisen vuoksi. Se korostuu, kun ihminen on nuori ammatissa ja ihmisenä. Salassapidon käsitteen merkitystä pitäisi sairaanhoitajille selvittää jo uran alussa. Käytännössä esiin tuleviin salassapitovelvollisuudesta johtuviin ongelmiin olisi hoitajan saatava ohjeita ja neuvoja, ettei itse kärsi ja mahdollisesti menetä osaa työkyvystään. Hoitotyötä tekevän pitää olla fyysisesti ja henkisesti kunnossa kyetäkseen työhönsä. Jos hoitaja väsyä, niin kuka hoitaa?

Sairanhoitajien vastaukset kertovat siitä, että salassapitovelvollisuus on heille vaikea asia silloin, kun tilanteet työssä ovat rankkoja. Silloin pyritään löytämään tapoja purkaa asioista edes jotakin. Haastattelujen perusteella vaikuttaa siltä, että laki on näissä tilanteissa sairaanhoitajille pelkkä kielto ja normi. Sillä ei ole heille käytännön merkitystä itsessään, vaan sen noudattamiseksi he kaipaavat salassapidon merkityksistä selvittelyä ja näin motiivointia asiaan. Kiellon sijaan ja sen noudattamiseksi heille tärkeämpiä ovat eettiset kysymykset ja oma eettinen ajattelu. Potilaan parhaaksi toimiminen ja sen ajattelu, mitä salassapito potilaalle merkitsee olivat ne vaikuttimet, joilla sairaanhoitajat selvittävät asiaa itselleen. Tätä ajatusta tukee Pihlaisen tutkimus (2000) sairaanhoitajien eettisistä arvoista. Hän on todennut, että terveydenhuollon ammattilaisten arvo- ja arvostuskäsitteet eivät ole vuosien saatossa kuluneet, vaan sisältävät edelleen yleviä ja hyveellisiä ajatuksia potilaan hoidosta (Pihlainen 2000, 122). Myös Kiikkalan mukaan asiakkaan hyvinvointi motivoi hoitotyöntekijää potilaiden tarpeiden kohtaamiseen ja ongelmien tunnistamiseen (ref. Aavarinne ym. 2000).

Haastatellut sairaanhoitajat katsovat voivansa kertoa ilmiöstä ja tapahtumista niin, ettei potilas tai aika tai paikka paljastu. Silloin he katsoivat asia käsiteltävän yleisellä tasolla ja

yleisen tason ongelmana. He katsoivat myös voivansa kertoa omasta kokemuksestaan, jolloin asia ei enää ollut potilaan asia, vaan heidän omansa. Asioista katsottiin myös voitavan kertoa työyhteisön ulkopuolisille kollegoille riippuen kertomisen sävystä ja tarkoituksesta.

Ne tilanteet, joissa sairaanhoitajat kertoivat tuntevansa tarvetta jakaa asiaa vastasivat kunkin eri työalan vaativia työtilanteita. Tilanteita kuvattiin sen perusteella, miten ne järkyttivät mieltä, millaisen työpanoksen ne vaativat ja miten odottamattomia asiat olivat. Niistä kerrottiin myös sen mukaan liittyivätkö ne potilaaseen vai omaan itseen ammatissa tai omaan itseen persoonana. Tilanteet voivat olla akuutteja tai ne voivat olla pitkän ajan kuluessa kasautuneita. Asiat, jotka ovat muuttuneet yhteiskunnassa ja joihin joutuu etsimään uusia työvälineitä omien ammatillisten taitojen lisäksi tuottavat ahdistusta, josta pitää päästä puhumaan. Akuutit tilanteet tässä tutkimuksessa olivat sellaisia, joissa työpanos ja ammattitaito tulee äärimmilleen käytetyksi. Niitä kuvattiin somaattisella puolella sellaisiksi, joissa ihmisen kuolema on lähellä tai kun on kysymys fyysisen ja psyykkisen väkivallan jatkuvasta läsnäolosta. Psykiatrisella puolella ne olivat uhan kokemista, pelkoa siitä, että itselle sattuu jotakin ikävää, johon pitää olla varautunut ja kuitenkin ne ovat tilanteita, jotka tulevat odottamatta. Nämä ovat sellaisia asioita, jotka ovat erikoisia ja poikkeavat tavanomaisesta päivittäisestä työstä. Suomen Sairaanhoitajaliiton tutkimuksessa hoitajien hyvinvoinnista kuvattiin fyysisellä vaaralla uhkailua ja henkistä väkivaltaa. Fyysistä väkivaltaa kohdataan viikoittain ja sen uhka on tutkimuksen mukaan jatkuva, minkä sairaanhoitajat olivat kuvanneet äärimmäisen raskaaksi (Laaksonen, 2000).

Myös ikäviä asioita, jotka tapahtuvat väärässä kontekstissa, tuotiin esiin. Sairaanhoitajaa ahdistaa sellainen tilanne, johon hän ei työssään pysty ammatissa opituilla työvälineillä vastaamaan. Esimerkki tällaisesta oli erään sairaanhoitajan kuvaama aggressiivisen huutamisen kohteeksi joutuminen, kun aggression lähtökohta oli jossain muualla. Sairaalan seinien katsotaan suojaavan osalta sitä pahaa, mikä tapahtuu muualla. Hoitoympäristö koetaan suojatuksi alueeksi, paikaksi, jossa tehdään hyvää ja jossa siksi edellytetään kaikilta tiettyä sinne sopivaa käytöstä.

Sairaanhoitajat saavat helpotusta salassapitovaatimuksen noudattamiseen monilla tavoilla. Yhteisöllisyyden eri muodoista tärkeimpänä koettiin lähin työyhteisö, johon turvattiin työtä

tehdessä, työaikana tauoilla, työn päätyttyä vapaa-aikana ja jopa kotoa käsin. Samaa ilmiötä kuvaa Minkkinen (1999) tutkimuksessaan, joka koski laivan pelastustyössä toimineita. Työyhteisö toimi tietoisena miellyttävänä ajatuksena, ja sitä kaivattiin silloin, kun sen kanssa ei ollut mahdollisuutta jakaa asiaa, kun siihen olisi ollut tarvetta. Työyhteisö koetaan kaikkein luonnollisimpana puhekumppanina vaikeissa tilanteissa. Myös Lahtisen (2001) mukaan työkavereiden kanssa keskustelu ja tuki koetaan tärkeäksi. Työyhteisössä huumorin käyttäminen koetaan voimavarana. Huumori tulee esille liioitteluna, keventäjänä, sen avulla heittäytyään roolista vapaalle ja sillä etsitään asioille uusia suuntia. Potilaalle itselleen ei naureta, mutta niille hoitotilanteille, joille ei löydy ratkaisua haetaan huumorin avulla apua. Oma työyhteisö ja terveydenhuolto ovat huumorin kohde ja huumorin avulla pyritään myös keventämään oman vastuun raskautta. Huumoria kuvattiin selitellen, vaikka se tunnuttiin hyväksyttävän yhteisön omana kulttuurina. Huumorin käyttöä kuvaa myös Beck (1996) joka toteaa huumorin luovan yhteenkuuluvuuden tunnetta ja se auttaa kohtaamaan vaikeita tilanteita ja vaikeasti sairaita potilaita. Sitä käytetään Beckin mukaan myös jännittyneiden tilanteiden purkamisessa.

Työnohjauksen puolesta puhutaan tai se koetaan samantekevänä. Ne sairaanhoitajat, joilla työnohjaus liittyi työn raskaiden tilanteiden helpottamiseen, kokivat sen helpottavan työtään ja pitivät sitä hyvänä työkaluna ja ne haastatellut sairaanhoitajat, joilla oli mahdollisuus välittömään työnohjaukseen tai muuhun osaston järjestämään kriisihoitoon, eivät puhuneet muista keinoista, eikä heillä ollut tarvetta puhua asiasta työn ulkopuolella. Saman asian toteaa Palosaari (1999). Hän puhuu coping-käsitteestä ja kuvaa sitä kriisi-intervention vaikutuksena ihmisen ymmärryksen apuna, kun hän on omista reaktioistaan huolissaan. Työnohjaus koetaan myös samantekevänä, kun sitä oli tarjottu vain tarvittaessa ja satunnaisesti. Työnohjauksen koetaan myös vaativan rohkeutta, mutta toisaalta sen todettiin olevan myös hyvä tilaisuus oppimiseen. Työnohjausta pidetään kalliina, mutta hintansa arvoisena, sillä se koituu koko työyhteisön hyväksi.

Kriisihoitoa arvostetaan ja saadaan tarvittaessa. Toisenlainen tulos oli tilanne ensihoitotyöntekijöillä, jotka olisivat toivoneet jälkipuintikeskusteluja, mutta niitä oli järjestetty huonosti (Lahtinen 2001). Kun kriisihoito on tullut osaston kriittisten tilanteiden aiheuttaman ahdistuksen avuksi, sen koetaan muuttavan koko työyhteisöä. Kriisihoidon käsitteistö on laaja ja osaa käsitteistä käytetään väärin. Kriisihoito ei ole osaston omaa toimintaa, vaan kuten työnohjauskin, se pyydetään muualta. Jossain kriisihoito saadaan

työterveyshuollon kautta. Johtavan työnohjaajan Lea Oksan mukaan Tampereen yliopistollisessa sairaalassa (TaYS) on debriefing toiminta ollut osa työterveyshuoltoa jo toukokuusta 1998 alkaen, kun huomattiin, että työnohjausta tarvittiin enemmän kuin sitä kyettiin antamaan. Debriefing työntekijöiksi koulutettiin hoitotyöntekijöitä, lääkäreitä, psykologeja ja sairaalateologi, jotka kaikki kävivät Salli Saaren debriefing koulutuksen. He päivystävät kolmen työntekijän ryhmänä. TaYS:n debriefing ryhmä liittyi v. 2001 Saaren Leonardo-projektiin, jossa tutkitaan vertaistuen käyttöä Euroopan maissa.

Sairaanhoitajia suojelee työn aiheuttamalta ahdistukselta ikä ja työkokemus. Ikä tuo rauhallisuutta toistuvien kokemusten kautta. Tilanteet tulevat tutuiksi ja vaikeatkin tilanteet normalisoituvat. Työstä itsessään löydetään vastaus vaikeisiin asioihin, niitä mietitään työssä yhdessä ja kotona yksin. Asioille haetaan omaa näkökulmaa, jolloin voidaan hyväksyä omat ratkaisut, myös aika auttaa. Työssä sairaanhoitajat uskaltavat käyttää ammattitaitoaan haastavissakin tilanteissa, jotka vaativat hienovaraista tilannetajua. He löytävät potilasta loukkaamattomia tapoja viestittää hoidosta ja sen tarpeesta seuraavalle hoidosta vastaavalle taholle ilman, että salassapito rikkoutuu tai hoito kärsisi. Näin vastuu itseltä siirtyy pois, kuten hoidon päättyessä kuuluukin.

Usko voi olla apuna sairaanhoitajalle, kun vaikeat tilanteet hallitsevat mieltä. Yhdessä haastattelussa kuvattiin myös tilanteita, joissa voi tarvittaessa rukoilla potilaan kanssa ilman, että oma henkilökohtainen usko olisi apuna. Rouhe (2005) tutki terapeuttien uskonnollista ulottuvuutta uskonnollisessa terapiakeskuksessa. Rukoilemisessa oli eroja, mutta moni terapeutti tunnisti asiakkaan vaaran korvata rukoilemisella terapiatarve ja välttivät sitä. Vaikka he selittivät kärsimystä kristilliseen maailmankatsomukseen perustuen, niin se ei ollut ristiriidassa heidän terapiakoulutuksensa ja sen mukaisen terapiansa kanssa.

Suojautumismekanismeista puhutaan naureskellen eikä niitä haluta kuvata. Ne halutaan pitää oman yksityisyyden piirissä. Suojautumismekanismien luonne saatetaan kokea sellaiseksi, että ne otetaan esiin kun ammattitaito pettää tai ei riitä. Tämä saattaa selittää nolostumisen. Todennäköisesti sairaanhoitajan on vaikea luopua ammattiosaamisen tunteestaan, joten reaktio on ymmärrettävä. Toisaalta suojautumismekanismit saatetaan niiden luonteen vuoksi kokea eettisten ohjeiden vastaiseksi, vaikka ne ovat psykologian parissa yleisesti tunnettuja selviytymiskeinoja.

Haastattelujen perusteella on huomattavissa, että sairaanhoitajat kamppailevat pitääkseen kiinni salassapitovelvollisuudestaan. Oli sitten kyse mistä tahansa tavasta helpottaa velvoitteen pitämistä, olisi suotavaa, että ne olisi käytettävissä työpaikalla. Vaitiolo olisi taattava ilman, että hoitajien tarvitsee kamppailla asiansa kanssa yksin, mahdollisesti uupumukseen asti. Pohtiessaan asiakirjasalaisuuden säilyttämistä tilanteessa, jossa ahdistunut isä yrittää selvittää poikansa itsemurhan motiivia, Mahkonen (1995) on sitä mieltä, että kannattaa kysyä itseltä, onko tärkeämpää vedota salassapitovelvollisuuteen vai auttaa ahdistunutta ihmistä, jolle on tärkeää tietää asioiden taustat. Tämä ajatus toimii mielestäni myös toiseen suuntaan. Sairaanhoitajan kokiessa ahdistusta työssään täytyy miettiä niitä keinoja, millä hän pääsee puhumaan vaikeista asioista ja näin lievittämään tai jopa välttämään ahdistusta ilman että salassapitovelvollisuus rikkoontuu.

Tämän tutkimuksen nyt päättyessä mietin mitä jatkotutkimuksien aiheita on tullut esille. Yksi kysymys olisi ottaa selville, voiko salassapito aiheuttaa sairastumista, uupumusta tai väsymystä ja turhautumista. Tarkemman tutkimuksen kohteeksi voisi ottaa jonkin osa-alueen keinot salassapidon helpottajina. Lisäksi tutkimusta voisi laajentaa muiden ammattien sunntaan. Salassapito on velvoitteena monilla aloilla, kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon ammateissa, poliiseilla, papeilla sekä lakimiehillä. Kaupallisen alan ja tietotekniikan alueen sekä eri alojen yhteistyön tuottamat salassapidon ongelmat inhimillisenä kokemuksena ovat pitkälti tutkimattomia.

LÄHTEET

Aavarinne H, Turpeinen M ja Lepola I. (2000) Miten hoitotyöntekijä jaksaa työelämän muutoksessa. Sairaanhoitaja – Sjuksköterskan 73(3)13-14.

Agge E. (2007) Uhrin suojaaminen medialta. Sairaanhoitaja – Sjuksköterskan. 80(12),8.

Alasuutari P. (1995) Laadullinen tutkimus, Jyväskylä. Vastapaino.

Anttinen E, Uosukainen L.(1998) Kanssaihmissyys terveydenhuollon työyhteisöjen voimavaraksi. Sairaanhoitaja – Sjuksköterskan 71(7)6-7.

Beck. ref. Kiikkala I. ja Sohlman B. (1998) Hyvä vointi hoitavalle. Kohti uutta työkuultuuria (46) Helsinki. Stakes.

Dyregrov A. (1995) Katastrofipsykologian perusteet. Tampere: Vastapaino.

Eskola J, Suoranta J. (2001) Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

Faulkner A ja Maguire P. (1999) Vuorovaikutustaidot potilastyössä – Syöpäpotilaan ja hänen omaistensa kohtaaminen. Hämeenlinna: Duodecim.

Grönfors M. (1982) Kvalitatiiviset kenttätymenetelmät. Juva: WSOY.

Hirsjärvi S. ja Hurme H. (1980) Teemahaastattelu. Helsinki: Gaudeamus.

Immonen S. (2005) Hoitajien tieto potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain sisällöstä ja hoitajien tietoon yhteydessä olevat tekijät. Tampereen yliopisto, pro gradu –tutkielma.

Isohanni M. (1986) Työ- ja hoitoyhteisö. Helsinki: WSOY.

Järvi U. (2006) Lääkärit kaipaavat haittatapahtumien perusteellista jälkipuintia. Lääkäripäivät. Suomen Lääkärilehti 61(1-2),13.

Järvi U. (2003) Professori Yoram Kluger: Lääkäri voi politikoida, mutta ei koskaan hoitaessaan. Suomen Lääkärilehti 58(5)495.

Järvinen P (2001) Esimiestyö ongelmatilanteissa – konfliktien luomat haasteet työyhteisössä, Porvoo: WSOY.

Kajamaa R. (1996) Projektiivinen identifikaatio. Teoksessa: Arppo M, Pölönen R ja Sitolahti T (toim.). Ryhmäpsykologian perusteet. Helsinki: Yliopistopaino.

Kartano M-L. (2008) Saako sairaanhoitaja tuntea ja ajatella työssään? Sairaanhoitaja – Sjuksköterskan 81(1), 10-12.

Kauranen M. (2003) Valmistumisvaiheessa olevan lähihoitajaopiskelijan eettinen tieto. Kuopion yliopisto, Pro gradu –tutkielma.

Kiikkala I. (2000) Onko sairaanhoitajalla voimaa, tahtoa ja tietoa? Sairaanhoitaja – Sjuksköterskan. 73(3)10-12.

Kiiltomäki A. ja Muma P. (2007) Tässä ja nyt, sairaanhoitaja tekee kriisityötä. Gummerus.

Kirk U. (1990) Psyykkinen ensiapu, Mannerheimin Lastensuojeluliitto ry, Suomen Mielenterveysseura ry, Suomen Punainen risti ry. Helsinki: Puna-Musta OY.

Kjeldman D, Holmström I, Rosenqvist U. (2006) Balint training makes GPs thrive better in their job, Toivolan artikkelissa Tarvitseeko lääkäri työnohjausta – eikö konsultaatio riitä? Suomen Lääkärilehti 61(2), 598.

Kuusilehto M-L. (1987) Salassapitovelvollisuus hoitotyössä. Turku: Turun sairaanhoitopilaitos. Julkaisuja. Sarja A No 20.

Laaksonen K. (2000) Mitä kaikkea sairaanhoitajat jaksavat? Sairaanhoitaja – Sjuksköterskan 73(3):6.

Lahtinen M. (2001) Ensihoitotyöntekijöiden tarvitsema ja saama tuki kuolemaan päättyvissä ensihoitotilanteissa. Kuopion yliopisto, opinnäytetyö.

Latvala E ja Vanhanen-Nuutinen L. (2001) Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa; Janhonen S ja Nikkonen M. (toim.) (2001) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Lehtonen L. (2001) Yksityiselämä on yksinoikeus. Suomen Lääkärilehti 56(43)4415.

Mahkonen S. (1995) Perhesalaisuudet, salassapitovelvollisuus ammattiauttajan työssä. Porvoo: WSOY.

Mattila H. (2008) Uupumuksen kurimuksesta iloiseen voimaantumisen pyörteeseen. Väitös. Sairaanhoidaja – Sjuksköterskan 81(4),49.

Mattila J. (1999) Psykoanalyttinen näkemys tunteista. Katsausartikkeli. Suomen Lääkärilehti 54(18-19)2401-2404.

Minkkinen T. (1999) M/S Estonian haveri ja pelastustyö. Tampereen yliopisto. Väitöskirja.

Muma P. (2007) Sairaanhoidaja – Sjuksköterskan 80(12).

Munnukka T. (2000) Otteita juhlapuheesta. Sairaanhoidaja – Sjuksköterskan 73(3)42.

Pajukoski M. (2004) Tutkimus kuuluu Stakesin lakisääteisiin tehtäviin. Suomen Lääkärilehti 59(41)3900-3901.

Palosaari E. (1999) Coping merikatastrofin yhteydessä suomalaisten laivatyöntekijöiden kertomana. Tampereen yliopisto. Väitöskirja.

Paunonen M. (1989) Hoitoyön työnohjaus. Sairaanhoidajien koulutussäätiö. Turku.

Paunonen M. toim. (1990) Hoitotyön työnohjauksen ulottuvuuksia. Rovaniemi.

Paunonen-Ilmonen M. (2001) Työnohjaus, toiminnan laadunhallinnan varmistaja. WSOY.

Pelkonen M. (1998) Perustelemisesta sairaanhoidajan avaintaito. Sairaanhoidaja – Sjuksköterskan 71(3)10-11.

Peräkylä A. (1990) Kuoleman monet kasvot. Jyväskylä: Vastapaino.

Pihlainen A. (2000) Hyvä, ihanteellisuus ja epäitsekkyyks arvo- ja arvostuskäsityksinä terveydenhuollon koulutuksessa ja työelämässä. Tampere: Tampereen yliopisto. Väitöskirja.

Pohjolainen V, Saarinen P. (2003) Itsemurhan postventio, Suomen Lääkärilehti 58(36):3761 -3764.

Rouhe E. (2005) Uskonnollinen ulottuvuus uskovien terapeuttien ja heidän asiakkaittensa välisissä keskusteluissa Kristillinen terapiakeskus Soteriassa Tampereella. Tampereen yliopisto, syventävien opintojen kirjallinen työ.

Ruusuvuori J, Tiittula L. toim. (2005) Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Gummerus Oy.

Saari S. (2005) Kriisityö perustuu todelliseen tarpeeseen. Suomen Lääkärilehti 35(60)3353.

Sariola S. (2007) Marian päivystäjien mitta täyttyi. Suomen Lääkärilehti 36(62) 3150-3151.

Sariola S. (2000) Pekka Larivaara opettaa vuorovaikutustaitoja lääkäreille: Vaikeinta on aktiivisen kuuntelemisen oppiminen. Suomen Lääkärilehti 10(55), 1130-1132.

Seppä M. (2007) Loputkin lääkärit lähtevät, jos Mikkelin pääterveysasema ulkoistetaan. Suomen lääkäri-lehti 62(39).

Siltala P. (2002) Suomen Lääkärilehti 57(35), 3372-3373.

Sorensen K, Luckmann J.(1979) Basic nursing, a psychological approach Philadelphia, London, Toronto: W.B. Saunders company.

Sowney R. (1996) Stress debriefing: reality or myth? Accident and Emergency Nursing (4)38-39.

Taiminen T, Tuominen T, Strandberg J, Sourander A ja Salokangas R. (1994) Estonia-katastrofista pelastettujen psykiatrinen hoito TYKS:ssa. Suomen Lääkärilehti 49(32) 3342.

Toivola K. (2006) Tarvitseeko lääkäri työnohjausta – eikö konsultaatio riitä? Suomen Lääkärilehti 61(6) 593-597.

Torikka T.(2007) Utelias jäänmurtaja. Teatteri 8.

Tuomi J. (2007) Tutki ja lue, johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Helsinki: Tammi.

Tuomi J. Sarajärvi A. (2002) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Vihavainen A-L. (1999) Hoitaja tapettiin – siitä pitää puhua. Tehy (5) 8-11.

Virolainen L. (1995) Äkillinen kuolema, hoitotyön monitasoisuus ja akuutin tilanteen hallinta. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Vuori J. (2000) Hoitoyhteisön piilevät voimat. Sairaanhoidaja – Sjuksköterskan 73(3)21.

Weiss BD. (2006) Confidentiality expectations of patients, physicians and medical students. JAMA 1982;19:2695-7 ref. Hietanen P. Vaitiolo on vaativa ja tärkeä velvollisuus, pääkirjoitus Suomen Lääkärilehti 61(27-31),2935.

Äärimaa M. (2004) Salassapito rintaimplanttitutkimuksessa luottamusneuvoston arvioitavana. Suomen Lääkärilehti 59(38),3471.

Äärimaa M. (2004) Potilaan oikeutta pitää omat tietonsa salassa on kunnioitettava joka tilanteessa. Suomen Lääkärilehti 59(41),3901.

JULKAISEMATTOMAT LÄHTEET

Mitchell J. Kriittisten tilanteiden stressin hallinta –seminaari. Helsinki 22-23.4.1996.

Oksa L. Puhelinhaastattelu 23.1.200