

Jaana Solin

**HOITOSUHTEEN
VUOROVAIKUTUKSEN
JÄNNITTEET JA RISTIRIIDAT
KOTIHOIDOSSA**

Informaatioteknologian ja viestinnän tiedekunta

Pro gradu -tutkielma

6/2019

TIIVISTELMÄ

Jaana Solin: Hoitosuhteen vuorovaikutuksen jännitteet ja ristiriidat kotihoidossa
Pro gradu -tutkielma
Tampereen yliopisto
Puheviestinnän maisteriohjelma
Kesäkuu 2019

Asiakassuhteissa vuorovaikutusosaaminen on merkityksellistä yhteistyön, tavoitteiden saavuttamisen ja asiakastyytyväisyyden näkökulmista. Tämä korostuu erityisesti ns. ihmissuhdeammateissa, kuten hoitajan työssä. Tutkielma pyrkii lisäämään tietoa terveydenhuollon asiakassuhteiden vuorovaikutuksesta ja siihen liittyvistä tekijöistä. Tämän tutkielman tavoitteena on lisätä ymmärrystä ja tietoa hoitajien ja asiakkaiden välisestä suhteesta ja sen vuorovaikutuksesta. Hoitosuhteessa ovat läsnä moninaiset tunteet ja erimielisyydet kuten kaikissa vuorovaikutussuhteissa. Tämä tutkielma tarkastelee myös hoitosuhteessa ilmeneviä tunneilmaisuja ja niiden hallintaa sekä konflikteja ja niistä selviytymistä.

Tutkielman tieteenfilosofisena lähtökohtana on fenomenologia. Tutkielman kontekstina on kotihoito ja hoitosuhdetta tarkastellaan sekä hoitajan että asiakkaan näkökulmasta Tutkielman aineisto on hankittu haastattelemalla Tampereen kaupungin kotihoidon hoitajia ja asiakkaita. Tutkimusote on laadullinen ja tutkimusmetodina käytetään aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Tutkielman teoreettisena viitekehyksenä toimii relationaalinen dialektiikka, jolloin osapuolten vuorovaikutusta tarkastellaan jännitteiden kautta. Jännitteet ilmentyvät myös konflikteina. Tunneilmaisuja tarkastellaan niiden ilmenemisen, hallinnan ja sääntelyn näkökulmista.

Tulosten mukaan kotihoidon vuorovaikutussuhteiden jännitteisyyttä lisäävät suhteen asymmetria ja institutionaaliset käytänteet. Vuorovaikutuksen jännitteitä nousi tutkielmassa esiin kolme ja ne kytkeytyvät yhteistyöhön, vuorovaikutuksen avoimuuteen ja suhteen osapuolten läheisyyteen. Yhteistyötä vaikeuttavat osapuolten erilaiset näkemykset suhteen asiantuntijuudesta, vallasta ja autonomiasta. Molemmat näkevät itsensä asiantuntijoina ja toisensa yhteistyökyyttöminä. Hoitosuhteen vuorovaikutuksen avoimuus vaihtelee ääripäästä toiseen. Asiasta puhutaan suoraan, mutta myös valehdellaan. Osapuolten odotukset eroavat toisistaan. Asiakkaat haluavat itsestä kertomisen olevan vastavuoroista, ja hoitajat puolestaan haluavat pitää professionaalista etäisyyttä asiakkaisiin. Hoitosuhteen kestolla on merkitystä vuorovaikutuksen luonteeseen. Pidempään kestäneessä suhteessa keskinäinen luottamus on parempi, jolloin itsestä ja asioista kerrotaan enemmän ja avoimemmin.

Konfliktitilanteissa nousevat esiin negatiiviset tunteet, jotka puskuroidaan. Tunteita koetaan, mutta niitä ei näytetä. Hoitajat esittävät myös tunteita, joita eivät todellisuudessa tunne. Konfliktitilanteiden selviytymisstrategiat erosivat toisistaan. Asiakkaat vetäytyvät ja hoitajat siirtävät huomion tekemiseen, jolloin vuorovaikutus niukkenee. Konfliktit jäävät ratkaisematta ja niitä ei oteta puheeksi itse tilanteessa eikä myöhemmin. Konfliktitilanteiden ratkaiseminen on tärkeää hoitosuhteen yhteistyön jatkuvuuden ja osapuolten hyvinvoinnin kannalta. Tämä vaatii hoitajien vuorovaikutusosaamisen parantamista.

Vuorovaikutuksen jännitteisiin niitä voimistaen vaikuttavat kaksi ulkoista tekijää: resurssit ja konteksti. Resurssien riittämättömyys aikaansaa kiireen, joka aiheuttaa vuorovaikutuksen niukkenemistä ja sen myötä asiakkaiden tyytymättömyyttä ja hoitajien työhyvinvoinnin huonontumista. Aika hallitsee vuorovaikutussuhdetta, minkä takia sen riittävyyteen tulisi kiinnittää huomiota. Koti toimintaympäristönä murentaa osapuolten asymmetriaa ja hämärtää osapuolten rooleja. Näkymätön kamppailu vallasta näyttäytyy konflikteina, joissa yhteistyökyyttömyys, puhumattomuus, salailu ja toisen verbaalinen loukkaaminen ovat läsnä.

Hoitajan ja asiakkaan vuorovaikutus kotihoidossa on jännitteistä ja ristiriitatilanteita syntyy, koska osapuolet näkevät itsensä ja toisensa eri tavoin suhteessa. Hoitosuhteessa myös iloitaan ja nauretaan yhdessä, jaetaan kokemuksia, jutustellaan ja annetaan positiivista palautetta, mikä osaltaan kertoo osapuolten tasa-arvoisuudesta, positiivisista tunteista ja vuorovaikutuksen toimivuudesta.

Avainsanat: vuorovaikutus, professionaalinen suhde, hoitotyö, relationaalinen dialektiikka, emotio, konflikti

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin Originality Check –ohjelmalla.

Sisällysluettelo

1 JOHDANTO	4
2 ASIAKAS-HOITAJASUHDE KOTIHOIDOSSA	6
2.1 Terveysviestintä viestintätieteiden näkökulmasta.....	6
2.2 Professionaalinen suhde – tavoitteellinen, emotionaalinen, asymmetrinen.....	8
2.2.1 Asiantuntijavalta hoitosuhteessa	12
2.2.2 Luottamuksen ulottuvuudet vuorovaikutussuhteessa.....	15
2.3 Asiakkaana kotihoidossa.....	18
2.3.1 Asiakas keskiössä.....	18
2.3.2 Hoitosuhde kotihoidossa	19
3 RELATIONAALINEN DIALEKTIikka	22
4 TUNTEET JA RISTIRIIDAT HOITOTYÖSSÄ.....	27
4.1 Tunteiden moninaisuus	27
4.2 Tunneäly kytkeytyy vuorovaikutustaitoihin	28
4.3 Tunteiden ilmaisu ja hallinta.....	29
4.3.1 Tunteiden sääntely	30
4.3.2 Tunneyötä hallitsevat tunnesäännöt.....	31
4.4 Konfliktien selviytymisstrategiat hoitotyössä	33
5 TUTKIELMAN TOTEUTUS.....	38
5.1 Tutkimustehtävä ja -kysymykset	38
5.2 Tutkielman lähtökohdat	41
5.2.1 Tieteenfilosofiset lähtökohdat.....	41
5.2.2 Laadullinen tutkimusote.....	43
5.3 Tutkimusaineisto: keruu ja haastateltavat	44
5.4 Aineiston analyysi.....	47
6 TUTKIMUSTULOKSET	51
6.1 Tunteet hoitosuhteessa	51
6.1.1 Asiakkaiden tunnetilat.....	51
6.1.2 Hoitajien tunnetilat.....	53
6.2 Asiakkaiden ja hoitajien roolit	56
6.3 Yhteistyökykyinen - yhteistyökyvytön -jännitepari.....	58
6.3.1 Hoitajat asiantuntijoita ja asiakkaat yhteistyökyvyttömiä	58
6.3.2 Asiakkaat asiantuntijoita ja hoitajat yhteistyökyvyttömiä	63
6.3.3 Kotihoidon erityispiirteet	65

6.4 Läheisyys-etäisyys – jännitepari	67
6.4.1 Hoitajat haluavat pitää etäisyyttä, asiakkaat haluavat läheisyyttä	67
6.4.2 Hoitosuhteessa lähennytään ajan kuluessa.....	69
6.4.3 Suhteen asymmetria murenee kotona	70
6.5 Avoimuus-sulkeutuneisuus -jännitepari.....	71
6.5.1 Itsestä ja omasta elämästä kertominen	71
6.5.2 Negatiivista ja positiivista palautetta	74
6.5.3 Koti mahdollistaa salaa toimimisen ja vallankäytön.....	76
6.6 Aika hallitsee hoitosuhdetta ja sen vuorovaikutusta	78
6.6.1 Hoitoaika on liian lyhyt.....	78
6.6.2 Kiire aikaansaa haasteita hoitosuhteeseen	79
6.7 Ristiriitatilanteet ja niistä selviytyminen.....	82
6.7.1 Ristiriitatilanteet kertautuvat.....	82
6.7.2 Asiakkaat mukautuvat ja vitsailevat	84
6.7.3 Hoitajat uhkailevat ja toimivat.....	85
7 POHDINTA	88
7.1 Yhteistyökykyisyys – yhteistyökyvyttömyys -jänniteparin ulottuvuudet.....	88
7.2 Läheinen ja avoin – etäinen ja sulkeutunut.....	91
7.2.1 Ystävä vai hoitaja – emäntä vai asiakas?.....	92
7.2.2 Pitkäkestoinen hoitosuhde – luottamus ja avoimuus lisääntyvät.....	94
7.3 Konflikteista selviytyminen ja tunteiden hallinta	95
7.4 Ulkoiset tekijät määrittävät hoitosuhdetta ja sen vuorovaikutusta.....	97
7.5 Yhteenvedo tutkielman tuloksista.....	99
7.6 Tutkielman arviointi.....	101
KIRJALLISUUS.....	105
LIITTEET	113

1 JOHDANTO

Terveydenhuollossa puhutaan asiakaslähtöisyydestä, potilaan osallistamisesta omaan hoitoonsa sekä rummutetaan hyvän ja laadukkaan hoidon puolesta. Tällä hetkellä julkisuudessa kuitenkin keskustellaan vanhusten laitoshoidon huonosta laadusta ja liian vähäisistä hoitajaresursseista, joita vaaditaan lisää. Kotihoidon hoitajaresursseista ei sen sijaan puhuta ollenkaan, vaikka vanhustenpalvelulain (Oikeusministeriö, Finlex 980/2012) mukaan kuntien on pitänyt vähentää laitospaikkoja ja lisätä kotiin vietäviä palveluita. Terveiden ja hyvinvointilaitoksen teettämän tutkimuksen mukaan puolet kotihoidon hoitajista sanoo olevansa kiireisiä hoitajien vähäisen määrän takia. Työtä joudutaan tekemään puutteellisesti, ei niin hyvin kuin haluttaisiin. (Vehko, Sinervo & Josefsson, 2017.) Kiire aiheuttaa sen, että varsinainen hoitotoimenpide ehditään tekemään, mutta asiakkaiden kuulluksi ja huomioituksi tuleminen jää vähemmälle. Tätä puolestaan kotihoidon asiakkaat kaipaavat, koska sosiaalinen toimintaympäristö on kaventunut, yksinäisyyden kokemukset lisääntyneet.

Kotona asuu entistä huonokuntoisempia ja moniongelmaisempia asiakkaita, joiden hoito vaatii enemmän aikaa ja osaamista. Hoitajien osaamisen parantamista ei tulisi katsoa vain toimenpiteiden suorittamisen näkökulmasta, vaan myös viestintäosaamisen näkökulmasta. Hyvillä vuorovaikutustaidoilla on mahdollista parantaa asiakastyytyväisyyttä ja hoitajien työhyvinvointia. Hoitosuhteen luonne eroaa meille totutuista läheisistä suhteista, minkä takia on hyvä lisätä ymmärrystä siitä, millainen on professionaalinen suhde ja millaiset tekijät vaikuttavat siinä olevaan vuorovaikutukseen.

Professionaaliosuhteessa toinen on jonkin alan asiantuntija suhteessa toiseen (Gerlander & Isotalus, 2010). Terveystieteissä olevissa suhteissa on määritellyn aseman ja tehtävän lisäksi myös emotionaalinen ulottuvuus, joka ilmenee asiakkaan välittämisenä ja tukemisena (Bridge & Baxter, 1992). Professionaaliosuhteita sanotaan myös institutionaaliosuhteiksi niiden sisältämien säännösten ja eettisen ohjeistuksen takia (Gerlander, 2003; Drew & Heritage, 1992).

Hoitosuhteessa hoitaja on ammattilainen, jolla on omat tavoitteensa, oikeutensa ja velvollisuutensa. Nämä institutionaaliosuhteet määrittelevät suhdetta ja sen vuorovaikutusta. Asiakkaan tavoitteet ja odotukset sekä hoitajaa että hoitosuhdetta kohtaan eroavat näistä säännöistä, mikä aikaansaa vuorovaikutukseen jännitteisyyttä. Jännitteisyyttä ei tule nähdä negatiivisena, vaan vuorovaikutuksen jännitteisyydellä tarkoitetaan sitä, että ihminen liikkuu erilaisten jänniteparien, vastakohtaisuuksien välillä tilanteen mukaan (Baxter & Montgomery, 1996). Jännitteisyys voi

kytkeytyä hoitosuhteessa esimerkiksi vuorovaikutuksen avoimuuteen. Asiakas voi kertoa joistain terveydentilaansa liittyvistä asioista avoimesti, mutta jotkut asiat jättää kertomatta.

Vuorovaikutuksen jännitteisyys voi kuitenkin johtaa tai ilmentyä ristiriitatilanteina. Tilanteita, joista pyritään selviytymään erilaisia strategioita käyttäen. Tällaisia selviytymisstrategioita ovat esimerkiksi välttely, mukautuminen, dominointi ja kompromissi. (Donohue & Cai, 2014). Se, millainen strategia valitaan, vaikuttaa suhteeseen ja sen vuorovaikutukseen joko positiivisesti tai negatiivisesti. Näissä ristiriitatilanteissa ovat läsnä aina tunteet, emootiot, kuten kaikissa vuorovaikutussuhteissa erimielisyyksiä kohdatessa. Tunteita hoitajat pyrkivät ilmaisemaan ja hallitsemaan institutionaalisten tunnesääntöjen mukaisesti, asiakkaat vapaammin.

Puheviestinnän tutkimuksessa professionaalisten suhteiden tarkastelu on ollut vähäistä, ja tutkimus on painottunut läheisiin suhteisiin. Tämän takia tulisi tutkia enemmän erilaisia professionaalisia suhteita ja niissä tapahtuvaa vuorovaikutusta. (Gerlander & Isotalus, 2010.) Terveystieteiden kontekstissa tutkimus on painottunut lääkärin ja potilaan vuorovaikutukseen, hoitajan ja potilaan suhteen tarkastelu on ollut vähäisempää. Tässä tutkielmassa tarkastellaan kotihoidon hoitajien ja asiakkaiden välistä vuorovaikutusta sekä siihen kytkeytyviä tunteita ja ristiriitoja. Tutkielman tarkoitus on lisätä ymmärrystä siitä, millaista on hoitosuhteen vuorovaikutus ja millaiset tekijät lisäävät vuorovaikutuksen jännitteisyyttä. Tutkimuksen aineisto on saatu haastattelemalla Tampereen kaupungin kotihoidossa työskenteleviä lähihoitajia ja heidän asiakkaitaan.

2 ASIAKAS-HOITAJASUHDE KOTIHOIDOSSA

2.1 Terveysviestintä viestintätieteiden näkökulmasta

Terveysviestintä näyttäytyy monena. Yhdelle terveystieteen viestintä on väline terveyden edistämässä ja siitä tiedottamisessa, toisille se näyttäytyy terveydenhuollon vuorovaikutusprosesseina. Terveystieteen viestintä on myös yhteiskunnallinen ja kulttuurinen prosessi, jossa rakennetaan terveyden ja sairauden merkityksiä ja asemoidaan kansallinen terveydenhuoltojärjestelmään. (Torkkola, 2002, 10-11.)

Terveystieteen viestintää on määritelty monin eri tavoin ja termiä ”health communication” käytettiin ensimmäisen kerran 1970-luvun puolivälissä, kun Yhdysvalloissa toiminut International Communication Associationin (ICA) terapeutin viestinnän jaos muutti nimensä terveystieteen viestinnän jaokseksi. Jaos oli keskittynyt siihen asti terveydenhuollon ammattilaisten ja potilaiden väliseen viestintään, mutta halusi laajentaa näkökulmaansa myös muuhun terveyteen liittyvään viestintään. (Kreps, Bonguera & Query 1998, Torkkolan 2008, 80-81 mukaan.) Terveystieteen viestinnän lähtökohta on ollut käytännönläheistä ja perustunut paljolti terveydenhuollon viestinnällisiin tarpeisiin, mikä näkyy myös terveystieteen viestinnän määritelmässä (Torkkola, 2008, 81).

Terveystieteen viestinnän määritelmät eroavat toisistaan myös siinä, miten laajasti eri viestinnän osa-alueet katsotaan kuuluvaksi terveystieteen viestintään. Torkkola (2008, 81-89) esittelee eri tahojen terveystieteen viestintämääritelmiä, joista tässä nostetaan esiin muutama. Hän viittaa ensinnäkin WHO:n (1999) määritelmään, jonka mukaan terveystieteen viestintä on yksisuuntaista viestintää, jonka tavoitteena on edistää terveyttä ja hoitaa sairautta. Tätä viestintää tehdään kaikilla viestinnän aloilla, kuten keskinäis-, joukko- ja organisaatioviestinnässä. Pauliina Aarva (1991, Torkkolan 2002 mukaan) puolestaan näkee terveystieteen viestinnän joukkoviestinnäksi ja rajaa pois interpersoonallisen viestinnän, kun taas Maija Gerlander (2003) nostaa esiin interpersoonallisen viestinnän näkökulman, terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välisen vuorovaikutuksen. Näiden määritelmien dilemma onkin yleinen käsitys viestinnästä. Onko se tiedonsiirtoa, jossa viestintä on lähinnä tiedonsiirron työkalu vai nähdäänkö viestintä prosessina, jossa osapuolet merkityksellistävät asioita kokemusten kautta tietyssä kulttuurisessa ja yhteiskunnallisessa kontekstissa? Tässä tutkielmassa terveystieteen viestintä nähdään prosessina, jossa viestintä tuottaa ja ylläpitää merkityksiä kotihoidon kontekstissa.

Terveysviestinnän tutkimus on monitieteistä ja poikkitieteellistä. Monitieteellisessä tutkimuksessa jokainen tutkija tarkastelee asiaa oman tieteensä näkökulmasta, vaikka tutkijoiden tavoite voi olla yhtenäinen. Monitieteellisyys aiheuttaa myös sen, että tutkijat eivät ole välttämättä tietoisia toistensa tutkimuksista, mutta jos ovat, niin toisen tieteenalan tutkimus voi johtaa jatkotutkimukseen toisella tieteenalalla. Poikkitieteellisyys näyttäytyy eri tieteenalojen yhteistyönä tehdyssä tutkimuksessa, jossa hyödynnetään eri tieteenalojen tietoa ja teorioita, joiden avulla luodaan uusia malleja. (Thompson 2014, 738; Parrott & Kreuter, 2011, 3-4.) Myös Torkkola (2008, 39-40) mainitsee terveysviestinnän tutkijoiden tulevan eri tieteenaloilta, minkä seurauksena terveysviestinnällä ei voi katsoa olevan yhtenäistä tutkimusperinnettä. Tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat ja metodit voivat olla hyvin erilaisia hoito-, lääke- tai yhteiskuntatieteissä. Yhteiskuntatieteissä terveysviestintää on tutkittu sekä sosiologiassa että viestintätieteissä.

Terveysviestinnän tutkimus voidaan jakaa Torkkolan (2008) mukaan kolmeen päälinjaan: kulttuurilinjaan, vaikutustutkimuslinjaan ja vuorovaikutuslinjaan. Kulttuurilinja sisältää kaiken terveyttä ja sairautta koskevan viestinnän, jolloin terveys ja sairaus eivät välity viestinnässä, vaan ne rakentuvat viestinnässä. Vaikutuslinjan tutkimukset puolestaan pureutuvat joukkoviestinnän terveysvaikutusten tutkimiseen terveydenedistämisen näkökulmasta kuten esimerkiksi kampanjaviestintä. Vuorovaikutustutkimuslinja, johon myös tämä tutkielma asemoituu, tarkastelee terveydenhuollossa tapahtuvaa sisäistä viestintää eli terveydenhuollon ammattilaisten ja potilaiden välistä interpersoonallista viestintää. Interpersoonallisen viestinnän tutkimuksen tavoite ei ole terveystieteellinen, mutta lähtökohdaksi kuitenkin usein on tarkastella viestinnän ja terveyden välistä vaikutussuhdetta, vaikka vaikutussuhteita voidaan lähinnä eritellä asenteiden ja käsitysten muutoksina. (Torkkola, 2008, 41-43; Mikkola & Torkkola 2007.)

Interpersoonallisesta viestinnästä terveydenhuollon kontekstissa ollaan kiinnostuneita viestintätieteiden lisäksi terveys-, lääke- ja hoitotieteessä. Terveydenhuollon kontekstiin sijoittuvaa interpersoonallisen vuorovaikutuksen tutkimusta on tehty esimerkiksi vuorovaikutuskäyttäytymiseen, vuorovaikutuksen luonteeseen sekä vuorovaikutuksen seurauksiin ja vaikutuksiin liittyvissä tutkimuksissa (Street, 2003). Viestintätieteissä terveydenhuollon professionaalista vuorovaikutussuhteita ovat tutkineet esimerkiksi Gerlander (2003) ja Mikkola (2006). Gerlander (2003) tutki lääkärin ja potilaan välistä vuorovaikutusta ja Mikkola (2006) tuen merkitystä potilaan ja hoitajan välisessä vuorovaikutuksessa.

Tämä tutkielma asemoituu terveystieteen tutkimuskenttään ja tarkastelee hoitajan ja potilaan välistä professionaalista suhdetta ja sen vuorovaikutusta viestintätieteiden näkökulmasta, jolloin viestinnän nähdään tuottavan ja ylläpitävän merkityksiä sosiaalisessa todellisuudessa, kotihoidossa. Seuraavassa alaluvussa tarkastellaan, millaisia piirteitä professionaalinen vuorovaikutussuhde ja siinä tapahtuva vuorovaikutus sisältää.

2.2 Professionaalinen suhde – tavoitteellinen, emotionaalinen, asymmetrinen

Ihmisten välisistä suhteista puhuttaessa käytetään usein termiä sosiaalinen suhde tai interpersoonallinen suhde. Suhteen perimmäisenä luonteenpiirteenä voidaan pitää sitä, että ihmiset ovat toisiinsa yhteydessä tietoisesti toimien. Suhteen toimintatapoja eivät osapuolet voi määrittää yksinään, koska suhteeseen liittyy aina relationaalinen ulottuvuus, jonka mukaan suhteen osapuolet yhdessä tuottavat merkityksiä keskinäisessä vuorovaikutuksessa (Rogers 1998, 71). Suhteet eivät siis vain ole olemassa, vaan niitä luodaan ja ylläpidetään vuorovaikutuksessa (Littlejohn & Foss, 2011, 255). Interpersoonalliset suhteet ovat luonteeltaan dynaamisia, ne muuttuvat ajan kuluessa, jolloin niillä voidaan nähdä olevan menneisyys, nykyisyys ja tulevaisuus. Se, miten suhteen osapuolet tulkitsevat menneisyyttä vaikuttaa nykyisyyteen ja puolestaan menneisyys sekä nykyisyys vaikuttavat suhteen tulevaisuuteen. (Sigman 1998; Wilmot 1996).

Suhdetta voidaan tarkastella myös sen vapaaehtoisuuden tai läheisyyden näkökulmista. Läheisiä suhteita, kuten ystävyys- tai parisuhdetta, luonnehtii emotionaalinen kiintymys, pitkäkestoisuus ja osapuolten tarpeiden täytyminen suhteessa. Läheiset suhteet ovat myös vapaaehtoisia, toisin kuin esimerkiksi työtehtävään liittyvät julkiset suhteet, joita sanotaan myös roolisuhteiksi. (Guerrero, Andersen & Afifi, 2014, 6-7.) Trenholm ja Jensen (2013, 35) sanovat julkisten suhteiden olevan persoonattomia, muuttumattomia, sääntöjen hallitsemia, tarkoituksenmukaisia ja ulkoapäin palkittuja. Ne ovat suhteita, joissa suhteen osapuolet eivät tunne toisiaan ja ovat toisistaan riippumattomia. Professionaaliset suhteet nähdään usein tällaisina persoonattomina ja julkisina suhteina, vaikka niiden voi katsoa sisältävän sekä ystävyyssuhteille tyypillisiä että ammatilliseen rooliin liittyviä piirteitä (Knapp, Daly, Albada & Miller 2002, Gerlander & Isotalus 2010, 4 mukaan).

Bridge ja Baxter (1992) puhuvat sekasuhteista (*blended relationships*), joissa ovat läsnä sekä suhteen emotionaalinen ulottuvuus että suhteen vaihtelullisuus. Emotionaalisuus näkyy suhteessa toisen osapuolen kunnioituksena, välittämisenä ja tukemisena. Suhteessa oleva vaihtelullisuus fokuoittuu professiotaan suorittavaan ammattilaiseen, jolla on määritetty asema ja tehtävä, josta

hänet palkitaan taloudellisesti. Sekasuhteet ovat Gerlanderin (2003, 41–42) mukaan tavoitteellisempia ja strategisempia kuin henkilökohtaiset suhteet, mutta emotionalisempia kuin julkiset suhteet. Sekasuhteet fokusoituvat erityisesti ns. ihmissuhdeammatteihin kuten lääkärin tai hoitajan ja potilaan välisiin suhteisiin. Ihmissuhdeammateissa toisella osapuolella on ammatillinen tehtävä ja tavoitteet, jolloin ammattiaan toteuttava keskittyy esimerkiksi hoidon toteuttamiseen. Tämä tehtävä ei kuitenkaan ole irrallaan suhdekontekstista, vaan tehtävä sekä asettuu viestintäsuhteeseen että siihen ikään kuin katsotaan viestintäsuhteen kautta. (Gerlander & Isotalus, 2010, 7.)

Professionaalisia suhteita kutsutaan myös institutionaaliksi suhteiksi, sillä suhteessa on läsnä sosiaalinen konteksti toisin kuin läheisissä suhteissa. Se, miten suhteessa toimitaan, määritetään usein suhteen ulkopuolelta institutionaalisilla tavoitteilla, kuten lainsäädännöllä tai ammatillista toimintaa koskevilla eettisillä ohjeilla ja virallisilla rooleilla. (Gerlander 2003, 71; Peräkylä 1997, 178-179; Drew & Heritage, 1992, 3-4.) Instituution järjestelmät luovat Mönkkösen (2007, 44-45) mukaan ehtoja vuorovaikutuskäytännöille ja toimintakulttuurille. Se ilmenee vuorovaikutuskulttuurissa, siinä, mitä käsitteitä käytetään ja miten asiakas hahmottuu työntekijöiden puheissa. Puhutaanko sääntöjen noudattamisesta ja toimenpiteistä vai asiakkaiden tarinoista ja vastavuoroisuudesta? Valta on näkymätöntä, jolloin sitä ei varsinaisesti kukaan käytä ja se on piiloutunut toimintaan ja retoriikkaan (Foucault 1990, Mönkkösen, 2007, 45 mukaan). Ruusuvuori (2002, 37-38) puhuu institutionaalista tehtävistä tutkimuksessaan, joka tarkasteli vuorovaikutusta lääkärin vastaanotolla. Lääkärin institutionaalinen tehtävä on ratkaista potilaan ongelma diagnosoimalla ja antamalla hoito-ohjeita. Potilaan tehtävä on antaa tietoa ja mukautua annettuihin ohjeisiin. Näihin tehtäviin ja institutionaalisiin rooleihin kytkeytyy odotuksia niin vuorovaikutukseen kuin tiedollisen auktoriteetin jakautumiseen liittyen.

Tässä tutkielmassa asiakkaiden ja hoitajien väliset suhteet, joista tässä tutkielmassa käytetään sanaa hoitosuhde, nähdään professionaalina suhteina, joissa on läsnä institutionaaliset roolit, säännöt ja tavoitteet. Suhdetta ei kuitenkaan voi luonnehtia julkiseksi tai institutionaaliseksi suhteeksi, koska hoitosuhteeseen sisältyy läheisiin ihmissuhteisiin kiinnittyviä elementtejä, kuten sen affektiivinen ulottuvuus. Toisaalta hoitosuhde kotihoidossa on usein pitkäaikainen, millä voisi ajatella olevan merkitystä suhteen luonteeseen ja sen kehittymiseen läheisemmäksi kuin professionaaliset suhteet yleensä. Tätä ajatusta tukee Piercyn (2000) haastattelututkimuksen tulokset, joista nousi esiin hoidon jatkuvuuden merkitys siihen, miten osapuolet kokevat suhteen. Yli puolet haastatelluista hoitajista kuvasivat suhdetta ystävyysuhteeksi ja yli vuoden kestäneissä hoitosuhteissa yli 30

prosenttia hoitajista ja asiakkaista kokivat suhteen olevan vielä läheisimpiä, kuin perheenjäseniä. Hoitajat vertasivat asiakkaita omiin isovanhempiinsa ja asiakkaat sanoivat hoitajien olevan kuin omia lapsia tai lapsenlapsia. Jotkut asiakkaista kokivat hoitajat jopa läheisemmiksi kuin omat lapsensa. Tähän kokemukseen voi osittain vaikuttaa asiakkaiden sosiaalinen eristäytyminen ja yksinäisyyden tunne. Piercyn (2000) tutkimuksen puutteena voikin pitää sitä, että näiden kahden asian välistä yhteyttä ei analysoitu, vaikka molemmat nostettiin esiin tulosten yhteydessä.

Suhteissa tapahtuvaa vuorovaikutusta kutsutaan interpersoonalliseksi viestinnäksi. Se on kahden, tai enintään kolmen ihmisen välistä viestintää, jossa osapuolet vuorottelevat viestin lähettäjinä ja vastaanottajina luoden merkityksiä yhdessä. Tämä tapahtuu yleensä kasvokkain ja osapuolten roolit sekä viestinnän tavoitteet ovat epämuodollisia. (Burlison, 2010.) Tämän määritelmän ongelmana on se, että se ei täysin tue tämän tutkielman näkökulmaa, professionaalisten suhteiden vuorovaikutuksen tavoitteellisuutta ja osapuolten ulkoapäin määriteltyjä rooleja. Suhteen vuorovaikutusta voidaan tarkastella myös suhteen keston ja luonteen mukaan. Interpersoonallista viestintää voidaan tarkastella tilanteellisuuden (*situational*) tai kehittymisen (*developmental*) näkökulmasta. Tilanteellisen näkökulman mukaan interpersoonallinen viestintä tapahtuu, aina kun kaksi ihmistä käyvät vuorovaikutteista viestien vaihtoa luoden yhteisiä merkityksiä. Kehittymisen näkökulman mukaan interpersoonallinen viestintä nähdään tapahtuvan vasta sitten, kun osapuolet tuntevat toisensa ja vaihtavat viestejä psykologisella tasolla. (Trenholm & Jensen, 2013, 41.) Tässä tutkielmassa interpersoonallista viestintää voidaan tarkastella tilanteellisen näkökulman lisäksi myös kehittymisen näkökulmasta, koska kotihoidossa olevat hoitosuhteet ovat pääsääntöisesti pitkäaikaisia.

Hoitosuhteen osapuolilla on erilaisia tavoitteita. Donohue ja Cain (2014, 31) jakavat ne instrumentaalisiin, relationaalisiin ja itsensä esittämisen päämääriksi. Instrumentaaliset päämäärät ovat objektiivisia, esimerkiksi toisen ihmisen suostuttelemista tekemään jotakin konkreettista. Itsensä esittämisen päämäärät liittyvät omien kasvojen suojeluun sekä sellaisen vaikutelman luomiseen, joka auttaa ja tukee instrumentaalisen päämäärän suorittamista. Relationaaliset päämäärät fokusoituvat itsesuhteeseen ja sisältävät erilaisia elementtejä, kuten asema, valta, muodollisuus ja luottamus. Mäkisalo-Ropponen (2011, 168) tarkoittaa vuorovaikutuksen tavoitteellisuudella hoitotyötä tekevän kykyä havaita asiakkaan sanallista ja sanatonta viestintää. Tämä vaatii läsnäoloa ja eläytymistä, kykyä nähdä potilaan näkyvän käyttäytymisen taakse ja havaita todellinen tarve tai tunne. Hoitotyössä tapahtuviin kohtaamisiin voidaan liittää käsite terapeutin viestintä, jossa viestin lähettämisen ja vastaanottamisen päämääränä on lievittää

potilaan pahaa oloa sekä mahdollistaa miellyttävien tunteiden ja kokemusten syntyminen. Hoitajan tulisi olla läsnä ja kohtaamisen tavoitteena on ihmisen auttaminen, ei tehtävien tekeminen.

Tämän tutkielman tarkastelun kohteena on hoitosuhde ja siinä tapahtuva vuorovaikutus, jolloin vuorovaikutusteot luovat ja määrittävät suhteen. Tutkielman viestinnällisenä näkökulmana on relationaalinen viestintä (*relational communication*). Relationaaliseen viestintään sisältyy sekä suhdenäkökulma että suhteessa tapahtuva interpersoonallinen viestintä. Sen mukaan vuorovaikutuksessa on sekä sisällöllinen että relationaalinen ulottuvuus. Relationaalista viestintää voi luonnehtia kokoelmaksi teemoja tai ulottuvuuksia, joiden perustana on osapuolten vaihtamat viestit ja merkitykset. Relationaalisen näkökulman mukaan ihmiset ovat suhteessa toisen kanssa. Tässä kehittyvässä prosessissa vaihdetaan toistuvasti verbaalisia ja nonverbaalisia viestejä, jotka ilmaisevat miten osapuolet näkevät toisensa, suhteensa ja itsensä tietyssä kontekstissa. Relationaaliseen viestintään sisältyviä teemoja ovat esimerkiksi osallisuus, empatia, dominanssi, epätasa-arvo ja väheksyntä. (Burgoon J.K, Pfau, Parrott, Birk, Coker & Burgoon, M., 1987, 307.)

Burgoon ym. (1987, 308-309) esittelivät relationaalisen viestinnän teemoja lääkärin ja potilaan vuorovaikutussuhteessa, mitä voidaan reflektoida myös hoitajan ja potilaan väliseen suhteeseen ja tähän tutkimustehtävään. Relevantteja teemoja lääkäri-potilas -suhteessa on dominanssi (*dominance*), muodollisuus (*formality*), levollisuus (*composure*), vastaanottavuus (*receptivity*) ja välittömyys (*immediacy*). Dominanssi liittyy osapuolten tasa-arvoisuuteen ja eriarvoisuuteen, joka ilmenee valta, ylemmyytenä, kontrollina ja vakuuttavuutena toista osapuolta kohtaan. Dominanssiin liittyy muodollisuus, joka näkyy osapuolten soveliaana ja virallisena käyttäytymisenä hierarkian mukaisesti. Levollisuuteen kuuluva vuorovaikutus liittyy siihen, miten luontevaksi tai jännittyneeksi osapuolet tuntevat toisen läsnäolon suhteessa. Samankaltaisuus, välittömyys ja vastaanottavuus liittyvät toisiinsa ja kuvastavat suhteen läheisyyttä ja empatiaa. Välittömät viestit liittyvät viestijän lähestymistapaan ja asenteeseen, ja siihen kytkeytyvät käsitteet affektiivisuus, syvällisyys ja luottamus. Vastaanottavuus ilmenee viestinnän avoimuudessa, toisen osapuolen osallistamisessa ja ymmärtämisessä. Relationaaliset viestit voivat ilmaista myös päinvastaista, kuten välinpitämättömyyttä tai torjuntaa.

Peltola, Isotalus ja Åstedt-Kurki (2018) tutkivat, millaiset viestintätilanteet estävät tai edistävät diabetespotilaiden itseohjautuvuutta. Tulokset osoittivat potilaiden kokemusten liittyvän neljään relationaalisen viestinnän ulottuvuuteen: emotionaaliseen läsnäoloon, luottamuksen rakentumiseen, oikeudenmukaisuuteen ja viestintähalukkuuteen. Potilaiden mukaan tunteita tulee saada ilmaista ja

emotionaalinen tuki tulee mukauttaa potilaan mukaan. Potilaiden luottamus oli sidoksissa hoitohenkilöstön viestintäkäyttäytymiseen. Ammattilaisen viestintähalukkuus ja vastavuoroisuus sekä potilaan asiantuntijuuden arvostus ja yhteinen tavoite edistivät itseohjautuvuutta.

2.2.1 Asiantuntijavalta hoitosuhteessa

Professionaalisten suhteiden asymmetrisyys ilmenee osapuolten eritasoisesta tiedosta ja osaamisesta, erilaisesta vuorovaikutusnäkökulmasta sekä erilaisesta oikeudesta ja velvollisuudesta osallistua. (Linell & Luckmann 1991, Gerlander ja Isotalus 2010, 8 mukaan.) Professionaalisessa vuorovaikutussuhteessa toinen osapuoli rakentaa ja toteuttaa viestintäsuhdetta sekä sen tavoitteita ammatillisuuden kautta. Suhteen toinen osapuoli on tällöin jonkin alan asiantuntija suhteessa toiseen osapuoleen. (Gerlander & Isotalus, 2010.) Mönkkönen (2007, 39) viittaa Giddensin (1990) määritelmään asiantuntijuudesta, jonka mukaan asiantuntija on henkilö, jolla on jonkin asian suhteen erityisiä taitoja tai tietentyypistä tietoa, jotka maallikolta puuttuvat. Kyse on tällöin taitojen ja tietojen epätasapainosta, joka tekee toisesta auktoriteetin asiaan nähden. Ihmiset myös luottavat asiantuntijoiden hyväntahtoisuuteen ja kompetenssiin. Asiantuntijalla katsotaan myös olevan suhteessa vastuu, johon vaikuttavat asiantuntijuuden lisäksi institutionaaliset käytännöt ja ammattietiikka. Professionaalisessa suhteessa asiantuntijuus ja vastuullisuus kytkeytyvät myös vallankäyttöön, jonka suhteessa oleva asymmetria mahdollistaa.

Valtaa suhteissa on määritelty monin tavoin. Yksi tapa on nähdä valta tietoisena vaikuttamisena, jolloin se nähdään yksilön kykynä saada tahtonsa läpi toisen osapuolen vastustuksesta huolimatta tai saada toinen tekemään jotain, mitä ei halua. Puhutaan myös virallisesta vallasta, jolloin valta perustuu esimerkiksi henkilön asemaan. (Ropponen 2007, Mäkisalo-Ropposen 2011, 169–170 mukaan.) Voutilainen ja Laaksonen (1994, 49) puhuvat toimivallasta, joka voi syntyä tilanteesta, asiantuntijuudesta tai asemasta. Hoitotyössä tilanne oikeuttaa ammattilaisen toimimaan tietyllä tavalla. Asiantuntijuuden suoma toimivalta on yhteiskunnan taholta tullutta oikeutta toimia itsenäisesti, asiantuntijuuden rajoissa.

Valta-asema on Mönkkösen (2007, 45, 81) mukaan aina läsnä jollain tasolla ammatillisissa suhteissa. Vaikka vallan avoin käyttäminen ei kuulu nykypäivän hoitotyöhön, voi se kätkeytyä tapoihin, jolla vuorovaikutusta jäsenetään. Se ei tällöin näy käskemisenä tai rajoittamisena, vaan piiloutuneina asioihin, joista asiakkaalle puhutaan tai kuinka asiakkaista puhutaan kollegoille. Vallankäytön keinoja ovat Raatikaisen (2015, 87) mukaan suostuttelu, manipulointi ja pakottaminen, jotka aiheuttavat vastapuolella hämmennystä ja syyllisyyttä. Valta voi näyttäytyä

myös positiivisena henkisenä vallankäyttönä, kuten määrätietoisen ohjaamisena, eri mieltä olemisena tai auttamisena. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 170).

Asiantuntijavallan tasapaino horjuu nykypäivänä, sillä asiakkailla on saatavilla tietoa sairauksista enemmän ja helpommin kuin aiemmin. Lisäksi pitkäaikaissairailta on tiedon lisäksi omakohtaisia kokemuksia omasta sairaudestaan ja sen hoidosta, mikä lisää asiakkaan asiantuntijuutta. Hoitosuhteessa tulisikin Mäkisalo-Ropponen (2011, 168) mukaan kunnioittaa osapuolten tasavertaisuutta. Asiakas tietää jotkut asiat parhaiten ja hoitaja on tiettyjen asioiden asiantuntija. Tasavertaisuutta voidaan edistää vuorovaikutuksen keinoin. Mikkolan (2006, 159–160) tutkimuksessa hoitajat edistivät tasavertaisuutta potilaiden kanssa vuorovaikutuksen avoimuudella ja muodollisen kielenkäytön vähentämisellä. Hoitajien mukaan tasavertaisuus lisääntyi, jos potilas oli halukas viestimään ja tasa-arvoisuus puolestaan väheni, jos potilaan viestintätyyli on vaativa tai aggressiivinen.

Hoitotyössä on vallankäytön mahdollisuus, koska toinen on auttaja ja toinen autettava. Auttajan katsotaan tietävän asioista enemmän kuin autettavan. Tällaisesta asemoitumisesta tilanteessa käytetään myös sanaa positio, jolla tarkoitetaan tietynlaisen aseman ottamista intersubjektisessa vuorovaikutuksessa sekä myös toisen aseman vastavuoroista tukemista. Position voi ajatella yksinkertaistettuna olevan roolin, joka on tilannekohtainen ja joka muuttuu vuorovaikutuksen sekä tilanteen muuttuessa. Hoitotyössä osapuolten asemointi voi ilmetä kysymyksenasettelussa, jossa hoitajalla on oikeus kysyä asiakkaalta jotain hyvin henkilökohtaista ja asiakkaalla ei tätä oikeutta hoitajan suhteen yleensä ole. Asiakkaan hoitajalle esittämä henkilökohtainen kysymys uhkaa perinteistä ja totuttua järjestystä, auttajan ja autettavan rooleja, jossa auttaja ei ilmaise omia ajatuksiaan tai tunteitaan. (Mäkisalo-Ropponen, 2011, 171; Mönkkönen, 2007, 39–40.) Asiantuntijavaltaa vuorovaikutuksessa voidaan kuvata monologina, jolloin se myös määrittelee toisen ihmisen liian kapeaksi, jolloin voimavarat ja resurssit jäävät käyttämättä (Bahtin 1991, Mönkkösen, 2007, 55 mukaan). Vuorovaikutustilanteessa tämä näkyy siinä, millaisen aseman työntekijä ottaa asiakkaaseen. Työntekijä ei esimerkiksi jousta omasta asemastaan ja esittämistään näkökulmista tai puhuu asiakkaasta tietyllä tavalla kollegoilleen. (Mönkkönen, 2007, 55.)

Mönkkösen (2007, 84) mukaan asiantuntijan ei pitäisi ottaa liian vahvaa roolia tietäjänä tai neuvojana, koska tilanne alkaa tällöin muistuttaa asiantuntijakeskeistä suhdetta. Toisaalta liian varovainen tai neutraali käyttäytyminenkin ei ole ammatillisessa suhteessa toimivaa. Sen vuoksi on hyvä pohtia myös ajan merkitystä suhteessa. Vastavuoroisuus kehittyy ajan kuluessa. Suhteen

alussa on oleellista pyrkiä luomaan luottamuksellinen ja avoin suhde, jossa asiakas pystyy tuomaan esiin omia ajatuksiaan. Suhde vaatii tietynlaisen asiakaskeskeisen vaiheen, mutta siihen ei tule jäädä, vaan kehittää suhdetta vastavuoroisemmaksi. Suhteessa on myös hetkiä, jolloin asiantuntijan on otettava vastuu ja tehtävä päätöksiä.

Asiantuntijuus näyttäytyy negatiivisena tilanteissa, joissa työntekijä määrittelee tilannetta ja asiakkaan näkemykset jäävät taka-alalle. Työntekijä tekee liian nopeita johtopäätöksiä tai yleistyksiä, jolloin asiakas nähdään tyypillisenä tapauksena. Asiakas ei kuitenkaan halua olla stereotyyppinen tapaus, vaan ainutkertainen omine tarinoineen. Asiakkaan omaa kokemusmaailmaa korostavaa näkökulmaa voidaan kutsua asiakaskeskeiseksi orientaatioksi, jossa tilanteiden määrittely lähtee asiakkaan tarpeista. Tällöin murretaan myös suhteen hierarkiaa, kun asiakas pääsee vaikuttamaan omaan hoitoonsa. Asiantuntijavallan lisäksi puhutaan myös asiakasvallasta, jolloin asiakas voi olla väkivaltainen tai puhua ilkeästi auttajastaan. Auttaja pyrkii sietämään sen ammatillisuuden avulla ja voi oikeuttaa asiakkaan huonon käytöksen selittelemällä sen johtuvan asiakkaan yksinäisyydestä tai turhautumisesta. Haastava vuorovaikutustilanne ja siinä esiin nousseet tunteet voivat myös henkilöityä. (Mönkkönen, 2007, 61, 63, 81.) Auttaja noudattaa tällaisissa tilanteissa institutionaalisia sääntöjä puolustelemalla asiakkaan käytöstä, vaikka käytökseen tulisi puuttua. Asian esiin nostaminen ja siitä rakentavasti keskusteleminen saisi myös asiakkaan pohtimaan omaa toimintaansa. Ristiriitatilanteen henkilöityminen vaikeuttaa toimimista erityisesti pitkäaikaisessa hoitosuhteessa. Kun osapuolet ovat leimautuneet toistensa mielestä hankaliksi, heijastuu se negatiivisena itse suhteeseen, mutta myös sen vuorovaikutukseen, mikä puolestaan heikentää asiakastyytyväisyyttä ja hoitajan työhyvinvointia.

Vallan väärinkäyttö voi johtaa laitospolitiikan syntymiseen, jota voi peilata myös kotihoidon kontekstiin. Tällöin ihminen ns. laitostuu omaan kotiinsa alistumalla siihen, että ammattilainen tietää paremmin kuin hän itse, miten kotona ollaan ja toimitaan. Laitospolitiikan yhtenä piirteinä onkin, että asiakas lannistetaan potilaan rooliin. Tätä vastaan hangoitteleva, esimerkiksi omaa reviiiriään puolustava saa hankalan potilaan leiman. Tällöin hoitaja oikeutettuna vallankäyttäjänä voi sivuuttaa hankalan potilaan tarpeet. Usein ammattilainen ei tiedosta käyttävänsä valtaa, vaan yksinkertaisesti uskoo tietävänsä, mikä potilaalle on parasta. Tällöin potilas tulee leimatuksi osaamattomaksi ja tietämättömäksi. (Mäkisalo-Ropponen, 2011, 174; ks. myös Kettunen 2001.) Hoitajan luokitellessa jonkun asiakkaan hankalaksi tai osaamattomaksi vaikuttaa se suhteeseen ja sen vuorovaikutukseen negatiivisesti. Asiakkaan viestintä voi muuttua niukaksi tai asiakas ottaa

annetun hankalan asiakkaan roolin ja alkaa käyttäytymään sen mukaisesti. Ristiriitatilanteet lisääntyvät ja hoidon taso voi laskea, kun osapuolet eivät keskustele keskenään.

2.2.2 Luottamuksen ulottuvuudet vuorovaikutussuhteessa

Hoitosuhteen yksi keskeinen elementti on tutkimusten valossa luottamus, joka kytkeytyy suhteen kehittymiseen, läheisyyteen ja vuorovaikutuksen avoimuuteen. Sillä on merkitystä sekä potilastyytyväisyyteen että potilaan hoitomyöntyvyyteen. Luottamus koetaan tärkeäksi erityisesti terapeuttisissa suhteissa (Raatikainen 2015; Trojan & Yonge, 1993), ja potilaat kokevat sen kuuluvan hoitotyöhön ja hoitajan rooliin (Hilliard & O'Neill, 2010).

Luottamus on Ikosen (2015) mukaan dynaaminen prosessi ja sosiaalisesti rakentuva todellisuus, jota luodaan vuorovaikutuksen ja keskustelun prosesseissa. Professionaalisissa suhteissa puhutaan myös luottamuksen arvoisuuden (*trustworthiness*) käsitteestä, joka kytkeytyy sekä ystävyyden (*friendship*) että läheisyyden (*intimacy*) käsitteisiin (Giddens 1990, 8, Tantun 2017, 27 mukaan). Tanttu (2017) analysoi tutkimuksessaan, joka tarkasteli maahanmuuttajien ja viranomaisten välistä luottamusta informaation ja identifikaation kautta. Informaatiolla hän tarkoittaa tietoon ja asiantuntijuuteen pohjautuvaa luottamusta ja identifikaatiolla läheisyyteen ja samaistumiseen pohjautuvaa luottamusta. Tanttu sanoo, että viranomaistyö ei ole pelkästään tiedon välittämistä, vaan tiedon muodostamiseksi tarvitaan toimijoiden välinen suhde, jossa on myös affektiivisia piirteitä. Raatikainen (2015, 79–80) puhuu puolestaan ansaitusta ja annetusta luottamuksesta, joista jälkimmäisellä tarkoitetaan sellaista käyttäytymistä, jota on kohtuullista odottaa tietyssä roolissa, ammatissa toimivalta. Ansaittu luottamus on puolestaan vuorovaikutuksen tulos. Luottamus ei ole jotain, joka tulee annettuna, vaan jotain, joka tulee ansaita ja jonka saavuttaminen vaatii kovaa työtä (Hem, Heggen & Ruyter, 2008).

Luottamus kytkeytyy suhteen vuorovaikutuksen avoimuuteen. Kun ihminen luottaa toiseen ihmiseen, niin lisää se vuorovaikutuksen avoimuutta, mikä on oleellinen asia terveydenhuollon kontekstissa. Potilaan kertoma tai kertomatta jättäminen vaikuttaa hoidon lopputulokseen. Itsestä kertominen on peilattavissa myös suhteen keston, mitä pidempi suhde ja tutumpi ihminen, sitä enemmän toiselle kerrotaan. Itsestä kertomista voi kuvata Altmanin ja Taylorin (1973) kehittämän sosiaalisen läpäisyn teorian (*Social Penetration Theory*) avulla, jonka mukaan itsestä kertominen (*self-disclosure*) lisääntyy suhteen kehittyessä. Teoria jäsentää itsestä kertomista kuuden ulottuvuuden: syvyys, laajuus, toistuvuus, kesto, valenssi ja totuudenmukaisuus, kautta. Syvyydellä tarkoitetaan annettavan tiedon henkilökohtaisuutta, laajuudella kerrottujen asioiden määrää ja

toistuvuudella sitä, miten usein itsestä kerrotaan. Kesto kertoo, miten kauan ajallisesti itsestä kertominen on tapahtunut ja valenssi siitä, onko itsestä kertominen positiivisesti tai negatiivisesti latautunutta. Totuudenmukaisuus tarkastelee kertomisen rehellisyyttä tai vilpillisyyttä. Itsellä kertomisella voidaan katsoa olevan myös dialektinen jännite. Ihmisellä on tarve sekä kertoa että tarve yksityisyyteen. (Guerrero ym., 2014, 109, 132-134.) Gerlander (2003, 118) sanoo itsestä kertomisen olevan ensisijaisesti relationaalista viestintää. Samalla kun puhuja kertoo itsestään, hän myös määrittelee, keitä suhteen osapuolet ovat, jolloin itsestä kertominen ei ole puhujaan liittyvä henkilökohtainen viestintäteko, vaan se sisältää myös sosiaalisen suhteen ja minän rakentumisen.

Yksityisyyden hallintaa ja itsestä kertomista tarkastelee laajemmin yksityisyyden hallinnan teoria (*Communication Privacy Management*), jossa yksityisyyden hallinta on prosessi, joka syntyy ja tapahtuu vuorovaikutuksen prosesseissa. Yksityistä tietoa ympäröi raja (*boundary*), jonka avulla ihminen säätelee yksityisen ja julkisen tiedon määrää. Raja vaihtelee ihmisten ja tilanteiden mukaan ja sen taustalla vaikuttavat säännöt (*privacy rules*), joiden mukaan ihmiset toimivat. Säännöt, jotka ovat usein rutinoituneita tapoja, muodostuvat sen mukaan, miten ihminen arvio kertomisen tai yksityisyyden hyötyjä ja haittoja. (Petronio 1991.) Asiakkaan persoona ja historia vaikuttavat siihen, miten paljon hän kertoo itsestään tai terveydentilastaan. Lisäksi hoitajan persoona tai tuttuus voi vaikuttaa asiakkaan yksityisen tiedon rajaamisessa, millä on yhteys keskinäiseen luottamukseen. Hoitosuhteessa yksityinen tieto näyttäytynee enemmän haittanäkökulman kautta – ohjeiden noudattamatta jättämisestä tai terveydelle vahingollisten asioiden tekemisestä ei haluta kertoa.

Suhteen luottamus rakentuu suhteen kehittyessä. Luottamuksen rakentumiselle keskeistä oli Ikonen (2015) tutkimuksen, joka tarkasteli esimies-alaissuhdetta, mukaan kuunteleminen ja kuulluksi tuleminen kokemus, joilla osoitettiin toisen arvostusta. Tämä on peilattavissa myös hoitosuhteeseen. Luottamuksen rakentuminen vaatii aikaa, toisen tunteminen ja itsestä kertominen on merkityksellistä molemmille osapuolille, jotta keskinäinen vuorovaikutus on luontevaa ja vastavuoroista. Jos luottamuksen rakentaminen vie aikaa, sen menettäminen voi olla nopeaa, ja takaisin saaminen haastavaa. Luottamuksen menettämällä on vaikutusta myös vuorovaikutukseen, joka voi muuttua niukaksi ja sulkeutuneeksi. Ikonen (2015) puhuu luottamuksen rapautumisesta. Luottamuksen rapautumiseen vaikuttavia tekijöitä olivat tutkimustulosten mukaan väärinymmärrykset ja pelon tunne. Pelot ja niihin liittyvä epävarmuus näyttivät syntyvän ja vahvistuvan puhumattomuudessa. Vuorovaikutuksen puute altisti puolestaan väärinkäsityksille. Luottamusta rapauttivat lisäksi myös sellaiset vuorovaikutustilanteet, joita leimasivat passiivisuus tai reagoimattomuus.

Luottamus oli yksi pääteemoista Wiechulan, Conroy'n, Kitsonin, Marshallin, Whitakerin ja Rasmussenin (2016) tutkimuskatsauksessa, joka tarkasteli asioita, jotka hoitajat ja potilaat kokivat merkittäviksi hoitosuhteessa. Molemminpuolinen luottamus oli tärkeää hoitajille, ja erityisesti potilaille. Hoitajille luottamus fokusoitui tiedonsaantiin, kun taas potilailla suhteen läheisyyteen, avoimuuteen ja yhteistyön sujumiseen. Molemminpuolisen luottamuksen merkitys nousi esiin myös Mokin ja Chiun (2004) tutkimuksessa, jossa sen katsottiin olevan edellytys hoitosuhteen toimivuudelle ja kehittymiselle. Luottamuksen syntyminen on yksilöllisesti rakentuva, henkilökohtainen ja tilannesidonnainen ilmiö, johon vaikuttavat asiakkaan aiemmat kokemukset. Toiset asiakkaat luottavat ammattilaiseen nopeammin ja helpommin kuin toiset. Ja aina luottamuksellista suhdetta ei synny ollenkaan tai se ei pääse etenemään. Tätä saattaa heikentää esimerkiksi työntekijöiden suuri vaihtuvuus, jolloin suhdetta ja luottamusta rakennetaan aina uudelleen. (Raatikainen, 2015, 70–72.)

Luottamuksen syntymiseen ja rakentumiseen vaikuttavat hoitajan ammatillinen viestintäkompetenssi ja persoona (Wiechula ym. 2016; Belcher 2009). Luottamukselliseen ja toimivaan hoitosuhteeseen vaikuttaa potilaiden mielestä hoitajan asenne ja käyttäytyminen. Hoitajien toivottiin olevan ystävällisiä, läsnäolevia ja tuovan oman persoonallisuutensa paremmin suhteeseen ja kertovan omasta elämästään enemmän. (Wiechula ym. 2016, 728-729.) Belcherin (2009) mukaan potilaat luottavat hoitajaan, jonka he kokevat rehelliseksi, luotettavaksi ja hoitosuhteeseen sitoutuneeksi. Lisäksi potilaan tunteminen mieluummin persoonana kuin pelkästään potilaana edesauttaa luottamuksellisen hoitosuhteen rakentumista (Morse 1991).

Hoitajien viestintäkompetenssilla on Wiechulan ym. (2016, 729) tulosten mukaan merkitystä luottamuksen rakentumisessa. Ensinnäkin viestintää tulisi käyttää työkaluna. Tämä ilmenee esimerkiksi taitona opastaa potilaita ymmärrettävästi ja tunnistaa, miten vuorovaikutuksen avulla voidaan parantaa hoitosuhteen laatua. Toiseksi hoitajilla pitäisi olla aikaa kuunnella potilasta, jutustella ja havainnoida potilaan tilanne ja tunteet. Potilaiden mielestä tällainen laadukas vuorovaikutus vaatii riittävästi aikaa. Kolmanneksi asiaksi potilaat mainitsivat keskustelun, kiinnostuksen osoittamisen, yksilöllisyyden huomioimisen ja hoitajat nostivat esiin tiedonvaihdon ja sen merkityksellisyyden. Hoitajan viestintäosaamisesta puhuu myös Raatikainen (2015, 80) sanoessaan, että on tärkeää huomioida, milloin kannattaa viestiä eri asioista, kuten antaa neuvoja tai yrittää muuttaa asiakkaan käyttäytymistä tai milloin kannattaa vain olla läsnä ja antaa tilaa asiakkaalle. Hoitajien vuorovaikutustaidoilla on merkitystä luottamuksen rakentumiseen, ja keskinäisellä luottamuksella puolestaan hoidon onnistumiseen. Luottamuksen puute aikaansaa

vuorovaikutusongelmia, jotka voivat näyttäytyä monin eri tavoin. Itsestä kertominen vähenee, jolloin tiedonsaanti on puutteellista. Tällä voi olla negatiivista vaikutusta hoitosuhteen kehittymiseen, yhteistyön sujuvuuteen ja ristiriitatilanteiden syntymiseen.

2.3 Asiakkaana kotihoidossa

2.3.1 Asiakas keskiössä

Terveys- ja sairaanhoidon palveluja käyttävää tai niiden kohteena olevasta henkilöstä käytetään nimitystä potilas tai asiakas (Koivuranta-Vaara, 2011, 6). Valkama (2012, 5) sanoo, että asiakkaalla tarkoitetaan palvelun vastaanottajaa, joka hyötyy saamastaan palvelusta ja myös maksaa siitä. Kotihoidon tavoitteena on turvata asiakkaan asuminen kotona tarjoamalla palveluita, kuten hoitajien kotikäyntejä. Näistä asiakas maksaa määriteltyjen asiakasmaksujen mukaisesti. Kotihoidossa, myös Tampereen kaupungilla, puhutaan kotihoidon asiakkaista, ei potilaista. Näihin perustuen tässä tutkielmassa käytetään sanaa asiakas, kun tarkoitetaan kotihoidon palveluita vastaanottavaa ja palvelusta maksavaa henkilöä.

Terveysviestinnän tutkimuskirjallisuudessa puhutaan potilaskeskeisestä (*patient-centered*) ja suhdekeskeisestä (*relation-centered*) hoidon malleista, jotka perustuvat terveydenhoidon tarjoajan ja potilaan (*provider-patient*) väliseen suhteeseen. Potilaskeskeisyys fokuksituu potilaan käyttäytymiseen lääketieteellisen hoidon, tutkimuksen ja koulutuksen näkökulmasta ja sitä käyttävät terveydenhuoltoalan organisaatiot. Siinä vuorovaikutuksen fokuksena on tavoitekeskeinen vuorovaikutus. Käsitettä käytetään tutkimuskirjallisuudessa enemmän kuin suhdekeskeistä hoidon mallia. Suhdekeskeinen hoidon malli on näistä kahdesta rakenteellisesti kehittyneempi, sillä se huomioi myös osapuolten välisen vuorovaikutuksen. Se korostaa osapuolten kohtaamista ja fokuksituu kumppanuuteen, yhteiseen päätöksentekoon ja relationaalsiin prosesseihin. (Thompson 2014, 1029.) Lisäksi siinä nähdään suhteen osapuolet yksilöinä, ja suhteessa tulee tiedostaa tunteiden tärkeys, osapuolten odotukset ja kontekstin merkitys (Beach, Roter, Wang, Duggan & Cooper 2006; Roter, Frankel, Hall & Sluyter 2006). Potilas- ja suhdekeskeisyyden lisäksi puhutaan yksilöllistetystä hoidosta (*individualized care, IC*), joka kattaa potilaskeskeisyyden lisäksi inhimillisyyden, empatian, ihmisen elämäkokemuksen ja sosiaalisen kontekstin huomioimisen (Edvarsson, Fetherstonhaugh, Nay & Gibson, 2010).

Kuntaliiton terveydenhuollon laatuoppaassa puhutaan asiakaskeskeisyydestä, joka on synonyymi asiakaslähtöisyydelle. Sillä tarkoitetaan asiakkaan vaikutusmahdollisuuksia, osallistumista päätöksentekoon ja arvioon hoitonsa tarpeellisuudesta. Asiakas nähdään oman terveydentilansa

asiantuntijana. Asiakkaan tarpeisiin, odotuksiin ja toiveisiin vastaaminen on terveydenhuollon ammattilaisten tehtävä. Hoitosuhde perustuu hoitohenkilökunnan ja asiakkaan sekä hänen läheistensä väliseen vuorovaikutukseen. (Koivuranta-Vaara, 2011, 6.) Kotihoidossa asiakaslähtöisyys tarkoittaa yksilöllisyyden huomiointia sekä asiakkaan mahdollisuutta osallistua päätöksentekoon ja omaan hoitoonsa (Heinola, 2017, 18). Asiakaslähtöisyys kytkeytyy olennaisesti terveydenhuollossa tärkeäksi koettuun potilaan itsemääräämisoikeuteen. Itsemääräävä henkilö tekee itseään koskevia päätöksiä, vaikuttaa asioihin, antaa suostumuksia, kieltäytyy halutessaan ja ilmaisee mielipiteitä vapaasti (Naukkarinen, 2008, 19-20). Asiakaslähtöisyyttä ja itsemääräämisoikeutta voivat hoitajat tukea arvostavalla kohtaamisella, potilaan omanarvontuntoa vahvistamalla ja omatoimisuuteen kannustamalla (Heinola, 2007, 23). Arvostava kohtelu on mielestäni asiakkaan näkemistä kokonaisvaltaisena persoonana historioineen, asiakkaan odotusten tiedostamista, kuuntelemista ja arvostamista suhteen tasavertaisena osapuolena. Positiivinen palautteenanto, osallistaminen ja kannustus parantavat asiakkaan omanarvontunnetta ja omatoimisuutta.

2.3.2 Hoitosuhde kotihoidossa

Ihmisen ikääntyessä lisääntyvät sairaudet ja myös avun tarve, mikä vaatii terveydenhuollon palveluita. Ihmiset haluavat yleensä asua laitoshoidon sijaan kotona ja saada sinne tarvitsemansa hoidon (Holmberg, Valmari & Lindgren, 2012, 709; Taival 1998). Tämä on mahdollista toteuttaa kotihoidon turvin. Se, mitä kotihoidolla tarkoitetaan, vaihtelee tutkijan mukaan. Yleisesti kotihoidon voi katsoa olevan hoitomuoto, jossa asiakas asuu omassa kodissaan erilaisten palvelujen piirissä. Kotihoito kuuluu kunnan tai kaupungin lakisääteiseen järjestämistä vastuuseen, ja siihen kuuluvat sosiaali- ja terveystaloudelliset palvelut, jotka sisältävät kotipalvelun ja kotisairaanhoidon (Paljärvi, Rissanen & Sinkkonen 2003, Rissanen 1998, Muurisen ja Raatikaisen 2003, 13 mukaan). Tässä tutkielmassa käytetään sanaa kotihoito, kotisairaanhoidon sijasta. Kotihoidolla tarkoitetaan tässä tutkielmassa terveydenhuollon ammattilaisen antamia palveluja asiakkaille, jotka sairaudestaan huolimatta pystyvät asumaan kotona, mutta tarvitsevat apua hoitotoimenpiteissä tai voinnin seurauksena (Kansanterveyslaki 72).

Kotihoidon kontekstissa tapahtuva hoito eroaa laitoshoidosta ja aiheuttaa haasteita niin hoitosuhteeseen ja sen asymmetriaan kuin asiakkaan oman tilan ja yksityisyyden hallintaan. Koti on paikka, jossa ihminen kokee olevansa turvassa. Se on paikka, jossa voi olla oma itsensä sekä toimia omien tapojen ja rutiinien mukaan. (Lindahl, Lidén & Lindblad 2010; Öresland, Määttä, Norberg, Winther & Lutzen 2009.) Hoitajan kotikäynti vaikuttaa asiakkaan yksityisyyden rajoihin

ja niiden hallitsemiseen. Asiakas voi joutua muuttamaan rutiinejaan ja aikatauluja hoitajan käyntiajan takia sekä avaamaan kotinsa vieraalle ihmiselle, joka vähentää turvallisuuden tunnetta. Hoitajalle koti ja siellä toiminen aiheuttaa epävarmuutta toisin kuin laitoshoidon kontekstissa toimiessa. Spiers (2002, 1037-1039) käyttää termiä ”negotiating territoriality” puhuessaan siitä, miten asiakas ja ammattilainen neuvottelevat tilan käytöstä ja siellä toimimisesta. Hänen mukaansa hoitajat käyttivät tilan neuvottelemisessa kysymyksiä: voinko? tai saanko? saadakseen asiakkailta luvan toimia tietyssä paikassa. Hoitajat tunsivat itsensä uhatuiksi, jos asiakas kielsi pääsyn. Asiakkaat puolestaan kokivat olonsa epämiellyttäväksi ja kiusaantuneeksi, jos heillä ei ollut mahdollisuuksia hallita omaa tilaa tai puuttua hoitajan pääsyyn tiettyyn paikkaan kodissaan. Yksityisyyden hallinta kytkeytyy asiakkaan autonomiaan ja itsemääräämisoikeuteen. Niiden mukaan asiakkaalla tulee olla oikeus ja mahdollisuus päättää omasta elämästään ja toimia omien arvojensa mukaisesti (Holmberg ym., 2012).

Kotihoidon asiakkaat haluavat myös säilyttää itsekunnioituksensa, johon liittyy päätöksenteon lisäksi omatoimisuuden säilyttäminen ja se, että hoitajat huomioivat asiakkaan tarpeet ja tunteet. Asiakkaat haluavat tulla kohdatuksi yksilönä ja persoonana, ei niinkään asiakkaana, jolloin he odottavat hoitajien olevan läsnä, kiinnostuneita sekä kuuntelevan ja keskustelevan arkipäivän asioista sairauksien sijasta. (Holmberg ym., 2012, 707, 710; Westphal 1993.) Asiakkaat arvostavat sitä, että hoitaja istahtaa alas juttelemaan. Keskustelunaiheet voivat olla yleisluontoisia, mutta asiakkaat myös toivovat hoitajien kertovan enemmän itsestään ja henkilökohtaisesta elämästään. Näin vuorovaikutus on asiakkaiden mielestä enemmän vastavuoroista. (Holmberg ym., 2012, 708.) Tämä voi muodostua ongelmaksi, jos hoitaja ei halua puhua omista henkilökohtaisista asioista. Liian läheiseksi muodostunut suhde voi lisäksi aiheuttaa sen, että asiakas tulee riippuvaiseksi tietystä hoitajasta eikä hyväksy enää muita hoitajia. (Spiers 2002; Gävert & Ek, 1996.)

Kotihoidossa osapuolet joutuvat pohtimaan omaa rooliensa, oikeuksiaan ja päätöksentekovaltaa. Hoitajilla nähdään olevan valta-asema suhteessa asiantuntijuuden kautta, mutta toisaalta heidän tulee mukauttaa sitä ollessaan asiakkaan kotona. Asiakkailta puolestaan nähdään olevan valta-asema omassa kodissaan, mutta toisaalta he ovat riippuvaisia hoitajista sairautensa takia. (Spiers 2002, 1034.) Hoitajat joutuvat tasapainoilemaan kahden roolin, välittämisen ja kontrolloimisen välillä. Heidän vuorovaikutuksensa on välitöntä ja asiakasta tukevaa, mikä vahvistaa asiakkaan oman arvon tuntemuksia. Kontrolloiva rooli näkyy eri tavoin. Joskus asiakkaat antavat kaiken päätöksenteon hoitajalle, joskus ottavat hoitovastuun itse ja joskus päätöksenteko on jaettua osapuolten kesken. (Vivian & Wilcox 2000, 109-111.)

Rooleja kotihoidossa on tarkasteltu myös sen mukaan, miten osapuolet positioivat itsensä suhteessa. Kotihoidossa voi nähdä olevan kaksi roolia: asiakas isännän tai emännän roolissa ja hoitaja vieraan roolissa (Lantz 2007, Holmberg ym. 2012, 709 mukaan). Hoitajat näkevät itsensä vieraina, jotka hyväksyvät ja kunnioittavat kotia ja sen sääntöjä (Öresland ym. 2009; Trojan & Yonge, 1993). Holmbergin ym. (2012, 708-709) tutkimustulokset osoittivat päinvastaista. Heidän mukaansa asiakkaat eivät koe olevansa isännän tai emännän roolissa, vaan potilaan roolissa. Hoitajat eivät ole vieraita, vaan ammatillisen tehtävänsä suorittavia henkilöitä, joilla on avain asiakkaan kotiin ja jotka voivat toimia vapaasti asiakkaan kotona, kuitenkin asiakkaan yksityisyyttä kunnioittaen.

Hoitosuhte kotihoidossa näyttäytyy aiempien tutkimustulosten valossa haasteellisena sekä asiakkaiden että hoitajien näkökulmasta. Kun selkeä roolijako ei toteudu, tuottaa se monenlaisia haasteita. Hoitajat ovat epätietoisia, miten saavat ja osaavat toimia toisen ihmisen kotona ja mikä on heidän roolinsa. Professionaalisen suhteen asymmetria, hoitajan asiantuntijuus, kyseenalaistuu, kun kotona toimitaan asiakkaan sääntöjen mukaan. Asiakkaalle vieraan ihmisen tuleminen kotiin aiheuttaa hämmennystä, miten omaa tilaa ja yksityisyyttä hallitaan. Asiakkaan päätöksentekooikeus kotona ja hoitajan professionaalinen oikeus päättää joutuvat vastakkain kotihoidossa. Näillä on merkitystä hoitosuhteeseen ja sen toimivuuteen sekä keskinäiseen, jännitteitä sisältävään vuorovaikutukseen, jonka kautta suhdetta rakennetaan.

3 RELATIONAALINEN DIALEKTIikka

Tässä tutkielmassa kotihoidon vuorovaikutussuhteiden tarkastelua ohjaa relationaalinen näkökulma, minkä takia tutkielman viitekehukseksi valikoitui relationaalinen dialektiikka. Sitä on varsin vähän hyödynnetty professionaalisten suhteiden tarkastelussa, vaikka suhteiden ominaispiirteet luovat sille hedelmällisen maaperän. Seuraavaksi esittelen relationaalisen dialektiikan viitekehystä, sen käsitteitä ja aiempaa tutkimusta.

Dialektista näkökulmaa interpersoonallisten suhteiden, kuten ystävyys- tai parisuhteen, tarkastelemisessa ovat tehneet tunnetuksi erityisesti Baxter ja Montgomery (1996; 1998). Tätä relationaaliseksi dialektiikaksi kutsuttua näkökulmaa luonnehtii ajatus, että interpersoonalliset suhteet perustuvat vuorovaikutuksessa olemassa olevien ja syntyvien ristiriitaisten voimien väliselle dynaamiselle vuorovaikutukselle (Baxter & Montgomery 1996, 6). Gerlander (2003, 65) kiteyttää kyseessä olevan suhteen dynamiikan, johon suhteen rakenteet ja viestintäkäytänteet pohjautuvat, ja jota ne myös ilmentävät ja tuottavat.

Relationaalisen dialektiikan viitekehukseen on vaikuttanut Bakhtinin dialogismi, jossa sosiaalinen elämä nähdään vuoropuheluna, ei monologina, ja joka perustuu erillisyyden ja yhtenäisyyden samanaikaisesti olemassa oleville voimille, jännitteille. Sosiaalisissa suhteissa ihminen pyrkii säilyttämään yksilöllisyytensä, mutta samaan aikaan haluaa olla yhteydessä toisten kanssa. Bakhtinin dialogismi, vaikka se kytkeytyy yhteiskunnan yleiseen tarkasteluun, voidaan kytkeä myös henkilökohtaisiin suhteisiin ja niissä oleviin relationaalisiin jännitteisiin. (Bakhtin 1984; 1981, Baxterin & Montgomeryn 1996, 24-25 mukaan.) Baxterin ja Montgomeryn relationaalisen dialektiikan luomiseen ovat vaikuttaneet myös Lao Tzu, Hegel, Heraclitus ja Marx, sekä Billigin retorinen sosiaalipsykologia (Baxter & Montgomery, 1996, 24, 38-39). Relationaalista dialektiikkaa ei voi nähdä traditionaalisenä teoriana, koska se ei muodosta aksioomia tai kategorioita eikä esitä unitaarisia totuuksia vaan käsitteellisiä olettamuksia (Baxter & Montgomery, 1996, 6). Sen takia sitä voidaan pitää pikemminkin heuristisena teoriana, jonka tavoitteena on orientoida havaintoja ja tarkasteluja (Fitch 1998, Gerlander 2003, 66 mukaan).

Relationaalisen dialektiikan ydinkäsitteitä ovat Baxterin ja Montgomeryn (1996, 6-10; 1997, 327) mukaan jännitteisyys tai vastakohtaisuus (*contradiction*), käytäntö (*praxis*), muutos (*change*) ja kokonaisvaltaisuus (*totality*). Vastakohtaisten voimien väliset dialektiset jännitteet kuuluvat sosiaalisiin suhteisiin ja ovat niissä aina olemassa. Ne muodostavat vastakohtia, joiden välillä on dynaaminen yhteys ja jotka poissulkevat toisensa joko määritelmän, loogisuuden tai toiminnan

perusteella, mutta ovat samanaikaisesti toisistaan riippuvaisia. Jännitteillä voi täten katsoa olevan sekä- että-ominaisuus – ne sekä vetävät toisiaan puoleensa että hylkivät toisiaan. Jännitteitä voidaan tarkastella pelkkien vastakohtaparien lisäksi jänniteverkkoina tai solmuina (*multivocal contradictions*), jotka sisältävät yhden jännitteen piirteen sisältämiä useita lähikäsitteitä. Jänniteverkoissa olevat jännitteet ovat suhteessa eriarvoisia ja suhteen kehittyessä niiden asema voi myös vaihtua. (Baxter & Montgomery 1996, 30–31.)

Perusdialektiikan muodostavat Baxterin (1993, 142-144) mukaan henkilökohtaisissa suhteissa ilmenevät kolme perusjännitettä: *integraatio–separaatio*, *stabiilius–muutos* ja *ilmaisu–yksityisyys*, joiden ympärille muut jännitteet rakentuvat. Nämä perusjännitteet ovat sekä suhteen sisäisiä että ulkoisia, jolloin ne kytkeytyvät sosiaalisen elämän normeihin ja tapoihin. Suhteeseen luontaisesti kuuluvia sisäisiä jännitteitä ovat *uutuus–ennakoitavuus*, *yhteys–erillisuus* ja *avoimuus–sulkeutuneisuus*. Jos tarkastelee avoimuus–sulkeutuneisuus -jännitettä laajemmin, jänniteverkko, voidaan siihen sisällyttää mukaan jänniteparit: ilmaiseminen ja suojaaminen, suoruus ja epäsuoruus sekä rehellisyys ja valehtelu. Jänniteverkot kuvaavat sitä, miten viestinnälliset ilmiöt kietoutuvat toisiinsa, mutta empiirisesti niiden tunnistaminen, nimeäminen ja kuvaaminen aiheuttaa haasteita, koska analyysivaiheessa joudutaan pelkistämään ja valitsemaan tarkastelun kohteeksi joku jänniteverkon jännitteistä. Huomioitavaa onkin, että suhteessa olevat jännitteet eivät ole tasavertaisia – toiset jännitteet ovat keskeisimmin ja vahvemmin esillä kuin toiset (Baxter & Montgomery 1996, 30; Baxter & Montgomery 1997, 1998). Suhteen ulkoiset jännitteet, joita Baxterin (1993, 143) mukaan on kolme: *sisältyneisyys–eristyneisyys*, *konventionaalisuus–ainutlaatuisuus* ja *paljastaminen–salaaminen*. Ne syntyvät Gerlanderin (2003, 69) mukaan silloin, kun suhteen osapuolten tavoitteena on mukautua yhteiskunnassa vallitseviin tapoihin ja normeihin sekä pyrkiä ainutlaatuisen suhteen rakentamiseen

Ydinkäsitteistä muutos (*change*) kytkeytyy jännittyneisyyteen, koska sen mukaan suhde nähdään alati muuttavana ja liikkuvana. Itse muutos kuuluu suhteeseen ja se ylläpitää pysyvyyden ja muutoksen välistä jännitettä ja jännittyneisyys puolestaan pitää suhteessa liikettä yllä. Relationaalista dialektiikkaa viitekehyksenään pitävistä tutkijoista osa näkee muutoksen suhteen kehityksenä, ja osa näkee suhteen olevan monisuuntainen ja vailla päämäärää. (Baxter ja Montgomery, 1998, 7-8; 1996, 10-11.) Käytännön (*praxis*) mukaan ihmiset ovat sosiaalisissa suhteissa sekä toimijoita että oman toimintansa kohteita. Toimijana ollessaan ihminen herättää vuorovaikutuksen jännitteet eloon. Jännitteet vaikuttavat vuorovaikutukseen, jolloin ihminen on oman toimintansa kohde. (Baxter & Montgomery 1996, 13-14.)

Kokonaisvaltaisuuden (*totality*) ydinasioita ovat jännitteiden sijainti, miten ne ovat toisistaan riippuvaisia ja niiden jatkuvan dynaamisuuden (Baxter & Montgomery 1996, 15). Se sisältää ajatuksen, että jännitteitä tulisi tarkastella nimenomaan jännitekimppuina, jolloin asiaa tarkastellaan myös siinä sosiokulttuurisessa ympäristössään, jossa ne ilmenevät (Baxter & Montgomery 1998, 11; 1996, 16-17). Sosiaalisen kontekstin huomioon ottaminen on professionaalisissa suhteissa olennaista. Ulkoiset tekijät vaikuttavat siihen, mitkä vuorovaikutuksen jännitteet nousevat esiin ja mitkä jäävät taka-alalle sekä siihen, kumpi jännitteen vastakohtista korostuu vuorovaikutuksessa ja suhteessa. (Gerlander, 2003, 71.) Baxter ja Montgomery (1996, 15-16) puhuvat myös dialektisen jännitteen yhteisomistajuudesta, jossa osapuolilla voi omistajuudesta huolimatta olla erilaiset näkemykset suhteessa läsnä olevista jännitteistä. Osapuolet haluavat eri asioita, toinen haluaa esimerkiksi lisää itsenäisyyttä, ja toinen osapuoli läheisempää keskinäistä sitoutumista. Tämä voi johtaa konfliktitilanteeseen. Konflikti ei ole kuitenkaan sama asia kuin dialektinen jännite, vaikka vuorovaikutuksen jännitteisyys voi siihen johtaa.

Relationaalisen dialektiikan viitekehyksessä tehty tutkimus on painottunut läheisiin vuorovaikutussuhteisiin, kuten esimerkiksi ystävyysuhteisiin (O'Boyle 2014) tai parisuhteisiin (Cools 2011). Professionaalisten vuorovaikutussuhteiden osalta tutkimus on ollut vähäisempää. Professionaalisia suhteita relationaalisen dialektiikan näkökulmasta ovat esimerkiksi tutkineet Rawlins (2000), Gerlander (2003), Levy-Storms, Claver, Gutierrez ja Curry (2011) sekä Baitar, De Mol ja Rober (2016).

Baitarin ym. (2016) tutkimus tarkasteli, millaisia vuorovaikutuksen jännitteitä sisältyy avioeroja sovittävän ja asiakkaan välisessä sovitteluprosessissa. Esiin nousseista jännitepareista tähän tutkielmaan voidaan peilata itsemääräämisoikeuden ja kontrolloinnin jännitettä sekä neutraaliuden ja sitoutumisen jännitettä. Hoitosuhteessa asiakkaalla sanotaan olevan itsemääräämisoikeus, mutta samanaikaisesti hoitajan asiantuntijuus oikeuttaa vallan käyttöön, ja tietynlaiseen asiakkaan kontrollointiin. Neutraalius näyttäytyy hoitosuhteessa tasapainoiluna hoitajan yritykseen pitää yllä ammatillista etäisyyttä asiakkaaseen, mutta samanaikaisesti osoittaa asiakkaalle empatiaa ja tukea. Baitarin ym. (2016) esittämä neutraaliuden ja sitoutumisen jännite on verrattavissa Rawlinsin (2000), joka tarkasteli opettajan ja oppilaan välistä suhdetta, opettajan tekojen, viestinnän ja ystävyyden näkökulmasta, tutkimustulosten ilmaiseminen-suojaaminen -jännitepariin sekä myös Baxterin ja Montgomeryn esittämään avoimuuden ja sulkeutuneisuuden jännitteeseen. Näiden jännitteiden mukaisesti ilmaistaan asioita toisaalta avoimesti, mutta toisaalta pidättäytytään sanomasta asioita, jotka voivat loukata toista osapuolta tai jätetään kertomatta kokonaan asioita.

Lisäksi Rawlinsin (2000) tuloksissa esiin noussut välittäminen–instrumentaalisuus -jännitepari on peilattavissa hoitosuhteeseen. Välittäminen asiakkaasta, esimerkiksi empatiaa osoittamalla on olennaista hoitosuhteessa, mutta jännitteen instrumentaalista vastakohtaisuutta ilmentää professionaalille suhteelle ominainen tavoitteellisuus.

Tutkimusta terveydenhuollon kontekstissa relationaalisen dialektiikan viitekehystä käyttäen ovat tehneet Gerlander (2003) ja Levy-Storms (2011) Näistä esittelen ensimmäisenä Gerlanderin tutkimusta, joka tarkasteli lääkärin ja potilaan välisiä vuorovaikutuksen jännitteitä. Tutkimustuloksissa hän esittelee viisi relationaalista jännitettä. Ensimmäinen jännite, relationaalisen etäisyyden ja läheisyyden dialektiikka, ilmentää sitä, miten osapuolet asemoituvat viestintäsuhteessa toisiinsa eli millaisina osapuolet itse näyttäytyvät suhteessa ja määrittävät toisen suhteessa itseensä. Toisena jännitteenä nousi esiin kertomisen ja suojaamisen jännite, joka liittyy myös vallalla olevaan julkisen ja yksityisyyden väliseen tematiikkaan. Jännite fokusoituu siihen, miten lääkäri ja potilas ovat tai heidät kutsutaan tulemaan esille yksityisinä ihmisinä suhteessa. Lisäksi siihen kytkeytyy yksityisyyden säilyttäminen, potilaan oikeus päättää, mitä kertoo ja mitä jättää kertomatta. Autonomisuuden ja riippuvaisuuden välinen jännite kytkeytyy puolestaan osapuolten oikeuksiin ja velvollisuuksiin suhteessa omaan ja toistensa toimintaan.

Jännitepari, ennustettavuus–yllätyksellisyys, tarkoittaa tuttuuden tai ennustettavuuden ja uutuuden tai yllätyksellisuuden välistä dynamiikkaa, joka on luonteenomaista ns. sekasuhteissa. Näissä suhteissa viestintä on rutiininomaista tai kaavamaista, ja yllätyksellisyyttä edustaa aito henkilökohtaisuuksia sisältävä dialogi. Viides jännite, arviointi ja hyväksyminen, sisältää ammatilliseen tehtävään ja moraalisiin liittyviä ulottuvuuksia. Lääkärin tulee hyväksyä potilas ihmisenä, mutta samalla arvioida potilasta, kun taas potilas haluaa tulla hyväksytyksi sekä ihmisenä että potilaan roolissa. (Gerlander 2003, 78-86.) Tutkimuksessa lääkärin ja potilaan suhde näyttäytyy professionaalisenä, institutionaalisenä suhteena, jossa asymmetria määrittelee suhteen luonnetta. Lääkäri asemoi itsensä suhteessa yhteiskunnassa vallitsevan kulttuurin ja ammatillisen roolinsa mukaisesti, joka määrittää lääkärin velvollisuudet ja oikeudet. Suhteen jännitteisyys näyttäytyy yksityisyyden rajojen hallinnassa ja vuorovaikutuksen avoimuudessa ja sulkeutuneisuudessa.

Levy-Storms ym. (2011) tarkastelivat hoitokodissa työskentelevien hoitajien ja asuvien potilaiden vuorovaikutuksen jännitteitä ja niihin kytkeytyviä viestintästrategioita. Tutkimusmetodina käytettiin ryhmähaastatteluja, joihin osallistui 15 potilasta ja 17 hoitajaa, minkä jälkeen aineiston analyysi tehtiin luokittelun avulla. Tutkimustuloksista nousi esiin neljä jännitettä, teemaa, jotka kytkeytyivät

viestintästrategioihin. Ensimmäiseen jännitteeseen, toisen tunteminen–välimatkan ylläpitäminen, sisältyy vastavuoroisuuden, jatkuvuuden ja emotionaalisen välimatkan ulottuvuudet. Toisen osapuolen tapojen, historian ja mieltymysten tunteminen sekä suhteen pitkäaikaisuus helpottaa vuorovaikutusta ja yhteistyötä, mutta samanaikaisesti hoitajat yrittävät hallita emotionaalista välimatkaa potilaisiin, jotta suhde ei kehittyisi liian läheiseksi. Toisena jännitteenä nousi esiin toisen huomioon ottaminen–huomioonottamattomuus, jota tarkasteltiin hyödyn, ilmaisun ja havainnoinnin näkökulmista. Oleellisina tämän jännitteen kohdalla nousi potilaiden itsenäisyys ja riippumattomuus, jota hoitajat yrittivät ylläpitää ja jollaiseksi potilaat halusivat itsensä tuntea.

Levy-Stormsin ym. (2011) seuraava, kolmas jännite kytkeytyi ristiriitatilanteisiin. Miten niitä voidaan vältellä tai ymmärtää? Potilaan historian sekä tapojen ja tarpeiden tunnistaminen auttoi hoitajia ymmärtämään potilaan käyttäytymistä ristiriitatilanteissa. Ristiriitatilanteissa hoitajat yrittivät saada potilaat tekemään yhteistyötä aikaa säästääkseen eri keinoin, kuten vetoamalla omaisten vierailuun tai päättämällä potilaiden puolesta. Potilaat välttelivät ristiriitatilanteita myötäilemällä hoitajaa, mutta toisaalta myös muistuttivat hoitajille olevansa maksavia asiakkaita, olevansa täten oikeutettuja saamaan tiettyjä palveluja. Neljäntenä nousi esiin oikeudenmukaisuus–suosikki -jännite. Tämä fokusoitui sekä potilaiden että hoitajien näkökulmasta siihen, että tietyistä henkilöistä pidettiin enemmän kuin toisista, mikä vaikutti vuorovaikutukseen ja yhteistyön sujumuuteen. Suosikkien olemassaolo koettiin epäoikeudenmukaisena muita potilaita kohtaan.

4 TUNTEET JA RISTIRIIDAT HOITOTYÖSSÄ

4.1 Tunteiden moninaisuus

Tunteita ja emootioita määritellään ja luokitellaan eri tavoin. Käsitteinä emootiot ja tunteet mielletään lähes synonyymeiksi osittain siksi, että sanalla emootio ei ole suomenkielistä vastinetta (Myllyniemi, 2004, 21). Tässä tutkielmassa käytetään sanaa tunne sen tunnettavuuden ja yleisen käytettävyyden vuoksi, vaikka englanninkielisessä kirjallisuudessa esiintyy sana *emotion*. Lisäksi se, miten tunne määritellään, riippuu paljolti siitä, mistä näkökulmasta niitä tarkastellaan. Kokkonen (2010, 14) mainitseekin, että tieteellisessä kirjallisuudessa ei ole täyttä yksimielisyyttä käsitteiden määrittelyssä, mutta sekä tunteen että emootion katsotaan olevan alakäsite affektille eli tunnetilalle. Tunteisiin liittyvät käsitteet ovat myös Grossin (2014, 5-6) mukaan kaaosmaisessa tilassa. Hän näkee affektin yläkäsitteenä, jonka alapuolella kuuluvat hänen mukaansa emootiot, mielialat sekä yksilö kyky hallita ja selviytyä stressitekijöistä.

Tunteita voidaan luokitella eri tavoin, jotkut puhuvat perustunteista ja niistä muodostuvista muista tunteista ja jotkut kiistävät perustunteidenkin olemassaolon. Kemper (1987) esimerkiksi luokittelee tunteet ensisijaisiin eli sisäsyntyisiin, jotka ovat verrattavissa perustunteisiin ja toissijaisiin tunteisiin, joita on rajaton määrä, koska tunteet syntyvät erilaisissa sosiaalisissa tilanteissa ja kulttuureissa. Tähän yhtyy myös Goleman (1995, 341), jonka mukaan tunteita voidaan nimetä satoja, ja kaikille ei edes löydy nimeä. Lisäksi eri tutkijat nimeävät perustunteita eri tavoin, mikä vaikeuttaa yhtenäisen ymmärryksen muodostamista. Seuraavassa taulukossa on nostettu esiin muutamia perustunne- ja tunteiluokituksia.

TAULUKKO 1. Perustunteet

Perustunteet	nautinto, viha, inho, pelko, yllätys, suru	Levenson (2011)
	kiinnostus, ilo, suru, viha, pelko	Izard (2011)
	viha, pelko, yllätys, suru, inho, halveksunta, onni	Ekman & Cordaro (2011)
	viha, suru, pelko, häpeä, rakkaus, yllätys, inho, nautinto	Goleman (1997)

Taulukosta löytyvistä luokituksista on löydettävissä useimmiten neljä perustunnetta: pelko, viha, suru ja ilo. Näitä neljää tunnetta voidaan pitää tämän tutkielman perustunteina, joiden perusteella muodostuu muita tunteita.

Tunteiden synonyymina käytetään sanaa tunnekokemukset, jotka ovat yksilöllisiä ja omakohtaisia ja joihin vaikuttavat kokijan mielikuvat, kulttuuri ja kasvatus. Tunnekokemus on ajalliselta kestoltaan lyhyt. Tunne voi olla tiedostamaton, jolloin sen kuvaileminen on vaikeaa ja toisaalta sitä voi luonnehtia tietoiseksi ja reflektiiviseksi kokemukseksi. Kun tunne on tiedostettu, on sitä mahdollista paremmin myös arvioida, säädellä tai vertailla. Myllyniemi (2004, 26) sanoo osuvasti tunteen kertovan kokijalle ”miten menee”. Tunnekokemusta voidaan tarkastella kahden ulottuvuuden, valenssin ja vireystilan, kautta. Tunne koetaan joko epämiellyttäväksi tai miellyttäväksi ja sen vireystila hahmotetaan rauhalliseksi tai kiihtyneeksi. (Kokkonen, 2010, 14–15.). Tässä tutkielmassa ollaan kiinnostuneita tunnekokemuksen valenssista. Ovatko hoitajien ja asiakkaiden kokemukset epämiellyttäviä, jolloin voidaan puhua myös negatiivista tunteista, vai ovatko tunnekokemukset miellyttäviä eli positiivisia. Tunnekokemusten vireystilan tarkastelu jää tässä tutkielmassa taka-alalle, vaikka oletuksena voikin ajatella epämiellyttävien tunteiden nousevan esiin nopeasti, ja miellyttävien tunteiden vireystilan olevan rauhallisempi.

Artkosken, Hyvärisen, Gerlanderin ja Isotaluksen (2018) tutkimuksessa, joka tarkasteli, millaisia tunteita lääkärit tunsivat ja miten hallitsivat tunteensa tilanteissa, jossa kertoivat potilaalle huonoja uutisia. Tutkimus tarkasteli ainoastaan kielteisiä tunteita, joita olivat tulosten mukaan: suru, viha, häpeä, pelko ja ahdistus. Nämä esiin nousseet tunteet noudattelevat edellä taulukossa esitettyjen perustunteiden määrittelyä, ahdistuksen tunnetta lukuun ottamatta. Lääkärit tunsivat ja myös ilmaisivat surua nonverbaalisti ja myötätuntoisesti käyttäytymällä. Surun tunne syntyi huolesta ja säälistä potilasta kohtaan. Vihan ja kiukun tunnetta ei ilmaistu potilaalle ja sitä hillittiin eri tavoin. Pelkoa aiheutti uhka fyysisestä väkivallasta, mutta myös oman ammatillisen rajan ylittäminen tai potilaan vaikeiden kysymysten esittäminen. Häpeää lääkärit tunsivat omasta epäonnistuneesta vuorovaikutuksesta tai käyttäytymisestä potilaalle vaikeassa tilanteessa. Ahdistusta aiheuttivat potilaiden vakava sairaus ja siitä kertominen, mikä tekee työstä emotionaalisesti raskaan. (Artkoski ym., 2018, 37-39.)

4.2 Tunneäly kytkeytyy vuorovaikutustaitoihin

Tunneäly (*emotional intelligence*) on kyky tai taito, joka auttaa yksilöä selviytymään jokapäiväisistä ihmisten välisistä kohtaamisista ja vuorovaikutustilanteista, joissa on läsnä erilaisia tunteita. Tunneälyä korostetaan hoitotieteissä, vaikka kaikissa tieteissä sitä ei pidetä tieteellisenä terminä tai ilmiönä. Tunneälykkyyden taitoja testataan nykyään esimerkiksi sairaanhoitajien pääsykokeissa Skotlannissa kehitetyn mittariston mukaan (Keränen, 2017).

Tunneälyä on tutkittu, määritelty ja mallinnettu eri tavoin, joista nostan esiin tunneälyn tutkijan Daniel Golemanin (1997, 1995) esittämän mallin, jossa hän jakaa tunneälyn viiteen ulottuvuuteen. Näistä kolme ensimmäistä liittyvät yksilön henkilökohtaisiin kykyihin. Ensinnä tunneälykkyyteen kuuluu kyky tiedostaa ja tunnistaa omat tunteet. Tuntiessaan esimerkiksi pelkoa, ihminen pystyy arvioimaan tunnetta ja sen syitä ja seurauksia. Tämä lisää myös yksilön itsetuntemusta, koska omat vahvuudet ja rajat tulevat esille. Omien tunteiden tunnistamisen hyödyllisyys näkyy erityisesti negatiivisten tunteiden kohdalla, koska tunteen tunnistettuaan pystyy myös paremmin vaikuttamaan omaan käyttäytymiseen (Lämsä & Päivike, 2010, 60). Toinen Golemanin määrittelemä tunneälyn osa-alue on tunteiden hallinta. Tarkoituksena on, että ihminen ei joudu liian voimakkaiden tunteiden valtaan, kuten raivon tai pelon valtaan. Tunteita ei ole tarkoitus tukahduttaa kokonaan, vaan kyetä hallitsemaan niitä ympäristön ja olosuhteiden vaatimalla tavalla. Kolmantena tunneälyn osa-alueena hän mainitsee motivaation, jonka perustana tunteet ovat. Motivaatio on yksilön kyvykkyyttä keskittyä tavoitteisiin esteistä huolimatta. Motivaatioon hän sisällyttää seuraavat ominaisuudet: päämäärätietoisuus, sitoutuneisuus, aloitteellisuus ja optimismi.

Neljäntenä tunneälyn ulottuvuutena Goleman mainitsee toisten tunteiden havaitsemisen, empatian. Empatia tarkoittaa kykyä asettua toisen ihmisen asemaan. Empaattinen ihminen ymmärtää tunteiden ja käyttäytymisen välisen yhteyden sekä tunnistaa toisen tunteita ja tarpeita verbaalisen ja nonverbaalisen viestinnän kautta. Viidentenä tunneälyn ulottuvuutena ovat sosiaaliset taidot, jotka edellyttävät toteutuakseen aiemmin mainittuja omien tunteiden hallintaa ja empatiaa. Sosiaaliset taidot viittaavat yksilön kykyyn saada aikaan toivottuja reaktioita muissa ihmisissä. Tätä pyritään toteuttamaan esimerkiksi suostuttelun keinoin, vakuuttavalla ja kuuntelevalla vuorovaikutuksella sekä ratkaisemalla ristiriitoja neuvottelemalla (Goleman 1995, 1997.)

Tunneälyä ei pidä kytkeä älykkyyteen, vaan se tulee nähdä taitona, jota on mahdollista kehittää itsetuntemusta lisäämällä ja omia vuorovaikutustaitoja parantamalla. Tunneäly sisältää useita elementtejä, kuten empatia, tunteiden hallinta ja sosiaaliset taidot, jotka ovat selkeästi kytköksissä yksilön vuorovaikutustaitoihin.

4.3 Tunteiden ilmaisu ja hallinta

Interpersoonallisessa viestinnässä ilmaistaan myös erilaisia tunteita. Puhutaan tunneilmaisusta (*emotional display*), kun tunteita ilmaistaan joko verbaalisten tai nonverbaalien vihjeiden avulla. Tunteita ilmaistaan verbaalisesti suoraan ja epäsuoraan, ja nonverbaalisia puolestaan ilmeiden, eleiden ja äänen avulla. (Planalp, 1999, 44–48.) Tunteiden ilmausta voidaan myös säädellä.

Tunteiden sääntely, piilottaminen tai esittäminen on ominaista tunnetyötä tekeville ammattiryhmille, kuten hoitajille.

4.3.1 Tunteiden sääntely

Sosiaalisen konstruktionismin mukaan tunteet rakentuvat ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa. Se, millaisia merkityksiä tunteille annetaan tai se, miten tunteista puhutaan tai miten niitä ilmaistaan, on oleellista. (Lämsä & Päivike, 2010, 58.) Vuorovaikutustilanteessa on osapuolilla erilaisia tavoitteita, joihin he pyrkivät. Toiseen osapuoleen pyritään vaikuttamaan sanojen, mutta yhtä lailla tunteiden avulla. Tunteita herätetään tai tunteita säännellään riippuen tilanteesta.

Gross (1998, 271, 275) määrittelee tunteiden sääntelyn (*emotion regulation*) olevan joukon prosesseja, joilla yksilöt vaikuttavat siihen, mitä tunteita heillä on, milloin he tuntevat niitä ja miten he kokevat ja ilmaisevat näitä tunteita. Kokkonen (2010, 28) esittelee neljä tunteiden sääntelyyn liittyvää ulottuvuutta: tunteiden sääntelyn kohde, tietoisuuden aste, tunteen voimakkuus ja tunteessa tapahtuvat muutokset eli pyritäänkö tunnetta hillitsemään vai voimistamaan.

Omien tunteiden sääntelyllä on kolme keskeistä piirrettä: päämäärä, strategia ja lopputulos. Tunteiden sääntelyllä on ensinnä päämäärä, mitä sillä tavoitellaan. Karkeasti jaotellen ihmisten päämäärä on vähentää negatiivisia tunteita tai lisätä positiivisia tunteita. Toiseksi päämäärän saavuttaminen edellyttää strategiaa, keinoja, miten tavoitteisiin päästään. Tällainen keino voi olla esimerkiksi tilanteen valinta, jolloin vältellään ikävää tilannetta tai hakeudutaan tilanteeseen, joka herättää positiivisia tunteita. Toista osapuolta voidaan myös esimerkiksi harhauttaa kiinnittämällä huomio toisaalle. Kolmantena tunteiden sääntelyn piirteenä on lopputulos. Lopputulos siitä, kun on yritetty saavuttaa päämäärä käyttämällä valittua strategiaa. Erilaisilla tunteiden sääntelyn muodoilla on erilaisia lopputuloksia, joiden vaikutus voi olla hetkellinen tai pitkävaikutteinen, koska tunteet kehittyvät ajan myötä. Lopputuloksella on myös vaikutusta molempiin osapuoliin, sekä tunteiden sääntelijään että ympärillä oleviin muihin ihmisiin. (Gross, 2014, 8-10.)

Tunteiden sääntelyn kohde voidaan jaotella kahteen näkökulmaan: sisäiseen (*intrisic*) tai ulkoiseen (*extrinsic*) tunteiden sääntelyyn (Kokkonen 2010; Gross 2013). Voidaan puhua joko omien tunteiden tai toisen tunteiden sääntelystä. Ulkoisessa tunteiden sääntelyn prosessissa yksilö pyrkii vaikuttamaan joko tiedostamattomasti tai tiedostaen toisen sisäiseen tunnetilaan, sen esiintymiseen, intensiteettiin tai kestoon (Niven, Totterdell, & Holman 2009; Gross 2013; Zaki & Williams 2013). Sen lisäksi, että niitä voidaan tarkastella erikseen, voivat ne esiintyä myös prosessissa

samanaikaisesti. Tällöin toinen osapuoli pyrkii esimerkiksi sääntelemään toisen tunteita rauhoittaakseen omaa, sisäistä tunnetilaansa. (Gross, 2014, 4.)

Terveystieteissä potilaisiin liittyviä kielteisiä tunteita pyritään sääntelemään esimerkiksi neutraloimalla tai puskuroimalla tunteita. Neutralointi on tunne-etäisyyden ottamista, mikä voidaan toteuttaa toistuvilla rutiineilla, säännöllä ja kiireellä. Myös huumori tai muiden hoitajien apuun turvautuminen on keino säännellä tunteita ja keventää omaa tunnetaakkaa. Tehtävissä, jotka vaativat hoitajalta viileää käyttäytymistä, tunteita puskuroidaan. Ihmisen hoitaminen ositetaan erillisiksi toimenpiteiksi, potilas pilkotaan kuvaannollisesti osiin, jolloin häivytetään mielikuva kokonaisesta ihmisestä sairauksineen ja laimennetaan omia tuskallisia tunteita ja ajatuksia. (Molander, 1983, 30, 92.) Lääkäreiden kielteisiä tunteita tutkineen Artkosken (2018) mukaan lääkärit eivät ilmaisseet kielteisiä tunteita, vaan niitä pidäteltiin ja peiteltiin. Professionaalisen neutraaliuden ylläpitäminen koettiin olevan ammatillista ja ammatillisuuteen ei katsottu kuuluvan tunteiden ilmaisu.

4.3.2 Tunnetyötä hallitsevat tunnesäännöt

Työ, jossa ihmisen pitää täyttää työrooliinsa liittyvät odotukset tunteita esittämällä, kutsutaan Hochschildin (1983) mukaan tunnetyöksi (*emotional labor*). Tällaisia töitä ovat yleisesti palvelu- tai hoiva-alan työtehtävät. Tunnetyön tavoitteena on vaikuttaa toiseen ihmiseen, toisen ihmisen tunteisiin, asenteeseen ja käyttäytymiseen, jotta haluttu päämäärä saavutettaisiin. Tunnetyössä noudatetaan työtehtävässä edellytetyjä tunnesääntöjä. (Lämsä & Päivike, 2010, 66.) Tämän mukaisesti voidaan ajatella, että esimerkiksi sairaanhoitajan kuuluu osoittaa empatian tunteita ja myyjän olla ystävällinen.

Tunnetyötä voidaan tarkastella kahden erilaisen tunnetyön strategian kautta, pintatoiminnan (*surface acting*) ja syvätoiminnan (*deep acting*). Pintatoiminnalla henkilö esittää instituution tai ammatin vaatimia tunteita ilman, että tuntee tai sitoutuu esittämäänsä tunteeseen. Syvätoiminta tarkoittaa sitä, että henkilö järkeistää työhön kuuluvat tunteet tarpeellisiksi ja omaksuu ne osaksi ammatillista identiteettiään. Tällöin tunteet ovat tavallaan aitoja. (Hochschild 1983, 36–39.) Hoitaja voi esimerkiksi pintanäyttelemällä esittää olevansa empaattinen, koska se kuuluu hoitajan ammattiin, vaikka ei tunne empaattisuutta hankalan potilaan kohdatessaan. Myötätuntoa syvänäyttelemällä siitä tulee hoitajan identiteettiin kuuluva tunne, vaikka tunne ei synny välttämättä spontaanisti vaan tietoisesti käyttäytymällä.

Golfenshteinin, ja Drach-Zahavyn (2014) tutkimuksen mukaan hoitajien valitsema tunnetyön strategia vaihteli potilaan mukaan. Hoitajat sitoutuivat enemmän syvänäyttelemiseen silloin, kun havaitsivat, että potilas ei ole aiheuttanut sairauttaan tai potilas todennäköisesti tulisi muuttamaan omaa käyttäytymistään hoitajan haluamaan suuntaan. Pintanäyttelemistä esiintyi vastakohtaisessa tilanteessa, jossa potilaat olivat vastuussa sairaudestaan tai kun hoitajat arvioivat, etteivät pysty muuttamaan potilaan käyttäytymistä.

Tunteet ovat Butlerin ja Grossin (2009) mukaan sekä yksityisiä että sosiaalisia. Myös tunteiden sääntelyssä näkyy tämä kaksijakoisuus – se on yksilön sisäistä itsesääntelyä, mutta samalla myös kontekstin, sosiaalisten verkostojemme ja kulttuurin rajoittamaa. Tunteisiin ja niiden esittämiseen liittyvät myös olemassa olevat arvot, jotka määrittävät esimerkiksi sitä, mikä on oikea tapa tuntea tietyssä tilanteessa (Molander, 1983, 24). Tunteet ovat olennainen osa erityisesti terveydenhuollon professionaalisissa suhteissa, koska tunteita ilmenee itse suhteessa, jossa kohdataan ja käsitellään erilaisia tunteita sekä käsiteltävissä asioissa, jotka ovat itsessään emotionaalisia (Gerlander & Isotalus 2010, 9). Artkosken ja Hyvärisen (2015) tutkimuksessa, joka tarkasteli lääkärin ja potilaan välistä vuorovaikutusta tilanteessa, joissa lääkärin pitää kertoa ns. huonoja uutisia potilaalle, nousi esiin vuorovaikutuksen haasteellisuuden lisäksi työn emotionaalinen kuormittavuus. Tutkimustulosten mukaan emotionaalinen kuormittavuus tulee kahdesta eri suunnasta. Lääkärin tulee tunnistaa ja käsitellä sekä omat että potilaan tunnekokemukset.

Professionaalisissa suhteissa tunteiden ilmaisuun vaikuttavat organisaatiossa olevat ja ammatilliseen käyttäytymiseen liittyvät tunneilmaissäännöt, jotka ovat usein julkilausumattomia, mutta kaikkien tiedossa. Tunneilmaissäännöt määrittelevät sitä, millaiset tunteet ovat esimerkiksi hoitajille sallittuja, kuinka he voivat ilmaista tunteita ja kuinka toisen tunneilmaisuun tulee suhtautua. (Hochschild, 1983, 48–49, 56–59.) Tunneilmaissäännöt voivat myös vaihdella organisaation sisällä, eri yksiköjen välillä. Diefendorffin, Grandeyn ja Darlingin (2011) tutkimus tarkasteli sairaalan eri osastojen tunnesääntöjä ja niiden vaikutusta yksilön työhyvinvointiin tai tunteenhallintastrategioihin. Tulokset osoittivat, että tunneilmaissäännöt erosivat yksiköittäin toisistaan ja yksikön säännöillä oli vaikutusta yksilön työtyytyväisyyteen. Lisäksi yksikössä olevat tunnesäännöt ennakoivat sitä, millaisia tunteenhallintastrategioita yksilön valitsi eri tilanteissa.

Tunteiden ilmaisemisen ja tunteiden kokemisen välinen ristiriita liittyy Gerlanderin (2003, 43) mukaan oleellisesti hoitotyötä tekevien työhön, jossa pyritään esittämään myönteisiä tunteita, vaikka todellisuudessa tunnetaan toisin. Kun hoitajat joutuvat käyttäytymään ammatillisesti ja

samanaikaisesti hallitsemaan todellisia tunteitaan, puhutaan emotionaalisesta dissonanssista, jolla tarkoitetaan todellisten ja osoitettujen tunteiden epäsuhtaa, tunneristiriitaa (Hochschild 1983, 90; Zapf 2002, 244–246; Gerlander 2003, 43). Tunneristiriita aiheuttaa sen, että omia tunteita pyritään heikentämään ja organisaation tai ammatin määrittelemiä tunteita vahvistetaan. Usein halutaan myös säilyttää professionaaliset kasvot, jolloin esimerkiksi negatiivisia tunteiden näyttäminen ei ole soveliaista.

Mikkola (2006) puhuu tutkimuksessaan hoitajan ammatillisuuteen kytkeytyvästä tunnereaktioiden hallinnasta hoitotyössä, jota voidaan pitää synonyymina tunteiden sääntelylle. Hoitajien ammatillisuus näkyy tutkimustulosten mukaan sekä empatian osoittamisena että emotionaalisten reaktioiden hallintana. Hoitajat mainitsivat työkokemuksen ja ammatillisuuteen liittyvän tiedon vaikuttavan kykyyn hallita emotionaalista kuormittavuutta ja reaktioita. Emotionaalinen kuormittavuus näyttäytyi esimerkiksi hoitajan kokemana voimattomuutena ja avuttomuutena tilanteissa, joissa he eivät pystyneet auttamaan potilasta, eivät saaneet kontaktia potilaaseen tai eivät löytäneet sanoja lohduttaakseen potilasta. Myös Sheldonin, Barretin ja Ellingtonin (2006, 143) tutkimustulosten mukaan hoitajat kokivat avuttomuuden ja toivottomuuden tunteita, jotka aiheuttivat surua ja turhautuneisuuden tunteita sekä vaikeuttivat vuorovaikutusta.

Tunteet ovat mukana arjen kohtaamisissa ja vuorovaikutustilanteissa. Niitä on nimetty lukuisia, perustunteitakin useita riippuen määrittelijästä. Useasta luokituksesta löytyneet tunteet: pelko, suru, viha ja ilo, ovat tämän tutkielman perustunteita, minkä lisäksi nimetään muita esiin nousevia tunteita. Tunneällyn tarkastelu antaa puolestaan jonkinlaisen viitekehyksen siitä, mitä taitavaan tunteiden ymmärtämiseen, käsittelyyn ja tunnekäyttäytymiseen liittyy. Esitellyistä tunneällyn luokituksista on löydettävissä yhtenäisyyksiä kuten omien ja toisen tunteiden tunnistaminen ja ymmärtäminen, tunteiden hallinta ja prosessointi sosiaalisissa tilanteissa. Tunneyötä tekevien vuorovaikutussuhteissa tunneälytaidot ovat oleellisia. Omien tunteiden tunnistamisen ja hallitsemisen lisäksi hoitajien tulee ymmärtää ja hallita asiakkaiden tunteita. Lisäksi instituution säännöt sekä hoitajan ammattiin kytkeytyvät säännöt ja etiikka muodostavat tunnesääntöjä, jotka rajoittavat tunneilmaisua ja aiheuttavat tunneristiriitoja.

4.4 Konfliktien selviytymisstrategiat hoitotyössä

Negatiiviset tunteet ja niiden hallinta korostuvat konfliktitilanteissa sekä vaikuttavat keskinäiseen suhteeseen ja saattavat aikaansaada ongelmia vuorovaikutukseen. Vuorovaikutussuhteissa ilmenevät konfliktit eivät ole sama asia kuin suhteen jännitteet, sillä jännitteet eivät aina johda

konfliktiin, mutta sen sijaan konfliktien kautta voidaan tarkastella suhteessa vallitsevia jännitteitä (Gerlander, 2003, 69). Interpersoonalliset konfliktit eli ristiriidat ovat tilanteita, joissa osapuolten tavoitteet tai toiminta ovat ristiriidassa keskenään. Osapuolet ovat asiasta eri mieltä tai osapuolilla on erilaiset tavoitteet, eivätkä he kykene neuvottelemaan molempia tyydyttävää ratkaisua erimielisyyteensä. Konflikteissa keskeisenä elementtinä on viestintä, joka kytkeytyy konfliktiin kolmella tavalla. Viestintäkäyttäytyminen sekä luo konflikteja että reflektoi niitä. Viestintä on myös työkalu, jolla hallitaan konflikteja aikaansaaden joko hedelmällinen tai tuhoisa lopputulos. Konfliktien hallintaan vaikuttavat osapuolten vuorovaikutustaidot, mutta kyky tunnistaa omia ja toisen tunteita sekä hallita niitä. Konfliktitilanteissa on läsnä tunteiden lisäksi myös valta, osapuolten valta-asema tai vallan avulla oman valta-aseman osoittaminen. (Hocker & Wilmot, 2018, 4, 7-8 16, 114.)

Erilaisista tunnetiloista selvitäkseen ihminen säätelee psyykkistä tilaansa joko puolustusmekanismeja tai selviytymiskeinoja käyttäen. Selviytymiskeinojen avulla ihminen pyrkii säilyttämään mielen tasapainon ja säätelemään käyttäytymistään haastavissa tilanteissa. Puolustusmekanimit puolestaan ovat keinoja torjua mielipahaa aiheuttava ilmiö. Tällaisia keinoja ovat esimerkiksi asioiden kieltäminen, selittely, torjunta ja huumori (Vilkko-Riihelä 1999, Raatikaisen 2015, 98 mukaan.) Guerrero ja La Valley (2006) nostavat esiin joukon merkittävämpiä tunteita, joita tunnetaan ristiriitatilanteissa. Ensimmäisenä he mainitsevat vihan tunteet, kuten raivon ja ärsyyntymisen, joka on yleisin tunne konfliktitilanteissa. Se johtuu monista tekijöistä, kuten oikeudenmukaisuuden puutteesta, epäpätevydestä, valvonnan uhasta tai pelosta. Muita konfliktitilanteessa ilmeneviä tunteita ovat syyllisyys ja loukkaantuminen. Loukkaantumisen syynä voi olla toisen osapuolen sanallinen hyökkäys tai arvosteleminen alentavalla tavalla.

Virkin (2008) tutkimus tarkasteli hoitotyössä toimivien naistyöntekijöiden, hoitajien ja sosiaalityöntekijöiden, tunteiden hallintaa uhkaavissa konfliktitilanteissa. Tuloksista nousi esiin professionaalisen suhteen kaksijakoisuus. Tutkittavat kertoivat noudattavansa konfliktitilanteissa strategiaa, jossa he hallitsemalla tunteitaan sekä suojelivat asiakasta että ilmaisivat omaa emotionaalista pätevyyttään ja asemaansa asiantuntijana. Esimerkkinä he mainitsivat pelon tai vihan tunteet, joita he eivät näytä konfliktitilanteessa, jotta asiakas tuntisi olonsa turvalliseksi. He hallitsevat tunteensa myös sen takia, että halusivat osoittaa valta-asemaansa ja tunneälykkyyttä olemalla tilanteen ja asiakkaan ”yläpuolella”. Tunteet, sekä hoitajien että potilaiden, nousivat esiin myös Sheldonin, Barrettin ja Ellingtonin (2006) tutkimuksessa, jossa kuvailtiin asioita, jotka aiheuttavat haasteita hoitosuhteen vuorovaikutukseen. Sairaus itsessään jo aiheuttaa monia

negatiivisia tunteita potilaille, kuten vihaa ja turhautumista, mikä voi johtaa konfliktitilanteisiin. Konfliktit puolestaan turhauttavat hoitajia, nostivat esiin toivottomuuden ja avuttomuuden tunteita sekä vaikeuttivat vuorovaikutusta. Vaikka ristitilanteissa syntyvät tunteet kohdistuvat usein henkilöön, on kuitenkin kysymys vuorovaikutuksen toimimattomuudesta ja vaikeuksista suhteessa, ei persoonasta (Michaelsen, 2011, 90).

Kostiaisen (2003, 118), joka tutki viestinnällistä ammattiosaamista, mukaan hieman yli puolet vastaajista kokee viestintäosaamisen olevan oleellista erityisesti ammatillisesti haastavissa ja vaativissa tilanteissa. Tällaisia tilanteita ovat esimerkiksi nopeita ratkaisuja tai päätöksentekoa edeltävät tilanteet sekä vaikeiden asiakkaiden kohtaaminen. Viestintäosaamisen merkitys korostuu konfliktitilanteissa, väärinkäsityksien yhteydessä ja odottamattomissa tai kielteiseksi koetuissa tilanteissa. Vuorovaikutuksen kompastuskivi on usein sellainen kielenkäyttö, jossa toisen osapuolen ongelmaa väheksytään tai vallalla oleva olotila sivuutetaan. Kun tällaista kieltä käytetään ongelmatilanteissa, se tukahduttaa vuorovaikutuksen ja vaikuttaa suhteeseen kielteisesti. Tällaisia viestintätapoja ovat esimerkiksi komentelu, uhkailu, syyllistäminen, moittiminen, arvostelu ja puheenaiheen vaihtaminen. Myös ymmärtävä säälittely tai liiallinen myötäily voivat lisätä ristiriitoja. (Gordon 2004, Talvio & Klemola, 2017, 114–116 mukaan.)

Konfliktitilanteissa käyttäydytään ja niistä pyritään selviytymään eri tavoin henkilöstä ja tilanteesta riippuen. Selviytyminen (*coping*) on prosessi, joka tapahtuu, kun ihmiset uskovat, että heidän ympäristönsä vaatimukset ovat liian kuluttavia tai ylittävät käytettävissä olevat selviytymisresurssit. Selviytymisprosessi alkaa, kun yksilöt tuntevat olevansa uhanalaisia tai ovat kasvoitusten stressiä aiheuttavan asian tai henkilön kanssa. Selviytyminen on usein kontekstikohtaista, monimutkaista ja persoonallisuudesta riippuvaista. On myös selviytymiskeinoja, jotka ovat tehokkaampia kuin toiset. Suurin osa selviytymiseen liittyvästä tutkimuksesta on keskittynyt erottamaan välttelyyn keskittyvän (*avoidant focused*) selviytymisen ja ongelmaan tai toimintaan keskittyvän (*problem or action focused*) selviytymisen. (Lazarus & Folkman, Thompson 2014, 264 – 265 mukaan.)

Konflikteista selviytymisessä käytetään erilaisia strategioita ja tyynejä ja niiden luokittelu jakautuu sen perusteella, kuvaavatko ne ihmisen toimintaa vai sitä, toimitaanko tilanteessa toisen osapuolen kanssa vai toista vastaan. Ihmisen toimintaan perustuva luokittelu jakaa selviytymisstrategiat viiteen luokkaan: välttely (*avoiding*), mukautuvaisuus (*smoothing*), dominointi (*forcing*), kompromissin hakeminen (*compromising*) ja yhteistyöhön pyrkiminen (*confronting*). (Donohue & Cai, 2014, 29; Lulofs & Cahn 2000, Pecchioni, Wright & Nussbaumin 2006, 142–143 mukaan.)

Konfliktien selviytymisstrategioita voidaan myös jaotella sen mukaan, onko osapuolten tavoitteena henkilökohtainen päämäärä vai suhdenäkökulma. Silloin, kun konfliktissa oman tavoitteen saavuttaminen ja tilanteesta selviytyminen voittajana on keskeistä, käytetään aggressiivista tyyliä (*aggressive style*). Tämän vastakohtana on vetäytymistyyli (*withdrawing style*), jolloin henkilö haluaa vältellä konfliktia ja peräytyy tilanteesta fyysisesti tai henkisesti. Henkilö, joka näkee keskinäisen suhteen tärkeänä ja oman tavoitteensa vähemmän tärkeänä ja joka tasoihtelee erimielisyyksiä rauhanomaisesti, sopeutuu tilanteeseen (*accommodating style*). Konfliktitilanteeseen jonkinlaista ratkaisua hakevat tai tilanteen päättymistä haluavat henkilöt pyrkivät neuvottelemaan ja pääsemään kompromissiin toisen osapuolen kanssa (*compromising style*). Henkilö, joille on tärkeää sekä oma päämäärä että suhde, etsivät tilanteeseen ratkaisua, joka on molempien osapuolten etu. Tällaista selviytymistyyliä kutsutaan ongelman ratkaisutyyliksi (*problem-solving style*) ja sitä pidetään järkevänä tapana toimia. (Trenholm & Jensen, 2013, 316-317.)

Osapuolten erilaiset tavoitteet aikaansaavat vastakkaista käyttäytymistä, jolloin toinen vaatii ja toinen vetäytyy. Vaatija aikaansaa ristiriitatilanteen jatkumisen ja edistämisen, kun vetäytyjä puolestaan pyrkii etäisyyden pitämiseen välttämällä vuorovaikutusta toisen kanssa. (Smith, 2002; Burrell, Kartch, Allen & Hill 2014, 297 mukaan.) Vuorovaikutustilanteesta vetäytyminen ilmenee vuorovaikutukseen osallistumattomuudella, puheenaiheen välttelyllä tai keskustelun tärkeyden vähättelyllä (Burrell ym. 2014, 297). Osapuolten erilaisten tavoitteiden vuoksi osapuolilla voi olla myös odotuksia toista osapuolta kohtaan. Odotusten vastaisen teorian mukaisesti ihmisillä on aina odotuksia vuorovaikutustilanteessa ja ne muodostuvat viestijän, suhteen ja kontekstin yhdistelmästä. Jos nämä odotukset eivät toteudu ja toinen osapuoli käyttäytyy odotusten vastaisesti, niin vastapuoli näkee odotusten rikkomisen negatiivisena tai positiivisena. (Burgoon & Le Poire, 1993.) Jos osapuolten odotukset, esimerkiksi hoitosuhteessa ovat hyvin erilaiset, ja molemmat osapuolet näkevät suhteen ja sen vuorovaikutuksen negatiivisena, voi se johtaa ristiriitatilanteeseen.

Hoitosuhteessa autettavan odotetaan olevan suostuvainen ja jopa alistuva ammattilaisen vaikutusvallalle. Tällöin autettava koetaan ns. hyvänä potilaana. Vallankäyttöä vastusteleva potilas puolestaan saattaa saada hankalan potilaan statuksen. (Mäkisalo-Ropponen, 2011, 171.) Terveystieteiden ammattilaiset puhuvat ns. vaikeista tai haastavista asiakkaista, joita eivät pysty kontrolloimaan, jotka kyselevät liikaa tai jotka keskeyttävät ammattilaisen suorittamia toimintoja (Michaelsen 2011, 90–91) tai potilaita, jotka eivät seuraa annettuja ohjeita tai noudata yleisiä hoitosuosituksia (Sheldon ym., 2006, 141).

Michaelsenin (2011) tutkimus tarkasteli, millaisia selviytymisstrategioita kotihoidon hoitajat käyttivät ns. haastavien asiakkaiden kanssa selviytyäkseen tilanteista. Tutkimus toteutettiin havainnoimalla usean kuukauden ajan eri hoitajien kotikäyntejä eri potilaiden luona, minkä jälkeen vielä haastateltiin viittä hoitajaa ja neljää potilasta, joiden kanssa hoitajat kokivat vuorovaikutuksen ja yhteistyön ongelmalliseksi. Hoitajien käyttäytyminen ja emotionaaliset reaktiot liittyivät kolmeen strategiaan, joita hoitajat käyttivät vaihdellen. Suostuttelustrategiaa käytettiin, kun haluttiin potilaan toimivan hoitajien ohjeiden mukaan ja mukautuvan potilaan rooliin. Tätä strategiaa toteutettiin eri keinoin, esimerkiksi neuvoja antamalla, ääntä korottamalla tai uhkailemalla potilasta. Toisena strategiana hoitajat pyrkivät kasvattamaan emotionaalista välimatkaa potilaisiin vetäytymällä tilanteesta joko psyykkisesti tai fyysisesti sekä sivuuttamalla potilaan vaatimukset hoidon tai vuorovaikutuksen suhteen keskittymällä tehtäväänsä potilaan sijasta. Vuorovaikutuksen välttelyn lisäksi hoitajat dominoivat potilasta keskeyttämällä potilaan puheen tai puhumalla kovaa. Kolmantena strategiana oli kompromissi, jossa tasapainoiltiin kahden edellä mainitun strategian välillä.

5 TUTKIELMAN TOTEUTUS

5.1 Tutkimustehtävä ja -kysymykset

Viestinnän tutkimusta terveysviestinnän tutkimuskentällä tehdään monella eri tasolla, joista terveydenhuollon ammattilaisen ja asiakkaan välinen interpersoonallinen viestintä on yksi osa-alue. Sen tutkimus on edelleen vähäistä, vaikka puheviestinnän lisäksi professionaalisissa suhteissa tapahtuvasta vuorovaikutuksesta ollaan kiinnostuneita myös lääketieteessä (Mattila, 2001) ja terveystieteissä (Kettunen, 2001). Puheviestinnän näkökulmasta eri konteksteissa lääkärin tai hoitajan ja potilaan suhteita ovat tutkineet esimerkiksi Gerlander (2003), Mikkola (2006), Artkoski ja Hyvärinen (2015), Artkoski ym. (2018) ja Peltola, Isotalus ja Åstedt-Kurki (2018). Kotihoidon kontekstissa professionaalisia suhteita ei ole tutkittu.

Professionaaliset suhteet eroavat läheisistä suhteista, koska suhteen toinen osapuoli on asiantuntija suhteessa toiseen (Gerlander & Isotalus, 2010). Suhteen asymmetria näyttäytyy osapuolten erilaisten tavoitteiden, oikeuksien ja velvollisuuksien kautta, jotka heijastuvat keskinäiseen vuorovaikutukseen. Asymmetria voi lisätä vuorovaikutuksen jännitteisyyttä sekä aikaansaada negatiivisia tunneilmaisuja ja ristiriitatilanteita osapuolten välillä. Vuorovaikutuksen toimimattomuus vaikuttaa hoitajien työhyvinvointiin ja asiakkaiden hoitotyytyväisyyteen, minkä vuoksi hoitosuhteen vuorovaikutusta on syytä tutkia yleisen tietoisuuden lisäämiseksi ja terveydenhuollon toimintatapojen kehittämiseksi.

Tämän tutkielman tarkoituksena on kuvata ja lisätä ymmärrystä terveydenhuollon professionaalista suhteista ja suhteessa tapahtuvasta vuorovaikutuksesta. Tutkielman kontekstina on kotihoito ja hoitosuhdetta tarkastellaan sekä hoitajan että asiakkaan näkökulmasta. Tutkielman tehtävänä on selvittää:

Millaisia jännitteitä ja tunneilmaisuja ilmenee kotihoidon hoitajien ja asiakkaiden välisissä vuorovaikutussuhteissa sekä miten niitä pyritään hallitsemaan?

Hoitosuhteen kulmakivi on keskinäinen luottamus, joka on edellytys toimivalle ja kehittyvälle suhteelle sekä avoimelle vuorovaikutukselle (Raatikainen, 2015, Hilliard & O'Neill 2010). Luottamuksen syntyminen ja rakentuminen edellyttää hoitajan viestintäosaamista (Wiechula ym. 2016), mutta myös asiakkaalta avoimuutta. Luottamuksen rakentumista ja vuorovaikutuksen sujuvuutta estäviä tekijöitä lisääviä tekijöitä on hoitosuhteessa useita. Institutionaaliset säännöt

sääntelevät, miten suhteessa osapuolten kuuluu käyttäytyä ja viestiä. Osapuolilla on erilaiset oikeudet, odotukset ja tavoitteet, ja osapuolilla voi olla myös erilaisia näkemyksiä asiantuntijuudesta, päätöksenteosta sekä omista ja toisen rooleista hoitosuhteessa (ks. Donohue & Cain, 2014; Mäkisalo-Ropponen, 2011; Mönkkönen 2007; Gerlander, 2003; Burgoon, 1987). Kotihoidossa oleva hoitosuhde sisältää samankaltaisia osapuolten positiosta johtuvia seikkoja, mutta niiden lisäksi konteksti aiheuttaa lisähaasteita vuorovaikutukseen (ks. Homberg ym., 2012; Spiers, 2002). Vuorovaikutuksen jännitteisyyttä tarkastellaan tässä tutkielmassa relationaalisen dialektiikan viitekehykseen tukeutuen. Ensimmäinen tutkimuskysymys on:

1. Millaisia jännitteitä hoitosuhteen vuorovaikutuksessa on?

Hoitosuhteissa ovat aina läsnä myös tunteet, koska asiat, joiden parissa toimitaan herättävät tunteita ja koska hoitajan odotetaan osoittavan esimerkiksi myötätunnon ja hyväntuulisuuden tunteita. Tunteet ovat omakohtaisia ja yksilöllisiä. Tunteita luokitellaan eri tavoin, voidaan puhua perustunteista ja niistä muodostuvista muista tunteista tai voidaan puhua negatiivisista ja positiivisista tunteista. Hoitotieteissä puhutaan usein hoitajien tunneälykkyydestä ja sen tärkeydestä. Tunneälykkyys on kyky tunnistaa omat sekä toisen osapuolen tunteet. (Goleman 1995, 1997.) Tunteita voidaan ilmaista nonverbaalasti tai verbaalisesti sekä suoraan tai epäsuorasti (Planalp, 1999).

Tunneilmaisujen hallinta tai tunteiden esittäminen on ominaista tunnetyötä tekeville, kuten hoitajille. Yleensä tunneilmaisujen hallinnalla pyritään vähentämään omia negatiivisia tunteita ja lisäämään positiivisia (Molander, 1983). Tunteiden ilmaisuun vaikuttavat julkilausumattomat institutionaaliset säännöt, jotka määrittelevät, miten hoitaja saa tunteita ilmaista ja miten asiakkaan tunneilmaisuun tulee suhtautua (ks. Hochschild, 1983). Asiakkaille ei varsinaisia tunneilmaisusääntöjä ole, mutta kuitenkin yleisesti hyväksyttäviä kohteliaisuuteen tai kasvojen säilyttämiseen liittyviä käytänteitä voi olla. Tunneilmaisusäännöt aikaansaavat myös tunneristiriitoja, kun tunneilmaisu ja aito tunne eroavat toisistaan. Tarkastelun kohteena tässä tutkielmassa ovat kotihoidon hoitajien tunneilmaisut ja niiden hallinta. Tutkimuskysymykset ovat:

2. Millaisia tunteita hoitajat ja asiakkaat ilmaisevat?

3. Miten hoitajat ja asiakkaat pyrkivät hallitsemaan omia tunteitaan?

Negatiivisia tunteita koetaan erityisesti konfliktitilanteissa. Konfliktit ovat tilanteita, joissa osapuolten tavoitteet eroavat toisistaan tai osapuolet ovat eri mieltä asioista eivätkä löydä ratkaisua asiaan. Konfliktit eivät ole sama asia kuin vuorovaikutuksen jännitteet, mutta jännitteet voivat johtaa konfliktiin (Baxter & Montgomery 1996). Konfliktien kautta voidaan tarkastella myös suhteessa olevia jännitteitä (Gerlander, 2003). Konflikteissa ja haastavia asiakkaita kohdatessa nousee erityisesti esiin hoitajan viestintäosaaminen. Viestintäkäyttäytyminen luo ja reflektoi konflikteja, ja viestinnällä hallitaan konflikteja (Hocker & Wilmot, 2018). Tämä tutkielma pyrkii tuomaan vastauksia siihen, millaiset asiat ja tilanteet aiheuttavat erimielisyyksiä hoitosuhteessa. Tilanteiden ja asioiden tunnistaminen auttaa terveydenhuollon ammattilaisia pohtimaan omaa viestintäkäyttäytymistään vastaavissa tilanteissa ja kehittämään omaa viestintäosaamistaan.

Konflikteista pyritään selviytymään puolustusmekanismia tai selviytymisstrategioita käyttäen. Puolustusmekanismit ovat keinoa torjua koko tilanne, jolloin ongelma sivuutetaan tai merkitystä vähätellään. Selviytymisstrategioiden avulla ihminen pyrkii hallitsemaan tunteensa ja käyttäytymisensä – selviytymään konfliktitilanteesta. Selviytymisstrategiat jaetaan karkeasti välttelyyn ja ongelmaan tai toimintaan keskittyvään selviytymiseen (Lazarus & Folkman, Thompson 2014 mukaan). Se, onko päämääränä oma tavoite vai suhteen toimivuus, määrittelee sen, millainen keino valitaan. Selviytymisstrategian valintaan vaikuttavat myös erimielisyyden syy ja toisen osapuolen viestintäkäyttäytyminen.

Konfliktien lisätutkimus terveydenhuollon kontekstissa on tarpeellista, koska ristiriitatilanteet ovat läsnä nykypäivänä myös terveydenhuollossa, jossa asiakkaat ovat myös maksavia asiakkaita. Tämä tutkielma pyrkii lisäämään ymmärrystä siitä, millaiset asiat aiheuttavat konflikteja ja millaisia keinoja hoitajat ja asiakkaat käyttävät niistä selviytyäkseen. Konflikteihin kytkeytyvät tutkimuskysymykset ovat:

4. Millaisia ristiriitoja vuorovaikutuksen jännitteet aikaansaavat?

5. Millaisia selviytymisstrategioita hoitajat ja asiakkaat käyttävät ristiriitatilanteissa?

Tässä tutkielman tarkoituksena on kuvata ja lisätä ymmärrystä kotihoidon hoitosuhteen vuorovaikutuksen jännitteistä, jotka voivat myös johtaa konflikteihin. Erityisesti konfliktitilanteissa ovat läsnä tunteet ja tunteiden hallinta, joita tarkastellaan yhtenä osa-alueena tässä tutkielmassa.

5.2 Tutkielman lähtökohdat

5.2.1 Tieteenfilosofiset lähtökohdat

Fenomenologisessa ja siihen läheisesti kytkeytyvässä hermeneuttisessa tutkimusperinteessä tutkimuksen keskiössä ovat ihmiskäsitys ja kokemuksellisen tiedon luonne. Ihmiskäsityksen näkökulmasta keskeisiä käsitteitä ovat kokemus, merkitys ja yhteisöllisyys. Tietokysymysten kohdalla huomio kiinnittyy tutkijan omien ennakko-oletusten pois sulkemiseen, ymmärtämiseen ja tulkintaan. (Laine 2018, 29.) Tämän tutkielman tieteenfilosofisena lähtökohtana on fenomenologinen tutkimusperinne, koska tarkoituksena ei ole niinkään tulkita tutkittavien ilmaisuja, vaan pikemminkin tutkittavien kokemuksia ja heidän niille antamia merkityksiä määritellyssä kontekstissa, kotihoidossa.

Fenomenologian mukaan ihmiset rakentuvat suhteessa elämismaailmaansa ja rakentavat tuota maailmaa. Tätä vastavuoroista suhdetta tarkastellaan aina toimivan yksilön näkökulmasta, kulloisen minän suhteena maailmaansa. Fenomenologia tarkastelee nimenomaan sitä, mikä ilmenee meille itse koettuna ja elettyinä maailmana. Eletyssä hetkessä suhteen eri osapuolet kokevat hetken erilaisena, oman elämänhistoriansa tuloksena, joka koostuu aiemmista kokemuksista, arvoista ja tuntemisen tavoista. Ihmisen ymmärtäminen irrallaan suhteesta maailmaan on mahdotonta (Laine, 2018, 30-31.) Ihmisyksilö on yhteisöllinen olento, jolloin avautuva todellisuus ei ole ihmisessä synnynnäinen, vaan siihen vaikuttaa yhteisö, jossa ihminen kasvaa ja kasvatetaan. (Laine 2018, 31; Tuomi & Sarajärvi, 2018, 40.)

Ihmisen kokemuksellinen suhde maailmaan on intentionaalinen, jolloin kaikki koettu merkitsee aina ihmiselle jotakin. Kokemukset rakentuvat merkityksistä ja ihmisen elämismaailma näyttäytyy merkityksinä. Kokemuksia tutkittaessa tutkitaan kokemusten merkityssisältöä ja sen rakennetta. Merkitykset ovat fenomenologisen merkitysteorian mukaan intersubjektiivisiä, subjektien välisiä, jolloin merkitykset, joita pystymme toisen kokemuksista ymmärtämään, ovat yhteisöllisiä ja jaettuja. Kokemukset ovat myös ainutlaatuisia, yksilöllisiä ja niiden ilmaiseminen voi joskus olla ihmiselle vaikeaa. Vaikka fenomenologia korostaa yksilön näkökulmaa, näkee se yksilön kuitenkin olevan myös yhteisön ja yhteiskunnan jäsen. Saman yhteisön jäsenet ovat samanlaisia suhteessa maailmaan, jolloin merkitykset ovat myös kulttuurinen tai yhteiskunnallinen ilmiö. Tietyn yhteisön jäsenillä on yhteisiä piirteitä ja yhteisiä tapoja nähdä ja kokea maailma. Toisaalta on tärkeää huomioida, että jokainen ihminen on erilainen ja ainutlaatuinen. (Laine, 2018, 31-32).

Laaja-alaisin keino tarkastella ihmisen kokemuksellista maailmasuhdetta on Laineen (2018, 34, 39) mukaan haastattelu, ja jos mahdollista, sen yhteydessä tehtävä videointi. Fenomenologisella tutkimuksella on kaksitasoinen rakenne. Perustaso on tutkittavan koettu elämä ja kokemus sellaisena kuin hän sen tutkijalle ilmaisee. Haastateltava käyttää omia luonnollisia ilmaisukeinojaan kuvaillessaan omia kokemuksiaan ja niihin liittyvää ymmärrystä. Toisella tasolla tehdään itse tutkimus, joka fokuoitetuu perustasoon. Tällöin tutkija pyrkii käsittelemään ja käsitteellistämään perustason merkityksiä omalla kielellään. Tässä tutkielmassa kotihoidon hoitajat ja asiakkaat kuvailevat kokemuksiaan haastattelutilanteessa keskustelunomaisesti, jolloin saatava tieto todentaa kokemuksia ja niille annettuja merkityksiä aidosti haastateltavan kokemusta ilmentäen. Näitä kokemuksia käsitteellistetään ja tarkastellaan puheviestinnän näkökulmasta aineistoa analysoidessa.

Viestinnän tutkimus jaetaan seitsemään traditioon sen mukaan, millaisesta metateoreettisesta näkökulmasta viestintää tarkastellaan. Tämä tutkielma edustaa fenomenologista traditiota, jonka mukaan ihmisen kokemus sosiaalisesta todellisuudesta ja toisista on yksilöllinen ja ainutkertainen elämäkokemuksestamme johtuen. Toisen kokemusta ei voi kokea, mutta voimme peilata sitä omiin kokemuksiimme. Erilaisuuden tiedostaminen on tradition mukaan oleellista. Tieto rakentuu täten kokemuksista, se ei ole kokemuksesta tehty päätelmä, vaan tiedotettu kokemus itsessään. Koemme maailman käytetyn kielen kautta. (Craig & Muller, 2007.) Viestintä nähdään fenomenologisen tradition mukaan yksilöllisten kokemusten jakamisena keskinäisessä vuorovaikutuksessa, dialogissa. Tarkastelun kohteena on tällöin yksilön ainutlaatuinen kokemus ja kokemukselle annetut merkitykset. (Littlejohn & Foss, 2011.)

Tässä tutkielmassa tarkastelun kohteena ovat hoitajien ja asiakkaiden kokemukset ja niille annetut merkitykset. Vaikka tutkielman keskiössä on yksilön ainutlaatuinen kokemus, niin on huomioitava, kuten Laine (2018) toteaa, että ihminen on aina myös yhteisön ja yhteiskunnan jäsen. Tällöin annetut merkitykset ovat myös kulttuurinen ilmiö. Tässä tutkielmassa hoitaja on työyhteisön jäsen ja asiakas kotihoidon asiakaskuntaa, jolloin osapuolilla voi nähdä olevan yhteisiä piirteitä ja tapoja kokea maailma. Yleistysten tekeminen ei kuitenkaan ole tämän tutkielman tavoite, vaan yksilöiden kokemusten esiin tuominen. Kun tarkastelun kohteena on yksilön kokemus ja sille annetut merkitykset, niin laadullisen tutkimusotteen avulla on mahdollista saada laaja-alaisempaa ja tarkempaa tietoa yksilön kokemuksista kuin mitä saataisiin määrällisellä tutkimusotteella.

5.2.2 Laadullinen tutkimusote

Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kokonaisvaltainen kuvaaminen, koska todellisuus nähdään moninaisena. Kuvaileva tutkielma dokumentoi ilmiöstä keskeisiä piirteitä ja esittää tarkkoja kuvauksia siihen liittyvistä piirteistä ja tapahtumista. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2007, 134-135, 157.) Ihmistä tarkastellaan kokonaisuutena, aina osana jotakin todellisuutta. Merkitykset tulisi ymmärtää osana kulloistakin asiayhteyttä ja muistaa tilanteita mahdollisesti kehystävät institutionaaliset rakenteet. (Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Ylänne ja Paavilainen, 2013, 83.)

Laadullinen analyysi jaotellaan käytetyn päättelyn mukaan induktiiviseen, yksittäisestä yleiseen, tai deduktiiviseen, jossa päätelmiä tehdään yleisestä yksittäiseen. (Tuomi & Sarajärvi, 2018, 107.) Induktiivisessa analyysissä lähtökohtana ei ole teorian testaaminen vaan aineiston monitahoinen tarkastelu. Se, mikä on tärkeää, nousee esiin aineistosta käsin. (Hirsjärvi ym., 2007, 160.) Täysin puhdas induktiivinen päättely on ongelmallista käytännön tasolla, koska voidaan ajatella, että uusi teoria ei voi syntyä pelkkien havaintojen pohjalta. Kolmantena vaihtoehtona päättelyn logiikassa on abduktiivinen päättely. Se mahdollistaa teorianmuodostuksen silloin, kun havaintojen tekoon liittyy jokin johtoajatus (Tuomi & Sarajärvi, 2018, 107.) Tämän jaottelun mukaan tässä tutkielmassa päättely on induktiivista, koska tarkoituksena ei ole testata tai muodostaa uutta teoriaa, vaan tarkastella ilmiötä aineistolähtöisesti.

Eskolan (2007) mukaan analyysin tekoa ohjaavat tekijät voidaan huomioida paremmin, kun analyysin teko jaetaan aineistolähtöiseen, teoriasidonnaiseen tai teorialähtöiseen analyysiin. Aineistolähtöisessä analyysissä analyysiyksiköt valitaan aineistosta tutkimuksen tarkoituksen mukaisesti. Aineistolähtöisessä analyysissä aikaisemmillä havainnoilla tai teorioilla ei ole tekemistä analyysin toteuttamisen tai lopputuloksen kanssa. Teoria voi liittyä vain analyysin toteuttamiseen, ei analyysin lopputulokseen. Aineistolähtöisessä analyysissä ongelmana on se, voiko tutkija kontrolloida, että analyysi tapahtuu aineiston ehdoilla, eikä tutkijan ennakkoluulojen tai aiemman tietämyksen perusteella. (Tuomi & Sarajärvi, 2018, 109.)

Tätä ongelmaa on mahdollista pyrkiä ratkaisemaan teoriaohjaavalla analyysillä, jossa teoria voi toimia apuna, vaikka analyysi ei perustu suoranaisesti teoriaan. Analyysiyksiköt tulevat tällöin aineistosta, ja aikaisempi tieto tai teoria ohjaa analyysia. Aikaisemman tiedon merkitys ei ole teoriaa testaava, vaan lähinnä uusia ajatusuria aukova. Aineiston analyysivaiheessa edetään aluksi aineistolähtöisesti ja loppuvaiheessa tuodaan analyysia ohjaavaksi aiempi tieto tai teoria.

Teoriaohjaavassa analyysissä päättelyn logiikka on abduktiivinen. Abduktiivinen päättely ei puolestaan sovi fenomenologiseen tutkimukseen, jossa ideaalitulanteena on aineistolähtöisyys, ei teoriasidonnaisuus. (Tuomi & Sarajärvi, 2018, 109-110.)

Tämä tutkielma edustaa tulkinnallista perinnettä, fenomenologista tutkimusta, jonka takia puhdas abduktiivinen päättely ei ole mahdollista. Toisaalta aivan puhdas aineistolähtöisyys on osittain ongelmallista, koska tutkielman taustalla on relatiivinen dialektiikka, joka ohjaa analyysia. Toisaalta tutkimuksen kohteena ovat hoitosuhteessa ilmenevät tunteet ja ristiriidat puoltavat puhdasta aineistolähtöistä analyysia. Lisäksi tutkijalla on aiempaa tietämystä tutkittavasta ilmiöstä, jolloin on mahdollisuus, että analyysia ei tehdä täysin puhtaasti aineistolähtöisesti, vaan aiempi tietämys vaikuttaa analyysiin tiedostamatta. Tutkielmaa pyritään kuitenkin analysoimaan aineistolähtöisesti, ja teoriaohjaavuus näyttäytyy jännitteiden osalta analyysivaiheessa.

Tutkielman tarkoitus on kuvailla ja ymmärtää kotihoidon hoitajien ja asiakkaiden kokemuksia ja niille annettuja merkityksiä. Tarkastelun kohteena on vuorovaikutuksen jännitteet sekä niihin kytkeytyvät ristiriitatilanteet ja tunneilmaisut. Tutkimusaineistoa tarkastellaan aineistolähtöisesti sisällönanalyysin keinoin fenomenologisen tutkimustradition ja viestinnän fenomenologisen tradition mukaisesti.

5.3 Tutkimusaineisto: keruu ja haastateltavat

Aineiston hankintaprosessi aloitettiin ottamalla yhteyttä Tampereen kaupungin sosiaali- ja terveystalvelujen palvelupäällikköön. Tapaamisessa keskusteltiin alustavasti tutkielman aiheesta ja sen kiinnostavuudesta, toteuttamismahdollisuuksista, lähinnä mahdollisten haastateltavien saannista. Tampereen kaupungilta saadun tutkimusluvan jälkeen palvelupäällikölle lähetettiin tutkimussuunnitelman lisäksi vielä kriteerit, jotka haastateltavien tulisi täyttää.

Haastatteluteemojen, jotka ovat teoreettisten pääkäsitteiden spesifioituja alaluokkia, tulisi olla riittävän väljiä, jotta ilmiöön liittyvä moninainen todellisuus on mahdollista paljastua (Hirsjärvi & Hurme, 2011, 66-67). Haastatteluun valittujen teemojen avulla pyritään löytämään merkityksellisiä vastauksia tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimustehtävän mukaisesti. (Tuomi & Sarajärvi, 2018, 88). Teemahaastattelua tehtäessä tilanne muistuttaa lähinnä keskustelua, jota haastattelurungon kysymykset ohjaavat. Se, esitetäänkö jokaiselle haastateltavalle kaikki kysymykset tai esitetäänkö kysymykset samassa järjestyksessä ja samoilla sanamuodoilla on Tuomen ja Sarajärven (2018, 88) mukaan makuasia. Tässä tutkimuksessa jokaiselle haastateltavalle esitettiin kaikki

haastattelurungossa (LIITE 1) olevat kysymykset, mutta järjestys ja sanamuodot vaihtelivat. Haastattelurungon kysymykset rakennettiin erilaisten teemojen ympärille. Teemojen muodostaminen perustui tutkielman tutkimuskysymyksiin, jolloin saadaan vastaus myös asetettuun tutkimustehtävään.

Aktiivisella kuuntelulla on myös merkitystä. Ihminen, joka kokee tulleen aidosti kuulluksi, kertoo asioista ja tunteistaan syvällisemmin ja avoimesti. Kuuntelemisen lisäksi haastattelijan kyky poimia vastauksista olennainen ja kyky esittää sen perusteella lisäkysymyksiä parantavat ilmiöstä saadun tiedon moninaisuutta. Teemahaastattelussa korostuvat ihmisten tulkinnat eri asioista, asioille annetut merkitykset sekä se, miten merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa (Hirsjärvi & Hurme 2007; Hirsjärvi & Hurme, 2011, 103). Haastattelutilanteissa tutkija pyrki aktiivisella kuuntelulla ja lisäkysymyksillä rohkaisemaan haastateltavaa kertomaan avoimesti asioista. Erityisesti tunteista ja ristiriidoista puhuttaessa tutkijan rohkaisijan rooli korostui, koska asioista puhuminen tuntui aluksi haastateltavista vaikealta.

Ensimmäisenä kriteerinä tutkimukseen osallistumiselle oli haastateltavien vapaaehtoisuus, halukkuus osallistua. Toiseksi hoitajien tuli olla työskennellyt vähintään vuoden ajan kotihoidossa, jolloin kokemusta kontekstista ja asiakkaista on kertynyt riittävästi ja jolloin on mahdollista arvioida hoitosuhteen kehittymistä. Kolmanneksi haastateltavilla asiakkailla ei saanut olla päihde- tai mielenterveysongelmia eikä diagnosoitua muistisairautta. Iän tuoma muistamattomuus oli hyväksyttävää, koska muuten sopivia asiakkaita olisi ollut haastavaa löytää. Näiden sairauksien poissulkemisella pyrittiin myös siihen, että haastateltavat kykenisivät kertomaan kokemuksistaan mahdollisimman luotettavasti. Neljänneksi asiakkaiden tuli olla ollut vähintään kolme kuukautta kotihoidon asiakas. Tässä ajassa asiakkaille voi katsoa kertyneen useita kokemuksia hoitosuhteesta.

Tuomen ja Sarajärven (2013, 85–86) mukaan on olennaista, että henkilöt, jotka osallistuvat tutkimukseen tietävät tutkittavasta ilmiöstä tai heillä on kokemusta asiasta. Tämän takia haastateltavien valinta tulisi olla harkittua, ei satunnaista. Harkinnanvaraisen aineiston keruuta voidaan sanoa myös eliittiotannaksi, jossa tutkimuksen tiedonantajiksi, laadullisessa tutkimuksessa esimerkiksi haastateltaviksi valitaan henkilöitä, joilta oletetaan saatavan tutkittavasta ilmiöstä parhaiten tietoa. Valinnan kriteerinä voi olla esimerkiksi puhekyky tai itsensä ilmaisemisen taito. Tällaista eliittiotantaa sovellettiin tässä tutkimuksessa yhtenä kriteerinä valittaessa kotihoidon asiakkaita haastateltaviksi. Asiakkaat, joilta kysyttiin halukkuutta osallistua tutkimukseen, päättivät kyseisen kotihoidon alueen esimies ja henkilöstö, koska heillä on paras tietämys asiakkaiden

sairauksista sekä kyvystä osallistua ja ilmaista itseään. Tutkimukseen osallistuvat hoitajat ilmaisivat itse kiinnostuksensa osallistua tutkimukseen.

Tampereen kaupungin kotihoidon alueita, joissa tutkimus tehtiin, valikoitui palvelupäällikön ja esimiesten yhteistyön tuloksena kaksi. Valinnan perusteena oli tutkijalle annetun tiedon mukaan tutkimukseen sopivien asiakkaiden löytyminen kyseiseltä alueelta. Tutkija kävi tapaamassa ja keskustelemassa kyseisten alueiden esimiesten kanssa. Keskustelussa käytiin vielä läpi tutkimusta ja sen tarkoitusta sekä haastateltaville asetettuja kriteerejä. Lisäksi esimiehille annettiin jaettavaksi infokirje tutkimuksesta (LIITE 2), joita jaettiin potentiaalisille ehdokkaille ja jotka siihen tutustuttuaan päättivät, osallistuvatko tutkimukseen. Asiakkaille tutkimuksesta kertoivat tarkemmin kotihoidon hoitajat kotikäynneillä antaessaan infokirjeen.

Tämän pro gradu -tutkielman aineisto hankittiin haastattelemalla Tampereen kaupungin kotihoidon asiakkaita ja kotihoidossa työskenteleviä hoitajia. Tutkija haastatteli kotihoidon asiakkaat sovittuna aikana heidän kotonaan. Hoitajien haastattelut tehtiin kotihoidon toimiston tiloissa. Haastattelut nauhoitettiin. Haastateltavia oli yhteensä 12, kuusi hoitajaa ja kuusi asiakasta. Asiakkaat, joista puolet oli miehiä ja puolet naisia, olivat iältään 76–95-vuotiaita. Kotihoidon asiakkaina he olivat olleet kolmesta kuukaudesta kymmeneen vuoteen. Haastatellut hoitajat olivat koulutukseltaan lähihoitajia tai vastaavan aiemman tutkinnon suorittaneita ja he olivat valmistuneet vuosien 1999–2015 aikana. Kaikki haastateltavat hoitajat olivat naisia ja iältään he olivat 20–47-vuotiaita. Kotihoidossa haastatellut hoitajat olivat työskennelleet kahdesta viiteen vuoteen ja lähes kaikilta löytyi työkokemusta myös laitoshoidossa työskentelystä. Haastatteluja tehtäessä on hyvä huomioida haastateltavien kielellisen ilmaisun tason mahdollinen vaihtelu. Tällöin on oleellista pystyä mukauttamaan omaa kieltään vastaajan tasolle ja kyetä muotoilemaan kysymyksiä uudelleen. Kielellisen ilmaisun tasovaihtelut ilmenivät asiakkaita haastateltaessa. Asiakkaiden haastattelut kestivät 40 minuutista 80 minuuttiin ja hoitajien 55- 65 minuuttia.

Nauhoitetut haastattelut purettiin puhtaaksikirjoittamalla ne tekstiksi. Teksteissä ei näkynyt haastateltavien nimiä, vaikka ne tutkijan tiedossa olivat. Haastateltavat nimettiin käyttämällä juoksevia numeroita sekä käyttämällä hoitajista H-kirjainta, esimerkiksi H3 (hoitaja 3) ja asiakkaista A-kirjainta, esimerkiksi A5 (asiakas 5). Juoksevia numeroita ei käytetty tehdyn haastattelujärjestyksen mukaisesti, koska kotihoidon yksiköt ja esimiehet olivat tietoisia haastattelujärjestyksestä. Tällä pyrittiin siihen, että yksittäisen haastateltavan tunnistaminen ei olisi mahdollista. Litterointi tehtiin sanasta sanaan kirjoittaen. Poikkeuksena tästä olivat asiakkaiden

haastatteluissa esiin tulleet arkaluonteiset asiat, jotka liittyivät asiakkaan terveystietoihin. Koska asiakkaiden kertomat omaan terveydentilaan liittyvät asiat eivät liity tähän tutkielmaan, niin ne ilmaistiin litteroinnin yhteydessä esimerkiksi sanoin: ”asiakas puhuu sairauksistaan” tai ”asiakas kertoo terveydentilaansa liittyvää”. Äänitiedostot hävitettiin litteroinnin jälkeen sekä nauhurista että purkuohjelmasta.

5.4 Aineiston analyysi

Tämän tutkielman analyysi tehtiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin mukaisesti. Hirsjärven ja Hurmeen (2011, 137, 143) mukaan aineiston analyysi on tiivistämistä, luokittelua ja tulkintaa. Analyysia tehdessä eritellään, luokitellaan ja synteesissä pyritään luomaan tutkittavasta ilmiöstä kokonaiskuva ja esittämään se uudessa perspektiivissä. Hirsjärvi ja Hurme (2011, 143, 147, 149) viittaavat analyysin tekoa pohtiessaan myös Deyn (1993, 31) mainitsemiin analyysin osa-alueisiin, jotka ovat kuvailu, luokittelu ja yhdistely. Analyysin perustana on aineiston kuvailu, jossa kartoitetaan henkilöiden ja tapahtumien piirteitä. Aineiston luokittelu mahdollistaa aineiston myöhemmin tapahtuvan tulkinnan ja tiivistämisen. Luokittelu mahdollistaa myös aineiston eri osien vertailun. Yhdistelyn avulla yritetään löytää luokkien esiintymisien välisiä samankaltaisuuksia, säännönmukaisuuksia, vaihteluja tai poikkeavuuksia.

Ennen tutkimuksen analysointia aineisto luettiin useampaan kertaan läpi kokonaiskuvan muodostamiseksi. Aineistoa tarkasteltiin alustavasti samalla myös tutkimustehtävään ja tutkimuskysymyksiin perustuen kirjatun huomioita ylös. Tutkimusaineistoa tarkasteltiin läpi koko analyysin kahtena erillisenä kokonaisuutena, hoitajien ja asiakkaiden haastatteluaineistoina. Tämä toi selkeämmin esiin osapuolten kokemukset hoitosuhteesta sekä mahdollisti osapuolten keskinäisen vertailun analyysin myöhemmässä vaiheessa. Osapuolia vertailemalla on mahdollista esimerkiksi arvioida toimintatapoja tai kuvata jonkin asiantilan toteutumista.

Sisällönanalyysi voidaan jakaa karkeasti kolmevaiheiseksi prosessiksi, jotka ovat aineiston redusointi, aineiston klusterointi ja abstrahointi. Ennen varsinaista analyysin aloittamista määritetään analyysiyksikkö, joka voi olla yksittäinen sana, lause tai ajatuskokonaisuus, joka sisältää useita lauseita. (Miles & Huberman, 1994, Tuomen ja Sarajärven, 2018 mukaan.) Tässä tutkielmassa analyysiyksikkönä toimivat sana, lause ja ajatuskokonaisuus riippuen tutkimuskysymyksestä. Tämän jälkeen aineistoa redusoidaan karsimalla pois epäolennainen sekä tiivistämällä dataa tutkimustehtävän mukaisesti. Pelkistetyt ilmaukset yhdistetään omiksi ryhmiksi huomioiden, että sama ilmaus voi kuulua useampaan ryhmään. (Miles & Huberman, 1994, Tuomen

ja Sarajärven, 2018 mukaan.) Tämän tutkielman analyysi aloitettiin karsimalla aineistosta pois tutkimustehtävän kannalta epäolennaiset asiat. Tällaisia olivat esimerkiksi asiakkaiden muistelut omasta elämästään ja terveydentilaan kytkeytyvät arkaluonteiset asiat sekä hoitajien esittämät mielipiteet, jotka liittyivät työnantajaan, tiimityöhön tai työhyvinvointiin.

Seuraavaksi aineisto klusteroitiin. Klusterointi tapahtuu etsimällä samankaltaisuuksia tai eroavuuksia, jotka yhdistetään luokiksi ja joista muodostuu alaluokkia. Alaluokat nimetään sisältöä kuvaavilla nimillä. Luokittelua jatketaan muodostamalla alaluokista yläluokkia ja yläluokista pääluokkia. Luokittelua jatketaan niin pitkään kuin se aineistonsisällön näkökulmasta on mahdollista. (Miles & Huberman, 1994, Tuomen ja Sarajärven, 2018 mukaan.) Tutkielman aineistosta etsittiin ensimmäisenä avainsanoja, asioita, jotka nousivat haastateltavien puheista useimmiten. Avainasioiden tunnistamisen jälkeen tarkasteltiin, miten ne näyttäytyivät suhteessa ja sen vuorovaikutuksessa. Aineistosta nousi selkeästi esiin ensimmäisenä se, miten haastateltavat asemoivat itsensä ja toisensa suhteessa. Hoitajien ja asiakkaiden kokemukset erosivat selkeästi ja toistuvasti toisistaan. Esiin nouseville asioille oli luonteenomaista tietynlaiset roolit suhteessa, minkä takia päädyttiin aloittamaan analyysi rooleja tunnistamalla, luokittelemalla ja nimeämällä.

Asiakkaat asemoivat hoitajia käyttämällä joko pelkkiä adjektiiveja tai kokonaisia lauseita, joilla he kuvasivat, millaisina he kokivat hoitajien vuorovaikutuksen olevan hoitosuhteessa. Roolien muodostaminen perustui ensinnäkin siihen, miten usein sama sana nousi esiin eri asiakkaiden kokemuksissa. Useimmiten esiintyvät adjektiivit otettiin mukaan roolien muodostamiseen. Luokiteltuja rooleja tarkasteltiin myös sen mukaan, näyttäytyivätkö ne asiakkaiden puheissa positiivisessa vai negatiivisessa valossa. Hoitajia ja vuorovaikutusta hoitajien kanssa asiakkaat kuvasivat adjektiivein ja lausein. Alaluokkia syntyi 19, ja näitä yhdistelemällä syntyi kuusi pääroolia. Asiakkaat asemoivat myös itsensä hoitosuhteessa monin eri tavoin. Asiakkaiden kuvausten ja koetun perusteella tunnistettiin ja luokiteltiin 17 erilaista roolia, joita yhdistelemällä syntyi viisi pääroolia. Hoitajat asemoivat itseään hoitosuhteessa ammatillisen tehtävänsä kautta. Selkeitä, nimettyjä rooleja ei heidän puheistaan noussut esiin, ainoastaan yksittäinen hoitajan rooli. Asiakkaita hoitajat asemoivat suhteessa monin tavoin. Näistä kokemuksista ja kuvauksista muodostettiin aluksi 18 roolia, jotka yhdistettiin neljäksi päärooliksi.

Roolien alaluokkien ja tunnistettujen avainasioiden avulla tarkasteltiin, millaisena osapuolet kokivat itse suhteen ja millaiset asiat nousivat esiin haastateltujen puheista voimakkaammin ja useimmiten esiin. Näin alkoi hahmottumaan, millaisia vuorovaikutuksen jännitteitä suhteissa koettiin olevan.

Tämän jälkeen aineistoa pelkistettiin ja tiivistettiin edelleen lauseita, asioita ja ajatuskokonaisuuksia luokitellen. Jotkut lauseet tai ajatuskokonaisuudet kytkeytyivät samanaikaisesti useampaan hoitosuhteen ilmiöön tai syntyneeseen vuorovaikutuksen jännitteeseen.

Hoitajien haastatteluista nousi avainasioita kartoittaessa esiin erityisesti hoitajien kokemukset kotihoidossa työskentelystä ja kotihoidon erityispiirteet. Koska kotihoidon konteksti näyttäytyi hoitajille merkityksellisenä asiana sekä myös jossain määrin asiakkaille ja koska se vaikutti selkeästi myös vuorovaikutukseen, tunteiden hallintaan ja ristiriitatilanteisiin, päädyttiin kontekstia tarkastelemaan ja peilaamaan tutkielman jännitepareihin, joissa se oli tunnistettavissa ja joissa haastateltavat kokivat sen merkitykselliseksi.

Seuraavaksi tarkasteltiin, millaisia tunteita osapuolet nostivat esiin ja millaisia tunneilmaisuja ilmeni. Tunneilmaisuna pidettiin yksittäistä tunnetilaa kuvaavaa sanaa tai kokonaista lausetta. Osapuolten, hoitajien ja asiakkaiden tunteita tarkasteltiin erikseen, omana kokonaisuutena. Asiakkaiden tunteita tunnistettiin yhteensä 21 ja hoitajien tunteita saman verran. Tunnistettuja olivat tämän tutkielman määritettyjen perustunteiden lisäksi aineistosta muut esiin nousseet tunnetilat. Tunteita tarkasteltiin myös sen perusteella, miten usein tietty tunne mainittiin, sillä sama tunne esiintyi useaan kertaan eri haastateltavilla. Sen jälkeen ne jaettiin karkeasti negatiivis- tai positiivissävytteisiin tunteisiin. Jako perustui tutkijan omaan näkemykseen siitä, koetaanko tunne yleensä negatiivisena vai positiivisena. Lisäksi jaotteluun vaikutti asiayhteys, jossa tunne ilmeni. Tästä esimerkkinä asiakkaan tuntuma häkeltymisen tai yksinäisyyden tunne, jotka voidaan arvioida joko negatiiviseksi tai positiiviseksi henkilön oman kokemuksen ja tilanteen mukaan. Hoitajilla puolestaan läheisyyden tunne koettiin yhtä usein sekä positiiviseksi että negatiiviseksi. Tunteiden kartoituksen ja nimeämisen jälkeen tarkasteltiin, mihin vuorovaikutuksen jännitteisiin ne kytkeytyivät, millaisissa tilanteissa ne esiintyvät ja miten tunteita hallittiin tai esitettiin.

Sen jälkeen tarkasteltiin jännitteiden ja ristiriitojen välistä yhteyttä sekä ristiriitatilanteisiin kytkeytyviä tunteita. Tämä tehtiin käymällä aineisto uudestaan läpi poimien sieltä selkeitä puheenvuoroja, jotka kertoivat asiasta tai ilmiöstä, jotka aiheuttivat ristiriitatilanteen. Näitä peilattiin sen jälkeen jo muodostuneisiin jännitepareihin. Kun aineistosta oli tunnistettu ristiriitatilanteet ja asiat, jotka niitä aiheuttivat, tarkasteltiin, millaisia tunteita ristiriitatilanteet aikaansaatavat osapuolissa ja miten tunteita hallittiin. Viimeiseksi käytiin systemaattisesti läpi syntyneet ristiriitatilanteet, ja eriteltiin keinoja, joilla osapuolet pyrkivät selviytymään tilanteesta.

Sisällönanalyysin viimeinen vaihe on abstrahointi. Abstrahoinnissa erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto, joiden perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä ja johtopäätöksiä. Abstrahointi voidaan kuvata prosessiksi, jossa rakennetaan muodostettujen käsitteiden avulla kuvausta tutkimuskohteesta. Empiirinen aineisto liitetään teoreettisiin käsitteisiin ja tuloksissa esitetään luokittelun pohjalta muodostuneet mallit, käsitteet tai aineistoa kuvaavat teemat. (Miles & Huberman, 1994, Tuomen & Sarajärven 2018, 122-127 mukaan.) Tämän tutkielman abstrahointi ilmenee seuraavassa, tutkimustuloksia esittelevässä luvussa sekä pohdintaosiossa.

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Tunteet hoitosuhteessa

Tässä luvussa esitellään, millaisia tunnetiloja hoitajilla ja asiakkailta oli erilaisissa vuorovaikutustilanteissa. Tunteita ilmaistiin joko suoraan tunnetta kuvaavalla sanalla tai tunneilmaisulla. Tämän luvun keskiössä ovat tunteiden nimeäminen, jaottelu negatiivisiin ja positiivisiin tunteisiin, esiintyvien tunteiden määrä ja osapuolten vertailu. Tunneilmaisuja ja niiden hallitsemiskeinoja esitellään lisää eri jänniteparien sekä konfliktien selviytymisstrategioiden yhteydessä seuraavissa luvuissa.

6.1.1 Asiakkaiden tunnetilat

Asiakkaiden kokemia tunneilmaisuja ja sanoitettuja tunteita nimettiin 21, jotka koostuivat määritellyistä perustunteista pelko, viha, suru ja ilo sekä aineistosta esiin nousseista muista tunteista. Tunteista 15 oli negatiivisia ja loput kuusi positiivisia. Määrällisesti negatiivisia ja positiivisia tunteita tunnettiin kuitenkin saman verran, yhtä usein. Useimmin esiintyviä negatiivisia tunteita olivat ärtyisyys, pelko, harmitus, viha ja yksinäisyys. Nämä tunteet kytkeytyivät kotihoidon käytänteiden toimimattomuuteen ja kotona selviytymisen haasteisiin. Useimmiten esiin nousseet positiiviset tunteet olivat mielihyvä, kiitollisuus, ilo ja toiveikkaus. Ne kytkeytyivät hoitajien persoonaan, keskinäiseen vuorovaikutukseen ja toimintaan.

Ärtymistä ja harmitusta asiakkaat tunsivat esimerkiksi siitä, että sovitut asiat eivät pidä paikkansa tai että hoitajat vaihtuvat. Sovitut asiat liittyivät kotihoidon käytänteisiin, kuten hoitajan tuloaikaan tai tuloajan vaihtamismahdollisuuteen. Hoitajien vaihtuminen aikaansai myös jännitteisyyden, pettymyksen ja pelon tunteita.

A3: en mä ny ole kironnut muuta ku mielessäni kun kaikki ei aina pelaa et vaikka jos jotakin sovitaan niin kyä se pitäs pitää se sovittu

Oman elämän hallinnan menettäminen, tavalla tai toisella, nousi esiin kaikkien haastateltujen asiakkaiden puheista. Asiakkaat olivat eniten peloissaan siitä, että menettävät tulevaisuudessa omatoimisuutensa ja toimintakykynsä, jolloin joutuvat laitoshoidon. Muistin menettämisen pelko nousi esiin neljän haastateltavan puheista ja se kytkeytyi asiakkaan avuttomuuteen ja sen myötä suurempaan riippuvuuteen palveluista. Asiakkaat sanoivat muistisairauden olevan asia, jolloin joudutaan laitoshoidon, johon eivät halua.

A1: kyllä mulla on pelannut tää muisti onneksi vielä on hyvin tärkeä juttu sillä mähän olisi sit ihan autettava ilman sitä

Positiivisista tunteista useimmiten esiintyi asiakkaiden puheissa mielihyvän, kiitollisuuden ja ilon tunteet. Kiitollisuutta koettiin useimmiten siitä, että hoitaja yleensä käy heidän luonaan, koska sen koettiin tuottavan turvallisuutta ja lieventävän asiakkaan yksinäisyyden tunnetta. Mielihyvää ja iloa asiakkaat tunsivat esimerkiksi silloin, kun tulija on tuttu hoitaja tai kun hoitajan koettiin olevan läsnä asiakaskäynnillä.

A1: kyllähän se piristää kun joku käy kun ainoa seura on sitten toi telkkari joo

A3: no justiin tämmöset hoitajat ku tänäänkin kävi josta heti näkee että ne ottaa kaiken haltuunsa ja kattoo mua silmiin ja että tuntee et mä olen niille nyt tämän hetken tärkein niin semmosia et siitä jää jälkeen päin tosi hyvä mieli että tota jaahas minusta ihan oikeesti välitetään

Yksinäisyyden tunne koettiin sekä positiivisena että negatiivisena asiana. Yksi asiakkaista mainitsi viihtyvänsä yksin hyvin, ja toivoi hoitajien lähtevän heti pois hoidon tehtyänsä. Muille asiakkaille yksinäisyys näyttäytyi negatiivisena. Omaisiin oltiin harvoin yhteydessä, harvoista ystävistä useimmat ovat kuolleet ja naapureihin ei ole tutustuttu.

A5: kun mä olen yksinäinen niin minulla on kovin vähän sitä puhekaveri en oo täällä talossa tutustunut ihmisiin kun liikunkin niin huonosti

Asiakkaat kokivat olevansa kyvykkäitä havaitsemaan hoitajien tunteita ja asettumaan hoitajan asemaan. He toivoivat myös hoitajilta tunneälyä. Asiakkaat ilmaisivat avoimesti positiivisia tunteita, esimerkiksi antamalla suoraan positiivista palautetta hoitajalle. Positiivisia tunnetiloja ja niiden ilmaisemista esitellään tarkemmin myöhemmin, vuorovaikutuksen jännitteiden yhteydessä. Negatiivisia tunteita asiakkaat eivät päänsääntöisesti ilmaisseet. Negatiivisia tunteita kyettiin ilmaisemaan lähinnä huumorin avulla, sarkastisesti naljailemalla. Negatiiviset tunteet ilmenivät erityisesti konfliktitilanteissa, joita esitellään tarkemmin myöhemmin tässä luvussa. Tunteita hallittiin piilottamalla, jätettiin ne taka-alalle, ja tunteet sekä oma käyttäytyminen neutraloitiin, jolloin asiakas mukautti omaa toimintaansa ja vuorovaikutusta havaitsemiensa hoitajan tunnetilan ja käyttäytymisen mukaan.

A4: mä vaistoon sen et kuinka hän tulee tänne niin mä oon sen mukaan täytyy olla sellanen diplomaatti...kattoo et tuleekohan se kuin hyökkäysvaunu tuolta ovesta

A3: semmonen toisen ihmisen lukemisen taito pitäis kyllä olla kaikilla hoitajilla

Hoitajien kertoessa omista kokemuksistaan he kuvasivat myös sitä, millaisia tunteita asiakkaat eri tilanteissa tuntevat heidän mielestään. Näistä hoitajien maininnoista löytyi 11 tunnetta, joista viisi tunnetta: harmistuminen, ilo, mielihyvä, pelko ja yksinäisyys, olivat samoja, joita asiakkaat itsekin kuvailivat tuntevansa. Useimmiten asiakkaat kokevat hoitajien mukaan häpeää omien tapojensa ja toimintansa takia. Toisena, usein esiintyvä tunteena hoitajat nostivat esiin asiakkaiden pelon, joka ilmenee tilanteissa, jossa arvioidaan asiakkaan selviytymistä kotona. Positiivisina tunteina hoitajat mainitsivat asiakkaiden tuntevan ihastumisen, innostumisen ja itsensä tarpeelliseksi kokemisen tunteita, jotka aikaansaivat asiakkaille mielihyvän tunteen.

6.1.2 Hoitajien tunnetilat

Hoitajien kokemia tunteita nimettiin 21, jotka koostuivat perustunteista pelko, viha ja ilo sekä aineistosta esiin nousseista muista tunteista. Perustunnetta suru, eivät hoitajat ilmaisseet kokevansa, toisin kuin asiakkaat. Tunteista 15 oli negatiivisia ja loput kuusi positiivisia. Yksi koetuista tunteista, läheisyyden tunne, koettiin yhtä usein sekä negatiivisena että positiivisena. Tässä tutkielmassa se laskettiin positiiviseksi tunteeksi. Hoitajien tunteista määrällisesti eniten esiintyvät mielihyvän, ilon ja pahanolon tunteet. Useimmiten esiin nousseet positiiviset tunteet olivat mielihyvän ja ilon lisäksi myötätunnon, läheisyyden, ja onnistumisen tunteet. Positiivisia tunteita herättivät onnistuminen työssä ja siitä asiakkailta saatu positiivinen palaute. Eniten esiintyviä negatiivisia tunteita pahan olon lisäksi olivat pelon, epämiellyttävyyden, välinpitämättömyyden, turhautumisen ja epäonnistumisen tunteet. Nämä tunteet kytkeytyivät hoitajien ammattitaidon arvosteluun ja kyseenalaistamiseen, sekä myös asiakkaan lähentely tai aggressiivinen käyttäytyminen aikaansaivat negatiivisia tunnetiloja.

Positiivisista tunteista mainittiin useimmiten mielihyvän ja ilon tunteet, joista jälkimmäiseen kytkeytyi myös onnistumisen tunne. Myötätuntoa tunnettiin, kun asiakkaalla on paha mieli tai kun asiakas on yksinäinen. Itsensä tarpeelliseksi hoitajat kokivat saadessaan asiakkaan hymyilemään, unohtamaan kivut. Myös positiivisen palautteen saaminen aikaansai ilon ja itsensä tarpeelliseksi kokemuksen tunteita. Läheisyyttä ja yhteenkuuluvaisuuden tunnetta aikaansaivat antoisat keskustelut sekä yhteiset kokemukset ja samaistuminen.

H2: hymyily se tuottaa mulle suunnattomasti iloa siinä että mä oon jotain antanut että siis ku aatellaan että ne on koko päivän istunut siellä eikä mitään niin se että kun ne hymyilee ja tulee edes sen hetken verran hyvä olla ja unohtaa ne kivutkin mitä on niin se oikeesti se on aivan mahtavaa

Negatiivista tunteista yleisempiä olivat epämiellyttävyyden, pahan olon ja pelon tunteet. Pelon tunteita herättivät arvaamattomat ja aggressiivisesti käyttäytyvät asiakkaat. Epämiellyttäväksi koettiin puolestaan esimerkiksi miesasiakkaiden fyysinen lähentely. Pahan olon tunteen aiheuttivat itsestä riippumattoman negatiivisen palautteen saaminen tai vertailu toiseen hoitajaan.

H1: ne sanoo joo että se toinen on paljon parempi kuin sinä että kun sä oot vaan tommonen on tämmösiäkin vastaanottoja ollut et sit pitää osata ottaa se asia sitten oikein mutta kyllä välillä sitten kun on itse väsynyt ja on huono päivä niin sitten se tuntuu paljon raskaammalta

Hoitajien kokemia negatiivisia tunteita olivat lisäksi vihan, riittämättömyyden, turhautumisen, hermostuneisuuden ja epäonnistumisen tunteet. Epäonnistumisen tunne kytkeytyi oman ammattitaidon riittävyyden pohdintaan. Riittämättömyyden ja vihan tunteita koettiin usein silloin, kun asiakas arvosteli hoitajan ammattitaitoa tai työntekotapaa. Turhautumista koettiin, kun asiakkaat vaativat asioita tai muutoksia, joihin yksittäisellä hoitajalla ei ole mahdollista vaikuttaa.

H3: silloin kun menen jostain syystä myöhässä asiakkaan luo ja saan sanallisen ryöpytyksen siitä et olen myöhässä silloin tosiaan mieleen tulee et nyt haluaisin kiljua jos vaan voisin se ei vaan ole reiluu että se ryöpytyks kohdistuu hoitajaan senhän pitäis kohdistua kaupunkiin jonka pitäis palkata lisää hoitajia

Hoitajat ilmaisivat positiivisia tunteita antamalla asiakkaille positiivista palautetta. Positiivisten tunteiden ilmaiseminen oli kuitenkin niukempaa ja varautuneempaa verrattuna asiakkaisiin. Hoitajat myös esittivät tunteita, jotta saavuttaisivat päämääränsä ja saisivat asiakkaan yhteistyökykyiseksi tai miellyttääkseen asiakasta.

H5: kun sä kuuntelet noin kahettakymmenettä kertaa sitä samaa juttua jo siinä ja sä teet lähtöö ja oot jo oviaukossa hymyillen iloisesti niin kyllä ja sitten kuitenkin sulla on sisällä tunne et voitko lopettaa jo että mun pitäis mennä

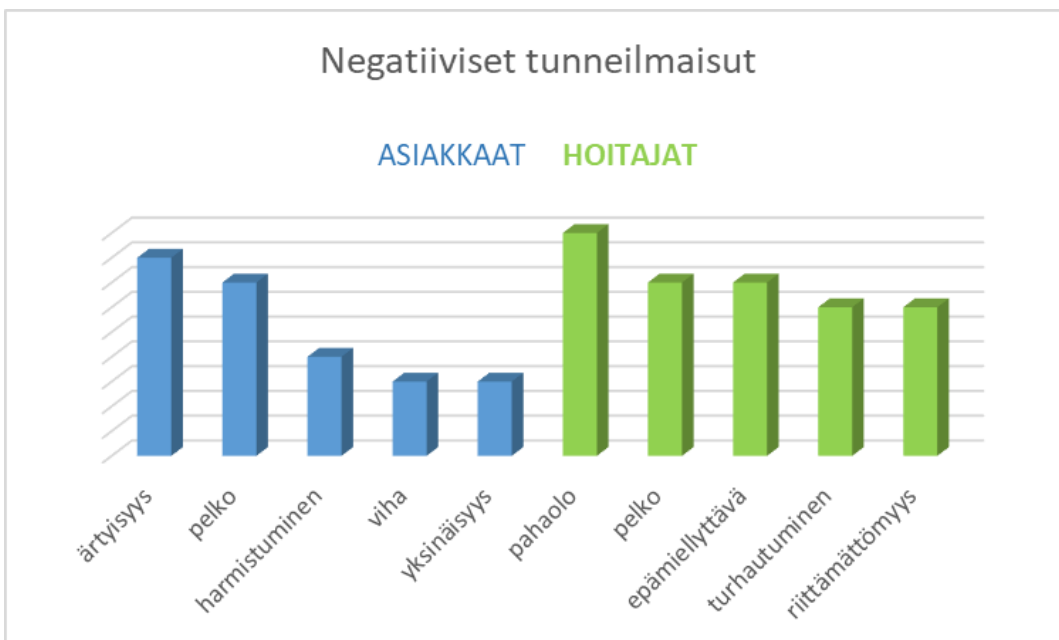
Negatiivisia tunteita hoitajat eivät ilmaisseet, vaan ne pyrittiin piilottamaan vaikenemalla ja käyttäytymällä mahdollisimman neutraalisti. Syynä oli se, että se ei ole ammatillisesti hyväksyttävää näyttää asiakkaalle omaa negatiivista tunnetilaansa. Osa hoitajista tosin epäili

tunnetilan näkyvän nonverbaalisesti. Hyväksyttävää ei hoitajien mukaan ole se, että he lähtisivät mukaan asiakkaan negatiiviseen tunnetilaan. Hoitajat käyttivät tunnetilansa hallitsemiseen erilaisia keinoja, kuten ”purivat hammasta yhteen”, ”laskivat sataan” tai keskittivät huomionsa pelkästään hoitotoimenpiteen tekemiseen. Tunnetilojen hallintakeinot ovat tiivistä kytköksissä ja osittain peilattavissa myöhemmin esitettyihin konflikteihin selviytymisstrategioihin.

H2: monet asiakkaat mielellään toistaa vanhoja asioita ja sillai niin tota siinäkin pitää aina suhtautua ihan kuin sillai että sä kuulisit niistä ihan ekaa kertaa ja olla siinä mukana

H4: kyllähän mä ainakin pyrin hallitsemaan niitä tunteita mut kyl mä luulen et se näkyy naamasta jotenkin et semmonen niinku sanotaan jos kaikki menee niinku tai siis mikään ei suju siellä et kaikki on niinku pakolla väentämistä

Hoitajien ja asiakkaiden negatiiviset tunneilmaisut erosivat toisistaan. Alla olevassa kuviossa on esitelty osapuolten viisi useimmiten koettua tunnetilaa. Ainoa tunne, jota molemmat osapuolet tunsivat oli pelko. Määrällisesti eniten asiakkaat tunsivat ärtyisyyttä ja pelkoa, muut kolme esiintyivät harvemmin. Hoitajien tunteista määrällisesti eniten esiintyi pahanolon tunne, mutta lähes yhtä paljon neljä muuta negatiivista tunnetta.



KUVIO 1. Asiakkaiden ja hoitajien negatiiviset tunneilmaisut

Asiakkaiden ja hoitajien kokemia positiivisia tunteita nimettiin kuusi molempien kohdalla, joista viisi on esitetty alla olevassa kuviossa.



. KUVIO 2. Asiakkaiden ja hoitajien positiiviset tunneilmaisut

Tunteita nimettiin osapuolille yhtä monta, mutta niiden määrällinen ero on selkeä. Hoitajat tunsivat positiivisia tunteita huomattavasti enemmän kuin asiakkaat. Osapuolten positiiviset tunneilmaisut ovat enemmän toistensa kaltaisia kuin negatiivisten tunneilmaisujen kohdalla. Molemmat tunsivat mielihyvää, iloa ja myötätuntoa. Asiakkaat lisäksi kiitollisuutta ja toiveikkautta ja hoitajat läheisyyden ja onnistumisen tunteita.

6.2 Asiakkaiden ja hoitajien roolit

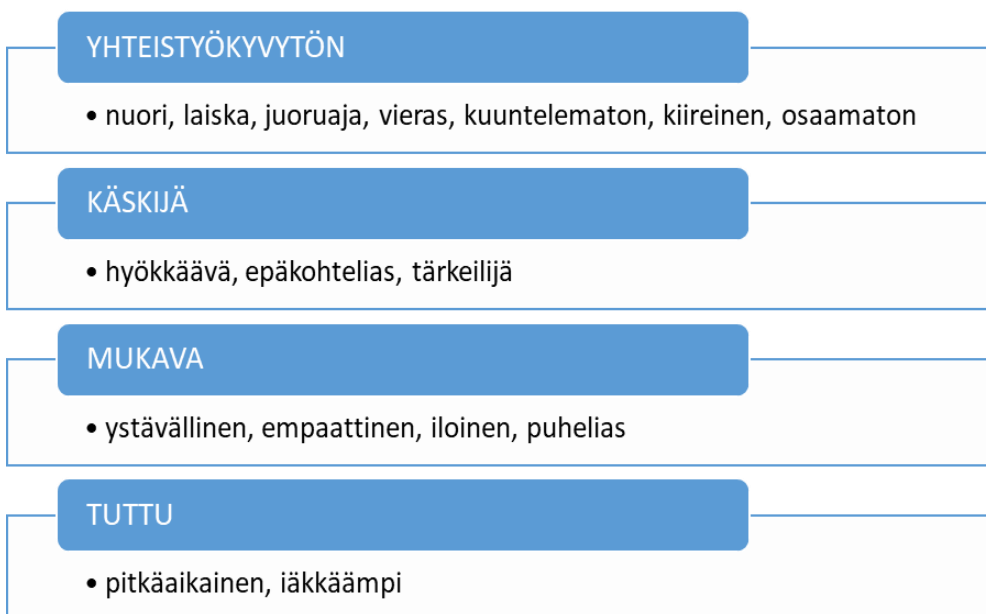
Hoitajat positioivat hoitosuhteessa itsensä ammatillisuuden ja työn kautta, minkä takia varsinaisia rooleja ei aineistosta noussut esiin. He puhuivat neutraalisti ja yleisluontoisesti sekä itsestään että toisista hoitajista ja näkivät itsensä ammattiaan harjoittavana henkilönä, joka asemoitui institutionaalisten sääntöjen mukaisesti hoitosuhteeseen.

Hoitajat positioivat asiakkaat hoitosuhteessa usean eri roolin kautta. Näistä positioista, jotka kuvaavat osapuolten vuorovaikutusta ja joista osittain muodostuu myös tutkielman vuorovaikutusjännitteet, nimettiin 18 roolia. Näitä rooleja yhdistelemällä syntyi neljä pääroolia: yhteistyökykyinen, yhteistyökyvytön, maksaja ja voimavaroja kuluttava.



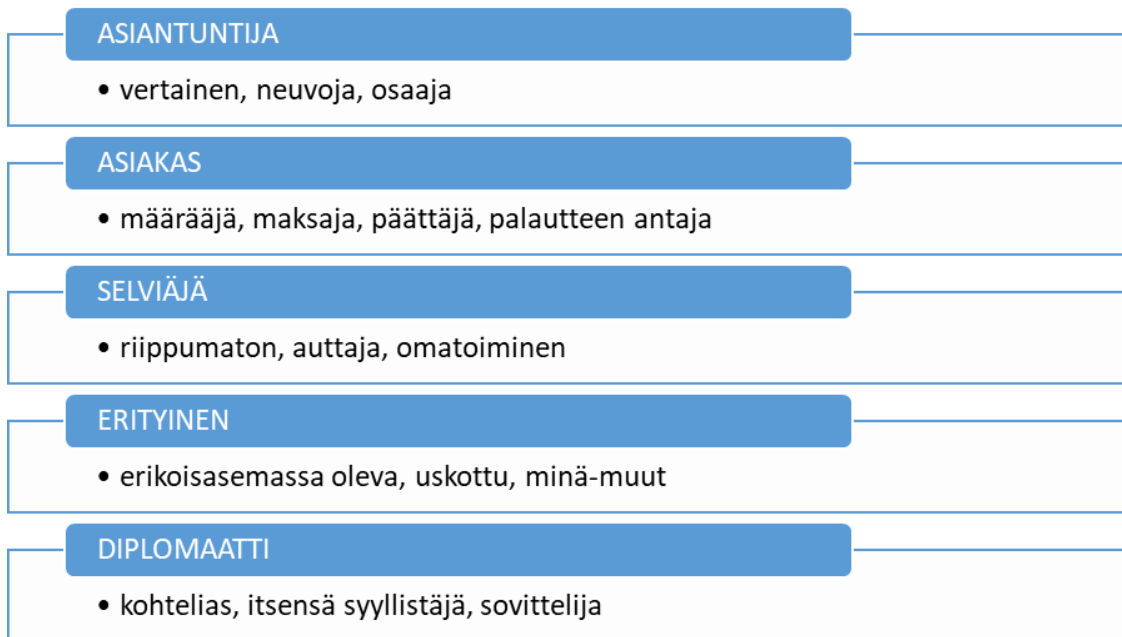
KUVIO 3. Asiakkaan roolit hoitajien kokemina

Asiakkaat kuvasivat hoitajia lähinnä adjektiiveilla, joista muodostettiin 16 roolia ja näitä yhdistelemällä syntyi kuusi pääroolia: yhteiskyvytön, käskijä, mukava ja tuttu. Negatiiviset roolit kytkeytyivät hoitajan ammatilliseen asiantuntijuuteen tai epämiellyttävään käyttäytymiseen. Positiiviset roolit kytkeytyivät puolestaan hoitajan persoonaan tai tuttuuteen.



KUVIO 4. Hoitajien roolit asiakkaan kokemana

Asiakkaat näkivät ja asemoivat itsensä suhteessa monin eri tavoin verrattuna hoitajiin, jotka asemoivat itsensä pääsääntöisesti ammatillisuutensa kautta. Rooleja, jotka luonnehtivat asiakkaita hoitosuhteessa määriteltiin ensin 17, joita yhdistelemällä muotoutui viisi roolipäälukkaa: asiantuntija, asiakas, selviää, erityinen ja diplomaatti. Näistä rooleista nousivat selkeimmin esiin asiakkaiden puheissa asiakas- ja erityinen-rooli.



KUVIO 5. Asiakkaiden roolit asiakkaiden kokemina

Osapuolten itsensä ja toisensa asemoinnin kautta muodostui laajempi näkemys hoitosuhteesta ja sen vuorovaikutuksen jännitteistä. Vuorovaikutuksessa nousi esiin erityisesti osapuolten erilaiset kokemukset asiantuntijuudesta ja sen tuomista oikeuksista ja haasteita yhteistyöhön, vuorovaikutuksen avoimuudesta ja osapuolten läheisyyden merkityksestä.

6.3 Yhteistyökykyinen - yhteistyökyvyttömän -jännitepari

Yhteistyökykyisyys ja yhteistyökyvyttömyys kytkeytyvät professionaalisen suhteen luonteeseen ja sen asymmetriaan. Yhteistyökykyyn sisältyvät niin osapuolten kokemukset asiantuntijuudesta, vallasta ja päätöksenteosta, jotka vaikuttavat siihen, miten yhteistyö suhteessa toimii. Jännite nostaa esiin tunteita ja aikaansaa myös ristiriitatilanteita, joita tarkastelen luvussa 6.7.

6.3.1 Hoitajat asiantuntijoita ja asiakkaat yhteistyökyvyttömiä

Hoitajat positioivat hoitosuhteessa itsensä ammatillisuuden ja työn kautta. He näkivät itsensä sekä asiantuntijoina että organisaationsa edustajina, mikä näkyi käyttäytymisessä ja toimisessa tietyllä tavalla. Hoitajat puhuivat ammatillisuuden vaatimuksista. Ammatillisuus velvoittaa tulemaan

kaikkien kanssa toimeen sekä vastaanottamaan negatiivista palautetta katkeroitumatta tai kostamatta. Kahden hoitajan mielestä asiakkaat myös tiedostavat hoitajan roolin, jonka lähtökohtana on asiakkaan auttaminen ja hyvinvointi. Hoitajan rooli oikeutti myös vallankäyttöön. Sen katsottiin olevan joissain tapauksissa hoitajan velvollisuus. Vallankäyttö ilmeni esimerkiksi määräilynä, vastoin asiakkaan tahtoa toimimisena ja asiakkaan mielipiteen tai neuvojen sivuuttamisena.

H4: mä koen et mua kuunnellaan et se on niinku se liittyy niihin rooliasioihin tavallaan et se rooli on sellanen että useimmat asiakkaat ajattelee niin että hoitaja ajattelee mun parasta ja niinku lähtökohtasesti tilanne on se

H2: mä otin tavallaan niinku ohjat käsiini ja kerroin hänelle ihan suoraan mikä on homman nimi ja sitten sanoin sillai että tarvitsen ne ja ihan nöyränä hän lähti hakemaan niitä

Vastoin asiakkaan tahtoa toimimista perusteltiin omalla tietämyksellä, asiantuntijuudella. Puolet hoitajista mainitsi asiakkailla olevan itsemääräämisoikeuden, vaikka kuitenkin kertoivat tekevänsä päätöksiä vastoin asiakkaan tahtoa. Asiakkaita verrattiin myös lapsiin ja hoitajaa vanhempaan, jolla oikeutettiin oma päätäntävalta. Hoitajista kaksi koki ristiriitaisia ajatuksia oman toiminnan eettisestä oikeellisuudesta päätöksenteossa.

Asiantuntijuus ja sen oikeuttaminen aiheuttivat myös ristiriitatilanteita. Tähän syynä oli neljän hoitajan mielestä se, että asiakkaat kyseenalaistivat hoitajien ammattitaitoa. Kyseenalaistaminen tapahtuu arvostelemalla hoitajan tapaa tehdä töitä, yleistämällä ja vertailemalla hoitajaa toisiin hoitajiin. Ammattitaidon kyseenalaistaminen aikaansai myös moninaisia tunteita, kuten vihaa, ärtymystä ja arvottomuuden tunteita.

H1: silloin kun tulee haukkuja ihan suoraan niin kun haukutaan ja sanotaan että oot paska hoitaja etkä osaa mitään miten sä oot voinut edes tälle alalle päästä silloin se vetää ihan sitä vihaa siis tietysti siinä pitää itensä hillitä mutta ei meijänkään kaikkea tarvitse kuunnella eikä kattoo

H4: asiakas sättii ihan syyttä suotta mua niin tota sellasessa tilanteessa sanosin näin että se mun hoitajan rooli muuttuu mä muutun sellaseks koneeksi siis että tietyn, aika pitkän aikaa mä pyrin siihen et mä oon lämmin ja avoin mutta sit jos se sättiminen on ihan semmosta turhaa pieksäntää niinku siis sanallista pieksäntää niin sit siinä vaiheessa mun toiminta muuttuu itellä kyllä mä niinku tavallaan se on sellasta jäätymistä

Itsemääräämisoikeuden lisäksi hoitajien puheista nousi esiin asiakaslähtöisyys. Asiakaslähtöisyydeksi he katsoivat esimerkiksi sen, että hoitokäynnillä puhutaan sellaisista asioista kuin asiakas haluaa. Puheenaiheet eivät useimmiten liity hoitoon, vaan asiakkaan kanssa keskustellaan päivän uutisista, televisio-ohjelmista ja muistellaan menneitä asioita. Asiakaslähtöisyytenä pidetään myös asiakkaan tunnetilojen tunnistamista, kiinnostuksen osoittamista, kuuntelemista ja viestinnän mukauttamista asiakkaan mukaan.

H3: me puhutaan kaikista asioista oikeestaan niinku kaikesta maan ja taivaan välillä jutun aiheet lähtee aina asiakkaasta mistä asiakas haluaa jutella jutellaan siitä mikä asiakkaalle on sillä hetkellä tärkeää

H5: mä tunnustelen sen tilanteen että kun mä meen sinne asiakkaalle et lähtee sieltä tulemaan mitään ja sit jos mä huomaan että asiakas ei niinku niin sit mä jätän sitä tilannetta sillee et mä annan hänelle sen oman valinnan että hän ei halua nyt keskustella ja sitten puhun ne niin sanotut pakolliset jotka kuuluu siihen hoitoon

Asiakkaat eivät aina ole hoitajien mielestä yhteistyökykyisiä, minkä takia hoitajat käyttivät erilaisia keinoja saadakseen asiakkaan toimimaan halutulla tavalla. Tällöin toimiminen asiakkaan luona vaati oman persoonan piilottamista ja mielistelyä. Asiakasta mielistellään, jotta hoitaja saavuttaa päämääränsä tai pystyy nopeuttamaan työntekoaan. Hoitosuhteessa myös esitetään jotain muuta kuin mitä todellisuudessa ollaan. Oma todellinen persoona piilotetaan tällöin hoitajan roolin taakse.

H1: jos mä oisin semmonen mikä mä oon niin mä en usko et siitä ei tulis mitään koska se että se ei varmasti enää tykkäis musta sen jälkeen jos mä oisin semmonen ja sit niistä hoitohommista ei välttämättä tulis niinku mitään

Yhteistyökykyisinä asiakkaat koettiin silloin, kun asiakkaat olivat omatoimisia. Toisaalta omatoimisuutta myös kritisoitiin silloin, kun asiakas haluaa tehdä kaiken itse siinä kuitenkin onnistumatta. Avun vastaanottaminen oli omatoimisille asiakkaille vaikeaa. Hoitajia kuuntelevat ja hoitajien neuvoja noudattavat asiakkaat nähtiin yhteistyökykyisinä. Yhteistyö näyttäytyi myös niissä tilanteissa, joissa asiakkaat antoivat ohjeita elämänkokemukseensa perustuen. Nämä ohjeet liittyivät enemmän hoitajien henkilökohtaiseen elämään kuin työntekoon. Yhteistyökykyisenä asiakas nähtiin sellaisissa ristiriitatilanteissa, joiden jälkeen asiakas tiedostaa tehneensä väärin ja ymmärtää pyytää anteeksi käyttäytymistään. Anteeksipyytäminen koettiin joissain tilanteissa myös kiusalliseksi. Asiakkaat pyytävät hoitajilta anteeksi sitä, että esimerkiksi vievät hoitajien aikaa, tuntevat itsensä hyödyttömiksi tai tarvitsevat yleensäkin apua selviytyäkseen.

H2: kun on ollut pitkä työelämä ollut takana ja nyt on jäänyt vähän niinku että kokevat eikä ole enää missään hyödyksi ja sitäkin pyydellään anteeksi sitä omaa olotilaa

Yhteistyökyvytön asiakas näyttäytyi hoitajille juoruilijana, ärsyttäjänä ja kostajana. Asiakkaat juoruavat hoitajasta joko toiselle hoitajalle, toiselle asiakkaalle tai ulkopuoliselle henkilölle. Juoruaminen liittyy useimmiten hoitajan tekemisiin tai tekemättä jättämisiin, mutta myös henkilökohtaisiin, asiakkaalle kerrottuihin asioihin. Hoitajalle kostetaan aiemmin tapahtuneista asioista tai teoista, jotka asiakkaat ovat kokeneet epämiellyttäväiksi tai epäreilukuksi itseä kohtaan. Asiakkaiden koettiin myös ärsyttävän ja koettelevan hoitajaa teoilla tai puhumalla.

H1: meillä on kuitenkin sellaisia asiakkaita jotka sitten tota noin lähtee näitä siis jos sä vaikka meet sanomaan jotain niin tosi monet kertoo näitä siis niinku puhuu eteenpäin siis tämmöstä ihan ja sit myöskin tulee välillä semmosta vääristeltyä niinku juttuja sitten et mitä on sanottu ja tämmöstä ei oo sanottu joko toiselle hoitajalle mutta myöskin toiselle asiakkaalle

Yhteistyökyvyttömyys aiheutti myös ristiriitatilanteita, joka ilmenee hoitokielteisyytenä, aggressiivisuutena ja viivyttelynä. Se kytkeytyy usein lääkkeenottoon, ruokailuun tai hygienian hoitamiseen. Jos asiakas koettiin yhteistyökyvyttömänä, niin hoitajat ikään kuin etäännyttivät itsensä tilanteesta. Tällöin ei näytetty todellisia tunteita, ei keskusteltu, vaan keskityttiin hoitotoimenpiteeseen. Ristiriitatilanteista selviäminen jo ennalta tiedetyn yhteistyökyvyttömän asiakkaan kanssa aikaansaa mielihyvän tunteen ja onnistumisen iloa.

H6: jos mikään ei suju siellä et kaikki on niinku pakolla vääntämistä ja semmosta tai sitte semmosta niinku ajan kanssa vetkuttelua tai sellasta et niinku mikään ei toimi niin mä tunnistan semmosen kylmyyden mikä muhun tulee et sit mä oon niinku kone

H4: on joku haastava asiakas tai haastava paikka jollain muulla tavalla ja sä oot alun perin ollu sillee et mä en haluu mennä sinne et mä en kestä sitä et mä en vaan kestä niinku näin ja sit kun sä pääset sen läpi ja sit sä tuut sieltä ihan voittajana ulos siis se et ku tekis mieli tuulettaa siellä kerrostalon pihalla jes mä tein sen hei maailma mä selvisin

Hoitajat kokivat asiakkaiden olevan nykyään tietoisempia siitä, että he ovat maksavia asiakkaita. Tämän takia asiakkaat myös valittavat asioista. Toisaalta on myös asiakkaita, jotka eivät tiedä, mistä maksavat ja mitkä tehtävät kuuluvat hoitajille. Tämä johtuu osittain siitä, että siivous- ja ruokapalvelut on ulkoistettu, mutta asiakkaat eivät ole kahden hoitajan mukaan sisäistäneet tai ymmärtäneet asiaa. Maksajan rooli kytkeytyi maksettuun hoitoaikaan, mikä toisaalta osittain

oikeutettiin, mutta toisaalta sitä myös kritisoitiin. Jotkut asiakkaista kokivat olevansa erityisasemassa. Hoitajat puhuivat asiakkaiden itsekkyydestä ja siitä, että asiakas kokee olevansa ainoa ja tärkein asiakas.

H4: nää nykyiset asiakkaat niin näähän on hyvin tietoisia siitä että sä oot niinku täällä töissä ja he maksaa

H6: osahan tuijottaa siis juuri kelloon mulla on 45 minuutin käynti tyyliin ja minä maksan siitä ja kyllä varmasti huomauttaa jos hoitaja lähtisi siitä vaikka 30 minuutin kuluessa

Maksajan rooliin liitettiin myös päätöksenteko. Hoitajat puhuivat samanaikaisesti asiakaslähtöisyydestä ja nimellisestä päätösvallassa. Hoitosuhteen asiakaslähtöisyys tarkoitti kolmen hoitajan mukaan sitä, että asiakas päättää perusasioista. Päätöksentekoa kuitenkin kritisoi kaksi hoitajista sanomalla sen olevan vain asiakkaan näkökulma ja mielipide asioista. Hoitajan mielipide voi olla erilainen. Asiakkaan päätökseen vaikutettiin johdattelemalla asiakasta tiettyyn, hoitajan haluamaan suuntaan. Tällöin voidaan puhua asiakkaan nimellisestä päätösvallassa. Asiakkaat puolestaan eivät hoitajien mielestä halua, että joku määrää heitä heidän omassa kodissaan, mikä aikaansaa kärjistyneitä tilanteita. Toisaalta puolet hoitajista koki, ettei voi sanoa vastaan tai määrällä ollessaan toisen kotona.

H2: asiakashan päättää itse mutta jos hän ei itse ymmärrä siis sitä tilannetta niin silloin pitää osata johdattaa se asia niin että se olis ikään kuin asiakkaan päätös mutta sä oot tavallaan itte luovunut sen asian niinku sillai

H5: en mää koskaan oo asiakkaille suuttunut ei mulla oo ollu mitään koska siinä tulee just se että mä oon siellä asiakkaan kotona ja ei mulla oikeutta alkaa räyhäämään

Hoitajat kokivat arvostelevat ja sättivät asiakkaat voimavarojen kuluttajina. Eniten voimavaroja veivät asiakkaat, jotka sättivät hoitajaa aiheettomasti ja asiakkaat, jotka arvostelivat hoitajaa tai vertailivat hoitajia toisiinsa.

H2: jotkut asiakkaat on sellasii että ne vie susta kaiken ne vie kaiken energian siis niinku ihan et ei välttämättä fyysisesti ollenkaan vaan nimenomaan niinku sen et ne sosiaaliset anturat on ihan täysin loppu

H4: nää on välillä sellasii hiekkalaatikolleikkejä myös että asiakkaat saattaa niinku pitää semmosta että sä oot parempi hoitaja ku toi ja sitte taas toi on parempi hoitaja kuin se ja se on ihan kamala hoitaja

Tässä alaluvussa tarkasteltiin, miten hoitajat positioivat itsensä ja asiakkaat hoitosuhteessa. Hoitajat näkivät itsensä hoitosuhteessa ammattinsa ja asiantuntijuuden kautta. Asiantuntijuus oikeutti hoitajia toimimaan haluamallaan tavalla ja päättämään asioista, vaikka samanaikaisesti he puhuivat asiakkaiden itsemääräämisoikeudesta. Asiakaslähtöisyyden koettiin olevan viestinnän mukauttamista ja asiakkaiden kuuntelemista. Asiakkaat näyttäytyivät hoitajille pääsääntöisesti negatiivissa rooleissa: yhteistyökyvyttöminä, voimavarojen kuluttajina ja maksavina asiakkaina vaatimuksineen.

6.2.2 Asiakkaat asiantuntijoita ja hoitajat yhteistyökyvyttömiä

Asiakkaat nimesivät hoitajille kuusi pääroolia, joista vahvimmin nousivat esiin roolit, jotka kytkeytyivät hoitajan koettuun ammattitaitoon ja yhteistyökykyyn. Asiakkaiden mielestä hoitajat ovat yhteistyökyvyttömiä ja tämä rooli sai eniten mainintoja asiakkaiden puheissa. Yhteistyökyvyttömyys näyttäytyi kuuntelemattomuutena, kiireisyytenä ja osaamattomuutena, mikä sekä ärsytti että kiukutti asiakkaita. Osaamattomiksi koettiin useimmiten uudet ja nuoret hoitajat. Yksi asiakkaista tosin mainitsi päinvastaista ja sanoo pidempään alalla olleiden hoitajien olevan yhteistyökyvyttömimpiä. Hoitosuhteen pituudella on myös merkitystä siihen, miten asiakkaat mieltävät hoitajan osaamattomuuden. Tutulle ja vanhemmalle hoitajalle on helpompi ilmaista eriävä mielipide, kun taas uusille tai nuorille hoitajille ei tohdita sanoa asioista.

A3: en mä voi mennä oikeen sanomaan mitään nuorelle hoitajalle täytyhän nuortenkin saada kokemusta tästä

A3: se yks vanhempi hoitaja...jolle mä sanoin että sukan kantapää ei ole nyt paikallaan niin se sano kyllä se on paikallaan olen minä laittanut näitä ennenkin

Ammattitaitoon ja osaamiseen kytkeytyvät asiat aiheuttivat asiakkaiden mielestä myös erilaisia ristiriitatilanteita. Asiakkaat kokivat, että hoitajan neuvominen tai hoitajan työtapojen arvostelu aikaansaa ristiriitoja. Yli puolet asiakkaista oli sitä mieltä, että hoitajan neuvominen johtaa siihen, että hoitaja loukkaantuu tai alkaa väittämään vastaan. Hoitajat olivat asiakkaiden mielestä joskus pahantuulisia, omaa asiantuntijuuttaan liikaa korostavia tai syyllistivät asiakkaita erityisesti ristiriitatilanteissa.

A3: semmonen tunne että hei haloo että sun pitäis hoitaa mua ja sit sä rupeat niinku mulle rähisee ja syyllistää mua joo se oli kaikkein pahin se

A4: hän aina tiesi ja sano että hän kyllä tietää kun on käyny sairaanhoitajaksi tommosia on jokka tekee ittestää tärkeitä niitä on

Asiakkaista puolet kokee olevansa hoitosuhteessa se, joka päättää asioista. Päätökset liittyvät hoidon sisältöön, hoitotuotteisiin, hoitajien käyntiaikaan, toimintaan ja käyttäytymiseen. Asiakkaiden mukaan hoitajat kritisoivat asiakkaan tahtotilaa, mutta tyytyvät kuitenkin toimimaan asiakkaan haluamalla tavalla. Asiakkaat puolestaan kritisoivat maksajan roolissaan kotihoidon käytänteiden toimimattomuutta, kuten hoitopaikasta toiseen siirtymisen ajallista tehottomuutta, vieraiden hoitajien määrää ja hoitajien haasteisiin pysyvä aikataulussa.

A3: sitten kuitenkin kun maksaa siitä hoidosta niin kyllä se päähän ottaa jos se ei toimi

Asiakkaista yli puolet kertoo joidenkin hoitajien kysyvän, mitä ja miten asioita asiakkaan luona tehdään. Tällöin asiakkaat kokevat olevansa oman asiansa ja vaivansa asiantuntijoita. Kokemus tasa-arvoisuudesta koettiin tärkeäksi. Lisäksi yksi asiakkaista mainitsee, että entinen ammatti mahdollistaa hoitajien neuvomisen, minkä hän myös kokee hoidon onnistumisen edellytyksenä.

A4: hoitajat puhuu mulle kyllä ihan kuin vertaiselleen ne kysyy multa että mitä tehdään minä niinku itte selitän heille kuinka minä haluan että he laittaa ja tekee

Asiakkaat kokivat olevansa hoitajien silmissä erityisiä ja erityisasemassa muihin kotihoidon asiakkaisiin verrattuna. Asiakkaat, yhtä lukuun ottamatta, vertailivat itseään muihin asiakkaisiin. Heidän mielestään toiset asiakkaat käyttäytyivät huonommin kuin he itse tai toisten asiakkaiden henkilökohtaiset ominaisuudet estävät hoitosuhteen toimivuuden. He kokevat olevansa pystyvämpiä, yhteistyökykyisempiä ja ymmärtäväisempiä kuin muut asiakkaat. Kaksi asiakkaista kokee hoitajien tekevän myös hoitoon kuulumattomia asioita vain heille, ei muille asiakkaille. Lisäksi he näkevät olevansa ainoita, joille hoitajat uskoutuvat niin henkilökohtaisissa kuin työntekoon liittyvissä asioissa.

A1: niin ne on ihmetellyt mun touhuani kun noi monet vanhukset tosiaan valittaa siitä kun hoitajilla ei ole aikaa ne haluais keskustella minusta pääsee helpommalla ja pääsevät seuraavaan paikkaan nopeammin

A3: mä nyt satun olemaan semmonen avoin että tota tiedän kyllä just yksikin täällä ketä jututin kerran niin hän sano ettei hän puhu mitään muille että kyllä mä sulle uskallan nyt sanoa että tämän alueen kotihoidossa on nykyään kaikki ihan sekaisin

Asiakkaat kokivat olevansa myös selviytyjiä ja diplomaatteja. Selviytyminen ilmeni osaamisena ja omatoimisuutena. Neljä asiakasta koki selviytyvänsä itse omien asioiden hoitamisessa, eivätkä he

mielestään tarvitse kaikkia hoitajien tarjoamia palveluja. Hoitajien tarjoama apu koettiin omiin asioihin sekaantumisena. Palvelujen vastaanottaminen myös synnytti pelon siitä, että jos antaa hoitajien tehdä asioita, niin omatoimisuus häviää ja asiakas taantuu. Lisäksi korostettiin omaa osaamista. Kolme asiakasta mainitsee osaavansa tehdä hoitajien työt itse.

A4: mä osaan ite laittaa lääkkeitä ja voin soittaa apteekkiinkin ettei mun tarvii enää antaa tyttöjen tehdä sitä itte oon lääkkeet laittanut en anna mennä sekottaa mulla on omat systeemini

Asiakkaiden diplomaattisuus ilmeni kohteliaisuutena ja sovitteluna. Kolme asiakasta kertoi olevan asioista eri mieltä, mutta eivät tätä ilmaisseet, jotta asiakasta ei leimattaisi hankalaksi asiakkaaksi. Kohteliaisuus kuuluu kahden asiakkaan mielestä sivistyneeseen käyttäytymiseen. Asiaankuuluvaa käyttäytymistä katsottiin olevan hoitajien erilaisuuden ymmärtäminen ja hyväksyminen.

A5: mä olen koittanut olla semmonen säälinen jutuissani etten mä niinku tahallani loukkaisi ketään se on niinku kotoperua eri ihmiset ajattelee eri tavalla eri asioista ettei niiden kanssa kannata alkaa riitelemään

Hoitajat näyttäytyivät asiakkaille ensisijaisesti yhteistyökyvyttöminä, mikä tarkoitti ammattitaidottomuutta, kuuntelemattomuutta ja kiireisyyttä. Itsensä asiakkaat näkivät hoitosuhteessa päätöksentekijöinä, asiantuntijoina ja erityisasemassa olevina verrattuna muihin kotihoidon asiakkaisiin.

6.3.3 Kotihoidon erityispiirteet

Kontekstina kotihoito näyttäytyi hoitajille sekä haasteellisena että antoisana verrattuna laitoshoidossa työskentelyyn. Hoitajat sanoivat kodin kertovan ihmisestä ja hänen historiastaan, mikä helpottaa asiakkaan kanssa toimimista ja vuorovaikutusta. Neljän hoitajan mielestä asiakas voi olla kotona oma itsensä ja toimia vapaammin kuin laitoshoidossa. Tämä asettaa myös haasteita hoitosuhteeseen, sillä asiakas ei välttämättä ota potilaan roolia.

H4: koti tekee hoitosuhteesta erilaisen et sairaalassa tavallaan potilaat on niinku samalla viivalla ja he ottaa sen potilaan roolin siellä ja he ei oo niinku siinä omalla pelikentällä niinku kotihoidossa

Hoitajat kokivat suurimmaksi haasteeksi kotihoidossa asiakkaan omat tavat ja säännöt. He vertasivat kotihoitoa laitoshoitoon sekä sanoivat kotona olevan erikoisiakin sääntöjä ja asioiden tapahtuvan tietyssä järjestyksessä. Laitoshoidossa olevilla on selkeät ja samanlaiset säännöt, kun taas kotihoidossa jokaisen asiakkaan kohdalla on säännöt ja tavat opeteltava.

H4: siellä kotona asiat tapahtuu tietyssä järjestyksessä tätä ei niinku siellä sairaalamaailmassa tapahdu että niinku se että kotona on kotihommat ja ne voi olla hyvin erikoisia systeemejä

H6: asiakkaan säännöt ja tavat pitää vaan oikeestaan oppia se tästä ehkä tekee haastavamman koska laitoksessa on niin paljon ehkä helpompaa että siellä on tietty tyyli ja ei siellä sillä viisiin ehkä helposti purnata kuin kotona

Toisaalta hoitajat ymmärtävät sääntöjen ja tapojen olemassaolon. He peilaavat asiakkaiden sääntöjen olemassaoloa omaan kotiinsa, jossa myös noudatetaan tiettyjä tapoja ja sääntöjä. Kotona kunnioitetaan toisen yksityisaluetta ja käyttäytyään tietyllä, sovitulla tavalla toista arvostaen.

H5: kotihoidossa on kyseessä kuitenkin asiakkaan koti ja sä et voi mennä siellä tosta noin vaan penkomaan paikkoja tai mitään muutakaan sää teet niillä rajoitteilla mitä siellä kotona on

Säännöt ja tavat synnyttävät hoitajien mielestä ristiriitatilanteita. Ristiriitoja synnyttävät hoitajien mukaan erityisesti tilanteet, joissa hoitaja ei noudata asiakkaan sääntöjä tai tapoja, vaan toimii omalla tavallaan. Hoitaja toimii tällöin asiakkaan mielestä väärin ja se sanotaan myös herkästi ääneen. Asiakkaiden kokemukset myötäilivät hoitajien sanomaa, vaikka he eivät varsinaisista ristiriitatilanteista puhuneetkaan. Puolet heistä mainitsee joidenkin hoitajien ottavan huonosti neuvoja vastaan.

A3: semmonen pikkusen vanhempi hoitaja niin hän suoraan sanoen loukkaantui kun mä neuvoin häntä...hän sanoikin jotenkin että kyllä mä tiedän mitä mä teen ja sillä siisti

H1: se yleensä lähtee että kun on niinku tehnyt jotain väärin tämän asiakkaan mielestä et sä et oo niinku osannut tätä hommaa nyt oikein hänen mielestään

Hoitajien empaattisuus näkyi siinä, että noin puolet heistä pohtii, miltä itsestä tuntuisi, jos omaan kotiin tulisi vieraita ihmisiä omilla avaimilla. Tämä sekä pelottaa että hämmentää asiakkaita, sanoo yksi hoitajista. Myös asiakkaat puhuivat paljon hoitajien vaihtuvuudesta. Ennen asiakkailla oli ns. oma hoitaja, joka pääsääntöisesti kävi asiakkaan luona. Nyt hoitajat vaihtuvat päivittäin ja sama hoitaja tulee niin pitkän ajan päästä uudestaan, että tuntuu jo aivan vieraalta. Asiakkaat sanovat hoitajan tulon joko pelottavan tai jännittävän, mutta myös ärsyttävän, koska kotirauha häiriintyy ja oma aikataulu täytyy mukauttaa hoitajien tuloaikaan.

H2: kuinka he loppujen lopuksi pelkää ei se kivaa ole kun sinne tulee vaan joku ihminen sinne heidän asuntoon mä voin itsekin kuvitella etten mää tykkäis että mun asuntoon lampsisi koko ajan ihmisiä ja sitten se että et sä loppujen lopuksi tunne niitä jotka sinne lampsii

A3: tää on niin hullu tilanne kun tässähän käy melkeen joka päivä eri hoitaja että ensinnäkin pitää jännittää että kukahan sieltä ovesta tulee sisään

Kontekstin merkitys professionaalisen vuorovaikutussuhteen asymmetrisyydessä nousee esiin osapuolten kokemuksissa. Kotihoidossa asiakas ei välttämättä ole potilaan roolissa, sillä oma koti antaa mahdollisuuden olla se, joka määrää, miten siellä toimitaan. Hoitosuhteen osapuolet ovat tasavertaisempia, mikä näkyy keskinäisessä vuorovaikutuksessa. Hoitajat ottavat osittain vierailijan roolin, mikä vähentää ammatillisuuden tuomaa asiantuntijuutta ja päätösvaltaa. Asiakkaille kotiin tulevat vieraat ihmiset aiheuttavat pelko- ja jännitystiloja.

6.4 Läheisyys-etäisyys – jännitepari

6.4.1 Hoitajat haluavat pitää etäisyyttä, asiakkaat haluavat läheisyyttä

Tampereen kaupungin kotihoidossa omahoitajuus on vaihtunut järjestelmään, jossa hoitajilla on enemmän asiakkaita, jolloin asiakkaan luona käy useampi eri hoitaja. Hoitajat sekä pitävät että eivät pidä nykyisestä järjestelmästä, jossa ei ole ns. omia asiakkaita. Ongelmana omahoitajuudessa oli kahden hoitajan mielestä se, että samoihin asiakkaisiin kyllästyi tai jos jonkun asiakkaan kanssa ei yhteistyö sujunut, niin siellä oli siitä huolimatta käytävä. Hoitajat kokivat haasteelliseksi asiakkaat, joiden kanssa yhteistyö tuntui vaikealta. Tämä aikaansai myös ristiriitatilanteita. Tällaisessa tilanteessa oli mahdollista vaihtaa asiakasta toisen hoitajan kanssa. Asiakkaat yhtä lukuun ottamatta halusivat, että hoitajia ei olisi useita, vaan pari kolme tutumpaa. He kokivat, että nykyinen järjestelmä vaikeuttaa vuorovaikutusta ja vähentää turvallisuuden tunnetta. Tuttuus mahdollistaisi myös kahden asiakkaan mielestä sen, että asiakas saisi tietää hoitajan henkilökohtaisesta elämästä enemmän.

A5: täällä käy vaikka kuinka paljon niitä hoitajia on monta kymmentä mä en enää tunne niitä niin silloin se niin sanottu oma hoitaja joka on ollut pidempään oikein miellyttävä nuori nainen että jotenkin tuntuu että joku ihminen niin on se tuttu ihminen mukavampi kuin toinen

Hoitajien mielestä hoitosuhteessa on tärkeää säilyttää ammatillisuus ja tietynlainen etäisyys asiakkaiden kanssa. Hoitajat mainitsevat, että työ ja vapaa-aika on erotettava toisistaan, minkä takia suhde asiakkaaseen on pidettävä etäisenä. Lisäksi hoitajat eivät halua liian läheisiä välejä asiakkaan

kanssa, koska tällöin suhteen luonne muuttuu, ja aletaan puhumaan myös muista kuin hoitoon liittyvistä asioista.

H4: ett sehän on se kumminkin mitä mä pyrin suojelee ett mä pysyn koko ajan hoitajana ett jos mä niinku tavallaan ylitän sen rajan niin sitte ett me ollaan ikään kuin kavereita puhutaan kavereiden tyyppisiä asioita niin silloinhan se niinku hoitosuhde ja mun hoitajan rooli kärsii siinä tavallaan

Perustellessaan etäisyyden pitämistä hoitajat sanovat, että liian läheisessä suhteessa asiakkaat kiintyvät, ripustautuvat ja tukeutuvat liikaa hoitajaan. Asiakkaan tukeutuminen ja luottaminen hoitajaan on pääsääntöisesti hyvä asia, mutta läheisyys aikaansaa myös sen, että asiakas uskaltaa helpommin näyttää negatiivisia tunteita, kuten huonotuolisuutta ja ärtymystä.

H1: jotkuthan tosiaan kiintyy siihen omaan hoitajaan kanssa et mullahan on semmonen asiakas ollut mutta kyllä mä siltikin yritän pitää sen kuitenkin sillee ettei se mee niinku liikaa että sitten ei saa myöskään tulla semmosia liian läheisiä välejä

H2: kun ihminen näkee että suhun voi turvautua ja luottaa ja tukeutua niin siitä tulee helposti sulle semmonen riippakivi tai et ruvetaan niinku ripustautumaan henkisesti mikä on toisaalta hyvä juttu mutta sitten tulee taas se negatiivisuus siinä että kun asiakas on huonolla tuulella tai jotain erimielisyyttä niin se myös uskaltaa näyttää sen

Suurin osa hoitajista kokee etäisyyden pitämisen asiakkaaseen välillä haasteelliseksi. He tiedostavat sen, että asiakkaat haluavat suhteen olevan läheisempi. Asiakasta ei haluta loukata, mutta kuitenkin halutaan ilmaista, että kyseessä on suhde, jossa toinen osapuoli tekee vain työtään.

H1: kyllä toki osa haluaisi läheisempiä välejä se vaan täytyy hienovaraisesti yrittää kierrellen ja kaarrellen ilmaista ettei en mää kehtaa suoraan sanoa mut vähän niinku hienovaraisesti et kun mää oon hoitaja ja tällai että se on tosi hankalaa... voisin ehkä osalle sen sanoa ja osalle ehkä näyttäisin sen käyttäytymiselläni mutta siltikin sillai etten töksäyttäis mitään

Hoitajien kokemusten mukaan on tärkeää säilyttää professionaalille vuorovaikutussuhteelle ominainen etäisyys asiakkaisiin. He näkevät itsensä hoitajan roolissa, jossa täytyy toimia tietyllä tavalla. Liian läheinen suhde asiakkaaseen aikaansaa hoitajien mielestä monenlaisia ongelmia. Puheenaiheiden muuttuminen läheisille suhteille tyyppillisiksi, henkilökohtaisiin asioihin keskittyväksi tai asiakkaiden kiintyminen hoitajaan koetaan ongelmaksi. Asiakkaat puolestaan toivovat hoitosuhteen olevan läheisempi kuin mitä se on.

6.4.2 Hoitosuhteessa lähennyttään ajan kuluessa

Hoitosuhteen kesto vaikuttaa siihen, miten läheiseksi tai etäiseksi toinen osapuoli ja suhde koetaan. Hoitosuhteen alussa vallitsee hoitajien mukaan luottamuksen puute. Uusi asiakas vaatii hoitajilta asiakkaan havainnointia ja tunnustelua, tunneälykkyyttä, minkä takia myös vuorovaikutus on varovaista. Hoitajat mainitsevat miettivänsä tarkkaan, mitä puhuvat tai uskaltavatko esimerkiksi käyttää huumoria keventääkseen tunnelmaa, kun eivät tunne asiakkaita.

H4: se vaatii sitä sosiaalista anturaa niinku millä mennään eteenpäin et minkä tyyppinen paikka tää on ja uus asiakas niin siellä niinku täytyy tietää et jossain on parempi olla kysymättä yhtään mitään ja jossain taas mieluummin kysyt ku teet väärin

Uuden asiakkaan kanssa syntyy myös enemmän väärinymmärryksiä kuin tutumman kanssa. Asiakkaat koettelevat hoitajien mukaan uutta hoitajaa narraamalla, jättämällä kertomatta asioistaan tai viestimällä aggressiivisesti. Asiakkaat ovat varautuneita, ärsyyntyneitä ja hermostuneita vieraan hoitajan kohdatessaan, mikä aiheuttaa tavallista useammin ristiriitatilanteita.

H1: joitakin asiakkaita sitten ärsyttää sitten se jos tulee uus hoitaja ja ei osaa aina välttämättä ihan kaikkea mitä siellä pitää tehdä sitten kun on vielä ne omat systeemit mitä siellä tehdään niin ne sitten hermostuu siitä ettei haluis niitä uusia vaan aina sitten ne vanhat tutut

Hoitosuhde muuttuu läheisemmäksi ajan kuluessa. Pidempään jatkuneessa hoitosuhteessa hoitajien kokemukset ovat ristiriitaisia. Toisaalta pidetään hyvänä läheisemmäksi muuttunut suhdetta, mutta toisaalta halutaan, että suhde ei muutu sellaiseksi. Asiakkaiden tullessa tutummaksi tiedetään asiakkaan tavat ja säännöt, mikä helpottaa yhteistyötä. Yksi hoitajista mainitsee, että hoitajan arvo ikään kuin nousee asiakkaan silmissä, kun ollaan tutumpia. Pidemmässä hoitosuhteessa on myös helpompi havaita asiakkaan elekielestä ja olemuksesta, onko kaikki hyvin.

H2: kun sä oot niin päivittäin jatkuvasti tekemisissä aina ne samat ja sitten kun niistä vaan tulee niin läheisiä sä opit tuntee sanotaanko melkein samalla tasolla kuin omaiset

H5: on siinä se etu että sä käyt tietyillä asiakkailla niin sä tiedät jo niitten tavat ja tällaset

Asia, joka selkeästi paranee pidemmässä hoitosuhteessa, on keskinäinen luottamus. Asiakas alkaa pitää hoitajaa läheisenä, jolle voi kertoa asioita ja uskoutua. Tämä koetaan pääsääntöisesti hyväksi asiaksi, mutta toisaalta hoitajien mielestä asiakkaat eivät silloin koe hoitajaa ammattilaisena, vaan jopa ystävänä. Asiakkaat pitävätkin hoitajia usein ystävinä, vertaisina tai omaisina.

A4: monikin niistä on niinku omia tyttöjä monessa suhteessa tuntuu niinku että mulle tulis niinku oma tyttö tuolta

H2: se luottamus sitten kun sä saat sen että se asiakas alkaa tuntee sut ja sitten se vaan jotenkin naksahda sille linjalle että ne kokee sillai että ne ei tavallaan pidä enää meitä hoitajina että me ollaan vähän niinku en mä nyt voi sanoa et onko ystävää mut joku tämmönen läheinen että monet tulkitsee sillai että tota oltais tunnettu paljon enemmän ja pitempään kuin mitä todellisuudessa

Läheisyyttä osapuolten välillä lisäävät yhteiset kiinnostuksen kohteet ja samaistuminen. Yhteenkuuluvuuden tunteita koetaan, kun asiakkaan kanssa jaetaan yhteisiä asioita ja tunteita. Myös asiakkaat kokevat hoitajan, jonka kanssa heillä on jokin yhteinen kokemus tai yhdistävä asia, läheisemmäksi ja mukavammaksi kuin muut hoitajat.

H2: vähän niinku samaistutaan jotta tulee se yhteinen ymmärrys johonkin asiaan niin että kun sääkin oot kokenu tämmöstä

A1: mukava hoitaja se on se niinku täällä juurikin kävi joka on muuten samasta pitäjämästä kotoisin kuin määhälle määhän kerronkin sen takia elämäntarinani määhän en niitä oo muille kertonu

Hoitosuhteen alussa vuorovaikutus on hoitajien mukaan varovaista, toista osapuolta havainnoidaan ja omaa viestintää mukautetaan toisen osapuolen mukaan. Uudet asiakkaat ovat hoitajien mukaan hermostuneita ja varautuneita, eivätkä kerro totuutta omasta tilastaan. Hoitosuhteen pidentyessä lisääntyy keskinäinen luottamus, minkä seurauksena myös vuorovaikutus muuttuu avoimemmaksi ja yhteistyö paranee. Osapuolten läheisyyttä lisäävät myös yhteiset kiinnostuksen kohteet ja samaistuminen toiseen. Kääntöpuolena tälle on hoitajien mukaan se, että asiakkaat kokevat suhteen läheisemmäksi kuin mitä se todellisuudessa on.

6.4.3 Suhteen asymmetria murenee kotona

Koti kontekstina muuttaa hoitosuhteen osapuolten asymmetriaa. Hoitajien asiantuntija- ja päätösvalta ei päde kotihoidossa samalla tavoin kuin laitoshoidossa, koska ollaan asiakkaan ”reviirillä”. Hoitajista kolme kokee asiakkaan kotiin mennessään olevansa enemmänkin kylässä käyvä vieras kuin hoitaja.

H2: se on kuitenkin kotiympäristö niin täytyy mennä kuitenkin vähän sillai nöyränä sinne heidän asuntoon ja olla vähän niinku sillai vieraana ettei voi sinne mennä rymistelee sun pitää kunnioittaa sitä : asiakkaat on monesti itse sanoneet et ne tykkää että hoitaja on semmonen niinku luonnollinen ihan

semmonen niinku tavallinen henkilö joka tulee vähän niinku kahville sinne keskustelee kuin se että on se hoitaja

Kotona hoitaja ja asiakas ovat kahdestaan, toisin kuin laitoshoidossa. Puolet hoitajista sanoo tämän vaikuttavan negatiivisesti asiakkaan käytökseen ja vuorovaikutukseen. Asiakkaat sättivät hoitajaa sanallisesti ja lähentelevät fyysisesti. Heidän mukaansa asiakkaat arvostelevat hoitajan persoonaa tai ulkonäköä, ripustautuvat tai ovat aggressiivisia. Tuttuus mahdollistaa myös asiakkaiden pahan tuulen osoittamisen, niiden näyttäminen on helpompaa tutulle kuin vieraammalle hoitajalle.

H6: kun menee käymään niin se saattaa purkautua näin se saattaa sanoa et onpas sullakin rumat vaatteet tänään mistäs noikin oot taas niinku tempassut taikka etkö sääkään itteäs yhtään paremman näköseks voi saada tai ootko ajatellut laihduttaa tai ootko ny raskaana vaikka tietää et en oo

H4: niinku esimerkiksi tämmöset kypälöivät miesasiakkaat niin et se on niinku kun ollaan siellä kahdestaan siellä suljettujen seinien sisällä niin on niin helppo tehdä tai sanoa ihan mitä vaan

Hoitajista puolet puhuu oikeudestaan fyysiseen koskemattomuuteen. Koti kuitenkin mahdollistaa sen, koska siellä ollaan kahden. Yksi hoitajista puolustelee miesasiakkaan lähentelyä sanomalla, että tietynlainen taputtelu on hänen mielestään hyväksyttävää, koska sellainen on ollut hyväksytyä asiakkaan nuoruudessa. Toinen hoitajista mainitsee myös asiakkailla olevan oman henkilökohtaisen tilan, joka täytyy aistia ja huomioida. Toista asiakasta voi halata, kun taas toinen ei halua, että häntä kosketaan.

6.5 Avoimuus-sulkeutuneisuus -jännitepari

Vuorovaikutussuhteissa puhutaan, kerrotaan ja uskoudutaan eri tavoin riippuen osapuolten tuttuudesta tai vieraudesta. Avoimuuteen vaikuttavat myös persoona, asian luonne ja tilanne. Tämä läheisten vuorovaikutussuhteiden luonteenomaisuus näyttäytyy myös jollain tasolla professionaalisissa suhteissa. Niissä kerrotaan asioista avoimesti, mutta myös jätetään kertomatta, salataan asioita.

6.5.1 Itsestä ja omasta elämästä kertominen

Hoitajat kertovat asiakkaille vähän omista henkilökohtaisista asioistaan. Se, mitä he kertovat, on hyvin yleisluontoista. He voivat mainita esimerkiksi jotain lapsistaan tai lemmikeistään. Kertomatta jättämistä perustellaan suhteen professionaalisella luonteella – hoitajan ei kuulu kertoa itsestään. Toisena syynä kertomatta jättämiseen on kahden hoitajan mukaan asiakkaan varautuneisuus. Kun asiakas on varautunut, niin hän ei halua puhua henkilökohtaisista asioista. Hän ei myöskään halua,

että hoitaja kertoo itsestään jotain henkilökohtaista. Kolmantena syynä siihen, etteivät hoitajat kerro itsestään, on se, että jotkut asiakkaista puhuvat kerrotusta muille hoitajille tai asiakkaille. Asia myös vääristyy tai värityy, kun asiakas kertoo siitä eteenpäin. Toisaalta yksi asiakkaista kumoaa tämän hoitajien sanoman väitteen, mainitessaan, ettei kerro hoitajan kertomia asioita muille, jos he hänelle uskoutuvat.

H6: no esimerkiksi tarkkaa asuinpaikkaa en sano ikinä vaikka joku on yrittänyt vähän udella mä oon sitten mä annan suurin piirtein jonkun rajan missä päin mä olen joo kyllä mä puhun että paljon mulla on lapsia se on semmonen yleinen asia mä voin kertoa ehkä joitakin yleisasioita joita mä voisin kertoa myös kun mä juttelen kadulla mutta en mä henkilökohtaisia asioita oikein

A5: en mä oikeastaan puhu seuraavalle hoitajalle edellisen kävijän asioita kun se on semmosta sitten että juttuhan leviää ja se pahenee ja se on sitten tietysti mun syyni ja jututhan matkan varrella vielä muuttuu

Suurin osa asiakkaista on sitä mieltä, etteivät hoitajat pääsääntöisesti puhu yksityisasioistaan, vaan lähinnä työhön liittyvistä asioista. Tämä toisaalta hyväksytään, toisaalta ei. Asiakkaat haluaisivat hoitajien kertovan itsestään ja elämästään enemmän, koska kokevat itse olevansa avoimia. Hoitajat tuntevat itsensä kiusaantuneiksi silloin, kun asiakkaat utelevat tai kysyvät suoraan hoitajan yksityiselämästä. Kysymyksen sivuuttaminen tuntuu epäkohteliaalta ja vaikealta, minkä takia neljä hoitajista kertoo antavansa ympäröiväitä vastauksia uteliaille asiakkaille.

A4: yleensä vaan niitten työstä puhutaan se on tärkeintä ja kiireestä ne puhuu nää tytöt

A5: aika vähän puhuvat omista asioistaan että mä en tiedä paljon mitään vaikka olishan se mukavaa tietää jotain toisesta nähdään kuitenkin usein

Hoitajista puolet sanoo, että itsestä ja omista asioista kertominen on myös asiakaskohtaista. Joillekin asiakkaille kerrotaan enemmän kuin toisille. On myös asiakkaita, joiden kanssa puhutaan vain hoitoon liittyvistä asioista. Näin sanoo myös yksi asiakkaista, muista asiakkaista poiketen. Hän kertoo puhuvansa vain vähän omasta perhe-elämästään, enemmän maailman tapahtumista ja hoitoon liittyvästä. On myös asioita, joista asiakkaat eivät halua kertoa hoitajille. Tällaisia ovat asiakkaiden mukaan raha-, sukupuoli- ja intiimiasiat.

H4: se on tota asiakkaasta riippuen se on joko niinku voi olla hyvin tällasta niinku sanotaan asiapainotteista vaikkapa mitä maailmassa on tapahtunut ja sitte tota tai sitt se saattaa olla semmosii henkilökohtaisia asioita

A5: en oo koskaan puhunut kenellekään raha-asioista enkä tommosia sukupuolielämä- tai intiimiasioita en mä niistä tykkää puhua

Hoitosuhteen pituudella ja hoitajan iällä on asiakkaiden mielestä vaikutusta siihen, miten paljon hoitajat kertovat itsestään. Mitä pidempi hoitosuhde on, sitä enemmän suhteessa on keskinäistä ja avointa vuorovaikutusta. Pidempään käyneille, tutuille hoitajille myös kerrotaan enemmän omista asioista ja terveydentilasta. Kaksi asiakasta mainitsee myös iän vaikuttavan asioista kertomiseen. He sanovat, että vanhemmille hoitajille on helpompaa puhua kuin nuoremmille. Yhden asiakkaan mielestä nuoremmat hoitajat ovat puolestaan avoimia. He kertovat asiakkaalle omista asioistaan ja ongelmistaan enemmän kuin vanhemmat hoitajat.

A1: joillekin mä oonkin sanonut omia asioitani jotka siis joihin oon enemmän tutustunut ja hekin kertonut itsestään vähän

A2: juttelee se hoitaja eri lailla siinä tulee sanottua kaikennäköistä ku ollaan niin paljon taikka kauan tutustunut siihen hoitajaan niin sen kanssa voi niinku helpommin jutella

Suurin osa hoitajasta pohtii hoitosuhteen pituuden merkitystä. Sillä on merkitystä keskinäiseen toimeen tulemiseen ja luottamukseen, joilla on puolestaan vaikutusta vuorovaikutuksen avoimuuteen. Hoitajista yli puolet sanoo asiakkaiden kertovan asioistaan mieluummin tutulle hoitajalle, johon luottavat. Hoitajat sanovat, että asiakkaiden on helpompi myös sanoa tutulle hoitajalle negatiivisia asioita kuin vieraille. Yksi hoitajista kertoo kuitenkin päinvastaista ja sanoo, että asiakkaat antavat negatiivista palautetta erityisesti vieraille hoitajalle. Vieraille ihmiselle asiakkaan on helpompi antaa negatiivista palautetta kuin hoitajalle, joka tuntuu läheisemmältä.

H2: asiakkaat on niinku valikoivia että kenelle hoitajalle ne puhuu tässä on se just keneen on onnistunut luottamuksellisen suhteen niinku luomaan ja sitten sekin asia tääkin on sillai että kun ei kaikkien henkilöiden kanssa natsaa se siinä on

Asiakkaat kertovat hoitajien mielestä itsestään ja asioistaan. Tämä koetaan pääsääntöisesti hyväksi asiaksi, mutta sillä nähdään olevan myös negatiivinen puoli. Hoitajien mielestä on rasittavaa ja turhauttavaa, jos kertominen toistuu. Tähän syyllistyvät hoitajien mukaan asiakkaat, jotka kertovat samoja asioita elämästään useaan kertaan. Hoitajat eivät tällöin enää jaksaa kuunnella aktiivisesti, vaan esittävät olevansa kiinnostuneita asiakkaan puheista.

H2: monet asiakkaat mielellään toistaa vanhoja asioita ja sillai niin tota siinäkin pitää aina suhtautua ihan kuin sillai että sä kuulisit niistä ihan ekaa kertaa ja olla siinä mukana

Yhteinen mielenkiinnon kohde, joka voi liittyä esimerkiksi hoitajan harrastuksiin ja asiakkaan aiempaan elämään, lisää vuorovaikutuksen avoimuutta ja hoitajien itsestä kertomista. Yhteinen mielenkiinnon kohde ja siitä puhuminen tuottaa osapuolten mukaan mielihyvää ja on innostavaa.

A3: jotkut puhuu lapsistaan tai koirista niin no yksi on käynyt täällä aika monta kertaa niin hän puhuu enemmän ja sit yks toinen joka ei oo käynyt kuin kaksi kertaa mutta meillä on semmonen yhteinen mielenkiinnon kohde josta aina jutellaan

H2: se kuinka innostuneesti asiakkaat kertoo omasta elämästään siis mä oon aina ollut kiinnostunut historiasta ja semmosesta elämästä mitä mä en ole itse elänyt musta on ihanaa hypätä heidän kauttaan siihen tarinaan elää ja nähdä sitä maailmaa heidän silmin ja sitten nähdä varsinkin se innostus kun niillä syttyy silmiin

Asiakkaiden ja hoitajien itsestä kertominen eroaa toisistaan. Asiakkaat kokevat hoitosuhteen suhteeksi, jossa vastavuoroisesti kerrotaan toisille omista asioista. Asiakkailla on myös joitain asioita, kuten raha- tai intiimiasiat, joista he eivät halua kertoa hoitajille. Hoitajat perustelevat vähäistä itsestä kertomistaan hoitosuhteen professionaalilla luonteella, jossa toisen osapuolen ei kuulu kertoa itsestään. Hoitosuhteen pituus ja yhteiset mielenkiinnon kohteet lisäävät itsestä kertomista. Mitä pidempi hoitosuhde on, sitä enemmän ja avoimemmin osapuolet kertovat asioistaan.

6.5.2 Negatiivista ja positiivista palautetta

Hoitosuhteessa osapuolten vuorovaikutus on välillä sulkeutunutta, mutta välillä myös hyvin avointa. Hoitosuhteelle luonteenomaisena näyttäytyy asioista suoraan puhuminen – molemmat osapuolet antavat toisilleen sekä negatiivista että positiivista palautetta. Suhteessa toista osapuolta kannustetaan, sanottua perustellaan ja viestintää mukautetaan toisen osapuolen ja tilanteen mukaan. Tämä lisää positiivisia tunteita ja vastavuoroisuutta osapuolten välillä. Negatiivinen palaute aikaansaa negatiivisia tunteita ja johtaa ristiriitatilanteeseen.

Puolet hoitajista on sitä mieltä, että asioista suoraan puhuminen on paras tapa toimia, vaikka sanoman sisältö olisi negatiivinen. Hoitajat puhuvat asiakkaalle suoraan sanoin erityisesti silloin, kun asiakas valehtelee tai vääristelee totuutta, esimerkiksi liittyen alkoholin käyttöön. Hoitajat myös huomioivat asiakkaiden erilaisuuden mukauttamalla viestintäänsä, jotta yhteistyö sujuisi paremmin ja jotta asiakkaat toimisivat hoitajan haluamalla tavalla. Vuorovaikutus muuttuu hoitajien mukaan niukemmaksi ja pidättyvämmäksi sellaisen asiakkaan kanssa, joka koetaan hankalaksi.

H1: joillekin pystyy vähän suurempaan sanoo esimerkiksi nää alkoholitit ja joillekin sitten tietysti vähän niinku perustella sitä minkä takia näin ei sais toimia ettei ihan niin vaan lätkäytä sitä

H6: semmonen asiakas jonka ei oikein meinaa tulla toimeen niin kyllä mä yritän ainakin itte aina lähtee siitä nollatilanteesta ehkä sen et sille ihmiselle sää et rupee ihan niin avoimesti puhumaan ehkä vaan sellasia perusasioita et ehkä se on sit sellasta virallisempaa

Asiakkaille asioista suoraan puhuminen ei ole luontaista, vaan mieluummin he jättävät sanomatta asiansa. Puolet asiakkaista kertoo antavansa joskus suoraan negatiivista palautetta. Negatiivinen palaute kytkeytyy pääsääntöisesti hoitajien ammattitaitoon tai tapaan tehdä töitä. Asiakkaista kaksi mainitsee antaneensa joskus negatiivista palautetta väärin perustein ja tuntevansa mielipahaa tapahtuneesta, mutta eivät kuitenkaan ole kyenneet anteeksipyyntöön.

A5: jos mä oon joskus jollekin pahasti sanonut niin mulla on kyllä ollut mieleni paha jälkeen päin jos mä oon huomannut että mä oon väärässä ollut

Hoitajien kokemusten mukaan asiakkaiden antama negatiivinen palaute liittyy heidän ammattitaitoonsa tai hoitajan vertailemisen toiseen hoitajaan. Asiakkaat sanovat toisen olevan parempi kuin hoitaja, joka on paikalla. Negatiivinen palaute herättää paljon tunteita. Palautteenanto koetaan epäoikeudenmukaiseksi, ja se nostaa esiin vihan tunteita.

H1: silloin kun tulee haukkuja ihan suoraan niin kun haukutaan ja sanotaan että oot paska hoitaja etkä osaa mitään miten sä oot voinut edes tälle alalle päästä silloin se vetää ihan sitä vihaa kyllä tunteista se on se viha joka herää ja myös paha mieli

Positiivisen palautteen antaminen aikaansai sekä itselle että toiselle hyvän mielen. Sitä antoivat toisilleen niin asiakkaat kuin hoitajatkin. Hoitajat osoittivat arvostustaan kehumalla asiakkaita, asiakkaiden persoonaa tai tehtyä elämäntyötä. Asiakkaat antoivat hoitajille positiivista palautetta hoitotoimenpiteen teosta ja siitä, että hoitajat ovat hyväntuulisia.

H2: mä oon monesti sitten sanonut niille että te ootte elänyt pitkän elämän tehnyt töitä että nyt on oikeus tähän ja kaikkea ja yrittänyt nostaa sitä heidän itsetuntoa

H5: toiset antaa palautteen suoraan niin se on ihan mukavaa kuulla että on hoitanut asiat hyvin ja se justiinsa kun mä meen asiakkaalle ja se sanoo että oon oottanut niin tietää että on tarpeellinen ja hoitanut asiansa hyvin

Asiakkaat ovat kiitollisia hoitajien käynneistä ja antavat siitä myös positiivista palautetta. Kiitosten saaminen tuntuu hoitajista hyvältä, lisää työniloa ja keskinäistä yhteistyötä. Lisäksi asiakkaat kokevat itselleen tärkeäksi, että heiltä kysytään neuvoja ja he saavat niitä myös antaa. Yksi hoitajista kertoo arvostavansa asiakkaiden antamia elämänohjeita sekä pyrkii siihen, että asiakkaat tunsivat itsensä tarpeelliseksi.

H6: kun kattoo näitä mejän mummojakin niin ne ehkä kaipaakin sitä hei et joku tarvii välillä mua vaikket sä ehkä keskustele siitä asiasta sen kanssa mutta se että se saa niinku vaikka tsempata sua että nyt tänään sä näytät niin väsyneeltä että nyt tänään menet sitten päiväunille et ne saa ohjeistaa jotain muuta eikä se ohjeistus tuu aina sieltä toisesta suunnasta

Mukavaksi hoitajaksi asiakkaat kokivat empaattisen, iloisen ja puheliaan hoitajan. Hyväntuulisuus ja aktiivinen vuorovaikutus, jossa asiakas otettiin huomioon, lisäsi myös asiakkaiden avoimuutta.

A6: kun on puheliaampi hoitaja niin sitä ittekin nääs sitte innostuu ja saa niitten puheesta niinku semmosii vihjeitä niin voi jatkaa juttua siitä sitten

Hoitosuhteessa avoimuus näyttäytyy positiivisena ja negatiivisena palautteenantona. Negatiivista palautetta hoitajat antavat puhumalla suoraan asioista, vaikka asia olisikin asiakkaalle ongelmallinen. Asiakkaat antavat omasta mielestään vähän suoraan negatiivista palautetta. Hoitajat kokivat päinvastaisesti ja sanoivat asiakkaiden antavan negatiivista palautetta erityisesti hoitajan ammattitaitoon tai työtapoihin liittyen. Hoitosuhteessa annetaan paljon myös positiivista palautetta – asiakkaat kiittävät hoitajia ja hoitajat kehuvat asiakasta.

6.5.3 Koti mahdollistaa salaa toimimisen ja vallankäytön

Kotona asuessaan asiakkaiden on mahdollista toimia, miten itse haluavat. He eivät hoitajien mukaan noudata hoitajien antamia ohjeita, vähättelevät tai muuttavat niitä. Tämä ei ole mahdollista hoitajien mukaan laitoshoidossa, jossa asiakas on pääsääntöisesti ympärivuorokautisessa valvonnassa. Asiakkaan on helpompaa salata esimerkiksi alkoholin käyttöä, lääkkeidenottoa tai syömistään. Hoitajien mukaan lyhyellä hoitokäynnillä ei ole mahdollista nähdä asiakkaan kokonaistilaa tai edes sitä, mitä asiakas tekee tai jättää tekemättä ollessaan yksin kotona. Näin erityisesti silloin, jos asiakas ei kerro tai vääristelee totuutta tilastaan.

Asiakkaat valehtelevat hoitajien mukaan eniten lääkkeidenotosta, raha-asioista, syömisestä, liikkumisesta, omaisiin liittyvistä asioista ja alkoholin käytöstä. Asiakkaat häpeävät hoitajien mukaan alkoholin käyttöä ja tupakointia. Häpeä onkin yksi syy, jonka takia asiakkaat eivät kerro

asioista tai suoranaisesti valehtelevat. Toiseksi asiakkaat eivät kerro, vähättelevät tai valehtelevat hoitajien mukaan terveydentilastaan tai siinä tapahtuneista muutoksista, jotta eivät joutuisi sairaalaan. Kotona asuminen on asiakkaille tärkeää. Asiakkaat myös muuttavat puheitaan kohdatessaan eri terveydenhuollon ammattilaisia. Asiakkaat kertovat kotona hoitajille esimerkiksi terveydentilastaan jotain, mutta lääkärin vastaanotolla kertovat kaiken olevan hyvin. Valehtelu tai asioista kertomatta jättäminen aiheuttaa myös ristiriitatilanteita. Se turhauttaa ja raivostuttaa hoitajia.

H2: alkoholi on ainakin yks semmonen että mitä ne ei kerro näkee kuitenkin ihan selvästi että on ihan tillintallin ja sit sanotaan vaan että en oo mitään juonu

H1: kaikki asiakkaat ei oikeen niinku sano jos on ollut jotain erikoista et tulee sit selville myöhemmin et on ollutkin kauemmin aikaa tämmöstä et sit se ei vaan oo niinku sanonu vaan sanonut ”et kaikki on hyvin ja ei muuta” että mun mielestä nää on tärkeitä ja et pitäis niinku asiakkaiden puhua oikeesti sit niistä

Koti kontekstina mahdollistaa myös osapuolten tietynlaisen vallankäytön. Asiakkaan mielestä myös hoitaja voi toimia salaa asiakkaalta, kertomatta asiasta tai kysymättä asiakkaan mielipidettä. Asiakas koki, ettei hän saa määrätä omasta elämästään. Hoitajan salaa toimiminen tuntui asiakkaasta epämiellyttävältä ja pelottavalta. Koti mahdollistaa hoitajien mukaan myös asiakkaan vallankäytön, kun kotona ollaan kahden kesken ilman todistajia. Asiakas voi sanoa hoitajalle negatiivisia asioita, kuten arvostella hoitajaa tekemisiä tai persoonaa.

A4: sitte se hoitaja soitti acutaan ja tota ja sitte se soitti ambulanssin eikä se kysyny multa mitään ja kaikki tutkittiin ja mulla oli niin paha olo kun mä kattelin kello no ei mulle sillon tullu laskua

H4: se on helppoa sanoa pahasti avoimesti siellä kahden kesken et se on niinku et se on asiakkaalle jotenkin sellasta että että tota he niinku kokee siis sillai että harvoin harvoin asiakkaat pyytää anteeks sitä huonoa käytöstään

Koti tuo hoitosuhteeseen omat erityispiirteensä myös kertomisen näkökulmasta. Asiakas on suurimman osan ajasta kotona itsekseen, ei kontrollin alla niin kuin laitoshoidossa. Tämä mahdollistaa asiakkaan salaa toimisen vastoin hoitajien ohjeita sekä valehtelun hoitajille, koska hoitajat eivät tiedä, miten asiakas toimii yksin ollessaan. Koti näyttäytyy myös vallan areenana, kun siellä ollaan kahdestaan. Hoitajat voivat toimia asiakkaalta salaa vastoin asiakkaan tahtoa, ja asiakkaat voivat käyttäytyä niin sanallisesti kuin fyysisesti epämiellyttävällä tavalla.

6.6 Aika hallitsee hoitosuhdetta ja sen vuorovaikutusta

Terveystieteiden tutkimuksessa ammattilaisten ja asiakkaiden kohtaamisissa nousee usein esiin ajan vähyys ja kiireisyys. Kotihoidossa aikakäsitys nousee erityisesti esiin, koska hoitokäynnin aika on tarkoin määritelty. Asiakkaan tullessa kotihoidon asiakkaaksi hänelle määritellään hoitosuunnitelmassa käyntiajan pituus ja se, miten usein asiakkaalla käydään. Kotihoidossa hoitajat mittaavat käyntiajan tullessaan ja lähtiessään älypuhelimella asiakkaan ovenpielessä olevan lukijan avulla.

6.6.1 Hoitoaika on liian lyhyt

Hoitoaika ja hoitajien kiire näyttävät asiakkaille negatiivisena asiana. Suurimmaksi ongelmaksi kaikki asiakkaat mainitsivat hoitokäynnin lyhyden. Hoitajilla ei ole aikaa jutella, vaan aika menee pelkästään hoitotoimenpiteen tekoon. Näin tapahtuu erityisesti uusien hoitajien kanssa.

A2: siinä ei paljoo siinä kymmenessä minuutissa niin siinä ei paljoo kerkiä juttelee mitään asioita ku tänäänki kysyin tältä jotain niin se sano et on lähettävä jo seuraavaan paikkaan

A3: se kaksikymmentä minuuttia on niin pieni aika että just varsinkin jos tulee sellanen hoitaja joka ei osaa niin ei siinä jää paljon aikaa jutteluun ku pitää sitä neuvoo

Itse hoitoaika synnyttää epäätietoisuutta, pelkoa ja myötätuntoa. Asiakkaat ovat epäätietoisia oman hoitoajan pituudesta tai siitä, mitä tapahtuu, jos sovittu aika ylittyy. Ajan ylittyminen aiheuttaa pelkoa siitä, että joutuu maksamaan enemmän, mutta myös pelkoa siitä, että hoitaja saa työnantajalta huomautuksen, jos aika ylittyy.

A5: ne leimaavat kännykkänsä tohon ovipielen että kyllä se aika jollain lailla otetaan aikaisemmin kyllä tuntu että ei niillä oo mitään kiiruutta mutta nyt niillä tuntuis niinku paremmin olevankin

Toinen suuri ongelma on asiakkaiden mielestä hoitajien tuloajan vaihtelu eri päivinä, ajan muuttaminen tai siihen vaikuttaminen. Asiakkaat eivät tiedä tarkkaa aikaa, milloin hoitaja tulee. Asiakkaalle sanotaan esimerkiksi, että hoitaja tulee aamupäivällä. Hoitajat voivat tulla eri aamupäivinä eri aikaan, jolloin asiakas joutuu odottamaan hoitajaa ja muuttamaan omia rutiinejaan. Asiakkaiden esittämiä toiveita hoitajan tuloajasta ei palveluntuottaja pysty huomioimaan, jolloin asiakas ei voi sopia omia menoja tiettyyn aikaan päivästä.

A4: kun mä jourun niiden aikoja sit siirtelee kun on jotain muuta niin siitä ne ei tykkää niitä on siis muutama hoitaja jotka ei tykkää kun aikoihin puututaan mutta en kai mä voi omaa almanakkaa aina järjestää niiden mukaisesti

Kiire näkyy ja siitä puhutaan. Asiakkaat vaistoavat hoitajien olevan kiireisiä. Jotkut hoitajista kertovat asiakkaille kiireestään, ja ovat samalla pahoillaan siitä, että ei ole aikaa jutella. Kiire ilmenee asiakkaiden mielestä myös hoitajien epäystävällisenä käytöksenä, empatian puuttumisena ja hoidon sujumattomuutena. Asiakkaat kokevat, että heitä ei nähdä kokonaisena ihmisenä, vaan suoritettavana hoitotoimenpiteenä.

A3: toiset rupee heti sitten kun on saatu se hoito tehtyä niin sit ne rupee heti räpläämään sitä puhelinta kauheen kiireellä kato sitä raporttia mitä he on tehnyt että kyllä sen kiireen niinku näkee

A6: en tiedä näistä kotihoidon hoitajista että miks ne on vähemmän ystävällisiä sairaalassa työskenteleviin verrattuna vai onks niillä vaan niin jumalaton kiire joka lyö leimansa sit siihen

Kaikki asiakkaat mainitsevat tuntevansa syyllisyyden tunteita siitä, että vievät hoitajien aikaa. Tämän takia he olivat vähäpuheisia ja yrittivät jouduttaa omalta osaltaan hoitotoimenpiteitä. Ajan säästämiseksi omaa käyttäytymistä ja puheita mukautettiin hoitajan mielentilan mukaan. Vaikka asiakkaat kokevat hoitoajan olevan liian lyhyen ja kiireen olevan läsnä kohtaamisissa, niin kiire tai myöhässä tuleminen saa osakseen myös ymmärrystä, auttamishalua ja sääliä. Asiakkaat säälivät ja ymmärtävät, että hoitajilla on paljon töitä, minkä takia haluaisivat olla jotenkin avuksi. Lähes jokainen haastateltavista asiakkaista kuitenkin mainitsee olevansa kiitollinen, että edes joku käy, vaikka kiireisesti. Tilanne voisi olla huonompikin, sanovat asiakkaat.

A4: voi ku vois helpottaa niitä tyttöjä ettei niitten tarttis juosta niin kauheesti eikä niiltä vaadittais niin kamalasti kuin niiltä monelta ny vaaditaan

Asiakkaiden mielestä hoitoaika on liian lyhyt, mikä rajoittaa vuorovaikutusta. Hoitoaikaan ei ole myöskään mahdollista vaikuttaa, mikä puolestaan rajoittaa asiakkaan sosiaalista elämää. Hoitajien kiireisyys nostaa esiin moninaisia tunteita, niin ärtymystä kuin myötätuntoa.

6.6.2 Kiire aikaansa haasteita hoitosuhteeseen

Hoitajista jokainen koki, että aikataulu aiheuttaa haasteita. Heidän mielestään aikataulu on liian tiukka ja aika asiakkaan luona on liian lyhyt. Hoitoaika kuluu useimpien hoitajien mielestä pelkästään hoitotoimenpiteiden tekemiseen, asiakkaiden huomiointi ja keskustelu asiakkaalle tärkeistä asioista ei ole mahdollista. Yksi hoitajista mainitsee päinvastaista sanoessaan saavansa palautetta siitä, että ehtii asiakkaan kanssa keskustelemaan.

H6: ei toi minuuttiaikataulu nyt mukavaa ole ja monestihan ne on aika tiukkoja aikoja kun voidaan olla se ainoa ihminen jonka ne näkee päivässä elikkä sitä puhetta riittäis ja huomiota haluttais ja laskettu aika on niin että se riittää siihen että tehdään ne aamutoimet ja annetaan lääkkeet

Haasteita aiheuttavat myös erilaiset poikkeustilanteet, jotka vaativat hoitajan pidempää läsnäoloa kuin määritelty hoitoaika. Tämä aikaansaa syyllisyyden tunteen, kun aikaa ei ole riittävästi ja kun aikaan ei pysty vaikuttamaan. Tällöin pois lähteminen ja asiakkaan yksin jättäminen on vaikeaa ja aikaansaa syyllisyyden tunteita. Lähteminen asiakkaan luota määritetyssä ajassa on kuitenkin välttämätöntä, jotta hoitaja pysyy annetussa aikataulussa.

H6: sit jos se on jäänyt sillai et sä oot vaikka saanut sitä rauhoiteltua ja näin pois päin mutta se jää vähäksi aikaa mieleen pyörimään... niin sulla saattaa tulla myöhemmin työvuoron aikana et pitäiskö mun ny soittaa sille tai sitten kun sä saat sen viimeisen iltatyön tehtyä niin et pitäiskö sinne tehdä lisäkäynti tai pitäiskö mun nyt soittaa ja varmistaa että on kunnossa

Asiakkaat saattavat myös pyytää anteeksi sitä, että vievät kiireisen hoitajan aikaa, mikä tuntuu hoitajasta epämiellyttävältä. Hoitaja voi olla ainoa ihminen, jonka asiakas kohtaa päivän tai viikon aikana. Vaikeinta on lähteä aikataulun mukaisesti, jos asiakkaalla on jotain normaalista poikkeavaa. Huoli asiakkaan pärjäämisestä vaivaa pitkään, ja hoitajalle tulee tunne heitteillejätöstä.

H2: hirveesti pyydetään anteeksi että on viety aikaa ja näin että tuntuu hirveen pahalta sillai kun ajattelee että miksi niiden pitää pyydellä anteeksi aikaa mutta se on että hekin on tiedostanut sen että meillä on kiireinen aikataulu

Tiukka aikataulu johtaa usein siihen, että hoitajat menevät asiakkaan luokse myöhässä, mikä aiheuttaa ristiriitatilanteita. Myöhästymisen seurauksena hoitajat saavat asiakkailta negatiivista palautetta, sanallista sättimistä. Tämä koetaan epäoikeudenmukaisena ja turhauttavana, koska syy ei ole hoitajassa, vaan ulkoisissa tekijöissä. Tällaisia ulkoisia tekijöitä voivat olla toinen asiakas, jonka kanssa mennyt suunniteltua pidempään tai työnantaja, joka aikatauluttaa toiminnan liian tiukaksi.

H3: silloin kun menen jostain syystä myöhässä asiakkaan luo ja saan sanallisen ryöpytyksen siitä et olen myöhässä silloin tosiaan mieleen tulee et nyt haluaisin kiljua jos vaan voisin se ei vaan ole reilua että se ryöpytyks kohdistuu hoitajaan senhän pitäis kohdistua kaupunkiin jonka pitäis palkata lisää hoitajia

Ajankäyttöön liittyvät myös asiakkaiden yhteistyökyky, maksajan rooli ja tapa, miten hoitaja ajan käyttää. Hoitajat näkevät ensinnäkin asiakkaat maksajan roolissa, joille on tärkeää, että hoitaja on

paikalla täsmälleen sen ajan, josta asiakas maksaa. Toiseksi asiakkaan yhteistyökyvyttömyys tuo lisähaasteita aikataulussa pysymiseen. Jos asiakas ei ole yhteistyökykyinen, vaatii se suunniteltua enemmän aikaa. Asiakkaan huono päivä aiheuttaa sen, että loppupäivän aikataulu ei pidä enää paikkansa, mikä ärsyttää sekä huolettaa hoitajia. Yksi hoitajista mainitsee, että saadakseen asiakkaan yhteistyökykyisemmäksi ja nopeuttaakseen työntekoaan, hän mielistelee asiakasta. Toinen hoitajista mainitsee saavansa asiakkaan yhteistyökykyisemmäksi suostuttelemalla, vetoamalla asiakkaalle tärkeisiin asioihin kuten kotona asumiseen. Yksi hoitajista sanoo käyntiajan ylittämisen olevan kuluttavaa, koska välillä tuntuu, että lähtee pois kesken kaiken. Hän mainitsee kuitenkin, että se, miten ajan käyttää ja miten itse käyttäytyy vaikuttaa siihen, miten riittäväksi asiakas kokee hoitajan käynnin.

H2: se millä tavalla sen ajan voi käyttää jos on vaikka käyntiaika 15 minuuttia jos hoitaja käy vain huikkaamassa tällai etäisesti ja tarkastaa että kaikki on ok niin sit asiakkaasta tuntuu että se on vaan käynyt minuutin siinä mutta jos sä istut siihen viereen ja no kai se 15 minuuttia menee äkkiä vaikkot siinä ehdi ihan kauheesti puhuu mutta se kokee että sä oot ollu tunnin siinä... se on se juur et miten se hoitaja tavallaan niinku tuo itsensä siihen tilanteeseen

Se, näkykö hoitajan kiire asiakkaalle, pohdituttaa hoitajia. Yksi hoitajista pohtii, vaikuttaako oma ripeä työskentelytapa asiakkaasta siltä, että hänellä on kiire, vaikka on saanutkin asiakkailta positiivista palautetta ripeästä toiminnasta. Hoitajat ovat myös kysyneet suoraan asiakkaalta, vaikuttavatko he kiireisiltä ja saaneet kieltävän vastauksen. Hoitajat ovat itse sitä mieltä, että kiire ei näy heistä ulospäin, vaan he pystyvät piilottamaan sen asiakkailta.

H5: ei mulle oo kuitenkaan kukaan koskaan sanonu että musta tulis semmonen vaikutelma että mulla olis kiire minnekään koska mä koen sen niinku että mä juttelen kuitenkin niille ja kuuntelen niitä mitä ne sanoo

Hoitajat käyttävät erilaisia keinoja peittääkseen kiireisen aikataulunsa. Tunnistaessaan asiakkaan tarpeen puhua, he kuuntelevat passiivisesti, ja miettivät ajatuksissaan aikatauluaan ja seuraavaa asiakasta. Hoitajat pyrkivät varmistamaan aikataulussa pysymisensä puhumalla paljon asiakkaan kanssa hoitotoimenpidettä tehdessään, jotta asiakas kokee tullessa kuulluksi. Tällöin hoitajan on mahdollista edes yrittää päästä ajoissa lähtemään.

H5: kun sulla on mennyt se viistoista minuuttia täyteen ja sit sä oot jo ollu siellä sen 25 minuuttia josta sä oot tehny sen 10 minuuttia sitä lähtöä se on mennyt siihen se aika mä yritän aina löytää siitä että nyt alkaa juttu loppumaan niin sit mä yritän siihen kohtaa sanoo ”no niin että hyvät illanjatkot ja tälleen”

mutta kun ei sieltä saattaa yhtäkkiä puskee taas uus juttu ja sitten oot ihan et aha ei vielä lähettykään sitte hymyilen ja kuuntelen

Hoitajien mielestä heillä ei ole riittävästi aikaa asiakkaille. Liian tiukka aikataulu korostuu erityisesti poikkeustilanteissa, jolloin hoitajille tulee tunne asiakkaan heitteillejätöstä. Kireää aikataulua hidastavat yhteiskyvottomät ja liian puheliaat asiakkaat. Kiireisyys ja myöhässä asiakkaan luokse tuleminen aiheuttaa ristiriitatilanteita. Kiirettä pyritään peittelemään, mutta esiin nousee myös intensiivisen läsnäolon merkitys, jolloin asiakas tuntee tullessa kuulluksi lyhyestä hoitoajasta huolimatta.

6.7 Ristiriitatilanteet ja niistä selviytyminen

Tässä luvussa tarkastellaan, miten hoitajat kokivat asiakkaiden kanssa syntyneet ristiriitatilanteet ja millaisia vaikutuksia ristiriitatilanteilla oli seuraavaan kohtaamiseen asiakkaan kanssa. Lisäksi esitellään selviytymiskeinoja, joita asiakkaat ja hoitajat käyttivät selvitäkseen ristiriitatilanteista.

6.7.1 Ristiriitatilanteet kertautuvat

Ristiriitatilanteiden syitä esittelin jo aiemmissa luvuissa, vuorovaikutukseen kytkeytyvien jännitteiden kohdalla. Ristiriitatilanteita hoitajien mukaan aiheuttivat tilanteet, jossa asiakkaat kyseenalaistivat hoitajien ammattitaitoa tai valehtelevat erilaisista asioista. Myös kiire, liiallinen läheisyys ja kotihoidon konteksti aiheuttivat ristiriitatilanteita. Hoitajat eivät noudata asiakkaan kotona olevia sääntöjä, eivätkä halua niin läheistä suhdetta asiakkaisiin kuin asiakkaat haluaisivat.

Asiakkaiden kokemukset ristiriitatilanteista kytkeytyivät hoitajan ammattitaitoon, väärin toimimiseen, myöhässä tulemiseen ja hoitajan käyttäytymiseen. Hoitajat loukkaantuvat, ärsyntyvät tai väittävät vastaan, jos asiakas neuvoo tai huomauttaa hoitajan työnteon tavoista tai tuloksesta. Hoitajan tullessa myöhässä tai ei-sovittuna aikana ärsyttää ja turhauttaa se asiakkaita. Se kytkeytyy myös asiakkaan kokemaan maksajan rooliin. Jotkut hoitajat ovat asiakkaiden mielestä pahantuulisia, tärkeilijöitä ja kärjistyneessä tilanteessa huutavat asiakkaalle.

Ristiriitoja asiakaskäynnillä synnyttävät asiat, jotka ovat tapahtuneet edellisellä käynnillä asiakkaan luona. Asiakkaat antavat negatiivista palautetta siitä, mitä joku toinen hoitaja on tehnyt tai jättänyt tekemättä. Hoitajat mainitsevat asiakkaiden yleistävän asioita liikaa. Jos asiakkaat ovat kokeneet edellisellä käynnillä olevan hoitajan olleen ammattitaidoton ja tehneen virheitä, niin kaikki hoitajat ovat samanlaisia. Tämä aiheuttaa sekä ärtymyksen että turhautumisen tunteita, koska asiat eivät liity sen hetkiselällä asiakaskäynnillä olevaan hoitajaan.

H2: kun sitä joutuu vastaanottamaan siis kaiken jos on jotain mennyt pieleen vaikka edellisellä käynnillä tai mitä tahansa niin itsestä tuntuu vähän höntiltä kun ajatellaan että se asiahan ei niinku se ei tavallisesti mua koske mutta se on aika raskasta mennä sinne ja sitten joutuu kuuntelee sitä kaikkee ja niinku tieksää kuunnella sitä saarnausta siitä että miks on joku on esimerkiks ollut myöhässä tai miks asiat ei oo mennyt niin kuin niitten olis pitäny mennä

Ristiriitatilanteet vaikuttavat hoitajiin eri tavoin. Hoitajat kertovat pyrkivänsä tietoisesti unohtamaan edellisen käynnin ristiriidat ja olemaan mahdollisimman neutraali. Asiakkaan mielentilaa tunnustellaan kevyellä jutustelulla ja kuulostellaan asiakkaan äänensävyä, minkä mukaan sitten mukautetaan omaa vuorovaikutusta. Edellisen kerran ristiriidasta ei puhuta ja omat negatiiviset tunteet pyritään piilottamaan asiakkaalta.

H6: mä menen sillai varovaisemmin ja yritän että saatais niinku ei nosteta kissaa silloin pöydälle ei lähetä heti penkoo sitä auki vaan yritetäänkin ehkä mennä sillee vähän lämpösemmin ja tasasemmin sinne ja varovaisemmin et hei että voisinks mä tulla tänne ja oisko nyt parempi päivä

H2: sitte se että sä yrität koko ajan muistaa että tämä ei ole henkilökohtaista että se asiakkaassa itsessä jotain ja että tämä ei ole sinusta johtuvaa ja sitten yrittää pohtia mieluummin vähän sillai että unohtaa ne omat että mitä tunteita tai reaktioita joku minussa aiheuttaa ja yrittää niinku sivuuttaa ne

Hoitajat sanovat myös ristiriitojen painavan mieltä pitkään, ja vaikuttavan seuraavaan käyntiin ja omaan käyttäytymiseen. Kun oma tunnetila on asiakkaan luokse mennessä valmiiksi negatiivinen ja varauksellinen, synnyttää se helposti uuden ristiriitatilanteen. Hoitajat tunnistavat ammatillisuutensa kautta, että näin ei saisi olla, minkä takia he myös syyllistävät itseään omasta tunnetilastaan. Hoitajista kaksi pohtii oman toimintansa oikeellisuutta ja sen eettisyyttä.

H2: mä olen monesti miettinyt kun on ollut se tilanne et okei että pitäis vähän yrittää unohtaa ja mennä sillai puhtaat jauhot pussissa se on vaikeeta kyllä että kyllä se monesti menee sillai että on tavallaan valmiiksi piikit pystyssä niin sitten tavallaan itte aiheuttaa sen tilanteen ja taas tavallaan tekee sen tilanteen niin että me ollaan taas siinä ristiriitatilanteessa

Hoitajat ovat toisaalta myös optimistisia ja sanovat, että seuraava kerta voi olla erilainen ja ristiriitatilannetta ei synny. Kolmasosa hoitajista sanoo, että on tärkeää mennä mahdollisimman pian uudelleen asiakkaan luokse, jotta kynnyks kohdata asiakas ei nouse liian suureksi. Toisaalta on tilanteita, joissa hoitaja kokee, ettei voi kohdata asiakasta vähään aikaan.

H4: on ollu joku konflikti sen asiakkaan kanssa et et oikeesti ei pysty niinku kokoamaan itseään siihen että menis sinne ja hoitais sen asiakkaan niin tää voi olla ihan yhtä hyvä syy mun mielestä vaihtaa asiakasta toisen hoitajan kanssa

Ristiriitatilanteen syyt kytkeytyvät hoitajan ammattitaitoon ja tapoihin tehdä työtä, kiireeseen, läheisyyden ja etäisyyden pitämiseen sekä kotihoidon erityispiirteisiin. Ristiriitatilanne vaikuttaa hoitajien käyttäytymiseen ja vuorovaikutukseen seuraavalla käynnillä. Hoitajat pyrkivät piilottamaan todelliset tunteensa ammatillisen roolinsa avulla.

6.7.2 Asiakkaat mukautuvat ja vitsailevat

Asiakkaiden selviytymistä ristiriitatilanteessa luonnehtii tietynlainen kohteliaisuus, vaikeneminen ja hoitajan käytökseen ja vuorovaikutukseen mukautuminen. Hoitajien erilaiset persoonat ja käyttäytyminen hyväksytään, koska asiakkaat näkivät sen ikään kuin kuuluvan hoitosuhteeseen, asiakkaan omaan rooliin. He katsoivat myös ikänsä ja elämäkokemuksensa takia olevansa suvaitsevaisia. Tilanteeseen valmistautuminen helpottaa suhtautumista. Kun tuntee hoitajan ja hoitajan tavat toimia, on helpompi selvitä epämieluisista tilanteista tulevaisuudessa.

A1: se on semmonen höpöttäjä josta mä en siis välitä ollenkaan että semmonen turhan puhuja niin semmosta lässynlässy. mä kuuntelen vaan kyllä mä kestan sen sen verran enemmän ku oon nähny niin paljon ja oon tottunu kestäämään kaikenlaista

A5: mä oon yleensä koittanut olla semmonen niinku säälinen jutuissani etten mä niinku tahallani loukkaisi ketään sillai että se on tullut niinku kotoperua ja opetettu että eri ihmiset ajattelee eri tavalla eri asioista että ettei niitten kanssa kannata ruveta riitelemään

Vaikenemisella ja sanomatta jättämisellä pyritään siihen, että ristiriitatilannetta ei synny, tilanne ei jatku tai kärjisty. Vaikeneminen koetaan sivistyneeksi käytökseksi, ja sanomatta jättämisellä pyritään myös siihen, ettei saisi hankalan asiakkaan mainetta.

A5: en mä oo koskaan millään lailla ilmaissut näille hoitajille sitä että tota jos mulla jotain on hampaankolossa

Huumori oli yksi asiakkaiden selviytymiskeinoista ristiriitatilanteissa. Tilanteessa vitsailemalla pyritään yleisesti keventämään tunnelmaa, ja huumorin avulla myös kyettiin ilmaisemaan negatiivisiakin asioita. Yksi asiakkaista mainitsee selviytyvänsä tilanteista käyttämällä sarkastista huumoria.

A4: kyllä mä niitä hoitajia aina pysäyttelen välillä sanomalla tiukemminkin mutta mä heitän sen huumoripohjalta että jos ne suuttuu niin saa suuttua

A6: jos tänne tullaan oikein tuihtupäänä niin mä sanon et mene ulos vähä niinku puolileikillään

Yhtenä asiakkaiden selviytymiskeinona voidaan pitää heidän oikeuttaan kieltää tietyn hoitajan käynnit. Jos yksittäisen hoitajan toiminta tai tilanne on tuntunut sietämättömältä, niin asiakas on reklamoinut asiasta esimiehelle, minkä seurauksena kyseinen hoitaja ei enää käy asiakkaan luona.

6.7.3 Hoitajat uhkailevat ja toimivat

Hoitosuhteen koettiin sisältävän moninaisia ristiriitatilanteita, joista hoitajat pyrkivät selviytymään eri tavoin. Hoitajien ristiriitatilanteiden selviytymiskeinoista muodostui erilaisia keinoja yhdistämällä viisi pääluokkaa: toiminta, uhkailu, vuorovaikutus, tunteet ja kollegat. Selviytymiskeinoista uhkailu oli käytetyin keino ja siihen kytkeytyi vahvasti vetoaminen johonkin. Hoitajat vetosivat pääasiassa joko auktoriteettiin tai johonkin asiakkaalle tärkeään asiaan. Auktoriteetti, johon useimmiten vedottiin, oli lääkäri. Kun lääkäri oli esimerkiksi määrännyt tietyt lääkkeet, niin ne myös täytyy ottaa. Toisaalta myös uhkailtiin seurauksilla, jos ei lääkärin antamia ohjeita noudateta. Hoitajat vetosivat myös johonkin asiakkaalle tärkeään asiaan, kuten terveydentilaan, omaisiin tai kotona asumiseen. Tällöin uhkailtiin pääsääntöisesti sillä, mitä tapahtuu, jos asiakas ei toimi hoitajan haluamalla tavalla.

H3: yksi asiakas, jonka pitäisi liikkua päivittäin ja se ei kuitenkaan liiku niin silloin mä vetoon seurauksiin sellasiin asioihin jotka on sille asiakkaalle tärkeitä yleisin on se oli sitten asia melkeen mikä hyvänsä niin se ettei asiakas voi enää asua kotona jos ei tee näin tai noin se on asiakkaille kuitenkin kaikkein tärkein asia mitä haluavat se että voi ja pystyy asumaan kotona

H5: lääkkeittenkin kanssa mä aina yritän painottaa että ne on kuitenkin tärkeitä lääkkeitä ja lääkäri on ne määrännyt että kyllä ne olis hyvä ottaa, ettei satu mitään

Toiseksi yleisin selviytymiskeino oli toimintaan kytkeytyvä. Ristiriitatilanteissa hoitajat nopeuttivat työntekoaan päästäkseen nopeammin lähtemään tai asiakkaan huomio pyrittiin kiinnittämään johonkin toiseen asiaan omaa toimintaa tai puhetta vaihtamalla. Näin pyrittiin sivuuttamaan ristiriitatilanne. Kärjistyneissä tilanteissa tai asiakkaan ollessa selkeästi aggressiivinen paettiin paikalta.

H2: vaikka tuntuu että oot päättä myöten ihan hermot ihan kireellä ja tuntuu että tää on kyllä niin sietämätön tilanne niin on vaan vedettävä siis vähän niinku laskettava kymmeneen ja vedettävä henkee ja yritettävä keksiä joku muu aihe esimerkiksi että kiinnittää huomio ihan muualle suoraan sanottuna niinku sivuuttaa se asia

Ristiriitatilanteen tunnelmaa myös yritettiin keventää huumorin avulla, kuitenkin vähemmässä määrin verrattuna asiakkaisiin. Lisäksi asiakasta yritettiin mielistellä omaa käyttäytymistä, ja jopa persoonaa, muuttamalla. Itsenä olemisen katsottiin jonkun asiakkaan kohdalla olevan mahdotonta, koska silloin yhteistyö ei sujuisi ja hoito ei onnistuisi ainakaan määritetyssä ajassa.

Joidenkin asiakkaiden kanssa ristiriitatilanteita syntyy usein. Kaksi hoitajista mainitsee, että jos tuntee asiakkaan sekä asiakkaan tavat toimia, voi tilanteeseen valmistautua, jolloin kohtaaminen on helpompaa. Valmistautumista on ammatillisen roolin taakse vetäytyminen, itsensä rauhoittelu ja ”sparraaminen”.

H1: kun sinne menee niin sit se on huonolla tuulella ja kaikki on huonosti ei siitä ainakaan mulle itelle tullut mitenkään semmosta niinku että no voi ei mä joudun taas menee sinne kun se on niin huonotuulinen et kun siihen oli jo niinku valmistautunut ja tietää sen jo minkälaista se on niin ei sitä niinku ottanut siitä mitenkään millään tavalla itteensä

Kolmas selviytymiskeino kytkeytyi vuorovaikutukseen. Ristiriitatilanteessa ollessa hoitajat alkoivat puhumaan ainoastaan hoitoon liittyvistä asioista, vapaamuotoinen jutustelu lopetettiin. Puhe oli niukkaa, neutraalia ja asiallista. Jotkut hoitajista puolestaan lopettivat puhumisen kokonaan, jotta eivät pahentaisi tilannetta sanomisillaan.

H1: sit kun oikeesti käy tällainen riita niin sit ei kyllä puhuta mistään muusta kun vaan näistä työjutuista ja loppukäynti sitte voi olla semmosta hiljasta

H2: jos asiakas sanoo jotain niin oppii niinku kuuroutumaan sille asialle et jos sä lähet siihen mukaan niin se on sitten semmosta väittelyä se menee vaan hankalammaksi se tilanne et oon oppinu sen että kaikkein helpommalla pääsee kun nyökkäilee vaan ja antaa asian olla ja jatkaa sen työn tekemistä

Ristiriitatilanteissa hoitajat tunsivat moninaisia negatiivisia tunteita kuten turhautumista, vihaa, epätoivoa ja pelkoa. Tunteita käytettiin myös selviytymiskeinona, jolloin hoitajat ikään kuin etäännyttivät itsensä tilanteesta. He kuvasivat tuntevansa kylmyyttä, minkä avulla he pystyivät sivuuttamaan tilanteen tai toimimaan konemaisesti ilman voimakkaita tunteita. Hoitajat myös näyttelivät sellaisia tunteita, joiden avulla arvioivat selviänsä ristiriitatilanteesta. Toisaalta he myös epäilivät, että todelliset negatiiviset tunteet näkyvät asiakkaalle eleissä ja ilmeissä.

H1: kun on niin sanotusti hermostunut tai niinku semmonen tunne niin varmaan se tempokin töissä sitten nopeentuu mutta varmasti myös kasvoiltakin huomaa kyllä musta jos kunnolla ihan sitten kattoo

niin varmasti kyllä huomaa jotain sitten tietysti parhaani mukaan yritän peitellä mutta se että ei sekään aina onnistu

H2: sitten yrittää pohtia mieluummin vähän sillai että unohtaa ne omat että mitä tunteita tai reaktioita joku minussa aiheuttaa ja yrittää niinku sivuuttaa ne

Viides keino selvittää ristiriitatilanteista on mahdollisuus hyödyntää kollegan ammattitaitoa ja kokemusta sekä saada tukea omalle toiminnalle ja päätöksille. Vertaistuki koettiin tärkeäksi, koska haastavien tilanteiden jälkeen on tarve saada kertoa jollekin tapahtuneesta. Kollegalle kertomisella haettiin myös tietynlaista hyväksyntää omalle toiminnalle.

H4: mehän tehdään töitä siis yksin ja siis se on niinku tavallaan se tiimi on sit se mistä täytyy hakee se henkinen tuki ja turva et on se sitten joskus se tilanne se et tulee asiakkaalta ulos ja sä mietit että ketäs tänään oli töissä et mä soitan jollekin et mun on pakko saada purettua et mitä niinku tapahtu

Hoitajilla mahdollisuus saada tukea myös esimieheltä. Työjärjestelyjä tekemällä on mahdollista, että hoitaja voi pitää taukoa tietyn haastavan asiakkaan luona käymisessä. Hoitajat voivat myös vaihtaa keskenään asiakaskäyntejä, jos tilanne tietyn asiakkaan kanssa tuntuu ylitsepääsemättömältä ja seuraava käynti liian haasteelliselta oman jaksamisen näkökulmasta katsottuna.

H2: kyllä niitä tilanteita on ollut mutta siinä vaiheessa olis sitte hyvä mennä ihan esimiehelle sanoo että nyt mä en vaan jaksa ja sitten ei vähän aikaa käy ollenkaan sillä asiakkaalla

Asiakkaat selvisivät vuorovaikutustilanteista vaikenemalla, mukauttamalla omaa toimintaansa, valmistautumalla ja käyttämällä huumoria. Myös hoitajat käyttivät huumoria ja valmistautuivat seuraavaan kohtaamiseen hallitsemalla tunteensa, mutta myös vetäytymällä ammatillisen roolinsa taakse. Asiakkaan uhkailu, toimintaan fokuoituminen, vuorovaikutuksen mukauttaminen ja tunteiden hallinta olivat hoitajien selviytymiskeinoista yleisempiä. Selviytymiskeinot tuovat esiin myös hoitosuhteen asymmetrian, jossa asiakas oli ristiriitatilanteissa enemmän myötäilijä, kun taas hoitaja puolestaan nojasi ammatillisuuteen, joka mahdollisti tietynlaisen vallankäytön, kuten uhkailun ja keskittymisen vain hoitotoimenpiteeseen asiakkaan sijasta.

7 POHDINTA

7.1 Yhteistyökykyisyys – yhteistyökyvyttömyys -jänniteparin ulottuvuudet

Yhteistyökykyisyys – yhteistyökyvyttömyys -jännitepari kuvaa professionaalisen suhteen asymmetriaa. Jänniteparia ilmentävät sellaiset ulottuvuudet kuin asiantuntijuus, päätösvalta sekä autonomia – riippuvuus ja palvelun tuottaja – maksaja -dilemmat. Jänniteparia voidaan peilata Baxterin ja Montogomeryn (1993) esittelemään uutuus–ennakoitavuus -jännitteeseen, sillä hoitajien vuorovaikutustapa hoitosuhteessa on ennakoitava, kuten esimerkiksi hoitajien jutustelu arkisista asioista ja kuulumisten kysely. Myös Tracyn ja Naughtonin (2000, 63) tutkimustulosten mukaan hoitajat harjoittivat ns. ”Small talkia”, jutustelua. Se auttaa saavuttamaan sosiaalisia tavoitteita, kuten yhteyden rakentamista, hyväksynnän saantia ja toisen osapuolen näkökulman tunnistamista. Jutustelu, jonka hoitajat katsoivat tässä tutkielmassa kuuluvan asiakaslähtöisyyteen, luo pohjaa osapuolten yhteistyölle. Jutustelu oli tärkeää myös asiakkaille. Jännitteen vastakohtaan, uutuuteen, voi kytkeä suhteessa tapahtuvan kamppailun asiantuntijuudesta. Asiakkaat kokevat itsensä tasavertaisina osajina ja hoitajien neuvoina, mikä ei ole ominaista professionaalille suhteelle (vrt. Ruusuvuori, 2002, Burgoon ym., 1987).

Jänniteparissa nousi vahvasti esiin se, miten osapuolet positioivat itsensä ja toisensa suhteessa. Tämä on peilattavissa Gerlanderin (2003) esittelemään relationaalisen etäisyyden ja läheisyyden dialektiikkaan, jonka ydinajatus on se, miten osapuolet asemoituvat vuorovaikutussuhteessa toisiinsa ja itseensä ja millaisen suhteen he tällöin rakentavat. Hoitajat näkevät tässä tutkielmassa itsensä paljolti ammattiroolinsa kautta, mikä korostaa sitä, miten he kokevat oman roolinsa ja professionaalisen suhteen asymmetrian. He käyttivät haastatteluissa harvemmin minämuotoa kuin sanaa hoitaja. Heidän mukaansa hoitajat tekevät ja sanovat asioita. Lisäksi he esittivät ajatuksia ja oletuksia siitä, mitä ja miksi asiakkaat tekevät tai sanovat jotain. Asiakkaat kategorisoitiin potilaan rooliin, joka ottaa hoidon vastaan, mutta myös toimii yhteistyökyvyttömästi. Asiakkaat asemoivat itsensä yhteistyökykyisiksi ja itsenäisiksi toimijoiksi, jotka tietävät, päättävät ja maksavat. Hoitajat koettiin yhteistyökyvyttömiksi ja palvelun tuottajaksi, josta asiakas kuitenkin on riippuvainen.

Professionaalisen suhteen määrittelyn mukaan toinen on suhteessa jonkin asian asiantuntija verrattuna toiseen (Gerlander & Isotalus, 2010). Hoitosuhteessa hoitaja on asiantuntija ja asiakas hoitoa vastaanottava. Toisaalta nykypäivänä puhutaan myös asiakkaan mukaan ottamisesta omaan hoitoonsa, päätöksentekoon sekä asiakaslähtöisyydestä ja itsemääräämisoikeudesta. Tämä tarkoittaa mielestäni suhteen osapuolten tasavertaisuuden lisäämistä, suhteen asymmetrian vähenemistä.

Tämän tutkielman tulosten mukaan kotihoidon hoitosuhteessa on vallalla näkymätön kamppailu asiantuntijuudesta. Molemmat osapuolet näkevät itsensä asiantuntijoina ja toisen osapuolen yhteistyökyvyttömänä.

Asiakkaan kokemaan asiantuntijuuteen vaikuttaa toimintaympäristö, oma koti. Asiantuntijuus ei tällöin näyttäyty hoitosuhteessa pelkästään tietona, asiakkaan kokemustietona tai hoitajan koulutuksen tuottamana tietona, vaan myös tapoina tehdä asioita. Asiakkaan tapa toimia kotona sisältää erilaisia rutiineja ja käytänteitä, jotka asiakas mieltää oikeaksi tavaksi toimia. Kun hoitaja toimii eri tavoin, on hän asiakkaan mielestä ammattitaidoton. Osapuolet siis mieltävät asiantuntijuuden eri tavoin. Toisaalta on huomioitavaa, että hoitajien asiantuntijuus ikään kuin lisääntyy asiakkaiden mielestä suhteen keston mukaan. Tämä johtunee siitä, että hoitajat ovat oppineet toimimaan asiakkaan kotona, tapojen ja sääntöjen mukaisesti. Huomiota institutionaalisesti määriteltyihin rooleihin pitäisi kiinnittää erityisesti hoitosuhteen alussa (ks. Mönkkönen, 2007, 84). Hoitajan roolin häivyttäminen antamalla tilaa asiakkaan asiantuntijuudella, joka pohjimmiltaan tarkoittaa asiakkaan tapaa toimia, vähentäisi valtakamppailua. Sitä on mahdollista vähentää dialogin avulla, kysyminen, kuunteleminen sekä oman epävarmuuden sanoittaminen saa asiakkaat tuntemaan itsensä tasavertaisemmiksi ja oman hoitonsa asiantuntijoiksi ja hoitajat tuntuvat yhteistyökykyisemmiltä. Dialogi vähentäisi myös hoitajien nykytilanteen haasteellisuutta, kun asiakkaita on enemmän, minkä takia täytyy opetella ja muistaa kunkin asiakkaan tavat ristiriitoja välttääkseen. Omaa asiantuntijuuttaan hoitajat voisivat tuoda esiin nostamalla oman näkökulmansa yhdeksi vaihtoehdoksi toimia, sitä hyvin argumentoiden, eikä ainoana oikeana tapana toimia. Neuvotteleva viestintätätyyli ja asioiden perustelu voivat saada asiakkaan myöntymään hoitajan ehdotukseen. Asiakas tuntisi kuitenkin osallistuvansa hoitonsa suunnitteluun ja päätöksentekoon, mikä kytkeytyy asiakaslähtöisyyteen ja itsemääräämisoikeuteen (ks. Heinola, 2017).

Asiantuntijuuteen kytkeytyvät institutionaaliset vastuut ja oikeudet sekä päätösvalta. Hoitajat kokivat olevansa suhteessa se osapuoli, joka on oikeutettu päättämään asioista. Päätösvaltaa hoitajat oikeuttivat omalla asemalla ja asiantuntijuudella, ja päätöksiä tehtiin vastoin asiakkaan tahtoa. Päätösvalta ilmeni asiakkaan mielipiteen sivuuttamisena tai vastoin asiakkaan tahtoa toimimisena. Tämä aiheutti myös päätöksenteon oikeellisuuden eettisyyden pohdintaa, koska asiakkaalla katsottiin olevan itsemääräämisoikeus omiin asioihin. Hoitajien vallankäyttö näyttäytyi tietoisena vaikuttamisena, virallisena asemaan perustuvana valtana, mutta myös positiivisena henkisenä vallankäyttönä, joka ilmeni määrätietoisena ohjaamisena ja suostutteluna (ks. Mäkisalo-Ropponen, 2011; Raatikainen 2015). Asiakkaista puolestaan puolet koki olevansa se, joka päättää asioista. Se,

onko asiakkaan kokema päätösvalta esimerkiksi vain eri mieltä olemista vai kykyä saada tahtonsa läpi, ei tule ilmi tämän tutkielman tuloksissa.

Päätösvaltaan kytkeytyy myös maksaja–palveluntuottaja dilemma. Asiakkaat kokivat, että maksavina asiakkaina heillä on oikeus päättää ja vaikuttaa asioihin yhteiskunnassa vallitsevan käytänteen mukaisesti. Tähän lisäpontta antaa konteksti, koti, jossa ihminen saa päättää omista asioistaan. Hoitajan, ja palveluntuottajaorganisaation, roolina on puolestaan tarjota asiakkaalle palvelu, josta asiakas maksaa. Asiakkaat kritisoivat kotihoidon käytänteiden toimimattomuutta ja peilasivat sitä omaan maksajan rooliinsa. Nämä maksajan ja palvelun tarjoajan ristiriitaisuudet aikaansaavat jännitteisyyttä osapuolten välille hoitosuhteessa. Asiaksmaksujen olemassaolo vahvistaa näitä rooleja, vaikka ne eivät kata todellisia kustannuksia. Puuttuva osa katetaan verotuloilla, joita myös kotihoidon asiakkaat ovat kerryttäneet. Julkishallinnossa ei välttämättä sisäistetä kapitalista ajatusmaailmaa, jossa maksava asiakas on oikeutettu saamaan palvelua ja päättämään palvelun sisällöstä. Nyt Tampereen kaupunki määrittelee itse luomiensa kriteereiden mukaan, mitä asiakas saa ja minkä pituinen esimerkiksi hoitoaika on.

Asiakkaiden yhteistyökyvyttömyys näyttäytyi hoitajille hoitokielteisyytenä ja verbaalisena aggressiivisuutena. Ne kertonevat asiakkaan tyytymättömyydestä asioiden tilaan. Tyytymättömyyttä hoitosuhteeseen ja sen vuorovaikutukseen vai kotihoidon käytänteiden toimimattomuuteen? Se, mitkä syyt asiakkaiden yhteistyökyvyttömyyttä aiheuttavat ei selvitetty tässä tutkielmassa. On myös huomioitava, että asiakkaiden yhteistyökyvyttömyys oli hoitajien kokemus. Jos asiakkailta kysyttäisiin asiaa, voisi vastaus olla toisenlainen. Asiakkaille hoitajien yhteistyökyvyttömyys näyttäytyi osaamattomuuden lisäksi kuuntelemattomuutena. Kuuntelemattomuuden kokemukset kertovat hoitajien viestintäkompetenssiin puutteista, erityisesti aktiivisen kuuntelun puuttumisesta, mikä näyttäytyy asiakkaalle tunteena, ettei hoitaja kuuntele ja ole läsnä kohtaamisissa. Toisaalta kokemus kuuntelemattomuudesta voi kertoa hoitajan kiireisestä aikataulusta, mikä kertoo järjestelmän toimimattomuudesta, ei yksittäisen hoitajan vuorovaikutustaidoista.

Hoitajien yhteistyökyky näyttäytyi professionaalisenä kohteliaisuutena ja asiakkaan arvostamisena. Lähtökohtana on asiakkaan auttaminen ja hyvinvointi, mikä tukee asiakaslähtöisyyttä. Hoitajien supportiivisuus ja empaattisuus paransivat yhteistyötä. Hoitajan rooliin kuuluu myös pystyä yhteistyöhön kaikkien asiakkaiden kanssa. Tätä toteutettiin osoittamalla kiinnostusta asiakkaalle tärkeisiin asioihin, kuuntelemalla sekä mukauttamalla omaa vuorovaikutustaan asiakkaan ja tilanteen mukaan (ks. Peltola ym., 2018). Yhteistyökykyisiksi asiakkaiksi hoitajat kokivat

omatoimiset ja asiakkaan rooliin asettuvat asiakkaat, jotka kuuntelevat ja toimivat ohjeiden mukaan. Asiakkaat määrittivät yhteistyökykyisen hoitajan aivan samoin kriteerein. Hoitaja, joka kuuntelee asiakkaan mielipiteitä ja ottaa neuvoja on asiakkaiden mielestä yhteistyökykyinen, ja saa myös asiakkaan yhteistyöhön. Osapuolet ovat samaa mieltä, mitä yhteistyökeskeisyys heille merkitsee, mutta miksi he eivät itse toimi omien kriteereiden mukaan. Kokemukset liittyivät hoitosuhteen asymmetriaan, jossa hoitaja haluaa pysyä asiantuntijana ja päättäjänä, kuten myös asiakas.

Yhteistyökykyyn kytkeytyy myös itsenäisyyden ja riippuvuuden ulottuvuus. Se, miten asiakkaat kokevat olevansa itsenäisiä toimijoita, mutta kuitenkin riippuvaisia hoitajista, vaikuttaa yhteistyön kokemuksiin. Tätä voi osittain peilata Levy-Stormsin ym. (2011) esittelemään huomioon ottaminen – ottamattomuus -jännitteeseen, jonka keskiössä oli potilaiden itsenäisyyden ja riippumattomuuden tarve ja jota hoitajat yrittivät ylläpitää sekä myös Gerlanderin (2003) esittelemään autonomisuuden ja riippuvuuden jännitteeseen, jonka fokuksena on osapuolten oikeudet ja velvollisuudet omaan ja toisten toimintaan. Tässä tutkielmassa se kytkeytyy erityisesti asiakkaiden kuvaamaan ”erityinen”-rooliin, jonka mukaan asiakkaat korostavat minäpystyvyyttään. He kokivat olevansa pystyviä ja osaavia hoitamaan omat asiansa ja osa koki palvelujen vastaanottamisen itselleen tarpeettomana. Oman pystyvyyden korostaminen liittyi asiakkaiden pelkoon joutua laitoshoitoon, jos he eivät ole riittävän pystyviä tai jos he antavat hoitajien tehdä asioita heidän puolestaan. Tämän pelon tunteen tunnistivat asiakkaiden lisäksi myös hoitajat.

7.2 Läheinen ja avoin – etäinen ja sulkeutunut

Professionaalisen suhteen asymmetrian dilemma näkyi myös läheisyyden ja etäisyyden sekä avoimuuden ja sulkeutuvuuden jännitepareissa. Tämän tutkielman läheisyyden ja avoimuuden jännitteet limittyivät toisiinsa tai ovat toistensa syy ja seuraus, ja ne olisi ollut mahdollista esittää myös yhtenä jänniteparina. Ne kytkeytyvät selkeästi myös Baxterin ja Montgomeryn (1996) esittämään relationaalisen dialektiikan perusjännitteeseen ilmaisu ja yksityisyys sekä suhteen luontaisesti kuuluviin sisäisiin jännitepareihin yhteys–erillisuus ja avoimuus–sulkeutuneisuus, joista jälkimmäistä voi tarkastella tässä tutkielmassa myös jänniteverkkona, johon sisältyy useita jännitepareja. Tällaisia jännitepareja ovat esimerkiksi ilmaiseminen ja suojaaminen (ks. myös Rawlins, 2000) sekä suoruus ja epäsuoruus. Aiemmat tutkimustulokset tukevat tässä tutkielmassa syntyneitä jännitepareja. Baitar ym. (2016) esittelivät neutraaliuden ja sitoutumisen jännitettä, Levy-Storms ym. (2011) toisen tuntemisen ja välimatkan ylläpitämisen jännitettä sekä Gerlanderin (2003) kertomisen ja suojaamisen sekä relationaalisen etäisyyden ja läheisyyden dialektiikan jännitepareihin, jotka voidaan nähdä samankaltaisena kuin tämän tutkielman läheisyys–etäisyys -

jännitepari sekä osittain myös avoimuus ja sulkeutuvuus jännitepari. Tämän tutkielman avoimuus–sulkeutuvuus -jännite tukeutuu kuitenkin vahvimmin Baxterin ja Montgomeryn (1996) samannimiseen jännitteeseen.

7.2.1 Ystävä vai hoitaja – emäntä vai asiakas?

Institutionaaliset käytänteet määrittelevät osapuolten näkemyksiä hoitosuhteen läheisyydestä. Hoitajat haluavat säilyttää professionaaliset kasvonsa ja pitää etäisyyttä asiakkaisiin. Asiakkaat haluavat tai kokevat hoitosuhteen olevan läheisempi kuin tällä hetkellä. Asiakkaille on tärkeää, että kotona käyvä hoitaja on heille tuttu, mikä ei välttämättä toteudu nykyisessä kotihoidon käytänteessä, jossa ns. omahoitajuutta ei enää ole. Tämä läheisyyden ja etäisyyden dilemma, yksityisyyden rajojen hallinta, aiheuttaa sekä tyytymättömyyttä että ristiriitoja.

Hoitajat perustelevat etäisyyden pitämistä rooliinsa vedoten, hoitosuhde ei voi olla täysin ystävyysuhteen kaltainen. Tämä on ristiriidassa Piercyn (2000) esittämien tulosten kanssa, joiden mukaan hoitajat kuvasivat hoitosuhdetta ystävyysuhteeksi tai kokivat olevansa vielä läheisempiä, kuin perheenjäseniä. Toisaalta etäisyyden pitämisessä voi olla kyse myös vallankäytöstä omaan positioon vedoten tai toisaalta myös asiakkaan tunnetilojen hallinta. He sanovat itse suhteen, mutta myös vuorovaikutuksen muuttuvan, jos suhde kehittyy liian läheiseksi. Interpersoonallisissa suhteissa vastavuoroisuus on oleellista. Tätä vastavuoroisuutta asiakkaat odottivat hoitajilta, koska itse kertoivat henkilökohtaisista asioista ja myös koti kertoo asiakkaasta ja hänen historiastaan. Vastavuoroisuus ei toteudu, sillä hoitajat kertoivat itsestään vähän tai hyvin yleisluontoisesti. Vastavuoroisuuden merkitys asiakkaille nousi esiin myös Peltolan ym. (2018) tutkimuksessa sekä Holmbergin ym. (2012) kotihoidon kontekstissa tehdyssä tutkimuksessa. Läheisyyden näkökulmasta osapuolten yksityisyyden rajat poikkeavat toisistaan, mikä tukee Petronion (1991) yksityisyyden hallinnan teoriaa, jonka mukaan ihminen säätelee antamansa tiedon määrää sääntöjensä mukaisesti. Tässä takana ovat lähinnä institutionaaliset säännöt, jotka ohjaavat hoitajan toimintaa.

Hoitosuhde ei mielestäni ole sama kuin ystävyysuhde, mutta sitä voisi luonnehtia tuttujen väliseksi suhteeksi. Tuttujen ihmisten kanssa puhumme henkilökohtaisista asioista, mutta emme kuitenkaan samantasoisella syvyydellä kuin ystävien kanssa. Hoitajat voisivat kertoa enemmän omista mielenkiinnon kohteistaan, mielipiteistään ja vapaa-ajastaan, mikä voisi olla ihan riittävä asiakkaiden odotuksiin nähden. Vastavuoroisuus toteutuisi, keskinäinen luottamus ja avoimuus paranisivat.

Liian läheinen suhde asiakkaisiin voi johtaa hoitajien mukaan myös siihen, että asiakas tukeutuu, kiintyy tai ripustautuu hoitajaan liikaa. Se, onko asiakkaan tukeutuminen ja kiintyminen välttämättä huono asia, pohdituttaa. Tukeutumisen ja kiintymisen mahdollisuus voi parantaa asiakkaan turvallisuuden tunnetta sekä vuorovaikutuksen avoimuutta ja aitoutta, mikä puolestaan vaikuttaa positiivisesti luottamuksen rakentumiseen. Ongelmaksi voi muodostua, jos asiakas olettaa myös hoitajan kiintyvän asiakkaaseen ja näin ei tapahdu. Toisaalta intensiivinen ja supportiivinen vuorovaikutus, empaattisuus sekä asiakkaan huomioiminen kokonaisvaltaisena ihmisenä (ks. Holmberg ym. 2012; Lindahl ym. 2010), ei vain asiakkaana, voi olla riittävä kiintymyksen osoitus asiakkaan mielestä.

Osapuolten läheisyyttä edistää yhteenkuuluvuuden tunne, joka syntyy osapuolten yhteisistä kiinnostuksen kohteista tai kokemuksista (ks. Burgoon, 1987). Yhteiset asiat eivät liittyneet hoitotyöhön, vaan ovat pikemminkin piirre läheisestä suhteesta, ystävydestä. Samaistuminen ja yhteisten kokemusten jakaminen ei mielestäni murra hoitajan professionaalaisia kasvoja, vaan tekee hoitajasta ihmisen, persoonan, jota asiakkaan on helpompi lähestyä. Yhteenkuuluvuuden tunne ei toteudu kaikkien kanssa, mikä voi johtaa eriarvoisuuteen. Hoitajista puolet sanoi, että itsestä kertominen on asiakaskohtaista. Toisille asiakkaille kerrotaan avoimemmin ja enemmän omista asioista kuin toisille. Levy-Stormsin ym. (2016) tutkimustulosten oikeudenmukaisuus–suosikki -jännite kuvaa samankaltaista tilannetta. Jostain henkilöstö pidetään enemmän kuin toisesta, mikä vaikutti vuorovaikutukseen ja yhteistyöhön ja minkä asiakkaat kokivat epäoikeudenmukaisena.

Tätä ristiriitaisuutta, läheisyyden ja etäisyyden välillä tasapainottelua, vaikeuttaa konteksti, jossa asiakas ei välttämättä toimi asiakkaan perinteisessä roolissa vaan isäntänä tai emäntänä. Asiakkaat kokevat olevansa kotona tasavertaisia hoitajan kanssa. Hoitajista puolet kokee olevansa kyläilevän vieraan roolissa mennessään asiakkaan kotiin, mikä on ristiriidassa hoitajien ilmaiseman etäisyyden ylläpitämisen kanssa. Aiempien tutkimusten (Trojan & Yonge, 1993; Öreland ym. 2008; Lantz, 2007, Holmbergin 2012 mukaan) mukaan kotihoidossa on nähtävissä selkeät roolit, asiakas on emäntä tai isäntä ja hoitaja vieras. Tästä poikkeaa Holmbergin (2012) Ruotsissa tekemä tutkimus, jossa asiakas on potilas ja hoitaja ammatillista tehtävänsä suorittava henkilö. Tämä tutkielma asiakkaiden osalta noudattaa aiempia tutkimuksia, kumoten hieman yllättäenkin Holmbergin tulokset, jossa kotihoidon konteksti rakenteineen ja käytänteineen voisi ajatella olevan samankaltaiset kuin Suomessa. Hoitajien kokemukset hajaantuvat puoliksi ja sopivat täten aiempiin tutkimuksiin, kertoen kuitenkin siitä, että hoitajat ovat epävarmoja ja -tietoisia roolistaan.

7.2.2 Pitkäkestoinen hoitosuhde – luottamus ja avoimuus lisääntyvät

Pidempään jatkuneessa hoitosuhteessa vuorovaikutuksen avoimuus ja keskinäinen luottamus paranivat. Tämä on peilattavissa kaikkiin interpersoonallisiin suhteisiin sekä myös relationaalisen dialektiikan ydinkäsitteeseen, muutokseen, jonka mukaan suhde muuttuu ja liikkuu jatkuvasti. Hoitosuhteen kehittyminen ja muutos näyttäytyivät molemmille osapuolille positiivisena asiana. Osapuolten tuntiessa toisensa paremmin yhteistyö parani ja ristiriidat vähenivät.

Hoitosuhteen alussa hoitajat havainnoivat asiakasta ja kontekstia. Vuorovaikutus oli varovaista ja sulkeutunutta. Väärinymmärryksiä syntyi, kun toista osapuolta ei tunnettu. Luottamuksen rakentumista rapauttivat väärinymmärrysten lisäksi (ks. Ikonen, 2015) se, että asiakkaat valehtelivat tai jättivät kertomatta asioita terveydentilastaan, mikä taas on riski hoitotuloksen näkökulmasta. Lisäksi uudet asiakkaat ovat hermostuneita ja varautuneita, mikä puolestaan kertoo turvallisuuden tunteen puuttumisesta. Hoitosuhteen alku on haavoittuva ja sen kehittyminen oikeaan suuntaan vaatii hoitajilta erityistä huomiota. Vuorovaikutuksen pitäisi perustua aitoon dialogiin ja läsnäoloon, mikä lievittää asiakkaiden epävarmuutta ja negatiivisia tunnereaktioita. Asiakkaan aktiivinen kuuntelu on oleellisen tärkeää. Myös oman tilan antaminen sekä asiakkaan kotia kunnioittava käyttäytyminen on oleellista, koska asiakas tuntee vieraan ihmisen jonkinlaisena uhkana itselleen (ks. Spiers, 2002). Hoitajan affektiivinen viestintä murtaa roolihierarkiaa, lisää läheisyyttä ja asiakkaan turvallisuuden tunnetta.

Pidemmän ajan kestänyt hoitosuhde näyttäytyy erilaisena. Keskinäinen luottamus on parantunut, mikä vaikuttaa vuorovaikutuksen avoimuuteen, mutta myös koettuun suhteen läheisyyteen (vrt. Wiechula ym. 2016). Asiakkaat kokevat, että hoitajat kertovat itsestään enemmän pitkään jatkuneessa suhteessa, jolloin myös asiakkaat ovat avoimempia, rehellisiä ja luottavat hoitajaan. Hoitajat kokevat luottamuksen paranevan suhteen kehittyessä, mutta eivät koe oman vuorovaikutuksen muuttuvan suhteen, mikä on ristiriidassa asiakkaiden kokemusten kanssa. Hoitajille luottamus merkitsee eri asiaa kuin asiakkaille. Asiakkaille luottamus on vuorovaikutuksen avoimuutta ja läheisyyttä, kun taas hoitajille se näyttäytyy asiakkaiden rehellisyytenä, oikean tiedon saamisena. Nämä tulokset mukailevat Wiechulan ym. (2016) tutkimustuloksia, joiden mukaan luottamus hoitajille merkitsee tiedonsaantia ja asiakkaille vuorovaikutuksen avoimuutta, läheisyyttä ja yhteistyön sujuvuutta.

Vuorovaikutuksen avoimuuteen vaikuttaa asiakkaiden kokemusten mukaan hoitajan ikä. Asiakkaiden ei ole helppo puhua nuoremmille hoitajille, ja hoitajien mukaan asiakkaat myös

valehtelevat nuorille tai uusille hoitajille. Johtuuko tämä suhteen toimimattomuus sukupolvien erilaisesta viestintätäytylistä vai viestintäkompetenssista? Nuorten, vastavalmistuneiden hoitajien viestintäosaaminen on ehkä puutteellista ja elämäkokemuksella ei tätä pysty kompensoimaan. Vuorovaikutustaitojen opetusta tulisi lisätä hoitajien koulutuksessa, ja kotihoidon näkökulmasta erityisesti lähihoitajien koulutuksessa.

Hoitosuhteessa annettiin sekä negatiivista että positiivista palautetta, mikä vaikuttaa yhteistyöhön ja suhteen kehittymiseen positiivisesti. Osapuolten viestintätäytyllit kuitenkin erosivat toisistaan, mikä voi estää yhteistyötä. Viestintätäytyllit myös kuvaavat hoitosuhteen asymmetriaa, jossa dominoiva osapuoli puhuu suoraan ja alistuva osapuoli vaikenee (ks. Burgoon 1987). Hoitajat puhuivat asiakkaille suoraan erityisesti silloin, asiakas toimi vilpillisesti tai valehteli sekä tilanteissa, joissa hoitajat halusivat saavuttaa oman päämääränsä nopeasti. Asiakkaat kokivat suoraan puhumisen epämiellyttävänä ja syyllistävänä. Tällainen viestintätäytylli johti ajoittain myös ristiriitatilanteisiin. Viestinnän mukauttaminen asiakkaiden tunnetilan ja puheiden mukaan ei toiminut näissä tapauksissa. Asiakkaan syyllistäminen suoraan puhumalla vaikuttanee hoitomyöntyvyyteen negatiivisesti, minkä takia viestintätäytylliin muuttaminen epäsuoraksi ja argumentoiden vakuuttavaksi on käyttökelpoisempi vaihtoehto. Asiakkaille suoraan puhuminen ei ollut luontaista, vaan he mieluummin jättävät eriävän mielipiteen kokonaan sanomatta, jolloin he ikään kuin asettuvat alistuvan asiakkaan positioon. He kyllä mainitsivat antavansa negatiivista palautetta hoitajien työtavoista, mutta tietynlainen viestintäarkuus oli kuultavissa.

7.3 Konflikteista selviytyminen ja tunteiden hallinta

Vuorovaikutuksen jännitteet ilmentyivät tai johtivat ristiriitatilanteisiin. Yhteistyökykyyn liittyvien konfliktien syinä olivat hoitajan osaamattomuus tai asiakkaan säännöt ja maksajan rooli. Lisäksi osapuolten erilaiset näkemykset hoitosuhteen läheisyydestä aiheuttivat konflikteja. Avoimuuteen kytkeytyviä konfliktien syitä olivat asiakkaiden valehtelu sekä osapuolten keskustelemattomuus edellisellä kerralla tapahtuneesta erimielisyydestä. Myös hoitajan aikataulun paikkansa pitämättömyys johti aikaansai konfliktin.

Konflikteista pyritään selviytymään käyttämällä erilaisia selviytymisstrategioita, kuten mukautumista, välttelyä, dominointia, kompromissia tai yhteistyöhön pyrkimistä (Donohue & Cai, 2014). Tässä tutkielmassa asiakkaat pääsääntöisesti mukautuivat ja välttelivät konfliktitilannetta lopettamalla puhumisen (ks. Burrell ym. 2014). He myös neutraloivat tunteensa ja pyrkivät ottamaan tilanteeseen emotionaalista välimatkaa. Asiakkaat halusivat tilanteessa ennen kaikkea

säilyttää kasvonsa. Toisaalta asiakkaat kokivat olevansa konfliktitilanteessa se osapuoli, joka ymmärsi vetäytyä tilanteesta. Tämä kertonee siitä, miten asiakkaat positioivat itsensä suhteessa. He ovat suhteessa se, jolla on ymmärrys ja viisaus toimia korrektisti. Jotkut asiakkaista käyttivät sarkastista huumoria pystyäkseen ilmaisemaan mielipiteensä asiasta. Epäsuora viestintätäytyli oli luonteenomaista asiakkaille konfliktitilanteissa.

Hoitajien käyttämät keinot selviytyä konfliktitilanteesta olivat hyvin samankaltaisia kuin Michaelenin (2011) tutkimuksessa. Hoitajien yleisin selviytymiskeino oli yllättäen uhkailu, toisen osapuolen dominointi. Uhkailu kohdentui asiakkaille tärkeisiin asioihin, joihin konfliktitilanteessa vedottiin. Näin, mitä luultavimmin, saavutettiin oma päämäärä nopeasti. Emotionaalisen välimatkan ottaminen näyttäytyi tunteiden neutraloinnilla ja toimintaan, keskittymisenä, jolloin samanaikaisesti myös vuorovaikutus niukkeni ja puhe muuttui vain hoitoon liittyväksi. Näin siirryttiin jännitteiden, sekä sulkeutuvuuden ja etäisyyden, janojen toiseen ääripäähän, samoin kuten asiakkaatkin tekivät. Ristiriitatilanteet vähentävät suhteessa olevaa läheisyyttä ja avoimuutta, jotka eittämättä kytkeytyvät keskinäiseen luottamukseen ja sen rapautumiseen.

Pyrkimystä kompromissiin tai yhteistyöhön ei käytetty, vaikka ne ovat selviytymisstrategioita, joilla on mahdollisuus saavuttaa hedelmällisin lopputulos. On ymmärrettävää, että varsinaisessa konfliktitilanteessa ei aina ole näin mahdollista toimia, kun voimakkaat tunteet ovat läsnä, mutta seuraavalla kerralla tilanteeseen tulisi palata ja käyttää näitä strategioita. Kun konfliktin syystä ei keskustella tai yhteisestä toimintatavasta neuvotella, niin ristiriitatilanne uusiutuu. Hoitajat mainitsivat näin käyvän ja omien tunteiden hallinnan olevan puutteellista. Jos hoitajan viestintäkäyttäytyminen oli seuraavalla kerralla välttelevää tai dominoivaa, niin aikaansai se uuden erimielisyyden. Tämä noudattelee relationaalisen dialektiikan ydinkäsitteen praxiksen ajatusta, että ihminen omalla toiminnallaan on myös oman toimintansa kohde. Näissä tilanteissa hoitajan pitäisi kuunnella asiakasta, kysyä ja houkutella mukaan yhdessä pohtimaan, miksi ristiriita syntyi ja mitä yhdessä voitaisiin tehdä, ettei se toistuisi. Tilanteesta vetäytymisen sijasta ongelmanratkaisu tai kompromissihakuinen viestintästrategia olisi hedelmällisempi lopputuloksen kannalta.

Tunneilmaisut ja niiden hallinta kytkeytyy vahvasti konfliktitilanteista selviämiseen ja käytettyihin keinoihin. Ilmaistut tunteet noudattivat Guerreron ja La Valleyn (2006) esittämiä konfliktitilanteissa yleensä esiintyviä tunteita kuten viha, ärsyntyminen ja loukkaantuminen. Lisäksi hoitajat kokivat arvottomuuden ja turhautumisen tunteita. Osapuolet tunnistivat omat negatiiviset tunteensa, mutta toisen tunteita ei tunnistettu ennen kuin tunnereaktio näyttäytyi voimakkaana. Toisen tunnetilan

havaitseminen ajoissa sekä toisen asemaan asettuminen ja empatian osoittaminen ennen tunnereaktioita voi estää konfliktin syntymisen (Goleman, 1995, 1997). Konfliktitilanteissa asiakkaat hallitsivat ja piilottivat negatiiviset tunteet. Hoitajat neutraloivat ja puskuroivat tunteensa ammatillisuuden kautta, tunneilmaisusääntöjen mukaisesti (ks. Artkoski ym., 2018). Emotionaalinen dissonanssi, tunneristiriitojen ja emotionaalisten reaktioiden hallinta onkin ominaista hoitotyössä (Mikkola 2006; Gerlander 2003, ks. Hochschild 1983). Hoitajat kokivat myös syyllisyyttä omista tunnetiloistaan, mikä vahvistaa tunnesääntöjä. Näkymättömät institutionaaliset tunneilmaisusäännöt vaikuttavat selkeästi siihen, miten hoitajat käsittelevät ja hallitsivat tunteitaan.

7.4 Ulkoiset tekijät määrittävät hoitosuhdetta ja sen vuorovaikutusta

Tutkielman aineistosta nousi erityisesti esiin kaksi ulkoista tekijää, kiire ja konteksti, jotka lisäsivät vuorovaikutuksen jännitteisyyttä. Niillä molemmilla oli merkitystä jokaiseen edellä esitettyyn vuorovaikutuksen jännitteeseen- Ne lisäsivät vuorovaikutuksen jännitteisyyttä, vaikuttivat suhteeseen ja luottamuksen rakentumiseen negatiivisesti ja aikaansaivat ristiriitoja.

Kiireen syynä ovat institutionaaliset, ylhäältä määritetyt tekijät. Hoitajien tiukka aikataulu johtuu joko kotihoidon toimimattomista käytänteistä tai liian vähäisistä resursseista. Resurssipula voi johtua kaupungin säästötavoitteista, joiden takana on poliittinen päätös siitä, mihin kaupungin rahat käytetään. Resurssipula voi myös johtua siitä, että työntekijöitä ei saada. Kotihoito ei ole tällä hetkellä houkutteleva työpaikka. Lieneekö rekrytointiongelmien syynä liian tiukka työtahti, yksin työskentely, suurempi vastuu, joka ei näy palkassa vai pelkät mielikuvat. Lisäksi voi pohtia yksittäisen hoitajan toimintaa. Onko kiire tehtyä vai olemassa olevaa? Hetkeksi pysähtyminen, läsnäolo ja kuunteleminen ei välttämättä vaadi paljon aikaa, vaan tietoa, miten vuorovaikutuksen keinoin tämä toteutettavissa. Kiire näkyi myös toimintatavoissa, esimerkiksi käyntikerran tietojen kirjaaminen puhelimen avulla hoitoaikana, asiakkaan luona, lisää kiireen tuntua. Pienillä teoilla voi vaikuttaa kiireen näkymiseen, kirjaamisen voinee tehdä vasta sitten, kun on poistunut asiakkaan kotoa.

Tutkielman tulosten perusteella herää ajatus, oliko vanha järjestelmä, ns. omahoitajuus, parempi vaihtoehto sekä asiakkaiden että hoitajien näkökulmasta. Asiakkaan kokemukset kiireen aiheuttamista negatiivisista seurauksista vuorovaikutussuhteeseen puoltavat tätä. Hoitajilla oli ennen enemmän aikaa heille ja osapuolet tunsivat toisensa paremmin, jolloin hoitosuhde koettiin läheisemmäksi ja vuorovaikutus avoimemmaksi sekä yhteistyö sujuvammaksi. Myös hoitajat

puhuivat sen puolesta, että toisen tunteminen parantaa yhteistyötä, vuorovaikutusta ja luottamusta sekä vähentää ristiriitoja.

Ylhäältä määritelty hoitoaika, ajankohta ja pituus, vaikuttavat asiakkaiden ja hoitajien kokemuksiin negatiivisesti, aikaansaavat stressiä ja ristiriitatilanteita. Hoitoajan pituuteen ei ole mahdollista vaikuttaa ja määritelty joustamaton aika hallitsee työntekoa kotihoidossa. Tämä vähentää hoitajien työhyvinvointia ja asiakastyytyväisyyttä. Hoitoaika ei myöskään huomioi asiakkaan tavallisuudesta poikkeavaa tilannetta, joka vaatisi hoitajan pidempää läsnäoloa. Tällainen ”kellokorttitoiminta” ei liene paras vaihtoehto kotihoidossa, jossa kotikäynnit ovat joka kerta erilaisia johtuen asiakkaan voinnista ja tilanteesta. Joustamattomuus on ristiriidassa myös asiakaslähtöisyyden kanssa, jota kuitenkin terveydenhuollossa nykypäivänä painotetaan (vrt. Koivuranta-Vaara, 2011). Hoitotyön ei kuuluisi olla vain hoitotoimeenpiteen tekemistä, vaan asiakkaan kohtaamista ja huomioimista kokonaisvaltaisesti, ihmisenä, jolla on odotuksia ja tarpeita (ks. Holmberg ym. 2012) Tarpeet voivat olla, kuten kotihoidon asiakkailla, pieniä. Tarve puhumiseen, kuulluksi tulemiseen, aitoon dialogiin. Tällä on mahdollista vähentää ikäihmisten yksinäisyyden tunnetta, sekä myös saada heidät tuntemaan itsensä arvostetuiksi yhteiskunnan jäseniksi, ei välttämättömäksi taakaksi.

Hoitoajan määrittely kytkeytyy yhteiskunnassa vallalla olevaan, jonka mukaan raha määrittelee toimintaa. Julkishallinnon menoja pitää karsia, mutta millä tavalla ja keneen se kohdistetaan? Tänä vuonna julkisuudessa on noussut esiin vanhusten huono kohtelu hoitolaitoksissa ja vaadittu lakiin kirjattua hoitajamitoituksen nostamista, jotta hoidon laatu paranee. Kotihoitoa tai sen hoitajamitoitusta ei kuitenkaan ole nostettu esiin, vaikka trendinä on, että asiakkaat hoidetaan kotona mahdollisimman pitkään. Jokainen voi pohtia, mitä kertoo hyvinvointiyhteiskunnastamme se, että kotihoidon asiakas sanoo, että ostaisi lisää aikaa, jos hänellä olisi siihen varaa.

Hoitosuhteen toimintaympäristö, koti, on toinen tekijöistä, joka vaikuttaa itse professionaaliseen suhteeseen, mutta myös sen vuorovaikutukseen. Erityisesti se murentaa professionaalille suhteelle tyypillistä asymmetriaa, kun osapuolten roolit hämärtyvät ja limittyvät. Asiantuntijuudesta ja päätösvallasta kamppaillaan, kun asiakas haluaa olla päättäjän omassa kodissaan ja hoitaja haluaa olla asiantuntija ja päättäjän. Hoitajille asiakkaan sääntöjen noudattaminen on vaikeaa, vaikka kyseessä ei ole asiantuntijuuden luovuttaminen toiselle, vaan toisen päätöksiin mukautuminen. Kyse voi olla niinkin yksinkertaisesta asiasta kuin omien työtapojen muuttamisesta asiakkaan mukaan. Tämä vaatii asiakkaan tuntemista ja puoltaa sitä, että kotihoidossa ei asiakkaan luona käyvien hoitajien pitäisi vaihtua ja heitä ei tulisi olla liian montaa. Tämä on myös asiakkaiden toive.

Hoitosuhteessa asiakkaat osoittavat valtaansa valehtelemalla, loukkaamalla hoitajia verbaalisesti ja lähentelemällä fyysisesti, mikä vaikeuttaa yhteistyötä ja on asiatonta käyttäytymistä hoitajia kohtaan. Kertooko se jostain muustakin kuin yleisestä tyytymättömyydestä hoitajan tapaan toimia tai turhautumisesta, ei ole tämän tutkielman fokuksena, mutta mielenkiintoinen näkökulma terveydenhuollon suhteiden tutkimukseen. Hoitajat puolestaan arvostelevat ja syyllistävät asiakkaiden elämäntapoja ja pelottelevat asiakkaita laitoshoitoon joutumisella, mikä on myös asiatonta viestintäkäyttäytymistä. Asiakkaat häpeävät ja pelkäävät. Pelko sairaalaan joutumisesta on näistä tunteista se, johon pitäisi kiinnittää huomiota enemmän, koska se nousi esiin kaikkien asiakkaiden puheista. Se kielii toisaalta turvattomuuden tunteesta, mutta myös siitä, että asiakkaat ovat riippuvaisia kotiin tuotavasta hoidosta. minkä takia Asiakkaiden uhkailu laitoshoitoon joutumisesta ei ole ammatillista eikä eettisesti oikea tapa toimia.

7.5 Yhteenveto tutkielman tuloksista

Suhteita ja niiden vuorovaikutusta kuvattiin tässä tutkielmassa relationaalisen dialektiikan viitekehyksen avulla. Jännitepareja nimettiin tässä tutkielmassa kolme:

- yhteistyökykyisyys – yhteistyökyvyttömyys
- läheisyys – etäisyys
- avoimuus – sulkeutuvuus

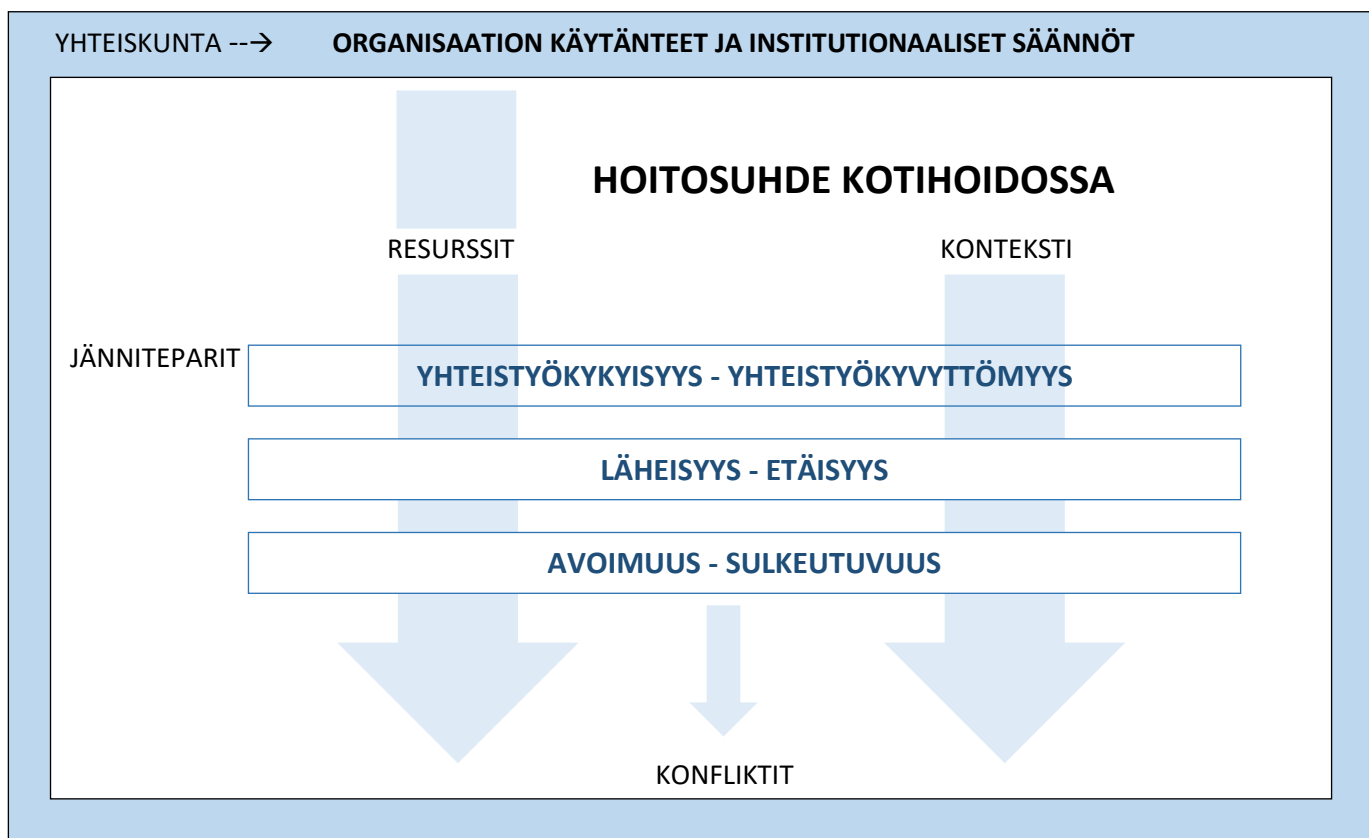
Jännitteet ilmentyvät hoitosuhteessa eriarvoisina ja jännitteiden vastakohtat vaihtelevat vuorovaikutustilanteiden mukaan. Tässä tutkielmassa etualalle nousi vahvimmin yhteistyökykyyn kytkeytyvä jännite. Tähän jännitteeseen vaikuttavat erityisesti ulkoiset tekijät, institutionaaliset käytänteet sekä toimintaympäristö. Lisäksi jännitteellä on merkitystä hoitosuhteen läheisyyteen ja avoimuuteen liittyviin jännitteisiin, jotka puolestaan limittyvät keskenään. Tämä tukee relationaalisen dialektiikan käytännön ja kokonaisvaltaisuuden ydinkäsitteitä. Hoitosuhde myös muuttuu ajan kuluessa, tässä tutkielmassa relationaalisen dialektiikan muutos nähdään suhteen kehityksenä. (ks. Baxter & Montgomery, 1996.) Vuorovaikutussuhteen jännitteitä vahvistivat konteksti ja resursseihin kytkeytyvä kiire. Jännitteet ilmentyivät myös ristiriitatilanteina, joissa läsnä oli erilaisia negatiivisia tunteita ja joista osapuolet pyrkivät selviytymään erilaisia strategioita käyttäen.

Suhdetta ja vuorovaikutuksen jännitteitä tulee tarkastella aina siinä sosiaalisessa ympäristössä, jossa ne sijaitsevat. Tämän tutkielman sosiaalisena ympäristönä on kotihoito, jota puolestaan määritellään

yhteiskunnassa vallalla olevilla asioilla ja arvoilla. Tutkielman tulokset vahvistavat aiempaa tutkimusta vuorovaikutuksen jännitteiden osalta. Jännitteiden sijainti, se, mitkä jännitteistä nousevat etualalle ja mitkä jäävät taakse, erosi aiemmista tutkimustuloksista. Etualalle nousivat erityisesti yhteistyökyvyttömyys ja yhteistyökykyisyys jännitepari. Jännitteessä nousi vahvasti esiin asiantuntijuuden ulottuvuus, joka fokusoitui professionaalisen suhteen asymmetriaan, osapuolten rooleihin ja niiden myötä yhteiskykyyn. Tätä jännitteisyyttä lisäsi selkeästi konteksti. Konteksti vaikutti myös siihen, että läheisyyden ja etäisyyden jännitepari korostui, kun osapuolten roolit hämärtyivät. Avoimuuteen ja läheisyyteen liittyvät jännitteet noudattelivat paljolti aiempia tutkimustuloksia sekä Baxterin ja Montgomeryn (1996) esittämiä relationaalisen dialektiikan ydinkäsitteitä. Jännitteisyyttä lisäsi näissäkin konteksti, ei kuitenkaan niin paljon kuin muissa jännitepareissa. Luottamus ja suhteen pituus lisäsivät, kuten aiemmissa tutkimuksissakin, suhteen vuorovaikutuksen avoimuutta ja osapuolten läheisyyttä, mikä on nähtävissä kaikissa vuorovaikutussuhteissa.

Konteksti lisäsi osapuolten tasavertaisuutta sekä vaikutti suhteeseen ja lisäsi vuorovaikutuksen jännitteisyyttä. Asymmetrian väheneminen tai tasavertaisuudesta kamppaileminen näkyi osapuolten erilaisina näkemyksinä omista tai toisen rooleista, vallan ja päätöksenteon jakaantumisenä sekä osapuolten erilaisista odotuksista suhteen läheisyyteen ja vuorovaikutuksen avoimuuteen liittyen. Resurssien riittämättömyys, jonka seuraus oli hoitajien kiire, oli toinen ulkoinen tekijä, joka vaikutti hoitosuhteeseen ja sen vuorovaikutuksen jännitteisiin. Resurssien riittämättömyydellä oli vaikutusta erityisesti yhteistyökykyyn ja avoimuuteen liittyvissä jännitteissä sekä niiden konfliktitilanteisiin. Lisäksi se kytkeytyi suhteessa koettuun läheisyyteen, jonka muodostumista kiire estää ja johon vedoten on hoitajien mahdollista pitää etäisyyttä. Kiire ei tullut tämän tutkielman tutkimuskirjallisuudessa esiin, mutta on mahdollista, että kiirettä on tutkittu ainakin terveys- ja hoitotieteissä.

Tunteiden ilmaisu ja niiden hallinta noudatteli aiempaa tutkimustietoa siitä, miten terveydenhuollon professionaalisissa suhteissa ilmaistaan ja hallitaan negatiivisia tunteita. Tunteiden hallinta kuuluu ammatilliseen käyttäytymiseen, vaikka tunteiden ilmaisemattomuus lisää työn emotionaalista kuormittavuutta. Ristiriitatilanteet ja niistä selviytyminen noudattelivat tutkimuskirjallisuudessa esiteltyjä strategioita, mutta hoitajien selviytymiskeinot professionaalisenä, toimintaa ohjaavana ja rakentavan osapuolena, poikkeavat vallalla olevista ennako-oletuksista. Hoitajat eivät pyrkineet kompromisseihin eivätkä ongelman ratkaisemiseen, vaan vetäytyivät, toimivat tai hyökkäsivät.



KUVIO 6. Hoitosuhteen vuorovaikutuksen jännitteet ja ristiriidat sekä niihin vaikuttavat tekijät.

Tämän tutkielman tulokset on esitelty yllä olevassa kuviossa. Kotihoidon hoitosuhteeseen vaikuttavat yhteiskunnassa ja kaupungin kotihoidossa vallalla olevat arvot ja institutionaaliset säännöt. Hoitosuhteen vuorovaikutuksesta nousivat esiin kolme jänniteparia, jotka liittyvät yhteistyöhön, suhteen osapuolten läheisyyteen ja vuorovaikutuksen avoimuuteen. Jännitteet ilmentyivät myös konflikteina. Kaikkiin vuorovaikutuksen jännitepareihin ja konfliktien syntymiseen vaikuttivat kaksi ulkoista tekijää: resurssit ja koti kontekstina.

7.6 Tutkielman arviointi

Laadullista tutkimusta arvioidaan sen luotettavuuden ja pätevyyden avulla. Tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella tieteellisen tutkimuskäytännön noudattamisen perusteella. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2002) mukaan hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen tarkoittaa tutkijan työskentelyn rehellisyyttä ja huolellisuutta, eettistä tiedonhankintaa sekä toisten tutkijoiden tekemän työn tunnustamista. Lisäksi laadullisen tutkimuksen uskottavuutta ja luotettavuutta lisää tutkimuksen suunnittelu, huolellinen toteutus ja yksityiskohtainen raportointi. Tieteellisen käytännön loukkaukset voivat ilmetä piittaamattomuutena ja vilppinä. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2006.) Tässä tutkielmassa tutkija toimi huolellisesti ja rehellisesti

tutkimuksen kaikilla osa-alueilla. Teoriaosuudessa toisten tutkijoiden tulokset ja esittelemät ajatukset esiteltiin toisen työtä kunnioittaen ja tutkimustuloksiin viitattiin asianmukaisesti. Tiedonhankinta oli eettisesti kestävä, aineistoa käsiteltiin huolellisesti ja rehellisesti sitä mitenkään muuttamatta.

Tässä tutkielmassa eettinen tiedonhankinta oli kontekstina takia erityisen tärkeää. Tutkimukseen osallistujat tiesivät tutkimuksen tarkoituksen, tiedonhankintatavan ja tutkimuksen julkisuuden. Osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen ja tutkimukseen osallistujat tiesivät, mitä osallistuminen tarkoittaa. Suostumus annettiin suullisesti ja suostumuksella osallistujat myös määrittelivät, mitä kertovat tai mitä jättävät kertomatta, jolloin osallistujan itsemääräämisoikeus toteutui. Haastattelun alussa vielä erikseen varmistettiin, että haastateltavat tietävät riittävästi tutkimuksesta ja sen tarkoituksesta ja että ovat edelleen halukkaita osallistumaan tutkimukseen.

Tampereen kaupungin virkamiehet päättivät, mitkä kotihoidon alueet osallistuvat tutkimukseen. Tämän jälkeen tutkija kävi alueiden esimiesten kanssa keskustelun, jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoitus sekä osallistumisen kriteerit perusteluineen (ks. luku 5.3). Esimiesten varaan jäi se, mitä ja miten laajasti tutkimuksesta kerrottiin hoitajille, jotka puolestaan kertoivat tutkimuksesta asiakkaille. Aiheuttiko tämä monen kautta kulkeva tieto ehkä tiedon niukkenemistä tai vääristymistä, on vaikeaa arvioida.

Tutkimukseen osallistuvat asiakkaat valitsi kotihoidon henkilöstö kriteerien ja potilaan osallistumiskyvyn perusteella. Tämän voi katsoa edustavan harkinnanvaraista otantaa, eliittiotantaa. Pohdintaa herättää tällaisessa otannassa se, olivatko osallistuvat asiakkaat esimerkiksi sellaisia, joilla oli myönteisiä mielipiteitä kotihoidosta ja hoitosuhteesta. Tällöin on mahdollista, että tutkimustulokset ovat vääristyneitä. Tämä käytäntö oli kuitenkin esimiesten mielestä ainoa konkreettisesti toteuttavissa oleva keino löytää tutkimukseen osallistuvia asiakkaita (vrt. Levy-Storms ym., 2011). Toisaalta tutkijan kertominen tutkimuksesta asiakkaille, asiakkaiden kotona, ei olisi ollut yksityisyyden suojaamisen ja eettisen näkökulman mukaan toimivaa.

Haastattelut tehtiin joko kotihoidon toimistolla tai asiakkaan kotona. Haastattelujen kesto vaihteli, ja asiakkaiden haastattelut veivät enemmän aikaa. Kahden asiakkaan kohdalla olisi haastattelu ollut hyvä tehdä kahdella eri kerralla, koska haastattelun loppupuolella oli selkeästi havaittavissa haastateltavan väsyminen. Se ilmeni keskittymiskyvyn puutteena ja lisäkysymyksien esittämisenä puhutusta tai juuri kysytystä. Lisäksi yhdelle asiakkaalle tutkimushaastattelu tuli liian nopealla

aikataululla, jolloin valmistautumisen taso näkyi haastattelussa. Tutkimusaineistoa käsittelemällä huolellisesti. Äänitiedostoja litteroidessa jätin pois asiakkaiden kertomat, omaa terveydentilaa koskevat asiat. Äänitiedostot hävitin heti litteroinnin jälkeen. Aineistossa ei missään vaiheessa tullut ilmi haastateltavien nimet ja aineisto säilytettiin niin, ettei muilla tahoilla ollut mahdollisuus saada sitä käsiinsä. Näin varmistin osallistujien yksityisyyden ja tietosuojan säilymisen. Tämä tutkielma on edellä esitetyn mukaan luotettava, eettisesti toteutettu ja tieteellistä tutkimuskäytäntöä noudattava.

Laadullisen tutkielman tulokset perustuvat tutkijan subjektiiviseen tulkintaan. Tutkija on aina ihminen omine elämäkertoineen ja arvolähtökohtineen, mutta tutkijana hänen tulee olla myös kokemuksistaan erillinen tutkijasubjekti, joka toimii ja ajattelee ammatillisesti tutkimusta suunnitellessaan ja toteuttaessaan. Tutkijan esiymmärrys tutkittavasta asiasta voi vaikuttaa tutkimuksen subjektiivisuuteen kielteisesti, jollei tutkija tiedosta tilannetta. Jos tutkijalla on vahva esiymmärrys tai omakohtaisia kokemuksia tutkittavasta ilmiöstä, niin on mahdollista, että tutkimus suunnitellaan ennako-odotuksia vahvistaviksi. (Ronkainen ym. 2013, 71.) Tämän tutkielman tutkijalla on omakohtaisia kokemuksia terveydenhuollossa työskentelystä, asiakas ja hoitaja suhteesta. Hoitosuhde on kuitenkin ollut luonteeltaan erilainen, lyhytaikainen ja tapahtunut täysin erilaisessa ympäristössä kuin kotihoito. Jonkinlainen esiymmärrys kotihoidossa hoitajana työskentelystä kuitenkin on. Tämän myös tiedostin vahvasti tutkimusta suunnitellessani ja toteuttaessani. Pyrin olemaan mahdollisimman objektiivinen tutkimuksen toteutuksessa. Täysin puhdasta objektiivisuutta ei ole mahdollista saavuttaa, koska tutkija ja se, mitä tiedetään, kietoutuvat toisiinsa. Tutkimuksen pyrkimyksenä on paljastaa tai löytää tosiasioita, ei niinkään todentaa olemassa olevaa. (Hirsjärvi ym., 2007, 157.) Objektiivisuuttani tukee aineistolähtöinen sisällönanalyysi ja fenomenologinen lähtökohta, jossa tieto rakentuu yksilöiden, haastateltavien, kokemuksista.

Laadullisessa tutkimuksessa käytetään myös käsitettä *positio*, kun pohditaan tutkijan subjektiivisuutta tutkimuksessa. Positiolla tarkoitetaan tutkijan suhdetta tutkittaviin ja tutkijan tietoisesti valitsemaa roolia. (Ronkainen ym., 2013, 71–72.) Omaa terveydenhuollon työhistoriaani en kertonut tutkimukseen osallistuville. Sillä pyrin siihen, ettei haastattelutilanteista tullut ”hoitaja–hoitajalle” -keskusteluja ja etteivät asiakkaat nähneet minua hoitajana, jolloin keskustelu olisi voinut fokusoitua sairauksien hoitoon eikä haluttuun hoitosuhteen vuorovaikutuksen tarkasteluun.

Tutkimuksen pätevyydellä tarkoitetaan sitä, miten hyvin tutkimus kuvaa tutkittavaa ilmiötä. Se voidaan jakaa ulkoiseen ja sisäiseen validiteettiin. Sisäinen validiteetti viittaa tutkimuksen sisäiseen johdonmukaisuuteen. Ulkoinen validiteetti puolestaan tarkoittaa sitä, miten hyvin tutkimuksen tuloksia voidaan siirtää toiseen yhteyteen. (Ronkainen ym., 2013, 130-131.) Tämä tutkielma on sisäisesti johdonmukainen ja noudattaa tieteellistä tutkimusotetta. Tutkielman käsitteelliset määrittelyt, tieteenfilosofiset lähtökohdat ja menetelmä ovat loogisia ja sopusoinnussa keskenään. Aineisto ja siitä tehdyt johtopäätökset tukevat toisiaan. Tutkielman tuloksia voidaan peilata toisiin professionaaliin suhteisiin, erityisesti terveydenhuollon kontekstissa. Toisaalta kotihoidon konteksti nosti esiin ja vahvisti vuorovaikutuksen jännitteitä, jolloin tulokset eivät ole täysin siirrettävissä toiseen yhteyteen, vaan ainoastaan professionaaliin suhteisiin, joissa toimintaympäristönä on toisen osapuolen koti. Tutkimusten tuloksia ja niiden yleistämistä voidaan tarkastella myös empiiriseen yleistämisen näkökulmasta. Empiirisessä yleistämisessä tutkimusten tulosten katsotaan sopivan kuvaamaan todellisuutta, jotakin ryhmää tai todellisuudessa tapahtuvaa. (Ronkainen ym., 2013, 144.) Tässä tutkielmassa empiirinen yleistäminen on mahdollista, koska tutkimus on tehty aineistolähtöisesti, perustuen osallistujien kokemaan todellisuuteen ja osallistujat edustavat tiettyä ryhmää.

Hoitosuhteen osapuolten eriävät kokemukset hoitosuhteesta sekä omasta ja toisen roolista olivat yksi tämän tutkielman mielenkiintoisemmista löydöksistä. Tämän jatkotutkiminen esimerkiksi havainnoimalla ja keskusteluanalyysia hyödyntäen antaisi uuden näkökulman ilmiön tarkastelemiselle. Lisäksi tässä tutkielmassa esiin noussut hoitosuhteen ja sen vuorovaikutuksen muuttuminen ajan myötä olisi asia, johon voitaisiin pureutua paremmin pitkäaikais tutkimuksella ja saada näin eksaktimpaa tietoa asiasta. Professionaalisten suhteiden konfliktit ja niiden tutkiminen olisi hedelmällistä, koska kaikissa asiakassuhteissa ilmenee erimielisyyksiä, jolloin tuloksia olisi mahdollista hyödyntää eri konteksteissa ja eri ammattien koulutuksessa. Menetelmäksi sopii niin kyselytutkimus, haastattelu kuin havainnointikin, mutta ilmiön syvempi ymmärrys saavutettaisiin monimenetelmällisellä tutkimusotteella. Myös kontekstin merkitys suhteeseen ja vuorovaikutuksen jännitteisiin oli tämän tutkielman yksi anti, jota voisi tarkastella laajemmin, suuremmalla otannalla ja monimenetelmällisesti. Tämä palvelisi myös terveydenhuollon nykypäivän trendiä, jos palvelut halutaan tuoda nimenomaan asiakkaan kotiin.

KIRJALLISUUS

Artkoski, M. & Hyvärinen, M-L. (2015). Huonojen uutisten kertominen – vuorovaikutuksen haaste lääkärille. *Prologi : puheviestinnän vuosikirja 2015*, 2015, 32-51. Viitattu 20.9.2018. <http://prologos.fi/prologi/index.php?page=vuosikirjat>

Artkoski, M. & Hyvärinen, M-L., Gerlander, M. & Isotalus, P. (2018). Lääkäreiden kielteiset emootiot ja ammatillisuus huonojen uutisten kertomisessa. Teoksessa Tammelin, M. & Otonkorpi-Lehtoranta, K. (toim.). Työelämän tutkimuspäivät 2018. Kestävä tuottavuus ja inhimillinen työelämä. Työelämän tutkimuskeskus. Työelämän tutkimuspäivien konferenssijulkaisuja 7/2019. Viitattu 20.5.2019. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-1025-7>

Baitar, R., De Mol, J. & Rober, B. (2016). Exploring Helpful Tensions between Divorce Mediators and Clients: A Relational Dialectical Analysis. *Conflict Resolution Quarterly*, 34:1, 7–29.

Baxter, L.A. (1993). The social side of personal relationships: A dialectical perspective. Teoksessa Duck, S. (toim.) Social contexts of relationships. Sage: Newbury Park, 139–165.

Baxter, L.A. & Montgomery, B.M. (1996). Relating. Dialogues and dialectics. The Guilford Press: New York.

Baxter, L.A. & Montgomery, B.M. (1997). Rethinking communication in personal relationships from a dialectical perspective. Teoksessa Duck, S. (toim.) Handbook of Personal Relationships. 2nd edition. Theory, Research and Interventions. John Wiley & Sons: Chichester, 325 – 349.

Baxter, L.A. & Montgomery, B.M. (1998). A guide to dialectical approaches to studying personal relationships. Teoksessa Montgomery, B.M. & Baxter, L.A. (toim.) Dialectical approaches to studying personal relationships. Lawrence Erlbaum Associates: Mahwah, 1–15.

Beach, Mary C., Jeanne Keruly, and Richard D. Moore (2006). Is the quality of the patient-provider relationship associated with better adherence and improved health outcomes for patients with HIV? *Journal of General Internal Medicine* 21: 6, 661–665.

Beach, Mary Catherine, Thomas Inui, and the Relationship-Centered Care Research Network: Richard Frankel, Judith Hall, Paul Haidet, Debra Roter, Howard Beckman, Lisa A. Cooper, William Miller, Dave Mossbarger, Dana Safran, Dave Sluyter, Howard Stein, and Penny Williamson (2006). Relationship-centered care: A constructive reframing. *Journal of General Internal Medicine* 21: S1, 3–8.

Belcher, M. (2009). Graduate nurses experiences of developing trust in nurse-patient relationship. *Contemporary Nurse*, 31:2, 142 – 152.

Bridge, K. & Baxter L.A. (1992). Blended relationships: Friends as work associates. *Western Journal of Communication*, 56, 200–225.

Burgoon, J.K. & Le Poire, B.A. (1993). Effects of communication expectancies, actual communication and expectancy disconfirmation on evaluations of communicators and their communication behavior. *Human Communications Research*, 20, 75–105.

- Burgoon J.K, Pfau, Parrott, Birk, Cocer & Burgoon, M. (1987). Relational communication, satisfaction, compliance-gaining strategies and compliance in communication between physicians and patients. *Communication Monographs*, 54:3, 307–324.
- Burleson, B. R. (2010). The nature of interpersonal communication: A Message-centered approach. Teoksessa Berger, C. R., Roloff, M. E. & Roskos-Ewoldsen, D. R. (toim.). *The Handbook of Communication Science*, 2. ed., 151. Sage Publications: Los Angeles.
- Burrell N., Kartch F., Allen, M. & Hill, C. (2014). A Meta-analysis of demand/withdraw interaction patterns. Teoksessa Burrell, N, Allen M., Gayle B.M. & Preiss, R.W. (toim.). *Managing interpersonal conflict. Advances through meta-analysis*. Routledge: New York. 297–314.
- Butler, E.A. & Gross, J.J. (2009). Emotion and Emotion Regulation: Integrating Individual and Social Levels of Analysis. *Emotion Review* 1, 86–87.
- Craig, R.T. (2007). Communication Theory as a Field. Teoksessa Craig, R.T. & Muller, H.L. *Theorizing communication. Readings across Traditions*. Sage Publications: Los Angeles.
- Diefendorff, J., Grandey, A., & Dahling, J. (2011). Emotional display rules as a work unit norms. A multilevel analysis of emotional labor among nurses. *Journal of Occupational Health Psychology*. 16, 170–186.
- Donohue W.A. & Cai, D.A. (2014). Interpersonal conflict. An Overview. Teoksessa Burrell, N, Allen M., Gayle B.M. & Preiss, R.W. (toim.). *Managing interpersonal conflict. Advances through meta-analysis*. Routledge:New York. 22–41.
- Drew, P. & Heritage, J. (1992). Analyzing talk at work: An introduction. Teoksessa Drew, P. & Heritage, J. (toim.). *Talk at work. Interaction in institutional settings*. Cambridge University Press: Cambridge, 3–65.
- Edvarsson, D., Fetherstonhaugh, D, Nay, R. & Gibson, S. (2010). Development and initial testing of teh peson-centered care assessment tool (P-CAT). *International Psychogeriatrics*, 22, 101–108.
- Eskola, J. (2007). Teemahaastattelun toteuttamisesta. Teoksessa Viinamäki, L. & Saari, E. (toim.). *Polkuja soveltavaan yhteiskuntatieteelliseen tutkimukseen*. Tammi: Helsinki, 32–46.
- Gerlander, M. (2003). Jännitteet lääkärin ja potilaan välisessä viestintäsuhteessa. *Jyväskylä Studies in Humanities* 3. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Gerlander M. & Isotalus P. (2010). Professionaalisten viestintäsuhteiden ääriäviivoja. *Puhe ja kieli* 30:1, 3–19.
- Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*. Bantam Books: New York.
- Goleman, D. (1997). *Tunneäly. Lahjakkuuden koko kuva*. 3.painos. Otava:Helsinki.
- Golfenshtein, N. & Drach-Zahavy, A. (2014). An attribution theory perspective on emotional labour in nurse–patient encounters: a nested cross-sectional study in paediatric settings. *Journal of Advanced Nursing* 71:5, 1123–1134.

- Cools, Carine (2011). *Relational Dialectics in Intercultural Couple Relationships*. Jyväskylä Studies in Humanities 171. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271–299.
- Gross, J. J. (2013). Emotion regulation: Taking stock and moving forward. *Emotion* 13, 359–365.
- Gross, J.J., toim. (2014). *Handbook of Emotion Regulation*. 2. ed. Ebook, The Guilford Press cop.
- Gross, J.J. (2014). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. Teoksessa *Handbook of Emotion Regulation*. 2. edition. Ebook, The Guilford Press cop.
- Guerrero, L. K., La Valley, A. G. (2006). Conflict, emotion, and communication. In Oetzel, J. G., Ting-Toomey, S. (Eds.), *The Sage handbook of conflict communication: Integrating theory, research, and practice*, 69–96. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Gäfvert, A-C & Ek, A-C.(1996). Förväntningar och patienttillfredsställelse i hemsjukvård. En kvalitativ studie. *Vård i Norden*, 16:2, 19–24.
- Ekman, P. & Cordaro, D. (2011). What is meant by calling emotions basic. *Emotion Review* 3: 4, 364–370.
- Heinola, R. (2017). *Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun*. Gummerus: Stakes Helsinki.
- Hem, M.H., Heggen K. & Ruyter, K.W. (2008). Creating trust in an acute psychiatric ward. *Nursing Ethics* 15:6, 777–788.
- Hilliard, C. & O'Neill, M. (2010). Nurses emotional experience of caring for children with burns. *Journal of Clinical Nursing* 19:19-20, 2907–2915.
- Holmberg, M., Valmari, G. & Lundgren, S.M. (2012). Patient's experiences of homecare nursing:balancing the duality between obtaining care and to maintain dignity and self-determination. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 26:4, 705-712.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (2011). *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Gaudeamus: Helsinki University Press.
- Hirsjärvi, S., Remes P. & Sajavaara, P. (2007). *Tutki ja kirjoita*. 13. osin uudistettu painos. Tammi: Helsinki.
- Hochschild A.R. (1983). *The managed heart. Commercialization and human feeling*. University of California Press: Berkeley, LA.
- Hocker, J.L. & Wilmot, W.W. (2018). *Interpersonal conflict*. 10th edition. Mc Graw Hill Education: New York.

- Holmberg, M., Valmari, G., & Lundgren, S. M. (2012). Patients' experiences of homecare nursing: Balancing the duality between obtaining care and to maintain dignity and selfdetermination. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26:4, 705–712.
- Ikonen, M. (2015). Esimies-alaissuhteen luottamus vuorovaikutuksessa rakentuvana ilmiönä. *Prologi. Puheviestinnän vuosikirja 2015*, 135–151.
- Izard, C.E. (2011). Forms and Functions of Emotions: Matters of Emotion–Cognition Interactions. *Emotion Review* 3: 4, 371–378.
- Kemper, Theodore D. (1987). How Many Emotions Are There? Wedding the Social and the Autonomic Components. *The American Journal of Sociology* 93:2, 263–289.
- Keränen, Timo (2017). Sairaanhoidajaopintoihin tiukempi seula – testaa, olisitko sinä kelvollinen. <https://yle.fi/uutiset/3-9540436>. Viitattu 1.2.2019.
- Kettunen, T. (2001). Neuvontakeskustelu. Tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysneuvonnassa. *Studies in sport, physical education and health* 75. Jyväskylän yliopisto: Jyväskylä.
- Koivuranta-Vaara, P. (2011). Terveysthuollon laatuopas (toim.). Suomen Kuntaliitto. Viitattu 15.11.2018 http://shop.kuntaliitto.fi/product_details.php?p=2597
- Kokkonen, M. (2010). Ihastuttavat, vihastuttavat tunteet. 2. painos. PS-kustannus: Jyväskylä.
- Kostiainen, E. (2003). Viestintä ammattiosaamisen ulottuvuutena. Jyväskylä studies in humanities 1. Jyväskylä University Printing House.
- Laine, T. (2018). Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma. Teoksessa Valli, R.(toim.). Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. 5. uudistettu ja täydennetty painos. PS-kustannus: Jyväskylä, 29–50.
- Levenson, R.W. (2011). Basic emotion questions. *Emotion Review* 3: 4, 379–386.
- Levy-Storms, L., Claver, M., Gutierrez, V.F. & Curry, L. (2011). Individualized Care in Practice: Communication strategies of Nursin Aides and Residents in Nursing Homes. *Journal of Applied Communication Research* 39:3, 271–289.
- Lindhahl, B., Lidén, E. & Lindblad, B-M. (2010). A meta-synthesis describing the relationships between patients, informal caregivers and health professionals in home-care setting. *Journal of Clinical Nursing* 20:3-4, 454–463.
- Littlejohn, S. W. & Foss, K.A. (2011). Theories of Human Communication. 10th edit. Waveland Press, Inc: Long Grove, Illinois.
- Lämsä, A-M. & Päivike, T. (2010). Organisaatiokäyttämisen perusteet. Edita: Helsinki.

- Mattila, L-R (2001). Vahvistumista ja tunnekokemuksen jakamista – potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta kuvaavan käsitejärjestelmän kehittäminen. *Acta Universitatis Tamperensis* 816. Tampereen yliopisto: Tampere.
- Michaelson J.J. (2012). Emotional distance to so-called difficult patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 26:1, 90–97.
- Mikkola L. (2006). Tuen merkitykset potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa. *Jyväskylä Studies in Humanities* 66. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Mikkola & Torkkola (2007). Viestinnän tutkimus vierastaa terveyttä. *Tiedotustutkimus* 4:7, 2–8.
- Mok, E. & Chiu, P.C. (2004). Nurse-patient relationships in palliative care. *Journal of Advanced Nursing* 48:5, 475–483.
- Molander, G. (2003). Työtunteet – esimerkkinä vanhustyö. Työterveyslaitos: Helsinki.
- Morse, J.M. (1991). Negotiating commitment and involvement in the nurse-patient relationship. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 455–468.
- Myllyniemi, R. (2004). Miten luokitella ja ymmärtää tunteita? Teoksessa Hänninen V. & Ylijoki O.-H. *Muuttuuko ihminen?* Tampere University Press.
- Mäkisalo-Ropponen, M. (2011). Vuorovaikutustaidot sosiaali- ja terveysalalla. Tammi:Helsinki.
- Määttä, K. (toim.2006). Tunteiden rakkaus ja rikkaus. Avaimia tunteiden tulkintaan. Finn Lectura: Helsinki.
- Mönkkönen, K. (2007). Vuorovaikutus. Dialoginen asiakastyö. Edita:Helsinki.
- Naukkarinen, E-L. (2008). Potilaan itsemääräämisen ja sen edellytysten toteutuminen terveydenhuollossa – kyselytutkimus potilaille ja hoitavalle henkilöstölle. *Kuopion yliopiston julkaisuja E. yhteiskuntatieteet* 157.
- Niven, K., Totterdell, P., & Holman, D. (2009). A Classification of controlled interpersonal affect regulation strategies. *Emotion* 9, 498–509.
- O'Boyle, N. (2014). Front Row Friendships: Relational Dialectics and Identity Negotiations by Mature Students at University. *Communication Education*, 63:3, 169–191.
- Parrott, R. & Kreuter, M.W. (2011). Multidisciplinary, interdisciplinary and transdisciplinary approaches to health communication. Teoksessa Thompson, T.L., Parrott, R. & Nussbaum, J.F. (edit.) *The Routledge Handbook of Health Communication*, 3–17. Routledge: New York.
- Pecchioni, L, Wright, K. & Nussbaum, J. (2006). *Life-Span Communication*. Taylor and Francis.
- Peltola, M., Isotalus, P. & Ästedt-Kurki, P. (2018). Patient's Interpersonal Communication Experiences in the Context of Type 2 Diabetes. *Qualitative Health Research*, 28:8, 1267–1282.

- Peräkylä, A. (1997). Institutionaalinen keskustelu. Teoksessa Tainio, L. (toim.) Keskusteluanalyysin perusteet. Vastapaino: Tampere, 177–203.
- Petronio, S. (1991). Communication boundary perspective: A model of managing the disclosure of private information between marital couples. *Communication Theory*, 1:4, 311–332.
- Piercy, K.W. (2000). When it is more than a job: Close relationships between home health aides and older clients. *Journal of Aging and Health*, 12:3, 362–387.
- Planalp, S. (1999). Communicating emotion. Cambridge University Press: Cambridge.
- Raatikainen, E. (2015). Lujita luottamusta. Asiakassuhteen rakentaminen sosiaali- ja terveysalalla. PS-kustannus: Jyväskylä.
- Rawlins, W.K. (2000). Teaching as a Mode of Friendship. *Communication Theory*, 10:1, 5–26.
- Ronkainen S., Pehkonen L, Lindblom-Ylänne S. ja Paavilainen E. (2013). Tutkimuksen voimasanat. Sanoma Pro Oy: Helsinki.
- Rogers, L.E. (1998). The meaning of relationships in relational communication. Teoksessa R. L. Conville & L. E. Rogers (toim.), The meaning of “relationship” in interpersonal communication. Praeger: Westport, Connecticut, 69–82.
- Roter, D., Frankel, R.M., Hall, J.A.& Sluyter, D. (2006). The expression of emotion through nonverbal behavior in medical visits: Mechanism and outcomes. *Journal of General Internal Medicine*, 21: Supplement, 28–34.
- Ruusuvuori, J. (2012) Vuorovaikutus lääkärin vastaanotolla. Teoksessa Torkkola, S. Terveysviestintä. Tammi: Helsinki, 36–54.
- Saaranen, A. & Puusniekka, A. (2006). KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Yhteiskuntatieteellinen tietoarasto: Tampere. Viitattu 10.05.2019. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>.
- Sheldon, L.K., Barrett, R. & Ellington, L (2006). Difficult communication in nursing. *Journal of Nursing Scholarship* 38:2, 141–147.
- Sigman, S. J. (1998). Relationships and communication: A social communication and strongly consequential view. Teoksessa R. L. Conville & L. E. Rogers (toim.), The meaning of “relationship” in interpersonal communication. Praeger: Westport, Connecticut, 41–82.
- Spiers, J.A. (2002). The interpersonal contexts of negotiating care in home care nurse-patient interactions. *Qualitative Health Research*, 12:8, 1033-1057.
- Street, R. L. 2003. Communication in medical encounters: An ecological perspective. Teoksessa Thompson T. L., Dorsey, A.M., Miller, K. I & Parrot R. (toim.). Handbook of Health Communication. Mahwah: Lawrence Erlbaum, 63–90.
- Taival, A. (1998). The older person`s adaptation and the promotion of adaptation in home nursing care. Acta Universitatis Tamperensis 589. University of Tampere. Department of Nursing Science.

Talvio, M. ja Klemola, U. (2017). *Toimiva vuorovaikutus*. PS-Kustannus: Jyväskylä.

Tanttu, T. (2017). ”Sitten uskaltaa kertoa omista asioista enemmän” – Maahanmuuttaja-asiakkaiden työvoimaneuvojen käsityksiä luottamuksen rakentamisesta asiointikeskustelussa. Teoksessa Koponen, J., Kokkonen, L., Kostainen E. & Virtanen, I. (toim.) *Prologi – puheviestinnän vuosikirja 2017*. Jyväskylä: Prologos ry, 24 – 41.

Thompson, T.L (2014). *Encyclopedia of Health Communication*, volume 1 (edit.). University of Dayton. Sage Publications.

Torkkola, S. (2008). *Sairas juttu. Tutkimus terveystjournalismin teoriasta ja sanomalehden sairaalasta*. Tampere University Press Media Studies:Tampere.

Torkkola, S. (2002). *Terveysviestintä (toim.)*. Tammi: Helsinki.

Tracy, K., & Naughton, J. (2000). Institutional identity-work: A better lens. Teoksessa J. Coupland (edit.) *Small talk*. Harlow, UK: Pearson Education Ltd, 62–84.

Trenholm, S. & Jensen, A. (2013). *Interpersonal communication (7h ed.)*. Oxford University Press: New York, Oxford.

Trojan, L. & Yonge, O. (1993). Developing trust, caring relationships: home care nurses and elderly clients. *Journal Advanced Nursing*, 18:12, 1903 – 1910.

Tuomi, J. ja Sarajärvi, A. (2018). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos*. Tammi: Helsinki.

Valkama, K. (2012). Asiakkuuden dilemma. Näkökulmia sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuuteen. *Acta Wasaensia* no 267. Sosiaali- ja terveyshallintotiede 7.

Vehko, T., Sinervo T. & Josefsson, K. (2017). *Henkilöstön hyvinvointi vanhuspalveluissa – kotihoidon kehitys huolestuttava. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Tutkimuksesta tiiviisti 11/2017. Viitattu 13.9.2018. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-876-0>*

Voutilainen, P. & Laaksonen K. (1994). *Potilaskeskeinen hoitotyö. Askel eteenpäin (toim.)*. Kirjayhtymä: Helsinki.

Westphal, B. (1993) Care of patients with HIV infection – an ethn nursing approach. *Scandinavian Journal of Caring Sciensis*, 7:3, 181–189.

Wiechula, R., Conroy, T., Kitson, A.L., Marshall R.J., Whitaker, N. & Rasmussen Philippa (2016). Umbrella review of the evidence: what factors influence the caring relationship between a nurse and patient? *Journal of Advanced Nursing* 72:4, 723–734.

Wilmot, W. W. (1996). The relational perspective. Teoksessa K. M. Galvin & P. Cooper (toim.) *Making connections. Readings in relational communication*. CA Roxbury : Los Angeles, 16–24.

Vivian, B.G. & Wilcox, J.R. (2000). Compliance communication in home health care: A mutually reciprocal process. *Qualitative Health Research*, 10:1, 103–116.

Zaki, J. & Williams W.C. (2013). Interpersonal emotion regulation. *Emotion*, 13:5, 803–810.

Zapf, D. (2002). Emotion work and psychological well-being. A review of the literature and some conceptual considerations. *Human Resource Management Review* 12, 237–268.

Öresland, S., Määttä, S., Norberg, A. & Lutzen, K. (2009). Patients as "Safequard" and nurses as "Substitute" in Home Health Care. *Nursing Ethics*, 16:2, 219–230.

LIITTEET

LIITE 1. Teemahaastattelurunko

1. Vuorovaikutus

- Millaisista asioista puhut hoitajan/asiakkaan kanssa?
- Millaisista asioista et halua puhua hoitajan/asiakkaan kanssa? Miksi et halua?
- Puhutko hoitosuhteeseen liittyvistä asioista omaisten/kollegojen kanssa? Mistä asioista?
- Mitkä asiat ovat sinulle tärkeitä hoitajan/potilaan kanssa? Kerro esimerkki!
- Millaisista asioista sinä päätät ja mistä asioista potilas/hoitaja? Kerro esimerkki!
- Koetko, että sinua kuunnellaan? Kerro esimerkki!

2. Hoitosuhde

- Tuntuuko sinusta, että teidän keskinäinen kemia toimii? Tulette juttuun keskenänne?
- Miten kuvaillet teidän keskinäisiä välejä, omaa ja toisen toimintaa?
- Kuvaille, millaisia hoitajat/potilaat ovat sinun mielestäsi?
- Ovatko keskinäiset välit muuttuneet ajan kuluessa? Miten?

3. Tunteet ja ristiriidat hoitosuhteessa

- Millainen tilanne on herättänyt sinussa mukavia ajatuksia tai tunteita?
- Kerrotko tai näytätkö asiakkaalle/hoitajalle, miltä sinusta tuntuu?
- Miten näytät sen, miltä sinusta tuntuu?
- Onko teillä ollut asioita, joista teillä on ollut kränää, erimielisyyttä?
- Miten kerrot, jos olet eri mieltä jostain asiasta?
- Millaisessa tilanteessa sinulla on noussut epämukavia tai kielteisiä ajatuksia?
- Mitä teet selvitäksesi epämiellyttävästä tilanteesta?
- Oletko joutunut tukahduttamaan tai piilottamaan sen, miltä sinusta oikeasti tuntuu? Miten teit sen? Kerro esimerkki!
- Oletko esittänyt jotain tunnetilaa, jota et ole oikeasti tuntenut? Miksi?
- Vaikuttavatko aiemmat erimielisyydet mielestäsi nykyhetkeen? Miten, kerro esimerkki!

4. Taustatiedot

- kotihoidon asiakas: ikä, sukupuoli, kuinka kauan ollut kotihoidon asiakas?
- kotihoidon hoitaja: ikä, sukupuoli, ammatti, valmistumisvuosi, työskentelyaika terveydenhuollossa, työskentelyaika kotihoidossa

LIITE 2. Infokirje tutkimukseen osallistuville

INFORMAATIOKIRJE

pro gradu- tutkielmasta

Hei!

Opiskelen Tampereen yliopistossa puheviestintää. Pro gradu-tutkielmani aiheena on kotihoidon hoitajien ja asiakkaiden välinen vuorovaikutus. Olen kiinnostunut suhteen osapuolten kokemuksista: millaista osapuolten keskinäinen vuorovaikutus on, mitä ja miten puhutaan? Lisäksi olen kiinnostunut siitä, miten suhteessa läsnä olevat tunteet ja mahdolliset ristiriidat ilmenevät vuorovaikutuksessa.

Aineiston hankinta tapahtuu haastattelemalla sekä kotihoidon hoitajia että asiakkaita. Haastattelu kestää 1-1½ tuntia ja se nauhoitetaan. Haastattelu on täysin luottamuksellinen ja sitä käytetään vain tutkimustarkoitukseen. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Haastateltavalla on oikeus perua osallistumisensa tutkimukseen tai kieltäytyä vastaamasta hänelle esitettyyn yksittäiseen kysymykseen.

Nauhoitetut haastattelut kirjoitetaan tekstiksi. Kirjoitusvaiheessa poistetaan kaikki mahdollisesti esiin tulleet henkilötiedot, paikkatiedot tai haastateltavan terveydentilaan liittyvät asiat, jotta haastateltavan yksityisyys säilyy ja tunnistettavuuden mahdollisuus poistuu. Tutkijaa sitoo myös vaitiolovelvollisuus em. asioiden kohdalla, koska ne eivät liity tähän tutkielmaan. Ääninauhat tuhotaan sen jälkeen, kun haastattelut on kirjoitettu tekstitiedostoksi.

Tutkimusjulkaisut, jotka ovat julkisia, raportoidaan haastattelussa esiin tulleet asiat siten, että yksittäisiä henkilöitä ei voida tunnistaa. Tutkimusjulkaisuihin voidaan sisällyttää suoria lainauksia haastatteluista.

Jos haluat lisätietoa tutkielmastani, niin alla yhteystietoni:

Jaana Solin
p. 040 7342 444
solin.jaana.m@student.uta.fi