LEA-RIITTA MATTILA

# Vahvistumista ja tunnekokemuksen jakamista

## Potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta kuvaavan käsitejärjestelmän kehittäminen

■

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Esitetään Tampereen yliopiston
lääketieteellisen tiedekunnan suostumuksella
julkisesti tarkastettavaksi terveystieteen laitoksen
luentosalissa, Medisiinarinkatu 3, Tampere,
perjantaina toukokuun 18. päivänä 2001 kello 12.

English abstract

*Tampereen yliopisto*
*Tampere 2001*

LEA-RIITTA MATTILA

# Vahvistumista ja tunnekokemuksen jakamista

## Potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta kuvaavan käsitejärjestelmän kehittäminen

English abstract

*Tampereen yliopisto*
*Tampere 2001*

# Vahvistumista ja tunnekokemuksen jakamista

*Acta Universitatis Tamperensis 816*

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA
Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos
Tampereen yliopistollinen sairaala

**Ohjaaja**
Professori Päivi Åstedt-Kurki
Tampereen yliopisto

**Esitarkastajat**
Professori Arja Isola
Oulun yliopisto
Dosentti Marja-Leena Perälä
Oulun yliopisto

Myynti

Tampereen yliopiston
julkaisujen myynti
PL 617
33101 Tampere

Puh. (03) 215 6055
Fax (03) 215 7685
taju@uta.fi
http://granum.uta.fi

Kannen suunnittelu
Juha Siro

Painettu väitöskirja
Acta Universitatis Tamperensis 816
ISBN 951-44-5098-1
ISSN 1455-1616

Sähköinen väitöskirja
Acta Electronica Universitatis Tamperensis 107
ISBN 951-44-5099-X
ISSN 1455-1616

Tampereen Yliopistopaino Oy Juvenes Print
Tampere 2001

**TIIVISTELMÄ**

Tampereen yliopisto
Lääketieteellinen tiedekunta
Hoitotieteen laitos 2000

Lea-Riitta Mattila: Vahvistumista ja tunnekokemuksen jakamista-potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta kuvaavan käsitejärjestelmän kehittäminen
Väitöskirja: 126 s. + 26 liitesivua

Potilaan avuntarpeet määritellään ja niihin reagoidaan potilaan ja hoitoon osallistuvien vuorovaikutuksessa. Suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa ei ole tuotettu kattavaa kuvausta potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksesta, sen sisällöstä ja siihen yhteydessä olevista tekijöistä. Tutkimuksen tarkoituksena oli kehittää käsitejärjestelmä potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksesta. Tutkimuskysymyksinä esitettiin 1) mitkä ovat potilas - hoitaja vuorovaikutuksen osa-alueet, 2) miten vuorovaikutuksen osa-alueet ovat yhteydessä toisiinsa ja 3) minkälainen kokonaisrakenne potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksesta muodostuu. Tutkimuksessa sovellettiin grounded theory (aineistolähtöinen teoria) -lähestymistapaa. Tutkimusaineisto kerättiin kolmella sisätautiosastolla ja kolmella kirurgisella osastolla havainnoimalla potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta hoitotilanteissa sekä haastattelemalla potilaita (N=50) ja hoitajia (N=50). Aineistosta kehitettyjä vuorovaikutuskäsitteitä validoitiin hoitajille kahdesti tehdyllä kyselyllä ja haastattelemalla potilaita. Aineisto analysoitiin kolmivaiheisesti avoimen, yhteyksiä etsivän ja valikoivan koodaamisen avulla. Lopuksi tunnistettiin muodostetuista vuorovaikutuskategorioista ydinkategoriat.

Tutkimuksen tuloksena vuorovaikutusta kuvattiin seitsemän kategorian avulla: 1) kohtaamisen myönteisyys ja turvallisuus, 2) aloitteellisuus ja luottamus yhteistyössä, 3) potilaan ja hoitajan läheisyys, 4) välittämisen kokeminen, 5) vahvistuminen, 6) tunnekokemuksen jakaminen ja 7) vuorovaikutuksen ympäristö. Kategorioihin sisältyivät vuorovaikutusta vahvistavat ja heikentävät tekijät. Ydinkategoriat olivat vahvistuminen ja tunnekokemuksen jakaminen. Yhdistäviä piirteitä eri kategorioiden välillä olivat potilaan turvallisuuden kokeminen, osallistuminen hoitoonsa ja tietäminen.

Tutkimustuloksia voidaan käyttää potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksen kehittämiseen kirurgisilla ja sisätautiosastoilla, hoitotyön suunnittelussa osastoilla ja terveydenhuoltoalan koulutuksessa vuorovaikutusta opiskeltaessa.

Jatkotutkimusaiheet liittyvät vuorovaikutuskategorioiden ja niiden välisten yhteyksien tutkimiseen, Kategoriat sisältävät abstraktisuustasoltaan erilaisia ominaisuuksia ja tutkimuksissa tarvitaan sen vuoksi erilaisia tiedonkeruumenetelmiä.

Avainsanat: vuorovaikutus, potilas, hoitaja, grounded theory

**ABSTRACT**

University of Tampere
Department of Nursing Science, 2000
Lea-Riitta Mattila: Reinforcing and sharing emotions: developing a theoretical construct of nurse-patient interaction
Doctoral thesis, 126 pages, 26 appendices

Patients have a lot of interaction with different nurses during their hospital care. In Finland there is a lack of comprehensive description of nurse-patient interaction, its substance and the factors related to it. The aim of the study was to generate a theoretical construct of nurse-patient interaction. The research questions were: 1) what are the components of nurse-patient interaction? 2) how are these components related to each other? and 3) what is the core process of nurse-patient interaction ? The study was carried out using the approach of the qualitative grounded theory method. The data was collected in three medical and surgical wards by observing interaction in nursing situations and by interviewing patients (N=50) and nurses N=50). The concepts describing interaction developed from the data were validated twice using a questionnaire to nurses and interviewing patients. The data was analyzed by substantive coding, axial coding and selective coding. Finally the core categories were identified from the categories developed.

The categories of nurse-patient interaction developed from the analysis are as follows: 1) positive approach and security in encountering, 2) initiative and trust in collaboration, 3) closeness between a patient and a nurse, 4) experience of caring, 5) reinforcing, 6) sharing emotions and 7) environment of interaction. The connecting characteristics between the categories were the patient´s feeling of security, participation in his / her own care and knowledge. The core categories were reinforcing and sharing emotions.

The research results can be useful in developing nurse-patient interaction in medical and surgical wards, planning nursing care in wards and in nursing education when studying interactional skills.

Further research is needed to test the identified concepts and relationships between them. The categories include characteristics of different abstract levels and different data collection methods are needed to measure them.

Key words: interaction, patient, nurse, grounded theory

**ESIPUHE**

Tutkimus sai alkunsa pitkäaikaisesta kiinnostuksestani potilaan ja hoitajan vuorovaikutukseen ja tavoitteestani tuottaa hoitotyön käytäntöä palvelevaa tietoa.

Tutkimusprosessin aikana olen saanut tukea ja kannustusta monilta henkilöiltä. Kiitän lämpimästi työni ohjaajaa professori Päivi Åstedt-Kurkea saamastani palautteesta, asiantuntemuksesta, tuesta ja kärsivällisyydestä. Hoitotieteen laitoksen johtajaa, professori Marita Paunonen-Ilmosta ja tutkimuspäällikkö, dosentti Marja-Leena Perälää kiitän työni eri vaiheissa saamastani ohjauksesta ja kritiikistä, jotka veivät eteenpäin työtäni. Professori Juhani Lehtoa kiitän paneutumisesta työhöni ja rakentavista kommenteista, jotka auttoivat parantamaan työtäni. Esitarkastajia, professori Arja Isolaa ja dosentti Marja-Leena Perälää kiitän lämpimästi saamastani palautteesta.

Potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta käsittelevä tutkimus ei olisi ollut mahdollinen ilman potilaiden ja hoitajien myötävaikutusta. Kiitän tutkimukseeni osallistuneita potilaita ja hoitajia myötämielisestä suhtautumisesta työhöni, ajan antamisesta ja vuorovaikutuksen avaamisesta tutkijalle. Potilaiden ja hoitajien tavoittaminen toteutui ylihoitajien ja osastonhoitajien avulla. Kiitän Peijaksen sairaalan ylihoitaja Raili Ahosta ja Töölön sairaalan ylihoitaja Tuula Lampista yhteistyöstä. Parhaat kiitokseni myös yhteyshenkilöinä toimineille osastonhoitajille.

Kiitän työtovereitani Helsingin ammattikorkeakoulussa vuosien varrella saamastani kannustuksesta, tuesta ja arvostavasta suhtautumisesta työtäni kohtaan. Filosofian maisteri Päivi Helléniä kiitän englanninkielisen tekstin laatimisessa saamastani avusta. Kiitän Suomen sairaanhoitajaliittoa ja Hoitotieteiden tutkimusseuraa saamastani apurahasta.

Perheeni on läheltä seurannut ponnistelujani työni parissa. Kiitän Seppoa, Pekkaa, Karia ja Eevariittaa kärsivällisyydstä, ymmärryksestä ja tuesta. Kiitokset pojalleni valtiotieteiden ylioppilas Pekka Mattilalle taitavasta tietoteknisestä avusta.

Helsingissä huhtikuussa 2001

Lea-Riitta Mattila

**SISÄLTÖ**


| | | |
|---|---|---|
| **1.** | **TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS** | 11 |
| **2.** | **VUOROVAIKUTUS HOITOSUHTEENA JA ILMIÖNÄ** | 14 |
| 2.1 | Potilaan elämäntilanteen ja odotusten ymmärtäminen vuorovaikutuksen lähtökohtina | 14 |
| 2.2 | Vuorovaikutuksen tavoitteet ja niiden saavuttaminen | 16 |
| 2.2.1 | Tavoitteet | 16 |
| 2.2.2 | Tavoitteiden saavuttaminen hoitosuhteessa | 19 |
| 2.3 | Vuorovaikutus ilmiönä eri tieteenaloilla | 23 |
| 2.3.1 | Puheenvuorot ja osallistumisaktiivisuus vuorovaikutuksessa | 23 |
| 2.3.2 | Viestintä vuorovaikutuksessa | 25 |
| 2.3.3 | Läsnäolo ja kosketus vuorovaikutuksessa | 27 |
| 2.3.4 | Empatia ja potilaan ahdistuneisuuden lieventäminen vuorovaikutuksessa | 28 |
| 2.3.5 | Vuorovaikutus hoitajan käyttäytymistapoina | 31 |
| 2.4 | Yhteenveto vuorovaikutusta käsitelleistä tutkimuksista | 33 |
| **3.** | **TUTKIMUSKYSYMYKSET JA TUTKIMUSASETELMA** | 36 |
| **4.** | **TUTKIMUKSEN MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT, TUTKIMUSAINEISTO JA AINEISTON ANALYYSI** | 38 |
| 4.1 | Aineistolähtöinen teoria -lähestymistapa tutkimuksessa | 38 |
| 4.2 | Aineisto ja sen keruu | 42 |
| 4.2.1 | Aineistonkeruuympäristö | 44 |
| 4.2.2 | Havainnointi | 45 |
| 4.2.3 | Teemahaastattelu | 46 |
| 4.2.4 | Kysely hoitajille | 49 |
| 4.2.5 | Potilaiden haastattelu vuorovaikutuskäsitteiden validoimiseksi | 50 |
| 4.3 | Aineiston analyysi | 51 |
| 4.4 | Tutkimuksen eettiset näkökohdat | 58 |
| **5.** | **TULOKSET** | 60 |
| 5.1 | Potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksen osa-alueet | 60 |

5.1.1 Kohtaamisen myönteisyys ja turvallisuus 60
5.1.2 Aloitteellisuus ja luottamus yhteistyössä 62
5.1.3 Potilaan ja hoitajan läheisyys 66
5.1.4 Välittämisen kokeminen 68
5.1.5 Vahvistuminen 70
5.1.6 Tunnekokemuksen jakaminen 73
5.1.7 Vuorovaikutuksen ympäristö 76
5.2 Vuorovaikutuskategorioiden vertailu 80
5.2.1 Potilaan turvallisuuden kokeminen kategorioita yhdistävänä piirteenä 81
5.2.2 Potilaan osallistuminen hoitoonsa kategorioita yhdistävänä piirteenä 82
5.2.3 Potilaan tietäminen kategorioita yhdistävänä piirteenä 83
5.3 Kehitettyjen käsitteiden ja vuorovaikutuskategorioiden validointi 84

**6. POTILAAN JA HOITAJAN VUOROVAIKUTUKSEN KOKONAIS-RAKENNE: VUOROVAIKUTUS VAHVISTUMISENA JA TUNNE-KOKEMUKSEN JAKAMISENA** 86

**7. POHDINTA** 92
7.1 Tutkimuksen luotettavuus 92
7.2 Tulosten tarkastelu suhteessa aikaisempien tutkimusten tuloksiin 98
7.3 Kehitetyn käsitejärjestelmän tarkastelu 103
7.3.1 Vuorovaikutuksen osa-alueet ja niiden väliset suhteet 103
7.3.2 Vuorovaikutuksen kokonaisrakenteen kuvaus 105
7.4 Tulosten merkitys potilaan hoidolle 106
7.5 Jatkotutkimusaiheet 108

**LÄHTEET** 111

**LIITTEET**
Liite 1 Yhteenveto potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta käsittelevistä tutkimuksista (taulukko 1)
Liite 2 Kirje potilaalle
Liite 3 Havainnointiesimerkki
Liite 4 Potilaiden haastattelun teemat

Liite 5 Hoitajien haastattelun teemat
Liite 6 Kysely hoitajille (tutkimuksen II vaihe)
Liite 7 Kysely hoitajille (tutkimuksen III vaihe)
Liite 8 Esimerkki potilasaineiston luokittelusta alustavia kategorioita muodostettaessa (taulukko 6)
Liite 9 Potilaan turvallisuuden kokeminen, osallistuminen hoitoonsa ja tietäminen kategorioita yhdistävinä piirteinä (taulukko 18)
Liite 10 Sisältöluokkien muodostaminen (taulukko 19)
Liite 11 Vuorovaikutuskategorioiden ja potilaskyselyn vastausten vertailu (taulukko 20)

**Tekstissä esiintyvät kuviot**

Kuvio 1. Tutkimusasetelma
Kuvio 2. Tutkimusaineiston analyysin etenemisen päävaiheet
Kuvio 3. Vuorovaikutuskategorioita yhdistävät piirteet
Kuvio 4. Potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksen osa-alueet (kategoriat)
Kuvio 5. Potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta vahvistavat ja heikentävät tekijät

**Tekstissä esiintyvät taulukot**

Taulukko 2. Hoitajia (N=50) kuvaavia tietoja (tutkimuksen I-vaihe)
Taulukko 3. Potilaita (N=50) kuvaavia tietoja (tutkimuksen I-vaihe)
Taulukko 4. Potilaiden ja hoitajien haastatteluteemat
Taulukko 5. Kerätyn tutkimusaineiston validoinnin vaiheet
Taulukko 7. Potilaiden ja hoitajien aineistosta muodostetut alustavat kategoriat ja niiden vertailu
Taulukko 8. Avoin koodaaminen, esimerkkejä
Taulukko 9. Havainnoimalla kerätyn aineiston ja haastatteluaineiston vertailua
Taulukko 10. Kohtaamisen myönteisyys ja turvallisuus
Taulukko 11. Aloitteellisuus ja luottamus yhteistyössä
Taulukko 12. Potilaan ja hoitajan läheisyys
Taulukko 13. Välittämisen kokeminen
Taulukko 14. Vahvistuminen
Taulukko 15. Tunnekokemuksen jakaminen
Taulukko 16. Hoitotyön kulttuuri osastolla ja potilas-hoitaja vuorovaikutus
Taulukko 17. Yhteenveto vuorovaikutuskategorioiden vertailusta yhdistäviin piirteisiin

## 1. TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS

Tämän tutkimuksen aiheena on potilaan ja hoitajan vuorovaikutus sairaalassa. Potilaan avun tarpeet määritellään ja niihin reagoidaan potilaan ja hoitoon osallistuvien välisessä vuorovaikutuksessa. Vuorovaikutus tukee hoidon tavoitteiden saavuttamista. (Arnold & Underman Boggs 1999, Töyry ym. 1999, Leminen ym. 2000.) Tavoitteena on potilaan terveyden ja hyvän olon lisääntyminen (Paterson & Zderad 1976, 12, 107, Meleis 1997,117 - 118,197, Chinn & Kramer 1999, 41). Koska potilas ja hoitaja ovat toistuvasti vuorovaikutuksessa keskenään potilaan hoidossa ollessa, tulee vuorovaikutuksen edistää tämän tavoitteen saavuttamista. Vuorovaikutus henkilökunnan kanssa on useissa tutkimuksissa todettu keskeiseksi osatekijäksi, jonka mukaan potilaat arvioivat saamaansa hoitoa. Potilaat odottavat erityisesti ongelmiensa kuulemista ja asioihinsa paneutumista. (Virtanen 1991, Sinkkonen ym. 1992, Fosbinder 1994, Häggman-Laitila & Åstedt-Kurki 1994, Sohlberg ym. 1994, Lövgren ym. 1996.) Hoitaja voi ammattihenkilönä ohjata vuorovaikutusta ja antaa tilaa potilaan ilmaisuille. Sairaalassa potilaat ovat eriasteisesti riippuvaisia ammattihenkilöiden avusta. Hoitajat ovat avainhenkilöitä siinä, miten potilas saa tietoa hoitoonsa liittyvistä kysymyksistä ja on osallistujana hoidossaan. (Benner 1984, Drew 1986, Tourigny 1994, Janhonen 1999.)

Lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista (Laki 785/1992) on kirjattu oikeus hyvään hoitoon ja kohteluun sekä tiedonsaanti- ja itsemääräämisoikeus. Tämä on lisännyt keskustelua potilaiden kokemuksista saamastaan palvelusta ja lain periaatteiden toteutumisesta käytännössä (Anttila 1996, Pahlman 1996). Oikeuksien toteutumisessa on potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksella tärkeä osuus. Terveydenhuolto-organisaatioissa on tavoitteena hyvä palvelu. Tehtyjen tutkimusten mukaan hoitotyöntekijät ovat olleet halukkaita työnsä laadun arviointiin ja kehittämiseen, jotta tavoitettaisiin potilaskeskeinen ja yksilöllinen hoito (mm. Perälä & Räikkönen 1994, Perälä ym. 1995, Paunonen ym.1996, Kukkola 1997). Hoitotyöntekijät ovat esittäneet syitä siihen, miksi he eivät voi toimia hyvinä pitämillään tavoilla. Syyt koskivat potilaan ja hoitajan välittömän vuorovaikutuksen ulkopuolisia tekijöitä, kuten organisaation toiminnallisia ratkaisuja, jotka eivät olleet hoitajien muutettavissa. (Åstedt-Kurki 1992, Töyry ym. 1999.)

Sairaalahoidon laadun arvioimiseksi on kehitetty mittareita, joiden avulla saadaan tietoa potilaiden hoitokokemuksista. Yhtenä arvioinnin kohteena ovat olleet potilaiden kokemukset vuorovaikutuksesta henkilökunnan kanssa. Vuorovaikutusta mittaavia kysymyksiä on sisältynyt kyselylomakkeisiin (mm. Sinkkonen ym. 1988, Meterko 1990, Rubin ym. 1990, Koistinen 1995, Perälä 1995). Kuopion yliopistollisessa sairaalassa on tutkittu ihmisläheistä hoitoa ja kehitetty

ihmisläheisen hoidon mittari (Sohlberg ym. 1994, Leppänen ym. 1997, Töyry ym. 1999). Ihmisläheisen hoidon puutteet ja potilaiden kielteiset kokemukset johtuivat pääasiassa henkilökunnan ja potilaiden vuorovaikutustilanteiden epäonnistumisesta. Sairaalassa olevaa potilasta hoidetaan suurelta osin vuorovaikutuksessa erilaisten hoitajien kanssa. Koska vuorovaikutus ei toteudu irrallaan sairaalan hoitotoiminnan kokonaisuudesta, tarvitaan tutkimustietoa myös siihen yhteydessä olevista tekijöistä.

Hoitotieteessä potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta selvittävässä tutkimuksessa ei toistaiseksi ole tuotettu kattavaa kuvausta vuorovaikutuksen sisällöstä ja osa-alueista. On tutkittu tietyn asiakas- tai potilasryhmän ja hoitajan vuorovaikutusta, esim. vuorovaikutusta lastenneuvolassa (Vehviläinen-Julkunen 1990), syöpäpotilaan ja henkilökunnan välistä vuorovaikutusta (Kuuppelomäki 1996) ja kosketusta vuorovaikutuksena vanhusten hoidossa (Routasalo 1997). Tutkimus on tuottanut tietoa potilaiden kommunikaatioon kohdistamista odotuksista (Häggman-Laitila & Åstedt-Kurki 1994, Åstedt-Kurki ym. 2001) ja potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksesta erilaisissa hoitoympäristöissä, kuten sisätautiosastoilla (Rimpilä 1995, Mattila 1996) ja psykiatrisessa päiväsairaalassa (Torikka 1996). Kansainvälisissä hoitotieteellisissä julkaisuissa on raportoitu runsaasti potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta käsitteleviä tutkimuksia, mutta tulokset eivät ole sellaisenaan sovellettavissa suomalaiseen hoitotyöhön. Vuorovaikutuksen määrällistä kuvausta tuottavaa tutkimusta kohtaan on esitetty kritiikkiä, koska tieto vuorovaikutuksesta on jäänyt puutteelliseksi (mm. May 1990, Morse 1991, Bottorf & Morse 1994). Tutkimuksissa on tuotettu tietoa vuorovaikutuksen osapuolten aloitteellisuudesta, puheenvuorojen jakautumisesta, esiintymistiheydestä ja muista kommunikaation mitattaviin ominaisuuksiin liittyvistä tekijöistä. Lisäksi tutkimusta tarvitaan vuorovaikutuksen kokemuksellisista osatekijöistä, ja ne eivät ole suoraan mitattavissa.

Hoitotieteellisen tutkimuksen lisäksi terveysviestintään ja asiakkaiden perusterveydenhuollon palvelukokemuksiin kohdistuneissa tutkimuksissa on saatu tietoa hoitajien kommunikaatiotaitojen kehittämistarpeista (Poskiparta 1994, Liimatainen ym. 1996, Mikkola 1996, Kukkola 1997, Malin 1997). Potilaan ja lääkärin välinen vuorovaikutus on ollut yhteiskuntatieteilijöiden ja suomen kielen tutkijoiden kiinnostuksen kohteena (Peräkylä 1996, 1998, Raevaara 1996, Ruusuvuori 1996, Haakana & Raevaara 1999, Engeström 1999, Ruusuvuori 2000). Potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta käsittelevää tutkimusta ei kuitenkaan ollut löydettävissä em. tieteenaloilla.

Tässä tutkimuksessa on tarkoituksena luoda havainnoimalla ja haastattelemalla kerätyn empiirisen aineiston avulla potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta kuvaava käsitejärjestelmä. Käsitejärjestelmä

kuvaa vuorovaikutuksen osatekijöitä ja niiden välisiä yhteyksiä. Kuvaus on luonteeltaan alustava. Hoitokäytäntöä tutkimalla tuotettu tieto on todettu tärkeäksi teorian ja käytännön lähentämisessä (Wilson 1985, Nolan & Grant 1992, Hutchinson 1993, Chinn & Kramer 1999, Liehr & Smith 1999). Potilaiden, hoitotyöntekijöiden ja terveydenhuollon opiskelijoiden kanssa käymieni keskustelujen perusteella ammatillinen kokemukseni on, että vuorovaikutuksen jäsentäminen ja konkretisoiminen auttavat arvioimaan ja kehittämään potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta. Tutkimuksessa käytän käsitettä "potilas" tarkoittaen sairaalassa kirurgisella ja sisätautiosastolla hoidettavana olevaa ihmistä. Nimitys "hoitaja" tarkoittaa em. osastoilla työskenteleviä sairaanhoitajia ja perushoitajia.

# 2. VUOROVAIKUTUS HOITOSUHTEENA JA ILMIÖNÄ

## 2.1 Potilaan elämäntilanteen ja odotusten ymmärtäminen vuorovaikutuksen lähtökohtina

Sairastuminen merkitsee ihmiselle muutosta totutuissa arkielämän rooleissa ja selviytymisessä jokapäiväisistä toiminnoista. Eläminen omista tarpeistaan huolehtivana ja itsenäisenä persoonana häiriytyy. Potilaana olemiseen liittyy eriasteista riippuvuutta toisten avusta sekä yksityisyyden ja turvallisuuden tunteen heikkenemistä. Sairaalaan joutumisen yllätyksellisyys tai mahdollisuus valmistautua potilaaksi tuloon on merkityksellistä sen kannalta, miten potilas kokee hallitsevansa tilanteen.

Morse ja Johnson (1991) kuvaavat potilaan sairauden kokemista nelivaiheisena, osittain päällekkäisinä vaiheina kehittämänsä mallin avulla (Illness Constellation Model). Yksilön lisäksi hänen lähiympäristönsä, perheensä ja muut läheisensä, on otettu mukaan tarkasteluun. Ensimmäisessä epävarmuuden vaiheessa yksilö hakee tukea oireiden tulkinnassa ja määrittelyssä läheisiltä ihmisiltä ja ammattihenkilöiltä. Toisessa hajaantumisen vaiheessa riippuvuus muista ihmisistä lisääntyy, sairastunut luopuu jossain määrin kontrolloimasta tilannettaan ja luovuttaa päätöksentekovaltaa läheisilleen ja ammattihenkilöille. Kolmatta vaihetta kuvaa ponnistelu oman hallinnan saavuttamiseksi toipumisen alkaessa, jolloin potilas tarvitsee tukea ja rohkaisua saavuttaakseen tavoitteensa. Neljännessä hallinnan saavuttamisen vaiheessa potilas hyväksyy tarvittavat muutokset ja rajoitukset sekä jäsentää tilannettaan realistisesti, mutta sairauden oireiden tarkkailu ja varuillaanolo jatkuu. Sairauden kokeminen ei etene lineaarisesti vaiheesta toiseen, vaan edestakaisena liikkeenä eri vaiheiden välillä. (Morse & Johnson 1991, Valkonen 1994.) Vuorovaikutussuhde hoitajiin tukee potilasta hallinnan saavuttamisessa.

Johnson ja Morse (1990) sekä Valkonen (1994) jäsentävät mallin avulla potilaan toipumista sydäninfarktista. Epävarmuuden vaiheessa pyritään määrittelemään oireet nopeasti ja hakeutumaan välittömästi hoitoon. Hajaantumisen vaiheessa potilas luottaa asiantuntijoiden apuun ja on riippuvainen useimmissa päivittäisissä toiminnoissaan toisten avusta. Hallinnan saavuttaminen tapahtuu vähitellen päivittäisten tavoitteiden kautta. Myös syöpään sairastunut potilas tarkkailee itseään havaitakseen sairauden uusiutumisen ajoissa (Faulkner & Maguire 1999, Leminen ym. 2000). Leikkauksessa ollut potilas pyrkii saavuttamaan hallinnan vaiheen nousemalla jalkeille

mahdollisimman pian leikkauksen jälkeen. Potilaan kotiutuessa sairaalasta epävarmuus ja sairauden uusiutumisen pelko on tavallista (Leino-Kilpi ym. 1999, Sormunen 1999, Suomen Sydäntautiliitto ym. 1999).

Vuorovaikutuksessa potilaan kanssa hoitajan tulee ymmärtää potilaan sairauden kokemista ja kykyä tilanteen hallintaan, jotta hän voi auttaa potilasta selviytymään ja uudelleenorientoitumaan muutostilanteessa (Benner & Wrubel 1989, Nupponen 1994). Kirurgisilla ja sisätautiosastoilla potilaan ja hoitajan vuorovaikutukselle on tunnusomaista etukäteen suunniteltujen tilanteiden, kuten ohjaus- ja opetustilanteiden lisäksi spontaanit kohtaamiset, jolloin hoitaja reagoi välittömästi potilaan tarpeisiin. Potilaat ja hoitajat ovat useita kertoja päivässä vuorovaikutuksessa keskenään. Potilaiden avuntarve vaihtelee vuodeosastoilla: osa potilaista on riippuvaisia hoitajien avusta päivittäisissä toiminnoissaan, osa selviää itsenäisesti tai vähän avustettuna. Potilaat tarvitsevat fyysisen, konkreettisen avun lisäksi tietoa, ohjausta ja henkistä tukea (Mishel & Sorenson 1991, Radwin 1996).

Potilaiden mielestä jo tulotilanteessa käynnistyy potilaan ja henkilökunnan vuorovaikutteinen yhteistyö- ja neuvottelusuhde, joka ilmenee potilaan kuuntelemisena ja hoitosuunnitelmasta keskustelemisena (Onnela 1998). Potilaat kiinnittivät huomiota kommunikaation johdonmukaisuuteen tutkimuksessa, jossa kysyttiin potilaiden ja sairaanhoitajien vuorovaikutukseen kohdistamia odotuksia (Häggman-Laitila & Åstedt-Kurki 1994). Potilaiden mielestä sairaanhoitajien verbaalisen ilmaisun ja kehon kielen tuli vastata toisiaan, potilaiden mielipiteitä tulisi kysyä sekä ymmärtää intuitiivisesti potilaiden tarpeita. Potilaat odottivat sairaanhoitajilta aloitteellisuutta avun tarjoamisessa. Sairaanhoitajat toivoivat potilaan olevan aloitteellinen kysymysten tekijä ja aktiivinen osallistuja hoidossaan. Jos potilas on hiljainen ja vetäytyvä, ei hoitajalla ole välttämättä tietoa hänen odotuksistaan. Hoitajien oli vaikeaa ilmaista tukeaan masentuneelle ja ahdistuneelle potilaalle, joka ei viestinyt avuntarvettaan verbaalisesti (Mikkola 1996). Edellä mainitun tutkimuksen tuloksista voi päätellä niiden potilaiden, jotka eivät ole aloitteellisia ja aktiivisia vuorovaikutussuhteessa, jäävän vaille tarvitsemaansa tukea.

Syöpäpotilaan kärsimyskokemuksia koskevassa tutkimuksessa tarkasteltiin yhtenä osana potilaiden ja sairaanhoitajien vuorovaikutusta. Potilaiden ja sairaanhoitajien vuorovaikutusta koskevat odotukset erosivat jossain määrin toisistaan. Potilaat odottivat hoitajan puhuvan ja keskustelevan heidän kanssaan, hoitajat korostivat potilaan kuuntelua. Potilaat halusivat keskustella muustakin kuin sairauteen liittyvistä asioista. (Kuuppelomäki 1996.)

Potilaiden kommunikaatio-odotukset ja niihin vastaaminen olivat kiinnostuksen kohteena tutkimuksessa, jossa selvitettiin halutun ja saadun kommunikaation vastaavuutta terveyskeskuksen vastaanotolla potilaan ja hoidonantajan (lääkärin, sairaanhoitajan, terveydenhoitajan) näkökulmasta. Vuorovaikutusta tutkittiin instrumentaalisena ja sosioemotionaalisena kommunikaationa. Kommunikaatio vastasi suurelta osin potilaiden odotuksia. Instrumentaalinen kommunikaatio, kuten tietojen jakaminen, ohjaus ja kysymysten esittäminen ennustivat potilaan tyytyväisyyttä vuorovaikutukseen vastaanotolla. Sosioemotionaalisessa kommunikaatiossa tyytyväisyyttä ennustivat mahdollisuus esittää mielipide ja keskustella peloista ja ahdistuksesta. (Kukkola 1997.) Tutkimuksen ansiona on vuorovaikutuksen tutkiminen potilaan ja hoidonantajan välisenä prosessina.

## 2.2 Vuorovaikutuksen tavoitteet ja niiden saavuttaminen

### 2.2.1 Tavoitteet

*Tavoitteena on hoitosuhteen muodostuminen.* Potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutus luo ja ylläpitää hoitosuhdetta kommunikaation välityksellä. Hoitosuhde on ammatillinen suhde, jossa hoitaja sitoutuu auttamaan potilasta ja saa tietoa potilaalta tarpeiden mukaisen hoidon järjestämiseksi. Hoitosuhteessa vaikuttavat potilaan ja hoitajan ajatukset, tunteet ja toiminnot. Hoitajan toiminnan johdonmukaisuutta pidetään tärkeänä hoitosuhteessa. Hoitajan johdonmukaisuus ilmenee verbaalisen ja nonverbaalisen ilmaisun johdonmukaisuutena ja myös verbaalisen ilmaisun ja toiminnan johdonmukaisuutena, kuten lupauksesta kiinnipitämisenä. (Peplau 1952, Orlando 1961, 1972, Morse 1991, Forchuk 1993, Gastmans 1998, Arnold & Underman Boggs 1999.) Verbaalista kommunikaatiota on se, mitä sanotaan, nonverbaalista kommunikaatiota on se, miten sanotaan (Gergen & Gergen 1986).

Crowe (2000) kuvaa hoitosuhteen institutionaalista luonnetta ja potilaan passiivista roolia hoidon vastaanottajana ja hoitojärjestelmään mukautuvana. Potilaan ja hoitajan suhteeseen vaikuttavat hoitorutiinit ja -määräykset, joita hoitaja toteuttaa. Hoitosuhteessa potilaan oletetaan reagoivan hoitajan toimintaan mukautuen ja kiitollisuutta osoittaen. Hoitosuhde on kurinalainen ja ennustettava. Hoitotoimien suorittaminen ja teknisen pätevyyden korostaminen suojaavat hoitajaa potilaan kärsimyksen kohtaamiselta. Crowe rohkaisee hoitajia potilaan yksilöllisyyttä ja aktiivisuutta tukevaan hoitosuhteeseen, jossa potilas on osallistujana hoidossaan.

Vuorovaikutustutkimuksen on tärkeä tuottaa tietoa, jota soveltamalla hoitosuhdetta voidaan kehittää.

Vuorovaikutuksen osapuolten sitoutuminen toimimaan potilaan terveyden ja sopeutumisen edistämiseksi antaa potilaalle mahdollisuuden osallistua hoitopäätösten tekoon ja itsehoitoon. Potilaan oikeuksia kunnioittava hoitosuhde tukee potilaan osallistumista. (Kasch 1984, Taylor 1985, Bradley & Edinberg 1990, Radwin 1996.) Potilaan yksilöllisten tapojen ja tottumusten tuntemisen ja hoitoon reagoimisen perusteella hoitajalla on tietoa siitä, miten läheiseksi hoitosuhde potilaan kanssa voi muodostua (Tanner ym. 1993, Radwin 1996). Hoitosuhde potilaan kanssa voi kestää muutamasta päivästä viikkoihin. Hoitosuhde voi jatkua siten, että potilaan tarvitessa uudelleen sairaalahoitoa hän palaa samalle osastolle.

Oremin (1991) mukaan kommunikaatiotaitojensa avulla hoitaja saa aikaan ja ylläpitää potilaan ja hänen läheistensä kanssa vuorovaikutussuhdetta, jossa toteutuu potilaan itsehoitoa kokonaan korvaava, osittain korvaava sekä itsehoitoa tukeva ja ohjaava hoitotyö. Läheisille ja perheelle on tärkeää hoitajan tavoitettavuus ja saatavilla olo, jotta henkisen ja tiedollisen tuen antaminen heille on mahdollista (Åstedt-Kurki & Paavilainen 1999, Perälä ym. 1999, Åstedt-Kurki ym. 2001a). Hoitosuhteessa hoitaja ymmärtää potilasta, lievittää potilaan ja hänen läheistensä epävarmuutta ja ahdistuneisuutta (Watson 1985, Kasch 1986, Bradley & Edinberg 1990). Potilaan läheisten ja perheen antama tieto potilaasta on tärkeää suunnittelun ja päätöksenteon pohjaksi erityisesti silloin, kun potilas ei voi itse ilmaista itseään (Tanner ym. 1993).

*Tavoitteena on potilaan tiedon tarpeiden tyydyttyminen*. Potilaan tutkimuksiin ja hoitoon liittyvien tiedon tarpeiden tyydyttyminen ja terveyskasvatus toteutuvat vuorovaikutuksessa hoitajan ja potilaan välillä. Tämä edistää myös potilaan sopeutumista sairauteen ja sairaalassa oloon. Vuorovaikutukseen sisältyvä säätely ja kontrollointi voi kohdistua hoitoympäristöön tai potilaan käyttäytymiseen. Pyrkimyksenä on edistää potilaan hoitomyöntyvyyttä ja hoitoon sitoutumista. Hoitaja auttaa potilasta saavuttamaan terveydentilan kohentumiseen tähtäävät tavoitteet. (Kasch 1984, Orem 1991, 280 - 281, 286, Sinkkonen ym. 1992, Larrabee 1998.) Koska monet potilaat ovat sairaalahoidossa mahdollisimman lyhyen ajan, pidetään potilaan ohjausta tiedon tarpeiden tyydyttymisen ja kotona selviytymisen kannalta tärkeänä.

Ihmisten väliseen vuorovaikutukseen liittyy valta, jota hoitaja käyttää positiivisessa merkityksessä potilaan hyväksi. Bennerin (1984, 210 - 216) mukaan hoitaja käyttää valtaa edistääkseen potilaan toipumista ja tämän omien resurssien käyttöönsaamista. Vallan lajeja ovat tulevaisuuteen suuntaava ja yhteisöön palauttava valta potilaan normaalien elämäntoimintojen jatkamiseksi. Hoitajan tiedon hallintaan ja osaamiseen liittyy potilaan asianajajana toimimisen valta ja ongelmanratkaisuvalta. Vuorovaikutus potilaan kanssa muuttuu ja kehittyy aloittelija-hoitajan ongelma- ja tehtäväorientoituneesta potilaskeskeiseksi hoitajan työkokemuksen lisääntyessä. Taitavan ja asiantuntija-hoitajan vuorovaikutus potilaan kanssa on dialogia ja herkkää potilaan viesteille. Asiantuntija-hoitaja tuo potilaalle esiin mahdollisuuksia ja toivoa. Hän näkee potilaan voimavarat ja auttaa tätä käyttämään niitä. Vuorovaikutuksessa ilmenee hoitajan persoonallisuus, jolloin myös potilas voi olla aidosti oma itsensä. (Benner 1984, Benner ym. 1996.) Tiedon välittäminen potilaalle edistää potilaan itsenäistä selviytymistä (Morse & Johnson 1991, Hancock 1999).

*Tavoitteena on potilaan kärsimyksen poistuminen tai lievittyminen*. Potilaan kärsimys voi johtua sairaudesta sinänsä tai tarvittavista hoitotoimenpiteistä. Potilas voi kokea hoitokärsimystä, jolloin on kysymys hoitamisen eettisten periaatteiden toteutumattomuudesta. Elämisestä johtuva kärsimys käsittää potilaan koko elämäntilanteen, sairaudesta johtuvat rajoitukset ja luopumisen. (Eriksson 1996.) Morse ja Johnson (1991) kuvaavat kärsimyksen fysiologisena, psykologisena ja sosiaalisena prosessina, joka liittyy sairastamisen eri vaiheisiin. Potilaan kärsimyksen kokemiseen liittyy useita negatiivisia tunteita, kuten yksinäisyyttä, leimautumista, häpeää ja itsestä ja toisista vieraantumista (Younger 1995). Kärsimys on osa ihmisen elämää, mutta kärsimyksen ollessa sietämätöntä potilas tarvitsee hoitajan apua sen lievittämisessä. Potilaan hoidontarpeet ovat yhteydessä kärsimykseen, ne ilmenevät selvästi havaittavien ongelmien lisäksi tarpeina ja toiveina, joista hoitaja voi tulla tietoiseksi ja nähdä ongelmien taakse hoitosuhteessa potilaaseen. Potilas ilmaisee kokemaansa kärsimystä hoitajalle, jolloin hoitaja saa tietoa potilaan eri muodoissa kokeman kärsimyksen lievittämiseksi tai poistamiseksi. (Morse & Johnson 1991, Eriksson 1996, Bégat & Severinsson 2001.) Kärsimystä lievittämällä edistetään myös potilaan hyvää oloa. Kärsimyksen lievittymisen päämääränä on pidetty potilaan kasvua ja eheytymistä. (Eriksson 1992a, 1995, Younger 1995, Eriksson 1996, Fagerström ym. 1998.)

*Tavoitteena on potilaan hyvä olo*. Potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksen tavoitteena on lisätä potilaan hyvää oloa ja levollisuutta (”comfort”). Hyvä olo tarkoittaa potilaan kokemaa helpottuneisuutta ja huojentuneisuutta. (Paterson & Zderad 1976, Morse 1992, Morse ym. 1994, 1995.) Hoitaminen ("caring") viittaa hoitajan toimintaan, mutta käsite "comfort" kohdistuu potilaan

kokemukseen. Potilas kuvaa oloaan usein pahan olon ("discomfort") tunnusmerkein erilaisina oireina, kuten kipuna, heikkoutena tai pahoinvointina ja keskustelee hoitajan kanssa pahan olon lievityksestä. Hyvä olo voi olla väliaikaista, kuten kivun lievittyminen tai pysyvää kuten terveydentilan kohentuminen, jota potilas voi omalla toiminnallaan edistää. Täydellistä hyvän olon tilaa pidetään saavuttamattomana, mutta hoitaja auttaa potilasta kohti hyvää oloa. (Morse 1992, Morse ym. 1994, 1995.)

### 2.2.2 Tavoitteiden saavuttaminen hoitosuhteessa

Vuorovaikutuksen tavoitteet saavutetaan hoitotyön prosessissa, joka kuvaa vuorovaikutusta potilaan ja hoitajan välillä (Peplau 1952, Orlando 1961, 1972, King 1981, myös Flaskerud 1986). Prosessi tarkoittaa vaiheittaista etenemistä yleisluonteisesti eikä kuvaa vuorovaikutuksen sisältöä. Sisältöön viittaavia ilmaisuja on esitetty hoitotieteellisissä teorioissa, niissä vuorovaikutusta on kuvattu tavoitteelliseksi yhteistoiminnaksi potilaan ja sairaanhoitajan välillä (King 1981), todelliseksi läsnäoloksi ja suhteessa olemiseksi (Paterson & Zderad 1986) sekä potilaan välittömien avun tarpeiden tyydyttämiseksi (Orlando 1961).

Hoitaja vastaa potilaan tunteisiin ja tarpeisiin tätä hoitaessaan. Morse (1992) sekä Bégat ja Severinsson (2001) erottavat tehtävä- ja teknispainotteiset ja vuorovaikutuspainotteiset toiminnot, joita yhdistämällä hoitaja auttaa potilasta hoidon tavoitteiden saavuttamisessa. Vastaavasti Bradley ja Edinberg (1990) erottavat hoitajan selvästi havaittavat näkyvät toiminnot ja vaikeammin suoraan havaittavissa olevat toiminnot. Tehtävä- ja teknispainotteiset toiminnot tarkoittavat hoitotoimenpiteiden suorittamista ja hoitoteknologian käyttöä potilaan hoidossa, kuten tarkkailu- ja hoitovälineistö potilaan ympärillä. Vuorovaikutuspainotteiset toiminnot tarkoittavat potilaskeskeisiä toimintoja, kuten koskettamista, lohduttamista ja tukemista. Muutos potilaassa aiheuttaa muutoksen vuorovaikutuksessa ja reagoimista potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaisesti. Vuorovaikutuksessa on näin ollen erotettavissa hoitotoimenpiteeseen liittyvä tekeminen ja toisaalta ilman välttämätöntä hoitotoimenpidettä tapahtuva vuorovaikutus, kuten koskettaminen, puhuminen ja kuunteleminen. Nämä yhdistyvät potilasta hoidettaessa ja yleensä ne toteutuvat samanaikaisesti.

*Hoitosuhde kehittyy vähitellen ja on monitasoinen.* Potilaan ja hoitajan hoitosuhdetta käsittelevissä tutkimuksissa ovat kiinnostuksen kohteena olleet potilaiden ja hoitajien kokemukset hoitosuhteen myönteisistä ja kielteisistä tekijöistä hoidon eri vaiheissa sekä hoitosuhteen kehittyminen. Morse (1991) kuvaa hoitosuhteen kehittymistä vastavuoroisuutena potilaan ja hoitajan välillä neljän

erilaisen suhteen avulla: tauti- ja toimenpidekeskeinen hoitosuhde ("clinical"), terapeuttinen, liittyvä ja ylisitoutunut hoitosuhde. Suhteen kesto, potilaan tarpeet, hoitajan sitoutuneisuus ja potilaan halukkuus luottaa hoitajaan vaikuttivat hoitosuhteen muodostumiseen. Tauti- ja toimenpidekeskeinen hoitosuhde oli pinnallinen, lyhytkestoinen ja liittyi tehtäväkeskeiseen työskentelyyn. Terapeuttinen suhde eteni pidemmälle. Hoitaja näki potilaan ensisijaisesti potilaan roolissa, mutta ymmärsi myös potilaan yksilöllisiä tarpeita. Liittyvä hoitosuhde kehittyi, jos potilaan avuntarve oli suuri, esim. erilaisissa kriisitilanteissa. Hoitaja oli sitoutunut hoitosuhteeseen ja suhde vastasi potilaan odotuksia. Ylisitoutunut hoitosuhde ei edistänyt potilaan terveyttä ja hoitajan ammatillinen ote vuorovaikutukseen oli hämärtynyt tilanteessa, jossa potilas tarvitsi paljon apua. Tällöin hoitosuhde kehittyi ystävyyssuhteeksi. Fosbinderin (1994) esittämä "ylimääräisen huolenpidon osoittaminen" potilaalle sisälsi samoja tunnuspiirteitä kuin edellä mainittu liittyvä hoitosuhde. Jarret ja Payne (1995) mainitsevat, että osa potilaista haluaa keskustella hoitajan kanssa vain tavanomaisista aiheista ja välttää keskustelua, joka koskee heidän tunteitaan ja sairauttaan. Tauti- ja toimenpidekeskeinen hoitosuhde on näiden potilaiden odotusten mukainen (vrt. Morse 1991).

Leino-Kilven (1990) mukaan potilaan ja hoitajan välinen suhde on osa hyvää hoitamista. Vuorovaikutussuhteessa potilaan osallistuminen, aktiivisuus ja vastuullisuus omasta hoidostaan vaihtelivat. Potilaan osallistuminen oli vähäistä, jos suhdetta kuvattiin varjelemiseksi, huolehtimiseksi ja neuvojen antamiseksi. Potilaan osallistuminen ja vastuullisuus lisääntyivät, jos potilaan ja hoitajan suhde oli mukaan ottamista, yhteistä ymmärrystä tehtävästä ja asianajajuutta. Vuorovaikutussuhde oli potilasjohtoista, jos hoitaja oli potilaan resurssina valmiina antamaan asiantuntemustaan potilaan käyttöön.

Potilaan ja hoitajan suhde hyvään hoitamiseen kuuluvana tulee esiin myös Lövgrenin ym. (1996) tutkimuksessa. Potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta arvioidessaan potilaat pitivät myönteisenä hoitokokemuksena kunnioittavaa kohtelua, kuulluksi tulemista, vakavasti ottamista, potilaaseen luottamista ja omaan hoitoon osallistumista. Kielteiset kokemukset muodostuivat edellä mainituista tekijöistä päinvastaisina.

Hoitajien ja dementoituneiden potilaiden vuorovaikutussuhteen luonnetta kuvattiin havainnoimalla ja teemahaastattelulla kerätyn aineiston avulla. Vuorovaikutussuhde ilmeni hoitajan toiminnasta potilaan perushoidossa ja hoitajien haastatteluista. "Hyljeksivästi" toiminut hoitaja ei muodostanut varsinaista vuorovaikutussuhdetta potilaaseen. Toisessa ääripäässä oli toimintamalli "taitavasti".

Tällöin vuorovaikutussuhde potilaaseen oli ystävällinen, yksilöllinen ja inhimillinen. (Liukkonen 1990.) Parviainen (1999) toteaa tutkimuksessaan, että sairaanhoitajaopiskelijat osoittivat sitoutumista, kunnioitusta, luottamusta ja myötätuntoa hoitosuhteessa vanhuspotilaaseen. Vaikka kyseessä olivat opiskelun alkuvaiheen kolmannen lukukauden sairaanhoitajaopiskelijat, he pystyivät solmimaan hoitosuhteen dementoituneiden vanhuspotilaiden kanssa.

Ramos (1992) kuvaa sairaanhoitajien haastatteluun perustuvassa tutkimuksessaan hoitosuhteen potilaaseen kolmitasoisena. Ensimmäisellä tasolla vuorovaikutus oli enemmän tehtävä- kuin potilasorientoitunutta, pinnallista ja lyhytkestoista. Toisella tasolla vuorovaikutus oli sairaanhoitajajohtoista, mutta sairaanhoitaja oli sitoutunut potilaaseen ja arvioi potilaan emotionaalisia reaktioita tilanteessa. Kolmannella tasolla sairaanhoitajat kuvasivat hoitosuhteen potilaisiin ja heidän perheisiinsä sisältävän vahvaa emotionaalista sitoutuneisuutta. Sairaanhoitajat, jotka saavuttivat vuorovaikutuksessa potilaan kanssa kolmannen tason ymmärsivät kokonaisvaltaisesti potilaan tarpeet ja kokivat vuorovaikutuksen ammatillisesti palkitsevana ja positiivisena. Tutkimuksen tuloksista voidaan päätellä, että tällä tasolla työskentelevä hoitaja on Bennerin (1984) ja Bennerin ym. (1996) kuvaamalla taitavan tai asiantuntijan tasolla.

Hoitosuhteessa potilaat viestittävät tarpeitaan, ongelmiaan ja toiveitaan. Potilaat toivoivat herkkyyttä avuntarpeilleen ja hoitajaa, joka näkee potilaan "ongelmien taakse". Tarpeiden ilmaisun kannalta oli merkittävää millaiseksi potilas koki hoitosuhteen ja miten potilaan odotuksiin oli vastattu vuorovaikutuksessa. (Fagerström ym. 1998.) Töyryn ym. (1999) tutkimuksen tulosten mukaan potilaat ilmaisivat puutteita potilas-lääkärisuhteessa ja potilas-hoitajasuhteessa. Potilaat halusivat olla yhteistyön osapuolena ja osallistua oman hoitonsa suunnitteluun ja saada enemmän tietoa sairaudesta sekä toimenpiteistä. Potilaat toivoivat henkilökunnan lähellä oloa henkisen pahan olon lievittämiseksi.

Hoitosuhteeseen kuuluu empatian osoittaminen eli kyky reagoida toisen henkilön tunnetilan mukaisesti ja kyky ilmaista se vuorovaikutustilanteessa verbaalisesti ja nonverbaalisesti siten, että toinen osapuoli voi havaita sen. Välitön kontakti potilaaseen edistää potilaan tuntemista ja vuorovaikutusta potilaan ja hoitajan välillä, jolloin hoitaja osoittaa empatiaa potilasta kohtaan. Potilaan tuntemisen perusteella hoitaja tukee potilaan identiteettiä toipumisen edetessä tai auttaa häntä hyväksymään uuden minäkuvan. Hoitaja lisää potilaan voimavaroja antamalla mahdollisuuden kysymysten esittämiseen ja vastavuoroiseen keskusteluun. ( King 1981, Kasch 1986, Bradley & Edinberg 1990, Radwin 1995, 1996, Arnold & Underman Boggs 1999, Faulkner

& Maguire 1999.) Potilaan tuntemiseen perustuvalla huumorilla on todettu olevan myönteinen merkitys hoitosuhteessa. Se auttoi potilaita ilmaisemaan tunteitaan ja tarpeitaan, helpotti vaikeiden keskustelunaiheiden esille ottamista ja vapautti ilmapiiriä. (Åstedt-Kurki ym. 2001.)

Aktiivinen kuuntelu, nonverbaalinen vakuuttaminen, esim. katsekontaktia ylläpitämällä ja koskettamalla tukevat hoitajan verbaalista ilmaisua. Hoitaja käyttää hiljaisuutta nonverbaalisen kommunikaation muotona osoittamaan hyväksyntää, kunnioitusta ja tukea potilaalle. Hiljaisuudella on potilaalle jokin merkitys vuorovaikutustilanteessa, kuten esim. ajatusten kokoaminen, hoitajan aloitteen odottaminen, vetäytyminen keskustelusta tai yksityisyyden suojaaminen. Hoitajilla tulee olla herkkyyttä potilaan sairauden kokemista kohtaan ja tietoa siitä, mitä merkitsee sairauden kanssa eläminen päivittäisissä toiminnoissa ja suhteessa läheisiin. (Bradley & Edinberg 1990, 90-91, Morrison & Burnard 1991, Davidhizar 1994, Morse ym. 1995, Younger 1995, Arnold & Underman Boggs 1999, 226-229.)

*Hoitosuhteeseen vaikuttavat ympäristötekijät.* Vuorovaikutuksessa ovat merkityksellisiä potilas- ja hoitajakohtaiset sekä hoitotyön organisointiin liittyvät tekijät. Tutkimuksissa on saatu tuloksia vuorovaikutuksen parantumisesta osastoilla, joilla hoitotyö toteutui potilaskeskeisesti siten, että potilailla oli nimetty omahoitaja. Sairaanhoitajat tunsivat potilaat hyvin, kommunikaatio oli kaksisuuntaista potilaan ja sairaanhoitajan välillä ja mahdollisuudet vuorovaikutukseen olivat paremmat kuin tehtäväkeskeisesti työskenneltäessä. (Perälä & Hentinen 1989, May 1990, Bowman ym. 1991, McCormack 1992.) Potilaan ja omahoitajan yhteistyösuhteessa voidaan edistää potilaan hyvää oloa ja terveyttä (Munnukka 1993).

Tutkimustulosten mukaan vuorovaikutusta rajoittavia tekijöitä ovat rutiinimainen asenne työhön, pitkälle edennyt erikoistuminen, työn kokonaisvastuun hajaantuminen, kiireinen ilmapiiri ja sairaanhoitajan muuhun kuin välittömään potilashoitoon liittyvät tehtävät (Åstedt-Kurki 1992, Häggman-Laitila & Åstedt-Kurki 1994, Radwin 1996). Kuuppelomäen (1996) tutkimuksessa vuorovaikutussuhde hoitajaan koettiin positiivisena, mutta etäisenä. Etäisyyttä selittäviä tekijöitä olivat potilas itse, kiireinen työtahti ja sairaanhoitajan persoonallisuuteen liittyvät tekijät. Vuorotyön vuoksi kiinteän ja jatkuvan vuorovaikutussuhteen muodostaminen potilaan ja hoitajan välille oli vaikeaa. Turusen (1997) mukaan kiireinen työtahti, hoitajien stressi ja uupumus sekä hoitoyhteisön sisäiset jännitteet heikensivät potilaan ja sairaanhoitajan vuorovaikutuksen laatua.

Peterson (1988) totesi sairaanhoitajien olevan herkkiä työryhmässä vallitseville normeille ja erityisen vastaanottavaisia osastonhoitajan välittämille arvoille ja asenteille, kun he ovat vuorovaikutuksessa potilaan kanssa. Havainnointiin perustuvan tutkimuksen mukaan fyysinen hoito painottui sairaanhoitajien toiminnassa psykososiaalisia näkökohtia enemmän. Potilaiden esittämiin epäselviin ja nonverbaalisiin ahdistuneisuuden ilmaisuihin ei reagoitu tai sairaanhoitajat eivät huomanneet näitä potilaan ilmaisuja. Potilailla, jotka eivät tarvinneet apua fyysisten tarpeiden tyydyttämisessä, oli vähän mahdollisuuksia vuorovaikutukseen sairaanhoitajien kanssa. Tutkimuksen tuloksista voi päätellä, että sairaanhoitajan välitön kontakti potilaaseen oli tärkeää potilaan avuntarpeiden tyydyttymisen kannalta.

Potilaan ja hoitajan hoitosuhdetta käsittelevien tutkimusten mukaan potilaat odottivat kuuntelua, yksilöllisellä tasolla kohtaamista ja kohdalleen pysähtymistä. He kokivat myönteisen vuorovaikutuksen voimavarojaan lisäävänä. Hoitosuhde kehittyy erilaiseksi eri potilaiden kanssa ja molemmista osapuolista riippuu, millaiseksi se muodostuu.

## 2.3 Vuorovaikutus ilmiönä eri tieteenaloilla

### 2.3.1 Puheenvuorot ja osallistumisaktiivisuus vuorovaikutuksessa

Potilaan ja terveydenhuollon ammattihenkilön vuorovaikutusta voidaan tutkia osapuolten käyttäminä puheenvuoroina ja keskusteluun osallistumisena. Peräkylä (1999) nimeää kaksi vuorovaikutuksen sosiaalipsykologista tutkimustraditiota: Robert Balesin (1970) vuorovaikutusta kvantitatiivisesti luokittelevan tutkimuksen ja Harvey Sacksin (1989) kvalitatiivisen keskustelunanalyyttisen tutkimuksen. Kiinnostus kohdistuu vuorovaikutuksen osapuolten resurssien hallintaan (esim. tieto), kontrolliin ja solidaarisuuteen. Bales (1970) kehitti 12-kohtaisen vuorovaikutusluokituksen (Interaction Process Analysis), jonka avulla tutkija selvittää, miten paljon kunkin kategorian mukaista toimintaa vuorovaikutustilanteessa esiintyy. Luokitus on tarkoitettu pienryhmän vuorovaikutuksen tutkimiseen ja sen avulla saadaan esiin *miten* jokin asia ilmaistaan. Tätä luokittelua on sovellettu tutkittaessa potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta. Luokkia ovat esim. osoittaa yhteenkuuluvuutta, tekee ehdotuksen, kysyy mielipidettä ja on eri mieltä. Balesin luokittelua on kritikoitu, koska vuorovaikutuksen laadulliset yksityiskohdat ja osapuolten antamat tulkinnat prosessin aikana jäävät sen ulkopuolelle (Eskola 1998). Sacksin (1989) tradition mukaan vuorovaikutusta tutkitaan luonnollisessa ympäristössä induktiivisesti toimintajaksojen avulla.

Perälä (1989) tutki hoitajien ja potilaiden vuorovaikutusta osastolla ennen yksilövastuisen hoitotyön alkamista ja sen aikana. Kommunikaation luokitteluun sovellettiin Balesin vuorovaikutusluokitusta viisiluokkaisena kommunikaatiotyypin osalta: 1) puhtaat kysymykset, 2) puhtaat vastaukset, 3) ohjeet ja neuvot, 4) vastavuoroinen informaation vaihto ja 5) ei vastausta tai ei luokiteltavissa. Ei-osallistuvaan havainnointiin perustuvien tutkimustulosten mukaan yksilövastuisen hoitotyön aikana vastavuoroisuus lisääntyi potilaan ja sairaanhoitajan välisessä kommunikaatiossa. Sekä ennen että yksilövastuisen hoitotyön aikana suurin osa kommunikaatiosta sisälsi kaksi lausetta: hoitajan tekemän kysymyksen ja potilaan antaman vastauksen.

Potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta ohjaustilanteissa vuodeosastolla kuvattiin tutkimuksessa (Laakko & Valtakoski 1992), jossa sovellettiin Balesin kehittämää järjestelmää verbaalisen vuorovaikutuksen luokitteluun. 12-luokkaisen luokittelurungon pääluokat olivat myönteinen tunnealue, tehtäväalue vastausyritykset, tehtäväalue kysymykset ja kielteinen tunnealue. Nonverbaalinen vuorovaikutus luokiteltiin soveltaen Mehrabianin ja Whitcherin käyttämää ilme-, ele- ja asentoluokitusta. Tulokset osoittivat sairaan- ja perushoitajien toimivan tehtäväkeskeisesti sekä verbaalisessa että nonverbaalisessa vuorovaikutuksessa, mutta kokeneen asiantuntijahoitajan toimintaa kuvasi potilaslähtöisyys, kokonaisvaltaisuus ja eteneminen keskustelussa potilaan säätelemällä tavalla. Hoitajien ja potilaiden verbaalisissa reaktioissa korostui tehtäväalueen vastauskategoria, potilailla enemmän kuin hoitajilla. Hoitajat olivat kysymyskeskeisimpiä kuin potilaat. Hoitajat käyttivät nonverbaalisia aktiivisuusviestejä potilaita enemmän.

*Keskustelunanalyysi on vuorovaikutuksen tutkimuksessa käytetty menetelmä.* Terveydenhuollossa on kysymys institutionaalisesta vuorovaikutuksesta ammattilaisten ja potilaiden välillä. Keskustelu täyttää tiettyä tehtävää ja institutionaalinen konteksti mahdollistaa tai rajoittaa keskustelua. Valta ilmenee vuorovaikutuksessa toiminnan rajoitteina ja toimijoiden tietämyksen eroina sekä keskustelun asymmetrisyytenä. (Maynard 1991, Jokinen & Juhila 1996, Peräkylä 1996, Raevaara 1996, Eskola 1998, Peräkylä 1998.) Yhteiskuntatieteilijät ja kielentutkijat ovat käyttäneet terveydenhuollossa tapahtuvan institutionaalisen vuorovaikutuksen tutkimuksessa keskustelunanalyysiä. Yhteiskuntatieteilijät ovat kiinnostuneita keskustelun jäsentymisestä, merkityksen antamisesta ja valtasuhteista. Kielentutkijoiden huomio kohdistuu keskustelun aikana puheenvuorojen rakentumiseen, vaihtumiseen ja kielellisiin valintoihin, jotka merkitään järjestelmällisesti muistiin ääni- tai videonauhasta. (Seppänen 1997, Eskola 1998.) Tutkimuksen kohteena ovat olleet potilaan ja lääkärin välinen vuorovaikutus vastaanotolla, potilas-lääkärikeskeisyys ja vastavuoroisuus keskustelussa (Peräkylä 1996, Raevaara 1996, Peräkylä 1998,

Engeström 1999, Haakana & Raevaara 1999, Ruusuvuori 2000).

Vuorovaikutuksen asymmetrisyyden on katsottu johtuvan lääkärin asemasta ja tiedollisesta auktoriteettista, joihin perustuen lääkäri on kysyjänä ja potilas vastaajana (Maynard 1991). Engeström (1999) havaitsi tutkimuksessaan lääkärinvastaanotoilta myös neuvottelevaa vuorovaikutusta potilaan sairauden määrittelyssä, jolloin potilaan yksilöllisyys ja elämäntapahtumien merkitys sisällytettiin sairauden käsittämiseen. Haakana ja Raevaara (1999) toteavat potilaan asiantuntemuksen nousevan esille oireiden kuvauksessa ja tulkinnassa lääkärille. Yhteiskuntatieteiden piiristä ei ollut löydettävissä hoitajan ja potilaan välisen vuorovaikutuksen tutkimuksia keskustelunanalyysiä käyttäen. Edellä mainituissa tutkimuksissa ei verrattu hoitajan ja potilaan välistä vuorovaikutusta lääkärin ja potilaan vuorovaikutukseen.

Keskustelunanalyysiä potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksen tutkimuksessa edustaa Pihlajaharjun (1996) suomen kielen alaan kuuluva tutkimus, jossa analysoitiin videoituja sairaanhoitajan ja potilaan käymiä hoitokeskusteluja sisätautiosastolla. Tulosten mukaan hoitokeskustelut olivat hoitajakeskeisiä ja teknisiin toimintoihin painottuvia. Sairaanhoitajat puhuivat keskustelun aikana lähes puolet enemmän kuin potilaat, valitsivat puheenaiheen ja tekivät paljon kysymyksiä. Sairaanhoitajat kysyivät harvoin potilaan omaa mielipidettä. Tutkimuksen tulokset tukivat vuorovaikutuksen asymmetrisyyttä ja hoitajan kontrolloivaa tapaa kommunikoida. Toisaalta Pihlajaharjun tutkimuksen tuloksiin on saattanut vaikuttaa vuorovaikutuksen lyhytaikaisuus videoiduissa verenpaineen mittaustilanteissa, jolloin kahdensuuntainen kommunikaatio on jäänyt vähäiseksi toimenpiteen luonteen vuoksi.

### 2.3.2 Viestintä vuorovaikutuksessa

Terveydenhuollossa potilaiden tai asiakkaiden ja ammattihenkilöiden vuorovaikutusta on tutkittu terveysviestintänä. Potilaan tai asiakkaan ja terveydenhuollon ammatissa toimivan henkilön vuorovaikutuksesta on käytetty laajassa merkityksessä käsitettä terveysviestintä (Sallinen 1994) ja rajatummassa merkityksessä potilasviestintä (Kettunen 1998) tai hoitoviestintä (Mikkola 1996). Myönteisten viestintäkokemuksien on todettu olevan itsetuntoa vahvistavia ja lisäävän luottamusta omiin vaikutusmahdollisuuksiin vuorovaikutustilanteissa (mm. Lehtonen 1994, Sallinen 1994).

Potilaan ja hoitajan terveysneuvontatilanteiden viestintää sairaalassa on tutkittu videoituja neuvontatilanteita analysoiden. Hoitajat tunnistivat vuorovaikutuksen vahvuusalueita ja

kehittämistarpeita Poskiparran (1994) tutkimuksessa, jossa itsearviointi kohdistui videoituihin neuvontatilanteisiin. Hoitajat olivat mielestään onnistuneet potilaan kuuntelemisessa ja rohkaisemisessa tunteiden ilmaisuun. Kehittämishaasteina tunnistettiin rohkaisu kysymysten esittämiseen, neuvonnan suunnittelu ja johdonmukaisuus.

Hoitajan toimintaa analysoitiin tutkimuksessa, jossa nimettiin kolme terveysneuvontatyyppiä: hallitseva, osallistuva ja konsultti. Tyyppejä erotteleviksi piirteiksi viestintätilanteessa nousivat vuorovaikutussuhde, neuvonnan luonne ja ilmapiiri. Viestintätilanteessa hallitsevaan tyyppiin kuuluvan hoitajan neuvonta oli hoitajakeskeistä ja vuorovaikutuksen osapuolena potilas oli passiivinen vastaanottaja. Osallistuvaan tyyppiin kuuluvan hoitajan keskustelu potilaan kanssa eteni vuoropuheluna, molemmat olivat osallistuvia asiantuntijoita. Konsultti-terveysneuvontatyyppiin kuuluva hoitaja antoi potilaan tuoda esiin tietämyksensä ja asiantuntijuutensa ja arvioida omaa toimintaansa. Neuvonnan luonnetta kuvasi kuuntelu ja neuvonnan lähtökohdiksi muodostuivat potilaan kokemukset ja aikaisemmat tiedot. (Liimatainen ym. 1996.) Tuloksista voi päätellä, että hoitaja "konsulttina" ilmenee tilanteissa, joissa potilaalla on paljon tietoa sairaudestaan ja hän kykenee itsehoitoon. Hoitajan tulisi käynnistää potilaan kriittinen itsereflektio oman terveytensä edistämisessä ja tukea potilasta siinä (Poskiparta 1996). Konsultti-hoitaja mahdollisti potilaan itsereflektion.

Puro (1996) sovelsi fenomenologiaa keskinäisviestinnän teorian kehittämiseen. Fenomenologia kommunikaatiotutkimuksen lähtökohtana merkitsee vuorovaikutuksen osapuolien subjektiivisen todellisuuden löytämistä ja huomion kohdistamista autenttiseen kokemukseen: miksi osapuolet tekevät tiettyjä asioita ja miten he selittävät käyttäytymistään. Kommunikaatio on yksilöidenvälistä ja merkityksellistä osapuolille silloin, kun he havaitsevat toisensa, reagoivat toisiinsa ja ajattelevat viestivänsä keskenään. Ulkopuolisen henkilön havainnointi ainoana tiedonkeruumuotona ei tuottaisi tietoa osapuolten ajattelusta. Fenomenologian mukaan kysytään viestijöiltä itseltään, mitä he pitävät tärkeänä ja mikä on olennaista, mikä koettiin vaikeana vuorovaikutustilanteessa. Kiinnostus kohdistuu siihen, mitä uutta ihmiset viestiessään luovat. Ihmiset ovat itsetietoisia ja tietoisia omasta epävarmuudestaan ja ahdistuksestaan ja niiden vaikutuksesta heidän viestintäänsä. Koska tapahtumat keskinäisviestintätilanteissa ovat ainutkertaisia, on yleispätevien käsitteiden kehittäminen vaikeaa. Tuloksissa esille tuotu epävarmuus on läsnä myös potilaan ja hoitajan kohtaamisessa. Ainutkertaista kohtaamisessa on tietty kokemus tilanteesta, joka jättää jäljen osapuoliin.

Osallistuvaan havainnointiin ja teemahaastatteluun perustuvassa tutkimuksessa nimettiin kuusi sairaanhoitajan supportiivisten ilmausten luokkaa: läsnäolo, jakaminen, toipumisen osoittaminen, huumorin käyttö, arvostuksen osoittaminen ja suora rohkaisu. Hoitajilla oli vaikeuksia ilmaista tukeaan masentuneille ja ahdistuneille potilaille. Tukea oli helpompi antaa potilaille, jotka viestivät hyvin. (Mikkola 1996.)

### 2.3.3 Läsnäolo ja kosketus vuorovaikutuksessa

Turunen (1997) tutki fenomenologista tutkimusmetodia soveltaen sairaanhoitajien, sairaanhoidon opiskelijoiden ja opettajien kokemuksia hoitotyön vuorovaikutuksesta ja sen opettamisesta. Ennen aineiston keruuta tutkija reflektoi omia etukäteisoletuksiaan. Hän pyrki sulkeistamaan olettamuksensa, jotta ne eivät vaikuttaisi tutkittavien kuvauksen induktiiviseen analyysiin. (vrt. Eriksson 1992, Nieminen & Åstedt-Kurki 1993.) Tutkimusaineisto analysoitiin soveltaen Giorgin metodia, jonka avulla pyrittiin löytämään vuorovaikutuksen keskeisin sisältö. Sairaanhoitajien vastauksista tunnistettiin kolme merkitysrakennetyyppiä: yksilöllisyys (potilaan kohtaamista tilanteen mukaisesti), potilaan kannustaminen ja huumorin käyttö sekä tunnekokemusten ymmärtäminen. Koskettamista käytettiin rauhoitettaessa potilasta kipua tuottavan toimenpiteen yhteydessä tai lohdutettaessa häntä. Vuorovaikutuksen toiselta osapuolelta, potilaalta, ei kerätty tietoa vuorovaikutuskokemuksista.

Kosketusta kommunikaatiomuotona käsittelevässä tutkimuksessa saatiin tietoa sekä potilaan että hoitajan kokemuksista vuorovaikutuksessa (Routasalo 1997). Tarkoituksena oli saada tietoa kosketuksesta kommunikaatiomuotona vanhusten hoitotyössä, josta aikaisempaa suomalaista tutkimustietoa ei ollut löydettävissä. Tutkimuksessa havainnoitiin hoitotilanteita, haastateltiin potilaita ja hoitajia ja analysoitiin videoituja hoitotilanteita. Tutkimusaineisto koottiin terveyskeskuksen vuodeosastoilla. Hoitajat koskettivat potilasta hoitotoimenpiteissä potilaan rauhoittamiseksi ja osoittaakseen hänelle hellyyttä. Potilaat koskettivat harvoin hoitajia. Samansuuntainen tulos saatiin tutkimuksessa (Oliver & Redfern 1991), jossa käsiteltiin kosketusta sairaanhoitajien ja potilaiden nonverbaalisena vuorovaikutuksena vanhusten osastoilla. Suuri osa kosketuksesta oli välttämätöntä hoitotoimien suorittamiseksi. Ei-välttämätöntä kosketusta esiintyi vähän. Näitä tuloksia tukee Edwardsin tutkimus (1998), jossa tutkittiin potilaiden (76 - 85 v.) ja hoitajien havaintoja kosketuksesta ja tilan käytöstä. Aineiston keruussa käytettiin havainnointia ja haastatteluja. Potilaat koskettivat harvoin hoitajaa, hoitajat kokivat potilaan kosketuksen poikkeavana, aggressiivisena tai seksuaalisena. Potilaat pitivät siitä, että hoitaja istui tai kumartui

potilaaseen päin kommunikoidessaan. Hoitajan seisoessa hänet koettiin etäisenä ja välinpitämättömänä. Vuorovaikutusta havainnoitaessa todettiin, että hoitajat viestivät usein potilaalle vuoteen jalkopäästä.

Utriainen (1999) tutki kuolevien potilaiden hoitajien kuvauksia hoitamisesta ja heidän intersubjektiivisesta suhteestaan kuolevaan sekä merkityksenantamista kuolemalle. Tutkimuksessa eriteltiin läsnäolon ilmaisuja. Tutkimusaineisto koostui kuolema-aiheisista kirjoituksista ja osallistuvan havainnoinnin avulla kerätystä aineistosta kuolevien hoitokodissa. Vuorovaikutuksessa korostui hoitajan läsnäoleminen institutionaalisista rooleista riisuttuna. Olemiseen ei välttämättä liittynyt mitään tekemistä eikä puhumista. Kuolevalle potilaalle nähtiin tärkeimpänä toisen ihmisen läsnäolo autenttisena itsenään. Hoitajan tärkein ominaisuus oli kyky olla läsnä ilman aktiivista toimintaa. Puheen ja tekemisen sijaan oli tärkeää kosketus. Tutkimuksen tulokset ovat haasteellisia hoitokäytäntöä ajatellen, koska hoitamiseen liitetään yleensä tekeminen, perustarpeista huolehtiminen, jolloin hoitaja on kuolevan potilaan vierellä.

### 2.3.4 Empatia ja potilaan ahdistuneisuuden lieventäminen vuorovaikutuksessa

Hoitotyön vuorovaikutuksen tutkimuksessa on todettu useita ongelmia. Tämä ilmenee Garvinin ja Kennedyn (1990) tutkimuksessa, jossa he arvioivat Yhdysvalloissa vuosina 1980 - 1989 tehtyjä sairaanhoitajan ja potilaan kommunikaatiota käsitteleviä tutkimuksia. Tutkimukset, jotka käsittelivät empatiaa ja avoimuutta kommunikaatiossa, olivat käsitteiden määrittelyn ja tiedonkeruuvälineiden osalta kehittyneitä. Arvioitsijoiden kritiikkiä saivat osakseen potilaan tukemista ja kommunikaatiota käsittelevät tutkimukset. Tiedonkeruuvälineiden luotettavuus oli puutteellisesti osoitettu, joten niiden käyttäminen tutkimuksessa oli jäänyt kertaluonteiseksi. Arvioitsijoiden mielestä teorian muodostamisen ensimmäistä vaihetta, käsitteiden nimeämistä, ei kaikilta osin saavutettu arvioiduissa tutkimuksissa. Tehtäessä johtopäätöksiä tuloksista tulee huomata, että arviointi kohdistui yli kymmenen vuotta sitten tehtyihin tutkimuksiin. Tiedonkeruuvälineiden luotettavuuden varmistamisessa on sen jälkeen edistytty (vrt. Lynn 1986, Rew ym. 1988, Janhonen & Vanhanen 1996).

Orlandon (1961, 1972) mukaan potilaan tarpeiden tyydyttämättömyys aiheuttaa potilaassa henkistä ahdistuneisuutta, jopa tuskaisuutta. Sairaanhoitajan toiminnalla on ratkaiseva merkitys tämän kokemuksen lieventämisessä. Sairaanhoitaja voi parhaiten tyydyttää potilaan välitöntä avuntarvetta toimimalla ammatillisesti. Avuntarpeen tyydyttyminen lisää kumulatiivisesti potilaan hyvän olon

tunnetta ja itsehoitokykyä. Vuorovaikutuksessa potilaan kanssa ammatillisesti toimiva sairaanhoitaja hankkii potilaan vahvistuksen tai oikaisun tekemälleen päätelmälle potilaan avuntarpeesta. Ammatillisen toiminnan vastakohta on automaattinen toiminta. Se perustuu sairaanhoitajan omiin päätelmiin ilman potilaan vahvistusta ja on mahdollista, että hoitajan toiminta ei vastaa potilaan tarpeita. Useat tutkijat Yalen yliopistossa, jossa Orlando toimi, tekivät kehitettyyn teoriaan pohjautuvia kokeellisia tutkimuksia. Tutkimuksia toteutettiin yhteistyössä sairaaloiden henkilöstön kanssa. Myöhemmin tutkimuksia tehtiin myös muissa yliopistoissa Yhdysvalloissa. Ensimmäiset tutkimukset tehtiin 60-luvulla koe- ja kontrolliryhmiä käyttäen (mm. Dumas & Leonard 1963, Elms 1964, Elms & Leonard 1966, Marriner-Tomey ym. 1989). Myös Haggerty (1987) ja Schmieding (1991) käyttivät Orlandon teoriaa tutkimuksensa viitekehyksenä. Tutkimukset tukivat kehitettyä teoriaa ja osoittivat sen hyödyllisyyden käytännön hoitotyölle.

Orlandon tutkimusten voidaan katsoa olleen aikaansa edellä 60- ja 70-luvuilla. Orlando korosti sairaanhoitajan toiminnan vaikuttavuutta eli vuorovaikutuksen tuloksia ja osoitti, mitä muutosta saatiin aikaan potilaan tilassa (Schmieding 1993). Myöhemmissä hoitotieteellisissä tutkimuksissa on tuotettu vähän tietoa vuorovaikutuksen tuloksista ja vaikutuksesta potilaaseen (Caris-Verhallen ym. 1997). Orlando kuvasi potilaan osallistuvaksi ja kommunikointikykyiseksi vuorovaikutuksessaan hoitajan kanssa, mikä rajoittaa teorian soveltamista sellaisten potilaiden hoitotyöhön, joilla on osallistumisen esteitä. Hän rajautui hoitajan ja potilaan välisen vuorovaikutuksen tutkimiseen eikä käsitellyt ympäristön ja perheen merkitystä. (Fawcett 1986, Botha 1989, Fawcett 1989, Ellis 1992, Meleis 1997.) Yhdysvaltalaisen teorian soveltaminen suomalaiseen hoitotyöhön on vaikeaa vuorovaikutuksen kulttuurierojen vuoksi ja Orlandon teoria, kuten muutkin vuorovaikutusteoriat ovat jääneet melko vieraiksi käytännön hoitotyössä toimiville hoitajille Suomessa.

Hoitajan osoittaman empatian ja potilaan vuorovaikutuskokemuksen välistä yhteyttä on pyritty osoittamaan potilaille ja hoitajille suunnatuilla kyselyillä. Olson (1995) tutki hoitajan empatian ilmenemistä todellisissa hoitotilanteissa ja sitä mitä empatian ilmeneminen sai aikaan potilaassa. Tulosten mukaan niillä potilailla oli alhainen henkistä ahdistuneisuutta osoittava pistemäärä, joita hoitivat potilaiden empaattisina pitämät hoitajat. Lisäksi tulokseksi saatiin, että potilailla oli alhainen henkistä ahdistuneisuutta osoittava pistemäärä, jos heitä hoitivat korkealle empaattisuuspistemäärissä sijoittuneet hoitajat. Toisessa tutkimuksessa Olson ja Hanchett (1997) testasivat korrelatiivisessa tutkimuksessaan Orlandon teoriasta johdettuja muuttujia: sairaanhoitajan ilmaisema empatia ja potilaan havaitsema empatia ja potilaan henkinen ahdistuneisuus. Henkinen

ahdistuneisuus määriteltiin negatiivisena tunteena, joka aiheutuu tyydyttämättömistä tarpeista. Kyselyyn vastasi 70 potilasta ja 70 hoitajaa kirurgisilta ja sisätautiosastoilta. Tutkimuksen tulokset tukivat Orlandon teoriasta johdettuja hypoteeseja: voimakas negatiivinen korrelaatio todettiin hoitajan osoittaman empatian ja potilaan kokeman ahdistuneisuuden välillä sekä potilaan havaitseman empatian ja ahdistuneisuuden välillä. Kohtalainen positiivinen korrelaatio todettiin hoitajan ilmaiseman empatian ja potilaan havaitseman empatian välillä.

Hoitajan empatialla ei ollut yhteyttä potilaan kipukokemukseen tutkimuksessa, jossa kerättiin tietoa potilailta ja hoitajilta (Watt-Watson ym. 2000). Tulokseksi saatiin, että sydämen ohitusleikkauksessa olleiden potilaiden kipukokemuksen kartoittaminen ja hoitajien ilmaisema empatia eivät korreloineet positiivisesti. Vain yksi prosentti tutkimukseen osallistuneista 94 hoitajasta kartoitti potilaan kipua tarkentavin lisäkysymyksin. Empaattisten hoitajien potilailla ei ollut vähemmän kipua kuin potilailla, joiden hoitajat eivät sijoittuneet korkealle empatiapistemäärissä.

Vuorovaikutustilanteessa potilas kokee saavansa hoitajalta tukea ja empatiaa tai välinpitämättömyyttä viesteilleen. Drew (1986) haastatteli potilaita gynekologisella ja kirurgisella osastolla vuorovaikutuskokemuksista hoitajien kanssa. Potilaat kiinnittivät huomiota hoitajien verbaalisen ilmaisun lisäksi nonverbaaliseen viestintään, kuten äänensävyyn, ilmeisiin ja asentoon. Vuorovaikutus oli vahvistavaa, kun potilas koki hoitajan välittävän hänestä ja kun vuorovaikutuksen jälkeen hänen olonsa oli levollinen. Potilas tunsi tällöin luottamusta omiin kykyihinsä. Nonverbaalisesti hoitaja viestitti rauhallisuutta ja halua olla potilaan luona. Vuorovaikutus oli esineellistävää, jos potilas koki välinpitämätöntä suhtautumista tai jos hän koki olevansa vaivaksi hoitajalle. Vuorovaikutuksen jälkeen potilas koki pelon ja häpeän tunteita ja hänellä oli tunne energian kulumisesta hukkaan. Hoitaja viestitti nonverbaalisesti olevansa kiireinen ja potilasta ylempänä. Esineellistävää tai vahvistavaa vuorovaikutusta kokeneet potilaat kuvasivat konkreettisin esimerkein tilannetta. Kysymys oli keskinäisviestinnästä, jossa potilaan autenttinen kokemus (vrt. Puro 1996 edellä s. 23) saatiin esiin.

Vuorovaikutuksessa molempien osapuolten kokemusten arvioimiseksi on tärkeää saada tietoa sekä potilailta että hoitajilta. Larssonin ja Starrinin (1990) tutkimusasetelma mahdollisti vuorovaikutuksen kuvaamisen potilaan ja hoitajan välisenä prosessina, koska osapuolet arvioivat yhdessä koettua hoitotilannetta. Puutteena voidaan pitää, että tutkimuksessa ei määritelty käsitteitä vuorovaikutus ja kommunikaatio. Tutkimuksessa potilaat ja hoitajat arvioivat omaa ja toistensa

emotionaalista reaktioita välittömästi vuorovaikutustilanteen jälkeen kasvoasteikon avulla. Potilaiden ja hoitajien arviot kommunikaatiossa koetusta empaattisesta ymmärtämisestä vastasivat kohtalaisesti toisiaan. Hoitajat arvioivat kommunikaation sisällön olleen eniten informointia ja käytännön asioiden ohjausta. Vähiten kommunikaatioon sisältyi emotionaalisten ja henkilökohtaisten aiheiden käsittelyä. Tutkimukseen osallistuivat psykiatriset pitkäaikaispotilaat ja heidän hoitajansa.

Vuorovaikutuksen vaikuttavuus ilmeni kokeellisessa tutkimuksessa, jossa vertailtiin kolmen erilaisen leikkausta edeltävän potilasopetuskäytännön vaikutusta leikkauksen jälkeisen kivun ja henkisen ahdistuneisuuden esiintymiseen. Kyseessä oli kokeellinen interventiotutkimus. Opetuskäytännöt olivat rutiinimainen, tietopainotteinen ja mahdollistava. Ne erosivat toisistaan siinä, missä määrin potilaalla oli tilaisuus henkilökohtaiseen keskusteluun sairaanhoitajan kanssa. Tietopainotteisen ja mahdollistavan mallin mukaan ohjatut potilaat kärsivät tilastollisesti merkitsevästi vähemmän leikkauksen jälkeisestä henkisestä ahdistuneisuudesta kuin rutiiniohjauksen saaneet potilaat. (Schwartz-Barcott ym. 1994.)

### 2.3.5 Vuorovaikutus hoitajan käyttäytymistapoina

Tutkimusten tarkoituksena on ollut kehittää vuorovaikutusta enemmän potilaan tarpeista lähteväksi hoitajan vuorovaikutustaitojen itsearvioinnin avulla. Tutkimuksissa on tunnistettu erilaisia malleja potilaan ja hoitajan vuorovaikutustilanteissa, jotka perustuivat videoimalla, haastattelemalla ja havainnoimalla kerättyihin tutkimusaineistoihin.

Potilaita ja hoitajia haastattelemalla sekä nonverbaalista ja verbaalista vuorovaikutusta vuodeosastolla havainnoimalla tunnistettiin tehtäviin suuntautunut, yhteistoiminnallinen ja potilaskeskeinen malli sekä potilaskeskeinen huolenpitomalli. Erottavina tunnuspiirteinä olivat hoitajan ja potilaan fyysinen etäisyys, potilaan osallistuminen ja vuorovaikutuksen potilas- tai tehtäväkeskeisyys. Tehtäviin suuntautuneesti toiminut hoitaja jätti hoitotilanteessa potilaan ulkopuoliseksi ja keskittyi tehtävien tekemiseen. Yhteistoiminnallisen mallin mukaan hoitaja keskittyi sekä potilaaseen että tehtäviin, ja tällöin potilas oli osallisena hoidossaan. Potilaskeskeisen mallin mukaan toimittaessa potilaalla oli mahdollisuus ohjata omaa hoitoaan ja hoitaja avusti potilasta tarvittaessa. Potilaskeskeistä huolenpitomallia kuvasi saatavilla olo, rohkaisu ja emotionaalinen tuki potilaalle hoitotoimien aikana. (Bottorff & Morse 1994.)

Forrest (1983) totesi sairaanhoitajien verbaalisen kommunikaation olevan suurimmaksi osaksi (80 %) potilaan ilmaisua mahdollistavaa, kuten avoimia kysymyksiä ja omien havaintojen esittämistä potilaalle. Kommunikaatiota estäväksi tai rajoittavaksi luokiteltiin mm. stereotyyppiset kommentit, vähättely ja suljetut kysymykset. Tutkimukseen osallistuneilla hoitajilla oli vähintään vuoden työkokemus. Tuloksiin on kuitenkin voinut vaikuttaa hoitajien opetusohjelmassa samoihin aikoihin ollut kommunikaatiokurssi.

Sairaanhoitajien ja sairaanhoidon opiskelijoiden kommunikaatiotaitojen kehittäminen itsearvioinnin avulla oli tarkoituksena Morrisonin ja Burnardin (1989) tutkimuksessa. Vuorovaikutusta tutkittiin arviointilomakkeen avulla. Arvioinnissa käytettiin kommunikaatiotaitojen kehittämiskoulutukseen tarkoitettua Six Category Intervention Analysis -asteikkoa, joka sisälsi kontrollia ja asiantuntijavaltaa ilmentävän kommunikaation luokan (ohjaava, informoiva) sekä mahdollistavan (lievittävä, rohkaiseva) kommunikaation luokan. Sairaanhoidon opiskelijoiden ja työelämässä toimivien sairaanhoitajien arviointeja verrattaessa todettiin vähän eroja. Kommunikaatiotaidot olivat vastaajien mielestä parhaimmat ohjaamisessa ja informoinnissa ja heikommat potilaan rohkaisemisessa. Harrison ym. (1989) saivat tutkimuksessaan samansuuntaisia tuloksia: saavutetut kommunikaatiotaidot vaihtelivat koulutuksen aikana välillä vahvistuen ja heikentyen.

Sairaanhoitajat kohtelivat potilasta useimmiten käskevästi tai seuraamuksiin vetoavasti päätöksenteossa, joka koski potilaan terveystottumuksia. Vähiten ilmeni päätöksentekoa, jossa potilaan autonomiaa ja kykyä päättää kunnioitettiin. Tutkimuksessa videoitiin potilaan ja hoitajan sekä potilaan ja lääkärin vuorovaikutusta vastaanotolla. Lääkäreillä tulokset olivat samansuuntaisia. (Taylor ym. 1989.) Tulokset vahvistavat vuorovaikutuksen epäsymmetrisyyttä terveydenhuollossa ja ovat samansuuntaisia keskustelunanalyyttisten tutkimusten kanssa, joissa todetaan vuorovaikutuksen olevan institutionaalista.

Krouse ja Roberts (1989) tutkivat sairaanhoitajien vuorovaikutustyyliä kokeellisessa tutkimuksessa, joka perustui simuloituihin testitilanteisiin. He saivat tutkimustulokseksi, että aktiivisesti hoitoa koskevaan päätöksentekoon rohkaistuilla potilailla oli voimakkaampi hallinnan tunne verrattuna niihin potilaisiin, joiden osallistumista hoitaja ei rohkaissut. Tuloksia ei voi suoraan yhdistää hoitotodellisuudessa tapahtuvaan päätöksentekoon, koska aineisto kerättiin tutkimusta varten luoduissa roolipelitilanteissa.

## 2.4 Yhteenveto vuorovaikutusta käsitelleistä tutkimuksista

Vuorovaikutus terveydenhuollossa on ilmiönä tutkimuksen kohteena useilla tieteenaloilla. Hoitotieteellisten tutkimusten lisäksi aihetta käsitelleitä tutkimuksia oli löydettävissä suomen kielen, viestintätieteen, yhteiskuntatieteiden ja uskontotieteen piiristä.

*Millaisia tutkimusmenetelmiin liittyviä ratkaisuja tehtiin?* Hoitotieteellisiä vuorovaikutusteorioita käytettiin vähän tutkimusta ohjaavana viitekehyksenä. Hoitotieteellinen teoria oli perustana Orlandon teoriaa testaavissa tai sitä viitekehyksenä käyttäneissä tutkimuksissa. Korrelatiivisten tutkimusten avulla pyrittiin todentamaan eri muuttujien välisiä yhteyksiä (Olson 1995, Olson & Hanchett 1997). Kokeellisia tutkimuksia sairaanhoitajan ja potilaan vuorovaikutuksesta tehtiin erityisesti 1960-luvulla, jolloin kiinnostuksen kohteena oli tietyn toimintatavan vaikutus potilaan kokemuksiin. Näihin tutkimuksiin liittyi myös fysiologisia mittauksia. Kokeelliset tutkimukset vuorovaikutuksesta vähenivät 80-luvulla ja painopiste oli kuvailevissa, usein laadullisissa tutkimuksissa. Vuorovaikutuksen tuloksia ja vaikuttavuutta käsitelleitä tutkimuksia tehtiin vähemmän kuin vuorovaikutusta kuvailevia.

Osaa kommunikaatiotaitoja ja hoitajan empatiaa koskevien tutkimusten (Haggerty 1987, Harrison ym. 1989, Krouse & Roberts 1989, Watt-Watson ym. 2000) aineiston keruusta ei toteutettu todellisissa sairaanhoitajan ja potilaan vuorovaikutustilanteissa, vaan erilaisten todellisuutta kuvaavien tapausesimerkkien avulla. Tällöin omaa toimintaa koskevien kysymysten vastauksissa ja toiminnassa todellisissa vuorovaikutustilanteissa saattaa olla eroja.

Videoinnin käyttöön vuorovaikutuksen tutkimisessa liittyi ongelmia, jotka vaikuttivat potilaiden tai hoitajien halukkuuteen osallistua tutkimukseen. Videointi saatettiin kokea integriteettiä loukkaavana tunkeutumisena yksityisyyteen. Tutkimukseen osallistuvien vakuuttuminen nauhoitusten käyttötarkoituksesta oli ongelmallista (esim. Laakko & Valtakoski 1992, Pihlajaharju 1996). Bottorff ja Morse (1994) ja Routasalo (1997) keskeyttivät videoinnin joidenkin hoitotoimenpiteiden ajaksi.

Keskustelunanalyysiä on käytetty useissa tutkimuksissa, joiden kiinnostuksen kohteena on ollut terveydenhuollossa tapahtuva ammattilaisen ja asiakkaan vuorovaikutus. Saatu tieto on ollut yksityiskohtaista ja keskustelutilanteen puhetta osittelevaa. Vuorovaikutuksen kannalta merkittävät

tekijät, jotka eivät ole analysoidussa tilanteessa läsnä, jäävät tutkimuksen ulkopuolelle. Tällaisia ovat välittömän hoitoympäristön ulkopuolella olevat tekijät. Potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksesta kokonaisuutena ja sitä ohjaavista tekijöistä ei saataisi tietoa keskustelunanalyysin avulla.

*Millaista potilaan ja hoitajan vuorovaikutus oli aikaisempien tutkimusten valossa?* Vuorovaikutus sairaanhoitajan ja potilaan välillä liittyy tutkimusten mukaan usein fyysisten tarpeiden tyydyttämiseen. Potilailla, jotka tarvitsivat vähän tai ei lainkaan apua fyysisten tarpeiden tyydyttämisessä, oli vähän mahdollisuuksia vuorovaikutukseen hoitajan kanssa. Potilaille oli tärkeää tuoda esiin omia käsityksiään voinnistaan ja hoidostaan. Hoitajien vuorovaikutusta potilaiden kanssa säätelivät käsitys hoitotyöstä osastolla, työskentelytapa (tehtäväkeskeisyys--potilaskeskeisyys) ja työssä koettu kiire. Vuorovaikutus toteutui usein hoito-organisaation ehdoilla eikä niinkään potilaan tarpeista käsin. Parhaimmillaan potilaan ja hoitajan vuorovaikutus oli avointa, potilaskeskeistä ja potilaan oli mahdollista ilmaista avuntarpeitaan. Heikoimmillaan vuorovaikutus oli rutiinimaista, tehtäviin rajoittunutta eikä potilaalla ollut mahdollisuutta ilmaista yksilöllisiä tarpeitaan.

Hoitotieteessä teoreetikot ovat korostaneet potilaskeskeisyyttä tehtäväkeskeisyyden sijaan, potilaan osuutta vuorovaikutuksessa ja dialogia potilaan ja hoitaja suhteessa, mutta vuorovaikutusta käsitteenä ei ole selkeästi määritelty (Kasen 1996, Mattila 1996, Meleis 1997, Chinn & Kramer 1999). Käsitteiden määrittelyn epäselvyyttä ja puutteita esiintyi myös edellä mainituissa tutkimuksissa (Larsson & Starrin 1990, Oliver & Redfern 1991, Jarrett & Payne 1995). Aikaisemman tiedon perusteella vuorovaikutus on hoitajan ja potilaan vastavuoroista vaikuttamista toisiinsa tavoitteena hoitosuhteen muodostuminen, potilaan kärsimyksen poistuminen tai lievittyminen, potilaan tiedon tarpeiden tyydyttyminen sekä potilaan hyvä olo ja terveyden edistyminen (vuorovaikutuksen tavoitteellisuus). Vuorovaikutukseen sisältyvät osapuolten havainnot toisistaan ja kommunikaatio, joka on vuorovaikutuksen väline. Kommunikaatiossa informaation vaihto on keskeistä, mutta siihen kuuluu myös tunteiden ja asenteiden välittäminen nonverbaalisen kommunikaation, kuten läsnäolon, katseen, kosketuksen ja asennon välityksellä. Potilaan ja hoitajan välille muodostuu hoitosuhde heidän ollessaan vuorovaikutuksessa toistensa kanssa (vuorovaikutuksen prosessinomaisuus). Vuorovaikutuksen ymmärtämiseksi ja oikeiden tulkintojen tekemiseksi vuorovaikutuksen ympäristö otetaan huomioon (vuorovaikutuksen kontekstisidonnaisuus). (Daubenmire ym. 1978, King 1981, Kasch 1984, Bradley & Edinberg 1990, 86-92, Arnold & Underman Boggs 1999, 31-32, 89-90.)

*Johtopäätöksiä:* Vuorovaikutuksen tutkiminen hoitotyön käytännössä on ydinaluetta, missä hoitajan itsenäisyys ja vastuu korostuvat. Käytäntöä tutkimalla saadaan tietoa vuorovaikutuksesta potilaan ja hoitajan välillä todellisessa hoitoympäristössä. Aikaisemmissa tutkimuksissa on tuotettu tietoa vuorovaikutuksen tunnuspiirteistä sekä potilaiden odotuksista ja toiveista. Vähemmän oli tutkittu sitä, mikä on potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksen sisältö, ja mitä vuorovaikutuksessa tapahtuu.

Tämän tutkimuksen kannalta on merkittävää, että aikaisempien tutkimusten (ks. taulukko 1 liitteenä 1) perusteella havainnointia ja haastattelua voidaan pitää aineistonkeruutapoina, joita käyttämällä vuorovaikutuksesta saadaan tietoa. Tehdyt tutkimukset osoittivat havainnoinnin käyttökelpoisuuden aineiston keruutapana vuodeosastoilla ja vahvistivat käsitystä siitä, että vuorovaikutusta hoitotyössä on vaikeaa sovittaa ennalta laaditun havainnointimittarin mukaiseen luokitukseen. Myös haastattelua käytettiin tiedonkeruussa useissa tutkimuksissa. Aineistolähtöinen teoria -lähestymistapaa käytettäessä yhdistettiin havainnointi ja haastattelu. Potilaat arvioivat vuorovaikutuskokemuksiaan hoitotilanteita esimerkkinä käyttäen (vrt. Drew 1986, Larsson & Starrin 1990, Kukkola 1997, Routasalo 1997, Töyry ym. 1999). Vuorovaikutusta tutkittaessa on tärkeää kerätä tietoa molemmilta osapuolilta.

## 3. TUTKIMUSKYSYMYKSET JA TUTKIMUSASETELMA

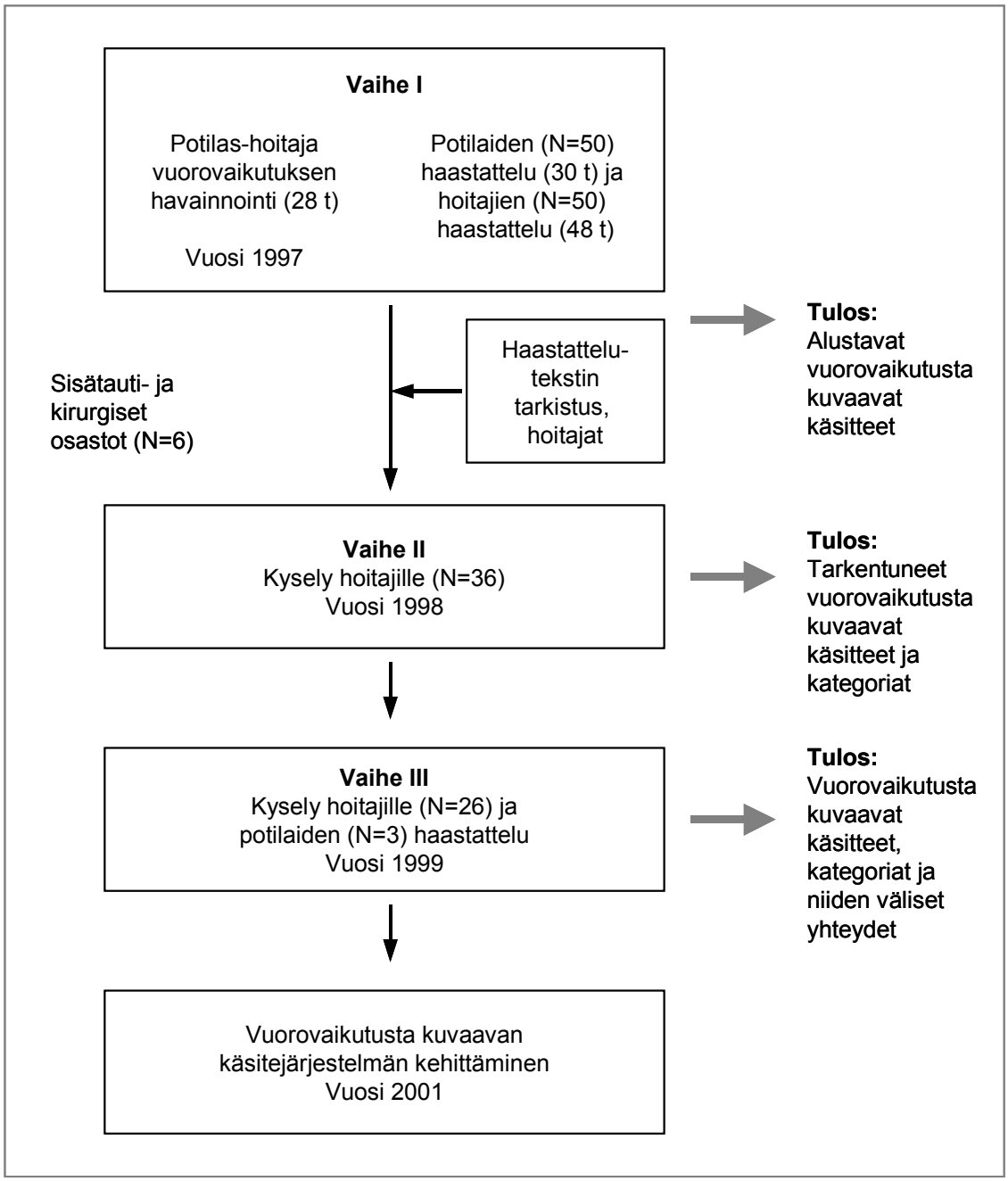
Tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa käsitejärjestelmä, joka kuvaa potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta kirurgisilla ja sisätautiosastoilla. Tutkimuksessa vastaan aineistolähtöinen teoria (grounded theory) -lähestymistapaa käyttäen seuraaviin kysymyksiin:

1. Mitkä ovat potilas-hoitaja vuorovaikutuksen osa-alueet?

2. Miten potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksen osa-alueet ovat yhteydessä toisiinsa?

3. Minkälainen kokonaisrakenne potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksesta muodostuu?

Tutkimuskysymyksiin vastaamiseksi etenen tutkimuksessa kuvion 1 esittämällä tavalla. Tutkimuksen ensimmäinen vaihe käynnistyi heinäkuussa 1997 ja päättyi tammikuussa 1998. Toinen vaihe toteutui kesäkuussa 1998. Tutkimuksen kolmas vaihe toteutui potilaiden osalta kesäkuussa 1999 ja hoitajien osalta lokakuussa 1999. Tutkimuksen tekijän ja tiedonantajien eli potilaiden ja hoitajien suhde oli vuorovaikutteinen, ja tutkimuksessa kerättiin erilaisia aineistoja (havainnointi, haastattelu ja kysely) grounded theory -lähestymistavan mukaisesti.




**Kuvio 1.** Tutkimusasetelma

# 4. TUTKIMUKSEN MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT, TUTKIMUSAINEISTO JA AINEISTON ANALYYSI

## 4.1 Aineistolähtöinen teoria -lähestymistapa tutkimuksessa

*Lähtökohtana symbolinen interaktionismi*

Symboliseksi interaktionismiksi kutsuttu vuorovaikutuksen teoria ja tutkimuksen lähestymistapa kehittyi 1900-luvun alkuvuosikymmeninä sosiologisessa ja sosiaalipsykologisessa tutkimuksessa George Meadin ajattelun pohjalta (Blumer 1969). Symbolisen interaktionismin mukaan ihmiset reagoivat toistensa tekojen tulkittuihin merkityksiin ja toimivat antamiensa merkitysten perusteella suhteessa toisiin. Merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa toisten ihmisten kanssa kommunikaation välityksellä. Tulkintaprosessin kautta merkitykset muuttuvat vuorovaikutuksen kestäessä. Oleellista vuorovaikutuksen kannalta on, että viestin lähettäjä ja vastaanottaja ymmärtävät viestin samalla tavalla. Pyrkimyksenä on osapuolten merkityksistä sopiminen ja yhteinen tilanteen määrittely. Kyky asettua toisen asemaan ja tietoisuus omasta minästä syntyvät vuorovaikutuksessa toisten kanssa. (Blumer 1969, Schwandt 1994, Myllyniemi 1998.) Potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa on tavoitteena viestin ymmärtäminen tarkoitetulla tavalla ja yhteinen tilanteen määrittely koko hoitoprosessin ajan. Potilas odottaa hoitajalta kykyä asettua potilaan asemaan.

Symbolinen interaktionismi kehittyi kahdeksi pääsuunnaksi, jotka edustivat erilaista näkemystä siitä, miten vuorovaikutuksesta saadaan tietoa. Kiinnostuksen kohde oli yhteinen, sosiaalisen todellisuuden rakentuminen luonnollisessa ympäristössä. *Iowan koulukunnan* mukaan positivistisesti orientoitumalla ja kvantitatiivisen tutkimuksen menetelmillä voidaan ennustaa ja tuottaa sosiaalisia lakeja ihmisten välisestä vuorovaikutuksesta. *Chicagon koulukunnan* mukaan oli tärkeää merkitysten paljastaminen kvalitatiivisen tutkimuksen menetelmillä ja kontekstuaalinen herkkyys tutkimuskohteessa. Tutkimuksen kohteena on yksilön kokemuksen lisäksi hänen sosiaalinen ympäristönsä, sen merkitys yksilölle ja yksilöiden väliselle vuorovaikutukselle. (Tourigny 1994, Benoliel 1996.)

Tutkijan tulee olla sisällä tutkimuskohteessaan ja tuntea se, koska ulkopuolisena tarkkailijana tapahtuva vuorovaikutuksen tulkinta on vaikeaa. Tutkimusprosessin kuvauksessa on korostettu

vuorovaikutteista suhdetta tutkijan ja tutkimukseen osallistuvien henkilöiden eli tiedonantajien välillä. Grounded theory tutkimuksen lähestymistapana perustuu symboliseen interaktionismiin. (Schwandt 1994, Strauss & Corbin 1994, Tourigny 1994, Annels 1996.)

*Lähestymistavan soveltaminen tutkimuksessa*

Aineistolähtöinen teoria (grounded theory)-lähestymistapa kehitettiin alunperin laadullista sosiologista tutkimusta varten (Glaser & Strauss 1967). Glaserin ja Straussin näkemykset erkaantuivat myöhemmin toisistaan (Annels 1996, Siitonen 1999). *Glaser* piti tärkeänä tutkijan objektiivista orientaatiota, teorian löytämistä ja sen todentamista jatkotutkimuksin. Hän korosti puhdasta induktiivisuutta teorian kehittämisessä siten, että tutkijan ei tulisi perehtyä aikaisempaan tietoon tutkittavasta ilmiöstä ennen aineiston keruuta ja analyysiä. Tämä voisi estää aineistosta nousevien käsitteiden huomaamista. Aineiston analyysi on kaksivaiheinen, joista ensimmäisenä on avoin koodaaminen ja toisena valikoiva koodaaminen. (Glaser 1978.) *Strauss* korosti tutkijan subjektiivisuutta, vuorovaikutusta tutkijan ja tiedonantajien välillä sekä tutkija-aineisto vuoropuhelua. Teorian kehittäminen etenee induktiivis-deduktiivisen päättelyn kautta. Analysointivaihe esitetään kolmivaiheisena: avoin, aksiaalinen ja valikoiva koodaaminen. (Strauss & Corbin 1990.) Objektiivisuus tarkoittaa kerätyn aineiston tarkastelua esillenousevan teorian lähteenä ja aineiston keruun etenemistä tämän tarkastelun pohjalta. Tätä on pidetty tunnusomaisena postpositivistiselle lähestymistavalle. Subjekti-subjekti suhde ja vuorovaikutus tutkijan ja tiedonantajien välillä teorian kehittämisessä viittaavat konstruktivistiseen lähestymistapaan. Alunperin postpositivistisesta paradigmasta on tapahtunut siirtymää konstruktivistiseen, mikä osoittaa lähestymistavan kehittyvää luonnetta. (Guba & Lincoln 1994, Annels 1996.)

Lähestymistapaa on sosiologian lisäksi käytetty eri tieteenalojen tutkimuksessa, kuten kasvatustieteessä, psykologiassa ja hoitotieteessä (Glaser 1978, Stern 1980, Turner 1981, Rennie ym 1988, Strauss & Corbin 1990). Sitä on käytetty useissa hoitotieteellisissä tutkimuksissa ja sairaanhoitajatutkijoita oli mukana monitieteellisissä tutkijaryhmissä jo 1970- ja 1980-luvuilla. Hoitotieteellisessä tutkimuksessa sen käyttö lisääntyi 1980-luvulta alkaen. (Benoliel 1994, Wilson & Hutchinson 1996.) Tässä tutkimuksessa sovelletaan sekä Glaserin että Straussin esittämiä teorian muodostuksen tapoja. Glaserin esittämä puhdas induktiivisuus vaikuttaa vaativalta tilanteessa, jossa aineistoa kerätään sairaalan vuodeosastoilla. Aikaisempi työkokemukseni sairaanhoitajana ja terveydenhuoltoalan koulutuksessa tuottaa tilanteen, jossa puhdas induktiivisuus ei enää ole realistista. Toisaalta työkokemus ja koulutus ovat resurssina, joka auttaa olemaan mukana

hoitotilanteissa ja pääsemään tilanteen tasalle siitä, mitä tapahtuu. Osallistuminen ilman hoitajan koulutusta ilmeni Utriaisen (1999) etnografisessa tutkimuksessa, jossa tutkija osallistui kuolevien hoitokodissa potilaiden hoitamiseen. Omassa tutkimuksessani työkokemus ja koulutus antavat uskallusta tutkia vuorovaikutuksellisesti ja teknisesti vaativaa hoitotyötä ja ymmärtää hoitajien käyttämiä käsitteitä.

Aineiston käsittelyssä Straussin & Corbinin (1990) esittämä kolmivaiheinen aineiston koodaus on aloittelevalle tutkijalle helpommin avautuva ja analyysiä tarkemmin ohjaava kuin Glaserin kaksivaiheinen koodaus. Kolmivaiheinen aineiston koodaus auttaa näkemään yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia käsitteissä ja kokoamaan aineistoa yhteen. Strauss & Corbin (1994) näkevät myös negatiivisia puolia aineistolähtöinen teoria-lähestymistavan laajassa käytössä ja viittaavat muoti-ilmiöön, jolloin alkuperäisestä ideasta kadotetaan jotain oleellista. Tällöin teoriaa ei kehitetä käsitteellisesti eikä käsitteiden välisiä suhteita esitetä. Jos lähestymistapaa käytetään, tulisi tavoitteena olla teorian kehittäminen. Induktiivisuus tutkimuksessa ei oikeuta kutsumaan sitä grounded theory-tutkimukseksi. Kuvailevalta tasolta tulee päästä eteenpäin (Wilson & Hutchinson 1996).

*Tavoitteena substantiivisen tai formaalisen teorian kehittäminen*

Aineistolähtöinen teoria-lähestymistapaa käytetään tutkimusaineistosta käsin induktiivisesti luotavan teorian kehittämiseen, kun ilmiöstä on vähän tietoa tai aiemmin tutkittuun ilmiöön halutaan saada uutta näkökulmaa. Vuorovaikutuksen keskeisten osatekijöiden löytäminen on edellytyksenä substantiivisen teorian kehittämiselle. Tässä tutkimuksessa vuorovaikutuksen kokonaisrakenteen kuvaaminen hoitotodellisuudesta käsin kirurgisella ja sisätautien osastolla on aikaisempaa tietoa täydentävää. Kehitetty teoria on substantiivinen tai formaalinen. Substantiivinen teoria on erityisteoria, suunnattu tietylle alueelle ja vielä alustava luonteeltaan. Formaalinen teoria on pidemmälle kehitetty kuin substantiivinen, yleistettävämpää teoriaa ja se on kehitetty tutkimalla jotain ilmiötä monissa eri yhteyksissä. Useimmat kehitetyt teoriat ovat olleet substantiivisia. (Strauss & Corbin 1994.) Suomessa hoitotieteen väitöskirjatutkimuksissa aineistolähtöinen teoria-lähestymistapaa ovat käyttäneet ainoana tai yhdistettynä muihin lähestymistapoihin Leino-Kilpi (1990), Liukkonen (1990), Vehviläinen-Julkunen (1990), Janhonen (1992), Nores (1993), Ollikainen (1994), Kyngäs (1995), Kaila-Behm (1997), Paavilainen (1998), Hankela (1999), Erjanti (1999) ja Kylmä (2000). Kyngäs (1995) kehitti luomaansa hoitoon sitoutumisen mallia edelleen testaamalla sitä tilastollisesti. Tutkimuksissa, joissa on sovellettu aineistolähtöinen teoria-

lähestymistapaa, on tuloksista käytetty nimitystä teoria tarkoittaen substantiivista teoriaa (Hankela 1999, Erjanti 1999, Kylmä 2000), malli (Nores 1993, Kyngäs 1995, Paavilainen 1998), käsitejärjestelmä (Liukkonen 1990, Ollikainen 1994, Kaila-Behm 1997) tai on esitetty pää- ja alakategoriat suhteineen. Nimityksistä kuvastuu lähestymistavan vaativuus tutkijalle ja varovaisuus lopputulosten suhteen (vrt. Kyngäs & Vanhanen 1998).

Tutkimuksissa on pidetty tärkeänä todellisuudessa tuotettua tietoa ja kokemusta tiedon lähteenä. Tämä näkemys on ollut tärkeä hoitotieteessä, jossa hoitokäytäntöä palvelevan tiedon tuottaminen on ollut tavoitteena. Ihmisillä on aktiivinen rooli muuttuvan ja monimutkaisen todellisuuden muovaamisessa, jossa he elävät. Kiinnostuksen kohteena ovat olleet sosiaalisessa vuorovaikutuksessa saatujen kokemuksien merkitys ihmisille. Vuorovaikutus nähdään tällöin jatkuvana tulkinta- ja päättelyprosessina, joka ohjaa toimintaa. Vuorovaikutusta tulisi ymmärtää kontekstissaan, ei ainoastaan yksilöiden välisenä prosessina. (vrt. Strauss & Corbin 1990, 24-25, Tourigny 1994, Jezewski 1995, Benoliel 1996.) Tavoitteena tässä tutkimuksessa on saada tietoa hoitajan ja potilaan vuorovaikutuksesta sellaisena, kuin se todellisissa hoitotilanteissa toteutuu vuodeosastoilla. Vuorovaikutuksen symbolista tasoa ovat hoitajan ja potilaan verbaaliset ja nonverbaaliset ilmaisut ja käyttäytymistä vuorovaikutuksen aikana tapahtuva toiminta, kuten esim. konkreettiset hoitotoimenpiteet, potilaan ohjaus ja toiminta hoidon tarpeisiin vastaamiseksi. Vuorovaikutus potilaan ja hoitajan välillä on sosiaalista prosessia, johon kuuluu useita eripituisia vuorovaikutustilanteita vuodeosastolla potilaan hoitojakson aikana.

Aineistolähtöinen teoria -lähestymistapaa käytettäessä tutkimusaineiston keruu, sen analysointi ja teorian kehittäminen tapahtuvat samanaikaisesti jatkuvan vertailevan analyysin avulla. Tavallisia aineistonkeruutapoja ovat havainnointi, avoin haastattelu ja teemahaastattelu. Em. menetelmiä on yhdistetty myös kvantitatiivisiin aineistonkeruumenetelmiin. (Fawcett & Downs 1986, Hutchinson 1993, Strauss & Corbin 1994.) Teorian luomiseksi tutkijat ovat yhdistäneet laadullisen tutkimuksen menetelmiä: Liukkonen (1990) keräsi tietoa havainnoinnin ja haastattelun avulla, Bottorff & Morse (1994) havainnoivat videoituja hoitotilanteita ja haastattelivat potilaita ja hoitajia, Donovan (1995) havainnoi, haastatteli ja keräsi aineistoa ryhmäkeskustelun avulla ja Baszanger (1997) havainnoi ja osallistui ryhmäkeskusteluihin. Avoin haastattelu on ollut aineistonkeruutapana tutkimuksissa, joissa potilaita on haastateltu kokemuksistaan potilaana, sairauteen sopeutumisesta ja elämisestä kroonisesti sairaana (esim. Forsyth ym. 1984, Drew 1986, Nyhlin ym. 1987, Johnson & Morse 1990, Keller 1991, Nyhlin 1991, Howell 1994, Karp 1994 ja Charmaz 1997). Benolielin (1996) mukaan pääpaino hoitotieteellisissä tutkimuksissa on ollut haastattelumenetelmän käytössä.

Useiden tiedonkeruumenetelmien käyttäminen tutkimuksessa liittyy myös siihen, että kehitetty teoria on syntynyt useiden osatutkimusten tuloksena vähitellen (vrt. Jezewski 1995, Kyngäs 1995).

Tunnusomaista lähestymistavan käytölle on, että aineiston laatua ja valittavan otoksen kokoa arvioidaan mielekkään aineiston saamisen kannalta. Otos voidaan valita käyttäen teoreettista tai valikoivaa otantaa. Teoreettisessa otannassa tutkimuskohteen tapahtumat ohjaavat relevantin ja monipuolisen aineiston saamista. Analysoituaan kerättyä aineistoa tutkija päättää, millaista aineistoa hän kerää jatkossa. Etukäteen ei voi tarkkaan määritellä kerättävän aineiston määrää. Tutkija on tutkimuskohteessa kunnes aineistoa on riittävästi esiin nousevien käsitteiden ja niiden välisten yhteyksien todentamiseksi. Ilmiöstä voi olla vähän tai ei lainkaan tietoa etukäteen. Valikoivassa otannassa ilmiöstä tiedetään aikaisempien tutkimusten perusteella ja siitä tehdyt johtopäätökset ohjaavat otoksen valintaa, ts. otos päätetään etukäteen. (Glaser 1978, Strauss & Corbin 1994.) Tässä tutkimuksessa on kyse valikoivasta otannasta. Tiedonantajien lukumäärän, 50 potilasta ja 50 hoitajaa, päätin ennen aineiston keruuta. Becker (1993) pitää aineistolähtöistä teoriaa tuottavassa tutkimuksessa välttämättömänä ja tärkeänä teoreettista otantaa, mutta tutkija voinee harvoin toimia sen mukaisesti tutkimuskohteessaan, jossa hoitaminen on ensisijaista ja tutkijan intressit toissijaisia organisaation näkökulmasta katsottuna. Tutkimuslupa-anomuksissa edellytettiin aikataulua ja tietoa siitä, missä laajuudessa potilaat ja hoitajat osallistuvat tutkimukseen ja mitä toiminnallisia vaikutuksia tutkimuksella mahdollisesti on. Tutkimuskohteissa oli suunnitteilla muitakin tutkimuksia, joten päällekkäisyyksien välttämiseksi ajoitussuunnitelma oli tarpeen. Kerätessäni aineistoa huomasin, että tutkimuskysymysten kannalta uutta tietoa vuorovaikutuksesta ei enää noussut esiin eli aineisto kyllääntyi (vrt. Strauss & Corbin 1990).

### 4.2 Aineisto ja sen keruu

Valitsin tiedonkeruumenetelmiksi tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa osallistuvan havainnoinnin ja teemahaastattelun. Keräsin havainnointi- ja haastatteluaineiston Helsingin yliopistolliseen keskussairaalaan kuuluvan Töölön sairaalan kolmella kirurgisella osastolla ja Peijaksen sairaalan kolmella sisätautiosastolla 10.7.97 - 9.1.98. Tutkimuksen tiedonkeruuta edelsi molemmissa sairaaloissa valmisteluvaihe, jolloin informoin osastonhoitajia tutkimuksesta osastonhoitajien kokouksessa ja sovin hoitajien tapaamisesta.

Tutkimukseen osallistuvien hoitajien valintakriteerinä oli, että hoitaja työskenteli osastolla vuoden 1997 aikana ja oli halukas yhteistyöhön havainnoinnin ja haastattelun osalta. Sen jälkeen tapasin osastoittain siellä työskentelevät hoitajat ja kerroin heille yksityiskohtaisemmin tutkimuksesta, jolloin tapaamiset tutkimukseen osallistuvien hoitajien kanssa sovittiin. Haastateltuja hoitajia kuvaavia tietoja on taulukossa 2. Sairaanhoitajista suurin osa oli suorittanut hoitotyön erikoisalan tutkinnon. Sisätauti-kirurgisen sairaanhoitajan tutkinnon oli suorittanut 13, kirurgisen erikoistumistutkinnon 6 ja sisätautien sairaanhoidon erikoistumistutkinnon 6 sairaanhoitajaa. Yhdellä sairaanhoitajalla oli psykiatrisen alan erikoistumistutkinto. Sairaanhoitajan ammattikorkeakoulututkinnon oli suorittanut kaksi hoitajaa erikoisalana akuutti-perioperatiivinen hoitotyö ja aikuisten kliininen hoitotyö. Perushoitajista kaksi oli suorittanut lähihoitajatutkinnon erikoisalana ensihoito ja aikuisten sairaanhoito ja huolenpito.

**Taulukko 2**. Hoitajia (N=50) kuvaavia tietoja (tutkimuksen I - vaihe)

| Kuvaileva tieto | | Sis. os. hoitaja (n=25) | Kir. os. hoitaja (n=25) | Yhteensä |
|---|---|---|---|---|
| Koulutus | Perushoitaja | 10 | 7 | 17 |
| | Sairaanhoitaja | 1 | 4 | 5 |
| | Sairaanhoitaja, erikoistumiskoulutus | 14 | 14 | 28 |
| Työkokemus vuosina | 0 - 5 vuotta | 5 | 5 | 10 |
| | 6-10 vuotta | 13 | 8 | 21 |
| | 11- 15 vuotta | 1 | 4 | 5 |
| | 16 - 20 vuotta | 3 | 4 | 7 |
| | 21 - 25 vuotta | 2 | 1 | 3 |
| | > 25 vuotta | 1 | 3 | 4 |

Hoitajan rooli yhteyshenkilönä oli keskeinen tutkimuksen tiedonkeruussa. Hoitajilla oli vastuullaan tiettyjen potilaiden hoitotyö. Mikäli hoitaja lupautui tutkimukseen, hän kysyi potilaan halukkuutta osallistua tutkimukseen. Potilaiden valintakriteerit olivat seuraavat: potilas oli aikaan ja paikkaan

orientoitunut, pystyi ilmaisemaan itseään verbaalisesti, ollut vähintään kolme päivää osastolla ja hänen arvioitiin jaksavan osallistua tutkimukseen. Potilas sai luettavakseen kirjeen (liite 2), jossa pyysin suostumusta. Yksi potilas kieltäytyi havainnoinnista ja haastattelusta. Muiden tutkimukseen pyydettyjen potilaiden suhtautuminen tutkimukseen oli myönteistä ja luottavaista.

Haastateltuja potilaita kuvaavia tietoja on taulukossa 3. Kirurgisilla osastoilla haastateltujen potilaiden keski-ikä oli 57 vuotta, sisätautiosastoilla 61 vuotta.

**Taulukko 3**. Potilaita (N=50) kuvaavia tietoja (tutkimuksen I - vaihe)

| Ominaisuus | | Sis. os. pot. (n=25) | Kir. os. pot. (n=25) | Yhteensä |
|---|---|---|---|---|
| Sukupuoli | naisia | 13 | 15 | 28 |
| | miehiä | 12 | 10 | 22 |
| Ikä | 20-40 vuotta | 2 | 5 | 7 |
| | 41-60 vuotta | 10 | 9 | 19 |
| | 61-80 vuotta | 13 | 10 | 23 |
| | > 80 vuotta | - | 1 | 1 |

### 4.2.1 Aineistonkeruuympäristö

Tutkimukseen valituilla osastoilla potilaiden hoitotyön tarve oli monipuolista ja hoitajilla oli päivittäin useita vuorovaikutustilanteita potilaiden kanssa. Kirurgisilla osastoilla hoidettiin trauma- ja monivammapotilaita sekä hoidonvarauksen kautta erilaisiin ortopedisiin leikkauksiin tulevia potilaita. Potilaat tarvitsivat hoitajien apua päivittäisissä toiminnoissaan kuten liikkumisessa, hygieniasta huolehtimisessa ja ruokailussa sekä ohjausta ja neuvontaa kotiutukseen ja jatkohoitoon liittyvissä asioissa. Potilaiden ja omaisten henkisen tuen tarve korostui hoitotyössä, koska monet potilaat olivat moniongelmaisia ja trauman jälkeen vaikeassa kriisissä eläviä. Potilaat, jotka tulivat jonosta suunnitellusti leikkaukseen ja joiden hoitoaika oli lyhyt, tarvitsivat jatkohoidosta selviytyäkseen ohjausta. Kullakin osastolla oli 25 potilaspaikkaa. Sairaanhoitajia ja perushoitajia oli

kolmella osastolla yhteensä 54 virkarakenteen ollessa sairaanhoitajapainotteinen. Tavoitteena osastoilla oli hoitotyön organisoinnin osalta modulaariseen- tai omahoitajakäytäntöön siirtyminen. Tällöin hoitajilla tai hoitajaparilla olisi omia potilaita, joille he laativat hoitosuunnitelman ja joiden hoidosta he vastaavat hoitotyön osalta. Tutkimusajankohtana tavoitteeseen ei vielä kaikilta osin oltu päästy. Osastot toimivat vanhoissa, osittain saneeratuissa tiloissa.

Sisätautiosastoilla hoidettiin sydän- ja verisuonisairauksista ja keuhkosairauksista kärsiviä potilaita sekä neurologisia, endokrinologisia ja hematologisia potilaita. Kullakin osastolla oli 39 potilaspaikkaa. Sairaanhoitajia ja perushoitajia oli yhteensä 73. Virkarakenne oli sairaanhoitajapainotteinen. Hoitotyön organisoinnin osalta tavoitteena oli omahoitajakäytäntö siten, että jokaiselle potilaalle nimettiin sairaanhoitaja tai sairaanhoitaja-perushoitajapari, joka toimi yhteistyössä potilaan ja hänen omaistensa kanssa. Apuvälineenä potilaan hoidossa oli tulokeskustelun perusteella laadittu hoitosuunnitelma. Potilas osallistui voimiensa mukaan hoitonsa suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin omahoitajansa kanssa. Omahoitajakäytännön toteutuminen vaihteli osastoilla. Osastoilla oli paljon potilaita, jotka tarvitsivat toistuvasti sairaalahoitoa ja heidät pyrittiin sijoittamaan samalle osastolle eri hoitokerroilla ja heille pyrittiin nimeämään sama hoitaja omahoitajaksi. Osastoilla kiinnitettiin paljon huomiota potilaiden ohjaukseen kuntoutumisessa, lääkehoidon toteutuksessa sekä terveyttä edistävissä elämäntavoissa. Sisätautiosastot olivat aloittaneet toimintansa 1990-luvun alussa, jolloin sairaala avattiin.

### 4.2.2 Havainnointi

Tutkijana oletin, että olemalla mukana hoitotilanteissa saan tietoa potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksesta, koska molempia vuorovaikutuksen osapuolia voidaan pitää asiantuntijoina: potilas oli asiantuntija oman vointinsa, tuntemustensa ja elämäntilanteensa suhteen, hoitajan koulutukseen ja työkokemukseen perustuva asiantuntemus auttoi potilasta selviytymään ja saavuttamaan hoidon tavoitteita. Havainnoidessa tarkastelin vuorovaikutusta kokonaisuutena ja pyrin löytämään siitä toistuvia keskeisiä osatekijöitä. Havainnointi tuotti tietoa siitä, mitä vuorovaikutus potilaan ja hoitajan välillä on vuodeosastolla. (vrt. Adler & Adler 1994, Schwandt 1994.)

Havainnoin sairaan- ja perushoitajien vuorovaikutusta potilaiden kanssa aamu- ja iltavuoroissa potilaan hoitoon liittyvissä tilanteissa. Havainnoin myös viikonloppuisin, jotta vuorovaikutuksen vaihtelu erilaisina ajankohtina työrytmin vaihdellessa osastolla tulisi esiin. Havainnoinnin kohteina

olivat 1) vuorovaikutukseen osallistujat ja 2) sen kesto, 3) paikka, 3) vuorovaikutuksen tarkoitus, 4) mitä tilanteessa tapahtui ja 5) minkälaista vuorovaikutussuhdetta ilmeni (liite 3). Osallistujina olivat useimmissa tilanteissa potilas ja hoitaja, mutta havainnoin myös hoitajaparin tai useamman hoitajan vuorovaikutusta potilaan kanssa. Tilanteiden kesto vaihteli 10 minuutista tuntiin. Yhteensä havainnointiaikaa kertyi 28 tuntia. Havainnointipaikkana oli useimmiten potilashuone, mutta ohjaus- ja tulohaastattelutilanteissa myös haastattelu- tai tutkimushuone. Havainnointi toteutui, mikäli tutkimukseen valitulla potilaalla oli hoitajan avun tarvetta ollessani osastolla. Ennen havainnointia varmistin, että potilas oli saanut hoitajalta tutkimusta käsittelevän kirjeen (liite 2). Osassa havainnoiduista tilanteista olin tarkkailijan roolissa. Tällaisia olivat tulohaastattelu- ja ohjaustilanteet. Osassa havainnoiduista tilanteista olin osallistujana. Osallistuin hoitoon, mikäli se oli luontevaa ja siihen oli tarvetta, mm. leikatun potilaan ylösnousun avustamiseen, asentohoitoon, vuodepotilaan pesuun ja vuoteen sijaamiseen. Havainnoitsijan roolin löytäminen oli tasapainoilua osallistumisen ja ulkopuolisen aseman, tuttavallisuuden ja vierauden sekä läheisyyden ja etäisyyden välillä (vrt. Adler & Adler 1994). Tutkijana en voinut etukäteen päättää rooliani tulevassa vuorovaikutustilanteessa, vaan se muotoutui tilanteen mukaan mahdollisimman luontevaksi. Havainnoitua vuorovaikutustilannetta koskevat muistiinpanot havainnointikohteiden mukaan tein vuorovaikutuksen aikana, mikäli olin tarkkailijana ja tilanteen jälkeen, mikäli osallistuin hoitoon. Esimerkki vuorovaikutuksen havainnoinnin muistiinpanoista on liitteenä 3.

Havainnointi auttoi potilaaseen ja hoitajaan tutustumisessa, hoitotyön luonne osastolla tuli tutuksi ja sain tietoa olosuhteista, missä hoitotyötä tehtiin. Osallistuminen hoitotyöhön vähensi jännitystä ja mahdollisia ennakkoluuloja havainnointia ja tutkimusta kohtaan. Se orientoi potilaan ja hoitajan tilanteeseen ja auttoi haastattelukysymysten muotoilua. Yksittäisestä vuorovaikutustilanteesta voitiin haastattelun aikana edetä havainnoitua hoitotilannetta laajempaan vuorovaikutuksen tarkasteluun.

### 4.2.3 Teemahaastattelu

Potilaiden ja hoitajien kokemukset keskinäisestä vuorovaikutuksesta ovat yksilöllisiä ja vaihtelevat hoitojakson aikana. Teemahaastattelu haastattelumuotona tarjosi joustavuutta esittää kysymyksiä haastateltavien kannalta mielekkäästi ja tavoittaa heidän vuorovaikutuskokemuksiaan. Haastattelu eteni haastateltavan säätelemässä järjestyksessä ja alkoi vapaalla keskustelulla. Haastattelun avulla sain tietoa siitä, mitä vuorovaikutuksen kerrottiin olevan ja millaisena se oli koettu potilaan ja hoitajan välillä. ( vrt. Fielding 1994, Rose 1994, Polit & Hungler 1995, 272-274.) Vuodeosastoilla

hoidettavat potilaat olivat usein sairauden ja tutkimusten rasittamia, joten pidin teemoihin jäsenneltyä haastattelumuotoa sopivana. Teemahaastattelu oli mahdollista potilaille, joilla esim. vastaaminen kyselylomakkeelle olisi ollut vaikeaa hoito- ja tarkkailuvälineiden tai sairaudesta johtuvien rajoitusten vuoksi. Hoitajien osalta osastojen toiminnan nopeatempoisuus ja potilaiden tutkimuksiin ja hoitotoimiin liittyvä ohjelma päivän aikana vaikutti myös haastattelumuodon valintaan. Hoitajien haastattelut tehtiin työaikana ja työpaikalla.

Kirjallisuus ja aikaisemmat tutkimukset auttoivat teemojen muodostamisessa (Hirsjärvi & Hurme 1985, Bradley & Edinberg 1990, Fosbinder 1994, Häggman - Laitila & Åstedt - Kurki 1994, Arnold & Underman Boggs 1999). Aikaisempien tutkimusten tulokset, joiden mukaan potilas on pääasiassa vastaajana ja hoitaja kysyjänä sekä oman käsityksen ilmaisun tärkeys potilaalle, antoivat viitteitä teemoihin (taulukko 4).

**Taulukko 4**. Potilaiden ja hoitajien haastatteluteemat

| Potilaiden teemat | Hoitajien teemat |
|---|---|
| Potilaanaoloaika | Koulutus: perushoitaja, sairaan- |
| Vaiva tai sairaus miksi on potilaana | hoitaja, erikoistuminen, |
| Keskustelut hoitajan kanssa: | Työkokemus |
| kysymismahdollisuus, | Vuorovaikutuksessa potilaan kanssa: |
| vointia koskevan oman | keskustelunaiheiden |
| käsityksen ilmaisumahdollisuus, | nouseminen, |
| suhtautuminen potilaan | potilaan ja hoitajan aloitteellisuus |
| arvioon voinnistaan, | Vuorovaikutusta edistävät ja helpottavat tekijät: |
| potilaalle tärkeiden asioiden | osastolla yleensä |
| esilletuominen | tietyn potilaan kanssa |
| Hyvän olon ja hoidon tavoitteiden | Vuorovaikutusta estävät ja vaikeuttavat tekijät: |
| saavuttaminen vuorovaikutuksessa | osastolla yleensä |
| Keskustelua ja hoitajan tapaamista | tietyn potilaan kanssa |
| helpottavat ja vaikeuttavat tekijät | Hyvää oloa ja hoidon tavoitteiden saavuttamista |
| | edistävä vuorovaikutus |

Potilaiden haastatteluteemojen arvioimiseksi koehaastattelin kahta potilasta, jotka olivat kotiutumassa osastolta. Haastatteluissa ilmeni, että konkreettisen esimerkin pyytäminen potilaalta eri teemojen yhteydessä, esim. missä koki vuorovaikutuksen olleen myönteistä ja hyvää oloa tuottavaa, helpottaa potilaan vastaamista. Koehaastattelut eivät ole mukana tutkimusaineistossa, koska potilaiden osastolla oloaika oli alle kolme päivää.

Kaikki haastatteluun suostuneet potilaat suostuivat myös haastattelun nauhoitukseen. Haastattelut etenivät haastateltavan kannalta luontevassa järjestyksessä, mutta huolehdin siitä, että teemojen mukaiset asiat tulivat käsitellyiksi. Jos potilas halusi, hän sai teemat luettavakseen (liite 4), mutta kerroin samalla etenemisjärjestyksen olevan potilaan päätettävissä. Haastattelu alkoi potilaan oma-aloitteisesti esille tuomalla asialla tai havainnoinnin aikana esille tulleella aiheella. Rohkaisin potilaita tuomaan esiin omia kokemuksiaan. Tätä helpotti potilaiden tieto siitä, että tutkija on velvollinen pitämään luottamuksellisena potilaiden ilmaisemat asiat eikä kuulu osaston

henkilökuntaan. Jos haastateltava oli ollut useita kertoja potilaana sairaalassa, pyysin häntä vertailemaan kokemuksiaan eri ajankohtina. Yhteensä haastattelin 50 potilasta, 25 kirurgisilla osastoilla ja 25 sisätautiosastoilla. Lyhyin potilaan haastattelu kesti 20 minuuttia, pisin 45 minuuttia. Useimmiten haastatteluun kului aikaa 30-35 minuuttia. Haastattelupaikka määräytyi potilaan voinnin mukaan, mutta varmistin rauhallisuuden ja intimiteettisuojan mahdollisuuksien mukaan. Haastattelupaikkana oli potilashuone, tutkimushuone, lääkärinkanslia, ns. olohuone osastolla tai erillinen haastatteluhuone.

Annoin haastatelluille hoitajille haastattelun teemat (liite 5) ja pyysin heitä arvioimaan teemojen kattavuutta työkokemuksensa perusteella ja täydentämään niitä haastattelun kuluessa. Nauhoitin haastattelut. Kirurgisilla osastoilla haastattelin 25 ja sisätautiosastoilla 25 hoitajaa. Tutkimuksessa pyrin hoitajan oman kokemuksen esille saamiseen ja vuorovaikutuksen kuvailuun hoitajan omin sanoin. Hoitajat jäivät miettimään vuorovaikutusta potilaan kanssa vielä haastattelun jälkeen. Annoin hoitajille tarkistettavaksi nauhoituksesta puhtaaksikirjoittamani haastattelutekstin sovittuna ajankohtana, jolloin haastatellulla hoitajalla oli mahdollisuus lisätä tai muuttaa kertomaansa (vrt. Alasuutari 1999, 142-143). Hoitajien haastatteluun käytetty aika vaihteli 20 - 55 minuuttiin. Useimmiten haastattelu kesti 35-45 minuuttia. Haastattelutekstin tarkistukseen kului aikaa keskimäärin 20 minuuttia. Haastattelin hoitajia osastoilla mahdollisimman rauhallisessa paikassa: haastatteluhuoneessa, liinavaatevarastossa, lääkärinkansliassa tai henkilökunnan huoneessa.

Aineistoa kerätessä potilaan hoidon tarpeiden lisäksi toimintaani säätelivät hoitajan aikataulu ja osaston työrytmi, esim. yllättävät tilanteet potilaan voinnin muuttuessa ja uusien potilaiden vastaanotto osastolle. (vrt. Pyörälä 1994.)

### 4.2.4 Kysely hoitajille

Tutkimuksen toisessa vaiheessa, kun havainnointi- ja haastatteluaineisto oli kertaalleen analysoitu, pyysin tutkimukseen osallistuneita hoitajia arvioimaan alustavasti nimettyjä vuorovaikutusta kuvaavia käsiteluokkia ja niiden ominaisuuksien yhteensopivuutta sekä esittämään muutos- ja tarkennusehdotuksia (vrt. Atwood & Hinds 1986, Miles & Huberman 1994, 1994 a). Käsitteet oli kehitetty hoitajien haastatteluaineistosta. Havainnointi- ja haastatteluaineistoa kerätessäni kerroin hoitajille myöhemmin kerättävästä palautteesta koskien alustavia tutkimustuloksia.

Suurin osa arviointiin osallistuneista hoitajista oli ollut mukana tutkimuksessa, mutta arviointiin osallistui myös hoitajia, jotka eivät olleet mukana aineistoa kerättäessä. Palautteen saamiseksi mahdollisimman monelta hoitajalta sain tilaisuuden tavata hoitajia koulutuspäivän yhteydessä, jolloin 30 hoitajaa arvioi ryhmätyönä (2-4 henkeä) tuotettuja vuorovaikutuskäsitteitä. Kuusi hoitajaa antoi palautetta yksilöllisesti. Kaikki hoitajat saivat suullisesti ohjeet palautteen antamiseen. Hoitajat vastasivat kysymyslomakkeelle, jossa oli jätetty tilaa kirjoittaa vastaus omin sanoin jokaisen esitellyn käsitteen jälkeen (liite 6). Kysymyslomake oli laadittu alustavasti nimettyjen käsiteluokkien pohjalta. Hoitajat arvioivat 27 alustavasti nimettyä vuorovaikutuskäsitettä. Yhteensä 36 hoitajaa otti kantaa vuorovaikutuskäsitteisiin. Koulutuspäivään osallistuneet hoitajat palauttivat tilaisuuden päätteeksi vastauksensa, muut hoitajat postittivat vastauksensa.

Toisen kerran hoitajien palautetta keräsin tutkimuksen kolmannessa vaiheessa lokakuussa 1999, jolloin aineiston analyysi oli edennyt siten, että kehitteillä olevan käsitejärjestelmän yksityiskohdat olivat nousseet esiin ja yhteyksiä käsitteiden välille oli löydetty (vrt. Strauss & Corbin 1994, Miles & Huberman 1994, 1994a). Kirurgisilla osastoilla ja sisätautiosastoilla toimivia hoitajia oli kutsuttu koolle tilaisuuteen, jossa esittelin hoitajille kehitteillä olevaa vuorovaikutuksen kokonaisrakennetta ja pyysin heitä vastaamaan kysymyslomakkeelle (liite 7) vuorovaikutuskäsitteitä koskeviin kysymyksiin vahvistuksen saamiseksi käsitteille ja niiden välisille yhteyksille. Kysymyslomake sisälsi avoimia kysymyksiä. Osa vastaajista oli aikaisemmin ollut haastateltavana tutkimuksessa ja / tai antanut palautetta tutkimuksen toisessa vaiheessa. Palautetta sain yhteensä 26 hoitajalta.

### 4.2.5 Potilaiden haastattelu vuorovaikutuskäsitteiden validoimiseksi

Koska tutkimusaineistoa kerätessä (vaihe I) ei käytännössä ollut mahdollista tavoittaa uudelleen haastateltuja potilaita, haastattelin tutkimuksen kolmannessa vaiheessa kolmea muuta potilasta kehitettyjen vuorovaikutuskäsitteiden validoimiseksi. Kaksi potilasta oli ennestään tuttua tutkimuksen tekijälle ja yhteen potilaaseen sain yhteyden toisen potilaan välityksellä. Potilailla oli useita potilaanaolokertoja sisätauti- ja kirurgisilla osastoilla toistuvasti sairaalahoitoa vaatineen vakavan sairauden vuoksi, joten heillä oli asiantuntemusta palautteen antamiseksi. Potilaat haastateltiin heille parhaiten sopivassa paikassa: kaksi haastateltiin työpaikalla ja yksi kotona. Jokainen haastattelu kesti 1.5 tuntia. Tarkoituksena oli mahdollisten uusien käsitteiden löytäminen sekä käsitteiden välisten yhteyksien todentaminen. (vrt. Strauss & Corbin 1990, 187-188.) Aluksi esittelin tutkimuksen tuloksena kehitetyt käsitteet potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksesta. Haastattelun kysymykset nousivat vuorovaikutusta kuvaavista luokista, johon haastateltava tuotti

sisällön oman kokemuksensa avulla. Potilaat kuvasivat esimerkein, miten vuorovaikutusta kuvaavat käsitteet vastasivat heidän kokemuksiaan vuorovaikutuksesta. Potilaat lukivat myös otteita tutkimusraportin tulososasta ja arvioivat niiden ja oman kokemuksensa vastaavuutta.

Tutkimuksessa kerätty aineisto validoitiin eri vaiheissa aineistolähtöinen teoria -lähestymistavan mukaisesti (vrt. Miles & Huberman 1994, 275-277, Strauss & Corbin 1994). Yhteenveto näistä vaiheista on taulukossa 5.

**Taulukko 5**. Kerätyn tutkimusaineiston validoinnin vaiheet

| Validoinnin vaihe |
|---|
| Haastattelutekstin tarkistuttaminen haastatellulla hoitajalla |
| Hoitajien kirjallisen palauteaineiston keruu |
| alustavasti nimettyjen käsitteiden vaiheessa |
| esille nousevan käsitejärjestelmän vaiheessa |
| Potilaiden haastattelu vuorovaikutuskäsitteiden validoimiseksi |

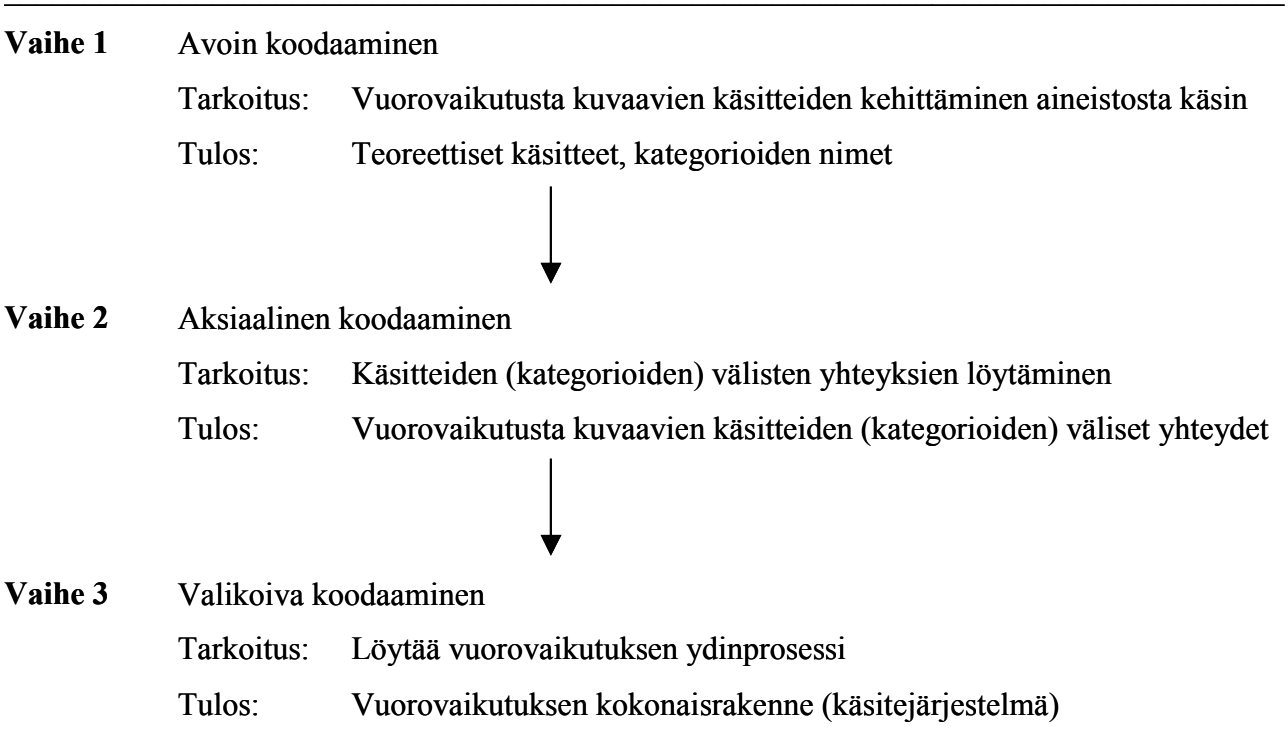
### 4.3 Aineiston analyysi

Aineistolähtöinen teoria -lähestymistapaa käytettäessä on tavoitteena päästä arkipäivän tiedosta, empiirisistä havainnoista käsitteiden tuottamiseen yhteyden aineistoon säilyessä koko analysointiprosessin ajan. Analyysia kuvaa vertailujen tekeminen ja prosessien tunnistaminen. Ilmiön kuvauksesta pyrin yhteyksien löytämiseen käsitteiden välille. (vrt. Glaser 1978, Strauss & Corbin 1990, 1994.) Analysoin rinnakkain havainnointimuistiinpanot ja haastatteluaineiston. Havainnoinnin aikana kerätty tieto oli haastatteluaineistoa täydentävää. Jos havainnointi oli edeltänyt haastattelua, tarkistin havainnointimuistiinpanot ensin kokonaishahmotuksen saamiseksi ja tilanteen mieleenpalauttamiseksi. Kirjoitin haastattelun jälkeen nauhoitukset tekstimuotoon haastateltavan omin sanoin. Aineistolähtöisen teorian tutkimusprosessin mukaisesti oleellista oli haastateltavien vuorovaikutusta käsittelevä informaatiosisältö, jonka he välittivät tutkijalle (vrt. Sandelowski 1994). Sen vuoksi ns. täytelisäkkeitä, joita vapaasti puhutussa kielessä esiintyi, ei kirjoitettu (vrt. Ikola 1992, 163). Tekstisivun marginaaliksi jätin 2.1 cm ja riviväliksi 1.5. Näin kirjoitettuna haastatteluaineistoa kertyi 269 sivua. Nauhoitetun haastattelun kuuntelu ja

kirjoittaminen oli ensimmäinen katsaus aineistoon ja viitteellinen seuraavaa haastattelua varten. Analysointi eteni kolmivaiheisena, jossa yksittäisten aineiston osien tarkastelusta (vaihe 1) edettiin kokonaisuuden hahmottamiseen (vaihe 3). Analysoinnin päävaiheet on esitetty kuviossa 2.

Analysointiprosessin alku oli **avoin koodaaminen**, joka tarkoitti aineiston luokittelua ja käsitteiden nimeämistä, substantiivisten koodien merkitsemistä. Luin haastattelutekstin rivi riviltä läpi. Merkitsin koodit erilliselle listalle, haastattelutekstiin tein alleviivauksia ko. kohtaan mistä substantiivinen koodi merkittiin. Substantiivinen koodi merkittiin ensin, sen jälkeen ominaisuus mitä koodi kuvasti. Ominaisuuksia vertailemalla nimesin alaluokan, mihin ominaisuus kuului. Kategorian, joka oli kokoava käsite useammalle alaluokalle, merkitsin viimeisenä avoimen koodaamisen vaiheessa. Analysoinnin aikana kysyin aineistoa koodatessani mitä tämä aineisto kuvaa, mihin luokkaan ominaisuus / ilmiö kuuluu (mihin se sijoittuu esillenousevassa käsitejärjestelmässä) ja mitä aineistossa tapahtuu (mikä on perusprosessi). Tässä vaiheessa kategorian nimeämisessä käytin apuna Suomen kielen perussanakirjaa (osat I-III, 1990), mutta kategorian nimi oli kuitenkin aineistolähtöinen.

Vertasin myöhemmin haastattelutekstiä ja antamani substantiivisen koodin vastaavuutta lukiessani uudelleen haastattelua. Tässä vaiheessa aloitin esiin tulevien ideoiden ja mahdollisten yhteyksien muistiin merkitsemisen.




**Kuvio 2.** Tutkimusaineiston analyysin etenemisen päävaiheet

Potilaiden ja hoitajien haastatteluaineistot analysoitiin ensin erikseen. Kategorioita oli aluksi paljon, koska jokaisen yksittäisen ilmiön tuli sopia johonkin luokkaan. Taulukossa 6 (liite 8) on kuvattu analysointia *alustavia* kategorioita muodostettaessa.

Avoimen koodaamisen vaiheen lopputuloksena nimetyt alustavat kategoriat on esitetty taulukossa 7. Kategorialle tuli jo tässä vaiheessa antaa jokin nimi, mutta myöhemmin analysoinnin edistyessä nimitykset muuttuivat vuorovaikutuksen sisältöä paremmin kuvaaviksi ja niissä päästiin käsitteellisemmälle tasolle (vrt. Fagerhaugh 1986).

Vertasin potilaiden ja hoitajien aineistoja keskenään ja taulukossa 7 on vertailussa havaittu substantiivisten koodien vastaavuus, jonka perusteella yhdistin luokkia. Vertailussa pyrin aineistojen yhdistämiseen ja luokkien vähentämiseen niiden sisältöä tarkastelemalla.

**Taulukko 7.** Potilaiden ja hoitajien aineistoista muodostetut alustavat kategoriat ja niiden vertailu. Substantiiviset koodit samoja ¤, osittain samoja +

| **Potilasaineisto** | **Hoitaja-aineisto** Potilaan itsehallinnan vahvistaminen 1. | Potilaan turvallisuuden tukeminen 2. | Potilaslähtöinen toiminta 3. | Hoitajan tilanneherkkyys 4. | Ennakoiminen 5. | Huolepito 6. | Ihmisläheinen hoitaja 7. | Taitava hoitaja 8. | Ensivaikutelman muodostuminen 9. | Vuorovaikutusta edistävä työyhteisö 10. | Osallistuva potilas 11. | Potilas yksilönä ympäristössään 12. | Asiantuntijuuteen luottaminen 13. | Epäsuotuisa hoitoympäristö 14. | Suotuisa hoitoympäristö 15. | Vuorovaikutusta heikentävä työyhteisö 16. | Hoitajan taitamaton toiminta 17. | Potilaan arkuus ja pelokkuus 18. | Potilaan elämäntilanteen ongelmat 19. | Torjuva potilas 20. | Potilaasta johtuvat kontaktivaikeudet 21. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Osallistuva potilas | | | | | | | | | | | ¤ | | | | | | | | | | |
| 2. Ihmisläheinen hoitaja | | | | | | | ¤ | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Huolenpidon kokeminen | | | | | | + | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Vuorovaikutusta edistävä hoitotyön organisointi | | | | | | | | | | + | | | | | | | | | | | |
| 5. Suotuisa hoitoympäristö | | | | | | | | | | | | | | | ¤ | | | | | | |
| 6. Vuorovaikutusta heikentävä työyhteisö | | | | | | | | | | | | | | | | ¤ | | | | | |
| 7. Epäsuotuisa hoitoympäristö | | | | | | | | | | | | | | ¤ | | | | | | | |
| 8. Potilaan turvallisuuden tukeminen | | ¤ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. Tietäminen potilaan itsehallinnan vahvistajana | ¤ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. Potilaan tietämistä ja kysymismahdollisuutta heikentävät tekijät | | | | | | | | | | | | | | | | + | + | | | | |
| 11. Luottamus asiantuntijaan potilaan itsehallinnan vahvistajana | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12. Potilaaksi alistuminen | | | | | | | | | | | | | + | | | | | | | | |
| 13. Hoitajan taitamaton toiminta | | | | | | | | | | | | | | | | | + | | | | |
| 14. Hoitajasta johtuvat kontaktivaikeudet | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15. Ennakoiminen potilaan itsehallinnan vahvistajana | | | | | ¤ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16. Palautteen saaminen potilaan itsehallinnan vahvistajana | ¤ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17. Potilas yksilönä ympäristössään | | | | | | | | | | | | ¤ | | | | | | | | | |
| 18. Ensivaikutelman muodostuminen | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19. Potilaslähtöinen toiminta | | | ¤ | | | | | ¤ | | | | | | | | | | | | | |

Potilasaineiston *luokka 13* "hoitajan taitamaton toiminta" ja vastaava hoitaja-aineiston *luokka 17* olivat osittain samansisältöisiä. Potilaiden aineistossa nousi esiin hoitajan verbaalisen ilmaisun puuttuminen tai sen koettu negatiivisuus, hoitajien aineistossa tuli tämän lisäksi esiin tiedon hallintaan liittyvät asiat vuorovaikutuksen perustana. *Luokat 11 ja 14* esiintyivät vain potilaiden aineistossa eikä niille sellaisenaan ollut vastaavuutta hoitajien aineistossa. Sisällytin luokat muihin muodostettuihin vuorovaikutusta kuvaaviin luokkiin. Luottamus asiantuntijaan sisältyi avoimessa koodaamisessa luokkaan ”vahvistuminen” ja hoitajasta johtuvat kontaktivaikeudet luokkaan ”tunnekokemuksen jakaminen” (hoitajan taitamattomuus). Esimerkki avoimen koodaamisen etenemisestä on taulukossa 8, jossa substantiiviset koodit ovat peräisin sekä hoitajien että potilaiden aineistosta. Tässä vaiheessa, kun potilasaineisto ja hoitaja-aineisto oli yhdistetty, tarkistin kategorioiden nimet.

**Taulukko 8.** Avoin koodaaminen, esimerkkejä

| Alkuperäinen lause / substantiivinen koodi | Ominaisuus | Alaluokka | Luokka |
|---|---|---|---|
| Osastolle tullessa kaikki oli valmiina | tervetullut | Tulotilanteen kokeminen | Kohtaamisen myönteisyys ja turvallisuus |
| Hoitajat yrittää parhaansa | luottavaisuus | Tekeminen välittämisen osoittamisena | Välittämisen kokeminen |
| Hoitajat aina tulossa jostain, menossa johonkin | kiivastahtisuus | Paineenalaisuus | Vuorovaikutuksen ympäristö |
| Potilaalle sanellaan asiat | potilaan osallistumattomuus | Osallistumattomuus potilaan vahvistumisen heikentäjänä | Vahvistumisen heikentyminen |

Hoitajille tehtyjen kyselyjen aineistot (tutkimuksen II- ja III-vaihe) ja potilaiden haastatteluaineisto (tutkimuksen III-vaihe) analysoin avoimen koodaamisen mukaisesti. Ne tuottivat lisää ominaisuuksia luokkiin ja viitteitä luokkien nimien tarkistamiseen enemmän vuorovaikutusta kuvaaviksi (vrt. Glaser 1978, 60, Strauss & Corbin 1990, 188).

Havainnointimuistiinpanoja ja nimettyjä vuorovaikutusta kuvaavia kategorioita vertasin keskenään vahvistuksen tai ristiriitaisuuden löytämiseksi kunkin kategorian kohdalla. Esimerkki havainnointiaineiston ja haastattelu- ja kyselyaineistojen rinnakkaisesta tarkastelusta on taulukossa 9.

**Taulukko 9**. Havainnoimalla kerätyn aineiston ja haastattelu- ja kyselyaineistojen vertailua

| Ote havainnointimuistiinpanoista | Esimerkki haastatteluaineistojen ja kyselyjen analyysin perusteella nimetyistä kategorioista ja alakategorioista |
|---|---|
| Potilas ja hoitaja käyvät läpi keskustellen tulohaastattelulomaketta ja lopuksi molemmat allekirjoittavat sen. | Aloitteellisuus ja luottamus yhteistyössä: yhteistyökumppanuus |
| Sydäninfarktipotilasta itkettää, kun hän keskustelee hoitajan kanssa tulevista tutkimuksista. Potilas saa itkeä rauhassa ja olo helpottuu. Hoitaja on rauhallinen ja rohkaiseva. Tunteet ovat vallalla, sillä lopuksi potilasta naurattavat ruokavalioon liittyvät muistot. | Tunnekokemuksen jakaminen: potilaslähtöinen toiminta, potilaan tunteiden huomioon ottaminen |
| Potilaalla on kivulias ja syvä haava jalassa. Hoitaja varmistaa, että potilas on saanut kipulääkkeen. Hoitaja vaihtaa haavasidokset rauhallisin ja varmoin ottein. | Välittämisen kokeminen: tekeminen välittämisen osoittamisena |

*Yhteenvetoa avoimen koodaamisen vaiheesta.* Avoin koodaaminen alkoi potilasaineiston ja hoitaja-aineiston koodauksella erikseen. Haastattelutekstiä läpikäydessäni tarkistin, liittyikö ko. hoitajan ja potilaan haastatteluun vuorovaikutustilanteen havainnointi. Jos havainnointi oli toteutunut, tarkistin myös havainnointimuistiinpanot. Seuraavassa vaiheessa vertasin potilas- ja hoitaja-aineistosta muodostettuja kategorioita toisiinsa ja yhdistin ne. Aineistoissa oli useita samansisältöisiä luokkia. Kun vuorovaikutuskategoriat oli nimetty yhdistettyjä aineistoja kuvaaviksi, tarkistin havainnointimuistiinpanot uudelleen. Havainnointimuistiinpanojen kuvaaman vuorovaikutuksen tuli sopia johonkin vuorovaikutuskategoriaan.

Seuraava vaihe oli **aksiaalinen koodaaminen** eli **luokkien vertailu ja yhteyksien löytäminen**. Straussin & Corbinin (1990) esittämän perusmallin (paradigm model) mukaisesti analysoin aineistoa löytääkseni jokaisen kategorian kohdalla sen yhteydet toisiin kategorioihin ja ilmiön ymmärtämiseksi laajemmassa kontekstissa. Perusmallin mukaan tarkastelin olosuhteita tai tapahtumaa, joka johti vuorovaikutukseen, missä olosuhteissa (kontekstissa) vuorovaikutus tapahtui ja mitkä mahdollistivat tai rajoittivat vuorovaikutusta (väliintulevat olosuhteet). Vuorovaikutusta mahdollistavat tai rajoittavat tekijät voivat olla lähellä, tilanteessa mukana olevia tai kauempana. Lisäksi tarkastelin, miten vuorovaikutustilanteessa toimittiin ja mitä toiminnalla saatiin aikaan (seuraukset).

Kolmas vaihe, **valikoiva koodaaminen**, oli perusprosessin eli vuorovaikutuksen ydinkategorian löytämistä. Glaser (1978) ja Corbin (1986) ovat esittäneet ydinkategorian (-kategorioiden) kriteereitä, joita kategorian tunnistamisessa käytin. Useimmat vuorovaikutusta kuvaavat kategoriat olivat yhteydessä ydinkategoriaan, aineistoa analysoitaessa ydinkategoriaan kuuluvia ominaisuuksia nousi esiin toistuvasti ja ydinkategoria ilmeni prosessina. Ydinkategoria löytyi aineistosta induktiivisen päättelyn avulla.

Vaikka analyysi esitettiin edellä kolmivaiheisena, oli analysointiprosessi käytännössä edestakaista liikettä aineiston ja kehitettävän käsitejärjestelmän välillä. Koko tutkimusprosessin ajan palasin useita kertoja aineistooni tarkistaakseni löytämiäni yhteyksiä ja käyttäessäni haastateltavien kertomaa lainauksina. Aineiston koodauksessa oli aluksi vaikeaa irtautua haastattelun teemoista ja luoda kategorioita aineistosta käsin. Avoimen koodaamisen vaihe toistui, kun hoitajilta kyselyssä kerätty aineisto ja tutkimuksen kolmannessa vaiheessa potilailta kerätty haastatteluaineisto koodattiin. Tutkimusprosessin aikana hahmottui yksittäisten havaintojen ja haastateltavien

kokemusten kautta potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksen kokonaisuus ja miten kokonaisuuden osat ovat yhteydessä toisiinsa. Kategorioiden nimeäminen ja teoreettisen tason saavuttaminen oli hidasta. Prosessia voi kuvata epämääräisyyden sietämisenä ja jatkuvana muutoksena suuntana käsitteellisen tason saavuttaminen. (vrt. Miles & Huberman 1994 a.)

### 4.4 Tutkimuksen eettiset näkökohdat

Hoitotieteellisen tutkimuksen eettisyyden arvioinnille on esitetty kriteereinä mm. tutkimusaiheen tärkeys ja oleellisuus hoitotyön kannalta, kommunikaatio ja yhteistyö tutkijan ja tutkimuskohteen välillä sekä tulosten todenmukainen kuvaaminen (mm. Munhall 1993, Vehviläinen-Julkunen 1997). Pidän tutkimuksen aihetta oikeutettuna, koska hoito toteutuu suurelta osin vuorovaikutuksessa potilaan ja hoitajan välillä. Tutkimuskohteina olleissa sairaaloissa on kartoitettu hoidon laatua ja hoitotyön kehittämispyrkimysten kohteena on ollut potilas-hoitaja vuorovaikutuksen parantaminen. Hoitajien osallistumismotivaation ja tutkimukseen annetun ajan kannalta oli tärkeää, että tuloksia voidaan käyttää hoitotyön kehittämiseksi kyseisissä sairaaloissa.

Laadullisessa tutkimuksessa käytetyt aineistonkeruumenetelmät, tässä tutkimuksessa havainnointi ja haastattelu, merkitsivät tutkijan välitöntä kontaktia tutkimukseen osallistuviin potilaisiin ja hoitajiin. Tutkija oli mukana hoitotilanteissa aineistoa kerätessään. Tämä edellytti hoitajien ja potilaiden informoimista tutkimuksesta ja suostumista yhteistyöhön tutkijan kanssa. Hoitajien informointi ja suostuminen havainnoitavaksi ja haastateltavaksi toteutui henkilökunnan tapaamisella osastoittain. Informointi oli tärkeää, koska hoitajat olivat eri lailla tietoisia hoitotyön tutkimuksesta ja heidän osuutensa yhteyden saamisessa potilaisiin oli erittäin tärkeä. Tutkimukseen osallistumisesta voitiin tällöin sopia yhteisesti ja hoitajilla oli mahdollisuus esittää näkemyksiään siitä, miten havainnointi ja haastattelu heidän mielestään toteutuisi käytännössä. Tapaaminen havainnoinnin ja haastattelun merkeissä suunniteltiin hoitajien työvuorojen mukaisesti. Oikeutustani havainnoida ja haastatella perustelen koulutuksen ja työkokemuksen tuomalla tiedolla ja taidolla toimia yhteistyössä potilaiden ja hoitajien kanssa. Vuosien työkokemus sairaanhoitajana ja opettajana ovat vahvistaneet vuorovaikutustaitojani suhteessa potilaisiin ja hoitajiin. Havainnointitilanteista ei jäänyt vaikutelmaa, että olisin taitamattomasti tunkeutunut mukaan potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta tarkkailemaan.

Hoitajat kertoivat potilaille tutkimuksesta. Selostus tutkimuksesta ja lupa havainnoitsijan läsnäoloon ja haastatteluun pyydettiin siten, että hoitaja antoi potilaalle kirjallisen selostuksen tutkimuksesta

(liite 2). Tätä luvanpyytämiskäytäntöä edellytettiin myönnetyissä tutkimusluvissa. Tapasin potilaan vasta suostumuksen saannin jälkeen. Potilaat pystyivät harkitsemaan suostumustaan annetun selostuksen pohjalta ja sovin hoitajien kanssa siitä, että epävarmaa potilasta ei suostutella osallistumaan. Oli tärkeää, että potilaat ja hoitajat voivat toimia ja olla vuorovaikutuksessa kuten tavallista tutkimuksesta huolimatta. Sekä hoitaja että potilas olivat tietoisia havainnoitsijan tavoitteista (vrt. Waltz ym. 1991, Polit & Hungler 1995). Ennen havainnointia ja haastattelua varmistin, että potilas oli saanut luettavakseen luvanpyyntökirjeen ja tiesi, mistä oli kysymys. Potilaat ja hoitajat suhtautuivat luottavaisesti havainnointiin ja haastatteluun ja olivat halukkaita yhteistyöhön. Tämä korosti vastuutani eettisten periaatteiden toteuttamisesta. Potilailla oli mahdollisuus keskustella ennen haastattelun alkua luvanpyyntökirjeen perusteella esille tulleista asioista.

Haastattelun kulku eteni teemojen mukaan, mutta jotkut potilaat halusivat kertoa elämästään tämän tutkimuksen aihepiirin ulkopuolelle jääviä tapahtumia ja huojentaa mieltään. Tällöin suljin nauhurin ja potilaalla oli tilaisuus kertoa. Hoitajien ja potilaiden tuli varmistua siitä, että kerätty aineisto jäi vain tutkimuksen tekijän käyttöön eikä niissä olevia tietoja käytetä muualla. Potilaille oli tärkeää, että negatiivisten kokemuksien esilletuominen ei vaikuta hoitoon (vrt. Sinkkonen ym. 1988) eikä tutkimusraportista voi tunnistaa potilasta (vrt. Sandelowski 1994 a). Kerroin potilaille, että en kuulu henkilökuntaan ja olen osastolla tutkimusta tekemässä.

# 5. TULOKSET

## 5.1 Potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksen osa-alueet

Tutkimuksen tuloksena muodostui seitsemän vuorovaikutuksen osa-alueita kuvaavaa kategoriaa:

1. Kohtaamisen myönteisyys ja turvallisuus
2. Aloitteellisuus ja luottamus yhteistyössä
3. Potilaan ja hoitajan läheisyys
4. Välittämisen kokeminen
5. Vahvistuminen
6. Tunnekokemuksen jakaminen
7. Vuorovaikutuksen ympäristö

Kategorioita kuvattaessa haastattelun suoran lainauksen lopussa on merkintä haastattelun numerosta ja lainauksen haastattelutekstin sivunumerosta. Potilaiden ja hoitajien puheen lainaus vahvistaa kategorioiden oikeutusta.

### 5.1.1 Kohtaamisen myönteisyys ja turvallisuus

Kategoria muodostuu kahdesta alakategoriasta: **tulotilanteen kokeminen** ja **hoitosuhteen alkaminen** (ks. taulukko 10). Kohtaaminen on vuorovaikutuksen alkamista. Potilaat ja hoitajat toivat esiin samoja merkittäväksi kokemiaan asioita kuvatessaan vuorovaikutuskokemustaan. Nämä koskivat ulkoisia järjestelyjä osastolla ja kahdenvälistä suhdetta. Potilaat muistivat sairaalaan tulon ja tuntemuksensa vastaanottotilanteessa. Hoitajat pitivät kohtaamisen myönteisyyttä tärkeänä potilaan sairaalakokemuksen ja jännityksen lieventämisen kannalta. Myönteistä tulotilannetta kuvasivat potilaan kokemus siitä, että hän on tervetullut osastolle ja tulohaastattelun onnistuminen. Tervetulleeksi kokemiseen liittyi tunne siitä, että potilaan tuloon oli varauduttu ja vastaanotto tuntui henkilökohtaiselle. Potilas koki osastolle tulon myönteisenä:

> "Kun tulin osastolle mulla oli hyväntuulinen hoitaja, otti käsikynkkää, tartu siihen. Se oli positiivinen. On saatettu ovelle. Nämä on äärimmäisen tärkeitä hoitajan vaikuttamisia. Ei vaan osoite ovelle, mee

tätä viivaa. Joka paikkaan on saatettu. Se ei ole väkinäistä, vaan heidän työtä ja he tekee sitä mielellään." (Potilas 77.1)

**Taulukko 10**. *Kohtaamisen myönteisyys ja turvallisuus*

| Myönteisyyttä tukevat tekijät | Alakategoria | Myönteisyyttä heikentävät tekijät |
|---|---|---|
| tervetulleeksi kokeminen<br>onnistunut tulohaastattelu<br>hoitajan keskittyminen<br>avoimuus ja aitous | Tulotilanteen kokeminen | potilaan epätietoisuus, rauhattomuus, ärtymys, välinpitämättömyyden kokeminen, ei vapaata paikkaa potilaalle, kiire |
| läheisyys, turvallisuus<br><br>luottamus hoitajaan<br>kokemus hyväksytyksi tulemisesta | Hoitosuhteen alkaminen | hoitajan negatiivinen ennakkokuva potilaasta<br>potilaalla ei tilaisuutta tunteiden ilmaisemiseen |

Hoitajat käyttivät erilaisia keinoja osastolle tulon myönteisyyden varmistamiseksi, kuten potilaan tuloon varautuminen, kuuntelu ja potilaan yksilöllisyyden kunnioittaminen sekä omaisen huomioon ottaminen. Omahoitajakäytännön merkityksen selvittäminen ja potilaan ja hänen omaisensa ohjaus tukivat myönteistä kohtaamista. Potilaan sairaalaan tullessa saatujen negatiivisten kokemusten "paikkaaminen" oli mahdollista edellä mainituin keinoin.

Hoitosuhteen alkamiseen kuuluivat tutustuminen, läheisyys ja turvallisuus sekä kokemus siitä, että hoitaja hyväksyy potilaan. Hyväksyminen kohdistui myös hoitajaan: hoitaja odotti potilaan hyväksyvän hänet ammattihenkilönä ja suhtautuvan vakavasti hoitajan kertomiin hoitoa koskeviin tietoihin. Tulohaastattelun perusteella hoitajalla oli paljon tietoa potilaasta ja potilaat odottivat, että hoitaja kertoi heille osuutensa potilaan hoidossa. Potilaat arvostivat, jos hoitajalla oli aikaa keskittyä potilaaseen ja vuorovaikutus oli vapautunutta. Tasa-arvoiseen kohtaamiseen kuului potilaan omien vointia koskevien havaintojen ja tietojen kuuleminen. Turvallisuus tarkoitti, että potilaan oli mahdollista ilmaista tunteitaan, kuten huolestuneisuutta, hoitosuhteen alkaessa. Hoitosuhteen alkamisen kannalta oli merkittävää mikä oli potilaan tilanne osastolle tullessa: tuleeko potilas

suunnitellusti osastolle kuten jonopotilas, äkillisesti sairastuneena tai onnettomuuden johdosta. Tulotilanteessa koettiin tärkeäksi, että hoitosuhde alkaisi suotuisasti.

Lähtökohta voi potilaan kannalta tarkastellen olla negatiivinen, mikä heikentää osastolle tulon kokemista myönteiseksi. Potilas saattoi olla ärsyyntynyt tullessaan osastolle johtuen esim. pitkästä jonotusajasta ennen sairaalaan kutsumista tai odottelusta päivystysvastaanotolla. Hoitosuhteen suotuisaa alkamista heikentää myös hoitajan negatiivinen ennakkokuva potilaasta. Vuorovaikutus potilaan kanssa, joka oli joutunut sairaalaan yllättäen, oli erityisen haasteellista hoitajalle. Hoitaja eteni hoitosuhteen alkamisessa varovasti ja tunnustellen potilaan halukkuutta keskusteluun ja tilanteen läpikäymiseen.

> "Onhan sellaisia, jotka on oikein vakavasti loukkaantuneita, on ihan äsken tapahtunut, joutuu vähän alkamaan keskustelua, että pääsis vähän lähemmäs. Jotka vasta on tajunneet, mitä on tapahtunut, joku vakava asia, joutuu erilaisin keinoin puhumaan muista asioista, että tulee vähän tutuksi. Hetki menee sekä hoitajalta että potilaalta. Hoitajakin katselee minkälainen tää ihminen on, mitä vaihetta hän käy läpi, millä tyylillä aletaan juttelemaan." (Sairaanhoitaja 15.1)

### 5.1.2 Aloitteellisuus ja luottamus yhteistyössä

Kategoria muodostuu kolmesta alakategoriasta: **yhteistyökumppanuus, hoitajavetoisuus** ja **odottamaan jääminen**. Kategoria kuvaa potilasta ja hoitajaa osapuolina, joiden vuorovaikutus vaihtelee aktiivisuuden ja aloitteellisuuden suhteen. Hoitaja sopeutti toimintaansa potilaan mukaan. Taulukossa 11 on kuvattu kategoria *aloitteellisuus ja luottamus yhteistyössä* alakategorioineen ja ominaisuuksineen. Molempien osapuolten aktiivisuutta ja aloitteellisuutta ilmeni yhteistyökumppanuutena vuorovaikutuksessa. Yhteistyökumppanuus tarkoittaa potilaan ja hoitajan yhteistä hoidon suunnittelua ja siihen liittyvää päätöksentekoa, kysymysten ja ehdotusten tekemistä sekä potilaan asiantuntijuutta oman vointinsa suhteen. Havainnoitaessa yhteistyökumppanuutta ilmensi potilaan aktiivisuus kysyjänä, omien ehdotusten tekeminen ja vuorovaikutuksen neuvottelunomaisuus. Hoitaja otti huomioon potilaan mielipiteet suunnittelussa ja päätöksenteossa.

**Taulukko 11**. *Aloitteellisuus ja luottamus yhteistyössä*

| Potilaan ominaisuudet | Hoitajan ominaisuudet | Alakategoria |
|---|---|---|
| aktiivinen osallistuja aloitteellinen | potilaan aktiivisuutta mahdollistava ja tukeva, aloitteellinen | Yhteistyökumppanuus |
| luottaa hoitajan asiantuntijuuteen myötäilee | potilaan puolestapuhuja päätöksentekijä, asioiden eteenpäin viejä | Hoitajavetoisuus |
| vetäytyminen, itsekseen miettiminen, tyytyminen voimattomuuden kokeminen, vuorovaikutusmahdollisuuden odottaminen | rajoittaa vuorovaikutuksen potilaan kanssa välttämättömään toivoo parempaa tilaisuutta vuorovaikutukseen | Odottamaan jääminen |

Yhteistyökumppanuuteen kuului tasavertaisuus vuorovaikutuksessa, potilaan tavoitetietoisuus ja ajan tasalla olo hoitonsa suhteen. Yhteistyökumppanuudessa potilas osallistui konkreettisesti tekemällä hoitotoimia tai verbaalisella tasolla esittämällä mielipiteensä. Vuorovaikutuksessa hoitajan kanssa potilas oli neuvonantaja ja konsultti, jonka tietoja hoitaja hyödynsi. Hoitaja otti huomioon potilaan tuntemukset.

> "Nykyään potilaat ovat valveutuneempia omista eduistaan ja mahdollisuuksistaan itse vaikuttaa asioihin. Tapaa hyvin usein potilaita, jotka itse ehdottaa hoitomenetelmiä...heillä on omat mielipiteet asioista. Keskustelu ja kommunikointi kulkee samalla tasolla."
> (Sairaanhoitaja 7.1)

> "Tauti on niin harvinainen, että tiedän siitä enemmän kuin monet muut. Vuorovaikutus oli molemminpuolinen, hoitajat konsultoivat siitä mistä on kysymys."
> (Potilas 34.1)

Hoitajavetoisessa vuorovaikutuksessa potilas kokee myönteisyyttä vuorovaikutuksessa ja hoitaja ammattitaidon arvostamista. Potilas odottaa, että hoitaja toimisi puolestapuhujana, asioiden esille ottajana ja asioista enemmän perillä olevana päättäisi potilaan puolesta, mikä on hyväksi potilaalle. Potilas luotti hoitajaan ja myötäili tämän ehdotuksia eikä esittänyt oma-aloitteisesti mielipiteitään hoitoon liittyvissä kysymyksissä. Hoitaja oli päätöksentekijä ja vei asioita eteenpäin. Osa haastatelluista hoitajista katsoi iäkkään potilaan herkemmin olevan vuorovaikutuksessa hoitajavetoisuutta odottava, mutta samalla korostettiin potilaiden yksilöllisyyttä. Aineistosta ei löytynyt tukea päätelmälle, että iäkkäät potilaat olisivat taipuvaisia hoitajavetoisuuteen vuorovaikutuksessa.

> "Monet kokee sen, että on iäkkäämpi hoitaja ja on se kokemus taustalla...luottaa siihen mitä sanoo. Monet kun on arkoja toivoo, että kysyn heidän puolestaan lääkäriltä asioita."
> (Sairaanhoitaja 12.1)

> "Joskus pitää päättää potilaan puolesta lähteekö liikkeelle, jos potilas ei itse jaksa päättää. Aloite on hoitajalla, jos ei ole mitään estettä nousemiselle."
> (Perushoitaja 21.1)

Hoitajavetoisessa vuorovaikutuksessa hoitajan tieto potilaan yhteistyökumppanuutta heikentävistä tekijöistä oli vähäinen, jos potilas ei tuonut esille ongelmiaan yhteistyösuhteen alussa. Potilaan elämäntilanteen ongelmat ovat usein arkaluonteisia eikä niistä keskustella helposti hoitajan kanssa. Vuorovaikutus toistuvasti saman hoitajan kanssa auttoi potilasta avautumaan ja helpottamaan oloaan. Yhteistyökumppanuutta heikentävät tekijät voivat olla myös selvästi vuorovaikutuksessa havaittavia, kuten kieliongelmat, puheen tuottamisen vaikeus ja potilaan sekavuus.

> "Kyllä potilaan oma elämäntilanne, jos se oma elämä ei ole kunnossa ja ne ihmissuhteet siellä kotirintamalla, ketä ne onkaan ne omaiset...Sellainen ihminen, jolla kaikki on kotona kohdallaan, niin vaikka miten olis täällä käyny se on erilaista kuin sellaisen ihmisen kanssa puhua, jolla on kaikki ihmissuhteet rikki ja erilaiset ongelmat miten pärjätään. Monella saattaa olla hirvee huoli, vanhemmalla ihmiselläkin alkoholisoitunut lapsi, mitä siellä kotona tapahtuu."
> (Sairaanhoitaja 12.2)

Alakategoria odottamaan jääminen tarkoittaa vuorovaikutuksen vähäisyyttä ja pinnallisuutta potilaan ja hoitajan välillä. Odottaminen liittyi potilaan ulkopuolella oleviin tekijöihin tai potilaan omiin tuntemuksiin. Ulkopuolella olevia tekijöitä olivat potilaan kokemus hoitajien kiireestä ja

työpaineesta. Potilaan omia tuntemuksia olivat vaivat ja oireet, joista potilas olisi halunnut keskustella hoitajan kanssa. Potilaat ja hoitajat kuvasivat samansuuntaisesti tilannetta vuorovaikutuksen kannalta. Vuorovaikutus rajoittui välttämättömän asian esille ottamiseen ja potilas jäi odottamaan suotuisampaa tilaisuutta avun pyytämiseen ja kysymysten esittämiseen. Tällöin osastolla vallitseva kokonaistilanne ohjasi yksittäisen potilaan tarpeita enemmän hoitajien työskentelyä. Yksittäisen potilaan ja hoitajan vuorovaikutus rakentui osittain osapuolten ulkopuolella olevien tekijöiden säätelemänä. Vaikka potilaan ja hoitajan välillä vuorovaikutus oli vähäistä ja lyhytkestoista, oli potilaalla mielessään kysyttäviä asioita ja molemmat pitivät mahdollisena yhteistyökumppanuuden kaltaista vuorovaikutusta. Odottamista pidettiin väliaikaisena ja sen aikana potilas ja hoitaja suunnittelivat, mitä pitäisi ottaa esille keskustelussa.

> "Jos ihminen on oikein ylityöllistetty, joka suuntaan pyydetään yhtaikaa ja eri huoneisiin, itsellä tulee se tunne en mä nyt viitsi , tää on niin mitätön asia nyt, kun sillä on niin kiire."
> (Potilas 35.2)

> "Kun potilaat näkevät, että on paljon potilaita ja kellot soi ja on kiirettä, he sanovat sulla on kuitenkin kiire, ei tämä nyt mitään. He vähättelevät omia asioitaan. Silloin jää huomaamatta tosi paljon asioita. Ehkä se on sitä, että ollaan niin vähään tyytyväisiä."
> (Perushoitaja 62.2)

Potilas ei tuonut esiin tuntemuksiaan, jos aikaa vuorovaikutukseen oli vähän. Hoitaja ei tullut tietoiseksi potilaan mieltä painavista asioista. Potilaan kokema voimattomuuden tunne merkitsi, ettei hän jaksa kertoa hoitajille tuntemuksistaan. Potilas näki vuorovaikutuksen lääkärin ja hoitajan kanssa samanlaisena tältä osin.

> "Jos sairastuu, sitä jollakin tavalla alistuu, jättäytyy toisen armoille. Ei mielellään kerro asioitaan, vaikka painaakin mielialaa. Jos lääkäri tai hoitaja kysyy miten voin, mulla on sellainen tyyli, että kautta rantain kohtalaisen hyvin vaikken voisikaan."
> (Potilas 83.1)

Potilaat, joilla oli aikaisempaa kokemusta sairaalahoidosta ja hoitajat, joilla oli pitkä työkokemus, kuvasivat samansuuntaisesti potilaan osallistumisen ja vaikuttamisen muutosta ajan kuluessa. Potilaan ja hoitajan vuorovaikutus oli 1970-1980 luvuilla pidättyvää tietojen saannin suhteen, potilaat eivät uskaltaneet kysyä hoitajilta ja heidät koettiin auktoriteettina potilaille. Vuorovaikutus toteutui ylhäältä alaspäin hoitajavetoisesti. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan vuorovaikutus on tullut avoimemmaksi 90-luvulla, potilaat rohkenevat kysyä tärkeinä pitämiään asioita, ovat

tiedonhaluisia ja antavat palautetta hoidosta. Vuorovaikutus on kehittynyt hoitajavetoisuudesta kohti yhteistyökumppanuutta hoitajan, potilaan ja hänen läheistensä välillä.

> "Aikaisemmin salattiin aika paljon asioita. Nyt sanotaan heti potilaan edessä se on niin ja niin. Se asia on parantunut vuosien mittaan mitä olen sairaaloissa käynyt."
> (Potilas 85.1)

Yhteistyökumppanuuden kaltaista vuorovaikutusta kuvasi molemminpuolinen aktiivisuus ja osallistuminen. Hoitajavetoisessa vuorovaikutuksessa hoitaja oli ehdotusten tekijä ja päättäjä potilaan puolesta, mutta potilas hyväksyi sen ja luotti hoitajaan. Odottamaan jääminen merkitsi vuorovaikutuksen toteutumista lyhytkestoisesti pääosin välttämättömien hoitotoimien yhteydessä.

### 5.1.3 Potilaan ja hoitajan läheisyys

Kategoria *potilaan ja hoitajan läheisyys* muodostuu alakategorioista **läheisyys** ja **etäisyys** vuorovaikutuksessa (ks. taulukko 12). Läheinen hoitaja on vuorovaikutuksessa potilaan kanssa helposti lähestyttävä, lähtee potilaan tarpeista toiminnassaan ja on kiinnostunut potilaasta ihmisenä. Kohtaamiselle on tunnusomaista tasavertaisuus. Vuorovaikutustilanteissa läheisyyteen kuuluu keskustelu muustakin kuin sairauteen liittyvistä asioista. Läheisyys ilmeni hoitajan ominaisuuksissa, tavassa miten hoitotilanteissa toimittiin ja vuorovaikutuksen ilmapiirissä. Potilas koki vuorovaikutuksen vapautuneena ja tilaisuutena tuoda esille mieltään askarruttavia kysymyksiä, "kontaktin otto oli helppoa." Potilas ja hoitaja kohtasivat ensisijaisesti ihmisinä eikä vain potilaana ja hoitajana. Havainnointitilanteissa läheisyys ilmeni mm. potilaan ja hoitajan keskinäisenä sinutteluna, etunimen käyttönä ja huumorina. Läheisyys ilmeni hoitajan sijoittumisessa potilaaseen nähden, kun hoitaja istui potilaan ollessa pitkällään vuoteella.

> "Omalla kohdallani olen kokenut hyväksi sen, että mulla on huumorin kukka mukana. Kun tunnen potilaan, voin heittää huumorin kanssa asioita."
> (Sairaanhoitaja 66.1)

> "Viimeeksi kun mä tulin tähän huoneeseen tää oli tyhjä....ja hoitaja sanoi mulle tiedättekö mä olen varannut teille neljän hengen sviitin, siellä ei ole ketään ja saatte valita minkä sängyn haluatte... meitä nauratti kumpaakin."
> (Potilas 93.1)

**Taulukko 12.** *Potilaan ja hoitajan läheisyys*

| **Hoitaja läheinen** | **Potilas** | **Hoitaja etäinen** | **Potilas** |
|---|---|---|---|
| Ominaisuudet:<br>ystävällinen<br>helppo lähestyä → | Rohkaistuminen<br>Vapautuminen<br>Suoraan puhuminen | Ominaisuudet:<br>ylempänä potilasta<br>rooliin asettunut<br>epäaito → | Potilas ei uskalla<br>kysyä, vaivata<br>hoitajaa |
| Toimintatapa:<br>aikaa potilaalle<br>huomaavaisuus<br>potilas yksilönä | | Toimintatapa:<br>välinpitämätön<br>potilas ei kiinnosta<br>saa vain työn tehdyksi | |
| Ilmapiiri:<br>vapautunut | | Ilmapiiri:<br>varautunut | |

Potilaat kertoivat esimerkkejä päinvastaisesta vuorovaikutuksesta, jossa hoitaja ei ollut kiinnostunut potilaan auttamisesta eikä välittänyt siitä, mitä potilaalle kuului. Hoitaja vältti katsekontaktia potilaaseen. Tällöin vuorovaikutus potilaan kanssa oli etäistä. Etäisyys potilaan ja hoitajan välillä ilmeni keskustelussa hoitajan seisoessa ja potilaan ollessa pitkällään vuoteella.

> "Yks hoitaja, silloin kun ne syötti mut vielä, niin iltateellä kerran se työnsi sämpylän suuhun ja katsoi muualle, sitten tee ja sämpylää lisää, hällä väliä. Kaikki tippui vaan, ei pyyhkinyt, nopeasti pois."
> (Potilas 38.2)

> "Alhaalla jonkun hoitajan kanssa tuli vähän... kyselenkö mä tyhmiä, oli varpaillaan olo. Kun näin hänet toimistossa, hän ei ikkunoiden takaa edes katsonut. Se tuntui tylyltä, vaikka mä olin jonkun aikaa ikkunan ääressä."
> (Potilas 100.1)

Monien potilaiden käyttämä ilmaisu "uskaltaa kysyä tai pyytää apua" kuvasi vuorovaikutuksen varautuneisuutta. Potilaat arastelivat hoitajan reaktiota ja oman tietämättömyytensä paljastamista kysymyksillään. Hoitajan nonverbaalisesta viestinnästä saamansa vaikutelman perusteella potilas uskalsi ilmaista asiansa tai odotti toista tilaisuutta avun pyytämiseen tai kysymiseen. Epäaito hoitaja koettiin etäisenä. Potilaan ja hoitajan välille ei muodostunut avointa aikuinen-aikuinen vuorovaikutussuhdetta eikä potilas kokenut hoitajaa vastaanottavaiseksi hänen viesteilleen. Hoitaja oli teennäinen roolihenkilö:

> "On kaksi juttua, mitkä tulee roolista: mitä sille puhumaan kun se ei oo paikalla, se on kuori joka ärsyttää. Toisaalta rupeaa itse käyttäytymään ärsyttävästi, rupeaa kaikin puolin rikkomaan sitä tilannetta, että sais sen tipahtamaan siitä roolistaan pois."
> (Potilas 37.2)

Taulukossa 12 on esitetty "perustyyppi" vuorovaikutuksesta potilaan ja hoitajan läheisyytenä. Sen lisäksi hoitajien haastatteluissa tuli esiin ongelmallisia vuorovaikutustilanteita, joissa hoitajan mielestä läheinen suhde potilaaseen olisi ollut potilasta tukeva, mutta potilas ei halunnut läheistä vuorovaikutusta ja torjui hoitajan keskustelupyrkimykset. Tällaisia potilaita olivat mielenterveysongelmista kärsivät potilaat, esim. itsemurhaa yrittäneet ja potilaat, joiden hoidossa hoitotulos oli potilaalle pettymys. Vuorovaikutus oli pinnallista, tehtävien tekemiseen liittyvää, potilas vetäytyi eikä halunnut kontaktia. Hoitajat tunnistivat potilaita, jotka eivät halunneet läheistä vuorovaikutusta hoitajan kanssa. Virallinen ja hoitotoimiin liittyvä vuorovaikutus oli näiden potilaiden toiveiden mukainen. Vieraasta kulttuurista tulevaa potilasta hoidettaessa edellä mainittu perustyyppi ei riitä kuvaamaan potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta. Vuorovaikutukseen kohdistetut odotukset ja potilaan halukkuus keskustella asioistaan hoitajan kanssa vaihtelevat potilaan kulttuurista riippuen.

### 5.1.4 Välittämisen kokeminen

*Välittämisen kokeminen*-kategoria sisältää alakategoriat **turvallisuus, todesta ottaminen**, **ennakoiva välittäminen** ja **tekeminen välittämisen osoittamisena**. Kategorian muodostuminen on esitetty taulukossa 13. Välittämisen kokeminen tuotetaan potilaalle kun hoitaja paneutuu potilaan asioihin, valvoo potilaan vointia, on tietoinen siinä tapahtuvista muutoksista ja on oma-aloitteisesti yhteydessä potilaaseen. Vuorovaikutuksessa potilas koki välittämistä kun hoitaja asettui jossain määrin avuttomuuden tilassa olevan potilaan tilanteeseen. Kategoria potilaan turvallisuuden tukeminen, joka esiintyi sekä potilaiden että hoitajien alustavassa aineiston analyysissä, yhdistettiin tähän kategoriaan.

**Taulukko 13**. *Välittämisen kokeminen*

| Ominaisuus | Alakategoria | Kategoria |
|---|---|---|
| hoitajan fyysinen läheisyys<br>turvallinen työskentely<br>hoitaja on tavoitettava<br>potilaalla ilmaisun vapaus | Turvallisuus | |
| hoitaja pitää potilasta uskottavana<br>ei vähättele potilaan vaivoja | Todesta ottaminen | |
| tarpeita ja tilanteita ennakoiva | Ennakoiva välittäminen | Välittämisen kokeminen |
| hoitaja avulias, viitseliäs<br>palvelunhaluinen<br>hoitajan vaivannäkö | Tekeminen välittämisen osoittamisena | |

Turvallisuuden kokemiseen sisältyi hoitajan fyysinen läheisyys kuten koskettaminen, kädestä pitäminen ja halaaminen. Turvallinen työskentely, joka ei pelota potilasta vahvisti potilaan kokemusta siitä, että hoitaja välittää hänestä. Kun hoitaja oli tavoitettavissa ja yhteys hoitajaan toimi, potilas koki välittämistä. Ilmaisun vapaus tarkoitti, että potilaalla oli tilaisuus kertoa tuntemuksistaan, kysyä ja pyytää apua.

> "Toimenpiteessä ne piti kädestä kiinni. Sanottiin, ettei silmiä saa laittaa kiinni, silitteli ja piti huolta."
> (Potilas 88.2)

> "Lonkkapotilailla kun jalkaa pitää siirtää ei tuota kipua niin paljon. Tietysti se edistää vuorovaikutusta, seuraavalla kerralla tämä henkilö mieluummin lähtee mun kanssani, jos oon kivuttomammin siirtänyt. Miten koskettaa potilasta, se on tärkeää, melkein kuin ystävää."
> (Perushoitaja 21.1)

Potilas koki välittämistä, kun hoitaja halusi tietää, mitä potilaalle kuului ja otti tosissaan potilaan esille tuomat vaivat. Potilaan vointia seurattiin ja potilaaseen oltiin yhteydessä, vaikka potilas ei

soittanut kelloa ja potilaan tarpeita pyrittiin ennakoimaan. Hoitajien ammattitaidon arvostus ja luottamus siihen, ettei hoitajilta jää huomaamatta muutos potilaan tilassa, kuului välittämiseen. Tekeminen välittämisen osoittamisena oli potilaan kokonaisvaltaista kokemusta siitä, että hänen hyvän olonsa tai hoitonsa eteen on nähty vaivaa ja yksittäisten, hoitajan näkökulmasta pienten, mutta potilaalle merkityksellisten asioiden tekemistä. Potilaalle oli tärkeää, että hoitaja oma-aloitteisesti huomasi potilaan tarvitsevan jotain.

> "Käyvät yöllä katsomassa. Huomaavat oma-aloitteisesti, kysyvät tarvitsetko sitä tai tätä."
> (Potilas 30.1)

> "On hyvässä valvonnassa, nyt on hyvissä käsissä."
> (Potilas 95.1)

### 5.1.5 Vahvistuminen

Kategoria *vahvistuminen* muodostuu kuudesta alakategoriasta: **tietäminen**, **luottamus asiantuntijaan**, **ennakoiminen** ja **palautteen saaminen** potilaan vahvistumista tukevina tekijöinä ja vahvistumista heikentävistä tekijöistä **potilaan tietämistä** ja **kysymismahdollisuutta heikentävät tekijät** ja **osallistumattomuus päätöksentekoon**. Kategorian muodostuminen on esitetty taulukossa 14. Vahvistuminen tarkoittaa, että potilasta tuetaan "oman itsensä herraksi", joka ottaa vastuuta, vaikuttaa ja päättää hoitoon liittyvissä asioissa ja erkaantuu potilaana olosta.

**Taulukko 14.** *Vahvistuminen*

| Vahvistumista tukeva ominaisuus | Alakategoria | Heikentävä ominaisuus | Alakategoria |
|---|---|---|---|
| tavoitteellisuus<br>aktiivisuus<br>perusteltu tieto | Tietäminen | potilaan hoitoa koskevien tietojen vähäisyys, ei ajan tasalla | |
| potilaan levollisuus<br>hoitajan aloitteellisuus<br>hoitaja huojentavana | Luottamus asiantuntijaan | saatu tieto<br>ei ymmärrettävää | Potilaan tietämistä ja kysymis-mahdollisuutta heikentävät tekijät |
| hoitaja varmistavana | | ei kysymis-mahdollisuutta | |
| varautuminen<br>valmistaminen | Ennakoiminen | epäselvyys työnjaossa | |
| palaute avointa<br>kannustavaa<br>myönteistä<br>realistista | Palautteen saaminen | potilaalle sanellaan asiat, vaikuttamattomuus hoitopäätöksiin | Potilaan osallistumattomuus päätöksentekoon |

Hoitaja voi vuorovaikutustilanteissa tukea tai heikentää potilaan vahvistumista. Ennakoimisen ja palautteen saamisen merkitys vuorovaikutuksessa potilaan ja hoitajan välillä ilmenee seuraavissa esimerkeissä. Potilas koki hallitsevansa tilanteen paremmin, kun hänelle oli etukäteen kerrottu, miten hän voi toimia ja helpottaa hoidon toteuttamista. Potilaalle oli tärkeää saada palautetta kuntoutumisen edistymisestä. Havainnoitaessa potilaan vahvistuminen ilmeni ensimmäisessä ylösnousussa leikkauksen jälkeen. Potilasta autettiin ja rohkaistiin kävelemään ja ohjaustilanteissa potilaan tietämisen vahvistumisena. Taulukossa 14 mainitut potilaan vahvistumista tukevat ominaisuudet olivat tärkeitä tilanteessa, jossa hoitajat auttoivat vastahakoista potilasta jalkeille leikkauksen jälkeen. Toimintavaihtoehtojen ja perustelujen esittäminen, potilaan turvallisuuden varmistaminen ja positiivinen palaute auttoivat myönteiseen lopputulokseen. Potilas nousi jalkeille ja kuntoutuminen edistyi.

"Selkeästi kerrotaan mitä toivottas tehtävän. Siihen annetaan hyvin aikaa valmistautua ja tehdä se ja siitä saa hyvin palautteen kuinka onnistui. Seuraavan kerran osaa samoissa hoitotoimenpiteissä jeesata sitä hommaa."
(Potilas 32.1)

"Pitää olla kannustava, että potilas on pääroolin esittäjä. Potilaat kiittää kun ne tekee ensimmäisen kävelylenkin. Pitää tajuta, että potilashan sen työn tekee. Sillä lailla kannustaa, että potilas ottaa omasta itsestään vastuun. Potilas saa voimaa, kun hallitsee itsensä."
(Sairaanhoitaja 10.2)

Luottamus asiantuntijoiden osaamiseen auttoi potilasta vahvistumaan. Tällöin hoitaja toimi aloitteellisesti ja varmisti, että potilas tietää mistä on kysymys. Potilas luotti siihen, että hoitajat kertovat sen, mikä potilaan on tärkeä tietää. Potilaalle tilanteen yllätyksellisyys ja outous korosti hoitajaan luottamista. Potilaat arvostivat hoitajien oma-aloitteista tiedon antamista, olivat vastaanottavaisia ja halusivat oppia sairaalassa ollessaan. Hoitaja nähtiin myös tiedon ja kysymysten *välittäjänä* potilaalta lääkärille.

"En ole pystynyt kyselemään kun se on tullut valmiina. Nämä hoitajat tietää paremmin ja lääkärit. Ne on sanonu niin tehdään ja ne on osunu oikeaan."
(Potilas 27.1)

"Hoitajat on kyselleet minulta päin mitä haluaisin tietää ja mistä asioista. Se on ollut positiivista. Kun ei vielä taudin kuvasta ole selvää, en osaa vielä kysellä."
(Potilas 86.1)

Potilaan vahvistumisen heikentäminen liittyi yksittäisen hoitajan toimintaan, jos hoitajalla ei ollut aikaa pysähtyä ja kuunnella potilasta. Tällöin potilaalla ei ollut tilaisuutta kysyä hoidosta tai tutkimuksista. Jos potilaalla oli ennestään vähän tietoa hoitoon ja tutkimuksiin liittyvistä asioista, oli vaikea kysyä ja ymmärtää nopeasti annettua vastausta. Henkilökunnan epäselvät työnjakokysymykset estivät potilaan tiedon tarpeiden tyydyttämistä.

"Mä haluaisin aika tarkasti ja yksinkertaisesti sen selvityksen. Jää joskus jälkeen niiden selityksistä.
(Potilas 44.1)

"Kyllä kysymyksiin on vastattu niin pitkälle kun on voitu, mutta välillä on heitelty luukulta luukulle... joku toinen kertoo." (Potilas 91.1)

### 5.1.6 Tunnekokemuksen jakaminen

Kategoria muodostuu alakategorioista **potilaslähtöinen toiminta**, **hoitajan tiedon hallinta**, **vuorovaikutus harkittua potilaan kanssa** ja **potilaan tunteiden huomioon ottaminen** tunnekokemuksen jakamista tukevina alakategorioina. Heikentävinä alakategorioina ovat hoitajan **tietopohjan heikkous**, **potilaan kielteisyys**, **hoitajan kielteisyys** ja **hoitajan taitamattomuus**. Kategoriaan kuuluvat ominaisuudet ja alakategoriat on esitetty taulukossa 15. Tunnekokemuksen jakaminen on potilaan kokonaistilanteen näkevää, tavoitteellista ja potilaan yksilöllisistä tarpeista ohjautuvaa vuorovaikutusta, jossa hoitajan verbaalinen ja nonverbaalinen ilmaisu ovat yhdensuuntaisia. Vuorovaikutus edistää potilaan hyvää oloa ja hoidon tavoitteita. Hoitaja toimi vuorovaikutustilanteessa potilaslähtöisesti, kun hän näki potilaan kokonaistilanteen, kiinnitti huomion potilaaseen, kuunteli potilasta ja muunteli toimintaansa joustavasti potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaan. Potilaan tunteminen oli potilaslähtöisen toiminnan edellytys. "Vuorohoitajalla" eli työvuoroittain vaihtuvalla hoitajalla ei ollut sellaista potilaan tuntemusta kuin potilaan omahoitajalla.

Hoitajat kiinnittivät potilaita enemmän ja laajemmin huomiota hoitajan tieto- ja taitoperustaan ja korostivat sen merkitystä. Hoitaja tunsi potilaan yhteydet sairaalan ulkopuoliseen elämään ja omaan ympäristöönsä siirtyvänä yksilönä eikä ainoastaan potilaana vuodeosastolla. Hoitaja, jolla oli pitkäkestoinen hoitosuhde potilaaseen tai joka oli toiminut omahoitajana, tunsi potilaan yhteisönsä ja perheensä jäsenenä. Hoitaja tiesi, mikä on merkityksellistä potilaan kotiutusta suunniteltaessa. Hän pyrki hyödyntämään tätä tietoa vuorovaikutuksessa potilaan ja hänen omaistensa kanssa. Hoitaja ohjasi potilasta ja hänen omaistaan asiantuntemuksensa perusteella. Vuorovaikutus oli tasa-arvoista ja potilas nähtiin asiantuntijana oman elämänsä järjestämisessä sairaalasta poispääsyn jälkeen.

> "Jos vuorovaikutus on sellaista, että pystyy perheen kanssa esimerkiksi vaimon tai miehen kanssa kommunikoimaan, siitä tulee tilanne, että potilas haluaa me nähdään hänet, jolla on menneisyyttä ja tulevaisuutta ja ihan muu ympäristö kuin tämä sairaala. Tulee tasavertaisempi olo. Häviää hoitaja- potilas raja, potilas tulee omaan kontekstiinsa."
> (Sairaanhoitaja 73.2)

> "Vuorovaikutusta tukee, jos otan perheen huomioon, myös heille tiedotan, että olen omahoitaja. Et voi hoitaa potilasta, jos et hoida samaan aikaan perhettä."
> (Sairaanhoitaja 65.3)

**Taulukko 15.** *Tunnekokemuksen jakaminen*

| Tukeva ominaisuus | Alakategoria | Heikentävä ominaisuus | Alakategoria |
|---|---|---|---|
| toiminta potilaan tarpeiden mukaan<br>ajan antaminen<br>kuunteleminen | Potilaslähtöinen toiminta | tiedon puutteellisuus<br>ristiriitaisuus<br>perustelemattomuus | Hoitajan tietopohjan heikkous |
| tieteellinen tieto potilaasta | Hoitajan tiedon hallinta | ohjauksesta kieltäytyminen<br>potilas ei arvosta hoitajaa<br>kielteinen asenne | Potilaan kielteisyys |
| tavoitteellisuus<br>suunnitelmallisuus<br>jatkuvuus | Vuorovaikutus harkittua potilaan kanssa | | |
| hoitaja näkee pinnan alle<br>kommunikointi<br>hoitotilannetta hyväksi käyttäen<br>hienovaraisuus<br>potilaan vihjeeseen tarttuminen | Potilaan tunteiden huomioon ottaminen | negatiivisuus<br>töykeys<br>puhumattomuus | Hoitajan kielteisyys |
| | | tavoittamattomuus<br>ajattelemattomuus<br>potilaan kokemuksen ohittaminen<br>odotuttaminen | Hoitajan taitamattomuus |

Vuorovaikutus potilaan kanssa oli harkittua, kun hoitaja tiesi potilaan hoidon tavoitteet ja tunsi potilaan hoitosuunnitelman. Edellytyksenä edellä kuvatulle vuorovaikutukselle on hoitajan vahva tietoperusta potilaan hoitoon liittyvissä kysymyksissä. Seuraava esimerkki kuvaa potilaslähtöistä ja harkittua vuorovaikutusta, vaikka vuorovaikutukseen käytettävä aika on lyhyt. Hoitajan verbaalinen ja nonverbaalinen ilmaisu olivat yhdensuuntaisia, jolloin hoitaja viestitti potilaalle kuuntelemista ja läsnäoloa.

> "Jos hoitaja ei ajattele vuorovaikutustaan ja on potilaan kanssa, puolet hoitajasta on menossa jo huoneeseen X tekemään asiaa Y. Kiikkuu kynnyksen yli puolelta toiselle vilkuillen kelloa. Vaikka hoitaja olisi siinä viisi minuuttia, potilaalle jää kokemus, ettei hoitaja täällä ollutkaan, kävihän se täällä. Jos kolmeksi minuutiksi istun alas, on säästänyt jo kaksi minuuttia ja juttelee potilaan kanssa. Tiedostaa sen, että säästää aikaa ja ajan laatu nousee, kun istun alas, on läsnä edes kaksi minuuttia."
> (Perushoitaja 74.2)

Hoitajan taitamattomuus heikensi potilaan hyvän olon saavuttamista. Potilaan odotuttaminen avun saamiseksi koettiin kielteisenä, jos hoitaja ei kertonut mitään syytä viivytykselle. Hoitajan toiminta oli tehtävistä ohjautumista potilaan esilletuomien vaivojen jäädessä vähäiselle huomiolle. Hoitajan taitamattomuuteen liittyi tiedon puute ja potilaan negatiivinen vuorovaikutuskokemus hoitajan toiminnasta johtuen. Hoitaja oli potilaalle tavoittamaton, jos potilas ei saanut kontaktia hoitajaan: "hoitajaa ei löytynyt mistään" tai hän ei käynyt potilaan luona. Seuraavassa esimerkissä ilmenevä hoitajan nonverbaalinen ilmaisu, ovelta kurkkiminen, ei ollut yhdensuuntaista verbaalisen ilmaisun kanssa. Esimerkkinä potilaat toivat esiin kommunikointiin ja potilaan liikkumisen avustamiseen liittyvät tilanteet.

> "Tuntuu paremmalta, jos tietää mun asioista jotain ja tulee katsomaan mua kuin se, niinkuin on joskus käynyt aikaisemmin, että kurkkaa ovensuusta onko sulla kaikki hyvin."
> (Potilas 99.2)

> "Oisin odottanut, että se ihminen ois enemmän tukenu mua siinä eikä katsonut sivulta miten mä selviän. Mä en osannut itse pyytää, tartu kiinni ja tue enemmän. Koska tämä on mun ensimmäinen kerta sairaalassa. Olisin odottanut, että hoitaja olis tuonu enemmän apujuttuja esille."
> (Potilas 46.1)

Potilaan kokemuksen ohittaminen fyysisten ongelmien kuvauksen tai emotionaalisen reaktion osalta heikensi potilaan hyvän olon saavuttamista. Fyysisten ongelmien ohittaminen oli kyseessä, kun hoitaja ei tutkinut potilaan tilannetta tarkemmin ongelmien ilmaantuessa. Potilas olisi voinut kertoa enemmän kokemistaan oireista ja niiden lisääntymisestä, jos hoitaja olisi osannut tehdä oikeita kysymyksiä. Potilaan nonverbaalisen reaktion, kuten itkun, ohittaminen oli kyseessä, kun hoitaja vähätteli tai mitätöi potilaan kokeman tunteen. Vuorovaikutus ei tällöin ollut potilaslähtöistä eikä potilaan tunteita huomioon ottavaa.

> "Yöllä nousi korkea kuume ja silloin illalla sanoin hoitajalle, että jalka tuntuu erilaiselle. En osannut kertoa mikä siinä on. Eikä hoitajakaan osannut sille mitään tehdä. Yöllä heräsin ja oli aivan karmea olo, ihan hiessä. Olisiko ollut mitään tehtävissä, en osannut kertoa tarpeeksi miten mä voin. Ehkä jälkeenpäin kun mietin mun olis pitänyt kovaäänisesti vaatia lääkäriä. Huomasi itse sen aikaisemmin."
> (Potilas 47.1)

Potilaan tunteiden huomioon ottaminen korostui sellaisen potilaan kohtaamisessa, joka oli saanut tiedon vakavasta sairaudesta. Tunteiden huomioon ottaminen ilmeni potilaan sanattoman viestin ymmärtämisenä ja taitona esittää oikeita kysymyksiä oikealla hetkellä, kuten potilaalle otollisen ohjausajankohdan tunnistaminen. Kun potilas ilmaisi tarvetta keskusteluun hoitajan kanssa, pyrki hoitaja mahdollisimman pian varaamaan aikaa siihen. Tunteiden huomioon ottamiseen sisältyi *intuitio***,** joka määritellään työkokemuksen tuomana herkkyytenä aistia ja havaita potilaan oloa. Intuitio oli tunnetta siitä, miten kannattaa toimia ja kykyä havaita "rivien välistä" asioita, esimerkiksi huumorilla peitettyä pelkoa. Osa haastatelluista hoitajista piti miespotilaiden taipumuksena olla ilmaisematta suoraan tarpeitaan ja tunteitaan naishoitajalle. Tällöin vihjeiden huomaaminen ja niihin reagoiminen korostui. Tämä havainto ei kumoutunut aineiston keruun edetessä. Hoitaja, jolla intuitio oli kehittynyt, tiesi miten lähestyä potilasta kun tapaa hänet ensimmäisen kerran ja huomasi potilaan voinnin muutoksen varhaisessa vaiheessa. Hoitaja teki havaintoja potilaasta ja toimi niiden ja ammatillisen kokemuksensa pohjalta.

> "Intuitio on kuudes aisti. Potilaan ei tarvitse välttämättä sanoa mitään, kun potilaaseen on jo tutustunut. Se voi olla tietty ilme, katse, ele, josta tajuaa, että nyt on päästävä tähän hetkeksi tämän potilaan luokse juttelemaan. Intuitiota on luonnostaankin olemassa, sen näkee opiskelijoista. Toisilla sitä jo on, toisilla ei niinkään."
> (Sairaanhoitaja 72.2,3)

### 5.1.7 Vuorovaikutuksen ympäristö

Kategoria *vuorovaikutuksen ympäristö* sisältää kolme alakategoriaa: **hoitotyön kulttuurin** osastolla, **fyysisen ympäristön** ja **ihmissuhdeympäristön**. Kategoriasta ilmenee kahdenvälisen potilas-hoitaja vuorovaikutuksen ohjautuminen potilaan ja hoitajan ulkopuolisista tekijöistä käsin. Hoitotyön kulttuuri osastolla määritellään tässä työskentelyä ohjaavana ajattelu- ja toimintakokonaisuutena ja tapana tehdä hoitotyötä osastolla. Hoitotyön kulttuuri ilmenee hoitajien näkemyksenä hoitotyöstä, hoitotyön filosofiassa osastolla ja miten hoitotyötä käytännössä organisoidaan osastolla. Taulukossa 16 on kuvattu hoitotyön kulttuuri - alakategoria.

**Taulukko 16**. Hoitotyön kulttuuri osastolla ja potilas-hoitaja vuorovaikutus

| Hoitotyön kulttuuri vuorovaikutusta tukevana | Hoitotyön kulttuuri vuorovaikutusta heikentävänä |
|---|---|
| tavoitteellisuus ja sujuvuus | lyhytjänteisyys ja työn kasautuminen |
| jäsentyneisyys | paineenalaisuus |
| potilaskeskeisyys | tehtäväorientoituneisuus |

Potilaskeskeisyys hoitotyön kulttuurissa mahdollisti potilaille ja hoitajille itsenäisyyttä vuorovaikutuksessa. Tämä ilmeni omahoitajakäytännössä osastoilla. Potilaat toivat esiin näkemyksensä hoitotyön organisoinnista osastolla, miten sujuvana ja hallittuna he ovat kokeneet hoitajien työskentelyn. Yksittäiset potilaat olivat selvillä siitä, minkä periaatteen mukaan hoitotyötä osastolla tehdään ja onko kyseinen työn organisointi heidän mielestään toiminnallisesti sujuvaa. Potilaat arvioivat miten vuorovaikutus mahdollistui ja millaista vuorovaikutus oli hoitajien kanssa. Potilaat, joilla oli nimetty omahoitaja hoitojakson ajan tai joilla aikaisemman sairaalassaolon ajan oli omahoitaja, pitivät käytäntöä hyvänä potilas-hoitaja vuorovaikutuksen kannalta. Vuorovaikutustilanteessa potilas tunsi, että omalla hoitajalla oli asiantuntemusta ja tavoitteet selvillä hänen hoitoonsa liittyvissä kysymyksissä. Hoitajat viittasivat osaston hoitotyön kulttuurin olevan yhteydessä organisaatiossa vallitsevaan näkemykseen hoitotyöstä ja työnantajan antamiin potilaskeskeisen hoitotyön mahdollisuuksiin.

> "Mulla oli alussa omahoitaja. Hän kertoi näistä asioista. Kertoi hienosti asiat. On tuntunut hyvälle, aina tulee sama. Tälläiseen hoitajaan ottaa yhteyttä, asiat rullaa ja menee eteenpäin."
> (Potilas 88.2)

> "Omahoitajuus on rikastuttava kokemus, olen potilaan luottohenkilö, jolle varmaan tulee kertomaan. Kun se saadaan ensin sisäistettyä hoitajakunnassa mitä se on ja toimivaksi. Ja mahdollistetaan se myös organisaatiossa."
> (Sairaanhoitaja 55.2)

> "Kun on toteuttanut tehtäväkeskeistä muualla, voi kyllä verrata tähän, se on ihan eri asia. Siellä ei edes tiedä mikä on potilaan nimi, missä potilaat vaihtuu usein. Järkyttävästi se ei ole edes tarpeellinen tieto hoidon toteuttamiseksi, koska toteutetaan tehtäviä. Tärkeintä on, että potilas tietää, miten se homma hoituu. Ei tarvitse vaan olla sairaalassa. On eri asia olla hoidossa.
> (Perushoitaja 74.3)

Paineenalaisuutta ilmensivät kiivastahtisuus ja kiireisyys työskentelyssä, jolloin vuorovaikutus potilaan kanssa oli lyhytjänteistä, liittyi tehtävien tekemiseen eikä potilas "muistanut kysyä kun kohtaaminen oli hätäistä". Potilaalle kiire merkitsi hoitajan avun vähenemistä ja hyvän olon huonontumista. Hoitajat kokivat kiireen riittämättömyyden tunteena ja keskittymisen vaikeutena. Seuraava tekemätön työ oli odottamassa. Potilaalla ja hoitajalla oli vähän itsenäisyyttä ja säätelyvaraa vuorovaikutuksessa, koska hoitotyö eteni enemmän organisaation ehdoilla kuin yksittäisen potilaan tarpeiden mukaan. Potilaalla oli useita, työvuoroittain vaihtuvia "vuorohoitajia". Hoitaja ei oppinut tuntemaan potilasta eikä potilas hoitajaa yhden työvuoron aikana.

> "Tässä talossa vaihtuu hoitajat koko ajan. Mun mielestä sellaista hyvää potilas-hoitaja suhdetta ei voi päästä muodostumaan kun niin nopeasti vaihtuu." (Potilas 47.1)

Osa hoitotyön kulttuurissa vuorovaikutusta heikentävistä tekijöistä oli sellaisia, joihin hoitajat voivat omalla osastollaan vaikuttaa, kuten hoitotyön filosofian ja yhteisten toimintaperiaatteiden omaksuminen osaksi käytäntöä ja potilaskeskeisen työskentelyn edistäminen. Vuorovaikutusta heikentävistä tekijöistä jotkut olivat laajemmin organisaation toimintaan kytkeytyneitä ja hoitajien vaikutusmahdollisuuksien ulkopuolella, kuten osaston ylikuormitus ja uusien potilaiden saapumisen ruuhkautuminen, jolloin vuorovaikutukseen uuden potilaan kanssa ei ehditty keskittyä.

Vuorovaikutuksen fyysinen ympäristö tarkoittaa tässä osaston rakenteellisia tekijöitä ja tiloja, kuten potilashuone ja mahdollisuutta käyttää yksityistä tilaa, yhden hengen potilashuonetta, haastattelu- tai tutkimushuonetta. Ihmissuhdeympäristö tarkoittaa potilas-hoitaja vuorovaikutuksen lisäksi potilaiden keskeistä vuorovaikutusta ja vuorovaikutusta omaisten ja perheen kanssa. Molemmat osoittautuivat merkitykselliseksi vuorovaikutuksen kannalta sekä potilaiden että hoitajien aineistossa: suotuisa fyysinen ympäristö ja ihmissuhdeympäristö tuki ja edisti vuorovaikutusta, epäsuotuisa rajoitti tai esti vuorovaikutusta potilaiden ja hoitajien kesken. Fyysisenä ympäristönä vuorovaikutuksen kannalta merkittävin oli potilashuone ja tila, jossa potilaalla oli mahdollisuus keskusteluun hoitajan kanssa. Potilashuoneessa myönteiset ja kannustavat ihmissuhteet rohkaisivat

ja aktivoivat potilasta vuorovaikutukseen toisten potilaiden ja hoitajien kanssa. Toisen potilaan hallitsevuus ja asioihin puuttuminen saattoi rajoittaa potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta.

> "Ehkä isommassa huoneessa joku, joka ei ole niin rohkea kun ollaan kahdestaan, tulee otettua mukaan, hiljaisemmatkin:"
> (Perushoitaja 16.1)

> "Takavuosina oltiin vaan hiljakseen siellä nurkassa, ei uskallettu kysyä mitään ja kommunikaatio oli vähäisempää myöskin potilaiden kesken. Täälläkin on vajaan viikon aikana vaihtunut moni henkilö, mutta me ollaan kuin vanhoja tuttuja keskenämme. Se on positiivista. Pidättyväisempää se oli silloin parikymmentä vuotta sitten. Verhon takana ähistiin ja puhistiin tuskissaan eikä puhuttu mitään."
> (Potilas 31.1,2)

Useamman hengen potilashuoneessa yhteys hoitajiin toimi ja he olivat tavoitettavissa potilaan tarpeiden mukaan. Potilaalla oli usein tilaisuuksia vuorovaikutukseen hoitajan kanssa. Potilas koki tämän myönteisenä, koska hän ei halunnut vaivata hoitajaa ylimääräiseksi kokemallaan avunpyynnöllä. Halu olla "hyvä potilas" tai "vaivaton potilas" ilmeni siten, että potilailla oli kynnys soittaa kelloa ja pyytää apua. Vuorovaikutus potilaiden kanssa useamman hengen potilashuoneessa kehittyi ryhmäkeskusteluksi, jos potilailla oli yhteinen kiinnostuksen kohde terveysongelmaan liittyen, esim. ravintotottumukset. Ohjaustilanteessa hoitaja tunsi edistävänsä potilaiden terveyttä otollisena ajankohtana. Hoitajan kannalta tarkastellen vuorovaikutus oli vaativaa monen potilaan samanaikaisen avun ja huomatuksi tulemisen tarpeen vuoksi.

> "Tulee luonnostaan puhuttua enemmän, koska siinä on jonkun verran kynnystä, että soittaa. Hoitaja käy automaattisesti huoneessa ja tapaa jonkun hoitajista, siinä on joku paikalla kun on iso huone. Jos joku juttu askarruttaa ja haluan tietää, se on helppoa kysyä silloin."
> (Potilas 37.1,2)

Epätarkoituksenmukainen tila rajoitti hoitajan ja potilaan vuorovaikutuksen sisältöä puutteellisen intimiteettisuojan vuoksi. Vuorovaikutus rajautui tällöin vain välttämättömien asioiden käsittelyyn. Potilas teki vähän kysymyksiä eikä puhunut esimerkiksi peloistaan leikkausta tai sairaalahoitoa kohtaan.

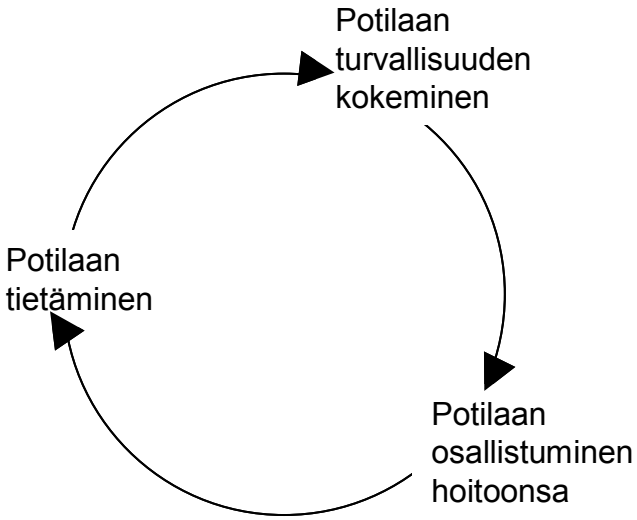
Potilaan omaiset ja perhe olivat osa potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksen ihmissuhdeympäristöä. Parhaimmillaan hoitajan ja omaisen vuorovaikutus tuki potilaan hoidon tavoitteita, mutta vuorovaikutus saattoi olla ongelmallista omaisten hallitsevuuden johdosta.

> "Joskus omaiset voi olla vuorovaikutuksen rajoitteena, jos on iäkkäämpi potilas ja voimakastahtoiset omaiset. Ei kuunnella sitä ihmistä, jota olen hoitamassa."
> (Sairaanhoitaja 55.2)

Potilaat ja hoitajat kuvasivat vuorovaikutuksen ilmapiiriä osastolla. Ilmapiiri tarkoittaa tässä hoitajien asennetta ja suhtautumista potilaisiin ja työtovereihin, joka ilmeni potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa. Potilaiden ja hoitajien kuvaukset olivat samansuuntaisia. Myönteinen ilmapiiri rohkaisi ja vapautti potilaan ilmaisemaan itseään. Merkittäviä vuorovaikutukseen yhteydessä olevia tekijöitä fyysisessä ympäristössä ja ihmissuhdeympäristössä olivat suhteet potilaan ja hoitajan sekä potilaan ja toisten huoneessa olevien potilaiden välillä, tila jossa vuorovaikutus tapahtuu ja vuorovaikutuksen intimiteettisuoja.

## 5.2 Vuorovaikutuskategorioiden vertailu

Analyysin toisessa vaiheessa vertasin tutkimuksen tuloksena muodostuneita vuorovaikutuskategorioita toisiinsa niiden ominaisuuksien ja alaluokkien suhteen (taulukot 10-16). Vertailussa tarkastelin eri kategorioita yhdistäviä ja erottavia ominaisuuksia ja piirteitä. Tarkoituksena oli löytää yhteyksiä kategorioiden välille. Yhdistäviksi piirteiksi löysin vertailun perusteella useissa kategorioissa esiintyvät potilaan turvallisuuden kokemisen, osallistumisen hoitoonsa ja tietämisen. Yhdistäville piirteille oli tunnusomaista samanaikaisuus ja yhteenkietoutuneisuus niiden ilmenemisessä, joten ne ovat toistensa edellytyksiä ja seurauksia, ks. kuvio 3.




**Kuvio 3.** Vuorovaikutuskategorioita yhdistävät piirteet

### 5.2.1 Potilaan turvallisuuden kokeminen kategorioita yhdistävänä piirteenä

Kategorioita kohtaamisen myönteisyys ja turvallisuus, potilaan ja hoitajan läheisyys, välittämisen kokeminen, vahvistuminen ja tunnekokemuksen jakaminen yhdisti turvallisuuden kokeminen. Turvallisuuden kokeminen oli keskeistä potilaan tullessa osastolle, hoidossa olemisen ajan ja kotiutuessa. Potilas koki turvallisuutta, jos hoitaja paneutui potilaan vastaanottotilanteeseen ja hoitaja oli läheinen potilaalle. Turvallisuutta lisäsi tuttu hoitaja aikaisemmalta sairaalassaolokerralta.

> "Kyllä hyvältä tuntui, kun oli tuttavat kasvot ottamassa vastaan. Kuulin vielä, että ykköshuoneeseen, sama paikka. Teki kovasti mieli kahvia, toi kahvin ja paljon sokeria."
> (Potilas 83.2)

Potilas koki turvallisuutta, jos hoitaja konkreettisin toimin, usein pieniä asioita tekemällä, osoitti välittävänsä potilaasta. Hoitajan tavoitettavuus lisäsi turvallisuutta potilaan oman yhteydenoton tai hoitajan oma-aloitteisen käynnin johdosta. Tavoitettavuus toimi myös toisten potilaiden kautta suuressa potilashuoneessa, kun hoitaja kävi jonkun potilaan luona. Tavoitettavuus tarkoitti yhteyden saamista hoitajaan kun siihen oli tarve. Yhteyden saamisen tarve aiheutui konkreettisen avun tarpeesta tai tarpeesta saada vastaus epäselviin kysymyksiin. Ennakoiminen turvallisuuden kokemisessa oli varautumista ja valmistautumista sekä fyysisesti että psyykkisesti, jolloin tilanteet eivät tulleet potilaalle yllätyksenä. Ennakoiminen liittyi hoitotoimiin: esim. miten vuodepotilas voi

auttaa asennon muuttamisessa siten, ettei hänelle aiheudu kipua tai mitä tutkimustoimenpiteen aikana potilaalta edellytetään, mitä tapahtuu ja missä järjestyksessä. Vuorovaikutuksessa potilaan kanssa hoitaja auttoi potilasta ennakoimaan informoimalla ja ohjaamalla potilasta. Taulukossa 17 on yhteenveto vuorovaikutuskategorioiden vertailusta niitä yhdistäviin piirteisiin.

**Taulukko 17.** Yhteenveto vuorovaikutuskategorioiden vertailusta yhdistäviin piirteisiin (x tarkoittaa yhteyden esiintymistä)

| **Kategoria** | **Yhdistävä piirre:** | | |
|---|---|---|---|
| | **turvallisuuden kokeminen** | **osallistuminen hoitoonsa** | **tietäminen** |
| Kohtaamisen myönteisyys ja turvallisuus | x | | |
| Aloitteellisuus ja luottamus yhteistyössä | | x | |
| Potilaan ja hoitajan läheisyys | x | x | x |
| Välittämisen kokeminen | x | | |
| Vahvistuminen | x | x | x |
| Tunnekokemuksen jakaminen | x | | x |
| Vuorovaikutuksen ympäristö | | x | x |

### 5.2.2 Potilaan osallistuminen hoitoonsa kategorioita yhdistävänä piirteenä

Kategorioita aloitteellisuus ja luottamus yhteistyössä, potilaan ja hoitajan läheisyys, vahvistuminen ja vuorovaikutuksen ympäristö yhdisti hoitoon osallistuminen. Potilaan osallistuminen oli puhumista ja tekemistä. Puhumisena osallistuminen oli oman käsityksen ilmaisemista voinnista, kysymistä, ehdottamista ja päättämistä. Tekemisenä osallistuminen oli hoitotoimien tekemistä itsenäisesti tai hoitajan avustamana. Potilas osallistui myös neuvomalla hoitajaa. Jos hoitaja pyrki

saamaan tietoa suoraan potilaalta ja oli aloitteellinen keskustelussa, ilmaisi potilas vointiaan koskevia havaintoja ja teki kysymyksiä. Potilas rohkaistui osallistumaan ja uskalsi kysyä, jos hän koki hoitajan läheisenä ja myönteisenä. Hoitajan etäisyys ja ylhäältäpäin suhtautuminen vähensivät potilaan osallistumista. Potilaan osallistumisen myötä vuorovaikutus potilaan ja hoitajan välillä kehittyi yhteistyökumppanuudeksi. Suotuisa hoitoympäristö ja tieto hoitoon liittyvistä kysymyksistä vahvistivat potilaan osallistumista. Yhdistävät piirteet tulevat esiin seuraavassa potilaan kuvauksessa:

> "Olen sen verran rohkea, että kyselen. Ja kun osaa kysyä he selittää ja sanovatkin pitää kysyä. Kaikista ei ole kysyjiksi, täytyy olla tietoa."
> (Potilas 91.1)

Hoitajien työn paineenalaisuuden näkeminen vähensi potilaan osallistumista herättämällä potilaassa halun olla mahdollisimman vähän vaivaksi ja suhteuttaa omat tarpeet vallitsevaan tilanteeseen. Potilas tulkitsi avun tarpeen kiireellisyyttään muiden potilaiden tarvitsemasta avusta ja osaston kokonaistilanteesta käsin.

### 5.2.3 Potilaan tietäminen kategorioita yhdistävänä piirteenä

Kategorioita potilaan ja hoitajan läheisyys, vahvistuminen, tunnekokemuksen jakaminen ja vuorovaikutuksen ympäristö yhdisti tietäminen. Hoitajan toimintana potilaan tietämisen vahvistumista oli potilaan ajan tasalla pitäminen ja tiedon antaminen oma-aloitteisesti potilaalle. Hoitajan kokeminen etäisenä tai korkeampiarvoisena esti potilaan tietämistä, koska potilas ei halunnut tai uskaltanut vaivata hoitajaa kysymyksillään.

> " Olen voinut kysyä, mutta en kaikilta. On semmoisia henkilöitä, joilta saa hyvin auliisti sen tiedon, minkä he voi antaa. Se tulee tässä kanssakäymisessä, sen tajuaa potilas aika nopeasti. Toinen ihminen on hyvin helläkätinen, hymyilee herkästi, itse olemus sellaista luontaista. Uskaltaa kysyä mitä vaan. Ei kaikki luonteet sovi tällaiseen sairaanhoitoon.....liian komea ja ylpeä." (Potilas 36.1)

Omahoitajuus tuki potilaan tietämistä vuorovaikutussuhteen tasa-arvoisuuden, jatkuvuuden, potilaan tuntemisen ja vuorovaikutuksen dialogimaisuuden kautta. Epäselvyys hoitajien työnjaossa ja jatkuvasti vaihtuvat hoitajat estivät potilaan tietämistä, koska vuorovaikutus rajoittui tehtävien tekemiseen ja vuorovaikutuksen sisältö rajautui kapeammaksi, tehtävän kautta esille tuleviin tärkeisiin asioihin. Hoitaja, jolla tietopohja oli heikko, ei pystynyt lisäämään potilaan tietämistä.

Potilaan osallistuminen ja tietäminen olivat sidoksissa toisiinsa: kun potilas osallistui kysymyksiä tehden ja konkreettisesti hoitotoimia tekemällä, hän tiesi enemmän hoitoonsa liittyvistä asioista. Turvallisuuden kokeminen vuorovaikutuksessa hoitajan kanssa rohkaisi potilasta kysymään ja oppimaan hoidossa ollessaan. Hoitotoimenpiteen aikana hoitaja vahvisti potilaan tietämistä ja turvallisuuden kokemista selostaessaan mitä tekee.

Taulukossa 18 (liite 9) kuvaan yksityiskohtaisesti kategorioiden yhteyttä potilaan turvallisuuden kokemiseen, osallistumiseen hoitoonsa ja tietämiseen. Yhteys on positiivinen tai negatiivinen.

### 5.3 Kehitettyjen käsitteiden ja vuorovaikutuskategorioiden validointi

Aineistolähtöinen teoria -tutkimusprosessin mukaisesti erilaisia aineistoja käytetään käsitteiden kehittämiseksi ja niiden validiteetin arvioimiseksi (Strauss & Corbin 1994). Peijaksen sairaalassa tehtiin potilaiden kokeman sairaalahoidon laadun arvioimiseksi kysely potilaille marraskuussa 1997 (Uudenmaan sairaanhoitopiiri 1998). Tämän aineiston avulla vertailin, tuliko kyselyssä samansuuntaisia vastauksia kuin keräämässäni haastatteluaineistossa, ja millaisin käsittein potilaat arvioivat vuorovaikutusta hoitajien kanssa. Potilaita oli pyydetty vastaamaan avoimesti seuraaviin kysymyksiin:

> Tulisitteko uudestaan tähän sairaalaan, jos tarvitsisitte taas sairaalahoitoa? Miksi tulisitte tai ette tulisi?
>
> Tapahtuiko sairaalahoitonne aikana jotain erityisen myönteistä, mitä ette odottanut?
> Mikäli tapahtui, kertoisitteko mitä?
>
> Tapahtuiko sairaalahoitonne aikana jotain erityisen kielteistä, mitä ette odottanut? Mikäli tapahtui, kertoisitteko mitä?

Todennäköisesti jotkut kyselyyn vastanneista potilaista olivat samoja, joita olin haastatellut syksyllä 1997. Kyselyaineisto sisälsi kirurgisilla osastoilla ja sisätautiosastoilla hoidettavana olleiden potilaiden vastaukset. Kysymysten käyttöä tämän tutkimuksen vertailuaineistona voidaan kritisoida, koska ne eivät selkeästi mitanneet potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta, vaan pyrkivät kartoittamaan avoimesti potilaan sairaalakokemusta. Kuitenkin avointen kysymysten sanatarkasti tulostetuista vastauksista (192 potilaan vastaus) suuri osa käsitteli kokemuksia vuorovaikutuksesta hoitajien kanssa.

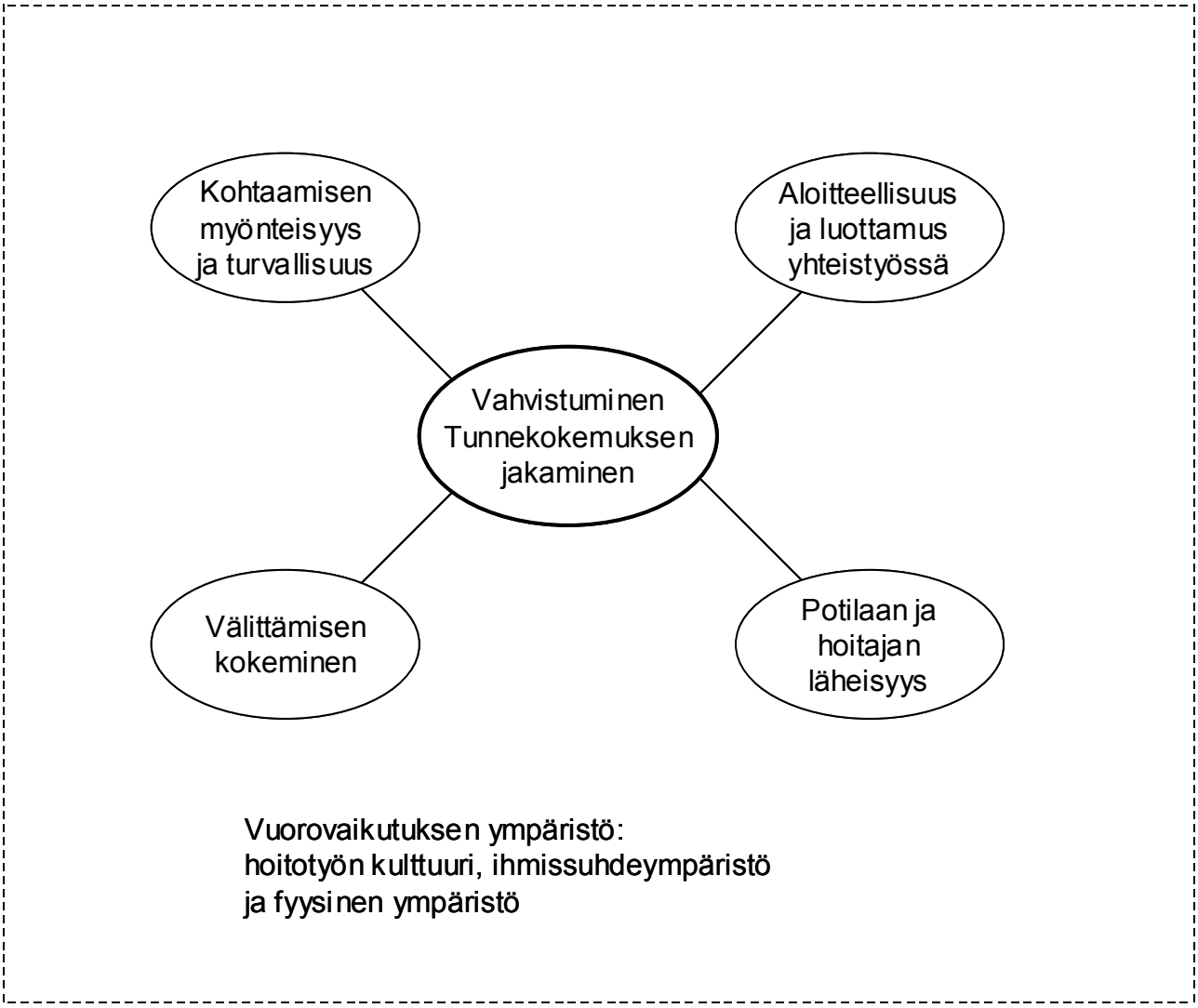
Luokittelin potilas-hoitaja vuorovaikutusta käsittelevät vastaukset sisällön analyysin mukaan (Waltz ym. 1991), jotta voin arvioida tässä tutkimuksessa tuotettujen vuorovaikutuskategorioiden vastaavuutta kyselyssä saatuun tietoon. Potilaat vastasivat kyselylomakkeelle anonyymisti omien kokemuksiensa perusteella. Oletin, että haastattelu kasvokkain tapahtuvana vuorovaikutuksena haastateltavan ja haastattelijan välillä tuotti mahdollisesti erilaisia vastauksia kuin kyselylomakkeella kerätty tieto. Muodostin sisältöluokat alakategorioista, joiden määrittely ilmenee alakategorian ominaisuuksista. Havaintoyksikkönä oli kyselylomakkeessa oleva potilaan vastaus tai maininta, joka viittasi potilas-hoitaja vuorovaikutukseen (liitteenä 10 taulukko 19).

Vuorovaikutuksen lähtökohtana *kohtaamisen myönteisyys ja turvallisuus* ilmeni kyselyyn annetuissa vastauksissa ( ks. liite 11 taulukko 20) potilaan aistimana ystävällisyytenä ja toisaalta kiireen tunteena osastolle tullessa. *Potilaan ja hoitajan läheisyys* nousi esiin hoitajan lähestyttävyyttä käsitelleissä ominaisuuksissa ja myönteisenä ilmapiirinä. *Vuorovaikutuksen ympäristössä* potilaat kiinnittivät eniten huomiota hoitotyön kulttuuriin osastolla. Tässä sisältöluokassa oli eniten mainintoja hoitajien kiireestä. Omahoitajakäytäntöä pidettiin myönteisenä asiana osastolla. *Aloitteellisuus ja luottamus yhteistyössä* kategoriaan liittyviä mainintoja ilmeni eniten yhteistyökumppanuutta kuvaavissa maininnoissa. *Välittämisen kokemista* kuvasivat maininnat turvallisuuden tunteesta hoidossa ollessa ja konkreettinen tekeminen potilaan hyväksi. *Vahvistuminen* ilmeni potilaan sairauteen liittyvän tiedon saamisessa ja oppimisessa. Hoidon yksilöllisyys ja hoitajien asiantuntemus liittyi kategoriaan *tunnekokemuksen jakaminen. Tunnekokemuksen jakamista* heikentävänä ilmeni, ettei hoitaja kuunnellut potilaan mielipidettä.

## 6. POTILAAN JA HOITAJAN VUOROVAIKUTUKSEN KOKONAISRAKENNE: Vuorovaikutus vahvistumisena ja tunnekokemuksen jakamisena

Käsitejärjestelmän kehittämisessä seuraava vaihe oli ydinkategorian (-kategorioiden) löytäminen. Tutkimuksen tuloksina esitellyistä vuorovaikutusta kuvaavista luokista ydinkategorian kriteerit (Glaser 1978, Corbin 1986) täyttyivät kategorioiden vahvistuminen ja tunnekokemuksen jakaminen kohdalla.

Potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta kuvaavista luokista muodostui kokonaisuus, johon sisältyvät kohtaamisen myönteisyys ja turvallisuus, aloitteellisuus ja luottamus yhteistyössä, potilaan ja hoitajan läheisyys, välittämisen kokeminen, vahvistuminen, tunnekokemuksen jakaminen ja vuorovaikutuksen ympäristö (kuvio 4). Vuorovaikutusta kuvaavat luokat ovat lähekkäisiä ja osittain päällekkäisiä. Käytettyihin käsitteisiin sisältyy vaihtelua, joiden rajoissa vuorovaikutus toteutui: läheisyys-etäisyys, yhteistyökumppanuus-hoitajavetoisuus, ympäristön suotuisuus-epäsuotuisuus ja potilaan vahvistumista ja tunnekokemuksen jakamista vahvistava-heikentävä vuorovaikutus. Vuorovaikutuksessa on tavoitteena potilaan hyvä olo ja terveyden edistyminen. Potilaat kokivat hyvää oloa vuorovaikutuksessa hoitajan kanssa joko väliaikaisesti tai pysyvästi. Terveyden edistyminen saavutettiin potilaan oman harjoittelun ja tekemisen, ohjauksen ja tiedon lisääntymisen sekä potilaiden keskeisen vuorovaikutuksen kautta.




**Kuvio 4.** Potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksen käsitejärjestelmä

Vuorovaikutus on potilaan ja hoitajan tekemistä hoitotilanteissa. Olennaisia piirteitä tekemiseen yhdistyneenä ovat aloitteellisuus, turvallisuus, läheisyys ja potilaslähtöisyys. Ympäristössä olevat tekijät ovat yhteydessä vuorovaikutukseen tukien tai heikentäen sitä. Tällaisia hoitoympäristössä olevia tekijöitä ovat hoitotyön kulttuuri, fyysinen ympäristö ja ihmissuhdeympäristö.

Vuorovaikutus edistää potilaan hyvää oloa ja terveyttä, jos vuorovaikutuksen lähtökohdat ovat suotuisat tulotilanteessa ja hoitosuhteen alkaessa. Potilaan hyvää oloa ja terveyttä edistää, jos aloitteellisuus ja luottamus yhteistyössä toteutuvat potilaan tarpeita vastaavasti ulottuvuudella yhteistyökumppanuus-hoitajavetoisuus. Tätä tavoitetta edistää myös, jos läheisyys

vuorovaikutuksessa vastaa potilaan tarpeita potilaan esille tuomina tai hoitajan havaitsemina ja potilas kokee, että hoitaja välittää hänestä. Potilas vahvistuu tietämisen, asiantuntijaan luottamisen, ennakoimisen ja palautteen saamisen avulla. Potilaan hyvää oloa ja terveyttä edistää, jos hoitaja tuntee potilaan toimiakseen potilaslähtöisesti, hallitsee hoidossa tarvittavan tiedon ja toimii harkitusti potilaan tunteet huomioon ottaen.

Vuorovaikutus ei lisää potilaan hyvää oloa eikä tue terveyden edistymistä, jos vuorovaikutuksen lähtökohdat ovat epäsuotuisat tulotilanteessa ja hoitosuhteen alkaessa. Potilaan hyvää oloa ja terveyden edistymistä heikentää, jos vuorovaikutus on etäistä potilaan ja hoitajan välillä eikä se vastaa potilaan esille tuomia tai hoitajan havaitsemia tarpeita. Vuorovaikutusta kuvaa odottamaan jääminen ja hoitosuhteen jatkuvuuden puute, jolloin välittämisen kokemiseen kuuluva potilaan tarpeiden ja tilanteiden ennakointi on vaikeaa. Vuorovaikutus heikentää potilaan vahvistumista kysymis- ja osallistumismahdollisuuksien puuttuessa. Vuorovaikutuksessa tunnekokemuksen jakaminen ei toteudu potilaasta tai hoitajasta johtuvien tekijöiden vuoksi, kuten hoitajan tietopohjan heikkous, kielteisyys, taitamattomuus tai potilaan kielteisyys.

Hoitojakson aikana potilas ja hoitaja ovat useita kertoja vuorovaikutuksessa keskenään eri pituisia aikoja. Yhteistyökumppanuus ja hoitajavetoisuus voivat vaihdella potilaan hoitojakson aikana. Potilaan vointi, hoitajan näkemys potilaasta ja hoitotyön kulttuuri osastolla säätelevät sitä, millaiseksi vuorovaikutus muodostuu. Potilaan tunnekokemuksen jakamisessa on ratkaisevaa potilaan halukkuus keskustella ja hoitajan kyky havaita tämä. Hiljainen, tyytyväiseltä vaikuttava potilas ei välttämättä tuo esiin tarpeitaan oma-aloitteisesti. Potilas odottaa hoitajan aloitteellisuutta asioiden esille ottamisessa, mutta vuorovaikutus etenee siitä eteenpäin potilaan ehdoilla. Vuorovaikutus rakentuu tiedon ja objektiivisten havaintojen lisäksi vaikutelmiin, mitä potilas ja hoitaja välittävät toisilleen. Kontaktin jatkuessa on mahdollista tarkistaa vaikutelmiaan. Hoitajan työkokemus vahvistaa kykyä potilaslähtöiseen ja potilaan tunteet huomioon ottavaan vuorovaikutukseen intuition kehittymisen myötä.

Vuorovaikutus on kuviossa 4 esitetty kahdenvälisenä prosessina (vrt. Strauss & Corbin 1990, 256), mutta todellisuudessa potilaalla on hoidossa ollessaan kontakteja useisiin hoitajiin ja ajoittain potilas on samanaikaisesti vuorovaikutuksessa useiden hoitajien kanssa. Näin ollen hoitosuhde voi alkaa useamman kerran, jos eri hoitajat osallistuvat potilaan hoitamiseen. Potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksesta nousivat esiin kirurgisilla ja sisätautiosastoilla samat osa-alueet sekä vuorovaikutusta vahvistavat ja heikentävät tekijät. Potilaiden voinnin ja tarpeiden vaihdellessa ne

painottuvat eri tavoin osastojen potilailla. Ollessaan vuorovaikutuksessa potilaan kanssa hoitaja kokee ammatillisen osaamisensa tulokset, saa palautetta potilaalta ja omaisilta ja näkee hoitotyön merkityksen potilaan hoidossa. Tämä tuli esiin erityisesti silloin, kun hoitaja työskenteli omahoitajana.

Vuorovaikutukseen vaikuttavat vaihtelevasti vahvistavat ja heikentävät tekijät (kuvio 5). Tätä kuvasi myös hoitajien käyttämä ilmaisu "paikkaaminen", jolloin potilaan negatiivista kokemusta voi korjata potilaan myönteiseksi kokeman vuorovaikutuksen avulla. Esimerkiksi tulotilanne oli negatiivinen, jos potilas koki sen kiireisenä ja hän oli epätietoinen siitä, mitä tapahtuu. Hoitajavetoisuus vuorovaikutuksessa koettiin positiivisena, jos potilas tunsi luottamusta hoitajaan ja halusi hoitajan vievän eteenpäin asioita. Jos potilas ei halunnut keskustella hoitajan kanssa ongelmistaan, kehittyi hoitosuhde enemmän hoitajavetoiseksi kuin yhteistyökumppanuudeksi. Ehtoina potilaan hyvää oloa ja terveyttä edistävälle vuorovaikutukselle ovat potilaan turvallisuuden kokeminen, osallistuminen hoitoonsa ja tietäminen hoitoon liittyvistä kysymyksistä.

**Vuorovaikutusta heikentävät**

tulotilanteen kielteisyys

hoitosuhteen epäsuotuisa alkaminen

odottamaan jääminen

potilaan ja hoitajan etäisyys

potilaan tietämistä ja kysymismahdollisuutta heikentävät tekijät

potilaan osallistumattomuus päätöksentekoon

hoitajan tietopohjan heikkous

potilaan / hoitajan kielteisyys

hoitajan taitamattomuus

hoitotyön kulttuuri potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta heikentävä

epäsuotuisa fyysinen ympäristö

epäsuotuisa ihmissuhdeympäristö

→

Potilaan ja hoitajan vuorovaikutus sisätauti- ja kirurgisilla osastoilla

←

**Vuorovaikutusta vahvistavat**

tulotilanteen myönteisyys

hoitosuhteen suotuisa alkaminen

yhteistyökumppanuus, hoitajavetoisuus

potilaan ja hoitajan läheisyys

potilaan kokema turvallisuus, todesta ottaminen

ennakoiva välittäminen, tekeminen välittämisen osoittamisena

potilaan tietäminen, luottamus asiantuntijaan

ennakoiminen, palautteen saaminen

hoitajan potilaslähtöinen toiminta

hoitajan tiedon hallinta, vuorovaikutus harkittua potilaan kanssa

potilaan tunteiden huomioon ottaminen

hoitotyön kulttuuri potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta tukeva

suotuisa fyysinen ympäristö

suotuisa ihmissuhdeympäristö

**Kuvio 5.** Potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta vahvistavat / heikentävät tekijät

Potilaan ja hoitajan vuorovaikutukseen on yhteydessä monia tekijöitä, joista osa on etäämpänä välittömästä kahdenvälisestä vuorovaikutustilanteesta (vrt. Strauss & Corbin 1990, 256), ja osa tilanteessa välittömästi olevia. Nämä tekijät ovat vuorovaikutuksen ympäristössä, joka osoittautui tässä tutkimuksessa merkitykselliseksi sen kannalta, millaiseksi potilas-hoitaja vuorovaikutus muodostuu ja miten potilaan hyvän olon ja terveyden edistyminen mahdollistuu. Kirurgisilla ja sisätautiosastoilla hoitotyön kulttuuri (kuten tapa tehdä hoitotyötä), fyysinen ympäristö (lähimpänä potilashuone) ja ihmissuhdeympäristö (ilmapiiri, toiset potilaat) ovat yhteydessä potilaan ja hoitajan vuorovaikutukseen. Potilaan hyvää oloa ja terveyden edistymistä vahvistavassa vuorovaikutuksessa hoitajalla on tietoa myös potilaan fyysisestä ympäristöstä ja ihmissuhdeympäristöstä, jonne hän siirtyy sairaalahoidon jälkeen.

Terveydenhuolto-organisaatiossa johto määrittelee mitä pidetään hyvänä hoitona, suuntaa hoitotyön kulttuurin muodostumista osastolla ja luo edellytyksiä hoitotyölle ja vuorovaikutukselle. Nämä tekijät ovat kauempana yksittäisen potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksesta, mutta sitä säätteleviä tekijöitä. Yhteiskunnassa potilaan ja hoitajan yhteistyöhön sisältyy käsitys potilaan asemasta terveydenhuollossa. Potilaan rooli ja osallistuminen hoitoon on muuttunut hoidon vastaanottajasta yhteistyön osapuoleksi ja enemmän asiakkuutta sisältäväksi. Tämä tuli esiin aikaisemmin potilaana olleiden haastatteluissa ja niiden hoitajien kohdalla, joilla oli pitkä, jopa kymmenien vuosien, työkokemus.

# 7. POHDINTA

## 7.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksessa lähdin ajatuksesta, että hoitotodellisuutta voidaan tutkia havainnoimalla ja haastattelemalla siellä olevia. Todellisuuden käsitin tällöin sellaiseksi, mistä tutkijana havainnoimalla voin saada tietoa, ts. todellisuus on havaittavaa. Vaikka monet hoitotyön tapahtumat ovatkin havainnoinnin avulla tutkittavissa, jää ulkopuolelle potilaan ja hoitaja vuorovaikutukseen liittyviä yksilöiden sisäisiä tekijöitä. (vrt. Guba & Lincoln 1994.) Haastattelun avulla tavoitin havainnoinnin ulkopuolelle jäänyttä vuorovaikutusta.

Aineistolähtöinen teoria -tutkimusprosessin mukaisesti tutkijan ja tutkimukseen osallistuvien välillä oli yhteistyötä tutkimusprosessin aikana, tulokset syntyivät vähitellen ja niitä arvioitiin prosessin aikana. Kehitin teoriaa vuorovaikutuksessa tutkimukseen osallistuvien kanssa. Näin ollen pyrin olemaan avoimen kiinnostunut tutkimukseen osallistuvien subjektiivisista kokemuksista ja eroon ennakko-olettamuksistani. (vrt. Glaser 1978, Swanson 1991.) Havainnoinnin onnistumista arvioitaessa on otettava huomioon aikaisempi havainnointikokemukseni, joka oli Orlandon vuorovaikutusteoriaan pohjautuvaa ja ennalta laaditun havainnointilomakkeen avulla toteutettu. Havainnointi ilman ennalta laadittua jäsennystä aineistolähtöistä teoriaa kehitettäessä edellytti ennakko-oletuksista irtautumista ja vuorovaikutuksen tarkastelua avoimin silmin (vrt. Liukkonen & Åstedt-Kurki 1994). Havainnoinnin ja haastattelun yhdistäminen auttoi irtautumaan aikaisemmasta havainnointiviitekehyksestäni, mutta aikaisempi tieto ja kokemus on kuitenkin vaikuttamassa (vrt. Mc Kenna 1997). Hoitotyön käytännön tuntemus oli toisaalta välttämätöntä, koska hoitajilla ja tutkijalla oli tällöin yhteinen kieli vuorovaikutuksesta keskusteluun.

Vaativana koin aineiston koodauksen, koska aluksi oli vaikeaa irtautua haastattelun teemoista ja luoda kategorioita aineistosta käsin. Kategorioiden nimeäminen ja teoreettisen tason saavuttaminen oli hidasta. Samanaikaisesti tarkistin, että kehitetyt kategoriat ovat yhteydessä aineistoon. Glaser (1978) toteaa tämän kuuluvan lähestymistapaan ja varoittaa kiirehtimästä tuloksen esittämiseen.

Edellämainitut tekijät ovat tärkeitä tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointikriteereiksi on esitetty arvioitavuus, uskottavuus, sovellettavuus ja vahvistettavuus (Sandelowski 1986, Miles & Huberman 1994, Strauss & Corbin 1994).

*Arvioitavuus*

Reliabiliteetin arvioimiseksi on viitattu tutkimuksen arvioitavuuteen. Tämä tarkoittaa, että tutkimusraportista voidaan seurata miten ja millaisten prosessien kautta tutkimuksessa edettiin (Vehviläinen-Julkunen & Janhonen 1992). Raportin perusteella toinen tutkija voi päätyä tuloksiin, jotka ovat verrattavissa tässä tutkimuksessa saatuihin tuloksiin (Sandelowski 1986, Tynjälä 1991, Miles & Huberman 1994, 278, Pyörälä 1994). Tulosten samana pysymistä tutkimusta toistettaessa ei tässä yhteydessä voida pitää reliabiliteetin osoittimena, koska potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa esiintyy luonnollisesti vaihtelua (vrt. Hutchinson 1993, 190, Adler & Adler 1994).

Havainnointi aineistonkeruumenetelmänä oli herkkä monille reliabiliteettia alentaville tekijöille (Waltz ym. 1991, Adler & Adler 1994, Polit & Hungler 1995). Havainnoinnin kannalta oli merkittävää, että molemmat havainnointiympäristöt, sekä kirurgiset että sisätautiosastot, olivat minulle ennalta tuntemattomia osastoja. Havainnoinnin osalta lähdin näin ollen samalta viivalta. Koska havainnoitaessa ongelmana on havainnoitavan taipumus muuttaa käyttäytymistään, kysyin havainnoiduilta hoitajilta haastattelussa arviota havainnoitsijan vaikutuksesta vuorovaikutukseen. Osa hoitajista kertoi, ettei havainnoitsijalla ollut mitään vaikutusta tilanteessa, osa mainitsi ensin jännittäneensä, mutta jännitystä helpotti kun autoin hoitajaa potilaan hoidossa. Muutama hoitaja sanoi jännittäneensä, mutta ei katsonut sillä olevan merkittävää vaikutusta siihen, miten hän oli vuorovaikutuksessa potilaan kanssa. Ylimääräisen henkilön läsnäolo hoitotilanteissa on kuitenkin jollain tavalla voinut vaikuttaa vuorovaikutukseen.

Hoitajien arvioinnin mukaan potilaat tottuivat havainnoitsijan läsnäoloon. Sekä hoitajan että potilaan tottumisen helpottamiseksi havainnoitsijalla oli hoitajien työvaatteen kaltainen valkoinen suojatakki yllään. Potilaat suhtautuivat tutkimuksen tekijään kuten hoitajaan silloin, kun osallistuin hoitoon. Keräsin aineistoa useiden viikkojen, jopa kuukausien aikana eri osastoilla, joten hoitajat tottuivat siihen, että tutkimusta tehtiin.

Haastattelupaikaksi järjestettiin rauhallinen huone, jos potilas pystyi siirtymään vuoteesta, jolloin hoitoympäristöstä aiheutuvat äänet (henkilökunta, toiset potilaat tai vierailijat), häiritsivät vähiten. Jotkut potilaat haastattelin potilashuoneessa, koska he olivat vuodepotilaita, heidän liikkumistaan oli rajoitettu tai leikkauksesta oli kulunut niin vähän aikaa, että potilas voi vain maata tai seistä.

Miles & Huberman (1994, 268) esittävät, että kerätyn aineiston laatu vahvistuu, jos tutkija on haastattelutilanteessa kahden haastateltavan kanssa. Tähän ei kaikissa haastattelutilanteissa päästy. Kerätyssä aineistossa ei havaittu eroa, joka olisi voitu yhdistää haastattelupaikkaan. Potilaat ovat todennäköisesti jossain määrin tottuneet siihen, että sairaalassa yksityisyyden suojan järjestäminen on rajoitettua. Toisaalta vuodepotilaiden haastattelu tuotti tietoa sellaisten potilaiden kokemuksista, joilla on paljon avun tarvetta ja toistuvasti vuorovaikutusta hoitajien kanssa. Hoitajien osalta yksityisyys toteutui haastattelutilanteissa.

*Uskottavuus*

Uskottavuuskriteeri täyttyy, jos tutkimukseen osallistuneet potilaat ja hoitajat pitävät tuloksia totena ja vuorovaikutuksen rikkaus ilmenee niissä. Palautetta antaneille potilaille ja hoitajille vuorovaikutuskäsitteet ja niiden yhdistyminen käsitejärjestelmäksi olivat tunnistettavia ja hyväksyttävissä olevia.

Uskottavuuteen sisältyy myös aineiston edustavuus, joka tarkoittaa tutkimuksen sisäistä validiteettia. Validiteetin arvioimisen kannalta oli merkittävää, että en valinnut havainnoitavia ja haastateltavia potilaita ja hoitajia tutkimukseen. Valinta suoritettiin valintakriteereiden perusteella siten, että osastonhoitaja tiedotti alustavasti tutkimuksesta osastollaan ja kutsui koolle hoitajia. Hoitajat tekivät osallistumispäätöksensä osastolla pitämäni infromaatiotilaisuuden jälkeen, jossa kerroin tutkimuksesta. Hoitajan halukkuus olla läheisessä yhteistyössä kanssani voitiin tällöin myös selvittää. Hoitajat olivat avainhenkilöitä yhteyden saamisessa potilaisiin, sillä tapasin potilaan vasta suostumuksen saannin jälkeen. Nämä potilaat olivat hoitajien "omia potilaita" tai potilaita, joiden hoitoon he olivat kiinteästi osallistuneet. Ulkopuolisena henkilönä en voinut mennä potilashuoneisiin kysymään mahdollisia tutkimukseen halukkaita potilaita enkä tiennyt, millaisia potilaita huoneessa oli.

Tutkimukseen osallistuneet hoitajat ja potilaat osoittivat haastattelussa kriittisyyttä vastauksissaan ja toivat esiin avoimesti sekä myönteisiä että kielteisiä vuorovaikutuskokemuksia. En saanut vaikutelmaa kaunistelluista tai tutkijaa miellyttämään tarkoitetuista vastauksista. Vaikutelmaksi jäi, että potilaat ja hoitajat toivat esiin sellaisia vuorovaikutukseen liittyviä kokemuksia ja mielipiteitä, jotka olivat heidän mielestään tärkeitä (vrt. Noerager Stern 1994). Potilaiden haastattelu kesti keskimäärin puoli tuntia. Voidaan kysyä, saatiinko potilaan kokemus tuona aikana esiin? Potilaat kertoivat vuorovaikutuskokemuksistaan monipuolisesti eikä haastatteluaika osoittautunut lyhyeksi.

Osastojen nopea rytmi ja tapahtumien virta kuvaa hoitotyön todellisuutta, jossa potilas ja hoitaja ovat vuorovaikutuksessa keskenään.

Tulosten uskottavuutta vahvistaa tutkijaa kohtaan tunnettu luottamus. Havainnoimalla ja haastattelemalla sain kerättyä ensikäden tietoa suoraan potilailta ja hoitajilta, joten vuorovaikutuksen molempien osapuolten kokemukset tulivat esiin (vrt. Kimchi ym. 1991, Oiler Boyd 1993, Miles & Huberman 1994, Strauss & Corbin 1994). Hoitajilta tutkimukseen osallistuminen vaati rohkeutta olla havainnoitavana ja haastateltavana sekä tulla esiin omana hoitajapersoonana. He olivat hoitotyön asiantuntijoita, tietoisia hoitajuudestaan ja tottuneita kanssakäymiseen terveydenhuollon opettajan kanssa (tutkijan opettajatausta) opetussairaalassa työskennellessään. Lisäksi hoitajat olivat valmiita jakamaan niukkaa työaikaansa, jopa vapaa-aikaansa, tutkijan kanssa. Havainnointi ja haastattelu olivat toisiaan täydentäviä. Havainnoinnin tuloksena sain tietoa miten vuorovaikutus toteutuu todellisissa hoitotilanteissa. Haastattelussa saatu tieto vastasi kysymykseen mitä vuorovaikutuksen on koettu olleen.

*Sovellettavuus*

Tulosten sovellettavuus liittyy ulkoiseen validiteettiin. Sitä vahvistavana voidaan pitää havainnoinnin ja haastattelun suorittamista aamu- ja iltavuoroissa ja myös viikonloppuisin. Tällöin luonnollinen vaihtelu vuorovaikutuksessa ja tilanteiden moninaisuus, esimerkiksi osaston työrytmin vaihtelu, tuli esiin. Tutkimukseen osallistuneet hoitajat valittiin valikoivaa otantaa käyttäen, vaikka teoreettista otantaa on pidetty ensisijaisena (Glaser 1978, vrt. myös Backman & Kyngäs 1998). Tällöin voidaan kysyä, valikoituivatko tutkimukseen mukaan hoitotieteelliseen tutkimukseen myönteisesti suhtautuvat hoitajat kielteisesti suhtautuvien jäädessä ulkopuolelle? Epäilevää tai vastahakoista hoitajaa ei suostuteltu yhteistyöhön tutkijan kanssa. Toisaalta tutkimukseen halukkaita hoitajia olisi ollut enemmän kuin mitä tutkimukseen osallistui. Tulkitsin tilanteen siten, että hoitajat pitivät tutkimusta oman työnsä kehittämisenä. He ilmaisivat arvostavansa vuorovaikutuksen ottamista tutkimusaiheeksi.

Havainnointitilanteet ja potilaat ohjautuivat tutkijalle hoitajien myötä, potilaat olivat hoitajien "omia" potilaita. Tarvittiin kuitenkin tietyt etukäteen asetetut rajat tutkimuksen suunnitteluvaiheessa: kuinka suurta määrää hoitajia ja potilaita tutkimus koskee ja miten kauan tutkija kerää aineistoaan. Ratkaisuissa näkyy, että tutkijalle lienee mahdollista vain harvoin edetä

puhtaasti tutkimuksen ehtojen mukaisesti, useimmiten hän mukautuu myös terveydenhuolto-organisaation ehtoihin. Samanaikaisesti aineistoa kerätessäni analysoin kuitenkin saatua aineistoa ja valmistauduin seuraavaan haastatteluun. Myöhemmin kerätessäni aineistoa kyselyllä ja haastattelemalla potilaita tavoitin sellaisia potilaita ja hoitajia, jotka eivät olleet osallistuneet tutkimuksen ensimmäisen vaiheen aineiston keruuseen. Tämän menettelyn avulla valikoivan otannan haittapuolet lievenivät.

Tutkimukseen osallistuneet potilaat edustivat yleensä osastoilla hoidettavina olevia potilaita ja monilla heistä oli kokemuksia useilta hoitojaksoilta. Useimmilla hoitajilla oli monia työkokemusvuosia ja hoitotyön erikoisalojen koulutusta, joten he tunsivat tutkittavan ilmiön. Tutkimuksessa mukana olleista 50 hoitajasta 40 oli yli viiden vuoden työkokemus. Yli 10 vuoden työkokemus oli 19 hoitajalla. Potilaita ja hoitajia voi näin ollen pitää hoitotyön vuorovaikutuksen asiantuntijoina.

Sovellettavuuskriteerin mukaan arvioidaan kehitetyn käsitejärjestelmän merkitystä tutkimusympäristössä ja sen ulkopuolella. Sen tulee olla yhdensuuntainen aineiston kanssa eli sopia aineistoon. Käytetyt käsitteet ja niiden väliset yhteydet nousevat aineistosta, joita vahvistan esimerkein. Tämä tukee käsitejärjestelmän ymmärrettävyyttä. Tutkimuksessa mukana olleilla kirurgian ja sisätautien osastoilla se tarjoaa jäsennyksen käytännön hoitotyön pohjaksi kuvaamalla vuorovaikutuksen keskeisiä osatekijöitä ja niiden sisältöä. Käsitejärjestelmä on kehitetty kahdesta eri organisaatiosta kuudelta vuodeosastolta kerätyn aineiston avulla, joten se rajoittuu kuvaamaan vuorovaikutusta ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä vastaavanlaisilla osastoilla (vrt. Strauss & Corbin 1990).

*Vahvistettavuus*

Vahvistettavuus tutkimuksen luotettavuuden kriteerinä täyttyy, jos arvioitavuus, uskottavuus ja sovellettavuus täyttyvät (Sandelowski 1986). Vahvistettavuus liittyy tutkimuksen sisäiseen validiteettiin. Sen kannalta oli tärkeää, että tutkimukseen osallistuneet hoitajat lukivat haastattelutekstin läpi ja täydensivät tai korjasivat haastattelussa esille tuomiaan asioita. Haastattelutekstin läpilukeminen tuntui hoitajista oudolta. He kokivat puhuneensa epäselvästi ja hyppelevänsä asiasta toiseen. Kuitenkin yleinen toteamus lopuksi oli, että he olivat mielestään saaneet tärkeät asiat sanottua.

Hoitajien antamalla palautteella tutkimuksen toisessa ja kolmannessa vaiheessa oli suuri merkitys kategorioiden kehittämisessä ja analysointiprosessin edistämisessä (liitteet 6 ja 7). Hoitajilta kyselyn avulla kerätty palaute (liite 7) kehitteillä olevasta käsitejärjestelmästä lokakuussa 1999 täydensi vuorovaikutuksen lähtökohtien kuvausta. Pyysin palautetta tulotilanteen kokemisesta ja hoitosuhteen alkamisesta tarkistaakseni luokkien sisällön kattavuuden tältä osin, koska vuorovaikutuksen alkamista kuvaava luokka oli aluksi melko niukkasisältöinen. Koska ydinkategoriat olivat jo selvillä, halusin vahvistusta tai kritiikkiä nimetyille ydinkategorioille. Kysely tuotti lisää ominaisuuksia luokkiin *vahvistuminen* ja *tunnekokemuksen jakaminen*. Palautteen pyytäminen kaikista kategorioista olisi ollut epärealistista laajuudeltaan. Hoitajat pystyivät vastaamaan kysymyksiin, koska esittelin ja jaoin heille kehitteillä olevan käsitejärjestelmän diagrammana ennen vastaamista. Hoitajien kyselylomakkeelle kirjoittamat esimerkit vahvistivat nimettyjä luokkia. Kehitteillä oleva käsitejärjestelmä oli heille käsitteellisesti ymmärrettävä ja hyväksyttävä. Se kuvasi heidän mielestään potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksen ydinkohtia ja hoitotyön arkipäivää. Pidän kyselyyn osallistuneiden hoitajien määrää hyväksyttävänä, koska tarkoituksena oli käsitteiden hyväksyttäminen, tarkentaminen ja muutosehdotusten saaminen muodostettujen käsitteiden ja vuorovaikutuskategorioiden kehittämiseksi. Hoitajien antama palaute tuki pääosin antamiani alustavia nimityksiä kategorioille, mutta arviointi tuotti myös täydentävää tietoa kategorioiden muodostamiseen ja osoitti, mitä käsitteitä tulee vielä selventää. Yhteydenpito hoitajiin tuki aineiston vahvistettavuutta.

Tulosten vahvistettavuuden kannalta oli tärkeää, että pyrin tietoisesti välttämään potilaiden haastattelussa ammattikieleen kuuluvia ilmaisuja, jotka olisivat olleet potilaille vaikeaselkoisia. Teemahaastattelussa oli kuitenkin mahdollisuus korjata ja tarkentaa kysymystä, mikäli tällaista esiintyi.

Potilailta haastattelussa saatu palaute tutkimuksen kolmannessa vaiheessa vahvisti kehitettyjä vuorovaikutusluokkia. Potilaat tuottivat esimerkin jokaisen kategorian ilmenemisestä vuorovaikutuksessa omien kokemustensa perusteella. Turvallisuuden kokemisen, osallistumisen ja tietämisen merkitys vuorovaikutuksessa vahvistui haastattelujen perusteella. Samojen potilaiden haastattelu uudelleen vuorovaikutusluokkien muodostamisen jälkeen olisi ollut tulosten vahvistettavuuden kannalta paras ratkaisu. Potilaiden tavoittaminen uudelleen yli vuoden kuluttua haastattelusta ei olisi ollut realistista.

Tulosten vahvistettavuutta tukee toistuva kontakti tiedonantajiin (vrt. Sandelowski 1986), joka ajoittui muutamasta kuukaudesta lähes kahden vuoden aikavälille. Tutkijan oma käsitteellinen ajattelu kehittyi tuona aikana. Palautetilannetta varten laaditut kysymykset käsitteistä ja kehitetystä käsitejärjestelmästä kohdentuivat tällöin täsmällisemmin tarkennusta kaipaaviin kohtiin.

Potilaiden kyselyssä (Uudenmaan sairaanhoitopiiri 1998) antamat vastaukset tutkimuskohteena olleessa sairaalassa tukivat useimpia tuotettuja vuorovaikutuskategorioita. Vuorovaikutuksen kuvaamisessa käytettiin samoja käsitteitä kuin haastattelun aikana. Kyselyssä annettujen vastausten ja haastattelussa esille tulleiden asioiden välillä ei ollut ristiriitaa. Potilaat toivat esiin kyselyssä positiivisia ja negatiivisia kokemuksia vuorovaikutuksesta hoitajien kanssa, kuten haastattelussakin.

### 7.2 Tulosten tarkastelu suhteessa aikaisempien tutkimusten tuloksiin

Tutkimuksen tuloksena syntynyt aineistolähtöinen käsitejärjestelmä sisältää käsitteitä, joilla on yhteneväisyyttä aikaisemmissa tutkimuksissa tuotettuihin käsitteisiin. Käsitteiden sisältö on kuitenkin omaleimainen eikä suoraan verrattavissa toisen tutkimuksen tuloksiin. Aikaisemmissa tutkimuksissa on tuotettu tietoa potilas-hoitaja vuorovaikutuksen tasosta, kuten pinnallinen, arkirutiineihin keskittyvä vuorovaikutus ja potilaalle tärkeisiin asioihin keskittyvä, emotionaalista tukea antava vuorovaikutus. Lisäksi oli kuvattu osapuolten aktiivisuutta ja osallistumista vuorovaikutukseen, mutta vuorovaikutuksen sisältöä oli tarkasteltu vähemmän. Hoitotyö vaihtelee eri ympäristöissä ja eri hoitajien tekemänä. Myös potilaiden todellisuus on erilainen. Kuitenkin samat vuorovaikutuksen osatekijät nousivat esiin tässä tutkimuksessa sekä kirurgisilla osastoilla että sisätautiosastoilla kerätystä potilaiden ja hoitajien aineistoista. Säännönmukaisuuksien tai yhteneväisyyksien löytäminen monimutkaisessa hoitotyön vuorovaikutuksessa eri tutkimusten tuloksista on haasteellista.

*Vuorovaikutuksen ympäristö*

Ympäristön merkitys kirurgisilla ja sisätautiosastoilla tuli tässä tutkimuksessa esille potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta säätelevänä tekijänä. Osastojen tilat, kuten potilaiden ja henkilökunnan huoneet, heijastavat aikansa käsitystä hoidosta ja potilaana olosta. Hoitotyön on nähty toteutuvan potilashuoneissa. Konkreettisesti tämä näkyi eräillä tutkimukseen kuuluvilla osastoilla siinä, että potilaan ja hoitajan kahdenkeskiseen keskusteluun ei ollut mitään paikkaa eikä näin ollen potilaan ja tutkijan keskustelulle. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella suuret potilashuoneet tukivat

parhaimmillaan potilaiden keskeistä vuorovaikutusta, mutta tarjosivat heikosti intimiteettisuojaa keskusteluun. Potilaan ja hoitajan vuorovaikutus tapahtui useimmiten muiden potilaiden läsnä ollessa.

Ympäristö nousi esiin myös Häggman-Laitilan & Åstedt-Kurjen (1994) ja Mikkolan (1996) tutkimuksen tuloksissa, joiden mukaan potilaiden ja hoitajien mielestä osastolla vallitseva kiire oli esteenä vuorovaikutukselle. Tässä tutkimuksessa paineenalaisuus hoitotyössä oli vuorovaikutusta heikentävää. Potilaat näkivät kiireen säätelevän vuorovaikutusta usealla eri tavalla: hoitajiin on kontakti vain silloin, kun se on välttämätöntä avun saamiseksi ja kontakti on lyhyt ja nopea, jolloin potilas ei ehdi tai muista ottaa asiaansa esille tai ääritapauksessa hoitotoimi viivästyy tai unohtuu. Kiireinen työtahti rajoitti vuorovaikutusta myös Kuuppelomäen (1996) tulosten mukaan. Myös Turusen (1997) tulosten mukaan kiire ja hoitoyhteisön sisäiset jännitteet heikensivät vuorovaikutuksen laatua.

Hoitotyön kulttuuri osastolla sisälsi samoja elementtejä kuin aikaisempien tutkimusten tuloksina esitetyt potilaskeskeistä vuorovaikutusta edistävät tekijät (Perälä 1989, Perälä & Hentinen 1989, May 1990, Bowman ym. 1991, Mc Cormack 1992). Omahoitajakäytäntö ja jatkuvuus vuorovaikutuksessa tiettyjen potilaiden kanssa tukivat tavoitteellisuutta, sujuvuutta ja potilaskeskeisyyttä. Tutkimuksessa oli mukana myös osastoja, jossa ei vielä potilaiden ja hoitajien mielestä tuettu vuorovaikutusta tähän suuntaan. Hoitotyö ohjautui pitkälti osaston ja potilas-hoitaja suhteen ulkopuolisista tekijöistä käsin, jolloin hoitajalla ja potilaalla oli vähän joustamisen mahdollisuuksia yhteistyösuhteessa potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaan. Vuorovaikutus rajoittui välttämättömään, oli tehtäväkeskeistä ja keskeytyi usein. Hoitotyön kulttuuri ei tukenut vuorovaikutusta. Petersonin (1988) tulos, jonka mukaan työryhmän arvot ja normit ohjaavat vuorovaikutusta potilaan kanssa, sai tukea tässä tutkimuksessa positiivisessa merkityksessä. Omahoitajuus oli useilla osastoilla yhteinen perusnäkemys hoitotyöstä ja vuorovaikutuksesta, johon hoitajat halusivat sitoutua.

*Vuorovaikutuksen kehittyminen*

Tässä tutkimuksessa tuotetulla vuorovaikutuksen kuvauksella on yhtymäkohtia Morrisonin & Burnardin (1989) esittämään asiantuntijavaltaa sisältävän ohjaavan kommunikaation ja potilaan osallistumista ja aktiivisuutta sisältävän mahdollistavan kommunikaation luokkiin. Luokan *aloitteellisuus ja luottamus yhteistyössä* alakategoria yhteistyökumppanuus sisälsi samoja

ominaisuuksia, kuten potilaan tukemista ja rohkaisua osallistumaan, kuin mahdollistavan kommunikaation luokka. Hoitajavetoisuus yhteistyösuhteessa sisälsi asiantuntijavaltaa, mutta oli positiivista luonteeltaan ja siinä ilmeni potilaan luottamus asiantuntija-apuun. Potilaat kokivat hoitajavetoisuuden helpottavana. Myös Häggman-Laitilan & Åstedt-Kurjen (1994) tutkimuksessa potilaat odottivat hoitajan ammattihenkilönä olevan aloitteellinen vuorovaikutuksessa.

*Potilaan ja hoitajan läheisyys* luokkaan liittyy Edwardsin (1998) tulos, jonka mukaan monet hoitajat viestivät potilaalle vuoteen jalkopäässä seisten. Tässä tutkimuksessa havainnoiduissa vuorovaikutustilanteissa hoitajat olivat potilaan lähellä seisten tai istuen keskustellessaan. Potilaiden haastattelussa tuli esiin etäisyyden ja välinpitämättömyyden kokemuksia, jotka ilmenivät potilaan avun tarpeen ohittamisena ja katsekontaktin välttämisenä. Bottorff & Morse (1994) nimesivät tehtäviin suuntautuneen vuorovaikutusmallin, jonka alapuolelle sijoittuvaa vuorovaikutustasoa kuvaavat hyvin esimerkit hoitajan välinpitämättömyydestä ruokailun avustamisessa ja hoitajan etäisenä olemisesta.

Tämän tutkimuksen alakategorialla *hoitajavetoisuus* on yhtymäkohtia Leino-Kilven (1990) tutkimuksen huolehtiminen-kategoriaan. Kategoria neuvojen antaminen ilmeni tässä tutkimuksessa alakategoriassa *tietäminen*. Hoitajan osuus osoittautui tärkeäksi potilaan tietämisen lisäämisessä. Hoitajalta odotettiin aloitteellisuutta ja valmiutta tiedon tarjoamiseen potilaalle, mutta myös herkkyyttä arvioida potilasta tiedon vastaanottajana. Potilaan, jolla oli vähän tietoa hoitoonsa liittyvistä asioista oli vaikea kysyä, koska kysyminenkin edellytti tietoa. Tietäminen oli tärkeää potilaan hoitoon osallistumisen kannalta. Yhteinen ymmärrys tehtävästä ja asianajajuus sisältävät samoja ominaisuuksia kuin tämän tutkimuksen alakategoria *yhteistyökumppanuus*. Tuloksia vertailtaessa on kuitenkin otettava huomioon, että Leino-Kilpi tutki hyvän hoitamisen arviointiperusteita, joihin vuorovaikutus kuului.

Tuloksilla on yhteyttä myös Fosbinderin (1994) nimeämiin vuorovaikutuksen osatekijöiden sisältöön. Tutustumista vastaa tässä tutkimuksessa *kohtaamisen myönteisyys ja turvallisuus* ja tulkitsemista *vahvistumisen* alakategoriassa *tietäminen*. Luottamusta hoitosuhteessa ja ylimääräisen huolenpidon osoittamista vastaa *välittämisen kokeminen*.

*Välittämisen kokeminen, vahvistuminen ja tunnekokemuksen jakaminen* sisälsivät samoja piirteitä kuin yhteistoiminnallinen, potilaskeskeinen ja potilaskeskeinen huolenpitomalli (vrt. Bottorff & Morse 1994). Tässä tutkimuksessa aineistossa ilmeni vuorovaikutusta, joka oli lähinnä

yhteistoiminnallista mallia (*yhteistyökumppanuus*), potilaskeskeistä mallia (*hoitajan potilaslähtöinen toiminta*) ja potilaskeskeistä huolenpitomallia (*tekeminen välittämisen osoittamisena*) ilmentävää.

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella hoitotyön kulttuurin tehtäväorientoituneisuus ohjaa hoitotyötä kliiniseen hoitosuhteeseen (vrt. Morse 1991). Toisaalta hoitajien havaintojen mukaan jotkut potilaat eivät halunneet kliinistä hoitosuhdetta pidemmälle menevää vuorovaikutusta hoitajan kanssa. Kukaan tässä tutkimuksessa haastateltu potilas ei tuonut esiin toiveita kliinisen hoitosuhteen kaltaisesta vuorovaikutuksesta. On mahdollista, että hoitajat eivät välittäneet tutkimukseen osallistumispyyntöä tällaisille potilaille, joiden he olettivat mahdollisesti kieltäytyvän havainnoinnista ja haastattelusta ja välttävän vuorovaikutussuhteesta keskustelua. Turusen (1997) tutkimuksessa sairaanhoitajat pitivät tärkeänä, että vuorovaikutus toteutuu potilaan haluamalla tasolla. Tässä tutkimuksessa hoitajat tunnistivat potilaita, jotka eivät halunneet vuorovaikutuksen kehittyvän läheiseksi hoitajan kanssa. Tuloksella on yhtymäkohtia Mikkolan (1996) tutkimukseen, jossa hoitajan oli vaikeaa ilmaista tukeaan potilaalle, joka ei ota kontaktia hoitajaan.

Liittyvä hoitosuhde toteutui *yhteistyökumppanuudessa*, kun potilaalla oli omahoitaja, jolloin potilaan yksilölliset tarpeet ja potilas perheensä jäsenenä sisältyi hoitosuhteeseen. Tämä ilmeni Ramoksen (1992) tutkimuksessa vuorovaikutuksen kehittyneimpänä tasona. *Vahvistuminen ja tunnekokemuksen jakaminen* sisältävät samoja ominaisuuksia kuin Fagerströmin ym. (1998) tutkimuksen tulos, jonka mukaan potilaat odottivat hoitajilta kontaktin ottamista, rohkaisua ja herkkyyttä potilaan tarpeille. Töyryn ym. (1999) tutkimuksessa potilaat ilmaisivat tyytymättömyyttä tunne-elämän huomioon ottamisen ulottuvuudella. Rohkaiseminen, potilaan tunteiden huomioon ottaminen ja hoitajan intuitio sisältyvät tämän tutkimuksen kategorioihin *vahvistuminen ja tunnekokemuksen jakaminen.* Intuitio mainittiin hoitajan kykynä ymmärtää potilaan kärsimystä (Bégat & Severinsson 2001), mutta ko. tutkimuksessa intuitio-käsitettä ei tarkemmin määritelty.

Janhonen (1999) käyttää artikkelissaan käsitettä "potilaslähtöinen hoito" laajassa merkityksessä ja tarkoittaa moniammatillisen asiantuntijaryhmän ja potilaan välistä yhteistyötä. Tässä tutkimuksessa hoitajan *potilaslähtöinen toiminta* tarkoittaa potilaan tarpeiden mukaista, joustavaa ja potilasta kuuntelevaa vuorovaikutusta. Potilaslähtöinen hoito laajassa merkityksessä toteutui osastoilla moniammatillisena yhteistyönä esim. potilaan kuntoutumisen edistämisessä leikkauksen jälkeen.

Tässä tutkimuksessa potilaan *tietämistä ja kysymismahdollisuutta heikentävät tekijät ja potilaan osallistumattomuus päätöksentekoon* ohjaavat vuorovaikutusta institutionaaliseen suuntaan (vrt. Taylor ym. 1989, Pihlajaharju 1996). Vastakohtana institutionaaliselle vuorovaikutukselle ilmenivät potilaan ja hoitajan yhteistyökumppanuus, läheisyys potilaan säätelemällä tavalla ja potilaslähtöisyys. Aineiston perusteella hoitajat eivät kuitenkaan nähneet vuorovaikutusta potilaan kanssa institutionaalisena ja he pyrkivät vuorovaikutuksessa epämuodolliseen, mutta samalla ammatilliseen kohtaamiseen potilaan ja hänen perheensä kanssa.

Monet tutkimukseen osallistuneista hoitajista olivat ammatillisessa kehityksessään Bennerin (1984) ja Bennerin ym. (1996) esittämällä taitavan ja asiantuntijan tasolla. Heillä oli pitkä työkokemus ja paljon kokemusta siitä, millainen vuorovaikutus edistää potilaan hyvää oloa ja hoidon tavoitteita. Suhde potilaaseen oli sitoutunutta ja he korostivat kohtaamisen tasa-arvoisuutta ihmisinä. Hoitajilla oli kyky lähteä potilaan tarpeista. He näkivät myös tällaista vuorovaikutusta estäviä tekijöitä. Hoitajat, jotka eivät olleet ammatillisen kehityksen vaiheessa niin pitkällä kuin taitavat ja asiantuntijat, toimivat enemmän oman suunnitelmansa mukaisesti esimerkiksi potilasta ohjatessaan.

Hoitajat osoittivat asiantuntemusta myös kyvyillä realistiseen itsearviointiin (vrt. Poskiparta 1994). He tunnistivat vuorovaikutuksessaan vahvuuksia ja heikkouksia ja erittelivät niiden syitä. Osaan niistä he katsoivat voivansa itse vaikuttaa, osaan heidän vaikutusmahdollisuutensa koettiin vähäisenä (vrt. myös Åstedt-Kurki 1992). Hoitajat voivat edistää potilaskeskeistä työskentelyä, mutta paineenalaisuuteen vaikuttamismahdollisuudet olivat vähäiset.

Hoitajien haastattelussa esille tuomat asiat vuorovaikutuksesta, mikä koetaan positiivisena tai negatiivisena, olivat hyvin samanlaisia kuin potilaiden, mutta vastausten sisällöllinen laajuus vaihteli. Hoitajat suhteuttivat vuorovaikutuksen potilaita enemmän osaston ulkopuolisiin tekijöihin, joista potilailla ei ollut tietoa ja tarkastelivat vuorovaikutusta suhteessa näkemykseen hoitotyöstä.

Potilaan vuorovaikutuskokemuksia käsittelevässä tutkimuksessaan Drew (1986) tunnisti esineellistävän ja vahvistavan vuorovaikutuksen ja niiden vaikutukset potilaaseen. Esineellistävä vuorovaikutus sisälsi samoja tunnuspiirteitä tässä tutkimuksessa esiin tulleiden potilaiden ja hoitajien ilmaisujen kanssa: jotkut haastateltavat puhuivat *uskaltamisesta*, "uskaltaa pyytää" ja "uskaltaa kysyä", joka viittaa kokemukseen vuorovaikutuksen epätasa-arvoisuudesta, jopa esineellistämisestä. Vahvistavassa vuorovaikutuksessa potilaat kokivat hoitajan läheisenä ja saaneensa emotionaalista tukea, joka vastaa tämän tutkimuksen kategorioita *potilaan ja hoitajan*

*läheisyys ja tunnekokemuksen jakaminen*.

Aineistoon perustuvassa intraoperatiivisessa hoitotyön teoriassa potilaan saama tieto oli itsemääräämisoikeuden ja hoitoon osallistumisen edellytys. Omaan hoitoon osallistuminen auttoi potilasta tilanteen hallintaan. (Hankela 1999.) Tuloksella on yhtymäkohtia tämän tutkimuksen tuloksiin, joiden mukaan osallistuminen ja tietäminen sisältyvät luokkaan *vahvistuminen*. *Tietäminen ja osallistuminen* ilmenivät Töyryn ym. (1999) tutkimuksessa potilaiden tiedon tason, osallistumisen ja hoitoon vaikuttamisen lisääntymisenä.

Hoitokärsimystä ilmeni tässä tutkimuksessa siten, että potilasta odotutettiin avun saamiseksi syytä ilmaisematta, jolloin potilaan kokema kipu voimistui. Hoitokärsimykseen viittaa myös potilaan tunteiden huomiotta jättäminen. (vrt. Eriksson 1996.) Elämästä johtuvaa kärsimystä ilmeni niiden potilaiden kohdalla, jotka vetäytyivät hoitajan kanssa keskustelemisesta ja hoitosuhteesta vaikeasta elämäntilanteesta johtuen (vrt. Younger 1995, Eriksson 1996, Bégat & Severinsson 2001).

## 7.3 Kehitetyn käsitejärjestelmän tarkastelu

### 7.3.1 Vuorovaikutuksen osa-alueet ja niiden väliset suhteet

Glaser (1978) esittää useita tuotoksen arvioinnissa käytettäviä kriteereitä. Kehitetyn käsitejärjestelmän tulee olla *käsitteellisesti tiheä*. Käytettyjen käsitteiden tulee myös olla *ymmärrettäviä* käyttäjille. Käsitejärjestelmä sisältää seitsemän vuorovaikutuksen luokkaa, joihin sisältyy yhteensä 28 alaluokkaa. Vuorovaikutusta kuvaavia luokkia olisi voinut olla enemmän. Ydinkategoriat sisältävät eniten alaluokkia ja niiden ominaisuuksia, ovat tiheimpiä. Tiheyttä arvioitaessa on tärkeää myös ominaisuuksien määrä, joka alaluokkiin sisältyy. Määrää vähentää tiettyjen ominaisuuksien toistuminen useassa kategoriassa, kuten turvallisuus, hoitajan lähestyttävyys ja ennakoiva hoitaja. *Käsitteiden erityislaatuisuus* viittaa siihen, että käsitteet on kehitetty aineistosta vastakohtana lainatuille käsitteille esimerkiksi toiselta tieteenalalta. Käsitteiden aineistoperäisyys on todennettu ominaisuuksilla eli käsitteiden indikaattoreilla ja suorin lainauksin haastatteluista. Omintakeisuutta ei kaikilta osin ole käsitteissä saavutettu, kuten esimerkiksi turvallisuus, yhteistyökumppanuus ja läheisyys.

Aineiston analyysissä on korostettu abstraktisuustason nostamista kerättyyn aineistoon nähden ja teoreettisen tason saavuttamista (Glaser 1978, Corbin 1986, Strauss & Corbin 1990, Wilson &

Hutchinson 1996). Isola (1997) toteaa kehitetyn teorian ymmärrettävyyteen liittyen, että käsitteiden tulisi olla toimijoiden itsensä käyttämiä. Vaatimukset ovat näin ollen osittain ristiriitaisia. Tutkijan tehtävänä on ollut saavuttaa tasapaino näiden vaatimusten välillä. Tätä lähestymistapaa käyttäneet tutkijat ovat eri tavoin ratkaisseet näitä ongelmia.

Muodostetut vuorovaikutuskategoriat eivät tässä tutkimuksessa ole selvärajaisia ja toisensa poissulkevia, mikä on tyypillistä tämänkaltaiselle tutkimusprosessille. Tämä erottaa aineistolähtöinen teoria –lähestymistavan mukaisen etenemisen kvantitatiivisessa tutkimuksessa käytetystä sisällön analyysistä, jossa luokkien päällekkäisyydestä pyritään eroon ja luomaan selvärajaisia luokkia siten, että havaintoyksikkö on luokiteltavissa vain tiettyyn luokkaan.

Vuorovaikutuksen kuvaus (kuvio 4) ei etene aikajärjestyksessä. Esimerkiksi potilaan vahvistumista ja välittämisen kokemista tapahtuu osastolle tulosta lähtien. Tässä tutkimuksessa vuorovaikutuskategoriat sisältävät ominaisuuksia, jotka ovat lähellä toisiaan, kuten *ennakoiva välittäminen* (kategoria välittämisen kokeminen) ja *ennakoiminen* (kategoria vahvistuminen). Ennakoiva välittäminen tarkoittaa avun tarpeen huomaamista ennen kuin potilas ehtii pyytää apua. Ennakoiminen tarkoittaa toimenpiteisiin tai päivittäisiin toimintoihin valmistamista ohjaamalla ja informoimalla potilasta, jolloin hän voi varautua tulevaan. *Tavoitteellisuus potilaan tietämisen* vahvistamisessa (kategoria vahvistuminen) tarkoittaa hoitajan suunnitelmallista potilaan ajan tasalla pitämistä. *Tavoitteellisuus harkitussa vuorovaikutuksessa* (kategoria tunnekokemuksen jakaminen) tarkoittaa käytettävissä olevan ajan täysimääräistä hyödyntämistä potilaan hyväksi tavoitteena havaintojen teko ja potilaan esille tuomiin tarpeisiin vastaaminen. Asiayhteyden huomioon ottaen olen liittänyt ominaisuudet tiettyyn luokkaan.

*Aloitteellisuus ja luottamus yhteistyössä* sisältää alakategorian *odottamaan jääminen*. Se tarkoittaa, ettei ollut tietoa siitä, millaiseksi yhteistyösuhde pidemmällä aikavälillä olisi muodostunut. Tulos kuvaa jatkuvuuden puutetta potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa. Näin ollen alakategoria ei ole johdonmukainen yhteistyökumppanuuden ja hoitajavetoisuuden kanssa. Vuorovaikutuskategorian alakategorioita ei kuvata ulottuvuuksina, mikä on epäloogista verrattuna muihin kategorioihin. Myös kategoriaa *välittämisen kokeminen* ei kuvata ulottuvuutena.

Luokkien *nimien* tulisi olla *uusia ja innovatiivisia* (Glaser 1978, Walker & Avant 1995). Tämän kriteerin täyttymiseen ei kaikilta osin ole päästy. Esimerkiksi *vuorovaikutuksen ympäristö*-luokka on tavanomainen nimitykseltään, mutta sisältää alaluokkia ja ominaisuuksia, jotka kuvaavat

aikaisemmin esitetyistä vuorovaikutusteorioista puuttuvia osatekijöitä. Toisaalta vuorovaikutuksen ympäristö-nimitys kokoaa yhteen erilaisia vuorovaikutusta ohjaavia tekijöitä, jotka ovat välittömästi läsnä potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa tai kauempana siitä. Aikaisempien vuorovaikutusteorioiden kritiikkinä on esitetty (Botha 1989, Meleis 1997) ympäristö-käsitteen puuttumista teorioista. *Aloitteellisuus ja luottamus yhteistyössä ja vahvistuminen* sopivat hyvin luokkien nimeksi, koska terveydenhuollossa potilaan osallistumista ja asiakkuutta tukevaa hoitoa pidetään tärkeänä. *Välittämisen kokeminen* kategorian nimenä ilmaisee potilaan kokemuksena hoitamiseen kuuluvaa potilaasta huolehtimista ja myönteisen kokemuksen tuottamista, hyvän olon edistämistä silloin, kun potilaan omat voimat ovat vähäiset. Innovatiivisuuden vaatimusta on vaikea täyttää, koska nimitysten tulee perustua aineistoon tutkijan ilmaisun luovuuden lisäksi.

### 7.3.2 Vuorovaikutuksen kokonaisrakenteen kuvaus

Kokonaisrakenteessa tulee nousta esiin *ydinprosessi,* joksikin tuleminen ja muutos prosessin aikana (Glaser 1978). Tätä kuvaa potilaan vahvistuminen ja tunnekokemuksen jakaminen, jotka edistävät potilaan hyvää oloa ja terveyttä. Vuorovaikutus hoitotyön arjessa ei läheskään aina ole suunniteltua tekemistä tai olemista, vaan spontaania kohtaamista, tässä ja nyt reagoimista potilaan tarpeisiin useita kertoja päivässä.

Käsitejärjestelmällä tulee olla *selitysvoimaa* tietyllä erityisalueella ja sen tulee näkyä erityislaatuisuutena (Glaser 1978, Wilson & Hutchinson 1996). Tässä tutkimuksessa erityisalue on kirurgisilla ja sisätautiosastoilla tapahtuva potilaan ja hoitajan vuorovaikutus. Hoitotyön erikoisala on laaja ja monenlaista hoitotyötä sisältävä. Käsitejärjestelmä esittää vuorovaikutuksen sisältöineen ja konkretisoi sitä ko. osastojen kaltaisilla osastoilla, joilla suuri osa potilaista on päivystyspotilaita, potilaille tehdään paljon tutkimuksia ja monet heistä tarvitsevat hoitajan apua päivittäisissä toiminnoissaan sairaudesta aiheutuvien rajoitusten tai huonokuntoisuuden takia. Sen avulla voidaan jäsentää erilaisten potilaiden hoitotyötä. Vaikeasti sairaiden tai kommunikointikyvyttömien potilaiden hoidossa potilaan läheiset ja perhe ovat yhteistyön osapuolia potilaan puolesta. *Aloitteellisuus ja luottamus yhteistyössä* toteutuu näin ollen eri tavoin, yhteistyökumppanuudesta hoitajavetoisuuteen tai jää keskeneräiseksi (odottamaan jääminen).

Kategorioita yhdistäviksi piirteiksi nousivat potilaan turvallisuuden kokeminen, osallistuminen hoitoonsa ja tietäminen. Vaikka yhdistävät piirteet olivat yhteenkietoutuneita, nousi turvallisuuden

kokeminen perustaksi muiden toteutumiselle. Ne osoittautuivat keskeisiksi osatekijöiksi vuorovaikutuksessa erilaisten potilaiden kanssa osastolle tulosta lähtien.

Kokonaisrakenteen tulee olla *realistinen* ja sopia tutkimusympäristöön (Strauss & Corbin 1990, 1994). Molemmat näkökulmat, potilaan ja hoitajan, yhdistyvät kokonaisrakenteeseen. Tämän kriteerin täyttyminen edistyi, kun kehitin käsitteitä alustavista kategorioista enemmän vuorovaikutusta kuvaaviksi.

Glaserin (1978) maan lopputulos on hypoteesien *integroitunut kokonaisuus*, joka selittää tutkimuskohteena olleen ilmiön, potilaan hoitajan vuorovaikutuksen, olennaista sisältöä. Käsitejärjestelmä on *ehdotus* eikä sisällä todistettuja yhteyksiä käsitteiden välillä. Tässä tutkimuksessa aineiston sisällä ja tiedonantajilla todennetut käsitteet ja niiden väliset yhteydet ovat vasta teorian kehittämisen ensimmäistä vaihetta. Ennustettavuuden saavuttaminen vaatii vielä monivaiheista testausta ja uusien tutkimusaineistojen keruuta.

### 7.4 Tulosten merkitys potilaan hoidolle

Miles & Huberman (1994, 280) viittaavat tutkimuksen pragmaattiseen validiteettiin, kun tarkastellaan tulosten merkitystä käytännön tasolle, tässä tutkimuksessa hoitotyölle. Tulosten perusteella esitän kehittämisehdotuksia, joista osa voidaan toteuttaa välittömästi kahdenvälisessä potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa. Osa ehdotuksista on kahdenvälisen suhteen ulkopuolella ja yhteydessä hoitotyön kulttuuriin osastolla ja hoitotyön hallintoon.

Palveluja tuottavan organisaation johto edistää laadun kehittämistyössä potilaan hyvää hoitoa. Tutkimuksessa on tuotettu tietoa siitä, mitä vuorovaikutus osana hyvää hoitoa sisältää ja mitkä tekijät heikentävät vuorovaikutusta. Tutkimuksessa oli mukana kuusi osastoa, joilla hoitajat työskentelivät erilaisen työnjakokäytännön mukaan. Käsitejärjestelmän avulla osastoilla voidaan keskustella, vastaako vuorovaikutus potilaan hoidolle asetettuja tavoitteita. Ehdotukset liittyvät vuorovaikutuskategorioihin ja tuotettuun käsitejärjestelmään kokonaisuutena sekä aineistolähtöinen teoria -tutkimusprosessin merkitykseen hoitajille.

*Kehitetyistä vuorovaikutuskategorioista ja käsitejärjestelmästä nousevia ehdotuksia*

*Vahvistuminen* ja *tunnekokemuksen jakaminen* mahdollistui parhaiten osastoilla, joilla omahoitajuus tai jatkuvuus hoitosuhteessa toteutui. Potilaat ja hoitajat toivat yhdensuuntaisesti esille vuorovaikutuksen, jonka he toivoivat toteutuvan. He pohtivat myös tämän toteutumisen esteitä. Työn ruuhkautuminen ja kiire oli osastojen arkipäivää, joka heijastui potilas-hoitaja vuorovaikutukseen. Potilaat eivät ilmaisseet vähäisempinä pitämiään tarpeita, vaan odottivat suotuisaa ajankohtaa ja tarjoutuvaa tilaisuutta vuorovaikutukseen apua pyytääkseen tai kertoakseen tuntemuksistaan. Potilailla ei kuitenkaan ole tietoa siitä, mihin asioihin tulisi nopeasti reagoida. Hoitotyön *resurssien suunnittelussa* tulisi luoda *olosuhteet* potilaan ja hoitajan *yhteistyökumppanuuden toteutumiseen.*

*Potilaan asiantuntemuksen huomioon ottaminen* toteutuu potilaan ja hoitajan *yhteistyökumppanuudessa.* Potilaalla voi olla enemmän tietoa sairaudestaan kuin hoitajalla tai kokemusta siitä, miten jokin hoitajan toimenpide onnistuisi parhaiten.

Tutkimustulosten mukaan hoitotilanteissa potilaan turvallisuuden kokemista edisti, jos hoitaja selitti ja ennakoi mitä tapahtuu. Potilaat odottavat *hoitajan aloitteellisuutta ja valmiutta potilaan tietämisen lisäämisessä* ja oma-aloitteista potilaan ajan tasalla pitämistä. Tulokset vahvistavat hoitajan ammatillisen herkkyyden merkitystä arvioitaessa potilaan tiedon vastaanottokykyä ja kykyä käsitellä saatua tietoa. Hoitajilla on herkkyyttä havaita potilaan tarpeita ja voinnin muutoksia, jos hoitajia tuetaan potilaan sairaalassaoloajan kestävään hoitosuhteeseen.

Hoitajan *nonverbaalisen viestinnän tulisi olla yhdensuuntaista verbaalisen kanssa*. Potilaat kiinnittävät huomiota esim. siihen katsooko hoitaja potilasta, hoitajan ilmeisiin, eleisiin ja onko hoitaja keskittyneesti läsnä. Vaikka vuorovaikutukseen käytettävä aika olisi lyhyt, voi potilas kokea asioihinsa keskittymistä ja kuulluksi tulemista, hoitajan todellista läsnäoloa, jos nonverbaalinen viestintä tukee verbaalista.

Tässä tutkimuksessa hoitajat nimesivät potilaita, joiden kanssa vuorovaikutuksessa oli vaikeaa päästä tasolle, joka olisi auttanut potilaita avautumaan ja keskustelemaan hoitajan kanssa. Potilaan vahvistumisen tukeminen, potilaslähtöisyys ja potilaan tunnekokemuksen jakaminen koettiin vaikeaksi. Osastoilla työskentelevät hoitajat voivat nimetä ongelmallisiksi kokemiaan potilaita, jolloin koulutuksen ja työnohjauksen avulla voidaan vahvistaa hoitajia kohtaamaan

*vuorovaikutuksen kannalta ongelmallisiksi koettuja potilaita* ja pääsemään hoitosuhteeseen heidän kanssaan.

Potilaan hoito toteutuu moniammatillisena yhteistyönä. Kehitetty käsitejärjestelmä viestii muille hoitoon osallistuville potilas-hoitaja vuorovaikutuksen ydinalueita. Tietäminen hoitoon liittyvistä asioista oli keskeistä potilaan vahvistumisessa. Eri ammattiryhmien yhteistyön kehittämiseksi hoitajan osuutta potilaan informoinnissa ja ohjaamisessa hoidon eri vaiheissa tulee selkiyttää.

*Aineistolähtöinen teoria -lähestymistavasta nousevia ehdotuksia*

Kehitetty käsitejärjestelmä osoittaa käytännön merkityksen teoreettisen kuvauksen rakentamisessa. Tutkimukseen osallistuminen ja tutkimusraporttiin perehtyminen toimii siltana teorian ja käytännön välillä sekä lähentää teoriaa ja käytäntöä. Se innostaa hoitajia perehtymään oman alan tutkimustietoon ja ohjaa reflektoimaan omia vuorovaikutuskokemuksiaan.

Tutkimustuloksia voidaan käyttää myös terveydenhuoltoalan koulutuksessa. Vuorovaikutuksen sisällön konkretisoituminen edistää vuorovaikutustaitojen opiskelua teoriassa ja käytännön harjoittelussa todellisissa potilaan hoitotilanteissa.

Vuorovaikutuksen jäsentäminen auttaa hoitajia kirjaamaan vuorovaikutuksessa tekemiään havaintoja potilaasta hoitosuunnitelma- ja seurantalomakkeisiin ja kohdistamaan huomionsa muutoksiin potilaan tilassa. Se auttaa näkemään hoitotyön vuorovaikutuksen merkityksen ja sen tulokset potilaan hyvän olon ja terveyden edistämisessä.

### 7.5 Jatkotutkimusaiheet

Jatkotutkimusaiheet liittyvät löydettyjen vuorovaikutuskategorioiden ja niiden välisten yhteyksien tutkimiseen. Käsitejärjestelmässä esilletulleiden yhteyksien todentamiseen tarvitaan useita tutkimuksia ja uusia aineistoja. (Sandelowski 1986, Walker & Avant 1995.) Vuorovaikutuksesta voidaan saada tietoa suoraan havainnoimalla tai epäsuorasti muiden menetelmien, kuten kyselyn ja haastattelun avulla. Useita tiedonkeruumenetelmiä tarvitaan, koska vuorovaikutuskategoriat sisältävät abstraktisuustasoltaan erilaisia ominaisuuksia. Kirurgiset osastot ja sisätautiosastot osoittautuivat tässä tutkimuksessa tutkimusympäristöiksi, joista on saatavilla monipuolista potilas-hoitaja vuorovaikutukseen liittyvää tietoa.

*Kohtaamisen myönteisyys ja turvallisuus* kategoriaan liittyen tarvitaan lisätutkimusta potilaiden vuorovaikutuskokemuksista tulotilanteessa sekä hoitosuhteen alkaessa potilaan turvallisuuden kokemisesta ja osallistumisesta. Tulee selvittää, miten suunnitellusti ja yllättäen sairaalaan tulleen potilaan kokemukset eroavat toisistaan ja millaisia kokemuksia ensimmäistä kertaa sairaalaan tai leikkaukseen tulleella potilaalla on. Potilaat muistivat hyvin sairaalaan tulon tässä tutkimuksessa, joten tiedonkeruu voisi toteutua kotiutusvaiheessa tai potilaan jo päästyä kotiin. Kyselylomakkeelle vastaaminen mahdollistaa myös negatiivisten kokemusten esilletulon.

*Aloitteellisuus ja luottamus yhteistyössä* kaipaa lisämäärittelyä. Käsitteet yhteistyökumppanuus ja hoitajavetoisuus ovat selkiytyneet tässä tutkimuksessa, mutta odottamaan jääminen - käsitettä tulee tarkentaa haastattelemalla potilaita ja hoitajia. Tutkimuskysymyksiä ovat miten ohjata vuorovaikutusta yhteistyökumppanuuden suuntaan ja minkälaisille potilaille on apua hoitajavetoisesta vuorovaikutuksesta? Mitkä tekijät heikentävät tai vahvistavat potilaan yhteistyökumppanuutta ja osallistumista hoitoon: henkilökohtaiset, potilaasta (esimerkiksi potilaan ikä), hoitajasta johtuvat tai hoitoympäristöstä johtuvat tekijät? Lisäksi tarvitaan tietoa siitä, minkälainen yhteys vuorovaikutustilanteessa on hoitajan aloitteellisuudella ja potilaan esittämillä kysymyksillä ja havainnoilla omasta voinnistaan. Aineistoa voidaan kerätä havainnoimalla.

*Potilaan ja hoitajan läheisyys*-kategoriaan liittyen tutkitaan, miten potilaiden ja hoitajien mielestä läheisyys on toteutunut ja minkälaista vuorovaikutusta potilaat toivovat. Tässä tutkimuksessa hoitajat tunnistivat haasteellisia potilasryhmiä, joiden osalta voitaisiin tutkia keinoja auttaa näitä potilaita. Tällaisia potilaita olivat mm. itsemurhaa yrittäneet potilaat ja potilaat, joille hoitotulos oli pettymys tai joiden leikkaus oli epäonnistunut. Hoitajat ovat vuorovaikutuksessa pahoinpideltyjen potilaiden kanssa, joiden ongelmat ovat arkoja ja monitahoisia.

Tiedon kerääminen edellä mainituilta potilailta on vaikeaa sen osalta, haluavatko ja jaksavatko potilaat osallistua tutkimukseen. Eettisten näkökohtien osalta tulee pohtia, miten ja missä vaiheessa potilaita lähestytään tutkimustarkoituksessa. Aiheen tutkiminen on kuitenkin tärkeää, koska potilaat saattavat olla hoidossa jopa useita viikkoja. Hoitajilla on paljon vuorovaikutusta näiden potilaiden kanssa, koska avun tarve päivittäisten toimintojen osalta, kuten puhtauden, liikkumisen ja ravinnon tarve, on usein toistuvaa. Haastattelu tiedonkeruumuotona mahdollistaa potilaiden subjektiivisten kokemusten esille saamisen.

*Välittämisen kokeminen kategoriaan* liittyen tarvitaan lisää tietoa potilaan turvallisuuden kokemisen ja hoitajan ennakoivan työskentelyn yhteydestä. Tietoa tarvitaan siitä, millaista turvallisuuden kokemista on hoitotilanteissa, joissa potilas on vuodepotilaana. Turvallisuuden kokemisen yhteys potilaan tietämiseen osastolla ollessa ja kotihoitoon siirtyessä kaipaa tutkimusta.

*Vuorovaikutuksen ympäristöön* kuuluvan hoitotyön kulttuurin osalta voidaan tutkia, miten hoitosuhteen jatkuvuus ja omahoitajakäytäntö edistävät potilaan osallistumista hoitoon, turvallisuuden kokemista ja tietämistä. Koska omahoitajana toimineet hoitajat toivat tässä tutkimuksessa esille vuorovaikutuksen myös potilaan perheen kanssa, tulee tietoa kerätä potilaan perheenjäseneltä. Kyselyyn vastaaminen mahdollistaa todellisten kokemusten esille saamisen esim. haastattelua paremmin, koska kiitollisuus saadusta avusta hoitoon osallistuneita kohtaan ei tällöin rajoita saatavia tietoja.

*Tunnekokemuksen jakaminen-kategoriaan* liittyen miespotilaiden nähtiin naisia useammin ilmaisevan avun tarvettaan epäsuorasti. Tämä havainto voidaan todentaa uudella aineistolla. Aineistoa kerätään potilailta ja hoitajilta, joilla on kokemusta eripituisista hoitosuhteista.

**LÄHTEET**

Adler, P. A. & Adler, P. 1994. Observational Techniques. In Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (ed.) Handbook of Qualitative Research, 377-392. Sage Publications. Thousand Oaks. California.

Alasuutari, P. 1999. Laadullinen tutkimus. Kolmas uudistettu painos. Vastapaino. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Annels, M. 1996. Grounded Theory Method: Philosophical Perspectives, Paradigm of Inquiry, and Postmodernism. Qualitative Health Research 6: 379-393.

Anttila, S. 1996. Potilaan asema ja oikeudet potilasasiamiehen näkökulmasta. Suomen Lääkärilehti 51: 1587-1588.

Arnold, E. & Underman Boggs, K. 1999. Interpersonal Relationships. Professional Communication Skills for Nurses.W.B. Saunders Company. Philadelphia.

Atwood, J. R. & Hinds, P. 1986. Heuristic Heresy: Application of Reliability and Validity Criteria to Products of Grounded Theory. Western Journal of Nursing Research 8: 135-154.

Backman, K. & Kyngäs, H. 1998. Grounded - teoria lähestymistavan haasteellisuus aloittelevalle tutkijalle. Hoitotiede 10: 263-270.

Bales, R. F. 1970. Personality and Interpersonal Behavior. Holt, Rinehart and Winston, Inc. New York.

Baszanger, I. 1997. Deciphering Chronic Pain. In Strauss, A. & Corbin, J. (ed.) Grounded theory in practice, 1-34. Sage Publications. Thousand Oaks. California.

Becker, P. H. 1993. Common Pitfalls in Published Grounded Theory Research. Qualitative Health Research 3: 254-260.

Bégat, I. B. E. & Severinsson, E. I. 2001. Nurses´ reflections on episodes occuring during their provision of care - an interview study. International Journal of Nursing Studies 38: 71-77.

Benner, P. 1984. From Novice to Expert. Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. Addison-Wesley Publishing Company. Menlo Park. California.

Benner, P., Tanner, C. A. & Chesla, C. A. 1996. Expertise in Nursing Practice. Caring, Clinical Judgment, and Ethics. Springer Publishing Company, Inc. New York.

Benner, P. & Wrubel, J. 1989. The Primacy of Caring. Stress and Coping in Health and Illness. Addison-Wesley Publishing Company. Menlo Park. California.

Benoliel, J. Q. 1996. Grounded Theory and Nursing Knowledge. Qualitative Health Research 6: 406-428.

Blumer, H. 1969. Symbolic Interactionism. Perspective and Method. University of California Press. Berkeley.

Bottorff, J. L. & Morse, J. M. 1994. Identifying Types of Attending: Patterns of Nurses´ Work. Image 26: 53-60.

Bowman, G. S., Webster R. A. & Thompson D. R. 1991. The development of a classification system for nurses´ work methods. International Journal of Nursing Studies 28: 175-187.

Bradley, J. C. & Edinberg, M. A. 1990. Communication in the Nursing Context. Appleton & Lange. Norwalk. Connecticut.

Caris-Verhallen, W. M. C. M., Kerkstra, A. & Bensing, J. M. 1997. The role of communication in nursing care for elderly people: a review of the literature. Journal of Advanced Nursing 25, 915-933.

Charmaz, K. 1997. Identity Dilemmas of Chronically Ill Men. In Strauss, A. & Corbin, J. (ed.) Grounded theory in practice, 35-62. Sage Publications. Thousand Oaks. California.

Chinn, P. L. & Kramer, M. K. 1999. Theory and nursing: integrated knowledge development. Fifth edition. Mosby, Inc. St. Louis. Missouri.

Corbin, J. 1986. Qualitative data analysis for grounded theory. In Chenitz, W. C. & Swanson, J. M. (ed.) From practice to grounded theory, 91-101. Addison- Wesley Publishing Company. Menlo Park. California.

Crowe, M. 2000. The nurse-patient relationship: a consideration of its discursive context. Journal of Advanced Nursing 31: 962-967.

Daubenmire, M. J., Searles, S. S. & Ashton C. A. 1978. A Methodologic Framework to Study Nurse-Patient Communication. Nursing Research 27: 303-310.

Davidhizar, R. 1994. When your patient is silent. Journal of Advanced Nursing 20: 703-706.

Donovan, J. 1995. The process of analysis during a grounded theory study of men during their partners´ pregnancies. Journal of Advanced Nursing 21: 708-715.

Drew, N. 1986. Exclusion and Confirmation: A Phenomenology of Patients´Experiences with Caregivers. Image 18: 39-43.

Dumas, R. G. & Leonard, R. C. 1963. The Effect of Nursing on the Incidence of postoperative vomiting. Nursing Research 12: 12-15.

Edwards, S. C. 1998. An anthropological interpretation of nurses´ and patients´ perceptions of the use of space and touch. Journal of Advanced Nursing 28: 809-817.

Ellis, R. 1992. Characteristics of significant Theories. In Nicoll, L. H. (ed.) Perspectives on Nursing Theory, 317-324. Second Edition. J. B. Lippincott Company. Philadelphia.

Elms, R. R. 1964. Effects of Varied Nursing Approaches During Hospital Admission. An Exploratory Study. Nursing Research 13: 266-268.

Elms, R. R. & Leonard, R. C. 1966. Effects of Nursing Approaches During Admission. Nursing Research 15: 39-48.

Engeström, R. 1999. Toiminnan moniäänisyys. Tutkimus lääkärinvastaanottojen keskusteluista. Yliopistopaino. Helsinki.

Eriksson, K. 1992. Broar. Introduktion i vårdvetenskaplig metod. Institutionen för vårdvetenskap. Åbo Akademi. Vasa.

Eriksson, K. 1992 a. The Alleviation of Suffering - The Idea of Caring. Scandinavian Journal of Caring Sciences 6: 119-123.

Eriksson, K. 1995. Mot en caritativ vårdetik. I Eriksson, K. (red.) Mot en caritativ vårdetik, 9-39. Åbo Akademi. Institutionen för vårdvetenskap 5/1995. Vasa.

Eriksson, K. 1996. Kärsivä ihminen. Åbo Akademi. Samhälls- och vårdvetenskapliga fakulteten. Institutionen för vårdvetenskap. Kokeilupainos. Vaasa.

Erjanti, H. 1999. From Emotional Turmoil to Tranquility. Acta Universitatis Tamperensis 715. Tampereen yliopisto. Tampere.

Eskola, A. 1998. Pienryhmätutkimuksesta keskustelunanalyysiin. Teoksessa toim. Lahikainen, A. R. & Pirttilä-Backman, A-M. Sosiaalinen vuorovaikutus, 8-22. Kustannusosakeyhtiö Otava. Helsinki.

Fagerhaugh, S. Y. 1986. Analyzing data for basic social processes. In Chenitz, W. C. & Swanson, J. M. (ed.) From practice to grounded theory, 133-145. Addison-Wesley Publishing Company. Menlo Park. California.

Fagerström, L., Eriksson, K. & Bergbom Enberg, I. 1998. The patient´s perceived caring needs as a message of suffering. Journal of Advanced Nursing 28: 978-987.

Faulkner, A. & Maguire, P. 1999. Vuorovaikutustaidot potilastyössä. Syöpäpotilaan ja hänen omaistensa kohtaaminen. (Suomennettu alkuperäisteoksesta Talking to Cancer Patients and Their Relatives 1994. Oxford University Press) Kustannus oy Duodecim. Helsinki.

Fawcett, J. & Downs, F. S 1986. The Relationship of Theory and Research. Appleton-Century-Crofts. Norwalk. Connecticut. Addison-Wesley Publishing Company. Menlo Park. California.

Fielding, N. 1994. Varieties of research interviews. Nurse Researcher : 4-13.

Flaskerud, J. H. 1986. On "Toward a Theory of Nursing Action: Skills and Competency In Nurse-Patient Interaction". Nursing Research 35: 250-252.

Forchuk, C. 1993. Hildegard E. Peplau. Interpersonal Nursing Theory. Sage Publications. Newbury Park. California.

Forrest, D. 1983. Analysis of nurses´ verbal communication with patients. Nursing Papers 15: 48-56.

Fosbinder, D. 1994. Patient perceptions of nursing care: an emerging theory of interpersonal competence. Journal of Advanced Nursing 20: 1085-1093.

Forsyth, G. L., Delaney, K. D. & Gresham, M. L. 1984. Vying for a Winning Position: Management Style of the Chronically Ill. Research in Nursing and Health, 7: 181-188.

Garvin, B. J. & Kennedy, C. W. 1990. Interpersonal Communication between Nurses and Patients. In Fitzpatrick, J., Taunton R. L. & Benoliel, J. Q. (ed.) Annal Review of Nursing Research, 8: 213-243. Springer Publishing Company. New York.

Gastmans, C. 1998. Interpersonal relations in nursing: a philosophical - ethical analysis of the work of Hildegard Peplau. Journal of Advanced Nursing 28: 1312 - 1319.

Gergen, K. J. & Gergen, M.M. 1986. Social Psychology. Second Edition. Springer-Verlag. New York Inc.

Glaser, B. G. & Strauss, A. L. 1967. The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research. Aldine Publishing Company. Chicago.

Glaser, B. G. 1978. Theoretical Sensitivity. Advances in the Methodology of Grounded Theory. Sociology Press. Mill Valley, California.

Guba, E. G. & Lincoln, Y. S. 1994. Competing Paradigms in Qualitative Research. In Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (ed.) Handbook of Qualitative Research, 105-117. Sage Publications. Thousand Oaks. California.

Haakana, M. & Raevaara, L. 1999. Divertikkeleitä vai pussukoita? - Lääketieteen kieli vuorovaikutuksessa. Kielikello 3 / 1999, 9-14.

Haggerty, L. A. 1987. An analysis of senior nursing students´immediate responses to distressed patients. Journal of Advanced Nursing 12: 451-461.

Hancock, C. 1999. Partnership: The challenge for nursing. Nursing Management: The Nursing Standard Journal for Nurse Leaders 6: 33-37.

Hankela, S. 1999. Intraoperatiivinen hoitotyö. Empiiriseen aineistoon perustuvan teorian kehittäminen. Acta Universitatis Tamperensis 664. Tampereen yliopisto. Tampere.

Harrison, T. M., Pistolessi, T. V. & Stephen, T. D. 1989. Assessing Nurses´ Communication: A Cross-Sectional Study. Western Journal of Nursing Research 11: 75-91.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 1985. Teemahaastattelu. Gaudeamus. Helsinki.

Howell, S. L. 1994. A Theoretical Model for Caring for Women With Chronic Nonmalignant Pain. Qualitative Health Research 4: 94-122.

Hutchinson, S. 1993. Grounded Theory: The Method. In Munhall, P. L. & Oiler Boyd, C. (ed.) Nursing Research: A Qualitative Perspective, 180-212. National League for Nursing Press. New York.

Häggman-Laitila, A. & Åstedt-Kurki P. 1994. What is expected of the nurse-client interaction and how these expectations are realized in Finnish health care. International Journal of Nursing Studies 31: 253-261.

Ikola, O. 1992. Lauseenlisäkkeet. Teoksessa toim. Ikola, O. Nykysuomen käsikirja, 162-163. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Isola, A. 1997. Grounded theory-menetelmä hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka, 174 - 186. WSOY. Juva.

Janhonen, S. 1992. The core of nursing as seen by the nurse teachers in Finland, Norway and Sweden. Acta Universitatis Ouluensis series D 245. Oulu.

Janhonen, S. & Vanhanen, L. 1996. Luotettavuuden arviointi muutokseen suuntautuminen-mittarin kehittämisprosessin aikana. Teoksessa toim. Aavarinne, H., Kortesluoma, R.-L. & Kyngäs, H. Vuosikymmen hoitotieteellistä koulutusta ja tutkimusta Oulun yliopistossa, 107-114. Oulun yliopiston hoitotieteen laitoksen julkaisuja 1. Oulu.

Janhonen, S. 1999. Potilaslähtöinen hoito. Teoksessa toim. Janhonen, S., Lepola, I., Nikkonen, M. & Toljamo, M. Suomalainen hoitotiede uudelle vuosituhannelle. Professori Maija Hentisen juhlakirja, 27-34. Oulun yliopiston hoitotieteen ja terveyshallinnon laitoksen julkaisuja 2. Oulu.

Jarret, N. & Payne, S. 1995. A selective review of the literature on nurse-patient communication: has the patient´s contribution been neglected? Journal of Advanced Nursing 22: 72-78.

Jezewski, M. A. 1995. Evolution of a grounded theory: Conflict resolution through culture brokering. Advances in Nursing Science 17: 14-30.

Johnson, J. L. & Morse, J. M. 1990. Regaining control: The process of adjustment after myocardial infarction. Heart & Lung 19: 126-135.

Jokinen, A. & Juhila, K. 1996. Merkitykset ja vuorovaikutus - Poimintoja asunnottomuuspuheiden kulttuurisesta virrasta. Acta Universitatis Tamperensis ser A vol. 510. Tampereen yliopisto. Tampere.

Kaila-Behm, A. 1997. Miehestä esikoisen isäksi. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 49. Kuopio.

Karp, D. A. 1994. Living With Depression: Illness and Identity Turning Points. Qualitative Health Research 4: 6-30.

Kasch, C. R. 1984. Interpersonal competence and communication in the delivery of nursing care. Advances in Nursing Science /January: 71-88.

Kasch, C. R. 1986. Toward a Theory of Nursing Action: Skills and Competency In Nurse-Patient Interaction. Nursing Research 35: 226-230.

Kasen, A. 1996. Vårdrelationen som berättelse och förbindelse - en begreppsanalytisk upptäck. Hoitotiede 8: 175-183.

Keller, C. 1991. Seeking Normalcy: The Experience of Coronary Artery Bypass Surgery. Research in Nursing and Health 14: 173-178.

Kettunen, T. 1998. Sairaalapotilas viestijänä. Suomen Lääkärilehti 53: 1275-1278.

Kimchi, J., Polivka, B. & Stevenson, J. S. 1991. Triangulation: Operational Definitions. Nursing Research 40: 364-366.

King, I. M. 1981. A Theory for Nursing. A Wiley Medical Publication. New York.

Koistinen, A. 1995. Kolme vuotta potilasasiamiestoimintaa - mitä on saatu aikaan? Suomen Kuntaliitto. Kuntakoulutus Oy. Helsinki.

Kukkola, S. 1997. Kommunikatiivinen potilas-hoidonantajasuhde.Tutkimus halutun ja saadun kommunikaation vastaavuudesta perusterveydenhuollossa. Helsingin yliopisto. Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon laitos. Väitöskirjat 2: 1997. Helsinki.

Kuuppelomäki, M. 1996. Parantumatonta syöpää sairastavien potilaiden kärsimyskokemukset ja selviytymistä tukevat toiminnot. Turun yliopiston julkaisuja sarja C:124. Turku.

Kylmä, J. 2000. Dynamics of hope in adult persons living with HIV/AIDS and their significant others - a substantive theory. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 85. Kuopio.

Kyngäs, H. 1995. Diabeetikkonuoren hoitoon sitoutuminen: teoreettisen mallin rakentaminen ja testaaminen. Acta Universitatis Ouluensis D 352. Oulu.

Kyngäs, H. 1997. Hoitotieteellisen teorian kehittäminen; esimerkkinä teoreettisen mallin rakentaminen. Hoitotiede 9: 107-117.

Laakko, R. & Valtakoski, A. 1992. Nokikkain. Tutkimus potilaan ja hoitajan välisestä vuorovaikutuksesta sairaalassa. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntainliiton julkaisuja 32. Jyväskylä.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992 / 785.

Larrabee, J. H., Bolden, L. V. & Ray Knight, M. 1998. The lived experience of patient prudence in health care. Journal of Advanced Nursing 28: 802-808.

Larsson, G. & Starrin, B. 1990. Patient-Nurse Interactions: Relationships Between Person Characteristics, Empathy, Content of Communication, and Patients´ Emotional Reactions. Scandinavian Journal of Caring Sciences 4: 129-135.

Lehtonen, J. 1994. Puhekasvatus ja sosiaaliset taidot. Teoksessa toim. Isotalus, P. Puheesta ja vuorovaikutuksesta, 43-59. Jyväskylän yliopisto. Viestintätieteiden laitos. Jyväskylä.

Leino-Kilpi, H. 1990. Good Nursing Care. On what basis? Annales Universitatis Turkuensis, D: 49. Turun yliopisto. Turku.

Leino-Kilpi, H. & Mäenpää, I. & Katajisto, J. 1999. Pitkäaikaisen terveysongelman sisäinen hallinta. Potilaslähtöisen hoidon laadun arviointiperustan kehittely. STAKES (Sosiaali- ja terveysalan tutkimus ja kehittämiskeskus) raportteja 229. Gummerus Kirjapaino oy. Saarijärvi.

Leminen, A. & Forss, M. & Lehtovirta, P. 2000. Gynekologisen syövän seuranta: potilaan kokemukset. Suomen Lääkärilehti 55: 3435-3438.

Leppänen,T, & Töyry, E. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Potilaiden käsitys ihmisläheisen hoidon keskeisestä sisällöstä. Hoitotiede 9: 178-185.

Liehr, P. & Smith, M. J. 1999. Middle Range Theory: Spinning Research and Practice to Create Knowledge for the New Millennium.

Liimatainen, L. & Kettunen, T. & Poskiparta, M. 1996. Hoitajan ja potilaan välinen terveysneuvonta sairaalassa. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 33: 81-89.

Liukkonen, A. 1990. Dementoituneen potilaan perushoito laitoksessa. Turun yliopiston julkaisuja sarja C: 81. Turku.

Liukkonen, A. & Åstedt-Kurki, P. 1994. Osallistuva havainnointi hoitotieteellisen tutkimuksen aineiston keruumenetelmänä. Hoitotiede 6: 51-57.

Lynn, M. R. 1986. Determination and Quantification Of Content Validity. Nursing Research 35: 382-385.

Lövgren, G. & Engström, B. & Norberg, A. 1996. Patients´ Narratives Concerning Good and Bad Caring. Scandinavian Journal of Caring Sciences 10: 151-156.

Malin, M. 1997. "He ovat minulle kuin enkeleitä". Hyvä suhde työntekijään ja luottamus avunsaantiin laatua vanhusasiakkaalle kotihoidossa. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 34: 150-164.

Marriner-Tomey, A., Mills, D. I. & Sauter, M. K. 1989. Nursing Process Theory. In Marriner-Tomey, A. (ed.) Nursing Theorists and Their Work, 228-239. Second Edition. The C. V. Mosby Company. St. Louis. Missouri.

Mattila, L-R. 1996. Sairaanhoitajan ja potilaan vuorovaikutus sekä hoitotyön dokumentointi vuodeosastolla: Orlandon teoriaan perustuva sairaanhoitajan toiminnan analyysi. Lisensiaatintutkimus. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

May, C. 1990. Research on nurse-patient relationships: problems of theory, problems of practice. Journal of Advanced Nursing 15: 307-315.

McCormack, B. 1992. A case study identifying nursing staffs` perception of the delivery method of nursing care in practice on a particular ward. Journal of Advanced Nursing 17: 187-197.

McKenna, H. P. 1997. Theory and research: a linkage to benefit practice. International Journal of Nursing Studies 34: 431-437.

Meleis, A. 1997. Theoretical Nursing: Development & Progress. Third Edition. J. B. Lippincott Company. Philadelphia.

Meterko, M. & Rubin, H. R. 1990. Patient Judgments of Hospital Quality. Medical Care 28: 10-14.

Mikkola, L. 1996. Sairaanhoitajan supportiivinen viestintä hoitajan ja potilaan vuorovaikutuksessa. Pro gradu-tutkielma. Jyväskylän yliopisto, viestintätieteiden laitos.

Miles, M. B. & Huberman, A. M. 1994. Qualitative Data Analysis. Sage Publications. Thousand Oaks. California.

Miles, M. B. & Huberman, A. M. 1994 a. Data Management and Analysis Methods. In Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (ed.) Handbook of Qualitative Research, 428-444. Sage Publications. Thousand Oaks. California.

Mishel, M. H. & Sorenson, D. S. 1991. Uncertainty in Gynecological Cancer: A Test of the Mediating Functions of Mastery and Coping. Nursing Research 40: 167-171.

Morrison, P. & Burnard, P. 1989. Students´ and trained nurses´ perceptions of their own interpersonal skills: a report and comparison. Journal of Advanced Nursing 14: 321-329.

Morrison, P. & Burnard, P. 1991. Caring and Communicating. The Interpersonal Relationship in Nursing. Macmillan Education LTD. Houndmills.

Morse, J. M. 1991. Negotiating commitment and involvement in the nurse-patient relationship. Journal of Advanced Nursing 16: 455-468.

Morse, J.M. & Johnson, J. L. 1991. Toward a Theory of Illness: The Illness Constellation Model. In Morse, J. M. & Johnson, J. L. (ed.) The Illness Experience: dimensions of suffering, 315-342. Sage Publications. Newbury Park. California.

Morse, J. M. 1992. Comfort. The Refocusing of Nursing Care. Clinical Nursing Research 1: 91-106.

Morse, J. M., Bottorff, J. L. & Hutchinson, S. 1995. The Paradox of Comfort. Nursing Research 44: 14-19.

Munhall, P. L. 1993. Ethical Considerations in Qualitative Research. In Munhall, P. L. & Oiler Boyd, C. (ed.) Nursing Research: A Qualitative Perspective, 395 - 408. National Leaque for Nursing Press. New York. Macmillan Education LTD. Houndmills.

Munnukka, T. 1993. Tehtävien hoidosta yksilövastuiseen hoitotyöhön. Acta Universitatis Tamperensis ser A vol 375. Tampereen yliopisto. Tampere.

Myllyniemi, R. 1998. Sosiaalisuuden yleiset selitysmallit. Teoksessa Helkama, K., Myllyniemi, R. & Liebkind, K. Johdatus sosiaalipsykologiaan, 63-80. Oy Edita Ab. Helsinki.

Nieminen, H. & Åstedt-Kurki, P. 1993. Laadullisen tutkimuksen tieteenfilosofisista lähtökohdista - pohdintaa hoitotieteellisen tutkimuksen näkökulmasta. Hoitotiede 5: 194-199.

Noerager Stern, P. 1994. Eroding Grounded Theory. In Morse, J. M. (ed.) Critical Issues in Qualitative Research Methods, 212-223. Sage Publications. Thoudand Oaks. California.

Nolan, M. & Grant, G. 1992. Mid-range theory building and the nursing theory-practice gap: a respite care case study. Journal of Advanced Nursing 17: 217-223.

Nores, T. 1993. Olemassaolokokemus. Naisvanhuspotilaan olemassaolokokemusta koskeva käsitteellinen ja empiirinen analyysi. Väitöskirja. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Turku.

Nupponen, R. 1994. Terveyspsykologian perusteet. STAKES (Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus) oppaita 21. Gummerus Kirjapaino oy. Jyväskylä.

Nyhlin, K. T., Lithner, F. & Norberg, A. 1987. Experience of Being Diabetic. "It is Up to Oneself to Manage". Scandinavian Journal of Caring Sciences 1: 59-67.

Nyhlin K. T. 1991. The Fine Balancing Act of Managing Diabetes. Scandinavian Journal of Caring Sciences 5: 187-194.

Oiler Boyd C. 1993. Combining Qualitative and Quantitative Approaches. In Munhall, P. L. & Oiler Boyd, C. (ed.) Nursing Research: A Qualitative Perspective, 454-475. National League for Nursing Press. New York.

Ollikainen, L. 1994. Messages From The Point Of No Return. A Conceptual and Empirical Analysis of Suicide Notes Left by Suicide Victims. Turun yliopiston julkaisuja sarja D 164. Turku.

Olson, J. K. 1995. Relationships Between Nurse-Expressed Empathy Patient-Perceived Empathy and Patient Distress. Image: Journal of Nursing Scholarship 27: 317-322.

Olson, J. & Hanchett, E. 1997. Nurse-Expressed Empathy, Patient Outcomes, and Development of a Middle-Range Theory. Image: Journal of Nursing Scholarship 29: 71-76.

Onnela, E. 1998. Hoidon laatu sairaalaan tulotilanteessa. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisu 7 / 1998. Oulu.

Orem, D. E. 1991. Nursing: Concepts of practice. Mosby-Year Book Inc. St. Louis.

Orlando, I. J. 1961. The Dymamic Nurse -Patient Relationship. National League for Nursing. New York.

Orlando, I. J. 1972. The Discipline and Teaching of Nursing Process. G. P. Putnam´s Sons. New York.

Paavilainen, E. 1998. Lasten kaltoinkohtelu perheessä. Perheen toiminta ja yhteistyö perhettä hoitavan terveydenhoitajan kanssa. Acta Universitatis Tamperensis 604. Tampereen yliopisto. Tampere.

Pahlman, I., Hermanson, T., Hannuniemi, A., Koistinen, A., Koivisto. J., Hannikainen, P. & Ilveskivi, P. 1996. Onko potilaan asemasta ja oikeuksista annettu laki toteutunut? Suomen Lääkärilehti 51: 2143-2148.

Parviainen, U. 1999. Sairaanhoitajaopiskelijan ja potilaan välinen kumppanuussuhde. Pro gradu - tutkielma. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos.

Paterson,J. G. & Zderad, L. T. 1976. Humanistic Nursing. John Wiley & Sons. New York.

Paunonen, M., Laakso, H., Lehti, K., Harisalo, R., Uusitalo, A. & Nieminen, H. 1996. Vuorovaikutuksen toimivuus suuressa sairaalaorganisaatiossa. Suomen Lääkärilehti 51: 1211-1215.

Peplau, H. E. 1952. Interpersonal Relations in Nursing. A Conceptual Frame of Reference for psychodynamic Nursing. G.P. Putnam´s Sons. New York.

Peräkylä, A. 1996. Vuorovaikutus, valta ja instituutiot. Sosiologia 2 / 1996, 89-102.

Peräkylä, A. 1998. Auktoriteetti vuorovaikutuksessa. Potilaiden vastaukset lääkäreiden diagnoosiin. Teoksessa toim. Lahikainen, A-R. & Pirttilä-Backman, A-M. Sosiaalinen vuorovaikutus, 192-206. Kustannusosakeyhtiö Otava. Helsinki.

Peräkylä, A. 1999. Vuorovaikutustutkimuksen kaksi traditiota. Sosiologia 1 / 1999, 41-48.

Perälä, M.-L. 1989. Nurse-Patient Interaction in Primary Nursing. Vård i Norden 15: 10-17.

Perälä, M.-L. & Hentinen, M. 1989. Primary nursing: opinions of nursing staff before and during implementation. International Journal of Nursing Studies 26: 231-242.

Perälä, M.-L. & Räikkönen O. 1994. Parempaan laatuun hoitotyössä. Kartoitus sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa. STAKES (Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus) raportteja 158. Gummerus Kirjapaino oy. Jyväskylä.

Perälä, M.-L. 1995. Potilaan hoidon laadun arviointi: laatumittarin (Qualpacs) validaatio. STAKES (Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus) tutkimuksia 56. Gummerus oy. Jyväskylä.

Perälä, M.-L., Eerola, E-L., Räikkönen, O., Koponen, L. & Kerppilä, S. 1995. Yhdessä uudistuen laadunhallintaan. STAKES (Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus) raportteja 183. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Perälä, M.-L. & Hernesniemi, P. & Räikkönen, O. 1999. Yhteistyö keskussairaalassa kirurgisten potilaiden omaisten arvioimana. Hoitotiede 11: 13-21.

Pihlajaharju, S. 1996. Hoitokeskustelu. Sairaanhoitajan ja potilaan välisen hoitosuhteen analyysi. Lisensiaatintutkimus. Oulun yliopisto, suomen ja saamen kielen ja logopedian laitos.

Polit. D. & Hungler, B. 1995. Nursing Research. Principles and methods. J. B. Lippincott Company. Philadelphia.

Poskiparta, M. 1994. Hoitajien itsearvioinnit vuorovaikutustaitoja kehitettäessä videotallenteita apuna käyttäen. Hoitotiede 6: 211-217.

Poskiparta, M. 1996. Reflektiiviset kysymykset terveysneuvonnassa. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 33: 91-97.

Puro, J-P. 1996. Towards a Phenomenological Theory of Interpersonal Communication. Jyväskylä Studies in Communication 6. Jyväskylä University Printing House and Sisäsuomi Oy. Jyväskylä.

Pyörälä, E. 1994. Kvalitatiivisen terveystutkimuksen metodologisia perusteita. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 31: 4-14.

Radwin, L. E. 1995. Knowing the Patient: A Process Model for Individualized Interventions. Nursing Research 44: 364-369.

Radwin, L. E. 1996. "Knowing the patient": a review of research on an emerging concept. Journal of Advanced Nursing 23: 1142-1146.

Ramos, M. C. 1992. The nurse-patient relationship: theme and variations. Journal of Advanced Nursing 17: 496-506.

Raevaara, L. 1996. Puheenaiheiden esittely ja jatkaminen lääkärin vastaanotolla. Virittäjä 100: 357 - 374.

Rennie, D. L., Phillips, J. R. & Quartaro, G. K. 1988. Grounded theory: A promising approach to conceptualization in psychology? Canadian Psychology 29: 139-151.

Rew, L., Stuppy, D. & Becker, H. 1988. Construct validity in instrument development: A vital link between practice, research and theory. Advances in Nursing Science 10: 10-22.

Rimpilä, P. 1995. Potilaan ja hoitotyöntekijän vuorovaikutus: Keskustelun verbaaliset ja nonverbaaliset kommunikaatiomenetelmät ja sisältö. Pro gradu - tutkielma. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos.

Rose, K. 1994. Unstructured and semi-structured interviewing. Nurse Researcher 1: 23-32.

Routasalo, P. 1997. Touch in the Nursing Care of Elderly Patients. Turun yliopiston julkaisuja sarja D:258. Turku.

Rubin, H. R., Ware, J. E. & Hays, R. D. 1990. The Patient Judgments of Hospital Quality Questionnaire. Exploratory Factor Analysis and Empirical Scale Construction. Medical Care 28: 22-29.

Ruusuvuori, J. 1996. Keskustelunanalyyttinen metodi lääkärin ja potilaan välisen vuorovaikutuksen tutkimuksessa. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 33: 162-166.

Ruusuvuori, J. 2000. Control in Medical Consultation. Acta Electronica Universitatis Tamperensis 16.

Sacks, H. 1989. Notes on methodology. In Atkinson, J. M. & Heritage, J. (ed.) Structures of Social Action. Studies in Conversation Analysis, 21-27. Cambridge University Press. Cambridge.

Sallinen, A. 1994. Viestintätutkimuksessa kuvastuu elämän kirjo. Teoksessa toim. Isotalus P. Puheesta ja vuorovaikutuksesta, 7-11. Jyväskylän yliopisto. Viestintätieteiden laitos. Jyväskylä.

Sandelowski, M. 1986. The problem of rigor in qualitative research. Advances in Nursing Science 8: 27-37.

Sandelowski, M. 1994. Notes on Transcription. Research in Nursing and Health 17: 311- 314.

Sandelowski, M. 1994a.The Use of Quotes in Qualitative Research. Research in Nursing and Health 17: 479-482.

Schmieding, N. J. 1991. Relationship Between Head Nurse Responses to Staff Nurses and Staff Nurse Responses to Patients. Western Journal of Nursing Research 13: 746-760.

Schmieding, N. J. 1993. Ida Jean Orlando. A Nursing Process Theory. Sage Publications. Newbury Park.

Schwandt, T. A. 1994. Constructivist, Interpretivist Approaches to Human Inquiry. In Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (ed.) Handbook of Qualitative Research, 118-137. Sage Publications. Thousand Oaks. California.

Seppänen, E-L. 1997. Vuorovaikutus paperilla. Teoksessa toim. Tainio, L. Keskustelunanalyysin perusteet, 18-31. Vastapaino. Tampere.

Siitonen, J. 1999. Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Acta Universitatis Ouluensis E Scientiae Rerum Socialium 37. Oulu.

Sinkkonen, S., Kinnunen, J., Paunonen, M. & Laitinen, A. 1988. Hoidon laadun määrittely ja mittaaminen tarveteoriain pohjalta. Sairaanhoidon Vuosikirja XXIV . SHKS. Helsinki.

Sinkkonen, S., Sohlberg, T., Kinnunen, J., Laitinen A. & Rissanen, P. 1992. Palvelujen laatu ja käyttäjädemokratia vapaakunnan terveydenhuollossa asiakkaiden arvioimana. Itsehallintoprojektin julkaisuja 3. Sisäasiainministeriö. Painatuskeskus Oy. Helsinki.

Sohlberg, T., Töyry, E. & Rissanen, V. 1994. Hoidon ihmisläheisyys KYS:ssä. Kuinka potilaat sen kokevat? Suomen Lääkärilehti 49: 54-59.

Sormunen, S. 1999. "Ihmisen oikeus on kohdata vaikeuksia". Elämäkertatutkimus sydämen- ja keuhkonsiirtoleikkauksen läpikäyneistä miehistä. STAKES (Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus) aiheita 22. Stakesin monistamo. Helsinki.

Suomen kielen perussanakirja 1990. Kotimaisten kielten tutkimuskeskuksen julkaisuja 55. Osat I-III. Valtion painatuskeskus. Helsinki.

Stern, P. H. 1980. Grounded Theory Methodology: Its Uses ja Processes. Image 12: 20-23.

Strauss, A. & Corbin J. 1990. Basics of Qualitative Research. Grounded Theory Procedures and Techniques. Sage Publications. Newbury Park.

Strauss, A. & Corbin, J. 1994. Grounded Theory Methodology. An Overview. In Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (ed.) Handbook of Qualitative Research, 273-285. Sage Publications. Thousand Oaks. California.

Suomen Sydäntautiliitto & Suomen Kardiologinen Seura & Kunnallislääkärit. 1999. Suositus sepelvaltimotautipotilaiden kuntoutuksesta. Suomen Sydäntautiliiton julkaisuja 1: 1999. Helsinki.

Swanson, K. M. 1991. Empirical Development of a Middle-Range Theory of Caring. Nursing Research 40: 161-166.

Tanner, C. A., Benner, P., Chesla, C. & Gordon, D. R. 1993. The Phenomenology of Knowing the Patient. Image: Journal of Nursing Scholarship 25: 273-280.

Taylor, S. G. 1985. Rights and Responsibilities: Nurse Patient Relationships. Image: The Journal of Nursing Scholarship 17: 9-13.

Taylor, S. G., Pickens, J. M. & Geden, E. A. 1989. Interactional Styles of Nurse Practitioners and Physicians Regarding Patient Decision Making. Nursing Research 38: 50- 55.

Torikka, M-L. 1996. "Olen kiinnostunut näistä sun omista selityksistäsi, just tästä, mitä olet miettinyt." Potilaan ja sairaanhoitajan vuorovaikutus psykiatrisessa päiväsairaalassa. Pro gradu - tutkielma. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos.

Tourigny, S. C. 1994. Integrating Ethics With Symbolic Interactionism: The Case of Oncology. Qualitative Health Research 4: 163-185.

Turner, B. A. 1981. Some practical aspects of qualitative data analysis: one way of organizing the cognitive processes associated with the generation of grounded theory. Quality and Quantity 15: 225-247.

Turunen, H. 1997. Hoidollisen vuorovaikutuksen oppiminen - kokemuksen tutkimusmetodinen tarkastelu. Lisensiaattitutkielma. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos.

Tynjälä, P. 1991. Kvalitatiivisten tutkimusmenetelmien luotettavuudesta. Suomen kasvatustieteellinen aikakauskirja Kasvatus 22: 387-398.

Töyry, E., Vehviläinen-Julkunen, K., Roine, E., Mattila, M. & Rissanen, V. 1999. Ihmisläheisen hoidon kehittäminen - mitä potilaspalaute kertoo? Suomen Lääkärilehti 54: 525-530.

Utriainen, T. 1999. Läsnä, riisuttu, puhdas. Uskontoantropologinen tutkimus naisista kuolevan vierellä. Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran Toimituksia 751. Kirjapaino Raamattutalo Oy. Pieksämäki.

Uudenmaan sairaanhoitopiiri 1998. Potilaskysely Peijaksen sairaalassa: Potilaiden tyytyväisyys vuodeosastoilla 1997. Tutkimusraportti, toim. laatutyöryhmä.

Valkonen, J. 1994. Tarinametafora sydäninfarktista kuntoutumisessa. Tutkimuksia 45/ 1994. Kuntoutussäätiö. Helsinki.

Walker, L. O. & Avant, K. C. 1995. Strategies for theory construction in nursing. Appleton & Lange. East Norwalk. Connecticut.

Waltz, C. F. & Strickland, O. L. & Lenz, E. R. 1991. Measurement in Nursing Research. F. A. Davis Company. Philadelphia.

Watson, J. 1985. Nursing: The Philosophy And Science Of Caring. University Press of Colorado. Colorado.

Watt-Watson, J., Garfinkel, P., Gallop, R., Stevens, B. & Streiner, D. 2000. The Impact of Nurses´ Empathic Response on Patients´ Pain Management in Acute Care. Nursing Research 49: 191-200.

Vehviläinen-Julkunen, K. 1990. Nursing in Child Health Care: Maintaining awareness of the child´s development and care. Kuopion yliopiston julkaisuja, alkuperäistutkimukset 3. Kuopio.

Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka, 26-34. WSOY. Juva.

Vehviläinen-Julkunen, K. & Janhonen, S. 1992. Grounded teoria-menetelmän tutkimusprosessi: esimerkkejä hoitotyön koulutuksen ja käytännön hoitotyön tutkimuksista. Hoitotiede 4: 50-59.

Virtanen, V. 1991. Lääkärin ja potilaan hoitosuhde: Tutkimus perusterveydenhuollon lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksesta. Acta Universitatis Ouluensis D 218. Oulu.

Wilson, H. S. 1985. Research in Nursing. Addison-Wesley Publishing Company. Menlo Park, California.

Wilson, H. S. & Hutchinson, S. A. 1996. Methodologic Mistakes in Grounded Theory. Nursing Researh 45: 122-124.

Younger, J. B. 1995. The alienation of the sufferer. Advances in Nursing Science 17: 53-72.

Åstedt-Kurki, P. 1992. Terveys, hyvä vointi ja hoitotyö kuntalaisten ja sairaanhoitajien kokemana. Acta Universitatis Tamperensis ser A vol 349. Tampereen yliopisto. Tampere.

Åstedt-Kurki, P. & Paavilainen, E. 1999. Potilaan perhe omaisena sairaalassa. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Perhe hoitotyössä - teoria, tutkimus ja käytäntö, 320-330. WSOY. Porvoo.

Åstedt-Kurki, P. & Isola, A. & Tammentie, T. & Kervinen, U. 2001. Importance of humour to client-nurse relationships and clients´ well-being. International Journal of Nursing Practice 7 (2). Accepted for publication.

Åstedt-Kurki, P. & Paavilainen, E. & Tammentie, T. & Paunonen, M. 2001a. Interaction between adult patients´ family members and nursing staff on a hospital ward. Scandinavian Journal of Caring Sciences. Accepted for publication.