

VANHUUDEN
TULKINTAREPERTUAARIT
HOITOTYÖN SUULLISESSA
TIEDONSIIRROSSA

DISKURSSIANALYYTTINEN TUTKIMUS

LEENA NURMI
Tampereen yliopisto
Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden
yksikkö
Sosiaalipsykologian pro gradu -tutkielma
Huhtikuu 2015

Tampereen yliopisto
Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö

NURMI, LEENA: Vanhuuden tulkintarepertuaarit hoitotyön suullisessa tiedonsiirrossa –
diskurssianalyttinen tutkimus

Pro gradu -tutkielma, 68 s. (81 s. lähteineen ja liitteineen)

Sosiaalipsykologia

Ohjaaja: professori Irmeli Järventie

Huhtikuu 2015

Tarkastelen tutkimuksessani hoitotyön suullisessa tiedonsiirrossa eli potilasraporteissa hoitajien vanhuspotilaista käyttämää institutionaalista puhetta sekä siihen liittyviä puhetapoja. Puhuessaan potilaasta – virallisesti tai epävirallisesti – hoitaja on toimija, joka puheellaan uusintaa tai uudistaa samaan sosiaaliseen tilanteeseen osallistuvien käsitystä potilaasta, millä voi olla käytännön seurauksia mm. potilaan kotiutusta suunniteltaessa hoitajakson päättyessä. Hoitajakson aikana tieto ja arvio potilaasta siirtyvät seuraavalle työvuorolle hoitajien suullisten raporttien välityksellä.

Tutkimuskysymykseni on: Miten ”vanhuspotilas” puhutaan terveydenhuollon henkilökunnan raportointipuheessa? Olen kiinnostunut hoitajien tuottamista vanhuuden tulkintarepertuaareista, mutta haluan myös pohtia ja herättää keskustelua niihin liittyvistä subjektipositioista ja identiteeteistä.

Tutkimukseni aineisto koostuu erään sairaalan vuodeosaston 49 potilasraportin tallenteesta. En tutkinut yksittäisiä hoitajia vaan sosiaalisia käytäntöjä. Keskityin yli 75-vuotiaisiin potilaisiin, koska he ovat usein moniongelmaisia hoitotyön kannalta.

Tutkimukseni on laadullinen. Teoreettis-metodologisena kehyksenä on diskurssianalyysi, jossa kielenkäyttö ymmärretään tekemisenä ja sillä on seurauksia tuottava luonne. Puhuja ymmärretään toimijaksi, jolla on mahdollisuus tehdä jostakin diskurssista yhteisesti jaettu ”totuus”. Lähestymistapani on sosiaalipsykologinen, mutta tutkimukseni näkökulma liittyy myös hoitotieteeseen.

Tutkimukseni empiirisessä osuudessa kuvaan aineistosta löytämäni tulkintarepertuaarit, jotka olen nimittänyt ”tarvitsevan vanhuksen” tulkintarepertuaariksi ja ”toimintakykyisen vanhuksen” tulkintarepertuaariksi. Hoitotyön suullisessa tiedonsiirrossa on vallitsevana ”tarvitsevan vanhuksen” tulkintarepertuaari, jossa vanhus nähdään hoitotyön kohteena ja hänet määritellään hoitotyön tarpeen kautta. Pohdin myös ”tarvitsevan vanhuksen” tulkintarepertuaarin merkitystä vanhuksen itsensä ja hänen voimaantumisensa kannalta, koska kaikilla potilailla on oikeus itsemääräämisoikeuteen. Hoitotyön suullisen tiedonsiirron puheikäytännöt ja siten käsitys vanhuudesta voivat muuttua puhetapojen tiedostamisen ja reflektion kautta.

Asiasanat: diskurssianalyysi, hoitotyön suullinen tiedonsiirto, vanhus, tulkintarepertuaari, sosiaalisesti neuvoteltu tieto, yhteinen toimintakulttuuri

Sisällysluettelo

1 Johdanto	1
2 Aiempi tutkimus	3
2.1 Hoitotyön suullinen tiedonsiirto.....	3
2.2 Institutionaalinen puhe.....	7
2.3 Diskurssianalyysi hoitotieteellisessä tutkimuksessa.....	11
2.4 Diskurssianalyysi gerontologisessa tutkimuksessa.....	12
3 Tutkimuskohde ja tutkimuskysymys	15
4 Teoreettis-metodologiset kehykset	16
4.1 Minä ryhmässä ja ryhmä minussa.....	16
4.2 Toinen määrittelee toisen.....	19
4.3 Sosiaalinen konstruktionismi.....	22
4.4 Diskurssianalyysi ja sen keskeiset käsitteet.....	25
4.5 Diskurssianalyttinen tutkimusprosessi.....	32
5 Empiirinen tutkimus	33
5.1 Tutkimuksen eettisyys.....	33
5.2 Tutkimusaineisto.....	35
5.3 Aineiston analysointi.....	37
5.3.1 Tutkijan positioni.....	38
5.3.2 Analyysin kulku.....	39
5.3.3 Konteksti.....	39
5.4 Teema-alueet ja niihin liittyvät selonteot.....	43
5.5 Vanhuuden tulkintarepertuaarit.....	59
5.5.1 ”Tarvitsevan vanhuksen” tulkintarepertuaari.....	60
5.5.2 ”Toimintakykyisen vanhuksen” tulkintarepertuaari.....	60
5.6 Diskurssit ja vanhuksen identiteetti.....	61
5.7 Tutkimuksen yleistettävyys ja luotettavuus?.....	65
6 Yhteenvetoa ja pohdintaa	66
Lähteet	69
Painettu kirjallisuus.....	69
Muut lähteet.....	74
Liitteet	76
Liite 1: Tutkimusesite.....	76
Liite 2: Suostumuslomake.....	78
Liite 3: Litteroinnissa käytetyt erikoismerkit.....	80
Liite 4: Oteluettelo.....	81

1 Johdanto

Tarkastelen tutkimuksessani hoitotyön suullisessa tiedonsiirrossa hoitajien vanhuspotilaista käyttämää puhetta. Tutkimuksen menetelmän eli diskurssianalyysin (ks. luku 4.4) valitsin oikeastaan jo ennen varsinaista tutkimusaihetta, sillä kielenkäytön ymmärtäminen tekemisenä ja kielenkäytön seurauksia tuottava luonne ovat herättäneet kiinnostukseni opintojen kuluessa. Puhuja ymmärretään toimijaksi, jolla on mahdollisuus tehdä jostakin diskurssista yhteisesti jaettu ”totuus” (Jokinen, Juhila & Suoninen 1993b, 28–29), mikä on ajatus, joka mielestäni kuvaa osuvasti potilasraportoinnin roolia hoitotyössä. Diskurssianalyysi pohjautuu sosiaalisen konstruktionismin traditioon (ks. luku 4.3). Tämän lähestymistavan mukaan kielellä rakennetaan sosiaalista todellisuutta ja kieli muodostaa yhteiskunnallisen tietovarannon, jossa merkitykset ja kokemukset säilyvät ja joka vaikuttaa jokapäiväiseen vuorovaikutukseemme. Ihminen luo ja uusintaa itsensä sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. Sen lisäksi ihmiset yhdessä tuottavat inhimillisen maailman kaikkine sosio-kulttuurisine ja psykologisine muodostumineen. (Berger & Luckmann 2009, 48, 52, 63.)

Olen ollut pitkään terveydenhuollossa töissä ja tästä ajasta suurimman osan sairaalan vuodeosastolla, jolla hoidetaan somaattisesti sairaita ihmisiä. Koska opiskeluni on tapahtunut työnteon ohessa, tuntui luontevalta valita tutkimuksen kohteeksi juuri oma ala, jonka toimintatavat ovat minulle perin tuttuja. Pitkän työurani ansiosta minulla on runsaasti omakohtaista kokemusta hoitotyön suullisesta tiedonsiirrosta sekä raportoijana että raportin vastaanottajana. Olen työskennellyt myös sairaalasosiaalityön parissa, jossa vanhuksen tuottaminen tietynlaiseksi potilaaksi hoitotyön suullisessa ja kirjallisessa tiedonsiirrossa vaikuttaa suuresti potilaalle tarjottaviin tukitoimiin ja niiden riittävyden arviointiin akuutissa vaiheessa. Kirjallisen tiedonsiirron tutkiminen olisi ollut yksi vaihtoehto, mutta kokemukseni mukaan suullinen tiedonsiirto on sitä spontaanimpaa eikä välttämättä noudata yhtä vakiintunutta kaavaa. Rajasin tutkimusaineiston vanhuksiin eli yli 75-vuotiaisiin, koska heidän toimintakykynsä on usein alentunut pysyvästi. Sairauden vuoksi melkein jokaisen potilaan toimintakyky saattaa alentua, mutta tervehtymisen alettua myös toimintakyky alkaa palautua entiselle tasolle, jolloin potilas on jälleen omatoiminen.

Urani aikana potilaiden keski-ikä on noussut: ennen potilaiden keski-ikä oli noin 75 vuotta, mutta nykyään ei 90-vuotiaakaan ole enää harvinaisuus. Nykysuomen sanakirjassa (1978) vanhus määri-

tellään (hyvin) vanhaksi ihmiseksi. Lisäksi vanhuuteen kuuluu harmaapäisyys ja raihnaisuus. Rähän (2000) mukaan gerontologisen tietämyksen lisääntyttä on varsinaisen vanhuuden todettu alkavan 75–80 vuoden iässä. Kansainvälisessä gerontologisessa kirjallisuudessa vastaavana ikärajana pidetään 85:tä vuotta. Tilastokeskuksen (2013) mukaan elinajanodote Suomessa on naisilla 83 vuotta ja miehillä 76 vuotta. Tällä hetkellä Suomi on maailman nopeimmin ikääntyvä maa.

Sairaalalla instituutiona on tavoitteensa. Tarkoituksena on tuottaa tarvittavia terveydenhuollon palveluita toimialueelle. Ydinstrategiana on väestön terveyden edistäminen. Hoitotyön kannalta tavoitteet perustasolla voidaan kiteyttää sairauksien ennaltaehkäisyyn ja niiden hoitoon. Yksittäisen hoitajan työn tavoitteena käytännössä on potilaan hyvä olo. Koska potilaat ovat yleensä iäkkäitä ihmisiä, heillä on fyysisten vaivojen lisäksi monia psyykkisiä ja sosiaalisia ongelmia, jotka kaikki vaikuttavat ihmisen toimintakykyyn. Vuodeosastohoidon taustalla voi olla hyvin monia sairauksia, mutta yleisimpiä ovat erilaiset infektioaudit, muistisairaudet sekä sydän- ja verisuonitaudit lukuisine seurauksineen, joihin kuuluvat mm. aivohalvaukset. Hyvin yleinen vuodeosastojakson syy on ikäihmisen yleistilan lasku, joka aiheuttaa kotona asumisen ongelmia ja jonka syytä selvitetään kotona asumisen mahdollistamiseksi. Useimmiten muutostarve vanhuksen asumismuodossa tai tukitoimissa tulee ilmi juuri sairaalajakson aikana.

Potilaan kotiuttaminen on tärkeä osa hoitotyötä, ja se käsittää kotiutuksen suunnittelun yhdessä potilaan, omaisten, kotipalveluja tuottavien toimijoiden sekä muiden tukitoimia tuottavien toimijoiden kanssa. Tavoitteena on vanhuksen turvallinen asuminen kotona niin kauan kuin se on mahdollista. Jos kotona asuminen ei enää onnistu, hoitotyöhön kuuluu jatkohoidon suunnittelu yhdessä potilaan, omaisten ja kunnan sosiaalitoimen kanssa.

Suomessa vanhusten hoito on hyvin laitospainotteista. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen vuoden 2012 tilastojen mukaan 8,7 % 75 vuotta täyttäneistä asuu joko vanhainkodeissa tai tehostetun palveluasumisen asunnoissa, tosin heidän määränsä laskee koko ajan, koska vanhainkotihoito on vähentynyt. Tehostetun palveluasumisen käyttö on puolestaan lisääntynyt. Sosiaali- ja terveysministeriön laatusuosituksessa (2013) hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi on asetettu tavoitteeksi ikääntyneiden asuinolojen koheneminen ja kotihoidon laajentuminen siten, että tavallinen palveluasuminen ja pitkäaikainen laitoshoido vähenevät ja palveluasumisen tarve painottuu tehostettuun palveluasumiseen. Tämä merkitsee käytännössä, että 75 vuotta täyttäneistä vain 3 % olisi pitkäaikaisessa laitoshoidossa, mikä ei ole ainakaan vielä toteutunut (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012).

Hoitohenkilökunnan arvio potilaan toimintakyvystä on hyvin merkityksellinen suunniteltaessa iäkkään potilaan kotiutumista sairaalajakson päättyessä. Hoitojakson aikana tieto ja arvio potilaasta siirtyvät seuraavalle työvuorolle hoitajien suullisten raporttien välityksellä, joten potilaan kotiutuksen kannalta ei ole ollenkaan merkityksetöntä, millaisen arvion hoitaja potilaan terveydentilasta ja toimintakyvystä antaa. Lisäksi tämä arvio vaikuttaa hoitohenkilökunnan suhtautumiseen potilasta kohtaan, mikä voi heijastua – joko positiivisesti tai negatiivisesti – vanhuksen itsekategorisaatioon eli hänen määritellessään itseänsä (Jokinen, Juhila & Suoninen 2012, 58). Asemoin itseni tutkijana asianajajaksi, sillä toivoisin voivani vaikuttaa hoitohenkilökunnan tietoisuuteen vakiintuneista käytännöistään ja käyttämästään vallasta. Voisimme siten kehittää raportointikäytäntöjämme niin, että potilas voisi voimaantuneena tuntee olevansa oman elämänsä ohjaksissa päättämässä tulevaisuudestaan osastojakson jälkeen.

Koska toteutin tutkimusaineistoni keruun terveydenhuollon yksikössä, minun oli hankittava tutkimukselleni tutkimuslupa ja muutenkin otettava huomioon terveydenhuoltoon liittyvä lainsäädäntö sekä salassapitovelvollisuus potilaiden ja henkilökunnan suojelemiseksi (Valvira). Pohdin luvussa 5.1 tutkimukseni eettisiä käytännön kysymyksiä tutkimusaineistoni esittelyn yhteydessä.

2 Aiempi tutkimus

2.1 Hoitotyön suullinen tiedonsiirto

Perinteisesti hoitotyön suullinen tiedonsiirto sairaaloissa tapahtuu raportointitilaisuuksissa eli ns. kansliaraporteissa, joita järjestetään työvuorojen vaihtojen yhteydessä. Raportti määritellään tiedon jakamisen prosessiksi, jonka tarkoituksena on varmistaa ja ylläpitää hoidon jatkuvuus ja turvallisuus hoitotyössä (Benson ym. 2007, 82). Suulliseen tiedonsiirtoon on kehitelty vaihtoehtoja, kuten ns. hiljainen raportti eli kirjallinen raportti, jossa työntekijät tutustuvat sähköisiin potilasasiakirjoihin itsenäisesti työvuoronsa aluksi eikä mitään yhteistä raportointitilaisuutta järjestetä, tai ns. vuoteenvierusraportti, jossa työntekijät sovitussa kokoonpanossa raportoivat potilaan vuoteen vierellä potilaan läsnä ollessa (Telaranta 1997, 225). Hoitotyön suullista tiedonsiirtoa on tutkittu runsaasti eri näkökulmista, joita tässä luvussa esittelen.

Maallikkopuheessa potilas ymmärretään ihmiseksi, jolla on joku sairaus. Vanhan sutkauksen mukaan terve on ainoastaan ihminen, jota ei ole tarpeeksi tutkittu. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määrittelee potilaaksi henkilön, joka käyttää terveyden- ja sairaanhoitopalveluja tai on niiden kohteena. Edelleen samaisessa laissa määritellään terveyden- ja sairaanhoito toimenpiteiksi, joiden tarkoituksena on määrittää potilaan terveydentila tai palauttaa tai ylläpitää hänen terveyttänsä. Näitä toimenpiteitä suorittavat terveydenhuollon ammattihenkilöt tai niitä suoritetaan terveydenhuollon toimintayksikössä. Potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytetään potilasasiakirjoja, jotka sisältävät hänen terveydentilaansa koskevia tai muita henkilökohtaisia tietoja.

Laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) määritellään ammattihenkilöksi henkilö, jolla on lain nojalla saatu ammatinharjoittamisoikeus eli hän on laillistettu ammattihenkilö tai jolla on ammatinharjoittamislupa, sekä henkilö, jolla on oikeus käyttää nimikesuojattua terveydenhuollon ammattihenkilön ammattinimikettä. Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontavirasto Valvira myöntää hakemuksesta oikeuden harjoittaa sairaanhoitajan ammattia laillistettuna ammattihenkilönä henkilölle, joka on suorittanut ammattiin johtavan koulutuksen Suomessa. Sairaanhoitajaksi opiskellaan Suomessa ammattikorkeakoulussa. Koulutus kestää noin 3,5 vuotta ja sen laajuus on 210 opintopistettä. Koulutus sisältää sekä teoriaopintoja että käytännön harjoittelujaksoja. (Metropolia.fi.)

Potilasasiakirjat ovat nykyisin sähköisessä muodossa. Tutkimusten ja hoitojen kehittyessä on raportointiin käytetty aika pidentynyt. Kaikki tämä aika on poissa potilaan kanssa vietettävästä ajasta, joten raportteja on alettu tutkia paitsi sisällön näkökulmasta myös hallinnollisesta ja tehokkuuden näkökulmasta. (Telaranta 1997, 224.)

Benson ym. (2007, 82) ovat luetteloineet hoitotyön suullisen tiedonsiirron peruseräatteen. Raportin tulee noudattaa organisaation ja terveydenhuollon yksikön tavoitteita, sen arvoja, eettistä ohjeistoa, hoitotyön käytäntöjä ja lain asettamia vaatimuksia. Raportti varmistaa hoidon jatkuvuuden työvuorosta toiseen ja mahdollistaa holistisen hoitosuunnitelman toteutumisen. Raportin tehtävänä on varmistaa, että hoitotyössä keskitytään olennaisiin potilasasioihin seuraavan työvuoron aikana. Raportin tulee sisältää mahdollisimman kattavat tiedot myös lääketieteen ja muiden erikoisalojen alueelta. Raporttiin käytettävän ajan tulee olla tehokasta työaikaa ja mahdollistaa samalla työvoiman ja taloudellisten resurssien tehokas käyttö.

Seuraavat asiat ovat rakennetekijöinä nousseet esiin aiempaan tutkimuskirjallisuuteen tutustuessani: tarpeellisuus, tehokkuus, sisältö, vuorovaikutus ja kehittäminen.

Tarpeellisuus. Hoitotyön suullista tiedonsiirtoa on arvosteltu itsepintaisesti säilyvänä osana modernia hoitotyötä. Kritiikin mukaan suullinen raportointi vie liikaa aikaa ja sen sisällössä ja sisällön tarkkuudessa on toivomisen varaa. Lisäksi suullinen raportointi saattaa sisältää arveluttavaa tietoa sekä potilaasta että potilaan omaisista. Sexton ym. (2004, 37) tutkivat erään australialais-sairaalan osaston suullisten raporttien sisältöä ja havaitsivat, että raporttien sisällöstä 84,6 % pohjautui potilashoidon kirjalliseen dokumentointiin ja 9,5 % oli hoitotyön kannalta epäolennaista puhetta. Hoitotyöhön sisällöstä liittyi 5,9 %, mutta tämän tiedon alkuperää ei ollut kirjallisesti dokumentoitu. Useissa työyksiköissä ei noudateta tiettyä, yhteisesti sovittua vakiintunutta raportointikaavaa, jonka avulla tutkijoiden mukaan voisi kehittää raportin sisältöä ja siten tehostaa tiedonsiirtoa. Tutkimuksessani havaitsin, että vaikka tutkimuspaikassani hoitotyön suullisessa tiedonsiirrossa ei käytetä virallista yhteisesti sovittua kaavaa, on epävirallinen kaava selvästi havaittavissa. Raportointi on ajan mittaan muotoutunut työyksikön tarpeita vastaamaan ja sisältää samat teemat.

Tehokkuus. Hoitotyön eri osa-alueisiin kuluva aikaa on tutkittu runsaasti, taustana pula pätevästä hoitajista sekä synkät talousnäkymät. Tavoitteena on, että hoitotyön korkea laatu säilyy taloudellisten resurssien niukkuudesta huolimatta. Mihin hoitohenkilöstö ylipäänsä käyttää aikansa ja ovatko kaikki työtehtävät tarpeellisia, ovat alati olennaisia kysymyksiä. Ajankäytön seurannalla on merkitystä mm. toimintayksikön hoitohenkilökunnan ammatilliseen rakenteeseen. (Gran-Moravec & Hughes 2005, 126.)

Sisältö. Lamond (2000, 794) on tutkinut potilasraportin merkitystä tiedon käsittelyn ja hoidon suunnittelun apuna. Tutkimuksessa havaittiin, että potilasasiakirjoissa oli huomattavasti enemmän tietoa potilaasta kuin mitä suullisessa raportissa vaihdettiin, mutta toisaalta raporttien todettiin edistävän potilaan hoidon suunnittelua. Liukkosen (1993, 1095) tutkimuksen mukaan vanhainkotien raporteissa korostetaan lääketieteellisiä hoitotoimia ja fyysisiä tarpeita. Vanhusten mielentilaa koskevaa raportointia oli vain vähän, samoin hoidon kokonaisarviointia. Lisäksi vanhusten oma-toimisuuden ja riippumattomuuden tukeminen jäi vähälle huomiolle. Dowding (2001, 836) sanoo, että hoitotyön suullisen tiedonsiirron manipuloivaa vaikutusta hoitohenkilökuntaan on tutkittu vain vähän. Hän on tutkinut, miten muutos raportoinnin tyylissä ja sisällössä vaikuttaa hoitajien kykyyn prosessoida kuulemaansa tietoa. Hänen mukaansa raportointityylin muutoksen vaikutus tähän kykyyn on merkittävä. Informaation sisällön laatu sen sijaan vaikuttaa kuullun informaation mieleen painamiseen. Myös Hopkinson (2001, 168) toteaa, että tutkimusta raportoinnin vaikutuksesta hoitotyöhön on tehty yllättävän vähän siihen nähden, että hoitotyön suullinen tiedonsiirto kuuluu hoitajien avaintoimintoihin. Hänen tutkimuksessaan saattohoidosta hoitajat ilmoittivat

raportointitilaisuuden olevan tärkeä tilaisuus keskustella potilaisiin liittyvistä käsityksistä ja tunteista sen lisäksi, että ne tietenkin ovat tiedon lähde hoitotyön suunnittelussa. Hänen mukaansa raportoinnin merkitystä emotionaalisen tuen foorumina on tutkittu aivan liian vähän, vaikka emotionaalisella tuella saattaa olla vaikutusta potilaan kokemuksiin ja tuntemuksiin. Lally (1998, 29) havaitsi omassa raportointia koskevassa tutkimuksessaan, että hoitajat käyttävät raporttitilaisuuksia paitsi tiedon siirtämiseen myös yhteisten tavoitteiden ja arvojen neuvotteluun, millä on vaikutusta ryhmähenkeen ja ryhmän kiinteyteen.

Vuorovaikutus. Vaikka raportointityyli vaihtelee yksiköstä toiseen jopa saman organisaation sisällä, on raportoinnin merkitys säilynyt olennaisena hoidon turvallisuuden, jatkuvuuden ja henkilökunnan vuorovaikutuksen näkökulmasta. Haysin ja Weinertin (2006, 253) tutkimuksessa havaittiin, että hoitajat esittävät raporteilla rooleja persoonallisuutensa, rooleihin liitettyjen odotusten ja ryhmässä muodostuneiden mallien mukaisesti. Tutkijat esittävät, että vanhojen mallien kyseenalaistamisella ja muuttamisella voidaan edistää kollegiaalisuutta, löytää jaettuja merkityksiä ja parantaa työssä jaksamista. Kerr (2002, 125) muistuttaa, että raporteilla on tiedonsiirron lisäksi sosiaalinen ja koulutuksellinen funktio. Tutkimuksissa hoitajien välisestä vuorovaikutuksesta raportointitilaisuuksien aikana on todettu raportoinnin olevan mm. kaavamaista ja puutteellista, liian nopeatahtista ja sisältävän työyhteisön omaa slangia, jonka ymmärtämiseen tarvitaan työyhteisön kulttuurin tuntemista. Raportoinnissa priorisoidaan lääketieteellisiä seikkoja ja painotetaan fyysistä hoitoa. (Payne, Hardey & Coleman 2000, 277.) Suullista raportointia, sen kulttuurisia ilmentymiä, rituaaleja ja symbolisia elementtejä on tutkittu myös etnografisella lähestymistavalla antropologian esimerkin mukaisesti (Philpin 2006, 86).

Kehittäminen. Davies ja Priestley (2006, 49–50) ovat tutkineet raportoinnin aiheuttamaa tyytymättömyyttä hoitohenkilökunnan keskuudessa. Hoitajat kritisoivat raporteja aivan liian paljon aikaa vieviksi. Lisäksi ne sisältävät heidän mielestään epäoleellista tai epätarkkaa tietoa, potilasasiakirjoihin perustumatonta muistitietoa, epäoleellista keskustelua ja epämääräisiä tai epätarkkoja ilmaisuja. Raporteissa myös keskitytään liikaa menneeseen ja liian vähän tulevaan. Tarkka, todennettu ja dokumentoitu tieto edistää ajanhallintaa ja laadukkaan hoidon jatkuvuutta.

2.2 Institutionaalinen puhe

Hoitotyön suullisessa tiedonsiirrossa on kyse institutionaalisesta puheesta. Tässä luvussa esittelen institutionaalisen puheen kotimaista tutkimusta yleensä sekä joitakin tutkimuksia aiheeni mukaisesti terveydenhuollon piirissä. Kaiken kaikkiaan perehdyttyäni hoitotyöhön liittyvään institutionaalisen vuorovaikutuksen tutkimukseen vaikuttaa siltä, että se on toistaiseksi aika vähäistä, kuten monet tutkijat toteavatkin. Institutionaaliselle keskustelulle tyypillistä on, että keskustelulla on päämäärä, että osallistumista keskusteluun säätelevät erilaiset rajoitteet ja että keskustelussa käytetään instituutiolle tyypillisiä tulkintakehyksiä. Sanavalinnoissa esimerkiksi me-pronominin käyttö minän sijasta on tyypillistä instituution edustajille. Keskustelun kokonaisrakenne voi muovautua instituution tarpeisiin, mistä esimerkkinä on lääkärin vastaanoton kulku: asioilla on tietty käsittelyjärjestys. (Raevaara, Ruusuvuori & Haakana 2001, 17–19.) Hoitotyön suullinen tiedonsiirto noudattaa hyvinkin tarkasti tätä määritelmää, sillä raportoinnilla on päämäärä, sitä säätelevät toimintaympäristön vuoksi erilaiset rajoitteet ja raportoinnin tulkintakehykset ovat instituutiolle tyypillisiä. Raportit ovat myös muovautuneet työyksikön tarpeiden mukaisiksi.

Institutionaalisessa vuorovaikutuksessa erilaiset toimintatypit rajoittavat puhujia ja ohjaavat kuulijoiden tulkintoja. Kontekstia koskeva tieto saa meidät ymmärtämään osallistujien tavoitteet. Konteksti näkyy mm. tiloissa, vuorokaudenajassa, ammateissa, rooleissa ja rituaaleissa, joten osallistujat tunnistavat relevantit toimintatypit ja ovat näin perillä siitä, mistä on kyse. Mutta konteksti ei ole vuorovaikutuksen ulkopuolinen asia, vaan se luodaan puheessa ja puheen kautta. Tietoisuus siitä syntyy puheen yksityiskohdista. Pelkästä litteraatiosta voi jo tunnistaa kontekstin. (Heritage 1996, 278–281.)

Peräkylä (1997, 177) määrittelee institutionaalisen keskustelun puheeksi, jonka avulla puhujat suorittavat erityisiä institutionaalisia tehtäviä. Tällaisia ovat asiakkaiden ja ammattilaisten väliset keskustelut sekä ammattilaisten keskinäiset puheet. Institutionaalistunut puhe tekee toimijat moraalisesti tilivelvollisiksi toiminnoistaan (Heritage 1996, 292). Tutkittaessa institutionaalista keskustelua eritellään keskusteluinstituution kautta toteutettavia virallisten instituutioiden toimintaan liittyviä tehtäviä. Toisaalta tarkastellaan keskusteluinstituution muuntumista palvelemaan institutionaalisen roolin haltijan tehtäviä. (Peräkylä 1997, 180.)

Terveydenhuollossa institutionaalista tehtävää suoritetaan esimerkiksi sanojen tai kuvausten valinnalla, jotka myös auttavat institutionaalisen roolin tai aseman esittämistä (Peräkylä 1997, 184). Kysyminen on yksi lääkärin keino ohjata keskustelun kulkua ja tarvittaessa myös rajoittaa potilaan

mahdollisuuksia kuvata ongelmaansa (Raevaara & Sorjonen 2001, 49). Puhujan institutionaalinen rooli voi vaikuttaa hänen responsiivisen toimintansa valintoihin, joilla ammattilaiset voivat rakentaa roolinsa ja tehtävänsä tietynlaisiksi ja suorittaa institutionaalista tehtäväänsä. Vastaanotolla lääkärin responsista puuttuvat sympatia ja yllättyneisyys verrattuna arkipuheeseen. Institutionaalinen tehtävä ohjaa lääkäriä, sillä sympatia tai yllättyneisyys eivät ole tehtävän kannalta olennaisia. (Peräkylä 1997, 187–188, 191.) Myös hoitotyön suullisessa tiedonsiirrossa tunteiden ilmaisu on melko vähäistä – joskin kokemukseni mukaan sallittua ja hyväksyttävää. Jokaiseen työyhteisöön muotoutuu omanlaisensa kulttuuri, joka ohjaa raportoijaa. Koska raportointi tapahtuu työtoverien kesken, ei hoitajien tarvitse esittää toisilleen institutionaalista roolia samalla tavalla kuin potilas-kohtaamisissa. Esimerkiksi myötätuntoa on siten luvallista ilmaista aina kyyneliin asti.

Peräkylä (1990, 156–157) on käyttänyt tutkimuksessaan kuolevan potilaan hoidosta 'kehyksen' käsitettä kuvaamaan niitä keinoja ja käytäntöjä, joita hoitohenkilökunta käyttää eri vuorovaikutustilanteissa. Jokainen kehys määrittää ne ominaisuudet, oikeudet ja velvollisuudet, jotka joko itsellä tai toisilla kussakin tilanteessa on. Eri kehykset tuottavat osapuolille erilaiset identiteetit ja vaikuttavat vuorovaikutuksen sisältöön ja laatuun. Hän nimeää kehykset käytännölliseksi kehykseksi, lääketieteelliseksi kehykseksi, maallikkokehykseksi ja psykologiseksi kehykseksi.

Käytännöllisessä kehyksessä hoitohenkilökunta on toimiva subjekti, joka hoitaa päivittäiset tehtävänsä osastolla, mikä puolestaan osoittaa potilaalle päivittäisten tehtävien kohteen identiteetin. *Lääketieteellisessä kehyksessä* hoitohenkilökunnan identiteetti on tietävän ja toimivan subjektin, jonka ammattitaitoon kuuluu lääketieteellinen osaaminen, kun taas potilaalle on tarjolla lääketieteellisen tiedon ja hoitotoimenpiteiden ruumiillisen kohteen identiteetti. *Maallikkokehyksessä* hoitaja on tunteva ja kokeva subjekti, joka seuraa lähimmäisensä kuolemaa ja saattaa niin ikään tuntevan ja kokevan subjektin eli potilaan kohti kuolemaa. Kuoleman lähestyessä potilas ja henkilöstö ovat kuolevaisina tavallaan samanarvoisessa asemassa. *Psykologisessa kehyksessä* henkilöstön identiteettinä on olla tietävä ja toimiva subjekti, joka tunnistaa potilaiden ja omat tunnereaktiot ja pystyy ammatillisesti ohjailemaan niitä, mikä tekee potilaasta psykologisen tiedon ja ohjailun kohteen. (Peräkylä 1990, 156–157; Molander & Peräkylä 2000, 955–961.)

Peräkylä (2007, 2875) muistuttaa, että potilaan ja lääkärin välisessä keskustelussa lääkäri on lääketieteellisessä kehyksessä aina vallankäyttäjän suhteessa potilaaseen. Lääkärin puheessa potilaalle näyttäytyy sekä kontrollin että auktoriteetin näkökulma. Peräkylän tutkimuskohteena on nimenomaan arkitieto. Hän käyttää esimerkkinä potilaan määrittelemistä ahdistuneeksi. Tutkimus-

kysymykset liittyvät siihen, mitä puheella tehdään: mitä lääkäri tai hoitaja tekee määrittelemällä potilaansa ahdistuneeksi ja miten se vaikuttaa eri osapuolten toimintaan.

Kettunen, Poskiparta ja Gerlander (2002, 101) ovat tutkineet hoitajan antamaa terveysneuvontaa sekä siinä ilmenevää potilaan ja hoitajan välistä valtasuhdetta potilaan näkökulmasta. Tutkijat toteavat, että valta on monimutkainen ja monimerkityksinen ilmiö, jota hoitaja ja hoidettava rakentavat yhdessä. Hoitajan valta perustuu hänen lääketieteen asiantuntemukseensa, mutta potilaalle annettiin kuitenkin mahdollisuutensa rakentaa omaa valtaansa ja vaikuttaa vuorovaikutuksen kulkuun mm. kysymyksillä, keskeytyksillä ja antamaansa tietoa lisäämällä, mihin myös hoitaja omalta osaltaan osallistui.

Jokisen ja Suonisen (2000, 7) mukaan sosiaali- ja terapiatyö eli auttamistyö tehdään sosiaali- ja terapiatyöksi hyvin paljon niiden käytäntöjen kautta, jotka ovat läsnä työntekijän ja asiakkaan kohtaamisessa. He tarkastelevat näitä käytäntöjä erityisesti siitä näkökulmasta, miten niissä konstruoidaan asiakkaan ongelmaa, erilaisia identiteettejä ja ratkaisuvaihtoehtoja. He katsovat rakentamisen tapahtuvan työntekijän ja asiakkaan välisessä vuorovaikutuksessa näiden yhteisessä toiminnassa. Lähtökohtana ovat vuorovaikutukselliset käytännöt, jotka avautuvat sosiaalityöntekijän tai terapeutin ja asiakkaan kohdatessa. Miten niissä tehdään tulkintoja asiakkaan ongelmista ja ratkaisuvaihtoehdoista, rakennetaan asiakkuutta sekä tuotetaan erilaisia identiteettejä asiakkaalle ja työntekijälle, ovat kiinnostuksen kohteina. (Jokinen, Suoninen & Wahlström 2000, 15, 17.)

Metodisia välineitä aineistojen analysointiin on haettu diskurssinanalyysista, keskusteluanalyysista, narratiivisesta analyysista ja etnografiasta. Hoitotyön suullisessa tiedonsiirrossakin vanhuspotilaiden ongelmia rakennetaan hoitajien välisessä vuorovaikutuksessa ensinnäkin käytännön työn kuluessa havainnoimalla ja sen lisäksi hoitotyön suullisessa ja kirjallisessa tiedonsiirrossa hoitajien kesken. Ongelmista keskustellaan tietysti myös potilaan ja heidän omaisten kanssa, jotka saavat näin osallistua ongelmien määrittelyyn kykyjensä ja halujensa mukaan. Juhila ja Pösö (2000, 35) käsittelevät tutkimuksessaan asiakkaan ongelman rakentumista organisaation näkökulmasta. Kyse ei ole heidän mukaansa siitä, mitä organisaatioissa tapahtuu, vaan siitä, miten organisaatioissa toimivat ihmiset yhdessä luovat organisaatiota diskursiivisissa käytännöissä. Ongelmien ja vaikeuksien kuvaukset ovat vuorovaikutuksellisesti rakentuvia asiakkaiden ja työntekijöiden seurattessa, arvioidessa ja kommentoidessa toinen toistensa puhetta. Työntekijän tulee legitimoida oma toimintansa ja asioihin puuttumisensa sekä organisaation tehtävä. Legitimaation ylläpitäminen onkin erikoistuneen ongelmatyön kohtaamisissa toistuva juonne. (Emt., 36, 38, 44.)

Vanhala (2000, 262) puolestaan on tutkinut suojakodin sosiaalityön keskustelullisia käytäntöjä sekä asiakastyöhön ja organisaation toimintaan liittyviä vuorovaikutustilanteita, joissa asiakkuutta määritellään. Asiakkuuden alkaminen sisältää jonkinlaisen tulkinnan sosiaalisesta ongelmasta, josta tulee osa institutionaalista käytäntöä. Asiakkuus on lisäksi määriteltävä sellaisin kategorioin, että se sopii organisaation tehtäviin, jolloin asiakas voidaan ohjata tiettyjen palvelujen piiriin. Vaikka potilas tulee osastolle lääkärin läheteellä lääketieteellisen ongelman vuoksi, ovat vanhuspotilaan ongelmat yleensä tätä monisyisempiä. Tällöin hoitotyöntekijät osallistuvat ongelman määrittelyyn ja tarkennukseen yhdessä muiden toimijoiden kanssa, jolloin juuri edellä esitetyn mukaan voidaan potilaalle tarjota tai hankkia palveluja henkilökohtaisen tarpeen mukaan.

Peräkylä siteeraa Silvermania, jonka mukaan ihmiset eivät ole valmiiksi määriteltyjä olentoja, vaan heidät konstituoidaan institutionaalisissa ja diskursiivisissa käytännöissä (Peräkylä 1990, 151, 156–160). Hoitotyön suullisessa tiedonsiirrossa on kyse hoidon jatkuvuuden varmistamisesta mutta myös ongelman ja potilaan määrittämisestä joksikin. Tämä määritelmä siirtyy ja tavallaan periytyy raportoinnin kautta seuraavan työvuoron työntekijöille, vaikka jokaisella raportoijalla on omalta osaltaan mahdollisuus tehdä diskursiivisia valintoja eli joko uusintaa tai uudistaa määritelmää.

Hoitohenkilökunnan institutionaalista vuorovaikutusta hoitotyössä on tutkittu yleisellä tasolla ja lääketieteen eri erikoisalueilla. Jonesin (2003, 609–610) mukaan tehokas kommunikaatio hoitajan ja potilaan välillä on olennainen osa hoitotyötä. Nykyaikainen terveydenhuolto edellyttää potilaan osallistumista hoitoonsa yhdessä ammattilaisten kanssa. Tämä muutos on heijastunut myös hoitajien koulutukseen, jossa potilas on nykyisin oman hoitonsa keskiössä ja toimii ammattilaisen kumppanina. Jones valittaa erityisesti, että vaikkakin hoitotyössä käytettyihin diskursseihin on alettu kiinnittää maailmanlaajuisesti yhä enemmän huomiota, on tutkimus Englannissa vielä liian vähäistä.

Chatwin (2008, 109–110) muistuttaa, että potilaan hoidon onnistuminen terveydenhuollossa liittyy vahvasti ammattilaisten ja potilaan välisen vuorovaikutuksen laatuun ja sillä on vaikutusta myös potilastyytyväisyyteen. Hoitajien rooli ja vastuu potilaan ohjauksesta on lisääntynyt. Hänkin sanoo, että tämäntyyppisen vuorovaikutuksen tutkimus on aliedustettua verrattuna tutkimukseen muilla terveydenhuollon alueilla. Chatwin on tutkinut nimenomaan sairaanhoitajan antamaa potilasohjausta, joka eroaa hänen mukaansa lääkärin antamasta monessakin mielessä: hoitajat vastuuttavat potilaita lääkäriä enemmän, heillä on usein enemmän aikaa käytettävissään ja he käyttävät ohjauksessaan maallikolle ymmärrettävää arkikieltä. Koska hoitajan rooli on kasvanut, on Chatwinin mukaan tärkeää, että hoitajat tulevat tietoisiksi käyttämistään vuorovaikutuksellisista käytännöistä ja niiden vaikutuksesta hoidon toteutumiseen ja laatuun.

2.3 Diskurssianalyysi hoitotieteellisessä tutkimuksessa

Niemen, Paasivaaran ja Kyngäksen (2004, 81–82, 87) mukaan diskurssianalyysiä on käytetty jonkun verran hoitotieteellisessä tutkimuksessa sekä Suomessa että kansainvälisesti ja menetelmää soveltavia artikkeleita on olemassa Suomessa joitakin, mutta tuskin ollenkaan on metodiin liittyvää kirjallisuutta. Sosiaalipsykologiassa sen sijaan diskurssianalyysi on 1980-luvun puolivälistä lukien tullut varsin suosituksiksi ja oppikirjallisuutta on hyvin saatavilla. Tutkijat määrittelevät diskurssianalyysin laadulliseksi tutkimusmenetelmäksi, jota kuvataan tulkinnalliseksi tutkimusprosessiksi. Kielenkäytöllä rakennetaan ympäröivää maailmaa ja uusinnetaan sen kulttuurisia merkityksiä, jotka taas kehittyvät ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa. Puheissa, keskusteluissa, kirjoituksissa ja muussa symbolisessa toiminnassa luodut merkitykset tuodaan tutkimuksessa esiin diskurssien avulla. Tutkijat antavat esimerkkejä kansainvälisen diskurssianalyttisen tutkimuksen aihepiireistä, joita ovat mm. hoitotyö, johtajuus, hoitajan julkisen kuvan muotoutuminen ja hoitajan identiteetti. He muistuttavat, että tutkijan tulee pohtia myös omaa rooliaan: onko kyseessä pelkkä tekstin tulkinta vai ottaako tutkija tietyn tutkijajosition suhteessa tutkittavaan ilmiöön. Olen kokenut hyvin hyödylliseksi oman tutkimukseni kannalta tutustumisen diskurssianalyttiseen hoitotieteelliseen tutkimukseen, josta olen ammentanut aineksia ja neuvoja tutkimukseni jokaisessa vaiheessa.

Traynor (2006, 62–71) on kirjoittanut teoreettisen ja historiallisen katsauksen *Journal of Advanced Nursing* -lehdessä vuosina 1996–2004 julkaistuista diskurssianalyysiä käsittelevistä tutkimuksista. Kyseisenä ajanjaksona aiheesta julkaistiin 24 artikkelia. Suurimmassa osassa tutkimuksista metodina käytettiin kriittistä diskurssianalyysiä ja vain muutamassa tutkimuksessa muuta diskurssianalyysiä. Tutkimuksen aiheina olivat mm. ammattiryhmä ja sen identiteetti sekä sen käyttämät tulkintarepertuaarit. Kieltä on analysoitu sosiaalisessa ja kulttuurisessa kontekstissa mutta ei niinkään vuorovaikutuksen näkökulmasta. Kriittinen diskurssianalyysi keskittyy vallan, vastustuksen ja identiteetin aspekteihin tutkimuskohteina terveydenhuollon ammattilaisten saavuttama ja ylläpitämä valta sekä sen käyttö kuin myös potilaiden tai kilpailevien ammattiryhmien vastarinta kyseistä vallankäyttöä kohtaan. Traynorin mukaan diskurssianalyysi soveltuu erinomaisesti keinoksi selvittää potilaan ja ammattilaisten välistä vuorovaikutusta mutta myös ammattilaisten välistä vuorovaikutusta. Kriittinen diskurssianalyysi puolestaan sopii tuomaan näkyväksi vallankäyttöä sinänsä viattomalta vaikuttavassa tai teknisessä puheessa ja tekstissä.

Crowe (2005, 55–56) pohtii artikkelissaan diskurssianalyysin roolia hoitotyössä (nursing). Hänen mielestään diskurssianalyysi valaisee hoitotyön käytäntöjen ja potilaan omien kokemusten sellaisia

puolia, joita ei muulla tutkimusmetodilla välttämättä saavuteta, sekä paljastaa alistavia käytäntöjä ja antaa siten mahdollisuuden kehittää vaihtoehtoisia työtapoja. Erityisen tärkeänä hän pitää diskurssi-analyysiin kuuluvaa kontekstin merkityksen painottamista.

Lipponen ja Åstedt-Kurki (2008, 226–236) ovat käyttäneet diskurssianalyysiä tutkiessaan kuolevan potilaan ja omahoitajan hoitosuhdetta. Hekin toteavat, että diskurssianalyysiä on käytetty hoitotieteessä vähän verrattuna muihin tieteenaloihin. He käyttävät tulkintarepertuaarin ja subjekti-position käsitteitä analyysissään, jossa esimerkin avulla kuvataan prosessin etenemistä aineistonkeruuvaiheesta luotettavuuden tarkasteluun. Tutkijat painottavat tutkimuskysymykseen vastaavien tulkintarepertuaarien etsimistä aineistosta. Tulkintarepertuaarit ovat diskurssianalyysiä tekevän tutkijan tutkimustuloksia. Aineistosta tutkijat löysivät mm. sairausrepertuaarin, joka käytännössä tarkoittaa kuolevan potilaan puhuvan joko luovuttamisesta tai elämänhallinnasta hänen elämäntilanteestaan riippuen. Hoitaja puolestaan vastaa potilaan sairausrepertuaariin sekä myötä-eläen että asiantuntijaposition vedoten. Tutkijoiden mukaan diskurssianalyysi hoitotieteellisessä tutkimuksessa auttaa ymmärtämään elämän monimuotoisuutta. Vaikka potilas ja hoitaja käyttävät kulttuurisia resursseja, he kuitenkin toimivat tilannesidonnaisesti.

Heartfield (1996, 99–102) käsittelee artikkelissaan hoitotyön kirjallista dokumentointia diskurssi-analyysin avulla. Dokumentoinnin tulee täyttää eettiset, lääketieteelliset, lainsäädännölliset ja institutionaaliset vaatimukset. Kirjoittajan mukaan hoitotyön oma ääni on jäänyt tieteellisen diskurssin rationaalisuuden, objektiivisuuden ja totuuden vaateiden jalkoihin, mikä on merkinnyt luovuuden ja hoitotyön tietämyksen kaventumista. Kirjallisessa dokumentoinnissa potilaasta tulee herkästi objekti, hoitotyön kohde, ja potilas hajoaa ruumiinosiksi tai hoitotyön ongelmiksi. Heartfield peräänkuuluttaakin hoitajien oman äänen kuulumista, subjektiivisia ja luovia arvioita, jotka perustuvat hoitotyön ammatilliseen kompetenssiin.

2.4 Diskurssianalyysi gerontologisessa tutkimuksessa

Gerontologia tutkii sekä yksilöllistä vanhenemista että väestötason vanhenemista. Koska tutkin vanhuuden tulkintarepertuaareja hoitotyön suullisessa tiedonsiirrossa, liittyy gerontologinen diskurssianalyyttinen tutkimus olennaisesti aiheeseeni. Olen myös hyödyntänyt aiemman gerontologisen tutkimuksen tutkimustuloksia vertaamalla niitä omiin tutkimustuloksiini.

Vanhenemista voidaan määritellä eri näkökulmista kuten mm. lääketieteellisestä, väestörakenteellisesta, inhimillisestä, lainsäädännöllisestä ja hallinnollisesta näkökulmasta sekä yhtenä tärkeimmistä taloudellisesta näkökulmasta ja työnteosta luopumisen kautta. (Green 1993, 44, 48, 50.) Vanhusten ihmisarvo määrittyy yhteiskunnassamme nuoruuden, riippumattomuuden ja taloudellisen tuottavuuden mittapuiden mukaan. Vanhukset vertautuvat vammaisiin, jotka ovat olosuhteiden uhreja eivätkä voi itse vaikuttaa asiaan. Taloudellinen tuottavuus on läheisessä yhteydessä riippumattomuuteen, joten työelämän ulkopuolella olevia ei pidetä yhteiskunnan täysivaltaisina jäseninä. Heidät nähdään taloudellisena taakkana, joka yhteiskunnan tulee kantaa. (Emt., 52–53, 55–56.)

Yli 75-vuotiaisiin kuuluu haurain, sairain, eristäytynein ja köyhtynein osa vanhusväestöä eli osa, joka on ongelmallinen ja joka määrittää koko ikäryhmää. Vanhuuteen kuuluvat etenevät muutokset siirtyvät määrittämään myös sosiaalista toimintaa statuksen menetyksenä, roolien menetyksenä ja positiivisen identiteetin menetyksenä. (Green 1993, 125, 129.) Green herättääkin kysymyksen, määrittääkö ihminen esimerkiksi vanhukseksi, jolla on mielisairaus, vai mielisairaaksi, joka sattuu olemaan vanha. Samasta asiasta on kyse, kun puhutaan vanhuksista, joilla on toimeentulovaikeuksia, toiminnanvajausta, puutteellinen asunto jne. (Emt., 156.)

Vanhuksia käsitellään yhtenä kategoriana heidän keskinäinen erilaisuutensa unohtaen. Vanhukset eivät itse voi vaikuttaa määrittelyyn. (Green 1993, 161, 185.) Miten sitten vanhuuden myyttejä ja stereotyyppioita voidaan muuttaa? Green peräänkuuluttaa diskurssin muutosta, joka voidaan saavuttaa kielellisiä käytäntöjä muuttamalla: vältetään väärää leimaamista ja avataan vanhuuteen liittyviä vääränlaisia myyttejä. (Emt., 195–196.)

Vanhuusikä tuotetaan yleensä väistämättömänä henkisen kapasiteetin huononemisen aikana, joka oikeuttaa olemaan täyttämättä sosiaalisia odotuksia. Vanhukset nähdään hyödyttöminä ja yhteisön ulkopuolisina. Voidaankin sanoa, että vanhuudella on negatiivinen imago. Vanhusten tuottamassa vaihtoehtoisessa diskurssissa vanhuutta käsitellään valinnan paikkana. Sen mukaisesti vanhukset voivat olla itsenäisiä, riippumattomia ja yhteiskunnan tarpeellisia jäseniä, jotka ikänsä perusteella ovat velvollisuuksista vapaita ja siten edelleen ikänsä perusteella saavat ajatella itseään ja kieltäytyä täyttämästä sosiaalisia odotuksia. Kun vanhus määrittelee itsensä riippumattomaksi ja itsenäiseksi, hän säilyttää itsemääräämisoikeuden ja voi vaatia itseään kohdeltavan ”selontekovelvollisena”. Hänen on kuitenkin uskottavalta kuulostaakseen tehtävä selvä ero hauraisiin ja sairaisiin, mikä tapahtuu omatoimisuuden ja toimintakyvyn säilymisen strategioilla. (Jolanki, Jylhä & Hervonen 2000, 363–365.)

Nikander (2000, 335–337) käsittelee artikkelissaan ”Old” versus ”little girl” kulttuurisia ikäkatteorioita ja iän kuvauksia, joita käytetään puheessa. Iän käsitettä voidaan lähestyä siihen liittyvinä soveliaisuusksymyksinä, ikänormeina tai ikään liittyvinä moraalisääntöinä, joiden avulla ikää tuotetaan arkipäiväisessä puheessa. Vanhenemisen diskursiivisen tutkimuksen teemoina ovat mm. ikäidentiteetti, institutionaaliset diskurssit, haurauden diskursiivinen tuottaminen, ikästereotyyppiat ja gerontologisen tiedon diskursiivinen ja tekstuaalinen tuottaminen.

Ikääntyminen on askarruttanut ihmistä ihmiskunnan historian alusta lähtien. Edelleenkin vanhuutta pidetään henkisten toimintojen, taitojen ja kehon rappeutumisen aikana. Vanhuus on jotain, joka pitäisi ”parantaa”, ja tieteen odotetaan ratkaisevan tämän ongelman. 2000-luvun kirjallisuudessa vanhuuden ja nuoruuden välinen dikotomia on muuttunut vanhuuden sisäiseksi dikotomiaksi: on nuorekkaita vanhuksia ja on hauraita ja sairaita vanhuksia. (Madden & Cloyes 2012, 265–270.)

Fealy ym. (2011, 85–87) ovat tutkineet ikääntymisen ja ikäidentiteettien diskursiivista muodostamista Irlannin painetuissa lehdissä. He löysivät viisi erilaista identiteettityyppiä, joissa vanhuksia käsiteltiin poliitikkojen tai hallituksen kovaonnisina uhreina, hauraina ja haavoittuvina, radikalisoituneina kansalaisina, jotka järjestävät mielenilmauksia ja ovat siten poikkeavia, yhteiskunnan tuen ansaitsevina vanhuksina, jotka ovat aikanaan osansa maksaneet, ja vanhuksina, jotka eivät ansaitse yhteiskunnan tukea. Yhteistä käytetyille diskursseille oli, että terveet, omatoimiset ja itsenäiset vanhukset puuttuivat miltei kokonaan.

Vanhuusikä on leima, joka synnyttää mielikuvia terveydestä ja hoivapalvelujen käyttämisestä ja tuottaa siten riippuvaisuuden identiteettiä. Mediadiskurssit sisältävät joitakin positiivisia stereotyyppioita kuten kultainen ikä tai vapaa-ajan täyttämä olemassaolo, mutta negatiiviset stereotyyppiat ovat kuitenkin vallitsevina. Kuva vanhuudesta ja ikääntymisestä on hyvin pessimistinen. Vanhuksista puhutaan elätettävänä ja taakkoina sekä demografisena aikapommina. Heistä on tullut ”toisia”. Fealy ym. olettavat, että vanhukset ovat sisäistäneet negatiiviset stereotyyppiat eivätkä arvosta itseään, joten he eivät myöskään vastusta näitä käsityksiä. (Fealy ym. 2011, 87–88.) Aikakauslehdissä vanhuksista ei juurikaan puhuta, ja erityisesti vanhat naiset ovat näkymättömiä. Median vanhus on yleensä valkoinen mies. Lehdissä vanhuksiin viitataan usein yhtenä ryhmänä. Kirjoittajat muistuttavat, että lehdissä heijastaa yleistä mielipidettä, kulttuuria, politiikkaa ja sosiaalista elämää ja on vaikutusvaltainen yleisen diskurssin ja asenteiden muodostamisessa. (Emt., 90, 94.)

Vanhenemistutkimuksen suosikkiaiheeksi on noussut vanhusväestön toimijuuden edistäminen. Toimijuuden kulttuuriset diskurssit vaihtelevat hoivaa tarvitsevista ja riippuvaisista toisten toimijoiden kohteina olevista omatoimisiin ja aktiivisiin seniorikansalaisiin. Uusi ikääntymisdiskurssi

korostaa yksilöllisten valintojen ja toimien merkitystä ja tärkeyttä ikääntymisessä sekä vanhuuden raihnaisuuden myöhentämistä. Tutkimukset laitoshoidossa elävistä vanhuksista ovat osoittaneet, että vanhuuden kategoriaan lukeutuvat ihmiset ovat vaarassa menettää toimijuutensa. (Jolanki 2008, 215.)

Jolangin (2008, 217–218) haastattelututkimuksessa kävi ilmi, että haastatellut ikäihmiset konstruoivat yleensä vanhuuden väistämättömänä heikentymisen ja terveysongelmien aikana, jolloin tarvitaan muiden apua esimerkiksi kotitöissä. Vanhuuden toimijuuden ikäihmiset ymmärsivät itsemääräämisoikeutena ja riippumattomuutena toisten avusta. Haastatellut uskoivat voivansa vaikuttaa itse omaan terveyteensä ja siten myöhentää heikentymistä.

Haastateltujen puheesta Jolanki (2008, 221–223) löysi selvän dikotomian nuorten ja vanhojen välillä. Ikäihmiset asemoivat työssäkäyvät nuoremmat oikeutetuiksi esimerkiksi omaan rauhaan, johon heillä itsellään ei ole oikeutta. Omilta lapsiltakaan ei ole soveliasta vaatia apua. Jolanki tulkitsee tämän ajattelutavan omista tarpeista ja toiveista luopumiseksi, mikä merkitsee samalla myös nuorempien etuoikeuden hyväksymistä ja tunnustamista. Koska työelämä on ikäihmisillä takana, yleisesti katsotaan, että heillä ei uuden tiedon oppimiselle ole käyttöä. Samaten katsotaan, että ikäihmisten ei enää tarvitse olla kiinnostuneita sosiaalisista tai poliittisista asioista. Jolangin haastatellut kuitenkin vastustivat tätä stereotyyppistä ajattelutapaa.

3 Tutkimuskohde ja tutkimuskysymys

Tutkimukseni aihepiiri liittyy hoitotyön henkilöstön virallisissa yhteyksissä vanhuspotilaista käyttämään puheeseen laitoksessa. Tutkimuskohteenani on siis hoitotyön suullisessa tiedonsiirrossa eli ns. potilasraporteissa käytettävä institutionaalinen puhe vanhuspotilaista sairaalan vuodeosastolla sekä siinä ilmenevät tulkintarepertuaarit. Olen kiinnostunut myös repertuaareihin liittyvistä identiteeteistä ja subjektipositioista. Lähestymistapani on sosiaalipsykologinen, mutta tutkimukseni näkökulma liittyy myös hoitotieteeseen

Aihe on ajankohtainen, sillä väestön ikääntyessä ei ole merkityksetöntä, millaiseksi potilas puhutaan. Kielenkäytöllä on seurauksia käytännön hoitotyössä, mm. potilaan itsemääräämisoikeuden, itsehoidon, hoivan tarpeen ja omatoimisuuden kannalta, mutta myös jatkohoidon kannalta

potilaan kotiutuessa ja/tai siirryessä sosiaalitoimen asiakkaaksi. Lisäksi potilaspuheella saattaa olla yhteiskunnallista vaikutusta suunniteltaessa ikääntyvän väestön tarvitsemaa hoivaa suurten ikäluokkien ikääntyessä.

Puhuessaan potilaasta – virallisesti tai epävirallisesti – hoitaja on toimija, joka puheellaan uusintaa tai uudistaa samaan sosiaaliseen tilanteeseen osallistuvien käsitystä potilaasta, millä voi olla seurauksia, kuten edellä esitin. Hoitotyön suullinen tiedonsiirto noudattaa yleensä hyvin vakiintunutta kaavaa, joka on muotoutunut osaston hoitajien keskuudessa vuosien varrella palvelemaan työyksikön tarpeita. Yksittäisen hoitajan toiminnan lisäksi potilasraportointiin vaikuttaa konteksti eli lainsäädännön lisäksi toimintaympäristön kulttuuri, hoitotyön ammattikulttuuri sekä potilaan ja yhteiskunnan etu.

Tutkimuskysymykseni on: *Miten ”vanhuspotilas” puhutaan terveydenhuollon henkilökunnan raportointipuheessa?* Olen siis kiinnostunut hoitajien tuottamista vanhuuden tulkintarepertuaareista, mutta haluan myös pohtia ja herättää keskustelua niihin liittyvistä subjektipositioista ja identiteeteistä.

4 Teoreettis-metodologiset kehykset

Schellenbergin (1988, 10) mukaan sosiaalipsykologian kiinnostuksen kohteena on mm. toisten ihmisten vaikutus vuorovaikutuksen kuluessa. Juuri ihmisten välinen vuorovaikutus ja ryhmätoiminnan säännönmukaisuus ovat sosiaalipsykologian ydinalueita (Helkama, Myllyniemi & Liebkind 1998, 11). Tässä luvussa käyn kursorisesti läpi ryhmän vaikutusta jäsenensä ja sosiaalisen minuuden syntyä sosiaalipsykologisessa tutkimuksessa sekä esittelen tutkimukseni kehyksenä toimivaa sosiaalista konstruktionismia ja tutkimusmetodina käyttämäni diskurssianalyysia.

4.1 Minä ryhmässä ja ryhmä minussa

Hoitotyö on ryhmätöitä. Tavoitteeksi ja ihanteeksi on muodostunut yksilövastuinen hoitotyö, jolla tarkoitetaan yhden hoitajan tai hoitotyön tiimin vastuuta tietyn potilaan hoidon suunnittelusta ja hoidosta. Pyrkimyksenä on, että sama ns. omahoitaja tai tiimi hoitaa potilasta koko sairaalassa-

oloajan, jolloin voidaan mahdollistaa holistinen kokonaisnäkemys potilaan tilanteesta ja hoidosta ja optimoida hoidon jatkuvuus.

Toisen maailmansodan jälkeen sosiaalipsykologisessa tutkimuksessa paneuduttiin ryhmään kuulumisen ja vertaispaineen vaikutuksiin ihmisen käyttäytymiseen ja arviointikykyyn. (Burr 2004, 40–41.) Burr (emt., 50) väittää, että otamme käyttäytymisessämme aina jollakin tavoin toiset huomioon. Ryhmässä tuotamme määritelmän jostakin tilanteesta, mikä ohjaa osallisten käyttäytymistä ja antaa sille merkityksen, joten tilanteiden merkitykset muodostuvat sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. (Emt., 56, 65.) Hoitotyön suullinen tiedonsiirto muotoutuu ja tapahtuu ryhmässä. Kukin työyhteisön jäsen osallistuu omalta osaltaan raportointitiedon muokkaamiseen kirjaamalla huomiot potilaasta potilaan sairauskertomukseen, jonka tiedot puolestaan välittyvät muille hoitotyöhön osallistuville paitsi kirjallisessa muodossa myös suullisena tiedonsiirtona potilasraporteilla. Kokemukseni ja havaintojeni mukaan suullisen raportoinnin sisältö Suomessa on melko yhteneväistä, mutta jokaisen työyksikön tavoitteet, tarpeet ja resurssit luovat raportoinnille kehykset. Näin esimerkiksi kirurgisen tai anesteologisen hoitotyön suullinen tiedonsiirto poikkeaa sisätautien hoitotyön raportoinnista.

Ihmiset omaksuvat yhteisiä arkijärkisiä tapoja ja käsityksiä eli olettamuksia, joita pidetään itsestäänselvyyksinä. Moscovici kutsuu näitä sosiaalisiksi representaatioiksi, jotka hänen mukaansa tekevät ryhmästä ryhmän. Durkheim puhui kollektiivisista representaatioista, jotka yhteisön jäsenet jakavat ja jotka ovat suhteellisen pysyviä ja määräävät sekä rajoittavat ihmisten ajattelua. Tapahtumien merkitys meille ohjaa käyttäytymistämme ja kyseinen merkitys syntyy ainakin osittain yhteisestä kielestä, jaetuista arvoista ja kokemuksista saman yhteiskunnan tai ryhmän jäsenenä. (Burr 2004, 114–118.)

Festingerin sosiaalisen vertailun teorian mukaan pätevän ja vakaan todellisuuden rakentaminen saa ihmiset vertailemaan mielipiteitään, mikä johtaa yhteisten näkemysten syntyymiseen, ja niistä tulee sitten kunkin yksilön omia näkemyksiä (Helkama ym. 1998, 68). Normien vaikutus ryhmässä näkyy ryhmän jäsenten yhdenmukaisessa käyttäytymisessä ja asenteissa. Ihmisillä on taipumus liiankin helposti mukautua ryhmän enemmistöön ja hylätä omat uskomuksensa ja mielipiteensä. Tällainen mukautuminen on yleistä ja sitä tapahtuu kaikkialla maailmassa. Festinger oli ensimmäisiä, jotka yrittivät selittää tätä alttiutta mukautumiseen. Sen lisäksi, että ihminen tekee vertailuja kyvyistään, hän tarvitsee myös vahvistusta uskomuksilleen. Toisten ihmisten vaikutus on sitä voimakkaampi, mitä suurempi sosiaalinen yksimielisyys asioista vallitsee. Festingerin mukaan ryhmä motivoituu yhdenmukaisuuteen saadakseen aikaan kiinteyttä ja yhdenmukaisia kommunikaatiomalleja ryhmän

sisällä. (Brown 1996, 90, 96.) Tämä näkyy hoitotyön suullisessa tiedonsiirrossa yhteneväisenä raportointikaavana sekä sisällöllisenä ja sanastollisena yhdenmukaisuutena kuten olen edellä esittänyt.

Turnerin mukaan ryhmän jäsenyys antaa ihmiselle sosiaalisen identiteetin. Kun ihmiset identifioituvat ryhmään, he luokittelevat itsensä sen jäseneksi, minkä seurauksena he yhdistävät itseensä ne ominaisuudet ja normit, jotka he havaitsevat kuuluvan ryhmälle. (Brown 1996, 101–102.) Sosialisatioprosessissa ihminen oppii tietoja, käsityksiä ja asenteita, jotka mahdollistavat yhteisön jäsenenä toimimisen. Kyse on siis kulttuurin siirrosta sukupolvelta toiselle. Kaikki sosiaaliset organisaatiot toimivat sosialisatioympäristöinä, joten hoitotyön työyhteisökulttuurin ja sen käytäntöjen siirtäminen tapahtuu aivan samoin yksilön vuorovaikutuksessa työyhteisön kanssa (emt., 84). Sosiaalisen oppimisen teorian mukaan oppiminen tapahtuu havaitsemalla tai mallista oppimalla eli jäljittelyllä tai matkimalla. (Helkama ym. 1998, 82, 84, 92.)

Tajfel on esittänyt, että ihmisen ryhmäjäsenyyteen liittyvät stereotyyppit ja ennakkoluulot ohjaavat hänen ryhmäkäyttäytymistään toista ihmistä kohtaan. Ryhmään kuuluminen on omanarvontunnillemme hyvin tärkeää. (Helkama ym. 1998, 301.) Kun miellämme kuuluvamme johonkin ryhmään ja kategorioihin, rakentuu identiteettimme niistä. Identiteettimme koostuu siten kaikista ryhmäjäsenyyksistämme. Eri tilanteet nostavat tietyn identiteetin esille. Samoin ne, joiden kanssa olemme vuorovaikutuksessa, voivat osoittaa meille tietyn identiteetin. Itsetuntonamme kannalta on tietenkin tärkeää, että rakentamamme identiteetti on arvostettu ja positiivinen. Eri ryhmien välinen vertailu vahvistaa omanarvontuntoamme: arvostamme omaa ryhmäämme ja vähättelemme vertailuryhmää. (Burr 2004, 93–96.) Jokaiseen asemaan liittyy rooli, joka sisältää joukon ohjeita ja odotuksia siitä, miten ihmisen tulee roolissaan käyttäytyä (emt., 67). Hoitotyöhön on aina liitetty vahvasti kutsumus, mutta kokemukseni mukaan nykyisin kutsumus ei enää ohjaa ihmisiä hakeutumaan hoitoalalle vaan motiivi on varma työllistyminen, joten hoitotyöntekijöiden ryhmään kuuluminen ei ole enää vapaaehtoisuuteen ja kutsumukseen perustuvaa vaan kyse on toimeentulon hankkimisesta. Joka tapauksessa hoitotyön konteksti yhdenmukaistaa työntekijöiden toimintaa ja nostaa esille hoitajan identiteetin, johon kuuluu ulkoisena merkinä työasu. Kielenkäyttö ja sanasto muuttuvat ammattislangiksi, joka on ryhmässä muotoutunut eikä välttämättä aukea ulkopuolisille. Työryhmä myös sanktioi tai ainakin paheksuu ryhmänormista poikkeamista.

Sosiaalista maailmaamme jäsentävät skeemat, joihin on varastoitunut sosiaalista maailmaa koskeva tieto (Helkama ym. 1998, 118). Henkilöskeemat koskevat henkilöitä. Niissä ihmiset luokitellaan samaan luokkaan tai kategoriaan, jolloin he muuttuvat keskenään aiempaa samankaltaisemmiksi.

Yksi henkilöskeemojen tyyppi on stereotypia, jossa liitämme tiettyyn ryhmään erilaisia ominaisuuksia unohtaen ryhmän jäsenten yksilöllisyyden. (Emt., 120–121.) Tutkimuksessani tarkastelen hoitotyön suullisen tiedonsiirron sisältämiä tulkintarepertuaareja myös tämän näkökulman kautta ja pohdin, esitelläänkö vanhuspotilaat homogeenisena ryhmänä vai saako vanhus säilyttää sairaalahoidossa yksilöllisyytensä.

Toisen ihmisen antama tieto kolmannesta ohjaa vahvasti vaikutelmaa, joka kolmannesta henkilöstä muodostuu. Myös tästä on kyse hoitotyön suullisessa tiedonsiirrossa työn kannalta olennaisen informaation lisäksi. Meillä jokaisella on oma käsityksemme siitä, mitkä persoonallisuudenpiirteet esiintyvät yhdessä, mitkä pyrkivät sulkemaan toisensa pois ja mitkä ovat riippumattomia. Oletuksemme persoonallisuudenpiirteiden välisistä yhteyksistä ohjaavat voimakkaasti niiden vaikutelmien muodostumista, joita toisista ihmisistä saamme. Saatamme esimerkiksi uskoa, että kauniit ovat myös älykkäitä. Tutkimuksissa on osoitettu, että jos ihmiselle kerrotaan, että hänellä on taipumuksia jollekin alalle, hän oppii tuota alaa muita nopeammin eli itsensä toteuttava ennuste alkaa toimia. (Helkama ym. 1998, 143–146.)

4.2 Toinen määrittelee toisen

Ajattelen, että hoitotyön työryhmä koostuu ihmisistä, jotka vaikuttavat toistensa minuuteen ja identiteetteihin. Hoitotyön suullinen tiedonsiirto puolestaan heijastuu potilaaseen eli siihen, minkälaisia identiteettejä ja subjektipositioita hänelle raportoinnissa annetaan, mikä taas puolestaan näkyy hoitajan asenteissa ja käyttäytymisessä potilasta kohtaan.

Helkama ym. (1998, 359–361) sanovat, että opimme tuntemaan itsemme vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa, joten minäkäsitys on mitä suurimmassa määrin sosiaalinen ilmiö. Minäkäsitys sisältää ihmisen ajatukset itsestään eli omista piirteistään, motiiveistaan tai käyttäytymisestään sekä itse kohdistetut tunteet, mutta siihen heijastuvat myös muiden käsitykset meistä. Minäkäsitys muuttuu läpi elämän ihmissuhteiden mukana, mutta emme ole ihan muiden armoilla, sillä toimimme myös itsenäisesti ja siten kehitämme minäkäsitystämme. Vuorisen (1997, 49–51) mukaan minä on prosessi tai pyrkimys eikä suinkaan jotain, joka on aivoissa valmiina odottamassa. Hän esittää, että minä ja minuus rakentuvat ihmissuhdekokemusten varassa.

Gergen, joka julkaisi sosiaalisen konstruktionismin klassisen ohjelmanjulistuksen artikkelissaan ”The social constructionist movement in modern psychology” (1985, suom. 1997), oli erityisesti

kiinnostunut minäkuvan sosiaalisista aspekteista kuten esimerkiksi siitä, miten toisten ihmisten ilmaisemat käsitykset vaikuttavat yksittäisen ihmisen minäkuvaan ja käyttäytymiseen. Hänen kokeissaan positiivinen palaute näytti vaikuttavan myönteisesti ihmisten itseään koskeviin arvioihin myös koeasetelman jälkeen. Olennaista hänen mukaansa oli se, että koehenkilöt uskoivat palautteen autenttisuuteen ja vilpittömyyteen. (Nikander 2001, 277–278.) Minäkäsitystämme voidaan Helkaman ym. (1998, 361) mukaan oikeastaan kutsua organisoiduksi minäkäsitysten kokoelmaksi, joka on kognitiivinen rakennelma, minää koskeva skeema (self-schema). Skeema vaikuttaa siihen, millaista lisäinformaatiota omasta itsestämme otamme vastaan ja kuinka nopeasti niin tapahtuu. Kun minä-skeema koostuu pääasiassa myönteisistä minäkuvista, puhutaan hyvästä itsetunnosta. Itsetunnolla tarkoitetaan ihmisten tunteita – myönteisiä tai kielteisiä – itseään kohtaan eli kyse on omanarvontunnosta. (Emt., 366–367.) Hoitotyön suullisessa tiedonsiirrossa välittyvä kuva potilaasta ohjaa koko työryhmän käsitystä potilaasta ja suhtautumista häneen, ja tämä käsitys myös periytyy työvuorosta toiseen. Vanhuspotilas, jolle hoitaja on sekä ammatillinen auktoriteetti että viranomaisauktoriteetti, saattaa omaksua hoitajan asenteista ja käyttäytymisestä aineksia minäkäsitykseensä, mikä taas osaltaan vaikuttaa mm. hänen voimaantumiseensa joko kannustavasti tai heikentäen uskoa omiin mahdollisuuksiin.

G. H. Mead, yksi sosiaalipsykologian ”esi-isistä”, piti ihmismieltä keskeisenä psykologisen tutkimuksen kohteena ja korosti minän synnyn sosiaalista puolta. Vaikka sosiaalipsykologian lähtökohtana on havaittava toiminta, ei ihmisen sisäistä kokemusta saa jättää huomiotta. Ihmisen käyttäytyminen voidaan ymmärtää vain sen koko sosiaalisen ryhmän käyttäytymistä vasten, jonka jäsen hän on. (Schellenberg 1988, 40–41.)¹ Mead katsoi, että yksilöiden minät tarvitsevat yhteiskuntaa syntyäkseen, sillä minät on luotu sosiaalisen interaktion aineksista (emt., 48). Ihmisen toiminta on nähtävä organismin ja ympäristön välisenä suhteena, joka muodostuu vuorovaikutuksessa, joten minuuden on mahdollista syntyä vain suhteessa toisiin ihmisiin (Kuusela 2001, 69).

Blumer, joka oli Chicagon koulukunnan jäsen ja Meadin oppilas, on korostanut ihmisen toiminnan mukauttamista toisten toimintaan. Toisilla tarkoitetaan tässä ihmistä tai ryhmää kansakuntiin asti.

¹ Meadin mukaan minällä on kaksi vaihetta, ensinnäkin ”me”, joka muodostuu muiden asenteista, jotka sisäistämme ja joista muodostamme oman tietoisuuden itsestämme. ”Me” on objektiminä, josta olemme tietoisia, kun ajattelemme omaa käyttäytymistämme. Minän toinen vaihe on ”I”, joka viittaa aktiivisiin ja impulsiivisiin puoliin. Kun reagoimme minäkuvaamme (”me”), se ei ole koskaan sama kuin tuo kuva. Syntyy siis jotain uutta pohdintamme ja toimintamme väliin. Tuo ”I” on minäkuvan uudistava ja luova puoli, joka yleensä vie toimintaa eteenpäin. (Schellenberg 1988, 44–45.) Kuusela (2001, 76) ilmaisee asian lyhyesti niin, että ”I” on minän uudistava puoli, kun taas ”me” edustaa sen normatiivista käyttäytymistä. Mead kutsui yleistyneeksi toiseksi sitä, kun ihminen omaksuu koko yhteisönsä asenteet ja odotukset, mikä tapahtuu lapsen omaksuessa erilaisia rooleja leikkiessään. Näin ihminen pystyy toiminnassaan orientoitumaan toisiin ja sitoutuu sosiaalisiin normeihin. (Kuusela 2001, 69, 74.)

Mutta ihminen ei ole vain reagoiva, vaan hän on myös toimiva organismi, jota ympäristö tai yhteiskunta ei suoranaisesti määritä. (Kalliola 2001, 332.)

Meadin ajattelu on synnyttänyt erilaisia tutkimushaaroja kuten mm. rooliteorian, jonka mukaan muiden odotuksista muodostuu kaava, joka määrää henkilön roolin. Se, miten ihminen havaitsee kaavan, määrää pitkälle hänen käyttäytymistään. Viiteryhmäteorian mukaan ryhmien vaikutus ihmiseen riippuu siitä, miten hän tulkitsee ryhmän. Tärkeimpänä päämääränä tällaisessa tutkimuksessa on tunnistaa ne ryhmät, joihin ihminen suhteuttaa käyttäytymisensä ja tutkia niiden vaikutusta hänen asenteisiinsa. (Schellenberg 1988, 49.)

Sosiaalipsykologian interpersoonallisten ja yhteiskunnallisten mallien mukaan 'minä' syntyy keskinäisestä vuorovaikutuksestamme, rooleista, jotka olemme omaksuneet, ryhmistä, joihin kuulumme tai haluaisimme kuulua, sekä yhteisestä kielestä ja kulttuurista. Käyttäytymisemme ja minuutemme eivät ole suoranaista seurausta luonteestamme tai pyrkimyksistämme. Kun olemme vuorovaikutustilanteessa, kumpuaa käyttäytymisemme itse vuorovaikutuksesta eikä sitä ohjaa vain suunnitelmamme, aikomuksemme tai luonteenpiirteemme. (Burr 2004, 146–147.) Burr toteaa, että mallien taustalla on olettaus, että ihmistä ei voi ymmärtää, jos ei tunneta hänen kokemustensa ja käyttäytymisensä sosiaalista kontekstia. Sosiaalisella kontekstilla voidaan tarkoittaa ryhmää tai ryhmiä, joihin kuulumme tai haluaisimme kuulua, suhdettamme muihin ihmisiin tai erilaisia arkisia vuorovaikutuksen muotoja, joihin osallistumme. Sosiaalinen konteksti voidaan myös ymmärtää laajasti kulttuurisiksi representaatioiksi ja kielellisiksi rakenteiksi, joista puheemme ja ajatuksemme syntyvät. (Emt., 157.)

Eurooppalaisessa sosiaalipsykologiassa on käytetty identiteetin käsitettä enemmän kuin minuuden käsitettä. Identiteetti jakautuu henkilökohtaiseen osaan, joka tarkoittaa ihmisen niitä ominaisuuksia, jotka tekevät hänestä ainutlaatuisen ja erottavat hänet muista, sekä sosiaaliseen osaan, joka puolestaan viittaa niihin ominaisuuksiin, jotka ihminen jakaa saman ryhmän muiden jäsenten kanssa. (Helkama ym. 1998, 364.) Joka tapauksessa minuutta, identiteettiä tai käyttäytymistä ei pidetä vakiona ja muuttumattomana tai ennalta arvattavana, vaan ne rakentuvat ja muovautuvat sosiaalisissa konteksteissa. Ihminen ei kuitenkaan voi täysin vapaasti määrätä tai päättää omasta identiteetistään, sillä sosiaaliset odotukset, roolit, narratiivit ja diskurssit ympäröivät meitä. Voidaankin sanoa, että elämme jatkuvassa itsemme tuottamisen prosessissa muiden ihmisten parissa. (Burr 2004, 157–158.)

Burr (2004, 87–88) toteaa, että identiteetti eli käsitys siitä ”kuka minä olen” riippuu niistä ryhmistä ja sosiaalisista luokista, joihin kuulumme. Osan ryhmistä voimme valita itse, osaan ehkä haluai-

simme kuulua. Tästä seuraa, että identiteettimme määräytyvät sosiaalisesti. Emme kuitenkaan muutu anonyymiksi joukon jäseneksi ja menetä identiteettiämme, sillä ryhmä voi myös pönkittää identiteettiämme

Goffman esitti, että toisten ihmisten käsitykset meistä riippuvat siitä, mitä he meistä ajattelevat, mikä taas riippuu antamastamme vaikutelmasta. Prosessia, jolla annamme itsestämme erilaisen vaikutelman eri tilanteissa, kutsutaan vaikutelman kontrolliksi. (Helkama ym. 1998, 372.) Hänelle ihmisen identiteetti ei ollut pysyvä suure vaan vuorovaikutuksessa koko ajan muuttuva asia. Se ei siis ole ihmisen sisäinen ominaisuus tai minuus vaan esitys, jonka ihminen käyttäytymisensä kautta muille tarjoaa. Hän ei uskonut sisäisen minuuden olemassaoloon, mitä on kutsuttu ”minä-ateismiksi”, vaan minuus on hänelle juuri tuo muille esitetty minuus. (Peräkylä 2001, 360–361.) Jonesin ja Pittmanin kehittämässä esittäytymisteoriassa käsitellään ihmisen tapoja antaa itsestään erilainen vaikutelma eri tilanteissa. Pyrimme pitämään ohjat käsissämme ja kontrolloimaan anta-
maamme vaikutelmaa. Yritämme esimerkiksi mielistellä, jotta toiset pitäisivät meistä enemmän kuin aikaisemmin. Omakehun avulla pyrimme vaikuttamaan osaavilta muiden silmissä ja siten saada kunnioitusta. Voimme myös vedota toisiin esittäytymällä heikkoina ja riippuvaisina. (Helkama ym. 1998, 374–375.)

4.3 Sosiaalinen konstruktioismi

Tutkimukseni menetelmä eli diskurssianalyysi perustuu sosiaalisen konstruktioismin traditioon, jonka alkuna pidetään Peter Bergerin ja Thomas Luckmannin vuonna 1966 englanninkielisenä ilmestynyttä teosta ”Todellisuuden sosiaalinen rakentuminen”. Kirjoittajat esittävät, että arkielämämme perustuu lähimmäistemme kanssa jakamaamme kieleen, joten kielen ymmärtäminen on välttämätöntä arkielämän todellisuuden ymmärtämiseksi (Berger & Luckmann 2009, 47–48).

Bergerin ym. (2009, 63) mukaan ihminen tuottaa itsensä vuorovaikutuksessa muiden kanssa. Kun hänen käyttäytymisensä institutioituu, syntyy rooleja, joiden vakiomallit ovat yhteisön jäsenten tiedossa eli sosiaalisessa tietovarannossamme. Tietyn roolin esittäjän kuuluu noudattaa roolinsa suorituskriteerejä, jotka opetetaan ihmiselle osana institutionaalista traditiota. Siten roolit edustavat instituutiojärjestelmää. Kaikki institutioitunut käyttäytyminen on roolisidonnaista. Instituutioita edustetaan myös kielen kautta. Tieto jakautuu kielen relevanssin mukaisesti, sillä tieto voi olla yleisesti relevanttia tai relevanttia vain tietyille rooleille. (Berger ym. 2009, 88–91.) Tällöin on

mahdollista, että roolin edellyttämä tieto jää kokonaan yhteisen tietovarannon ulkopuolelle (emt., 99). Primaarisosialisaatiossa ihminen perehdytetään yhteiskunnan jäseneksi, kun taas sekundaarisosialisaatiossa hänet perehdytetään roolispesifiin tietoon (emt., 149, 157).

Sosiaalisen konstruktionismin ajattelun mukaan tieto on aina väistämättä sosiaalisesti neuvoteltua. Kielenkäyttö on aktiivista sosiaalista toimintaa, jossa tietoa sekä rakennetaan että uusinnetaan. Siten tietäminen on sidoksissa kielelliseen toimintaan, paikallisiin puheakteihin, kielipeleihin ja vuorovaikutukseen. Tapamme kuvata ilmiöitä on aina osa sosiaalista prosessia ja vuorovaikutusta. Tieto on siis sosiaalinen konstruktio, kulttuuriin liittyvä ja aikaan ja paikkaan sitoutuva. Sosiaalisen konstruktionismin yksi peruseriaatteista on näkemys kielenkäytöstä aktiivisena toimintana. (Nikander 2001, 282–283, 286.)

Gergen (1997, 49) sanoo, että sanat saavat merkityksensä ainoastaan vuorovaikutuskontekstissaan eli ne eivät ole vain yksilön toiminnan tulosta vaan yhteisesti neuvoteltuja. Hän esittää tärkeitä kysymyksiä erilaisten puhetapojen vaikutuksesta kulttuuriin: mitä kulttuuri hyötyy tai menettää, jos rakennamme maailmaa esimerkiksi talouden, militarismin, psykologian tai feminismin sanastoilla tai käytännöillä (emt., 54). Hän jatkaa edelleen, että jos käsityksemme todesta ja hyvästä ovat kulttuurisia konstruktioita, siitä seuraa, että monia kulttuurisia käytäntöjämme voidaan pitää satunnaisina ja avoimina muutoksille (emt., 59). Avainkysymyksenä Gergen pitää diskurssien voimaa: minkälaisia kulttuurisen elämän muotoja tukahdutetaan ja minkälaisia ylläpidetään (emt., 71).

Burr (2003, 2–5) määrittelee sosiaalisen konstruktionismin muutamien keskeisten olettamusten mukaan. Sosiaalinen konstruktionismi suhtautuu kriittisesti itsestään selvään tietoon. Hän kehottaa suhtautumaan epäilevästi omiin käsityksiimme maailman olemassaolosta. Kaikki ymmärtämisen tavat ovat historiallisesti ja kulttuurisesti suhteellisia. Tieto liittyy kulttuuriin ja on siten ihmisten tuottamaa. Burr varoittaa meitä kuvittelemasta, että meidän ymmärtämisen tapamme olisi jotenkin todempi kuin muiden. Tieto luodaan ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa sosiaalisissa prosesseissa. Tämän vuoksi kieli on sosiaalisen konstruktionismin erityinen kiinnostuksen kohde. Hän muistuttaa vielä, että tieto ja sosiaalinen toiminta ovat yhteydessä toisiinsa ja silloin on aina kyse myös valtasuhteista ja toiminnan seurauksista. Erilaiset konstruktioita maailmasta luovat ja ylläpitävät erilaista toimintaa (emt., 61). Olennaista sosiaalisessa konstruktionismissa on mahdollisuus kielen avulla neuvotella vaihtoehtoisia konstruktioita itsestä ja muista (emt., 48).

Ymmärryksemme itsestämme ja ympäröivästä maailmasta ovat Gergenin (1997, 49) mukaan sosiaalisia tuotoksia, jotka ovat kehittyneet ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa ja ovat osaltaan kulttuurista perimää. Puhetapamme ylläpitävät ja tukevat tiettyjä tapoja tehdä asioita ja samalla estävät uusia tapoja syntymästä, joten toiminnan seurauksetkin ovat puhetavoista riippuvaisia (emt., 147). Vygotski (1982, 18) pitää kommunikaatiota kielen alkuperäisenä funktiona, joten kieltä voidaan pitää ensisijaisesti sosiaalisen kanssakäymisen välineenä. Kommunikaatiota ei ole ilman merkkejä, mutta siihen tarvitaan myös merkityksiä. Välttämätöntä on myös, että sanallinen merkitys kehittyy ja yleistyy. (Emt., 19, Wertsch 1991, 19.) Hän esittää, että myös ajattelun rakenne muovautuu sosiaalisen ympäristön vaikutuksesta yhteiskunnan kulttuurin pohjalta. Ajattelu kehittyy tiettyjen ulkoisten sääntöjen mukaan, kun ihminen on jonkun sosiaalisen yhteisön järjestelmällisen vaikutuksen alaisena. (Vygotski 1982, 57.)

Bakhtin käyttää 'äänien' käsitettä kuvaamaan ihmisen sosiaalista puhetapaa. Siten 'ääni' sisältää ihmisen sosiaalisen ympäristön. Hän sanoo, että tätä 'ääntä' ei voi olla olemassa ilman muita ihmisiä. Merkitykset syntyvät moniäänisyydestä, kun kuuntelija reagoi puhujan lausumaan (Wertsch 1991, 51–52). Eri kielet tai koodistot omaksutaan erilaisissa kulttuurisissa ympäristöissä ja niitä voidaan myös käyttää eri yhteyksissä. Sosiaalinen kieli tai sosiaalinen puhetapa perustuu ihmisen ryhmäsidonnaisuuksiin kuten luokkaan, ammattiin tai ikäryhmään. (Emt., 57.) Sosiaalinen kieli "puhuu" ihmisessä ja voi rajoittaa hänen ilmaisuaan (emt., 59). Koska ihminen syntyy tiettyyn kulttuuriin ja omaksuu sen kielen, on paras tapa ymmärtää ihmistä tuntemalla se merkitys-järjestelmä, jonka rakentamiseen ja ylläpitämiseen hän osallistuu vuorovaikutuksen kautta. (Helkama ym. 1998, 69.)

Sosiaalisen konstruktionismin näkökulman mukaan kieltä ei ymmärretä todellisuuden kuvana vaan todellisuuden rakentajana. Siten kieli on osa todellisuutta itseään. (Jokinen, Juhila & Suoninen 1993a, 9.) Kielen avulla järjestämme, uusinnamme ja muunnamme sosiaalista todellisuuttamme ja konstruomme eli merkityksellistämme asiat, joista puhumme tai kirjoitamme. Jäsennämme kieltä sosiaalisesti jaettuina merkityssysteemeinä. (Emt., 18–19.) Nämä jakamamme merkityssysteemit eivät synny sattumanvaraisesti, vaan ne rakentuvat sosiaalisissa käytännöissä kuten esimerkiksi hoitajien raportointitilaisuuksissa (emt., 22).

Jokisen (1999a, 39–40) mukaan emme voi kohdata todellisuutta "puhtaana", vaan koemme sen aina jonkun näkökulman merkityksellistämänä. Vakiintunut asioiden ja ilmiöiden nimeäminen on välttämätöntä, jotta ymmärtäisimme toistemme käyttämiä käsitteitä. Toisaalta sanan tai lausuman todellinen merkitys paljastuu vasta vuorovaikutuskontekstissa. Alasuutari (1994, 89) muistuttaa,

että käsitteet ja luokittelut, joita käytetään kuvattaessa sosiaalista todellisuutta, eivät pelkästään määritä ja strukturoi toimijan kohtaamaa todellisuutta, vaan ne konstruoivat myös itse toimijan persoonana.

Juhila (1999a, 176–177) kiteyttää konstruktionistisen ymmärryksen kielestä seuraaviin lähtökohtaoletuksiin. Kuvausten kohteet eivät itse sanele käyttämiämme kuvauksia kohteista. Ymmärryksemme maailmasta, toisistamme ja itsestämme perustuu kuvauksiin, jotka muodostuvat ihmisten välisessä historiallisessa ja kulttuurisessa toiminnassa. Kuvaukset pysyvät yllä, jos ne ovat käyttökelpoisia ja menestyvät ihmisten välisissä suhteissa, vaikka ne eivät objektiivisia olisikaan. Kuvauksilla on tilanteinen merkitys, joka syntyy toiminnallisten funktioiden kautta kulttuurisessa yhteistoiminnassa. Tästä seuraa, että vakiintuneita asioiden kuvaamistapoja arvioimalla voidaan arvioida myös kulttuurisia käytäntöjä.

4.4 Diskurssianalyysi ja sen keskeiset käsitteet

Tutkimukseni teoreettis-metodologisena kehyksenä on sosiaalinen konstruktionismi, jonka traditioon diskurssianalyysi metodina kuuluu (Jokinen 1999, 38). Kyse on laadullisesta tutkimuksesta, jota Alasuutari (2011, 32) vertaa arvoituksen ratkaisemiseen. Tutkimushavainnot eivät ole tuloksia, vaan niitä pidetään johtolankoina, joita tulkitsemalla pyritään pääsemään havaintojen ”taakse”. Havaintoja tarkastellaan teoreettisen viitekehyksen näkökulmasta. (Emt., 78–79.) Tutkimusmetodin avulla tutkija voi tulkita ja muokata aineistossa olevia havaintoja (emt., 82). Alasuutari (emt., 243) pitää laadullisen tutkimuksen tärkeimpänä ominaisuutena paikallista selittämistä: selitysmallin tulee päteä mahdollisimman hyvin juuri sen perustana olevaan empiiriseen aineistoon. Tuomi ja Sarajärvi (2009, 163) toteavat, että vaikka laadullisen tutkimuksen sanotaan olevan kvantitatiivista tutkimusta joustavampaa, vaaditaan laadullisessa tutkimuksessa analyyttistä tarkkuutta. Laadullisen tutkimuksen taustalla on ajatus todellisuudesta, joka on yksilöiden mentaalisten prosessien luomaa ja koostuu ihmisten luomista merkityksistä (emt., 165).

Diskurssianalyysissä kieltä lähestytään sosiaalisena toimintana. Kielenkäytöllä on funktioita: sen avulla viestitään, sitä käytetään maailman kuvaamisessa ja interpersonaalisesti eli sen avulla luodaan sosiaalisia suhteita ja identiteettejä. Kieli on myös resurssi käyttäjälleen, joskin resurssia rajoittavat mm. konteksti vuorovaikutuksellisine sääntöineen ja kielenkäyttäjän omat taidot ja mieltymykset sekä ympäröivän kulttuurin, yhteiskunnan ja instituutioiden arvot ja normit. Dis-

kurssianalyttisen tutkimuksen kohteena on se, miten ja mitä asioita kielellä tehdään sekä kielellisen toiminnan paikantuminen tiettyyn tilanteeseen ja aikaan. (Pietikäinen & Mäntynen 2009, 15, 18.)

Jokinen ym. (1993a, 10) määrittelevät diskurssianalyysin kielen käytön ja muun merkitysvälitteisen toiminnan tutkimukseksi, jossa pureudutaan sosiaalisen todellisuuden tuottamiseen erilaisissa sosiaalisissa käytännöissä. Diskurssianalyysi tarkastelee kielenkäyttöä tekemisenä (Suoninen 1999a, 19). Helkama ym. (1998, 225) suomentavat diskurssianalyysin puhettavan tai kielenkäytön tutkimukseksi, jonka materiaalina ovat ennen kaikkea puheet ja tekstit. Diskurssianalyysi on vahvasti aineistolähtöistä ja siten aineiston status on poikkeuksellisen korkea (Suoninen 1993, 49). Aineisto muodostuu käytännön luonnollisesta vuorovaikutuksesta, puheesta ja tekstistä (Edwards 1992, 27). Analyysiyksikkö voi vaihdella suurestikin aina sanoista, fraaseista, lauseista tai kappaleista vielä suurempiinkin yksiköihin (Wood & Kroger 2000, 28).

Diskurssianalyysi ei sinänsä ole selkeärajainen tutkimusmenetelmä vaan väljä teoreettinen viitekehys, jonka teoreettisina taustaoletuksina ovat oletus kielen käytön sosiaalista todellisuutta rakentavasta luonteesta, oletus useiden rinnakkaisten ja keskenään kilpailevien merkityssystemien olemassaolosta, oletus merkityksellisen toiminnan kontekstisidonnaisuudesta, oletus toimijoiden kiinnittymisestä merkityssystemeihin ja oletus kielen käytön seurauksia tuottavasta luonteesta. (Jokinen ym. 1993b, 17–18.)

Pietikäinen ym. (2009, 22) määrittelevät diskurssianalyysin peruslähtökohdat seuraavasti:

- Kieli on samanaikaisesti lingvistinen, diskursiivinen ja sosiaalinen järjestelmä.
- Kielen avulla luodaan sosiaalista todellisuutta, mutta myös sosiaalinen todellisuus luo kielenkäyttöä ja vaikuttaa siihen, miten kieltä käytetään.
- Kielenkäyttö on funktionaalista ja sosiaalista toimintaa, ja siksi sillä on reunaehtoja ja seurauksia.
- Kielenkäyttö on aina tilanteista.
- Kieli on resurssi, jota voidaan käyttää eri tavoin.
- Merkitykset rakentuvat diskursiivisesti ja tilannesidonnaisesti.
- Diskurssin tutkimuksessa yhdistyvät kielenkäytön mikrotaso sekä tilanteen ja yhteiskunnan makrotasot.
- Diskurssin tutkimus on monitieteistä.

Perustelen diskurssianalyysin valintaa tutkimusmenetelmäksi sillä, että sen avulla voin aineistoani tulkitsemalla saada esille vanhuspotilaisiin liittyviä merkitysisältöjä. Toisaalta voin aineistoni avulla kuvata sitä, miten vanhuksista puhutaan yksittäisesti, mutta voin myös yrittää valottaa tutkimuskohteen laajempia kulttuurisia merkityksiä tutkimuskysymykseni mukaisesti: miten

”vanhuspotilas” puhutaan terveydenhuollon henkilökunnan raportointipuheessa. (Ks. Niemi ym. 2006.)

Diskurssianalyysillä on sukulaistraditioita, joilla on sitä lähellä oleva metodologinen ote. Näitä ovat keskustelunanalyysi, retoriikka, semiotiikka ja etnografia. Kaikille niille on yhteistä sosiaalinen konstruktioismi teoreettisena viitekehyksenä. (Jokinen 1999, 37–38.) Teen lyhyen katsauksen näihin sukulaistraditioihin samalla perustellen omia metodologisia valintojani.

Keskustelunanalyysi. Keskustelunanalyysissä tutkitaan ihmisten välistä vuorovaikutusta järjestäytyneenä toimintana. Aineisto koostuu mahdollisimman tarkasti litteroiduista vuorovaikutustilanteista, ja analyysi kohdentuu puhujien yhteistoimintaan puhetilanteessa. Keskustelunanalyysiä voidaan kuvata hyvin kurinalaiseksi metodiksi, jolla on tiukat säännöt. Olen käyttänyt aineistoni litteroinnissa keskustelunanalyysiltä lainattuja työkaluja. Hoitotyön suullisessa tiedonsiirrossa on kuitenkin kyse nimenomaan tiedon välittämisestä eikä pelkästään rakentumisesta aktuaalisessa vuorovaikutustilanteessa. Raportoinnin merkitysisällöt ovat syntyneet jo aiemmin hoitotyön käytännön työn kuluessa ja heijastavat tutkimuspaikkani kulttuuria. (Jokinen 1999, 43–45.)

Retoriikka. Retoriikassa on kyse argumentoinnista, jolla yleisö halutaan saada vakuuttuneeksi asiasta. Retorisessa analyysissä pyritään usein löytämään käytettyjä suostuttelujen ja vakuuttelun keinoja. Diskurssianalyysissä retorisen analyysin työkaluja voidaan käyttää mm. käytetyn kategorisoinnin oikeuttamisen analyysissä. Hoitotyön suullinen tiedonsiirto syntyy hoitajien yhdessä tuottamana. Kokemukseni mukaan argumentointi on tapahtunut jo aiemmin ennen raportointitilaisuutta tai tapahtuu myöhemmin käytännön hoitotyön vaikuttaessa tulkinta-repertuaariin. (Jokinen 1999, 46–47.)

Semiotiikka. Semiotiikalla tarkoitetaan merkkijärjestelmien tutkimusta. Merkitykset syntyvät sen mukaan, miten merkkejä tulkitaan. Saman kielen käyttäjät ovat omaksuneet kielisysteemin ja siten voivat kommunikoida toistensa kanssa. Semiotiikka on kiinnostunut tekstin ja kuvien analysoinnista ja niiden suhteesta sekä rakentumisesta tekstissä, kun taas diskurssianalyysissä tarkastellaan aktiivista kielenkäyttöä ja sen seurauksia. (Jokinen 1999, 48–49.)

Etnografia. Etnografisessa tutkimuksessa ihmisiä tutkitaan luonnollisessa ympäristössä, jossa aineiston keruu tapahtuu osallistuvan havainnoinnin avulla. Etnografiassa aineisto ymmärretään väljästi, sillä tietoa voidaan hankkia Jokisen antaman esimerkin mukaan vaikkapa huoneen sisustuksesta. Yhteistä diskurssianalyysin kanssa on kiinnostus toimijoiden käyttämiin kulttuurisiin

tulkintaresursseihin. Ero diskurssianalyysin ja etnografian välillä tulee kirjoittajan mukaan esille aineistojen hankinnassa ja niiden työstämisessä. Etnografiassa havainnointimuistiinpanoista ovat sekä osa aineistoa että tulkintaa, joten hän pitää etnografista tutkimusta tekstuaalisena suorituksena, jossa painottuu tutkijan reflektio. Aineiston analyysi on etnografisessa tutkimuksessa kokonaisvaltaisempaa kuin diskurssianalyysissä, joka painottaa kontekstia. Omassa tutkimuksessani en halunnut olla havainnoimassa hoitotyön tiedonsiirron kulkua fyysisellä läsnäolollani, koska halusin tilanteesta mahdollisimman autenttisen. Tutkimusympäristöä voidaan siis luonnehtia luonnolliseksi, eikä aineistoni syntynyt aktiivisen panokseni tai läsnäoloni kautta. Lisäksi tarkastelen aineistoani sen omassa pelkästään puheeseen liittyvässä kontekstissa. (Jokinen 1999, 41–43.)

Keskeisiä käsitteitä diskurssianalyysissä ovat selonteot, diskurssi, identiteetti ja subjektipositio sekä konteksti, joita kutakin tarkastelen seuraavaksi lähemmin.

Selonteot. Diskurssianalyysissä ollaan kiinnostuneita erityisesti siitä, miten erilaisia faktoja ja kategorioita tuotetaan ja oikeutetaan (Jokinen ym. 1993b, 23). Näitä kuvauksia nimitetään *selonteiksi* (engl. account). Niiden avulla ihmiset tekevät ymmärrettäväksi sekä omaa itseään että maailmaa. Selonteko kuvaa diskurssianalyysiä lähestymistapana, sillä kuvauksia ei ensinnäkään pidetä todellisuuden kuvauksina. Toiseksi selontekojen katsotaan olevan mukana maailman muotoilemisessa ja ymmärtämisessä. (Suoninen 1999a, 20.)

Selontekoja käytetään kaikenlaisten arjen ilmiöiden ymmärrettäväksi tekemiseen. Suoninen (1997, 154–165; 1999a, 22) kutsuukin ihmistä selontekoja antavaksi oleneksi: selontekojen avulla tehdään kielellisesti ymmärrettäväksi ja kulttuurisessa mielessä järjelliseksi oma toiminta tai toisten toiminta. Selonteot eivät ole neutraaleja kuvauksia, vaan ne uusintavat kulttuuria, joten niiden olemassaolo on kulttuurin jatkumisen kannalta hyvin olennaista. Käytämme selonteoissa niiden diskurssien aineksia, jotka ovat meille kulttuurisesti ymmärrettäviä. Näin selonteot pitävät yllä perinteisiä rakenteita ja samalla pitävät yllä diskursseja. Arkielämässä pyrimme pelaamaan varman päälle eli haluamme näyttäytyä yleisesti hyväksytyjen diskurssien käyttäjinä. Selonteolla on Suonisen mukaan hämmästyttävä sosiaalinen voima. Hän lainaa Foucault'n ajatusta, että ”diskurssit yllyttävät, taivuttavat ja viettelevät toimijoita tietynlaisiin valintoihin”.

Vuorovaikutuskumppanit vaikuttavat selontekojen sisältöön, sillä oletuksemme heistä vaikuttavat valintoihimme. Vastakaiku, jonka mahdollisesti saamme, vaikuttaa selontekoihin jatkossa. Näin kanssaihmiset toimivat ikään kuin selontekojen sopivaisuustuomareina. Usein meillä on aiemman vuorovaikutuksen perusteella kokemuksia, joihin voimme selontekomme pohjata. (Suoninen 1999a, 27, 31.)

Diskurssi. Diskurssin käsite voidaan määritellä monella eri tavalla ja onpa itse termillä synonyymejäkin. Voidaan puhua merkityssysteemeistä, diskursseista tai tulkintarepertuaareista. Jokaisen tutkijan on omalta osaltaan päätettävä, minkälaista diskurssin käsitettä hän käyttää ja miten hän sitä nimittää. Käyn tässä läpi omia valintojani oman ymmärrykseni kautta. Pietikäisen ym. (2009, 26) mukaan kaikille diskurssi-käsitettä käyttäville on yhteistä kielen ymmärtäminen sosiaalisena toimintana ja todellisuutta rakentavana resurssina, jota voi käyttää monilla tavoilla ja jolla on eri seurauksia.

Jokinen ym. (1999b, 67, 71) määrittelevät merkityssysteemin diskurssien ja tulkintarepertuaarien kattokäsitteeksi. Ymmärrän näin määritellyn merkityssysteemin kielenkäytön kulttuuriseksi makrorakenteeksi (ks. Suoninen 2012, 99). Merkityssysteemit ovat eräänlaisia rakennusaineita, joita puheessa käytetään erilaisten versioiden rakentamiseen teoista, itsestä ja sosiaalisista rakenteista. Kirjoittajat määrittelevät diskurssin melko eheäksi säännönmukaisten merkityssuhteiden systeemiksi, joka rakentuu sosiaalisissa käytännöissä ja rakentaa samalla sosiaalista todellisuutta. Tulkintarepertuaarin käsitettä Jokinen ym. pitävät diskurssin käsitteen lähisukulaisena ja siten synonyyminä – joskin kirjoittajien mukaan tulkintarepertuaarin käsite soveltuu parhaiten tutkimustehtäviin, joissa analysoidaan yksityiskohtaisesti arkisen kielen käytön vaihtelevuutta. (Jokinen ym. 1993b, 27–28.)

Pietikäinen ym. (2009, 26–27) määrittelevät diskurssin kielelliseksi ja semioottiseksi toiminnaksi, jolla voi olla vuorovaikutuksellisia ja sosiaalisia ehtoja ja seurauksia. Englanninkielisessä kirjallisuudessa tällä tavoin määritelty diskurssin käsite kirjoitetaan ilman artikkelia ('discourse'). Käsite onkin koko tutkimusalan keskeinen teoreettinen lähtökohta. Artikkelin kanssa kirjoitettuna 'a discourse' eli suomeksi monikollinen 'diskurssit' on suhteellisen pysyvä vuorovaikutustilanteesta toiseen oleva tapa merkityksellistää ja kuvata asioita, ilmiöitä ja tapahtumia tietystä näkökulmasta, jonka saman kieliyhteisön jäsenet tunnistavat. Suoninen (2012, 99) kirjoittaa 'Diskurssin' isolla alkukirjaimella, kun tarkoitetaan kulttuurisesti annettuja kielenkäytön makrorakenteita, ja pienellä alkukirjaimella 'diskurssi', kun tarkoitetaan aktuaalista vuorovaikutusta.

Diskursseja käytetään tiedon rakentamisen ja jakamisen keinoina, joiden avulla hyödynnetään aiempaa tietoa, jäsenellään sitä tietyllä tavalla ja esitetään se tietystä näkökulmasta (Pietikäinen ym. 2009, 54). Wood ym. (2000, 10–11) ilmaisevat ytimekkäästi diskurssissa olevan kyse ihmisten tavasta luoda puheen avulla versioita, joita he käyttävät tiettyä tarkoitusta varten eri tilanteissa ja eri kuulijoille. Näin määriteltynä kaikki puheilmaukset voidaan ymmärtää sosiaalisena toimintana. Diskurssin käsitettä voidaan käyttää myös viittaamaan suhteellisen vakiintuneeseen kielenkäyttöön

tietyssä tilanteessa tai tietyllä tavalla. Voidaan puhua esimerkiksi kouludiskurssista, jolla tarkoitetaan koulussa tapahtuvaa ja kouluun liittyvää tapaa käyttää kieltä. (Pietikäinen ym. 2009, 25.)

Jokinen ym. (1999b, 65) pitävät diskurssin käsitettä liian massiivisena yksittäisten puhetilanteiden analysointiin, joten he käyttävät 'tulkintaresurssin' käsitettä. Ymmärtääkseni tulkintaresurssin käsite on synonyymi tulkintarepertuaarille, jonka Burr (2004, 129–130) määrittelee yhteisten retoristen keinojen ja representaatioiden varastoksi. Tulkintarepertuaarit voidaan nähdä eräänlaisena kulttuurisesti jaettuna resursseja sisältävänä työkalupakkina, jota ihmiset voivat käyttää omiin tarkoituksiinsa. Eri ihmiset voivat käyttää samaa repertuaaria eri tavoin saavuttaakseen eri asioita. Repertuaarit eivät siis ole yksilöllisiä ja kunkin pään sisällä muodostuvia vaan sosiaalisia resursseja, jotka saman kieliyhteisön ja kulttuurin jäsenet jakavat. Repertuaarin käyttö voi olla tietoista mutta myös tiedostamatonta, ja sillä voi olla vaikutusta myös vuorovaikutustilanteen ulkopuolella. (Burr 2003, 60.) Koska diskursseilla rakennetaan erilaisia versioita ilmiöistä, ne säätelevät tietoaamme ympäröivästä maailmasta sekä ymmärtämystämme asioista ja tapahtumista. Jaettuina ne siten tuottavat sosiaalisia käytäntöjä, joten diskurssien, tiedon ja vallan suhde on hyvin läheinen. (Emt., 67.)

Yksittäiselle ihmiselle diskurssit voivat tuottaa erilaisia seurauksia eli mahdollisuuksia, odotuksia tai rajoituksia (Burr 2003, 170). Gergen (1997, 150–151) käyttää esimerkkinä mielenterveysongelmien määrittelyä, joka saattaa ulottua määritellyn eri elämänalueille ja kestää ajallisesti läpi elämän. Gergen vertaa stigmaa syntymämerkkiin tai sormenjälkeen. Puhuja on toimija, joka vaikuttaa diskurssin voimaan: joistakin diskursseista saattaa muodostua yhteisesti jaettuja ”totuuksia” (Jokinen ym. 1993b, 28–29). Sanoilla on erilaisia merkityspotentiaaleja, joiden käyttöön konteksti vaikuttaa, joten analyysissä on otettava huomioon tapahtuma-aika ja -paikka (emt., 30–31).

Identiteetti ja subjektipositio. Diskurssianalyysissä ei siis tutkita yksilöä vaan sosiaalisia käytäntöjä: miten yksilö käyttää kieltä eri tilanteissa ja minkälaisia merkityssysteemejä yksilö toiminnassaan tuottaa. Ihmisen minän merkityksen rakentuminen tapahtuu sosiaalisissa käytännöissä. Identiteetin käsite kuvaa diskurssianalyysissä toimijaulottuvuutta, joka sisältää ne oikeudet, velvollisuudet ja ominaisuudet, joita toimija asettaa itselleen, toisille toimijoille tai joita muut toimijat asettavat hänelle. Identiteetti saattaa muotoutua erilaiseksi eri diskurssissa kontekstista riippuen. (Jokinen ym. 1993b, 37–39.) Ihmisen identiteetti on erilaisten diskurssien kudelman. On syytä muistaa, että kulttuuri asettaa itsensä rakentamiselle rajat, joten kaikki positiot eivät ole mahdollisia. (Burr 2003, 106–107.) Käytännössä identiteettien rakentaminen tapahtuu kategorisoimisella, mikä tarkoittaa sen

tulkitsemista, millainen minä itse tai joku toinen on (Suoninen 2012, 89). Burr (2003, 122) toteaa, että persoonallisuuden muutos vaatii sen muovaamien ja ylläpitämien diskurssien ja niihin liittyvien positioiden tunnistamista.

Subjektiposition käsitettä käytetään Burrin (2003, 111) mukaan prosessista, jossa ihmisen identiteetti tuotetaan. Helkama ym. (1998, 226) määrittelevät subjektiposition minuutta määritteleväksi asiaksi, jota ihmiselle tarjotaan vuorovaikutuksen kuluessa. Ihmiselle osoitetaan tiettyjä ominaisuuksia ja näihin liittyviä oikeuksia ja velvoitteita. Subjektiposition käsite sopii erityisesti sellaisiin tilanteisiin, joissa tutkitaan toiminnan rajoituksia (Jokinen ym. 1993b, 39).

Analyttisesti erityisen olennainen on diskurssianalyttinen näkökulma kielen käytön funktionaalisuuteen eli seurauksia tuottavaan luonteeseen (Jokinen ym. 1993b, 41–42). Kuvaamme maailman ilmiöitä ja ihmisiä nimeämällä. Kategorisointi ja luokittelu ovat osa nimeämistä, joka tapahtuu käyttämällä erilaisia nimityksiä eli substantiiveja, substantiivilausekkeita ja propreja. Yksittäinen nimitys saattaa herättää kokonaisen diskurssin, kuten edellä esitetystä Gergenin esimerkissä juuri tapahtuu. (Pietikäinen ym. 2009, 71.)

Identiteetikategorioiden tutkimus onkin olennaista diskurssianalyysissä sekä se, miten kategorioilla rakennetaan erilaisia diskursseja ja miten ne oikeutetaan. Jokinen ym. (2012, 11, 19; 1993b, 23) tähdentävät, että ihmisillä on mahdollisuus valita, mitä kategorioita he käyttävät kulloisessakin tilanteessa. Tällöin kategorioiden käyttö voidaan ymmärtää tekoina, joilla on seurauksia. Ihmiset valitsevat sanojen, sävyjen ja rakenteiden joukosta juuri ne, joita he pitävät tarpeellisina ja sopivina (Pietikäinen ym. 2009, 67). Kategorioihin liittyvä tieto sisältyy kulttuuriseen varantoon, joka on muodostunut ja koko ajan muovautuu ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa (Jokinen ym. 2012, 46–47).

Wood ym. (2000, 13–14; myös Pietikäinen ym. 2009, 73) korostavat, että diskurssianalyysillä voidaan muuttaa ihmisten puhetapoja ja, koska puhe ymmärretään toimintana, puhetapojen muutoksella voidaan muuttaa toimintaa ja sosiaalisia käytäntöjä. Tutkimuksella voidaan tunnistaa ongelmallisia ja ongelmattomia puhetapoja, joten on mahdollista löytää vaihtoehtoisia puhetapoja.

Konteksti. Kontekstin käsite on keskeinen diskurssianalyysissä. Sillä voidaan tarkoittaa esimerkiksi asiayhteyttä, vuorovaikutustilannetta tai yhteiskunnallista tilaa ja se sisältää kaikki ne tekijät, jotka ovat mukana vaikuttamassa merkityksen muodostumiseen sekä myös merkityksen käyttöön ja tulkintaan vaikuttavat tekijät. Kielen ja kontekstin suhde on erottamaton. Jokaisessa tilanteessa on oma kontekstinsä, mutta tilanteisen kontekstin lisäksi läsnä on monta kerrosta konteksteja kuten

esimerkiksi institutionaalinen, historiallinen tai yhteiskunnallinen konteksti. Tilannekonteksti sisältää myös osallistujien toimijuudet ja osallistujaroolit. (Pietikäinen ym. 2009, 29–34; Jokinen ym. 1999b, 56.)

Diskursseilla on siis kyky rakentaa identiteettejä sekä käsityksiä itsestämme, toisistamme ja ihmisten välisistä suhteista, joten identiteetin voidaan sanoa rakentuvan kielen ja muiden semioottisten resurssien käytössä. Identiteetit ymmärretään prosessiksi, sillä ihmisessä neuvottelevat koko ajan monenlaiset identiteetit ja jokainen tilanne sisältää mahdollisuuden toisenlaiseen identiteettiin. (Pietikäinen ym. 2009, 63–64.)

4.5 Diskurssianalyttinen tutkimusprosessi

Aineiston analyysi kannattaa Wetherellin ja Potterin mukaan aloittaa erojen ja yhtäläisyyksien etsimisellä hakemalla toistuvia malleja ja rakenteita. Sanojen tunnistamisella pyritään – ei erillisten sanojen vaan erilaisten sanastojen eli merkityssysteemien – diskurssien eli tulkintarepertuaarien tunnistamiseen. (Suoninen 1999b, 107.) Sanasto voi olla vaikkapa lääketieteellinen, individualistinen tai miehinen (emt., 109). Merkityssysteemit esiintyvät aineistossa vain pieninä paloina eivätkä siis selkeinä kokonaisuuksina. Merkityssysteemillä ei tarkoiteta puheen aihetta vaan sitä, miten aihe tehdään ymmärrettäväksi (esimerkiksi 'individualismidiskurssi'). Sama aihe näyttäytyy eri merkityssysteemeillä erilaisena eri tilanteissa. Diskurssianalyysi on aineistolähtöistä: tutkija ei "keksi" eri diskursseja, vaan hän tulkitsee ne aineistosta. (Suoninen 1993, 50–51.) Merkityssysteemien tunnistaminen liittyy lausumien funktioiden tunnistamiseen: mitä lausumalla tehdään tiettyssä tilanteessa (emt., 54–55).

Parker (Suoninen. 1993, 60–62 [Parker 1992, 6–17]) on listannut seuraavat diskurssien eli merkityssysteemien tunnistamisen kriteerit:

1. Diskurssi realisoituu tekstissä.
 - Tutkija on kiinnostunut ensisijaisesti tai pelkästään teksteistä eikä tekstien laatijoista yksilöinä.
2. Diskurssi liittyy objekteihin.
 - Jonkin asian nimeäminen antaa tälle (objektille) olemassaolon.
3. Diskurssi sisältää toimijat.
 - Diskurssilla on 'kyky' kutsua meitä tietynlaisiin persoonallisuuden positioihin.
 - Asemoidumme usein myös tilannesidonnaisesti diskurssien määrittämiin oikeuksiin ja velvollisuuksiin.

4. Diskurssi on yhtenäinen merkityssysteemi.
 - Ne metaforat, analogiat ja kuvat, joita jokin diskurssi piirtää todellisuudesta, ovat kartoitettavissa yhtenäisenä kokonaisuutena.
5. Diskurssi viittaa toisiin diskursseihin.
 - Diskurssit voivat aina kommentoida toisiaan ja lainata metaforia ja analogioita toisiltaan.
6. Diskurssi reflektoi omaa puhetapaansa.
 - Diskurssien voidaan ajatella kommentoivan myös omia käsitteitään.
7. Diskurssi on historiallinen.

Keskeistä on kategorisoiminen. Esine, henkilö tai tapahtuma kuvataan joksikin, jolla on tiettyjä ominaisuuksia. Kategoriat myös määrittelevät erilaisia toimintoja, joten ne eivät ole viattomia. (Suoninen 2012, 129–130.) Wood ja Kroger (2000, 94) muistuttavat, että kategorisoiminen ei ole vain analysoijan toimintaa, sillä puhujat luovat ja käyttävät kategorioita eri tarkoituksiin. Tällöin analysoijan tehtävänä on kuvata ja analysoida näitä kategorioiden käyttötapoja. Wood ja Kroger (2000, 101) pitävät toimijan ja potilaan erottamista analyysille olennaisena tehtävänä (Agent-Patient Distinction). Toimijalla on mahdollisuus tehdä valintoja ja suunnitella, hän on nimensä mukaisesti ’toimija’ eli subjekti. Potilas on puolestaan toiminnan kohde eli objekti. He kehottavat myös analysoimaan metaforien käyttöä, koska puhujat liittävät ihmiseen niiden avulla erilaisia toimijuuksia (emt., 105).

5 Empiirinen tutkimus

5.1 Tutkimuksen eettisyys

Marraskuussa 2013 olin päättänyt tutkimusaiheeni ja -kohteeni. Aineistona käyttäisin äänitallenteita erään terveydenhuollon yksikön potilasraporteista. Otin yhteyttä laitokseen, jossa suunnittelin toteuttavani aineiston keruun. Kyseessä on sairaala ja sen vuodeosasto, jolla hoidetaan somaattisesti sairaita ihmisiä. Ensimmäiseksi haasteeksi nousi tutkimusluvan saaminen, koska tutkimuspaikkana on terveydenhuollon yksikkö. Laitoksen hoitotyön johtaja näytti vihreää valoa, ja sain ohjeet tutkimusluvan hakemiseksi. Tammikuussa 2014 laitoksen ylin johto ei myöntänytkään aineiston arkaluontoisuuteen vedoten minulle tutkimuslupaa. Johdon mielestä minun piti hankkia sairaanhoitopiirin eettiseltä toimikunnalta lausunto. Olin yhteydessä sairaanhoitopiirin eettiseen toimikuntaan, jonka mukaan en tarvitse lausuntoa, koska tutkimuksessani ei puututa ihmisen

fyysiseen tai psyykkiseen koskemattomuuteen. Lisäksi tarkoituksena on lisätä tieteellistä – minun tapauksessani sosiaalipsykologista – tietoa terveydenhuollon puhekäytännöistä. Esittelin tutkimussuunnitelmani sairaalan johdolle ja kirjoitin vapaamuotoisen tutkimuslupa-anomuksen laitoksen tutkimuslupaohjeiston mukaisesti. Lupa järjestyikin sitten parissa viikossa.

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2009) laatimissa humanistista, yhteiskuntatieteellistä ja käyttäytymistieteellistä tutkimusta koskevissa eettisissä periaatteissa korostetaan mm. vapaaehtoisen osallistumisen turvaamista tutkittavien rekrytoinnissa, henkisten haittojen välttämistä ja yksityisyyden suojaa tutkimusaineiston keruussa, käsittelyssä ja tulosten julkaisemisessa.

Kuulun työssäni salassapitovelvollisuuden piiriin kuten laissa terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä (559/1994) määrätään. Lain mukaan en saa sivulliselle ilman lupaa ilmaista mitään salaisuutta, jonka olen asemani tai tehtäväni perusteella saanut tietää. Tämä salassapitovelvollisuus säilyy myös ammatinharjoittamisen jälkeen. Samaisessa laissa määrätään, että terveydenhuollon ammattihenkilön on otettava huomioon myös potilaan oikeudet. Salassapitovelvollisuuden rikkomista pidetään tieto- ja viestintärikoksena, josta tuomitaan Rikoslain (39/1889) mukaan. Koska olen koko työurani työskennellyt moitteettomasti salassapitovelvollisuuden alaisena, ei salassapito tämän tutkimuksen puitteissa ollut minulle mikään uusi asia eikä siis tuottanut minulle mitään ongelmaa.

Helmikuussa 2014 kävin esittelemässä tutkimussuunnitelmaani ja -aikeitani tutkimuspaikkani työyhteisölle. Aineistona olisivat tallennetut potilasraportit, mikä olisi siis työyhteisön osuus. Esittelin tutkimusesitteen (liite 1), joka oli jo aiemmin ollut yleisesti nähtävillä, ja kävin läpi suostumuslomakkeen sisällön (liite 2) sekä tallennetun aineiston käsittelyn. Palaverista tehtiin muistio, jotta informaatio tavoittaisi myös vapaavuorolaiset.

Jokaisen tallennuskerran aluksi pyysin tulosteen, jossa oli potilaiden huonepaikat, nimet ja syntymäajat. Ennen tallennusta varmistin vielä, että raportoiva hoitaja oli tietoinen tutkimuksen tarkoituksesta ja edelleen halukas osallistumaan tutkimukseen. Annoin raportoijalle tutkimusesitteen ja pyysin allekirjoituksen suostumuslomakkeeseen.

Tallennukset tein sanelimella. Tallennuksen aikana laskin potilaiden iät vuosina ja merkitsin ne muistiin, minkä jälkeen jätin potilaiden syntymäaikatiedot terveydenhuollon yksikköön hävitettäväksi. Näin minulle jäi tulosteeseen tiedot vain potilaan huonepaikasta ja nimestä. Ääni-

tallennuksissa potilaiden syntymäaikoja ei mainittu eikä niistä myöskään käynyt ilmi raporttia pitävien hoitajien nimiä, jotka kirjoitin muistiin ainoastaan omaan käyttööni.

Tallennuksia litteroidessani käytin sanelinta, joka asian arkaluontoisuuden vuoksi ei ollut missään vaiheessa yhteydessä Internet-verkon kanssa. Litteroinnissa anonymisoin potilaiden nimet alkukirjaimiksi XX, annoin eri raporteille tunnistekoodit, joita käyttäisin aineisto-otteissa, sekä merkitsin anonyymeillä kirjainlyhenteillä raporteissa esiintyvät nimet, ammatit, paikkakunnat ja laitokset (ks. s. 44). Näin anonymisoidut litteraatiot tallensin sitten tietokoneelle. Tämän jälkeen tuhosin äänitallenteet, joten jatkossa käsittelin ainoastaan anonymisoitua tiedostoa, jonka tuhoaisin tutkimuksen julkaisemisen jälkeen.

5.2 Tutkimusaineisto

Tutkimusaineistonani ovat siis tallennetut potilasraportit. Tutkimuskysymykseni näkökulmasta aineistoni on mielestäni osuva ja kuvaa hyvin tutkittavaa ilmiötä. Käyttämäni aineisto on luonnollinen aineisto. Olen käyttänyt vain yhden osan aineistoa, vaikka diskurssianalyysissä voidaan tehdä myös vertailevaa tutkimusta. Diskurssianalyysissä ei ole selvää sääntöä, kuinka laaja aineiston tulee olla. Toisaalta resurssit määräävät aineiston laajuuden, toisaalta siihen vaikuttavat tutkimustehtävä ja -asetelma. Omassa tutkimuksessani havaitsin saavuttaneeni tietyn saturaatiopisteen enkä enää saanut uutta tietoa ilmiöstä. Suppeampikin aineisto olisi riittänyt, mutta toisaalta aloittelevana tutkijana tunsin epävarmuutta ja pelasin varman päälle. (Ks. Niemi ym. 2006.)

Helmikuun 2014 osastopalaverin yhteydessä kerroin sosiaalipsykologiasta tieteenalana noin yleisesti sekä omasta kiinnostuksestani kieleen ja tiedon sosiaaliseen rakentumiseen. Taustajatuksenani on ryhmässä muotoutuva yhteinen tapa puhua potilaista ja käyttää kieltä. Juuri tätä tapaa olen omalla tutkimuksellani etsimässä. Yritin välttää ”tieteellä tappamista”. Tähdensin, etten tutki yksittäisiä hoitajia vaan sosiaalisia käytäntöjä. Kerroin keskittyväni yli 75-vuotiaisiin, koska he ovat moniongelmaisia hoitotyön kannalta. Työyhteisö reagoi positiivisesti: läsnäolijat lupautuivat mukaan ja uskalsivat ”luvata” poissaolijoiden puolestakin, että nämä varmasti suostuvat. Työyhteisö piti positiivisena, että mahdolliset ”arveluttavat” raportointikäytännöt paljastuisivat, jotta hoitajat voisivat muuttaa niitä ja siten kehittää työtään edelleen. Monet sairaalat toimivat opetussairaaloina tuleville terveydenhuollon ammattilaisille, joten raportointikäytäntöjen tiedostaminen, reflektoiminen ja tarvittaessa muuttaminen saattaa vaikuttaa kauaskantoisesti tulevien

ammattilaisten raportointikäytäntöihin. Toivoisin, että hoitohenkilökunta ymmärtäisi valtansa ja vastuunsa.

Alun perin tarkoitukseni oli tallentaa viikon raportointi, mutta koska työntekijöitä on niin vähän, olisin pahimmassa tapauksessa tallentanut vain yhden ihmisen puhetta. Päädyin tallentamaan jokaisen vakituisen tavoitettavissa olevan hoitajan yhden potilasraportoinnin, mikä merkitsisi käytännössä noin viisi tuntia tallennettua puhetta. Yksittäisten potilasraporttien määrä tulisi liikkumaan arvioilta 50:n ja 70:n välillä. Keskityin ainoastaan iltapäivän raportteihin, joiden kesto on noin 1 tunti. Iltapäiväraportti on kestoaltaan vuorokauden pisin ja siten kaikkein yksityiskohtaisin ja kattavin. Potilasta kohden käytetty raportointiaika on noin 3 minuuttia.

Tein tallennukset keväällä 2014. Laadin osaston henkilökunnan työvuorotaulukkoa hyväksi käyttäen aikataulun, josta osallistujille kävi selväksi, milloin olin tulossa kunkin raportointia tallentamaan. Raportit alkoivat klo 14 ja kestivät puolesta tunnista tuntiin. Koska halusin tilanteesta mahdollisimman autenttisen ja ”normaalin”, en kuunnellut itse raportteja. Olin läsnäolollani muistuttanut, että tutkimus on menossa ja saanut informantini tarkkailemaan ja harkitsemaan puhettaan. Sanelimen mikrofonin kiinnitin hoitajan kaulukseen. Itse laitteen hoitaja sujautti taskuunsa. Vaarana tietenkin olisi, että menetän sanatonta viestintää, mutta kokemukseni mukaan sanattoman viestinnän osuus ei ole kovin merkittävä, koska raportin aikana jokainen kuuntelija keskittyy muistiinpanojen tekemiseen ja koska osa kuuntelijoista istuu sivuttain eikä näin voi helposti kohdistaa katsettaan raportoijaan. Kumpikaan ensimmäisistä raportioijista ei pitänyt tilannetta ”pahana”. Ensin kuulemma jännitti, mutta koska aikaa asetella sanojaan ei ole riittävästi, tallennus unohtui.

Kotona kuuntelin tallennusta. Kirjoittaessani puhetta tekstiksi tajusin, että urakka tulisi olemaan valtava, jos litteroisin koko aineiston yksityiskohtaisesti suunnitelmani mukaan. Raportointi sisältää aina paljon lääketieteellistä informaatiota, jonka annin arvioisin potilaskohtaisesti. Muun muassa lääkemuutokset tai laboratoriokokeiden tulokset ovat tällaisia. Haavahoidot yleensä selitetään juurta jaksain, esimerkiksi millaisia haavanhoitomateriaaleja on käytetty. Näitä en pitänyt tutkimukseni kannalta olennaisina asioina, joten tällaiset jättäisin litteraation ulkopuolelle. Ensimmäisen raportointikerran tekstien perusteella en osaisi erottaa, että kyseessä on kahden eri ihmisen puhetta – niin samankaltaista raportointi on.

Kuuntelin tallenteet useaan kertaan ja aloin pikku hiljaa kirjoittaa raakatekstiä. Työ oli uskomattoman hidasta. Lainasanelimeni oli hyvin alkeellinen enkä pystynyt esimerkiksi kelaamaan puhetta edestakaisin pieninä pätkinä, vaan kelaus onnistui ainoastaan kokonaan alkuun tai loppuun.

Tarkoitukseni oli litteroida tallenteet hyvinkin tarkasti, mutta aiempaan tutkimukseen tutustuessani tajusin, että se ei ole lainkaan välttämätöntä. Diskurssianalyysissä ei litteroinnin tarvitse olla yhtä yksityiskohtainen kuin esimerkiksi keskusteluanalyysissä. Raakatekstin kirjoittamisen jälkeen aloitin itse litteroinnin, jonka aikana kuuntelin edelleen tallenteita useaan kertaan koko ajan täydennyksiä tehden. Litteroinnissa merkitsin tauot, puhenopeuden muutokset, korostukset, äänenkäytön voimakkuuden ja äänensävyn, jos se oli poikkeuksellinen (esimerkiksi naurua tai ironiaa) Litterointimerkit löytyvät liitteestä 3. Raporttia vastaanottavat hoitajat kommentoivat raporttia aika ajoin, mutta sanelin ei tallentanut puhetta riittävän hyvin, jotta kommenteista olisi saanut selvää.

Yhden raportointikerran kesto oli puolisen tuntia, mutta osastolla sattui olemaan – syystä tai toisesta – melko hiljaista, joten kestot vaihtelivat melko paljon. Loppujen lopuksi tallensin yhdeksän eri hoitajan puhetta. Potilasraportteja kertyi tuona ajanjaksona 63, joista 49 koski yli 75-vuotiaita. Siten potilasraporteista alle 75-vuotiaita käsiteltiin 22 %:ssa ja yli 75-vuotiaita 78 %:ssa raporteja. Vanhuspotilaista 75–89 -vuotiaita käsiteltiin 80 %:ssa ja yli 90-vuotiaita 20 %:ssa potilasraportteja.

5.3 Aineiston analysointi

Olen käsitellyt luvussa '4.4 Diskurssianalyysi ja sen keskeiset käsitteet' diskurssin käsitettä. Koska raportointipuheessa on kyse arkisen kielen käytön vaihtelevuudesta, käytän tulkintarepertuaarin tai repertuaarin käsitettä kuvaamaan tutkimaani ilmiötä eli hoitajien vanhuksista käyttämää institutionaalista puhetta hoitotyön suullisessa tiedonsiirrossa, jossa merkityksellistetään ja kuvataan vanhuksiin liittyviä asioita, ilmiötä ja tapahtumia hoitajien ja hoitotyön näkökulmasta ja joka on tuttu saman työyhteisön jäsenille. Ymmärrykseni on, että nämä tulkintarepertuaarit rakentuvat hoitajien raporteilla käyttämistä ilmenemismuodoista, joista diskurssianalyysissä käytetään selonteon käsitettä. Näiden metodisten työkalujen avulla voin vastata tutkimuskysymykseeni eli miten ”vanhuspotilas” puhutaan terveydenhuollon henkilökunnan raportointipuheessa. Vanhuuden tulkintarepertuaarit ovat näin melko eheä säännönmukaisten merkityssuhteiden systeemi, joka rakentuu sosiaalisissa käytännöissä ja rakentaa samalla sosiaalista todellisuutta, kuten olen em. luvussa Jokisen ym. (1993b, 27–28) mukaan esittänyt.

Näin määritelty tulkintarepertuaarin käsite sopii mielestäni osuvasti juuri raportointipuheen analysointiin. Raportit ovat kokemukseni mukaan pysyneet vuosikymmenet samankaltaisina ja sisältäen siten vakiintuneita tapoja raportoida potilaista. Nämä tietyn työyksikön vakiintuneet tavat

ovat muotoutuneet työyhteisön tarpeiden vuoksi, mutta ne sisältävät myös sosiaalisen tason, koska hoitajat yhdessä ovat ne luoneet. Raportoiva hoitaja lähtee oletuksesta, että saman työyhteisön hoitajat tunnistavat raportointipuheen näkökulman. Vakiintuneet tavat myös siirretään uusille työntekijöille perehdytyksessä ja opiskelijoille käytännön harjoittelun aikana.

Latimer (1998, 45–46) korostaa, että hoitaja ei ole koskaan autonominen toimija. Ensimmäkin hoitajan toimia määräävät ja rajoittavat erilaiset hallinnolliset ja lainsäädännölliset säännöt ja säädökset. Toiseksi hoitajat ovat sosiaalisia toimijoita, jotka esittävät tilanteisia rooleja hoitajina, työntekijöinä ja kollegoina. Roolit taas pohjautuvat käytettävissä oleviin kulttuurisiin diskursiivisiin käytäntöihin. Hoitajien kontekstiin kuuluvat sosiaaliset suhteet potilaisiin, lääkäreihin, kollegoihin, avustavaan henkilökuntaan jne., joten he tekevät identiteettityötä monella käytännön työn alueella. He osallistuvat myös resurssien jakamiseen tehdessään arvioita potilaista. Hoitajien arviot perustuvat Latimerin mukaan (emt., 49) luokitteluun, joka muuttuu potilaan sairaalassa olon aikana hänen vointinsa muutosten perusteella.

5.3.1 Tutkijan positioni

Niemi ym. (2006, 84) korostavat, kuinka tärkeää diskurssianalyttisessä tutkimuksessa on tutkijan position tiedostaminen, millä heidän mukaansa tarkoitetaan tutkijan osuutta tutkimusprosessissa. Tutkijan tietämys, ajattelutapa ja tiedonintressi ovat vaikuttavia tekijöitä. Tutkijan positiolla on merkitystä myös tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa (emt., 81).

Suhteeni tutkimusaineistooni on läheinen, koska minulla on pitkä työkokemus terveydenhuollossa. Kuten tutkielmani johdannossa esitin, lähdin tutkijana liikkeelle asianajajan positiosta: halusin vaikuttaa raportointikäytäntöihin, jotta hoitohenkilökunta tiedostaisi valtansa ja vastuunsa ja olisi valmis muuttamaan käytäntöjä tarvittaessa. Vaikka toisin voisi kuvitella, ennako-oletuksenani ei ollut, että hoitotyön suullisesta tiedonsiirrosta löytyisi jotakin hyvin arveluttavaa tai mullistavaa, joka ehdottomasti vaatisi muutosta. Analyysivaiheen edetessä olen huomannut positioni vaihtuvan, sillä nyt tunnen olevani enemmänkin tulkitsija. Raportointipuheen tarkoitus, sen yhtymäkohdat käytännön hoitotyöhön ja työn suunnitteluun sekä sen funktionaalisuus ovat käyneet entistä selvemmiksi. (Pietikäinen ym. 2009, 14.) Juhilan (1999b, 212–213) mukaan tulkitsijan positio saa tutkijan näkemään aineistosta tiettyjä asioita hänen kokemustensa tai elämänsänsä kautta, mikä kuvaa juuri minun suhdettani tutkimusaineistooni: esiympäristykseni on vahva ja käytännön tulkinnassani niitä tulkintaresursseja, joita olen käytännön hoitotyössä omaksunut. Voin siis sanoa, että tutkimustulokseni ei ole objektiivinen vaan diskursiivinen.

5.3.2 Analyysin kulku

Sovellan tutkimuksessani löyhästi Parkerin esittämää diskurssien etsinnän seitsemää vaihetta (ks. luku 4.5). Käytän apunani Niemen, Kyngäksen ja Paasivaaran (2006) artikkelia 'Diskurssianalyysi hoitotieteellisessä tutkimuksessa', jota olen esitellyt aiemmin luvussa 2.3 (s. 11). Parkerin esittämät vaiheet em. artikkelissa ovat 1) aineiston käsitteleminen tekstin muotoon, 2) subjektien etsintä, 3) objektien etsintä, 4) tekstin sisältämien merkitysjärjestelmien etsintä, 5) diskurssien välisen vuorovaikutuksen tunnistaminen, 6) tekstin yleisluonteen kuvaaminen ja 7) sosiaalisen ja historiallisen kontekstin ymmärtäminen. Esitän analyysini vaiheittaisen etenemisen kaaviossa 1 (s. 40). Vaikka Parkerin esittämät diskurssien etsinnän vaiheet toimivat analyysini runkona, olen ottanut melko vapaat kädet sovelluksessani ja toimin oman ymmärryksen ja intuitioni mukaan.

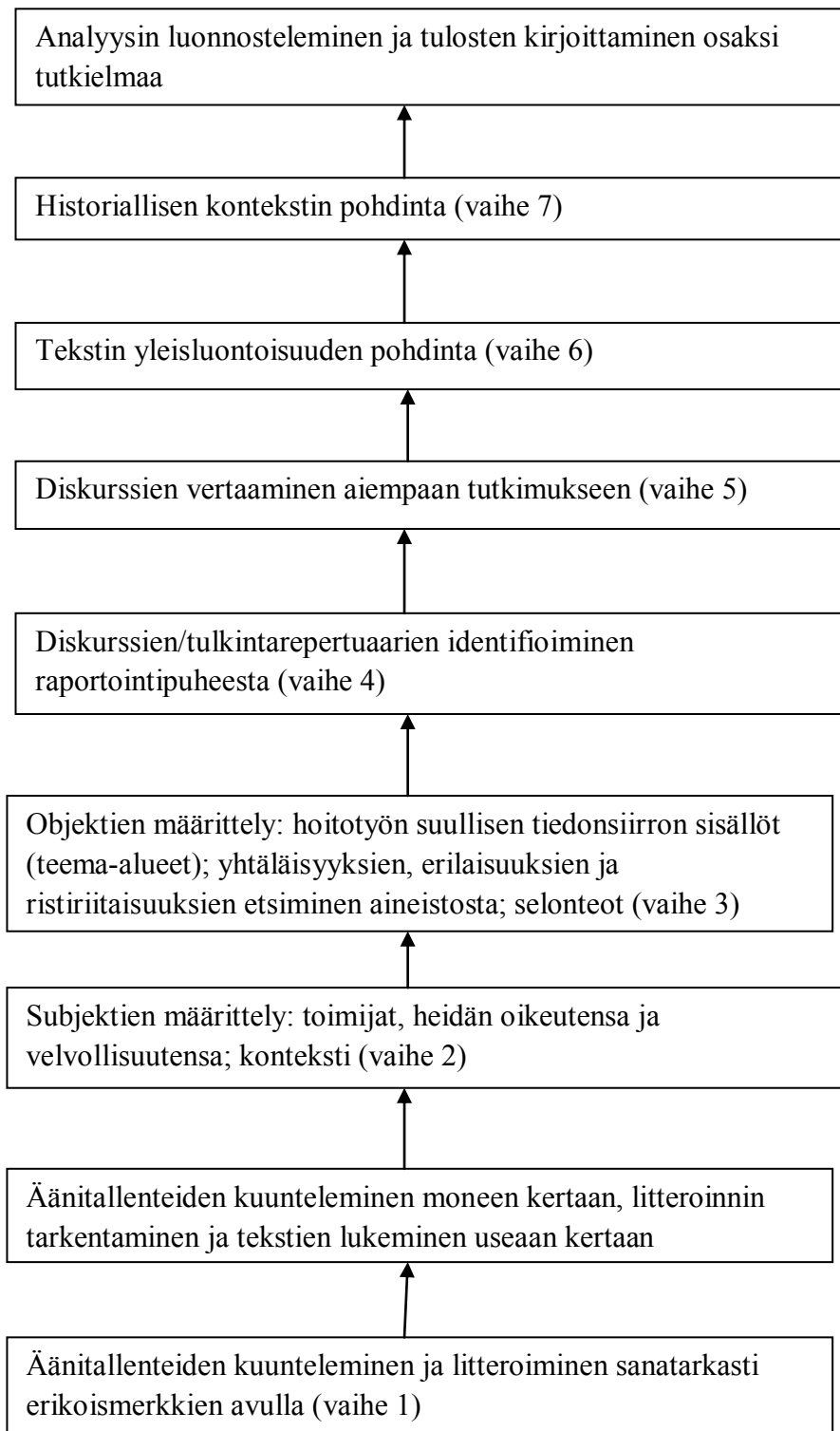
Vaiheessa 1 aukikirjoitin äänitallenteen muodossa olleen tutkimusaineiston tekstiksi ja litteroin sen. Tätä vaihetta olen käsitellyt yksityiskohtaisesti luvussa '5.2 Tutkimusaineisto' (s. 35).

5.3.3 Konteksti

Diskurssin subjektiksi nimeän hoitajat, jotka suorittavat hoitotyön suullista tiedonsiirtoa eli pitävät raportteja (vaihe 2; ks. kaavio 1, s. 40). Tämän vaiheen ymmärrän kontekstiksi. Vuodeosaston sairaanhoitajan työ on kolmivuorotyötä. Aamuvuoro alkaa klo 7.00 ja kestää klo 15:een. Iltavuoro alkaa klo 14 ja päättyy klo 21.30, yövuoro on klo 21:n ja 7:n välillä. Nämä käytännöt vaihtelevat työyksikkökohtaisesti, joten kellonajat ovat viitteellisiä. Jokainen työvuoro alkaa hoitajien suullisella tiedotustilaisuudella eli raportilla ja se myös päättyy raporttiin, jonka kesto vaihtelee 15 minuutista tuntiin. Pääperiaatteena on, että edeltävän vuoron vastuusairaanhoitaja kertoo potilaiden terveydentilasta, hoidosta ja taustasta seuraavan työvuoron työntekijöille. Tutkimuspaikassani tiedotustilaisuuteen osallistuvat vain em. vastuusairaanhoitaja sekä seuraavan työvuoron työntekijät. Vastuusairaanhoitaja käyttää raportin apuna sähköisiä potilasasiakirjoja, mutta tilanne on sangen vapaamuotoinen ja sisältää kirjoittamatonta tietoa asiakirjojen ulkopuolelta.

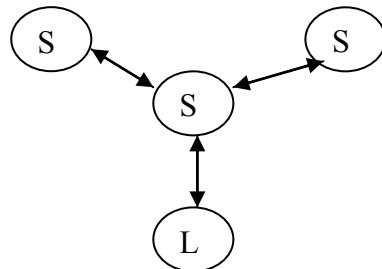
Raportissa on kyse institutionaalisesta vuorovaikutuksesta, joka tapahtuu tietyn instituution sisällä, mutta jossa kuitenkin käytetään työyhteisön omia kulttuurisia tapoja. Sisältö noudattaa melko vakiintunutta kaavaa, jonka mukaan raportissa käsitellään yleensä potilaan sairaalaan tulon aiheuttanut sairaus, sen nykytila ja hoito, aiemmat potilaan tilaan vaikuttavat sairaudet, fyysinen ja psyykinen toimintakyky eli omatoimisuuden aste sekä sosiaalinen tilanne, joka käsittää omais- ja

muun sosiaalisen verkoston, kotipalvelun antaman avun sekä asumismuodon. Suullisen tiedon-
siirron tarkoituksena on taata hoidon jatkuvuus.



Kaavio 1. Diskurssianalyysin vaiheittainen eteneminen tutkimuksessani Parkerin mallia soveltaen. (Ks. Lipponen ym. 2008, 231.)

Hoitotyön suullinen tiedonsiirto tapahtuu ryhmässä, jonka kokoonpano vaihtelee työvuorojen ja työroolien mukaan. Viestintäverkko raportointitilanteessa on kuvion 1 (s. 41) mukainen. Raportin pitäjä voi siis olla kuka tahansa osaston sairaanhoitajista, vastaanottajina ovat seuraavan työvuoron työntekijät, jotka ovat yleensä sekä sairaanhoitajia että lähihoitajia.



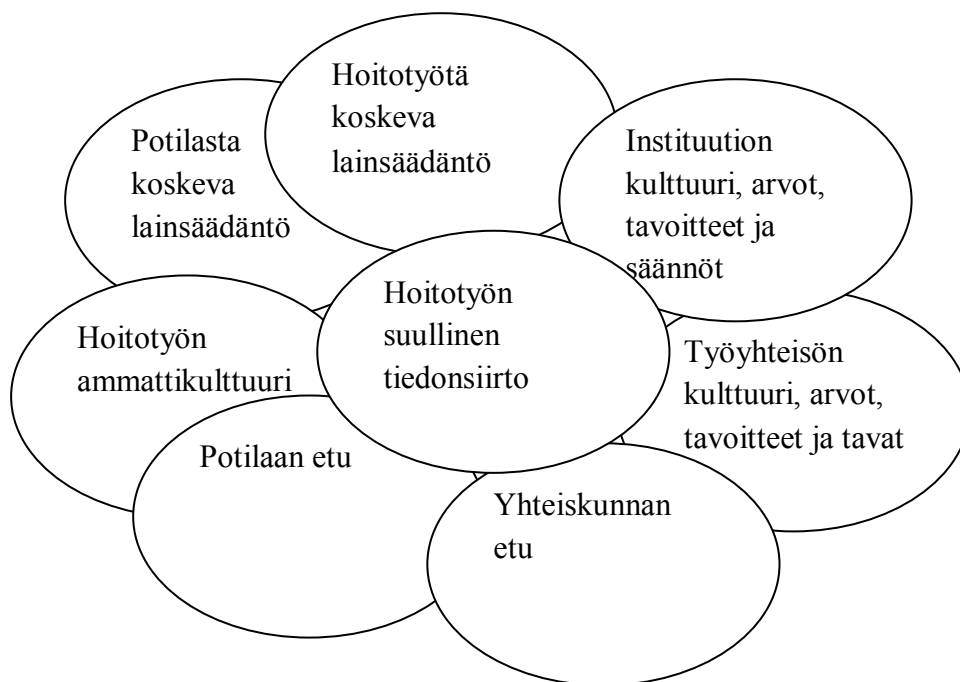
Kuvio 1. Raportointitilanteen viestintäverkko (Helkama ym. 1998, 263). (S=sairanhoitaja, L=lähihoitaja)

Sosiaalisessa vuorovaikutuksessa ryhmän jäsenille kehittyy toisten käyttäytymiseen liittyviä odotuksia ja rooleja (Helkama ym. 1998, 265). Raportointitilanteessa vastuusairanhoitajan odotetaan kertovan potilaasta minimissään tietyt asiat kuten nimen, sairaalaan tulon syyn, aiemmat sairaudet, todetun sairauden ja sen hoidon sekä arvion toimintakyvystä. Vastuusairanhoitaja antaa lisäinformaatiota potilaasta oman harkintansa ja tilanteen mukaan. Raportointitilanteeseen on vastuusairanhoitajalle siis muodostunut rooliin liittyvä toimintanormi (emt., 267–268), jonka tarkoituksena on taata hoidon jatkuvuus ja työn sujuvuus potilasturvallisuutta unohtamatta. Esimerkiksi kotiutuksen lähestyessä sairaanhoitaja arvioi kotiutuksen mahdollisuutta ja kotona selviytymistä, kotiutuksen sijasta jatkohoitopaikan tai kuntoutuspaikan tarvetta, kotiavun tai apuvälineiden tarvetta sekä omaisten osallistumista kotiutukseen ja kotihoitoon. Raportointitilanteen roolijako liittyy tehtävänjakoon, sillä vastuusairanhoitaja toimii puheenjohtajana, mutta usein kaikki läsnäolijat voivat ilmaista mielipiteensä tai antaa lisätietoja tarvittaessa.

Hoitotyön koulutuksessa käytännön harjoittelujaksoilla opiskelijat harjoittelevat raportointia aluksi kuuntelemalla ja sitten itse raportteja pitäen ohjaajansa valvoessa ja neuvoessa vieressä eli voidaan sanoa, että raportointi opitaan jäljittelemällä. Monivuotisen kokemukseni mukaan työkokemuksen karttuessa raportointi saa persoonallista väriä, mutta käytännössä kuitenkin raportit muistuttavat hyvin paljon toisiaan.

Juhila (1999a, 194) on käyttänyt kulttuurisen kontekstikehän käsitettä kuvatessaan sosiaalityökeskustelua. Kuviossa 2 (s. 42) esitän raportointitilanteen kulttuurisen kontekstikehän Juhilan

mallia mukaillen. Kuten Juhila (emt., 174) toteaa, voidaan esittämistilanteessa tuotetut merkitykset lukea osana itse tilannetta mutta myös osana laajempaa kulttuurista jatkumoa. Pietikäisen ym. (2009, 43) mukaan diskurssin ymmärtämisen edellytyksenä on huomioida vuorovaikutustilanteen lisäksi laajempi yhteiskunnallinen ja kulttuurinen konteksti.



Kuvio 2. Raportointitilanteen kulttuurinen kontekstikehä.

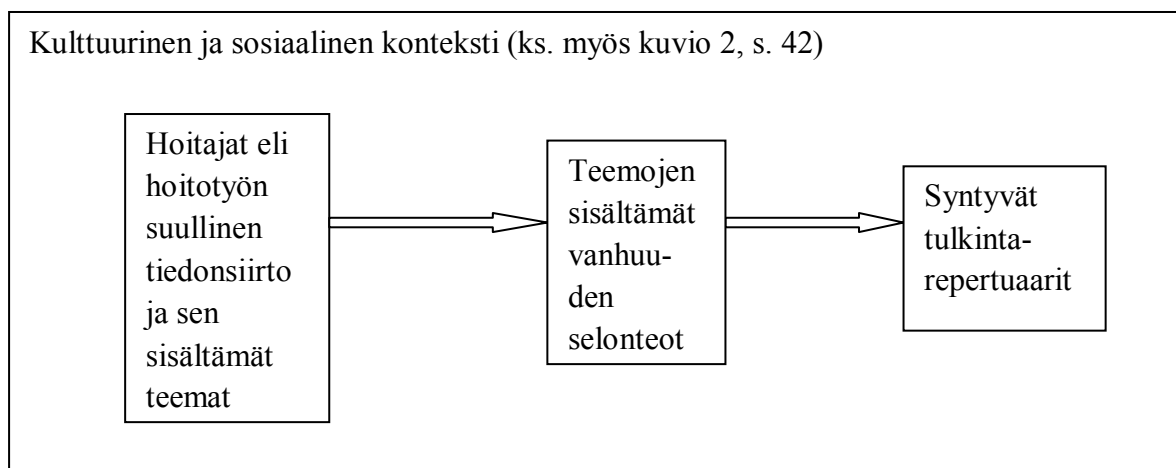
Jokaista hoitotyöntekijää ohjaa ja sitoo raportointitilanteessa sekä potilasta koskeva lainsäädäntö että hoitotyötä koskeva lainsäädäntö, mm. jo aiemmin mainitut Laki potilaan asemasta ja oikeuksista sekä Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Hoitotyön ammattikulttuuriin ja siihen liittyvään eettiseen ohjeistoon (Suomen sairaanhoitajaliitto) perehdytään jo teoriaopiskelun ja käytännön harjoittelun kuluessa. Jokaisen instituution ”henki” eli sen kulttuuri, arvot ja säännöt ovat ohjaavia taustatekijöitä. Poliittisten päättäjien lisäksi myös henkilökunta on mukana muodostamassa erilaisia toimintaa koskevia strategioita. Jokaisella työyksiköllä on yhdessä laaditut toimintaohjeistot ja omat toimintatapansa, joihin vaikuttavat työn luonne ja toiminnan tarkoituksenmukaisuus ja joihin uudet työntekijät sosiaalistetaan työnteon ohessa. Koska hoitotyöhön kuuluu olennaisena osana hyveensä eli ”tahto tehdä hyvää”, on muistettava ottaa huomioon myös potilaan etu. Potilas on aina se päähenkilö, jonka vuoksi hoitotyötä tehdään ja työyksikkö on ylipäänsä olemassa. Valitettavasti yhteiskunnan etu aikamme taloudellisten

säästöpainneiden vuoksi menee nykyisin usein potilaan edun edelle. Hoitotyöntekijöille on heidän tahtomattaan annettu myös portinvartijan rooli, koska yhteiskunnallisen hoivan palvelurakenne on mullistumassa ja resurssit mitoitukseltaan aivan liian vähäiset.

Diskurssin objektina ovat hoitotyön suullisen tiedonsiirron sisällöt, joista muotoutui kuva kulloinkin tiedonsiirron kohteena olevasta potilaasta (vaihe 3; ks. kaavio 1, s. 40). Empiirisen tutkimuskohteeni hoitotyön suullinen tiedonsiirto noudattaa hyvin vakiintunutta kaavaa, joka on muotoutunut vuosien varrella palvelemaan työyksikön tarpeita siten, että hoitotyön jatkuvuus kyetään takaamaan ja potilas saa tarvitsemansa lääketieteellisen hoidon ja avun päivittäisissä toiminnoissaan. Esittelen seuraavaksi tässä luvussa raportin sisällön teema-alueita.

5.4 Teema-alueet ja niihin liittyvät selonteot

Teen empiirisen analyysini kaaviossa 2 esittämäni tulkintarepertuaarien tunnistamisen prosessin mukaisesti (vaihe 3; ks. s. 40).



Kaavio 2. Tulkintarepertuaarien tunnistamisen prosessi.

Kolmannessa vaiheessa 1) lähdin etsimään tutkimusaineistostani raportointipuheen sisältämiä teema-alueita, 2) minkä jälkeen analysoin kullakin teema-alueella käytettyä sanastoa, sen yhteneväisyyksiä ja eroja eli erilaisia selontekoja vanhuudesta eri hoitajien raporteissa. Tähän vaiheeseen kuuluu myös poikkeustapausten analysointi.

Raporttien pilkkomisen teema-alueiksi tein siitä syystä, että aineisto ja sen 49 eri potilasraporttia olisivat helpommin hallittavissa. Raportointipuheen teema-alueiden etsinnän aloitin lukemalla litteroituja raportteja sekä yksinkertaisesti merkitsemällä eri väreillä kunkin potilaan kohdalla havaitsemiani teemoja. Tutkimalla siis aineistoa rakensin raportointipuheessa esiintyvistä teema-alueista luokittelujärjestelmän, jonka esitän taulukossa 1. Olen rajannut teema-alueita siten, että olen analysoinut ainoastaan ne teema-alueet, joilla on tutkimuskysymykseni kannalta eli vanhuuden määrittelyssä merkitystä. Raportointi sisältää puhetta mm. omaisista, mikä ei mielestäni kuulu tutkimusalueeseeni.

Myöhemmin tässä luvussa käyn aineistoesimerkein läpi kullakin teema-alueella ilmeneviä selontekoja, joiden avulla identifioin niihin liittyvät tulkintarepertuaarit. Aineisto-otteiden tarkoituksena on esitellä perusteet tulkinnoilleni.

Taulukko 1. Raportointipuheen teema-alueet ja sisällöt

Teema
Ikä
Aiemmat sairaudet
Sairaus ja sen hoito
Kognitio/Orientaatio
Toimintakyky <ul style="list-style-type: none"> • Liikkuminen • Ateriointi • Erittäminen • Kannustaminen • Asumismuoto/kotiapu

Potilas konstruoituu puheessa näiden teemojen kautta. Teemat sisältävät selontekoja, jotka muokkaavat potilaan muotokuvan ja joista vanhuuden tulkintarepertuaarit muodostuvat.

Aineisto-otteissa käytettyjen merkkien selitykset:

[H1. I/1] Aineiston keräneen tutkijan merkintä, joka sisältää otteen tunnistetiedot

XX potilas

Nolla potilaan huoneen numero

H sairaanhoitaja tai lähihoitaja

L lääkäri

JHP jatkohoitopaikka
KL kuntoutuslaitos

Käytetyt litteraatiomerkit ovat liitteessä 3. Luettelo selontekojen määrästä eri teema-alueilla on liitteessä 4.

Ensimmäinen aineisto-otteeni (ote 1) on hyvin tyypillinen esimerkki raportointipuheesta. Käyn sen teema-alueita lävitse ja esittelen tulkintojani havaitsemistani selonteoista. Lisäksi käytän muita aineisto-otteita tulkintojeni perusteeksi.

Ote 1

[H2. II/1]

- 1 Sitte eilen viime yötä vasten on tullu eilen tullu sit yleistilan laskun ja huonovointisuuden takia=
- 2 =kaheksankyt kolme on ikää=
- 3 =XX käytävältä siirrettiin hänet nollahuoneen kolmoseksi
- 4 altshaimerin tautia munuaisten vajaatoimintaa kroonista ef(.)aa(.)ta verenpainetauti
- 5 insuliinihoitonon diabe:ttes hyperkolesterolemia ja kihtikin löytyy
- 6 hän on tota ihan kotona asunu miehen kanssa=
- 7 =jotenkuten he ovat siellä pärjälleet ja kotihoito on käyny kaks kertaa päivässä
- 8 lääkkeet tulee annosjakelun kautta
- 9 kotona on liikkunu lolla- ((naurahdus)) rollaattorilla
- 10 ja sitten alkanu huimailemaan sen verran että ei o tota (.) pärjänny ja (.) ampparilla tullu tänne
- 11 .hhh epäselvä infektio tsinaseffi seittemänsataa viiskymmentä sinne on alotettu
- 12 ja tänään saatiin tooraks passitus ja hän kävi tossa jossakin välissä kävi tooraksissa
- 13 tällä on oma insuliini (.) insuliini mukana
- 14 levemiirit siellä menee seitkyt kaks yksikköö aamussa
- 15 vessatuoli siellä huoneessa on joo hän tota (.) pääsee sitten kahen hoitajan avustamana
- 16 tällä oli ka:liumit ollu laproissa vähän korkeella
- 17 niin päivystävä määräs nyt sitten tai että huomenna uus kontrolli
- 18 eikä mitään muuta siihen
- 19 haluukste jotain muuta tiätää hänestä?

Ikä

Jokaisen potilasraportin alkuvaiheessa kerrotaan potilaan nimi ja vuodepaikka. Aiheiden järjestys saattaa hieman vaihdella, mutta joka tapauksessa aivan alussa hoitaja yleensä kertoo myös potilaan iän, joko syntymävuoden avulla tai laskettuina ikävuosina. Potilaan ikä mainitaan 41 potilasraportissa (84 % potilaista) (n=49).

Esimerkkioitteessani 1 mainitaan ikä lukuna, mutta ikä todetaan ilman luonnehdintaa. Havaintojeni ja kokemukseni mukaan tulkitsen tämän merkitsevän ilmaisua, joka herättää kokonaisen diskurssin. Iän ilmenemismuotojen taustalla ennako-oletuksena on, että vanhuuteen kuuluu tietynlainen raihnaisuus ja toimintakyvyn alenema. Tiedän kokemuksesta, että jos raportoiva hoitaja unohtaa mainita potilaan iän, sitä kysytään erikseen. Syynä ovat hoivan tarpeen määrittely ja ennako-

oletukset, sillä oletettavasti 20-vuotiaan potilaan toiminta- ja kommunikaatiokyky ovat täysin erilaisia kuin 80-vuotiaan.

Huomio kiinnittyy poikkeuksiin, joita oli tässä aineistossa 3 kappaletta ja joissa vanhusta luonnehditaan 'pirteeksi', 'virkeeksi', 'virkeän oloiseksi' ja 'oikeen pirtsakaksi' kuten otteessa 2 (rivit 1 ja 15).

Ote 2

[H1. I/4]

- 1 Sit sielä on XX (.) <oikeen pirtee vanhus> yheksänkytäkaksi vuotta
- 2 tullu seitsemäs päivä huimauksen päänsäryn ja niska-hartiaseudun kivun takia
- 3 ja hänellä on tullessa ollu korkeet verenpaineet
- 4 vähän tämmöstä tension nek oireilua
- 5 ja sit hänellä on myös nyt löytyny pissatulehdus
- 6 että eilen on alotettu seleksiidi sinne
- 7 hänellä on verenpainetautia nivelrikkoa osteoporoosia pernisiöösi anemiasa ja folaatin puutetta ennestään
- 8 tullessa on saanu katapresaania pual ampullaa
- 9 <mutta ei sen jälkeen ja tällä menee ihan entiset kotilääkkeet>
- 10 että niitä ei o vielä täälä tehostettu noita verenpainelääkkeitä
- 11 aamulla oli edelleenkin taas korkeet
- 12 mutta sit ku otettiin tossa (.) parin tunnin päästä aamulääkkeiden jälkeen
- 13 niin oli taas niinku (.) laskenu hyvin ne verenpaineet
- 14 et saa L sit huamenna kattoo niitä
- 15 ja hän on <todella asiallinen> (.) rouva (.) ja <virkee>

Yhteistä näille kolmelle poikkeukselle on, että niihin liittyy huomattavan korkea ikä, yli 90 vuotta, mutta myös poikkeuksellinen virkeys, joka ei suoraan istu vanhuuden raihnaisuuteen ja joka mielestäni todentaa raihnaisuuden liittyvän ennakko-oletuksena vanhuuteen. Yli 90-vuoden ikään kuuluu tietyn verran raihnaisuutta, mutta raihnaisuus saa oikeutuksensa juuri virkeydestä. Vanhuuden raihnaisuus ennakko-oletuksena kumoutuu myös ikään liittymättömän positiivisen määrään avulla, jolloin potilasta voidaan kuvata esimerkiksi omatoimiseksi tai asialliseksi kuten seuraavassa otteessa 3 (rivi 7):

Ote 3

[H1. I/5]

- 1 Kakkospaikalla on XX 78 vuotta ikää=
- 2 =neljäs päivä tullu osastolle kuumeen takia ja pneumoniasa hänellä hoidetaan
- 3 aikasempia sairauksia useita laskimotrompeja ja aapeesee resistenssi
- 4 iivee antipiootti siellä menee
- 5 kefuroksiime pualtoista krammaa kolmasti iivee
- 6 serppi oli tänään sata kaks että tulee pikku hiljaa alaspäin
- 7 ja hän on täysin omatoiminen asiallinen mieshenkilö=
- 8 =tosa liikkeellä on ollu ja sit kokee vointinsa jo hieman paremmaksi
- 9 peppulloon hän siälä ittekseen puhaltelee
- 10 ja kanyylin olen juuri uusinu ennen tänne tuloa

Ongelmallista on, jos raihnaisuus nähdään vääjäämättömyytenä ja vaihtoehdottomana (ks. Jolanki ym. 2008) ilman positiivisia määreitä. Toisaalta vanhuksen näkökulmasta lähtökohtaisesti oletettu henkisen tai ruumiillisen kapasiteetin aleneminen antaa luvan olla täyttämättä täysissä sielun ja ruumiin voimissa oleviin kohdistuvia vaatimuksia. Ehkä sairaalan tuleekin olla paikka, jossa jokainen saa olla oma epätäydellinen itsensä puutteineen ja vajaavuuksineen?

Ainoastaan seitsemässä potilasraportissa (14 %) ei kerrota ikää eikä syntymävuotta, mutta raportit mainitsevat näissä erityisesti, että kyseessä on kaikille tuttu potilas.

Aiemmat sairaudet

Potilaan sairautta hoidetaan sekä lääketieteen keinoin että hoitotyön keinoin. Aina rajanveto ei tietenkään ole helppoa eikä selvää. Vaikka jokainen työntekijä vastaa omista tekemisistään, on lopullinen vastuu potilaan hoidosta lääkärillä. Lääkäri päättää aina lääketieteellisestä hoidosta, joka sisältää potilaan diagnoosin, sairauden hoidon, lääkityksen ja tutkimukset.

Koska potilaat ovat yleensä monisairaita vanhuksia, on hyvin tärkeää, että hoitaja tietää potilaan aiemmat sairaudet, jotka vaikuttavat potilaan toimintakykyyn ja voivat aiheuttaa yllättäviäkin oireita. Hoitajien ammattitaitoon kuuluu tunnistaa sairauden aiheuttamat oireet ja poikkeavat oireet, tarkkailla potilaan vointia ja toteuttaa sairauksien vaatima hoito. Potilaan aiemmat sairaudet kerrottiin luettelon omaisesti 37 potilasraportissa eli 76 %:n kohdalla kuten otteista 1 (s. 45, rivit 4 ja 5), 2 (s. 46, rivi 7) ja 3 (s. 46, rivi 3) myös käy ilmi.

11 potilasraportissa (22 %) aiempia sairauksia ei mainittu – jälleen potilaan tuttuus syynä. Ainoastaan yhden potilaan diagnooseja ei mainittu siitä yksinkertaisesta syystä, että hän oli ollut aiemmin terve.

Aiempien sairauksien raportointi ohjaa ja suuntaa potilaan tarvitsemaa hoitotyötä ja hoitotyön suunnittelua osastolla yleensä. Yksinkertaisena esimerkkinä on aivoinfarkti, joka aiheuttaa halvausoireita, jotka taas puolestaan vaikuttavat alentavasti potilaan toimintakykyyn, jolloin potilas saattaa tarvita yhden tai kahden hoitajan apua vaikkapa vuoteesta ylös noustessaan.

Lääketieteellisen puheen osuus vaihtelee potilaasta toiseen: joskus sitä on hyvinkin paljon, joskus taas hyvin vähän, mikä johtuu potilaan sairaalassaolon syystä. Vaikka potilas tulisi sairauden vuoksi

osastolle, voi syy vaihtua hoito- tai sosiaalityön ongelmaksi. Seuraava ote 4 on esimerkki lääketieteellisestä puheesta:

Ote 4

[H3. I/2]

1 XX nollahuoneen kolmosena (.) seitkytyheksän vuotta=
2 =hän on tullu yleistilan laskun vuoksi=
3 =pneumoniaa on sitte keuhkokuvassa näkyny
4 hänellä menee kans kefuroksiimet iiveesti=
5 =tänään sit aveloksi viissataa milligrammaa yks kertaa yks siihen rinnalle
6 ibuksiin on lopetettu tarvittavista lääkkeistä kun kreatiniini on korkee=
7 =lipkuttia on vähennetty pualikkaaseen pilleriin
8 ja tää on insuliinidiabeetikko (0.2) että tällä menee levemiiri aamusin
9 ja sit ateriapareja pitäis mitailla ja verensokereita ottaa=
10 =hän on ihan omatoimisesti itte pistäny kotona
11 mutta nyt kun hän on täällä nii olen sit tohon kankkuun pistäny sen aamusin
12 et säästää niitä (.) omia paikkoja siinä
13 maanantaina tulee labroja
14 sitte uu syto keräykseen on määrätty tänään
15 verenpaineet oli jonkun verran korkeet
16 niin emkonkoooria nostettiin ja norvaski alotettiin siihen rinnalle
17 tää on ihan omatoiminen mies=
18 =iteksiis kävi suihkussa
19 ja tätä pulloon puhallusta on sitte opetettu hänelle kanssa ja tota (.) tää on
20 lisäksi tällä on ton diabeetksen lisäksi prostatahyperplasiaa verensokereita koronaaireitautia
21 pallolaajennettuki on ja sit on lievä aivoinfarkti ollu kakstuhattaluvulla
22 omatoiminen mies on ja asiallinen

Lääketieteellinen puhe sisältää oman sanastonsa, johon kuuluu diagnooseja, laboratorio- ja muita tutkimustuloksia sekä potilaan lääkitykseen liittyviä ilmaisuja. Lääketieteen ääni on samalla mitattavuuden ja objektiivisuuden ääni. Potilas on toimenpiteiden kohde ja hänen vointinsa määritellään kokeiden ja tutkimusten tulosten perusteella. Oteessa 4 on käytetty pääosin lääketieteellistä sanastoa, mikä tulkintani mukaan johtuu siitä, että potilaalla ei ole hoito- eikä sosiaalityön ongelmia, mikä ilmaistaan potilaan omatoimisuuteen viittaamalla ja sitä tähdentämällä (rivit 17, 18 ja 22).

Lääketieteellisen puheen olemassaolo ja osuus liittyy luonnollisesti siihen, miten lääketiede vaikuttaa käytännön hoitotyöhön. Jos potilaan verenpainetta tai verensokeriarvoja tulee seurata ja näiden arvojen mukaan lääketieteellisesti hoitaa lääkärin määräyksestä, on lääketieteellisen puheen osuus suuri, kuten seuraavassa oteessa 5:

Ote 5

[H4. II/2]

1 Sitte on nollahuoneen kakkosena XX

2 tää on varmaan teille aika tuttu rouva
 3 täällä nyt sitten edelleen on ja nyt on vähän ongelmana nää korkeet verensokerit
 4 tällähän menee se prednisolonit siellä
 5 ja tota nostaa noita iltapäiväsokereita sitten (.) aika (.) lailla
 6 öö (.) mä en tiä hhh hänestä ei ole tänä aamuna otettu sokeria
 7 yökkö ei kyllä tajunnu tajunnu ottaa niitä
 8 kun aattelin ihan automaattisesti että tältä nyt ihan varmaan aamusin ainaki otetaan
 9 ne on ollu aamusta ihan hyvää suht hyvää luokkaa tossa nyt viime aamuina
 10 mutta iltapäivästä on nyt sitte eilenki ollu kaksytneljä piste neljä (.) kaskytkaks piste kaks=
 11 =siis on päälle kahtakymmentä taas ollu
 12 ja tota tällähän menee se aamussa se (0.2) leviimiiri
 13 ja nyt sitte L käski alottaa sillä lailla että siellä menis myöskin tää (.) novorapidi (.) listalla
 14 ja nyt näin että se menis aamussa kuus yksikkö
 15 ja lounaan yhteydessä kymmenen yksikkö
 16 mutta tänäänkään ei saanu lounaan yhteydessä kun sen kuus yksikkö
 17 koska sokeri ei ollukaan sitte kun kolmetoista lounaalla
 18 että on nyt näin siellä listalla
 19 mutta tietysti omaa harkintakykyä £voi kukin tahollaan siinä käyttää£ (.) sitten että (.) joo=
 20 =tavanikkia se vähenti
 21 ja nyt siellä menee nyt kaks ja puolsataa yks kertaa yks ja viikonlopun yli jatkuu=
 22 =laksoperonit on helmet laitettu
 23 että jos niitä illasta laittais hälle listalle
 24 ku hänellä toimii aina vähän se maha kun hän käy vessassa
 25 että sieltä tulee aina joku pieni kikkare (.) pönttöön
 26 verensokerimittauksia aamupaastosokereita lounaan ja päivällisen ateriapareja pitäis mittailla
 27 vessatuolille on tänään tossa auteltu ja pikkupesuja tehty

Kuten edellisestä otteesta 5 voi havaita, ei potilasta mainita ihmisenä vaan verikoearvoina, joita tulee hoitaa lääkärin määräysten mukaan.

Kognitio/Orientaatio

Huomattavalla osalla vanhuksista on kognitiivisia ongelmia, mutta on syytä muistaa, että kognition ongelmat eivät kuulu terveeseen vanhuuteen vaan aiheutuvat aina jostakin sairaudesta. Ne voivat olla väliaikaisia, kuten jonkin tulehduksen aiheuttamia ja siten hoidettavissa, tai pysyviä ja eteneviä kuten Alzheimerin taudissa. Dementia ei siis ole itsenäinen sairaus vaan oireyhtymä, jonka taustalla on sairaus.

Kognitiiviset vajavuudet otetaan esille 25 potilasraportissa kolmella tavalla: 1) mainitsemalla dementoiva sairaus, esimerkiksi Alzheimerin tauti (ks. ote 1, s. 45, rivi 4), 2) kertomalla esimerkkejä epäadekvaatista toiminnasta tai 3) toiminnan vajavuuksista päivittäisissä toimissa. Potilaan diagnoosien joukossa mainittu Alzheimerin tauti herättää kokonaisen diskurssin: potilaalla voi olla muistihäiriöitä, puheen tuottamisen ja/tai ymmärtämisen häiriöitä, puutteita toimintakyvyssä, käytösoireita tai hän saattaa olla levoton, joten häntä täytyy avustaa päivittäisissä toimissa ja pitää ehkä erityisesti silmällä mahdollisen karkaamisen varalta. Pelkkä dementoivan sairauden diagnoosin mainitseminen ei sinänsä vielä kerro hoivan tarpeesta ja sairauden aiheuttamista olennaisista

haitoista. Raportointipuheessa merkittävät ja hoitotyötä vaativat dementiaoireiston aiheuttamat ongelmat potilaalle kerrotaan käytöshäiriöihin viittaamalla, kuten esitän otteessa 6. Potilas ”touhuilee” epäadekvaatisti (rivit 3–5), kommunikaatiossa on ongelmia (rivit 12–13), käytös voi olla aggressiivista (rivit 15–17), suhtautuminen ympäristöön ja hoitotoimiin voi olla pelokasta (rivi 22) ja usko omiin kykyihin ylimitoitettua (rivi 23).

Ote 6

[H2. II/3]

1 ((Raportointia potilaan taustasta ja sairauden hoidosta))
2 tää on tosi pieni (.) pienikokoinen mies=
3 =touhuu ihan hirveesti sielä petissä
4 hän on sielä ku väkkyrä=
5 =kääntelee kylkee ja välillä on tippaletkuissa ihan sikin sokin
6 ja iho painuu painuu herkästi
7 et hänellä on (.) ottakaas ku mä mietin kumpis kylki se on
8 oikee kylki oikee kylki on se hänen niinku se lempikylkensä
9 siellä on tosi niinku painevamman alut jo sielä lonkassa sekä täälä oikeessa olkapäässä
10 niin otettiin se pieni (.) patja sinne juu
11 vaahtokeelipatja sinne pitkittäin (.) hänen niinku roppansa alle
12 hänen puheesta ei ihan aina saa selvää (.) mitä hän sanoo?
13 kovasti hän kyllä puhuu ja hymyilee ja on tosi herttanen
14 tää on ollu ihan syötettävä
15 ja aamulla me sit ehdotettiin että hänelle että noustais ylös
16 nii sieltä tuli vähä sit jo käsi heilahti ja tuli kirosana
17 että hän ei nouse mihkään
18 mut lounasaikaan tää oli ihan eri mies
19 ja ku nostettiin keetuoliin hän nousi tosi hyvin (.) kahden hoitajan avustamana=
20 =et hän on semmonen hyvin niinku tota mäkihyppyasennossa
21 siirtyy tosi niinku semmosessa kippurassa
22 tarrautuu laitoihin hoitajiin kaikkeen
23 ja yrittää ottaa askeleita mutta niistä askeleitten ottamisesta ei kyllä tuu yhtään mitään
24 mutta hän syö tosi reippaasti (.) syötettynä siis
25 joo (.) eipä hänestä varmaan muuta

Raportoinnissa kerrotaan toisinaan potilaan kognitiivisista häiriöistä epäadekvaatin toiminnan kautta, joka näyttäytyy hilpeyttä herättävänä. Aineistostani löytyi tästä yksi esimerkki, jonka esitän otteessa 7. Potilas on aikaan ja paikkaan desorientoitunut (rivit 20–21, 39 ja 41–42), levoton ja kotiin lähdössä myöhään illalla (rivit 22–23), vaihtaa vaatteita omiin vaatteisiinsa (rivit 30–33) eikä kuitenkaan osaa pukeutua (rivit 34–37).

Ote 7

[H9. II/2]

1 Kakkospaikalla on XX kaksikymmentä syntynyt rouva ((88 v.))
2 on tullu osastolle kaksikymmenesensimmäinen päivä huimauksen pyöräytyksen vuoksi
3 sekä sosiaaliset syyt=
4 =fibromyalgiaa sairastaa verenpainetauti ortostatismiakin löytyy

5 hän tota noin asuu yksin ei o ollu kotiapuja=
 6 =sukulaiset asuu kauempana=
 7 =muutaman viikon ajan ollu muistamattomuutta
 8 ei muista ottaa lääkkeitään ei muista aikasempia lääkarissäkäyntejä
 9 osittain aikaan ja paikkaan orientoitunu
 10 ei pärjää nyt yksin kotona ja viikonloppuna ei saada kotihoitoo järjestymään=
 11 =siellä oli joku (.) kotihoidon kartotus käyny
 12 ja oli tarkoitus että sinne järjestetään niinku (0.2) turvapuhelinta ja kauppapalvelua
 13 sekä sekä tota noin ateriapalvelua
 14 mutta sit hän oli hakeutunu tänne hoitoon ja on täällä sit sitä myöten ollut
 15 ((epäselvää puhetta muualta huoneesta))
 16 juu juu mutta sieltä soitettiin tänään sieltä kartoitustiiimistä
 17 että että hoitaaks hän nyt nää kauppa-asiointijutut ja nää=
 18 =mää sanoin et ei nyt ihan vielä että hän on kuitenkin täällä
 19 eilen ((epäselvää puhetta muualta huoneesta: potilas osaa olla niin fiksu))
 20 joo joo eilen me keskusteltiin illalla kovasti siitä että olemmeko --:ssa vaiko --:ssa ((paikkakuntia))
 21 onkohan joulu vaiko kesä vai mikäköhän maailma on
 22 ja kahdeksan aikaan hän oli sit sitä mieltä että hän lähtee juuri nyt (.) ihan kotiin
 23 että että hän ei voi täällä olla kun hän on niin hermostunu=
 24 =ja mää sanoin että ei voi ilman mun lupaa taikka lääkärin lupaa lähtee=
 25 =no anna minulle lupa=
 26 =mä sanoin että en voi antaa kun en voi tietää mistään mitään
 27 sit hän sano hän kyllä soittaa sitte että jos siellä on joku hätä ((naurahtaa))
 28 ((epäselvää puhetta muualta huoneesta))
 29 älä nyt lähe kuitenkin mihkään tonne illalla
 30 että vaatteet vaan omat vaatteet laitettiin sitte
 31 että nyt hän anto sitte ne omat vaatteet tohon meiän varastoon
 32 koska hän niitä vaatetti ihan koko ajan edestakasin
 33 omat vaatteet sairaalan vaatteet=
 34 =ja sit ne oli jopa niin hienosti vaetetettu
 35 mikä mun mielestä vaatii jo taitoo
 36 että osaa niinku <alottaa vaatteiden pukemisen päällysvaateista ja alushousut oli viimiset>
 37 mun mielestä sekin on jo taito se ((naurahtaa)) taito sinänsä
 38 ((epäselvää puhetta muualta huoneesta))
 39 niin joo mutta tosiaan me oltiin eilen sit --:ssa= ((paikkakunta muualla))
 40 =tänään ku lääkäri kysy ((epäselvää; ehkä: onko hän on viime yön nukkunu hyvin))
 41 lääkäri kysy että missä ollaan
 42 niin hän tykkäs että että ollaan --:ssa etummaisella saarella ((yleistä naurua)) joo joo

Kognitiiviset ongelmat ilmaistaan kommunikaation kautta 6 potilasraportissa. Yleensä käytetään lyhyttä mainintaa, että potilas ei puhu, mitä edeltää maininta dementoivasta sairaudesta. Seuraava ote 8 on poikkeuksellinen, koska potilaan orientaatio ilmaistaan kykynä päätöksentekoon, mikä saa potilaan näyttämään järkevältä, rohkealta ja urhoolliselta (rivit 6–10). Rivillä 11 hoitaja ilmaisee kunnioittavansa potilaan itsemääräämisoikeutta, sillä potilas saa itse päättää syömisestänsä eikä syömättömyys ole siten hoitotyön ongelma.

Ote 8

[H9. II/3]

1 Tehän tunnette kaikki tän rouvan eiks niin
 2 H:kin muistaa ((kommentti muualta huoneesta: joo joo))
 3 ää sappidiettiä ja sit hänellä oli tutkittu niitä että oli jotain sapessa niitä muutoksia
 4 ja oli ehdotettu sappeiden varjoainekuvauksia ja hän kieltäyty niistä=

- 5 =tänään lääkäri keskusteli myös hänen kanssaan
- 6 ja hän sanoi että hän ei semmisiin ryhdy
- 7 että kyllä se on sitten kun kun luonto tekee tehtävänsä ja taivaan isä korjaa hänet
- 8 että hän ei kuolema pelkää että hän itse asiassa sitä odottelee
- 9 niin kyllä nää tauditki selvi siinä
- 10 että hän ei halua mitään ihmeellisiä=
- 11 =ruoka maistuu taikka ruoka ei maistu sanoo rouva itse

Tämän aineiston perusteella noin puolessa potilasraporteista ilmenee elämää ja toimintakykyä olennaisesti haittaavia kognitiivisia ongelmia. 12 potilasraportissa eli neljäsosassa ei näitä ongelmia ole – ainakaan siis siinä määrin, että ne häiritsisivät jokapäiväistä elämää. Orientaatio ilmaistaan joko maininnalla tai toiminnan kautta. Maininta sisältää lyhyen luonnehdinnan, että potilas on ’asiallinen’ tai ’asian päällä’. Ote 4 (s. 48, rivit 10 ja 18) ja ote 9 (rivit 5–7) ovat esimerkkejä toiminnan kautta esitetystä orientaatiosta. Näissä potilas on osoittanut kykenevänsä toimintaan, joka vaatii kognitiivisia taitoja: otteessa 4 potilas osaa toteuttaa diabeteksensa vaatiman insuliinihoidon ja kykenee peseytymään itse, otteessa 9 taas potilas pystyy omatoimisesti noudattamaan fysioterapiaohjeita ja myös peseytymään itse.

Ote 9

[H2. II/7]

- 1 ((Raportointia potilaan taustasta ja sairauden hoidosta))
- 2 Tätä liikkuu rollaattorin kans
- 3 kaks hoitajaa siinä nyt aamulla kuljettiin vähän sitte hänen turvanaan siinä
- 4 vähän kallistaa tohon vasemmalle (.) kävellessä
- 5 pesut kaikki sujuu kyllä häneltä itseltään (.) on tosi tosi (.) reipas=
- 6 =jumppaohjeita hän oli saanu jonkinlaiset monisteet
- 7 ja niitä oli tossa itsekseen jo tehnyt
- 8 ja sano että tuntuvat todella hyvällä (.) jumppaohjeet

Yhdessä raportissa potilaan orientaatiota kuvattiin huumorintajun avulla (rivit 6–7), mikä voidaan rinnastaa edeltäviin esimerkkeihin otteissa 4 ja 8:

Ote 10

[H4. II/4]

- 1 ((Raportointia potilaan taustasta ja sairauden hoidosta))
- 2 Täss oli tukiliivijuttuakin mietitty
- 3 mutta tällä on joku raamusmurtuma
- 4 nii et ei hyödy tukiliivistä ((epäselvää))
- 5 se tukiliivi ei siihen auta
- 6 tää on hirmu vitsin heittää vitsiä
- 7 ja semmonen ihan hauska muori kyllä

Seuraava ote 11 on myös poikkeuksellinen, koska potilaan orientaatio tulee siinä ilmi kykynä ilmaista itse hoitotyön tarve eli kutsua hoitaja paikalle tarvittaessa (rivi 5). Yhdessä potilasraportissa aivan vastaavasti kerrottiin potilaan soittaneen itse ambulanssin kotona, mikä kuvaa osuvasti hyviä kognitiivisia taitoja.

Ote 11

[H4. II/4]

- 1 ((Raportointia potilaan taustasta ja sairauden hoidosta))
- 2 Hän liikkuu rollaattorin kanssa hyvin semmosessa kumarassa
- 3 kumarassa menee
- 4 mutta mutta pääsee kuitenkin liikkeelle=
- 5 =kello soittaa kun vessareissulle tarvii päästä

Toimintakyky päivittäisissä toimissa

Ihmisen toimintakyky on moniulotteinen asia. Jos kognitio ei toimi, syntyy väistämättä toiminnallisia vajavuuksia. Dementoivan sairauden edetessä ihminen ”unohtaa” erilaisia kykyjä. Hyvin yleistä on esimerkiksi ruokailutilanteessa, että dementoitunut ei ymmärrä aloittaa syömistä, vaikka hänellä on ateria edessään. Kun hänelle näytetään kädestä pitäen, miten kuuluu toimia, hän saattaa alkaa syödä. Sama koskee muitakin päivittäisiä toimintoja. Toisaalta somaattiset terveysongelmat aiheuttavat fyysisiä toimintarajoitteita. Jos jalka on amputoitu, on käveleminen todennäköisesti vaikeutunut. Toimintakyky voi olla tilapäisesti alentunut sairauden vuoksi. Olen aiemmin käyttänyt esimerkkinä virtsatieinfektiota. Kun sairaus on hoidettu, palaa toimintakyky ennalleen. Olen analyysissäni ottanut huomioon vain raportointipäivän tilanteen, en edeltävää, odotettavissa olevaa tai tavoitteena olevaa toimintakykyä.

Seuraavassa luettelossa esitän raportointipuheessa esiintyneiden luonnehdintojen määrän toimintakyvyn eri osa-alueilla. Mainintoja oli yhteensä 91 kappaletta, ilman mainintaa jäi kaksi potilasta:

Omatoiminen potilas: 2 potilasraporttia

Ei mainintaa toimintakyvystä: 2 potilasraporttia

Toimintakykyä jäljellä, mainintojen määrä potilasraporteissa: 27 kertaa

- peseytyminen 1
- liikkuminen 9
- ateriointi 9
- erittäminen 2

- asuminen 6

Toiminnan vajavuudet mainittu: 62 kertaa

- peseytyminen 6
- liikkuminen 18
- ateriointi 9
- erittäminen 9
- asumismuoto 8
 - laitos 2
 - kotona kotiavun turvin 4
 - jatkohoitopaikan tarve 2
- vuodepotilas 6
- terminaalivaiheen potilas 3
- kannustettava potilas 3

Täysin omatoimisia eli potilaita, joilla ei ole hoitotyön tarvetta päivittäisissä toimissa, kuvattiin neljä tämän aineiston potilasraporteista. Kahdessa potilasraportissa omatoimisuus on erikseen mainittu, kuten olen esimerkiksi otteessa 4 (s. 48, rivit 17 ja 22) esittänyt. Kahdessa potilasraportissa ei toimintakykyä käsitellä ollenkaan, minkä kokemukseni perusteella tulkitseen tarkoittavan toimintakykyistä potilasta. Toiminnan vajavuuksia päivittäisissä toimissa tulee näin ollen esille 45 potilasraportissa eli 92 %:ssa. Toiminnan vajavuuksista eri osa-alueilla oli raportointipuheessa maininta 62 kertaa, osittaisesta toimintakyvystä päivittäisten toimintojen jollakin osa-alueella oli 27 mainintaa. Samalla potilaalla voi olla sekä toimintakykyä että toimintakyvyn vajavuutta, joten mainintojen määrästä ei voi tehdä suoranaisia päätelmiä. Täysin avustettaviksi potilaiksi voidaan yleensä lukea vain terminaalivaiheen potilaat, joita tässä aineistossa raportoitiin kolme eli 6 % potilaista. Sekä toimintakyky että toiminnan vajavuudet kertovat potilaan avun tarpeesta, mikä taas puolestaan ohjaa hoitotyön suunnittelua ja resurssien suuntaamista, mutta samalla avun tarpeen määrittely tietysti myös kertoo konkreettisesta työn määrästä ja tulevasta kiireestä työvuoron aikana.

a) Toimintakykyä jäljellä

Esimerkin omatoimisesta peseytymisestä olen esittänyt otteessa 3 (s. 46, rivi 11). Jos potilaalla ei ole omatoimisessa liikkumisessa ilman apuvälineitä ongelmia, liikkumisesta ei yleensä raportointipuheessa mainita. Tarvittavat apuvälineet (yleensä rollaattorin käyttö) sen sijaan mainitaan, vaikka liikkuminen sujuisikin ongelmitta.

Itsenäinen ateriointi mainitaan 9 potilasraportissa. Jos potilaan fyysinen vointi tai kognitiiviset kyvyt antavat olettaa, että ateriointi ei sujuisi itsenäisesti, omatoimisesta syömisestä raportoidaan kuten otteessa 14 (rivi 7, s. 56).

Hyvin monet vanhuksat kärsivät inkontinenssista eli virtsan karkailusta, joka voi tietysti johtua monestakin syystä, joista osa on hoidettavissa olevia ja osa pysyviä. Omatoimisen potilaan kohdalla ei eritystoimintaa mainita. Jos potilas pystyy hoitamaan eritystoimintansa itsenäisesti, mutta se on poikkeuksellista hänen kuntoonsa nähden, siitä mainitaan toiminnan kautta kuten otteessa 12 (rivit 5 ja 6), jossa potilaan toimintakyvyn esitetään riittävän omatoimiseen ulostenäytteen ottoon ja WC:ssä asioimiseen.

Ote 12

[H9. II/3]

- 1 ((Raportointia potilaan taustasta ja sairauden hoidosta))
- 2 ää (.) joo (0.4) eilen otettiin noita ulostenäytteitä rektaaliputkella kun muuten ei saatu
- 3 kun ei ollu ripulia
- 4 ((naurua, epäselvää puhetta muualta huoneesta))
- 5 joo (.) ohjattu käymään portatiivilla ulostenäytteen vuoksi=
- 6 =ei ollut muistanut vaan oli käynyt pytyllä=
- 7 =vaipassa oli hieman ulostetuhrua=
- 8 =että rolla- rollaattorin kans hän kävelee ((epäselvää puhetta muualta huoneesta))
- 9 niin joo eikä o ollu nyt tänään mitään tukitippoja siä sitte ollenkan
- 10 että hän on syöny sen mitä hän syä että
- 11 se on nyt kesken päivän viety se nestelista sinne että

Asumismuoto kertoo hyvin paljon potilaan toimintakyvystä. Täysin itsenäinen asuminen omassa kodissa ilman kotihoidon apua tuli esille tämän aineiston potilasraporteissa 6 kertaa, tosin osassa näistäkin kerrottiin omaisten antamasta avusta.

b) Avun tarve päivittäisissä toimissa

Avun tarve peseytymisessä ilmaistaan yleensä toiminnan kautta eli sen mukaan, miten paljon hoitajan apua on tarvittu. Peseytymisapu on mainittu 6 kertaa. Seuraavassa on esimerkki tästä riveillä 8–10: potilas tarvitsee suihkutusapua, koska itsenäinen toiminta ei onnistu.

Ote 13

[H6. II/2]

- 1 ((Raportointia potilaan taustasta ja sairauden hoidosta))
- 2 Mutta päiväsaikaan ossaa tosiaan siinä ämpärissä käydä pissaamassa
- 3 mut sit tosiaan yällä se touhu mennee vähän sekasin=
- 4 = jos siälä on liian pimmeetä siälä huaneessa
- 5 mut esimerkiks niinku vaatteita tää ei ite saa päälle

- 6 että yrittää yhtä punttia pistää kahteen öö jalkaan
- 7 että ei siinä niinku oikein homma etene kanssa
- 8 ja tosiaan toi H tossa aamulla suihkutti tätä ja sano
- 9 että joo ei niinku täytyy ihan koko ajan ohjata
- 10 et ei tää kykene että
- 11 ((epäselvää puhetta muualta huoneesta potilaan peseytymisestä itse))

Liikkumisesta kertovia selontekoja on mainittu 18 potilasraportissa. Selonteot vaihtelevat jälleen avun tarpeen mukaan. Vuodepotilas ei välttämättä pysty edes kääntymään vuoteessa omin avuin. Potilas saattaa tarvita apua istumaan nousussa mutta pystyy esimerkiksi istumaan itsenäisesti ilman tukea. Kävely tai askelien ottaminen voi onnistua yhden tai kahden hoitajan avustamana, mikä on olennainen tieto työn suunnittelun kannalta. Ote 14 sisältää raportointia potilaan voimista, voinnin paranemisesta ja omatoimisuuden edistymisestä. Aluksi potilas on ollut niin huonossa kunnossa, että on ollut syötettävä vuodepotilas (rivit 2 ja 4–5), mutta voinnin parantuessa hänen omatoimisuutensa on lisääntynyt, mikä on vähentänyt hoitotyön avun tarvetta (rivit 5–9).

Ote 14

[H1. I/3]

- 1 ((Raportointia potilaan taustasta ja sairauden hoidosta))
- 2 Ja tää rouva on tällä hetkellä ollu tosi vetämätön ja voimaton
- 3 et alkuun mä en o häntä nähnykkään
- 4 mutta tää on kuulemma ollu ihan vuodepotilaana
- 5 syötetty mutta tällä hetkellä kun avustaa
- 6 nii on istuu sängyn reunalla ja istumatasapaino on hyvä
- 7 ja siinä itse ruakailee et on niinku piristymään päin
- 8 yhren ja välillä kahren auttamana on autettu vessatuoliin
- 9 että jalat kantaa (.) välillä paremmin ja välillä huonommin

Aterioinnissa avustamisesta puhutaan 9 potilasraportissa, jolloin kyse on siitä, että potilaan itsenäinen ateriointi ei onnistu (ote 15, rivi 3). Hoitotyön tarvetta kuvaillaan myös syöttämisen helppoudella tai vaikeudella, jolloin voidaan arvioida syöttämiseen kuluva aikaa. Otteessa 6 (s. 50, rivi 24) potilaan syöminen ja siten syöttäminen sujuu ”reippaasti”. Otteessa 15 (rivit 4–8) syöttäminen on vaivalloista ja siten aikaa vievää. Hoitajat voivat raportointipuheen perusteella varautua suonensisäisen ravitsemuksen aloittamiseen.

Ote 15

[H6. II/1]

- 1 ((Raportointia potilaan taustasta ja sairauden hoidosta))
- 2 Ja tota siirrettiin sit ihan pritsiltä ((paareilta)) vuoteelle ja
- 3 tossa tänä aamuna kun sitte aamiaista hälle syötin
- 4 tää ei suostunu syömään ei juur yhtään mitään=
- 5 =otti pikkusen sitä tuoremehhuu pikkusen kahvia
- 6 sit suu meni niin piukkaan kiinni

7 ja et teelusikalla sain pikkusen houkuteltua ottaan sitä sitä tota aamuvelliä
8 et otti noi aamulääkkeet mut sit se oli niin (.) ei ei mittään

Erittäminen mainitaan 9 potilasraportissa. Selonteot voidaan jakaa kolmeen ryhmään: 1) potilaalla on vaikea inkontinenssi, joten hänellä käytetään vaippoja, 2) potilaalla on inkontinenssia ja hänellä on vaipat, mutta häntä avustetaan myös WC:hen tai portatiiville tai 3) potilaalla ei ole inkontinenssia ja hänet avustetaan WC:hen tai portatiiville. Otteen 16 potilas kuuluu ryhmään 2, sillä hänellä käytetään vaippoja inkontinenssin vuoksi (rivi 2), mutta säännöllisellä avustamisella portatiiville tai WC:hen hän saattaa ”pysyä kuivana” (rivit 4–6). Hoitajille annetaan näin tavoitteeksi pyrkiä käyttämään potilasta WC:ssä tai portatiivilla säännöllisesti, mutta samalla todetaan, että hoitotyön avullakaan potilasta ei saada täysin riippumattomaksi vaipoista.

Ote 16

H5. II/1]

- 1 ((Raportointia potilaan taustasta ja sairauden hoidosta))
- 2 Vaippoja hänellä pidetään päivällä ja yöllä
- 3 kun hän kyl kastelee niihin
- 4 vaikka siellä on toi häntä vessaan aamulla talutettu mutta
- 5 portatiiviakin siellä on
- 6 mutta kastelee kuitenkin (.) ei ihan pysy kuivana

Kahdessa potilasraportissa potilaan asumismuodoksi mainitaan laitos. Itsenäinen asuminen kotiaavun turvin mainittiin neljässä potilasraportissa. Kahdessa potilasraportissa tuotiin ilmi jatkohoitopaikan tarve, koska itsenäinen asuminen edes kotiaavun turvin ei enää onnistuisi.

Toimintakyvyn ja avun tarpeen kannalta tässä aineistossa oli kolme poikkeavaa potilasraporttia, joissa potilas tarvitsee kannustusta itsenäiseen toimintaan. Potilas voidaan esittää ”laiskana”, joka ei viitsi yrittää, kuten otteissa 17 ja 18 tai alavireisenä kuten otteessa 19.

Otteessa 17 potilaan omatoiminen liikkuminen ei tyydytä raportoivaa hoitajaa (rivit 3–4), joka ehdottaa leikillisesti, että potilaan alla oleva painehaavoja ehkäisevä erikoispatja vaihdetaan tavalliseen (rivi 5). Potilas kykenee kuitenkin hoitajan mielestä itsenäiseen toimintaan, jota hän kuvailee vuoteesta ylösnousulla (rivi 7), kävelemisellä (rivi 9) ja peseytymisellä (rivit 8 ja 10). Lisäksi hoitaja kuvailee potilasta henkisesti vireäksi, koska tämä kykenee kertomaan perheasioistaankin (rivi 11).

Ote 17

[H4. II/3]

- 1 ((Raportointia potilaan taustasta ja sairauden hoidosta))
- 2 Että tää asuu miehensä kanssa kotosalla=
- 3 =ilmeisesti ei liiku kyllä kauheesti siellä kotona muutenkaan
- 4 koska täähän ei täällä tee muuta kun makkaa siinä ilmapatjan päällä
- 5 että en tiä pitäskö sinne vaihtaa patja vai?
- 6 ((epäselvää puhetta muualta huoneesta))
- 7 no tota ihan virkeesti se kuitenkin aina sieltä pomppaa ylös=
- 8 =tänäänki käytiin suihkussa
- 9 rollan kanssa sinne kävelee
- 10 ja siellä onnistuu ihan hyvin kaikki toimet tän kanssa
- 11 ja virkeesti se kerto tänäänki perheestä

Otteessa 18 hoitaja sanoo suoraan, että potilas tarvitsee kannustamista toimintaan (rivi 3), ja epäilee potilaan teeskentelevän oireita (rivit 4–5). Hoitaja puolestaan esittää itsensä tiukkana ja ammattitaitoisena kuntouttajana (rivit 8–11), joka saa potilaan toimimaan.

Ote 18

[H5. II/3]

- 1 ((Raportointia potilaan taustasta ja sairauden hoidosta))
- 2 Tänään hänet sai hyvin talutettua kans rollaattorin avulla veeseehen
- 3 ja tota noin mutta on hirveen patisteltava
- 4 kertoo että huimaa
- 5 mutta ihan niinku ei hoiperra se kävely yhtään
- 6 mutta totta kai siinä täytyy tukena olla (.) vieressä
- 7 ((myöhemmin samassa raportissa))
- 8 mutta mää oon vaan sitkeesti koittanu häntä sieltä ylös että
- 9 ja sit että autan vähän
- 10 niin hän pääsee kyl tosi hyvin ite
- 11 ettei o mitään ongelmaa

Seuraavassa otteessa 19 potilaan henkinen vireystila on laskenut (rivit 6 ja 10), mutta se ei herätä epäilyjä teeskentelystä tai yrittämisen puutteesta. Hoitajien avulla potilas jaksaa kävellä (rivit 7–8) ja peseytyä (rivi 9).

Ote 19

[H4. II/7]

- 1 ((Raportointia potilaan taustasta ja sairauden hoidosta))
- 2 X on laitettu KL:n jonoon
- 3 odottelee sinne siis paikkaa et josko vähän häntä saatais vielä kuntoutettua lisää
- 4 ja (.) sitten että jos vielä pärjäis siellä JHP:ssa
- 5 että tota hän kävelee=
- 6 =hän on vähän (.) kuinka väsyneessä väsyneessä ja halut- haluttomassa tilassa hän on
- 7 että hän jaksaa kävellä=
- 8 =tänäänki käveli hyvin rollaattorilla ja hoitajien kanssa tonne suihkuun
- 9 ja kävi siinä suihkussa ja ja tota (.) hyvin jakso sen reissun
- 10 mutta välillä on sitte et on väsyny ja ((epäselvää)) oikein jaksanu kävellä

5.5 Vanhuuden tulkintarepertuaarit

Analyysini neljänteen vaiheeseen (ks. kaavio 1, s. 40) kuuluu merkitysjärjestelmien tunnistaminen tutkittavista teksteistä, millä tarkoitetaan varsinaista tulkintarepertuaarien etsintää ja nimeämistä.

Hoitotyön suullinen tiedonsiirto on empiirisessä tutkimuspaikassani muotoutunut potilasta, työyksikön tarpeita ja työn organisointia palvelemaan. Aineistossani eri hoitajien raporttien sisältö ja kulku on hyvin samankaltainen, kuten olen aiemmin luvussa 2.1 (s. 3) esittänyt. Raportointipuheessa korostetaan samoja teemoja, käsittelyjärjestys on samankaltainen ja sanastokin yhtenevä. Voidaankin puhua organisaatiolle ja työyhteisölle ominaisesta kaavasta ja yhteisestä toimintakulttuurista.

Greenin (1993, 86, 89) mukaan hoitotyössä ihminen määritellään hoivan tarpeen kautta. Hän väittää, että vanhuus tulee sosiaalisesti näkyväksi juuri riippuvaisuuden käsitteen kautta, joka leimaa vanhat ihmiset avuttomiksi. Tässä lähestymistavassa ongelmattomat vanhukset eivät näy eikä heitä siis ole. Aineistossani vanhuspotilas puhutaan juuri hoivan tarpeen kautta: miten paljon ja minkälaista hoitotyön apua potilas tarvitsee päivittäisissä toimissa. Selonteot liittyvät arkisiin tapahtumiin eli miten potilaalta sujuu itsenäinen toiminta päivittäisten toimien eri osa-alueilla. Toisaalta keskitytään potilaan vahvuuksiin eli niihin toimintoihin, jossa avun tarvetta ei ole tai sen tarve on vähäinen, toisaalta keskitytään toimintakyvyn vajauksiin eli toimintoihin, joissa hoivan tarve tulee konkreettisesti näkyväksi. Hoitotyön suullisen tiedonsiirron avulla työvuoron henkilökunta voi suunnitella työvuoron kulkua ja hoitotyön resurssien jakautumista, mikä merkitsee käytännössä aivan yksinkertaisesti esimerkiksi sitä, miten monta syömisessä avustettavaa tai täysin syötettävää potilasta osastolla on. Työ aterioiden aikana rytmittyy sen mukaan, sillä hoitajia on tietty määrä ja avustettavia potilaita tietty määrä.

Tutkimuskysymykseni on: *Miten ”vanhuspotilas” puhutaan terveydenhuollon henkilökunnan raportointipuheessa?* Olen tunnistanut aineistoni perusteella kaksi vanhuuden tulkintarepertuaaria, jotka nimeän ”tarvitsevan vanhuksen” tulkintarepertuaariksi ja ”toimintakykyisen vanhuksen” tulkintarepertuaariksi.

5.5.1 ”Tarvitsevan vanhuksen” tulkintarepertuaari

Tässä aineistossa 45 potilasraportissa 49:stä raportoidaan jonkunlaisesta toimintakyvyn alenemisesta, joka aiheuttaa hoivan tarpeen. ”Tarvitsevan vanhuksen” tulkintarepertuaaria voidaan siis pitää vallitsevana hoitotyön suullisessa tiedonsiirrossa. Voidaan puhua hegemonisesta diskurssista, sillä ensinnäkin sen esiintyvyys on suuri verrattuna toimintakykyisen vanhuksen tulkintarepertuaaritapauksiin ja toiseksi se edellisen perusteella esiintyy lähes itsestään selvänä ja vaihtoehdottomana (Jokinen ym. 1991b, 69). Jo pelkkä ikämaininta herättää kokemukseni mukaan ”tarvitsevan vanhuksen” tulkintarepertuaarin, kuten olen aiemmin esittänyt luvussa 5.4 (s. 45). Vanhukset näyttäytyvät näin melko homogeenisena ryhmänä.

Hoivan tarve ilmenee vajavuuksina toimintakyvyssä ensinnäkin aiempien sairauksien perusteella, jotka mainitaan yleensä luettelona. Potilaan sairaalahoidon tarpeen aiheuttanut nykysairaus esitetään lääketieteellisellä sanastolla mutta myös hoivan tarpeen kautta, jos sairaus aiheuttaa alenemaa potilaan toimintakyvyssä tai sairauden hoito edellyttää hoitotyön toimenpiteitä. Selonteot kognitiosta ja toiminnan vajauksista arkisissa päivittäisissä toiminnoissa muodostavat merkittävimmät ja suurimmat määrittävät osat ”tarvitsevan vanhuksen” tulkintarepertuaarin rakentumisessa.

”Tarvitseva vanhus” on tämän aineiston raportointipuheen perusteella monin tavoin raihnainen. Hänellä on monia aiempia sairauksia ja kognitiivisia ongelmia, jotka vaikuttavat toimintakykyyn. Hän saattaa tarvita apua peseytymisessä, liikkumisessa, syömisessä ja erittämisessä. Lisäksi tulevat vielä sosiaalityön tarvetta aiheuttavat ongelmat vanhuksen asumisessa ja kotona selviytymisessä. Selontekojen perusteella erilaisten toimintakyvyn vajausten määrä on tässä aineistossa 62. ”Tarvitseva vanhus” rakentuu siis toiminnan vajavuuksista, ongelmista ja hoivan tarpeesta, mutta repertuaari ei ole pelkästään yksiulotteinen, sillä myös toimintakyky tuodaan esille. Viittaukset vanhuksen omatoimisuuteen tai orientaatioon murentavat ”tarvitsevan vanhuksen” tulkintarepertuaaria.

5.5.2 ”Toimintakykyisen vanhuksen” tulkintarepertuaari

Tässä aineistossa toimintakykyisiä vanhuksia raportoitiiin siis kaksi mainitsemalla erityisesti omatoimisuus. Kahdessa potilasraportissa potilaan omatoimisuudesta ei mainittu, minkä kokemukseni perusteella tulkitsen johtuvan siitä, että toimintakyvyn vajausta ei ollut. Näiden potilaiden tarvitsema hoitotyö liittyy lääketieteelliseen sairauden hoitoon.

5.6 Diskurssit ja vanhuksen identiteetti

Viidenteen analyysivaiheeseen (ks. kaavio 1, s. 40) kuuluu löydettyjen tulkintarepertuaarien vertaaminen aiempaan tutkimukseen ja siten diskurssien välisen vuorovaikutuksen tunnistaminen. (Ks. Niemi ym. 2006.) Esittelen tässä luvussa erilaisia vanhusdiskursseja ja vertaan niitä omasta aineistostani löytyneeseen hegemoniseen ”tarvitsevan vanhuksen” tulkintarepertuaariin.

Usein vanhuus ja riippuvaisuus yhdistetään, mutta Green (1993, 86) varoittaa siitä, sillä se on hänen mukaansa leimaavaa ja sikäli vaarallistakin, jos vanhuus on olemassa vain tuon leiman näkökulmasta. Vanhuksista puhutaan usein homogeenisena ryhmänä yksilöllinen vaihtelu unohtaen, mutta jokainen ihminen on erilainen ja jokainen vanhenee omalla tavallaan (emt., 73–74). Tutkimusaineistossani voidaan nähdä vanhuuden ja riippuvaisuuden yhdistämistä, mutta pidän sitä luonnollisena fyysisen kontekstin eli laitoksen vuodeosaston huomioon ottaen. Vanhuksiässä sairaudet aiheuttavat monenlaista alenemaa toimintakyvyssä, mikä usein on juuri sairaalahoidon tarpeen syy, sillä muutenhan potilas hoidettaisiin avohoidossa perusterveydenhuollossa tai kotisairaalassa erikoissairaanhoidossa. Hoitotyön kulttuuri erikoissairaanhoidossa ja sitä kautta työyhteisön oma työkuultuuri on muotoutunut sairauskeskeiseksi. Ehkä juuri tästä syystä vanhus pääsee vain osittain mukaan rakentamaan toimijuuttaan. Toimintakyvyn arviointi tapahtuu hoitohenkilökunnan tekemänä käytännön hoitotyössä. Tämä arvio siirtyy sitten myöhemmin seuraavan työvuoron henkilökunnalle hoitotyön suullisen tiedonsiirron välityksellä. Vanhuksen oma ääni jää monesti kuulumattomiin, sillä hänen oma käsityksensä esimerkiksi peseytymisestä voi olla täysin toinen kuin hoitohenkilökunnan. Kokemukseni mukaan hoitaja käyttää tässä yhteydessä asiantuntijuuttaan ja valtaansa. Vanhus, joka edustaa ennen sotaa syntynyttä sukupolvea, harvoin uskaltaa vastustaa tätä auktoriteettia.

Bowling ym. (2005, 480–481) pitävät kronologista ikää syrjintää aiheuttavana ja epäluotettavana välineenä ikääntyviä tutkittaessa. Tutkijat painottavat, että kronologinen ikä hämärtää ikääntyneiden fysiologisen, psyykkisen ja sosiaalisen yksilöllisyyden. Biologisestihan vanhenemisella tarkoitetaan eri elinten toimintakyvyn alentumaa, joka lopulta johtaa lisääntyneeseen kuoleman riskiin iän karttuessa. Tässä mielessä kronologisella iällä voidaan ennustaa ja arvioida kuolleisuutta ja toimintakyvyn vajausta. Tutkijat kuitenkin muistuttavat, että terveydentilan huononeminen ei ole väistämätöntä: kaikki ihmiset eivät sairastu esimerkiksi Alzheimerin tautiin. Tulkitsen kuitenkin hoitotyön suullisen tiedonsiirron ottavan huomioon vanhuksen yksilöllisen vanhenemisen ja toimintakyvyn yksilöllisen alenemisen siitä yksinkertaisesta syystä, että käytännön hoitotyö pitää

organisoida käytettävissä olevien resurssien mukaan. On kaikkien osapuolten etu, että vanhuksen toimintakyky on ja pysyy hänelle optimaalisella tasolla, mikä näkyy omatoimisuuteen kannustamisena käytännön toiminnassa. En tunnista aineistostani hoitotyön tarpeen oikeuttamista pelkän oikeuttamisen vuoksi, sillä vuodeosastohoidon tarve ei ole vähenemään päin, vaan päinvastoin vanhusten hoitaminen ylipaikoilla on arkipäivää. Aiemmin hoitotyö merkitsi hyvin pitkälle potilaan puolesta tekemistä: oli paljon toimia, joiden katsottiin kuuluvan ammattilaisille ja heidän päätäntävaltaansa. Nykyisin potilasta kannustetaan omatoimisuuteen ja apua annetaan vasta tarvittaessa. Voisi myös sanoa, että potilaan aikuisuus ja määräysvalta omaan kehoonsa on lisääntynyt. Ennen vanhaan potilas pestiin, koska lähtökohtaisesti oletettiin, että potilas ei pysty peseytymään sairaalan hygieniastandardien mukaisesti. Nykyisin luotetaan potilaan aikuisuuteen eli siihen, että potilas osaa peseytyä, jos hänen toimintakykynsä siihen riittää. Hoitotyön kulttuurin muuttuminen riippumattomuuden ja omatoimisuuden vaatimuksineen herättävät potilaissa monesti hämmennystä ja mielipahaa ja he kokevat, että heitä ei auteta. Toisaalta olisi tärkeää, että potilas saisi olla sairaalahoidon aikana tarvitseva, vaikka hänen tosiasiallinen toimintakykynsä ei sitä edellyttäisikään. Tosiasia kuitenkin on, että vanhuksen toimintakyky saattaa alentua dramaattisesti jo lyhyenkin sairaalahoidon aikana, jos toimintakykyä ylläpitävä kuntoutus laiminlyödään.

Vuorinen (1997, 283) muistuttaa, että kehon muutokset eivät välttämättä tarkoita psyykkisen toimintakyvyn tai itsemääräämisoikeuden heikentymistä. Arkielämän kognitiiviset taidot säilyvät terveillä vanhuksilla hyvinkin pitkään. Bowlingin ym. (2005, 482) tutkimuksen mukaan nuorempiin ikäryhmiin samastuvat ikääntyneet olivat tyytyväisempiä elämäänsä, mikä puolestaan korostaa hoitajien roolia vanhuksen omatoimisuuteen kannustamisessa. Käytännössä vanhuksen pitää todentaa ja legitimoida hoivan tarve. Tutkijat (emt., 481) toteavat hyvän vanhenemisen (engl. successful ageing) sisältävän hyvinvoinnin, tyytyväisyyden ja jatkuvuuden tunteiden lisäksi oikeuden ja mahdollisuuden huolehtia itsestä, olla riippumaton ja tuntea itsensä tarpeelliseksi.

Jolanki ym. (2000, 359–360) ovat tutkimuksessaan haastatelleet yli 90-vuotiaita ja analysoineet haastatteluja diskurssianalyttisin keinoin. Ikääntyneiden suhtautuminen vanhuuteen on ambivalentti. Yhtäältä vanhuus koetaan vääjäämättömänä ja on itsestään selvää, että vanhuuden seurauksena toimintakyky huononee, ja toisaalta tätä diskurssia horjuttaa diskurssi vanhuudesta valinnan paikkana, joka tuo vanhuuteen erilaisia positiivisia aspekteja, joista voi valita. Jolankin ym. tutkimuksessa monet haastatelluista eivät pitäneet itseään lainkaan vanhoina, joten tutkijat päättelivät, että haastateltavat eivät puhuneetkaan kronologisesta iästään.

Vanhuksia ei arvosteta, elleivät he ole aktiivisia tai hyviä kuluttajia. Jiayin ja Baozhen (2012, 327–329, 333) kritisoivat vanhuuden typistämistä aktiiviseksi kehoksi, kun vanhuus voitaisiin nähdä henkisen kasvun ulottuvuuden näkökulmasta. He peräänkuuluttavat diskurssin muutosta, joka lisäisi sukupolvien välistä ymmärrystä. Ikääntyminen ei ole ongelma vaan luonnollinen ilmiö, joka sisältää sekä muutoksia että mahdollisuuksia. Näin vanhuudella olisi arvo sinänsä. Maddenin ym. (2012, 271) mukaan hoitotyön haasteeksi on tullut vanhuuden dikotomisten diskurssien tunnistaminen sekä niiden seurausten ja mahdollisuuksien punnitseminen.

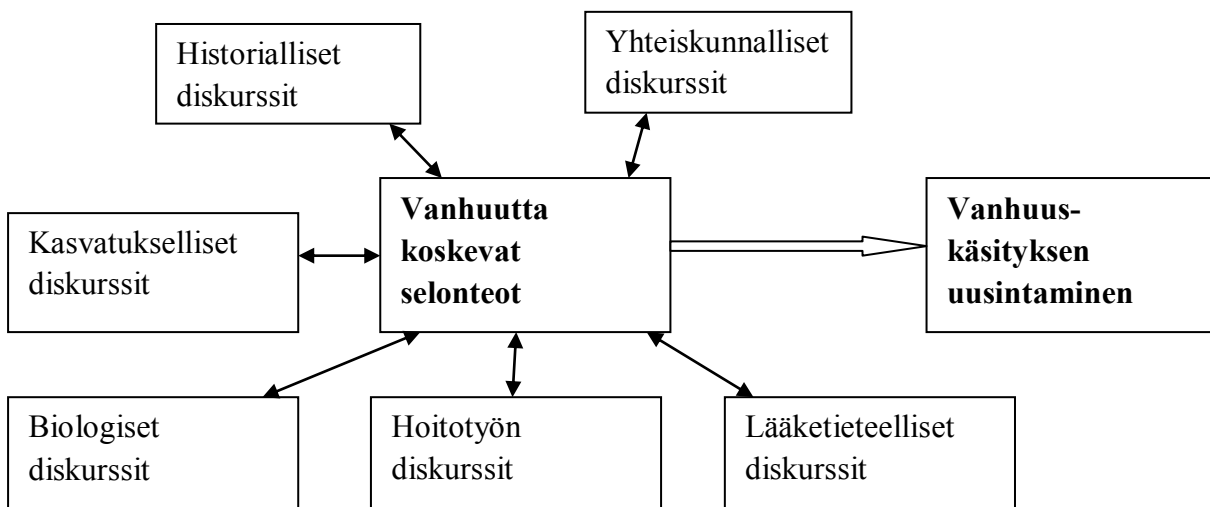
Vanhuuden kategoria näytti Jolangin (2008, 223–224) tutkimuksen valossa homogeenisoivan vanhukset, mikä samalla vaarantaa heidän toimijuutensa. Toisaalta haastateltujen puheissa toimijuus yhdistettiin fyysisen toimintakyvyn huononemiseen, omien odotusten madaltamiseen ja aktiviteeteista luopumiseen. Voitaisiin puhua jopa toimijuuden päättymisestä, jos omatoimisuus on alentunut. Kehon toimintakyvyn huonontuminen vaarantaa aikuisen statuksen, joka osaltaan kertoo toimijuudesta. Jolanki pitää todennäköisenä, että ikäihmisten sisäistämät negatiiviset käsitykset ikääntymisestä ja vanhuusiästä nakertavat heidän itseluottamustaan, laskevat odotuksia ja siten johtavat entistä huonompaan fyysiseen ja psyykkiseen suoriutumiseen, jota sitten puolestaan pidetään vanhuuden aiheuttamana. Jolanki pitää surullisena, että vanhus kavennetaan pelkäksi fyysiseksi suorituskyvyksi, mikä entisestään vähentää vanhusten osallisuutta. Hoitotyö sairaalassa keskittyy hyvin pitkälti potilaan sairauden hoitoon, mikä ainakin osittain on sairaalan olemassaolon merkitys instituutiona. Lisäksi resurssipula ja kiire eivät anna hoitohenkilökunnalle riittävästi mahdollisuuksia vahvistaa vanhuspotilaan toimijuutta. Myös hoitoajat ovat merkittävästi lyhentyneet. Tämän hetken vanhukset ovat vielä hyvin arkoja tuomaan itseään ja tahtoaan esille sairaalassa. Monen vanhuksen toimijuus jää löytymättä ja hyödyntämättä, mikä saattaa ruokkia vanhuksen negatiivista käsitystä itsestään.

Eliniän pidentyessä ikääntymisen uusi kulttuurinen puhetapa on synnyttänyt esiin kolmannen ja neljännen iän käsitteet. Kolmatta ikää elävät ovat terveitä ja aktiivisia toimijoita verrattuna neljättä ikää eläviin toisiin, joiden toimintakyky on alentunut ja jotka ovat menettäneet omatoimisuutensa. Neljännessä iässä ihminen kokee melkein täydellisen toimijuuden menetyksen. Kolmas ikä merkitsee yksilöllisten valintojen paikkaa, mutta neljännessä iässä valintoja ei pysty tekemään tai ainakin valinnan mahdollisuus on rajallinen. Kolmannen iän identiteettiin kuuluu vanhuuden vastustaminen (anti-ageing), mikä onkin aivan diskurssin ytimessä. Ikääntyvät asettavat itselleen fyysisiin suorituksiin liittyviä tavoitteita, jotka aiemmin kuuluivat nuoremmalle väestöosalle ja nykyisin kuuluvat ”normaaliin vanhenemiseen”. Ikääntymisestä on näin tullut suorittamista. Ikääntyvät esittävät ikääntymisen mallia itselleen mutta myös toisille ikääntyville ja muillekin

ikäryhmille. Ihmisten ei odoteta ainoastaan säilyttävän terveystensä, heidän on myös osoitettava se käytännössä. (Stevenson & Higgs 2011, 373–375.)

Couplandin ja Couplandin (1994, 81, 83–84, 95) mukaan perinteiset lähestymistavat ikäidentiteetteihin ovat lähteneet oletuksesta, että ikä itsessään, asema sukupolvien ketjussa ja roolit määrittävät, mitä meistä tulee ja voi tulla. Diskursiivinen näkökulma osoittaa, miten vuorovaikutuksen avulla luomme ikäidentiteettejä itsellemme ja muille. Kirjoittajat ovat tutkineet avohoito-potilaiden käyntejä geriatriin vastaanotolla. Kysyttäessä kuulumisia monet ikääntyvät kertovat voinnistaan iän kautta. Toisaalta potilas saattaa odottaa tunnustusta korkeasta iästä huolimatta hyvästä terveydestään, toisaalta julkituotu ikä selittää käsiteltävää terveysongelmaa. Potilas voi hakea oikeutusta antaa periksi ja olla hauras ja tarvitseva. Tutkijat toteavat, että geriatriin reaktio voi olla olennaisen tärkeä potilaan itsetunnon kannalta. Lääkäri voi joko vahvistaa potilaan käsitystä tämän terveydestä ja vanhenemisesta tai auttaa käsityksen muuttumisessa positiiviseen suuntaan.

Tehdessämme vanhuutta koskevia selontekoja voimme valita monenlaisten mahdollisten diskursioiden joukosta. Vanhuus voi näyttäytyä mm. viisautena, taloudellisena rasitteena, raihnaisuutena, riippuvaisuutena, tarvitsevuutena tai sairaalloisuutena (ks. luku 2.4, s. 12). Valinta on meidän, mutta voidaksemme valita meidän tulee tiedostaa, minkälaisia diskursseja käytämme. Sen lisäksi, että voimme valita erilaisten diskursioiden joukosta, voimme selonteissa myös muuntaa käytettyä diskursioiden. Kuviossa 4 esitän Suonista (1999, 23) mukailten, millaisia diskursseja vanhuutta koskevien selontekojen taustalla on. Aiemman tutkimuksen perusteella tutkimusaineistossani piirtynyt vanhuuden kuva on länsimainen ja siten länsimaissa universaali.



Kuvio 4. Selonteot kulttuurin rakentajana vanhuutta koskevissa puheissa

5.7 Tutkimuksen yleistettävyyden ja luotettavuus?

Niemi ym. (2006, 85–86) esittävät, että vaiheeseen 6 (kaavio 1, s. 40) eli aineiston yleisluontoisuuteen kuuluu tutkimustulosten yleistettävyyden pohdinta. Tutkijat ovat lukeneet merkityksiä ensin käyttöyhteyksissään ja sitten tehneet johtopäätöksiä yleisemminkin. En lähde tällaiseen pohdintaan. Alasuutarin (2011, 235) mukaan tämäntyyppisessä tutkimuksessa ei yleistettävyyttä ole syytä pohtia, koska tutkimustulosten ei tarvitse päteä muuhun kuin tutkittuun tapaukseen. Eskola (1994, 22) kritisoi tiedettä, joka pyrkii välttämään epätarkkuutta, monimerkityksisyyttä ja subjektiivisuutta. Inhimillisen toiminnan tutkimuksessa tutkijan on selvitettävä, millaista todellisuutta kertojat niillä tuottavat. Merkityksellistä Eskolan mukaan on 1) toiminnan merkitys eri toimijoille, 2) ne lait ja säännöt, jotka toimijat ottavat huomioon ja 3) mikä on logiikka niiden taustalla. (Emt., 43.)

Olen tutkinut rajattua kokonaisuutta eli keväällä 2014 taltioitua erään yksittäisen työyhteisön hoitotyön suullista tiedonsiirtoa ja analysoinut aineistoa vain käyttöyhteydessään enkä lähde tekemään johtopäätöksiä tutkimustulosteni yleistettävyydestä (Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto). Jokaisessa työyhteisössä on muotoutunut oma vakiintunut tapansa hoitotyön suulliseen tiedonsiirtoon, sen sisältöön ja siinä rakentuviin vanhuuden tulkintarepertuaareihin. Jossakin toisessa työyksikössä tutkimustulokset voisivat olla toisenlaisia kuin tässä omassa tutkimuksessani monestakin syystä. Ensinnäkin vanhusten osuus potilaista vaihtelee ja toiseksi sairaalan vuodeosaston erikoisala vaikuttaa, joten yleistysten teko on vaikeaa. Olen pohtinut vanhusdiskursseja yleisesti luvussa 5.6 (s. 61) ja verrannut niitä aiemmassa tutkimuskirjallisuudessa esiteltyihin tutkimustuloksiin. Vaihe 7 (ks. kaavio 1, s. 40) käsittää historiallisen kontekstin ymmärtämisen ja edellyttää aiemman tutkimuksen tuntemusta, jota olen käsitellyt luvussa 2.4 (s. 12). (Ks. Niemi ym. 2006.) Diskurssianalyttisen tutkimuksen tutkimustulosten luotettavuutta arvioidaan analyttisten tulkintojen vakuuttavuuden perusteella, mikä tapahtuu Lipposen ja Åstedt-Kurjen (2008, 233) mukaan

- ”1) tukeutumalla toimijoiden tilannesidonnaisesti ilmaisemaan ymmärrykseen,
- 2) analysoimalla alkuperäisestä ajatuksesta poikkeavia ajatuksia, jotka paljastavat vuorovaikutuksellisia ja kulttuurisia itsestänselvyyksiä,
- 3) antamalla tutkimuksen lukijalle mahdollisuuden arvioida tutkijan tekemiä tulkintoja ja
- 4) suhteuttamalla tehdyt tulkinnat aikaisempaan diskurssianalyttiseen tutkimukseen.”

Analyysini lähtökohtana on aineisto, jota olen analysoinut hoitajien tilannesidonnaisesti käyttämänä raportointipuheena. Olen etsinyt paitsi yhteneväisyyksiä myös poikkeustapauksia, jotka vahvistavat kulttuuristen itsestäänselvyyksien olemassaolon. Tulkintojeni vahvistukseksi olen käyttänyt runsaasti esimerkkioitteita, jotta lukija voi seurata tulkintojeni syntymistä ja muodostaa oman tulkintansa. Tutkijana en ole vaikuttanut aineiston laatuun, vaan tunnistamani vanhuuden tulkintarepertuaarit löytyvät aineistosta, joskin tulkinta on minun. (Ks. Niemi ym. 2006.)

6 Yhteenvetoa ja pohdintaa

"Lupaan, että vakaa ja vilpitön tahtoni on sairaanhoitajan tointa harjoittaessani parhaan kykyäni ja ymmärrykseni mukaan täyttää ne velvollisuudet, jotka minulle sairaanhoitajana kuuluvat, ja pitää aina mielessäni sairaanhoitajan työn korkeat ihanteet."

(Sairaanhoitajakoulujen ja -opistojen johtajattarien v. 1958 tekemä Sairaanhoitajan vala)

Tutkimuskysymykseni kuului: *Miten "vanhuspotilas" puhutaan terveydenhuollon henkilökunnan raportointipuheessa?* Tunnistin aineistostani kaksi vanhuuden tulkintarepertuaaria, jotka olen nimennyt "tarvitsevan vanhuksen" tulkintarepertuaariksi ja "toimintakykyisen vanhuksen" tulkintarepertuaariksi.

Aineistossani vanhuspotilas puhutaan tarvitsevuuden eli hoivan tarpeen kautta, mutta toisaalta myös vanhuksen vahvuudet pääsevät esille. Hoitotyön suunnittelun kannalta on tärkeää tunnistaa ne päivittäisten toimien osa-alueet, joissa vanhuksella ei ole avun tarvetta tai joissa avun tarve on vähäinen, jotta resursseja riittää niille potilaille ja osa-alueille, joissa hoivan tarvetta konkreettisesti on. Paradoksaalisesti vähenevät resurssit ovat tuoneet yksilöllisen vanhenemisen, toimintakyvyn ja toimijuuden yksilöllisen säilymisen ja ylläpitämisen entistä näkyvämmiksi. Pidän kuitenkin vanhuuden ja riippuvaisuuden yhdistämistä sairaalakontekstissa luonnollisena, koska erityisesti vanhuusiässä sairaudet voivat heikentää toimintakykyä ja siten lisätä tarvitsevuutta.

Jäin tutkimuspaikkani suullisessa tiedonsiirrossa kaipaamaan hoidon ja hoitotyön tavoitteiden konkreettista ääneen muotoilemista, mikä mielestäni vahvistaisi ja edistäisi vanhuspotilaan toimijuutta. Siten käsitys vanhuudesta laajenisi käsittämään kokonaisvaltaisesti koko toimintakyvyn

eli myös psyykkisen toimintakyvyn ja itsemääräämisoikeuden. Samalla hoitotyön keinoin voitaisiin tukea nykyistä paremmin vanhuksen itsetuntoa ja uskoa omiin kykyihinsä.

Hoitotyön suullinen tiedonsiirto tutkimuspaikassani noudattaa institutionaaliselle puheelle kirjallisuudessa asetettuja määritelmiä hyvinkin tarkasti. Raportointi tapahtuu virallisessa organisaatiossa, jolle yhteiskunta on asettanut tehtävät. Raportoinnilla on tietty päämäärä, sillä tarkoituksena on toimia organisaation tehtävän mukaisesti ja siirtää tietoa työvuorolta toiselle, jolloin potilaan hoito säilyy hoitosuunnitelmien mukaisena ja hoidon jatkuvuus ja turvallisuus voidaan siten taata. Raportointi noudattaa osaston hoitotyön tarpeisiin muovautunutta kaavaa sekä rakenteeltaan että sisällöltään, jotta seuraavan työvuoron työntekijät saavat tarvitsemansa tiedon potilaan hoidon toteuttamista varten mutta myös resurssien kohdentamista varten.

Raportointi sisältää paljon lääketieteellistä puhetta, joka kuuluu lääketieteelliseen kehykseen (ks. s. 8). Puheenparsi on yleensä kotoista paikallismurretta, joka on osallistujille tuttua, mutta sanasto sisältää paitsi lääketieteen termejä myös hoitotyöhön kuuluvaa terminologiaa ja hoitotyön slangia. Potilaista puhuttaessa pitäydytään asiassa, mutta raportointipuheen välissä saatetaan keskustella lyhyesti kevyistä ulkopuolisistakin aiheista. Käytännöllisen kehyksen (ks. s. 8) osuus on luonnollisesti suuri, koska hoitotyö sisältää paljon päivittäisiä rutiineja joko suoranaisesti potilaaseen liittyen, kuten avustaminen päivittäisissä toimissa, tai välillisesti potilaaseen liittyen, kuten esimerkiksi lääkehoidon suunnittelussa.

Hoitajan vallankäyttö suhteessa potilaaseen ilmenee hoitotyön suullisessa tiedonsiirrossa hoitajan vallassa määritellä ja luokitella potilas joksikin raportointipuheessa. Lääkäri arvioi potilaan lääketieteelliset ongelmat ja suunnittelee hoidon, hoitaja puolestaan arvioi potilaan toimintakyvyn ongelmat, suunnittelee hoitotyön keinot, joilla ongelmien aiheuttamiin tarpeisiin vastataan, ja esiintyy siten hoitotyön auktoriteettina. Kokemukseni mukaan potilaan ongelmista keskustellaan usein hoitotoimien yhteydessä hänen kanssaan, mutta raportoinnin ongelmanratkaisussa potilaan ääni jää kuulumattomiin. Potilaan voimavarat ja kyvyt päivittäisissä toimissa kartoitetaan yhä vähenevien resurssien kohdentamiseksi tarvitseville. Kohdentaminen toimii samalla myös hoitotyötä legitimoivana puheena.

Vaikka raportointipuheen sisältöä ei ole virallisesti säädelty, raportointi noudattaa kaavaa, jonka työntekijät ovat vuosien saatossa yhdessä muovanneet ja toimivaksi havainneet. Periaatteessa hoitaja voi vaikuttaa paljonkin raportointipuheen sisältöön ja puhua ohi institutionaalisen käytännön, mutta käytännössä työvuorojen vaihtumiseen suunniteltu rajattu raportointiaika ja potilasta kohti käytettävissä oleva raportointiaika rajoittavat hoitajan luovuutta, mikä edesauttaa raportointi-

puheen periytymistä sellaisenaan edeltävältä työvuorolta seuraavalle. Hoitajan on tietenkin muutettava raportointipuheen sisältöä tilanteen mukaan, kun potilaan hoidossa ja voinnissa tapahtuu muutoksia, jotka vaikuttavat hoitotyön tarpeeseen ja suunnitteluun.

Olen aiemmin (ks. s. 19) esittänyt, että hoitotyön suullisessa tiedonsiirrossa työn kannalta olennaisen informaation lisäksi on kyse toisen ihmisen antamasta tiedosta kolmannesta, mikä ohjaa vahvasti vaikutelmaa, joka kolmannesta ihmisestä muodostuu. Hoitotyön suullisen tiedonsiirron kehittämisen kannalta onkin tärkeää, että hoitotyön tekijät tiedostavat selontekojensa ja siten raportointipuheen taustalla vaikuttavat diskurssit. Muutos puhetavoissa ja itsestäänselvyyksien purkaminen voi tapahtua tiedostamisen ja keskustelun kautta. Eri asia on, onko hoitotyön kiireen keskellä aikaa ja mahdollisuutta paneutua raportoinnin sisältöön ja seurauksiin. Toisaalta kiireinen ja stressaantunut työntekijä voi pitää reflektointia turhanakin, jos työ sujuu ja potilaat ovat tyytyväisiä. Mutta yhdenkin hoitajan puhetapojen tiedostaminen ja muutos voi vaikuttaa koko työyhteisöön. Diskurssien vaikutus ei ole yhdensuuntaista, vaan muutokset vanhuuden selonteoissa muuttavat myös niiden taustalla olevia diskursseja.

Potilaiden vaihtuvuus erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla on nykyisin hoitajaksojen lyhetessä koko ajan kasvanut, mutta mikäli vuodeosastojakson pituus sallisi, olisi mielenkiintoista keskittyä yksittäisten vanhuspotilaiden raportointipuheen diskursiivisiin muutoksiin sairaalajakson aikana. Vanhusten toimijuuden rakentuminen hoitotyön käytännöissä olisi myös hyvin tärkeä jatko-tutkimuksen kohde.

Kaikessa hoitotyössä pitää mielestäni korostaa potilaan itsemääräämisoikeutta, jos potilaan kognitio siihen riittää, olkoon potilas sitten nuori tai vanha. Vanhuksen omaisten roolia hänen asianajajanaan tulee vahvistaa. Tavoitteena on joka tapauksessa vanhusten voimaantuminen, jotta vanhuusikä näyttäytyisi meille kaikille merkityksellisenä ja arvokkaana aikakautena ihmisen elämässä. Toivon, että ihmisarvon jakamattomuuden ihanne toteutuisi kaikille ja kaikkialla.

Päätän tutkielmani Helena Rantasen sanoihin:

”Tilanne on mennyt huonoksi, koska halutaan säästää. Suomessa ei ole koskaan arvostettu iäkkäitä ihmisiä, varsinkaan niin sanottua työväestöä.

Monet minunkin sairauksistani on laitettu vanhuuden piikkiin, eikä niitä tutkita kunnolla. Edelleen olen kansalainen, enkä mikään pelkkä vanhus. Minulla on oikeus vaatia tietoa ja hoitoa.”

Helena Rantanen, 91, Helsingin Sanomissa 7.7.2014

Lähteet

Painettu kirjallisuus

Alasuutari, Pertti (1994) Luurangon mysteeri. Teoksessa: Weckroth, Klaus ja Tolkki-Nikkonen, Mirja (toim.) (1994) Jos A niin... Tampere: Vastapaino, 75–91.

Alasuutari, Pertti (2011) Laadullinen tutkimus 2.0. Tampere: Vastapaino.

Benson, Ember, Rippin-Sisler, Catherine, Jabusch, Kimberly and Keast, Shelley (2007) Improving Nursing Shift-to-Shift Report. *Journal of Nursing Care Quality* 22(1), 80–84.

Berger, Peter L. ja Luckmann, Thomas (2009) Todellisuuden sosiaalinen rakentuminen. Suomentanut ja toimittanut Vesa Raiskila. Helsinki: Gaudeamus. Englanninkielinen alkuteos 1966.

Bowling, A., See-Tai, S., Ebrahim, S., Gabriel, Z. and Solanki, P. (2005) Attributes of age-identity. *Aging & Society* 25, 2005, 479-500.

Brown, Rupert (1996) *Group Processes. Dynamics within and between Groups*. Cambridge, Massachusetts: Blackwell Publishers.

Burr, Vivien (2003) *Social Constructionism. Second edition*. Hove; New York: Routledge.

Burr, Vivien (2004) *Sosiaalipsykologisia ihmiskäsityksiä*. Tampere: Vastapaino.

Chatwin, John (2008) Hidden dimensions: the analysis interaction in nurse – patient encounters. *Quality in Primary Care* 16:109-15.

Coupland, J. and Coupland, N. (1994) “Old age doesn’t come alone”: discursive representations of health-in-aging in geriatric medicine. *International Journal of Aging and Human Development*, Vol. 39(1) 81–95, 1994.

Crowe, Marie (2005) Discourse analysis: towards an understanding of its place in nursing. *Journal of Advanced Nursing* 51(1), 55–63.

Davies, Stephanie and Priestley, Michael J. (2006) A reflective evaluation of patient handover practices. *Nursing Standard* 20, 21, 49–52.

Dowding, Dawn (2001) Examining the effects that manipulating information given in the change of shift report has on nurses’ care planning ability. *Journal of Advanced Nursing* 33(6), 836–846.

Edwards, Derek and Potter, Jonathan (1992) *Discursive Psychology*. London: Sage.

- Eskola, Antti (1994) *Sosiaalitieteen muuttuvat tekstit ja käytännöt*. Teoksessa: Weckroth, Klaus ja Tolkki-Nikkonen, Mirja (toim.) (1994) *Jos A niin...* Tampere: Vastapaino, 13–53.
- Fealy, G., McNamara, M., Treacy, M. P. and Lyons, I. (2011) Constructing ageing and age identities: a case study of newspaper discourses. *Ageing and Society*, Volume 32, Issue 01, January 2012, pp 85–102.
- Gergen, Kenneth J. (1997) *Relations and Relationships. Soundings in Social Construction*. Cambridge: Harvard University Press.
- Gran-Moravec, Marilyn B. and Hughes, Christina M. (2005) Nursing time allocation and other considerations for staffing. *Nursing and health Sciences* 2005:7, 126–133.
- Green, Bryan S. (1993) *Gerontology and the construction of old age. A study in discourse analysis*. New York: Aldine de Gruyter.
- Hays, Mary M. and Weinert, Clarann (2006) A Dramaturgical Analysis of Shift Report Patterns with Cost Implications: A Case Study. *Nursing Economic*\$/September-October Vol. 24/No. 5, 253–262.
- Heartfield, Marie (1996) Nursing documentation and nursing practice: a discourse analysis. *Journal of Advanced Nursing* 24, 98–103.
- Helkama, Klaus, Myllyniemi, Rauni ja Liebkind, Karmela (1998) *Johdatus sosiaalipsykologiaan*. Helsinki: Edita.
- Heritage, John (1996). Harold Garfinkel ja etnometodologia. Jyväskylä: Gaudeamus, 228–292.
- Hopkinson, Jane B. (2001) The hidden benefit: the supportive function of the nursing handover for qualified nurses caring for dying people in hospital. *Journal of Clinical Nursing* 2002; 11: 168–175.
- Jiayin Liang and Baozhen Luo (2012) Towards a discourse shift in social gerontology: From successful aging to harmonious aging. *Journal of Aging studies* 26 (2012) 327–334.
- Jokinen, Arja (1999) Diskurssianalyysin suhde sukulaistraditioihin. Suhde sosiaaliseen konstruktionismiin. Teoksessa: Jokinen, A., Juhila, K. ja Suoninen, E. *Diskurssianalyysi liikkeessä*. Tampere: Vastapaino, 37–53.
- Jokinen, Arja, Juhila, Kirsi ja Suoninen, Eero (1993a) *Diskurssianalyysin aakkoset. Johdanto*. Tampere: Vastapaino, 9–16.
- Jokinen, Arja, Juhila, Kirsi ja Suoninen, Eero (1993b) *Diskursiivinen maailma. Teoreettiset lähtökohdat ja analyyttiset käsitteet*. Teoksessa: Jokinen, Arja, Juhila, Kirsi ja Suoninen, Eero *Diskurssianalyysin aakkoset*. Tampere: Vastapaino, 17–47.
- Jokinen, Arja, Juhila, Kirsi ja Suoninen, Eero (1999a) *Diskurssianalyysi liikkeessä. Esipuhe*. Tampere: Vastapaino, 9–14.

- Jokinen, Arja ja Juhila, Kirsi (1999b) Diskurssianalyttisen tutkimuksen kartta. Teoksessa: Jokinen, Arja, Juhila, Kirsi ja Suoninen, Eero Diskurssianalyysi liikkeessä. Tampere: Vastapaino, 54–97.
- Jokinen, Arja ja Suoninen, Eero (toim.) (2000) Auttamistyö keskusteluna. Tutkimuksia sosiaali- ja terapiatyön arjesta. Esipuhe. Tampere: Vastapaino, 7–11.
- Jokinen, Arja, Juhila, Kirsi ja Suoninen, Eero (2012) Kategoriat, kulttuuri & moraalit. Tampere: Vastapaino.
- Jokinen, Arja, Suoninen, Eero ja Wahlström, Jarl (2000) Miten tavoittaa auttamistyön ydintä? Teoksessa: Jokinen, Arja ja Suoninen, Eero (toim.) Auttamistyö keskusteluna. Tutkimuksia sosiaali- ja terapiatyön arjesta. Tampere: Vastapaino, 15–33.
- Jolanki, Outi (2008) Agency in talk about old age and health. *Journal of Aging Studies* 23 (2009), 215–226.
- Jolanki, Outi, Jylhä, Marja ja Hervonen, Antti (2000) Old age as a choice and as a necessity. Two Interpretative Repertoires. *Journal of Aging Studies*, Volume 14, Number 4, pages 359–372.
- Jones, Aled (2003) Nurses talking to patients: exploring conversation analysis as a means of researching nurse – patient communication. *International Journal of Nursing Studies* 40, 609–618.
- Juhila, Kirsi (1999a) Kulttuurin jatkuvasti rakentuvat kehät. Tilanteisesta kulttuuriseen kontekstiin. Teoksessa: Jokinen, A., Juhila, K. & Suoninen, E. Diskurssianalyysi liikkeessä. Tampere: Vastapaino, 160–198.
- Juhila, Kirsi (1999b) Tutkijan positiot. Teoksessa: Jokinen, A., Juhila, K. & Suoninen, E. Diskurssianalyysi liikkeessä. Tampere: Vastapaino, 201–232
- Juhila, Kirsi ja Pösö, Tarja (2000) Auttamisen organisaation ja ongelmien tulkinnat. Teoksessa: Jokinen, Arja ja Suoninen, Eero (toim.) Auttamistyö keskusteluna. Tutkimuksia sosiaali- ja terapiatyön arjesta. Tampere: Vastapaino, 35–64.
- Kalliola, Satu (2001) Herbert Blumer. Symbolinen interaktionismi. Teoksessa: Hänninen, Vilma, Partanen, Jukka ja Ylijoki, Oili-Helena (toim.) Sosiaalipsykologian suunnannäyttäjät. Tampere: Vastapaino, 325–346.
- Kerr, Micky P. (2002) A qualitative study of shift handover practice and function from a socio-technical perspective. *Journal of Advanced Nursing* 37(2), 125–134.
- Kettunen, Tarja, Poskiparta, Marita ja Gerlander, Maija (2002) Nurse-patient power relationship: preliminary evidence of patients' power messages. *Patient Education and Counseling* 47, 101–113.
- Kuusela, Pekka (2001) George Herbert Mead. Pragmatismi ja sosiaalipsykologia. Teoksessa: Hänninen, Vilma, Partanen, Jukka ja Ylijoki, Oili-Helena (toim.) Sosiaalipsykologian suunnannäyttäjät. Tampere: Vastapaino, 61–78.

- Lally, S. (1998) An investigation into the functions of nurses' communication at the inter-shift handover. *Journal of Nursing management* 7, 29–36.
- Lamond, Dawn (2000) The information content of nurse change of shift report: a comparative study. *Journal of Advanced Nursing* 31(4), 794–804.
- Latimer, Joanna (1998) Organizing context: nurses' assessments of older people in an acute medical unit. *Nursing Inquiry* 1998; 5:43–57.
- Lipponen, Varpu ja Åstedt-Kurki, Päivi (2008) Diskurssianalyysi analyysimenetelmänä tutkittaessa kuolevan potilaan ja omahoitajan hoitosuhdetta. *Hoitotiede* Vol. 20, no 4/-08, 226–236.
- Liukkonen, Arja (1993) The content of nurses' oral shift reports in homes for elderly people. *Journal of Advanced Nursing* 18, 1095–1100.
- Madden, Connie L. and Cloyes, Kristin G. (2012) The Discourse of Aging. *Advances in Nursing Science* Vol. 35, No. 3, pp. 264–272.
- Niemi, Antti, Paasivaara, Leena ja Kyngäs, Helvi (2004) Diskurssianalyysi hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* Vol. 18, no 2/-06, 81–89.
- Nikander, Pirjo (2000) ”Old” versus ”little girl”. *Journal of Aging Studies* Dec2000, Vol. 14, p335. 24p. 9 Charts.
- Nikander, Pirjo (2001) Kenneth Gergen. Konstruktionistinen ja postmoderni sosiaalipsykologia. Teoksessa: Hänninen, Vilma, Partanen, Jukka & Ylijoki, Oili-Helena (toim.) *Sosiaalipsykologian suunnannäyttäjät*. Tampere: Vastapaino, 275–298.
- Nyky-suomen sanakirja (1978). Suomalaisen Kirjallisuuden Seura. WSOY: Porvoo.
- Payne, Sheila, Hardey, Michael and Coleman, Peter (2000) Interactions between nurses during handovers in elderly care. *Journal of Advanced Nursing* 32(2) 277–285.
- Peräkylä, Anssi (1990) *Kuoleman monet kasvot*. Jyväskylä: Vastapaino.
- Peräkylä, Anssi (1997). Institutionaalinen keskustelu. Teoksessa: Liisa Tainio (toim.) *Keskusteluanalyysin perusteet*. Tampere: Vastapaino, 177–203.
- Peräkylä, Anssi (2001) Erving Goffman. Sosiaalisen vuorovaikutuksen rakenteet. Teoksessa: Hänninen, Vilma, Partanen, Jukka ja Ylijoki, Oili-Helena (toim.) *Sosiaalipsykologian suunnannäyttäjät*. Tampere: Vastapaino, 347–364.
- Peräkylä, Anssi (2007) Lääkäri, kieli ja valta. *Duodecim* 122: 2875–9.
- Philpin, Susan (2006) 'Handing Over': transmission of information between nurses in an intensive therapy unit. *Nursing in Critical Care* 11(2), 86–93.
- Pietikäinen, S. ja Mäntynen, A. (2009) *Kurssi kohti diskurssia*. Tampere: Vastapaino.

Punkka, Päivi (2014) Kädetön kotinsa vankina. Helsingin Sanomat 7.7.2014, s. 18 A-osa.

Raevaara, Liisa, Ruusuvuori, Johanna ja Haakana, Markku (2001). Institutionaalinen vuorovaikutus ja sen tutkiminen. Teoksessa: Ruusuvuori, Johanna, Haakana, Markku ja Raevaara, Liisa Institutionaalinen vuorovaikutus. Keskustelunanalyttisiä tutkimuksia. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden seura, 11–38.

Raevaara, Liisa ja Sorjonen, Marja-Leena (2001). Lääkärin kysymykset ja potilaan vastaukset. Teoksessa: Sorjonen, Marja-Leena, Peräkylä, Anssi ja Eskola, Kari (toim.) Keskustelu lääkärin vastaanotolla. Jyväskylä: Vastapaino, 49–69.

Schellenberg, James A. (1988) Sosiaalipsykologian klassikoita. Helsinki: Painokaari Oy.

Sexton, Amanda, Chan, Connie, Elliott, Malcolm, Stuart, John, Jayasuriya, Rohan and Crookes, Patrik (2004) Nursing handovers: do we *really* need them? Journal of Nursing Management 2004:12, 37–42.

Stevenson, F. and Higgs, P. (2011) “Ageing well”: Competing discourses and tensions in the management of knee pain. Health Sociology Review (2011) 20(4): 372–380.

Suoninen, Eero (1993) Kielen käytön vaihtelevuuden analysoiminen. Teoksessa: Jokinen, Arja, Juhila, Kirsi ja Suoninen, Eero Diskurssianalyysin aakkoset. Tampere: Vastapaino, 48–74.

Suoninen, Eero (1997) Miten tutkia moniäänistä ihmistä? Diskurssianalyttisen tutkimusotteen kehittelyä. Tampereen yliopisto. Sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos. Akateeminen väitöskirja.

Suoninen, Eero (1999a) Näkökulma sosiaalisen todellisuuden rakentumiseen. Teoksessa: Jokinen, Arja, Juhila, Kirsi ja Suoninen, Eero Diskurssianalyysi liikkeessä. Tampere: Vastapaino, 19–36.

Suoninen, Eero (1999b) Vuorovaikutuksen mikromaiseman analysoiminen. Teoksessa: Jokinen, Arja, Juhila, Kirsi ja Suoninen, Eero Diskurssianalyysi liikkeessä. Tampere: Vastapaino, 101–125.

Suoninen, Eero (2012) Identiteettien rakentuminen. Teoksessa: Jokinen, Arja, Juhila, Kirsi ja Suoninen, Eero Kategoriat, kulttuuri & moraalit. Tampere: Vastapaino, 89–130.

Telaranta, Seija (1997) Hoitotyön hallinto. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Traynor, Michael (2006) Discourse analysis: theoretical and historical overview and review of papers in the Journal of Advanced Nursing 1996-2004. Journal of Advanced Nursing 54(1), 62–72.

Tuomi, Jouni ja Sarajärvi, Anneli (2009) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 153–164.

Vanhala, Anni (2000) Ongelmapuhe ja voimavarapuhe asiakkuuden määrittymisessä. Esimerkki suojakotien käytännöstä. Teoksessa: Jokinen, Arja ja Suoninen, Eero (toim.) Auttamistyö keskusteluna. Tutkimuksia sosiaali- ja terapiatyön arjesta. Tampere: Vastapaino, 245–263.

Wertsch, James V. (1991) Voices of the mind. A sociocultural approach to mediated action. London: Harvester Wheatsheaf.

Wood, Linda A. & Kroger, Rolf O. (2000) Doing discourse analysis. London: Sage.

Vuorinen, Risto (1997) Minän synty ja kehitys. Porvoo: WSOY.

Vygotski, Lev Semjonovitš (1982) Ajattelu ja kieli. Espoo: Weilin + Göös.

Muut lähteet

Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi. Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009.

<http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/eettisetperiaatteet.pdf>. Viitattu 19.11.2014.

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11.

http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1860580#fi. Viitattu 5.12.2013.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. Viitattu 1.4.2014.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä 559/1994.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>. Viitattu 1.4.2014.

Molander, Gustaf ja Peräkylä, Anssi (2000) Milloin hoidettavalle kuolevan identiteetti?

Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2000;116(9):955–961. Saatavilla www-muodossa:

http://duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&viewType=viewArticle&tunnus=duo91496&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_auth= Viitattu 20.3.2015.

Räihä, Arja (2000) Vanhuksen hyvä kotiutus. Saatavilla www-muodossa:

<http://cc oulu.fi/~sisawww/esit/000427.htm>

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet.

https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/. Viitattu: 9.7.2014.

Sairaanhoitajan koulutus. Metropolia ammattikorkeakoulu.

<http://www.metropolia.fi/haku/koulutustarjonta-nuoret-sosiaali-ja-terveysala/hoitotyosairaanhoitaja/>. Viitattu 1.4.2014.

Sairaanhoitajan vala.

https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/. Viitattu: 9.7.2014.

Salassapitorikos 1995/578. Rikoslaki 39/1889.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1889/18890039001#L38>. Viitattu 19.11.2014.

Salassapito- ja vaitiolovelvollisuus. Valvira, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto: Ohjaus ja valvonta.

http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/salassapito/salassapito-ja_vaitiolovelvollisuus. Viitattu 5.12.2013.

Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2012. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/ikaantyneet/laitos_ja_asumispalvelut.

Viitattu 5.12.2013.

Tapaustutkimus. KvaliMOTV. Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto.

http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L5_5.html. Viitattu 11.12.2014.

Väestönkehitys itsenäisessä Suomessa - kasvun vuosikymmenistä kohti harmaantuvaa Suomea. Tilastokeskus.

<http://www.stat.fi/tup/suomi90/joulukuu.html>. Viitattu 5.12.2013.

Liitteet

Liite 1: Tutkimusesite

TUTKIMUSESITE

Olen sairaanhoitaja Leena Nurmi ja opiskelen tällä hetkellä sosiaalitieteiden maisteriohjelmassa Tampereen yliopiston yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikössä. Yhteystietoni ovat tämän esitteen lopussa.

Olen tekemässä pro gradu -tutkielmaa sosiaalipsykologian alalta. Ohjaajana toimii professori Irmeli Järventie. Tutkielmani työnimenä on Ihmisestä potilaaksi. Tarkoitukseni on tutkia institutionaalista puhetta hoitajien suullisessa tiedonvälityksessä eli potilasraporteissa. Keskityn tutkimuksessani yli 75-vuotiaisiin potilaisiin, koska heitä on valtaosa potilaista. Tallennan hoitajien raportointitilaisuuksia, litteroin ne ja analysoin niitä. Keskityn iltapäiväraportteihin, koska ne ovat pisimpiä ja kattavimpia. Tutkimuksessani ei siis tutkita yksilöä eli yksittäistä hoitajaa, vaan sosiaalisia käytäntöjä: miten ja millaista kieltä raportointitilanteessa käytetään.

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista, ja siitä voi tietenkin kieltäytyä. Tarkoitukseni on tallentaa yhden viikon iltapäiväraportit, mutta tarvittaessa tallennan useampiakin. Tallentaminen tapahtuu sanelukoneella tai vastaavalla. Toivon häiritsevänä raporttia mahdollisimman vähän. Tallentaminen ei siis edellytä muita erikoisjärjestelyjä. Pyydän raportin pitäjältä ennen raporttia kirjallisen tutkimusluvan. Toivon tietysti, että moni osallistuu! Muistutan vielä, että tutkimuksen voi keskeyttää milloin tahansa.

Tallentamisen jälkeen litteroin tallennuksen, eli kirjoitan sen tekstiksi. Tutkijana kuulun salassapitovelvollisuuden piiriin, kuten laissa terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä määrätään. Koska nauhoitteet tulevat sisältämään arkaluontoisia asioita, aineisto anonymisoidaan litterointivaiheessa siten, että hoitajia tai muita tallenteissa mainittuja yksittäisiä henkilöitä ei voi tunnistaa, eli käytän peitenimiä. Valmis tutkielma tulee sisältämään aineisto-otteita, joista ei siis pysty tunnistamaan hoitajia eikä potilaita. Myös paikkatiedot poistetaan. Kukaan muu minun lisäkseni ei tule kuulemaan tallenteita, jotka tuhotaan litteroinnin jälkeen.

Tutkimukseni raportoidaan pro gradu -tutkielmana Tampereen yliopistossa. Tavoitteenani on saada tutkielmani valmiiksi joulukuussa 2014.

Vaitiolositoumus

Lupaan käsitellä ja säilyttää aineistoa huolellisesti. En raportoi millään tavalla tutkimusaineistossa ilmeneviä yksittäisiä ihmisiä koskevia tietoja kenellekään tutkimushankkeen ulkopuoliselle ihmiselle. Raportoinniksi ymmärrän kaiken viestinnän, virallisen ja epävirallisen, suullisen, sähköisen ja kirjallisen.

En käytä tutkimusaineistosta ilmeneviä tutkittavien, heidän läheistensä tai muiden yksittäisten henkilöiden tietoja heidän vahingokseen, halventamiseksi tai loukkaamiseksi.

Lupaan olla luovuttamatta ja kopioimatta tutkimusaineistoa tai sen osia kenellekään ulkopuoliselle. Lupaan hävittää tutkimuskäytössäni olevan aineiston ja sen kopiot välittömästi, kun tutkimuksen tulosten oikeellisuus on tarkastettu ja tutkimus on päättynyt. (Lähde: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto)

Olen saanut tutkimusluvan tutkimukseeni laitoksen johdolta.

Paikkakunta 15.1.2014

Leena Nurmi

Sähköpostiosoite

Puhelinnumero

Liite 2: Suostumuslomake

Suostumuslomake

Tutkimus potilasraporteilla käytettävästä institutionaalisesta puheesta

Työnimenä Ihmisestä potilaaksi

Olen saanut kirjallista tietoa kyseisestä tutkimuksesta ja mahdollisuuden esittää siitä tutkijalle kysymyksiä. Olen saanut tutkijan yhteystiedot.

Olen saanut tiedon, että nauhoitettuja potilasraportteja käsitellään seuraavasti:

1. Aineiston salassapito turvataan niin, että aineistoa käsittelevä tutkija allekirjoittaa tämän suostumuksen ja siten lupautuu suojaamaan aineiston ulkopuolisilta. Tutkijalla ei ole oikeutta kertoa tutkittavien henkilökohtaisia tietoja.
2. Tutkimusraportissa henkilökohtaiset tietoni muokataan muotoon, jossa nimeni, työpaikkani tai muut tunnistamisen mahdollistavat tiedot eivät käy ilmi.
3. Tutkijan lisäksi tallennettua aineistoa ei käsittele kukaan muu. Tallentamisen jälkeen tallennus kirjoitetaan tekstiksi. Tämän jälkeen tallenteet tuhotaan. Koska tallenteet tulevat sisältämään arkaluontoisia asioita, aineisto anonymisoidaan kirjoitusvaiheessa siten, että hoitajia tai muita tallenteissa mainittuja yksittäisiä henkilöitä ei voi tunnistaa. Tutkijan lisäksi anonymisoituja tekstitiedostoja tarkastelevat tarvittaessa tutkimuksen ohjaaja professori Irmeli Järventie sekä muut graduseminaariin osallistuvat opiskelijat. Valmis tutkielma tulee sisältämään aineisto-otteita, joista ei siis pysty tunnistamaan hoitajia eikä potilaita. Myös paikkatiedot poistetaan.
4. Saamassani tutkimusesitteessä on tutkijan allekirjoittama vaitiolositoumus.

Ymmärrän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta sekä pyytää, että mahdollisesti jo nauhoitettu aineisto tuhotaan.

Suostun osallistumaan tutkimukseen

(Paikka ja aika)

(Allekirjoitus ja nimen selvennys)

Tutkijan allekirjoitus

Leena Nurmi

Liite 3: Litteroinnissa käytetyt erikoismerkit

Litteroinnissa käytetyt erikoismerkit sekä lyhenteiden selitykset

[H1; I/5] Aineiston keränneen tutkijan merkintä, joka sisältää otteen tunnistetiedot

Rivin lopussa = Yhtäläisyysmerkki tarkoittaa ilmaisun jatkumista ilman taukoa

= rivin alussa

(.) Lyhyt tauko, alle 0.2 sekuntia

(1.2) Tauko, jonka kesto on arvioitu 0.1 sekunnin tarkkuudella

su- Puhe katkeaa kesken sanan

korostus Alleviivaus tarkoittaa painottavaa puhetta

>nopea< Nopeasti puhuttua

<hidas> Hitaasti puhuttua

.hh Kuultavissa oleva sisäänhengitys

hh Kuultavissa oleva uloshengitys

(ilmaisui) Epäselvää puhetta, jonka sisällön tutkija arvaa.

((yskähdykset)) Tutkijan selitykset muista ilmaisuihin, kuten yskäisyistä yms.

Mukailtu litteraatiomerkkejä teoksessa Wood ym. (2000, 193–194).

Liite 4: Oteluettelo

Luettelo käytettyjen otteiden alkuperäisilmaisuista
Tulkintarepertuaareissa käytetyt selonteot teemoittain
Potilasraportit (n=49)

Teemat	Selonteot
Ikä	Ikä laskettuna lukuna: 32 Syntymäaika: 6 Ei ikämainintaa: 8 Iän lisäksi luonnehdinta: 3
Aiemmat sairaudet	Aiemmat sairaudet luetteloitu: 37 Ei mainintaa aiemmista sairauksista: 12 <ul style="list-style-type: none"> • ennestään tuttu potilas 11 • aiemmin terve potilas 1
Kognitio/orientaatio	Kognitiiviset vajavuudet mainittu: 25 <ul style="list-style-type: none"> • diagnoosi • epäadekvaatti toiminta • toiminnan vajavuudet päivittäisissä toimissa Ks. Huom. Kognitiivisia vajavuuksia ei mainittu: 24, joissa <ul style="list-style-type: none"> • maininta asiallisuudesta 8 • huumorintaju 1 • kyky ilmaista hoitotyön tarve 2
Toimintakyky	Omatoiminen potilas: 2 potilasta Ei mainintaa toimintakyvystä: 2 potilasta Toimintakykyä jäljellä, mainintojen määrä: 27 kertaa <ul style="list-style-type: none"> • peseytyminen 1 • liikkuminen 9 • ateriointi 9 • erittäminen 2 • asuminen 6 Toiminnan vajavuudet mainittu: 62 kertaa <ul style="list-style-type: none"> • peseytyminen 6 • liikkuminen 18 • ateriointi 9 • erittäminen 9 • asumismuoto 8 <ul style="list-style-type: none"> ○ laitos 2 ○ kotona kotiavun turvin 4 ○ jatkohoitopaikan tarve 2 • vuodepotilas 6 • terminaalivaiheen potilas 3 • kannustettava potilas 3

Huom. Samassa potilasraportissa on selontekoja useasta eri kategoriasta.