

**POTILAAN YKSITYISYYDEN HUOMIOIMINEN
OSASTOHOIDON AIKANA**

Sirkku Rinnekari

Puheviestinnän pro gradu -tutkielma

Kevät 2007

Viestintätieteiden laitos

Jyväskylän yliopisto

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

Tiedekunta HUMANISTINEN	Laitos VIESTINTÄTIETEIDEN
Tekijä Sirkku Marjaana Rinnekari	
Työn nimi Potilaan yksityisyyden huomioiminen osastohoidon aikana	
Oppiaine Puheviestintä	Työn laji Pro gradu -tutkielma
Aika Kevät 2007	Sivumäärä 117 + liitteet 5 sivua
<p>Tiivistelmä - Abstract</p> <p>Tutkimuksessa selvitettiin potilaiden, hoitajien ja lääkäreiden käsityksiä ja kokemuksia siitä, miten potilaan yksityisyys, sen säätelyminen ja huomioiminen ilmenevät potilaan ja terveydenhuollon asiantuntijoiden välisissä vuorovaikutustilanteissa osastolla. Tutkielman viitekehyyksiksi valittiin kasvojen säilyttämisen teoria ja Keski-Suomen sairaanhoitopiirin Terveyttä edistävä sairaala -ohjelma. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa uutta kuvailevaa tietoa potilaan yksityisyydestä ja sen huomioimisesta puheviestinnän tieteenalalle ja yhteistyötahon tarpeisiin. Tutkimusote on kvalitatiivinen, ja menetelmänä käytettiin teema-haastattelua. Tutkimusaineisto kerättiin keskisuomalaiselta sisätautien vuodeosastolta. Haastateltavia oli yhteensä yksitoista, joista viisi potilasta, neljä hoitajaa ja kaksi lääkäriä. Litteroitu aineisto analysoitiin aineistolähtöisesti teemoittelemalla.</p> <p>Potilaan tiedollisesta yksityisyydestä huolehtiminen ja fyysisen intimitetin suojaaminen suhteessa toisiin potilaisiin ja hoidon kannalta ulkopuolisiin henkilöihin nousi vastauksista selvästi esille. Yksityisyyden huomioimisessa tärkeä sijansa tuntuu olevan potilaan vaikutusmahdollisuuksien ja autonomian edistämällä: sillä, että potilas voi vaikuttaa siihen, millaisessa tilanteessa, kenelle, keiden kuullen ja minkä verran hän kertoo itseään koskevia asioita, ja että hänellä on mahdollisuus vetäytyä omaan rauhaan ja noudattaa omia tapojaan osastolla. Haastateltavien vastauksista paikantuu myös useita yksityisyyden huomioimisen keinoja, jotka perustuvat sensitiivisen tilanteen tai puheenaiheen neutralisoimiseen tai normalisoimiseen. Päättylönsä siitä, milloin vuorovaikutustilanteessa liikutaan potilaan yksityisyyden rajapinnoilla, hoitajat ja lääkärit kertoivat pohjautuvan lähinnä kokemukseen, tietoon ja intuition. Hoitajat myös kuvailivat, miten potilaan yksityisyydenrajat voivat ilmetä potilaan viestinnässä. Potilaan yksityisyyden huomioimisen ja säätelymisen keinoissa on havaittavissa useita samoja toimintatapoja kuin kasvojen säily(tä)miseen tähtäävissä strategioissa.</p> <p>Potilaan yksityisyyden huomioiminen kytkeytyi tutkimukseen osallistuneella osastolla hoitoympäristöön ja -kulttuuriin sekä potilaan kokeman kokonaistyytyväisyyden kautta potilaan terveyden edistämiseen. Sillä, miten potilas kokee yksityisyytensä toteutuneen ja tulleen huomioituksi, vastaajat näkivät olevan monenlaisia vaikutuksia potilaan hyvinvointiin, hoitosuhteissa koettuun luottamukseen ja hoitoon sitoutumiseen.</p>	
Asiasanat kasvojen säilyttäminen, potilaan yksityisyys, puheviestintä, terveyden edistäminen, terveystietä	
Säilytyspaikka	Jyväskylän yliopisto / Tourulan kirjasto
Muita tietoja	

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
1.1	Tutkielman lähtökohdat ja tavoitteet	5
1.2	Viitekehyksenä Terveyttä edistävä sairaala -ohjelma	7
2	KASVOJEN SÄILYTTÄMINEN NÄKÖKULMANA POTILAAN YKSITYISYYTEEN	11
2.1	Kasvojen käsite ja kasvoihin kohdistuvat uhkat	11
2.2	Kasvojen säilyttäminen	17
3	POTILAAN YKSITYISYYS TUTKIMUSKOHTENA	27
3.1	Yksityisyyden perusulottuvuudet	27
3.2	Vuodeosastopotilaan yksityisyyden tutkimus	33
4	TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN	43
4.1	Tutkimuskysymykset	43
4.2	Aineistonkeruumenetelmän valinta	45
4.3	Haastateltavat	47
4.3.1	Tutkimusosaston valinta	47
4.3.2	Haastateltavien valinta	49
4.3.3	Potilaat	50
4.3.4	Hoitajat ja lääkärit	51
4.4	Haastattelujen toteutus	52
4.5	Haastatteluaineiston laadullinen analysointi	55
5	POTILAIDEN, HOITAJIEN JA LÄÄKÄREIDEN KÄSITYKSIÄ POTILAAN YKSITYISYYDEN HUOMIOIMISESTA OSASTOLLA	59
5.1	Potilaan yksityisyyttä koskevat käsitykset ja asenteet	59
5.1.1	Mielikuvat ilmaisusta potilaan yksityisyys	59
5.1.2	Osaston kriittiset tilanteet yksityisyyden kannalta	64
5.1.3	Yksityisyydenmenetysten hyväksymistä selittävät tekijät	66

5.2	Hoitaja ja lääkäri potilaan yksityisyyden huomioijina	69
5.2.1	Yksityisyyden huomioiminen osaston vuorovaikutustilanteissa	69
5.2.2	Yksityisyyden huomioimiseen vaikuttavat tekijät	76
5.3	Potilas oman yksityisyytensä säätelijänä	82
5.3.1	Yksityisyydenrajojen tunnistaminen potilaan viestinnästä	82
5.3.2	Yksityisyydestä huolehtiminen suhteessa toisiin potilaisiin	84
5.4	Potilaan yksityisyyden huomioimisen merkitys	85
6	TULOSTEN KOONTI JA TARKASTELU	89
6.1	Tutkielman keskeiset tulokset	89
6.2	Kasvojen säilyttämisen strategiat potilaan yksityisyyden huomioimisessa ja säätelyssä	97
6.3	Potilaan yksityisyyden huomioimisen sijoittuminen terveyttä edistävään sairaalaan	102
7	PÄÄTÄNTÖ	108
	KIRJALLISUUS	113
	LIIITTEET	
	Liite 1: Suostumusasiakirja tutkimukseen osallistuville potilaille	118
	Liite 2: Potilaiden teemahaastattelurunko esimerkkikysymyksineen	119
	Liite 3: Hoitajien ja lääkäreiden teemahaastattelurunko esimerkkikysymyksineen	121

1 JOHDANTO

1.1 Tutkielman lähtökohdat ja tavoitteet

Saapuminen sairaalan vuodeosastolle voi herättää potilaassa niin huojennusta kuin jännittyneisyyttä, ahdistusta ja pettymystäkin. Erilaisten tunteiden, ajatusten ja odotusten keskellä potilaan on koettava sopeutua siihen ympäristöön ja niihin käytäntöihin, jotka ovat kyseiselle osastolle ominaisia. Yksi sopeutumisen kohteista on muutokset yksityisyydessä. Tässä tutkielmassa potilaan yksityisyydellä tarkoitetaan potilaan mahdollisuutta säädellä fyysistä, sosiaalista, psykologista ja tiedollista yksityisyyttään (ks. Burgoon 1982; Burgoon ym. 1989; Leino-Kilpi ym. 2000, 79—107). Näin ollen potilaan yksityisyydentarpeet voivat liittyä muun muassa oman reviirin ja henkilökohtaisen tilan hallintaan, sosiaalisen kanssakäymisen säätelyyn, itsemääräämisoikeuden ja yksilöllisyyden kunnioittamiseen sekä potilas-tietojen salassapitoon ja henkilökohtaisten tietojen hallintaan.

Vuodeosastolla potilas kohtaa monenlaisia tilanteita, joissa liikutaan hänen yksityisyytensä rajapinnoilla. Jo se, että potilas tavallisesti jakaa huoneen toisten potilaiden kanssa, asettaa haasteita hänen intimitteettinsä säilymiselle; on sitten kyse itseä koskevan tiedon hallinnasta (esim. Jantunen, Puumalainen, Suominen & Leino-Kilpi 1994, 49—51) tai henkilökohtaisen tilan säilymisestä (esim. Rosqvist & Rosqvist 1999, 57). Potilaan yksityisyydenrajoja koetellaan myös sellaisissa potilaan ja henkilökunnan välisissä kohtaamisissa, joihin ei liity toisia potilaita. Kuten silloin, kun tulohaastatteluun osallistuvalla potilaalla esitetään kysymyksiä aihepiireistä, jotka tämä saattaa kokea henkilökohtaisiksi tai kiusallisiksi (Burgoon 1982, 230—231; Gerlander 2003, 81). Potilaan yksityisyyden alueella ollaan myös silloin, kun potilasta avustetaan peseytymisessä tai wc:ssä asioinnissa, tai kun potilaan hoitaminen tai tutkiminen edellyttää riisuutumista ja/tai potilaan kehon koskettamista (esim. Rosqvist & Rosqvist 1999, 68—75). Miten hoitajat ja lääkärit saattavat pehmentää näitä tilanteita, jotta potilas ei kokisi hetkellistä yksityisyydenmenetystä häpeällisenä tai epämukavana? Miten potilaan yksityisyyttä voidaan varjella

suhteessa toisiin potilaisiin, vierailijoihin ja myös henkilökuntaan? Entä miten potilas voi viestittää – tarkoituksellisesti tai tiedostamattaan, sanallisesti ja sanattomasti – hoitajalle tai lääkärille, että nyt liikutaan hänen yksityisyytensä alueella? Näihin kysymyksiin tässä tutkielmassa etsitään vastauksia.

Potilaan yksityisyyttä käsittelevää tutkimusta on tehty viime vuosikymmenten aikana eri tieteenalojen piirissä (ks. esim. Leino-Kilpi ym. 2000), myös viestintätieteissä (ks. Parrott, Duncan & Duggan 2000). Maassamme potilaan yksityisyyttä ei kuitenkaan ole lähestytty puheviestinnän näkökulmasta aiemmin. Aihetta on tosin sivuttu tutkittaessa lääkärin itsestäkertomista potilassuhteessa (Gerlander 2003, 80—81) ja pohdittaessa niitä uhkia, mitä ammatillinen auttaminen ja hoitajan tarjoama tuki voivat asettaa potilaan autonomialle ja kasvoille (Mikkola 2000, 56—57, 109—110). Tässä tutkielmassa se, että osastopotilaan yksityisyyden huomioimista tarkastellaan puheviestinnän ilmiönä, merkitsee huomion kiinnittymistä potilaiden, hoitajien ja lääkäreiden viestintä- ja toimintatapoihin tilanteissa, joissa liikutaan potilaan yksityisyyden rajapinnoilla. Kyse on toisin sanoen siitä, miten potilaan yksityisyyteen liittyvät asiat ratkaistaan osaston vuorovaikutustilanteissa. Lähestyn aihetta kokemuksellisesta näkökulmasta, tutkittavien subjektiivisista kokemuksista ja käsityksistä käsin. Tutkimuksen tavoitteena on kuvata potilaiden, hoitajien ja lääkäreiden käsityksiä ja kokemuksia siitä, miten potilaan yksityisyys, sen säätelyminen ja huomioiminen ilmenevät potilaan ja terveydenhuollon asiantuntijoiden välisissä vuorovaikutustilanteissa osastolla. Tämä edellyttää sen selvittämistä, mistä tutkittavat puhuvat, kun he puhuvat vuodeosastopotilaan yksityisyydestä. Kiinnostuksen kohteena on myös se, millaisia tilanteita ja keskustelunaiheita pidetään potilaan yksityisyyden kannalta kriittisinä, ja millaisen merkityksen potilaan yksityisyyden huomioimisella arvellaan olevan potilaalle ja tämän hyvinvoinnille.

Keräsin tutkimusaineiston Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä, yhdeltä sen sisätautien vuodeosastoista. Tutkimukseen osallistui osastolla työskenteleviä hoitajia ja lääkäreitä sekä osastolla hoidossa olleita potilaita. Tutkimusote on laadullinen, ja aineistonkeruumenetelmänä käytin temahaastattelua. Litteroin ääninauhoitettuja haastatteluita sanatarkasti, ja analysoin näin syntyneen aineiston teemoittelemalla.

Tulosten tarkastelussa hyödynsin kahta viitekehystä: teoriaa kasvojen säilyttämisestä (face work) ja Keski-Suomen sairaanhoitopiirin (2001) Terveyttä edistävä sairaala -ohjelmaa vuosille 2001—2006. Kasvojen säilyttäminen valikoitui teoreettiseksi näkökulmaksi soveltuvuutensa vuoksi. Henkilön pyrkimys säilyttää kasvonsa sosiaalisissa tilanteissa vaikutti jo lähtökohtaisesti muistuttavan henkilön tarvetta säilyttää yksityisyytensä suhteessa toisiin ihmisiin (ks. Brown & Levinson 1987; Goffman 1967; Parrott ym. 2000). Molempien yhteydessä voidaan puhua siitä, että on olemassa asioita, joita ei haluta toisten tietoon, nähtäväksi tai kuultavaksi, koska niiden arvellaan vahingoittavan tai ainakin horjuttavan sitä vaikutelmaa, jonka henkilö haluaa antaa toisille. Tarkastelin potilaan yksityisyyden huomioimista myös Terveyttä edistävä sairaala -ohjelman kautta. Aihe on relevantti potilaan terveyden edistämisen ja terveyttä edistävän hoitokulttuurin ja -ympäristön kannalta, ja se nivoutuu myös useisiin ohjelman peruslähtökohtiin. Ohjelman valikoitumista tutkielman viitekehyykiseksi valotan tarkemmin seuraavassa alaluvussa (1.2).

Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa uutta tietoa potilaan yksityisyyden huomioimisesta sekä puheviestinnän tieteenalalle että yhteistyötahon tarpeisiin. Tuloksia voidaan käyttää myös hoitajille ja lääkäreille suunnatussa perus- ja täydennyskoulutuksessa, kun halutaan lisätä ymmärrystä potilaan ja terveydenhuollon henkilökunnan välisestä vuorovaikutuksesta ja kehittää terveydenhuollon ammattihenkilöiden viestintäosaamista.

1.2 Viitekehyyksenä Terveyttä edistävä sairaala -ohjelma

”Terveyden edistäminen sairaanhoidossa sisältää parantavan, oireita lievittävän, kuntouttavan, ehkäisevän ja hyvinvointia lisäävän työn. Terveyttä edistävä sairaala sisällyttää päivittäiseen työskentelynsä idean potilaiden ja heidän läheistensä, työntekijöidensä, sairaalaympäristön sekä väestön terveyden edistämisestä.” (Suomen terveyttä edistävät sairaalat ry:n säännöt § 3.)

Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä on tehty monimuotoista, terveyttä edistävää työtä jo vuosia ennen Keski-Suomen keskussairaalan liittymistä terveysjärjestö WHO:n johtamaan Health promoting hospitals (HPH) -verkostoon. Yhdessä alueen terveyskeskusten kanssa alueella on panostettu erikoissairaanhoidon ja terveyskeskus-

järjestelmän väliseen yhteistyöhön, kehitetty yhteistoimintaa alueen terveys- ja potilasjärjestöjen kanssa ja toteutettu lukuisia hankkeita liittyen muun muassa potilasneuvontaan, ammattitaidon kehittämiseen, vuorovaikutukseen ja sairaalaympäristöön. Terveyttä edistävän toiminnan arvostamisesta kertoo sekin, että sairaanhoitopiiri palkkasi vuonna 1991 kokopäiväisen ylihoitajan terveyskasvatuksen yhteyshenkilöksi. Hänen tukenaan terveyden edistämistyössä toimii moniammatillinen terveyden edistämisen yhteistyöryhmä, joka on muun muassa valmistellut Terveyttä edistävä sairaala -ohjelman ja joka tukee, seuraa ja arvioi sen toteutumista sekä huolehtii ohjelman tiedottamisesta hyödyntäen Suomen terveyttä edistävien sairaaloiden verkostoa. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2001.)

Ohjelman valmistelutyö käynnistyi vuonna 1998, kun Keski-Suomen keskussairaala hyväksyttiin jäseneksi kansainväliseen HPH-verkostoon, johon koko sairaanhoitopiiri liittyi kesällä 2001. Ohjelma koskee kaikkia sairaanhoitopiirin sairaaloita ja on ensimmäinen laatuaan Suomessa. Laatimalla ohjelman Keski-Suomen sairaanhoitopiiri on halunnut arvioida omaa toimintaansa sairauksien ehkäisyssä ja terveyden edistämisessä. Pontimena on ollut myös tahto selkiyttää niitä tavoitteita, jotka se asettaa terveyttä edistävälle toiminnalleen ja tarve pohtia keinoja väestön terveyden edistämiseksi. Lisäksi ohjelman avulla on haluttu laajentaa keskustelua ja yhteistyötä alueen terveyskeskusten ja ympäröivän yhteisön kanssa terveyden edistämisestä tuoden samalla esille terveyttä edistävän toiminnan merkitystä. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2001.)

Terveyttä edistävä sairaala -ohjelman mukaan Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä pyritään edistämään toimintavuosina 2001—2006 seuraavia asioita siten, että potilaat, omaiset, työntekijät ja sairaalan sidosryhmät kokisivat niiden toteutuvan:

1. Ehkäisevän työn lisääminen asianmukaisen tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen rinnalla.
2. Ihmisen kunnioittaminen kokonaisvaltaisen ihmiskäsityksen mukaisesti fyysisenä, henkisenä, emotionaalisenä, sosiaalisena ja hengellisenä yksilönä.
3. Selviytymisen tukeminen eri tavoin.
4. Luottamuksen lisääminen hoitosuhteissa, työyhteisöissä ja suhteessa sidosryhmiin.
5. Elämänsä ymmärtäminen sairaushistorian, iän ja kokemusten näkökulmasta.
6. Yhteistyön lisääminen eri toimijoiden kanssa.
7. Ihmisten erilaisuuden ymmärtäminen ja kunnioittaminen.
8. Hoitotoimien arviointia kustannustehokkuuden, näyttöön perustuvan hoidon ja eettisten näkökulmien mukaisesti.
9. Tutkimustoiminnan kehittäminen ja oppivaksi organisaatioksi pyrkiminen.

Näitä tavoitteita on purettu yksityiskohtaisemmin auki ohjelmassa (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2001, 8—12), mutta siihen, miten periaatteita tulisi käytännössä toteuttaa, on jätetty väljyyttä. Sairaanhoitopiirin työyksiköiden on haluttu sekä arvioivan, miten ohjelman peruslähtökohdat toteutuvat niiden omassa toiminnassa, että käynnistävän omia kehittämishankkeita liittyen terveyttä edistävän sairaalan osa-alueisiin. Tiedottamalla ohjelmasta alueen terveystaloksille, potilasjärjestöille ja alueen väestölle on kannustettu ihmisiä ottamaan kantaa ja antamaan palautetta ohjelmassa mainittujen pyrkimysten toteutumisesta. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2001.) Ohjelman väliarviointi toteutettiin syksyllä 2003, ja vuonna 2004 järjestettiin asian tiimoilta arviointiseminaari. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2007.) Ohjelmalle on luvassa jatkoa.

Tutkimustoiminta on haluttu liittää kiinteästi mukaan ohjelmaan ja sen hankkeisiin, mistä tämän tutkielman puitteissa tehty yhteistyö on yksi esimerkki. Terveyden edistämisen yhteistyöryhmän kanssa tekemäni yhteistyö juontuu aikaan ennen tutkielman aihevalintaa. Kun osallistuin ohjelmaluonnoksen esittelytilaisuuteen (Hallman-Keiskoski 2000), yksi ohjelman peruslähtökohdista kiinnitti huomioni muita enemmän: kokonaisvaltaisen näkökulman ottaminen potilaaseen ja hänen terveyteensä. Näkemyksen sisällyttäminen ohjelmaan kuulosti tervetulleelta kannanotolta ja irtiotolta sairaus- ja erityisalakokeskeiseen hoitoajatteluun, jolle on leimallista terveyden pilkkominen yhä pienempiin osiin ja kunkin osan hoitaminen toisistaan ja kokonaisuudesta – potilaasta – irrallaan. Tämä ääneen ilmaistu tavoite hoitaa *ihmistä*, joka sairastaa, sen sijaan, että keskityttäisiin hoitamaan yksinomaan sairautta, innoitti minua hakeutumaan yhteistyöhön ohjelmaan liittyen ja valitsemaan tutkimusaiheen, josta saatua tietoa voitaisiin hyödyntää terveyttä edistävässä työssä. Tämä tutkielma on ensimmäinen pro gradu -tasoinen opinnäyte, johon kyseinen ohjelma on valittu viitekehikseksi.

Potilaan yksityisyyttä koskevaa tutkimustietoa voidaan hyödyntää, kun halutaan tukea kokonaisvaltaisen näkökulman ottamista potilaaseen ja tämän terveyteen. Voidaanhan sen, että potilasta pyritään hoitamaan siten, että kunnioitetaan tämän fyysistä, sosiaalista, psyykkistä, emotionaalista ja hengellistä ulottuvuutta (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2001, 8—9), katsoa sisältävän veloitteen yksityisyyden

kunnioittamisesta ja lisäksi asettavan omat haasteensa potilaan yksityisyydentarpeiden huomioimiselle. Tutkimusaihe liittyy ohjelmaan myös siten, että potilaan yksityisyyden huomioimisessa vaikutti jo lähtökohtaisesti olevan kyse *potilaan terveyden edistämisestä*, joka on yksi terveyttä edistävän sairaalan neljästä osa-alueesta (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2001, 4). Antaahan aiempi tutkimus viitteitä siitä, että henkilön kokemus yksityisyyden säilymisestä on yhteydessä hänen hyvinvointiinsa (ks. esim. Burgoon 1982). Potilaan yksityisyydentarpeiden huomioimisen voidaankin olettaa heijastuvan myönteisesti potilaan terveyteen ja hänen käsityksiinsä saadusta hoidosta ja sen tarjoajista. Ja koska osaston tilaratkaisuilla (esim. Leino-Kilpi ym. 2000) ja hoitokulttuuriin liittyvillä asioilla – kuten arvoilla, asenteilla ja käytänteillä – on tärkeä rooli potilaan yksityisyyden toteutumisessa, näytti aihe liittyvän myös toiseen terveyttä edistävän sairaalan osa-alueeseen: *terveyttä edistävään hoitokulttuuriin ja -ympäristöön* (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2001, 4). Tutkimusaineistoa analysoimalla pyrin selvittämään tarkemmin, millainen suhde potilaan yksityisyyden huomioimisella ja potilaan terveyden edistämällä näyttäisi vallitsevan, ja millaiset osaston hoitokulttuuriin ja -ympäristöön liittyvät tekijät vaikuttavat edistävän tai rajoittavan potilaan yksityisyyden huomioimista.

Tutkielmalle ohjelma toimii viitekehyksenä aiheen tarkastelussa, minkä lisäksi Suomen terveyttä edistävien sairaaloiden verkosto (ks. Suomen terveyttä edistävät sairaalat ry) tarjoaa väylän tutkielmasta ja sen tuloksista tiedottamiselle. Tutkielma taas tarjoaa terveyden edistämisen yhteistyöryhmälle tutkittua tietoa vuodeosastopotilaan yksityisyydestä ja sen huomioimisesta hyödynnettäväksi pyrkimyksissä kohti terveyttä edistävää sairaalaa.

2 KASVOJEN SÄILYTTÄMINEN NÄKÖKULMANA POTILAAN YKSITYISYYTEEN

Yksilön sosiaalisen identiteetin ja julkisen minäkuvan metaforana käytetty kasvojen käsite on laajuudessaan ja moniulotteisuudessaan herättänyt tieteellistä kiinnostusta etenkin sosiaalipsykologian, antropologian, kielitieteen ja viestintätieteiden saralla. Kasvojen käsitteen historia juontuu yli kahden vuosituhannen takaiseen Kiinaan, jossa termiä käytettiin lähestulkoon nykyisessä merkityksessään. (Ho (1975) Penmanin 1994, 15 mukaan.) Tieteellisen tutkimuksen kohteena kasvojen käsite on ollut vasta viitisenkymmentä vuotta, mutta tutkimuksen poikkitieteellisyydestä johtuen kasvoja on näiden vuosikymmenten aikana määritelty ja käsitteellistetty monin tavoin. Muun muassa Ho (1994), Ting-Toomey ja Cocroft (1994) sekä Penman (1994) valottavat artikkeleissaan kasvojen käsitteen historiaa, eri tutkimustraditioita ja sitä, millaisten kontekstien, tilanteiden ja ihmissuhteiden tarkasteluun kasvojen käsitteen näkökulmaa on sovellettu. Tähän lukuun olen koonnut niitä kasvoihin liittyviä määritelmiä, käsitteitä, jäsennyksiä ja luokitteluja, jotka ovat tutkimusaineiston ja sen analysoinnin kannalta olennaisia.

2.1 Kasvojen käsite ja kasvoihin kohdistuvat uhkat

Tässä tutkielmassa kasvoilla viitataan henkilön sosiaaliseen identiteettiin, siihen kuvaan, jonka henkilö haluaa itsestään antaa sosiaalisissa kohtaamisissa (Brown & Levinson 1987, 61; Goffman 1967). Kasvot eivät kerro siitä, mitä henkilö ajattelee itsestään vaan siitä, *mitä hän uskoo ja toivoo muiden ajattelevan hänestä*. Koska itsestä ei yleensä haluta antaa kielteistä vaikutelmaa, kasvoilla sanotaan olevan positiivisen sosiaalisen arvon. Se, että mikä tahansa henkilön sisäistävä ja arvostama sosiaalinen arvo (kuten tehokkuus tai itsevarmuus) voi kiinnittyä kasvoihin, merkitsee sitä, että kasvot heijastavat monimutkaisuudessaan sitä arvojärjestelmää,

joka kulloinkin on yhteiskunnassa vallalla¹. (Goffman 1967, 9—12; Lim 1994, 210—211.) Potilaan kasvojen voidaankin ajatella ilmentävän niitä ominaisuuksia ja käyttäytymisodotuksia, jotka henkilö on mieltänyt (hyvän ja kompetentin) potilaan rooliin kuuluviksi. Näin ollen hänen kasvonsa kuvastavat sitä, millaisen vaikutelman hän haluaa antaa itsestään esimerkiksi omaisilleen, toisille potilaille ja terveydenhuollon ja lääketieteen ammattilaisille (Parrott ym. 2000, 138).

Kasvot voivat olla enemmän tai vähemmän linjassa henkilön todellisten ominaisuuksien, ansioiden, taitojen, sosiaalisen aseman tai roolin kanssa (Goffman 1967, 5; Lim 1994, 210). Vaikka yleensä pyrimme antamaan itsestämme mahdollisimman hyvän ja edustavan kuvan, ei kasvoja voida pelkistää pinnallisuudeksi ja itsen valheelliseksi esittämiseksi. Ja huolimatta siitä, että voimme omien tai toisten kasvojen säilyttämiseen tähtävällä käytöksellämme viestiä muuta kuin todellisia mielipiteitämme ja tunteitamme, ei kasvojen säilyttämistä voida pelkistää teeskentelyksi. Kasvoissa ja niiden säilyttämisessä vaikuttaisi pikemminkin olevan kyse itsekunnioituksen säilyttämisestä ja huomaavaisuudesta toisia kohtaan (Goffman 1967, 11). Esimerkiksi henkilö, joka vakavasti sairastuttuaankin haluaa näyttää läheistensä silmissä hyvinvoivalta ja vahvalta, pyrkii toimimaan sosiaalisissa kohtaamisissa tavalla, joka auttaa rakentamaan, välittämään ja vahvistamaan tätä mielikuvaa. Vuorovaikutuskumppanit voivat omalla käytöksellään tukea henkilön käsitystä siitä, että tämä on onnistunut välittämään heille haluamansa vaikutelman – silloinkin, kun he eivät todellisuudessa ole sitä mieltä (Lim 1994, 210). Esimerkkitapauksessa läheiset saattavat käyttäytyä ikään kuin henkilön terveydentila olisi entisenlainen, vaikka he olisivat tietoisia tämän sairastumisesta.

Sillä, miten koemme onnistuvamme kasvojemme säilyttämisessä, on yleensä vaikutuksia senhetkisiin tunnetiloihimme, minäkuvaamme ja itsearvostukseemme. Kokemus kasvojen kyseenalaistumisesta tai menettämisestä – joko oman tai toisen toiminnan seurauksena – taas voi aiheuttaa hämmennystä, häpeää, kiusaantuneisuutta, alemmuuden- ja huonommuudentunteita, jopa suuttumusta. (Goffman 1967, 6—9;

¹ Tutkimuksissa onkin pyritty paikantamaan kasvojen universaalien piirteiden lisäksi niiden kulttuurisidonnaisia ominaisuuksia esimerkiksi jatkumolla individualistinen ja kollektiivinen kulttuuri (ks. esim. Ting-Toomey & Cocroft 1994).

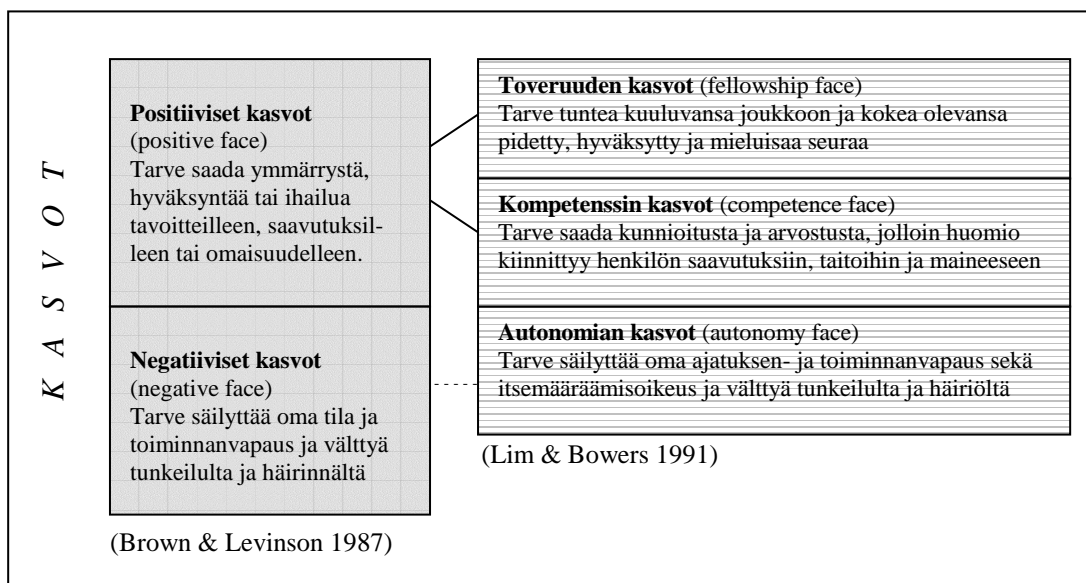
ks. kiusaantuneisuudesta ja nolostumisesta myös Cupach & Metts 1990; Cupach, Metts & Hazleton 1986; Edelman 1994.) Itsevarma olo, turvallisuudenkokemus ja helpotuksentunne taas liittyvät siihen, kun koemme onnistuneemme haluamamme vaikutelman välittämisessä – puhumattakaan siitä, jos onnistumme siinä yli odotustemme. Mikäli sosiaalinen kohtaaminen vain vahvistaa sitä kuvaa itsestä, jota olemme jo kauan pitäneet totuttuna ja itsestäänselvyytenä, tilanne ei todennäköisesti herätä meissä sen kummempia tunteita. (Goffman 1967, 6–9.) Tietoisuus kasvoista saattaaakin nousta esille lähinnä sellaisissa tilanteissa, joissa koemme erityisen tärkeäksi antaa itsestämme tietyn vaikutelman (kuten työpaikkahaastattelussa, sukujuhlissa tai lääkärin vastaanotolla), joissa tunnemme kasvojemme olevan syystä tai toisesta uhattuina tai joissa koemme menettäneemme kasvomme.

Huolimatta siitä, että kasvoilla on yhteys tunteisiin, itsetuntoon ja minäkuvaan, ne eivät ole persoonallisuuden osatekijä. Ne eivät kiinnity yksilöön vaan sijaitsevat vuorovaikutuksessa. Kasvot ovat viestintätekojemme luomuksia, ja niiden olemassaolo edellyttää vuorovaikutusta, asettumista tois(t)en havainnoille, tulkinnoille ja arvioinneille. (Goffman 1967, 6–12.) Lim (1994, 210) on todennut osuvasti, ettei julkinen minäkuva saa vahvistusta upeastakaan tempauksesta, jos kukaan ei ole todistamassa sitä, eikä käyttäytyminen typerästi yksin ollessa johda kasvojen menettämiseen – mikäli henkilö itse ei tee tapahtunutta julkiseksi kertomalla siitä. Ho (1994, 274) näkee kiinalaisen kasvokäsityksen poikkeavan joiltain osin edellä kuvatusta länsimaisesta näkemyksestä: kiinalaisessa traditiossa kasvot eivät kiinnity tilanteisiin vaan henkilöön, minkä lisäksi kasvojen ajatellaan pysyvän verrattain samoina ajasta ja tilanteesta toiseen. Kiinalainenkin käsitys kasvojen pysyvyydestä sisältää kuitenkin varauksen: kasvot pysyvät samoina, jollei julkisessa käsityksessä henkilön käytöksestä tai statuksesta tapahdu merkittäviä muutoksia. Tätä tulkiten näyttääkin siltä, että molemmissa näkemyksissä noteerataan kasvojen julkinen luonne ja yksittäisen tilanteen ja viestintäteon valta säädellä kasvoja. Näkemysero vaikuttaa-kin koskevan lähinnä sitä, korostetaanko kasvojen vuorovaikutuksellista ja tilannesidonnaista puolta (Goffman 1967) vai tähdennetäänkö kysymystä siitä, missä määrin kasvot ovat olemassa ja voivat muuttua myös yksittäisten sosiaalisten kohtaamisten ulkopuolella (Ho 1994, 274). Eroavuudet eivät kuitenkaan näyttäisi tekevän

näkemyksistä toisensa poissulkevia. Pikemminkin kyse vaikuttaa olevan kasvojen käsitteen valottamisesta eri lähtökohdista käsin.

Kasvojen määritelmässä ja jäsentelyssä nousee selvästi esiin niihin yhdistetyt *tarpeet* (face wants, face needs), joiden tyydyttymiseen pyrimme vuorovaikutustilanteissa. Kasvoja uhkaavaa viestintää ja kohteliaisuuden strategioita tutkineet Brown ja Levinson (1987, 61—63) ajattelevat kasvojen koostuvan kahdenlaisista tarpeista: tarpeesta säilyttää oma tila ja toiminnanvapaus ja välttyä tunkeilulta ja häirinnältä (negatiiviset kasvot), ja tarpeesta saada vahvistusta, ymmärrystä, hyväksyntää tai ihailua tavoitteilleen, saavutuksilleen tai omaisuudelleen (positiiviset kasvot). He tarkentavat, että tarpeet ja tavoitteet voivat koskea esimerkiksi arvoja ja toimintaa, ja yhtä lailla materiaalisia kuin immateriaalisiakin asioita.

Kohteliaisuuden mallia arvioineet ja sitä laajentaneet viestinnän tutkijat Lim ja Bowers (1991, 419—420) huomauttavat, että Brownin ja Levinsonin määrittelemät positiiviset kasvot koostuvat tosiasiallisesti kahdenlaisista, toisistaan poikkeavista tarpeista: tarpeesta kuulua joukkoon (toveruuden kasvot) ja tarpeesta saada arvostusta taidoilleen (kompetenssin kasvot). Toveruuden kasvoissa, jotka kuvastavat henkilön halua kuulua joukkoon ja olla mieluisaa seuraa, korostuvat sellaiset arvot kuten: pidetty, hyväksytty ja rakastettu, ystävällinen, miellyttävä, yhteistyöhaluinen, samanlainen ja jäsenenä pidetty. Kompetenssin kasvot, jotka liittyvät henkilön saavutuksiin, hyvään maineeseen ja edellytyksiin toimia menestyksekkäästi tulevaisuudessa, sisältävät sellaisia arvoja kuten sivistynyt, viisas, kokenut, vaikutusvaltainen, menestyvä ja arvovaltainen. (Lim 1994, 211.) Negatiiviset kasvot Lim ja Bowers (1991, 420) nimesivät uudelleen autonomian kasvoiksi. Niiden ydin koostuu tarpeesta hallita omaa kohtaloa, ja ne pitävät sisällään sellaisia arvoja kuten itsenäinen, itsensä hallitseva, aloitteellinen, luova, kypsä, luotettava ja omavarainen (Lim 1994, 211). Erona negatiivisten kasvojen määritelmään näyttäisi olevan se, että autonomian kasvojen määritelmässä ei mainita oman tilan tai reviirin tarvetta. Kuviossa 1 havainnollistetaan näiden kahden kasvotyypittelyn keskinäistä suhdetta ja kuvataan kunkin kasvotyypin keskeinen sisältö.



KUVIO 1 Kaksi eri tapaa eritellä kasvoihin liittyvät tarpeet, ja näiden luokittelujen keskinäinen suhde

Kasvat ja niihin liittyvät tarpeet ohjaavat omalta osaltaan käyttäytymistämme vuorovaikutustilanteissa. Voimmehan me menettää kasvomme, ellemmme onnistu – tai tarkemmin ilmaistuna *coe onnistuneemme* – toimimaan haluamamme kuvan mukaisesti. Siten kasvomme ovat ikään kuin lainassa sosiaaliselta yhteisöltä (Goffman 1967, 8–10), jolla on valta edistää niin kasvojemme säilymistä kuin niiden menetystäkin. Meidän odotetaankin huomioivan vuorovaikutuskumppaneidemme kasvoihin liittyviä tarpeita ja edesauttavan heidän kasvojensa säilymistä.

Vuorovaikutustilanteessa osapuolten kasvat ovat koko ajan alttiita niihin kohdistuville *uhkille*. Kasvoja uhkaavina pidetään sellaisia verbaalisia ja nonverbaalisia viestejä, jotka ovat kuulijan² ja/tai puhujan kasvoihin liittyvien tarpeiden vastaisia (Brown & Levinson 1987, 65) ja jotka ovat ristiriidassa sen kanssa, millaisen kuvan hän haluaisi itsestään antaa. Toveruuden kasvoja koettelevat viestit, jotka saavat henkilön tuntemaan, ettei hänestä tai hänen seurastaan pidetä tai ettei hänen katsota kuuluvan joukkoon. Henkilön erottaminen ryhmästä tai sulkeminen sen ulkopuolelle,

² Käytän sanoja *kuulija* ja *puhuj*a havainnollistamaan vuorovaikutuksen suuntaa; sitä, kenen toimesta kasvoihin kohdistuva uhka aiheutuu. Nimitykset eivät siten sulje pois nonverbaalista viestintää eikä niillä viitata siihen, että puhuja olisi aktiivinen toimija ja kuulija passiivinen vastaanottaja.

yhtäläisyyksien puutteen tai eroavuuksien korostaminen ja myötätunnon osoittamisen puute tarjoavat tästä esimerkkejä. Henkilöön kohdistuva kritisointi, henkilön osaamisen ja saavutusten vähättely tai sivuuttaminen taas ovat esimerkkejä viesteistä, joiden katsotaan uhkaavan kompetenssin kasvoja. (Lim 1994, 214—216.) Brown ja Levinson listaavat positiivisiin kasvoihin kohdistuvia uhkia seuraavasti:

- [puhujalla] osoittaa paheksuntaa tai piittaamattomuutta kuulijaa kohtaan, pitää tätä pilkkanaan, loukkaa, syyttää, kritisoi, nuhtelee tai moittii tätä;
- esittää vastakkaisia tai eriäviä mielipiteitä tai haasteita;
- ilmaisee väkivaltaisia (hallitsemattomia) tunteita;
- käyttäytyy tahdittomasti, ottaa esille hävyttöminä, tabuina tai muuten tilanteeseen sopimattomina pidettäviä keskusteluaiheita;
- kertoo ikäviä asioita kuulijasta tai rehentelee omilla hyvillä uutisillaan;
- ottaa esille vahvasti tunnepitoisia tai kiistanalaisia keskustelunaiheita;
- osoittaa ilmiselvästi haluttomuutensa tehdä yhteistyötä kuulijan kanssa;
- käyttää puhutellessaan titteleitä tai muita statukseen viittaavia tunnisteita. (Brown & Levinson 1987, 66—67).

Myös henkilön oma toiminta voi horjuttaa hänen positiivisia kasvojaan ja johtaa jopa niiden menetykseen. Tästä esimerkkejä ovat itsensä nolaaminen käyttäytymällä typerästi, kehon hallinta- tai pidätyskyvyn pettäminen, kompuroiminen tai kaatuminen, tunteenpurkaukset ja syyllisyyden tai vastuullisuuden tunnustaminen (ks. tarkemmin Brown & Levinson 1987, 68).

Negatiivisia eli autonomian kasvoja koettelevat viestit ovat sellaisia, joiden henkilö kokee rajoittavan itsemääräämisoikeuttaan, toiminnanvapauttaan ja mahdollisuuttaan hallita omaa reviiriään ja henkilökohtaista tilaansa. Tällaisiksi voidaan lukea hänelle esitetyt käskyt ja vaatimukset, ehdotukset ja neuvot, muistutukset, uhkailut, varoittelut ja yllytykset. Myös hänelle annettuja lupauksia, jotka asettavat hänet eräänlaiseen kiitollisuudenvelkaan, voidaan pitää uhkina negatiivisille kasvoille. Samoin kohteliaisuuden, ihailun tai jopa kateuden ilmauksia, jotka kielivät usein siitä, että niiden sanoja haluaisi jostain kuulijalta – kuten sanotun kumoamista, vastakohteliaisuutta, -palvelusta tai kiitosta. Puhujan voimakkaita tunteiden ilmauksia voidaan myös pitää kuulijan toiminnanvapautta rajoittavina, koska ne yleensä vaativat kuulijalta tietynlaista toimintaa. (Brown & Levinson 1987, 65—66.) Ja kuten positiivistenkin kasvojen kohdalla, henkilö itse voi aiheuttaa omien kasvojensa menetyksen. Kiitoksen esittäminen, kiitoksen tai anteeksipyynnön hyväk-

syminen, selittely tai tekosyiden esittäminen, avuntarjouksen hyväksyminen ja vastentahtoisten lupauksen ja tarjousten antaminen rajoittavat kukin omalla tavallaan henkilön toiminnanvapautta luomalla odotuksia hänen käyttöksensä suhteen (ks. tarkemmin Brown & Levinson 1987, 68).

Kun ajatellaan, että puhuja voi menettää kasvonsa sekä oman että toisen toiminnan seurauksena, ja että sama viesti voi uhata sekä puhujan että kuulijan positiivisia ja/tai negatiivisia kasvoja, ei ole ihme, että lähes jokaista lausahdusta ja toimintaa voidaan pitää kasvoja uhkaavana. Siihen, kuinka voimakkaana henkilö pitää kasvoihin kohdistuvaa uhkaa ja miten hän reagoi siihen, vaikuttavat muun muassa osapuolten välisen *suhteen läheisyys*, *osapuolten valtaero* ja (roolin suoma) *oikeus* toimia tietyssä tilanteessa tietyllä tavalla (Lim 1994, 217—226; Lim & Bowers 1991; ks. myös Brown & Levinson 1987, 74). Oma merkityksensä kasvoja uhkaavan tilanteen tulkinnassa on myös sillä, *miten vakavana kasvoja uhkaavaa tekoa pidetään* kyseisessä kulttuurissa (Brown & Levinson 1987, 74) ja sillä, *missä määrin henkilön katsotaan olevan vastuullinen* siitä, että hän toimii toisen kasvoja uhkaavalla tavalla. Tuntuuko hän aiheuttavan toisen kasvoja uhkaavan tilanteen tahattomasti? Vai vaikuttaako hän toimivan tahallisesti ja pahansuovasti tarkoituksenaan loukata toista avoimesti? Vai näyttääkö toisen kasvojen uhkaaminen olevan toiminnan sivutuote tilanteessa, jossa henkilön täytyy toimia tietyllä tavalla huolimatta siitä, että tietää tämän toiminnan uhkaavan toisen kasvoja? (Goffman 1967, 14.) Henkilön tulkinta tilanteesta on yhteydessä hänen sisäiseen ja ulkoiseen reaktioonsa tilanteessa ja myös sen jälkeen.

2.2 Kasvojen säilyttäminen

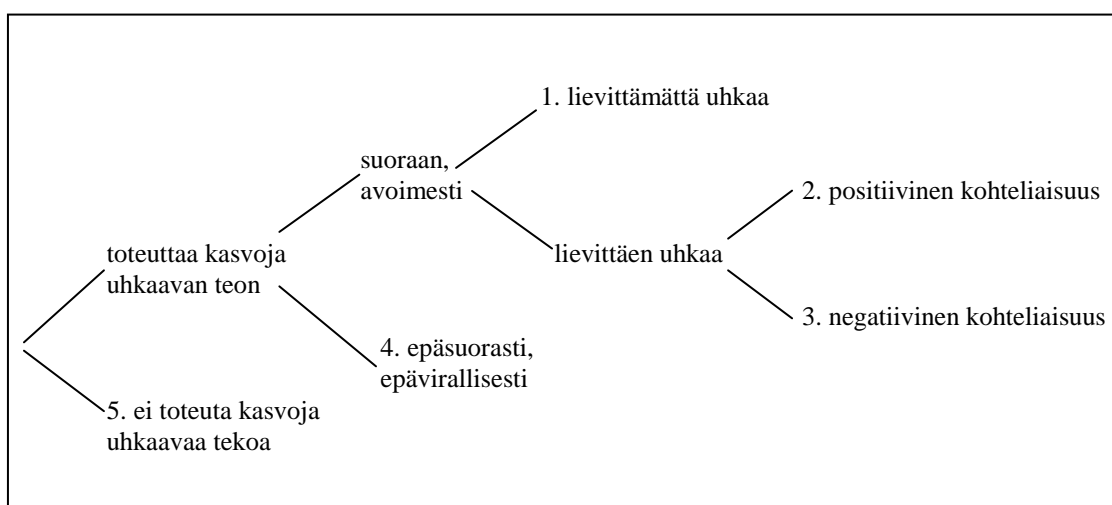
Vuorovaikutuksessa ollessamme pyrimme suojelemaan ja ylläpitämään kasvoja erilaisin viestinnällisin keinoin edistääksemme vuorovaikutuksen sujuvuutta, ylläpitääksemme ihmissuhteita ja välttyäksemme siltä, ettemme tule nolatuksi tai nolanneeksi toisia, loukatuksi tai loukanneeksi toisten tunteita (Goffman 1967). Kasvojen säilyttämisen käsite onkin identiteetin ja itsetunnon ohella liitetty muun muassa sosiaaliseen järjestykseen, sosiaaliseen kontrolliin ja viestinnän moraaliin,

joka perustuu olettamukseen siitä, että viestintätekoja voidaan arvioida niiden paremmuuden ja sopivuuden perusteella (Penman 1994; vrt. Lim 1994, 227).

Kasvojen säilyttäminen voi suuntautua niin omiin kuin toisen kasvoihin (Goffman 1967, 14). Kasvoista huolehtiminen ei liity ainoastaan kasvokkain tapahtuviin kohtaamisiin, sillä kasvojen säilyminen voi olla uhattuna myös välitetyssä viestinnässä (ks. myös Goffman 1967, 5 ja 33), kuten puhelinkeskustelussa tai sähköpostiviestinnässä. Kasvojen säilyttämiseen on viitattu eri termein ja niitä on jaoteltu eri tavoin (ks. esim. Brown & Levinson 1987; Cupach & Metts 1990; Goffman 1967; Lim & Bowers 1991). Tässä tutkielmassa kasvojen säilyttämiseksi nimitetään niitä viestinnällisiä keinoja, joiden avulla pyritään välttämään ja ennaltaehkäisemään omiin ja toisen kasvoihin kohdistuvat uhkat, lievittämään kasvojen uhkaamisen, loukkaamisen ja menettämisen herättämiä kielteisiä tunnereaktioita, tai palauttamaan jo menetetyt kasvot. Tutkielman aiheen huomioiden tarkastelu rajataan kasvokkain tapahtuviin vuorovaikutustilanteisiin.

Goffmanin (1967, 15) mukaan varmin keino *ehkäistä kasvoihin kohdistuvat uhkat* on vältellä sellaisia kohtaamisia, joissa uhkat todennäköisimmin ilmenevät. Itse vuorovaikutustilanteessa kasvoja uhkaava teko voidaan jättää toteuttamatta (Brown & Levinson 1987, 69), ja uhkan syntyä voidaan vältellä esimerkiksi pysyttelemällä pois sellaisista keskusteluaiheista ja aktiviteeteista, joiden arvellaan aiheuttavan ristiriitoja tai nolaavan kuulijan. Myös sitä, että pidättäydytään esittämästä omaa mielipidettä tai pyritään peittelemään omia tunnereaktioita siihen asti, kunnes on varmistuttu siitä, miten muut läsnäolijat suhtautuvat keskusteluaiheeseen, aktiviteettiin, tilanteeseen ja toisiinsa, voidaan pitää keinona ennaltaehkäistä kasvoja uhkaava tilanne. Kasvoihin kohdistuvien uhkien torjunnasta on kyse myös nk. hienotunteisessa sokeudessa, jolloin käyttäydytään ikään kuin kasvoja uhkaavaa tilannetta ei olisi lainkaan tapahtunut. (Goffman 1967, 16—18.) Hienotunteisesta sokeudesta on kyse esimerkiksi silloin, kun seminaariväki välttääkseen nolaamasta tilaisuuden pääesiintyjää ei ole kuulevinaankaan (ts. ei reagoi näkyvästi eikä kuuluvasti siihen), kuinka tämä käyttää koko esityksensä ajan seminaarin tilanneesta yrityksestä väärää nimeä.

Silloin, kun kasvoihin kohdistuvien uhkien ennaltaehkäisy ei ole mahdollista ja henkilö näyttää joutuvan toimimaan toisen kasvoja uhkaavasti, hänen käyttäytymistään säätelee (a) tarve välittää toiselle tieto tai toimia tavalla, joka saattaa uhata tämän kasvoja, (b) tarve toimia tehokkaasti ja nopeasti, ja (c) tarve minimoida toisen kasvoihin kohdistuva uhka (Brown & Levinson 1987, 68). Muun muassa näiden tekijöiden perusteella henkilö ratkaisee, toteuttaako hän toisen kasvoja uhkaavan teon vai ei. Henkilön toimintavaihtoehtoja tilanteessa, jossa hän joutuu uhkaamaan toisen kasvoja, havainnollistetaan kuviossa 2, joka on suora käänös Brownin ja Levinsonin (1987, 69) mallinnoksesta.



KUVIO 2 Vaihtoehtoiset menettelytavat kasvoja uhkaavassa tilanteessa (Brown & Levinson 1987, 69)

Jos henkilö päättää toimia, tai hänen on toimittava, toisen kasvoja uhkaavalla tavalla, hän voi ilmaista kuulijan kasvoja uhkaavan asian *epävirallisesti ja epäsuorasti* (off record), jolloin hän välttyy (tai välttelee) ottamasta vastuuta kasvoja uhkaavan tilanteen aiheuttamisesta. Viittaamalla asiaan metaforien, ironian, retoristen kysymysten tai muunlaisten vihjeiden avulla, hän tulee siirtäneeksi osan vastuusta kuulijalle. Henkilö voi valita myös suoran ja avoimen lähestymistavan (on record), jolloin hän selvästi ottaa vastuun kasvoja uhkaavan tilanteen aiheuttamisesta. Tällaisessa tilanteessa hän voi edelleen valita, ilmaiseeko asiansa *yrittämättä lievittää uhkaa* (on record without redressive action, baldly), vai pyrkiikö hän jollain keinoin *lievittämään kasvoja uhkaavaa asiaa ja tilannetta* (on record with redressive action). Suoraan ja pehmittelemättömään lähestymistapaan voidaan päätyä esimerkiksi

tilanteessa, jossa tehokkuuden ja nopeuden vaatimus ylittävät tarpeen huomioida kasvot; jossa kasvoihin kohdistuvaa uhkaa pidetään erittäin pienenä; tai jossa puhuja on huomattavasti arvo- tai vaikutusvaltaisempi puhuteltavaan nähden, jolloin hänen ei tarvitse pelätä tämän vastatoimia ja sen seurauksena omien kasvojensa menetystä. (Brown & Levinson 1987, 68—70.) Tällainen tilanne on helposti kuviteltavissa tapahtuvaksi esimerkiksi potilaan ja lääkärin välille hoitotoimenpiteistä päätettäessä, tai vanhemman ja lapsen välille kodin säännöistä keskusteltaessa. Valitessaan suoran ja avoimen lähestymistavan, johon sisältyy lievittämisen keinoja, puhuja haluaa välittää kuulijalle, että uhka ei ole tarkoituksellinen eikä toivottu (Brown & Levinson 1987, 69—70). Seuraavaksi näitä lievittämisen keinoja tarkastellaan sen mukaan, pyritäänkö niiden avulla lievittämään positiivisiin vai negatiivisiin kasvoihin kohdistuvia uhkia.

Positiivinen kohteliaisuus (positive politeness). Kun puhuja joutuu toimimaan toisen toveruuden kasvoja uhkaavasti, hän voi pyrkiä lievittämään tilannetta esimerkiksi painottamalla yhtäläisyyksiä puhujan ja kuulijan kiinnostuksen kohteissa, tavoitteissa, asenteissa, mielipiteissä tai näkökulmissa, tavoittelemalla yksimielisyyttä ja välttelemällä erimielisyyttä, tähdentämällä yhteistyökumppaneina olemista, rupatteleamalla, vitsailemalla tai ilmaisemalla (jopa liioitellusti³) kiinnostusta, hyväksyntää ja sympatiaa kuulijaa kohtaan (Brown & Levinson 1987, 101—129; ks. myös Goffman 1967, 16—17). Keskinäisen luottamuksen korostamista ja epämuodollista ja tuttavallista puheenpartta pidetään niin ikään toveruuden kasvojen säilyttämisen keinoina (Lim 1994, 212—216). Toveruuden kasvojen säilyttämisessä on perimmältään kyse siitä, että kuulija kokee puhujan, ainakin jossain määrin, hyväksyvän hänet seuraansa tai lukevan hänet nk. sisäpiiriin (Lim & Bowers 1991, 421). Kompetenssin kasvoihin kohdistuvaa uhkaa voidaan pyrkiä lievittämään esimerkiksi kiinnittämällä huomion asiaan (tai tilanteeseen) eikä henkilöön, osoittamalla myötätuntoa tai optimistisuutta, vähättelemällä tai kaunistelemalla ongelmaa tai epäonnistumista, tai tuomalla kritiikin yhteydessä esille myös sitä, missä kuulija on jo onnistunut. Myön-

³ Positiivisen kohteliaisuuden tunnusmerkkinä pidetään liioittelua, joka kylläkin pohjaa vilpittömään ja aitoon haluun kohdata toisen positiivisiin kasvoihin liittyvät tarpeet (Brown & Levinson 1987, 101—103).

teisen palautteen antaminen, kannustaminen, kehuminen ja erilaiset arvostuksen ilmaukset vahvistavat kompetenssin kasvoja. Kompetenssin kasvojen säilyttämisen ydin on siinä, että kuulija kokee puhujan kunnioittavan ja arvostavan häntä, hänen osaamistaan ja saavutuksiaan, edes jossain määrin. (Brown & Levinson 1987, 101—129; Lim 1994, 212, 215—218; Lim & Bowers 1991, 421.) Positiivisiin kasvoihin kohdistuvan kohteliaisuuden yhtenä kulmakivenä näyttäisikin olevan halu kunnioittaa sitä julkisivua, jota toisella on tarve näyttää.

Negatiivinen kohteliaisuus (negative politeness). Kuulijan negatiivisia kasvoja uhkaavassa tilanteessa on kasvojen säilyttämisen kannalta tärkeää, että puhuja osoittaa huomioivansa ja kunnioittavansa kuulijan tarvetta itsemääräämisoikeuteen, ajatuksen- ja toiminnanvapauteen sekä henkilökohtaisen tilan ja reviirin hallintaan. Tämä voi tapahtua joko välttämällä kokonaan niihin puuttumisen tai siten, että näitä tarpeita yritetään rajoittaa mahdollisimman vähän. (Brown & Levinson 1987, 70; ks. myös Lim 1994, 212.) Silloin, kun joudutaan toimimaan toisen autonomian kasvoja uhkaavasti ja halutaan ennaltaehkäistä tai ainakin lievittää tilanteen herättämiä kielteisiä tunteita, puhuja voi käskemisen sijaan esimerkiksi pyytää, kysyä, ehdottaa tai vedota kohteliaasti, tai tuoda esille sitä, mitä hyötyä asiasta voi koitua kuulijalle (Lim 1994, 212—215). Tarjoamalla kuulijalle mahdollisuutta olla toimimatta ehdotetulla tavalla, pahoittelemalla tunkeilua ja häiriötä, pyytämällä anteeksi tai käyttämällä kielellisiä etäännyttämisen keinoja (kuten passiivia) voidaan myös yrittää pehmittää kasvoja uhkaavaa tilannetta. Puhuja voi lievittää käskyä tai rajoitusta myös viittaamalla suhteen vastavuoroisuuteen ja sisällyttämällä toimintaan myös itsensä. (Brown & Levinson 1987, 70, 129—211.) Negatiivisiin kasvoihin kohdistuvan kohteliaisuuden perustana vaikuttaisi näin ollen olevan toisen tahdon ja rajojen kunnioittaminen.

Usein ihmiset soveltavat ja yhdistelevät kasvojen säilyttämisen strategioita ja taktiikoita, johtuen siitä, että viesti tai teko uhkaa sekä toisen positiivisia että negatiivisia kasvoja (Lim & Bowers 1991, 418). Koska kasvojen säilyttämisen strategioiden kirjo on niin laaja, juuri oikean strategian valinta ei aina onnistu. Henkilöhän ei välttämättä ole lainkaan tietoinen käyttämistään kasvojen säilyttämisen keinoista, osin johtuen siitä, että hänelle on todennäköisesti muodostunut omia vakiintuneita käytäntöjä ja

tottumuksia kasvojen säilymiseen tähtäävässä viestinnässä (Goffman 1967, 13—14). Voi olla, että puhuja toimii kasvoja uhkaavassa tilanteessa toisin kuin kuulija olisi odottanut. Hän ei ehkä pyri lainkaan lievittämään toisen kasvoihin kohdistamaansa uhkaa tai valitsee erilaisen lievittämistavan kuin mitä kuulija olisi odottanut tai toivonut. Hän saattaa myös epäröidä keinojen valinnassa, niin että kuulija jää kiusalliseen tilanteeseen odottamaan epävarmana, mitä puhuja aikoo tehdä ja miten hänen itsensä tulisi tilanteessa toimia. (Ks. Goffman 1967, 26—27.) Ja pyrkii puhuja toimimaan kuulijan kasvoja uhkaavassa tilanteessa miten hienotunteisesti ja tahdikkaasti tahansa, on lopputulos sen varassa, riittävätkö nämä lievittämisen keinot tarjoamaan kuulijalle kokemuksen kasvojen säilymisestä.

Sitä, millaisia viestinnällisiä keinoja henkilö voi käyttää pyrkiessään luomaan, ylläpitämään ja suojelemaan *omia* kasvojaan tai palauttamaan jo menetetyt kasvonsa, on kirjallisuudessa nähtävästi kuvattu nuukemmin kuin niitä toimintatapoja, joiden avulla joiden avulla henkilö voi pyrkiä säilyttämään, vahvistamaan tai palauttamaan *toisen* kasvot. Useimmista aiheita käsitelleistä poiketen Goffman (1967) on tarkastellut kasvojen säilyttämistä myös omista kasvoista huolehtimisen näkökulmasta. Hänen mukaansa henkilö voi pyrkiä suojelemaan omia kasvojaan välttelemällä sellaisia kohtaamisia, keskustelunaiheita ja aktiviteetteja, joissa hänellä on suuri riski menettää kasvonsa. Hän voi pyrkiä myös vaihtamaan keskustelunaihetta tai muuttamaan toiminnan suuntaa sellaiseksi, joka on yhdenmukaisempi hänen toivomansa sosiaalisen imagon kanssa. Mikäli hän taas itse joutuu nostamaan esille asian, joka on hänen kasvojensa kannalta ongelmallinen, hän voi tehdä sen vihjaillen, täsmennyksin ja selityksin, itseään vähätellen tai huolettomasti esiintyen. Aiemmin kuvattu hienotunteinen sokeus ja pyrkimys peitellä tapahtunutta (kuten tunteenpurkausta) voivat nekin tähdätä omien kasvojen säilymiseen toisten silmissä. (Goffman 1967, 14—18.)

Kasvojen säilyttämisen teoriaa on aiemminkin hyödynnetty terveydenhuollon vuorovaikutustilanteiden tarkastelussa. Aronsson ja Sätterlund-Larsson (1987) käyttivät Brownin ja Levinsonin kohteliaisuuden mallia viitekehyksenä tarkastellessaan, miten potilas ja lääkäri säätelevät sosiaalista etäisyyttään vastaanottotilanteessa. Tutkimus toteutettiin ruotsalaisella sisätautien klinikalla ääninauhoittamalla lääkäreiden ja potilaiden kahdenkeskisiä vastaanottotilanteita ja haastatteleamalla

niissä olleita lääkäreitä ja potilaita tallennetun tilanteen jälkeen. Tutkimus tuotti tietoa siitä, millaisia kasvojen säilyttämisen keinoja ilmeni esimerkiksi vastaanotto-tilanteen alussa, lääkärin tutkiessa potilasta, ja keskusteltaessa ja päätettäessä potilaan hoidosta. Tutkimusaineistossa huomio kiinnittyi puhuttelutapoihin, epäsuorasti esitettyihin pyyntöihin ja kysymyksiin, lääkärin tapaan tuoda asioita esille ”ääneen ajatellen”, palautteeseen, puheenaiheen vaihtamiseen, selvennysten pyytämiseen, päällekkäin puhumiseen, eri mieltä olemiseen, ja epäselvyyksiin päätöksenteossa.

Tutkimukseen osallistuneiden lääkäreiden todettiin käyttävän tiettyjä strategioita tiettyissä tilanteissa. Esimerkiksi, puhutellessaan potilasta ennen tämän tutkimista, lääkärit saattoivat viitata asiaan epäsuorasti (”katsotaanpa tätä nyt hieman”), ja kehottaessaan potilasta riisuutumaan, he esittivät pyynnön yleensä hienovaraisesti (”sinä voisit nyt...”, ”voisitko sinä kenties...”). Hienovaraisen pyynnön jatkeena oli usein yhteistyöhön viittaaminen me-muotoa käyttämällä (”... ja sitten me voisimme vähän kurkistaa...”). Kertoessaan potilaalle tämän terveydentilaan liittyvistä ongelmista tai lähestyessään sosiaalisesti herkkiä keskustelunaiheita, lääkärit ilmaisivat asian ympärilyövästi, eufemismein tai kaunistellen (”hieman ongelmia”, ”vähän tuberkuloosia”). Tavallista oli sekin, etteivät lääkärit esittäneet hoitoon liittyviä kysymyksiä, pyyntöjä tai ohjeita potilaalle suoraan, vaan ilmaisivat asiansa ikään kuin ääneen ajatellen, monologimaisesti, jolloin taukojen katsottiin tarjoavan potilaalle mahdollisuuden liittyä keskusteluun. Tutkimuksen potilaat vaikuttivat hekin käyttäytyvän tavoilla, joita voidaan pitää keinoina suojella omia tai lääkärin kasvoja. Potilas saattoi esimerkiksi vaihtaa keskustelunaihetta, jos lääkäri teki potilaalle ei-toivottuja ehdotuksia vaikkapa tupakoinnin lopettamisen tai ruokavalion suhteen – silloinkin, kun lääkäri teki kehotuksensa verhotusti ja epäsuorasti. Tavanomaista oli myös se, että potilaat välttelivät ilmaisemasta erimielisyyttään lääkärille, ja että tilanteessa, jossa potilas ei ollut (täysin) ymmärtänyt tai kuullut lääkärin hänelle esittämää asiaa, potilas ei pyytänyt selvennystä asiaan. (Aronsson & Sätterlund-Larsson 1987.)

Aronssonin ja Sätterlund-Larssonin tutkimus toikin esille niitä ongelmia, joita kohteliaisuus ja pyrkimys välttyä kasvojen uhkaamiselta ja menettämiseltä voivat aiheuttaa lääkärin ja potilaan kohtaamisessa. Vaikka lievittämisen keinojen avulla

pystyttiin usein pehmentämään ja jopa ehkäisemään kasvojen kannalta kriittisiä tilanteita, niiden käyttö saattoi toisinaan johtaa vaillinaiseen tiedonkulkuun ja väärinymmärryksiin potilaan ja lääkärin välillä (ks. myös Parrott ym. 2000). Tämän lisäksi ne näyttivät toisinaan hankaloittavan potilaan osallistumista hänen hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Juuri tätä kiinnostuksen kohdetta – sitä, *millaisia rajoituksia kohteliaisuus voi tuoda potilaan ja lääkärin väliseen keskusteluun* – pidän kyseisen tutkimuksen mielenkiintoisimpana antina ajatellen potilaan yksityisyyden huomioimista.

Robins ja Wolf (1988) hyödynsivät niin ikään kohteliaisuuden mallia lääkärin ja potilaan välisen viestinnän tarkastelussa. Heidän tutkimuksessaan lääketieteen ensimmäisen vuoden opiskelijoille esitettiin kirjallisena kuvitteellinen tilanne, jossa potilas kieltäytyy painokkaasti noudattamasta lääkärin ehdottamaa ruokavaliota: ”Voit puhua miten paljon haluat, mutta minä en noudata sitä ruokavaliota! Minä olen saanut tarpeeksi siitä, että sinä kerrot, kuinka minun tulisi järjestää elämäni!”. Opiskelijan tuli vastata kirjallisesti, miten hän vastaisi potilaalle, jos olisi tämän hoitava lääkäri. Vastaukset kirjoitettiin vuorosanantapaisesti. Tutkijat analysoivat opiskelijoiden vastauksia paikantaen vastauksista positiivisen ja negatiivisen kohteliaisuuden strategioita. Yleisin opiskelijoiden kuvaama toimintatapa oli vastaaminen potilaan tunnepitoiseen toteamukseen anteeksipyyntöillä ja pahoittelemalla sitä, että potilaalle on jouduttu määräämään hoito, joka rajoittaa tämän elämäntapaa. Tavallista oli myös vastaaminen kysymyksellä (”Ymmärrätkö, miksi me määräsimme sinulle tämän ruokavaliion?”) ja se, että opiskelija etäännytti itsensä hoito-ohjeen määräämisestä antamalla ymmärtää ehdotuksen pohjaavan koulutukseen tai kokemukseen tai nousseen esiin jostain muusta lähteestä. Opiskelijat saattoivat myös vastata esittämällä perusteita ruokavaliolle kertomalla niistä hyödyistä, joita sen noudattaminen soisi, tai haitoista, jos tämä ei niin tekisi. Osa opiskelijoista toi esille haluan tehdä yhteistyötä potilaan kanssa, osa taas osoitti vastauksessaan potilasta kohtaan myötätuntoa ja ymmärtämystä.

Robins ja Wolf analysoivat opiskelijoiden vastauksia ja esittivät arvionsa siitä, missä määrin kukin toimintatapa lievittää potilaan kasvoihin kohdistuvaa uhkaa, parantaa keskustelutilannetta ja auttaa luomaan hoidollisesti hyödyllisen kontekstin molem-

minpuoliselle osallistumiselle ja lääkärin ja potilaan väliselle yhteisymmärrykselle. Vastauksista paikannetuista keinoista yhteistyöhön ja vastavuoroisuuteen tukeutuminen täytti tutkijoiden mukaan nämä kriteerit parhaiten. Lievittämisen keinojen eduista ja haitoista tehdyistä tulkinnoista ja johtopäätöksistä jäin kuitenkin kaipaamaan pohdintaa sanattoman viestinnän merkityksestä. Nyt pohdinta käsitteli yksinomaan viestin sanallista sisältöä, sitä *mitä* sanotaan. Kuitenkin myös se, *miten* viesti kommunikoidaan, vaikuttaa potilaaseen, hänen tulkintoihinsa ja reaktioihinsa. Terveystieteiden vuorovaikutustilanteisiin näyttäisi liittyvän aivan omanlaisensa problematiikka liittyen kasvojen säilyttämisen pyrkimyksiin, sillä tässäkin tutkimuksessa pohdittiin sitä, miten jotkut kasvojen säilyttämisen strategioiksi luokitellut toimintatavat voivat olla epäedullisia ja jopa haitallisia ajatellen potilaan hoitoa, tai kuten tässä tapauksessa: potilaan sitouttamista oman terveyden edistämiseen.

Spiers (1998) puolestaan pohtii ja perustelee teoreettisessa artikkelissaan, miten ja miksi kasvojen säilyttämisen teoria soveltuu hoitajan ja potilaan välisen vuorovaikutussuhteen tarkasteluun. Yksi perusteista on se, että lähes kaikissa hoitotyön vuorovaikutustilanteissa joudutaan tasapainoilemaan hienotunteisuuden ja tehokkuuden vaatimusten, potilaan kasvojen säilyttämisen ja niiden uhkaamisen, välillä. Tietämys kasvojen säilyttämiseen tähtäävistä viestintästrategioista auttaisi hänen mukaansa ymmärtämään, miksi tällaisissa kohtaamisissa toimitaan niin kuin toimitaan. Hän uskoo näkökulman voivan avata uudella tapaa myös niitä tilanteita, joissa potilas (osin hoitosuhteessa vallitsevasta valta-asetelmasta johtuen) ilmaisee asiansa tai tuntemuksensa hoitajalle niin varovasti ja viitteellisesti, että tältä saattaa jäädä potilaan viesti huomaamatta, millä voi olla erilaisia seurauksia. Kasvoihin liittyvien tarpeiden tuntemisen kautta voitaisiin Spiersin mukaan päästä paremmin kiinni myös siihen, millaisia odotuksia eri sukupolviin ja kulttuurisiin ryhmiin kuuluvilla potilailla voi liittyä sairaalan vuorovaikutustilanteisiin; mikä koetaan asialliseksi ja mikä taas sopimattomaksi käytökseksi. Spiersin näkemyksen mukaan potilaiden ja terveydenhuollon ammattilaisten välisestä vuorovaikutuksesta voidaan saada syvempää tietoa – tietoa paitsi toimintatavoista myös sosiaalisista identiteeteistä, rooleista, rajoista, odotuksista ja käsityksistä – kun tutkimuksen viitekehikseksi valitaan kasvojen säilyttämisen teoria.

Parrott, Duncan ja Duggan (2000) ovat näiden samojen teemojen äärellä artikkelissaan, joka käsittelee sitä, miten potilaan avoimuutta ja itsestäkertomista voitaisiin edistää. Tuodessaan esille, millaiset tekijät voivat heijastua siihen, miten potilas avautuu ja kertoo itsestään terveydenhuollon ammattilaisille ja millaiset asiat potilas voi kokea uhaksi yksityisyydelleen ja kasvoilleen, he hyödyntävät aiheeseen liittyvän tutkimustiedon lisäksi Brownin ja Levinsonin kohteliaisuuden mallia ja Goffmanin ajatuksia vaikutelmien hallinnasta (impression management). Parrott, Duncan ja Duggan esittävät positiivisiin ja negatiivisiin kasvoihin liittyviä tarpeita yhdeksi syyksi siihen, miksi potilas voi pidättäytyä kertomasta tiettyjä asioita häntä hoitaville henkilöille. Lisäksi he tuovat esille erilaisia toimintatapoja, jotka voivat lieventää potilaan kasvoihin kohdistuvaa uhkaa ja joiden avulla voidaan saavuttaa potilaan luottamus ja siten edistää vuorovaikutuksen avoimuutta. Potilasta hoitavien tulisi esimerkiksi huomioida ne olosuhteet, missä potilaalle kerrotaan tätä koskevista sensitiivisistä asioista; kertoa potilaalle niistä hyödyistä, joita tälle voi koitua kasvojen säilymisen kannalta haastavasta tilanteesta; painottaa, että potilasta koskevat tiedot pysyvät luottamuksellisina ja suojattuina; kunnioittaa tai ainakin huomioida potilaan kulttuuriset uskomukset; ja tarjota potilaalle tilaisuuksia kertoa itsestään ilman keskeytyksiä ja kysymyksiä. Parrott, Duncan ja Duggan painottavat myös sitä, että potilasta hoitavien on oltava herkkiä havainnoimaan potilaan nonverbaalisia viestejä, jotka voivat kertoa siitä, jos tämä kokee yksityisyyttään loukatun. Ainakin yhtä tärkeänä he näyttävät pitävän sitä, että potilasta hoitavat ovat sensitiivisiä *oman* nonverbaalisen viestintänsä suhteen; sen suhteen, rohkaisevatko he käytöksellään potilasta olemaan avoin ja rehellinen, vai aiheuttavatko he toiminnallaan sen, että potilas vaikenee tietyistä asioista tai rohkenee kertoa niistä vain osatotuksia.

Kasvojen säilyttäminen näyttääkin olevan luontuva ja pätevä näkökulma ja väline potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisten välisten vuorovaikutustilanteiden tarkasteluun. Tässä tutkielmassa hyödynnän kasvojen säilyttämisen viitekehystä niiden käsitysten ja kokemusten analysoinnissa, joita potilailla, hoitajilla ja lääkäreillä liittyy potilaan yksityisyyteen ja sen ilmenemiseen ja huomioimiseen osastohoidon aikaisissa vuorovaikutustilanteissa.

3 POTILAAN YKSITYISYYS TUTKIMUSKOHTENA

3.1 Yksityisyyden perusulottuvuudet

Mistä puhutaan, kun puhutaan yksityisyydestä ja yksityisestä? Puhekielestä tutut ilmaisut kotirauha, koskemattomuus, intimateetti, intiimi, arkaluonteinen, luottamuksellinen, salainen, privaatti, henkilökohtainen ja kahdenkeskinen viittaavat kukin omalla tavallaan tähän monitahoiseen ilmiöön. Yksityisyydestä ei ole olemassa yhtä universaalialia ja kaikenkattavaa määritelmää (Leino-Kilpi ym. 2000, 79; ks. eri määritelmiä esim. Burgoon 1982, 207). Tämän moni-ilmeisen ja vaikeasti hahmottuvan käsitteen sisältö vaihtelee sen mukaan, mistä viitekehuksesta sitä lähestytään ja mitä yksityisyyden ominaisuutta ja ulottuvuutta kulloinkin halutaan korostaa. Viestintätieteilijä Judee K. Burgoon on todennut yksityisyyttä ja viestintää käsittelevässä katsauksessaan eroja olevan sen suhteen, perustuuko yksityisyyden määritelmä:

- yksilön, dyadin vai ryhmän yksityisyyteen,
- kaivattuun vai toteutuneeseen yksityisyyteen,
- yksityisyyttä edistäviin olosuhteisiin vai yksityisyyden kokemukseen,
- reaktiiviseen käyttäytymiseen (eristäytymiseen, vetäytymiseen) vai proaktiiviseen toimintaan (valintaan, kontrolliin),
- velvollisuuteen vai lakiin perustuvaan oikeuteen,
- johonkin tiettyyn yksityisyyden luokitteluun (Burgoon 1982, 207—210; ks. myös Leino-Kilpi ym. 2000, 80—83).

Tässä tutkielmassa yksityisyyttä käytetään näkökulmana ja välineenä potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisten välisten vuorovaikutustilanteiden tarkastelussa ja jäsentämisessä, ja yksityisyyden käsitettä lähestytään Burgoonin näkemyksistä käsin. Yksityisyyttä tarkastellaan näin ollen fyysisen, sosiaalisen, psykologisen ja tiedollisen yksityisyyden näkökulmista (ks. myös Parrott ym. 2000, 139). Seuraavat yksityisyyden perusulottuvuuksien luonnehdinnat perustuvat Burgoonin (1982, 210—232) kirjallisuuskatsauksessa esitetyistä tiedoista tekemiini tiivistyksiin ja tulkintoihin.

Fyysinen yksityisyys. Kun henkilön yksityisyyttä lähestytään fyysisen yksityisyyden näkökulmasta, tarkastelun kohteena voivat olla esimerkiksi henkilökohtainen tila, reviiirikäyttäytyminen, suhtautuminen lähellä olemiseen, kosketukseen ja väenpaljou-

teen (Burgoon 1982, 210—216). Henkilökohtaista tilaa eli kehon valta-aluetta on määritelty eri tavoin (Burgoon 1982, 213; Leino-Kilpi ym. 2000, 83—85; ks. myös Rosqvist 2003). Yhteenvetona voidaan todeta henkilökohtaisen tilan muodostuvan kehosta ja sitä välittömästi ympäröivästä näkymättömästä vyöhykkeestä, joka kulkee aina henkilön mukana ja jonka kokoon vaikuttavat muun muassa kulttuuritekijät, henkilön sukupuoli ja ikä. Tämän joustavarajaisen kuplan koko vaihtelee myös tilanteittain, riippuen henkilön tilanteesta tekemistä tulkinnoista ja hänen suhteestaan ja asemastaan vuorovaikutuksen toiseen osapuoleen. Reviirin määritelmistä (Burgoon 1982, 213—215; Leino-Kilpi ym. 2000, 85—86) muodostuu kuva maantieteellisesti liikkumattomasta alueesta, jonka henkilö kokee omistavansa, jota hän tuntee hallitsevansa, jota hän tarvittaessa puolustaa, jonka omistuksen toiset tunnustavat ja jota hän saattaa merkitä henkilökohtaisin esinein. Kyseessä voi olla yhtä lailla kotipiha, oma huone kuin auto tai lempituoli. Kokemus fyysisen yksityisyyden alueelle tunkeutumisesta voi syntyä toisten ihmisten läsnäolosta, kosketuksesta, äänistä ja tuoksuista, väenpaljoudesta ja jopa näköyhteydestä toisiin ihmisiin (Burgoon 1982, 211; Burgoon ym. 1989, 132). Voidaankin puhua taktiilisen, auditivisen, olfaktorisen ja visuaalisen tilan säilymisestä ja loukkaamisesta (Rosqvist 2003). Kyse on rajanvedosta itsen ja toisten välille; siitä, millaisen fyysisen etäisyyden itsen ja toisen välillä henkilö kokee miellyttäväksi ja milloin kokemus muuttuu vastenmieliseksi. Keskeistä fyysisen koskemattomuuden ja alueellisen yksityisyyden toteutumisen kannalta on henkilön mahdollisuus vaikuttaa siihen, kuka saa ylittää hänen fyysisen yksityisyytensä rajat ja siihen, miten ja koska tämä tapahtuu.

Sosiaalinen yksityisyys. Kun ollaan kiinnostuneita yksityisyyden sosiaalisesta ulottuvuudesta, mielenkiinto suuntautuu henkilön mahdollisuuksiin ja pyrkimykseen säädellä sosiaalista elämäänsä. Se, että henkilö voi halutessaan niin osallistua sosiaaliseen kanssakäymiseen kuin irrottautuakin siitä, palvelee hänen tarvettaan kontrolloida sitä, keiden kanssa hän on vuorovaikutuksessa, kuinka usein, kuinka kauan ja mikä on vuorovaikutuksen sisältö. Hengähdystauot sosiaalisista kontakteista suovat tilaisuuden purkaa tunteita, irrottautua rooli-odotuksista – ja valmistautua seuraaviin sosiaalisiin kontakteihin. Sosiaalinen eli vuorovaikutuksellinen yksityisyys onkin tasapainoilua toisten ihmisten mukaan ottamisen ja toisten ihmisten poissulkeamisen, yhteisyyden ja erillisyyden, avautumisen ja sulkeutumisen välillä. Kyse on

sekä tarpeesta hakeutua toisten seuraan ja läheisyyteen, että tarpeesta ottaa etäisyyttä toisiin ihmisiin ja vetäytyä omaan rauhaan ja yksinäisyyteen. Sosiaalisen yksityisyyden kokemukseen vaikuttavat muun muassa tilanteen muodollisuus, suhteen läheisyys, kulttuuritekijät, normit, puheenaiheiden ja käytetyn kielen henkilökohtaisuus sekä se, missä määrin henkilöiden odotetaan toimivan roolien ja sääntöjen mukaisesti. (Burgoon 1982, 216—223; ks. myös Leino-Kilpi ym. 2000, 87—88.)

Psykologinen yksityisyys. Kun yksityisyyttä lähestytään psykologisen yksityisyyden näkökulmasta, kiinnostus kohdistuu henkilön ajatuksen- ja toiminnanvapauteen, itsemääräämisoikeuteen ja mahdollisuuteen tulla kohdelluksi ja arvostetuksi omana itsenään. Psykologinen yksityisyys on oikeutta omiin tunteisiin, ajatuksiin, mielipiteisiin, uskomuksiin ja arvoihin, ja sitä pidetään merkityksellisenä minäkuvan muodostamiselle, itsetuntemukselle, omien kokemusten käsittelylle, analysoinnille ja luovuudelle sekä autonomian kehittymiselle. Psykologisessa yksityisyydessä on kyse myös mahdollisuudesta päättää, kenen kanssa ja missä olosuhteissa henkilö jakaa ajatuksiaan, tunteitaan ja itseään koskevaa tietoa, ja keneltä hän on halukas vastaanottamaan tukea ja ohjeita. Siihen liittyy tarve kontrolloida sekä itsestä syntyviä vaikutelmia että itseen kohdistuvia vaikutteita ja vaikuttamispyrkimyksiä. (Burgoon 1982, 223—228; Burgoon ym. 1989, 133—134). Keskeinen ero sosiaalisen ja psyykkisen yksityisyyden välillä on se, että ensin mainitussa painopiste on yksityisyyden vuorovaikutuksellisuudessa, jolloin huomio kiinnittyy interpersonaaliseen tasolle, kun taas jälkimmäisessä on kyse yksityisyyden kokemuksellisesta puolesta ja emotionaalisista ja kognitiivisista elementeistä, jotka sijaitsevat yksilössä itsessään (Burgoon 1982, 223—224). Psykologinen yksityisyys nivoutuu tiiviisti yksityisyyden muihin osaluokkiin; ajatellaanpa esimerkiksi itsemääräämisoikeuden toteutumisen merkitystä fyysisen, sosiaalisen ja tiedollisen yksityisyyden säätelyssä ja säilymisessä.

Tiedollinen yksityisyys. Kun yksityisyyttä tarkastellaan tiedollisen yksityisyyden näkökulmasta, keskitytään henkilön tietoturvaan, henkilötietojen suojaan ja mahdollisuuksiin hallita itseä koskevia tietoja. Lakiin ja teknologiaan liittyvät tietosuojakäytännöt erottavat tiedollisen yksityisyyden psykologisesta ja sosiaalisesta yksityisyydestä, joissa itseä koskevan tiedon hallinnalla on niin ikään sijansa. Tiedollinen yksityisyys pitää sisällään oikeuden päättää kenelle/mille taholle, koska, miten

ja minkä verran henkilö luovuttaa itseään koskevia tietoja, ja mahdollisuuden säilyttää anonymiteetti, mutta se liittyy myös sellaisiin henkilöä koskeviin tietoihin, jotka on hankittu ja joita voidaan levittää ilman asianosaisen lupaa tai tietoa. Eri tietopankkeihin on kertynyt tietoa esimerkiksi henkilön vakuutus- ja verotiedoista, siviilisäädystä, lupahakemuksista, sairauskertomuksista, äänestyskäyttäytymisestä, koulutodistuksista ja ostokäyttäytymisestä (pankki-, luotto- ja asiakaskortit). Tiedollisen yksityisyyden kannalta on merkityksellistä se, missä määrin henkilö voi kontrolloida itseään koskevien tiedon leviämistä ja sitä, millaisesta tiedosta on kysymys. Mitä henkilökohtaisempaa ja arkaluontoisempaa muiden hallussa tieto on, sitä haavoittuvampi henkilö on heidän suhteensa. Merkityksellistä on myös se, millainen suhde henkilöllä on niihin ihmisiin ja tahoihin, joilla on hallussaan häntä koskevaa tietoa. (Burgoon 1982, 228—231; Burgoon ym. 1989, 134.)

Tutkielman aiheen kannalta on tarpeen tietää, miten yksityisyys voi ilmetä vuorovaikutustilanteissa: millaisiin viestintäkeinoihin henkilö turvautuu halutessaan ylläpitää senhetkisen yksityisyyden tilan, ilmaistessaan kaipaavansa lisää yksityisyyttä tai pyrkiessään palauttamaan menettämänsä yksityisyyden. Burgoon (1982, 232—243) jaottelee yksityisyyteen liittyvän viestinnän kuuteen kategoriaan: 1) ympäristöön ja esineisiin, 2) henkilökohtaiseen tilaan ja koskettamiseen, 3) ajankäyttöön, 4) kinesiikkaan ja puheääneen, 5) fyysiseen ulko-asuun ja 6) verbaaliseen viestintään.

Ympäristö ja esineet. Ympäristön eri elementit asettavat rajat paitsi oman tilan ja reviirin kokemukselle myös oman rauhan säilyttämiselle sekä sosiaalisen kanssakäymisen säätelylle. Arkkitehtuuri tilaratkaisuineen vaikuttaa esimerkiksi siihen, miten henkilö voi eristäytyä muista ja suojautua toisten läsnäololta, katseilta, ääniltä ja tuoksulta sekä säädellä toisten pääsyä omana reviirinä pitämäänsä tilaan. Huonekalujen ja erilaisten esineiden avulla voidaan isompi tila jakaa pienempiin osioihin, tehdä tilasta enemmän haltijansa näköisiä, merkitä reviiriä ja viestiä lisärauhan tarpeesta. Tilajärjestelyt ja kalusteiden sijoittelu voidaan ottaa avuksi myös silloin, kun halutaan kannustaa tilassa olevia keskinäiseen vuorovaikutukseen tai kun pyritään edistämään tilassa olijoiden omaa rauhaa. Arkkitehtuuriset elementit sekä esineistö kertovat myös siitä, onko kyseessä julkisempi vai yksityisempi tila, millainen funktio tilalla on ja millaisia rooli- ja käyttäytymisodotuksia tilaan ja

tilanteeseen voi olla ladattuna. (Burgoon 1982, 233—236.) Esimerkiksi uimahalli, lääkärin vastaanottohuone, isovanhempien pihasauna ja oma makuuhuone ovat kukin hyvin erilaisia tiloja sen suhteen, millaisia odotuksia niihin astuvilla on oman yksityisyytensä suhteen.

Henkilökohtainen tila ja koskettaminen. Henkilökohtaisen tilan ottamisessa ja kosketuskäyttäytymisessä on perimmältään kyse etäisyyden säätelystä. Sillä, miten henkilö asettautuu tilaan ja millaisen istumapaikan hän valitsee, miten etäällä hän pysyttelee puhekumppanista, miten asettautuu suhteessa toiseen (esimerkiksi kasvotusten tai vinottain, eteen- tai taaksepäin nojautuen), ja miten hän käyttää ja sallii koskettamista, hän tulee säädelleeksi paitsi fyysistä välimatkaa toisiin ihmisiin myös sosiaalista ja psykologista etäisyyttä heihin. (Burgoon 1982, 237; Burgoon ym. 1989, 135.) Hän voi näin keinoin viestiä senhetkisestä oman tilan ja kehollisen koskemattomuuden (tai kosketuksen) tarpeestaan sekä näkemyksiään vuorovaikutus-tilanteen sosiaalisista rooleista, valtasuhteista, normeista sekä suhteen läheisyydestä.

Ajankäyttö. Ajankäyttöä voidaan hyödyntää yksityisyyden säatelemisessä pääasiallisesti kolmella tapaa. Ensinnäkin yhteisiä ja yleisiä tiloja voidaan rajata yksityiseen käyttöön aikataulun avulla. Toiseksi voimme vältellä julkisia, yhteiskäytössä olevia tiloja ns. ruuhka-ajankohtina. Ja kolmanneksi voidaan sopia siitä, että tiettyjä tiloja saa käyttää tiettyyn tarkoitukseen vain tiettyinä ajankohtina, tai että tietty tila rauhoitetaan määrätyn ajaksi joltain toiminnalta. (Burgoon 1982, 238.) Esimerkkejä edellä mainituista ovat laji- ja ryhmäkohtaiset salivuorot liikuntahallissa, elokuvissa-käynti arki-iltaisain viikonlopun sijaan ja se, kun sairaalaosaston ruokasali on rauhoitettu muulta toiminnalta ruokailuaikoina saman tilan ollessa muina ajankohtina vapaa televisionkatselulle ja vierailijoiden kanssa keskustelulle.

Kinesiikka ja puheääni. Henkilön yksityisyydenrajat voivat ilmetä myös siinä, miten hän liikehtii, elehtii ja ilmehtii, millainen on hänen katsekontaktinsa puhekumppaniin ja mitä muutoksia tapahtuu hänen asennoissaan ja puheäännessään, kuten äänen värissä, käheydessä ja voimakkuudessa, puheen rytmisissä, painotuksissa ja tauoissa. Esimerkiksi fyysisen ja sosiaalisen yksityisyyden puolustaminen voi henkilöstä ja tilanteesta riippuen ilmetä uhkaavina tai valtaa osoittavina eleinä, katseina ja äänen-

painoina; vartalon suojaamisena ja kasvojen peittämisenä; vaikenemisena tai katsekontaktin välttelemisenä. Kokemus yksityisyyden menetyksestä taas voi manifestoitua esimerkiksi vihamielisinä eleinä ja tuijotuksena, katsekontaktin vähentymisenä, hermostuneena asennonvaihteluna ja esineiden sormeiluna. (Burgoon 1982, 238—240; Burgoon ym. 1989, 135.) Virhetulkintojen ja väärinymmärrysten mahdollisuus tällaisten sanattomien viestien tulkinnassa on erityisen suuri, mikä on syytä ottaa huomioon myös silloin, kun pyritään hahmottamaan toisen yksityisyydenrajat ja toimimaan toisen yksityisyyttä huomioivalla tavalla.

Fyysinen ulkoasu. Pukeutuminen ja siihen liittyen muun muassa somisteet, kunniamerkit, nimilaput, meikit ja kampaukset kertoo usein kantajansa statuksesta ja lähestyttävyydestä, minkä lisäksi ne voivat viestiä tilanteeseen ja rooleihin sopivasta käyttäytymisestä, toisinaan jopa mahdollisesta oikeutuksesta puuttua toisen yksityisyyteen (Burgoon 1982, 240; Burgoon ym. 1989, 135). Esimerkkeinä sairaalahenkilökunnan työasut tai papin virkapuku. Ulkoasulla on usein yhteys myös halutun yksilö- tai ryhmäidentiteetin tavoittelemiseen tai pyrkimykseen säilyttää tietynasteinen anonymitteetti (Burgoon 1982, 241). Ajatellaanpa esimerkiksi aurinkolaseja, tatuointeja, työhaastatteluun valmistautuvan pukeutumista, jalkapallojoukkueen yhtenäisiä peliasuja tai vankien vaatteita. Pukeutuminen liittyy luonnollisesti myös kehon suojaamiseen ja peittämiseen sekä siihen, missä määrin halutaan paljastaa tai joudutaan paljastamaan omaa kehoa toisille (Burgoon 1982, 241).

Verbaalinen viestintä. Yksityisyyttä voidaan säädellä myös verbaalisen viestinnän keinoin. Omia yksityisyydenrajoja ja asennoitumista toisen osapuolen yksityisyyteen voidaan viestiä sillä, miten muodollista ja välitöntä kieltä käytetään, millaisia puheenaiheita nostetaan esille ja turvaudutaanko ammattikieleen tai muuhun erikoisanastoon. Yksityisyydestä voidaan huolehtia myös esimerkiksi säätelemällä itsestäkertomista, vastaamalla niukasti esitettyihin kysymyksiin tai vaihtamalla puheenaihetta, jos nykyinen aihe koetaan liian henkilökohtaiseksi. Suoraa ilmaisutapaa edustavat pyyntö jättää rauhaan, moite henkilökohtaisuuksiin menemisestä ja vastaamasta kieltäytyminen. (Burgoon 1982, 241—243.)

Yksityisyydentarpeet ovat yksilöllisiä ja voivat vaihdella elämänkaaren eri vaiheissa ja eri elämäntilanteissa. Myös terveydenhuollon asiakkaana ollessaan ihmisillä on yksityisyydentarpeita liittyen oman reviiirin ja henkilökohtaisen tilan kunnioittamiseen, sosiaalisen kanssakäymisen säätelyyn, henkilökohtaisten tietojen hallintaan ja luottamuksellisuuteen, itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen, psykologiseen turvallisuuteen ja mahdollisuuteen tulla kohdelluksi ja arvostetuksi omana itsenään. Omien ja tuttavien sairaalakokemusten perusteella pidän mahdollisena, että sairastuminen (tai epäily sairastumisesta) ja sairaalaympäristö sinällään voivat herkistää asiakkaat ja potilaat tietoisemmiksi yksityisyytensä rajoista – silloin, kun he voinnistaan riippuen ovat kykeneviä ja halukkaita huolehtimaan yksityisyytensä säilymisestä. Potilaan yksityisyyden säilymisen turvaa omalta osaltaan laki potilaan asemasta ja oikeuksista, joka velvoittaa terveydenhuollon ammattilaisia kunnioittamaan potilaan yksityisyyttä.

”Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan.” (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785 § 3)

3.2 Vuodeosastopotilaan yksityisyyden tutkimus

Viestintätieteellisiä tutkimuksia, joissa potilaan yksityisyyttä lähestytään interpersonaalisen vuorovaikutuksen näkökulmasta, on tehty melko vähän ja niissäkin tarkastelun kohteena on ollut etupäässä lääkärin vastaanottotilanne ja lääkärin ja potilaan välinen viestintäsuhde. Tutkimuskohteena on ollut esimerkiksi se, millaisia viestintätekoja pidetään potilaan yksityisyyttä loukkaavina lääkäri—potilassuhteessa (Burgoon ym. 1989; Parrott, Burgoon, Burgoon & LePoire 1989) ja se, millaisia viestintästrategioita ihmiset suosivat yksityisyytensä palauttamisessa, kun kuvittelevat itsensä tilanteeseen, jossa esimerkiksi lääkäri on loukannut sitä (Burgoon ym. 1989). Näkökulma näissä kahdessa ulkomaisessa tutkimuksessa on ollut potilaan ja asiakkaan, ja niiden aineisto kerättiin kyselyin, joissa selvitettiin vastaajan saman- ja erimielisyyttä kyselyssä kuvattuihin väittämiin, tilanteisiin ja toimintatapoihin. Teoreettista pohdintaa potilaan yksityisyydestä edustaa esimerkiksi Parrottin,

Duncanin ja Dugganin (2000) artikkeli, joka käsittelee sitä, miten potilaan avoimuutta ja rehellistä itsestäkertomista voitaisiin edistää terveydenhuollon kontekstissa. He arvelevat sairaalaorganisaatioon liittyvien tekijöiden sekä potilaaseen ja vuorovaikutukseen liittyvien ominaispiirteiden voivan ennustaa sitä, millaisissa tilanteissa potilaan yksityisyys on todennäköisimmin uhattuna aiheuttaen sen, ettei potilas koe luontevaksi tai sopivaksi kertoa häntä hoitaville henkilöille rehellisesti ajatuksistaan, tunteistaan ja toimintatavoistaan – asioista, jotka voivat sisältää hyvinkin merkityksellistä tietoa potilaan hoitamisen kannalta. Näitä tekijöitä ja potilaan avoimuutta tukevia toimintatapoja Parrott, Duncan ja Duggan tarkastelevat aiheeseen liittyvän tutkimustiedon, Brownin ja Levinsonin kohteliaisuuden mallin ja Goffmanin vaikutelmien hallintaan liittyvien ajatusten valossa (ks. myös lukua 2.2).

Suomalaisen puheviestinnän tutkimuksen puuttuessa aiheesta, olen valikoinut tähän katsaukseen joitakin suomalaisia hoitotieteellisiä tutkimuksia⁴. Potilaan yksityisyyttä käsittelevää hoitotieteellistä tutkimustietoa on maassamme kerätty sisätautien ja kirurgian vuodeosastoilta (Jantunen ym. 1994; Rosqvist 2003; Rosqvist & Rosqvist 1999; Suhonen ym. 2002), lapsivuodeosastolta terveen lapsen synnyttäneiltä äideiltä (Suhonen ym. 2002), röntgentutkimusten yhteydessä (Aatsinki 2002), keskussairaalan laboratorion asiakkailta (Nieminen 2002) ja iäkkäiltä pitkäaikaispotilailta (Suhonen ym. 2002). Tutkimuksia on toteutettu myös urologisten tautien ja naisten tautien osastolla sekä gynekologisella poliklinikalla (ks. esim. Suhonen ym. 2002). Potilaan yksityisyyttä on hoitotieteellisissä tutkimuksissa lähestytty sekä laajemmasta näkökulmasta (Aatsinki 2002; Jantunen ym. 1994; Suhonen ym. 2002) että rajaten tutkimushuomion johonkin yksityisyyden osa-alueeseen, kuten potilaan tiedolliseen yksityisyyteen (Nieminen 2002) tai henkilökohtaiseen tilaan (Rosqvist 2003; Rosqvist & Rosqvist 1999).

Tutkimusten tavoitteena on useimmiten ollut kartoittaa ja kuvata käsityksiä potilaan yksityisyydestä, sen toteutumisesta ja säätelystä sekä siitä, millaiset potilaaseen,

⁴ Lisätietoa kotimaisista hoitotieteellisistä tutkimuksista liittyen potilaan yksityisyyteen esimerkiksi Leino-Kilven, Huplin ja Salanterän (2002) toimittamasta julkaisusta, ja ulkomaisista potilaan yksityisyyttä käsittelevistä hoitotieteellisistä tutkimuksista esimerkiksi Leino-Kilven ym. (2000) julkaisusta ja Suhosen ym. (2002) artikkelista.

hoitotyöntekijään, hoitotyöhön ja sairaalaympäristöön liittyvät tekijät ovat yhteydessä potilaan yksityisyyteen ja sen säilymiseen sairaalassa. Näitä käsityksiä ja kokemuksia on kartoitettu etupäässä kyselyin, jotka on suunnattu joko potilaille (Aatsinki 2002; Nieminen 2002; Rosqvist & Rosqvist 1999; Suhonen ym. 2002) tai sekä potilaille että hoitajille (Jantunen ym. 1994). Lääkäreiden näkökulmaa tutkimuksiin ei ole sisällytetty. Kyselyn valintaa tutkimusmenetelmäksi on perusteltu esimerkiksi sillä, että yksityisyyttä on jo aiheena pidetty vaikeasti lähestyttävänä (Aatsinki 2002, 21) ja sillä, että on haluttu välttää katoa ”niiden potilaiden kohdalla, joille yksityisyyden suojaaminen oli niin tärkeää, että suostuminen haastattelun kaltaiseen henkilökohtaiseen tilanteeseen olisi ollut epätodennäköistä” (Jantunen ym. 1994, 22). Poikkeuksen tutkimusmenetelmävalinnan suhteen tekee Rosqvist (2003), joka päätyi keräämään väitöstutkimuksensa aineiston haastattelemalla potilaita ja havainnoimalla potilaan ja hoitotyöntekijän vuorovaikutustilanteita. Hän liitti strukturoituihin haastatteluihin avoimia kysymyksiä, koska halusi tarjota potilaille mahdollisuuden ilmaista myös omin sanoin kokemuksiaan henkilökohtaisesta tilastaan ja sen säilymisestä. Vuorovaikutustilanteita havainnoimalla hän pyrki saamaan tietoa myös sellaisista potilaan henkilökohtaisen tilan suojaamiseen liittyvistä asioista, jotka olisivat haastattelussa saattaneet jäädä huomiotta.

Mitä sisältyy potilaan yksityisyyteen sairaalassa? Potilaiden ja hoitajien omat määritelmät potilaan yksityisyydestä tai yleensä yksityisyydestä ovat olleet kiinnostuksen kohteena verrattain harvoin. Siitä, miten potilaat ja hoitajat määrittelevät yksityisyyden ja mitä he pitävät potilaan yksityisyyteen kuuluvana, ollaan oltu kiinnostuneita kuitenkin Jantusen, Puumalaisen, Suomisen ja Leino-Kilven (1994) tutkimuksessa, jonka tavoitteena oli kuvata potilaiden ja hoitajien näkemyksiä yksityisyydestä ja yksityisyyden säätelystä sairaalahoidon aikana. Potilaiden yksityisyydenmääritelmiä selvitettiin kyselylomakkeessa avoimella kysymyksellä ”Mitä on mielestänne yksityisyys?” Potilaiden kuvaukset yksityisyydestä sisälsivät mainintoja tietyn tyyppisten tietojen kuulumisesta yksityisyyteen ja siitä, että itseä koskevat tiedot eivät kuulu ulkopuolisille. Monet potilaat korostivat sairauskertomustietojen salassapidon merkitystä ja sitä, että potilaan asioista ei tulisi puhua muiden potilaiden kuullen. Yksityisyyttä kuvattiin myös mahdollisuutena olla yksin/omassa rauhassa, vetäytyä omiin oloihin tai näkösuojaan verhon tai sermin taakse. Osa potilaista liitti yksityisyyden

itseääräämisoikeuteen, yksilöllisyyteen tai oikeuteen tulla hyväksytyksi sellaisenaan ja noudattaa omia tapoja ja tottumuksia. (Jantunen ym. 1994, 32—34.) Hoitajien määritelmiä yksityisyydestä kartoitettiin ”Mitä mielestäsi on yksityisyys?” -kysymyksen avulla. Hoitajista enemmistö määritti yksityisyyden potilaan näkökulmasta; esimerkiksi potilaan oikeudeksi, tarpeeksi tai mahdollisuudeksi olla tai tehdä jotain. Yksityisyyttä kuvattiin ihmisen omaksi alueeksi (potilaan alueeksi mainittiin mm. potilashuone, -vuode, yöpöytä ja potilaan kaappi), oman alueen hallinnaksi ja merkitsemiseksi, intymiteettisuojaksi, näkösuojaksi ja mahdollisuudeksi omaan rauhaan. Hoitajien vastauksissa oli myös mainintoja kehon koskemattomuudesta ja kunnioittamisesta sekä omien vaatteiden käytöstä sairaalassa. Hoitajat määrittivät yksityisyydeksi myös omien asioiden pitämisen itsellään, toisille annettavien tietojen kontrolloimisen, henkilökohtaisten tietojen luottamuksellisuuden, salassapidon ja tietosuojan. Osa luonnehdinnoista liittyi yksilöllisyyteen ja potilaan käsittämiseen ja kohtelemiseen yksilönä. Yksityisyyttä kuvattiin myös oikeutena päättää ja mahdollisuudeksi vaikuttaa sekä muunlaisilla itsemääräämisoikeuden piiriin luettavilla termeillä. (Jantunen ym. 1994, 84—87.) Yksityisyyskäsitteen haastavuutta ja ehkäpä vierauttakin kuvastanee, että vaikka kyselylomakkeiden muiden kysymysten ja niiden sanavalintojen olisi voinut ajatella orientoivan vastaajia aihepiiriin, monet potilaat vastasivat, etteivät he osaa määritellä yksityisyyttä, ja osa hoitajistakin jätti vastaamatta tähän kysymykseen.

Hoitotieteellisen tutkimustiedon valossa vaikuttaa siltä, että valtaosa potilaista pitää mahdollisuutta yksityisyyteen sairaalahoidon aikana tärkeänä (Jantunen ym. 1994, 37—51; Rosqvist & Rosqvist 1999, 50—51). Yksityisydentarvetta näyttäisi lisäävän potilaan nuoruus, naissukupuoli, korkea koulutus, hoitokertojen suuri määrä ja se, jos potilas kokee sairautensa vakavaksi (Rosqvist & Rosqvist 1999, 86; ks. myös Jantunen ym. 1994, 38). Tiedollista ja fyysistä yksityisyyttä tunnutaan kaipaavan etenkin suhteessa potilastovereihin (Jantunen ym. 1994, 38—56; Rosqvist & Rosqvist 1999, 61—62). Mutta on myös sellaisia sairauten ja terveyteen liittyviä asioita, jotka potilas voi kokea olevan liian henkilökohtaisia kerrottavaksi edes henkilökunnalle, sekä tilanteita, joissa potilas haluaa säilyttää yksityisyytensä myös suhteessa henkilökuntaan. Vaiettavina asioina potilaat ovat maininneet seksuaalisuuden, sukupuolitaudit, perheen, taloudellisen tilanteen ja aikaisemmat sairaudet

(Jantunen ym. 1994, 38—56). Hoitajat arvioivat potilaille olevan kiusallista kertoa taloudellisista ongelmistaan ja kotiin liittyvistä huolista. Myös he arvelivat, etteivät potilaat kerro itsestään ja sairaudestaan kaikkea, vaikka kertominen olisi tärkeääkin ja siitä olisi apua potilaalle. (Jantunen ym. 1994, 90 ja 98.)

Hoitotilanteista erilaiset peseytymistilanteet, virtsaamisessa ja ulostamisessa avustaminen, virtsateiden katetrointi, lääkityksen antaminen peräsuoleen, vaipan vaihto, nenä-mahaletkun laittaminen, potilaan oksentaminen ja ruokailu ovat tilanteita, joiden aikana vähintään neljännes Rosqvistin ja Rosqvistin (1999, 68—74) tutkimukseen osallistuneista potilaista koki hoitajan kosketuksen ja läsnäolon kiusalliseksi (ks. myös Jantunen ym. 1994, 46—48). Pitkälti samansuuntaisia tuloksia on saatu myös kysyttäessä hoitajien näkemyksiä eri hoitotilanteiden kiusallisuudesta potilasta ajatellen (Jantunen ym. 1994, 92—93). Rosqvistin ja Rosqvistin (1999, 79—85) tutkimuksen mukaan kosketettavalla kehonkohdalla ja kosketuksen luonteella on merkitystä potilaan kokemukselle. Kehonosista intiimialueet, pakarat, reidet, rinta, sääret, vatsa ja jalkaterät olivat heidän tutkimuksessaan sellaisia, joihin koskettamisen potilaat kokivat erittäin epämiellyttävänä. Liian hellivä, tarpeeton, odottamaton tai ilman lupaa tapahtuva kosketus koettiin niin ikään liian intiimiksi kosketukseksi sairaalassa. Tutkimuksista löytyy mainintoja myös hoitajan tuttuuden ja sukupuolen vaikutuksista potilaan kokemuksiin kosketuksen epämukavuudesta. Tutun hoitajan kosketus vaikuttaisi olevan vähemmän kiusallista potilaalle (Rosqvist & Rosqvist 1999, 78; ks. myös Rosqvist 2003). Vaikka hoitajan sukupuolella ei ole merkitystä kaikille potilaille, naispotilaat näyttäisivät kokevan vastakkaista sukupuolta olevan hoitajan kosketuksen epämiellyttävämpänä. Ovatpa potilaat arvelleet myös voinnin kohentumisen lisäävän häveliäisyyttä. Miespotilaat taas saattavat kokea samaa sukupuolta olevan hoitajan kosketuksen epämiellyttävänä, jopa vastenmielisenä, minkä arvellaan aiheutuvan esimerkiksi tottumattomuudesta, periaatteista, ennakkoluuloista ja estoista. (Rosqvist 2003; ks. myös Rosqvist & Rosqvist 1999, 78—79.) Tässä tutkielmassa potilaiden, hoitajien ja lääkäreiden näkemyksiä yksityisyydestä tarkastellaan kasvojen säilyttämisen teorian kautta ja pyritään pääsemään sitä kautta kiinni siihen, *miksi* tietyt asiat ja tilanteet koetaan yksityisiksi ja niihin kajoamisen kiusalliseksi tai jopa loukkaavaksi. Niin viestintätieteellisissä kuin hoitotieteellisissäkin tutkimuksissa on kiinnitetty selvästi enemmän huomiota

yksityisyydenmenetysten kuin yksityisyyden *toteutumisen* ja *huomioimisen* seurauksiin. Tässä tutkielmassa olen kiinnostunut, millaisen merkityksen yksityisyyden huomioimisella tai huomioimatta jättämisellä arvellaan olevan potilaan hyvinvoinnille.

Vaikka aiempien tutkimusten perusteella on vedettävissä joitakin yleisiä linjoja sen suhteen, millaiset hoito- ja tutkimustoimenpiteet ja keskustelunaiheet potilas todennäköisesti kokee kiusallisena tai epämiellyttävänä (koska niissä liikutaan hänen yksityisyytensä rajapinnoilla tai alueella), aiemmista tutkimuksista saatu tieto kertoo myös siitä, kuinka yksilöllisiä potilaiden yksityisyydentarpeet ja -rajat ovat. Siinä missä toiset kokevat vahvasti yksityisyytensä loukkauksena sen, että he joutuvat riisuutumaan hoitajan läsnäollessa, tai sen, että lääkäri kommentoi heidän kehonsa lihaskuntoa tutkimuksen aikana tai kysyy heidän vapaa-ajanviettotavoistaan tai ehdottaa tukiryhmään hakeutumista, toisten mielestä tilanne ei loukkaa millään lailla heidän yksityisyyttään (Parrott ym. 1989; ks. myös Parrott ym. 2000). Potilaat kokevat hyvin eri tavoin myös henkilökohtaiseen tilaansa kohdistuvan koskettamisen ja lähellä olon sekä muulla tavoin tapahtuvan henkilökohtaiseen tilaan tunkeutumisen (Rosqvist 2003; Rosqvist & Rosqvist 1999, 63—68; ks. myös Jantunen ym. 1994, 34—35). Eroavuuksia löytyy myös esimerkiksi sen suhteen, kokeeko potilas kiusallisena uni- tai kipulääkkeen pyytämisen tai sairauteen, sairaalassaoloon, kotiin tai taloudellisiin ongelmiin liittyvien huolien puheeksi ottamisen (Jantunen ym. 1994, 34—35). Onkin tarpeen saada lisätietoa siitä, mistä hoitajat ja lääkärit voivat päätellä kunkin potilaan yksityisyydenrajat ollessaan tämän kanssa vuorovaikutuksessa (Parrott ym. 2000, 146) voidakseen ennaltaehkäistä kokemusta yksityisyyden menetyksestä pehmentämällä potilaan yksityisyyden kannalta kriittisiä kysymyksiä, keskustelunaiheita ja tilanteita.

Potilailta itseltään on kysytty, miten he suojaavat yksityisyyttään sairaalassa (Jantunen ym. 1994). Moni potilas arvioi suojaamisen olevan mahdotonta tai ettei osaa sanoa, miten potilas voisi suojata yksityisyyttään. Eivätkä kaikki potilaat olleet edes kokeneet tarvetta suojata yksityisyyttään sairaalassaoloaikana. Suojautumiskeinoina suhteessa potilastovereihin potilaat mainitsivat vaikenemisen henkilökohtaisista asioista ja yritykset päästä keskustelemaan henkilökunnan kanssa kahden

kesken sekä lääkärikierrolla kysymättä jättämisen. Vastausten perusteella potilaat saattavat jättää kertomatta henkilökohtaisia terveydentilaansa liittyviä asioita myös henkilökunnalle (ks. myös Parrott ym. 2000). Muita potilaiden mainitsema keinoja suojata yksityisyyttään olivat oma rento tai vähättelevä asennoituminen, väliverhojen käyttö, omien tavaroiden tuominen sairaalaan sekä vetäytyminen omiin oloihin, mikä näyttäisi omiin ajatuksiin keskittymisen ohella olevan suosittu keino silloin, kun potilas haluaa olla yksin omassa rauhassa. Kaiken kaikkiaan potilaan mahdollisuuksia suojata yksityisyyttään näytetään kuitenkin pitävän potilaiden keskuudessa melko vähäisinä. (Jantunen ym. 1994, 53—54.) Samankaltaisia tuloksia saatiin myös Rosqvistin ja Rosqvistin (1999, 60—61) tutkimuksessa, jossa potilailta kysyttiin, millaisia keinoja he olivat käyttäneet henkilökohtaisen tilansa suojaamiseksi sairaalassa.

Hoitajien näkemykset potilaiden käyttämisestä yksityisyyden suojaamisen ja säätelemisen keinoista eivät juurikaan näytä eroavan potilaiden näkemyksistä. Hoitajien mukaan potilaat voivat suojata ja säädellä yksityisyyttään esimerkiksi valikoimalla, mitä itsestään kertovat, kieltämällä antamista tietoja, pyytämällä kahdenkeskisiä keskusteluja, valitsemalla, kenelle kertoo asioistaan ja toimimalla siten (esim. puhumalla hiljaisella äänellä), että vain tietty henkilö kuulee hänen puheensa. Potilas voi hoitajien mukaan pyrkiä säätelemään yksityisyyttään myös etsimällä rauhallista tilaa (esim. käyttämällä väliverhoja, poistumalla huoneesta tai osastolta), eristäytymällä, kääntämällä selkänsä tai olemalla nukkuvinaan, käyttäytymällä vetäytyvästi, torjuvasti tai jopa aggressiivisesti, tuomalla omia tavaroitaan sairaalaan ja asettamalla ne haluamilleen paikoille, sekä käyttämällä omia vaatteita. Hoitajat eivät tuoneet vastauksissaan esille, miten potilaat suojaavat henkilökohtaista tilaansa hoitotilanteissa tai miten potilaat saattavat ilmaista kiusallisuuden tai epämiellyttävyyden tuntemuksia näissä kohtaamisissa. (Jantunen ym. 1994, 95—97.)

Rosqvistin (2003) tutkimus täydentää näistä tutkimuksista saatua tietoa valottamalla tarkemmin potilaan viestintää niiden hoitotoimenpiteiden aikana, joissa liikutaan potilaan henkilökohtaisen tilan alueella. Havainnoidessaan käytännön hoitotilanteita hän totesi potilaiden henkilökohtaisen tilan suojaamiseen liittyvien verbaalisten viestien liittyvän pääasiassa kipuun, itsemääräämisoikeuteen ja omatoimisuuteen.

Potilas saattoi esimerkiksi pyytää, että arkaa kehonosaa kosketettaisiin varovasti, todeta hoitotoimenpiteen aiheuttavan kipua tai pyytää saada itse pestä itsensä tai intiimipaikkansa. Potilaan henkilökohtaisen tilan suojaamiseen liittyvä nonverbaalinen viestintä jaoteltiin katsekontaktiin tai sen välttämiseen, ilmeisiin, eleisiin ja väli-verhojen käyttöön. Potilas saattoi esimerkiksi vältellä katsekontaktia katselemalla kattoon, seinää, kelloa, televisiota, kääntämällä pään kokonaan pois päin tai ummistamalla silmänsä hoitotoimenpiteen ajaksi. Potilas saattoi myös ”vetää suunsa tiukaksi viivaksi” tai irvistää esimerkiksi pesutilanteessa tai kokiessaan (tutkijan tulkinnan mukaan) kipua. Potilaan elehdintä vaikutti toisinaan liittyvän koettuun tai ennakoituun kipuun (mm. jalkaterien heiluttelu nopeammin), toisinaan olevan merkinä tulevan hoitotilanteen hyväksymisestä (mm. käden kohottaminen valmiiksi verenpaineen mittausta varten) ja toisinaan taas kertovan yleisemmin potilaan vapautuneisuudesta, rauhattomuudesta, rentoutuneisuudesta tai totumisesta siihen, että hänen henkilökohtaiseen tilaansa kajotaan. Potilaiden kertoman ja hoitotilanteista havaitun perusteella potilaat käyttivät väliverhoja suojaamaan omaa yksityisyyttään ja oman intymiteettisuojan säilymiseksi, mutta myös potilastoverin yksityisyyden mahdollistamiseksi ja intymiteettisuojan säilymiseksi (ks. myös Jantunen ym. 1994, 40—45).

Potilaiden näkemysten mukaan osaston henkilökunta voi huomioida potilaan yksityisyyttä toimimalla hienotunteisesti ja tahdikkaasti, noudattamalla vaitiolovelvollisuutta ja välttämällä liian henkilökohtaisten asioiden käsittelyä. Vastauksissa mainittiin myös (oveen) koputtaminen, sermien ja väliverhojen käyttö sekä huoneesta poistuminen potilaan ollessa on alusastialla. Yksilöllinen ja kunnioittava kohtelu ja se, ettei holhota ja anneta liikaa sääntöjä, miellettiin nekin yksityisyyden huomiointiseksi. (Jantunen ym. 1994, 62—63.) Yksityisyyden kunnioittamiseen liittyen valtaosa potilaista näyttäisi pitävän merkityksellisenä myös omien tavaroiden hallintaa, mahdollisuutta yksinoloon ja omaan rauhaan, suosivan pientä huonekokoja, haluavan tietää itseään hoitavan henkilön nimen ja oman sairauskertomuksensa sisällön sekä pitävän tärkeänä, että potilasta koskevat tiedot pysyvät sairaalan seinien sisäpuolella, ettei potilaan asioita käsiteltäisi muiden potilaiden kuullen (Jantunen ym. 1994, 40—52) ja että hoitotyöntekijät kertovat potilaalle ennen hoitotoimenpidettä, mitä aiotaan tehdä ja miten (Jantunen ym. 1994, 47; ks. myös Rosqvist 2003). Samassa tutkimuksessa (Jantunen ym. 1994) selvitettiin myös hoitajien näkemyksiä potilaan yksityi-

syyttä rajoittavista ja edistävästä tekijöistä hoidossa ja sairaalaympäristössä. Vastaukset sisälsivät mainintoja fyysisestä ympäristöstä, työn järjestelyistä ja työnjaosta, potilaaseen liittyvistä seikoista ja henkilökunnan toimintatapoihin liittyvistä tekijöistä. Ne henkilökunnan toimintatapoihin luokiteltavat tekijät, jotka hoitajien mielestä edistävät potilaan yksityisyyttä, sisälsivät mainintoja asennoitumisesta potilaaseen (esim. potilaan pitäminen tasa-arvoisena, hienotunteisuus), ammattitaidosta (esim. koulutus, kokemus) sekä käyttäytymisestä (esim. ei puhuta kovaäänisesti, ei udella, suljetaan ovet). (Jantunen ym. 1994, 97—101.) Se, miten vastauksissa mainitut hienotunteisuus, tahdikkuus, yksilöllinen ja kunnioittava kohtelu voivat ilmetä vuorovaikutustilanteissa ja mitä niillä tarkoitetaan, jää avoimeksi.

Varsin samansuuntaisia tuloksia yksityisyyden huomioimisen keinoista saatiin myös Rosqvistin ja Rosqvistin (1999) tutkimuksessa, jossa potilaita pyydettiin kuvailemaan, miten heidän yksityisyyttään oli kunnioitettu sairaalassa hoitajakson aikana. Vastaukset jaoteltiin sen mukaan, liittyikö niissä kuvattu toiminta potilaan henkilökohtaisen tilan kunnioittamiseen, itseä koskevan tiedon hallintaan vai yksilöllisyyden kunnioittamiseen. Potilaan henkilökohtaista tilaa voidaan vastausten mukaan kunnioittaa käyttämällä väliverhoja, mahdollistamalla yksinolon wc:ssä ja suihkussa, toimimalla hienotunteisesti pukeutumistilanteessa, sulkemalla potilashuoneen oven ja pyytämällä vierailijoita poistumaan huoneesta hoitotoimenpiteen ajaksi. Potilaan itseä koskevan tiedon hallintaa edistävinä tekijöinä mainittiin mahdollisuus kieltäytyä vuoteenvierusraportista ja välttää sellaisia tilanteita, joissa muut potilaat ja hoitoon osallistumattomat henkilöt kuulevat heitä koskevia asioita. Potilaan tiedollista yksityisyyttä voidaan potilaiden mukaan kunnioittaa myös puhumalla hiljaa muiden läsnäollessa ja välttämällä hoidon kannalta epäolennaisia kysymyksiä. Myös omahoitajajärjestelmän katsottiin lisäävän yksityisyyden säilymisen tunnetta. Potilaan yksilöllisyyden kunnioittamiseen sisältyivät maininnat potilaan itsemääräämisoikeuden ja yksinolon kunnioittamisesta sekä henkilökunnan käyttäytymisestä. Näistä ovat esimerkkeinä se, että potilaalta kysytään lupa opiskelijan läsnäoloon, tulokeskustelun aikana sovituista asioista pidetään kiinni, mahdollistetaan potilaan yksinolo ja koputetaan oveen ennen huoneeseen tuloa. (Rosqvist & Rosqvist 1999, 53—54.)

Valtaosassa hoitotieteellisistä, potilaan yksityisyyttä käsittelevistä tutkimuksista ensisijainen kiinnostus ei ole kohdistunut *viestintä*prosessiin vaan *hoito*prosessiin, hoitokäytäntöjen kehittämiseen ja hoidon etiikkaan. Tämä on kuvastunut tutkimusongelmien asettelussa ja aineistonkeruussa käytetyissä sanavalinnoissa. Niissäkin hoitotieteellisissä tutkimuksissa, joissa ollaan oltu kiinnostuneita potilaan yksityisyyteen liittyvästä viestintäkäyttäytymisestä (esim. Jantunen ym. 1994; Rosqvist & Rosqvist 1999, Rosqvist 2003), tutkimushuomio näyttää keskittyneen *potilaaseen* ja hänen keinoihinsa suojata ja säädellä yksityisyyttään. Hoitotyöntekijän käytöksen osalta on kiinnitetty pääsääntöisesti huomiota yksittäisiin ja ennalta määriteltyihin toimintatapoihin (kuten siihen, koputtaako hän potilashuoneen oveen, esitteleekö hän itsensä potilaalle tai kysyykö hän potilaalta lupaa kosketukseen) ja siihen, miten *potilas* on kokenut nämä hoitotyöntekijän toimintatavat. Toivon puheviestinnällisen otteen ja kasvojen säilyttämisen teorian hyödyntämisen viitekehyksenä auttavan saamaan lisätietoa hoitajien ja lääkäreiden käyttämisestä ja käytössä olevista yksityisyyden huomioimisen keinoista sekä siitä, miten ja mistä hoitajat ja lääkärit potilaan kanssa vuorovaikutuksessa ollessaan päättelevät liikkuvansa tämän yksityisyyden rajapinnoilla.

4 TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN

4.1 Tutkimuskysymykset

Tämän tutkimuksen tavoitteena on tuottaa suomalaista puheviestintätieteellistä tietoa potilaan yksityisyydestä ja sen huomioimisesta sairaalassa. Pyrkimyksenä on lisätä tietoa siitä, miten potilaan yksityisyys, sen säätelyminen ja huomioiminen ilmenevät potilaan ja terveydenhuollon asiantuntijoiden välisessä vuorovaikutuksessa osastolla, sekä tehdä tunnetuksi potilaan yksityisyyteen liittyviä käsitteitä ja ilmiöitä. Tutkielman tarkoituksena on kuvata suomalaisten potilaiden, hoitajien ja lääkäreiden käsityksiä ja kokemuksia siitä, miten potilaan yksityisyys huomioidaan potilaan ja henkilökunnan välisissä vuorovaikutustilanteissa osastolla. Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Millaisin keinoin hoitajat ja lääkärit pyrkivät huomioimaan potilaiden yksityisyyden potilaan ja henkilökunnan välisissä vuorovaikutustilanteissa osastolla?
 - 1.1. Mitä hoitajien ja lääkäreiden mielestä on potilaan yksityisyys osastolla?
 - 1.2. Mistä hoitajat ja lääkärit päättelivät liikkuvansa potilaan yksityisyyden alueella ollessaan tämän kanssa vuorovaikutuksessa?
 - 1.3. Millaisin keinoin hoitajat ja lääkärit omasta mielestään huomioivat potilaiden yksityisyyden vuorovaikutustilanteissaan potilaiden kanssa?
 - 1.4. Millaisin keinoin hoitajat ja lääkärit potilaiden mielestä huomioivat potilaiden yksityisyyden potilaiden ja henkilökunnan välisissä vuorovaikutustilanteissa?
2. Millaisin keinoin potilaat pyrkivät säätelymään omaa yksityisyyttään potilaan ja henkilökunnan välisissä vuorovaikutustilanteissa osastolla?
 - 2.1. Mitä potilaiden mielestä on potilaan yksityisyys osastolla?

- 2.2. Millaisin keinoin potilaat omasta mielestään säätelevät yksityisyyttään vuorovaikutustilanteissaan henkilökunnan kanssa?
 - 2.3. Millaisin keinoin potilaat hoitajien ja lääkäreiden mielestä säätelevät yksityisyyttään potilaiden ja henkilökunnan välisissä vuorovaikutustilanteissa?
3. Millainen merkitys potilaalle on sillä, miten hänen yksityisyytensä huomioidaan osastohoidon aikana?
- 3.1. Millainen merkitys potilaiden mielestä voi olla sillä, miten hoitajat ja lääkärit huomioivat hänen yksityisyytensä osastohoidon aikana?
 - 3.2. Millainen merkitys hoitajien ja lääkäreiden mielestä potilaan yksityisyyden huomioimisella voi olla potilaalle?

Kahdessa ensimmäisessä tutkimuskysymyksessä painottuu potilaan yksityisyyden tarkastelu vuorovaikutuksen ilmiönä, ja näiden kysymysten ohjaamana pyrin pääsemään käsiksi siihen, miten vastaajat kokevat potilaan yksityisyyden, sen huomioimisen ja suojelemisen ilmenevän viestintäkäyttäytymisen tasolla potilaan ja henkilökunnan välisissä vuorovaikutustilanteissa osastolla. Kolmannen tutkimuskysymyksen kautta pyrin selvittämään potilaan yksityisyyden huomioimisen merkityksellisyyttä eli sitä, millaisia vaikutuksia potilaan yksityisyyden huomioimisella tai sen huomioimatta jättämisellä arvellaan olevan potilaalle, ja miten yksityisyyden huomioimiseen suhtaudutaan ja motivoidutaan.

Kaikkia kolmea tutkimuskysymystä tarkastellaan potilaiden, hoitajien ja lääkäreiden subjektiivisista käsityksistä ja kokemuksista lähtien. Tavoitteenani on valottaa potilaan yksityisyyden huomioimista vuorovaikutuksen molempien osapuolten näkökulmista – tässä tapauksessa potilaan ja osaston henkilökunnan kannalta. Tutkimuksessa keskitytään niihin tilanteisiin, joissa potilas on suorassa vuorovaikutuksessa hoitajan ja/tai lääkärin kanssa. Kyse voi olla kahdenkeskisestä tilanteesta tai tilanteesta, jossa on läsnä potilaan lisäksi useampia hoitajia ja/tai lääkäreitä, sairaalan muuta henkilökuntaa, potilaan omaisia, toisia potilaita tai vierailijoita.

4.2 Aineistonkeruumenetelmän valinta

Koin laadullisten aineistonkeruumenetelmien soveltuvan edellä kuvatun tutkimustehtävän ratkaisemiseen parhaiten. Laadullisissa metodeissa tutkittavien näkökulmat ja ”ääni” pääsevät esille (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 165), mikä on välttämätöntä, kun tavoitteena on saada selville, millaisia yksilöllisiä käsityksiä, kokemuksia ja merkityksiä tutkittavat liittävät potilaan yksityisyyteen ja sen huomioimiseen osaston vuorovaikutustilanteissa. Laadulliset menetelmät avaavat myös väylän sille, että tutkijana voin hyödyntää omia kokemuksiani ja näkemyksiäni pyrkiessäni ilmiön mahdollisimman kokonaisvaltaiseen ymmärtämiseen. Tämä tapahtuu tiedostaen omat lähtökohtani ja tunnustaen niiden vaikuttavan aineiston hankintaan ja johtopäätösten tekoon, jolloin voidaan puhua hallitusta subjektiivisuudesta. Pattonin (1990, 54—58) ajatukset tutkijaan kohdistetuista puolueettomuuden ja empatian vaateista kuvastavat näkemyksiäni siitä, millaista tutkijan roolia olen tavoitellut.

Koska tutkittavan sisäisiä tiloja – kuten käsityksiä ja kokemuksia – ei voi havainnoida, observointi sulkeutui automaattisesti pois metodina (Frey, Botan & Kreps 2000, 98; Patton 1990, 278). Strukturoidun haastattelun ja kyselyn hylkäsin, koska niissä kysymyksenasettelu ohjaa vahvasti tutkittavan vastauksia ja tutkittava joutuu tietyssä mielessä sovittamaan käsityksensä, kokemuksensa ja tuntemuksensa tutkijan ennalta määrittämiin kategorioihin. Tutkielman tavoitteet huomioiden koin tärkeäksi, että tutkittava voi tuoda esille itseään koskevia asioita mahdollisimman vapaasti ja omin sanoin. (Hirsjärvi ym. 1997, 201; Patton 1990, 24 ja 278.) Haastattelumenetelmistä vapaimman eli täysin strukturoimattoman haastattelun hylkäsin, koska käsite potilaan yksityisyyden huomioimisesta haastattelun lähtökohtana olisi todennäköisesti jättänyt vastaajan epätietoiseksi siitä, mistä hänen odotetaan haastattelussa kertovan. Onhan potilaan yksityisyys aiempien tutkimusten (esim. Jantunen ym. 1994; Rosqvist & Rosqvist 1999) perusteella melko vieras, sangen heikosti tiedostettu ja vaikeasti hahmotettava ja määriteltävä käsite. Lisäksi se, että avoin haastattelu etenee vastausten mukaan, voisi suunnata keskustelua tarpeettoman kapealle alueelle, jolloin tutkittava ilmiö ei tulisi riittävän monipuolisesti käsiteltyä (Frey ym. 2000, 100—101).

Ryhmähaastattelun soveltuvuutta mietin etenkin hoitajien ja lääkäreiden kohdalla. Tällä metodilla voisi saada yksilöhaastattelua paremmin tietoa osaston hoitaja- ja lääkärikunnan hoitokulttuureista ja siitä, miten näissä kulttuureissa puhutaan ja suhtaudutaan potilaan yksityisyyteen (Sulkunen 1990, Hirsjärven ym. 1997, 207 mukaan). Koska pyrin tässä tutkielmassa selvittämään tutkittavien *yksilöllisiä* käsityksiä ja *henkilökohtaisia* kokemuksia potilaan yksityisyyden huomioimisesta, valtahierarkia ja muut ryhmädynaamiset tekijät olisivat saattaneet ryhmähaastattelutilanteessa vaikuttaa liaksi vastausten sisältöihin ja puheenvuorojen jakaantumiseen (Hirsjärvi & Hurme 2000, 63).

Tiedonkeruun muodoista harkitsin myös vapaata kirjoittamista, kriittisten tapausten menetelmää, päiväkirjametodia ja eläytymismenetelmää. Vapaan kirjoittamisen ja kriittisten tapausten menetelmän suljin pois samoin perustein kuin vapaan, täysin strukturoimattoman haastattelun. Päiväkirjamenetelmän hylkäsin lähinnä eettisin perustein, koska se saattaisi kiinnittää liaksi potilaan huomion siihen, miten hänen yksityisyyttään huomioidaan osastolla ja siten herkistäisi hänet loukkauksille tällä alueella. Epäilin myös, että etenkin kielteiset yksityisyyden huomioimiseen liittyvän kokemukset voisivat niiden kirjaamisen myötä piirtyä potilaan muistiin vahvemmin kuin haastattelukeskustelussa käsiteltynä. Henkilökunnalta aivaa vaativa päiväkirjamenetelmä taas edellyttäisi vahvaa sitoutumista ja motivaatiota. Eläytymismenetelmää harkitsin pitkään. Asetin sen kuitenkin toistaiseksi syrjään, koska koin tarpeelliseksi selvittää ensin, *millaisia* nämä potilaan yksityisyyden huomioimista käsittelevät kehyskertomukset voisivat olla, joissa kuvattua tilannetta kirjoittajan tulisi joko viedä eteenpäin tai sitten kuvata tilannetta edeltäviä tapahtumia (Eskola & Suoranta 1996, 83).

Päädyin menetelmävalinnassani *teemahaastatteluun* eli puolistrukturoituun haastatteluun. Teemahaastattelussa suositut avoimet kysymykset antavat tilaa haastateltavalle muotoilla vastauksensa omin sanoin ilmaistakseen omat näkökulmansa. Menetelmän etuna pidän sitä, että haastattelun teemat ovat tiedossa ja toimivat haastattelutilanteessa tukirankana ja tarkistuslistana, jolloin kaikki olennaiset aihepiirit tulevat käsiteltyä (Patton 1990, 280). Teemarunko rajaa samalla haastattelua muodostaen viitekehyksen, jonka puitteissa voidaan liikkua joustavasti. Teemahaastattelu on

ennalta mietittyjen teemojen ansiosta fokusoidumpi ja systemaattisempi kuin täysin strukturoimaton haastattelu, minkä ansiosta haastatteluaika käytetään mahdollisimman taloudellisesti. Samanaikaisesti tilanne on riittävän avoin, jotta tiettyyn teemaan voidaan syventyä niin paljon, kuin vastaaja tai haastattelija kokee tarpeelliseksi. Avoimuuden ansiosta vastaaja voi tuoda esille myös teemojen ulkopuolisia, aiheeseen olennaisesti liittyviä asioita, joita en ole osannut ennakoita. (Frey ym. 2000, 100—101; Hirsjärvi & Hurme 2000, 47—48; Patton 1990, 283—284.)

Pidän haastattelun etuna suoraa vuorovaikutusta tutkittaviin. Voin esittää haastateltavalle tarkentavia, auttavia ja selventäviä kysymyksiä ja varmistaa, olenko ymmärtänyt hänen vastauksensa oikein. Myös vastaajalla on mahdollisuus pyytää minulta täsmennyksiä ja selvennyksiä. Haastattelun vuorovaikutteisuuden ansiosta voin myös tehdä havaintoja vastaajan nonverbaalisesta viestinnästä hänen reagoidessaan tilanteeseen, haastattelukysymyksiin ja keskusteltaviin aiheisiin (Hirsjärvi ym. 1997, 200—201). Tämä on tärkeää etenkin potilashaastatteluissa, joissa keskustelu voi liikkua hyvinkin aralla alueella ja lähellä vastaajan yksityisyyden rajoja.

4.3 Haastateltavat

4.3.1 Tutkimusosaston valinta

Tutkimus suoritettiin Keski-Suomen sairaanhoitopiirin sisätautiyksikössä. Tutkimusosastoksi valikoitui tuki- ja liikuntaelinsairauksiin erikoistunut vuodeosasto. Osaston henkilökuntaan kuului aineistonkeruuvaiheessa kaksi erikoislääkärää, osastonhoitaja, kuusi sairaanhoitajaa, perushoitaja, osastonsihtööri ja kaksi sairaala-apulaista. Hoitoosastolla koostuu muun muassa lääkehoidosta, fysio- ja toimintaterapiasta sekä ohjauksesta ja tuesta. Potilaspaikkoja osastolla on 26. Potilashuoneissa on yhdestä kolmeen vuodepaikkaa. Osassa huoneissa on myös parveke. Yhden hengen huoneiden yhteydessä on lukittavat wc- ja suihkutilat. Suuremmissa potilashuoneissa ovat käyttävät osaston käytävän varrella sijaitsevia, lukollisia saniteettitiloja. Potilaiden käytettävissä on yhteinen ruokailu- ja oleskelutila, kuntoilutila ja musiikin kuuntelua

varten tarkoitettu kulmaus. Osastolla on myös polikliinista toimintaa niin kutsutun näyttöpoliklinikan muodossa.

Osastolla toimitaan yksilövastuisen hoitotyön mukaisesti eli jokaiselle potilaalle on nimetty *omahoitaja*, joka yhdessä potilaan kanssa suunnittelee hoitojakson tämän tarpeiden ja lääkärin määräysten pohjalta. Omahoitaja on vastuussa omien potilaidensa kokonaishoidosta ja eri hoitojen yhteensovittamisesta koko sairaalajakson ajan. Mahdollisuuksien mukaan omahoitaja pysyy samana myös seuraavilla hoitojaksoilla. Mikäli omahoitaja ei ole paikalla, hänen tilalleen on nimetty korvaava hoitaja.

Saavuttuaan osastolle, yleensä kutsuttuna, potilas osallistuu kahteen tulohaastatteluun: omahoitajan ja hoitavan lääkärin tekemään. Osastohoidon aikana potilas kohtaa häntä hoitavat lääkärit ja hoitajat aamuisin potilashuoneessa järjestetyllä lääkärinkierrolla, päivän mittaan erilaisten hoitotoimenpiteiden ja tutkimusten merkeissä sekä sovitusti ohjauskeskustelun ja kotiutuskeskustelun parissa. Kyseessä on nk. viikko-osasto eli potilaat lähtevät viikonlopuksi kotiin. Ne osastolla hoidettavat potilaat, joita ei voida vielä kotiuttaa, siirretään viikonlopun ajaksi hoidettavaksi sairaalan muille osastoille. Lähiseudulla asuvat potilaat voivat niin halutessaan yöpyä kotonaan. Potilailla on myös mahdollisuus poistua osastolta esimerkiksi ulkoilemaan tai kaupungille.

Halusin kerätä tutkimusaineiston tällä sisätautien vuodeosastolla seuraavista syistä: Ensinnäkin, osaston potilaista suuri osa sairastaa samantyyppistä kroonista sairautta. Sairauksien samankaltaisuudesta johtuen potilaat todennäköisesti läpikäyvät hoitojaksonsa aikana varsin samantyyppisiä haastattelu-, ohjaus- ja neuvontatilanteita sekä tutkimus- ja hoitotoimenpiteitä, mikä edesauttaa sen arvioimista, koska aineiston suhteen on saavutettu saturaatio. Lisäksi sairauksien kroonisuudesta johtuen osastohoitojaksot ovat tulleet tai tulevat tutuksi useimmille potilaille. Tällöin on mahdollista tarkastella, miten vastaajat katsovat sairashistorian pituuden ja sairaalokokeneisuuden vaikuttavan siihen, miten potilas asennoituu yksityisyyteensä. Toiseksi, osastolla panostetaan potilaskeskeiseen, yksilölliseen ja kokonaisvaltaiseen hoitoon. Se, että jokaista potilasta pyritään hoitamaan ottaen yksilöllisesti huomioon hänen sairautensa, elämäntilanteensa, tarpeensa ja mielipiteensä, tuo mukanaan

monia haasteita potilaan yksityisyyden näkökulmasta. Edellyttävään näihin periaatteisiin pohjaava hoito monenlaisten tietojen keräämistä potilaalta muun muassa tulo-haastattelun yhteydessä.

Suostumuksen tutkimuksen toteuttamiseen sain sisätautien ylilääkäriltä, jonka vastuualueeseen osasto kuului. Tätä ennen sairaanhoitopiirin terveyden edistämisen työryhmä oli tutustunut tutkimussuunnitelmaan. Keskustelin tutkimussuunnitelmasta osastonlääkärin ja osastonhoitajan kanssa huhtikuussa 2001. Tämän jälkeen kerroin osaston muulle henkilökunnalle tutkimuksen tavoitteista, merkityksestä ja toteutuksesta erillisessä, osastolla järjestetyssä tiedotustilaisuudessa. Sairanhoitopiirin eettinen toimikunta tutustui tutkimussuunnitelmaan, eikä se nähnyt estettä tutkimuksen suorittamiselle. Toimikunta suositteli kokouksessaan, että pyydän tutkimukseen osallistuvilta potilailta perehtyneesti annetun suostumuksen myös kirjallisena (ks. liite 1). Yksilöhaastattelut toteutettiin osastolla 25.4.—14.6.2001 välisenä aikana.

4.3.2 Haastateltavien valinta

Tutkimuksen kohdejoukko koostui tutkimukseen osallistuvan osaston hoitajista ja lääkäreistä sekä osastolla hoidossa olevista potilaista. Valitsin tutkimushenkilöt harkinnanvaraisella otannalla. Haastateltavien määrä määräytyi aineiston riittävyyden ja osin myös kylläisyyden perusteella. Halusin pitää aineiston riittävän laajana, jotta siinä ilmenisi oletettu variaatio käsitysten ja kokemusten suhteen, ja toisaalta riittävän suppeana, jotta aineiston syvällisempi analyysi olisi tutkielman laajuuden huomioiden mahdollista. Haastatteluja tehtiin kaiken kaikkiaan yksitoista (11), siten että tutkimukseen osallistui viisi (5) potilasta, neljä (4) hoitajaa ja kaksi (2) lääkäriä.

Kun potilas, hoitaja tai lääkäri oli lupautunut haastateltavaksi, sovin hänen kanssaan haastatteluajankohdan. Ainoastaan yhden potilaan kohdalla haastattelu tehtiin samassa yhteydessä, kun tiedustelin häneltä halukkuutta osallistua tutkimukseen. Pyysin kaikilta haastateltavilta suullisesti luvan haastattelun nauhoitukseen ja samalla selvitin tutkimuksen tarkoituksen ja nimettömyyden säilymisen tietoja käsiteltäessä. Lisäksi annoin kaikille tutkimukseen osallistuville kirjallisen selvityksen tutkimuksesta ennen haastattelua. Tutkimukseen osallistuvat potilaat allekirjoittivat sairaan-

hoitopiirin eettisen toimikunnan edellyttämän suostumusasiakirjan (liite 1), josta he saivat itselleen valokopion. Näin heille jäi kirjallinen selvitys tutkimuksesta ja tutkijan senhetkiset yhteystiedot. Hoitajille ja lääkäreille laadin vastaavan tiedotteen. Kerroin haastatteluun lupautuneille, että tutkimukseen osallistuminen perustuu vapaaehtoisuuden periaatteeseen, mikä merkitsee vapaaehtoisen suostumuksen lisäksi tutkittavan oikeutta vetäytyä tutkimuksesta missä tahansa tutkimuksen vaiheessa. Kukaan haastatelluista ei vetäytynyt tutkimuksesta.

4.3.3 Potilaat

Tavoitin potilaat osastolta heidän ollessa siellä hoidettavana. Tutkimukseen osallistuneet potilaat olivat osastolla hoidossa sairauden diagnosoimista, seuranta, tutkimuksia, uuden lääkityksen aloittamista tai hoitotoimenpidettä varten. En kerännyt tietoa potilaiden diagnoosista, joskin osa haastatelluista potilaista kertoi haastattelun aikana sairautensa luonteen ja vakavuuden. Potilaiden valintakriteereinä oli täysi-ikäisyys, kyky antaa perehtyneesti annettu suostumus, riittävän hyvä vointi ja se, että potilas oli ollut ennen haastattelua kyseisellä osastolla hoidettavana vähintään kaksi vuorokautta. Näin potilaalle oli ehtinyt kertyä kokemusta sairaalassa olemisesta, jos hän sattui olemaan osastohoidossa ensimmäistä kertaa. Valinnoissani pyrin lisäksi huomioimaan, että haastateltavien potilaiden parista löytyisi eri ikäryhmien edustajia ja sairaushistorian pituudelta toisistaan eroavia potilaita. Niistä potilaista, joilta tiedustelin halukkuutta osallistua tutkimukseen, yksi kieltäytyi. Yksi haastateltavaksi lupautunut potilas kotiutui ennen haastatteluajankohtaa, jolloin haastattelu peruuntui.

Haastattelin tutkimusta varten viittä (5) potilasta. Tutkimuksessa mukana olleiden kolmen naispotilaan ja kahden miespotilaan ikäjakauma ulottui 36 vuodesta 67 vuoteen. Sairaalakokemuksiltaan haastatellut potilaat vaihtelivat suuresti; joukossa oli juuri diagnoosin saanut potilas ja potilaita, joiden sairaushistoriat olivat mittavia, joillakin jopa vuosikymmenien pituisia. Haastatelluista kaksi oli tutkimukseen osallistuvalla osastolla ensimmäistä kertaa. Muilla oli taustalla useampia hoitajaksoja samalla osastolla. Useimmilla potilailla oli hoitokokemuksia myös muista osastoista ja sairaaloista.

4.3.4 Hoitajat ja lääkärit

Haastattelemiini neljä (4) hoitajaa olivat koulutukseltaan sairaanhoitajia. Yksi heistä oli osastonhoitaja, joka hallinnollisen työn ohella osallistuu jonkin verran myös hoitotyöhön. Pidin osastonhoitajan osallistumista tärkeänä, johtuen hänen roolistaan käytännön hoitotyön sujumisessa sekä siinä, miten osaston hoitotyön periaatteita toteutetaan osaston arjessa. Hoitajakuntaan kuuluvalle perushoitajalle esitin mahdollisuutta osallistua tutkimukseen, mistä hän kieltäytyi. Haastatelluilla hoitajilla oli keskimäärin viidentoista vuoden kokemus hoitotyöstä. Neljästä hoitajasta kolme oli työskennellyt tutkimukseen osallistuneella osastolla sen perustamisesta lähtien. Neljäs oli työskennellyt kyseisellä osastolla vuotta vähemmän. Kaikki tutkimukseen osallistuneet hoitajat olivat naisia.

Henkilökunnasta valitsin tutkimushenkilöiksi hoitajien lisäksi osaston lääkärit. Halusin tutkimusaiheeseen lääkäreiden näkökulman, osin siksi, että aiempia tutkimuksia silmäiltyäni syntyi vaikutelma, että yksi ongelmallisimmista vuorovai-
kutustilanteista potilaan yksityisyyden kannalta on lääkärinkierto (Bäck & Wikblad 1998; Jantunen ym. 1994, 50—51, 98;) ja että potilaat arvostavat korkealle mahdollisuuden keskustella kahden kesken lääkärin kanssa sairauteensa liittyvistä huolista (Bäck & Wikblad 1998; ks. myös Jantunen ym. 1994, 57 ja 72). Pidinkin tärkeänä selvittää, miten lääkärit suhtautuvat potilaan yksityisyydentarpeisiin muun muassa edellä mainituissa tilanteissa ja miten he pyrkivät niissä huomioimaan potilaan yksityisyyden. Esitin haastattelupyynnön osaston kahdelle (2) lääkärille, joista molemmat antoivat suostumuksensa. Toinen heistä oli työskennellyt tällä osastolla kymmenisen vuotta, toinen kaksi vuotta. Molemmat haastatelluista lääkäreistä olivat miehiä, ja kumpikin oli työskennellyt myös sairaalan poliklinikalla, muissa sairaaloissa ja terveysasemille.

Hoitaja- ja lääkärikunnan edustajat valikoituivat tutkimukseen vapaaehtoisuuden perusteella eli he joko itse lähestyivät minua ilmoittaen olevan halukkaita osallistumaan tutkimukseen tai antoivat suostumuksensa, kun pyysin heitä haastateltavaksi. Niistä hoitajista, joilta tiedustelin halukkuutta osallistua tutkimukseen, yksi kieltäytyi.

4.4 Haastattelujen toteutus

Haastattelupaikkana toimi ennalta sovittu rauhallinen huone osastolla: tyhjillään oleva potilashuone, lääkärin vastaanottohuone tai osastonhoitajan huone. Kaikki haastattelut tallennettiin haastateltavien suostumuksella ääninauhoille. Haastattelulaitteisto koostui pienestä ääninauhurista ja siihen liitetystä mikrofoniasta, jonka asetin pöydälle äänenlaadun parantamiseksi. Käynnistin nauhoituksen haastattelutilanteen alkuvaiheessa, kun kerroin tutkimuksen ja haastattelun tavoitteista, haastattelun etenemisestä ja selvitin, saanko sinutella haastateltavaa vai toivooko hän teitittelyä. Jos huomasin haastateltavan arastelevan nauhoitusta, kerroin kertaalleen, että ääninauhat ovat luottamuksellista aineistoa ja niitä kuuntelen ainoastaan minä. Nauhoittamalla haastattelut pyrin edistämään tutkimuksen reliabiliteettia ja tulkin-tojen tekemisen painottumista varsinaiseen analysointivaiheeseen.

Haastattelukutsun esittäessäni olin kertonut tutkivani potilaan yksityisyyttä ja sen huomioimista osastohoidon aikana, mutta sen tarkemmin en ollut kertonut haastattelun teemoista. Tarkoituksellisesti en myöskään ollut kannustanut tutkittavia valmistautumaan haastatteluun, kuten pohtimaan potilaan yksityisyyttä tai kiinnittämään huomiota sen toteutumiseen osastolla, joskaan en voinut tätä estää. Toiset ilmoittivatkin lähestulkoon unohtaneensa haastattelun tai että eivät olleet ehtineet pohtia tutkimusaihetta sen kummemmin etukäteen. Toiset (yleensä hoitajat) taas kertoivat miettineensä tutkimusaiheesta kuultuaan potilaan yksityisyyttä ja kiinnittäneensä huomiota sen toteutumiseen. Yksityisyyskäsitteen vieraus tuntui mietityttäneen osaa haastateltavista ja tuottaneen epävarmuutta sen suhteen, pystyvätkö he vastaamaan heille esitettäviin kysymyksiin.

No, mä oon miettiny tätä yksityisyyttä, että se sanana niin, sitä vois niinku ajatella... Tai toisaalta se on niinkun hyvin moni, monipuolinen asia. (H4)

Hm... Onpas vaikea kysymys... Eilen itse asiassa välähti päähän mulla, että voi että että näitähän se on, kun tiesi että oot tulossa – – Mutta tota, musta se on niinkun hirveän vaikea määrittää se... sana yksityisyys. (H3)

Haastattelujen alussa korostinkin, ettei esittämiini kysymyksiin ole oikeita tai vääriä vastauksia, vaan olen kiinnostunut haastateltavan *omista* näkemyksistä ja kokemuk-

sista, joista toivon hänen kertovan avoimesti ja rehellisesti. Kun olin johdatellut haastateltavia tutkimuksen aihepiiriin aloitusteemojen avulla, siirryimme haastattelussa varsinaisiin teema-alueisiin (ks. liitteitä 2 ja 3). Nämä teema-alueet olin muodostanut tutkimuskysymykset huomioiden ja tutkittavaan ilmiöön liittyvään teoriaan ja tutkimustietoon kohdistuneen alustavan tutustumisen jälkeen. Haastattelutilanteessa nämä teemat toimivat muistilistana ja keskustelua ohjaavina kiintopisteinä. Teemojen väljyyden vuoksi saatoin tarttua myös haastattelurungon ulkopuolisiin aiheisiin, joita en ollut ennakoanut. Haastatteluteemojen järjestys ja kysymysten sanoitus muotoutui lopulta kunkin haastateltavan mukaan. Tutkittavalähtöinen lähestymistapa tuotti melko runsaasti myös sellaista tietoa, joka ei ollut tutkimuksen tavoitteiden ja kysymysten kannalta välttämätöntä tai olennaista. Tarpeen vaatiessa pyrinkin ohjaamaan haastateltavaa takaisin tutkimusaiheeseen.

Osa haastatelluista potilaista vaikutti olettaen, että lähestyn yksityisyyttä ongelmälähtöisesti ja olen kartoittamassa yksinomaan tilanteita, joissa potilaan yksityisyyttä *ei ole* kunnioitettu. Havaittuani tällaisen ennakkokäsityksen korostin kaikille vastaajille (myös hoitajille ja lääkäreille), että en ole kiinnostunut ainoastaan yksityisyyden kannalta kriittisistä vuorovaikutustilanteista osastolla, vaan myös siitä, millaisin keinoin potilaan yksityisyyttä pyritään näissä tilanteissa kunnioittamaan ja puolustamaan. Näin pyrin saamaan tutkimuksen tavoitteiden mukaista tietoa, minimoimaan sosiaalisesti suotavina pidettyjen vastausten osuutta ja ehkäisemään aineiston vinoutumista.

Välttääkseni haastattelutilanteen ajautumisen tarpeettoman vapaamuotoiseksi keskusteluksi (jossa omat kokemukseni nousisivat herkästi yhdeksi keskustelunaiheeksi), kerroin yleensä vasta potilashaastattelun päätteeksi omaavani itsekkin osastohoitokokemuksia tuoden selvästi esille, etten ole koskaan ollut potilaana tutkimukseen osallistuneella osastolla. Tavoitteenani oli myös ennaltaehkäistä sitä, että haastateltavalle potilaalle syntyisi virheellinen käsitys siitä, että etsisin omien kokemusteni ohjaamana tiettyjä vastauksia. Henkilökuntahaastatteluissa en tuonut omia potilaskokemuksiani esille, joskaan en salannut niiden olemassaoloa, mikäli haastateltava niistä minulta tiedusteli. Tarpeeton potilasnäkökulman korostaminen henkilökuntahaastatteluissa olisi mielestäni saattanut lisätä tutkimuksen tavoitteiden

ja aineistonkeruun kannalta epäsuotuisaa vastakkainasettelua potilas—henkilökunta. Omakohtaiset kokemukseni osastohoidosta vaikuttivat osaltaan myös siihen, millaisena hahmotin oman asemani suhteessa tutkittaviin. Kerätessäni aineistoa potilailta toimin ensisijaisesti tutkimusaineistoa keräävänä haastattelijana. Olin kuitenkin tietystä määrin myös kanssaeläjä, jonka omat osastohoitokokemukset fasilitoivat toisen asemaan asettumista ja mahdollistivat yhteisen kielen ja todellisuuden löytämisen.

Haastattelut vaihtelivat kestoiltaan 45 minuutista 116 minuuttiin, haastattelujen kestäessä keskimäärin reilun tunnin verran. Pyrin tekemään kenttämuistiinpanot välittömästi kunkin haastattelun jälkeen. Kirjasin haastatteluteemat sisältävälle arkille poimintoja haastateltavan vastauksista, huomioitani haastattelun ilmapiiristä ja vaikutelmiani haastateltavasta. Kun olin kerännyt aineistosta hieman yli puolet, haastattelujen tekemiseen tuli kuukauden tauko. Tauon aikana kuuntelin haastattelunauhoja ja tein muistiinpanoja haastatteluista ja kysymystenasettelun onnistuneisuudesta. Näiden huomioiden perusteella pyrin parantamaan omaa toimintaani jäljellä olevissa haastatteluissa.

Koko haastatteluaineiston kerättyäni purin haastattelunauhat sanatarkasti tekstiksi. Sanatarkalla litteroinnilla pyrin lisäämään tutkimuksen reliabiliteettia, sillä näin tehden aineistosta tekemäni tulkinnat jäivät vasta siihen vaiheeseen, kun ryhdyin merkitsemään tekstistä niitä ilmauksia, jotka liittyivät tutkimusaiheeseen. Litteroitu aineisto on haastattelunauhojen tapaan luottamuksellista tietoa, ja sitä olen käsitellyt ainoastaan minä. Raportoinnissa käytän potilaista koodia P1—P5, hoitajista H1—H4 ja lääkäreistä L1—L2. Koodin numero toimii tunnistetekijänä ainoastaan minulle ja siksi se on satunnainen, eikä siten viittaa haastattelujärjestykseen. Lyhyet tauot haastateltavan puheessa merkitsin pilkulla ja pidemmät mietintätauot kolmella pisteellä (...). Sitaateissa kaksi ajatusviivaa (—) osoittaa, että lainauksesta on jätetty sanoja pois. Tarpeelliset selvennykset tai täsmennykset olen merkinnyt hakusulkeisiin, ja haastateltavan mainitseman henkilön tai sairauden nimen olen korvannut kirjaimella x.

4.5 Haastatteluaineiston laadullinen analysointi

Litteroinnin jälkeen pidin pitkän tauon. Kun palasin aineiston pariin, aloitin lukemalla haastatteluaineiston useaan kertaan läpi, jolloin minulle muodostui kokonaiskuva ensin kustakin yksittäisestä haastattelusta, sitten kustakin kolmesta haastatteluaineistosta ja lopuksi koko tutkimusaineistosta (ks. Patton 1990, 376). Lukuprosessin aikana tein muistiinpanoja ja merkitsin tekstistä ne ilmaukset, jotka liittyivät tutkimusaiheeseen eli potilaan yksityisyyteen ja sen huomioimiseen.

Analyysin seuraavassa vaiheessa, kun ryhdyin pilkkomaan ja luokittelemaan aineistoa, käsitelin potilas-, hoitaja- ja lääkäriaineistoja toisistaan erillisinä. Ensin käytin luokittelun apuna teemahaastattelurunkoja (ks. liitteitä 2 ja 3), joiden kysymysryppäät muodostivat karkeita alustavia luokkia (Hirsjärvi & Hurme 2000, 147—149). Näihin luokkiin kokosin aiemmin poimimani ilmaukset. Huomasin, että tällä periaatteella muodostetut luokat eivät olleet riittävän aineistolähtöisiä eivätkä siten tukeneet tavoittelemaani aineistolähtöistä analyysiä. Aloitin aineiston luokittelun uudelleen hyödyntämällä tällä kertaa aineistoa itseään teemoittelun perustana (Hirsjärvi & Hurme 2000, 148; ks. teemoittelusta esim. Eskola & Suoranta 1998, 175—182). Irrotin aiemmin poimimani ilmaukset muusta haastattelutekstistä ja kopioin ne erillisille kortteille. (Kutakin kolmea haastatteluaineistoa kuvasi oma värinsä.) Ryhmittelin kortteja etsien eri ilmauksia yhdistäviä piirteitä. Näin kustakin aineistosta alkoi vähitellen erottua kokoavia kattokäsitteitä, teemoja, jotka selvästi toistuivat haastatteluvastauksissa tai nousivat aineistosta esiin laadullisesti poikkeavan merkityksensä vuoksi.

Potilasaineiston teemat:

1. Mielikuvat ilmaisusta potilaan yksityisyys
2. Potilaan asennoitumisen ja tottumisen merkitys
3. Potilaan yksityisyydentarpeet suhteessa toisiin potilaisiin
4. Omasta yksityisyydestä huolehtiminen suhteessa toisiin potilaisiin
5. Toisen potilaan yksityisyyden kunnioittaminen
6. Potilaan yksityisyyden suojeleminen suhteessa toisiin potilaisiin
7. Potilaan yksityisyyden huomioiminen kahdenkeskisessä tilanteessa
8. Potilaan luottamus omahoitajaan
9. Vaikutukset avoimuuteen ja hoitoon suhtautumiseen

Hoitaja-aineiston teemat:

1. Mielikuvat ilmaisusta potilaan yksityisyys
2. Herkkyyttä vaativat puheenaiheet
3. Potilaan yksityisyyden kannalta kriittiset tilanteet osastolla
4. Potilaan rooli ja yksityisyydestä luopuminen
5. Potilaan yksityisyyden suojeleminen suhteessa toisiin potilaisiin
6. Potilaan yksityisyyden huomioiminen kahdenkeskisessä tilanteessa
7. Mistä tunnistaa potilaan yksityisyydenrajat
8. Potilaan yksityisyyden huomioimiseen vaikuttavat tekijät: a) hoitajaan liittyvät, b) potilaaseen liittyvät, c) osaston tilaratkaisut
9. Vaikutukset hoitosuhteeseen sekä potilaan suhtautumiseen sairauttaan ja hoitoa kohtaan

Lääkäriaineiston teemat:

1. Mielikuvat ilmaisusta potilaan yksityisyys
2. Potilaan tiedollisen yksityisyyden toteutumisen haasteellisuus
3. Potilaan yksityisyyden suojeleminen suhteessa toisiin potilaisiin
4. Potilaan yksityisyyden huomioiminen kahdenkeskisessä tilanteessa
5. Omahoitaja linkkinä potilaan ja lääkärin välillä
6. Potilaan yksityisyyden huomioimiseen vaikuttavat tekijät: a) lääkäriin liittyvät, b) potilaaseen liittyvät, c) osaston luonne (erikoisala)
7. Vaikutukset potilas—lääkärisuhteeseen, hoitosuhteeseen ja tyytyväisyyteen
8. Kielteisen kokemuksen leima

Kun teemaluettelot olivat valmiit, järjestelin aineiston uudestaan sijoittamalla haastateltavien vastaukset teemojen alle. Jotkut vastaukset sijoittuivat useampaan kuin yhteen teemaan. Samalla arvioin teemalistojen ja yksittäisten teemojen paikkansapitävyyttä hyödyntämällä Guban (1978, Pattonin 1990, 402—404 mukaan) arviointikriteerejä. Tarkastelin teemojen johdonmukaisuutta, kattavuutta ja edustavuutta kerättyyn aineistoon nähden, teemojen muodostamisen toistettavuutta ja sitä, muodostavatko ne kokonaisen kuvan tutkimusaiheesta juuri tämän tutkimusaineiston valossa. Ideaalitulanteessahan toinen tutkija tulisi muodostaneeksi samat luokat samasta aineistosta, jos hän toistaisi analysointiprosessin yhdenmukaisesti. Pyrin katselemaan teemoja ja niiden sisältöjä myös haastateltavien silmin; eli missä määrin haastateltava voi kokea niiden edustavan omia käsityksiään potilaan yksityisyydestä ja sen huomioimisesta. Käytin tätä keinoa lisätäkseen tutkimuksen sisäistä validiteettia. Välillä palasin litteroituihin haastatteluihin, jotka olin säilyttänyt myös kokonaisuudessaan, varmentaakseni ilmaisun asiayhteyden. Siirryessäni analyysissä deduktiiviseen vaiheeseen, ryhdyin tarkastelemaan kaikkia kolmea aineistoa yhdessä. Sijoittelin edellä luetteloidut teemat neljään pääluokkaan, jotka pohjaavat tutkimuskysymyksiin. Tulosluvun raportointi noudattaa näitä neljää pääluokkaa.

Potilaan yksityisyyttä koskevat käsitykset ja asenteet

- Mielikuvat ilmaisusta potilaan yksityisyys
- Potilaan yksityisyydentarpeet suhteessa toisiin potilaisiin
- Herkkyyttä vaativat puheenaiheet
- Potilaan yksityisyyden kannalta kriittiset tilanteet osastolla
- Potilaan tiedollisen yksityisyyden toteutumisen haasteellisuus
- Potilaan luottamus omahoitajaan
- Potilaan asennoitumisen ja tottumisen merkitys
- Potilaan rooli ja yksityisyydestä luopuminen

Hoitaja ja lääkäri potilaan yksityisyyden huomioijina

- Potilaan yksityisyyden suojeleminen suhteessa toisiin potilaisiin
- Potilaan yksityisyyden huomioiminen kahdenkeskisessä tilanteessa
- Omahoitaja linkkinä potilaan ja lääkärin välillä
- Potilaan yksityisyyden huomioimiseen vaikuttavat tekijät: a) hoitajaan/lääkäriin liittyvät, b) potilaaseen liittyvät, c) osaston tilaratkaisut, d) osaston luonne (erikoisala)

Potilas oman yksityisyytensä säätelijänä

- Omasta yksityisyydestä huolehtiminen suhteessa toisiin potilaisiin
- Toisen potilaan yksityisyyden kunnioittaminen
- Mistä tunnistaa potilaan yksityisyydenrajat

Potilaan yksityisyyden huomioimisen merkitys

- Vaikutukset avoimuuteen ja hoitoon suhtautumiseen
- Vaikutukset hoitosuhteeseen sekä potilaan suhtautumiseen sairauttaan ja hoitoa kohtaan
- Vaikutukset potilas—lääkärisuhteeseen, hoitosuhteeseen ja tyytyväisyyteen
- Kielteisen kokemuksen leima

Vasta tulosluvun kirjoitettuani syvennyin aiempiin potilaan yksityisyyttä käsitteleviin tutkimuksiin, kasvojen säilyttämisen teoriaan ja terveyden edistämisen näkökulmaan ja ryhdyin kirjoittamaan niitä käsitteleviä lukuja. Näin toimimalla pyrin siihen, ettei aiempi tutkimustieto eivätkä ennalta valitsemani viitekehykset ohjaa tulosten paikantamista. Sen sijaan tulokset toimivat eräänlaisena ohjenuorana, kun valitsin tämän tutkielman kannalta olennaisia tietoja aiemmista tutkimuksista, kasvojen säilyttämistä käsittelevästä kirjallisuudesta ja Terveyttä edistävä sairaala -ohjelmasta.

Paikannettuani keskeiset tulokset ja peilattuani niitä aiempiin tutkimustuloksiin, siirryin tarkastelemaan tuloksia kasvojen säilyttämisen ja Terveyttä edistävä sairaala -ohjelman kautta. Etsin vastaajien kuvailemista yksityisyyden huomioimisen ja säätelämisen keinoista yhteyksiä ja yhtäläisyyksiä kasvojen säilyttämiseen tähtäävään toimintaan. Tutkimusaineistossa kiinnitin huomiota myös siihen, missä määrin potilaan yksityisyyden kannalta kriittiset tilanteet ja puheenaiheet muistuttavat kasvoihin kohdistuvia uhkia. Lisäksi kiinnostukseni kohdistui siihen, missä määrin

kasvojen säilyttämisen teoria voi auttaa avaamaan yksityisyyden käsitettä ja lisätä ymmärtämystä niitä tunteita ja kokemuksia kohtaan, joita yksityisyyden loukkaaminen ja menettäminen voivat herättää. Tutkimusaineistoa analysoimalla pyrin saamaan tietoa myös siitä, millainen suhde potilaan yksityisyyden huomioimisella ja potilaan terveyden edistämällä näyttäisi vallitsevan, ja millaiset osaston hoitokulttuuriin ja -ympäristöön liittyvät tekijät vaikuttavat edistävän tai rajoittavan potilaan yksityisyyden huomioimista.

Lisätakseni tutkielmani luotettavuutta olen kuvannut aineiston keruun, käsittelyn ja analysointiprosessin mahdollisimman täsmällisesti ja seikkaperäisesti. Lisäksi olen poiminut raporttiin runsaasti suoria lainauksia haastatteluvastauksista, minkä toivon valottavan lukijalle päättelyprosessiani ja sitä, mihin raportoimani tulokset ja niistä tekemäni johtopäätökset pohjaavat.

5 POTILAIDEN, HOITAJIEN JA LÄÄKÄREIDEN KÄSITYKSIÄ POTILAAN YKSITYISYYDEN HUOMIOIMISESTA OSASTOLLA

Tässä luvussa raportoin tutkielman tulokset. Luku on jaettu neljään osaan, tutkimuskysymyksistä johdetun neljän pääluokan mukaan. Tuloslukua kirjoittaessani olen tarkastellut aineistoa kokonaisuudessaan eli kukin neljästä alaluvusta sisältää sekä potilaiden että hoitajien ja lääkäreiden näkemyksiä ja kokemuksia liittyen potilaan yksityisyyteen ja sen huomioimiseen osastohoidon aikana. Aineistosta poimitut suorat lainaukset havainnollistavat tutkimustuloksia.

5.1 Potilaan yksityisyyttä koskevat käsitykset ja asenteet

Tässä luvussa raportoidaan, mitä haastateltujen potilaiden, hoitajien ja lääkäreiden mielestä on potilaan yksityisyys osastohoidon aikana ja miten he suhtautuvat siihen. Ensimmäisessä alaluvussa käsitellään sitä, mitä haastateltavat ymmärtävät ilmaisulla potilaan yksityisyys. Toisessa alaluvussa esitellään yksityisyyden kannalta haastavia ja kriittisiä tilanteita osastolla. Kolmannessa alaluvussa raportoidaan haastateltavien näkemyksiä ja kokemuksia siitä, mitkä tekijät voivat selittää sitä, että osastohoidon aikaiset menetykset yksityisyydessä ja henkilökunnan puuttuminen potilaan yksityisyyteen koetaan hyväksyttäväksi.

5.1.1 Mielikuvat ilmaisusta potilaan yksityisyys

Potilaan yksityisyys näyttäytyi jokaiselle haastateltavalle yksilöllisellä tavalla, mikä ilmeni sekä yksityisyyden sisällön kuvailemisessa että yksityisyydelle annetuissa merkityksissä. Tutkimusaineistosta oli kuitenkin paikannettavissa joitain yleisiä ja yhteisiä linjoja. Potilaiden, hoitajien ja lääkäreiden vastauksissa oli havaittavissa jonkin verran kehäpäätelmiä, jolloin potilaan yksityisasioihin kuuluvaksi määriteltiin

yksityiselämän asiat, henkilökohtaiset asiat, intiimit asiat ja arkaluontoiset asiat. Jatkokysymysten myötä tarkentui, millaisiin asioihin kukin näillä ilmaisuilla viittasi.

Tietysti näitä yksityiselämän asioita, mistä ei välttämättä haluaisi, että kaikki tietää. (P4)

Mä luulen, että kaiken kaikkiaan intiimit asiat on hirveen vaikeita. (H3)

Suurelle osalle yksityisyys ja sen huomioiminen merkitsi henkilökunnan vaitiolovelvollisuutta eli velvollisuutta huolehtia siitä, että potilastiedot eivät kantaudu hoidon kannalta ulkopuolisille eivätkä potilaan erikseen nimeämille henkilöille tai tahoille. Salassapitovelvollisuuden katsottiin koskettavan myös potilaita siinä mielessä, että heidän odotettiin vaikeneman toisia potilaita koskevista tiedoista.

Näin, näin se pitäisi olla, että... että potilailla pitäisi olla periaatteessa sama vaitiolovelvollisuus muitten potilaiden asioista, kun sitten mikä on henkilökunnalla. Että sitä ei niinkun... niistä puhuta sitten ulkopuolella, mutta juridisestihan siinä ei ole mitään. (L1)

Edelliseen kytkeytyy potilaan yksityisyyden määritelmässä korostunut (ks. lukua 3.2) ajatus potilaan mahdollisuudesta hallita itseä koskevaa tietoa. Tällä tarkoitettiin sekä sitä, missä määrin potilas voi päättää, mistä asioista hän kertoo henkilökunnalle ja mistä hän taas vaikenee, että mahdollisuutta keskustella yksityisasiosta ilman ulkopuolisia kuulijoita. Yksityisyyteen kuului vastaajien mielestä myös potilaan mahdollisuus vaikuttaa siihen, millaisia häntä koskevia asioita käsitellään muiden potilaiden kuullen esimerkiksi lääkärintierrolla. Yksityisyydellä viitattiin myös potilaan vaikutusmahdollisuuksiin koskien sitä, kenelle saa antaa tietoja siitä, että potilas on osastolla ja mitä asioita potilaasta kirjataan potilaspapereihin ja miten.

Täällä ei kerrota ulkopuolisille, jos en haluakaan niin. – – Ne ei anna mitään tietoa, jos ei halua... Kun ainahan kysytään, että kun sairaalaan tullaan, että voiko antaa omaisille tietoa jos soittaa... sen, että osastolla on. (P4)

Ehkä niinkun se, että tuota... paitsi että siihen kuuluu tää tämmönen, tämmönen niinku mistä asioista keskustellaan, missä tilanteessa ja sitten miten – – sitten ehkä myöskin se, että niinku mistä asioista minun mielestä [henkilökunnan] on ylipäättään tarpeen tietää. Tavallaan että et... että ei... ei tavallaan tulis niinku semmmosta että, että mikä on tavallaan semmmosta inhimillistä uteliaisuutta. (L2)

Vastausten hajonnasta huolimatta potilaiden vastauksista löytyi teemoja ja aihepiirejä, joita enemmistö potilaista piti yksityisasioina. Näistä asioista useimmat eivät aloittaneet keskustelua huonetovereidensa kanssa. Liioin he eivät halunneet, että

nämä asiat tulisivat toisten potilaiden tietoon henkilökunnankaan kautta, esimerkiksi lääkärinkierron yhteydessä. Yksityisasiota potilaat määrittivät paitsi omalta kohdaltaan myös toisen potilaan kautta. Jälkimmäinen tarkoittaa sitä, että useat potilaat vaikuttivat kokevan hieman helpommaksi määritellä yksityisyyteen kuuluvia asioita pohtimalla, millaiset asiat heidän mielestään kuuluvat toisten potilaiden yksityisyyteen kuin pohtimalla, millaiset asiat ovat heille itselleen yksityisiä.

– – musta on semmonen tuntunu pahalle, että jos jollekin ihmiselle on... jolla... on ollu tuolla muilla osastoilla... ja tehty tutkimuksia ja...on samassa huoneessa ollu enempi potilaita ja sitten on tultu huoneeseen ja sanottu niin, että tutkimustulokset on tullu. Ja potilas kuuntelee, että mitä siellä on ja sitten vaan sanotaan, että oli syöpä. Että tää on mulle niinku, kolahtaa niin kipeesti ihteenikin, koska se sanotaan siinä niin monen kuullen. Tämmöset asiat olis musta aiheellista puhua kahden kesken. – – se on musta tuntu pahalle, koska mä en omassa kohassani hyväksy semmosta, että se kerrottas siinä kaikkien kuullen. (P4)

Kyllä kai siinä [potilashuoneessa lääkärinkierron aikana] sillä viisiin kuulee... eihän korvia kii saa, kuulee toistenkin, tarinat ja sairaudet ja lääkkeet ja kaikkee, mutta nämä muutkin, lääkitykset ja kaikki mitä nyt ei, ei niinku kuulus, eihän korvia kii voi laittaa niin. – – Ajattelee että ei mun tarttis, tarttis tietää. (P1)

Kotiasiat, perhe- ja ihmissuhteet ja niissä mahdollisesti ilmenevät ongelmat eivät kuuluneet potilaiden mielestä muille. Uskonto ja politiikka mainittiin myös asioina, joista potilaat eivät yleensä aloita keskustelua huonetovereiden kanssa. Toisten potilaiden kanssa tai heidän läsnä ollessaan ei haluttu keskustella myöskään sellaisista asioista, joista ei todennäköisesti keskusteltaisi vapaasti sairaalamaailman ulkopuolellakaan: Mielenterveysasiat ja psykologisen avun tarve, kotona selviäminen ja kotiavun tarve tai taloudelliset vaikeudet ja sosiaalisen avun tarve kuuluvat tällaisiin teemoihin. Osa potilaista koki myös itse sairauden hoitoineen ja lääkkeineen yksityisinä, samoin kuin muut mahdolliset sairaudet. Lisäksi enemmistö potilaista oli sitä mieltä, että sairausdiagnoosit ja tutkimustulokset ovat yksityistä tietoa eli potilaan tulisi voida itse päättää, saattaako hän ne toisten potilaiden tietoon. Hoitajien ja lääkäreiden näkemykset siitä, mitkä asiat ovat potilaan yksityisasiota, olivat sangen yhteneväiset potilaiden käsitysten kanssa. Edellä lueteltujen asioiden lisäksi he mainitsivat potilaan ikääntymiseen liittyvät asiat, vaihdevuodet, seksuaalisuuden alueen ja impotenssin sekä potilaan oman tai puolison alkoholiongelman teemoina, joita ei käsitellä toisten potilaiden kuullen ja joista keskustelu kahden keskenkin vaatii herkkyyttä.

Potilaan yksityisyys näyttäytyi vastaajille erilaisena riippuen siitä tarkasteltiin sitä suhteessa henkilökuntaan vai toisiin potilaisiin. Etenkin potilaat tekivät selvän rajanvedon näiden kahden välillä. Potilaat olivat sitä mieltä, että he voivat keskustella kaikista, siis myös edellä luetelluista yksityisiksi koetuista asioista, henkilökunnan kanssa.

Mut kun ei mulla oikeen oo ollu semmosia, joista... Mä oon oikeestaan kertonu kaikista, mitkä on ollu semmosia. Jos on ollu huolia tai muuta vastaavaa, tai mikä nyt painaa mieltä tai... Oon tavallaan kyllä kertonu sitten niistä kaikista. (P4)

Kyllä kaikkii on voinu keskustella, mitä on esitetty tähän asti ainakin. (P5)

Suuri osa vastaajista tarkoitti potilaan yksityisyydellä tämän intimitietin säilymistä. Intimiteetillä haastateltavat viittasivat sekä potilaan henkilökohtaisina ja yksityisinä pidettyihin asioihin (kuvattu edellä) että potilaan fyysisen yksityisyyden suojaamiseen toimenpiteiden ja tutkimusten aikana. Intiimillä saatettiin lisäksi tarkoittaa äärimmäisen henkilökohtaisiksi koettuja tilanteita, kuten alusastian käyttöä potilas-huoneessa tai ruokailua toisten potilaiden läsnä ollessa.

No jos ne haluaa... levittää sitten verhot suojaksi ... jos ne niinku vaatii... Riisutaan tai niin, kun käyttää ne verhot. – – Hoitaja arvaa tai ymmärtää nämä asiat... Että ei, että kyllä ne... Et jos jotakin tehään niin ei... pitäähän sitä nyt intimiteettisuoja. (P3)

Mut siinä se yksityisyys onkin, että ne, mieluummin mä hoidan ne ite. Esimerkiks vessanpöntölle meneminen niin, kyl se tuottaa jonkin verran hankaluuksia, kun ei jaloilta vessaan nousta yhtään niin... niin niin – – Siinä vois ajatella sitäkin, että niin... suomalainen — haluaa tehdä kaiken itse eikä halua sitä apua, mutta niin, ei mulla sitä... sikäli, vaan se on nyt, siinä on kyse siitä yksityisyydestä. (P2)

Ruokailukin voi olla hyvin intiimi, yksityinen tilanne ihmiselle, jolla esimerkiksi on ongelmia puremisen kanssa ja häpeää, jos on pehmeää ruokaa. (H2)

Useissa yksityisyyden määritelmissä mainittiin myös rajat ja rajan ylittäminen. Näillä ilmaisuilla vastaajat viittasivat lähinnä tiedolliseen yksityisyyteen mutta myös fyysiseen yksityisyyteen. Rajoilla katsottiin olevan merkitystä sekä yksityisyyden säilymisessä ja puolustamisessa että yksityisyyden menettämisessä ja loukkaamisessa.

No varmaan ainakin se, että potilas saa... pitää sen oman... rajansa... siinä, et mitä hän haluaa tuoda esiin asioita, ja mitä ei halua tuoda. (H2)

Sanoin ääneen, että sieltä päin olen, enkä tarkemmin, tarkemmin sitä aio selostaa... Näin sanoin [naurahdus] Siinä mulla oli raja, ajattelin ainakin että, että nyt tässä on se raja. (P1)

Potilaan reviiä ja henkilökohtaista tilaa osana osastohoidon aikaista yksityisyyttä haastateltavat eivät juuri tuoneet oma-aloitteisesti esille. Kysyttäessä, mitä siihen heidän mielestään kuuluu, haastateltavat mainitsivat potilasvuoteen, sen vieressä olevan pöydän sekä lukollisen kaapin. Liioin haastateltavat eivät kuvailleet kehon valta-alueita, kuten keskusteluetäisyyttä ja koskettamista, määritellesään potilaan yksityisyyttä.

Suuri osa hoitajista ja potilaista mainitsi oman rauhan potilaan yksityisyyteen kuuluvana. Tällä viitattiin mahdollisuuteen olla rauhassa potilashuoneessa tai hakeutua omaan rauhaan poistumalla huoneesta joko osaston muihin tiloihin tai osaston ulkopuolelle, esimerkiksi kahvilaan tai ulos. Näin potilaat kertoivat toimivansa halutesaan ajatella rauhassa tai saadakseen keskustella vierailijoidensa kanssa vailla ulkopuolisia kuulijoita. Yksi potilaista kertoi kokevansa myös tunteiden ilmaisun toisten potilaiden läsnäollessa vaikeaksi esimerkiksi silloin, kun tuntee olonsa surulliseksi tai uupuneeksi.

Sit se, että niin... jos toisella on radio isolla tai on oma televisio isolla, niin se kyllä voi ruveta häiritseen... kun on keskittymässä siihen lukemiseen. (P2)

Yksityisissä huoneissa, niin siellä on helepompi vaikka itkeä. Mut siinä [usean hengen potilashuoneessa] niin sitä tavallaan niinku joutuu pikkusen peittelemään sitä sitä, ettei toiset näe – – sitä pahaa oloa. (P4)

Hoitajat ja potilaat mielsivät potilaan yksityisyyden myös potilaan itsemääräämisoikeutena ja yksilönvapautena. Tähän liitettiin mahdollisuus pitää omia vaatteita sairaalavaatteiden sijaan, mahdollisuus noudattaa omaa päivärytmiä, tapoja ja ruokailutottumuksia sekä vapaus poistua omahoitajan luvalla osastolta ulkoilemaan, kaupungille tai jopa yöpymään kotona, jos kyse on lähiseudulla asuvasta potilaasta. Yksityisyyden toteutumiseen liittyy myös potilaan mahdollisuus vaikuttaa vuodepaikkaansa osastolla. Potilas voi joko jo ennalta pyytää yhden hengen huonetta, tai jos hän osastolla ollessaan huomaa kaipaavansa enemmän omaa rauhaa tai hän kokee huonetoverinsa liian uteliaaksi, hän voi pyytää siirtoa toiseen huoneeseen. Potilaat pitivät tärkeänä avun saatavilla oloa siten, että he itse saavat päättää, koska he sitä todella tarvitsevat ja koska he taas mieluummin selviytyvät omin voimin. Hoitajat kytkivät yksityisyyden tiiviisti myös potilaan yksilöllisyyteen. Yksi hoitajista pohdis-

kelikin, mikä ero yksityisyyden ja yksilöllisyyden välillä on päätyen siihen, että yksityisyydessä on kyse intimiteetistä, kun taas yksilöllisyydessä liikutaan kohti persoonallisuutta. Yksityisyyden mieltäminen yksilöllisyytenä näkyi myös siinä, että pohtiessaan, mitä yksityisyyden kunnioittaminen on käytännön hoitotyössä, hoitajat painottivat muun ohella myös yksilöllistä kohtelua ja potilaan kunnioittamista yksilönä.

Eihän täällä kauhee yksityisyyttä voi olla. – Eihän täällä sillä lailla pysty ite sitä päättämään... Että lääkärit...ne on nää... päättää, että mitä nyt tehhään... Että sillä lailla ei voi, voi olla yksityisyyttä täällä. Ei mun mielestä ainakaan. Kotonahan päättäs ite, mitä tekkee. (P3)

Lääkärit ja osa hoitajista piti potilaan yksityisyyttä ja sen huomioimista sairaalassa itsestäänselvyytenä. Tämä voi omalta osaltaan selittää sitä, miksi osa heistä kertoi kokevansa potilaan yksityisyyden määrittämisen etäiseksi. Ilmaisua pidettiin myös jossain määrin vieraana ja teoreettisena, sillä koulutuksessa ja käytännössä hoitajat ja lääkärit kertoivat puhuvansa useammin henkilökunnan vaitiolovelvollisuudesta ja potilaan intimiteetin suojaamisesta. Hoitajat ja lääkärit toivatkin vastauksissaan esille näitä ja muita itselleen tutumpia nimityksiä, jotka kertoivat myös siitä, mitä yksityisyyden osa-aluetta kukin heistä painotti.

Minusta se on niin, se on jollain tavalla niinkun itsestään selvä asia kuitenkin. Että, että... niinkun koitetaan niinkun mahdollisimman paljon huomioida sitä yksityisyyttä. (L2)

Niin, käsitteisyyttä ja yleensäkin teorioiden... niinkun kuvaaminen niin musta on jotenkin se on, että se on etäistä. (H3)

5.1.2 Osaston kriittiset tilanteet yksityisyyden kannalta

Kaikki hoitajat ja lääkärit sekä enemmistö potilaista piti suurissa potilashuoneissa tapahtuvia lääkärintietoja ongelmallisina siksi, että niiden aikana potilaan yksityisyys helposti rakoilee. Keskustellaanhan kierron aikana kunkin potilaan asioista muiden potilaiden läsnäollessa ja heidän kuultensa. Lisäksi seurueeseen saattaa kuulua useita terveydenhuollon ammattilaisia, mikä saattaa joidenkin haastateltavien mielestä vaivata potilasta myös silloin, kun kierto tapahtuu yhden hengen huoneessa.

Lääkärinkiertotilanteessa saattaa olla läsnä aika paljon ihmisiä. Potilaan lisäksi jopa kolme lääkäriä, mahdollisesti myös amanuensseja. Ylilääkärinkierrolla on mukana myös ylilääkäri, omahoitaja, mahdollisesti potilaan fysioterapeutinkin, jos asia liittyy tähän alueeseen. (H1)

Hoitajat toivat esille myös osaston tiloissa tapahtuvaan poliklinikkatoiminnan ongelmallisuuden potilaan yksityisyyden toteutumiseksi. Vapaan tilan puuttuessa hoitaja saattaa käydä ohjauskeskustelut ja haastatella potilasta osaston käytävällä, jolloin tämän asiat ovat ohikulkijoiden kuultavissa. Samoin uhkana tiedollisen yksityisyyden säilymiselle ovat henkilökunnan käymät keskustelut kansliassa ja lääkehuoneessa sekä kansliasta käytävälle kantautuvat puhelinkeskustelut potilaiden kanssa. Hoitajat pitivät yksityisyyden kannalta kriittisenä tilanteena myös potilastietojen kirjaamista. Osa heistä ilmaisikin olevansa kiinnostuneita siitä, miten potilaat suhtautuvat siihen, mitä ja miten heitä koskevia tietoja kirjataan sairauskertomuksiin ja hoitosuunnitelmiin, ja voiko potilas kokea tämän yksityisyytensä loukkaamisena. Lääkärit puolestaan pohtivat sitä, millaisia riskejä potilaspapereiden liikkuminen hoitotiimiin kuuluvien kesken voi aiheuttaa potilaan yksityisyyden säilymiselle. He miettivät myös, missä määrin potilaan yksityisyys voi kärsiä siitä, kun sairaalasta kotiutuvan potilaan tietoja saatetaan lähettää edelleen esimerkiksi kotipaikkakunnan terveyskeskukseen ja Kansaneläkelaitokseen.

Kyllähän ne tavallaan asiat leviää sitten vähän pidemmälle... että useampi ihminen tietää, vaikka se ei tietenkään leviä talon ulkopuolelle, mutta... Mutta se voi ehkä joidenkin potilaiden kohdalla tuntua... siltä, että... että vähän... kenties liian moni tietää... tietää sitten, kun on näitä eri ammattiryhmiä niin monta. (L1)

Hoitajat ja lääkärit olivat sitä mieltä, ettei tällä osastolla juurikaan tehdä yksityisyyden kannalta ongelmallisia tutkimuksia tai toimenpiteitä, kuten gynekologisia tutkimuksia tai suoliston tähyystyksiä. Toimenpiteistä yksityisyyden kannalta kriittisinä hoitajat pitivät ainoastaan lannepistoa ja sternaalipunktiota, joista jälkimmäinen kohdistuu rinnan alueelle ja edellyttää puseron, ja naisilta myös rintaliivien riisumista.

Monet pitivät yksityisyyden menetyksenä myös sitä, että potilas joutuu usein jakamaan potilashuoneen yhden tai useamman potilaan kanssa. Tätä selvästi ongelmallisempänä tilanteena pidettiin sitä, jos potilas joudutaan sijoittamaan tilanpuutteen vuoksi ns. ylipaikalle potilashuoneeseen tai käytäväpaikalle, mikä vaikeuttaa niin fyysisen kuin tiedollisen ja psykologisenkin yksityisyyden toteutumista.

Niin, että siinä on kaikkien silmätikkuna käytävällä – – sairras vielä on niin sitä joutuu jonnekin käytävälle yöksi, että ei sovi huoneeseen ja... niinku monta kertaa on tuolla [toisilla osastoilla] kun ahasta ettei ole, ole huoneessa paikkaa tyhjää. (P1)

Ja jos potilas on käytävällä tai ylipaikalla tai... tai niin sanotusti ylipaikalla, eli että että, jos on kolmen hengen huone, siellä onkin neljä sänkyä niin... sitten ei tätä tämmöstä niinku fyysistä eristämistä. Irto-sermeillä ynnä muuta. Se aina tekee sen tilanteen niinkun hankalammaksi aina, että täytyy niinkun roudata ne sermit sinne paikalle ja. Ja siinä helposti saattaa käydä tietysti niin, sitten että vähän laiminlyödään sitä asiaa... sitä yksityisyyttä. (L2)

Potilasaineistossa yksityisyyden kannalta kriittisinä tilanteina mainittiin lääkärinkierrojen ohella, joita tosin kaikki eivät pitäneen yksityisyytensä kannalta ongelmallisina, liian uteliaat huonetoverit ja tilanteet, joissa potilas joutuu käyttämään alusastiaan usean hengen potilashuoneessa. Ne potilaat, jotka toivat esille alusastian käytön yksityisyyden kannalta kriittisenä tilanteena, painottivat tilanteeseen liittyvää kiusallisuuden ja jopa häpeän tunnetta, joka syntyy huolimatta toisten potilaiden osoittamasta myötätunnosta ja siitä, että fyysinen yksityisyys on suojattu väliverhoilla.

5.1.3 Yksityisyydenmenetysten hyväksymistä selittävät tekijät

Osastohoitojakson aikainen yksityisyys poikkeaa monin tavoin arkielämän yksityisyydestä. Usein potilas jakaa huoneen muiden potilaiden kanssa, mikä voi merkitä oman rauhan puuttumista ja rauhatonta yöaikaa. Hänen asioistaan saatetaan keskustella toisten potilaiden läsnä ollessa esimerkiksi lääkärinkierrolla. Tulohaastattelujen ja ohjauskeskustelujen yhteydessä hänelle esitetään erilaisia kysymyksiä, joista osa voi koskea varsin henkilökohtaisiakin asioita. Lisäksi hän joutuu paljastamaan kehoaan ja häntä kosketetaan osana tutkimuksia, toimenpiteitä ja arkitoimissa avustamista. Siitä, miksi potilas ei välttämättä koe edellä mainittua yksityisyytensä loukkamisena, vastaajat esittivät monenlaisia näkemyksiä.

Että se yksityisyys niin, jos jossain määrin niin musta tuntuu, että ainakin aikasemmin niin... kun potilas tulee sairaalaan niin heillä on se semmonen käsitys, että he tavallaan niinku luopuvat tietyistä yksityisyydestä. Kun tullaan sairaalaan, niin ollaan niinku potilaan roolissa. (H4)

Enemmistö potilaista, hoitajista ja lääkäreistä oli sitä mieltä, että moni osastolle saapuvista potilaista tiedostaa potilaan roolinsa. Tällöin hän on jo valmiiksi asennoitunut tiettyihin menetyksiin yksityisyydessään hoitoon kuuluvana. Potilaan rooliin asettumisen taustalla on yleensä potilaan aiemmat kokemukset sairaalahoidosta,

mutta myös muunlainen elämäkokemuksen myötä karttunut tieto. Tottuminen on myös yksi tekijä, joka voi selittää potilaan joustavaa suhtautumista. Potilas on saattanut tottua luopumaan tietystä yksityisyydestään paitsi aiemmilla hoitokerroilla myös elämänsä muilla alueilla, kuten varusmiespalveluksen aikana.

Ja toisaalta niin, meillä on vielä hyvin... hyvin voimakkaasti sisällä sairaalasyteemit, että ihmiset kun tulee sairaalaan, niin odottaa tietynlaista menettelyä. Että se ei ehkä ole niin herkkä alue menetyksen suhteen. (H3)

En tiää onko se sitte ikä, että kun sitä nyt ei niin... No, kyllä se varmasti ikäkin vaikuttaa... ja sitten kun on niin paljon ollu sairaalassa. Kyl siihen tottuu. Tää kuuluu asiaan, ja... niitten on pakko tehdä näin. (P3)

Tottumisen merkitys ilmenee myös siinä, miten potilas voi kokea uuden, aiemmasta poikkeavan tilanteen yksityisyytensä kannalta aluksi hyvinkin vaikeana, kunnes hän kokemuksen kautta tottuu siihen. Tästä esimerkkeinä peseytymistilanne, jossa potilasta avustava hoitaja onkin mies totutun naishoitajan sijaan.

Jos mieshoitajia olis enempi tälläkin alalla, niin tottuis ihan samaten kun naishoitajaan, ja oppis niihinkin varmaan sitten ihan samaten kun näihin naishoitajiin (P4)

Tiettyyn sairausryhmään kuuluvien sairauksien hoitoon erikoistuneen osaston potilailla yhteinen sairaus voi selittää yksityisyyden rajojen joustavuutta suhteessa toisiin potilaisiin. Tutustuminen potilastovereihin ja vertaiskokemusten vaihtaminen heidän kanssaan voi omalta osaltaan selittää myös sitä, että potilas ei välttämättä koe, että hänen yksityisyytensä olisi uhattuna lääkärinkierrolla.

Siinähan ei nyt niin paljon salaamista, kun kaikki ollaan vähän saman alan sairaita, että [naurahdus]. Kerrotaan niistä keskenään kuitenkin niin [naurahdus]. (P5)

Kun otetaan huomioon, että on monenlaisista eri vaivoista samassa huoneessa olevia ihmisiä, ei tuu kaikkia asioita sillai kerrottua kun täällä, niille potilaille kun taas täällä on, mitä kert, puhuu näiden ihmisten kanssa. (P4)

Jotkut potilaat kokivat helpottavaksi myös tietoisuuden siitä, etteivät he todennäköisesti enää koskaan tapaa huonetovereitaan, joiden kanssa ja joiden läsnä ollessa he ovat yksityisyyttään raottaneet. Edellisten ohella myös tietoisuus osastohoitojakson hetkellisyydestä voi auttaa potilasta sopeutumaan yksityisyyden menetyksiin.

Ei mun... mulla nyt sillai ole, koska nää [huonetoverit] on kumpikin vieraita ihmisiä joltain toiselta paikkakunnalta... Ei siinä niin kuin ole sillai merkitystä, et se menis niinku kotia se, tai kotiin tuodaan se tieto... siellä naapureille. (P2)

Ei kai sitä [yksityisyyttä] varmaan yritä järjestää. Mä vaan ajattelen, että kun mä nyt vaan sairaalassa oon tämän jakson. (P3)

Tutkimukseen osallistuneiden potilaiden mielestä heiltä ei oltu kysytty sellaisia asioita, joihin he eivät olisi voineet vastata. He kertoivatkin voivansa keskustella kaikista asioista henkilökunnan kanssa johtuen siitä, että he luottavat henkilökunnan vaitiolovelvollisuuteen ja että he olettavat kerättyjen tietojen olevan tarpeellisia heidän hoitonsa kannalta. Myös potilaan toive tulla hoidetuksi kokonaisvaltaisesti voi tehdä hänen yksityisyytensä rajat joustavimmiksi ylityksille. Lisäksi henkilökunnan todettiin olevan hienotunteisia, ammattitaitoisia ja osaavia kysymyksiä esittäessään.

On siitä [kotielämästä] varmaan kysyttykin... ainakin, jos ei suoraan niin jollain tapaa... Ja tuota, mun mielestä se kuuluu asiaan – – koska mä haluan, että niin potilasta hoidetaan kokonaisuutena eikä pelkästään niveliä. (P2)

Ei niitä varmaan sillä lailla oo tullukkaa... mietittyä niitä. Kun kuitenkin täällä on, musta ne on suhtautunu... niin. Täällä on musta kuitenkin suhtauduttu silleen asioihin niin hienotunteisesti, että jotenkin niinku ne tietäs, että mitä voi kysyä ja mitä ei. (P4)

Enemmistö potilaista painotti sitä, miten omahoitajan kanssa on helppo puhua vaikeistakin asioista. Kertomista helpottaa omahoitajan tuttuuden lisäksi luottamus, jonka on mahdollista rakentua jatkuvan hoitosuhteen ja päivittäisten kontaktien myötä. Hoitosuhteen jatkuvuus mahdollistaa myös sen, että potilaan ei tarvitse joka kerta kertoa samoja asioita uudelleen eri ihmisille. Tosin jotkut hoitajat kertoivat kohtaavansa myös sellaisista potilaita, joilla on tarve saada kertoa asioitaan useammalle ihmiselle, koska puhuminen auttaa heitä sairautensa suhtautumisessa ja siitä selviämässä. Potilaat pitivät tärkeänä, että he voivat omahoitajan kautta välittää lääkäriin erilaisia tietoja esimerkiksi siitä, millaisista asioista he haluaisivat keskustella kahden kesken sen sijaan, että niistä puhuttaisiin lääkärikierron aikana. Potilaista yksi mainitsi suhtautuvansa hieman skeptisesti omahoitajajärjestelmään siksi, että henkilökunnan vaihtuvuudesta johtuen ei aina ole mahdollista, että jokaisella hoitojaksolla olisi sama omahoitaja.

Mut sitten on niinkun jotenkin tietenkin heleppo siinä suhteessa on hyvä, kun on omahoitaja, joka on sama hoitaja. Et on niinku heleppo, kun tuntee ja tietää, niin silloin on heleppo niinku sanoa, tavallaan että jos on joku asia, mistä ei halua kertoa tai. (P4)

Oli just x lomalla ja... ei, en mä saanu minkäänlaista kontaktia siihen silloseen hoitajaan, mikä oli nyt x:n tilalla niinkun omahoitajana ja... eikä siinä sitten keskusteltu mitään. (P2)

Koskettamista potilaat pitivät hoitajien ja lääkäreiden tavoin luonnollisena, välttämättömänä ja henkilökunnan työhön kuuluvana ajatellen tutkimuksia, toimenpiteitä ja arkitoimissa avustamista – onhan kyse potilaan hoitamisesta ja kuntoon saattamisesta. Yksi potilaista pohti myös hoitajan supportiivista koskettamista kertoen kosketuksen tuntuvan hyvältä ja turvalliselta esimerkiksi silloin, kun itkettää.

Että, ne missä me ollaan sitten, missä potilas on... on paljaana ja, ne suihkutilanteet ja tämmöset, ne on jotenkin niin luonnollisia, ettei niissä sitten oo, oo oikeestaan sellasta, että se on aika luonnollinen tilanne. (H1)

Sitä ei ajattele, koska se on niiden työtä, niiden pakko on tehdä se näin ja. Niin pakkohan niiden on, tavallaan pakkohan lääkärin on koskettaa potilasta toimenpiteessä kun toimenpiteessä. (P4)

5.2 Hoitaja ja lääkäri potilaan yksityisyyden huomioijina

Tässä luvussa esitellään potilaiden, hoitajien ja lääkäreiden näkemykset siitä, miten potilaan yksityisyyden huomioiminen ilmenee hoitajan ja lääkärin viestinnässä; ts. miten hoitajat ja lääkärit pyrkivät ottamaan huomioon potilaan yksityisyyden ollessaan suorassa vuorovaikutuksessa potilaan kanssa. Tarkastelun kohteena ovat myös jotkut yksityisyyden loukkaamista ennaltaehkäisevät toimet. Sitten kuvataan haastateltavien näkemyksiä siitä, mitkä henkilökuntaan, potilaaseen ja osastoon liittyvät tekijät voivat vaikuttaa potilaan yksityisyyden huomioimiseen.

5.2.1 Yksityisyyden huomioiminen osaston vuorovaikutustilanteissa

Kaikki tutkimukseen osallistuneet potilaat olivat sitä mieltä, että henkilökunta oli kunnioittanut heidän yksityisyyttään tällä osastolla. He kokivat kuitenkin vaikeaksi kuvailla hoitajien ja lääkäreiden käyttäytymistä vuorovaikutustilanteissa, joissa liikutaan potilaan yksityisyyden rajapinnoilla. Kun potilaat pohtivat, miten henkilökunta kunnioittaa heidän yksityisyyttään esimerkiksi tulohaastattelussa, lääkärin-kierrolla, tutkimuksen aikana tai peseytymistilanteessa, he käyttivät vastauksistaan seuraavanlaisia ilmaisuja: ammatti-ihmisiä, hyvin koulutettuja, varmat otteet,

luontevasti, hienotunteisia, hellästi, leikin varjolla, vähän huumoria mukana. Hoitajat ja lääkärit kuvasivat yksityisyyden kunnioittamisen keinoja tarkemmin tuoden vastauksissaan esille, miten he itse toimivat sellaisissa tilanteissa, joissa on huomioitava potilaan yksityisyys. Hoitajien ja lääkäreiden käyttämiä keinoja tarkastellaan seuraavaksi erityyppisten vuorovaikutustilanteiden kautta.

Lääkärinkierto on tyypillinen esimerkki tilanteesta, jossa potilaan kanssa keskustellaan muiden potilaiden läsnä ollessa. Potilaat, hoitajat ja lääkärit pitivät yksityisyyden kunnioittamisena tällaisessa tilanteessa huomion kiinnittämistä äänenvoimakkuuteen, jotta potilaan asiat kantautuisivat mahdollisimman vähän muiden kuuluville. Hoitajat pitivät yksityisyyden huomioimisena myös puheen kohdistamisen potilaalle sen sijaan, että potilasta koskevista asioista puhuttaisiin yksinomaan henkilökunnan kesken. Toinen lääkäreistä ehdotti ratkaisuna tiedollisen yksityisyyden säilymiselle myös muiden potilaiden huomion suuntaamista omiin asioihinsa (toisten potilaiden asioiden sijaan) esimerkiksi siten, että joku henkilökunnasta keskustelisi heidän kanssaan kiertovuoron ollessa toisten kohdalla. Myös sen, että omaisia ja vierailijoita pyydetään poistumaan lääkärinkierron ajaksi, on haastateltavien mukaan tarkoitus suojata huoneessa olevien potilaiden yksityisyyttä.

Lääkärinkierrolla se [potilaan yksityisyyden kunnioittaminen] on varmaan sitä, että kun siinä ollaan, niin ollaan läsnä sille ihmiselle. Ei puhuta ohi sen ihmisen. (H3)

Vois niinku helpommin sotkea, jos siellä olis niinku joitain puhumassa niiden muidenkin [potilaiden] kanssa. Silloinhan ei, näillä potilailla ei olis aikaa kuunnella sitä. (L1)

Tärkeänä yksityisyyden huomioimisen keinona niin potilaat kuin hoitajat ja lääkäritkin pitivät sitä, että tietyt asiat (ks. lukua 5.1.1) jätetään kahden kesken keskusteltaviksi. Niistä asioista, mistä kukin potilas toivoo kahdenkeskistä keskustelua, tulee lääkärille tieto useimmiten potilaan omahoitajan välityksellä. Omahoitaja voi ennen kiertotilannetta kertoa lääkärille paitsi potilaan esittämät toiveet ja kiellot, myös oman arvionsa esimerkiksi siitä, onko potilaan tunnetila tavanomaista herkempi. Hoitajat ja lääkärit mainitsivat myös pyrkivänsä asettumaan potilaan asemaan päättäessään, mistä asioista ei keskustella muiden kuullen.

Ja ehkä se, että se kynnys niinkun ihmisten tuoda esille jotain semmosia ongelmia, niin se voi tulla niinkun hoitajan kautta paremmin. Ja hoitaja voi niinkun sitten viestittää joko, joko ennen sitä sinne huoneeseen menoa tai sen jälkeen, että tää potilas haluis vielä näistä jutella. (L2)

Et se on ainakin aika tietosta, että, että ei niinku tietyistä asioista haluakaan jutella kierrolla, koska ei tietysti itsekään haluais, että, että jos olis siinä tilanteessa niin, niin lääkäri kysyis jotain... jotain tiettyä asiaa tai tiettyjä asioita. (L2)

Tulo- ja kotiutushaastattelut ja ohjauskeskustelut ovat tyypillisiä tilanteita, joissa potilaan on mahdollista keskustella kahden kesken hoitajan tai lääkärin kanssa. Lääkärit korostivat hoitosuhteeseen panostamisen merkitystä edellytyksenä sille, että potilas uskaltaa tuoda esille vaikeitakin asioita kahdenkeskisissä keskusteluissa. Heidän mielestään se, että potilasta hoitaa mahdollisuuksien mukaan sama lääkäri, voi heijastua myönteisesti kontaktin luomiseen ja suhteessa koettuun luottamukseen. He pohtivat myös lääkärin yleisen käyttäytymisen vaikutusta vuorovaikutuksen avoimuuteen ja siihen, kuinka helposti lähestyttävänä potilas pitää lääkäriä.

Varmaankin niinkin, että ei nyt ihan heti, heti kysy tuota tiettyjä asioita, vaan vaan niinku pikkusen ensin ensin niinkun tutustuis siihen potilaaseen ja. Tuota, ehkä jotenkin niinkun varovasti voi yrittää johdatella sitä keskustelua niinkun siihen suuntaan, et se potilas ehkä niinku spontaanisti itse tuo esille jotain, jotain asioita. (L2)

Sekä hoitajat että lääkärit pitivät tärkeänä, että keskustelu/haastattelu etenee potilaan ehdoilla, jolloin potilas voi päättää, missä määrin hän haluaa keskustella häneltä kysytyistä asioista – jos hän ylipäättään on valmis puhumaan niistä. Jos potilas ei juuri sillä hetkellä ole valmis tai halukas keskustelemaan asiasta, hoitajat kertoivat tarjoavansa potilaalle mahdollisuutta palata asiaan myöhemmin. Tämän potilas voi ilmaista paitsi suoraan myös sanattomasti (ks. tarkemmin luvusta 5.3.1), jolloin hoitajan ehdotus toimii osin ennaltaehkäisevästi. Pehmentääkseen arasta asiasta keskustelua hoitajat ja lääkärit kertoivat myös yrittävänsä purkaa leimautumisen pelkoa, joka potilaalla saattaa liittyä esimerkiksi siihen, jos hän keskustelisi psykiatrin tai sosiaalityöntekijän kanssa tai käyttäisi kotihoidon palveluja. Purkamiskeinoja ovat muun muassa viittaaminen aran asian yleisyyteen, hyötynäkökulman ja terveydelle myönteisten vaikutusten esilletuonti ja aran asian rinnastaminen neutraalimpina pidettyihin asioihin. Lääkärit mainitsivat käyttävänsä myös rutiininomaista kysymistä keinona neutraloida keskusteltava asia.

Mä yleensä esitän sitä niin päin, että kun on pitkäaikaissairaus, se vie aina voimavaroja. Ja ne voimavarat tarvittas sen sairauden hoitamiseen, että jaksaa päivästä päivään. Että ei ole, ole kyse siitä, että olis, niinkun Suomessa pelätään hulluutta, että sii, että olis niinku kyse mistään kovin epänormaalista tilasta vaan. Vaan asiasta, jossa kaikki ammattiapu tarvitaan. Niinkun tarvitaan fysiatria... ööö... toimintaterapiaa, ravitsemussuunnittelijaa niin samalla lailla tällä jaksolla, että mielellään tarjotaan myöskin psykiatrissa apua. Että jos tunne, ettet saa nukuttua öisin. Tai tunnet, että kivut on niin hankalat, et sä et tahdo jaksaa kestää niin. Niin ei ole ollenkaan... häpeä käydä myöskin psykiatrin vastaanotolla. (H3)

Hoitajat kertoivat pohjustavansa yksityisasioista keskustelua myös luomalla mielikuvan tulevasta keskustelusta ja tarjoamalla potilaalle toimintavaihtoehtoja. Esimerkiksi tulohaastattelun aluksi hoitaja saattaa kuvailla potilaalle haastattelutilannetta ja kertoa, että haastattelussa kysytään monenlaisia asioita, mutta että potilaan ei ole pakko kertoa niistä asioista, joista tämä ei osaa tai halua kertoa. Eräänlaista valmistelua on myös johdattelu arkaluontoiseksi oletettuihin asioihin, mikä voi tapahtua epäsuorien kysymysten avulla tai viittaamalla aiemmin käytyyn keskusteluun.

Jos näkee, että ihmisellä on vaikeeta, yrittää hienovaraisesti kysymyksillä ohjata keskustelua, edetä kysymyksiin. (H1)

Kyllä se tämä, kun ajattelenkin sitä, että on niinkun semmonen onkimies, että heittelee... ja ohjaa... ja. Ja katsoo, et mihin, mihin kala tärppää, että, että välillä, kun ihmisten kans juttelee, niin musta tuntuu, että siihen kehittyä semmoinen, semmoinen sisäinen... aavistus, että tietää, et minkälaisia kysymyksiä voi asettaa ja. (H3)

Potilaan kokonaisvaltainen hoito merkitsee tulohaastatteluissa ja ohjauskeskusteluissa sitä, että potilaalta kysytään muitakin kuin itse sairautta koskevia kysymyksiä. Toinen lääkäreistä hieman kyseenalaisti sitä, ovatko kaikki omahoitajan tekemässä tulohaastattelussa käsiteltävät aiheet olennaisia potilaan hoidon kannalta. Hän piti tärkeänä punnita kerätyn tiedon tarpeellisuutta eli sitä, millaisia asioita henkilökunnan on ylipäättään tarpeen tietää ja mitä on tarpeen kysyä. Lääkärit kertoivat jättävänsä keskustelualoitteen potilaalle sellaisista asioista, jotka eivät suoranaisesti liity hoitoon. Esimerkiksi potilaan kotiooloista ja perhesuhteista ei keskustella, ellei potilas itse tuo niitä esille. Osa hoitajista toi esille, että potilaalta kerättävällä tiedolla on oltava ”osoite” eli merkitys ja tavoite, jotka hän voi tarvittaessa kertoa myös potilaalle. Tällä he tarkoittivat sitä, että hoitajan on tiedettävä, miksi hän kyselee potilaalta niitä asioita, mitä hän kysyy.

Kirjaamisessa pyrkii siihen, että tuo potilaalle esille, miksi kyselee näitä asioita (H1)

Mun mielestäni ihmisellä on oikeus, ja ilman muuta on oikeus, siihen yksityisyyteen, että... Eikä, eikä niinkun... vaikka kuinka koitetaan niinku kokonaisvaltaisesti hoitaa niin, joku raja kuitenkin pitäis vetää siihen, et mikä on niinkun tarpeellista ja mitä on... hoitohenkilökunnan tarpeellista tietää ja mitä ei. (L2)

Potilaan fyysiseen yksityisyyteen joudutaan kiinnittämään huomiota erityisesti silloin, kun hänelle tehdään joitain tutkimuksia toisten potilaiden läsnä ollessa kuten lääkärintarkastuksen yhteydessä. Potilaan sydämen tai keuhkojen kuunteleminen ja sydänfilmin ottaminen ovat tutkimuksia, jotka voidaan tehdä potilashuoneessa ja joiden ajaksi potilaan on riisuttava puseronsa. Niveltilanteiden tarkistaminen voi sekkin edellyttää osittaista kehon paljastamista. Tällöin tärkein yksityisyyden suojaamisen keino on näkösuojasta huolehtiminen väliverhojen ja/tai sermien avulla. Näkösuojasta huolehtiminen liittyy myös vuodepesuun ja siihen, jos potilas joutuu asioimaan portatiivilla tai alusastialla. Yksi hoitajista tosin pohti, miten riittävää yksityisyyden suojaamista verhoilla eristäminen on tällaisissa tilanteissa. Potilaan mahdollista vaivaantuneisuutta saatetaan pyrkiä lievittämään huumorin avulla tai juttelemalla asioista, jotka saavat potilaan ajatukset pois itse tilanteesta.

Mut sielläkin niin, niin että onko se tarpeeks yksityisyyttä suojattu, jos laittaa verhot eteen, ja sillä lailla. Kuitenkin sitten toiset tietää, mitä siellä toimenpidettä tekee. (H4)

Jos potilasta ei voi suojata esimerkiksi sermeillä vuodepesun aikana, pyrkii peittelemään potilasta ja pesemään siten, että ei koskaan humauta peitettä vaan pikku hiljaa paljastelee. Tekee vuodepesun koulunoppineesti ja yrittää jutella ja olla niin, ettei potilas kokisi oloaan vaivautuneeksi. (H1)

Yksityisyyden huomioimiseen liittyy myös se, että potilashuoneesta pyritään edellä kuvatuissa tilanteissa tekemään mahdollisimman häiriötön. Jos paikalla on omaisia tai vierailijoita, heitä pyydetään poistumaan tilanteen ajaksi. Myös huoneessa olevia muita potilaita saatetaan pyytää poistumaan, jos heidän vointinsa mahdollistaa liikkumisen. Yksi hoitajista kertoi kunnioittavansa potilaan yksityisyyttä jättämällä potilaan rauhassa alusastialle, jolloin tämä soittaa hoitajan paikalle, kun on valmis. Toinen hoitaja puolestaan nosti esille potilashuoneen oveen koputtamisen yksityisyyden kunnioittamisen keinona.

Itsestä tuntui kurjalta, kun tullaan huoneeseen koputtamatta, ovi vain aukeaa, huone on kuitenkin potilaiden pesä, koti sen aikaa, kun he ovat täällä (H2)

Tilan rauhoittaminen on keino kunnioittaa potilaan yksityisyyttä myös silloin, kun tutkimus tai hoitotoimenpide tehdään tutkimuhuoneessa tai lääkärikansliassa. Tämä tapahtuu huolehtimalla siitä, että huone on varattu tutkimuksen tai toimenpiteen ajaksi, jolloin kukaan ei tule ovelle kyselemään ja rikkomaan tilannetta. Tilanteessa ei liioin ole läsnä muuta kuin ne henkilöt, joita välttämättä tarvitaan. Jälleen yksi mainituista huomioimisen keinoista on potilaan ajatusten suuntaaminen juttelun avulla pois itse tilanteesta. Toisaalta yksityisyyttä huomioidaan myös valmistamalla potilasta koskettamiseen kertomalla potilaalle etukäteen ja itse tilanteessa, mitä tehdään, miten ja miksi. Toinen lääkäreistä totesi myös, että kun hän tutkii potilasta, yksityisyyden kunnioittaminen on myös sitä, että hän huomioi potilaan odotukset valitessaan tutkimusjärjestyksen. Tällä hän viittasi siihen, että jos potilas on saapunut osastolle kipeytyneen ranteen vuoksi, tämä odottaa, että lääkäri tutkii ensin ranteen.

Kun potilas joutuu riisuutumaan tutkimusta tai hoitotoimenpidettä varten, toinen lääkäreistä kertoi pyrkivänsä antamaan potilaalle sellaisen vaikutelman, että kehon paljastaminen tällaisessa yhteydessä on luonnollinen ja tilanteeseen normaalisti kuuluva. Hän kertoi, ettei hän halua ”tehdä tilanteesta numeroa” ja siksi hän yleensä tekee jotain muuta potilaan riisuutumisen aikana vältellen katsekontaktia. Lääkäri korosti myös sitä, ettei potilasta koskaan riisuteta tarpeettomasti. Potilaiden, hoitajien ja lääkäreiden vastausten perusteella voidaan todeta, että myös eräänlaisessa ammatillisessa roolissa toimiminen, ammatillisen etäisyyden ottaminen voi vaikuttaa siihen, ettei potilas koe koskettamista ja kehon paljastamista yksityisyytensä loukkamisena.

Toisaalta, mä luulen, että ammattitaito on se tärkein. Että se, että näkee ihmiset alasti, niin siinä ei ole niinkun mitään semmosta, että itsellä olis mitenkään kummallinen olo. (H3)

– – oma asennoituminen siihen tilanteeseen ja niinkö ajattelemisen siltä, että hän on hoitaja, joka tekkee tätä työkseen. Eikä arvostele siinä, että minkälainen kroppa minulla on tai muuta vastaavaa. (P4)

Wc:ssä ja peseytymisessä avustaminen ovat tyyppillisiä tilanteita, joissa hoitaja on kahden kesken potilaan kanssa ja joissa hyvin konkreettisesti liikutaan potilaan fyysisen yksityisyyden rajapinnoilla. Hoitajat kertoivat, että myös pesutilanteessa edetään

potilaan ehdoilla, eli tämä itse päättää esimerkiksi siitä, avustaako hoitaja myös intiimialueiden pesussa. Tämän potilas voi ilmaista niin sanallisesti kuin sanattomasti (ks. tarkemmin luvusta 5.3.1). Hoitajat pitivät pesutilannetta hyvin konkreettisena ja luonnollisena paikkana kysyä sellaisia asioita, mitä ei aina tulohaastattelussa tule esille. Pesutilanteeseen liittyviä keskustelunaiheita ovat esimerkiksi ihonhoito ja se, pystyykö potilas itse hoitamaan ihonsa ja peseytymisen kotona vai onko häntä joku siellä auttamassa. Hoitajien mukaan pesutilanteessa saatetaan myös keskustella enemmän ”niitä näitä” kuin muissa vuorovaikutustilanteissa, kun yritetään auttaa potilasta saamaan ajatukset pois tilanteesta ja mahdollisesta kivusta. Myös huumoria käytetään arkaluontoisen tilanteen pehmentämiseen.

Ihan yleisistä asioista kaikista. Esimerkiksi lääkkeet, ihosta ja jaloosta – – Hoitajat pyrkii neuvomaan kaikessa pesuaineasioissa ja rasvajutuissa ja tämmöisissä, että. Ja onko tullut nyt uutuuksia. – – Että silloin keskustellaan tavallaan siitä tilanteesta. (P4)

Ehkä se on huumori, sitten... millä niinku...yrittää selvitä – – sitä yrittää niinku keventää... keventää ja niinkun... poistaa sen potilaan kokeman häpeän. (H2)

Potilaan sosiaalisesta yksityisyydestä huolehditaan muun muassa siten, että hoitajat pyrkivät ohjaamaan potilaan ja vierailulla olevat omaiset tiloihin, joissa he voivat keskustella rauhassa, kuten osaston päiväsaleihin, nurkkauksiin tai sairaalan kanttiiniin. Lisäksi hoitajat saattavat kehottaa väsymystään viestivän potilaan vierailijoita lähtemään, jotta potilas saa levätä. Myös tarjoamalla potilaalle mahdollisuuden vaihtaa vuodepaikkaa, jos tämä kokee nykyisen potilashuoneen liian rauhattomaksi tai huonetoverinsa liian uteliaaksi, hoitaja huolehtii potilaan sosiaalisesta yksityisyydestä.

Hoitajat pitivät anteeksipyyntöä ja tilanteen ja siihen johtaneiden syiden selvittelymistä keinoina pyrkiä palauttamaan rikkoutunut luottamus silloin, kun he huomaavat loukanneensa potilaan yksityisyyttä. Ja jos tilanne ei muuten tunnu laukeavan, potilaalle tarjotaan mahdollisuutta vaihtaa omahoitajaa seuraavalle hoitajaksolle. Ongelmallisia tilanteita saatetaan käydä läpi myös muun henkilökunnan kanssa, jotta vastaavien tilanteiden toistuminen voitaisiin ehkäistä.

5.2.2 Yksityisyyden huomioimiseen vaikuttavat tekijät

Tässä luvussa tarkastellaan, millaiset tekijät voivat hoitajien ja lääkäreiden mielestä vaikuttaa siihen, miten hoitaja tai lääkäri kulloinkin huomioi potilaan yksityisyyttä. Luvussa esitellään myös heidän näkemyksiään siitä, missä määrin ja milloin yksityisyyden huomioiminen on intuitiivista ja koska taas tietoista ja tavoitteellista.

Hoitajien ja lääkäreiden mielestä jokaisella on oma tapansa huomioida potilaan yksityisyyttä omassa toiminnassaan eli kullakin hoitajalla ja lääkärillä on oma yksilöllinen toimintamallinsa. Tätä toimintamallia ja yleensä potilaaseen suhtautumista osa vastaajista piti persoonallisena ominaisuutena, ts. he kokivat aina olleensa sen luonteisia, että he huomioivat potilaan yksilöllisesti ja sitä myötä kunnioittavat tämän yksityisyyttä. Yksi hoitaja toi esille kasvatuksen merkityksen siihen, miten hän asennoituu ja potilaaseen ja tämän yksityisyyteen. Hänen mielestään kunnioittava suhtautuminen potilaaseen lähtee lapsuudesta. Toinen hoitaja taas pohti sitä, kuinka ikääntyminen on vapauttanut hänen suhtautumistaan potilaan koskettamiseen ja arkaluontoisten kysymysten esittämiseen potilaalle.

Mun mielestä mulle on aina kuulunu sellanen, sellanen, että niinku puhuu paljon potilaitten kanssa ja niinku toimenpiteissä pyrkii tuomaan ja kaikissa tilanteissa niinku sellasta että, että niinku laukasee sitä tilannetta tavallaan sillä lailla puhumalla ja näin. (H4)

Mä niinkun ite ajattelisin, että kyllä mä niinkun oon varmaan aina ollu sen tyyppinen, et ne, ja kiinnostunut ihmisistä. – – Et en mä niinku näkis, että ikä ja kokemus olis niinku loppujen lopuks vaikuttamassa. (H1)

Että nuorena ei toista sukupuolta...on va, liikaa varoi koskettamasta. Et nyt kun on ikää, niin sillä tavalla ei oo taas sillä niin paljon mun mielestä merkitystä, siihen ei liity sitä... sitä sensuelliutta niin paljon kun, kun koskettaa. (H3)

Osa vastaajista näki myös oman tai läheisen sairaalakokemuksen – oli kyse sitten poliklinikka- tai vuodepotilaana olemisesta – vaikuttaneen käsityksiinsä potilaan yksityisyyden kunnioittamisesta. Yksi hoitajista kertoi, miten hän on pyrkinyt poliklinikalla käytyään muistaa, kuinka hyvin käytävällä istuvat potilaat kuulevat kansliassa käydyt keskustelut. Hän pohti myös sitä, kuinka valmistautuessaan tulevaan leikkaukseen, tulee valmiiksi asennoiduttua myös potilaan roolin omaksumiseen ja yksityisyyden menetyksiin siihen kuuluvana.

Mutta sitten omaisena niin, se tilanne on tietenkin erilainen ja. Sillä on niinkun... että miten niinkun jonkun asian kokee tunteella ja miten se saattaa olla faktana niin, ei välttämättä pysty tietysti ajattelemaan niin rationaalisesti että, että tässä nyt oli semmoinen tilanne, että oli kiire tai joku muu, että,... et se... on ymmärrettävästi niinkun tietysti erilainen... erilainen sitten. (L2)

Hoitajat kertoivat, että koulutuksessa oli tuotu hyvin esille potilaan yksityisyyteen ja sen huomioimiseen liittyvät asiat. Tähtäsiväthän koulutuksessa korostetut hoitotyön periaatteet jo sinälläänkin potilaan huomioimiseen ihmisenä ja yksilönä, mikä sisälsi ajatuksen potilaan yksityisyyden ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamisesta sekä intimiteetin suojaamisesta. Lääkäreiden mielestä ilmiötä oli sivuttu lääkärikoulutuksessa varsin niukalti, vaikka potilaan yksityisyyden huomioimisen peruseriaatteet olikin tuotu esille. Heidän mukaansa harjoittelujaksojen ja työn mukanaan tuoma kokemus on vaikuttanut koulutusta enemmän omiin toimintatapoihin. Työssä oppiminen voi tapahtua paitsi omakohtaista kokemusta kartuttamalla myös seuraamalla työkavereiden toimintaa osaston erilaisissa vuorovaikutustilanteissa.

Mutta kyllä meille sitä... näitä hoitotyön periaatteita kovasti... korostettiin. Että musta nämä puolet tuli ainakin mun koulutuksessa hirveen hyvin. – – Kyllä meillä varmaan oli ihan semmosta pohdintaa... Ja me tehtiin paljon ryhmitöitä, niin varmaan oli semmosta pohdintaa, että mitä se niinku käytännössä... sitten merkitsee. Ja opetettiinhan, muun muassa se potilaan suojaaminen oli erittäin tärkeää ja... ja just sitä, että huoneessa niinku ei puhuttu muitten asioita ja... Et must se oli aika niinku... korkea moraalii oli tässä, tässä asiassa. (H2)

... niin... mulla ois se muistikuva, että ei sitä nyt hirveän paljon puhuttu. Tuota... mut kyllä siitä kumminkin jonkin verran... verran siinä alkuvaiheessa oli, että. Ihan tätä... vois sanoa, että käsittelyä ja haastattelua ja näitä, niin kyllähän niitä sillon, sillon käytiin niitä läpi. Kyllä kai se niinkun pääsääntöisesti opittua vuosien aikana. Jos ajatellaan sitten, et miten se menee. Ja vois sanoa, että jokainen tekee sitten... omalla tavallaan. Kuka paremmin, kuka huonommin sitten että. Mutta kyllähän ne perus... peruseriaatteet niin on kyllä lääkärikoulutuksessa tullu niinkun esille. (L1)

Työssäoppimisen merkitys nousikin esille jokaisen hoitajan ja lääkärin pohdinnoissa. Virheiden kautta ja kokemuksen myötä oma toimintamalli muotoutuu ja tietyt toiminnot voivat automatisoitua, mikä vapauttaa hoitajan ja lääkärin voimavaroja kiinnittämään huomiota sellaisiin asioihin kuten potilaan yksityisyyteen. Vastaajien mukaan myös osa kunnioittamisen keinoista automatisoituu kokemuksen karttuessa. Esimerkiksi väliverhojen vetäminen potilaan suojaksi silloin, kun tätä tutkitaan potilashuoneessa, tapahtuu vastaajien mukaan automaattisesti. Toisaalta liiallinen rutinoituminen ja mekaanistuminen saattavat joidenkin hoitajien mielestä heikentää huomion kiinnittämistä potilaan yksityisyyteen.

– – että se on varmaan kaikessa oppimisessa, oppimisessa, että tietyt asiat voi tulla rutiineiksi ja niihen ei kulu energiaa ja. Ja sitten... niin tavallaan semmonen... sitä opittua tietoa pystyy jotenkin niinkun, niinku soveltamaan... laajamittasemmin tai jollain tavalla niinkun tosiaan sovelletusti, että. Että se ei oo niin, niin semmosta... stereotyyppistä. (L2)

Varmaan se on kokemuksen myötä tullu, että... et... Alkuvaiheessa... kun oli niinkun hirveän kiinn, niinkun kiinnostunu potilaasta ja halus niinkun hirvittävän kovasti auttaa, niin se, että tota... yritti vähän liikaakin sitten mennä niinkun, ja murtaa sitä muuria ja, ja auttaa ja. Et sen on oppinu sen, että pitää koko ajan toimia niinkun sen ihmisen ehdoilla, että, että se, sitä muuria pitää kunnioittaa (H1)

Hoitajat nostivat esille henkilökohtaisen oivalluksen tärkeyden pohtiessaan potilaan yksityisyyden huomioimista. Tällä viitattiin siihen, miten jokaisen tulisi henkilökohtaisella tasolla oivaltaa oma roolinsa hoitajana ja se, mikä hänen työnsä ja toimenkuvansa on. Oivalluksella tarkoitettiin myös hoitotyön periaatteiden sisäistämistä ja niiden siirtämistä käytäntöön sekä sen hahmottamista, miten suhtautuu potilaisiin ja ylipäänsä ihmisiin ja erilaisuuteen.

– – se lähtee hirveän paljon ihmisistä, että niistä hoitajista, että on, on niinkun sisäistänyt sen sellasen... niinku ihmisen hoitamisen, mitä se on, ja ne... ja ymmärtää, mitä ne periaatteet merkitsee. – – Käytännössä ja toimii niitten mukaisesti... et se ei oo vaan... joku rimpsu tai seinällä oleva, oleva litania. – – Ja sitten kun se on hirveän paljon siitä ihmisestä, jokaisesta hoitajasta itse lähtevää... niin miten se niinkun arvostaa sitä...ihmistä. Sitä on tosi vaikee niinku viiä kehityksenä jonnekki toiselle, koska se on vaan ihmisen sisällä. (H1)

Lääkäreiden ja hoitajien mielestä osaston hoitokulttuurilla ja ilmapiirillä on tärkeä rooli potilaiden yksityisyyteen suhtautumisessa ja siinä, miten yksityisyyttä kunnioitetaan käytännössä kussakin yksikössä. Hoitajat kertoivat osastonhoitajalla olevan suuri merkitys sille, miten osaston arvoja ja hoitotyön periaatteita toteutetaan osaston toiminnassa. Hoitokulttuuriin vaikuttaa useiden vastaajien mielestä myös se, toteutetaanko osastolla yksilövastuista hoitotyötä. He arvelivat omahoitajajärjestelmän lisäävän sekä potilaan kohtelemista yksilönä että tämän yksityisyyden kunnioittamista. Myös sen, onko kyseessä konservatiivinen vai akuutti osasto, katsottiin heijastuvan hoitokulttuurin myötä yksityisyyteen suhtautumiseen ja sen kunnioittamiseen.

Ja mun mielestä se ei ole pelkästään suhteessa potilaisiin, se yksityisyys. Musta se, se lähtee tästä henkilökunnan omasta, omasta toiminnasta ja filosofiasta. Kuinka, kuinka kohtelemme toinen toisiamme? Mä luulen, että se kasvu on se kaikkein tärkein, kun sillon se, se potilaankin yksityisyys toteutuu paremmin, jos me työntekijöinä kunnioitamme toinen toisiamme. – – hoitajien hoitokulttuuri on se kaikkein tärkein... Se puhetapa siellä hoitoyhteisössä, kuinka ihmiset ajattelevat itsestään sisällään. Siitä se lähtee sitten se, se pallo pyörimään potilaaseen päin. (H3)

Ei me voida sitä [yksityisyyttä] koko ajan ajatella. Vaan, vaan toki tää... sitähan menee sitten, jos jokaisessa asiassa joutuu miettimään, että mitäs tässä seuraa ja mitä tässä seuraa... niinkun, eihän tästä toiminnasta tule mittään. – – Jollain lailla se pitää olla niinku suosista jossain toimintakulttuurissa jo suoraan, suoraan sen mukaan, että se pitää tulla niinku automaattisesti. (L1)

Moni piti kiirettä yhtenä riskitekijöistä ajatellen potilaan yksityisyyden huomioimista. Toisaalta jotkut hoitajista totesivat, että kiireellä ehkä selitetään liikaakin hoitotyössä tapahtuvia kolhutilanteita. Tällä he tarkoittivat sitä, että ne, jotka ovat hyviä ammatillisesti ja ovat sisäistäneet hoitotyön periaatteet ja arvot, tekevät työnsä kiireenkin keskellä hyvin.

Ja tietysti kaikki kiire vaikuttaa paljon siihen että, että missä määrin sit on tavallaan niinkun pakkokin... puhua, kaikista asioista niinku siinä kiertotilanteessa. (L2)

Että, ehkä aina niitä kolhutilanteita on ne, ne kiirevaiheet, jos liian nopeasti potilaita pitää ohjata eri paikkoihin tai, tai kiireesti paikasta toiseen. Siinä tulee ne nimet helposti esiin, tai sitten jotenkin niitä asioita voi huomaamatta sanoa sitten kovemmalla äänellä kuin pitäisikään. (H3)

Käytännön rajoituksista osaston tilaratkaisuilla nähtiin olevan suuri merkitys potilaan yksityisyyden toteutumiseksi. Tällä ei viitattu ainoastaan suurten potilashuoneiden mukanaan tuomiin haasteisiin vaan myös siihen, että osastot tarvitsisivat hiljaisia huoneita, jonne potilas voi halutessaan vetäytyä omaan rauhaan ja tiloja, joissa potilaat voisivat vierailijoineen keskustella rauhassa. Osastolla oli koettu ongelmaksi kansliasta ja lääkehuoneesta käytävälle kantautuvat keskustelut ja puhelin keskustelut. Näihin ongelmakohtiin oli pyritty löytämään ratkaisu siirtämällä poliklinikkapotilaiden odotustila kanslian edestä käytävän päähän, jolloin potilaat eivät kuule kansliassa tai lääkehuoneessa käytyjä keskusteluja, ja pyrkimällä huolehtimaan siitä, että näiden ovet pidetään kiinni.

Mut kyllähän se on aika huonosti, et eihän meillä oo mitään vierashuonetta tai omaisten huonetta – – Oleskelutila on tietysti sellanen ja, ja tota sitten nää yhden hengen huoneet, että. Tietysti meille ei oo ongelma, koska ne on niin lyhyviä aikoja, mutta sitten varmaan on osastoja, esimerkiks justiin varmaan syöpäosasto, et jossa on tosi pitkään ja... ja tulevat tuolta kaukaa. Niin siellä se nousee niinkun äärettömän tärkeeks asiaksi, että pitäis olla sellanen huone, missä saa olla ihan, ihan rauhassa. (H1)

Kun hoitajat ja lääkärit pohtivat, missä määrin ja millaisissa tilanteissa yksityisyyden huomioiminen on vaistonvaraista ja milloin taas tietoisempaa, he kallistuivat siihen, että toiminta on melko pitkälle intuitiivista. Miettiessään, mistä he päättelivät liikku-

vansa potilaan yksityisyyden rajapinnalla, vastaajat käyttivät sellaisia ilmaisuja kuten intuitio, vaikutelmanvaraisuus, tuntosarvet ja aistiminen. Moni oli sitä mieltä, että yksityisyyden huomioimisen on oltavakin intuitiivista, koska potilaan yksityisyyteen ei voida kaiken aikaa kiinnittää (tietoisesti) huomiota. Tietoisena yksityisyyden huomioimista pidettiin tilanteissa, joissa on läsnä paljon kuulijoita tai joissa potilaan kehoa pitää paljastaa.

No mä ainakin aika paljon vähän vaistonvarasta... Ja... No onhan ne nyt tietysti siiten nämä tietyt, tavallaan niinkun perusperiaatteet, jotka sitten ottaa sitten huomioon, huomioon tässä yksityisasiassa, mutta aika paljon vaistonvarasta. (L1)

Pohtiessaan, miten potilaaseen liittyvät ominaisuudet voivat vaikuttaa siihen, miten hoitaja tai lääkäri suhtautuu tämän yksityisyyden kunnioittamiseen, hoitajat ja lääkärit mainitsivat yhtenä tärkeimmistä muuttujista potilaan kokeneisuuden sairastamisesta ja sairaalahoidosta. Enemmistö hoitajista ja lääkäreistä kertoi olevansa herkempiä juuri diagnoosin saaneen potilaan yksityisyyden suhteen.

No nää potilaat, jotka meillä niinkun on, niin monet on semmosia, jotka on ollu aikasemminkin... ja ovat ehkä olleet muuallakin sairaalassa... niin ne tavallaan tietää mitä niinku potilaan rooli on, ja mitä on hoitajan rooli, että... Yleensä mä en koe niissä... semmosta vaikeutta. Mut kyllä sitten miettii potilaita, jotka on yhtäkkiä niinku seisovilta jaloilta joutunut vuodepotilaiksi ja... joutuu laittamaan alusastiaa taikka avustamaan vessanpöntölle, alapesua tekemään ja muuta... niin miettii, että miten sitä niinku pehmentää. (H2)

Alussa se olihan selevä, kun ensimmäisiä kertoja sairaalaan kun meni ja... poliklinikalla kävi ja noin niin, alussa sitä jotenkin niin... tietysti kun oli nuorempikin ja vasta sairastamaan niinkö – – sitä niinkö hermostutti kaikki ne semmoset, jos piti vaatteita riisua tai... ties, että kun oli mieslääkäri, niin ujostutti kovasti. (P4)

Potilaan tunteminen voi hoitajien mielestä edistää tämän yksityisyyden huomioimista. Hoitosuhteen jatkuvuus mahdollistaa tutustumisen potilaaseen, mikä puolestaan auttaa hoitajaa arvioimaan ja tuntemaan omien potilaidensa rajat, jolloin niihin ei välttämättä kulu niin paljon energiaa vuorovaikutustilanteissa.

No mun mielestä ei kyllä [vaikuta onko uusi vai tuttu potilas]. Et tietysti se, että kun on niitä tuttuja potilaita, niin niistä tietää hirveen paljon, että niistä... niinku jo tietää ja, ja tuntee, mutta se, että, et jokainen uskin on niinku sillä lailla tärkeä, että tota... heti niinku arvioi ja aistii siinä, siinä jo, jo sitä uutta tilannetta ja, samalla laillahan ne kaikki sitten. Ja tietysti vanhoissa huomaa sen, että, että se on niinkun kehittyny se sellanen... hoitosuhde eteenpäin menny, että, että on avauduttu enemmän. (H1)

Potilaan sukupuolella oli hoitajien ja lääkäreiden mukaan vaikutusta lähinnä silloin, jos potilas joutuu paljastamaan kehoaan vastakkaista sukupuolta olevan hoitajan tai lääkärin läsnäollessa. Lääkärit mainitsivatkin toimivansa varovaisemmin silloin, kun tutkittavana potilaana on nuori nainen. Hoitajien mukaan miespotilaat saattavat arastella naispotilaita enemmän esimerkiksi suihkutilanteissa, tunteiden näyttämisessä ja avuntarpeen myöntämisessä. Kaikki haastateltavat eivät katsoneet potilaan sukupuolen vaikuttavan omaan käyttäytymiseensä.

Iällä ei mun mielestä oo merkitystä... että voi olla sekä vanhassa että nuoressa semmosia, jotka tarvitsee, mutta et ehkä... Ehkä sitä herkemmin sitten lähestyy naisia. Että ehkä se... kyllä mä pystyn miehiäkin koskettamaan, mutta... Miehistä ei niin näe, ne on semmosia sinnittelijöitä monesti. Niistä ei niinku näe sitä. Että he haluaa niinku näyttää, että kyl he selviytyy. Et se kynnyks niinku on korkeempi... jotenkin tuoda esiin sitä omaa avuntarvetta. (H2)

Hoitajat pitivät myös potilaan ikää tekijänä, joka voi vaikuttaa potilaan yksityisyyden huomioimiseen. Hoitajien keskuudesta löytyi vastakkaisia näkemyksiä sen suhteen, kummatko ovat häveliäämpiä ja arempia kehonsa suhteen, nuoret vai iäkkäät potilaat. Potilaan ikä voi hoitajien mukaan vaikuttaa myös haastatteluihin ja keskusteluihin, koska eri ikäryhmiin kuuluvat voivat kokea tietyt kysymykset hyvin eri tavoin. Esimerkkinä yksi hoitaja mainitsi sen, kuinka vanhemmat ja työssä olleet yleensä kokevat vaikeammaksi sosiaalitoimistossa asioinnin ottamisen puheeksi kuin nuorempaan ikäryhmään kuuluvat.

Niin no ehkä sitä nuor, nuorten kohdal... tai ehkä siihen... - - ehkä herkemmin kysyy, että miltäs sinusta nyt tuntuu, kun minä teen näin. -- Että siihen niinku jotenki tsemppaa eri lailla, että, että mitä se nyt ajattelee, kun täällä tehdään näin. (H4)

Potilaan tunnetila saattaa sekä herättää hoitajassa ja lääkärissä tarpeen kiinnittää tavanomaista tarkemmin huomiota potilaan yksityisyyteen. Toinen lääkäreistä kertoi huomioivan tietoisemmin sellaisen potilaan yksityisyyden, joka vaikuttaa aralta tai epäilevältä. Tällaisten potilaiden kohdalla hän sanoi pyrkivänsä tavanomaista tiukemmin pysymään asialinjalla ja välttämään arempia asioita keskustelussa.

Ja sitten varmaan se että, että missä elämäntilanteessa se ihminen on. Että jos se on kovin henkisesti vaikeassa elämäntilanteessa, niin se on semmonen arempi. (H3)

5.3 Potilas oman yksityisyytensä säätelijänä

Tässä luvussa kuvataan hoitajien, lääkäreiden ja potilaiden näkemyksiä siitä, miten potilaat pyrkivät suojelemaan yksityisyyttään niissä osastohoidon aikaisissa vuorovai-
kutustilanteissa, joissa liikutaan heidän yksityisyytensä rajapinnoilla. Tulokset käsit-
televät sekä sitä, miten potilas säätelee ja puolustaa yksityisyyttään suhteessa henki-
lökuntaan ja toisiin potilaisiin että sitä, miten potilas pyrkii ehkäisemään yksityi-
syytensä loukkaamisen.

5.3.1 Yksityisyydenrajojen tunnistaminen potilaan viestinnästä

Hoitajilta ja lääkäreiltä kysyttiin, miten potilas saattaa ilmaista yksityisyydenrajansa kahdenkeskisissä keskusteluissa ja tilanteissa, joissa potilas joutuu paljastamaan kehoaan tai joissa häntä kosketetaan osana tutkimusta tai toimenpidettä. Ainoastaan hoitajat kuvailivat sitä, mistä he päättelevät liikkuvansa potilaan yksityisyyden raja-
pinnoilla ja sen, koska he ovat ylittäneet tämän rajan. Lääkärit puhuivat potilaasta saatujen vaikutelmien mukaan toimimisesta, mutta eivät analysoineet tarkemmin, mistä nämä vaikutelmat tarkalleen syntyvät.

Mutta ei, en mä niinkun osaa sanoa mitään yksittäistä asiaa. Se on vaan semmonen. Se on ehkä vähän semmonen tunne, tunne että, että tässä tilanteessa pitää jotenkin olla vähän erilainen.
(L1)

Tulohaastattelussa, ohjauskeskustelussa tai muissa keskustelutilanteissa potilas viestittää yksityisyydenrajansa hoitajien mukaan usein sanattomasti, vaikka rajat voidaan toisinaan ilmaista hyvin suorasanaisestikin sanomalla, ettei halua keskustella esille tuodusta aiheesta tai toteamalla tiukkaankin sävyyn, ettei kyseinen asia kuulu hoitajalle. Hoitajat kertoivat päättelevänsä potilaan ilmeistä, eleistä ja olemuksesta, koska kysymys ja keskustelu koskettaa potilaan araksi kokemaa aihepiiriä ja siten edellyttää hoitajalta erityistä herkkyyttä. Myös potilaan tunteenpurkaus ja sen peittely tai sen selittely viestii usein siitä, että nyt keskustellaan sellaisesta asiasta, jota potilas pitää häpeällisenä tai muuten kipeänä aiheena. Tästä voivat kieliä myös potilaan niukkasanaisuus, vaikeneminen ja puheenaiheen vaihtaminen.

Niin se nyt näkyy siitä, et ehkä voi tulla kyynel silmiin, ja se jo niinku, ja voi tulla hiljasuutta ja, ja ei niinku pystykään puhumaan. – – Sitte voi olla ihan, ihan ihan sellasta, että... et ihminen vaan niinkun itkee ja puistaa päätään eikä, eikä se halua kertoa enempää. (H1)

Jos alkaa niinkun puhumaan hyvin yksittäisillä sanoilla ja lyhyesti niin se on mun mielestä semmonen merkki, että nyt mun pitää niinkun, mun ei nyt tällä kertaa saa kysyäkään enempää ja tää ihminen haluaa niinku jättää aika, aika ison tilan siihen meiän välille. (H1)

Potilas ei välttämättä esitä suoraan kysymyksiä asiasta, joka häntä huolestuttaa vaan lähestyy tätä yksityisenä pitämäänsä aluetta kautta rantain ja vihjailevasti. Tällöin hoitajan on aavisteltava ikään kuin rivien välistä ja kokemuksensa perusteella, mistä asiasta potilas todellisuudessa haluaisi keskustella. Näin on esimerkiksi silloin, kun potilas tarvitsisi apua taloudelliseen tilanteeseensa tai jos potilaalla on seksuaalisuuden alueeseen liittyviä huolia parisuhteessaan. Potilaat saattavat peitellä tunteitaan ja kiusaantuneisuuttaan myös huumorin avulla tai vähättelemällä itseään. Hoitajien mukaan potilas saattaa myös pahoitella hoitajalle esimerkiksi sitä, että hoitaja joutuu auttamaan häntä alusastialle tai portatiiville.

Mut ehkä hän... se saattaa tulla sitten esille sillä tavalla, että hän kysyee kovasti lääkkeitten hintoja... esimerkiksi. Taikka sit sitä, että haluaa pian pois sairaalasta, niin saatan sitten kysyä, että onko hänellä jotakin erityistä... negatiivista kokemusta sairaalaa vastaan, taikka jotakin, että... Saattaa sieltäkin löytyä sitten taloudelliset syyt. (H2)

Mutta monta kertaa miehillähän voi olla semmonen karski huumorikin, jolla peittää sitä... niinku semmosta pelkoa ja ahdistusta. (H4)

Ja sitten jotenki kun potilas saattaa... tehdä sitä tai ihmetellä, että kun heistä on tämmöstä vaivaa ja tekin joudutte tämmöstä ja tämmöstä tekemään (H2)

Pohtiessaan sitä, mistä he aavistavat, koska potilas pitää kosketusta luonnollisena ja milloin taas yksityisyyttään loukkaavana tai muuten epämiellyttävänä, hoitajat kertoivat tarkkailevansa potilaan sanatonta viestintää ja käyttäytymistä. Potilaan kavahtaminen, pään kääntäminen pois päin tai askeleen ottaminen taaksepäin ovat heidän mukaansa merkkejä siitä, että potilas ei pidä siitä, että hänen kehoonsa kosketaan. Pesutilanteessa potilas voi piirtää yksityisyytensä rajat myös siten, että kun ollaan siirtymässä intiimeiksi koettuihin kehonalueisiin, hän nappaa pesulapun hoitajalta itselleen. Tämän hoitaja kertoo tulkitsevansa vihjeeksi siitä, että potilas haluaa pestä intiimialueensa itse.

5.3.2 Yksityisyydestä huolehtiminen suhteessa toisiin potilaisiin

Tutkimukseen osallistuneet potilaat eivät kokeneet tarvetta huolehtia yksityisyydestään suhteessa henkilökuntaan. Pohtiessaan, millaisissa tilanteissa he pyrkivät suojelemaan omaa yksityisyyttään, potilaat kuvasivatkin yksinomaan tilanteita, joissa yksityisyydestä huolehdittiin suhteessa toisiin potilaisiin. Kun potilas haluaa pitää yksityisasiat omana tietonaan, hän voi kertoa omahoitajalle, mitä asioita ei saa mainita lääkärintierolla. Potilaiden välisissä keskusteluissa omasta yksityisyydestä voidaan potilaiden mukaan huolehtia siten, että jätetään vastaamatta sellaisiin kysymyksiin, joiden ei katso kuuluvan muille tai vastataan kysymykseen niin sanotulla valkoisella valheella.

Mulla on yks potilas semmonen, että hän tulovaiheessa toivonu, että pannaan lappu siihen potilaspapereitten päälle, että hänen asioistaan ei keskustella huoneessa... muuta kuin ihan välttämättömimmät. Ja sitten se näkyy siinä, että tällöisiä yhden hengen huoneen toiveita on, kun potilas tulee osastolle. (H2)

Sanotaan, että ihminen saa sanoa valakosia valaheita. Mä oon joutunu käyttämään sitäkin konstia. – – Sillon kun mennee kovin henkilökohtasiin ne asiat. Niin sillon on ollu pakko. Joko se tai sitten tuota on vaan vetäny tietyn rajan, että mihin kerron ja mihin en. (P4)

Potilaat kertoivat myös, etteivät itse ota puheeksi sellaisia asioita, joita he eivät halua jakaa muiden potilaiden kanssa. Potilas saattaa myös jättävää keskustelualoitteen vastapuolelle sellaisista asioista, joita hän itsekin pitää yksityisinä. Hän ei siis esitä toisille sellaisia kysymyksiä, joihin hän itsekään ei haluaisi vastata. Vastavuoroisuuden odotus nousi muutenkin vahvasti esille potilaiden vastauksissa. Syntyy vaikutelma, että kunnioittamalla toisten potilaiden yksityisyyttä potilas pyrkii siihen, että toiset kunnioittavat hänen yksityisyyttään.

Se on mun mielestä sitä yksityisyyttä aika paljon näitä... Sillä viisiin ku aattelee että ennen tuntemattomat ihmiset niin voi olla että parempikin on että, että... että on mitä hyvänsä sairastanu ja teki työkseen tai, niitä lähtis kyselemmään, suoraan, joku saa kertoa mitä haluaa ja, mitä siinä nyt edes kyselemmään. (P1)

Vastaajien mukaan toisen potilaan yksityisyyden kunnioittaminen ilmenee utelmyksestä pidättäytymisen lisäksi siten, ettei toisen potilaan reiviä ylitetä luvatta kajoamalla tämän tavaroihin tai istumalla tämän vuoteelle. Toisen potilaan yksityisyyttä saatetaan kunnioittaa myös poistumalla potilashuoneesta huonetoverille tehtävien

toimenpiteiden tai tutkimusten ajaksi sekä silloin, jos vuodelevossa olevalla huone-
toverilla on vierailijoita tai tämä joutuu asioimaan alusastialla. Toista potilasta
voidaan tukea myös pyrkimällä vähentämään tämän tuntemaa häpeän tunnetta.

Että, en määkään mene kenenkään sängylle, enkä kenenkään tavaroita penkomaan. (P2)

Jos suinkin vaan mahdollista niin, mä pyrin, oon pyrkiny lähtemään silloin [kun huonetoveri on
alusastialla] pois huoneesta. Jos on ollu omakin tilanne semmonen, että ei oo pystyny, niin siten
mä oon vain sanou, että ei tuota... sanon sen, että kun meillä on ite kullakin nää omat sairauet,
niin ei niille saa mittää. Että se on ihan luonnollinen asia siinä. Että ei niitä tarvii arastella
eikä... vaivautua meistä muista, vaikka se siltä tietysti tuntuu. (P4)

Potilashuoneesta poistumista potilaat käyttävät myös huolehtiakseen omasta sosiaali-
sesta ja psykologisesta yksityisyydestään. Kaivatessaan omaa rauhaa, potilaat saatta-
vat lähteä esimerkiksi osaston käytävälle, oleskelutiloihin kuuntelemaan musiikkia
tai ulkoilemaan. Yksi potilas kertoi hyödyntäneensä mahdollisuutta mennä kotiin
nukkumaan, koska hän ei halunnut edes yrittää nukkua kahden muun potilaan kanssa
samassa huoneessa. Potilaat kertoivat myös mielellään siirtyvänsä vierailijoidensa
kanssa muihin tiloihin saadakseen seurustella rauhassa.

– – kyl mä lähen siitä heti niinku, ku mulle vieraita tulee, niin haluaa. Mä en halua olla siin
potilaitten kans... Se on sit... Se on niinkun mun omaa elämäni sitten, mikä ei kuulu
sairaalaan. (P2)

5.4 Potilaan yksityisyyden huomioimisen merkitys

Tässä luvussa vastataan kolmanteen tutkimuskysymykseen kuvailemalla potilaiden,
hoitajien ja lääkäreiden näkemyksiä siitä, millainen merkitys potilaan yksityisyyden
huomioimisella on potilaalle ja hänen hyvinvoinnilleen.

No, kyllä kai sil on terveyteenkin on vaikutusta, koska, koska tuota niin hyvällä mielellä niin
ruumiskin on hyvässä kunnossa. (P2)

Hoitajien ja lääkäreiden mielestä potilaan yksityisyyden huomioimisella on oma
merkityksensä potilaan kokeman kokonaistyytyväisyyden rakentajana. Se voi
vaikuttaa muun muassa siihen, miten onnistuneena potilas pitää hoitojaksoaan ja
kokeeko potilas tullessa sen aikana parempaan kuntoon. Kokemus yksityisyyden

toteutumisesta voikin vastaajien mielestä tukea yhtenä osatekijänä potilaan kuntoutumista ja paranemista.

Se on joillakin ihmisillä se on niin painava asia, on saanu jonkun tämmösen kolauksen, että se on, se heijastuu sitten, että ei... sitten välttämättä vaivastakaan oikein toivu, sitten kun on se, voi olla jokin tämmönen tapahtuma siellä taustalla. (L1)

Tämän puolesta puhuu myös hoitajien näkemys siitä, että yksityisyyden huomioiminen edistää hoitomyöntyvyyttä ja vaikuttaa siihen, miten potilas motivoituu ja sitoutuu hoitoonsa. Yksityisyyden huomioimatta jättämistä voi sen sijaan seurata välinpitämätön suhtautuminen omaa sairautta ja sen hoitoa kohtaan.

Sitä ei välttämättä aina huomaa, mutta mä luulen, että se lisää sitä turvallisuus—luottamussuhdetta – – Ja sitten jos jaksetaan niitä pieniä asioita täyttää potilaitten toiveissa, huomioida nämä tämmöset persoonaan liittyvät asiat, niin, niin ne voi tullakin sitten taas myönteisenä asiana takasin, niin että potilas kuntoutuu nopeammin, hänen vastaanottokykynsä voi olla parempi, mielikuva siitä että mitä se hänen sairautensa on niin on paljon lempeämpi ja rohkeus sitten on helpompi ottaa yhteyttä ja kysyä niin. Sillä on musta niin pitkälle se, se vaikuttavuus. (H3)

Negatiivinen suhtautuminen hoitohenkilökuntaan aiheuttaa negatiivisen suhtautumisen hoitoon – – sitä ei ota sit niin... niin hyvin omakseen jos [yksityisyyttä ei huomioida]. (P2)

Hoitosuhteen ja potilaan kokeman yksityisyyden toteutumisen välistä suhdetta pohtivat niin potilaat kuin hoitajat ja lääkäritkin. Potilaan yksityisyyden loukkaamisen katsottiin voivan heijastua hoitosuhteeseen luottamuksen menettämisenä, mistä voi kärsiä paitsi vuorovaikutuksen avoimuus myös hoidon antaminen ja toteuttaminen. Lisäksi kielteisen kokemuksen uskottiin leimaavan potilaan tulevia kohtaamisia lääkäreiden ja hoitajien kanssa, ja vaikuttavan siihen, miten potilas tulevaisuudessa hakeutuu hoitoon ja miten hän kokee sairaalaan joutumisen.

Ei se tuleminen olis silloin niin mukavata, tai mitenkä sitä... Ei tulis niin mielellään.. jos yksityisyyttä ei kunnioitettas. Ei tulis mielellään. – – En niinku kertos. Niin. Asioista kertos paljon vähemmän. Paljon jäis asioita omaks huoleks – – Niin sitä tavallaan niinkö olis jollakin lailla arka, arempi. (P4)

– – tänä päivänä kun voidaan myös sitten hoitopaikkoja vaihtaa, niin varmaan niitä vaihdoksiakin sitten tulee sitä myötä että, että jos potilas on kokenu siellä...ongelmia. (H3)

Siinä missä myönteinen palaute yksityisyyden huomioimisesta tulee lääkäreiden ja hoitajien mukaan yleensä osana potilaan kokonaistyytyväisyyttä, palautetta yksityisyyden loukkaamisesta annetaan harvoin itse asianosaisille; etenkin silloin, jos

loukkaavana osapuolena on ollut henkilökunnan edustaja. Esimerkiksi potilas, joka oli ollut paikalla, kun yhdelle hänen huonetoveristaan oli annettu syöpädiagnoosi lääkärintuella toisten potilaiden läsnäollessa, ei ollut antanut palautetta tapahtuneesta siitäkään huolimatta, että hän arveli palautteen voivan ehkäistä vastaavia tilanteita tulevaisuudessa.

Mutta mä en, mä en nyt siitä asiasta kyllä mennä sanomaan kellekkää enkä, enkä. Mun olis tietysti pitäny siinä vaiheessa sanoa, tai antaa palautetta, että elekkää toiste tehkö tämmöstä – – koska ne on mun mielestä jokaisen niitä... asioita, mitkä ei kuulu muille. (P4)

Vaikken mä niistäkään sanonu koskaan, jos jotain tää, jos on jotain niin ollu semmosta, mikä ei miellytä niin, mähän oon pitäny sen niinku itelläni. (P2)

Sama potilas kertoi kylläkin antaneensa toisessa yhteydessä palautetta henkilökunnalle siitä, kun hän oli kokenut huonetoverinsa liian uteliaaksi. Vaikuttaakin siltä, että potilaan yksityisyydenrajojen erilaisuus suhteessa henkilökuntaan ja suhteessa toisiin potilaisiin ilmenee myös potilaiden palautekäyttäytymisessä. Potilaat näyttävät antavan palautetta henkilökunnalle helpommin silloin, jos he kokevat toisten potilaiden uhkaavan tai loukkaavan heidän yksityisyyttään, kuin silloin, kun yksityisyyden loukkaajana on hoitaja tai lääkäri.

Oon joskus tuolla muualla päin maailmassa niin törmänny potilaisiin, jotka kyselöö liian ronskisti, liian uteliaasti – – mistä mä en oo tykänny. Ja silloin mä oon antanu palautetta siitä kyllä sillai, mä oon antanu hoitajillekin palautetta siitä. (P4)

Potilaat saattavat kertoa (yleensä muualla sattuneesta) yksityisyyden loukkauksesta jälkikäteen muille lääkäreille ja hoitajille. Tällaiset kokemukset säilyvät yleensä potilaan muistissa pitkään, ja yhden lääkärin mukaan ne ovat jopa mahdottomia purkaa. Lisäksi potilas saattaa yleistää kokemuksensa koskemaan laajemminkin terveydenhuoltoa.

Onhan sillä, on musta varsin suuri [merkitys], että jos potilas sen kerrankin kokee, kokee, että sitä hänen tilaa ja yksityisyyttä on loukattu, hänhän muistaa sen aina. – – No se vähän heijastuu niinku fiilikseen koko sairaalasta varmaan sitten. Että jos potilas hyvin paljon yleistää sitten. – – Ehkä vähän karrikoiden sanottu, että jos on täällä jollain osastolla tapahtunut, niin se on sitten koko keskussairaala on näin, että se, se saattaa jollakin niinkun mennä, mennä tavallaan yli sitten... yli, joku yksittäinen tapahtuma sitten. (L1)

Joidenkin hoitajien mukaan kokemus yksityisyyden loukkaamisesta saattaa heijastua potilaan käyttäytymiseen, jolloin henkilökunta tulkitsee potilaan käytöksen vaikeana tai jopa vihamielisenä. Tällöin potilas voi saada hankalan potilaan leiman, mikä puolestaan vaikuttaa siihen, miten henkilökunta kohtelee häntä. Ja tilanteessa, jossa potilas on entistä herkistyneempi yksityisyyden loukkauksille, saattaa syntyä eräänlainen kielteisten kokemusten noidankehä.

Ja jos näin ei oo käyny niin se voi olla niinku tosi vaikea leima sitten, kun joutuu uudestaan palaamaan kuitenkin näihin ammatti-ihmisten luokse. Ja se voi niinkun pilata täysin kaiken, että se voi pistää niinku alulle semmosen tosia vaikean... tilanteen. Että ehkä sitten potilas voi ollakin, et se käyttäytyy hyökkäävästi, vihamielisesti... jos hänen tällaista yksityisyyttä ei oo kunnioitettu. Ja sitte taas ihmiset tulkitsee hänet hankalana potilaana, vaikeana potilaana. Et niinku äärimmäisyys voi olla tällanen. (H1)

6 TULOSTEN KOONTI JA TARKASTELU

6.1 Tutkielman keskeiset tulokset

Potilaan osastohoidon aikaiseen yksityisyyteen kuuluu tämän tutkimuksen tulosten perusteella ne potilaan henkilökohtaiset asiat, joista potilaat eivät keskustele toisten potilaiden kanssa ja joita henkilökunnankaan ei tulisi ottaa esille toisten potilaiden kuullen. Nämä pitävät sisällään sellaisiakin aihepiirejä, jotka voivat hoitajien ja lääkäreiden mukaan olla arkoja asioita myös kahdenkeskisissä keskusteluissa potilaan kanssa. Yksityisyyteen luettiin myös henkilökunnan vaitiolovelvollisuus potilaan asioista ja potilaan mahdollisuus säädellä itseä koskevien tietojen kulkua. Yksityisyydellä viitattiin myös potilaan fyysisen intimitetin säilymiseen hoitotoimenpiteiden ja tutkimusten aikana (pääasiallisesti huolehtimalla näkösuojasta ja rauhoittamalla tila ulkopuolisilta), oman rauhan tarpeeseen, potilaan yksilöllisyyteen, itsemääräämisoikeuteen ja yksilönvapauteen. Määritelmät ovat yhdensuuntaisia aiemman tutkimustiedon kanssa (Jantunen ym. 1994, 32—34, 84—87). Kun vertailaan lääkäreiden, hoitajien ja potilaiden näkemyksiä yksityisyydestä, lääkäreiden vastauksissa korostui vaitiolovelvollisuus- ja tietosuojakysymykset sekä yleensäkin potilaan tiedolliseen yksityisyyteen liittyvät pohdinnat. Hoitajat taas tähdensivät potilaan ehdoilla etenemisen tärkeyttä ja yksilöllistä kohtelua. Tämä ei ole ensimmäinen tutkimus, jossa hoitajat ovat liittäneet potilaan itsemääräämisoikeuden ja yksilöllisyyden potilaan yksityisyyteen (Jantunen ym. 1994, 107; ks. myös Leino-Kilpi ym. 2000, 89). Potilaat itse tuntuivat arvostavan etenkin mahdollisuutta hallita itseä koskevaa tietoa, vapautta noudattaa omia tapoja ja tottumuksia sekä mahdollisuutta yksinoloon ja omaan rauhaan (ks. myös Jantunen ym. 1994, 72; Rosqvist & Rosqvist 1999, 51—52).

Kokonaisuudessaan saamani tulokset viittaavat siihen, että potilaan yksityisyys liittyy vahvasti *hallinnan tunteen säilymiseen*. Päätelmän puolesta puhuvat paitsi vastaajien näkemykset potilaan yksityisyydestä ja yksityisyyden kannalta kriittisistä puheenaiheista ja tilanteista, myös se, millaisiin asioihin moni potilaan yksityisyyden varje-

lemisen ja kunnioittamisen keinoista perustuu ja kohdentuu. Onhan moni niistä aihepiireistä, joita pidetään potilaan yksityisyyden kannalta haastavina ja herkkinä, kytköksissä potilaan selviytymiseen ja avuntarpeeseen tai muuten sellaisia, jotka saattavat kyseenalaistaa henkilön tunteen elämänsä hallinnasta. Esimerkkejä näistä yksityisistä ja aroista aiheista ovat psykologisen tuen tai kotiavun tarve, taloudellinen tilanne, perheongelmat ja seksuaalisuuden alue (ks. myös Jantunen ym. 1994, 38—56). Ajattelen jo itse sairastumisen koettelevan henkilön hallinnan tunnetta; tunnetta siitä, missä määrin henkilön terveys on hänen itsensä, tai yleensä hallittavissa. Potilaiden halu säädellä sitä, mitä toiset potilaat tietävät heistä, kertoo sekin hallinnan tarpeesta: siitä, että potilas haluaa hallita itseä koskevia tietoja vetämällä rajan yksityisen ja yhteisen tiedon välille. Sensitiivisyyttä vaativien tilanteiden, joissa liikutaan potilaan henkilökohtaisen tilan alueella (kuten avustettaessa potilasta peseytymis- ja wc-tilanteissa tai alusastialle) voidaan niidenkin katsoa koettelevan potilaan hallinnan tunnetta.

Niissä keinoissa, joita haastateltavat kertoivat hoitajien ja lääkäreiden käyttävän potilaan yksityisyyden huomioimisessa, monessa näyttäisi olevan kyse *potilaan vaikutusmahdollisuuksien ja autonomian edistämisestä*. Potilaan itseä koskevan tiedon hallintaa tukevin keinoina voidaan pitää esimerkiksi sitä, että potilailta kysytään jo osastolle saapumisen yhteydessä, kenelle saa antaa tietoja hänen sairaalassaolostaan ja terveydentilastaan, ja että potilaalta kysytään, onko olemassa asioita, joita hän ei toivoisi otettavan esille toisten potilaiden kuullen, kuten lääkärinkierrolla. Potilaan itsemääräämisoikeutta edistäviin keinoihin luen hoitajien ja lääkäreiden vastauksissa usein mainitun potilaan ehdoilla etenemisen, jota kerrottiin käytettävän keskustelu- ja haastattelutilanteiden yhteydessä sekä avustettaessa potilasta peseytymisessä.

Jos näen potilaasta, että nyt lähestytään semmoista aluetta, voin ehdottaa, ettei tästä tarvitse nyt puhua, että jos potilas haluaa ottaa asian myöhemmin esille, hän voi ottaa sen milloin vaan ja kertoa hoitajalle. (H2)

Potilaan ehdoilla etenemisen tulee tapahtua tietyissä rajoissa, sillä äärimmilleen vietyinä tällainen kohteliaisuus johtaisi potilaan terveydentilan kannalta olennaisten tietojen saamatta jäämiseen ja laiminlyönteihin potilaan tutkimisessa ja hoitamisessa

(ks. Aronsson & Sätterlund-Larsson 1987; Parrott ym. 2000; Robins & Wolf 1988). Yksityisyyden huomioimisen keinoista myös potilaan yksilöllisen kohtelun ja sen, että potilaille kerrotaan mahdollisuuksista noudattaa totuttuja tapoja osastolla (koskien muun muassa ruokailua, ulkoilua ja pukeutumista), voidaan katsoa tukevan potilaan hallinnan tunnetta ja laajemminkin potilaan psykologista yksityisyyttä.

Että täällä annetaan tietty vapaus, ja sillai että... Pyyät apua, silloin kun tarvit ja tuntuu siltä, niin sä saat sitä apua. Ja sitten saat silloin, jos et tarvi sitä niin, voit ite pukkee ja laittaa päälle tai näin. Että ihan oman rytmin mukkaan täällä mennään... Niin se on sitä se yksityisyys. (P4)

Monia hoitajien ja lääkäreiden itsensä kuvailemia yksityisyyden kunnioittamisen keinoja näyttäisi yhdistävän myös ajatus yksityisyyden kannalta herkän tilanteen tai aiheen *normalisoimisesta* tai *neutralisoimisesta*, jolloin tullaan lievittäneeksi myös hallinnan tunteeseen kohdentuvaa uhkaa. Kahdenkeskisessä keskustelutilanteessa tämä voi tapahtua purkamalla mahdollista leimautumisen pelkoa viittaamalla aran asian luonnollisuuteen, yleisyyteen tai suotuisiin terveysvaikutuksiin. Potilaalle saatetaan myös esittää tiettyjä henkilökohtaisia asioita (kuten tupakointia, alkoholin-käyttöä ja sukupuolielämää) koskevat kysymykset rutiininomaisesti, jolloin tullaan tarjonneeksi potilaalle mahdollisuuden tarttua kyseiseen aiheeseen, kuitenkin korostamatta itse kysymystä. Selvitettäessä potilaiden suhtautumista kysymyssarjamaiseen kysymiseen, on huomattu, että se voi herättää potilaassa niin positiivisia tulkintoja, jolloin runsas suljettujen kysymysten esittäminen nähdään merkinä lääkärin ammattitaidosta ja rutiinista sekä potilaan osallistumista helpottavana, kuin negatiivisia tulkintoja, jolloin toiminta koetaan liukuhihnamaiseksi ja potilasta objektifoivaksi (ks. tarkemmin Gerlander 2003, 155—160).

On tiettyjä asioita, joita kysyy aika rutiininomaisesti ja koittaa tehdä sen niinkun neutraaliksi sen tilanteen. Esimerkiksi tupakointi ja alkoholinkäyttö ja tämmöset. Niinkun, kysyy niinkun anamneesissa, tavallaan ne semmosena niinkun, et se on yks kysymys muiden joukossa ja... ja ja... Potilas niinku voi sitten vastata niinkun itse haluaa tai... ottaa sen, jos se on joku ongel, ongelmallinen tai näin... niin jos haluaa, niin ottaa sen esille. (L2)

Liikuttaessa potilaan henkilökohtaisen tilan alueella huolehditaan näkösuojasta väliverhoin tai irtosermein ja pyritään rauhoittamaan tila ulkopuolisilta, minkä lisäksi tilannetta voidaan pyrkiä normalisoimaan juttelemalla ”niitä näitä” ja suuntaamalla näin potilaan ajatukset pois tilanteesta, keventämällä tilannetta huumorin avulla,

tukeutumalla ammatilliseen etäisyyteen tai puhumalla tilanteeseen liittyvistä asioista. Muusta puhumisen ja keventämisen tehon voisi ajatella perustuvan suhteen läheisyyden vahvistamiseen ja pyrkimykseen kaventaa status- ja roolieroja (ks. Lim 1994, 220—221). Muusta puhuminen voi myös vapauttaa ilmapiiriä, lieventää jännitystä ja lähentää hoitosuhdetta, mutta se sisältää myös jännitteitä esimerkiksi tarpeellisuuden, sopivuuden ja uskottavuuden suhteen (ks. tarkemmin Gerlander 2003, 108—115.) Ammatilliseen etäisyyteen vetäytymisen ja tukeutumisen taustalla taas lienee ajatus siitä, ettei mahdollisesti kiusallisesta tilanteesta haluta ”tehdä suurta numeroa”, jolloin kyse on yhdenlaisesta tavasta neutralisoida tilanne. Samalla tullaan viesti-neeksi ammatin ja tilanteen suomasta oikeudesta kajota potilaan yksityisyyteen (ks. Lim 1994, 221—223), kuten lienee asian laita myös silloin, kun hoitajan tai lääkärin puhe liittyy hyvin konkreettisella tavalla itse tilanteeseen; esimerkkinä ihonhoidosta puhuminen peseytymistilanteessa tai tutkimuksen kulun selostaminen potilaalle tätä tutkittaessa.

Tutkimukseen osallistuneen osaston henkilökunta vaikuttaa onnistuneen yksityisyyden kannalta haastavien tilanteiden pehmentämisessä, sillä potilaat itse kertoivat voivansa jutella luontevasti kaikista asioista omahoitajan ja lääkärin kanssa silloin, kun läsnä ei ole toisia potilaita. Toisenlaisiakin tuloksia on saatu, jolloin jotkut potilaista ovat arvioineet jättävänsä kertomatta erittäin paljon tai melko paljon terveydentilaansa liittyviä asioita henkilökunnalle (Jantunen ym. 1994, 76; ks. myös Parrott ym. 2000). Liioin tähän tutkimukseen osallistuneet potilaat eivät kokeneet kiusallisena tilannetta, jossa häntä avustetaan peseytymisessä tai jossa häntä kosketetaan osana tutkimus- tai hoitotoimenpidettä. Aiemmissä tutkimuksissa on kylläkin todettu, että vaikka suurin osa potilaista ei kokisikaan hoitoon liittyvää koskettamista kiusallisena, jotkut voivat pitää sitä tietyissä tilanteissa hyvinkin epämiellyttävänä (Jantunen ym. 1994, 73—74; Rosqvist 2003; Rosqvist & Rosqvist 1999, 68—85). Erot voivat selittyä potilaiden tyytyväisyydellä tutkimukseen osallistuneen osaston henkilökunnan toimintaan, mutta eroavuudet voivat johtua osin myös tutkimusmenetelmällisistä eroista.

Vaikka tämän tutkimuksen huomio oli vuorovaikutustilanteissa, aineistosta nousi vahvasti esille myös *tilaratkaisujen* ja *yksilövastuisen hoitotyön merkitys* potilaan

yksityisyyden toteutumiselle (ks. myös Leino-Kilpi ym. 2000, 91—93). Vastaajat nivoivat osaston tilaratkaisut potilaan yksityisyyteen pohtiessaan potilaan mahdollisuuksia vetäytyä omiin oloihin ja keskustella rauhassa vierailijoidensa kanssa (ks. myös Jantunen ym. 1994, 39—41, 98—100; Rosqvist & Rosqvist 1999, 51—52) sekä tuodessaan esille ongelmia, joita aiheutuu silloin, jos potilas joudutaan sijoittamaan nk. ylipaikalle potilashuoneeseen tai käytäväpaikalle. Hoitaja- ja lääkärikuntaan kuuluvia mietitytti myös se, missä määrin henkilökunnan tiloista (kuten kansliasta ja lääkehuoneesta) voi kantautua potilaita koskevia tietoja käytävälle, ja kuinka potilaan tiedollisen yksityisyyden säilyminen on uhattuna silloin, kun potilaan kanssa käytäviä tulo- ja kotiutushaastatteluja tai ohjauskeskusteluja varten ei olekaan käytettävissä kahdenkeskistä tilaa. Toimiva omahoitajajärjestelmä, ja yleensäkin panostaminen hoitosuhteen jatkuvuuteen, näyttäisi lisäävän kokemusta yksityisyyden säilymisestä (Rosqvist & Rosqvist 1999, 53; ks. myös Lim & Bowers 1991, 447—448) ja edistävän potilaan yksityisyyden toteutumista tarjoamalla hyvän kasvualueen potilaan ja henkilökunnan väliselle luottamukselle, mikä heijastuu muun muassa lisääntyneenä avoimuutena keskustelutilanteissa. Omahoitajaa pidettiin luotettavana tiedonvälittäjänä, jonka kautta potilas voi välittää tietoa muulle henkilökunnalle esimerkiksi yksityisyydentarpeistaan, kuten siitä, mistä asioista hän toivoo saavansa keskustella kahden kesken lääkärin kanssa.

Koska hoitaja tai lääkäri ei voi tietää täysin etukäteen, millaisia asioita potilas voi pitää yksityisyyteensä kuuluvina – mikä johtuu paitsi yksityisyydentarpeiden yksilöllisyydestä, myös yksityisyydenkokemuksen tilannekohtaisuudesta – on tärkeää suunnata huomio potilaan viestintään ja pyrkiä päättämään siitä, milloin liikutaan potilaan yksityisyyden rajapinnoilla, ja milloin tämä raja on ylitetty (ks. Leino-Kilpi ym. 2000, 90; Parrott ym. 2000, 146; Rosqvist 2003; Rosqvist & Rosqvist 1999, 60). Tutkimukseen osallistuneet hoitajat puhuivat intuitiosta, vaikutelmanvaraisuudesta, tuntosarvista ja aistimisesta, mutta he myös erittelivät niitä potilaan sanattomia ja sanallisia viestejä, jotka heidän mielestään viittaavat siihen, että nyt liikutaan herkkyyttä vaativalla alueella. Potilas saattaa esimerkiksi vähätellä itseään ja omia tarpeitaan tai turvautua huumoriin, kun keskustelu koskee häpeällisiksi koettuja asioita, tai kun häntä avustetaan alusastialle tai wc:ssä. Myös tunteenpurkaus ja sen peittäminen tai selittäminen, vaikeneminen tai puheenaiheen vaihto voivat kieliä aihepiiriin

vaikeudesta (ks. myös Burgoon 1982, 241—243). Osa näistä viesteistä voi nähdäkseni kertoa paitsi tilanteen arkuudesta, myös siitä, että potilas haluaa säilyttää tilanteessa kasvonsa ja osoittaa vuorovaikutuskumppanille (ja kenties itselleenkin) hallitsevansa tilanteen. Myös lääkärit puhuivat vaistonvaraisuudesta, tilanteessa syntyvästä tunteesta ja potilaasta saatujen vaikutelmien mukaan toimimisesta. He eivät täsmenäneet, millaisista asioista nämä vaikutelmat syntyvät, mutta vastauksissa kuvastui luottamus kokemuksen myötä (ja myös virheiden kautta) opittuun. Hoitajien ja lääkäreiden vastauksissa korostui myös toisen asemaan asettumisen merkitys potilaan yksityisyyden huomioimisessa.

Mm... Ei sitä oo mittää yhtä asiaa, että se on tämmönen... vois sanoa ehkä hieman, mikä on niinku tullu vuosien, vuosien aikana, että. Tulee vaan semmonen vaikutelma että, että... että nyt tuota pitää olla niinkun tarkempi. – – Mutta ei, en mä niinkun osaa sanoa mitään yksittäistä asiaa. Se on vaan semmonen. Se on ehkä vähän semmonen tunne, tunne että, että tässä tilanteessa pitää jotenkin olla vähän erilainen. (L1)

Paljon joutuu miettimään toisen asemaa, asettumaan toisen asemaan, että miltä minusta tuntuisi jos minä olisin tuossa. Muuten ei kyllä pärjää siinä yksityisyyden kunnioittamisessakaan (H2)

Siihen, miten hoitajat ja lääkärit suhtautuvat potilaan yksityisyyteen ja miten he pyrkivät huomioimaan sitä osaston vuorovaikutustilanteissa, voi heidän itsensä mielestä heijastua osaston hoitokulttuuri ja ilmapiiri, työssäoppimisen ja elämäkokemusten myötä karttuva kokeneisuus ja ammattitaito, ammatillinen koulutus, mahdolliset omat tai läheisen osastohoitokokemukset sekä yksilölliset persoonallisuustekijät. Etenkin työkokemuksen ja henkilökohtaisen oivalluksen roolia (koskien hoitotyön periaatteita ja omaa työnkuvaa) korostettiin pohdittaessa, millaiset asiat ovat vaikuttaneet omiin toimintatapoihin yksityisyyden huomioimiseen liittyen.

Niissä keinoissa, joita potilaat itse kuvasivat käyttävänsä, kun he halusivat huolehtia omasta yksityisyydestään suhteessa toisiin potilaisiin, on myös havaittavissa potilaan tarve säilyttää hallinnan tunne, mikä näyttäisi tapahtuvan lähinnä säätelemällä itsestäkertomista, rajoittamalla sitä, millaisia asioita saatetaan (henkilökunnan kautta) toisten potilaiden tietoon, ja hakeutumalla omaan rauhaan. Tavallisimmin mainittuja keinoja olivat vastaaminen toisten potilaiden esittämiin kysymyksiin joko vaikenealla tai valkoisella valheella, ja pidättäytyminen esittämästä toisille potilaille sellaisia kysymyksiä, joita ei haluaisi itseltään kysyttävän. Merkillepantavaa on se,

että *potilaat eivät kokeneet tarvetta suojella yksityisyyttään suhteessa osaston henkilökuntaan, vaan ainoastaan suhteessa toisiin potilaisiin ja vierailijoihin* (vrt. Jantunen ym. 1994, 33 ja 41). Tämä viittaisi ensinnäkin potilaiden taipumukseen asennoitua yksityisyydenmenetyksiin hoitoon ja tutkimuksiin kuuluvana (ks. esim. Miller & Steinberg 1975 Limin 1994, 224 mukaan) ja näin ollen niiden sivutuotteena (Goffman 1967, 14). Ja toisin kuin osaston henkilökunta, toiset potilaat eivät liity suoranaisesti hoitoon, jolloin ei ole perusteltua paljastaa yksityisyyteen kuuluvia asioita heidän kuullensa tai nähtensä. Myös hoitajien ja lääkäreiden vastauksissa nousi esille, kuinka henkilökunnan kajoaminen potilaan yksityisyyteen hyväksytään hoitoon kuuluvana – kunhan se ei tapahdu toisten potilaiden läsnäollessa (ks. myös Burgoon 1982, 215—216). Toiseksi tämä saattaa kertoa myös siitä, että kyseisen osaston henkilökunta on onnistunut pehmentämään yksityisyyttä uhkaavia vuorovaikutustilanteita, jolloin potilaille ei ole herännyt tarvetta varjella yksityisyyttään suhteessa heihin. Kolmantena selittävänä tekijänä pidän sitä, että potilaan voi olla vaikea paikantaa ja/tai pukea sanoiksi niitä hetkiä, jolloin ollaan liikuttu hänen yksityisyytensä rajoilla tai alueella, saati kuvailla omaa ja hoitajan tai lääkärin toimintaa kyseisessä tilanteessa (Parrott ym. 1989, 1384). Hoitajien ja lääkäreiden vastausten valossahan potilaat kuitenkin säätelevät yksityisyyttään myös suhteessa heihin.

Ne potilaista, joilla oli runsaasti osastohoitokokemuksia, pitivät kokemuksen ja tottumuksen merkitystä tärkeänä omalle asennoitumiselleen. He muistelivat olleensa *nuorina ja vastasairastuneina tarkempia ja arempia yksityisyytensä suhteen*, etenkin mitä tuli kehon paljastamiseen tutkimusten yhteydessä. Myös tutkimukseen osallistuneet hoitajat ja lääkärit kertoivat pyrkivänsä olemaan herkempiä nuoren ja vasta diagnoosin saaneen potilaan yksityisyyden huomioimisessa; on sitten kyse potilaan kehon valta-alueen kunnioittamisesta tai kysymysten esittämisestä. Samansuuntaisia tuloksia potilaan iän merkityksestä yksityisyyden kokemukselle ovat saaneet muun muassa Bäck ja Wikblad (1998) sekä Rosqvist ja Rosqvist (1999, 50—51). Sen sijaan sairaalakokemuksen vaikutuksen suhteen omat tulokseni eroavat em. tutkimusten tuloksista, joiden mukaan usein sairaalassa olleet potilaat vaikuttivat suhtautuvan yksityisyyteen kriittisemmin kuin vähemmän sairaalakokemuksia omaavat. Tätä eroa saattaa selittää osin eroavuudet lähestymistavassa ja käytetyissä käsitteissä, eli se, puhu-

taanko potilaan yksityisyyttä koskevista *odotuksista* (Bäck & Wikblad 1998, Rosqvist & Rosqvist 1999) vai siitä, miten herkästi potilas *reagoi* tilanteessa, jossa liikutaan hänen yksityisyytensä rajapinnoilla. Sinänsä sairaalakokemuksen vaikutuksia koskevat tulokset eivät mielestäni ole ristiriitaisia, vaan pikemminkin toisiaan täydentäviä. Onhan oletettavaa, että vähän sairaalakokemuksia omaavalla potilaalla ei välttämättä ole minkäänlaisia etukäteiskäsityksiä siitä, miten hänen yksityisyytensä tulisi toteutua osastolla. Hän voi kuitenkin olla (kokemattomuutensa vuoksi) herkempi reagoimaan tilanteissa, joissa puututaan hänen yksityisyyteensä. Usein sairaalassa olleelle on jo oletettavasti ehtinyt syntyä odotuksia yksityisyytensä toteutumisesta, jolloin hän saattaa olla kriittisempi yksityisyytensä suhteen, vaikka ei kokemusten ja tottumisen myötä kenties reagoikaan yksityisyydenmenetyksiin yhtä vahvasti kuin aiemmin.

Sillä, miten potilaan yksityisyys huomioidaan – tai jätetään huomiotta – voi vastaajien mukaan olla moninaisia vaikutuksia potilaan hyvinvointiin. Sen katsottiin omalta osaltaan vaikuttavan potilaan kokonaistyytyväisyyteen, mielialaan⁵, omaan sairauteen suhtautumiseen, sitoutumiseen omaan hoitoon, hoitosuhteen avoimuuteen⁶, tuleviin hoitosuhteisiin, hoitoon hakeutumiseen vastaisuudessa ja mielipiteisiin osastohoidosta ja terveydenhuollosta laajemminkin. Ja koska hallinnan tunteella näyttäisi tutkielman tulosten perusteella olevan keskeinen sija potilaan yksityisyydessä, rohkenenkin esittää, että huomioimalla potilaan yksityisyyden voidaan osaltaan vahvistaa potilaan hallinnan tunnetta ja myös sitä kautta edistää tämän hyvinvointia.

Tutkimusaineistossa huomioni kiinnittyi myös siihen, että vaikka jokaisella haastatellulla potilaalla oli taustalla aiempia osastohoitokokemuksia, yksityisyys vaikutti olevan potilaiden keskuudessa sangen heikosti tiedostettu sekä kokemuksena että käsitteenä (ks. myös Jantunen ym. 1994, 32). Hoitajat ja lääkärit analysoivat potilaita tarkemmin potilaan yksityisyyden sisältöä ja ulottuvuuksia, nostaen pohdinnan myös korkeammalle merkitysten tasolle. He myös toivat potilaita enemmän esille yksityi-

⁵ Ks. yksityisyyden ja stressin suhteesta esim. Burgoon 1982, 214, 217—218, 225.

⁶ Ks. yksityisyyden ja itsestäkertomisen (self-disclosure) suhteesta esim. Parrott ym. 2000.

syyden kannalta ongelmallisia tilanteita, ja erittelivät potilaita seikkaperäisemmin yksityisyyden kunnioittamisen keinoja ja sitä, miten yksityisyyden rajat voivat ilmetä potilaan viestinnässä. Tosin potilaan yksityisyyteen ja sen kunnioittamiseen liittyvät kysymykset sisältyvät hoitajan ja lääkärin ammattitaitoon ja jokapäiväiseen työhön. Tutkimusprosessin aikana minulle on kuitenkin syntynyt vaikutelma, että henkilökunnankin kohdalla kyse on osin *hiljaisen tiedon alueeseen kuuluvasta osaamisesta*, mihin viestintään liittyvä asiantuntijuus yleensä tuntuu sijoittuvan (Gerlander & Takala 2000, 160—162; Koivunen 1997, 75—93; Nurminen 2000). Näyttäähän olevan verrattain vaikeaa kuvata sanallisesti sitä, *miten* potilaan yksityisyyden huomioimisen ilmenee viestinnän tasolla, etenkin omassa viestinnässä. Päätelmän puolesta puhuvat myös hoitajien ja lääkäreiden maininnat intuition, vaikutelmanvaraisuuden ja kokemustiedon merkityksestä yksityisyyden huomioimisessa, ja se, kuinka he katsoivat osastokulttuurin heijastuvan hoitajan ja lääkärin yksilöllisiin toimintatapoihin (ks. kollektiivisesta hiljaisesta tiedosta esim. Koivunen 1997, 84; Nurminen 2000, 29). Tämän jossain määrin piilevän osaamisen tekeminen näkyväksi on tärkeää, jotta tieto(isuus) potilaan yksityisyyden huomioimisen perusteista ja keinoista leviäisi myös niiden yksittäisten yhteisöjen ulkopuolelle, joissa on ajan mittaan kehittynyt käypiä toimintamalleja.

6.2 Kasvojen säilyttämisen strategiat potilaan yksityisyyden huomioimisessa ja säätelyssä

Kun tarkastelin tutkimusaineistossa kuvailtuja potilaan yksityisyyden huomioimisen ja säätelykeinoja, yksityisyyden määritelmiä ja potilaan yksityisyyden kannalta haastavina pidettyjä vuorovaikutustilanteita ja puheenaiheita kasvojen säilyttämisen teorian kautta, totesin, että kyseessä näyttäisi olevan osittain päällekkäiset ilmiöt, joilla on yhteisiä tekijöitä, mutta myös erottavia piirteitä. Ensinnäkin, haastateltavien kuvailemien potilaan yksityisyydentarpeiden voidaan Parrottin, Duncanin ja Dugganin (2000, 138) tavoin todeta sisältävän kasvoihin liittyviä odotuksia ja potilaan yksityisyyden kannalta kriittisten vuorovaikutustilanteiden ja keskusteluaiheiden sisältävän uhkia myös potilaan kasvoille. Tässä tutkimuksessa potilaat

pitivät yksityisyytensä kannalta tärkeänä varsinkin itseä koskevan tiedon hallintaa, mahdollisuutta omaan rauhaan ja vapautta noudattaa mahdollisuuksien puitteissa omia tapoja. Näissä odotuksissa on paljon yhteistä negatiivisten eli autonomian kasvojen tarpeiden kanssa, jotka liittyvät tunkeilulta ja häirinnältä välttymiseen sekä ajatuksen-, toiminnanvapauden ja oman tilan säilyttämiseen (Brown & Levinson 1987, 61—62; Lim & Bowers 1991, 420). Vastaaajien yksityisiksi asioiksi mainitsemista asioista esimerkiksi uskonnon, mielenterveysasioiden, taloudellisten ongelmien ja sukupuolielämän ottaminen puheeksi asettaa vuorostaan potilaan positiiviset kasvot koetukselle (ks. Brown & Levinson 1987, 67) – tapahtuu tämä sitten potilaan omasta tai toisen aloitteesta. Vaikeus ja arkuus saattaa näiden herkkyyttä vaativien asioiden kohdalla liittyä osin siihen, että potilas kokee ulkopuolisen tuen pyytämisen ja vastaanottamisen horjuttavan sitä käsitystä, että hän pystyy selviämään asiasta omin voimin (ks. Goldsmith 1992 ja 1994) tai siihen, että aiheella on kielteinen leima, jonka potilas kokee olevan ristiriidassa sen vaikutelman kanssa, jonka hän haluaisi itsestään antaa (ks. Brown & Levinson 1987, 67; Parrott ym. 2000, 138). Potilaan tutkimiseen ja hoitamiseen liittyvä riisuutuminen ja koskettaminen sekä avun tarvitseminen niin intiimeissä tilanteissa kuin peseytymisessä, wc:ssä tai alusastian käytössä voi herättää potilaassa nolouden ja häpeän tunteita, mikä pohjautuneeksi paitsi tilanteen intiimiyteen, myös siihen, että potilaan kasvot ovat tämänkaltaisissa tilanteissa koetteilla. Kajotaanhan näissä tilanteissa potilaan kehon valta-alueelle, mitä voidaan pitää potilaan negatiivisia kasvoja uhkaavana, minkä lisäksi potilas voi kokea tilanteen olevan ristiriidassa sen vaikutelman kanssa, minkä potilas haluaisi itsestään antaa ja siten koetella myös potilaan positiivisia kasvoja (ks. Brown & Levinson 1987, 61—62, 68).

Siihen liittyy kaikki tämmöset niinku sukupuoliasiat tietenkin, ja impotenssi ja, ja tuota... no se nyt ainakin tulee niinku mieleen... tai ehkä jotkut taloudelliset asiat, jos on jotain taloudellista ongelmaa, et jos ostaa lääkkeitä tai... tai muuta että. Jotenkin tämmöset niinkun, joista ihmiset ei yleensä kovin vapaa... vapaasti, vapaasti juttele. – – Ja toinen on varmaan sitten nää mielenterveysasiat, joista ei tietysti... ehkä monikaan halua jutella. Tai jos on jotain perheongelmia... alkoholiongelmia tai tämmösiä niin. (L2)

No jotenkin tuntuu, että sillä lailla, että voi hyvänen aika. Että tähän, sinänsä tulee niinkö tavallaan ihteänsä säättä, sättimistä, että kun mä en pääse tuonne vessaan. – – Vaikka se itsestään tuntuu, että mä en millään tätä, tätä asiaa nyt tekis tässä, kun on nää toisetkin. (P4)

Toiseksi, haastateltavien kuvaamissa yksityisyyden huomioimisen ja säätelemisen keinoissa on havaittavissa samoja toimintatapoja kuin kasvojen säilymiseen tähtäävissä strategioissa. Positiivisen kohteliaisuuden strategioita on nähtävissä lähinnä niissä huomioimisen keinoissa, jotka perustuvat sensitiivisyyttä vaativan asian tai tilanteen neutralisoimiseen tai normalisoimiseen, kuten on hoitajan ja lääkärin pyrkimyksessä purkaa ongelmalliseen asiaan liittyvää leimautumisen pelkoa viittaamalla asian yleisyyteen ja luonnollisuuteen tai rinnastamalla sen neutraalimpana pidettyihin asioihin. Tämä voi tapahtua esimerkiksi viittaamalla siihen potilasjoukkoon, johon potilaan voidaan katsoa kuuluvan ja siihen, että kyseiset tarpeet tai ongelmat ovat sangen tavallisia tähän joukkoon kuuluville. Tätä pidän mukaelmana puhujan ja kuulijan välisten yhtäläisyyksien osoittamiseen pohjaavasta lievittämisen keinosta (ks. Brown & Levinson 1987, 70, 101—103; Lim 1994, 212). Potilaan yksilöllinen kohtelu ja hoitosuhteeseen panostaminen, jotka moni vastaajista liitti potilaan yksityisyyden huomioimiseen, omaavat nekin piirteitä positiivisesta kohteliaisuudesta, sillä niiden voidaan katsoa osoittavan arvostusta ja kiinnostusta potilasta kohtaan (ks. Aronsson & Sätterlund-Larsson 1987, 24; Brown & Levinson 1987, 61—62; Lim & Bowers 1991, 420).

No, lähinnä... niin siinä haastattelutilanteessa, niin lähinnä sitä että, niinku ehkä, jos joku asia on sellanen, jonka mä selvästi näen, että... että hän ei uskalla sitä tuoda esille, niin ehkä sillä lailla niinku vähän esimerkkien kautta, että esimerkiks x-sairaudessa on hyvin tyypillistä, että tulee vastaan tällasia ja tällasia ongelmia. Ja että, et ole niinkun ainut. Että, että pysty, että sellasia on, semmosia tilanteita, että pystytään näin ja näin, näin menemään eteenpäin, ja näin. Että tavallaan annan niinku enempi semmosia kanavia, että, ja esimerkkejä, että hän ei niinku ole ainut – – siinä tilanteessa. Että se, eikä se ole ainutkertasta, että se kenties johtuukin ihan vaan tästä sairaudesta, että siihen kuuluu tällasia oireita. (H4)

Negatiivisen kohteliaisuuden strategioita on paikannettavissa etenkin niissä yksityisyyden huomioimisen keinoissa, joissa on kyse potilaan autonomian ja itseä koskevan tiedon hallinnan tukemisesta sekä potilaan henkilökohtaisen tilan kunnioittamisesta. Haastattelu- ja ohjaustilanteessa käytetyistä yksityisyyden huomioimisen keinoista tällaista tahdikkuutta edustavat potilaan ehdoilla eteneminen, keskustelu-aloitteen jättäminen potilaalle määrätyistä asioista, rutiininomainen kysyminen, johdattelu aihepiiriin, vetoaminen, perusteleminen ja hyödyistä kertominen sekä se, että potilaalle kerrotaan, että häneltä tullaan kysymään monenlaisia kysymyksiä, joihin tämä voi halutessaan jättää vastaamatta tai palata asiaan myöhemmin

(ks. Brown & Levinson 1987, 131; Goffman 1967, 17; Parrott ym. 2000). Myös siinä, että potilaalle kerrotaan mahdollisuuksista pukeutua omiin vaatteisiin, ulkoilla ja vaikuttaa esimerkiksi siihen, kenelle saa luovuttaa häntä koskevia tietoja ja mistä asioista tämä toivoo kahdenkeskistä keskustelua, on kyse potilaan autonomian tukemisesta eli negatiivisesta kohteliaisuudesta (Brown & Levinson 1987, 131; Lim 1994, 212—213).

Että tavallaan niinkö... jos on joitakin semmosia asioita, mistä ei halua puhua niin ei niistä oo... Täällä ollaan hyvin hienotunteisia sillä lailla. – – Sillai hienotunteista, täällä ei niinkö mittään asioita täällä ei sillä, sillä lailla udella. Että ite sää kerrot, mitä sää haluat kertoa. Että täällä niinkö suhtaannuttaa asioihin sillä lailla mun mielestä fiksusti ja hienosti, että... Ne on kaikki susta itestään kiinni, mitä sä haluat puhua. (P4)

Liikuttaessa potilaan reviiirillä ja kehon valta-alueella katson seuraavien yksityisyyden huomioimisen keinojen edustavan negatiiviseen kohteliaisuuteen lukeutuvaa tahdikkuutta: potilashuoneen oveen koputtaminen sinne tultaessa, näkösuojasta huolehtiminen verhojen tai irtosermien avulla, tilan rauhoittaminen ulkopuolisilta, katsekontaktin välttäminen potilaan riisuutuessa tutkimusta varten, etäännyttämisen keinot (esimerkiksi potilaan ajatusten suuntaaminen pois tilanteesta juttelemalla ”niitä näitä”, ammatillisen roolin ja etäisyyden ottaminen sekä) ja potilaan ehdoilla eteneminen peseytymistilanteessa (ks. Brown & Levinson, 129—130). Näin tehden hoitaja ja lääkäri osoittaa potilaalle kunnioittavansa tämän tarvetta henkilökohtaiseen tilaan ja reviiiriin (Brown & Levinson 1987, 61).

Että, ne missä me ollaan sitten, missä potilas on... on paljaana ja, ne suihkutilanteet ja tämmöset, ne on jotenkin niin luonnollisia, ettei niissä sitten oo, oo oikeestaan sellasta, että se on aika luonnollinen tilanne. – – pyrkii tietysti siihen, että on mahdollisimman semmonen tavallinen koko sen ajan ja juttelee niitä näitä ja asioita ja, ja johdattelee kaikkia, mitä mitäs sä siellä kotona hommailet, ja niinkun, et se keskustelu solkeais semmosissa tavallisissa asioissa, ja unohtus se koko asia, että, että se on varmaan mun mielestä... hyvä keino – – et ihminen vapautuu. (H1)

Potilaan yksityisyyden huomioimisen keinoista osa perustuu kasvoja uhkaavan asian ilmaisemiseen epäsuorasti ja epävirallisesti (Brown & Levinson 1987, 69, 211—214; ks. myös Goffman 1967, 30). Tästä on kyse esimerkiksi silloin, kun hoitaja tai lääkäri lähestyy sensitiivistä aihepiiriä johdattelemalla, epäsuorin kysymyksin tai erilaisin vihjein. Näihin viitteellisiin keinoihin turvautuvat myös potilaat silloin, kun he haluavat nostaa keskusteluun jonkin kiusallisena tai hävettävänä pitämänsä asian.

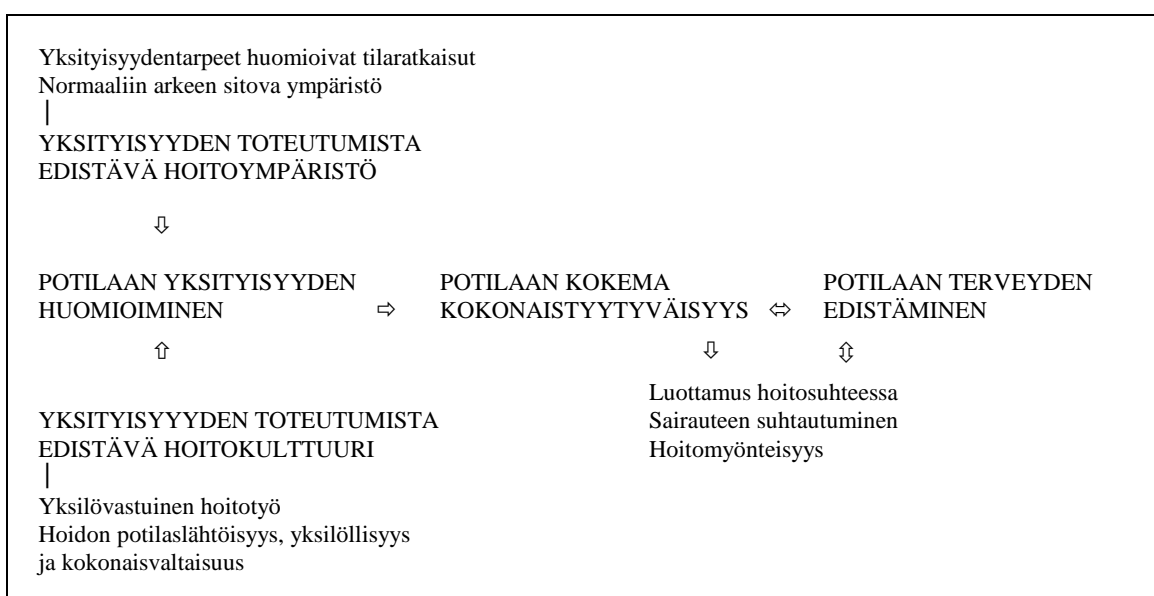
Yksityisyyden säätelykeinoista myös puheenvaiheen vaihtamisen, tunteenpurkauksen peittelyn tai selittelyn sekä sen, että potilas vastaa potilastovereiden uteluihin vaikenemalla tai valkoisella valheella, voidaan lukea omien kasvojen säilyttämiseen tähtäävän toiminnan piiriin (Goffman 1967, 14—18; ks. myös Aronsson & Sätterlund-Larsson 1987, 24).

Hyvin harva puhuu kuitenkaan ihan ehkä niinku sellasista vaikeuksista seksielämässä. Mutta tota enemmänkin niinku sitä kautta rantain sitä että, sitä häpeää, sitä omaa kehon muu, muuttumista kohtaan ja sen tyyppisiä, että. Et se niinkun tulee sieltä sivulauseista ja tällasista, ja jotenkin ne sitten heijastuu niihin, niihin ihmissuhteisiin ja tällasiin, että eihän se minusta välitä, ja ainahan se on, on... Et tän tyyppisesti. Mut ne on niinkun aika usein semmosia vihjailevia, ja ne ei oo semmosia suoria. (H1)

Kaikki potilaan yksityisyyteen kuuluva ei kuitenkaan selity kasvojen säilyttämisen teorialla. Vaikka potilaan yksityisyyteen liittyvät tarpeet ohjaavat omalta osaltaan potilaan ja henkilökunnan käyttäytymistä vuorovaikutustilanteissa, ja vaikka potilaan yksityisyyden rajat piirtyvät suhteessa toisiin ihmisiin, näen yksityisyydessä myös ulottuvuuden, joka on olemassa ja toteutuu ainoastaan vuorovaikutuksen ulkopuolella, omassa rauhassa, irrallisena ja riippumattomana toisista ihmisistä. Kasvot näyttävät perustaltaan yksityisyyttä sosiaalisempana ja julkisempana konstruktiona, joka on yksityisyyttä vahvemmin sidoksissa sosiaaliseen elämään ja vuorovaikutukseen (ks. Goffman 1967). Liioin teoria ei riitä selittämään kaikkia yksityisyyden säätelyn ja huomioimisen keinoja. Lukeutuuhan niihin myös sellaisia toimintatapoja, jotka eivät pohjaa kasvojen säilyttämiseen tai kohteliaisuuteen. Tämän tutkimuksen tulosten valossa näyttää siltä, että kasvojen säilyttämisen teoria voi kuitenkin valottaa ja osaltaan selittääkin yksityisyyden kannalta haastaviin aiheisiin ja tilanteisiin liittyviä kiusallisuuden, häpeän ja nolouden tunteita. Kasvojen säilyttämisen ja kohteliaisuuden strategioita voidaan myös – ainakin joiltain osin – hyödyntää ja soveltaa, kun pyritään tunnistamaan ja löytämään keinoja huomioida potilaan yksityisyys terveydenhuollon vuorovaikutustilanteissa. (Ks. myös Parrott ym. 2000; Spiers 1998.) Teoria voi myös palvella yksityisyyden säätelyyn ja huomioimiseen liittyvän hiljaisen tiedon sanoittamisesta ja esilletuomisesta, ja herätellä tiedostamaan ja tunnistamaan myös niitä haasteita ja ongelmia, joita potilaan tarve säilyttää kasvonsa ja yksityisyytensä voi tuoda mukanaan potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisen välisiin vuorovaikutustilanteisiin.

6.3 Potilaan yksityisyyden huomioimisen sijoittuminen terveyttä edistävään sairaalaan

Tutkielman tulokset tukevat käsitystä siitä, että potilaan yksityisyyden huomioiminen edistää osaltaan potilaan terveyttä ja että osaston hoitoympäristöllä ja -kulttuurilla on tärkeä rooli potilaan yksityisyyden huomioimista edistävinä tai rajoittavina tekijöinä (ks. esim. Leino-Kilpi ym. 2000, 90—94). Sitä, miten nämä yhteydet ilmenivät tutkimukseen osallistuneella osastolla, havainnollistetaan kuviossa 3.



KUVIO 3 Potilaan yksityisyyden huomioimisen kytkeytyminen osaston hoitoympäristöön, -kulttuuriin ja potilaan terveyden edistämiseen tutkimukseen osallistuneella osastolla.

Tämän ja aiempien potilaan yksityisyyttä käsittelevien tutkimuksen tulosten valossa osaston *tilaratkaisut* vaikuttavat monin tavoin siihen, miten siellä voidaan vastata potilaiden yksityisyydentarpeisiin. Potilashuoneiden koko, sänkyjen välisen etäisyyden riittävyys, väliverhojen tai irtosermien käytön mahdollisuus ja saniteettitilojen lukollisuus ovat tästä esimerkkejä (ks. esim. Jantunen ym. 1994; Rosqvist 2003; Rosqvist & Rosqvist 1999). Lisäämällä pienten (myös yhden hengen) potilashuoneiden määrää, osoittamalla erillinen huone hoitajan/lääkärin ja potilaan käymiä kahdenkeskisiä haastattelu- ja ohjauskeskusteluja varten, hiljentymistä varten tarkoi-

tetun huoneen perustaminen osastolle sekä sellaisten tilojen luominen osaston yhteyteen, joissa potilaat omaisineen saisivat keskustella rauhassa, voitaisiin tähän tutkimukseen vastanneiden mielestä edistää potilaan yksityisyyden toteutumista. Tilaratkaisuihin tulisi kiinnittää potilaan yksityisyyden toteutumisen osalta huomiota myös poliklinikoilla ja sairaalan muissa tiloissa, etenkin mitä tulee potilaan tiedollisen yksityisyyden ja fyysisen intimitetin säilymiseen.

Ja varmaan tällä hetkellä tähän tyyliin on, on nää uudet osastot tehtytki, että siellä onki tällasia loosseja ja pieniä tiloja, missä ihmiset saa olla yksin. Vielä enemmän varmaan... tilaratkasussa, ja justiin se, että olis niinku tällasia... esimerkiksi hiljasia huoneita – – missä ihminen vois mennä niinkun rauhassa kuunteleen musiikkia ja olla yksin ja rauhassa. (H1)

Tilaratkaisujen ohella myös muunlaiset hoitoympäristön tekijät voivat vaikuttaa potilaan yksityisyyden toteutumiseen. Se, että potilas voi halutessaan pukeutua omiin vaatteisiin sairaalavaatteiden sijaan, tuoda omia tavaroitaan osastolle ja asettaa niitä haluamilleen paikoilleen, vaikuttaa käytännön puitteissa omaan päivärytmiin, ja poistua henkilökunnan luvalla osastolta ulkoilemaan, kaupungille tai jopa kotiin yöpymään, ovat esimerkkejä siitä, miten osastolla voidaan mahdollistaa se, että potilas voisi jatkaa hoitojakson aikana sitä elämää, mihin hän on kotonaan tottunut. Samalla tullaan tukeneeksi potilaan psykologista yksityisyyttä ja hallinnan tunnetta. Näitä ratkaisuja yhdistää ajatus *normaaliin arkeen sitovasta ympäristöstä*.

No se on, se niinku menee siihen, että potilas voi toteuttaa omaa itseään täällä osastolla niin kun hän on tottunut. – – Ja tietysti, jos ajatellaan fyysisiä puitteita niin, potilaathan täällä on omissa vaatteissansa, voivat käyttää talon vaatteita jos haluavat. Heidän päivärytminsä voi olla erilainen kuin jollain toisella, mutta tietysti semmosiakin on, ja rajojahan on, että ei sitten häiritsevää oo se toiminta, ettei se mene liian pitkälle. Mutta kuitenkin peruslähtökohta on se, että sitä elämistä mitä on aloittanut kotona, niin voisi jatkaa kenties, joillakin muutoksilla tosin. (H3)

Osaston hoitokulttuurin heijastaessa osaston hoitotyön periaatteita sekä työyhteisön ilmapiiriä ja puhe-kulttuuria, se vaikuttaa siihen, miten henkilökunta asennoituu potilaiden yksityisyys-tarpeisiin ja toimii niiden suhteen. *Yksilövastuisella hoitotyöllä* näyttäisi tämän ja aiemman tutkimustiedon (Rosqvist & Rosqvist 1999, 53–54) perusteella olevan suotuisa efekti potilaan yksityisyyden huomioimiseen osastolla. Omahoitajajärjestelmä tuntuu edistävän potilaan yksityisyyden toteutumista esimerkiksi siten, että omahoitaja voi toimia tiedonvälittäjänä potilaan ja lääkärin välillä: Potilas voi kertoa omahoitajalleen, mistä hän ei halua keskustella toisten potilaiden

kuullen, jolloin omahoitaja välittää tämän tiedon lääkärille ennen lääkärinkiertoa. Lisäksi jatkuvuuteen nojaavassa hoitosuhteessa on paremmat mahdollisuudet oppia tietämään potilaan yksityisyyden rajat – kuten sen, millaiset asiat potilas toivoo käsiteltävän mieluummin kahden kesken lääkärin tai (oma) hoitajan kanssa – sekä sen, miten tämä suhtautuu yksityisyyteensä ja siihen puuttumiseen. Haastatellut potilaat kertoivat lisäksi luottavansa omahoitajaansa ja voivansa puhua hänelle avoimesti, mikä oli heidän mielestään seurausta siitä, että omahoitajan kanssa on ollut aikaa keskustella ja tutustua.

No varmaan just tää tämmönen, ehkä tää omahoitajajärjestelmä niinkun paremmin mahdollistaa sen, että... Ja ehkä se, että se kynnyksen niinkun ihmisten tuoda esille jotain semmosia ongelmia, niin se voi tulla niinkun hoitajan kautta paremmin. (L2)

Tutkimukseen osallistuneen osaston hoitotyön periaatteisiin lukeutuvat *hoidon potilaslähtöisyys, yksilöllisyys ja kokonaisvaltaisuus* näyttäisivät nekin tukevan potilaan yksityisyyden huomioimista. Potilaslähtöinen lähestymistapa vaikuttaisi johtavan potilaan tiedollisen ja sosiaalisen yksityisyyden kunnioittamiseen keskustelutilanteissa ja fyysisen yksityisyyden kunnioittamiseen tutkimusten, toimenpiteiden tai peseytymisessä avustamisen aikana. Vuorovaikutustilanteissa tämä voi ilmetä potilaan ehdoilla etenemisenä, jolloin herkistytään kuuntelemaan potilasta ja havainnoimaan tämän sanattomia viestejä – toisin sanoen kiinnittämään huomiota niihin reaktioihin, joita hoitajan tai lääkärin esittämät kysymykset tai toiminta herättävät potilaassa. Potilaslähtöisyydestä on kyse esimerkiksi siinä, että tietyistä asioista jätetään keskustelualoite potilaalle, tai kun hoitaja tai lääkäri huomaa potilaan olevan vaikeaa puhua tietyistä asioista, hänelle tarjotaan mahdollisuutta palata asiaan myöhemmin. Liikuttaessa potilaan kehon valta-alueella potilaslähtöisyys voi merkitä esimerkiksi sitä, että pyritään ottamaan potilaan odotukset huomioon tutkimustilanteessa ja siinä, että peseytymisessä avustava hoitaja odottaa potilaan aloitetta intiimialueiden pesemisen suhteen.

Pesutilanteessa potilas itse ilmaisee, haluaako hän itse pestä alapesunsa vai peseekö sen hoitaja. Hän hyvin... Sitä nyt ei edes sanallisesti sanotakaan, hän nappaa sen lappusen ja hoitaja sitten suihkuttelee. Tai sitten saattaa sanoa, että voitko ottaa sieltä ja katsopas siellä on sellaista ja tällaista, että mitähän niillekin voisi tehdä. Ja, ja... Kyllä se potilas on se, joka määrää. (H3)

Kunkin potilaan kohtaaminen yksilönä ja kohteleva yksilöllisesti näyttäisi sekin tukevan potilaan yksityisyyden huomioimista, siinä missä potilaan esineellistäminen voi aiheuttaa kokemuksen yksityisyyden loukkaamisesta (Rosqvist 2003; Rosqvist & Rosqvist 1999, 61—62). Tutkimukseen osallistuneella osastolla potilasta pyritään hoitamaan yksilöllisesti ja suhtautumaan potilaaseen omana persoonana, jolla on odotuksia, tarpeita ja mielipiteitä hoitoon ja hoitojaksoon liittyen – näin ollen myös oman yksityisyytensä toteutumiseen liittyviä yksilöllisiä tarpeita. Suomalaisen terveydenhuollon asiakaskunnan muuttuessa yhä monikulttuurisemmaksi, on syytä kiinnittää huomiota myös yksityisyyden kulttuurisidonnaisiin piirteisiin (ks. esim. Leino-Kilpi ym. 2000; Spiers 1998), sillä eri kulttuureista, kansoista ja kokemukspireistä tulevat ihmiset saattavat pitää hyvinkin erilaisia asioita yksityisyyttään loukkaavina. Näiltä osin potilaan yksityisyyden huomioiminen kytkeytyy myös potilaiden erilaisuuden ymmärtämiseen ja kunnioittamiseen, mikä on yksi Terveyttä edistävä sairaala-ohjelman peruslähtökohdista ja tavoitteista (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2001, 11; ks. myös lukua 1.2).

No se on justin sitä, että niinkun hahmottaa sen potilaan semmosena ihmisenä siellä, siellä kotona ja näkee niinkun sen roolin, et se on siellä, mikä sen rooli siellä on. Äiti, äiti, työntekijä. Ja, ja niinkun hyvin laajana sen. Tai sitten joku vanhempi ihminen, et mis, missä asuu ja miten pärjää, miten selviytyy, ja että. Et näkee sen sellasena kokonaisuutena, että ei, ei potilas tule vaan diagnoosina sairaalaan ja, hoidetaan se tauti ja sit se palaa johonkin. – – meidän pitää niinku nähdä se potilas siellä kotitilanteessa. (H1)

Kokonaisvaltaisen lähestymistavan, jonka toteutumista tutkimukseen osallistuneella osastolla ja terveyttä edistävässä sairaalassa pyritään tukemaan (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2001, 8—9; ks. myös lukua 1.2), voidaan katsoa sekä edistävän potilaan yksityisyyden huomioimista että asettavan sille lisähaasteita. Verrattuna lähtökohtaan, jossa henkilökunnan mielenkiinto rajautuu yksinomaan potilaan senhetkisiin oireisiin ja oireidenmukaiseen hoitoon, holistisen ihmiskäsityksen mukaisessa hoidossa ollaan kokonaisvaltaisemmin kiinnostuneita potilaan hyvinvoinnista ja siihen kietoutuvista asioista kuten tunteista, mielipiteistä, sosiaalisista sidoksista, hengellisistä tarpeista ja elämäntilanteesta – ja näin ollen myös potilaan yksityisyydentarpeista. Lähestymistapa merkitseekin muun muassa sitä, että potilaalle esitettävät kysymykset liikkuvat terveydentilan ja oireiden kuvailun lisäksi varsin henkilökohtaisillakin alueilla. Taito ottaa huomioon potilaan yksityisyys vuoro-

vaikutustilanteissa nouseekin tärkeään asemaan, kun pyritään lievittämään ja purkamaan potilaan mahdollisia kiusallisuuden ja häpeän tunteita ja rohkaisemaan potilasta avoimuuteen myös sellaisissa yksityiselämään liittyvissä ja aroiksi koetuissa asioissa, joilla voidaan katsoa olevan merkitystä potilaan terveydentilan ja hoitamisen kannalta.

Potilaan yksityisyyden huomioimisen yhteys hänen terveytensä edistämiseen näyttäisi kulkevan hänen kokemansa *kokonaistyytyväisyyden* kautta. Tässä tutkimuksessa haastateltavat arvelivat sen, että potilas kokee yksityisyytensä tulleen huomioiduksi osastolla, rakentavan potilaan kokonaistyytyväisyyttä hoitojaksoa kohtaan. Ja sen, että potilas on tyytyväinen hoitojaksoonsa ja kokee terveydentilassaan tapahtuneen edistymistä sen aikana ja ansiosta, arveltiin voivan parhaimmillaan vahvistaa potilaan luottamusta hoitoa ja sen tarjoajia kohtaan; nopeuttaa potilaan toipumista ja kuntoutumista; muuttaa potilaan suhtautumistaan omaa sairautta kohtaan lempeämmäksi; lisätä potilaan sitoutumista sairauden hoitoon ja oman terveyden edistämiseen sekä vaikuttaa myönteisesti siihen, miten herkästi ja millä mielellä potilas hakeutuu hoitoon tulevaisuudessa. Lisääntyntä luottamusta taas voidaan pitää merkityksellisenä vuorovaikutuksen avoimuudelle ja hoitomyönteisyydelle, jotka puolestaan nekin tukevat potilaan hoitamista ja terveyden edistämistä. Jos potilas taas kokee, että hänen yksityisyydentarpeensa on sivuutettu tai niitä on loukattu, tämä tuntuu jäävän vahvasti potilaan mieleen. Kielteisen kokemuksen arveltiin kokemuksen perusteella olevan vaikeasti purettavissa ja heijastuvan potilaan tuleviin hoitosuhteisiin, hoitoon hakeutumiseen, hoitoon motivoitumiseen ja laajemminkin käsityksiin terveydenhuollosta. Potilaan yksityisyyttä koskeva tutkimustieto onkin hyvä ottaa huomioon, kun pyritään edistämään luottamuksen lisäämistä hoitosuhteissa, mikä on yksi ohjelman peruslähtökohdista ja tavoitteista (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2001, 10; ks. myös lukua 1.2).

Näiden tietojen valossa potilaan yksityisyyden huomioimista voidaan pitää potilaan terveyttä edistävänä toimintana. Aihetta koskeva tieto palvelee terveyttä edistävää sairaalaa sen pyrkimyksissä hoitaa potilasta kokonaisvaltaisen ihmiskäsityksen mukaisesti, potilaan erilaisuutta kunnioittaen ja ymmärtäen, ja lisäten luottamusta hoitosuhteissa. Potilaan yksityisyyttä koskevaa tutkimustietoa voidaan hyödyntää

myös, kun pyritään kehittämään sairaalan hoitokulttuuria ja -ympäristöä terveyttä edistävään suuntaan, mikä voi tapahtua edistämällä henkilökunnan tietoisuutta potilaan yksityisyydestä ja sen merkityksestä potilaan hyvinvoinnille sekä lisäämällä tietoa siitä, miten potilaan yksityisyydentarpeet ja -rajat voidaan käytännössä ottaa huomioon sairaalan tilaratkaisuissa, hoitoympäristössä ja potilaan ja henkilökunnan välisissä vuorovaikutustilanteissa.

7 PÄÄTÄNTÖ

Tutkimus tuotti tietoa potilaan osastohoidon aikaista yksityisyyttä koskevista käsityksistä ja asenteista sekä siitä, millaisin keinoin hoitajat ja lääkärit voivat pyrkiä huomioimaan potilaan yksityisyyden kohtaamisissaan potilaan kanssa, ja miten potilaat itse säätelevät yksityisyyttään osaston vuorovaikutustilanteissa. Potilaan tiedollisesta yksityisyydestä huolehtiminen ja fyysisen intimitietin suojaaminen suhteessa potilastovereihin ja hoidon kannalta ulkopuolisiin henkilöihin nousi selvästi esille niin yksityisyyden määritelmässä kuin vastaajien kuvailemissa yksityisyyden huomioimisen keinoissa. Yksityisyyden huomioimisessa tärkeä sijansa tuntuu olevan potilaan vaikutusmahdollisuuksien ja autonomian edistämisellä: sillä, että potilas voi vaikuttaa siihen, millaisessa tilanteessa, kenelle, keiden kuullen ja minkä verran hän kertoo itseään koskevia asioita, ja että hänellä on mahdollisuus vetäytyä omaan rauhaan ja noudattaa omia tapojaan osastolla. Yhtä tärkeä sija yksityisyyden huomioimisen keinoissa näyttäisi olevan sillä, että hoitaja tai lääkäri pyrkii neutralisoimaan tai normalisoimaan sensitiivisen tilanteen tai puheenaiheen. Potilaat kertoivat säätelevänsä yksityisyyttään lähinnä suhteessa toisiin potilaisiin, mutta hoitajat kuvasivat myös niitä potilaan sanallisia ja sanattomia viestejä, jotka heidän kokemuksensa mukaan kertovat siitä, että nyt liikutaan potilaan yksityisyyden rajapinnoilla ja erityistä herkkyyttä vaativalla alueella. Sillä, miten hoitajat ja lääkärit pyrkivät huomioimaan potilaan yksityisyyden ja miten potilas kokee yksityisyytensä toteutuneen osastohoidon aikana, vastaajat näkivät olevan monenlaisia vaikutuksia potilaan hyvinvointiin, hoitosuhteissa koettuun luottamukseen ja hoitoon sitoutumiseen.

Teemahaastatteluin kerätty aineisto tarjosi vastauksia esitettyihin tutkimuskysymyksiin. Haastavaksi kyseisen metodin käytön tässä tutkimuksessa teki se, että kyseessä on tutkimusaihe, josta kysyttäessä ja keskusteltaessa joudutaan (hieman paradoksaalisesti) liikkumaan haastateltavien yksityisyyden ja kasvojen säilymisen kannalta kriittisillä alueilla. Kun kuuntelin ja litteroin ääninauhoja, ja kun luin haastatteluaineistoa, huomasinkin turvautuneeni välillä melko johdatteleviin kysy-

myksiin pyrkiessäni ”auttamaan” haastateltavia (ks. Gerlander 2003, 197). Haastattelutilanteessa esittämäni kysymykset eivät liioin olleet aina niin selkeitä, lyhyitä ja yksiselitteisiä kuin teemahaastattelurungossa mainitut esimerkkikysymykset, mikä taas lienee vaikeuttanut kysymysten ymmärtämistä ja niihin vastaamista. Erityisesti potilashaastatteluissa, mutta jossain määrin myös haastattellessani hoitajia ja lääkäreitä, huomasin kuitenkin omien sairaalakokemusteni auttavan yhteisen kielen löytämisessä ja mahdollistavan sen, että saatoin sitoa kysymykseni konkreettisiin tilanteisiin. Etuna haastattelun sujuvuuden kannalta pidin myös sitä, että olin selvillä useimmista haastateltavien kuvaamista tutkimus- ja hoitotoimenpiteistä, minkä lisäksi heidän käyttämänsä sanasto oli minulle enimmäkseen tuttua. Toisaalta, omat sairaalakokemukseni yhdistettynä kokemattomuuteeni tutkijana ja haastattelijana saattoivat johtaa paikoitellen siihen, että tein oletuksia vastaajien käyttämistä ilmaisuista ja kiiruhdin haastattelussa eteenpäin. Tällöin minulta luultavasti jäi huomioimatta sellaisia aiheita, joista olisi kannattanut virittää enemmänkin keskustelua.

Haastatteluolosuhteiden vaikutusta vastauksiin jäin pohtimaan etenkin potilaiden kohdalla. Se, että haastattelutilat sijaitsivat osastolla, saattoi auttaa haastateltavia palauttamaan paremmin mieleen niitä vuorovaikutustilanteita ja fyysisen ympäristön tekijöitä, jotka liittyivät tutkimusaiheeseen. Haastattelutilalla saattoi olla vaikutusta myös sosiaalisesti suotavien vastausten osuuteen. Olivathan haastateltavat potilaat paraikaa hoidettavana osastolla tai kotiutumassa sieltä, ja monella heistä oli tiedossa paluu kyseiselle osastolle jossain vaiheessa. Sitä, missä määrin (jos lainkaan) potilaiden vastauksissa heijastui halu välittää tyytyväisyyttä, lojaaliutta ja arvostusta osaston henkilökuntaa ja siellä saatua hoitoa kohtaan, on vaikea arvioida (ks. Gerlander 2003, 198). Onhan otettava huomioon se, että potilaan tyytyväisyys ja arvostus voi johtua osin siitä, että tämä on kokenut yksityisyytensä toteutuneen hoitojakson aikana. Potilaiden kokemuksethan yksityisyytensä huomioimisesta ja toteutumisesta kyseisellä osastolla olivat aineiston perusteella myönteisiä. Liioin ei voida tietää, miten hoitajien ja lääkäreiden vastauksissa kuvastui yleiset ja yksityiset ihanteet ja tavoitteet: se, miten he *haluaisivat* toimia ja ajatella potilaan yksityisyyden suhteen. Rehellisyyden ja tietynlaisen läpinäkyvyyden puolesta puhunee kuitenkin se, että haastatellut hoitajat ja lääkärit toivat esille myös oman osastonsa ongelmakohtia. He myös peilasivat oman osaston tilannetta muunlaisiin osasto- ja poliklinikka-

konteksteihin. Merkityksellistä lienee sekin, ettei potilaiden vastauksissa ollut paikannettavissa ristiriitaista tietoa sen suhteen, miten kyseisellä osastolla toimitaan potilaiden yksityisyyden suhteen. Jäin pohtimaan sitäkin, olisivatko haastatellut avautuneet enemmän myös yksityisyyden toteutumiseen liittyvien kielteisten kokemusten osalta, jos haastattelut olisi toteutettu sairaalamaailman ulkopuolella, jolloin kokemuksiin, ympäristöön ja ihmisiin olisi saatu hieman etäisyyttä.

Sillä, että tutkimusaineisto kerättiin juuri valitulla osastolla, lienee omat vaikutuksensa tutkielman tuloksiin. Kyseessä on palkittu⁷ ja verrattain uusi osasto, jonka henkilökunta on osaston perustamisesta alkaen saanut myötävaikuttaa siihen, millainen osastosta tulee. Paitsi, että osaston ”luonne” ilmenee tutkittavien vastauksissa, se on saattanut heijastua haloefektinä myös omaan toimintaan haastattelutilanteessa ja siihen, miten olen tulkinut aineistoa. Toteutettuna muunlaisilla osastoilla sama tutkimus voisikin tuottaa hyvin erilaisia tuloksia. Yksi jatkotutkimusehdotuksista onkin vertailevien tutkimusten tekeminen eri erikoisalojen vuodeosastoilla, kuten esimerkiksi naistentautien tai urologian osastoilla (joissa jo sairauden luonne on itsessään intiimi), kirurgisilla, synnytys- ja teho-osastoilla (joiden toiminta on akuutimpaa ja toimenpidekeskeisempää kuin tutkimukseen osallistuneella osastolla), lastenosastoilla, psykiatrisilla osastoilla tai iäkkäiden potilaiden pitkäaikaishoitoon keskittyvillä osastoilla. Kiinnostavaa olisi myös kartuttaa lisätietoa siitä, miten potilaan/asiakkaan yksityisyys hahmotetaan ja huomioidaan terveydenhuollon muissa konteksteissa kuten poliklinikoilla, terveyskeskusten vastaanotoilla ja vuodeosastoilla sekä neuvola- ja kotisairaanhoidotoiminnassa.

Pidän potilaan yksityisyyttä ja siihen liittyvää käyttäytymistä koskevan kokemukstiedon keräämistä tärkeänä, sillä kokemukset ja käsitykset ovat tosia ja merkityksellisiä kokijoilleen. Ne heijastuvat terveydenhuollon vuorovaikutustilanteissa ja jatkavat elämäänsä kohtaamisten jälkeen, muuttuen ja jättäen jälkensä kokijoihinsa ja heidän käyttäytymiseensä. Potilaan yksityisyyttä tutkittaessa tulisikin tulevaisuu-

⁷ Keski-Suomen sairaanhoitopiiri nimesi osaston vuonna 1998 ”Vuoden Hyväksi Työyksiköksi” perusteluinaan muun muassa potilaan, hänen sairautensa ja elämäntilanteensa yksilöllisesti huomioon ottava, moniammatillinen ja korkeatasoinen hoito.

dessa etsiä ratkaisuja siihen, miten voitaisiin päästä syvemmin kiinni potilaan yksityisyyttä ja siihen liittyvää käyttäytymistä koskeviin käsityksiin ja kokemuksiin. Menetelmistä harkitsemisenarvoisia olisivat esimerkiksi eläytymismenetelmä ja ohjeistettu kirjoitelma, jopa päiväkirjametodi ja ryhmähaastattelu (joka potilaiden kohdalla voitaisiin toteuttaa esimerkiksi jonkun potilasjärjestön vertaistapaamisessa) eli menetelmät, jotka itse hylkäsin tämän tutkimuksen kohdalla. Tutkimusaiheen erityislaadun huomioiden tulee näiden metodien kohdalla suunnitella ohjeistus huolella ja kiinnittää erityistä huomiota ohjeistuksessa ja aineistonkeruumateriaalissa käytettyihin sanavalintoihin. Saamani tulokset herättävät pohtimaan myös sitä, missä määrin haastateltavien subjektiiviset käsitykset ja kokemukset vastaavat objektiivisesti havainnoitavaa todellisuutta: sitä, miten yksityisyyden huomioiminen ja puolustaminen ilmenevät aktuaalisissa vuorovaikutustilanteissa osastolla. Rosqvist (2003) keräsi osan potilaan henkilökohtaista tilaa käsittelevän väitöstutkimuksensa aineistosta havainnoimalla potilaan ja hoitotyöntekijän välisiä vuorovaikutustilanteita. Hän tuo väitöskirjassaan esille havainnoinnin luotettavuuteen liittyviä ongelmakohtia, ja niitä keinoja, joilla hän itse on pyrkinyt lisäämään havainnoinnilla kerätyn aineiston validiteettia olosuhteissa, joissa on otettava huomioon eettiset näkökohdat, tilanteen sensitiivisyys ja potilaan yksityisyys. Koen hänen tutkimuksensa kuitenkin rohkaisevan hyödyntämään havainnointia aineistonkeruumetodina myös niinkin sensitiivisen tutkimusaiheen kuin potilaan yksityisyyteen liittyvän käyttäytymisen tutkimisessa.

Uskon potilaan yksityisyyden tutkimuksen hyötyvän myös erilaisista viitekehyksistä, teorioista, malleista ja teoreettisista käsitteistä, jotka voivat auttaa tämän ilmiön jäsentämisessä, analysoimisessa ja ymmärtämisessä. Potilaan yksityisyyttä ja siihen liittyvän käyttäytymistä voisi lähestyä paitsi kasvojen säilyttämisestä ja kohteliaisuudesta käsin, myös esimerkiksi itsestäkertomisen (self-disclosure), nolostumisen ja kiusaantuneisuuden (embarrassment), vaikutelmien hallinnan (impression management), yksityisen tiedon viestimistä koskevan teorian (communication boundary management theory), tai intuition ja hiljaisen tiedon näkökulmista. Varteenotettava vaihtoehto potilaan yksityisyyden ja siihen liittyvän käyttäytymisen tutkimisessa olisi myös jatkaa Aronssonin ja Sätterlund-Larssonin (1987) ja Robinsin ja Wolfin (1988) viitoittamaa tietä ja pyrkiä saamaan lisätietoa siitä, millaisia jännitteitä ja rajoituksia

pyrkimys yksityisyyden säilyttämiseen voi tuoda potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisten välisiin vuorovaikutustilanteisiin.

Potilaan yksityisyyttä ja sen huomioimista ja säätelemistä koskevaa tutkimustietoa voidaan hyödyntää erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa toimivien perus- ja täydennyskoulutuksessa, kun halutaan lisätä ymmärrystä potilaan/asiakkaan ja asiantuntijoiden välisestä vuorovaikutuksesta ja kehittää terveydenhuollon ammattihenkilöiden viestintäosaamista, sekä hoitoympäristöjen suunnittelussa. Tietyin osin ja sovellettuna tieto palvelee myös esimerkiksi sosiaalialaa, apteekkien asiakaspalvelua ja potilasjärjestötoimintaa. Tarve ja oikeus yksityisyyteen koskettaa toki kaikkia potilas- ja asiakasryhmiä, mutta haluan tässä nostaa esille asian tärkeyden ikääntyneiden ihmisten hoidossa. Vanhusten hoidon ja hoidon laadun kehittämisessä ihmisen yksityisyydentarpeita ja sen huomioimista koskeva tietotaito on merkityksellistä, kun pyritään edistämään ikääntyvien terveyttä, ylläpitämään heidän elämänlaatuaan, lisäämään viihtyvyyttä ja kohtelemaan heitä ihmisyyttä ja yksilöllisyyttä kunnioittavasti – tapahtuu hoito sitten laitoksessa tai kotona.

KIRJALLISUUS

- Aatsinki, P. 2002. Potilaan yksityisyys röntgentutkimusten yhteydessä. Teoksessa H. Leino-Kilpi, M. Hupli & S. Salanterä (toim.) Potilaan yksityisyys terveydenhuollossa. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A: 37/2002, 3—37.
- Aronsson, K. & Sätterlund-Larson, U. 1987. Politeness strategies and doctor—patient communication. On the social choreography of collaborative thinking. *Journal of Language and Social Psychology* 6 (1), 1—27.
- Brown, P. & Levinson, S. C. 1987. Politeness. Some universals in language usage. Cambridge: University Press.
- Burgoon, J. K. 1982. Privacy and communication. Teoksessa M. Burgoon (toim.) *Communication Yearbook* 6. Beverly Hills: Sage, 206—249.
- Burgoon, J. K., Parrott, R., LePoire, B. A., Kelley, D. L. Walther, J. B. & Perry, D. 1989. Maintaining and restoring privacy through communication in different types of relationships. *Journal of Social and Personal Relationships* 6 (2), 131—158.
- Bäck, E. & Wikblad, K. 1998. Privacy in hospital. *Journal of Advanced Nursing* 27 (5), 940—945.
- Cupach, W. R. & Metts, S. 1990. Remedial processes in embarrassing predicaments. Teoksessa J. A. Anderson (toim.) *Communication Yearbook* 13. Newbury Park: Sage, 323—352.
- Cupach, W. R., Metts, S. & Hazleton, V. Jr. 1986. Coping with embarrassing predicaments. Remedial strategies and their perceived utility. *Journal of Language and Social Psychology* 5 (3), 181—200.
- Edelmann, R. J. 1994. Embarrassment and blushing. Factors influencing face-saving strategies. Teoksessa S. Ting-Toomey (toim.) *The challenge of facework. Cross-cultural and interpersonal issues*. Albany: Suny, 231—267.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1996. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Lapin yliopisto. Kasvatustieteellisiä julkaisuja C:13.

- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Frey, L. R., Botan, C. H. & Kreps, G. L. 2000. Investigating communication. An introduction to research methods. 2nd ed. Boston: Allyn and Bacon.
- Gerlander, M. 2003. Jännitteet lääkärin ja potilaan välisessä viestintäsuhteessa. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä Studies in Humanities 3.
- Gerlander, M. & Takala, E. 2000. Viestinnän opetus interpersonaalisiin ammatteihin koulutettaessa. Teoksessa M. Valo (toim.) Nykytietoa puheviestinnän opetuksesta. Jyväskylän yliopisto. Viestintätieteiden laitoksen julkaisuja 20, 156—181.
- Goffman E. 1967. On face-work. An analysis of ritual elements in social interaction. Teoksessa E. Goffman (toim.) Interaction ritual. Essays on face-to-face behavior. Garden City (NY): Doubleday, 5—45.
- Goldsmith, D. 1992. Managing conflicting goals in supportive interaction. An integrative theoretical framework. *Communication Research* 19 (2), 264—286.
- Goldsmith, D. J. 1994. The role of facework in supportive communication. Teoksessa B. R. Burleson, T. L. Albrecht & I. G. Sarason (toim.) Communication of social support. Messages, interactions, relationships, and community. Thousand Oaks: Sage, 29—49.
- Guba, E. G. 1978. Toward a methodology of naturalistic inquiry in educational evaluation. Los Angeles: University of California. Center for the study of evaluation.
- Hallman-Keiskoski, M. 2000. Terveyttä edistävä sairaala -ohjelmaluonnoksen esittely. Yhteistapaaminen Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella toimivien potilas- ja kansanterveysjärjestöjen edustajille. 21.11.2000, Jyväskylä.
- Health promoting hospitals (HPH). World Health Organization. Regional Office for Europe. <<http://www.euro.who.int/healthpromohosp>>. Viitattu 9.2.2007.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Ho, D. Y. 1975. On the concept of face. *American Journal of Sociology* 81, 867—884.

- Ho, D. Y. 1994. Face dynamics. From conceptualization to measurement. Teoksessa S. Ting-Toomey (toim.) *The challenge of facework. Cross-cultural and interpersonal issues*. Albany: Suny, 269—286.
- Jantunen, K., Puumalainen, A., Suominen, T. & Leino-Kilpi, H. 1994. Onko sairaalassa yksityisyyttä? Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:5/1994.
- Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. 2001. Terveyttä edistävä sairaala -ohjelma vuosille 2001—2006. Jyväskylä: Keski-Suomen sairaanhoitopiiri.
- Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. 2007. <<http://www.ksshp.fi/>> → Potilaat ja läheiset → Terveysten edistäminen. Viitattu 8.2.2007.
- Koivunen, H. 1997. Hiljainen tieto. Helsinki: Otava.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Säädöskokoelma. Helsinki. <<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1992/19920785>>. Viitattu 8.2.2007.
- Leino-Kilpi, H., Hupli, M. & Salanterä, S. 2002 (toim.) Potilaan yksityisyys terveydenhuollossa. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A: 37/2002.
- Leino-Kilpi, H., Välimäki, M., Arndt, M., Dassen, T., Gasull, M., Lemonidou, C., Scott, P. A., Bansemir, G., Cabrera, E., Papaevangelou, H. & McParland, J. 2000. Patient's autonomy, privacy and informed consent. *Biomedical and Health Research Volume 40*. Amsterdam: IOS Press.
- Lim, T. 1994. Facework and interpersonal relationships. Teoksessa S. Ting-Toomey (toim.) *The challenge of facework. Cross-cultural and interpersonal issues*. Albany: Suny, 209—229.
- Lim, T. & Bowers, J. W. 1991. Facework. Solidarity, approbation and tact. *Human Communication Research* 17 (3), 415—450.
- Mikkola, L. 2000. Supporttiivinen viestintä hoitotyössä. Sosiaalisen tuen tutkimusnäkökulmien tarkastelua. Jyväskylän yliopisto. Viestintätieteiden laitos. Lisensiaatintutkimus.
- Miller, G. R. & Steinberg, M. 1975. *Between people. A new analysis of interpersonal communication*. Chicago: Science Research Associates.

- Nieminen, N. 2002. Potilaan tiedollinen yksityisyys laboratoriotutkimuksissa. Teoksessa H. Leino-Kilpi, M. Hupli & S. Salanterä (toim.) Potilaan yksityisyys terveydenhuollossa. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A: 37/2002, 38—70.
- Nurminen, R. 2000. Hiljainen tieto hoitotyössä. Helsinki: Tammi.
- Parrott, R., Burgoon, J. K., Burgoon, M. & LePoire, B. A. 1989. Privacy between physicians and patients. More than a matter of confidentiality. *Social Science and Medicine* 29 (12), 1381—1385.
- Parrott, R., Duncan, V. & Duggan, A. 2000. Promoting patients' full and honest disclosure during conversations with health caregivers. Teoksessa S. Petronio (toim.) *Balancing the secrets of private disclosures*. Mahwah: Lawrence Erlbaum, 137—147.
- Patton, M. Q. 1990. *Qualitative evaluation and research methods*. 2nd ed. Newbury Park (CA): Sage.
- Penman, R. 1994. Facework in communication. Conceptual and moral challenges. Teoksessa S. Ting-Toomey (toim.) *The challenge of facework. Cross-cultural and interpersonal issues*. Albany: Suny, 15—45.
- Petronio, S. 1991. Communication boundary management. A theoretical model of managing disclosure of private information between marital couples. *Communication Theory* 1, 311—335.
- Petronio, S. 2000. The boundaries of privacy. Praxis of everyday life. Teoksessa S. Petronio (toim.) *Balancing the secrets of private disclosures*. Mahwah: Lawrence Erlbaum, 37—49.
- Petronio, S. (toim.) 2000. *Balancing the secrets of private disclosures*. Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- Robins, L. S. & Wolf, F. M. 1988. Confrontation and politeness strategies in physician—patient interactions. *Social Science and Medicine* 27 (3), 217—221.
- Rosqvist, E. 2003. Potilaiden kokemukset henkilökohtaisesta tilastaan ja sen säilymisestä sisätautien vuodeosastoilla. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Väitöskirjatutkimus. <<http://herkules oulu.fi/isbn9514269608/>>. Viitattu 8.2.2007.

- Rosqvist, E. & Rosqvist, J. 1999. Potilaan henkilökohtainen tila ja siihen tunkeutuminen sairaalassa – säilyykö yksityisyys? Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen Pro gradu -tutkielma.
- Spiers, J. A. 1998. The use of face work and politeness theory. Julkaisussa: *Qualitative Health Research* [online], 1998, vol. 8 (1). January 1998. <<http://www.epnet.com/ehost/finland/login.html>>. Viitattu 22.1.2001.
- Suhonen, R., Leino-Kilpi, H., Välimäki, M., Nyrhinen, T., Dassen, T., Gasull, M., Lemonidou, C., Scott, A. P., Arndt, M. & Kaljonen, A. 2002. Yksityisyyden suojeleminen sairaalassa. Eri potilasryhmien näkökulmien vertailu. Teoksessa H. Leino-Kilpi, M. Hupli & S. Salanterä (toim.) *Potilaan yksityisyys terveydenhuollossa*. Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A: 37, 71—91.
- Sulkunen, P. 1990. Ryhmähaastattelujen analyysi. Teoksessa K. Mäkelä (toim.) *Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta*. Helsinki: Gaudeamus, 264—285.
- Suomen terveyttä edistävät sairaalat ry. <<http://www.hph.tutka.net>>. Viitattu 9.2.2007.
- Ting-Toomey, S. & Cocroft, B.-A. 1994. Face and facework. Theoretical and research issues. Teoksessa S. Ting-Toomey (toim.) *The challenge of facework. Cross-cultural and interpersonal issues*. Albany: Suny, 307—340.
- WHO (World Health Organization). <<http://www.who.int/en/>>. Viitattu 8.2.2007.

Liite 1: Suostumusasiakirja tutkimukseen osallistuville potilaille



Arvoisa potilas.

Opiskelen puheviestintää Jyväskylän yliopiston humanistisessa tiedekunnassa, ja opiskelun viimeiseen vaiheeseen kuuluu pro gradu -tutkielman tekeminen. Tutkielmani tavoitteena on kartoittaa osaston potilaiden, hoitajien ja lääkäreiden *käsityksiä potilaan yksityisyydestä*.

Teidän käsityksenne ja kokemuksenne ovat tutkimuksen kannalta arvokkaita, ja siksi haluaisin haastatella Teitä tutkimusta varten. Haastattelun kesto on keskimäärin vajaasta tunnista puoleentoista tuntiin, ja haastattelu tallennetaan suostumuksellanne ääninauhalle. Teidän haastatteluajankohdaksi sovimme _____ 2001, kello _____.

Haastattelunauhut ja litteroitu aineisto (eli haastattelujen purkaminen sanasta sanaan tietokoneelle tekstinkäsittelyohjelmaan) ovat luottamuksellista tietoa, ja niitä käsittelee ainoastaan tämän tutkielman tekijä. Tutkimuksen tulokset raportoidaan siten, ettei vastausten perusteella voida tunnistaa yksittäistä henkilöä.

Tutkimus raportoidaan puheviestinnän pro gradu -tutkielmana Jyväskylän yliopistossa. Tutkielman ohjaajana toimii puheviestinnän lehtori Leena Mikkola Jyväskylän yliopiston viestintätieteiden laitokselta (p. xxx xxxx).

Tutkimus toteutetaan liittyen Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä tekeillä olevaan ”Terveyttä edistävä sairaala” -ohjelmaan. Ohjelman yhteyshenkilönä toimii terveystieteiden ylihoitaja Maria Hallman-Keiskoski (p. xxx xxx). Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin eettinen toimikunta ja sisätautien tulosyksikön ylilääkäri ovat puoltaneet tutkimuksen toteuttamista.

Avustanne kiittäen.

Sirkku Rinnekari
puh. xxx xxx
OS. xxxxxxxxxxx x x xx, xxxxx xxxxxxxxxxx

Olen lukenut edellä kuvatun selvityksen tutkimuksen tarkoituksesta ja toteutustavasta, ja keskustellut siitä tutkijan kanssa. Ilmoitan suostuvani haastateltavaksi tutkimukseen ja siihen, että haastatteluni voidaan tallentaa ääninauhalle. Suostun myös siihen, että nauhoitettua haastattelua voidaan käyttää tutkimuksen aineistona.

Tutkija on selvittänyt minulle, että kyseessä on vapaaehtoinen suostumus, ja että minulla on oikeus vetäytyä tutkimuksesta missä tahansa tutkimuksen vaiheessa, ilman että peruuttamisesta koituu minulle mitään haittaa.

Nimi: _____ Syntymäaika: _____
Osoite: _____
Päivämäärä ja paikka: _____
Suostumuksen antajan allekirjoitus: _____
Tutkijan allekirjoitus: _____

Halutessanne lisätietoja tutkimuksesta, ottakaa yhteyttä tutkijaan.

Kyllä kiitos. Haluan, että minulle toimitetaan tiivistelmä tutkimuksen tuloksista.

Liite 2: Potilaiden teemahaastattelurunko esimerkkikysymyksineen

Kokemus ja mielikuvat osastolle saapumisesta

- Miten päädyitte/päädymät* tänne osastolle (tällä kertaa)?
- Millaisia ajatuksia ja tunteita osastolle saapuminen herätti?
- Miten osastolle joutuminen vaikutti arkielämään?
- Oletko ensimmäistä kertaa tällä osastolla? Oletko ollut potilaana muilla osastoilla tai sairaaloissa?
- Yllättikö tai hämmästyttikö jokin asia, kun olit ensi kertaa potilaana vuodeosastolla?
- Onko kukaan läheiselläsi tai ystävälläsi kokemuksia sairaalahoidosta?

Henkilökohtaisista asioista keskusteleminen hoitajan/lääkärin kanssa

- Millainen tilanne on tulohaastattelu?
- Millaisia asioita sinulta on kysytty? Millaisista asioista keskustele hoitajan/lääkärin kanssa osastohoidon aikana?
- Ovatko jotkut kysymykset yllättäneet tai hämmästyttäneet?
- Onko kysymyksiä, joihin on mielestäsi vaikea tai epämiellyttävä vastata?
- Onko asioita, joista et ole halunnut keskustella hoitajan tai lääkärin kanssa? Mistä tämä saattoi mielestäsi johtua?
- Miten olet kokenut hoitajan/lääkärin toiminnan näissä tilanteissa?
- Miten hoitaja/lääkäri pyrki mielestäsi huomioimaan yksityisyyttäsi em. tilanteissa? Miten hän helpotti tai pehmensi tilannetta?
- Miten itse pyrit huolehtimaan yksityisyydestäsi tällaisessa tilanteessa?
- Mikä auttaa sinua selviytymään henkilökohtaisiin asioihin puuttumisesta ja hyväksymään sen?

Henkilökohtaiseen tilaan puuttuminen ja koskettaminen

- Millaisia tutkimuksia tai hoitotoimenpiteitä sinulle on tehty osastohoidon aikana?
- Missä tutkimus/hoitotoimenpide tehtiin? Keitä tilanteessa oli läsnä?
- Miten koit hoitajan/lääkärin toiminnan näissä tilanteissa?
- Oletko tarvinnut apua peseytymisessä tai wc:ssä asioimisessa? Miten olet kokenut hoitajan läsnäolon ja toiminnan näissä tilanteissa?
- Miten hoitaja/lääkäri pyrki mielestäsi huomioimaan yksityisyyttäsi näissä tilanteissa? Miten hän helpotti tai pehmensi tilannetta?
- Miten suhtaudut potilaana koskettamiseen?
- Mikä auttaa sinua selviytymään tällaisissa tilanteissa, hyväksymään ne?
- Miten itse pyrit huolehtimaan yksityisyydestäsi tällaisessa tilanteessa?

*) Puhuttelutapa, sinuttelu tai teittely, riippuu haastateltavasta.

(jatkuu)

(jatkoa)

Potilaan yksityisyyden määrittelyminen

- Millaisia asioita kuuluu sinun yksityisyyteesi osastolla?
- Mitkä ovat henkilökohtaisia asioita?
- Mitä mielestäsi kuuluu potilaan reviiiriin, omaan tilaan osastolla?
- Miten suhtaudut tähän tilaan?
- Oletko aiemmin pohtinut omaa yksityisyyttäsi osastolla?
- Millaisissa tilanteissa omasta yksityisyydestä tulee tietoiseksi?
- Miten osastohoidon aikainen yksityisyys poikkeaa esimerkiksi kotielämän yksityisyydestä?

Potilaan yksityisyys suhteessa muihin potilaisiin ja vierailijoihin

- Monenko hengen potilashuoneessa olet?
- Miten suhtaudut siihen, että samassa huoneessa on muita potilaita?
- Millaisista asioista et keskustele muiden potilaiden kanssa?
- Oletko koskaan kokenut, että toinen potilas on ylittänyt yksityisyytesi rajan? Millainen tilanne se oli? Miten sinä reagoit ja toimit?
- Miten pyrit suojelemaan omaa yksityisyyttäsi suhteessa muihin potilaisiin?
- Tällä osastollahan on vapaat vierailuajat. Miten suhtaudut vierailijoihin?
- Millaisia asioita henkilökunnan ei mielestäsi saisi ottaa esille muiden potilaiden tai vierailijoiden läsnäollessa?
- Millaisissa tilanteissa toivot muiden potilaiden/vierailijoiden poistuvan huoneesta?

Potilaan yksityisyyden säilymisen/loukkaamisen merkitys

- Millainen merkitys sinun mielestäsi on sillä, että potilaan yksityisyyttä kunnioitetaan osastolla?
- Onko sinulla kokemuksia siitä, että yksityisyyttäsi olisi loukattu? Millainen tilanne oli kyseessä? Miten reagoit? Millaisia ajatuksia tämä sinussa herätti?

Suhtautuminen muiden potilaiden yksityisyyteen

- Oletko kuullut tai nähnyt potilashuoneessa ollessasi sellaista, mitä et ehkä olisi halunnut? Mitä ajatuksia ja tunteita sinussa heräsi? Miten hoitaja/lääkäri toimi tällaisessa tilanteessa? Miten toisin hoitaja/lääkäri olisi voinut toimia? Miten sinä toimit? Annoitko palautetta?
- Miten sinä pyrit kunnioittamaan toisten potilaiden yksityisyyttä?

Potilaan yksityisyyden huomioimiseen liittyviä kehitysehdotuksia tai hyväksi koettuja, asioita, joita voisi esimerkiksi soveltaa muilla osastoilla.

Tuleeko mieleesi jotain muuta potilaan yksityisyyteen liittyvää asiaa, mitä en ole huomannut kysyä?

Liite 3: Hoitajien ja lääkäreiden teemahaastattelurunko esimerkkikysymyksineen

Työnkuva tällä osastolla, työhistoria

Kokonaisvaltaisuus, potilaskeskeisyys ja yksilöllisyys hoitotyön periaatteina

- Mitä Teidän mielestänne/sinun mielestäsi* on kokonaisvaltainen/potilaskeskeinen/ yksilöllinen hoito?
- Mitä nämä hoitotyön periaatteet merkitsevät sinulle?
- Miten ne ilmenevät käytännössä?

Potilaan yksityisyyden määrittelyminen

- Mitä sinun mielestäsi on se potilaan yksityisyys osastolla? Millaisia asioita siihen voi kuulua?
- Millaisia asioita ja aiheita potilas saattaa pitää henkilökohtaisena ja arkana?
- Mitä mielestäsi kuuluu potilaan reviiriin, omaan tilaan osastolla?
- Miten osastohoidon aikainen yksityisyys poikkeaa esimerkiksi kotielämän yksityisyydestä?

Henkilökohtaisista asioista keskusteleminen hoitajan/lääkärin kanssa

- Millaisista asioista keskustele potilaan kanssa osastohoidon aikana?
- Millaisia kysymyksiä esität potilaalle?
- Onko joistain aiheista vaikeampi tai haastavampaa esittää kysymyksiä tai keskustella ajatellen potilaan yksityisyyttä?
- Mistä syntyy kokemus, että nyt liikutaan potilaan yksityisyyden rajapinnoilla?
- Millä tavalla huomioit, että aihe saattaa olla potilaalle arka? Käytätkö joitain keinoja helpottaaksesi tai pehmentääksesi tilannetta? Millaisia?
- Miten pyrit huomioimaan potilaan yksityisyyden em. tilanteissa?
- Miten potilas itse saattaa varjella yksityisyyttään tällaisissa tilanteissa?

Henkilökohtaiseen tilaan puuttuminen ja koskettaminen

- Mitä potilaan yksityisyys ja sen kunnioittaminen voi olla hoitotoimenpiteissä ja tutkimuksissa?
- Mitä potilaan yksityisyyden kunnioittaminen voi olla näissä arkirutiineissa, kuten peseytymisessä ja wc:ssä avustamisessa?
- Miten pyrit auttamaan potilasta tällaisissa intiimeissä tilanteissa? Millä tavalla saatat yrittää pehmentää sitä tilannetta?
- Miten potilaat reagoivat koskettamisen tai kehon paljastamiseen? Millaiset asiat voivat vaikuttaa siihen, miten potilas reagoi?
- Mistä syntyy kokemus, että nyt liikutaan potilaan yksityisyyden rajapinnoilla?
- Miten potilas itse saattaa varjella yksityisyyttään tällaisissa tilanteissa?

**) Puhuttelutapa, sinuttelu tai teitittely, riippui haastateltavasta.*

(jatkuu)

(jatkoa)

Potilaan yksityisyyden suojeleminen suhteessa toisiin potilaisiin, omaisiin ja vierailijoihin

- Miten pyrit suojelemaan potilaan yksityisyyttä suhteessa toisiin potilaisiin, omaisiin ja vierailijoihin? Millaisissa tilanteissa?

Potilaan yksityisyyden huomioimisen intuitiivisuus/tavoitteellisuus

- Onko potilaan yksityisyyden huomioiminen mielestäsi intuitiivista, vaistonvaraista vaiko tavoitteellista, tiedostettua toiminnaksi?
- Millaisissa tilanteissa yksityisyyden huomioiminen on tietoista ja tavoitteellista?
- Millaisissa tilanteissa huomioiminen tapahtuu vaistonvaraisesti tai rutiinimaisesti?

Potilaan yksityisyyden huomioimisen/loukkaamisen merkitys

- Millainen merkitys potilaan yksityisyyden huomioimisella voi olla potilaan hyvinvoinnille? Entä sillä, jos sitä ei huomioida?
- Onko sinulla kokemuksia siitä, että olet loukannut potilaan yksityisyyttä? Millainen tilanne oli kyseessä? Mistä päättelit, että olit ylittänyt hänen yksityisyytensä rajan? Miten reagoit?

Yksityisyyden huomioimiseen vaikuttavia tekijöitä

- Miten koulutus ja toisaalta työssä oppiminen on vaikuttanut käsityksiisi potilaan yksityisyydestä ja siihen, miten huomioit potilaan yksityisyyttä käytännössä?
- Mikä merkitys mielestäsi on osaston henkilökunnalla ja hoitokulttuurilla siihen, miten suhtaudut potilaan yksityisyyteen?
- Onko itselläsi tai läheiselläsi potilaskokemuksia vuodeosastolta? Miten koit potilaan yksityisyyden näissä tilanteissa?
- Mitkä potilaaseen liittyvät tekijät voivat vaikuttaa siihen, miten pyrit huomioimaan hänen yksityisyytensä? Mikä merkitys on esimerkiksi potilaan sukupuolella, iällä, tuttuudella tai sillä, kuinka kauan potilas on sairastanut?
- Miten potilaan yksityisyyden huomioimiseen vaikuttaa se, onko kyseessä ns. sekaosasto vai tällainen osasto, joka on erikoistunut tiettyyn sairausryhmään?

Potilaan yksityisyyden huomioimiseen liittyviä kehitysehdotuksia tai hyväksi koettuja asioita, joita voisi esimerkiksi soveltaa muilla osastoilla.

Onko tietoisuus tästä tutkimuksesta vaikuttanut ajatuksiisi tai toimintaasi lähiaikoina? Miten?

Tuleeko mieleesi jotain muuta potilaan yksityisyyteen liittyvää asiaa, mitä en ole huomannut kysyä?