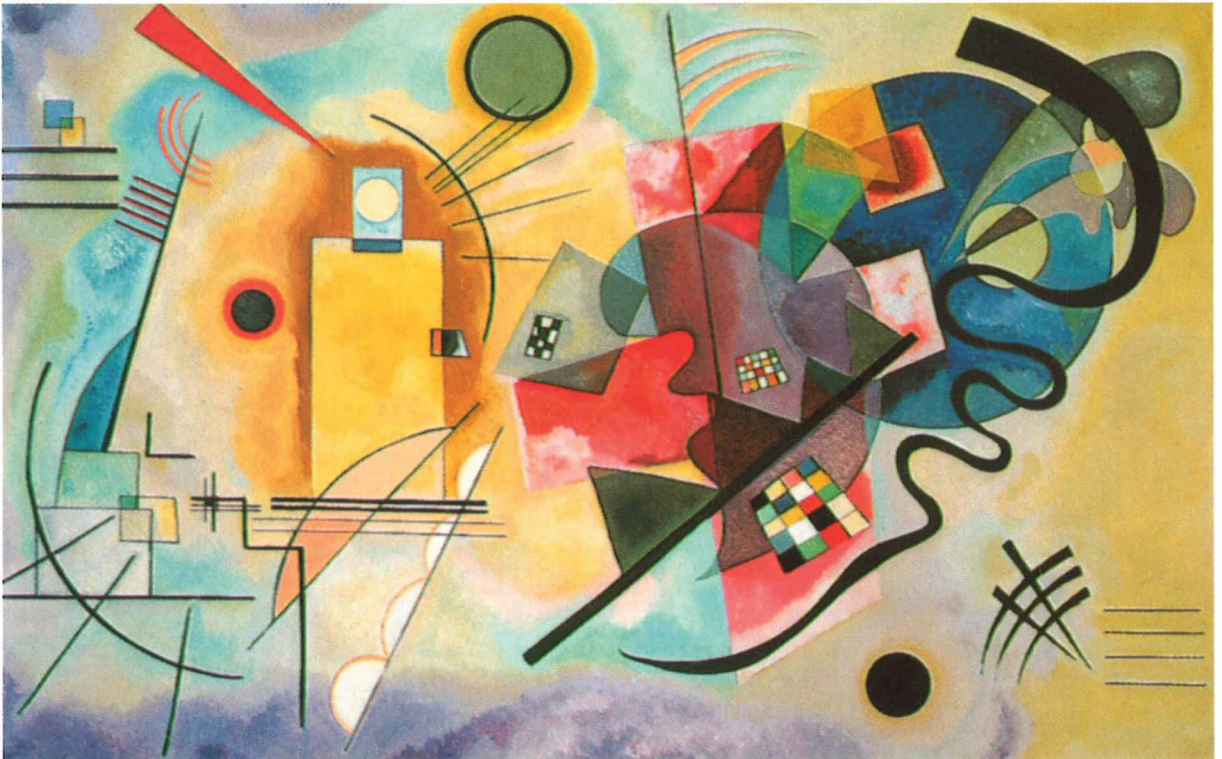


Marita Poskiparta

Terveysneuvonta,
oppimaan oppimista



Marita Poskiparta
Terveysneuvonta,
oppimaan oppimista

Videotallenteet hoitajien terveysneuvonnan
ilmentäjinä ja vuorovaikutustaitojen
kehittämismenetelmänä

Esitetään Jyväskylän yliopiston liikuntatieteellisen tiedekunnan suostumuksella
julkisesti tarkastettavaksi yliopiston vanhassa juhlasalissa (S212)

helmikuun 8. päivänä 1997 kello 12.



JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

JYVÄSKYLÄ 1997

Marita Poskiparta

Terveysneuvonta,
oppimaan oppimista

Videotallenteet hoitajien terveysneuvonnan
ilmentäjinä ja vuorovaikutustaitojen
kehittämismenetelmänä

Marita Poskiparta

Terveysneuvonta,
oppimaan oppimista

Videotallenteet hoitajien terveysneuvonnan
ilmentäjinä ja vuorovaikutustaitojen
kehittämismenetelmänä



JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

JYVÄSKYLÄ 1997

Editor
Harri Suominen
Department of Health Sciences, University of Jyväskylä
Technical editor
Kaarina Nieminen
Scientific Publishing, University of Jyväskylä

URN:ISBN:978-951-39-7923-2
ISBN 978-951-39-7923-2 (PDF)
ISSN 0356-1070

ISBN 951-34-0862-0
ISSN 0356-1070

Copyright © 1997, by University of Jyväskylä

Cover picture
Wassily Kandinsky, *Jaune, Rouge, Bleu*, 1925

Jyväskylä University Printing House, Jyväskylä
and ER-Paino Ky, Lievestuore 1997

ABSTRACT

Poskiparta, Marita

Health counselling, learning to learn. Videotapes expressing and developing nurses' communication skills.

Jyväskylä: University of Jyväskylä, 1997. 159 p.

(Studies in Sport, Physical Education and Health,

ISSN 0356-1070; 46)

ISBN 951-34-0862- 0

English summary

Diss.

The purpose of this research was to describe health education and communication in counselling situations with nurses and patients as an analyse of educational needs to improve nurses' communication skills. Another research question was to explain the nurses' learning, professional development and process of development in interaction by self-reflection and education intervention. The opinions of health, learning and self-reflection were the theoretical frames which applied to nurses' orientation to profession and patients' self-care in health counselling.

Nineteen nurses participated in the research on a voluntary basis and evaluated their interaction with patients on video on two occasions half a year apart. Nurses and patients gave verbal feedback in the interview. Besides nurse read education materials and watched their videotapes and wrote an evaluation of their communication skills.

The health counselling was dominated by nurses. The view of health was often negative and also dynamic. The behaviouristic learning view was emphasized but sometimes could be seen features of cognitive and action theoretical learning views especially in the second video. Some patients were eager to individualistic learning to learn process together nurses. Nurses said that they were able to use familiar language, to listen and to encourage the patients to express their feelings and ask questions. Nurses gave little feedback on nonverbal communication. They wanted to develop their listening skills and their ability to encourage patients to ask and express their feelings. They also wanted to improve their preparations for counselling sessions. Written and second evaluations gave more information than first verbal answers in the interviews. Nurses were conscious of their skills and needs of development but it was very difficult to transfer them in action.

The research gives information about nurses' opinions about communication skills and needs of improving them. The results indicate a need for training programs dealing with communication skills and self-reflection. The professional growth is an individual process of development. Using the videotape was found to be a good method to enhance the quality of health counselling.

Key words: nurse, videotape, self-reflection, health counselling, communication skills.

*Nooralle ja Sampalle
oppimisen tieni ohjaajille*

ALKUSANAT

Työni alkujuuret ovat jo noin 20 vuoden takaa. Silloin nuorena terveydenhuollon ammattilaisena koin haasteellisia hetkiä asiakkaideni kanssa terveysneuvontatilanteissa. Minua ihmetytti, miksi joidenkin asiakkaiden kanssa puhuimme saamaa kieltä ja tuntui siltä, että ymmärtäisimme toisiamme. Kohtasin myös ihmisiä, joiden läheisyyteen pääseminen ja joihin yhteyden saaminen tuntui välillä mahdottomalta. Pohdiskelin omien taitojeni riittävyyttä ja kehittämistarpeita. Monisisältöiset terveysneuvontatilanteet eivät jättäneet minua rauhaan, mutta vasta pitkän opiskelurupeaman jälkeen rohkenin tarttua tähän vaativaan tutkimusaiheeseen. Osa tutkimusmatkaa on nyt kuljettu ja haasteet odottavat, on kiitosten aika.

Lämpimimmät kiitokset haluan osoittaa Jämsän seudun terveydenhuollon kuntayhtymän Jokilaakson sairaalan tutkimukseen osallistuneille hoitajille ja potilaille sekä koko henkilökunnalle, jotka ovat tukeneet ja kannustaneet tutkimukseni toteutusta.

Professori Lasse Kannasta haluan kiittää raja-aitojen vapaudesta, jolla olen saanut työtäni tehdä. Väitöskirjani esitarkastajat apulaisprofessorit Anssi Peräkylä ja Kerttu Tossavainen paneutuivat huolella tehtäväänsä ja antoivat kannustavaa, mutta myös kriittistä palautetta työstäni. He osittivat minulle positiivisessa hengessä tieteen tekemisen karikat ja aallon harjat. Rohkaisevia sanoja sain tutkimustyöni alkuvaiheessa professori Matti Leiwolta. Ylilääkäri Matti Rimpelä ja professori Riitta-Liisa Heikkinen ovat kommentteillaan jäsentäneet ajatteluani.

Tutkimustyöhöni liittyviä käsityksiä ovat muovanneet myös THM Tarja Kettusen ja THM Leena Liimataisen kanssa käymäni kirvoittavat keskustelut tutkimusaineiston erilaisista tulkintamahdollisuuksista. Heidän tukensa oli tarpeen niiden monien umpikujaan johtaneiden aineistoanalyysiretkien jälkeen. Työni viimeistelyvaiheessa THM Arja Liinamon panos ansaitsee kiitoksen.

Toimistosihteerini Leena Hakala teki korvaamattoman työn video- ja haastattelunauhujen puhtaaksikirjoittamisessa. Osastosihteerini Pirjo Koikkalainen huolehti työni viimeistelystä ja painokelpoisuudesta. Englanninkielisen yhteenvedon kieliasun on tarkastanut fil.yo. Kirsi Talvitie. Kaikille teille parhaat kiitokseni.

Sosiaali- ja terveysministeriö on tukenut tutkimusta. Jyväskylän yliopiston Terveystieteen laitos on antanut mahdollisuuden toteuttaa tämän tutkimuksen suojissaan.

Vielä haluan kiittää kaikkia niitä työtovereitani, jotka ovat monin tavoin tukeneet minua tämän intensiivisen työskentelyjakoni aikana. Lapsuudenkodilleni olen kiitollinen siitä henkisestä perinnöstä, joka on rohkaisut kohtaamaan haasteita. Vanhempieni käytännön tuki oli myös välttämätön tutkimusaineiston keräysvaiheessa. Lämpimät ajatukset sisareni lapsille. Noora, annoit asiantuntevia kommentteja selkeiden tutkimuspäiväkirjojen merkityksestä. Samppa, kiitos arvoituksellista ajatuksista Voipionlahdella. Kiitos puolisoni Mauri. Olet ymmärtänyt ajoittaiset poissaoloni ja jaksanut kannustaa minua vaikeinakin hetkinä.

Jyväskylässä joulukuussa kynttilöiden loisteessa

Marita Poskiparta

SISÄLTÖ

ABSTRACT ALKUSANAT

1	JOHDANTO	11
2	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	13
2.1	Tutkimuksen tavoitteet ja tehtävät	13
2.2	Tutkimusaineiston muodostuminen	14
2.3	Analyysimenetelmät	15
3	MONIAINEKSIINEN TERVEYSKASVATUS – TERVEYSNEUVONNAN PERUSTA	19
3.1	Terveyskasvatuksen muodot	20
3.1.1	Asiantuntijajohtoinen terveyskasvatus	21
3.1.2	Potilaskeskeinen terveyskasvatus	22
3.1.3	Yhdessäoppimisen terveyskasvatus	23
3.2	Terveysneuvonta terveyskasvatuksen menetelmänä	24
4	AMMATILLISTEN TAITOJEN KEHITTYMINEN	25
4.1	Hoitajien ammatillinen orientaatio terveysneuvonnassa	25
4.2	Ammatillinen kehittyminen kokemuksellisen oppimisen näkökulmasta	27
4.3	Itsearviointi ammatillisen kehittymisen menetelmänä	29
4.4	Ammatillisten kehittämistarpeiden arviointi	30
4.5	Vuorovaikutustaidot osa hoitajan ammattitaitoa	31
4.5.1	Verbaalinen ja nonverbaalinen viestintä terveysneuvonnassa	31
4.5.2	Vuorovaikutustaitojen kehittyminen	33
5	TULOKSET	36
5.1	Yhteenveto koko aineistosta	36
5.2	Tapauskuvaukset	43
5.2.1	Tapaus yksi: Yhdessäoppimista ja reflektointia	43
5.2.2	Tapaus kolme: Yhteisellä kokemuksella irti rutiineista	64
5.2.3	Tapaus kymmenen: Sairaalan rutiinia	80
5.2.4	Tapaus kuusitoista: Kohdentamatonta puhetta tietäville potilaille	94
5.3	Vuorovaikutuksen rakenteista	107
5.3.1	Reflektiivisten kysymysten rakenteesta	107
5.3.2	Neuvot ja ohjeet	112

6	POHDINTA	119
6.1	Tutkimuksen luotettavuus	119
6.2	Teoreettisten lähtökohtien soveltuvuus tutkimusaineistoon	122
6.3	Päätulokset	122
6.4	Terveysneuvonnan kehittäminen	125
6.5	Jatkotutkimushaasteet	127
7	SUMMARY	129
	LÄHTEET	135
	LIITTEET	148

1 JOHDANTO

Terveyskasvattajan toimintaan on sisältynyt ohjeiden ja neuvojen sekä kieltojen ja rajoitusten antaminen. Terveysneuvontatilanteet ovat myös oppimaan oppimisen, kasvun ja kehittymisen mahdollisuuksia niin potilaalle kuin hoitajalle. Jokainen neuvontatilanne on ainutlaatuinen, spiraalimaisesti kehittyvä vuorovaikutusprosessi. Toiminta on systemaattiseen mutta myös irrationalaiseen tietoon perustuvaa keksimistä, luovaa ongelmanratkaisua, jossa arvioidaan ja eritellään potilaan tarpeita sekä tuetaan potilaan itsetutkiskelua. Terveyttä edistävät neuvontatilanteet vaativat yksilön sitoutumista sekä yhteistä tavoitteen asettelua. Terveysneuvonnan tuloksellisuuden ja vaikuttavuuden arvioinnin näkökulmasta (vrt. Tones ym. 1990, Green & Kreuter 1991, Ingrosso 1993) edellä kuvatut lähestymistavat ovat merkityksellisiä. Tässä tutkimuksessa nostan esille hoitajien mahdollisuuksia ja kykyjä tukea potilaiden oppimaan oppimista, luovaa ongelmanratkaisua ja itsearviointia terveysneuvontatilanteissa.

Lääke- ja hoitotieteen sekä viestintätieteiden piirissä vuorovaikutustutkimukset ovat keskittyneet suurimmaksi osaksi keskustelijoiden aktiivisuuden kuvauksiin sekä hoitomyöntyvyyden ja -tyytyväisyyden tutkimiseen strukturoiduilla kyselylomakkeilla tai haastatteluaineistoilla. Useimmissa tutkimuksissa todetaan hoitohenkilöstön aktiivinen ja dominoiva ote ja potilaan alisteinen rooli. (mm. Burgoon ym. 1987, Street & Buller 1988, Anderson & Zimmerman 1993.) Keskusteluanalyttiset sekä kehittävän työn tutkimukset ovat paljastaneet myös uusia ulottuvuuksia vuorovaikutusprosessista, kuten millä keinoin ammattihenkilöstö hallitsee keskusteluja ja mitä mahdollisuuksia asiakkailla on osallistua keskusteluihin (esim. Engeström 1990, Heritage & Sefi 1992, Silverman ym. 1992, Peräkylä 1994). Terveystieteiden ammattilaisten itsearviointeihin perustuvat vuorovaikutustaitojen tutkimukset ovat vähäisiä. Omien videoitujen neuvontatilanteiden analysointi strukturoiduilla arviointilomakkeilla on todettu hyväksi vuorovaikutustaitojen opiskelumenetelmäksi (mm. Roter 1989, Anderson 1991). Työntekijöiden itsenäisesti tuottamat vuorovaikutustaitojen kehitysnäkemykset ovat olleet harvinaisia tutkimusalueita. Yleisesti tutkimuksissa on todettu, että vuorovaikutustaitojen koulutusmenetelmät vaativat kehittämistä.

Toteuttamassani vuorovaikutustaitojen kehittämisprojektissä sovelsin kokeuksellisen oppimisen mallia, oppimaan oppimisen näkemyksiä (Dewey 1933, Kolb 1984). Tutkimuksessa hoitajat etsivät omista videoiduista neuvontatilanteistaan vuorovaikutustaitojensa vahvuuksia ja kehittämishaasteita. Kirjallinen koulutusmateriaali, joka koostui pääosin tämän raportin kirjallisuusosasta, ja omat videotallenteet sekä jokapäiväiset työkokemukset olivat oppimisen tukena. Työssä oppiminen on perusolemukseltaan toiminnan tavoitteellista, kontekstisidonnaista, aktiivista ja jatkuvaa kehittämistä (mm. Toikka 1984, Pickle 1985, Jarvis 1992a, Kivinen 1994). Tämä edellyttää, että työntekijällä on sekä tarve että mahdollisuus kriittisesti reflektoida työn ulkoisia ja sisäisiä kehittämishaasteita ja niihin liittyviä ristiriitoja. Pelkkä reflektointi ei riitä, vaan työntekijällä tulisi olla myös mahdollisuus ja keinoja yhteistoiminnallisesti kehittää omaa työtään. (vrt. Zeichner 1987, Rousi 1991, Ingrosso 1993.) Omalla toiminnallani pyrin edistämään tutkimukseen osallistuneiden hoitajien oppimista, mutta korostin, että terveyskasvattajan tulisi tukea asiakkaansa oppimaan oppimista, mahdollisuuksia kehittyä, tuottaa ja soveltaa tietoa oman ja kanssaihmissen elämän hallintaan, elämään.

Ensiksi selvitin tutkimuksessa neuvontatilanteissa esiintyneen terveysneuvonnallisen sekä vuorovaikutuksellisen aineksen, joka oli tukena tutkimusprojektin toisessa vaiheessa hoitajien vuorovaikutustaitojen kehittämisessä. Kolmantena tutkimustehtävänä tarkastelin hoitajien oppimista, kehittymistä ja kehitysprosessia vuorovaikutustaidoissa itsearviointin ja koulutusintervention avulla. Analyysivaiheessa Ingrosson (1993) esittämät kriteerit terveyskasvatuksesta sekä vuorovaikutusprosessista toivat jäntevyyttä keskustelujen tulkintaan (ks. s. 20). Tutkijana reflektoin toimintaani niin, etten rakentaisi Ingrosson kriteereistä liian pysyviä kaavoja aineiston tarkastelulle, vaan jättäisin myös tilaa keskusteluista nouseville teemoille. Sundeenin ym. (1985) vuorovaikutustaitojen arviointiluokitus on ollut hoitajien koulutusmateriaalina sekä tulosten analysoinnin runkona (ks. s. 34). Mezirowin (1981) reflektiivisyyden tasoilla määritin hoitajien itsearviointitaitoja (ks. s. 29-30). Ammatillista orientaatiota ja kehittymistä selvitin Zeichnerin (1983) paradigmoilla (ks. s. 26).

Neljän erilaisen, aineistosta nousseen neuvonta- ja itsearviointitapauksen evaluaatioprosessilla pyrin ymmärtämään ja kuvaamaan moniselitteisiä, prosessinomaisia sairaalan neuvontatilanteita. Keskusteluanalyysillä tarkastelin, miten kysymykset ja vastaukset sekä neuvot ja ohjeet rakensivat Ingrosson (1993) kuvaamaa vastavuoroista vuorovaikutusta. Etsin aineistosta terveyskasvatuksen muotoja ja tein näkymättömän näkyväksi sekä tarkastelin vuorovaikutustaitojen piirteitä kehittämisprojektin aikana.

2 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

2.1 Tutkimuksen tavoitteet ja tehtävät

Tutkimuksen tavoitteina oli kuvata hoitajien ja potilaiden neuvontatilanteissa esiintynyt terveysneuvonnallinen ja vuorovaikutuksellinen aines sekä niiden olemus koulutustarveanalyysinä hoitajien vuorovaikutustaitojen kehittämiseksi. Tutkimustehtävänä oli myös selvittää hoitajien ammatillista kehittymistä ja kehitysprosessia vuorovaikutustaidoissa itsearviointin ja koulutusprojektin jälkeen.

Tutkimustehtävät ovat:

1. Millaisia terveysneuvonnan muotoja tutkimusaineistossa esiintyi ja miten ne prosessinomaisesti vaihtelivat neuvonnan aikana?
2. Miten vuorovaikutus rakentui kysymysten ja vastausten sekä neuvojen ja ohjeiden mukaan?
 - 2.1. Miten hoitajien ja potilaiden kysymykset ja vastaukset jäsensivät keskusteluja?
 - 2.2. Miten ohjeet ja neuvot annettiin ja miten ne vastaanotettiin?
3. Miten hoitajat arvioivat omia vuorovaikutustaitojaan ja miten he kehittivät ammatillisesti koulutusintervention aikana?
 - 3.1. Miten tutkimukseen osallistuneet hoitajat kokivat koulutusintervention ja itsearviointin?

Tutkimuksen tarkoituksena oli myös lisätä teoreettista ja käytännön tietoutta vuorovaikutuksen olemuksesta sairaalan terveysneuvonnassa. Koulutusprojektin tavoitteena oli tukea hoitajien itsearviointitaitoja ja oman työn kehittämistä.

Lisäksi arvioin käytettyjen tutkimusmenetelmien toimivuutta ja käyttökelpoisuutta sekä etsin parannusehdotuksia tutkimusmenetelmiin.

2.2 Tutkimusaineiston muodostuminen

Tutkimusprosessi ja aineiston keruu eteni taulukon 1 mukaisesti. Syksyllä 1992 suoritin tutkimuksen valmistelutyöt. Tutkimuksen alussa kerroin hoitajille tutkimustyöni orientaatioperustat, joihin olivat hoitajien itsearviointiin perustuvat näkemykset terveysneuvontatilanteista sekä heidän omat arviointinsa vuorovaikutustaidoistaan sekä niiden kehittymisestä tutkimusprojektin aikana. Vuonna 1993 keräsin tutkimusaineiston 19 hoitajan toteuttamista sairaalan terveysneuvontatilanteista videoimalla, haastattelemalla ja kyselylomakkeilla kaksi kertaa noin puolen vuoden välein (Liitteet 1 - 2). Potilaiden palautteet neuvonnoista haastattelin välittömästi videointien jälkeen (Liite 3). Jokainen tutkimukseen osallistunut hoitaja katsoi molemmilla kerroilla kanssani videoidun neuvontatilanteensa ja arvioi haastattelukysymysteni perusteella omat vuorovaikutustaitonsa ja niiden kehittämistarpeet (Liite 4). Hoitajat saivat myös täytettäväkseen strukturoimattomat arviointilomakkeet (Liitteet 5 - 6), jotka he palauttivat postitse.

TAULUKKO 1 Tutkimusprosessi ja -aineisto (n).

v. 1992 Tammi-joulukuu	v. 1993 Tammi-huhtikuu	(n)	v. 1993 Touko-lokakuu	(n)	v. 1993 Syys-joulukuu	(n)	v. 1994 -
Tutkimustyön suunnittelu	Terveysneuvontatilanteiden videoinnit	19	Koulutustilaisuudet	7	Terveysneuvontatilanteiden videoinnit	19	Tulosten raportointi
Pilottitutkimus	Potilaiden haastattelut	19	Tutkijan päiväkirjamerkinnät	7	Potilaiden haastattelut	19	
Hoitajien tiedotustilaisuudet	Hoitajien haastattelut	19			Hoitajien haastattelut	19	
Tiedot vapaaehtoisista hoitajista	Kehittämistarpeiden kartoitukset katsotun videon perusteella		Kirjallisen materiaalin tarkistus		Kehittämistarpeiden kartoitus ja tulosten arviointi katsotun videon perusteella		
	Arviointilomakkeiden täyttäminen	19			Arviointilomakkeiden täyttäminen	19	
	Tutkijan päiväkirjamerkinnät	19			Tutkijan päiväkirjamerkinnät	19	

Ensimmäisten videointien jälkeen olivat ryhmäkoulutustilaisuudet, joissa toimin aktivaattorina ja kouluttajana (Taulukko 1). Tavoitteena oli, että hoitajat ky-

kenisivät itse jäsentämään omia kokemuksiaan neuvontatilanteista ja kehittämään vuorovaikutustaitojaan. Koulutusaineistoina olivat heti ensimmäisen videon jälkeen jaettu kirjallinen materiaali, hoitajien saamat videokopiot omista neuvontasuorituksistaan, analyysit omista vuorovaikutustaidoista ja niiden kehittämistarpeista, kertomani potilailta saadut palautteet sekä jokaisen ryhmään kuuluvan hoitajan neuvontasuorituksista tekemäni kirjalliset palautteet (ks. esim. Liitteet 7 - 10). Pääosin tämän raportin teoriaosa vastaa kirjallista koulutusmateriaalia ammatillisesta orientaatiosta, itsearvioinnista ja vuorovaikutustaidoista.

Tutkimukseen osallistuneet hoitajat ja potilaat olivat vapaaehtoisia. He antoivat kirjallisen suostumuksensa aineiston tutkimuskäyttöön (Liite 1). Potilasasiakirjat eivät sisälly tutkimusaineistoon. Videointitilanteeseen osallistuivat vain hoitaja ja potilas. Nauhoitukset tapahtuivat potilashuoneissa, osaston kanslioissa tai osastonhoitajan huoneissa. Terveysneuvontatilanteet olivat sairaalan päivittäisiä toimintoja. Kukin hoitaja videoitiin kahdesti. Toisessa videoidussa neuvontatilanteessa potilaat olivat eri henkilöitä. Vaihtuvat potilaat eivät vaikeuttaneet tutkimusasetelmaa, koska tässä tutkimuksessa arvioitiin hoitajien vuorovaikutus- ja itsearviointitaitojen kehittymistä. Potilaiden sairaalasaoloajat ovat lyhentyneet ja hoitajat joutuvat yhä useammin erilaisiin vuorovaikutustilanteisiin, joten tutkimusjärjestelyt kuvaavat nykyistä sairaalatoimintaa.

Video- ja haastatteluaineistot litteroitiin kirjalliseen muotoon. Aineisto sisälsi kuitenkin puheelle ominaisia piirteitä, kuten taukoja, katkoksia, päällepuhumista ja epäyhdenäisyksiä (vrt. Pyörälä 1994). Käytännön järjestelyt rajoittivat joissakin tilanteissa videokameran sijoittelua. Kuvausetaisyys muodostui melko pitkäksi. Videokuvaa saatoinkin käyttää kinesiikan ja proksemiikan arviointiin, mutta tarkka analysointi esimerkiksi katsekontaktin laadusta oli mahdotonta. Tutkimuksessa tyydyin tähän ratkaisuun, koska halusin säilyttää neuvontatilanteet mahdollisimman luonnollisina, todellisina sairaalan toimintoina.

2.3 Analyysimenetelmät

Tutkimuksessa on yhdistetty kvantitatiivisia ja kvalitatiivisia analyysimenetelmiä. Tiivistetty kokonaiskuva on esitetty tulososan alussa määrällisinä yhteenvetotaulukkoina. Tätä tutkimusta voidaan luonnehtia myös laadulliseksi evaluaatiotutkimukseksi, jolla on tapaustutkimuksen piirteitä. Tapaustutkimus soveltuu käytännön toiminnan, oppimisen ja prosessien kokonaisvaltaiseen tarkasteluun ja kuvaukseen (Syrjälä ym. 1992). Yin (1984, 24) määrittelee tapaustutkimuksen empiirisenä tutkimuksena, joka tutkii tilapäisiä ilmiöitä niiden todellisissa ympäristöissä. Tässä tutkimuksessa tapauksena on yksivuotinen hoitajien itsearviointiin perustuva vuorovaikutustaitojen kehittämisprojekti sekä sen aikana havaitut aihepiiriin rajautuvat ilmiöt. Tilapäisyys voidaan ymmärtää kehittämisprojektin sekä terveysneuvonnan vuorovaikutussuhteiden ainutkertaisuutena.

Tapaustutkimuksen ja toimintatutkimuksen raja on häilyvä (mm. Yin 1984, Syrjälä ym. 1994). Tapaustutkimuksessa tutkija ei ole aktiivinen osallistuja ja toiminnan kehittäjä kuten toimintatutkimuksessa, vaan enemmän passiivinen

tarkkailija. Tässä tutkimuksessa toimin hoitajien itsereflektiivisten taitojen aktivoijana ja/tai tukijana enkä niinkään osallistunut hoitajien sisäisten prosessien työstämiseen. Sairaalaympäristöön sovellettuna tapaustutkimus tarkoittaa kokonaisvaltaista lähestymistä hoitajien terveysneuvontatilanteisiin, joissa totuus on tutkimukseen osallistuneiden sisäinen moniulotteinen ja monikerroksinen prosessi. Eri kerrokset tarjoavat erilaisia näkökulmia todellisuudesta, eikä mitään niistä voida pitää todempana kuin muita (Mäkelä 1990, Patton 1990). Todellisuutta selittäessään ja tutkimusmenetelmiä valitessaan tutkija tuo tutkimukseen mukanaan oman maailmankuvansa ja näkemyksensä, joka suosii kvalitatiivisia tai kvantitatiivisia oletuksia. Tutkijan käsityksiin vaikuttavat myös hänen koulutuksensa ja kokemuksensa. Tutkimusmenetelmät riippuvat tutkimuksen ongelmista mutta myös tutkijan taipumuksesta tarkastella todellisuuden ilmiöitä, ottaa riskejä, työskennellä epäselvissä olosuhteissa ja nähdä tutkittavat ilmiöt niiden konteksteissa. (Creswell 1994, 8.)

Tässä tutkimuksessa tutkijan teoreettiset oletukset terveysneuvonnasta on kirjattu raportin teoriaosaan. Erilaisia näkökulmia tutkimusaineistosta nostetaan esille triangulaatiomenettelyllä. Videoimalla, haastatteleamalla ja kirjallisin raportein kerättyä tutkimusaineistoa on analysoitu käsitelähtöisillä, abduktiivisilla sekä aineistolähtöisillä, induktiivisilla evaluaatiostrategioilla (vrt. Aaltonen 1989, Ruohotie 1993). Tulosten yhteenveto-osa ja tapauskuvaukset perustuvat käsitelähtöiseen analyysimenetelmään. Induktiivisesti on analysoitu vuorovaikutuksen olemusta. Yhdistämällä nämä kaksi analyysimenetelmää tarkentuivat tutkittavien vuorovaikutussuhteiden laajat kirjat ja muutokset vuorovaikutusprosessien aikana.

Tutkimusaineiston analyysi eteni vaiheittain. Ensin luin litteroituja neuvonta- ja haastattelukeskusteluja useaan kertaan etsien eri hoitajien ja potilaiden keskusteluista yhteisiä ja erilaisia piirteitä. Neuvontatilanteiden tekstilukua täydensin intensiivisellä videonauhojen katselulla ja kuuntelulla, kokonaiskuvan saamiseksi kustakin neuvontatilanteesta. Ingrosson (1993) esittämät terveyskasvatuksen muotojen kriteerit jäsensivät terveysneuvonnan malleja. Vuorovaikutustaitojen osa-alueiden analysoinnissa käytin Sundeenin ym. (1985) esittämää luokitusta. Hoitajien oman ammattitaidon analysoinnissa sovelsin Mezirowin (1981) reflektiivisyyden tasokuvausta. Zeichnerin (1983) ammatillinen paradigma jäseni hoitajien ammatillista orientaatioita neuvontatyöhön. Yhteisenä piirteenä Ingrosson, Sundeenin ym., Mezirowin ja Zeichnerin ajatuksissa on tutkiva ja itsearvioiva tapa lähestyä joko työtä, oppimista tai vuorovaikutusta.

Toisessa aineiston analyysivaiheessa nousi esille neljä erilaista neuvontatapausta, jotka kuvaavat koko tutkimusaineistoa. Tapauskuvaukset kertovat vuorovaikutuksen prosessinomaisuuden ja moniaineksisuuden sekä erilaiset toimintatavat neuvontatilanteissa. Valintojen pääkriteeri oli, että tapaukset ilmentäisivät terveysneuvontatyötä varsin erityyppisen hoito- ja neuvontakäytännön omaavissa sairaalan toimipisteissä, vaikka ne kuuluvatkin samaan sairaalayksikköön. Toisena valintakriteerinä olivat hoitajien vuorovaikutustaitojen ja oman työn analysointien erot.

Neljän hoitajan ja heidän kahden potilaansa videoiduista neuvontatilanteista kerron jokaisen tapauksen alussa lyhyesti potilaiden taustatiedot. Tämän jälkeen

kuvaan neuvonnan etenemisen logiikan, josta siirryn tapausten esittelyyn tutkimustavoitteiden mukaisesti. Hoitajien ja potilaiden haastattelut neuvontatilanteiden kokemuksista täydentävät tulkintaa (Liitteet 3 - 4). Jatkan hoitajien suullisten ja kirjallisten (Liitteet 4 - 6) vuorovaikutustaitoarviointien raportoinnilla. Osastokoulutustilaisuuksien ääninauhoituksista käytän itsearviointia tukevat osuudet tutkimusaineistona. Jokaisen tapausselosteen jälkeen teen yhteenvedot terveysneuvonnan muodoista ja vuorovaikutuksen olemuksesta neuvontaprosesseissa. Vertailen hoitajien ensimmäisen ja toisen neuvonnan itsearviointeja ja kuvaan niiden eroja. Evaluaatiokriteereinä käytän keskustelun näyteviitteitä sekä autenttisia haastatteluvastauksia, korostaen näin itsearviointien merkitystä ammatillisen kehittymisen menetelmänä.

Tutkittavien anonyymiteetin säilyttämiseksi tapauskuvauksissa esiintyvät henkilönimet ovat muutettuja. Samasta syystä käytän yleisnimitystä "hoitaja", enkä tapauksissa esiintyvien hoitajien todellisia virkanimikkeitä. Tapausselostuksissa vuorottelevat tutkijan esittelevä ja tulkitseva teksti ja suorat, kursiiviset tekstiotteet tapauksia koskevista tekstitiedoista. Keskustelujen tekstit tarkistettiin mahdollisimman sanatarkoiksi. Parakielestä merkittiin tauot (ei aikatarkkuudella), äänenpaino ja päällepuhumiset. Nonverbaalinen viestintä lisättiin tekstiin kuvatarkkuuden sallimissa rajoissa. Nonverbaalisen viestinnän litteraatiosymbolit ovat seuraavat:

()	= päälle puhuminen
ka+	= katsekontakti
vi+	= vilkaisu keskustelukumppaniin
käi+	= käden liikkeet tukevat puheilmaisua
pä+	= päännyökkäys
ko+	= kosketus
ke+	= kehon asento eteenpäin
ke-	= kehon asento taaksepäin
alleviivaus	= äänenpaino
[...]	= tauko (kolme pistettä ilman sulkua tekstin poisjätö)
?	= epäselvä puheilmaus

Kolmas analyysimenetelmä oli etnometodologinen keskusteluanalyysi, joka selvittää sosiaalisen toiminnan menetelmiä ja sosiaalista vuorovaikutusta ja niiden rakenteiden erittelyä. Tavoitteena oli tehdä näkyviksi ne menetelmät, joita hoitajat ja potilaat käyttivät tehdäkseen ja saadakseen aikaan sen, mitä he kulloinkin olivat tekemässä. (vrt. Nuolijärvi 1990, Alasuutari 1993.) Keskusteluanalyysi sisältää kolme periaatetta: 1) puhetta tarkastellaan toimintana; 2) puheen kantama toiminta on rakenteellisesti organisoitunutta ja 3) puheensa yksityiskohtien kautta vuorovaikutukseen osallistuvat luovat intersubjektiviisen yhteisymmärryksen siitä, mitä he ovat tekemässä (Peräkylä 1992a, 264). Tutkimusaineistoa induktiivisesti lähestyen kuvasin hoitajien ja potilaiden neuvontakeskusteluissa ilmenevien kysymysten ja vastausten sekä ohjeiden ja neuvojen rakenteita.

Keskusteluanalyytiset tutkimukset voidaan jakaa arkikeskusteluun ja institutionaaliseen keskusteluun. Arkikeskusteluissa, joita ovat vapaamuotoiset vuoro-

vaikutustilanteet ystävien ja tuttavien kanssa, ilmenee vuorovaikutuksen laaja kirjo. Institutionaalinen keskustelu tarkoittaa virallisissa tai muodollisissa yhteyksissä, tässä tutkimuksessa terveydenhuolto-organisaatioissa, tapahtuvaa vuorovaikutusta. Keskustelu on yksipuolisempaa ja keskittyy harvempien keskustelukeinojen käyttämiseen sekä rajautuu usein toimijan roolin mukaiseen puheeseen. Institutionaalisen keskustelututkimuksen tarkoituksena on selvittää sitä, miten arkipäivän vuorovaikutuksen rakenteet ja dynamiikka muuttuvat kun vuorovaikutuksen osapuolet toimivat instituutionaalissa rooleissa. (Nuolijärvi 1990, Drew & Heritage 1992, Peräkylä 1994.)

Instituutionaaliseen keskusteluun liittyy ajatus kontekstista. Yksilö ja instituutiot ovat vuorovaikutussuhteessa. Näin ollen puheen konteksti on aina puhujien itsensä aktiivisen toiminnan kautta ylläpidetty asia (Berger & Luckmann 1994). Puhujan kommunikatiivisen toiminnan merkitys on sekä kontekstin muovaama että kontekstia uudistava (Heritage 1996). Keskustelun kaikkien kontekstien esille nostaminen lienee mahdotonta. Ratkaisuna voisi olla kontekstualisointi, jossa tarkastellaan kontekstin rakentumista osapuolten arkipuheessa tai instituutionaalissa keskustelussa (Peräkylä 1992b, 56, Wahlström 1992, 33). Purkamalla eli de-konstruomalla inhimillisiä käytäntöjä ja kielenkäytön rakenteita – osoittamalla millaisiin hyväksytyihin ennakkomääritelmiin ne kulloinkin kuuluvat – voidaan osoittaa näiden käytäntöjen ja rakenteiden sopimuksenvaraisuus ja inhimillisesti tuotettu luonne (Berger & Luckmann 1994, 227). Keskusteluanalyysitutkimuksessa vuorovaikutus nähdään rakenteellisesti jäsentyneeksi (Heritage 1996).

Mäkelän (1990) mukaan keskustelua on eriteltävä pelkästään sen tiedon varassa, joka käy ilmi keskustelusta itsestään. Keskustelun tutkijat lähestyvät aineistoaan ilman etukäteismäärittelyjä. Analyysi on empiiristä, deskriptiivistä ja induktiivista. Olennaista on se millainen on keskustelijoiden sosiaalinen konteksti esimerkiksi, keskinäiset suhteet ja koko tilanteen luonne ja rakenne. Analyysissä selvitetään miten sosiaaliset ja lingvistiset muodot yhdessä vaikuttavat keskustelun rakenteeseen eli millä keinoilla keskustelu erottuu sattumanvaraisista sarjoista lauseita. Tarkoituksena on selvittää vuorovaikutuksen säännöt keskusteluun osallistuvien välillä. Analyysi perustuu käytetyn aineiston ilmentämiin seikkoihin, siten että tutkijan intuitioon pohjautuvat tulkinat jäävät tulkinassa vähemmälle samoin aineistoon perustuva teoretisointi. Perustavina analyysin kohteina ovat vuorot ja vuoroihin sisältyvät sekvenssit, tässä tutkimuksessa kysymykset ja neuvot sekä niihin annetut vastaukset. Kielen ulkoisia taustamuuttujia ei korosteta: sukupuoli, puhujien sosiaalinen asema, ikä tai puhujien väliset suhteet. Analysoitavaa aineistoa on vain se, mikä vuorovaikutuksessa konkreettisesti ilmenee ja etenee. (Hakulinen 1989). Tässä tutkimuksessa kuultavaan puheeseen on myös liitetty nonverbaalista viestintää.

Tässä tutkimuksessa analyysivaiheen aluksi merkitsin kaikkien neuvontakeskusteluiden tekstilitteraatioihin hoitajien ja potilaiden kysymykset ja vastaukset sekä annetut neuvot. Tätä tekstimateriaalia luin useita kertoja etsien puheen rakenteiden yleisiä piirteitä. Vertailin ilmaisuja keskenään ja vähitellen loin tarkentuvan kuvan kysymysten ja neuvojen sekä vastausten rakenteista. Lähestymistavan pohjalta tarkentuivat koko aineistosta potilaiden reflektii-visyyden herättäneet kysymykset ja se miten ne erosivat verbaaliselta ja nonverbaaliselta viestiltään toisistaan. Analyysi selkeytti myös neuvojen antamisen strategioita ja käsitteitä vastavuoroisesta vuorovaikutuksesta (vrt. Ingrosso 1993).

3 MONIAINEKSIINEN TERVEYSKASVATUS – TERVEYSNEUVONNAN PERUSTA

Terveyskasvatus on toimintaa, jolla pyritään sellaisten tottumusten, tietojen, asenteiden, arvojen ja taitojen omaksumiseen, joilla on merkitystä ihmisen terveydelle (mm. Nupponen 1989, 26, Green & Kreuter 1991, 17, Vertio 1992, 126). Rimpelän (1993, 13) kuvaaman terveystavoitteisen tai systeemilähtöisen terveyskasvatuksen perustana on tieto terveydestä eikä sairaudesta ja sen tavoitteena on terveyden positiivinen edistäminen arkielämässä. Pääsisältöalueena on terveyttä vahvistava käyttäytyminen ja terveyden hoitaminen. Terveystavoitteinen terveyskasvatus on kulkua positiiviseen suuntaan, mutta pelkkä sairaus-sanankorvaaminen terveys-sanalla ei edistä asiakkaan roolin vahvistumista, jos terveyskasvatuksen pedagogiset menetelmät eivät muutu. Määritelmässä asiantuntijoiden rooli terveyskäyttäytymisen ohjailijoina on korostunut, yksilöiden omien resurssien mukaanotto muutosprosesseihin on jäänyt toissijaiseen asemaan.

Suomalaiset asiantuntijat pitävät terveyskasvatuksen tavoitteena persoonallisen kasvua ja kehittymistä, jossa terveys ja sen vaaliminen on yksi, joskaan ei ainoa arvokas asia (Lepola 1988, Terveyskasvatuksen neuvottelukunta 1995). Terveyskasvatuksen neuvottelukunnan muistion (1995) määritelmä on pääosin samansisältöinen kuin Aarvan (1991) esittämä, mutta siihen on lisätty toisten terveydestä huolehtiminen, sosiaalinen terveyden ulottuvuus. Näkemykset yksittäisen sirpaletiedon toimimattomuudesta ja tiedon vanhentumisesta ovat vahvistuneet. Yksilölliset vaihtelut käyttäytymismuutoksissa on tiedostettu. Terveyskasvattajan auttajan, tukijan ja jäsentäjän rooli on korostunut yksilön kehittäessä ja etsiessä omia kykyjään elää ja hallita omaa elämäänsä erilaisissa terveys- ja sairausmaailmoissaan. Terveyttä edistävää neuvontaa voidaan antaa sairaalassakin, kun terveys ja terveyskasvatus määritellään laaja-alaisemmin. (mm. Pender 1987, Schmitz 1989, Noack 1991, Greenberg 1992, Terveyskasvatuksen neuvottelukunta 1995).

3.1 Terveyskasvatuksen muodot

Terveyskasvatuksen muotojen ja toimintatapojen määrittely sekä toiminnan sisältö voidaan tulkita eri tavalla riippuen siitä miltä tieteenalalta kasvatus- ja neuvontakäsitteitä lähestytään (mm. Kannas 1988, Rimpelä 1994). Terveyskasvatus perustuu näkemyksiin terveydestä sekä ihmisen tavasta käyttää tietoaan ja ymmärrystään terveyden hyväksi. Tämä johtaa erilaisiin käsityksiin terveystieteiden tavoitteista, suotavista ja oikeutetuista menettelytavoista sekä tuloksista.

Ingrosson (1993) terveystieteiden muotojen perustana on hänen näkemyksensä terveystieteiden sosiaalisena vuorovaikutusprosessina, joka vaikuttaa mielikuviin, ilmaisuun ja yksilön toiminnan edellytyksiin luoden terveyttä edistävää ilmapiiriä. Se on vastavuoroinen, tutkimusmatkaa muistuttava prosessi, jonka tavoitteena on, että molemmat osapuolet oppivat kokemuksistaan. Hän kuvaa kolme terveystieteiden muotoa yhdentoista kriteerin avulla, joista keskeisempiä ovat terveystieteen käsitys, oppimisen logiikka, vuorovaikutustilanteiden olemus ja luonne, kasvatusprosessi sekä toimintaympäristö (Taulukko 2).

TAULUKKO 2 Terveystieteiden muodot terveystieteen neuvonnassa (Ingresso 1993, 19).

Luokituskriteerit	Asiantuntija-johtoinen	Potilas-keskeinen	Yhdessä-oppiminen
1. Prevention käsite	Sekundääri preventio	Primaari preventio	Terveyden edistäminen
2. Terveystieteen käsitys	Staattinen Omistaa	Staattinen Olla	Dynaaminen Tulla joksikin jatkuvasti muuttuen
3. Tiedonvaihdon muoto	Siirto	Vaihto	Vastavuoroisuus
4. Yhteyden kaava	Pysyvä Epäsymmetrinen	Täydentävä Epäsymmetrinen	Täydentävä Symmetrinen
5. Kasvatusprosessin muoto	Instruktiivinen	Emansipatorinen	Evolutionaalinen
6. Intervention tarkoitus	Puolustaminen Riskin välttäminen	Estäminen Hyvinvoinnin optimoiminen	Kekseliäisyys Hallinta, kehittyminen
7. Oppimisen logiikka	Nolla Tiedon jakaminen Ei muutosta	Yksi Ongelman ratkaiseminen	Kaksi Oppimaan oppiminen
8. Toimintayksikkö	Riskiryhmä jäsen	Homogeeninen ryhmä, jäsen	Yksilö ympäristössään yksilöllisyys
9. Toiminnan logiikka	Toimintaa jollekin	Toimintaa jonkun kanssa	Yksilö- ja ryhmätoimintaa
10. Vuorovaikutus	Yksisuuntainen	Kaksisuuntainen	Vuorovaikutusverkostot
11. Ilmapiiri	Neutraali	Empaattinen	Esteettinen kooperaivoiva

Tässä työssä käytän terveystieteiden muodoista Ingrosson mukaan käsitteitä asiantuntija-johtoinen (magisteral), potilaskeskeinen (participative) ja

yhdessäoppiminen (promotional). Seuraavissa luvuissa käsitellään Ingrosson (1993, 19) terveystieteellisen muotoja sekä kytken niihin muiden tutkijoiden esittämiä näkemyksiä etsien niistä yhtymäkohtia ja eroja.

3.1.1 Asiantuntijajohtoinen terveystieteellisyys

Asiantuntijajohtoinen terveystieteellisyys on sekundaaripreventiota. Se on toimintaa, jolla pyritään hyvissä ajoin havaitsemaan sairauden vähäoireinen varhaisvaihe, jotta sairauden varsinaisen ilmaantumisen voitaisiin estää (Ingrosso 1993, Nissinen ym. 1994). Terveys on ymmärretty atomistisesti ja kuvataan usein sairauden kautta, sen negaationa. Terveystieteellisen ulottuvuuksista fyysinen terveys, yksilön biologinen kokonaisuus on korostunut (Greenberg 1992, 3 - 4). Äärimuodossaan terveys arvona on ylikorostunut ja ohjaa ensisijaisesti kaikkea ihmisen käyttäytymistoimintaa (Karisto 1984, Nissinen ym. 1994).

Myös lääketieteellisen, häiriölähtöisen terveystieteellisyysmallin tärkeimmät sisältöalueet ovat sairaudet ja niiden hoitaminen, riippuvuuskäyttäytyminen ja kansanterveysongelmien ehkäiseminen (Ingrosso 1993, Rimpelä 1993). Vertio (1992, 38 - 39) puhuu riskinäkökulmasta, jolloin sairastavuusriski ja sitä koskeva tieto on usein jäänyt liittymättä ihmisten elämäntilanteisiin, kasvatettavan kokemusmaailmaan (vrt. Shemeikka 1991, Miilunpalo 1995) ja muutoksen mahdollisuuksiin (Vertio 1992,39). Traditionaalinen malli suostuttelee yksilöitä omaksumaan elämäntyylin, joka ehkäisee sairauksia ja vähentää siten sairastavuutta ja kuolleisuutta (Tones 1988, Tones ym. 1990).

Ingrosson (1993) esittämistä asiantuntijajohtoisen terveystieteellisuuden näkemyksistä ovat useat tutkijat jo aiemmin kirjoittaneet. Terveystieteellisyys on luonteeltaan neutraalia ja epäsymmetristä, tiedon siirtoa asiantuntijalta asiakkaalle ja käyttäytymismuutoksia korostavaa (esim. Heikkinen 1988, Tones 1988, McQueen 1991, Shemeikka 1991, Rimpelä 1992). Tiedonjakamisen sekä toiminta- ja käyttäytymisohjeiden antamisen muodoissa painotetaan yksityiskohtien hallintaa, kokonaisuuden hahmottaminen ei ole olennaista. Terveystieteellisyys pyrki kieltojen, ohjeiden ja käskyjen avulla vaikuttamaan yksilön toimintaan. (Shemeikka 1991.) Terveystieteellisyys on rakentunut behavioristisen oppimisteorian pohjalle (vrt. Hurrelmann 1988). Psykologian piirissä esimerkiksi Rosenstockin (Glanz ym. 1990, Nupponen 1994) hoivamallissa korostetaan, että ihmiset eivät ole vastuussa ongelman synnystä eivätkä myöskään ratkaisusta. Ongelman odotetaan korjaantuvan asiantuntijan hoidolla. Käännyttämismallissa ihmisten tulee tulla tietoisiksi sairaudestaan, sillä he itse ovat ongelman syynä. Ratkaisu pulmiin löytyy, kun noudatetaan asiantuntijan neuvoja. Mikäli yksilö ei ole onnistunut muuttamaan käyttäytymistään halutulla tavalla, hänet on usein moittein syyllistetty.

Asiantuntijajohtoisen terveystieteellisuuden prosessin luonne on lyhytkestoinen ja instruktiivinen. Sen tehokkuutta arvioidaan ns. objektiivisilla mittareilla. Terveystieteellisyys on kohdistettu riskiryhmän jäsenille säädelyissä tilanteissa. (Ingrosso 1993.) Mikä tärkeintä asiakkaat ovat olleet ulkoajautuvia, sisäinen tiedonjano on jäänyt syntymättä. On sanottu, että tämän tapaisella toimintastrategialla saavutetaan pintaoppimisen taso (ks. mm. Engeström 1987, Kuusinen &

kehittyvät siihen osallistuvien henkilöiden aktiivisen toiminnan kautta. Tieto syntyy ja määrittyy ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa ja inhimillisessä toiminnassa. Se on omakohtaista, kokemuksellista, vuorovaikutuksen kautta kehittyvää ja syvenevää. Oppiminen on syväoppimista (ks. Engeström 1987, Tones 1993). Jarvis (1992b) puhuu ei-reflektiivisestä oppimisesta. Yksilö on kyllä tietoinen oppimistoiminnastaan, muistaa sekä omaa oppimisen taidot, mutta ei kykene vielä itse kriittisesti arvioimaan, itserefleктоimaan, toimintaansa (vrt. Mezirow 1991, Jarvis 1992b). Ingrosso (1993) korostaa tiedon vaihtamista ja ongelmanratkaisua yksilön omassa viitekehyksessä. Asiantuntijalla on taidot ja asiakas on tietoinen omasta maailmastaan sekä halukas parantamaan omaa hyvinvointiaan, mutta asiakas ei vielä ole reflektiivisesti oppiva.

3.1.3 Yhdessäoppimisen terveystkasvatus

Ingrosson (1993) yhdessäoppimisen terveystkasvatus perustuu evolutionaaliseen ajatteluun. Newmanin (1987) ja Ingrosson (1993) mukaan elämää tulee tarkastella prosessina. Terveyst määritellään kokonaisvaltaiseksi, subjektiiviseksi eheydeksi ja monipuoliseksi hyvinvoinniksi ihmisen elämänkulussa (vrt. mm. Newman 1987, Noack 1991, Greenberg 1992). Vertion (1992, 39) selviytymisajatukset korostavat käyttäytymisen kokonaisvaltaista merkitystä ja sitä, miten terveyteen liittyvien päätösten tulisi olla ihmisten itsensä tekemiä. Samoin Rosenstockin (Glanz ym. 1990, Nupponen 1994) opastusmallissa ihmisiä ei pidetä syyllisinä ongelmaan, mutta he ovat vastuussa sen ratkaisemisesta. Yksilön tulee etsiä keinot ongelman poistamiseen ja/tai tarvittaessa konsultoida asiantuntijaa.

Elämänhallintaa ja minän vahvistamista korostavan terveystkasvatuksen tavoitteena on ihmissuhdetaitojen oppiminen, positiivisen minäkuvan luominen, itsetunnon vahvistaminen, sosiaalisten paineiden käsittelytaitojen kehittäminen sekä terveyttä edistävien päätöksentekotaitojen parantaminen (Tones ym. 1990, Shemeikka 1991, Ingrosso 1993, Tossavainen 1993). Elämänhallintaa korostavien näkemysten lisäksi Ingrosso (1993) näkee ihmisen jatkuvasti muuttuvana ja kehittyvänä yksilönä, joka tavoittelee elämän laatua. Petersin (1965, 110) sanoin kasvatuksen tulos, sivistyminen, ei tarkoita perille pääsemistä vaan, että voi nähdä toisin, kun matka jatkuu.

Ingrosso (1993) yhdessäoppiminen on vastavuoroista ja vuorovaikutuksellista yksilötoimintaa sekä heterogeenistä ryhmätoimintaa kasvatuksellisissa prosesseissa. Tunteet ja esteettiset elämykset ovat osa kokemuksellista ja subjektiivista tietoa. Jos potilaskeskeisessä terveystkasvatuksessa puhutaan ongelmanratkaisusta, niin yhdessäoppimisessa pyritään oppimaan oppimiseen. Yksilö ei vain vapauta omia resurssejaan vaan myös käyttää niitä sekä kokemuksiaan oman elämänsä hallintaan ja kehittämiseen. Tavoitteena on itsereflektion herättely, oman toiminnan uudelleen arviointi ja organisointi. Yhdessäoppiminen on vaihtuvakestoisen sosiaalisen prosessi, jossa yksilön kekseliäisyys herää ja kehitysprosessi käynnistyy. (Ingrosso 1993.) Edelliset näkemykset johdattelevat kognitiivisen oppimiskäsityksen ja psykologisen toiminnan teorian ajatuksiin ihmisestä aktiivisena oman toimintansa ohjaajana, oman tietonsa konstruoijana ja yleistyneiden sisäisten mallien käyttäjänä (Ausubel 1985,

Virkkala 1990, Mezirow 1991). Yhdessäoppiminen pohjautuu konstruktivistiseen oppimisenäkemykseen: yksilöt luovat vuorovaikutusprosesseissa aktiivisesti toiminnan aikana käyttöön soveltuvia malleja (Winn 1990, Rauste-von Wright & von Wright 1994).

Ingrosson (1993) esittämien terveystkasvatuksen muotojen (tai voisiko sanoa lähestymistapojen) pohjalta terveystkasvatusta voidaan toteuttaa useilla menetelmillä. Hänen esittämiensä kriteerien syvällisempi pohdinta johtaa kasvatus-, opetus- ja oppimiskäsitteiden uudelleen arviointiin terveystkasvatuksessa.

3.2 Terveystneuvonta terveystkasvatuksen menetelmänä

Tässä tutkimuksessa määrittelen Ingrosson (1993, 19) terveystkasvatuksen muodot terveystneuvonnan muodoiksi ja keskityn interpersonaaliseen, kahden henkilön väliseen vuorovaikutukseen. Terveystneuvonta on yksi terveystkasvatuksen menetelmistä. Se on yksilö- tai ryhmätoimintaa. (Tones ym. 1990, Green & Kreuter 1991, Nupponen ym. 1991.) Hoitotieteellisessä kirjallisuudessa neuvontasanan synonyyminä käytetään käsitteitä potilasohjaus ja potilasneuvonta (esim. Paunonen 1989, Leino-Kilpi 1991a, Aavarinne 1993, Leino-Kilpi ym. 1993). Tones ym. (1990,118) ovat määritelleet potilasneuvonnan yksilölliseksi ohjaus- ja ongelmanratkaisuprosessiksi, jolla edistetään potilaan selviytymistä terveystongelmissa. Neuvonnan tehtävät ja tavoitteet ovat laajemmat. Niihin sisältyy asiakkaan ja työntekijän välinen vuorovaikutus, tietojen ja psykososiaalisen tuen antaminen. Tavoitteena on tukea ja vahvistaa asiakkaan itsetuntemusta, parantaa läheisten välisiä suhteita ja elämän laatua. (Paunonen 1989, Silverman ym. 1992, Aavarinne 1993.)

Terveystneuvontatilanne on kehämäinen vuorovaikutusprosessi, jossa molemmat osapuolet vaikuttavat keskustelun sisältöön ja määrään. Tilanteen tarkoituksellisuus määrittää vuorovaikutuskäyttäytymisen, joten kukin vuorovaikutustilanne on ainutkertainen. Ainutlaatuisuus muodostuu myös siitä, että jokaisella on yksilöllinen tapansa havaita, käsitellä havaintojaan ja muodostaa niistä kokonaisuuksia, jotka taas ohjaavat havainnointia. (Northouse & Northouse 1985, Cronen ym. 1989/90.) Yhteinen toiminta muodostuu osallistujien terveystneuvontatilanteesta tuottamista merkityksistä. Yksi osallistuja ei voi etukäteen suunnitella neuvonnan kulkua. Terveystneuvonta on yhdessäoppimista, dynaamista, vastavuoroista ja kehittyvää vuorovaikutusta, joka jatkuu vielä konkreettisen vuorovaikutustilanteen jälkeenkin yksilöiden ajatuksissa ja mahdollisesti myös toiminnoissa (Ingrosso 1993).

4 AMMATILLISTEN TAITOJEN KEHITTYMINEN

Tulevaisuuden työ vaatii yhä korkeampaa ammattitaitoa ja samalla korkeatasoisempaa koulutusta. Työ vaatii entistä niukemmin ennalta määriteltyjä, tiukasti rajattuja taitoja ja kapeita lopullisia käyttäytymismalleja, mutta kylläkin yhä enemmän tiedollista ja taidollista joustavuutta, vuorovaikutustaitoja, yhteistyökykyä, luovaa ja ennakoivaa oppimista sekä laaja-alaisia ja monikäyttöisiä perustietoja ja -taitoja. Yksilöllä tulee olla valmius ammatillisen ja teknisen tiedon syvälliseen ymmärtämiseen ja kyky oppia kokemuksistaan. (mm. Jarvis 1992a, Varila 1992, Joronen 1993.)

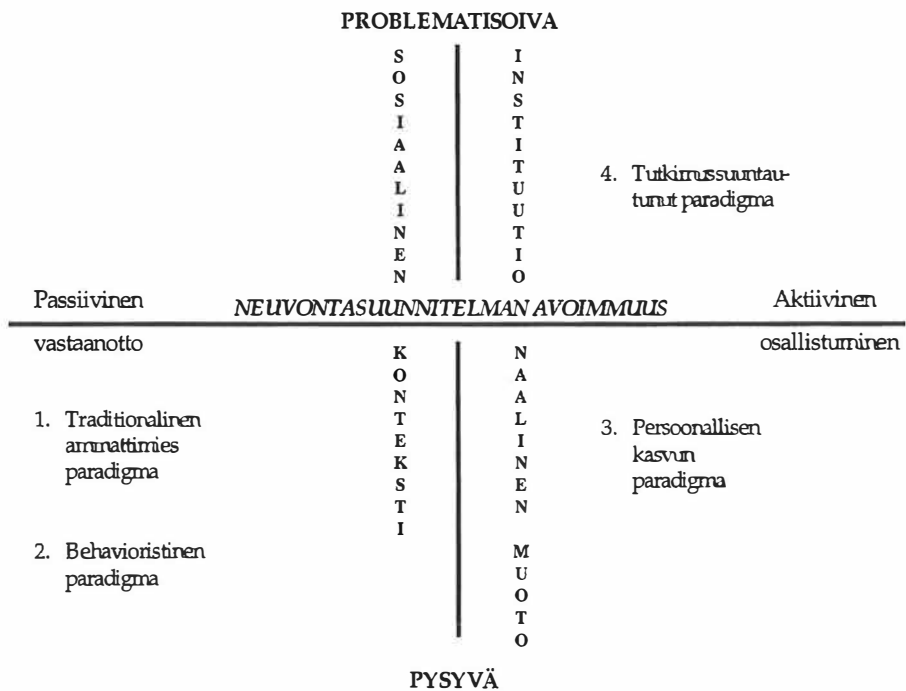
4.1 Hoitajien ammatillinen orientaatio terveysneuvonnassa

Terveyttä edistävä terveysneuvonta edellyttää muuntuvaa vuorovaikutuksellista toimintaorientaatiota työssä. Jäsennän Zeichnerin (1983, 3-9) esittämällä opettajan-koulutuksen paradigmat hoitajien ja potilaiden orientaatiota vuorovaikutustoiminnassa sekä hoitajien ammatillista kehitystä. Calderhead (1989) on kritisoinut Zeichnerin paradigmaa staattiseksi. Sillä voidaan arvioida työn eri puolia ja urakehityksen eri vaiheita, muttei reflektiivisyyden ilmenemistä. Yhdyn hänen kritiikkiinsä ja käytän Zeichnerin luokitusta tapausesimerkeissä hoitajien toimintaorientaatioiden kuvaajina.

Zeichner on kuvannut toimintaorientaatioita kahdella dimensiolla (Kuvio 1). Vertikaalinen ulottuvuus terveysneuvontatilanteessa viittaa siihen missä määrin neuvonnan sosiaalinen konteksti ja institutionaalinen muoto, sairaala, nähdään staattisena tai problematisoivana. Pysyvyyttä kuvaava pää edustaa käsitystä, jossa hoitajana toimimisen ja potilaana olemisen sosiaalinen ja kasvatuksellinen konteksti hyväksytään annettuna ja neuvonnan onnistumista arvioidaan sen vaikutuksina potilaisiin. Problemaattinen näkemys pyrkii tukeaan hoitajan ja

potilaan kriittistä ja problematisoivaa asennoitumista terveysneuvonnan institutionaalisia järjestelyjä, keskusteluja ja kasvatuksen sosiaalista kontekstia kohtaan (vrt. Helman 1986, Nuolijärvi 1990, Peräkylä 1994).

Horisontaalinen ulottuvuus kuvaa hoitajan ja potilaan aktiivisuutta ja terveysneuvonnan suunnitelman avoimuutta. Dimension passiivisessa päässä hoitaja siirtää neuvontasuunnitelman sisällön passiiviselle potilaalle. Vastakkainen käsitys korostaa osallistumista ja oma-aloitteisuutta hoitajalta ja potilaalta. Tähän liittyy väljempi neuvontasuunnitelman sisältöjen määrittely, jolloin hoitajalla ja potilaalla on mahdollisuus yhdessä muovata neuvontasuunnitelmaa ja sen sisällöt.



KUVIO 1 Terveyskasvattajan ammatilliset toimintaorientaatiot (vrt. Zeichner 1983, 7).

Zeichner (1983) mainitsee, että käytännöissä nämä neljä toimintaorientaatioita harvoin esiintyvät puhtaina. Terveysneuvontatilanteessa sekä hoitaja että potilas voivat muunnella orientoitumistaan omassa roolissaan ammattimiestä/-naista korostavan traditionaalisen neuvontakäytännön, behavioristisen, persoonallisen kasvun tai/ja tutkimussuuntautuneen paradigman mukaisesti.

Asiantuntijajohtoinen terveysneuvonta on traditionaalista ja behavioristista. Hoitaja opettaa potilaalle pitkälti yrityksen ja erehdyksen kautta hankkimansa taidot, joilla terveyttä ylläpidetään ja hoidetaan. Teoreettinen työn sekä terveys- ja kasvatustieteiden hallinta on sivuseikka, praktinen tieto työstä ja terveydestä on riittävä. Behavioristisen toimintaorientaation mukaan terveys-

neuvonnan tekninen hallinta on korostunut ja terveysneuvonta on muodoltaan asiantuntijan tiedon siirtoa. Potilas ja hoitaja ovat passiivisia terveystietojen vastaanottajia, joilta ei odoteta kriittisyyttä ja itsenäisyyttä. (vrt. Kivinen ym. 1989, Ingrosso 1993.) Sairaanhoitajien ammattitaidon (Benner 1989) kehitymisessä on edellä kuvattuja piirteitä havaittu aloittelijoilla. Eksperttiyden kehittyessä aletaan vähitellen käyttää henkilön omakohtaisista konkreettisista kokemuksista syntyneitä tietoa, joka ohjaa yhä enemmän hoitajan toimintaa (Pickle 1985, Dreyfus & Dreyfus 1986, Ekola 1987, Bodley 1991, Ropo 1991).

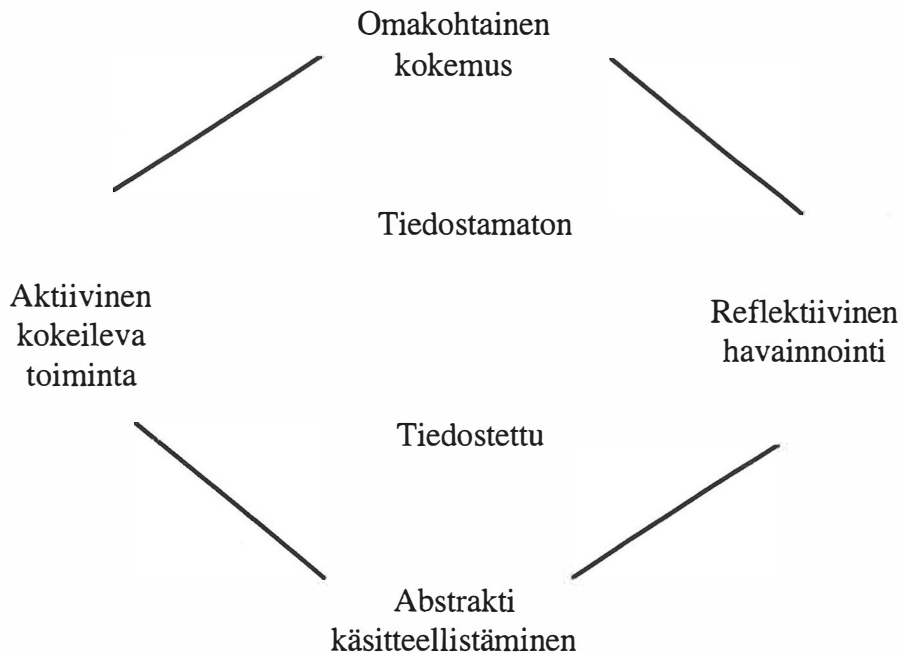
Yksilön persoonallisen kasvun toimintaorientaatioissa ihminen ymmärrettään aktiivisena, tavoitteisiin ja palautteeseen pyrkivänä olentona. Hoitajan tulisi auttaa potilastaan havaitsemaan omaa ja toisten käyttäytymistä, tavoitteita, kehittämään omaa minäänsä ja oppimaan kussakin tilanteessa hyvinvointiin tarvittavia olennaisia asioita. Neuvontatoiminnan pätevyyden kriteerinä on se, miten hoitaja ja potilas kykenevät tilanteen pohjalta valitsemaan parhaan tavan toimia. Sosiaalinen ja kasvatuksellinen konteksti on kuitenkin annettu. Terveysneuvonnan muoto on potilaskeskeinen ja osin yhdessäoppivaa (vrt. Ingrosso 1993).

Zeicherin jaottelussa tutkimussuuntautunut traditio korostaa voimakkaasti tiedon ja teorian merkitystä sekä hoitajan ja potilaan roolia kriittisenä tiedon hankkijana terveysneuvontaprosessissa. Toimintatapa noudattaa eksperttitasoa saavuttaneen henkilön työskentelyä (vrt. Pickle 1985, Järvinen 1990, Ropo 1991). Tekniset tiedot ja taidot nähdään tärkeiksi tavoitteiden saavuttamisen kannalta. Hoitaja tai potilas nähdään aktiivisena uudistajana, havainnoitsijana ja oman toimintansa arvioijana, joka on tietoinen käyttäytymisensä vaikutuksista myös ympäristöönsä. Zeichnerin (1983) mukaan neuvonta muistuttaa oppiainekeskeistä, tiedemiesmäistä tutkimustoimintaa, jolloin emotionaalisille virikkeille jäisi vähän tilaa. Tällainen terveysneuvonta vastaa pääosin Ingrosson (1993) yhdessäoppimista, jos siihen lisätään myös emotionaalista tukea, esteettisten viestien vastaanottamista ja tulkintaa. Tutkimusorientoitunut lähestymistapa elämän kriisitilanteissa voi johtaa joidenkin potilaiden kohdalla ahdistukseen. Mikäli potilaalta puuttuvat perustiedot terveyden edistämisestä, neuvontatilanteissa varmistetaan riittävät tiedolliset valmiudet yksilön ajattelun välineiksi.

4.2 Ammatillinen kehittyminen kokemuksellisen oppimisen näkökulmasta

Tässä tutkimuksessa hoitajien vuorovaikutustaitojen koulutusprosessi perustui kokemuksellisen oppimisen malliin, jossa kasvatusta ja oppimista kuvataan koko elämän kestäväksi prosessiksi (Kolb 1984, Ojanen 1990). Omakohtaisten kokemusten pohdiskeleva havainnointi ja käsitteellistäminen ja näiden vaiheiden jälkeen aktiivinen toiminta ovat oppimisen perusta (Kolb 1984, Kohonen 1989). Kokemus on toimintaa, jolloin oppiminen on välitöntä, tunnepitoista ja luovaa tiedostamatonta oppimista ilman käsitteellistämistä. Reflektiivisessä havainnoinnissa edellytetään kykyä tarkastella kokemuksia useista eri näkökulmista sekä taitoja syventää omaa itsetuntemusta. Käsitteellistämässä, tiedostetussa ymmärtämisessä pyritään loogiseen systemaattiseen ajatteluun, ongelmien

ymmärtävään ratkaisuun ja sääntöjen, mallien tai teorioiden muodostamiseen. Aktiivisen toiminnan vaihe oppimisessa merkitsee sitä, että pyritään etsimään toimivia käytännön ratkaisuja ja sovelluksia sekä muuttamaan toimintaa. Tässä on oleellista päämäärähakuinen toiminta, johon kuuluu myös epäonnistumisen mahdollisuus. (Kolb 1984, Kuvio 2.)



KUVIO 2 Kolbin kokemuksellisen oppimisen malli (mukaillen Kolb 1984, 42).

Oppiminen on prosessi, jossa tieto luodaan kokemuksta reflektoimalla ja muuntelemalla (Kolb 1984). Jarvisin (1987) mukaan oppimisen käsite viittaa laajempaan tapahtumaan kuin tiedon saavuttamiseen. Oppiminen on kokemusten muuttamista tiedoksi, taidoksi ja asenteiksi, mutta kokemukset voivat myös estää oppimista. Kolbin (1984) malli mielletään yksilökeskeiseksi. Kuitenkin varsinainen oppimiskokemus syntyy, kun yksilön omat kokemukset poikkeavat ympäristöstä (Jarvis 1987). Kolb (1984) on korostanut, että opiskelijoilla tulisi olla riittävästi kokemuksia, joita voisi reflektoida. Calderhead (1989) taas mainitsee, että opiskelijat kehittävät kriittisen arvioinnin taitoja jo mielikuvissaan ennen käytännön toimintaa. Suomalaiset terveydenhuollon opiskelijat kykenevät Leino-Kilven (1991a) tutkimuksen mukaan arvioimaan omaa oppimistaan ja haluavat myös ottaa siitä vastuun, mutta opettajat ovat ylihuolehtivia ryhmiensä oppimisesta. Miten on terveysneuvontatilanteissa, ovatko hoitajat ylihuolehtivia?

4.3 Itsearviointi ammatillisen kehittymisen menetelmänä

Hoitajan työhön sisältyvät Harrén (1979) mainitsemat ihmiselle luonteenomaiset piirteet itse-ymmärtämisestä, itse-tutkimisesta ja itse-interventiosta. Näitä piirteitä hän kutsuu ihmisen reflektointikyvyksi. Reflektiiviselle hoitajalle on tyypillistä se, että hän pyrkii tekemään omaa toimintaansa tietoiseksi ja asettamaan omat tausta-oletuksensa kritiikin kohteeksi (Schön 1987, Bodley 1991, Mezirow 1991, Jarvis 1992b). Reflektio kohdistuu vuorovaikutukseen, toiminnan piilevään tietoperustaan, toiminnan sisältöön, toimijoiden käsityksiin tai ajattelu- ja toimintamalleihin (Mezirow 1981, Kohonen 1989, Järvinen 1990). Kontiainen (1989, 98) liittyy reflektiivisyyden aikuisen elämäntodellisuuteen ja katsoo, että reflektiivinen oppiminen voi parhaimmillaan johtaa todellisuuden uusiin jäsenyyksiin ja luoviin ratkaisuihin. Tässä mielessä voidaan sanoa, että reflektiivinen hoitaja pyrkii dialogiin paitsi työtilanteen myös itsensä kanssa (vrt. Marsick 1995). Harre' (1979) nimittääkin reflektiivisyyttä toisen asteen käsityskyvyksi.

Reflektoidun kokemuksen on arveltu johtavan oppimiseen (mm. Gore & Zeichner 1991, Toiskallio 1991). Jarvis (1987) kytkee yhteen reflektion ja aktiivisen kokeilun kokemusperäisessä mallissaan. Tässä hän lähestyy Schönin (1987) käsitystä käytännön reflektiivisestä luonteesta. Schönin (1987) viittamassa käsitteessä "reflection in action" hoitaja jo toiminnan aikana analysoi tilannetta. Työn itsensä ja siihen liittyvien käsitysten pohtiminen työn lomassa auttaa paljastamaan kaavamaisia rutiineja sekä muokkaamaan ja parantamaan työsuorituksia (Schön 1983, Zeichner 1983, Marsick 1995). Zeichner ja Liston (1987) laajensivat Schönin (1987) toiminnan aikaista reflektion käsitettä toiminnan alkuperän, tarkoituksen ja seuraamusten huolelliseen ja jatkuvaan arviointiin. Hoitaja suhteuttaa omia käsityksiään yhteiskunnalliseen toimintaympäristöön (vrt. Kauppi 1993).

Reflektio on älyllistä ja affektiivista toimintaa, joilla yksilö tutkii kokemuksiaan saavuttaakseen uuden ymmärtämisen tason (Boud ym. 1985, Schön 1987). Mezirow (1981) on esittänyt seitsemän reflektiivisyyden tasoa, joissa tapahtuu ymmärryksen syvenemistä ja uuden ymmärryksen syntymistä:

A. Tietoisuus

1. Reflektio: tietoisuuteni tietystä havainnosta, merkityksestä tai käyttäytymisestääni.
2. Affektiivinen reflektio: tietoisuuteni siitä, kuinka koen havaintoni, ajatteluni ja toimintoni.
3. Erotteleva reflektio: havainnon, ajatuksen, toiminnan ja toimintatavan tehokkuuden, syy-seuraussuhteiden arviointi.
4. Arvioiva reflektio: arvoarvostelmien teko ja tuleminen tietoiseksi tehdyistä arvostelmista.

B. Kriittinen tietoisuus

5. Käsitteellinen reflektio: sen arvioiminen, missä määrin käsitteet, joita käytän, ovat toimivia ymmärtämisen ja arvioinnin kannalta.
6. Psyykkinen reflektio: sen tavan tunnistaminen, jolla teen rajalliseen informaatioon pohjaavia arviointeja.
7. Teoreettinen reflektio: tietoisuus siitä, miksi jokin perspektiivi on enemmän tai vähemmän pätevä selittämään persoonallista kokemusta.

Kriittisen reflektion ytimenä on teoreettisen reflektiivisyyden vaatimus. Reflektiivistä toimintaa ei ole totuttu toiminta, jossa hoitajan ei tarvitse kiinnittää huomiota yksittäisiin työsuorituksiin. Ajatuksellinen toiminta sisältää kyllä korkeampia kognitiivisia toimintoja, mutta huomio on kiinnittynyt muistamiseen, yleistyksiin ja syy-seuraussuhteiden etsimiseen. Tiedollinen toiminta ei ole sama kuin reflektio. Oman toiminnan tarkastelu, joka sisältää ajatustemme ja tunteidemme analysointia ei ole myöskään reflektiivistä toimintaa, koska siinä ei arvioida ajatusten validisuutta. (Mezirow 1991, Jarvis 1992b.)

4.4 Ammatillisten kehittämistarpeiden arviointi

Ammatillisia taitoja voidaan kehittää itsearviointilla (mm. Järvinen 1990, Leino-Kilpi 1991a, Sarala 1993). Itseohjatun oppimisen keskeisin väline on reflektiivisyys, jossa arviointi on sisäänrakennettu osa prosessia. Päätearviointi jää toissijaiseen, muttei merkityksettömään asemaan. (Koro 1993, 57.) Hakkaraisen (1982, 49) mukaan pelkkä tuloskontrolli omatoimisen oppimisen kontrollin muotona merkitsee oppimisen laadun heikkoutta. Syvällisemmän oppimisen edellytyksenä on, että hoitaja osoittaa olevansa tietoinen siitä, miksi hän valitsee tietyn menetelmän ongelmanratkaisuun. Arviointiprosessi sisältää omien toimintamallien ja roolien kriittistä arviointia sekä uusien toimintavaihtoehtojen kartoitusta. Arvioinnissa ollaan kiinnostuneita havainnoista, osallistujien kokemusten selvittämisestä ja ymmärtämisestä tietyissä sosiaalisissa ympäristöissä ja niiden vaikutuksista (Niinistö 1984, 102).

Arviointiprosessissa sekä oppija että ohjaaja ovat vastuussa kehittymisestä ja kehittämisestä. Yksilön toiminnan muutos on arvioinnin sisältönä. Arviointi tapahtuu todellisessa toimintaympäristössä, jossa hyödynnetään teoreettista ja kokemuksellista tietoa. Arvioinnissa korostuu induktiivisuus, etsitään opittua ja painotetaan havaintojen kokoamista erilaisista lähteistä erilaisin menetelmin kokonaisuuden hahmottamiseksi. (Niinistö 1984, 1985, Patton 1990, Leino-Kilpi 1991a.)

Aiemmissa terveydenhuollon alueella tehdyissä itsearviointi- ja työn kehittämistutkimuksissa (mm. Paunonen 1989, Powell 1989, Järvinen 1990, Engeström 1991, Talvitie 1991, Aavarinne 1993, Simoila-Harlamov 1993) on todettu, että työntekijät tai opiskelijat arvioivat toimintaansa ja sen ulkoisia olosuhteita sekä resursseja käytännössä ja sirpaleisesti. Työn syvällisempi teoreettinen arviointi on puutteellista. Terveydenhuollon kehittävän opiskelija-arvioinnin kokeilututki-

muksessa itsearviointi koettiin koulutuksen aikana mielekkääksi, mutta sitä toteutettiin laajemmin vain käytännön toimenpiteiden arvioinnissa. Opiskelijat näkivät koulutuksensa puutteina juuri teoreettisen tiedon irrallisuuden käytännön työstä, käytännön toimenpiteiden vähäisen harjoittelun sekä ohjausvalmiuksiensa kehittymättömyyden. (Leino-Kilpi 1991a.)

Tekniseen tiedonhallintaan liittyvät arvioinnit korostuivat myös terveydenhuollon opettajakoulutuksessa olleilla opiskelijoilla ensimmäisenä opiskeluvuotenaan. Myöhemmin itsearvioinnit sisälsivät myös oppimisprosessiin sekä opetustoiminnan suunnitteluun liittyviä arviointeja ja muutamat opiskelijat ylsivät kriittisen tietoisuuden tasolle kirjoitelmissaan (Järvinen 1990). Samoin Paunosen (1989) sairaanhoitajien työnohjaajakoulutuksessa itsetuntemus laajeni, hoitajat osasivat realistisesti arvioida omaa ammatillisuuttaan sekä hyödyntää teoreettista tietoa työssään. Opettajankoulutuksessa, jossa tämällyyppisiä tutkimuksia on tehty runsaammin, on saatu vastaavanlaisia tuloksia (esim. Pickle 1985, Ross 1989, Trumbulls & Slack 1991, Miettinen 1993, Pultorak 1993). Tutkijoiden mukaan (Ross 1989, Järvinen 1990, Pultorak 1993) itsearviointitaitojen oppiminen on yksilöllinen kasvuprosessi ja se vaatii ohjaajan aikaa sekä tukea. On kuitenkin huomattava, että useimmat itsearviointitutkimukset on raportoitu melko lyhyen seuranta-ajan jälkeen ja ohjaajan tuki on ollut niissä lyhytaikaista.

4.5 Vuorovaikutustaidot osa hoitajan ammattitaitoa

Vuorovaikutustaidot ovat keskeinen osa hoitajien ammattitaitoa (Kivinen 1994). Ne voidaan jakaa kielellisiin, paralingvistisiin ja nonverbaalisiin taitoihin sekä edellisten yhdistelmiin (mm. Dickson ym. 1989, Kreps & Thornton 1992, Valo 1994). Kielellinen ja parakielinen ilmaisu sisältää kielenkäytön selkeyden, täsmällisyyden, äänen voimakkuuden, sävyn, painotuksen ja puheen nopeuden. Nonverbaalinen viestintä ilmenee kosketuksena, läheisyytenä, sijaintiorientaationa, ruumiin asentoina ja liikkeinä, kasvojen ilmeinä, katseena ja ulkoisena olemuksena ja parakielenä. Sanaton viestintä voi korvata, täydentää, säädellä ja kontrolloida vuorovaikutusta. Se välittää myös palautetta, määrittää ihmisten välisiä suhteita ja ilmaisee tunneilmastoa. Nonverbaalisesta viestinnästä puhuttaessa korostetaan ensivaikutelman luomaa kuvaa. Puhujan asenteet, tunteet ja suhtautuminen toiseen ihmiseen välittyvät sanattoman viestinnän kautta. (mm. Sallinen-Kuparinen, 1986, Burgoon ym. 1987, 1990, Littlejohn 1992, Valo 1994.) Onnistuneessa terveysneuvonnan vuorovaikutusprosessissa hoitajan tulisi olla tietoinen verbaalisen ja nonverbaalisen viestinnän vaikutusmahdollisuuksista.

4.5.1 Verbaalinen ja nonverbaalinen viestintä terveysneuvonnassa

Terveydenhuollon kyselylomaketutkimukset kertovat, etteivät potilaat ymmärrä, mitä lääkäri tai hoitaja on heille viestinyt (mm. DiSalvo ym. 1986, Wyatt 1991, Suominen 1994). Ammattisanaston käyttö lisää työntekijän uskottavuutta, mutta samalla se voi myös muodostaa esteen yhteisymmärryksen synnylle (Henzl 1989,

Sallinen-Kuparinen 1989, Wyatt 1991). Haastattelu- (esim. Heikkinen 1988, Engeström 1992) ja ääninauha-analyysiin (Street & Buller 1988, Rowland-Morin & Carroll 1990, Weijs 1993) perustuvissa tutkimuksissa terveydenhuollon vuorovaikutusasetelma on usein todettu asymmetriseksi, jolloin työntekijä dominoi tilannetta tietämyksellään ja asemallaan.

Vastaanottotilanteissa terveydenhuoltohenkilöstö on useimmiten informaation antajia ja etsijöitä kysymyksillään ja vastauksillaan. Potilas keskeytetään useasti vastaustilanteessa, eikä emotionaalisia päätelmiä potilaan reaktioista tehdä. (Waitzkin 1984, Roter 1989, Leino-Kilpi ym. 1993, Suominen 1994.) Esimerkiksi Heritagen ja Sefin (1992, 409 - 413) keskusteluanalyysitutkimuksessa brittiläiset kotisairaanhoidajat antoivat oma-aloitteisesti neuvoja äideille, mutta eivät kuunnelleet tai kuulleet riittävästi äitien toivomuksia. Hoitajat aloittavat neuvonnan ilman, että äidit ovat tuoneet esille neuvonnan tarvetta ja ehkä juuri siksi osoittavat passiivista vastarintaa.

Terveydenhuoltohenkilöstöllä on osoittautunut olevan vahvasti kontrolloiva viestintätyyli (Stewart 1984, Meeuwesen ym. 1991). Vuorovaikutuksen on todettu olevan tasavertaisempaa noin 30 - 50-vuotiaiden asiakkaiden kanssa. Naisasiakkaat taas ovat miehiä halukkaampia kysymään omasta hoidostaan. Lääkärit käyttävät enemmän aikaa tiedon hankkimiseen koulutettujen asiakkaiden kanssa. (mm. Waitzkin 1985, Street & Buller 1988.) Tämän on arveltu johtuvan koulutettujen henkilöiden paremmista kommunikaatiotaidoista sekä asiakkaiden ja lääkäreiden samankaltaisesta sosiaalisesta taustasta. Iällä, sukupuolella, koulutuksella ja ahdistuksella on enemmän merkitystä verbaaliseen kuin nonverbaaliseen viestintään (Street & Buller 1988, Taylor ym. 1989). Potilas kokee viestintätyylin merkityksettömäksi sellaisissa tilanteissa, joissa hän on vakavasti sairas tai käy useasti terveydenhuollon vastaanotoilla. Mitä enemmän potilas on riippuvainen lääketieteellisestä teknologiasta sitä vähemmän merkityksellistä kommunikaatio on. Viestintätyyli on merkityksellinen rutiinitarkastuksissa ja harvoin vastaanotolla käyville. Puhuminen on erityisen tärkeää terveysneuvonnassa ja terveydentilan kontrollissa eli tilanteissa, joissa pyritään vaikuttamaan asiakkaan asenteisiin ja elämäntapoihin. (Waitzkin 1984, 1985, Roter 1989.)

Nonverbaalisille piirteille on yhteistä, että niiden valinta on asiaan, esimerkiksi potilaan sairauteen, keskittyvässä viestinnässä vähemmän tietoista (Street & Buller 1988, Dickson ym. 1989). Näin syntyy helposti ristiriitatilanteita varsinaisen viestin ja viestiin liittyvän muun käyttäytymisen välillä. Kuuliija luottaa enemmän tahattomaan kuin tahdonalaiseen käyttäytymispiirteeseen. Olennaista keskustelussa on nonverbaalisten piirteiden tulkinta, eivät piirteet sinänsä. Tulkintaan vaikuttavat niin vastaanottajan kuin lähettäjän elämäntilanteet sekä kasvatukselliset taustat. On todettu, että naiset pystyvät viestimään nonverbaalisesti miehiä paremmin. He ovat tottuneet tuomaan tunteitaan esille. (Burgoon ym. 1984, Leiwo ym. 1990.)

Nonverbaalisessa viestinnässä näkyy myös, miten terveydenhuoltohenkilöstö kontrolloi ja dominoi keskusteluja. Kosketuksella ja intiimille reviirille tunkeutumisella osoitetaan valtaa, joka ihmisistä voi tuntua epämiellyttävältä. (Argyle 1975, Knapp 1987, Dickson ym. 1989.) Lääkäreiden ja hoitajien puheenvuorot ovat pidempiä ja tauot puheenvuorojen välillä ovat pitkiä (Street & Wiemann 1987, Street & Buller 1988). Streetin ja Bullerin (1988) mukaan lääkäreillä on

melko vakiintunut tapa käyttää nonverbaalista kommunikaatiota erilaisten potilaiden kanssa, mutta he voivat kuitenkin muuttaa käyttäytymistään tiettyjen piirteiden mukaan. Merkittävin tekijä on potilaan ikä.

Tutkittaessa potilaan tyytyväisyyttä vuorovaikutustilanteissa, on osoittautunut, että tyytyväisyys johtuu pääasiassa potilaan ja terveydenhuoltohenkilöstön välisestä onnistuneesta sanallisesta ja sanattomasta viestinnästä. Potilaat ovat myöntyväisiä toteuttamaan annettuja ohjeita, jos terveysongelmaan on saatu riittävästi tietoa heidän omalla kielellään ja samalla on huomioitu emotionaaliset tarpeet. (mm. Stewart 1984, Speedling & Rose 1985, Burgoon ym. 1987, Honeycutt & Worobey 1987, Roter & Hall 1991.) Vähemmän koulutusta saaneet asiakkaat ovat tyytyväisempiä saamaansa hoitoon kuin koulutettu väestö. Tasavertaisen hoitosuhteen tarjoavan lääkärin palveluja pidetään tyydyttävämpinä kuin kontrollia painottavan lääkärin. (Anderson & Zimmerman 1993.)

Tyytyväisyys on sidoksissa myöntyvyyteen. Potilaiden myöntyvyyttä näyttäisi edistävän vahvasti informatiivinen ja affektiivinen vaikuttamisstrategia. Lääkärin ja potilaan vuorovaikutustilanteita koskevissa tutkimuksissa on lääkärin nonverbaalinen kommunikaatio havaittu merkittäväksi tekijäksi, kun arvioidaan potilaan tyytyväisyyttä lääkärisäkäyntiin ja myöntyvyyttä toimia annettujen ohjeiden mukaan (Street & Buller 1988, Rowland-Morin & Carrol 1990.) Sallinen-Kuparinen (1989) toteaa, että tyytyväisyys vuorovaikutustilanteeseen heijastelee enemmänkin potilaalle kehittyneiden odotusten toteutumista sosiaalistumisprosessin aikana. Onnistunut vuorovaikutustilanne edellyttää, että lähestymistapa pohjautuisi yhteiseen päätöksentekoon ja potilaan rooli olisi keskeinen. Heikkisen (1988) mukaan sairaanhoitajat eivät aina olle vakuuttuneita ohjaavan roolinsa hyödyllisyydestä. Terveysneuvontatilanteissa on usein yhteinen ratkaisujen etsiminen unohtunut, toisaalta suomalaisten potilaiden on todettu myös mielellään omaksuvan passiivisen kuuntelijan roolin (Häggman-Laitila 1994).

4.5.2 Vuorovaikutustaitojen kehittyminen

Terveydenhuoltohenkilöstön vuorovaikutustaitojen valmiuksia ja kehittymistä voidaan kuvata yhteenvedon omaisesti Aavarinteen (1993, 127 - 129) kyselylomake- ja tapausselostuskuvauksien tuloksilla. Terveydenhuollon opiskelijat tiesivät ja tiedostivat osaprosesseja, mutta he eivät hallinneet potilaan ohjauksen kokonaisuutta ja affektiivisia alueita. Terveydenhuoltohenkilökunta nimesi vuorovaikutustaitojensa kehittämisalueiksi kuuntelemisen, haastattelutekniikan, motivoinnin sekä ohjeiden ja palautteen antamisen. Verbaalisen ja nonverbaalisen viestinnän tulkinta yhteiseksi kieleksi on tuottanut hoitajille vaikeuksia (Maquire 1985, Burnard & Morrison 1988, 1991, Lubbers & Roy 1988, Johnson 1994, Poskiparta 1994). Yksittäisten vuorovaikutustaitojen korostuminen voi johtua myös tutkimusten toteutustavoista, sillä useimmiten tutkittavat ovat kirjanneet vastauksensa strukturoiduille kyselylomakkeille ja tulokset on esitetty prosenttijakaumina, keskiarvoina ja hajontalukuina, kun taas laadulliset analysointitavat ovat olleet vähäisiä.

Neuvontatilanteessa hoitaja selvittää potilaan ongelman ja samalla kertoo hoitotoimenpiteistä sekä luo pohja hyvälle hoitosuhteelle (Marshfield 1985, Sundeen ym. 1985, Tomlinson 1985). Sundeen ym. (1985, 119) ovat laatineet

vuorovaikutustaitojen opetukseen tekniikkalistan, jossa esitellään käytetty menetelmä, sen määrittely ja terapeutin merkitys potilaalle. Onnistunut neuvontasuhde edellyttää teknisten taitojen lisäksi inhimillisiä ihmissuhdetaitoja. Tutkijoiden esittämissä näkemyksissä korostuu potilaan huomioon ottaminen, hänen aktiivisuutensa lisääminen ja itsellisen asioistaan vastuullisen ihmisen rooli (Taulukko 3). Sundeenin ym. (1985) käyttämä reflektion käsite vastaa pääosin Mezirowin (1981) ajatuksia. Vuorovaikutusprosessissa reflektion käsite on ymmärretty myös terveydenhuoltohenkilöstön taidoiksi kääntää potilaiden viestit ammattilaisten kielelle tai samaksi tulkinnaksi potilaan kanssa (mm. Dickson ym. 1989, Meeuwesen ym. 1991, Weijts 1993).

TAULUKKO 3 Terapeuttiset vuorovaikutustaidot (Sundeen ym. 1985, 119).

Tekniikka	Määrittely	Merkitys
Kuunteleminen	Aktiivinen tiedonsaanti-prosessi, reaktioiden arviointi	Nonverbaalinen viesti potilaalle hoitajan kiinnostuksesta
Hiljaisuus	Ei verbaalista kommunikaatiota viestijöiden välillä	Nonverbaalinen kommunikaatio potilaan hyväksymisestä
Neuvojen vahvistaminen	Tila määrittäyty roolien, tarkoituksen ja rajoitusten mukaan mukaan osallistujille	Auttaa potilasta ymmärtämään, ymmärtämään, mitä häneltä vaaditaan
Avoimet - suljetut kysymykset	Yleisinä kommentteina kysymykset, jotka määrittävät vuorovaikutuksen suuntaa	Antaa potilaan määrittellä, mitkä ovat järkevät ratkaisumahdollisuudet
Läheisyyden luominen	Etäisyyden vähentäminen potilaan ja hoitajan välillä	Nonverbaalista viestintää, joka ilmentää läheisyyden luomista
Kiitokset	Potilaan osuuden tunnustaminen	Demostroi potilaan roolin tärkeyden suhteessa
Toisto	Toistaa asiakkaalle, mikä on ajatuksen pääviesti	Hoitajan tulkinnan varmistaminen
Reflektio	Saada potilas itse ajattelemaan omia ratkaisujaan	Osoittaa potilaalle omien ajatusten, tunteiden tärkeys
Luokitusten etsiminen	Annetun viestin panoksen lisääminen	Demostroida hoitajan halua ymmärtää potilasta
Yksimielisyyden etsiminen	Yritykset löytää yhteiset denotatiiviset ja konotatiiviset merkitykset ilmauksille	Demostroida hoitajan halua ymmärtää potilasta
Tarkennus	Kysymykset tai toistot, jotka edistävät potilaan ymmärtämistä asiasta	Suora keskustelu päämäärien suunnassa
Yhteenveto	Selonteko keskustelun pääkohdista	Auttaa potilasta erottamaan tärkeät asiat vähemmän tärkeistä
Suunnittelu	Yhteinen päätöksenteko	Toistaa potilaan rooli vuorovaikutustilanteessa

Vuorovaikutustaitoja opetettaessa on huomattu, että uusien taitojen omaksuminen riippuu samanaikaisesti opittavista asioista, opettajan odotuksista ja opiskelijan luontaisista taipumuksista. Taidot voidaan asettaa hierarkkiseen järjestykseen uuden taidon pohjautuessa aikaisemmin opittuun (Mansfield 1985, Weston & Lipikin 1989, 54 - 55). Westonin ja Lipikin (1989) tutkimus osoittaa vuorovaikutustaitojen kehitysprosessin. Ensimmäisen vuosikurssin lääkäriopiskelijat ovat kiinnostuneita kaikesta, mitä potilaat heille kertovat. He kuuntelevat intensiivisesti ja keskeyttävät harvoin sekä keskittyvät tiiviisti sairauden oireisiin jättäen huomioimatta sen, kuinka potilas tulee toimeen sairautensa kanssa. Haastattelutilanne muistuttaa enemmän kuulustelua ja tiedonjakamista kuin keskustelua. Vasta sitten, kun opiskelijat hallitsevat biotekniset tiedot, tuntevat he olonsa luontevaksi keskustellessaan potilaiden haluamista asioista. Opiskelijoiden vuorovaikutustaitojen oppimisprosessi vastaa perinteistä lähestymistapaa asiakastyöskentelyssä. Tutkivalla, yhdessäoppimisen näkemyksellä myös tuntemattomia asioita voidaan lähestyä yhdessä tutkien, esteettiset ja affektiiviset viestit huomioiden. Asiakkaat voidaan saada jo alusta alkaen mukaan oman terveyden ihmettelyyn ja edistämiseen. (vrt. Ingrosso 1993)

Työskentelytapojen kehittämisessä on oman työn analysointi videolta osoittautunut hyväksi toimintamuodoksi (mm. Faulkner 1985, Davis ym. 1988, Jeffers & Guthrie 1988, Engeström 1990). Esimerkiksi videokoulutuksessa olleiden lääkäreiden vuorovaikutustilanteet ovat selkeämpiä, sisältävät enemmän avoimia kysymyksiä, lääkärit antavat aikaa asiakkaiden vastauksille sekä kuuntelevat asiakkaitaan, huomioivat nonverbaaliset viestit ja osaavat muotoilla vastauksensa eksaktimmin kuin vertailuryhmän jäsenet (Maquire ym. 1989). Haysin (1990) mielestä vuorovaikutustaitojen kehittäminen itsearviointimenetelmällä videoista neuvontatilanteista vaatii harjoittelua. Ensimmäiset arvioinnit kohdistuvat pääasiassa omaan ulkoiseen olemukseen ja äänen ominaisuuksiin, ja vasta harjoittelun myötä lääketieteen opiskelijat pohtivat vuorovaikutuksensa muita ominaisuuksia. Parhaat tulokset saavutetaan silloin kun opiskelijan itsearvioinnin lisäksi myös kouluttaja kommentoi vuorovaikutustaitoja. Oman työskentelyn arviointi video- tai ääninauhalta voi olla musertavaa opiskelijan itsetunnolle ja aiheuttaa ahdistusta sekä stressiä, mutta oikein ohjattuna myös vahvistaa itsetuntoa. Kouluttajan tulisi tukea opiskelijoiden itsetuntoa osoittamalla neuvontatilanteista positiivisia onnistumiskokemuksia. (mm. Perlberg 1983, Tribe & Fletcher 1984, Mills & Pace 1989, Hays 1990.)

Kehittämisohjelmien tulokset ovat olleet rohkaisevia, mutta muutamissa tutkimuksissa vuorovaikutustaitojen muutoksia ei ole havaittu (mm. Scheidt ym. 1986, Sorenson & Pickett 1986). Suurimmassa osassa tutkimuksia evaluointiajat ovat olleet lyhyitä, tutkimusaineistot pieniä ja tutkijat ovat päätyneet jatkotutkimushankkeiden esittämiseen (vrt. Reynolds 1985, Mason ym. 1988, Anderson & Sharpe 1991, Evans ym. 1992). Oman videomateriaalin itsearviointi on vähän käytetty ja tutkittu vuorovaikutustaitojen kehittämismenetelmä. Useimmat vuorovaikutustaitojen itsearviointitutkimukset perustuvat tutkijoiden esittämiin valmiisiin strukturoituihin kyselyihin eikä niinkään tutkittavien itsensä tuottamiin laadullisiin arviointeihin. Kehittämistoimet tutkimuksissa ovat suuntautuneet interpersoonalliseen viestintään sekä kyselytekniikkaan. Tutkimuksissa on verrattain vähän selvitetty vuorovaikutusprosessia ja potilaan näkökulmaa. Terveystienhuoltohenkilöstön vuorovaikutustaitojen puutteita on tutkittu, mutta omien vuorovaikutustaitojen osaamisalueiden etsiminen neuvontatyön resursseiksi on ollut vähäistä.

5 TULOKSET

Esittelen aluksi yhteenvedon koko aineistosta (Luku 5.1). Terveysneuvonnan prosessinomaisuutta ja siinä ilmenevän vuorovaikutuksen olemusta sekä yhteenvetotulosten luokituskriteereitä selvennän tapauskuvauksilla (Luku 5.2). Keskustelunanalyyttisten tulosten esitystavat ovat reflektiivisten kysymysten ja neuvojen antamisen sekä niiden vastaanottamisen kuvaukset (Luku 5.3).

5.1 Yhteenveto koko aineistosta

Terveysneuvonnan muodot

Terveysneuvonnan muotojen analysoinnissa sovelsin Ingrosson (1993, 19) terveystasvatuksen luokituskriteereitä. Hoitajien ja potilaiden sanallisten ilmausten mukaan laadin taulukossa 4. esitettyjen luokituskriteerien sisältökuvaukset. Tutkimustulosten yhteenvetotaulukot pelkistivät aineiston kuvauksia ja osin luokittelut olivat päällekkäisiä. Mikäli hoitajan tai potilaan puheessa esiintyi yksikin ilmaus tietyn terveystasvun luokan ominaisuuksista sijoitin tapauksen siihen muotoon. Esimerkiksi terveyttä voitiin kuvata terveyden eri ulottuvuuksilla fyysinen, psyykkinen jne., mutta kuvauksesta puuttuivat ilmaukset ajallisista muutoksista, jolloin luokittelin vastauksen asiantuntijajohtoiseksi terveystasvunnaksi. Jos puheeseen sisältyi edellisten mainintojen lisäksi tai pelkästään ilmauksia elämäntulun terveyteen tuomista muutoksista, terveystasvunonta oli muodoltaan yhdessäoppimista. Samanlaista logiikkaa noudatin muissakin mittarin kriteereissä.

TAULUKKO 4 Terveysneuvonnan muotojen sanallista ja sanatonta viestintää kuvaavat luokituskriteerit.

Luokittelu- kriteeri	Terveysneuvonnan muodot		
	Asiantuntija- johtoinen	Potilas- keskeinen	Yhdessä- oppiminen
Prevention käsite	Sairaudesta parantuminen sairauksista huolimatta	Sairauden ennalta ehkäisy	Panostaminen tulevaisuuteen
Terveys- käsitys	Erilliset ilmaukset terveyden ulottu- vuuksista Terveys omistetaan	Terveyden eri ulottuvuudet Hyvinvointi Pysyvä tila	Terveys on subjektiivisesti muuttuva tila prosessi
Vuorovai- kutuksen	Hoitaja kertoo ja potilas kuuntelee hiljaa Sanaton viestintä huomaamatonta	Hoitaja ja potilas keskustelevat Potilas täydentää puhetta Sanaton viestintä vähäistä	Yhteinen kes- kustelu molem- pien vuoro- sanat täydentä- vät keskustelua Sanaton vies- ti osa keskustelua
Tiedonvaihto	Ohjeiden antoa Tiedon antoa	Etsitään omia voimavaroja, tietoja	Omien voimavarojen kehittäminen ja arviointi
Toiminta- yksikkö	Puhetta sairausryhmän jäsenelle	Yksilö on ryh- män jäsen	Ilmaukset yksilöllisistä muuttuvista elinympäristöistä
Ilmapiiri	Neutraalia puhetta Sanaton viestintä huomaamatonta	Ymmärtävät ilmaukset Sanaton viestintä vähäistä	Yhteinen puhe Sanaton viestintä osa ilmapiiriä

Tutkimusaineisto videoitiin sairaalassa. Kaikilla tutkimukseen osallistuneilla potilailla oli todettu jokin sairaus tai heidät oli lähetetty sairausepäilysten vuoksi sairaalaan tutkimuksiin. Hoitajien ja potilaiden puheet sisälsivät pääasiassa fyysisiä ja vähän sosiaalisia, psyykkisiä sekä emotionaalisia sanallisia ilmaisuja. Maininnat henkisestä ja ekologisesta terveydestä puuttuivat niin hoitajien kuin potilaiden puheista. Negatiivinen terveyskäsitys oli vallitseva useimmissa neuvontatilanteissa. Sekä hoitaja että potilas kuvasivat terveyttä sairauden subjektiivisilla tuntemuksilla. Harvoissa neuvontatilanteissa terveydestä puhuttiin hyvinvoinnin osatekijänä. Terveys ymmärrettiin myös dynaamisena liikkeessä olevana tilana, jonka perään haikailtiin. (Taulukko 5)

TAULUKKO 5 Tutkijan tulkinta terveysneuvonnan muotojen ilmentymisestä hoitajien kahdessa neuvontatilanteessa.

Luokituskriteerit	TERVEYSKASVATUKSEN MUODOT					
	Asiantuntijajohtoinen		Potilaskeskeinen		Yhdessäoppiminen	
	Hoitajan I neuvonta	Hoitajan II neuvonta	Hoitajan I neuvonta	Hoitajan II neuvonta	Hoitajan I neuvonta	Hoitajan II neuvonta
Prevention käsite	12	13	5	3	2	3
Terveyskäsitys	12	10	5	6	2	3
Tiedonvaihto	15	14	2	3	2	2
Toimintayksikkö	12	10	5	6	2	3
Vuorovaikutus	15	14	2	3	2	2
Ilmapiiri	12	13	5	6	2	0

Tutkimuksessa painottui terveyskasvattajan institutionaalisissa keskusteluissa omaksuma asiantuntijan rooli vuorovaikutusprosessin säätelijänä. Puheilmaisusaan hoitajat keskustelivat potilaiden kanssa, mutta neuvontatilanteet olivat pääasiassa hoitajan esittämiä kysymyksiä, ohjeita tai neuvoja. Keskustelut olivat tiedonsiirtoa, mutta samassa neuvonnassa saattoi esiintyä myös pilkahduksia tiedon vaihdosta. Yhdessä oppimisen piirteistä potilaiden rohkaisua omien tietojen ja kokemusten reflektiivisiksi käyttäjiksi esiintyi vähän. (vrt. Taulukot 5 ja 6). Yleisesti hoitajat ilmoittivat kiireen rajoittavan neuvontatyötä. Kiire näkyi myös keskusteluissa. Hoitajilla oli jopa huonoa omaatuntoa, jos neuvonta oli kestänyt heidän mielestään liian kauan.

Vuorovaikutustaitojen itsearvioinnit

Tutkijan vuorovaikutusarvioinnit perustuvat hoitajien suullisesti ja kirjallisesti ilmaiseisiin käsityksiin omista taidoistaan. Ilmaukset luokiteltiin yhdistellen Sundeenin ym. (1985) ja Tomlinson (1985) arviointikriteereitä. Taulukoissa 6 - 7 kuvataan sellaiset luokat, joissa esiintyi ainakin yksi hoitajan maininta.

Kaikki hoitajat kertoivat vähintään yhden vuorovaikutustaitojensa hallinta-alueen tai kehittämistarpeen. Myöhemmin tapauskuvauksissa tarkentuu, miten vaatimattomasti hoitajat kuvasivat omia taitojaan. Taidot nousivat esille puutteiden kautta. Sanallisessa viestinnässä monet mainitsivat ansiokseen vierasperäisten sanojen välttämisen. Nonverbaalista viestintää arvioitiin vähän, ja vain yksi hoitaja ilmoitti kosketuksen sekä läheisyyden onnistuneen ensimmäisessä neuvontatilanteessa. Parhaiten hoitajat olivat omasta mielestään onnistuneet potilaan rohkaisussa tunteiden ilmaisuun, ilmapiirin luomisessa sekä kuuntelemisessa. Tiedon hallinta, neuvonnan suunnittelu, neuvojen vahvistaminen ja tar-

kennus sekä palautteen antaminen mainittiin onnistuneina osa-alueina (Taulukko 6).

Nonverbaalisen viestinnän arviointi monipuolistui ensimmäisessä kirjallisessa arvioinnissa mutta toisella kerralla ilmoitettiin vain katsekontakti. Sanallisessa ilmaisussa myös parakieliset piirteet nousivat esille. Haastatteluvastauksissa useimmat hoitajat kertoivat kuunnelleensa potilasta. Kirjallisissa arvioinneissa näin ilmoitti kolmannes hoitajista. Samansuuntainen muutos itsearvioinneissa oli tapahtunut potilaan rohkaisussa kysymysten esittämiseen. Haastatteluissa hoitajat eivät korostaneet tiedonjakamista hyvänä ominaisuutenaan, mutta kirjallisissa palautteissa noin puolet hoitajista mainitsi antaneensa sopivan määrän asiantietoa potilaalle (Taulukko 6).

Haastatteluissa vuorovaikutustaitojen kehittämistarpeiksi ilmoitti kaksi kolmasosaa hoitajista sanallisia ja parakielisiä ominaisuuksia. Puhenopeuden hidastaminen oli keskeisin kehittämistarve. Vierasperäisiä sanoja sekä tilkesanoja hoitajat toivoivat jatkossa välttävänsä. Monipuolisemmat äänen sävyt ja painotukset nousivat myös kehittämisalueiksi. Sanattomassa viestinnässä ensimmäisen neuvonnan kehittämistarpeet jakaantuivat tasaisesti kosketuksen, läheisyyden, ruumiinasentojen, käsien liikkeiden, kasvojen ilmeiden ja oman ulkomuodon kesken. Toisen neuvontatilanteen arvioinneissa nonverbaalisesta viestinnästä mainittiin vain katsekontakti ja rauhaton oma olemus. Vuorovaikutuksen tavoitteen ja merkityksen ilmaisemisessa esiintyi eniten kehittämishaasteita. Kuuntelemisessa, potilaan rohkaisussa kysymyksiin ja tunteiden ilmaisuun, neuvonnan suunnittelussa ja esityksen johdonmukaisuudessa koettiin useimmiten puutteita (Taulukko 7).

Kirjallisissa kehittämistarvearvioinneissa painoutuivat puheen selkeys, täytesanojen vähentäminen ja puhenopeuden hidastaminen. Hoitajat halusivat vähentää käsien liikkeitä, lisätä katsekontaktia sekä läheisyyden tunnetta potilaaseen päin kumartuvalla ruumiin asennolla. Potilaan rohkaiseminen kysymyksiin, kuunteleminen ja asiantiedon sopiva määrä olivat hoitajien omasta mielestä kehittämishaasteita. Haastattelupalautteissa hoitajat painottivat neuvonnan suunnittelua, kun taas kirjallisissa arvioinneissa se ei korostu. Potilasta tulisi kuunnella, katsella ja rohkaista itsensä ilmaisuun. Suurimmat muutokset ensimmäisen ja toisen arvioinnin välillä olivat tiedon määrän vähentämisessä ja potilaiden rohkaisussa kysymyksiin (Taulukko 7).

TAULUKKO 6 Hoitajien käsitykset vuorovaikutustaitojensa osaamisalueista kahdessa neuvontatilanteessa (n = 19, mainintojen min. = 0, max. = 19).

Viestinnän luokitus	Hoitajien arviointien jakautuminen			
	Suullinen arviointi		Kirjallinen arviointi	
	I neuvonta	II neuvonta	I neuvonta	II neuvonta
Sanallinen parakieli				
Ei vierasperäisiä sanoja	6		7	3
Puhe selkeää			4	3
Miellyttävä äänen sävy			2	
Sanaton				
Kosketus	1		1	
Sijaintiorientaatio			1	
Läheisyys	1			
Rauhallisuus	3		3	
Käsien liikkeet			1	
Kasvojen ilmeet			2	
Katsekontakti			2	4
Vuorovaikutuksen tavoite ja ominaisuudet				
Tietoa riittävästi	2	13	9	7
Johdonmukaisuus	2	6	2	3
Tarkennus/palaute	5	4	2	2
Neuvojen vahvistaminen	7		3	3
Yhteenveto	3		3	
Neuvonnan suunnittelu	3	6	3	
Potilaan rohkaisu kysymyksiin	8	10	11	16
Potilaan rohkaisu tunteiden ilmaisuun	15	9	9	14
Ilmapiiri	13	12	16	15
Kuunteleminen	10	12	6	7
Omana itsenä oleminen	2			
Oheismateriaalin käyttö			1	2

TAULUKKO 7 Hoitajien käsitykset vuorovaikutustaitojensa kehittämistarpeista kahdessa neuvontatilanteessa (n = 19, mainintojen min. = 0, max. = 19).

Viestinnän luokitus	Hoitajien arviointien jakautuminen			
	Suullinen arviointi		Kirjallinen arviointi	
	I neuvonta	II neuvonta	I neuvonta	II neuvonta
Sanallinen parakieli				
Vierasperäiset sanat	6	1	2	1
Tilkesanat	5	4	4	2
Puhenopeus	12	5	5	2
Puheen selkeys	2	9	7	10
Äänen voimakkuus/ äänenpaino	4	1	1	
Sanaton				
Kosketus	2			
Sijaintiorientaatio	1			
Läheisyys	3	2		
Kehon asento	1	2		
Käsien liikkeet	3	2	1	
Jalkojen liikkeet	1			
Kasvojen ilmeet	3	1		
Katsekontakti	3	1	2	1
Oma olemus	4			
Rauhattomuus		2	2	
Vuorovaikutuksen tavoite ja ominaisuudet				
Tiedon määrän vähentäminen		10	1	
Asiatiedon lisääminen	6	3	1	2
Saman asian toiston vähent.	3	4	4	4
Johdonmukaisuus	8	8	2	4
Tarkennus/palaute	6	2	5	2
Neuvojen vähvistäminen	3			
Yhteenvedo	4	1	1	1
Neuvonnan suunnittelu	10	2	2	2
Potilaan rohkaisu kysymyksiin	7	9	13	7
Potilaan rohk. tunteiden ilm.	11	7	6	6
Ilmapiiri	4	1	3	1
Kuunteleminen	13	9	10	8
Pot.non.verb.viestin tulk.		3	2	
Potilaan yksilöllisyys			2	
Haastattelutekniikka		2		
Kiire	4	4		
Liian lyhyt neuvonta			1	

Itsearviointien tasot

Hoitajien suullisia ja kirjallisia itsearviointeja vuorovaikutustaidoistaan ja terveysneuvonnastaan luokittelin Mezirowin (1981) seitsenvaiheisella reflektiivisyyden tasokuvauksilla (ks. s. 29-30). Vuorovaikutustaitojen itsearviointit olivat useimmiten tietoisuuden tasoilla yksi - neljä. Hoitajat painottivat omien toimintojen, havaintojen ja tuntemusten arviointia. Potilaiden käsityksiin, tuntemuksiin ja elämänpiireihin liittyvät kommentit olivat vielä haparoivia. Itsearviointit sisälsivät monia irrallisia ja melko konkreettisia vuorovaikutukseen liittyviä asioita. Vuorovaikutuksen tarkoituksen ja merkityksen syvällisempi pohdiskelu oli vähäistä. Ensimmäisen ja toisen tason vastauksissa oli vain yksi tai kaksi vuorovaikutussuhteen ominaisuutta. Ohjaustoiminnan yksilöidympi tarkastelu oli niukkaa. Joissakin arvioinneissa vältettiin varsinaisen vuorovaikutuksen arviointia, toiminta siirrettiin arviointikohteesta muualle (Taulukko 8).

TAULUKKO 8 Hoitajien itsearviointit vuorovaikutustaidoistaan kahdessa neuvontatilanteessa (min = 0, max. = 19 yhdessä ruudussa).

Reflektiivisyyden tasot	I neuvonta Suullinen	I neuvonta Kirjallinen	II neuvonta Suullinen	II neuvonta Kirjallinen
A. Tietoisuus				
1. Tietoisuus havainnoista	19	19	19	19
2. Affektiivinen reflektio	16	15	18	18
3. Erotteleva reflektio	14	13	16	16
4. Arvioiva reflektio	10	9	12	9
B. Kriittinen tietoisuus				
5. Käsitteellinen reflektio	4	5	3	5
6. Psykkinen reflektio	1	1	1	1
7. Teoreettinen reflektio				

Muutaman hoitajan vuorovaikutustaitojen itsearviointit olivat kriittisen tietoisuuden tasoilla viisi ja kuusi. Näissä vastauksissa näkyi neuvontatilanteiden problematisuuden ja erilaisten toimintastrategioiden valintamahdollisuudet. Ne olivat suhteutettuja ja laaja-alaisia kokonaisvaltaisia vastauksia. Omaa toimintaa ja valittuja työskentelytapoja osattiin myös perustella. Toiminnoissa heijastuivat toivomukset tiedollisten asioiden kytkemisestä potilaiden emotionaalisiin tilanteisiin. Hoitajat pohtivat omia kehittämistarpeitaan kognitiivisilla ja affektiivisilla tasoilla, kuten omia tunteitaan ja niiden reflektointia epävarmoissa tilanteissa

sekä antamiensa tietojen ja toimintojen herättämiä tunteita potilaissa. Hoitajat eivät olleet saavuttaneet työssään vielä teoreettisen reflektiivisyyden tasoa (Taulukko 8).

Hoitajien ammatillinen orientaatio

Hoitajien ammatillista orientoitumista arvioin Zeichnerin (1983, Kuvio 1, s. 26) luokittelulla. Traditionaalisia ja behavioristisia ilmauksia olivat sellaiset vastaukset, joissa hoitajat kertoivat vanhempien kollegoiden opettaneen heille työskentelevät tai he noudattivat tiettyjä tarkkoja organisaation antamia ohjeita. Poikkeamat annetuista normeista olivat tuottaneet hoitajille ristiriitailanteita. Persoonallisen paradigman mukaiset ilmaukset sisälsivät mainintoja omien taitojen ja voimavarojen hyväksikäytöstä sekä oman persoonallisuuden hyväksymisestä. Tutkimussuuntautuneeseen luokkaan sijoitin vastaukset, joissa hoitajat ilmaisivat etsineensä ratkaisuja neuvontatilanteissa joko itsenäisesti tai potilaan kanssa yhdessä. Rutiinit eivät ohjanneet neuvontaa.

Hoitajien ammatillinen orientoituminen kasautui traditionaaliseen ja behavioristiseen paradigmaan. Ammatillisen orientoitumisen rajat olivat hoitajilla häilyvät ja menivät osin päällekkäin. Hoitajat näkivät terveysneuvontatilanteet staattisina ja muuttumattomina tilanteina, mutta ajoittain heidän toimintansa sisälsi tutkivia ja omia persoonallisia voimavaroja etsiviä työmuotoja. Persoonallisen paradigma oli vallalla behavioristisen paradigman lisäksi kahden hoitajan toiminnassa. Kolmen hoitajan toiminnassa oli havaittavissa tutkivan paradigman ominaisuuksia rikastettuna useimmiten persoonallisella paradigmalla, mutta myös behavioristisella työorientaatiolla. Hoitajien ammatillisen orientaation muutokset eivät ilmenneet selkeästi ensimmäisen ja toisen neuvontatilanteen toimintojen vertailuissa, mutta hoitajien suulliset arvioinnit kertoivat tutkivan ja persoonallisen työtavan kasvusuiluista.

5.2 Tapauskuvaukset

5.2.1 Tapaus yksi: Yhdessäoppimista ja refleктоivaa työtettä

Hoitaja hallitsi molempia neuvontatilanteita osin potilasta kuunnellen. Kysymysten esittämisen sekä neuvojen ja ohjeiden antamisen perusteella hoitaja oli aktiivisempi kuin potilas. Hoitaja esitti ensimmäisessä neuvonnassa 25 kysymystä ja potilas 17. Toisessa neuvonnassa hoitajalla oli 45 ja potilaalla seitsemän kysymystä. Ensimmäisessä neuvonnassa potilas vastasi hoitajan esittämisiin kysymyksiin hyvin vuolaasti ja hän ryhtyi myös oma-aloitteisesti kertomaan asioistaan ja arvioimaan omaa toimintaansa. Toinen neuvontatilanne oli erilainen. Hoitaja teki laajat arvioinnit omista vuorovaikutustaidoistaan ja niiden kehittämistarpeista. Potilaiden vastausten ja hoitajan itsearviointien perusteella valitsin tapaus yhden osaksi tutkimusraporttia.

Ensimmäisen neuvonnan sisältö

Potilas oli 47-vuotias nainen, ammatiltaan toimistovirkailija, jolla oli ollut aivoverenvuoto. Hoitaja ja potilas olivat tavanneet osastolla jo muutaman kerran. He sinuttelivat toisiaan. Neuvonta kesti noin 27 minuuttia, ja se käsitteli potilaan kotiuttamista ja liikuntaa.

Neuvonnan aluksi hoitaja kertoi kotiin pääsystä ja pyysi potilasta kuvaamaan, miltä nyt tuntui. Potilas kuvaili omia tuntemuksiaan ja edellisen yön niskakipua ja siihen saamaansa apua. Hoitaja rauhoitteli potilasta ja antoi ohjeita niskakivun hierontaan. Tämän jälkeen edettiin liikuntaneuvontaan. Hoitaja kartoitti ensiksi potilaan liikuntakäyttäytymistä. Potilas arvioi toimintaansa oman kuntonsa hoitajana. Keskustelu jatkui liikunnan harjoittelumuotojen selvittämislä sekä miten ja mitä liikuntamuotoja potilas voisi harjoitella kotona ja työpaikalla. Hoitaja teki pienen väliyhteenvedon keskustelusta. Tämän jälkeen hoitaja tiedusteli, miten potilas selviäisi kotona. Yhteiskeskustelussa pohdittiin kotona selviämistä ja mitä siellä saisi tehdä. Keskustelu oli päättymässä, mutta hoitaja kysyi: *Nii, no onks sulla mitään kysyttävää vielä näistä?* Potilaalla ei ollut kysymyksiä, jolloin hoitaja totesi *Oot sä ajattellu saunaa, tai?* Tästä virisi laaja keskustelu, jossa sivuttiin alkoholinkäyttöä, tupakointia ja kotiympäristössä tapahtuvaa liikuntaa. Keskustelu päättyi toteamukseen, että vielä huomenna voidaan jatkaa.

Terveysneuvonnallinen keskustelu

Neuvonta alkoi tunnustelevasti vuorovaikutussuhdetta rakentaen. Keskustelijat katselivat toisiaan ja hoitaja pyysi potilasta kuvaamaan kotiinpääsyntuntemuksiin. Hoitaja ei esittänyt neuvonnalle tavoitetta vaan potilaan tuntemukset ohjasivat keskustelua (ote 1).

Ote 1.

1 H: *Eliikkä tota, nyt sä pääset huomenna kotiin.*[ka+/pä+/käi+]

2 P: *Joo. Tosin lääkäri tänään ei kiertäny, mutta eilen vielä oli luvassa.*[ka+/pä+]

3 H: *Joo* [ka+]

4 P: *Ja uskosin kyllä, että kun ei mitään* (oo.[ka+]

5 H: *Joo). Miltäs nyt tuntuu?*

6 P: *Nyt ajatus, ajatus [naurahdus] tuntuu tietysti oikein hyvältä, että kun mä*

7 *oon viime yön nukkunu erittäin hyvin, ...*[kä+/pä+]

Otteessa 2 (rivi 1) hoitajan puheen alku hieman takelteli ja hän muistutti vielä potilasta vanhasta vaivasta. Terveyttä sekä hoitaja että potilas ilmaisivat fyysisesti, subjektiivisin kivun tuntemuksin ja lääkityksen kautta. Potilaan tuntemuksia varjosti reumasairaus ja hän oli tietoinen sairauden aiheuttamista rajoituksista sosiaalisessa toiminnassa. Terveys oli voimavara, osallistumisen mahdollista- ja. Keskustelu jatkui yhteisen ymmärryksen vallitessa. Potilas toi oma-aloitteisesti ajatuksiaan esille keskustelussa (ote 2, rivit 5 - 7).

Ote 2.

- 1 H: *Nii. Ja sill on sä voit niinku uno- unohtaa ne päänsäryt ja (nää vaivat*
 2 P: *mmm)[ka+/pä+]*
 3 H: *ja ajatellakki niitä mitkä sulla on sitte semmosina ollu vanhana hankaluutena,*
 4 *ne hartiat. [ka+/pä+/kää+]*
 5 P: *Joo. On tässä vielä [kakaisu] tässä niinkun tässä jatkossa mähän olen nyt,*
 6 *tän reumankin aikaan nin, aina kun mä olen voinu, nin mä olen*
 7 *osallistunu tuonne työväenopiston kuntojumppaan. [ka+/pä+]*

Potilaan kuvauksissa emotionaalinen ja positiivinen terveys ilmenivät hyvänä olona ja toiveena siitä, miten elämästä voisi nauttia tulevaisuudessa (ote 3, rivit 1 - 2, 8). Hoitaja pyrki sallivaan terveyskasvatukseen ja esitti tulevaisuuden toiveen potilaan voinnista; *elämäs jatkuu, ihan normaalia.*

Ote 3.

- 1 P: *että saunasta uimaan kun se on kanssa yks, niitä elämän suuria*
 2 *nautintoja [naurua, ka+/pa+]*
 ...
 3 P: *Tupakkaa ei oo, mutta kyllähän nyt joskus tietysti lasi hyvää viiniä on ihan*
 4 *paikallaan.[ka+/pa+]*
 5 H: *mmm. Sitäkään ei oo pois suljettu.[ka+/pä+]*
 6 P: *Nii, joo. Kohtuudella kaikkia.[ka+/pä+]*
 7 H: *Joo, mmm. Niinkun kaikki itse kullekin, että.[ka+/pä+]*
 8 P: *Nii, ihan niinku terveelläki ihmisellä.[ka+/pä+]*

Hoitajan kysymykset käsittelivät potilaan vointia (ote 1), kotitöiden tekemistä (ote 4) sekä liikunnanharrastamista kotona ja sairaalassa (ote 5). Kysymykset alkoivat tunnustelevasti *elikkä, onks, no mitäs, miltäs nyt tuntuu, mitä luulet.* Näillä sanoilla aloitetut kysymykset rohkaisivat potilaan vuolaaseen kerrontaan ja/tai itsearviointiin. Potilaan ääneen pohdiskelun aikana hoitaja tuki pohdiskelua minimipalauttein, vähän päälle puhuen, pienin äännähdyksin, katsekontaktilla ja päännöykkäyksillä. Hoitajan "elikkä" sanan potilas tulkitsi kysymykseksi äänenpainosta johtuen, kuten keskustelun alusta esitetyssä otteessa yksi. Hoitaja antoi potilaan mieltä vastauksia, jota kuvastaa otteen neljä, rivit 1 - 4 saunakeskustelusta.

Ote 4.

- 1 P: *Kuvitella, että mitä kaikkea mulle mahtaa siellä kotona sitten tulla eteen ja*
 2 H: *mmm [ka+/pä+]*
 3 P: *mut tota, en mä todellakaan niinku löytäny semmosta, että... [ka+/pä+/....]*
 4 H: *Oot sä ajatellu saunaa, tai? [ka+/pä+]*
 5 P: *Ai juu, hmh, hyvä. [naurahdus] Olen ajatellu saunaa, että et tuota*
 6 *mahta- olen jännityksellä ootanu, että mahtaaks lääkäri kieltää multa kuinka*
 7 *pitkäks aikaa saunan. [ka+/pä+]*

Potilas myös reflektoi omaa terveyskäyttämistään (esim. ote 5, rivit 10 - 18). Potilas pohti kokemuksiaan aiemmin todetusta reumasairaudesta ja siihen

annettujen ohjeiden noudattamista ja merkityksiä hyvinvoinnilleen. Hän oli mielestään saanut riittävästi neuvontaa. Hänen laaja terveystietämyksensä tuli esille useita kertoja keskustelun aikana. Potilas tiesi alkoholin (ote 3) ja saunan positiiviset sekä negatiiviset vaikutukset. Liikuntaohjeita hän noudatti niin kauan kuin sairaus muistutti olemassaolostaan. Työelämän kiireisyys asetti rajoituksia liikuntaharrastuksille (ote 5). Potilas arvioi välillä työyhteisönsä toimintaa: *se ei ole hänen työyhteisönsä, joka lähtee.*, mutta pian hän palasi oman toimintansa pohdiskeluun.

Ote 5.

- 1 H: ... No mitäs sä ajattelet sitte, kun sulla sairasloma la- loppuu, nii noien niskajumppa-
 2 liikkeitten jälkeen? (Mitä luulet? [pä+/käi+/ka+]
 3 P: [hymähdys] Siis mä luulen, että nehän tietysti tarvis tehdä, sehän on ihan hyvä jos
 4 siitä tulis elämäntapa.
 5 H: mm [ka+/pä+]
 6 P: Mutta tuota, mul on nyt kokemusta tämän toisen sairauteni, tän reuman kanssa,
 7 H: mmm [ka+/pä+]
 8 P: johon liikunta on ensarvosen tärkeää
 9 H: mmm [ka+/pä+]
 10 P: ja mä olen saanu hirveen siihenkin ohjausta ja hyviä neuvoja ja [naurahdus]
 11 luvannu ja päättäny itte mielessäni, että tuota, näin tehään lopun ikää, ...
 12 P: mutta kyllä täytyy surulla tunnustaa, että sitte ku se työelämä alkaa
 13 rullata sillä lailla, (et
 14 H: mmm) [ku+/pä+]
 15 P: siinä ei ole nyt suurempia ongelmia. Niin kauan kun se sairaus muistuttaa oikein
 16 (akuutisti
 17 H: mmm) [ka+/pä+]
 18 P: itestään, ni niin kauan muistaa tehdä kaikki nämä.

Potilaan esittämät kysymykset kohdistuivat sairauden aiheuttamiin rajoituk-
 siin ja syihin. Kysymykset olivat suorina, epäsuorina tai äänenpainoin osoitettuja
 (ote 6). Potilas oli johdatellut useilla lauseilla keskustelua aivoverenvuodon
 syihin, ennen kuin hän esitti varsinaisen kysymyksensä. Hoitaja jaksoi kuunnella
 potilaan puhetta rauhassa minimipalautteilla tukien. Molemmat uskalsivat
 ilmaista epävarmuutensa (ote 6, rivit 4, 14 - 16). Hoitaja vastasi viivytellen
 kysymyksen aivoverenvuodon syistä ja vaikutuksista päivittäisissä toiminnoissa.
 Sairauden etiologiasta hoitaja ilmoitti, ettei hänellä riitä ammattitaito asian
 ratkaisemiseen. Hoitaja teki tarkentavia jatkokysymyksiä epävarmoissa
 tilanteissa. Oteessa 6 (rivit 4 - 9, reumaliikunta) tulee esille puheen vastavuoroi-
 suus, hoitajan puutteellisesti esittämien toisen ja kolmannen kysymyksen
 kohdalla potilas täydensi puhetta, samanlaista lauseen täydennystä oli muulloin-
 kin keskustelussa. Epävarmuuden ilmaisut ja toisen puheen täydentäminen
 kertonevat molemminpuolisesta luottamuksesta.

Ote 6.

- 1 P: Heräs vaan siinä kysymys nyt sitten, että kuinka pian tälläsen jälkeen
 2 voi semmoseen osallistua?
 3 H: mmm-m Elikkä [pä+/ka+]

- 4 P: *Kun mä en osaa sitä arvioida. [ka+/pä+]*
 5 H: *Joo. Se on kerran viikossa? [ka+/pä+]*
 6 P: *Se (on kerran)*
 7 H: *onks se?]*
 8 P: *kolme varttia.[ka+/pä+]*
 9 H: *Kolme varttia.[ka+]*
 ...
 10 P: *Nii, mistä se nyt sitte on saanu tämän lähtökohan? Miksi se tapahtu? Ni, eh*
 11 *jumpalla justiiinsa monta kertaa mää niinkun semmosen liikkeen ku oltiin*
 12 *lattialla selällä.*
 ... *[potilas kuvaa laajasti niskakipujaan]*
 13 H: *Et voi ruveta tuntuun, että ai ai ku (kivistää*
 14 P: *mmm)[ka+/pä+]*
 15 H: *täältä. Et ne on kyllä tärkeitä, mut et, en, ei niitä aina pitä ei riitä ammattitaito*
 16 *sanomaan siihen, että onko se ollu ne kivut, liittykö se tähän sun aivoverenvuotoon.*

Tiedonjakamista ja ohjeiden antamista tapahtui keskustelun aikana myös potilaan reflektiivisen pohdiskelun aikana. Hoitaja tuki potilaan oivallusta yksilöllisestä, reflektioivasta oppimaan oppimisesta äänenpainoilla esitetyillä kysymyksillä ja nonverbaalisella viestinnällä. Potilas mietiskeli, harkitsi ja arvioi tietojaan sekä kokemuksiaan. Hän pohdiskeli esimerkiksi sitä, miten aiempia rentoutustietoja voisi tässä uudessa tilanteessa käyttää hyväkseen. Potilaan käyttäytyminen neuvontatilanteessa voidaan tulkita oppimaan oppimiseksi (ote 7).

Ote 7.

- 1 H: *No sitte, sulla on ollu se rentoutuskasetti siellä. [ka+/pä+]*
 2 P: *Joo-o tänäkin aamuna mää olen käyny rentoutuksella, ilman kasettia opettelin, koska*
 3 *siinä sanottiin, että siitä pitäs tulla kans tämmönen luonnollinen ilman ohjausta tapahtuva*
 4 H: *Joo-o [ka+/pä+]*
 5 P: *että osaa*
 6 H: *joo [ka+/pä+]*
 7 P: *mutta sen mä huomasin, että tuota, ehkä siihen ei sitte osaa kuitenkaan niin*
 8 *paneutua, että, et sitä semmosta ku siinä väitettiin, että jos sen tekee täysin oikein*
 9 H: *mmm [ka+/pä+]*
 ...
 10 P: *Mut tänään ei tullu sitä tunnetta, että en mä sitä ilman sitä (kasettia*
 11 H: *joo) [ka+/pä+]*
 12 P: *vielä niin hyvin oppinu [ka+/pä+/käi+]*
 13 H: *Haluaisit sä sen lainaa vähäksi aikaa,...*

Terveyttä edistävät toimintaohjeet hoitaja liitti arkielämään (otteet 4, 5). Hoitaja rakensi ohjeet potilaan koti-, työ- ja vapaa-ajan ympäristön olosuhteiden mukaan. Hoitaja otti myös huomioon potilaan omat tuntemukset ja taidot: *No eihän sulle sitte mitään oo, säähän oot vaatimaton.* (ote 8).

Ote 8.

- 1 H: *Mutta ei siitä sulle varmaan ongelmaa sulle tuu, että sulla on semmonen*
 2 *luontainen kyky, oon huomannu kyllä, et sä osaat aika realistisesti ja*

3 tällai mää-, mites sitä nyt sanotaan, maalaisjärjellä.

Potilas ilmaisi selkeästi, että hän oli noudattanut hoitajan aiemmin antamia ohjeita: *Tosiaan mä tein näin niinkun sä sanoit,--* . Neuvonnan leppoosaa ilmapiiriä kuvastaa myös keskustelun aikana esiintyneet naurahdukset ja hymähdykset sekä huumori, joka ilmeni nauruna erilaisia potilaalle sopivia liikuntamuotoja etsittäessä (ote 9).

Ote 9.

- 1 H: *(ja luistella)[hymähdys/ka+/pä+/käi+]*
- 2 P: *No sitä eei [naurua] Mulla kyllä pysyy tai kyllähän luistimet pysyy jalassa,*
- 3 H: *mm [ka+/pä+]*
- 4 P: *mut mä en pysy pystyssä. [ka+/pä+]*
- 5 H: *Tai Himokseen laskettelee. [ka+]*
- 6 P: *En lähe. [naurua] Sitäkää mä en, ei oo kestäny pää ennen tätäkään, ni tuskin*
- 7 *se nyt muuttuu.[naurahdus] [ka+/pä+/ke+]*

Potilaan terveyskasvatuksellisesta tietämyksestä huolimatta hoitaja kertoi laittavansa voimisteluohjeet tarkkaan suoritusjärjestykseen, jossa ilmeni, miten potilaan tulisi niitä noudattaa kotona. Potilas rohkeni täydentää hoitajan puhetta (ote 10, rivit 1 - 4). Tässä samassa näytteessä ilmenee, että saman neuvonnan sisällä voi olla erilaisia preventionäkemyksiä. Liikunta oli nyt sekundaariprevention keino. Aiemmin otteessa 2 (rivit 5 - 7). kuntoutustoimenpiteet olivat jo ilmenneen sairauden parantajana.

Ote 10.

- 1 H: *Mut mä laitan ne semmoseen järjestykseen ihan mitkä ois niinku hyvä, tulee semmonen*
- 2 *alkuverryttelyosuus ja sitte vähän voimakkaampiakin liikkeitä, mitä tehhää harteilla*
- 3 *tai yläraajoilla. Ja sitte taas semmonen, loppuun semmonen vähän [ka+]*
- 4 P: *Palautus [ka+/pä+]*
- 5 H: *palautusliike, että sit jäis mukava olo sinne hartiaseutuun.[ka+]*

Keskustelun lopetus alkoi arvioinnilla, mitä vielä ennen kotiinlähtöä voidaan kerrata hartiajumpasta ja kotipiirin kuntolenkeistä. Hoitaja pyysi vielä potilasta kysymään asioita, mutta kysymyksiä ei ollut (ote 11, rivi 4).

Ote 11.

- 1 H: *joo. No tuleeks vielä mitä mieleen?[ka+]*
- 2 P: *Ei mun mieleeni taia tulla jos ei sul oo hyviä ehdotuksia. [naurua] [ka+/pä+]*
- 3 H: *Me voiaan jatkaa huomennaki sitä vielä, (ettei) tuu liikaa. [ka+/pä+]*
- 4 P: *(nii) joo, ja huomennahan on sitten tää suuri päinä.[ka+/pä+/hymy]*
- 5 H: *Nii on. Hyvä, [ka+/pä+/hymy]*

Potilaan haastattelu

Keskustelumme alkoi taustatietojen selvityksellä. Tutkimusprosessin suunnitteluvaiheessa olin jo päättänyt, etten tutustu potilaspapereihin, vaan käsitykset potilaista ja heidän taustoistaan rakennan videonauhohoitusten ja haastattelujen perusteella.

Potilaan kuvaukset terveydestä olivat positiiviset. Terveys oli muuttuva tila, johon sisältyivät ja vaikuttivat myös ihmisen tunteet. Negatiivinen terveys puheessa ilmeni arvoina ja omina velvollisuuksina hoitaa terveyttä. Potilaalla oli suvaitseva ote elämäänsä. Hän oli tietoinen alkoholin negatiivisista ja positiivista vaikutuksista. Terveystenhoito koostui niin nautintoaineista, liikunnasta ja ravinnosta, kuin myös rentoutumisesta ja mielenterveydestä.

Haastattelussa vahvistui näkemys aktiivisesta potilaasta, joka oli saanut neuvontaa sekä itse hakenut tietoa eri lähteistä. Hän kertoi kuitenkin saaneensa tästä neuvontatilanteesta jotain uutta ja neuvonta oli ollut tarpeellinen, vaikka useimmat asiat olivat tuttuja. Potilaan mielestä neuvontatilanne oli miellyttävä. Hoitajan aktiiviset kysymykset olivat olleet tarpeellisia. Videokameran läsnäolo oli unohtunut.

Hoitajan haastattelu

Haastattelin hoitajaa välittömästi videointitilanteen jälkeen, kun potilaan haastattelu oli suoritettu. Haastattelukysymysten (Liite 2). jälkeen annoin hoitajalle kirjallisen koulutusmateriaalin ja selvitin sen sisällön pääpiirteittäin. Keskustelun päätteeksi annoin kirjallisen arviointilomakkeen (Liite 4), jonka pyysin palauttamaan osastokoulutuksessa.

Neuvontatilanteen tavoitteeksi hoitaja määritteli terveyskasvatustietojen varmistuksen. Asioiden käsittely oli hoitajan mielestä yhteenvedonomaista. Hoitaja kertoi, että hänen tietonsa potilaasta olivat puutteelliset. Potilas taas mainitsi olevansa jo tuttu hoitajan kanssa. Potilasta kiinnostivat kotona tekemisen rajat, eikä potilas aikonut noudattaa joka päivä hoitajan antamia ohjeita. Hoitaja toivoi antaneensa normaalielämän terveyskasvatusta. Hän oli omaksunut sallivan linjan terveyskasvatuksessaan ja suhtautui joustavasti neuvontakeskusteluun (ote 3). Hän pystyi poikkeamaan ennakkosuunnitelmista tilanteen tuomien keskusteluaiheiden mukaan: *Se ravinto jäi pois, mutta niiku mielessäni päätin, että nyt se menee liian pitkälle.*

Hoitaja kertoi, että neuvontaa oli vaikea arvioida. Hän arvioi neuvontatilanteen helpoksi, vaikka jännitti aluksi videointia. Keskustelussamme tulivat ensin esille vuorovaikutustaitojen kehittämistarpeet. Kielellisessä ilmaisussaan hoitajaa häiritsi monisanaisuus sekä lauseen lopettamisen vaikeus. Puheilmiasua tulisi tiivistää (otteet 5, 6). Toisaalta hän pohti, oliko tällainen tapa puhua kuitenkaan huono. Asia voi jäädä potilaalle muhimaan. Hoitaja epäili omaa vakuuttavuuttaan sekä kykyään perustella asioita. Hän tiedosti vastaamisvaikeutensa edellisessä luvussa kuvatuissa potilaan aivoverenvuodon syitä ja sen jälkeistä liikuntaa käsittelevissä kysymyksissä (ote 6). Nonverbaalisen viestinnän puolelta hän mainitsi kehittämistarpeekseen äänenpainon: *mää puhun sillai aika tasasesti.* Vuorovaikutustaitojensa kehittämiseksi hoitaja ilmoitti myös potilaan aktiivisuuden ja

viestien tulkintataidon. Tämä neuvontatilanne sisälsi tuttuja asioita hoitajalle, mutta vaikeissa tilanteissa hoitaja mainitsi pohtivansa liikaa teorian tietoa epävarmuutensa vuoksi, jolloin potilaan vihjeet saattoivat jäädä huomaamatta.

Hoitajalla oli kokemusta oman työn videoinnista. Aiemmat arvioinnit hoitaja kertoi tehneensä pintapuolisesti ei niinkään ammatillisen kehittämisen näkökulmasta. Arviot olivat kohdistuneet ulkoiseen olemukseen, esimerkiksi rasvaiseen tukkaan ja käsiin.

Hoitajan kirjallinen arviointi ensimmäisestä neuvonnasta

Hoitajan tekemä suullinen arviointi välittömästi ensimmäisen videointikerran jälkeen täydentyi kirjallisessa arvioinnissa. Hoitaja oli tutustunut saamaansa kirjalliseen koulutusmateriaaliin sekä katsonut omaa neuvontasuoritustaan videolta neljä kertaa. Esitän kirjallisen arvioinnin kokonaisuudessaan tässä luvussa.

Hyvää omassa neuvontatilanteessa

- Avoimet kysymykset
- läheisyyden tunne
- kuunteleminen
- tarkennus
- välillä koonto tai olisiko se toistoa
- rehellisyys (en voi vastata tiedoillani aivoverenvuodon syyhyn)
- herätin analysoimaan (omaa rentoutumiskykyä)
- vahvistaminen

Videonauhoilta löytyi esimerkkejä hoitajan esittämistä vuorovaikutustaitojensa piirteistä. Avoimia, perustelua vaativia kysymyksiä esiintyi useita tässä neuvontatilanteessa niin hoitajalla kuin potilaallakin. Kysymyslauseet kertoivat sosiaalista toimintaa suosivasta ilmapiiristä sekä suostuttelusta keskusteluun (otteet 1, 5, 6). Läheisyyden tunne ilmeni vuolaana ja luontevana potilaan ja hoitajan puheena. Nonverbaaliset viestit ja kuunteleminen täydensivät läheisyyden tunnetta (ote 9). Hoitaja ilmaisi kuuntelunsa palaamalla aiemmin mainituihin keskusteluaiheisiin (ote 8). Potilaan kysyessä mahdollisuutta osallistua kuntoumppeaan hoitaja tarkensi tilannetta muutamalla kysymyksellä, selvittääkseen myös omia ajatuksiaan vaikeissa kysymyksissä (ote 6). Hoitaja kertoi rehellisesti potilaalle, ettei hänellä riitä ammattitaito vastata aivoverenvuodon syyhyn. Noin neuvonnan puolivälissä hoitaja teki yhteenvedon puhutuista asioista, jonka jälkeen siirryttiin saunakeskusteluun. Puhe rentoutuskasetin lainauksesta aktivoi potilaan pohtimaan oikeaa rentoutumista (ote 7). Potilaan liikuntaharrastuksiin osallistumista hoitaja vahvisti lausahduksella; *No oothän sää tehnyt, oot turhan vaatimaton.*

Hoitajan esittämille kehittämishaasteille löytyi perusteluja neuvontamateriaalista.

Missä haluaisin kehittyä

- Yhteinen suunnittelu lopussa
- yhteenveto jäi hajanaiseksi
- toistoa lisää vahvistamaan ohjeita
- monisanaisuutta liikaa
- vieraskielisten sanojen käyttö (x2)
- välitöntä kiitosta lisää
- reflektiota lisää
- "minä sanelen ohjeet" tilanteita x2
- turhaa selostusta oireista, mitä ei ilmaantunut (herättää pelkoa?)
- hiljaisuutta ei löytynyt
- äänenpainotusta lisää
- vaikeus keskeyttää potilaan vuolas puhe
- "mutta-lauseita", = annan luvan johonkin, mutta heti annan rajoja
- turhaan näytin ohjelappuja, mutten sisältöä

Aiemmin esitettyjen neuvontakeskustelun päätöslauseiden perusteella olen hoitajan kanssa samaa mieltä siitä, että yhteinen suunnittelu ja loppuyhteenveto jäivät hajanaiseksi (ote 11). Keskustelu päättyi kysymyksen esittämiseen sekä mainintaan, että huomenna voidaan jatkaa. Keskustelijat saattoivat tiedostamattaan pyrkiä samatahtisuuteen puheessaan. Heidän kommunikointityylinsä olivat samanlaisia ja he täydensivät ilmaisuillaan toisiaan (esim. naurahdukset, hymyt, lauseentäydennykset; otteet 1, 6, 9). Hoitaja mainitsi sekä kehittämistarpeekseen että hyväksi ominaisuudekseen toiston. Joitakin asioita hoitaja selosti monisanaisesti, kuten niskahartiaseudun voimisteluliikkeet (ote 12).

Ote 12.

- 1 H: Ja sit se kyllä mä oon niinku varautunu näissä ohjeissa ja näissä jumppa-
- 2 harjoituksissakin siihen, että se on sulla semmonen yks akilleksen kantapäätä,
- 3 elikkä (semmonen huono kohta, [ka+/käi+/pä+/ke+]
- 4 P: mmmm, mmmm) [pä+/ka+]
- 5 H: mikä sitte helposti reagoi siihen, jos sä jännität hartioita, tai
- 6 on jotain muita, muita asioita [ka+/pä+]

Vieraskielisiä sanoja oli puheessa kaksi. Lihasrelaksantti-sanan kohdalla potilas sanoi, että *ne on niin vaikeita ne nimet*. Kyfoosi-sanaa hoitaja pyrki selvittämään sanallisesti sekä nonverbaalisesti, demonstroiden selän köyryasennon.

Hoitaja kannusti potilasta liikuntaharrastuksiin, mutta varsinaista kiitosta neuvonnassa ei esiintynyt. Jakamassani koulutusmateriaalissa sekä osastokoulutuksessa kerroin potilaan itsearviointin merkityksestä. Hoitaja toivoi vielä kehittyvänsä reflektoinnin edistäjänä. Aiemmissa luvuissa esitetyissä hoitajan kysymyksissä pohdiskeleva esitystapa herätti potilaan reflektomaan. Hoitajan mainitseman 'minä sanelen tyylin' ilmauksiksi sopisi niskahartiaseudun voimisteluohjeet (ote 10). Toisen 'sanelukohdan' etsiminen oli minulle työlästä. Useimmiten hoitaja antoi ohjeet yksilöllisyyttä ja potilaan omia tuntemuksia painottaen. Toisena esimerkkinä voisi olla lenkkeilyohjeet pihapiirissä, mutta niissä korostettiin myös oman voiminnan arviointia (ote 13).

Ote 13.

- 1 H: *Sitte pidentää sillai vähitellen, mutta kannattaa tehdä monta kertaa päivässä se*
- 2 *lyhyt lenkki mieluummin, ihan niinkun täällä sairaalassakin, että*
- 3 P: *joo [ka+/pä+]*
- 4 H: *sä sait lupia kulkee osastolla pienen aikaa ja sitte annettiin vähän pisemmälle lupa*
- 5 *ja et totuttelee ja siihen ja sit ihan normaalia lenkkeilyä. Matkaa saa lisätä*
- 6 *sen voinnin mukaan.*

Saunakeskustelussa hoitaja antoi ensin luvan ja sen jälkeen ryhtyi tarkentamaan neuvojaan ja mainitsi, ettei nyt heti kannata kuumissa löylyissä olla eikä mielellään uimaan. Hoitaja kertoi mahdollisista oireista, joita saattaisi ilmaantua aivoverenvuotopotilaille ja rajoittaa autolla ajoja (ote 10). Potilaalla ei ollut tällaisia oireita (ote 14).

Ote 14.

- 1 H: *onnellisesti ohi ja sulle ei tullu mitään puutosoireita käsien toimintaan [ka+]*
- 2 P: *nii[ka+/pä+]*

Keskustelun alussa hoitaja näytti ohjelappuja ja kertoi, että kotiin lähtiessä ne laitetaan oikeaan järjestykseen, mutta sisällöistä ei puhuttu tarkemmin. Keskustelu eteni sujuvasti, siinä ei ollut miettimistaukoja kuin muutamissa kohdissa. Hoitajan äänenpaino nauhoituksissa oli tasainen, mutta oli vaikea tulkita häiritsikö se keskustelua, koska molemmat osapuolet vahvistivat puhettaan nonverbaalisin viestein.

Koulutus

Koulutustilaisuudessa olivat mukana tutkija, tapauksen yksi hoitaja ja toinen samalta osastolta tutkimukseen osallistunut hoitaja. Koulutustilaisuus alkoi videotuntemusten ja -kokemusten selvityksillä. Hoitajat arvioivat, kuinka he olivat käyttäneet saamaansa videonauhaa ja miltä oman työn katselu nauhalta oli tuntunut. Tapauskuvauksen hoitaja oli katsonut vasta pitkän ajan päästä omaa nauhaansa.

Arvioinnissa nousi esille vuorovaikutuksen prosessinomaisuus. Todettiin myös, että asiasisällöstä riippuu, millaista neuvontaa tarvitaan. Hoitajan arviointiin sisältyi sekä osaamisen ilmauksia että kehitettävää samasta asiasta: *Mää löysin hyvää ittestäni, mutt sitten en ollu tarpeeks tyytyväinen siihen määrään--*. Hoitaja oli hieman yllätynyt kuinka helposti hän oli löytänyt omia taitojaan neuvontavideos- ta. Kirjallinen materiaali oli auttanut hoitajaa arvioimaan omaa toimintaansa ja löytämään käsitteitä. Hoitaja oli tehnyt koulutuksen jälkeen enemmän itsearviointia kuin aiemmin. Hän arvioi vuorovaikutustaitojen kehittämistarpeet teoreettisesti, mutta vaikeuksia tuotti niiden toteuttaminen käytännön työssä. Hoitajan mielestä vuorovaikutustaidoissa harjaantuminen oli yksilöllinen kehitysprosessi. Positiiviset ja negatiiviset kokemukset työssä herättivät itsearvioinnin, rutiinit eivät. Hän oli tietoinen ajatustoimintansa subjektiivisesta ja ääritapauksessa leimaavasta luonteesta; *että voiko sen kirjata raporttisivulle sen epäilyn, koska se epäily*

voi olla niin monesti semmoinen; se voi olla ihan turhakin--. Hoitaja kirjasi omia ajatuksiaan varovasti hoitosuunnitelmiin.

Hoitaja pohti laajasti potilaan vaikeutta kysyä aivoverenvuodon syistä, olivatko taustalla pelot, tunteet vai arkielämän huolet. Hän mietti, olisiko hänen pitänyt alkaa keskustelu asiasta jo aiemmin, kun aikaa kului. Keskustelun aloittaminen oli ollut hoitajalle vaikeaa. Hoitaja mainitsi olleensa tyytyväinen, että potilas itse tuotti kysymyksen, sillä hän ei olisi kyennyt ratkaisemaan asiaa.

Tutkimukseen osallistuneet hoitajat olivat puhuneet työssä olleessaan sekä keskenään että muiden hoitajien kanssa siitä, mitä tutkimusprojektissa tapahtui. Osastokeskustelut ajankäytöstä olivat johdattaneet hoitajan analysoimaan tarkemmin vuorovaikutustaan videonauhalla: *Se keskustelu ajo mut siihen, ett mää tein tarkan aikataulun paperille--.* Tutkimusprojektia suunnitellessani olin varautunut, että muut henkilöt ja elämäkokemukset tulevat vaikuttamaan tutkittaviin hoitajiin.

Koulutustilaisuuden lopussa annoin hoitajalle tekemäni kirjallisen arvioinnin hänen ensimmäisestä neuvonnasta. Palaute on kokonaisuudessaan liitteenä seitsemän. Hoitaja luki ja arvioi saamansa palautteen. Hän oli löytänyt saman asian vuorovaikutustilanteesta kuin tutkija, yhteen lauseeseen voi sisältyä monia vuorovaikutuksen osa-alueita sekä neuvonnan tiedollisia sisältöjä. Hoitaja pohti arvioinnin reliabiliteettia. Yhteinen toteamusemme oli, että neuvonnan syvällisempi analysointi vaatii harjoittelua.

Toisen neuvonnan sisältö

Hoitajan toinen neuvontatilanne oli 52 -vuotiaan naisopettajan kanssa. Neuvonta kesti noin 29 minuuttia. Hoitaja ja potilas tapasivat ensimmäisen kerran toisensa tässä neuvontatilanteessa. Keskustelijat sinuttelivat toisiaan. Opettajalle oli suoritettu ohitusleikkaus.

Neuvonta alkoi esittelyllä. Hoitaja kysyi potilaan tuntemuksia sekä kuulumisia ja kertoi epäsuorasti tämänkertaisen neuvonnan käsittelevän liikuntaa. Keskustelussa sivuttiin ravintokysymyksiä, tupakointia ja alkoholinkäyttöä sekä liikunnan yhteydessä mielenterveyttä. Tarkemmin pohdittiin erilaisia liikuntamuotoja ja niiden harjoittelumahdollisuuksia potilaan kotioloissa. Hoitaja kartoitti laaja-alaisesti potilaan liikuntaharrastuksia, henkisistä harrastuksista käsiteltiin vain lukemista. Keskustelun loppuvaiheessa nousi puheenaiheeksi sairaudesta mahdollisesti aiheutuva masennus. Kotitöistä suoriutumista selvitettiin useimmiten hoitajan aloitteesta. Lopuksi hoitaja totesi: *Tuleeko sulle vielä kysyttävää mieleen?* Hoitaja rohkaisi kysymään epäselviä asioita henkilökunnalta tai myöhemmin kotiin pääsyn jälkeen ottamaan tarvittaessa yhteyttä häntä hoitaneisiin ihmisiin. Kun kysymyksiä ei ollut, keskustelu päättyi hoitajan lausahdukseen: *No jätetään asiat muhimaan.*

Terveysneuvonnallinen keskustelu

Esittelyn jälkeen hoitaja rohkaisi potilasta kertomaan tuntemuksistaan. Neuvontatilaisuuden alussa potilas kertoi pelkonsa liian aikaisesta kotiuttamisesta ja kuvaili avoimesti tuntemuksiaan. Hoitaja kuuli potilaan ilmaisun (ote 1, rivi 15),

mutta ei huomionnut sitä jäljempänä tulevassa keskustelussa. Otteessa 1 (rivit 12 - 14) esiintyy tässä neuvonnassa vallalla oleva näkemys, että sairaudesta kuntoudutaan lääketieteellisin toimenpitein.

Ote 1.

- 1 H: Elikä sää olit Pirjo Pirjola. Täytyy varmistaa nimi. Mää olen Paula Palmisto.
 2 Miltä susta nyt tuntuu, kun sää oot tullu Kuopiosta tänne Jämsään vähän
 3 lähemmäs kotia? [ka+/käi+]
 4 P: Niin tää tosiaan tää, että lähemmäs kotia, niin se tuntu mahdottoman hyvältä. ... [ka+]
 5 H: Niin - pääsiko omaiset käymään siellä kattomassa? [ka+/pä+]
 6 P: Kerran kävivät; mää ihan kielsinkin, että turha enää työpäivän jälkeen lähtee
 7 sitten ajamaan sitten, kun tän pitemmästä ajasta ei (oo kyse. [ka+]
 8 H: Joo)
 9 P: Täällä on melkein kun kotona. [ka+]
 10 H: Onks sulla ollu täällä nyt mitään ongelmia. Tai siellä Kuopiossakin. Voit kertoa
 11 myös siitä.
 12 P: No - tämmöinen asia mulla on nyt mielessä, ett voi, voi kun ei kotiutettas täältä
 13 liian aikaisin. Mää haluaisin turvallisn mielin mennä kotiin, että on kaikki haavat
 14 kunnossa ja, ja sitten mulle tuli nestettä keuhkoihin, niin se punkteerattiin sitten. [ka+]
 15 H: Sää haluaisit seurata täällä, että - täällä sitä vielä lisää. [ka+]

Hoitaja esitti 45 kysymystä ja ne alkoivat tunnustelevasti kuten ensimmäisessä neuvonnassa sanoilla *elikkä, onks, no mitäs, mitä luulet* (ote 1, rivit 1, 10). Potilaan seitsemän kysymykseksi luokiteltavaa ilmausta olivat pääasiassa tietojen varmistusta (ote 2, rivit 1, 3).

Ote 2.

- 1 P: No saunominen - siellä oli muistaakseni se oli, että saa saunoo heti? [ka+]
 2 H: Joo. [ka+]
 3 P: Vai olisk se, että heti kun haavat on parantunu? [ka+]
 4 H: Heti kun haavat on parantunu, ... [ka+/pä+]

Potilas ei ollut halukas reflektiiviseen pohdintaan kotitöitä ja liikuntaa käsittelevissä kysymyksissä (ote 3, rivit 2, 5, 7). Liikunta oli ollut hänelle vieras fyysisen tai psyykkisen kunnan edistämismuoto. Hoitajan liikuntaan liittyvien kysymysten vastauksissa hän toikin sen selvästi esille. Potilaan pohdiskelut kertoivat huonommuuden tunteesta ja aikaansaamattomuudesta. Vastauksien laadusta huolimatta potilas ei vältellyt katsekontaktia hoitajaan (ote 3).

Ote 3.

- 1 H: Entäs sitten ne kotityöt? Ooks sää ajatellu niitä? [ka+]
 2 P: En mää oo oikein ajatellu. Onneks meitä on vaan kaks
 3 aikuista ihmistä, ettei siinä oo ongelmia. [ka+]
 ...
 4 H: ...kevyen kävelylenkin esimerkis? [ka+/hymy]
 5 P: Mää oon vaan jättäny käyttämättä tosiaan ton mahdollisuuden. [ka+]
 ...

6 H: Uinnista - harrastatko sä uintia?[ka+/hymy]

7 P: En sitäkään.[ka+/pä+/hymy]

Potilas oli kyllä halukas refleктоimaan omaa toimintaansa, joka liittyi sairaalassaoloaikaan. Arviointi rajautui fyysisiin tuntemuksiin (ote 4, rivit 3, 6, 8). Potilas oli tiedostanut oman terveyden hoidon tärkeyden sairauden toteamisen jälkeen ja asetti nyt tavoitteekseen itsensä hoitamisen, fyysisen terveyden kohottamisen (ote 4, rivit 7 - 8). Ote 4 (rivit 3, 6 - 8) kertoo potilaan halusta noudattaa annettuja ohjeita, mutta myös tiedon kokemuksellisesta luonteesta. Hoitaja rohkaisi ja kannusti potilasta jatkamaan harjoituksia (ote 4, rivit 9 - 11).

Ote 4.

1 H: Oliko niissä kipeetä tekeviä liikkeitä?[ka+]

2 P: No ehkä joku; niinkun mää esimerkiksi siellä Kuopiossa huomasin sitten. Oisko

3 se ollu 3. päivä tai 4. päivä leikkauksesta, 3. päivä - ett oli niin kirreellä tää

4 (vetoketju.[ka+]

5 H: Joo)[ka+]

6 P: Mutt mää vaan kerta kaikkiaan reippaasti otin ne ne voimisteluliikkeet siinä ohjeen

7 ja paperin mukaan sielläkin. Ja, ja tuota ett kun sen tietää, ett se ilmeisesti

8 petraa sitten,... [ka+/hymy]

...

9 H: Joo - no se nyt tuntuu minustakin hyvältä, että sinäkin uskot siihen, jotta se kestää

10 se; useimmiten pelätään sitä, että se haava aukee niinkun kun vähänkin heiluttaa

11 niitä käsiä tonne vaikka taakse päin.[ka+/kää+/hymy]

Hoitaja antoi myös neuvoja kysymyksen muodossa. Hän rohkaisi potilasta tuottamaan ja etsimään vastauksia, oppimaan oppimaan, pääasiassa liikuntaan ja kotiympäristössä tapahtuviin töihin (ote 5, rivit 1 - 3). Neuvot ja ohjeet hoitaja antoi yksilöllisesti ja kehotti potilasta aistimaan omia tuntemuksiaan (ote 5, rivit 5 - 7, 9). Keskustelussa yksi lausepari sisälsi huumoria, jolla yritettiin keventää ilmapiiriä (ote 5, rivit 9 - 10)

Ote 5.

1 H: No siitä kävelystä; mites sä luulisit, oot sä yhtään ajatellu kotona löytyyks

2 teiltä semmoista jotain hyvää lenkkiä, missä ei nyt olis heti kauheen korkeita

3 ylämäkiä eikä raskaita taipaleita?[ka+]

4 P: Kyllä varmaan, tietysti ihanne olis se, että olis joku metsäpolku olemassa.[ka+]

...

5 H: Mutt se soveltuu joka hetkeen, että pystyy kävelemään ja puhumaan ja ei; kyllähän

6 se pieni hengästyminen tulee sieltä, mutta että ei oo sellaista, että sanat rupee

7 katkeilemaan.[ka+]

8 P: Just.[ka+/kuiskaten]

9 H: Jos yksin kävelee, niin sitt pitää puhua yksin; ei vaineskaan.[ka+]

10 P: Kyllä sitä voi puhua ja kokeilla, testata...[ka+/hymy]

Otteessa 6 hoitaja pyrki kysymyksillä testaamaan potilaan tietämystä liikunnan merkityksestä ja vaikutuksista ihmiselimitykseen. Hoitaja antoi miettimisaikaa potilaille, joka oli hieman vaivautunut (ote 6, rivit 2 - 3).

Ote 6.

- 1 H: Ruokavalio on tietysti; vois sanoa, ett se on se ensimmäinen vaihe ja siihen
- 2 pystytään heti vaikuttaan, että katotaan vaan että mitä laitetaan sinne suuhun.
- 3 Vois sitä löytyä jotain muutakin [.../ka+]
- 4 P: Se on jokin tietysti ihan [.../hymy]

Hoitaja perusteli ohjeiden noudattamista fysiologisilla ja mielenterveydellisillä argumenteilla sekä asiantuntijoiden vakuutteluilla, jotka kuvastivat myös terveyden fyysisiä, emotionaalisia, sosiaalisia, psyykkisiä ja dynaamisia ulottuvuuksia (ote 7, rivit 1 - 3, 5, 7, 9). Esimerkiksi masennuksen mahdollista ilmenemisestä voidaan ennaltaehkäistä liikunnallisilla harrastuksilla. Hoitajan pitkän puheenvuoron aikana molemmilla oli katsekontakti toisiinsa ja potilas tuki hoitajan puhetta minimipalautteilla.

Ote 7.

- 1 H: Niin niitä tilanteita voi tulla sitten, että se masennus voi iskee siellä kotona
- 2 myöhemmin. Nyt kun sä meet kotiin, niin kaikki on taas niinkun uutta ja riemurinnoin,
- 3 ett ihanää mää pääsen kotiin (ja[ka+])
- 4 P: mmm)[ka+]
- ...
- 5 H: Ja se masentuminen on aika tavallinen - melkein kaikki ohitusleikatut kokee jossain
- 6 vaiheessa kotona sen masennuksen.[ka+]
- ...
- 7 H: Mutta hyvä kunto pitää mielenkin vireenä. Eiks vaan?[ka+/ke+/hymy]
- 8 P: Kyllä, kyllä.[ka+/hymy]
- 9 H: Ja viisaathan on tutkinu, että kun ihminen rasittaa itseänsä fyysisesti. On se
- 10 sitten minkälaista harjoitusta hyvänsä. Urheilua tai mitä vaan, niin elimistöön
- 11 erittyy sellaista hyvänolon hormoneja. [ka+/hymy]

Keskustelun loppupuolella hoitaja huomasi potilaan syyllisyyden tuntemukset omasta liikkumattomuudestaan ja pyrki lieventämään ilmaisujaan. Potilas oli tyytyväinen, kun asioista muistutettiin (ote 8).

Ote 8.

- 1 H: Miltä susta tuntuu nytten, kun me täällä annetaan niitä ohjeita, että pitäis tehdä
- 2 niitä voimisteluliikkeitä ja pitäis harjoitella ihan sitä kävelyä ihan siinä mielessä,
- 3 ett sun yleiskunto kohenis? Ja voisin sanoa, että ihan systemaattisesti harjoitella,
- 4 että ei kerran kahdessa viikossa - yks lenkki riitä. Ett onks se mahdotonta toteuttaa
- 5 sun?[ka+/käi+]
- 6 P: Ei ja just kun sitä hoputetaan riittävän monta kertaa, niin se jää mieleen. Ett se tulee
- 7 tavaks. Kyll mää uskon ihan, ett kyllä sitä ruvetaan tässä kuntoutusvaiheessa
- 8 kovasti...[ka+]

Jo aiemmissa vastauksissaan potilas oli ilmaissut, ettei ollut ulkoilijatyyppejä. Hänen esittämänsä kysymyksen kuntopyöräilystä hoitaja ohitti lyhyellä maininnalla ja muistutti taas ulkona liikkumisesta (ote 9, rivit 1 - 2). Vähitellen hoitaja huomasi potilaan haluttomuuden harrastaa liikuntaa ja keskustella siitä.

Hoitaja lähti etsimään muita harrastusmahdollisuuksia ja osoitti olevansa kiinnostunut potilaasta (ote 9, rivit 3 - 4).

Ote 9.

- 1 P: Niin, joo. Kuntopyörää saa polkee? [.../ka+]
 2 H: Joo saa polkee. Se korvaa huonojen ilmojen ulkolenkit oikein hyvin.[ka+/pä+]
 ..
 3 H: Mää mietin aivoissani, että onks nyt jotain sellaisia asioita vielä siellä, mitä liittyy sun elämääs ihan. Luet sä paljon?[ka+/ke+]
 4 P: Hmm...[ka+]

Keskustelun päätteeksi hoitaja rohkaisi potilasta ottamaan yhteyttä osastolle tarvittaessa (ote 10).

Ote 10.

- 1 H: Me ollaan ihan mielissään, jos meille soitetaan, kun se on harmi, jos jää asioita mieleen
 2 ja ei sitt uskalla kysyäkään. Ja niitä tulee todella niinkun sä sanoit kotona.[ka+]
 3 P: Niin varmaan tulee joo.[ka+/hymy]
 4 H: No jätetään asiat muhimaan.[ka+/hymy]

Potilaan haastattelu

Haastattelu alkoi videointituntemusten arvioinnilla. Potilas mainitsi, ettei hän ole aiemmin mielellään hakeutunut videoitavaksi, vaikka oli opettaja ammatiltaan. Vähän myöhemmin hän kertoi videointitilanteen miellyttäväksi, mutta toisen lähellä istuminen oli häntä hieman vaivannut. Videoinnin ajan potilas nojasi tuoli selkänojaan. Katsekontaktilla ja minimipalautteilla hän osoitti läsnäolonsa ja halukkuutensa osallistua keskusteluun.

Keskustelumme alkuosassa selvitin potilaan taustatiedot ja tällä kertaa hoitoon hakeutumisen syyn sekä mahdolliset muut sairaudet. Hän mainitsi verenvainetaudistaan sekä terveydenhoitonsa laiminlyönneistä. Sydäninfarkti oli pysäyttänyt hänet noin puolitoista vuotta sitten. Terveyden menettäminen liittyi kuitenkin vasta tähän sairauteen. Potilas kertoi saaneensa aiemmin terveyskasvatusta lääkärissä käydessään sekä lukeneensa lehdistä. Tieto oli hänen mielestään ollut monipuolista ja hyvää niin aiemmissa kuin tässä videoidussa neuvontatilanteessa. Hän tiesi terveyskäyttäytymisensä puutteet. Potilas mainitsi oma-aloitteisesti olevansa sellainen persoona, jolle ihmiset kertoivat murheistaan ja asioistaan. Hän oli miettinyt ulkopuolisen avun hakemista ahdistukseensa. Edellisenä talvena hän oli päättänyt jättää aikaa myös itselleen, sillä seurauksella, että töiden laiminlyönti oli aiheuttanut huonon omantunnon. Potilas oli miellyttävän oloinen ja halukas keskustelemaan omista asioistaan.

Hoitajan haastattelu

Keskustelumme neuvontatuntemuksista alkoi oikeastaan jo ennen kuin olin saanut nauhurin päälle. Hoitajalla oli suuri halu ja tarve arvioida vuorovaikutustaitojensa kehittämishaasteita. Hän tunnisti jo edellisellä kerralla mainitsemansa kehittämishaasteet, monisanaisuus ja päällepuhuminen: *mun monisanaisuus ei ollut vähentynyt yhtään ja alussa mä olin varmaan niin hermostunut, että puhuttiin päällekin,--*. Hänen mielestä monisanaisuus voisi olla myös yksi keino antaa aikaa potilaalle. Toisaalta hän toivoi välttävänsä lauseita, joissa hän antoi ensin luvan ja sitten ryhtyi perumaan sanojaan.

Hoitajan mielestä tämä keskustelu ei ollut yhtä luonteva ja hyvä kuin ensimmäinen. Hän oli huomannut potilaan epämukavan olon, joka johtui liiallisesta läheisyydestä. Potilas jännitti ja hän oli omissa ajatuksissaan. Yhdeksi kehittämistarpeekseen hoitaja arvioi potilaan aktivoinnin. Hän pohti potilaan elämäntilanteeseen liittyviä sekoittavia tekijöitä sekä useiden ammatti-ihmisten tapaamisten vaikutuksia potilaan vuorovaikutushalukkuuteen. Hän päätyi tulkintaan, etteivät ne olleet hänen osaltaan vaikuttaneet tilanteeseen. Hoitaja arveli, ettei hän ollut tähän kertaan tarpeeksi virittynyt tai sitten hän oli kriittisempi itseään kohtaan ja mietti liikaa neuvonnan aikana sitä, kuinka asiat pitäisi tehdä: *Tärkein syyhän on se, että on kriittisempi tällä hetkellä kun sillä ekalla kerralla*.

Hoitaja oli mielessään laatinut neuvonnalle tavoitteeksi kuntoutustiedon antamisen, mutta sitä ei tehty yhdessä potilaan kanssa. Hän oli tiedostanut keskustelun aikana, että potilas oli kiinnostunut lukemisesta. Ohjauksen keskittyminen suurimmaksi osaksi liikuntaan oli aiheuttanut pientä pakokauhua hoitajassa. Hän oli huomannut potilaan ilmaiset huonommuuden tunteista. Keskustelun loppuvaiheessa hoitaja yritti lievittää liikuntaintoilua. Hänellä oli ollut ristiriitaisia tuntemuksia neuvonnan aikana siitä, kuinka paljon hänen olisi kerrottava asioista potilaalle. Neuvonta-aika tuntui riittävältä. Hoitajan yrityksistä huolimatta potilas ei osallistunut aktiivisesti keskusteluun. Potilaan hikoilu oli mietityttänyt hoitajaa. Rasittuiko potilas neuvontatilanteesta liikaa vai aiheutuiko se mahdollisesti muista syistä?

Koulutusmateriaalista oli ollut apua, ja vuorovaikutukseen liittyvät kysymykset olivat mielessä, vaikka hoitaja ei ollut katsonut videoa pitkään aikaan. Videointitilanne oli hänen mielestään poikkeuksellinen, siihen virittyi paremmin, pyrki ajattelemaan asioita tietoisemmin ja aikaa oli enemmän kuin normaaliin neuvontatilanteeseen. Itsearviointin toteuttaminen työssä oli tavoiteltavaa, mutta vaati harjaantumista.

Hoitajan kirjallinen arviointi toisesta neuvonnasta

Hoitajan toisen neuvontatilanteen arvioinnit kohdistuivat samoihin aihepiireihin kuin ensimmäisellä kerralla. Nonverbaalista viestintää hoitaja ei ollut tällä kertaa arvioinut lainkaan. Videonauhan hoitaja oli katsonut kaksi kertaa tehdessään arviointia. Toisen neuvonnan aloitus oli tunnusteleva kuten ensimmäisenkin (ote 1). Potilas analysoi itseään tai elämäänsä koskevia kysymyksiä lyhyesti ja pidättyvästi. Liikunnan vaikutuskysymykset hoitaja esitti opettajamaisesti, niihin

potilas vastasi vaivautuneesti (otteet 3, 5, 7). Vieraskielisiä sanoja ei esiintynyt keskustelussa. Neuvonta oli rakenteeltaan looginen. Arviointi oli tarkentunut ja siihen oli tullut lisää syvyyttä.

Mitä hyvää neuvontatilanteessani oli

Avointen kysymysten tekeminen helppoa, mutta teinkö liian "opettajamaisesti" opettajalle! (ylhäältä alaspäin asettelun vaara jo lähellä) Lopussa vasta hiljaisia hetkiä, kun huomasin olevani äänessä liikaa (parempi myöhään kuin...). Vierakielisiä sanoja vältin nyt. Etenin aihe kerrallaan loogisesti, sillä yritin selkeyttää ohjausta. Suurimmassa osassa asioista, sain potilaan itsensä tuomaan ajatuksiaan julki. Kolmessa kohdassa yritin tuoda esille liikuntamahdollisuudet, mutta en pakkoa. Yritin saada potilasta analysoimaan itse (kolestroli, kävelymatka osastolla, maastoa kotona: näitä potilas pohti itse).

Missä asioissa haluaisin kehittyä

Tiivimmän asian ulosannnin, huomasin potilaan väsyvän! (Monisanaisuus). Puhuin alussa pot. kanssa yhtä aikaa. Puhuin liikaa, hiljaisia hetkiä lisää. Käytin sanoja, ongelma, hahmottaa, tuottaa reagoida. Opettajana hän ehkä ymmärsi ne. Sanat ovat meidän ammattikunnassa "muotia". Ne voivat olla outoja tosille. En vastannut yhteen kysymykseen suoraan, (imurointi) kyllä ei selkeämpi, kompastuin monisanaisuuteeni ja unohdin alku kysymyksen. Asia jää kesken: Esim. olisin voinut laskea kävelymäärän päivässä, joita potilas oli tehnyt (osastolla) arvio kotikävelyn määrään. Kykyä antaa liikuntaneuvontaa, niin ettei liikuntaa harrastamaton kantaisi huonoa omaatuntoa ohjauksen jälkeen.

Vahvistamista lisää: En vahvistanut niitä harrastuksia, joita potilas oli tehnyt: lukeminenkin rentouttaa!!! kuntopyörän mainitsin, aika kevyesti sivusin sen.

Loppuyhteenvedo jäi tekemättä. Potilas ei olisi jaksanut ehkä enää.

Potilas tuotti itse vähiten seuraavissa kohdissa. Liikunnan vaikutus rentoutumiseen (ulkolenkillä luonto-ystävät) ulkotyöt kotona, liikunnalliset harrastukset = on siis sisäihminen, ei liikunnallinen, lukeva, pohtiva ja myöh. kuulin että jopa stressaantunut ystävien huolista.

Yrityksistäni huolimatta itselleni jäi sellainen maku, että potilas koki itsensä "huonoksi" kun ei ollut liikkunut aiemmin (toivottavasti näin ei jää olemaan!)

Huonoin mahdollinen keino aktivoida ihmistä liikkumaan on latistaa hänet ensin.

Kaikki hoitajan esittämät vuorovaikutustaidot sekä kehittämishaasteet löytyivät neuvontakeskustelusta. Havaitsin saman potilaan vaivautuneisuuden keskustelun aikana kuin hoitajakin (ote 3). Aloitus oli samanlainen kuin ensimmäisessä neuvonnassa, mutta hoitaja ei reagoinut kuulemaansa potilaan huoleen, liian aikaisesta kotiuttamisesta, vaan jatkoi keskustelua ripeästi liikuntaneuvonnalla (ote 1, rivit 12 - 13). Potilas ei ollut halukas lähtemään kotiin eikä harrastanut liikuntaa. Hoitajan tekemä ehdotus kävelymatkan laskemisesta sairaalassa olisi voinut muuttaa keskustelua siihen suuntaan, että potilasta olisi valmistettu neuvontaan, jossa käsitellään kotona ulkoilua.

Potilas ja hoitaja tapasivat tässä neuvonnassa ensimmäisen kerran toisensa ja saattoi olla, että he vasta tutustuivat toisiinsa. Hoitaja oli itsearviointinsa oivaltanut, miten neuvontaa olisi voinut muuttaa enemmän potilaan tämän hetkisiä ajatuksia, huolia vastaavaksi. Hoitajan mielestä potilas väsyi neuvonnan aikana. Oman haastatteluri aikana, jonka suoritin välittömästi videonnin jälkeen, potilas oli pirteä ja halusi itse aktiivisesti kertoa stressistään.

Oletko löytänyt jotain uutta, hyvää neuvontatilanteestasi ensimmäiseen nauhoitukseen verrattuna?

Oletko kehittänyt loivomissasi asioissa?

Olen selvästi kriittisempi työtäni kohtaan, jopa lievästi petyin itseeni, kun monisanaisuus ei vähene. Tiedän että tämä n. ½ v. on siihen liian lyhyt aika. -> motivaatio kehittymiseen on hönönnut.

Ohjaustilanteessa tarkastelin enemmän potilaan reaktioita. Itse en vain osannut ottaa tarpeeksi ohjauksessa niitä huomioon.

Tarkkailen enemmän sanoja, joita käytän (ulkolaiset termit ja jopa suomalaisiakin) Ensimmäisessä videoinnissa oli useita kohtia, joissa lupasin jotain ja seuraavassa sivulauseessa (Mutta kunhan et jne). vedin takaisin lupauksia tai rajasin. Nyt vältin niitä.

Tarkkailen myös omia reaktioitani, tunteitani ohjauksen aikana ja jälkeenkin.

Hoitajan arvioi itsearviointitaitojensa kehittyneen tämän tutkimusprojektin aikana. Itsearviointinäkemysten vertaaminen toisen neuvonnan suorituksiin paljastivat myös hoitajan itsensä mainitseman asian: teoriassa kehittämishaasteet tiedetään mutta niitä ei saada vielä elämään työssä.

Tutkimukseen osallistuminen oli tuottanut hoitajalle ristiriitaisia tuntemuksia, pursuavaa intoa ja jännitystä. Hoitaja oli itseohjautuvainen, vastuullinen oppija. Oma kehittyminen tarvitsi aikaa ja kypsytelyä.

Yleistä

Tutkimukseen osallistuminen on ollut "kunnia-asia". Olen saanut tilaisuuden itsensä kehittämiskoulutukseen "ilmaiseksi". Näin oppii tehokkaammin kuin luentoja/kirjoja lukien.

Aluksi pursuin intoa, sitten jännitti, tunsin olevani kykenemätön ja sitten huomasin olevani "minä itse", "tässä ja nyt", omilla resursseillani, joita ehkä joskus saan lisää.

Tutkijan tukea sain tarpeeksi, sopivasti. Ammattitaidon kehittäminenhän jää jokaiselle tutkittavalle itselleen.

Projektin toivoisin jatkuvan esim. ½ v: tai 1 v. jälkeen. Jonkinlainen jälkiseuranta voisi osoittaa, mitä meissä tapahtuu pidemmällä aikavälillä. Se voisi olla tämän tutkimuksen jatke siis sinällään uusi projekti.

Turhaa ei löytynyt. Loppuyhteenveto ja projektin kehittymisen ja vastaantulleita ongelmiakin olis mukava kuulla.

Videoiden analysointi keinotkin kiinnostavat.

PS. Videon itsearvioinnin tein heti (n. 1 vk). kuvauksen jälkeen, mutta tämän sivun tuotos jäi kiireessäni 3.10. asti, joten siihen osaan koulutukseni vaikutti. Ainakin tutkielman tekotapa kunnostaa nyt enemmän kuin jos en olisi erkoistumassa.

t. Paula

Tarkastelu

Yhdessäoppimista

Hoitajan neuvontatilanteissa tuli selkeästi esille terveysneuvonnan muotojen ja vuorovaikutusrakenteiden vaihtelut ja prosessinomaisuus keskustelujen aikana. Molemmat neuvonnat etenivät elämän arjessa, puhuttiin mitä konkreettista potilaat olivat tehneet sairaalassa, mutta ennen kaikkea pohdittiin yhdessä, miten potilaat selviäisivät kotona. Tehokas terveyttä edistävä neuvonta edellyttää laaja-alaista tuntemusta ohjausta saavan ihmisen elintilanteesta (mm. Tones ym. 1990, Green & Kreuter 1991, Nupponen 1991, Häggman-Laitila 1994). Ensimmäisessä neuvonnassa vallitsi Julkusen (1992) esittämä kommunikatiivinen tasavertaisuus osapuolten erilaisista henkilökohtaisista ominaisuuksista, sosiaalisesta asemasta tai taustasta huolimatta. Potilas kertoi ja arvioi monisanaisesti toimintaansa ja tarvettaan muuttaa omaa käyttäytymistään, mutta hän kysyi myös neuvoa. Riskien välttäminen ja elämän nautinnoista mainitseminen kertoivat interventioiden puolustavasta ja ennaltaehkäisevästä luonteesta. Neuvonnat sisälsivät piirteitä, jotka ovat tyypillisiä riskiryhmien ohjannassa (vrt. Ingrosso 1993). Terveyttä kuvattiin keskusteluissa kipujen, lääkkeiden ja hyvinolon tuntemusten mukaan. Keskustelujen aikana pohdittiin sairauden etiologiaa ja jälkihoitoa.

Molemmissa neuvontatilanteissa asiantiedon jakamista. Keskusteluihin sisältyi Jarviksen (1992a) reflektiivisen oppimisen aineksia kuten mietiskelyä, kokemuksellista tietoa ja reflektiivisiä taitoja. Toimintaprosessi oli ensimmäisessä neuvonnassa pääasiassa yksilöstä lähtevää yhteisiä voimavaroja vapauttavaa sekä oppimaan oppimista ja keksimistä. Neuvonta oli yhteinen keksimisprojekti vastavuoroisessa viestintäverkossa (vrt. Ingrosso 1993). Konkreettisesti mukana olivat vain hoitaja ja potilas, mutta välillisesti myös sairauteen ja hoitamiseen liittyvät potilaan omaiset, työtoverit sekä muut häntä hoitaneet terveydenhuollon ammattilaiset. Juuri oppimaan oppiminen, kekseliäisyyden herättäminen, tekee tästä neuvonnasta jotain muuta kuin esimerkiksi Heikkisen (1988) esittämän emansipatorisen dialogin tai Tonesin ym. (1990) potilaslähtöisen neuvonnan. Tässä dialogissa ei neuvonnan alussa tiedetty eksaktisti neuvonnan päämäärää, vaan lähestyttiin Petersin (1965) kuvaamaa tiedon luomisprosessia. Molemmat osapuolet oppivat tällä yhteisellä matkalla.

Hoitajan ensimmäinen neuvonta vuorotteli asiantuntijan ja potilaan välisestä keskustelusta Ingrosson (1993, 19) esittämään vastavuoroista suhdetta kuvaavaan yhdessäoppimiseen. Vuorovaikutus rakentui pääasiassa yhteiselle keskustelulle, jossa etsittiin yksilöllisiä, monimuotoisia ja vaihtoehtoisia toimintatapoja. Keskustelun vuorovaikutus oli luonnollista ja vapautunutta. Puheen kohdistamista juuri kuuntelijalle vahvistivat sinuttelumuo to ja katsekontakti. Suhteen molemmat osapuolet täydensivät toistensa lauseita ja ilmaisivat näin olevansa samalla tiedollisella tasolla ja kuuntelevansa toisiaan. Keskustelussa puhuttiin ajatusten katkelmilla siten, että toinen saattoi jatkaa sitä omalla vastauksellaan. Seikkulan (1994) mukaan tämä on ominaista dialogiselle keskustelulle. Lauseet ovat usein epätäydellisiä ja ne saattavat alkaa ajatuksen keskeltä ja loppua kesken, toisen jatkaessa siitä mihin edellinen puhuja jäi. Näin vastuu merkitysten synnyttämisestä rakentuu puhujien välille. Tämä edellyttää aktiivista kuunte-

lemista, tarkkaavaista toisen vihjeet huomioivaa ja tarkoituksenmukaista reagoitua. Se on yhteispeliä, kuuntelija on koko olemuksellaan mukana vuorovaikutustilanteessa. Kuuntelu, hiljaisuus antaa mahdollisuuden selkiyttää ajattelua, yhdistää ajatuksia sekä alustavasti päättää, mitä pitäisi tehdä. (vrt. Gordon 1979, 51, 61, Sundeen ym. 1985, Ingrosso 1993).

Neuvontatilanteessa esiintyneet kooperatiiviset ja esteettiset sekä nonverbaaliset viestit tukivat puhetta. Keskustelijat kannustivat vuorovaikutusta naurahduksilla, hymyllä ja päällepuhumisella. Nämä viestinnän muodot voidaan tulkita myös vallan ilmiöiksi. Tässä neuvonnassa käytetyt viestit olivat äänessäolijoille mieleen jopa heidän esiin nostamiaan. Minimipalautteet osoittivat sekä kuuntelemista että kiinnostusta keskustelukumppaniin (vrt. Hakulinen 1991). Viestintäsuhde oli vastavuoroinen prosessi, joka kehittyi keskustelijoiden viestien ja niiden tulkintojen mukaan (vrt. Roter 1989, Cronen ym. 1989/90, Ingrosso 1993).

Luottamusta keskustelukumppaniin kuvastivat niin hoitajan kuin potilaan avoimet ilmaisut epävarmuudesta ja tietämättömyydestä. Molempien puheilmaisuissa näkyi epävarmuus pitkinä johdattelevina lauseina ja jatkokysymyksinä. Peräkylän (1994, 28) mukaan neuvojat käyttävät tällaista strategiaa lähestyessään arkaluontoisia tai vakavasti otettavia asioita. Tässä neuvonnassa myös potilas toimi samalla tekniikalla. Silverman, Peräkylä ja Bor (1992) ovat havainneet samanlaista aristelua seksuaalisuuteen liittyvissä kysymyksissä, samoin Weijs (1993), jonka tutkimuksissa myös potilaan ahdistukseen pahanlaatuisista kasvaimista lääkärit vastasivat vältellen tai kiertäen kysymyksen. Toinen tulkinta johdattelevalle puheelle voisi olla, että viestintäohjaaja varmistaa yhteistä viitekehystä, jotta vastaanottaja ymmärtää lähetetyn viestin merkityksen ja tarkoituksen (vrt. Leiwo ym. 1987a, b).

Toinen neuvontatilanne alkoi samalla tavalla kuin ensimmäinen, tunnustelevasti hoitajan rohkaistessa potilasta kertomaan kokemuksistaan ja tuntemuksistaan. Yleisolemukseltaan neuvonta oli rauhallinen. Hoitajalla ja potilaalla oli katsekontakti, he hymyilivät ja naurahtelivat neuvonnan aikana. Molemmat käyttivät varovasti käsiään tukemassa puheilmaisuutta. Potilas nojasi taaksepäin tuolin selkänojaan. Hän oli alussa innokas ilmaisemaan omia näkemyksiään asioista. Keskustelun siirtyessä kotitöitä ja liikunnan harrastamista kontrolloiviin kysymyksiin, potilaan vastaukset muuttuivat lyhyiksi ja itseä vähätteleviksi. Tommin (1988) mukaan runsaat kysymykset voidaan kokea myös testaukseksi, rangaistukseksi, intiimeille alueille tunkeutumiseksi jopa uhkaksi. Potilas vastaili kuitenkin hoitajan kysymyksiin hymyillen ja katsekontaktin säilyttäen. Kysymykset voidaan tulkita myös Sundeenin ym. (1985) esittämiksi tarkennuskysymyksiksi, joilla hoitaja pyrki edistämään potilaan ymmärrystä ja asioiden omakohtaista pohdintaa (vrt. Tomm 1988). Hoitaja tiedosti vähitellen mitä neuvonnassa oli tapahtumassa ja yritti kannustavilla ja potilaan huomioivilla kysymyksillä muuttaa keskustelun luonnetta vastavuoroiseksi rupatteluksi. Tutkijoiden mielestä haastattelumuodon käyttäminen mahdollistaa potilaan omien näkemysten käsittelyn neuvonnassa (Tomm 1988, Tones ym. 1990, Silverman ym. 1992). Edellisistä kommentteista huolimatta neuvontatilanne oli yleisolemukseltaan hoitajan säätelämä (vrt. Heikkinen 1988, Tones ym. 1990, Ingrosso 1993), mutta keskustelu sisälsi myös yhdessäoppimisen muotoja. Keskustelussa etsittiin yksilöllisyyttä ja vastavuoroisuutta.

Hoitajan kysymykset olivat rakenteeltaan samantyyppisiä kuin ensimmäisessä neuvonnassa, mutta potilas ei arvioinut toimintaansa. Hoitaja ja potilas kohtasivat toisensa ensimmäistä kertaa tässä neuvontatilanteessa, joten oliko tämä vielä tunnustelua yhteiselle keskustelulle tai viestintäarkuutta molemminpuolin. Potilas ei halunnut liian aikaista kotiuttamista eikä ollut kiinnostunut kotitöistä. Omassa haastattelussani en kysynyt potilaan kotiasioista, mutta hänen ilmaisunsa tuttavien vähäisistä vierailuista voisi kertoa kotiolojen problemaattisuudesta, joten potilaan haluttomuus reflektoida kotiin liittyviä asioita tuntuu ymmärrettävältä. Mieltä painavat asiat olisi pitänyt ensin käsitellä, jotta oman toiminnan arviointi olisi käynnistynyt (Tomm 1987b, 1988). Toisaalta potilaan nonverbaalinen viestintä, katsekontakti ja hymy huulilla, kertoivat viestintähallukkuudesta, vaikka hoitaja viittasi hänelle epämiellyttäviin asioihin.

Potilaan vihjeet mieltä painavista asioista olivat "piileviä/äänettämiä". Äänetön tieto on osa eksperttiasiantuntijan taitoja, jotka opitaan käytännön töissä eikä niiden omaksumiseen riitä ohjeiden mieleenpainaminen vaan tieto kehittyä omakohtaisen käytännöllisen kokemuksen kautta. (Schön 1987, Ropo 1991, Varila 1992, Kivinen 1994.) Hoitajan kehittymishaasteena näyttäisi olevan vielä piilevän tiedon lukutaito. Toisaalta tutkimuksissa on myös osoitettu, että hoitohenkilöstö kokee vaikeiksi keskusteluteemoiksi asiakkaiden tunteiden sekä elämäntapoihin vaikuttavien sosiaalisten suhteiden ja ympäristötekijöiden selvittämisen (Laitakari ym. 1989, Maquire ym. 1989). Ehkä potilas oli jännittänyt videointia, sillä haastattelussani videoinnin jälkeen hän oli vapautunut ja kertoi mielestäni arkaluontoisistakin asioista kuten stressistään ja ajatuksestaan mielenterveystoimistoon menosta. Minulle jäi kuuntelijan rooli. Haastattelussani en pahemmin "udellut" liikunnanharrastamista, mutta kysyin, miten hän oli hoitanut omaa terveyttään. Hän mainitsi, ettei äidinkielen opettajan ammatistaan huolimatta ollut halukas menemään videokameran eteen työssään. Keskustelussamme potilas kertoi unohaneensa videokameran.

Hoitajan itsearviointitaidot ja ammatillinen orientaatio

Hoitajan suulliset ja kirjalliset vuorovaikutustaitojen arvioinnit olivat laajoja ja hän suhteutti esittämiään taitoja toisiinsa. Mainintoja nonverbaalisesta viestinnästä oli vähän. Omat vuorovaikutustaidot eivät tulleet esille suoraan esitetyn suullisen kysymyksen kohdalla, vaan ne nousivat esille kehittämistarvestavastauksissa tai toiminnan tavoitteellisuutta kysyttäessä. Hoitajan taitojen arvioinneissa näkyi myös neuvontatilanteiden problemaattisuus ja erilaisten toimintastrategioiden valintamahdollisuudet. Jo ensimmäisen neuvonnan jälkeisessä arviointikeskustelussa hoitaja kertoi osin Sundeenin ym. (1985) esittämiä näkemyksiä vuorovaikutustaidoista ja niiden kehittämistarpeista. Hoitaja oli omien mainintojensa mukaan hyödyntänyt kirjallista koulutusmateriaalia arviointeja tehdessään, mitä todistavat myös hoitajan palautteiden sisällöt. Osastokoulutuksessa esitetyt mielipiteet omista sekä osaston toimintaperiaatteista täydensivät hoitajan ammatillista näkemystä.

Hoitajan molemmista neuvontasuorituksistaan esittämät vuorovaikutustaitojensa ja niiden kehittämistarpeiden arvioinnit sisälsivät kognitiivisia ja affektiivisia ominaisuuksia. Hoitaja oli tietoinen tekemistään havainnoista, niiden

merkityksistä sekä käyttäytymisestään. Affektiivinen, erotteleva ja arvioiva reflektio näkyi potilaan ja omien tuntemusten esille nostamisena sekä miellyttävissä että epävarmuutta herättäneissä neuvontatilanteissa. Hän oli omissa arvioinneissaan huomionnut oman toimintansa merkitykset potilaan arvoille, ihanteille, tunteille ja moraalisisille päätöksille. (vrt. Mezirow 1981.)

Hoitaja toivoi myös kontrollikäyntejä potilaille, jotta oman neuvonnan tehokkuutta ja vaikuttavuutta voisi arvioida ja samalla kehittää omaa toimintaa. Reflektiivinen ote hoitajan kommenteissa näkyi erityisesti kehittävän arvioinnin ja omien arvostusten yhteen kytkemisessä (vrt. Patton 1990, Leino-Kilpi 1991a). Hoitaja pohti tutkimusprojektin aineistossa olevien sekä potilaan kanssa keskusteluissa käyttämiensä käsitteiden ymmärrettävyyttä. Psykkisen reflektion piirteet ilmenivät neuvonnan toteutustapojen arvioinneissa, kuten miettimisajan antamisena niin itselle kuin potilaalle. Hoitaja tiedosti, ettei kyennyt siirtämään teoreettisesti hallitsemiansa tietoja käytännön toimintaan. Hän ei ollut vielä saavuttanut Mezirowin teoreettisen reflektion tasoa. Tutkimusprojekti oli herättänyt hänet ajattelemaan omaa työskentelyään uudella tavalla.

Hoitajan neuvontakäytännön paradigma Zeichnerin (1983) luokitusta mukaellen oli tutkimusorientoitunut sekä persoonallista kasvua tukeva. Hoitaja näki neuvontatilanteet haasteellisina ja problemaattisina. Yleiset osaston ohjauskäytännöt väijyivät hänen mielessään, mutta hän osasi ja salli tarvittaessa neuvonnan yksilölliset toteutustavat. Hänen voidaan sanoa työskennelleen ensimmäisessä neuvonnassa Picklen (1985, 58) mukaan korkealla ammatillisella pätevyydellä. Ammatillista toimintaa ohjasivat filosofiset ja tieteelliset perusteet. Persoonallisella ulottuvuudella hän oli valmis kehittämään ammattitaitoaan ja huomioi kanssaihmiset. Prosessiulottuvuudella hänen työskentelynsä oli sekä konkreettista että ajoittain myös abstraktia ja kriittistä toimintaa. Toisessa neuvonnassa hoitajan korkea ammatillinen pätevyys ei konkretisoitunut toimintaan, mutta hän kykeni hyvin arvioimaan vuorovaikutuksen ominaisuuksia.

Ensimmäisen neuvonnan aikana ilmeni, että potilas suhtautui ohjaustilanteeseen joustavasti ja problemaattisesti sekä osallistui aktiivisesti keskustelun rakentamiseen. Myös potilas voi olla aktiivinen, tutkiva itsensä terveyskasvattaja ja siihen heillä olisi oltava mahdollisuus.

5.2.2 Tapaus kolme: Yhteisellä kokemuksella irti rutiineista

Hoitajan ensimmäisessä potilaskontaktissa näkyvät yleisimmät piirteet tutkimusaineistossa esiintyneestä terveysneuvonnasta. Toiminta on asiantuntijan "tietotankkausta" organisaation antamien ohjeiden mukaan. Toinen tapauksen valintaperusta oli osastokoulutuksen ilmapiiri ja hoitajan työn ammattiparadigma. Tutkimukseen osallistuneet hoitajat innostuivat kertomaan omista työkokemuksistaan ja kuinka he olivat jo itse ennen tutkimusprojektiä järjestäneet niin sanotun työtoverityönohjauksen. Koulutustilaisuudessa keskustelu oli vapaata. Hoitajat uskalsivat arvioida omia videonauhojaan hyvin avoimesti, mutta niiden katselu jäi kuitenkin pienen arastelun vuoksi tekemättä. Kolmas valintaperusta tapaukselle oli keskustelun muutos toisessa neuvontatilaisuudessa, kun potilas ja hoitaja alkoivat puhua yhteisestä kokemuksesta, synnytyksestä.

Ensimmäisen neuvonnan sisältö

Kolmekymmentäkolmevuotias hammashoitaja oli synnyttänyt toisen lapsensa. Videoitaessa äiti oli makuuasennossa, koska synnytys oli tapahtunut edellisenä päivänä. Äidin ensimmäinen lapsi oli kaksivuotias. Potilas ja hoitaja olivat tavanneet toisensa ohimennen käytävällä. Synnytyksessä hoitaja ei ollut mukana. Neuvontatilanne kesti noin 34 minuuttia. Kuvaavaa tälle keskustelulle olivat hoitajan pitkät puheenvuorot. Kysymykset eivät ohjanneet tätä keskustelua, hoitaja teki 13 ja potilas neljä kysymystä.

Keskustelun alussa hoitaja kertoi etunimensä ja kysyi saako potilasta sinutella. Keskustelu käytiin sinutellen. Hoitaja kertasi lyhyesti, miten äidin edellinen synnytys oli sujunut. Hän ei ollut tarkistanut papereista etukäteen syntyneen lapsen sukupuolta. Äiti kertoi, että lapsi oli tyttö. Hoitaja selvitti neuvonnan tarkoituksen: *Hoitoneuvontapaketti*. Tämän jälkeen keskustelu eteni tämän tietyn paketin mukaan. Kerrattiin äidin osastolle tulo ja milloin synnytys oli alkanut ja miten edistynyt. Hoitaja mainitsi, että synnytyksessä mukana olleelta kätilöltä voisi tiedustella synnytyksestä tarkemmin. Äiti kysyi synnytyksessä ilmenneestä verenvuodosta ja tipanlaitosta. Hoitaja totesi, että vuotoa oli ollut vähän runsaanlaisesti ja siksi tipanlaitossa oli ollut hieman kiire. Tämä ihmetytti äitiä. Hoitaja kertoi, että useimmiten äidit haluaisivat olla ihan rauhassa synnytyksen jälkeen. Seuraavaksi keskusteltiin lapsen saamista pisteistä ja voinnista heti syntymän jälkeen sekä mitä rokotuksia lapselle annettiin ja tullaan antamaan. Äiti tarkisti syntymätodistustiedot. Tämä jälkeen hoitaja selvitti erilaisia hoito-ohjelappusia: Imetä ilolla, Tietoa rintasyövästä, Voimisteluohjeet synnyttäneille äideille, Ohjeita vierihoidon, Kotihoito-ohjeet synnytyksen jälkeen, Sylihoidosta hyvään kasvuun. Hoitaja kehotti äitiä myös katselemaan erilaisia videoita päiväsalissa. Neuvonnan päätteeksi hoitaja esitti toivomuksen, että äiti vointinsa mukaan osallistuisi fysioopteriaosastolla voimisteluun. Äiti kertoi kysyvänsä asioita myöhemmin, silloin kun ne tulisivat mieleen. Keskustelijat kiittelivät toisiaan.

Terveysneuvonnallinen keskustelu

Neuvonnan alussa hoitaja esitteli itsensä, mutta ei kysynyt äidin nimeä. Äiti korjasi lapsen sukupuolen oikeaksi. Hoitaja kertoi neuvonnan tarkoituksen. "Hoitoneuvontapaketti" eteni lippusten ja lappusten mukaan, jota ilmaisua hoitaja käytti (ote 1, rivi 11). Hän esitti myös toivomuksen, että äiti voisi ohjailla keskustelua tarpeidensa mukaan. Ensikatseiden jälkeen hoitaja ja potilas silmäilivät hoitajan kädessä olevia papereita (ote 1).

Ote 1.

- 1 H: *No niin - mä oon Pirkko ja mä tykkään, että mua saa sinutella.[ka+]*
- 2 P: *No niin.[ka+]*
- 3 H: *Ja tota - mites sua; saako sinutella vai täytyykö teititellä?*
- 4 P: *Saa sinutella, joo.*
- 5 H: *Joo, sinutellaan sitten. Sää oot synnyttänyt eilen, normaalisti alakautta ja sulla*
- 6 *on yks laps aikaisemmin. Vuonna -90 oot synnyttänyt pojan ja nyt tuli sitten toinen poika.*

- 7 P: Tyttö.[ka+]
 8 H: Ai nyt tuli tyttö, no niin olikin. Nyt on kumpaakin laatua sitten.
 9 P: Nyt on molempia.
 10 H: Olipas se mukavasti sitten. Ja tota - eilen oli synnytys ja nyt, nyt on tarkoitus antaa
 11 semmoinen - se on meillä täällä semmoisella nimellä, kun "Hoitoneuvontapaketti". Eli
 12 siihen hoitoneuvontaan kuuluu tiettyjä asioita; tässä on mulla lippusia ja lappusia ja
 13 mennään ne lappu kerrallaan läpi. Ja mistä haluat lisää tietoo, niin kaikin mokomin
 14 niin - niin sano mulle, niin mää voin yrittää kertoo siitä enemmän [vi+]
 15 ja taas mikä on ihan tuttua asiaa, niin siitä tosiaan ei tarte turhaa sitten puhua.

Hoitaja tiedusteli äidin synnytyskokemuksia. Äidin mielestä tämä synnytys oli ollut erilainen kuin ensimmäinen. Synnytyskokemuksista kertova osuus neuvonnasta olisi voinut rakentua toisiaan täydentäväksi vuoropuheluksi, mutta hoitajan kiireinen puhe häiritsi keskustelua (ote 2).

Ote 2.

- 1 P: No ei oikeestaan. Se oli niin toisenlainen nyt tällä toisella kerralla, kun
 2 silloin ensimmäisellä kerralla, että - mutta tuota - ett se oli sillai niinkun
 3 mulle yllätys.[ka+]
 4 H: Kokemuksena?[ka+]
 5 P: Niin kokemuksena niinkun ihan toisenlainen, mutta olikohan siinä sitten, että
 6 se käynnistettiin sillai, että kun ei ollu mitään supistuksia.

Neuvonta muuttui ohjelippusten nopeaksi läpiluvuksi äidille tutuista asioista, jota kuvastivat äidin joo-kommentit (ote 3, rivi 4). Äidin imetykskokemukset hoitaja hyödynsi muuttamalla neuvonnan sisältöä siten, ettei puhunut äidin jo tietämistä asioista. Hoitaja kertoi monisanaisesti sylihoidon eduista, jotka olivat äidille uutta asiaa verrattuna edellisen lapsen syntymän aikoina saatuun tietoon. Äidin vastaukset muuttuivat hieman ja hän ilmoitti tutkivansa asiaa vielä myöhemmin (ote 3, rivi 10).

Ote 3.

- 1 H: Se muuttuu vähitellen semmoiseksi vaaleaksi ja limamaiseks. Kuukautiset tulee
 2 joillakin viiden viikon kuluttua synnytyksestä ja toisilla vuoden päästä, että
 3 riippuu vähän kuinka tiheeseen imettää. Se on hyvin yksilöllistä.[ka+]
 4 P: Joo.
 ...
 5 H: Niin tää on tota; Ohjeita kotiohjeita, jos on kiinnostunu siitä sylihoidosta
 6 elikä sylissä vaihtaa vauvalle vaipat ja miten se kannetaan sylissä niinkun sillä
 7 tavalla, että vauva kehittyy motorisesti hyvin, jos tämmöisistä asioista on kiin-
 8 nostunu, niin - niin tässä olis siitä tietoo. Ja siitä on myös tuolla video. Ett
 9 sen voi kattoo.[ka+]
 10 P: Aha, joo.

Terveyttä keskustelussa määritettiin laboratoriotesteillä ja lääketieteellisillä toimenpiteillä: Ja hemoglobiini susta otettiin eilen, se oli 114 ja nyt oli tän päivän, niin 99.[ka+]. Terveyden subjektiivinen ulottuvuus nousi esille keskustelun loppuosassa, hoitaja totesi: Pitää vaan vähän hellii itseensä ja nautiskella-- [ka+/hymy].

Äidillä oli huoli synnytyksen aiheuttamasta verenvuodosta ja hän kertoi omat näkemyksensä kiireisen tohinan aiheuttamista tuntemuksista ja tipanlaiton epäonnistumisen syistä. Hoitaja kertoi tosiasiat tilanteesta, mutta jatkoi rauhoittelun keskustelua välillä lyhyesti vilkaisten äitiin.(ote 4).

Ote 4.

- 1 P: *Ei muuta - sen mua vaan, että olik siinä kiire jotenkin saada sitä tippaa, kun*
 2 *siinä tota ommeltiin vielä sitä - sitä haavaa ja tota - ja, ja sitten kuitenkin*
 3 *yritettiin samalla laittaa sitä tippaa. Mää aattelin että oliko joku kauhee kiire*
 4 *sitt laittaa.[ka+]*
 5 H: *Joo, varmasti oli, oli että kun tuli vuotoa reilummin, niin jossei se alkas tyrehtymään*
 6 *se vuoto, niin siinä olis kovakin kiire laittaa sitten korvausta ja - ja kohtua*
 7 *supistavaa. ... Ja onneks itestään rupes se kohtu supistumaan ja vuoto tyrehtymään.[vi+]*

Hoito-ohjelapussista Imetä ilolla, Tietoa rintasyövästä, Ohjeita vierihoitoon, Sylihoidosta hyvään kasvuun keskittyivät pääasiassa ennaltaehkäisyyn. Kotihoito-ohjeet synnytyksen jälkeen ja Voimisteluohjeet synnyttäneille äideille sisälsivät ohjeita, kuinka synnytyksestä kuntoudutaan ennalleen. Sellaisissa keskustelun kohdissa, joissa hoitaja satoi antamansa ohjeet äidin aikaisempiin kokemuksiin, hän aktivoitui. Äiti arvioi rintojen tarkkailunsa säännöllisyyttä ja kertoi vapautuneesti ensimmäisen synnytyksen jälkeen tulleesta kainalokyhmystä (ote 5, rivit 3 - 5, 9 - 10). Muutaman kerran hoitaja kiiruhti vastaamaan äidin puolesta (ote 5, rivit 5 - 7). Äidin positiivisia imetyskokemuksia hoitaja kannusti rohkaisevilla lausahduksilla (ote 5, rivi 15).

Ote 5.

- 1 H: *Miten sen kyhmyyn tunteen parhaiten ja se on oikein perusteellinen video.[ka+]*
 2 *Voidaan kattoo jos sulla joskus aikaa liikenee. Onks tää muuten sillai tuttu asia?*
 3 P: *On, on - mää oon tuota neuvolan puolelta jostain kyllä saanu sen, että kun vaan*
 4 *tosiaan tulis tavaks, että se olis säännöllistä. Kyllä tulee aina silloin tällöin*
 5 *tutkittua, (mutta tuota että*
 6 H: *Joo se tahtoo olla kaikilla)[...]*
 7 P: *Unohtuu kuitenkin[ka+]*
 8 H: *Ite kullakin tässä.[ka+/pä+]*
 9 P: *Mulle silloin viimeks synnytyksen jälkeen tuli kainaloon semmoinen kyhmy,*
 10 *josta mää menin heti lääkäriin ja se oli tämmöinen tulehtunut.[ka+]*
 11 H: *Maitorauhanen.[ka+]*
 ...
 12 H: *Sää oot yhen imettäny jo, onnistuko sulla silloin?[ka+]*
 13 P: *Se onnistu joo ihan hyvin. Ei ollu mitään hankaluuksia siinä suhteessa,*
 14 *että tota.[ka+]*
 15 H: *Sillon onnistuu varmasti nytkin.[ka+]*

Hoitajan kysyessä suostutellen ja liittäessä kysymykset tuttuihin ja aiemmin koettuihin synnytys-, imetys- sekä lapsen terveysasioihin äiti vastasi innokkaasti ja esitti kehotuksesta kysymyksen (ote 6, rivi 3). Äiti kertoi, että neuvonnan sisältö oli suurimmaksi osaksi tuttua asiaa.

Ote 6.

- 1 H: *Oiskos tässä nyt mistä sää haluaisit tietää lisää, lisää? Voisin kertoa sitten,*
- 2 *jos osaisin, niin vielä - vielä muutakin.[vi+] ... [...]*
- 3 P: *Saako kylvettä kun tuo napavarasi on vielä jäljellä, että?*
- 4 H: *Saa.*

Äidin neljäs kysymys napavarresta oli otteessa 4. Ensimmäinen äidin kysymys oli keskustelun alussa (ote 1). ja käsitteli tipanlaiton kiireellisyyttä. Toinen kysymys liittyi rokotuksiin. Äiti ei ymmärtänyt hoitajan esittämää vieraskielistä sanaa (ote 7). Kolmas äidin kysymys käsitteli rintasyöpävideon sijaintia (ote 7, rivi 4).

Ote 7.

- 1 P: *Mitäs tää Konaktion on ollu? [kädellä osoittaa paperia]*
- 2 H: *Konaktion on k-vitamiinia, mitä kaikki vastasyntyneet saa piikin lihakseen. ...[ka+]*
- ...
- 3 H: *Ne on siellä ihan vapaasti (lainattavissa)?[ka+/pä+]*
- 4 P: *On, tossa missä?[ka+]*
- 5 H: *Päiväsalissa niin television alla on semmoinen laatikko, vetolaatikko sieltä*
- 6 *vapaasti saa ottaa mitä vaan.[ka+]*

Neuvonta päättyi, kun ohjelappuset loppuivat. Hoitaja kiitti äitiä jaksamisesta ja tarjosi vielä äidille mahdollisuuden esittää kysymyksiä (ote 8).

Ote 8.

- 1 H: *Mulla ei oo sitten muuta, jossei sulla oo. Kiitoksia sulle kovasti,*
- 2 *että jaksoit - jaksoit tän jutun.[ka+]*
- 3 P: *Ei nyt tuu vielä kysymyksiä, täytyy sitten jälkikäteen kysyä. Kiitos.*

Potilaan haastattelu

Haastattelun alussa äiti kertoi olonsa hyväksi ja puhui omasta ja lastensa terveydestä. Terveys oli niin kauan itsestään selvää kunnes sen menettää. Neuvontatilanne oli äidille aiemmasta synnytyksestä tuttu. Sylihoito oli uusi häntä kiinnostava asia. Äiti kertoi jo ensimmäisen raskauden aikana saaneensa tiedot etukäteen muualta kuin neuvolasta. Hän kevensi puhettaan arvellen, ettei kaikilla ole samanlainen tilanne: *Ja sitä sillai tuli luettua kyllä muutenkin, en mä tiiä sitten, onks kaikki ensimmäistä lastaan odottavat samanlaisia, että halusin itekin sitä tietoo.* Äidin mielestä neuvontatilanne oli tarpeellinen ja erityisesti hän kiitteli kahdenkeskistä tilannetta, jossa saattoi rauhassa kysyä asioita. Hän kehui hoitajaa luottamusta herättäväksi ja hänen kanssaan uskalsi puhua asioista. Hän esitti myös toivomuksia, miten hoitoa tulisi parantaa. Äiti toivoi, että mahdollisista aiemmin sovituista muutoksista tiedotettaisiin äidille. Hän pohti omaa osuuttaan tilanteeseen ja totesi, että myös itse voisi olla aktiivinen. Väsyneenä hän kaipaasi

kuitenkin pientä huomion osoitusta: Mää olisin olettanu, että mää olisin saanu siitä viestin,--. *Semmoiset pienet asiat joskus ärsyttää. --.*

Hoitajan haastattelu

Hoitaja oli tyytyväinen neuvontasuoritukseensa, joka oli tyypillinen tilanne osastolla. Hän tiedosti, että äidillä oli jo tietoa asioista. Mielenkiintoinen oli hänen kommenttinsa: *ettei tarvinnut turhaan puhua*. Myöhemmin hän mainitsi, että asiat oli kerrattava. Vuorovaikutustaitojaan hoitaja arvioi vähän, mutta piti itseään ystävällisenä ja rauhallisena. Neuvontatilanteen tavoitteeksi hoitaja oli asettanut äidin tarpeet, ettei hän puhuisi koko kotihoito-ohjepaketia läpi. Hoitaja tiedosti myös äidin kiinnostuneen sylihoito-ohjeista.

Vuorovaikutustaitojensa kehittämishaasteiksi hän oli tunnistanut jo ennen videointitilaisuutta nopean puheen. Hänellä oli vaikeuksia sisällyttää puheeseensa taukoja sekä kuunnella ja huomioida asiakkaansa tarpeita: *mää en jätä ehkä tarpeeks pitkiä taukoja siihen, että – että tulis ne asiakkaan tarpeet*. Nonverbaalisen viestinnän tulkintaa auttaisi, jos puhevirrassa olisi taukoja ja kuuntelisi potilasta.

Hoitaja kertoi, että oli jännittänyt sen verran kuvausta, ettei ollut nukkunut hyvin edellisenä yönä. Häntä oli kerran aikaisemmin videoitu.

Hoitajan kirjallinen arviointi ensimmäisestä videoidusta neuvontatilanteesta

Hoitajan suullinen arviointi välittömästi neuvontatilanteen jälkeen täydentyi hänen kirjallisessa vuorovaikutustaitojensa arvioinnissa. Hoitaja oli tutustunut saamaansa kirjalliseen koulutusmateriaaliin ja katsonut videon kolme kertaa ennen kirjallisen arvioinnin laatimista.

Hyvää omassa neuvontatilanteessa

- Asiakas tuntui kiinnostuneelta ja jaksoi kuunnella ja myös kysellä jotain
- kahlattiin paljon asioita läpi, koska vaikka olisi ammattialamme ihminenkin, niin asiakas haluaa yleensä olla potilas synnyttäessään, eikä ammatti-ihminen (ei välttämättä tiedä juuri näistä asioista ja jos niin kuitenkin oletetaan ei kehtaa aina kysyä), siis paras käydä jotenkin läpi kaikki oleellinen
- puhuin mielestäni asiakkaan kielellä, hän ymmärsi, näin oletin
- ei ulkoisia häiriötekijöitä (jos kuvausta ei lasketa sellaiseksi)

Hoitajan näkemys äidin kuuntelemisesta näkyi videolla siten, että äiti tutki yhdessä hoitajan kanssa katseellaan ohjelappusia (ote 1). Äiti kommentoi puhetta vähän, mutta hoitajan esittämät kysymykset aiemmista kokemuksista virittivät äidin puhumaan (ote 2). Äiti itse totesi, ettei hoitajan antamassa neuvonnassa ollut muuta uutta kuin sylihoito. Hoitaja käytti kolme kertaa latinankielisiä sanoja. Konaktion merkityksen äiti tarkisti (ote 7). Mutta eväselväksi jäi tiesikö äiti partogrammin ja episiotomian merkityksen. Äiti ja potilas saivat olla rauhassa potilashuoneessa kuvauksen ajan.

Hoitajan esittämiin vuorovaikutustaitojen kehittämishaasteisiin oli tutkijan helppo yhtyä. Äidin vastaukset olivat lyhyitä lukuun ottamatta omia kokemuksia käsittelevissä kysymyksissä (otteet 2, 4, 5). Äiti esitti runsaan puolen tunnin neuvonnassa vain neljä kysymystä. Hoitajan puhe oli nopeaa. Neuvonnan sisältö rakentui ohjelehtisten mukaisesti, hoitaja muutti neuvontaansa vähän äidin tarpeiden mukaan. Muutamissa kohdin keskustelua hoitaja tuki päännökyäksin puheilmaisuaan (ote 1).

Missä haluaisin kehittyä

-Asiakas pitäisi aktivoida kysymään enemmän, jos kysyttävää on, ellei ole asia on OK.

-Hitaammin voisi edetä (mutta toisaalta sitten ei aika riittäisi norm. tilanteessa) ja neuvojan (minun) persoonallisuus on vilkas

-pään "nyökyttelyä" voisi vähentää

Koulutus

Koulutustilaisuuteen osallistuivat tapaus kolmen hoitaja, tutkija ja kaksi muuta tutkimuksessa mukana ollutta hoitajaa. Mainitsin jo tapauksen valintaperusteissa, että tämä osastokoulutus oli tunnelmaltaan vapautunut. Hoitajat keskustelivat alkukankeudesta päästyään vapaasti omista aiemmista työkokemuksistaan sekä tutkimuksessa videoiduista neuvontatilanteista.

Hoitajan mielestä videon katselu ei tuntunut epämiellyttävältä. Katselukertojen määrä oli lisännyt oman itsensä hyväksymistä. Erilaiset asiakkaat kaipaavat myös erilaisia hoitajia. Omien kehittämishaasteiden etsiminen todettiin hieman vaikeaksi, mutta ulkopuolinen henkilö voisi auttaa asiassa. Hoitaja kantoi suurta vastuuta työstään ja mietti miltä tuntuisi, jos työssä sattuisi jotain epämiellyttävää. Hoitajat olivat oivaltaneet yhteistyön merkityksen työssään. He kaipasivat yksin ollessaan ammattitoveria, jolta voisi kysyä apua työssä ilmenneistä mieltä painavista asioista. Työvuoron vaihtumisen takia kesken jääneistä töistä hoitajat saattoivat soittaa työtovereilleen ja puhua huolistaan. Ulkopuolista työnohjaajaa hoitajat eivät halunneet.

Neuvonnan sisällöstä ja rakenteesta keskustelimme pitkään. Hoitajilla oli hyviä toiminnan kehittämisehdotuksia. Yhteinen keskusteluteemojen runko todettiin hyväksi, mutta sitä tulisi soveltaa joustavasti asiakkaiden tarpeisiin. Osastolle oli muodostunut tiettyjä rutiineja. Kävimme ruokakortista hilpeämielistä keskustelua, kuinka asetat kysymyksesi tummasta vai vaaleasta leivästä, kun äitiä juuri ponnistuttaa. Hoitajat kertoivat omia niksejään. Keskustelu aiheesta alkoi, koska eräs hoitaja oli saanut palautetta täyttämättömästä ruokakortista. Otin esille rintasyöpäohjeen jakamisen ajankohdan. Olen itse tehnyt liseniaattityöni rintasyöpään liittyvistä kysymyksistä ja pidän asiaa tärkeänä. Mieltäni askarrutti neuvonnan ajoitus juuri synnyttäneille naisille. Rintoja pystyisi palpoimaan luotettavasti vasta imetyksen loputtua, joten joillekin naisille asia olisi ajankohtainen vasta noin vuoden päästä. Oma ehdotukseni oli, että asiasta keskusteltaisiin lastenneuvolassa, silloin kun imetys loppuisi ja rintoja voisi konkreettisesti tutkia. Hoitajat jäivät miettimään asiaa. Eräs heistä totesi, että ohjauksen ajankohta oli väärä.

Osastolla oli tehty aiemmin tutkimusta annetusta hoitoneuvonnasta. Palautteet olivat olleet kiittäviä, mutta myös kritiikkiä oli esitetty. Neuvontaa oli pidetty tiiviinä tiedonjakona. Tämän osaston tutkimuksessa mukana olleita hoitajia huoletti selvästi määrättyjen rutiinien mukainen toiminta, mutta oma rohkeus ei vielä riittänyt laajemmin poikkeamaan annetuista ohjeista. Miellyttävä ja avoin keskusteluilmapiiri hoitajien kanssa kertoi suuresta halusta kehittää hoitoa potilaiden tarpeiden mukaiseksi.

Toisen neuvonnan sisältö

Hoitaja antoi synnytyksen jälkeistä hoitoneuvontaa 29-vuotiaalle kolmannen lapsen synnyttäneelle myyjä-äidille. Neuvonta kesti noin 26 minuuttia ja tapahtui synnytyshuoneessa, äiti istui keinutuolissa ja hoitaja kirjoituspöydän vieressä. Äiti oli synnyttänyt edellisenä päivänä yhdessä hoitajan kanssa. Hoitaja varmisti saisiko äitiä sinutella ja kertoi oman etuniemensä. Äiti oli saanut etukäteen luettavakseen hoitoneuvontaohjepaketin. Neuvonnan tarkoituksiksi hoitaja ilmoitti hoitoneuvontalappujen selvityksen. Hän pyysi äitiä kysymään epäselvissä kohdissa.

Laput alkoivat lapsen ensitiedoista. Äiti kysyi oliko lapsen väristä alennettu yksi piste pois. Hoitaja varmisti asian ja selvitti miten vasta syntynyt saa pisteitä yleensä. Kuulokokeen plussaksi muuttumisen äiti voisi tarkistaa lastenhoitajalta. Seuraavaksi keskusteltiin syntymätodistuksesta ja paikalliseen sanomalehteen tulevasta ilmoituksesta. Imetysasian äiti tiesi aiemmista kokemuksista. Rintasyöpäohjeen hoitaja mainitsi vain tietoisuiksi äidille, vier- ja sylihoito-ohjeilla jatkettiin. Äidillä oli jo ollut lapsi vierihoidossa edellisenä yönä ja päivällä. Hoitaja muistutti vierihoidohuoneiden vierailijarajoituksista. Hoitaja kertasi voimisteluohjeet synnyttäneille äideillä ja esitti toivomuksen voimisteluun osallistumisesta. Jäljellä oli vielä yksi lappu, kotihoidosta synnytyksen jälkeen. Hoitaja mainitsi lyhyesti ravinnon, puhtauden, jälkivuodon, levon ja imetyksen. Lapselle tulevat rokotukset ja luvan saanti niihin olivat seuraavat keskusteluteemat. Äiti palasi imetysasiaan ja miten ruoka-aineet vaikuttavat rintamaitoon. Erityisesti allergisuutta aiheuttavat ravintoaineet kiinnostivat äitiä.

Keskustelu siirtyi edellisenä päivänä tapahtuneen synnytyksen yksityiskoh- taiseen tarkasteluun. Hoitaja näytti synnytyskertomusta ja kertoi kuumeikäyrästä, supistuksista, veriryhmästä, raskauden kestosta, kohdun suun aukenemisnopeu- desta ja kalvojen puhkaisemisesta. Raskaus oli ollut yliaikainen ja se oli käynnis- tetty vaginatabletilla. Synnytys oli alkanut rauhallisesti seuraavana päivänä. Äiti oli tyytyväinen tähän synnytykseen ja vertasi sitä edelliseen epämiellyttävään ko- kemukseen. Hoitaja kertoi lapsen syntymäasennosta. Napanuora oli ollut lyhyt, mutta istukka oli irronnut normaalisti. Edellisessä synnytyksessä istukan irtoamisessa oli ollut vaikeuksia. Äitiä kiinnosti istukan koko ja normaalius. Lastenlääkärin kierrolla lapsella oli todettu lonkkavika. Äiti rohkeni kysyä hoitajalta tarkemmin lonkkavian yleisyydestä ja hoidosta. Hoitaja selosti lonkkavian synnyn syitä ja nykyistä tyynyhoitomenetelmää. Synnytys oli mennyt hyvin, mutta äiti olisi halunnut olla reippaampi. Hoitaja kehui äitiä ja sanoi, että oikea ponnistussuunta oli löytynyt nopeasti. Äiti kehui hoitajaa ja sairaalan

muuta henkilökuntaa sekä synnytystä varten järjestettyjä tiloja. Kotiin äiti halusi lähteä mahdollisimman pian. Hoitaja totesi, että lääkäri ratkaisisi asian. Äiti oli vielä kiinnostunut verikokeista ja rautalääkityksestä. Hoitaja varmisti vielä lapsen jälkitarkastusajan ja mainitsi, että äiti oli saanut terveen lapsen, lonkkavaiva oli vain pikkuinen vika. Päätteeksi todettiin, että keskustelua voitaisiin jatkaa tarvittaessa osastolla.

Terveysneuvonnallinen keskustelu

Keskustelun alussa sovittiin sinuttelusta ja hoitaja kertoi nopeasti neuvonnan tarkoituksen. Molempien katseet kohtasivat neuvonnan ensilauseiden aikana, mutta sen jälkeen muutamat lauseet jatkettiin papereita tutkien. Hoitaja selitti ensin pitkästi neuvonnan kulkua ja pyysi sitten äitiä selkeästi kysymään ja keskeyttämään tarvittaessa (ote 1, rivit 8 - 9, 11 - 12). Lappujen käsittely alkoi lapsen ensitietolomakkeesta. Äidillä oli kysyttävää lapselle annetuista pisteistä.

Ote 1.

- 1 H: *Myö ollaankin nähty aikaisemmin, kun mää hoijin sua synnytyksessä[ka+] ja sain*
- 2 *olla mukana siinä hyvässä synnytyksessä. Ja nyt ois tarkoitus niinkun jutelle*
- 3 *siihen synnytykseen liittyvistä asioista ja tota vauvan hoitoon ja sinun hoitoon*
- 4 *liittyvistä asioista ja näistä niin - niin tota. Mää aattelin sillä tavalla,*
- 5 *että - saako sua sinutella?[ka+/ke+/hymy]*
- 6 P: *Saa, joo - kyllä.[ka+]*
- 7 H: *Joo ja mää oon Pirkko. Että tota mää toin sulle aikaisemmin jo tätä materiaalia*
- 8 *jonkun verran, että sää voit tutustua, että kun tässä on niin hirveesti tätä asiaa.*
- 9 *... että mistä haluat saaha lisää tietoo, niin sano sitten vaan ja keskeytä.[ka+]*
- 10 P: *Joo.[ka+]*
- 11 H: *Tässä on ensin tää pikkuinen lappu, missä on vauvan painot ja pituudet ja pään-*
- 12 *ympärykset ja - onks siinä mitään sulle epäselvää?*
- 13 P: *No ei, noista pisteistä mää just aattelin, että - että olisk se tosta väristä tuli toi?*
- 14 H: *Joo, ensin annetaan minuutin iässä pisteet ja sitten 10 minuutin iässä. Ja*
- 15 *yhessä pistettä sai minuutin iässä ja silloin siners sen verran jalkapohjat, että siitä*
- 16 *se yks piste.*

Otteessa 2 (rivit 1 - 2). äiti esitti ensin kysymyksen ja jatkoi asian pohdintaa omilla ja muiden ilmaisemilla tiedoilla tai pyysi hoitajan arvioita asiasta (ote 2, rivit 7, 10). Äidin muut kahdeksan kysymystä liittyivät ravitsemukseen imetyksen aikana, lapsen syntymäasentoon ja lonkkavikaan, istukan painoon ja napanuoran pituuteen sekä omiin veriarvoihin.

Ote 2.

- 1 P: *Siitähän mää voisin kysyä sitten, että tota - vaikuttaaks mitkä ruoka-aineet*
- 2 *siihen imetykseen? Kun toiset sanoo, että ei sais juuva kahvia ja syyyvä suklaata*
- 3 *ja kuinka paljon ne pitää sitten paikkansa siinä, kun mää en silloin huomannu mitään*
- 4 *niinkun. Niin (kokeilemalla sillei).[ka+]*
- 5 H: *Mutta tietysti muuten) yrittää syyyvä terveellisesti, että - että eihän se liika*
- 6 *kahvinjuonti kellekään oo varmaan hyväks.[ka+]*

...

- 7 H: *Istukan paino oli 550 grammaa.*
 8 P: *Onks se normaalia isompi tai silleinsä?[ka+]*
 9 H: *Se on ihan normaalipainoinen.*
 ...
 P: *Oliks se käsi niinkun nyrkissä vai miten?[ka+käi?]*
 10 H: *Joo no nyrkissä se lähinnä oli. ...[ka+]*

Osaston käytännöt kahlitsivat hoitajan toimintaa, mutta hän osin huomioi äidin aiemmat tiedot ja suuntasi ohjauksensa sen mukaisesti. Hoitaja pyrki kytkemään kysymyksensä äidin kokemuksiin ja siten rohkaisemaan äitiä kysymysten tekoon (ote 3, rivi 1). Hän kannusti äitiä viittaamalla onnistuneisiin kokemuksiin. Hoitaja ei ollut selvittänyt tarkkaan äidin aiempia synnytyksiä. Hän rohkaisi äitiä etsimään oma-aloitteisesti tietoja osastolla olevasta videomateriaalista. Äidillä oli jo tietoa synnytyksen jälkeisestä kuntoutuksesta. Hän kertoi tietävänsä voimistelun merkityksen ja arvioi omaa toimintaansa (ote 3, rivit 6 - 7).

Ote 3.

- 1 H: *Sää oot yhen imettäny jo, (niin tota sää varmasti tiedät siitäkin.[ka+]*
 2 P: *Joo tai kaks.[ka+]*
 3 H: *Kaksikin oot, niin oot. Niin justiin - ja hyvin onnistu kummallakin kerralla.[ka+]*
 ...
 4 H: *Tiistaisin ja perjantaisin on se ohjattu jumppa tuolla fysiatrisella osastolla,*
 5 *että lastenhoitajat muistuttaa siitä sitten 10.30 alkaa siellä.[ka+]*
 6 P: *Just - mulla on oikeestaan vanhassa muistissa ne jumppaliikkeet.*
 7 *Kun tulis vaan tehtyä.[ka+/nauraa]*

Äidin puhe kertoi myös huolestumisesta. Lapsen lonkkavika oli vaivannut hänen mieltään. Äiti johdatteli muutamalla lauseella puhetta ennen kuin esitti kysymyksen lapsen lonkkaviasta ja epäilyksensä synnytyksessä tapahtuneesta vammautumisesta. Puheen aikana hoitaja tutki asiapapereita, eikä katsonut äitiin (ote 4, rivit 1 - 6). Äiti oli aktiivinen ja oli ottanut jo muilta äideiltä tarkemmin selvää lasten lonkkaviasta. Lonkkavian tyyntyhoito oli äidille uusi asia. Hoitaja rauhoitti äitiä useaan kertaan lonkkavian vähäisyydestä kertomalla vamman yleisyydestä, ja ettei se ole sairaus (ote 4, rivit 7, 10 - 11).

Ote 4.

- 1 P: *No tossa tietysti, kun lastenlääkäri kävi eilen ja tota - tutki ja sillein niinkun*
 2 *tuli mieleen tossa, että eihän tossa - ei varmaan huomannu, niin kun sillä on sem-*
 3 *moinen synnyynnäinen toi... ei lonkkavika vaan lonkka on irti niinkun toinen -*
 4 *että joutuis tyyntyä pitää. Niin eihän tossa synnytyksessä, ei siinä huomannu*
 5 *mitenkään sitä?[ka+]*
 6 H: *Ei.*
 ...
 7 P: *Joo, joo - mulle se oli ihan uutta sillei, että (tuota*
 8 H: *Joo) se on yleisin vaiva melkein, mitä noilla pienillä voi olla.[ka+]*
 9 P: *Joo, mää kuulin sitten noilta muilta äideiltä, ett se on tytöille niinkun semmoinen.[.../käi+]*
 ...
 10 H: *Muuten oli terve vauva - ja tuokaan ei oikeestaan mikään sairaus oo, että. Niin sillei*

11 *eikä tavallaan tommoinen.[ka+]*

Otteen 4 rivit 9 - 10 kertovat terveyteen kuuluvan pieniä vikoja. Äidin aiemmat kokemukset siirsivät kysymykset veriarvoihin, jotka olivat olleet alhaiset edellisen ja nykyisen raskauden aikana. Hän oli huolissaan terveydestä, jota hoidettiin lääkkeillä ja lääketieteellisillä toimenpiteillä (ote 5).

Ote 5.

- 1 P: *Mites muuten - otetaanks tääl, otetaanhan täällä verikokeet ja tämmöiset sitten*
 2 *vielä multa iteltäni?*
 3 H: *Joo ne tuliskin justiin huomenna. Huomenna tulis sitten pieni verenkuva. Eli siinä*
 4 *tulee ne hemoglobiinit ja.[ka+]*
 5 P: *Just - mua kiinnostaa, kun mulla on ollu silloin - se verensiirto. Että onko se -*
 6 *jouvunko mää vielä rautaa syömään.[ka+]*

Hoitaja käytti muutaman kerran vierasperäisiä sanoja, mutta osan äiti niistä ymmärsi ja kommentoi huumorilla (ote 6, rivi 2). Lapsen syntymäasennon kirjainlyhennelmät tuottivat jo äidille hieman vaikeuksia, mutta hoitajan selostaessa mitä ne tarkoittivat äiti kiinnostui asiasta.

Ote 6.

- 1 H: *Ja laitettiin sinne vauvan päähän se elektrodi.[ka+/käi+/hymy]*
 2 P: *Joo se antenni. [ka+/nauru]*
 ...
 3 H: *Ja sitten tuota RT on raivotarjonta, (että se takaraivo eellä tulee.[ka+/käi+)*
 4 P: *Niin, joo).[ka+]*

Hoitaja kiitti äitiä hyvästä synnytyksestä. Äiti itse olisi halunnut olla reippaampi. Yhteisestä kokemuksesta puhuminen rohkaisi äitiä kertomaan tämän synnytyksen tuntemuksista sekä vertaamaan niitä edellisiin synnytyksiin. Hän oli erittäin tyytyväinen hoitajan kanssa yhteisesti hoidettuun synnytykseen (ote 7).

Ote 7.

- 1 P: *Mää tunsin sen itekin kyllä sitt heti jälkeenpäin. Että siinä oli vähän, että*
 2 *ois voinu - olla reippaampi tai jotenkin sillei. Vai oliko niin jännittyny sitten,*
 3 *että se vähän.*
 4 H: *Ja kyllä mun mielestä oikein hyvin löysit. Että se oli minusta niin ihanteellinen*
 5 *synnytys, kun vaan voi olla, että oikein kiva oli olla mukana siinä.[ka+/käi+]*
 6 P: *Mää itekin ihmettelin, ett mää sillei osasin rauhallisesti - kun vertaa näitä*
 7 *muita, että se oli semmoista, enssynnytykskin - niin oli semmoista huutamista*
 8 *ja semmoista.[ka+]*
 ...
 9 P: *Niin ja tää paikka sillei, ett just silloin kun sä laitot noi vulot pois sillei,*
 10 *niin silloin musta rupes tuntuu, että ihan kun mää olisin kotona.[ka+/hymy]*

Neuvonta päättyi miellyttävän kokemuksen muisteluun ja kiitoksiin (ote 8).

Ote 8.

- 1 P: *Voi kysyy sitten, joo - eipä mulla varmaan. Ihan kiva kokemus kyllä.*
 2 H: *No hyvä, kiitos sulle.[ka+]*
 3 P: *Joo kiitos.[ka+]*

Potilaan haastattelu

Haastatteluni alkoi äidin spontaanilla kerronnalla jännityksestä: *Kauhee kun mä jännitin kyllä. Mää en osannu olla rennosti, vaikka mä kuinka yritin.* Myöhemmin äiti mainitsi unohtaneensa kameran läsnäolo. Äidillä oli jo koti-ikävä, mutta synnytys oli ollut miellyttävä kokemus. Sairaala paikkana sekä synnytykseen osallistunut hoitaja saivat kiitokset. Äiti oli ilahtunut, etteivät edellisen synnytyksen ikävät kokemukset toistuneet.

Äiti toi taas esille epäilynsä toimintansa riittämättömyydestä synnytyksessä. Hän oli kantanut huolta myös miehensä jaksamisesta, kun synnytyksen kesto venyi. Synnytyksen jälkeisen hoitoneuvonnan asiat olivat äidille tuttuja, mutta niiden kertaaminen oli tuonut äidille varman olon. Äiti oli erittäin tyytyväinen hoitajan kanssa muodostuneeseen hoitosuhteeseen.

Hoitajan haastattelu

Heti keskustelumme aluksi hoitaja kertoi omien vuorovaikutustaitojensa kehittämishaasteista. Ensimmäinen ja toinen neuvontatilanne olivat hoitajan mielestä alkutilanteiltaan verrannollisia keskenään. Videointiharjoitukset sekä koulutuksen kirjallinen materiaali olivat nostaneet hoitajan kehittämishaasteiksi puhenopeuden hidastamisen, puheen tauotuksen, potilaan kuuntelemisen ja hänen nonverbaalisen viestintänsä lukutaidon sekä potilaan tarpeiden huomioon ottamisen neuvonnan sisällössä. Hoitaja oli omasta mielestään kehittynyt vuorovaikutustaidoissaan ensimmäisestä kerrasta. Tässä neuvonnassa hän oli muistanut pitää taukoja, jotta potilas oli saanut miettimisaikaa sekä mahdollisuuden vastata kysymyksiin. Omana vahvuutenaan hän piti vuorovaikutussuhteiden luomiskykyä.

Osastolla oli välillä hyvin kiirettä ja tämä rajoitti potilaiden kanssa käytäviä keskusteluja. Ensimmäisen neuvonnan perusteella hoitaja toivoi jatkossa suuntaavansa toimintansa paremmin potilaiden tarpeiden mukaan. Rutiinit olivat alkaneet arveluttaa. Tässä toisessa neuvonnassa hän oli jo omasta mielestään tunnistanut ja kuunnellut potilaan tarpeita: *ihan uus asia nyt hänelle tää vauvan lonkkaluksaatio.* Hoitaja oli pohtinut, miten hänen sanomisensa ja nonverbaaliset viestinsä voivat jäädä potilaalle elinikäisiksi positiivisiksi tai negatiivisiksi muistoiksi.

Ensimmäistä tutkimuksen videoitua neuvontatilannetta hoitaja oli jännittänyt enemmän kuin toista. Hoitaja oli hyväksynyt omat persoonallisuuden piirteensä. Hän oli kuitenkin halukas kehittämään omia vuorovaikutustaitojaan. Videoitu neuvonta ja ulkopuolisen henkilön kommentit olivat auttaneet hoitajaa arvioimaan omaa vuorovaikutustoimintaansa.

Hoitajan kirjallinen arviointi toisesta neuvonnasta

Hoitaja oli antanut äidille kirjalliset kotihoito-ohjeet etukäteen luettavaksi ja jätti neuvonnassa ohjeiden sisäluvun pois. Neuvonnan alkuosassa hoitaja kysyi äidiltä kotihoito-ohjeiden epäselviä kohtia (ote 1). Kuten jo aiemmin todettiin useimmat asiat olivat jo tuttuja äidille. Lapsen ja omaan terveyteen liittyvissä kysymyksissä äiti oli aktiivinen (otteet 2, 4, 5). Hoitaja antoi aikaa potilaalle kertoa omista tuntemuksistaan sekä loi katsekontaktin äidin kanssa (ote 4). Arvioinnit hoitaja oli tehnyt kolmen katselukerran perusteella.

Mitä hyvää neuvontatilanteessa.

Asiat käytiin läpi. Asiakas oli saanut tutustua jo ennakkoon kirjalliseen materiaaliin, ja oli miettinyt, mistä haluaa lisätietoa ja mitkä asiat taas olivat itsestään selviä. Keskusteltiin niistä asioista joista asiakas halusi lisätietoa. Tarkastettiin myös, että kaikki asiat olivat läpikäytyt. Asiakas puhui ja kyseli, oli aktiivinen eikä vain passiivinen vast.ottaja. Katsekontakti toteutui paremmin kuin edell. kerralla. Rintasyöpäasia jätettiin käsittelemättä, koska äiti ei jaksa motiivitua tässä tilanteessa.

Missä haluaisin kehittyä

Haluaisin kehittyä vielä paremmaksi kuuntelijaksi, jotta todella saisin selville, mistä asioista asiakas tarvitsee lisätietoa, eli että lähtisin aina vastaanottajan tarpeista. Haluan olla avoin oma itseni. Haluan pitää yllä ja kehittää edelleen ammattitaitoani osallistumalla kursseihin, projekteihin jne. mahdollisuuksien mukaan.

Hoitaja esitti omia näkemyksiään kehittymisestään. Hän tunnisti kehitystarpeensa ja oli hyväksynyt oman persoonallisuutensa. Äidin antama palaute tämän hoitajan työtavasta oli ylistävä (otteet 7, 8), joten rohkenen tulkita, että hoitajan työskentelytapa oli tällä kertaa onnistunut ja hyvä. Toisen henkilön ja samankin asiakkaan kanssa eri ajankohtana tilanne voisi olla erilainen. Hoitajan olemuksesta huokui miellyttävää empaattisuutta ja äitiyden jakamisen iloa, jota on vaikea sanoin kuvata tai määrällisesti ilmaista.

Oletko löytänyt jotain uutta hyvää neuvontatilanteestasi ensimmäiseen nauhoitukseen verrattuna?

Oletko kehittynyt toivomissasi asioissa?

Olois halunnut kehittyä enemmänkin ja puhua hyvin rauhallisesti, mutta koska luonteeni on vilkas, esitin asiat taas aika nopeasti. Arvelin jo projektin alussa, että perusluonnettani en pysty muuttamaan, ja niinhän se on, se on hyväksyttävä. Mutta huomasin myös että ei minun tarvitse luonnettani muuttaa, olen vilkas ja esitän asiat nopeasti, mutta silti voin jättää puheeseeni taukoja, jolloin annan asiakkaan puhua ja kuuntelen enemmän ja luen rivien välistä, eleistä, ilmeistä jne. Toisessa nauhoituksessa kuuntelin potilasta/asiakasta enemmän, otin katsekontaktia, asiakas puhui huomattavasti enemmän kuin ensimmä. nauhoituksessa, "Valmis neuvontapaketti" jätettiin luettavaksi ja keskustelussa keskityttiin niihin asioihin joita potilas/asiakas halusi käsitellä. Jonkinverran luulen kehittyneeni.

Kehitystä tapahtunut. Pystyn käyttämään uusia tietoja vuorovaikutuksesta yhä enemmän työssäni ja se on auttanut kokonaisuuksien hallintaan ja lisännyt työn mielekkyyttä..

Hoitajan ammatillisen kehittymisen projekti oli alkanut tai saanut tukea tästä tutkimusprojektista. Hän oli halukas pohtimaan ja muuttamaan omaa työtänsä suhteessa potilaisiin ja työorganisaatioon.

Yleistä

Kiitos sinulle Marita! Tutkimukseen osallistuminen oli kehittävää, uutta ajattelemisen aihetta antavaa ja kaikin puolin mukavaa. Se ei ollut millään muotoa raskasta tai pelottavaa, vaan kaikki sujui mutkattomasti ja luontevasti. Jokainen varmasti löysi sopivan ajan, koska olit käytettävissä melkein milloin vain. Lisäksi työnjohtomme myönteisyys asialle oli merkittävää. Tällainen tutkimus on uraauurtavaa eikä sitä voi verrata edellisiin, koska niitä ei taida olla. Sen vuoksi sitä on vaikea arvostella, mutta minusta tuntuu, että se on hyvä juuri näin. Kaksi otosta (kuvausta) ja oppia niiden välillä tuntuu oikealta tavalta tutkia tätä asiaa.

Ajattelemisen aihetta sain paljon. En tiedä, onnistunko kovinkaan paljon paremmin toisella kerralla (molemmilla kerroilla yritin tehdä parhaani), mutta NYT ainakin tiedän, mihin asioihin kiinnitän huomiota, mitä voin jättää vähemmälle, miltä näytän, miten elehdin, miten annan potilaalle/asiakkaalle sanavuoroa jne. Tästä on hyvä kehittyä eteenpäin. Nyt on tietoa. Tämä projekti opetti paljon minulle, ja minun mielestäni se olisi ollut tarpeen kokea koko henkilöstön, mutta sehän olisi ollut mahdotonta. Kiitos sinulle Ystävä ja onnea ja menestystä opiskelussasi ja työssäsi eteenpäin toivoo.

Hoitajan nimi ja yhteystiedot

Ps. Rintasyöpäasia jätettiin neuvonnasta pois (kuten ihan aiheellisesti huomaisit, eivät äidit jaksanut motivoitua siihen asiaan tässä vaiheessa). Keskustelimme asiasta muiden kättilöiden kanssa ja tulimme samaan tulokseen. Se oli konkreettinen esimerkki uudistuksesta!

Hoitajan yleiset kommentit tutkimusprojektista olivat kiittävät. Hoitajan haastatteluissa kertomat ajatukset tukivat hänen näkemyksiään ammatillisen kehittymisensä edistymisestä. Hoitaja oli valmis muutoksiin ja kehitykseen. Hänellä oli myös rohkeutta keskustella asiasta tutkimukseen osallistumattomien työtovereiden kanssa.

Tarkastelu

Persoonallista neuvontaa

Molemmissa neuvontatilanteissa terveyttä määritettiin dynaamisten ja fyysisten ulottuvuuksien näkökulmasta ja sitä hoidettiin lääketieteellisin menetelmin. Intervention tarkoituksena oli riskien välttäminen. Hoitajan ensimmäisessä ja toisen neuvonnan alkuosassa liikuttii Ingrosson (1993) asiantuntijaohitoisen terveysneuvonnan alueella. Tapa, jolla hoitaja puhui, muistutti ajoittain konstruktivistisen oppimisen näkemyksiä. Hoitaja hyödynsi äidin aiempia kokemuksia muuttamalla neuvonnan sisältöä hänen tietämyksensä mukaan välttäen tutuista asioista puhumista. Hoitaja ilmoitti haastattelussani tunnustaneensa äidin kiinnostuksen sylihoitoon. Sylihoito sisälsi uutta asiaa ensimmäisen neuvonnan äidille. Äidin *ahaa joo* puheilmaisu oli juuri Heritagen ja Sefin (1992) kuvaama tunnusmerkillinen tapa ilmaista uusi asia, jonka kuulija on hyväksynyt. Myöhemmin haastattelussani äiti kertoi edelleen halustaan tutustua lähemmin sylihoitoon.

Toisessa neuvonnassa puhuttiin yhteisestä kokemuksesta. Synnytyksen kertaaminen viritti äidin pohtimaan toimintaansa, jolloin hoitajan puheen tempo hidastui ja hän antoi aikaa äidin vastauksille. Hoitajan katsekontakti tiivistyi ja yhteiset hymyilyt sekä naurahdukset täyttivät keskustelun ja se muuttui vastavuoroiseksi neuvonnaksi (vrt. Ingrosso 1993).

Molemmat neuvontatilanteet olivat usein toistuvia tapahtumia osastolla. Ne jäsenyivät osaston sääntöjen mukaan, mitä korosti hoitajan katseen kiinnittyminen asiapapereihin. Hoitajan neuvonnat alkoivat sinuttelumahdollisuuden tiedusteluilla. Hän esitteli itsensä mutta ei kysynyt potilaiden nimiä. Hoitaja ei yleensä kohdistanut ohjeita juuri näille potilaille vaan, miten muut potilaat olivat asian ratkaisseet tai kokeneet. Vuorovaikutusprosessit (paitsi toisen neuvonnan loppuosa) jäivät instruktiivisiksi, Ingrosson (1993, 18 - 20) esittämiksi tiedonsiirroiksi jo asioista tietäville synnyttäneiden äitien ryhmälle. Tietävät asiakkaat eivät ole poikkeus terveydenhuollossa, kuten esimerkiksi Rautava (1989) osoitti äitiyshuollon terveyskasvatuksen vaikuttavuustutkimuksessaan. Hyvin koulutetut äidit saivat vähän tiedollista tukea äitiysneuvolan valmennusryhmistä. Tässä tutkimuksessa (esim. tapaus 16) myös iäkkäämmät vähän koulutusta saaneet henkilöt tiesivät asioista, joten tieto ei ole enää tiukasti muodolliseen koulutukseen sidottu. Useimmissa tutkimuksissa (mm. Leino-Kilpi ym. 1993, Suominen 1994) on oikeutetusti pohdittu ja kannettu huolta potilaiden riittävästä tiedon ja tuen saannista terveydenhuoltohenkilöstöltä, vähemmälle huomiolle ovat jääneet tietävät potilaat. Heitä on usein nimitetty vaikeiksi potilaiksi tietämyksensä ja aktiivisen potilaan roolinsa vuoksi (Häggman-Laitila 1994). Tietävien potilaiden ongelmana saattaa olla sirpaleisen tiedon soveltaminen omaan elämään, jolloin terveysneuvonnan asiantuntijan tulisi käyttää koordinoijan, tukijan ja jäsentäjän ammattipätevyysalueitaan. Hänen tulisi oivaltaa, että potilas voi tukea myös hoitajan ammatillista kehittymistä.

Sairaalassa henkilökunta vastaa yleensä keskustelualoitteista, ajankäytöstä ja päättää tilanteen loppumisesta ja käyttää näin valtaa (Heikkinen 1988, Street & Buller 1998, Leino-Kilpi 1991b, Heritage & Sefi 1992). Häggman-Laitilan (1994) sekä Northousen ja Northousen (1985, 8) mukaan hoitajan hallitsevaan rooliin voi olla kaksi syytä. Hän joko haluaa olla hallitseva tai havaitsee potilaan mieluummin olevan alistuva. Potilaat myös mielellään luovuttavat puhevallan asiantuntijoille ja ovat huolehdittavia potilaan traditionaalisessa roolissa (Leino-Kilpi 1991b, Cichon & Masterson 1993, Häggman-Laitila 1994). Vuorovaikutustilanteen muotoutumisessa molempien osapuolien roolit ovat tärkeitä (Thompson 1984, Vehviläinen-Julkunen 1991).

Vuorovaikutustilanteissa heijastuivat myös sairaalan yleinen organisaatiorakenne ja osaston toimintaperiaatteet. Neuvonnan toteuttamiselle oli osastolla asetettu tietyt normit kuten "yhdenoista lapun hoitoneuvontapaketti". Nämä osin kirjoitetut mutta myös kirjoittamattomat periaatteet hoitajat tiedostivat ja kyseenalaistivat osastokoulutustilaisuudessa. Normeilla on toimintaa kahlitseva ja kontrolloiva luonne, mutta positiivisena ulottuvuutena myös hoidon laadun kehittäminen (mm. Vuori 1993, Leino-Kilpi ym. 1994). Normit ja roolit rakentavat ja rajaavat institutionaalista keskustelua (Peräkylä 1994). Heikkisen (1988) tutkimuksen mukaan hierarkkinen rakenne on yksi todellinen vuorovaikutuksen este neuvontatyössä. Asiantuntijatyössä, jollaisena myös terveysneuvontaa

voidaan pitää, esiintyy usein rooliristiriitoja organisaation johdon, työntekijöiden ja potilaan välillä. Neuvonnan tulisi tapahtua nopeasti ja tehokkaasti mutta potilas voi kokea sen kiireenä ja laiminlyöntinä. (vrt. Eklund 1992, 132.)

Vaikka molemmissa neuvontatilanteissa hoitajan rooli yleensä oli dominoiva, ei hänen olemuksensa estänyt potilaita ottamasta vastuuta vuorovaikutuksesta silloin, kun hoitaja kohdisti puheensa äideille heidän omissa kokemuksissaan. Yleensä potilaiden on sopeuduttava sairaalarutiineihin ja hierarkkiseen järjestelmään. Heidän asemansa on alisteinen ja olo epävarma. Viestintäarkeus saattaa rajoittaa potilaiden ilmaisua ja jopa estää kertomasta oleellisia tietoja tai tilanteeseen liittyvää ahdistusta. (Tuckett ym. 1985, Sallinen-Kuparinen 1986.) Tässä tutkimuksessa potilaat rohkenivat kysyä ainakin joistakin heitä huolestuttavista asioista. Hoitajan kiireinen reaktio ensimmäisen potilaan kysymykseen tipanlaitosta kertoo yleisestä selviytymisstrategiasta tällaisissa tilanteissa. Tunteista, kokemuksista ja intiimeistä asioista ei niinkään keskustella vaan asia on selitettävä parhain päin ja nopeasti siirrytään uuteen keskustelun aiheeseen (Maquire ym. 1989, Weijs 1993). Hoitajan toinen potilas uskaltautui kertomaan mieltä painavasta lapsen lonkkaviasta pitkän johdattelun jälkeen (vrt. Leiwo ym. 1987a, b, Silverman ym. 1992, Peräkylä 1994). Hoitaja keskusteli asiasta avoimesti äidin kanssa. Hän mainitsi useaan kertaan keskustelussa äidin saaneen terveen lapsen, ja että vamma oli yleinen ja helposti hoidettavissa tyynyhoidolla.

Itsearvioinnit ja ammatillinen orientaatio

Hoitajan vuorovaikutustaitojen suulliset ja kirjalliset arvioinnit keskittyivät potilaan kuuntelemiseen ja vastaanottajan tarpeiden huomioimiseen. Nonverbaalisesta viestinnästä hoitaja kommentoi katsekontaktia ja päännökyäksiä sekä parakielestä puhe nopeutta ja taukoja. Toisen neuvonnan kirjallinen arviointi oli hieman täydentynyt suullisesta palautteesta. Hoitaja oli tietoinen tekemistään havainnoista, niiden merkityksistä ja omasta käyttäytymisestään kapealla vuorovaikutustaitojen alueella. Affektiivisen reflektion piirteet ilmenivät oman persoonallisuuden pohdinnassa sekä arvioissa potilaan tyytyväisyydestä saamaansa neuvontaan. Erotteleva reflektio näkyi neuvonnan sisältöjen riittävyyden arvioinnissa. Hoitajan suulliset ja kirjalliset arvioinnit niin ensimmäisestä kuin toisesta neuvonnasta olivat samantasoisia. Hoitaja oli arviointini mukaan saavuttanut Mezirowin (1981) reflektiivisen tietoisuuden tasoista kolme ensimmäistä.

Osastokoulutustilaisuudessa hoitajat kertoivat videonnin auttaneen oman työn arviointia ja rutiinien paljastamista. Hoitajien kertoma keskinäinen työnohjaus ilmentää halua kehittää ja tukea toisten ammatillista kehittymistä. Hoitajat mainitsivat, etteivät halua ulkopuolista työnohjaajaa, koska hän ei ymmärtäisi heidän termejään ja tuntemuksiaan. Käsitteellisen reflektiivisyyden yhtenä mittarina pidetään keskustelun siirtymistä sellaiselle tasolle, että eri alojen asiantuntijat pystyvät kommunikoimaan keskenään (Eteläpelto 1992). Hoitajat esittivät myös arvioita omista älyllisistä prosesseistaan, mutta ne jäivät syyseuraussuhteiden pohdinnaksi, joten psyykkisen reflektiivisyyden tasoa ei saavutettu.

Koulutustilaisuudessa hoitajat kohdistivat kriittisiä arvioitaan myös neuvontasuunnitelmaan, sen sisältöihin ja organisaation luomiin sääntöihin ja normeihin. Toisaalta rakennetut normit ohjasivat selkeästi toimintaa esimerkiksi kiireisinä aikoina. He olivat tietoisia toimintaympäristöstään ja kulttuuristaan, mitä Mezirow (1981) edellyttää teoreettisen reflektiivisyyden tasolla. Hoitajat olivat oivaltaneet, etteivät heidän yksittäiset toimintakäytäntönsä ole irrallisia osioita muusta osaston ja organisaation toiminnasta. Heidän yhteisiin näkemyksiinsä sisältyivät Järvisen (1990) määritelmät reflektion kohteista ja sisällöistä, joita ovat oma työpersoonaa, opetus- ja oppimisprosessi, opetussuunnitelma ja sen sisällöt sekä koulutusinstituutio ja yhteiskunta. Tutkimukseen osallistuneet hoitajat olivat tällä osastolla ymmärtäneet myös luovansa vuorovaikutussuhteillaan omaa sosiaalista organisaatiotaan (vrt. Berger & Luckman 1994).

Zeichnerin (1983) ammatillisesta paradigmasta painottuivat behavioristinen suoritustapa sekä oman persoonallisen kasvun näkemykset. Hoitajan ilmaukset potilaiden tarpeiden huomioimisesta kertoivat tutkivasta työotteesta. Periaatteiden todentuminen ei vielä kaikilta osin näkynyt hoitajan työsuorituksessa. Hoitajan asiantuntijuus ja oman työn arviointi oli kapea-alaista. Hoitaja pyrki noudattamaan osastolla sovittuja yleisiä ohjeita ja rutiineja. Hän käytti tarkkaavaisuutensa omien vuorovaikutustaitojensa pohtimiseen ja työn sujumiseen. Tällainen toimintatapa muistuttaa noviisin työskentelyä. Noviisit näkevät usein tehtävän tai ongelman monitahoisesta ympäristöstään irrallaan (vrt. Berliner 1988, Berner 1989, Ropo 1991). Ropon (1991) kuvaaman kehittyneen aloittelijan piirteitä hoitajan toiminnassa esiintyi toisen neuvonnan ohjeiden annossa ja synnytyskokemuskeskustelussa. Hoitaja uskalsi käyttää omia ja potilaan aiempia kokemuksia toimintansa ohjaajana. Oman teeskentelemättömän toimintansa hoitaja toivoi rohkaisevan potilasta tuntemustensa ilmaisuun. Picklen (1985) ammatillisen kehittymisen näkökulmasta hoitajan toiminnassa oli aavistus persoonallisesta otteesta. Konkreettisisissa tilanteissa hän oli vielä varovaisesti kriisoiva työnsuorittaja.

Molemmat potilaat kertoivat olleensa tyytyväisiä hoitajan toimintaan. Toinen potilas esitti ylistäviä lausuntoja hoitajan empaattisuudesta ja asiantuntijuudesta synnytyksen hoidossa. Vuorovaikutusprosessissa (vrt. Northouse & Northouse 1985, Kreps & Thorton 1992) vaikuttavat useat tekijät yhtä aikaa eikä neuvonnan merkitystä potilaalle voida arvioida vain yhden ulottuvuuden perusteella. Hoitajan molemmat neuvontatilanteet näyttäisivät onnistuneilta potilaiden esittämien palautteiden perusteella. Persoonallisten ja luottamusta herättävien hoitajien ammattitaitoa tarvitaan.

5.2.3 Tapaus kymmenen: Sairaalan rutiinia

Sairaalan päivittäisiä toimia ovat potilaiden tulohaastattelut. Ensimmäinen kuvauspäivä oli erittäin kiireinen. Seuraavan päivän leikkauspotilaat tulivat poliklinikalta tavallista myöhemmin osastolle sisäänkirjoitukseen. Sopimamme alustava kuvausaika siirtyi noin kaksi tuntia myöhemmäksi. Osastolle tulevia ja sieltä poislähteviä sekä osastolla olevia potilaita oli runsaasti. Tutkimustuokiomme lopussa haastatelllessani hoitajaa pyydettiin jo osastolle töihin. Olin

vaistonnut ja nähnyt kiireen jo osastolle saapuessani ja ilmoitin, että voisimme siirtää kuvauksen toiseen päivään. Hoitaja halusi kuvauksen samaksi päiväksi. Osastolla liikkuessani tutkimusprojektini aikana huomasin, että arkipäivät olivat työntäyteisiä. Kiire oli yksi peruste, miksi valitsin tämän tapauksen raporttiin. Toinen perustelu valinnalle olivat hoitajan tekemät arvioinnit omasta työstään.

Ensimmäisen neuvonnan sisältö

55-vuotias mies, rakennusmestari oli tulossa olkapääleikkaukseen. Hoitaja ja potilas tapasivat toisensa vähän aikaisemmin osastolla, jolloin hoitaja varmisti suostuisiko potilas tutkimukseen, josta hän oli edellisenä iltana puhelimitse sopinut. Keskustelijat teitittelivät toisiaan. Videoitu tulohaastattelu kesti noin kymmenen minuuttia.

Haastattelun alussa hoitaja kertoi keskustelun tarkoituksen. Potilas oli ollut aiemmin tässä sairaalassa hoidossa, joten hoitaja varmisti saisiko potilastietoja luovuttaa edelleen samalla tavalla ja pyysi potilaalta allekirjoituksen tietojenluovutuspaperiin. Tämän jälkeen tarkastettiin edellisellä käynnillä täytetty ruokakortti. Hoitaja varmisti potilaan sairaalaan tulossyyn. Keskustelu jatkui olkapään sijoiltaan menosta ja sen paikoilleen laittamisesta. Seuraavaksi tarkistettiin mahdolliset muut sairaudet, käytössä olevat lääkkeet ja niiden vahvuudet. Hoitaja luki itselleen latinaksi, mitä potilaalle oli aiemmin tehty. Hän kysyi potilaalta oliko suolitukokseen tarvittu leikkausta ja oliko ollut muita leikkauksia. Keskustelu siirtyi kotioloihin, millainen oli asumismuoto ja ketä kotona asui. Sen jälkeen mitattiin verenpaine ja pulssi, selvitettiin potilaan pituus ja paino. Hoitaja kertoi, että anestesialääkäri kiertäisi vielä samana päivänä ja häneltä voisi kysyä leikkauksesta. Hoitaja muistutti syömättömyydestä puolen yön jälkeen. Leikkauslistaa hoitaja ei muistanut, mutta potilas voisi tarkistaa asian iltahoitajalta. Ilalla oli vielä pesut ja aamulla ihokarvojen poisto leikkausalueelta. Lopuksi molemmat kiittivät toisiaan.

Terveysneuvonnallinen keskustelu

Keskustelu alkoi tilanteen toteamisella ja aikaisempien tietojen tarkistuksella. Tiedot kerättiin sairaalaa ja leikkausta varten. Hoitaja kertoi, että 'meillä' oli yhteinen tehtävä (ote 1, rivi 1). Keskustelijoiden katseet kiinnittyivät asiapapereihin.

Ote 1.

- 1 H: *Niin meillä on tää tulohaastattelutilanne, mää annan tässä ensimmäisenä - mää*
 2 *katon, että teillä on aikaisemminkin tässä ollu allekirjoitus. Tää on tää sai-*
 3 *raskertomustietojen luovutuskavaake[ka+], mikä sitten merkkää sitä, että jos*
 4 *joskus joudutte toiseen sairaalaan, missä tarvitaan sitten tietoja täältä näistä*
 5 *sairaskertomuksista, että annatteko luvan siihen, että saa luovuttaa?*
 6 P: *Kyllä.*

Tulohaastattelulomakkeen rakenne ohjasi keskustelun nykyisiin ja aiempiin sairauksiin ja niiden hoitoon käytettyihin lääkkeisiin. Olkapää oli mennyt

potilaalta sijoiltaan useita kertoja ja hän pohti miten ja milloin se tapahtui (ote 2, rivit 2 - 3). Olkapään korjausleikkaus oli esimerkki siitä, kuinka lääketieteellisten toimenpiteiden toivottiin tuovan helpotusta sairauteen, sijoiltaan menoon (ote 2, rivit 5 - 6).

Ote 2.

- 1 H: *Ett onks se menny sijoiltaan useesti vai?[ka+]*
 2 P: *Se on menny sillä tavalla, että nythän mä oon sen varonu, että*
 3 *että mä en oo tehny mitään. (Se meni parhaimmillaan kolme kertaa viikossa.*
 4 H: *Joo, joo - onks se menny niinkun ihan jotain työtä tehdessä vai ihan yks, kaks).[ka+]*
 ...
 5 H: *Joo. No - huomenna tehään siihen sitten se korjausleikkaus, toivotaan*
 6 *että se sitten auttaa, ettei menis enää sijoiltaan.*
 7 P: *Niin.*

Hoitajan puheen tempo oli kiireinen. Otteessa 2, riveillä 3 - 4, sekä hoitaja ja että potilas puhuvat yhtä aikaa. Hoitaja kiirehtii myös vastaamaan potilaan puolesta lääkityksen käytöstä otteessa kolme (rivit 2 - 4). Lääkkeiden nimissä ja vahvuuksissa potilaalla oli vähän epäselvyyttä, mutta keskustelussa ilmeni, että potilas oli selvillä hoidoistaan. Sekä potilas että hoitaja toivat esille, että todetut sairaudet olivat vielä rauhallisessa vaiheessa (ote 3).

Ote 3.

- 1 H: *Ootteks te ihan säännöllisesti käyttäny sitä särkylääkettä?[ka+]*
 2 P: *Ei - en ole käyttäny säännöllisesti, (vaan [ka+]*
 3 H: *Aina tarvittaessa?)[ka+]*
 4 P: *(Tarvittaessa, joo.*
 5 H: *Onko se ollu minkä vahvuista, 50?)[ka+]*
 6 P: *Se on satasta muistaakseni, mikä mulla oli.[ka+]*
 ...
 7 H: *Joo ett se on vielä rauhallisessa vaiheessa.*
 8 P: *Paits, että noihin on nyt tullu niveliin; lonkissa on nivelrikko*
 9 *todettiin nyt tässä syksyllä.*

Hoitajan kysymykset (37) olivat tulohaastattelulomakkeesta johdettuja ja potilas vastaili niihin useimmiten lyhyesti. Hoitaja aloitti osan kysymyksistään suostuttelevasti sanoilla *onks, olleteks ihan* ja katsellen potilaaseen (esim. otteet 2 ja 3 rivit 1), mutta potilas ei ryhtynyt laajemmin kertomaan asioistaan. Hoitajan ja potilaan katsekontaktit tukivat harvoin kysymysten esittämistä. Neuvonnan aikana molemmat katsoivat papereihin. Laajimmin potilas innostui kertomaan sairaalaan tulosyystään olkapään sijoiltaan menosta ja nivelrikosta (ote 2, rivit 2 - 3, ote 3, rivit 8 - 9).

Ne asiat, joista potilas oli kiinnostunut, leikkauksen tekotapa ja tehdäänkö leikkaus puudutuksessa vai nukutuksessa, hoitaja sivusi nopeasti. Molempiin potilaan kysymyksiin hoitaja sanoi hänen puheensa päälle, että anestesia lääkäri vastaisi kysymyksiin (ote 4, rivit 1 - 2, 5 - 7).

Ote 4.

- 1 P: Niin, minkätyyppinen tämä, tämä leikkaus, (se onks parempia tietoja?
 2 H: Tota - toi anestesialääkäri tulee) käymään tässä iltapäivästä osastolla ja
 3 hän määrää noin esilääkkeet, että jos haluutte jutella hänen kanssaan, niin
 4 mää voin jättää lapun tähän päälle.[ka+]
 ...
 5 P: Joo. Mutta se nukuttamalla (kuitenkin ettei paikallispuudutuksella?[ka+]
 6 H: Joo mää uskon, että se tehään nukuttamalla) mutta tota - mää laitan tohon
 7 lapun. Anestesialääkäri voi tulla kertomaan siitä sitten vielä.

Hoitaja käytti kolme kertaa vierasperäisiä sanoja. Ensimmäisellä kerralla potilas sanoi suoraan, ettei ymmärtänyt, mitä hoitaja puhui (ote 5, rivi 2). Kun hoitaja suomensi sanan ja käsin vielä demonstroi olkapään kohdan, potilas ymmärsi asian. Toisella kerralla potilas ei puhunut vierasperäisistä sanoista mitään, mutta osasi vastata oikein hoitajan kysymykseen (ote 5, rivit 5 - 7).

Ote 5.

- 1 H: Joo. Se oli se olkapään luksaatio; oliko se oikee?[ka+]
 2 P: Kyllä, mää en kyllä ymmärrä tosta luksaatiosta mitään.
 3 H: Joo, se on tää sijoiltaanmeno.[ka+]
 4 P: Niin se on.
 ...
 5 H: ...ileus on ollu -90 vuonna, katoin papereista. Onks tota noin niin tarviikos
 6 siinä, siinä ei ollu mitään leikkausta kumminkaan, tää tukos - suolistossa?[ka+]
 7 P: Ei ollu.[ka+]

Otteessa 6 (rivi 1) potilas yritti keventää keskustelua. Hän mainitsi hymyillen, että saattaisi hieman jännittää, kun verenpainetta mitataan. Hoitajan ja potilaan katseet eivät kohdanneet ja viestin tarkoitus jäi hoitajalta huomaamatta (ote 6, rivit 2 - 3).

Ote 6.

- 1 P: Joo - jos ei nyt sitten jännitä.[ka+]
 2 H: Niin, joo - otetaan jos on nyt korkee, niin me sitten kontrolloidaan
 3 vaikka huomenaamulla semmonen lepopaine sitten.

Keskustelu päättyi kiitoksiin (ote 7).

Ote 7.

- 1 H: Eipä tässä mun puolesta sitten mitään sen kummempia.
 2 P: Kiitoksia...
 3 H: Noin kiitoksia.[ka+]

Potilaan haastattelu

Aloitin haastattelun potilaan taustatietojen selvityksellä. Potilas kertoi kaikenlaisista pikku vaivoistaan. Häntä olivat vaivanneet nielurisat, sappikivet, suolitukos,

haljennut polvilumpio ja viimeisimpänä olkapää sekä nivelreuma ja -rikko. Potilas oli määrittänyt omaa terveyttään kuntoilun kautta. Hän kertoi juosseensa 15 maratonia. Nykyiset nivelvaivat olivat estäneet liikuntaharrastuksen jatkamisen. Tämän jälkeen hän osoitti vatsaansa ja totesi: *että, tämä on tullu sitten tilalle*. Aktiiviset liikunnan harrastusvuodet olivat olleet hänen elämässään terveintä aikaa. Hölkäaikakautena oli jäänyt tupakointi ja ravintotottumukset olivat olleet terveelliset. Tupakoinnin hän oli aloittanut uudelleen liikunnan vähennyttyä. Terveyskäsitteet muuttui iän ja sairauden myötä. Hänen mielestään vanhan ihmisen kunnon ylläpitämistä ei arvostettu toveripiirissä.

Videointi ei jännittänyt potilasta ja hän piti hoitajaa leppoisana tyttönä. Hän oli saanut tarvitsemansa tiedot leikkauksesta.

Hoitajan haastattelu

Hoitaja kertoi jännittäneensä hieman videointia ja siksi hän saattoi olla yliasiallinen. Hänellä oli vaikeuksia arvioida vuorovaikutusosaamistaan välittömästi videoinnin jälkeen. Hän mainitsi kehittämistarpeeseen suullisen ilmaisun. Johdatellessani kysymykset kielelliseen ilmaisuun, hoitaja tunnisti vierasperäisen sanan siinä kohdassa, jossa potilas kommentoi sanaa. Muut vierasperäiset sanat jäivät hoitajalta huomaamatta.

Kun haastattelun loppuvaiheessa vielä uudelleen kysyin, löytyisikö hänen vuorovaikutustaidoissaan kehittämistarpeita, joita hän ei ollut jo aiemmin maininnut, hänen vastauksensa täydentyi: *Yrittää ehkä tätä potilasta niinkun vielä enemmän saaha avautumaan ja kertomaan sillai näistä taustoista*. Potilaan aktiivointia tulisi kehittää, mutta ajanpuute esti potilaan osallistumisen keskusteluun.

Neuvontatilanteen tavoitteeksi hoitaja oli asettanut tulohaastattelulomakkeeseen tarvittavien tietojen saannin sekä leikkauksesta tiedottamisen potilaalle. Tulohaastattelu oli normaali neuvontatilanne, jossa asiat etenivät rutiinien mukaan. Hoitaja arvioi, että potilas oli saanut riittävät tiedot leikkauksesta, mutta myöhemmin tietoja tulisi täydentää jatkohoidoista ja kuntoutuksesta. Hoitaja mainitsi, ettei hänellä ole riittävästi asiantuntemusta leikkauksesta ja nukutuksesta, jotta hän voisi vastata potilaan esittämiin kysymyksiin. Osaston kiireet yllättivät meidät, hoitajaa pyydettiin töihin.

Hoitajan kirjallinen arviointi ensimmäisestä neuvontatilanteesta

Hoitaja arvioi kahden katselukerran jälkeen omaa vuorovaikutussuoritustaan potilaan tuntemusten perusteella. Suullisessa arvioinnissaan hän mainitsi, että potilas oli saanut riittävästi tietoa tässä vaiheessa. Potilas kertoi olleensa tyytyväinen neuvontatilanteeseen ja luottavansa sairaalan asiantuntijoihin. Hoitajan olemus neuvonnan aikana oli rauhallinen, mutta puhe nopeaa keskustelun alussa (otteet, 2, 3, 4).

Hyvää omassa neuvontatilanteessa

- *Potilas tuntui olevan tyytyväinen haastattelutilanteeseen*
- *potilas tuntui luottavaiselta hoitoonsa*

Kirjallisessa kehittämistarvearvioinnissa hoitaja toisti samoja asioita kuin suullisessa arvioinnissaan. Kehittämistarpeet keskittyivät suulliseen ilmaisuun, nonverbaalisten viestien tulkintaan, tiedon antamiseen potilaalle sekä omien spesifien ammattitietojen ja -taitojen harjaannuttamiseen.

Missä haluaisin kehittyä

- Suullista ilmaisu
- käyttämään suomenkielisiä sanoja latinan sijasta
- oppia huomioimaan, tulkitsemaan paremmin potilaan sanatonta ilmaisu
- antamaan pot. riittävästi tietoa hoidostaan ja ajoittaa tiedon anto oikein
- antaa pot. aikaa riittävästi kertoa ongelmistaan
- kehittää omia tietoja ja taitoja kirurgisen tai muun potilaan hoidossa

Hoitaja pitäytyi tulohaastattelulomakkeen rakenteessa (ote 1) eikä malttanut aina kuunnella potilasta, josta osoituksena olivat lukuisat potilaan puheen päälle puhumiset (otteet 2, 3, 4). Hoitajan suostuttelevat haastattelulomakkeeseen katsoen esitetyt kysymykset eivät aktivoineet potilasta vastaamaan (otteet 2, 3). Sanattoman viestinnän tulkintamahdollisuudet olivat vähäiset molemmilla keskustelijoilla, koska katsekontaktit olivat lyhyitä (ote 2). Potilaan esittämä humoristinen kevennys jäi hoitajalta huomaamatta (ote 6). Keskustelun edetessä myös potilaan vastaukset lyhenivät. Hoitajan mainitsemien tiedollisten taitojen kehittämistarve näkyi silloin, kun potilas kysyi leikkaukseen liittyviä kysymyksiä. Hän kiersi vastaukset mainitsemalla, että anestesia lääkäri kertoisi leikkaukseen ja nukutukseen liittyvistä asioista (ote 4). Hoitaja olisi voinut rohkaista potilasta kysymään laajemmin leikkauksesta, jolloin hoitaja olisi voinut omalla tietämyksellään valmentaa potilasta tulevaan tilanteeseen. Sairaaloiden yleinen käytäntö on, ettei hoitohenkilökunta kerro yksityiskohtia toimenpiteisiin liittyvistä asioista, joten hoitajan toiminta oli ymmärrettävää.

Koulutus

Osastokoulutuksessa olivat mukana hoitajan ja tutkijan lisäksi kolme muuta tutkimukseen osallistunutta hoitajaa. Aloitimme tilaisuuden kokemusten ja tuntemusten käsittelyllä. Kenenkään mielestä tutkimusprojekti ei ollut ahdistava. Tapaus kymmenen hoitaja kommentoi ensimmäisenä esittämäni kysymystä. Hoitajien mielestä potilaat olivat olleet yllättävän suostuvaisia tutkimukseen. Eräs hoitaja mainitsi, että hän oli tehnyt pientä valintaa etsiessään sopivaa potilasta. Tapaus kymmenen hoitaja ei esittänyt tällaista kommenttia.

Tutkimusprojektin kirjallista koulutusmateriaalia hoitajat pitivät hyvänä. Arviointilomakkeen (Liite 4). täyttäminen oli ollut mielekästä, mutta hiukan vaikeaa hoitajille. Laatimani avoin kyselylomake oli innostanut vastaamaan. Projektin työllistävyys oli hoitajien mielestä ollut vähäistä mutta, kuten tapauksen kymmenen hoitaja sanoi: *Se tavallaan muhii täällä*. Selvittäessäni, mitä reflektiivisyys voisi merkitä hoitajien työssä, tapaus kymmenen hoitaja kommentoi ensimmäisenä omia tuntemuksiaan. Omien taitojen arvioinnissa hoitaja toi jälleen esille ammattislangin puhumisen. Kävimme keskustelua rutiinien hyvistä ja huonoista puolista. Ajanpuute oli usein syynä rutiinien käyttöön.

Keskustelumme omien vuorovaikutustaitojen ja kehittämistarpeiden arvioinnista oli nihkeämpää kuin esimerkiksi tapaus yhden osastokoulutuksessa. Tähän koulutustilaisuuteen osallistui enemmän hoitajia ja he olivat työskennelleet vähemmän aikaa yhdessä samalla osastolla kuin tapaus yhden hoitaja. Rohkaisin hoitajia myöhemmin katsomaan keskenään omia videoita ja arvioimaan niitä. Hoitajat kertoivat, sen olevan mahdollista. Kaksi hoitajaa oli jo näin tehnyt. Tapaus kymmenen hoitaja ei ollut näyttänyt nauhaansa muille hoitajille tutkimuksen aikana.

Toisen neuvonnan sisältö

Hoitajan toinen neuvontatilanne oli 64-vuotiaan eläkkeellä olevan miesmaanviljelijän kanssa. Neuvonta kesti noin 20 minuuttia. Hoitaja ja potilas tapasivat toisensa ensimmäisen kerran. Keskustelijat teitittelivät toisiaan. Potilas oli tulossa vasemman polven tähytykseen.

Neuvonta alkoi hoitajan ilmoituksella, että hän keräisi tulotietoja. Välittömästi tämän jälkeen hän pyysi potilasta ottamaan villapuseron pois, koska kohta mitattaisiin verenpaine. Vuorovaikutus rakentui hoitajan 57 kysymyksen pohjalle. Keskustelu jatkui aiempien sairaalakäyntien tiedustelulla. Hoitaja selvitti sairaskertomustietojen luovutuspaperit ja potilas allekirjoitti ne. Tähän väliin potilas totesi, että hän oli ollut hoidossa allergian vuoksi muussa sairaalassa. Hoitaja ilmoitti, että allergioihin palattaisiin myöhemmin. Seuraavana oli vuorossa ruokakortin tarkistus. Hoitaja toisti, miksi potilas oli tulossa sairaalaan. Keskustelua käytiin polven vammautumisesta ja kivuista. Hoitaja kertoi miten tähytys tehtäisiin ja mainitsi, että lääkäri antaisi tarkempia tietoja. Aiemmista sairauksista, lääkityksistä ja tarvittavista apuvälineistä keskusteltiin ja ne kirjattiin papereihin. Asumismuoto ja asunnon kunto selvitettiin. Hoitaja kertoi, että ravinnotta pitäisi olla puolen yön jälkeen ja aamuhäätys olisi seitsemän aikaan. Seuraavaksi hän tarkisti laboratoriotulokset. Paino ja pituus merkittiin korttiin. Verenpaine mitattiin kaksi kertaa, koska ensimmäisellä kerralla alapaine jäi epätarkaksi. Potilas oli halukas kertomaan aiemmista verenpaineen mittauksista ja otti taskustaan esille vanhan kortin. Verenpaineen mittauskertojen välissä hoitaja antoi potilaalle kirjalliset haavojen hoito-ohjeet. Hoitaja tiedusteli, oliko vielä jotain kysyttävää ja mainitsi, että anestesia- ja leikkauksista. Potilas jatkoi kertomusta aiemmista leikkauksista ja toimenpiteistä huumorimielellä. Hoitaja mainitsi, että tutkijan haastattelun jälkeen katsottaisiin pukukaapin avain. Molemmat kiittelivät toisiaan.

Terveysneuvonnallinen keskustelu

Potilas aloitti hymyillen ja huumorin pilke silmäkulmassa neuvontatuokion toteamalla, *Me jääjän kaksistaan*, jonka jälkeen hoitaja jatkoi nopeasti puhuen papereita tutkien (ote 1, rivit 1 - 4).

Ote 1.

- 1 H: *Selvä - eliä mä ensin kyselen ihan näitä tulotietoja (sitten?)*
 2 P: *Hmm*
 3 H: *Mää vois in pyytää oikeestaan, että jos otatte sen villapuseron pois,*
 4 *niin me otetaan tässä (jossain vaiheessa toi verenpaine.*
 5 P: *Ahah, no se).*

Keskustelu eteni hoitajan kysymyksiin ja potilaan vastauksiin. Hoitaja esitti kiireisesti pääasiassa hoidon syihin ja lääketieteellisiin toimenpiteisiin liittyviä suostuttelevia, joko-tai- sekä tosiasiakysymyksiä (ote 2, rivit 1, 6). Osa kysymyksistä esitetään äänenpainoilla (ote 2, rivi 5). Miettiessään asioita potilas katseli joko pöydän kanteen tai ulos, kun asia oli muistunut mieleen hän katsahti hoitajaan (ote 2, rivit 2 - 3). Potilas pohdiskeli ääneen etsiessään vastauksia.

Ote 2.

- 1 H: *Ootteks te ihan täällä kirurgisella osastolla ollu?*
 2 P: *Oonks mä ollu täällä? Kylläpähän mä oon ollu kerran, kun tuota*
 3 *peräsuolesta leikattiin kasvain.*
 ...
 4 P: *Se ol yks kerta. Ja sitten 80-luvulla olin tuota pumpusta.[ka+]*
 5 H: *Rintavaivaa sitten?[ka+]*
 ...
 6 H: *Onks koskaan puudutettu tai nukutettu?[ka+]*
 7 P: *Ei*

Potilaan ainoa kysymykseksi tulkittava toteamus oli; *Tähän kirjoitan oman nimen?*. Hoitaja mainitsi ohjailevasti, mihin ruksi olisi laitettava sairaskertomustietojen luovutuspaperissa ja täytti itse yhden kohdan sanottuaan sen ensin äänen odottamatta potilaan varmistusta asiaan (ote 3, rivi 1). Terveyskysymyksiä sivuttiin sairauksien kautta. Potilas alkoi kertoa allergioistaan, mutta hoitaja palautti keskustelun tulohaastattelulomakkeen järjestykseen. Polven tähytyksellä selvitetäisiin, mikä olisi vikana. Tutkimuksen tulokset ohjaisivat seuraavat toimenpiteet. Hoitaja rauhoitti potilasta mainitsemalla, että toimenpiteellä yritetään saada polvi kuntoon (ote 3, rivi 9).

Ote 3.

- 1 H: *Mää voin - laitanko ruksin tohon rajoittamattomasti tietoja?*
 2 P: *Joo, laita vaan.*
 ..
 3 H: *Ja siinä tosiaan pystyy tekeen niitä korjauksia sitten, että jos teillä*
 4 *on kierukka revenny[ka+]*
 5 P: *(Niin hän puhu sitä.*
 6 H: *Tai muuta).*
 7 P: *Niin hän sitä puhu. Sano ett voi olla, että siinä tuota kulumistakin niin*
 8 *paljon, ett tulleeks se ihan niinkun entiselleen (kuitenkin, että[ka+]*
 9 H: *Kuitenkin koitetaan) saaha se sillai käyttökelpoiseen (kuntoon sitten, hyvä.[ka+]*

Ohjeeksi tai neuvoksi voidaan tulkita hoitajan kehoitus välttää syömistä puolenyön jälkeen: *elikä tänään tulee ihan normaali ruoka ja tota puolesta yöstä eteenpäin syömättä ja juomatta. [ka+]*. Hän antoi kirjallisen haavanhoito-ohjeen, jota ei käsitelty keskustelun aikana. Hoitaja kehotti kysymään siitä myöhemmin illalla.

Potilas oli myös tietoinen omista lääkityksistään ja siitä miten hänen tuli hoitaa ruokatorven tulehdustaan (ote 4, rivit 1 - 2). Hän alkaisi mielellään puhua laajemmin omasta voinnistaan ja lääkärin toteamasta tilanteesta hoitajalle. Potilas kevensi tilannetta useita kertoja huumorilla, mutta hoitaja palasi nopeasti tulohaastattelulomakkeen järjestykseen puhuen potilaan puheen päälle (ote 4, rivit 3 - 6).

Ote 4.

- 1 P: *Ja mulla on petikin nostettu sillai viistoon. Että tuota - jos se on suorassa,*
 2 *niin sitten se aina nostaa sitä happoo.[ka+]*
 ...
 3 P: *No sitähän kerkiää sitten (hirvipeijaisiin.[kä+]/hymy)*
 4 H: *No niin.*
 - *(Naurua..)*
 5 H: *Tanssiks pistää vielä. Selvä - onkos tota mitään (perussairauksia todettu?)*
 6 P: *Ei oo mitään muuta) kun tää ruokatorven tulehdus.*

Potilaan omaa vointiaan ja siinä tapahtuneita muutoksia koskeviin kommentteihin hoitaja ei reagoinut, vaan painotti ketä varten tietoja tarvittiin (ote 5, rivi 5).

Ote 5.

- 1 H: *Hyvä - muisatteko painoo ja pituutta?*
 2 P: *Se on 171 ja 82[...]*
 3 H: *Joo - paino selvä, joo.*
 4 P: *Mää oon vähän laihtunu nyt.*
 5 H: *Anestesiaalääkäri näitä tietoja sitten tarvii, kun hän näitä lääkkeitä määrää. [ka+]*

Keskustelun päätteeksi hoitaja palasi taas seuraavan päivän toimenpiteeseen ja sen anestesiologiseen suoritustapaan. Potilas arveli lääkärin tietävän asian. Hoitaja siirsi keskustelun tulohaastattelulomakkeeseen ja päätti keskustelun (ote 6).

Ote 6.

- 1 H: *Haluaisitteko nukutusta tai puudutusta, että kumpi vaan käy sitten minkä*
 2 *lääkäri kattoo parhaaksi.[ka+]*
 3 P: *Niin - se on lääkärin asia, en minä niistä tiedä. Mulla ei oo tuota koskaan (ollu.*
 4 H: *Joo).*
 ...
 5 H: *Joo - mä katon vielä, että mää oon kaikki kysyny, mitä mun pitää kysyä, joo.*
 6 *Tässä vois päivän mittaan jos tulee jotain mieleen, niin sitten kysellä aina,*
 7 *jos on (jotain epäselvää).[ka+]*

8 P: Joo).

Potilaan haastattelu

Potilas kertoi mielellään omat taustatietonsa ja työhistoriansa. Terveyttä hän määritteli sairauksien kautta, ja oli sitä mieltä, että elämässä tarvittiin myös huumoria ja mielen piristystä. Potilas tunsu olonsa melko hyväksi. Polvi vain vaivasi, muuten hän oli terve mies. Terveyttään hän ei ollut pahemmin hoitanut. Hän oli tupakoinut silloin tällöin ja otti risteilyllä grogin tai pari. Matkailu oli ollut hänen viimevuosiensa harrastus.

Hän oli tottunut poikansa videokameran edessä esiintyjä, eikä kuvaus ollut häntä jännittänyt. Neuvontatilanteeseen hän oli tyytyväinen.

Hoitajan haastattelu

Hoitaja kertoi olleensa tällä kertaa vapautuneempi kuin edellisessä neuvontatilanteessa. Hän oli tyytyväinen nauhoitukseen. Edellisen neuvonnan videoa hoitaja oli katsonut kerran kesällä ja oli päättänyt paneutua enemmän potilaan tarpeisiin kuin papereihin. Omaan osaamistaan hän toi esille ilmoittamalla kuunnelleensa potilasta ja antaneensa hänen puhua.

Kehittämistarpeikseen hoitaja ilmoitti esityksen johdonmukaisuuden ja suullisen esityksen parantamisen. Oman kehityksensä arviointia hän ei osannut välittömästi tarkemmin määrittellä: *Mutta parantamisen varaa on.* Keskustelumme lopussa hän kertoi jättäneensä latinankieliset sanat pois, pientä yhden sanan alkulipsahdusta lukuun ottamatta. Johdatellessani kysymyksen kiireeseen hän kertoi: *kun siinä yleensä on kiire--.* *Sitä tapahtuu melkein varmaan joka haastattelussa, ettei oikein osaa sitä aikaa sitten ottaa --.*

Hoitajan mielestä potilas oli kiinnostunut leikkauksesta, vaikka hän tiesi jo jotakin asioista. Haastattelun tavoitteeksi hän oli asettanut hyvän vuorovaikutussuhteen ja potilastietojen saannin tähyystystä varten.

Hoitajan kirjallinen arviointi toisesta neuvonnasta

Ennen arviointia hoitaja oli katsonut videonauhan kolme kertaa. Hoitaja arvioi saaneensa hyvän kontaktin potilaaseen, josta viestivät naurahdukset ja hymyilyt keskustelun aikana. Keskustelun ilmapiiri oli ajoittain epämuodollinen ja hoitaja kuunteli potilasta. Nonverbaalinen viestintä tuki tässä neuvonnassa enemmän vuorovaikutusta kuin ensimmäisessä tilaisuudessa. Hoitaja hymyili ja katsoi välillä potilaaseen (otteet 2, 3, 4). Neuvonnassa hoitaja ei käyttänyt vieraskielisiä sanoja yhtä lipsahdusta lukuun ottamatta ja hän sai ajoittain katsekontaktin potilaaseen, mutta vieläkin asiaperit olivat tärkeät.

Mitä hyvää neuvontatilanteessa.

Olen tyytyväinen potilaaseen saamaan kontaktiin. Papereiden käsittely jäi vähemmälle kuin ensimmäisessä haastattelussa. Kuitenkin sain riittävät tiedot ylös. En käyttänyt latinan kielisiä sanoja, joita potilas ei ymmärtänyt.

Hoitajan esittämät vuorovaikutustaitojensa kehittämistarpeet näkyivät ja kuuluivat videossa. Puheen tempo oli hoitajalla nopea. Kuuntelemattomuus ilmeni potilaan puheen päälle puhumisena (esim. ote 3, rivit 8 - 9), mutta myös potilaan puheen huomiotta jättämisenä. Potilas yritti useita kertoja keventää keskustelua huumorilla, mutta hoitaja palasi rutiininomaisesti tulohaastattelulomakkeen sisältöihin. Hoitaja ei kommentoinut joitakin potilaan esittämiä näkemyksiä omasta voinnista tai sen muutoksista (ote 4, rivi 5, ote 5, rivit 4 - 5). Haastattelu ei muodostunut vapautuneeksi keskusteluksi. Hoitaja kommentoi nonverbaalisesta viestinnästä vain katsekontaktia.

Missä haluaisin kehittyä

Välttää turhaa kiirehtimistä haastattelussa ja käyttämään haastatteluun varattu aika hyväksi. Potilaan kuuntelussa. Oppia puhumaan rauhallisemmin että vanhempikin potilas ja mahd. huonokuuloinen saisi selvää puheestani. Irtautua tietystä opitusta rutiinista haastattelussa, jotta pystyisin ottamaan potilaan yksilönä ja käyttämään aikaa tapausten mukaan.

Oletko löytänyt jotain uutta, hyvää neuvontatilanteestasi ensimmäiseen nauhoitukseen verrattuna?

Oletko kehittynyt toivomissasi asioissa?

Olen mielestäni kehittynyt potilaan kuuntelemisessa tosin turhaa kiirehtimistä pitäisi vielä oppia välttämään, jotta potilaalla olisi aikaa kertoa asioistaan ja ehtisi tehdä kysymyksiä.

Olen pystynyt välttämään vieraskielisten sanojen käyttöä haastattelussa.

Pystyin irrottautumaan potilaspaperaista ja keskittymään potilaaseen. Kuitenkin sain tarvittavat tiedot ylös.

Verratessani hoitajan ensimmäistä ja toista neuvontaa huomasin, että hänen kuvaamat ajatukset omasta oppimisestaan todentuivat toisessa neuvonnassa. Hoitajan esittämät omat osaamisalueet ja vuorovaikutustaitojensa kehittämishaasteet keskittyivät kuuntelemiseen, puhenopeuden hidastamiseen, rutiinien karsimiseen ja vierasperäisten sanojen välttämiseen.

Yleistä

Tutkimukseen osallistuminen on tutunut mielenkiintoiselta ja haastavalta. Tutkimuksesta olen saanut apua itsekritiikin sekä myönteiseen että negatiiviseen. Tästä on ollut apua työssäni ja sen kehittämisesssä. Mielestäni kaksi kuvauskertaa oli erittäin hyvä koska toisella kerralla jo huomaa muutoksia ja kehittymistä työskentelyssään potilaan kanssa. Palauteen saaminen on myös mielestäni ollut hyvä asia, ja sitä olen saanut mielestäni riittävästi. Tosin kirjallinen palaute olisi kiva saada toisestakin kuvauskerrasta.

Näin jälkempäin olisi ollut hauskaa kuulla myös potilaiden kommentteja haastattelusta ja neuvonnasta. Niitä ei tullut itse kysytyä filmauksen jälkeen.

Nyt ei tule mieleen mitään turhaa mitä tutkimusprojektissa olisi ollut.

Tällä hetkellä osastolla yleensä päikihoitaja tekee haastattelut ja hoitaa samalla päikiopotilaiden valmistelut, saliin viennit, hakemiset, lääkityksen jne. hoidon, siinä tulee yleensä tilanne, että on niin kiire ettei haastatteluihin jää paljoa aikaa etenkin jos on vielä monta haastateltavaa. Eli asioita, joissa on kehittynyt ja joissa haluaisi kehittyä ei voi ainu niissä toteutuu.

Hoitajan yleiset tuntemukset tutkimusprojektista olivat myönteiset. Hänelle oli tarjoutunut mahdollisuus omien vuorovaikutustaitojen kehittämiseen. Tutkimusprojekti oli herättänyt myös ristiriitaisia tuntemuksia. Osaston

työpaineet olivat suuret. Omien tiedostettujen kehittämistarpeiden muuttamiseksi käytännön harjoitteluksi tuntui ajan puutteessa mahdottomalta.

Tarkastelu

Asiantuntijajohtoista terveysneuvontaa

Tulohaastattelutilanteet olivat tietojen kartoitusta leikkauksia varten. Terveyttä kuvattiin kipujen ja sairauksien kautta ja toimenpiteiden toivottiin parantavan sairaudet. Sairauksista huolimatta elämästä saattoi nauttia (vrt. mm. Greenberg 1992, Vertio 1992, Ingrosso 1993). Neuvontatilanteiden ilmapiiri oli muodollisen asiallinen. Vaikka molemmat potilaat pyrkivät huumorilla keventämään haastatteluja, hoitaja halusi pitäytyä asiassa. Hoitajan katseiden keskipisteinä olivat paperit. Molempien potilaiden katset harhailivat potilaspapereissa, mutta monesti he katsoivat ikkunasta ulos. Keskustelut olivat pääasiassa faktatiedon siirtoa, mutta hetkittäin myös tiedon keruuta papereille toimenpiteitä varten. Varsinaisia ohjeita ja neuvoja keskusteluissa oli niukasti. Hoitaja ei omalla toiminnallaan rohkaissut potilaita omakohtaisen tiedon arviointiin ja hankintaan. Potilaiden halukkuus osallistua keskustelun rakentamiseen näkyi yrityksinä tarjota omia kokemustietoja keskustelun aiheiksi.

Vuorovaikutustilanteet rakentuivat epäsymmetrisesti hoitajan kysymyksille ja potilaiden vastauksille tulohaastattelulomakkeen rungon mukaisesti. Hoitajan kysymysten suuri määrä johtunee tulohaastattelun luonteesta ja kuvastaa institutionaalista keskustelua (vrt. Peräkylä 1994). Hoitajan toiminta muistutti jo aiemmissa tutkimuksissa (Waitzkin 1984, Hall ym. 1988, Roter 1989, Heritage & Sefi 1992) saatuja tuloksia. Hän kysyi lomakkeisiin tarvittavat tiedot mahdollisimman nopeasti kytkemättä niitä potilaiden sosiaalisiin taustoihin. Erityisesti ensimmäisen neuvonnan kuvauspäivänä osastolla vallitsi kova kiire ja hoitajalla oli useita potilaita haasteltavana lyhyessä ajassa, joten hoitajan selviytymisstrategia oli ymmärrettävä. Hoitajan toiminta kuvastaa myös yleistä organisaatorakennetta ja osaston toimintaperiaatteita ja luonnetta. Tehokuutta korostaville kiireisille toimenpideoosastoille muodostuu helposti viestintärutiineja (vrt. Northouse & Northouse 1985).

Hoitajan kysymysten suuri määrä suhteessa potilaiden esittämiin kysymyksiin kertoo myös vuorovaikutuksen valtarakenteesta. Kysymyksiin sisältyneiden latinankielisten sanojen käyttö voidaan tulkita hoitajan vallankäytöksi, mutta myös uskottavuutensa lisäsyntyiseksi (vrt. Henzl 1989, Sallinen-Kuparinen 1989, Wyatt 1991). Hoitajan toisessa neuvonnassa vieraskielisiä sanoja oli yksi. Hoitajan nopea puhe ja hänen esittämänsä valmiit vastaukset omiin kysymyksiinsä potilaiden nimissä ja heidän puheensa päälle puhuminen kertoivat vallankäytöstä, ajankäytön säätelystä ja kiireestä (mm. Tuckett ym. 1985, Heikkinen 1988, Tones ym. 1990, Leino-Kilpi 1991b). Tutkimusten (mm. Brown ym. 1992, Buller ym. 1992) mukaan nopea puhe (jos se on vielä ymmärrettävää ja luonnollista) saa aikaan vaikutelman pätevistä, aktiivisesta ja vakuuttavasta puhujasta. Hoitajan vuorovaikutustaitojen arvioinnit kertovat, että hän ei pyrkinyt korostamaan omaa pätevyyttään vaan puheen tempo johtui kiireestä ja liittyi hänen persoonaansa.

Miespotilaiden ja hoitajan esittämien kysymysten epäsuhtaa voidaan selittää myös sukupuolella. Esimerkiksi Waitzkin (1985) sekä Street ja Buller (1988) ovat todenneet, että naisasiakkaat ovat miehiä halukkaampia kysymään omista asioistaan. Hoitajan toisessa neuvontatilanteessa potilas yritti keskeyttää hoitajan kysymystulvan muutamia kertoja humoristisella kommentilla ja johdatella haastattelua arkikeskusteluun. Hoitaja palautti keskustelun nopeasti tulohaastattelulomakkeen sisältöihin. Vielä aivan keskustelun päätteeksi potilas esitti huumorimielisiä huomautuksia, joten tutkimusten (mm. Tuckett ym. 1985, Häggman-Laitila 1994) osittamaa viestintäarkuutta hänellä ei ollut. Nämä miespotilaat eivät tyytyneet vain lyhyisiin puheilmaisuihin vaan toisinaan kertoilivat laajastikin asioistaan, mutta minimipalautteet *joo, mmm* jne. puuttuivat keskustelusta. Eri sukupuolien välisissä keskusteluissa on miesten todettu dominoivan puhetta (esim. Weismann & Teitelbaum 1985, Coates 1986). Miehet keskeyttävät tai puhuvat naisen puheen päälle useammin kuin miehen. Miesten on sanottu käyttävän vähemmän minipalautteita, mutta puhuvan pidempiä lauseita kuin naiset (Coates 1986). Hoitajan molemmilla potilailla näyttäisi olevan syvälle juurtuneena institutionaalisen keskustelun säännöt, koska he melko helposti luovuttivat puhevallan hoitajalle.

Itsearviointit ja ammatillinen orientaatio

Hoitaja koki oman työn arvioinnin vaikeaksi ja vaativan harjoittelua. Hänen suulliset ja kirjalliset arviointinsa omasta työstään olivat suppeita. Ensimmäisen neuvonnan jälkeisessä haastattelussa hoitaja ei pystynyt määrittämään omia osaamisalueitaan vuorovaikutustaidoistaan. Toisessa neuvontatilanteessa hoitaja arvioi jo kuunnelleensa potilasta. Kehittämistarpeiden arviointi keskittyi kielellisiin ilmaisuihin, vierasperäisiin sanoihin ja puhenopeuteen. Nämä ominaisuudet ovat luonteeltaan konkreettisia, aistein helposti havaittavia. Neuvonnan tarkoituksena oli tiedon jakaminen. Hoitajan vuorovaikutustaitojen osaamisen arvioinnista ja kehittämishaasteista puuttuivat omien ja potilaiden tunnetilojen arvioinnit, tarkemmat analyysit työtä määrittävistä säännöistä ja rutiineista. Hoitajan esittämät vuorovaikutustaitojen osaamisalueet ja kehittämistarpeet kuvaavat Mezirowin (1981) ensimmäistä reflektion tasoa. Järvinen (1990, 74) on esittänyt, että tietty rutiinitaitojen hallinta on tarpeen, ennen kuin oman työn reflektointi voi käynnistyä. Hoitaja ilmoitti myös omiksi kehittämishaasteikseen tiedollisten valmiuksien parantamisen. Itsearviointien tuloksien heijastavan hoitajan epävarmuutta ja kokemattomuutta haastattelutilanteessa, häneltä puuttuivat rutiinit.

Näiden kahden neuvontatilanteen analyysin perusteella hoitajan terveysneuvonnan muodoissa ja vuorovaikutussuhteissa ei tapahtunut muutoksia. Vuorovaikutustaitojen harjoittelusta on saatu aiemminkin vastaavanlaisia tuloksia (Scheidt ym. 1986, Sorensen & Pickett 1986). Haysin (1990) mukaan vuorovaikutus- ja itsearviointitaitojen kehittyminen on yksilöllinen kehitysprosessi ja vaatii harjoittelua ja kouluttajan tukea. Tutkimukseni lähtökohtana oli, että hoitajat tuottavat itse osaamisalueensa ja kehittämishaasteensa. Ensimmäisen neuvonnan kirjallisessa palautteessa (Liite 9) ja osastokoulutuksessa esitin itsearviointia tukevia kysymyksiä hoitajille, kuten aiemmissa tutkimuksissa (esim.

Smyth 1992, Pultorak 1993) ja kognitiivisiin oppimiskäsityksiin (esim. Ojanen 1990, Rauste-von Wright & von Wright 1994) perustuvissa kirjoitelmissa on mainittu. Tapaus kymmenen hoitaja olisi saatujen tulosten perusteella tarvinnut lisätukea ja aikaa vuorovaikutus- ja itsearviointitaitojensa kehittämiseen.

Hoitaja oli rajallisesti tietoinen omista havainnoistaan ja käyttäytymisestään (vrt. Järvinen 1990, Talvitie 1991, Aavarinne 1993). Erittelemättömät kokonaisuudesta irrallaan olevat arvioinnit ensimmäisestä neuvonnasta kuvaavat noviisin työskentelyä (vrt. Berliner 1988, Benner 1989, Ropo 1991). Leino-Kilpi (1991b) on kuvannut tällaista potilaan ja hoitajan välistä suhdetta varjelemiseksi ja huolehtimiseksi. Suhteeseen ei sisälly potilaan osallistumista ja päätäntävaltaa. Hoitajan toiminta oli rationaalista tulohaastattelulomakkeen seuraamista ja tarkkaavaisuus keskittyi lähinnä omaan sujuvuuteen. Järviksen (1992,b) mielestä tämän päivän oppimistilanteet ovat ristiriitaisia. Toiminnan tehokkuutta vaativat ja määrällisiä tuloksia korostavat organisaatiot tarvitsevat reflektiivisiä asiantuntijoita, mutta niillä ei riitä malttia odottaa tällaisen asiantuntemuksen kehittymistä, joka vaatii aikaa ja harjoittelua.

Hoitajan toisessa arvioinnissa huomiot potilaan tyytyväisyydestä antoivat viitteitä kehittyneen aloittelijan toimista. Järvisen (1990) tutkimuksessa hoitajien reflektiot olivat kohdistuneet tekniseen kompetenssiin. Hoitajat arvioivat omia konkreettisia teknisiä taitojaan, jotka ovat ominaisia Picklen (1985) esittämälle matalan ammatillisen kypsyyden omaavalle työntekijälle. Rothin (1989) mukaan ne kuvaavat reflektiivisen toiminnan ensiaskeleita. Toiminnan tavoitteeksi voisi määritellä toiminnasta toiseen selviämisen. Vuorovaikutus oli epäitsenäistä ja kiireistä irrallisten tietojen siirtoa.

Zeichnerin (1983) paradigmaan sovellettuna hoitajan toimintaa ohjasivat behavioristinen ja traditionaalinen ammattimiesparadigma. Hoitajan toivomus omien spesifien tietojen ja taitojen kehittämisestä potilaiden hoidon parantamiseksi viittaa behavioristiseen ammattiparadigmaan, samoin tiukka rajallisten sääntöjen mukainen, tehokkuutta korostava toimintatapa. Osaston yleinen käytäntö tulohaastattelutilanteessa kahlitsi hoitajaa. Kohosen (1989) mukaan "kisällimestari"-vaiheessa ajatellaan ohjaajalle, tässä hoitajalle, kertyneen kokemusta, jota voidaan siirtää potilaalle. Tosin sanoen tulohaastattelutilanteessa hoitaja siirtää institutionaalisessa keskustelussa (vrt. Peräkylä 1994) osaston toimintamallit potilaalle. Hoitajan ensimmäinen potilas ymmärsi ensiminuuttien aikana oman paikkansa keskustelussa. Hän kysyi esimerkiksi latinankielisten sanojen merkityksiä keskustelun alussa, mutta ei enää myöhemmin.

Tulohaastattelut olivat ensikohtaamiset kahden vieraan ihmisen kesken. Haastattelut saattoivat olla varovaisia tunnusteluja vuorovaikutussuhteiden rakentamisille. Vuorovaikutustilanteet olivat prosesseja, joka jatkuivat vielä potilaiden ja hoitajan välillä osastolla muutaman päivän ajan. Nämä kiireiset ensitapaamiset luovat vain kapeat kuvat koko vuorovaikutusprosesseista, joten on vaikea ennustaa niiden perusteella vuorovaikutussuhteiden kehittymistä. Hoitajan kehityskulku oli käynnistynyt ja hänellä itsellään oli halu jatkaa eteen ilmestynyttä polkua.

5.2.4 Tapaus kuusitoista: Kohdentamatonta puhetta tietäville potilaille

Molemmissa hoitaja kuudentoista neuvontatilanteissa potilailla oli runsaasti tietoa keskusteltavista asioista. Hoitajan puheilmaisu oli mielenkiintoinen. Hän kohdisti usein puheensa passiivissa ohjekirjaseen kautta potilaalle. Nämä neuvontatilanteet muistuttivat jossakin määrin toisilleen läheisten ihmisten keskustelua, koska sekä hoitajan että potilaan puheenvuorot olivat pitkiä. Toisaalta katsekontakteja oli vähän, osapuolet istuivat etäällä toisistaan ja potilas joutui kurkottelemaan nähdäkseen neuvontamateriaaliin.

Neljäs tapauksen valintaperusta oli hoitajien esittämä kritiikki osastokoulutuksessa. Hoitajien mielestä tutkimuksen tapaukset olivat valikoituneita. Tällä osastolla samoin kuin joillakin muilla osastoilla neuvontaa annettiin useimmiten potilashuoneessa sängyn vieressä. Hoitajat pohtivat vastasiko videoitu neuvonta sairaalan arkitodellisuutta, koska he olivat etukäteen tienneet neuvonnasta ja ehkä suunnitelleet sitä paremmin kuin normaalisti. Hoitaja kuudentoista mielestä videoidut neuvonnat olivat osa sairaalan toimintaa.

Ensimmäisen neuvonnan sisältö

Potilas oli 60-vuotias eläkkeellä oleva lievästi ylipainoinen nainen. Hän oli sairaalassa tällä kertaa vatsavaivojen takia. Vatsasta oli otettu koepaloja, lisäksi hänellä todettiin astma. Hoitaja ja potilas teitittelivät. Neuvonta kesti noin 18 minuuttia.

Hoitaja ja potilas istuivat toimenpidehuoneessa. Keskustelun aluksi hoitaja kertoi neuvonnan tarkoituksen, hidastuneesta suolentoiminnasta puhumisen. Tutkimuksissa ei ollut löytynyt syytä ummetukseen. Potilas aloitti keskustelun hitaasta suolentoiminnastaan, joka oli vaivannut jo lapsesta asti. Hän tiesi lääkityksen käytön ja siitä aiheutuvat hankaluudet. Suolentoimintaa edistävät tekijät liikunta, neste ja kuitupitoinen ruoka olivat potilaan tiedossa. Hoitajan aloitteesta keskusteltiin eri ravintoaineista. Potilas kertoi asiantuntevasti ravintoaineiden vaikutuksista suolentoimintaan. Potilaan puhe rönsyili aiheesta toiseen, mikä loi keskustelusta hieman sekavan vaikutelman. Hoitajan puhetta jäseni potilaalle annettava ohjekirjanen. Potilas mainitsi useita kertoja liikunnan vaikutuksen ummetukseen ja muisteli hymyssä suin liikunnallisia harrastuksia poikansa luona Kauko-Idässä. Potilas kurkotteli nähdäkseen ohjekirjaseen, kun käsiteltiin voimisteluohjeita, joita voisi tehdä sairaalasängyssä suolentoiminnan edistämiseksi. Hoitaja jatkoi puhetta säännöllisestä aterioinnista, ravinnon rasvoista ja runsaasta nesteen nauttimisesta. Potilas kertoi olevansa huono ruuanlaittaja, kun oli yksin. Hymyillen hän puhui koirastaan ja miten se vaati ulkoiluttamista ja liikuntaa. Hän etsi katsekontaktia hoitajaan, joka tutki ohjekirjasta. Rasvattomat maitotuotteet ja kalan syönnin edut olivat seuraavia keskusteluaiheita. Hoitaja antoi ohjekirjaseen potilaalle ja esitti hänelle vielä kysymyspyynnön.

Terveysneuvonnallinen keskustelu

Edellisenä päivänä hoitaja oli pyytänyt potilasta videointitilanteeseen ja kertonut, että silloin keskusteltaisiin ummetuksesta. Hoitaja selvitti keskustelun alussa neuvonnan tarkoituksen ja totesi ettei potilaalla ollut laktoosihäiriötä. Potilas aloitti heti tämän jälkeen puhumisen suolen hidastuneesta toiminnasta ja katseli ikkunasta ulos (ote 1, rivit 4-6). Hoitaja silmäili ohjekirjasta. Jo ensi puheenvuorossaan potilas toi esille, että tietää asiasta. Hän oli selvillä ennaltaehkäisevistä toimista, mutta tiesi myös lääkityksen positiiviset ja negatiiviset vaikutukset ummetukseen (ote 1, rivit 6 - 7, 10 - 14, 18). Ravitsemuksesta hänellä oli hyvät tiedot. Hoitajan antamiin ohjeisiin potilas kommentoi tekevänsä juuri niin kuin hoitaja oli opastanut. Potilaan puheenvuorot olivat pitkiä. Katsekontaktit olivat lyhyitä vilkaisuja ja usein katseet eivät kohdanneet (ote 1, rivit 2, 11 - 12).

Ote 1.

- 1 H: *No niin me nyt tunnetaankin.[vi+] mutta tarkoitus oli puhua ihan*
 2 *siitä hidastuneesta suolentoiminnasta, että kun sitä vatsaa oli*
 3 *tutkittu ja ei löytynyt laktoosihäiriöä eikä mitään onneks pahempaa.[vi+]*
 4 P: *Se ei niinkun ole oikeastaan mulla hidastunut muuta kun se pahentunut,*
 5 *kun mulla on ollu aina: oikein lapsesta saakka niinkun aika hidas suo-*
 6 *lentoiminta.[vi+] Mutta kun on reippaasti päässy liikkumaan, niin*
 7 *liikunta on siihen ihan (yksi*
 8 H: *Se on tärkeitä.*
 9 P: *kaikist parhaita). Niin se melkein sitten - no sitten jos tota - erehtyy*
 10 *tekeen, kun rupes heikkeneen, niin mää söin niitä Pursennidiä, ja sitten*
 11 *se tuota odottaa aina (sitä että piti se [vi+]*
 12 H: *(joo)[vi+]*
 13 P: *Pursennidi-kuuri ottaa, mutt nyt mää lopetin. Mää aattelin, että ei hyvät*
 14 *ihmiset ei tästäkään mitään tule.*
 ...
 15 H: *Onks tää teille tuttua? Tässä onkin nää pääasiat.*
 16 P: *Tämä ohjekirja kyllä.*
 17 H: *Näihin niinkun kiinnitetty huomioo justiin kuitu (ja se neste.*
 18 P: *Kuitu, neste) ja sitten liikunta.*

Terveyttä potilas kuvasi sairauksilla ja vaivoilla (ote 2, rivit 3 - 4). Vaivat unohtuivat, kun terveyttä edistävään toimintaan sisältyi miellyttäviä elämäntilanteita ja kokemuksia. Yksinäisyyden lievittäjänä oli koira. Potilas etsi katsekontaktia hoitajaan, kun hän kertoi koirastaan, mutta hoitaja tutki papereitaan. Vierailu pojan luona oli innostanut potilaan liikkumaan (ote 2, rivit 7 - 13).

Ote 2.

- 1 H: *Mites tämmöinen hyötyliikunta vielä, on kauppatmatkat;*
 2 *menettekö ihan kävellen?[ka+]*
 3 P: *No kyllä mulla menis muuten, mutta kun multa on se kantaminen*
 4 *ton selkäni takia kielletty.[vi+] en oikein sais, mutta kyllä*
 5 *siinä on pakko ollu kantaa.*
 6 H: *Juu just enemmän tulee semmoista harrastettua sitä liikuntaa.*

- 7 P: *No mulla on koira, että se on.* [ka+/hymy]
 8 H: *Se vaatii ulos, ett se on hyvä kyllä. Jossei tuu lähettyä.* [vi+]
 9 P: *Ei varmaan tulis neljää, viittä kertaa lähdettyä käveleen, jo-*
 10 *jonkinmoista lenkkiä; pari vähän pisempää ju sitten semmoistu pissulenkkiä.*
 ...
 11 P: *Mutta kyllä mää - mää oon poikani luona Kauko-Idässä, kun hän on siellä*
 12 *työssään - hän on kutsunut minua sinne vieraakseen kaksi kertaa. Siellä*
 13 *tuli uitua joka päivä.*

Yksinäisyys heijastui potilaan ruokatottumuksiin. Hänellä ei ollut mielenkiintoa ruuanvalmistukseen. Hoitaja mainitsi ymmärtävänsä asian ja heidän katseensa kohtasivat (ote 3).

Ote 3.

- 1 H: *Joo ja just sitten, että kun tulis paljon sitä kuitua ja että se olis säännöllistä se*
 2 *ruokailu, että ois niinkun (säännölliset ruoka-ajat.* [ka+]
 3 P: *Joo niin on). Siinä tuleekin usein näin kun on yksinään, (ei tahdo olla sitä.*
 4 H: *Sen ihan ymmärtää).* [ka+]
 5 P: *Sitä mielenkiintoa niinkun oikein laittaa sitä ruokaa sillai perusteellisesti, että tulee*
 6 *vähän syötyä sitä sun tätä. Sitten se vatsa kyllä hyvin äkkiä näyttää.* [ka+]

Ohjekirjaseen järjestyksessä neuvoja antaessaan hoitaja pyrki saamaan potilaaseen katsekontaktin, usein onnistumatta. Joidenkin hoitajan kahdeksan kysymyksen (esim. ote 2, rivi 1) aikana potilaan ja hoitajan katseet kohtasivat, jolloin potilas reflektoi toimintaansa. Potilaan oman toiminnan arviointi liittyi käytännön toimiin, mutta ei niiden merkitykseen omalle terveydelle tai hyvinvoinnille. Hoitaja yritti motivoida potilasta tuntemustensa analysointiin onnistumatta siinä (ote 4).

Ote 4.

- 1 H: *Ja ulkoilla, että se voi olla ihan voimistelua ja mikä itselle tuntuu (parhaalta.* [ka+]
 2 P: *Niin).*

Potilaan esittämät neljä kysymystä liittyivät ravitsemukseen ja olivat muodoltaan varmistuskysymyksiä. Hän tiesi osin joitakin asioita, mutta halusi vielä tarkennuksen hoitajalta. ote 5).

Ote 5.

- 1 P: *Niissä on niin paljon hiivaleipäjauhoa ja muuta. Eiks se ole niinkun*
 2 *sitä lyhyempää kuitua sitten?* [ka+]
 3 H: *Niin siinä on se kuoren osa.* [ka+]
 ...
 4 P: *Niin ykkösmaito on parempi?*
 5 H: *Niin siihen on lisätty sitä, siinä on enemmän rasvaa vähän,*
 6 *siinä on se yksi prosentti,* [vi+]

Keskustelu oli päättymässä ja potilas ojensi kätensä ottaakseen ohjekirjasen hoitajalta, mutta hoitaja veti sen syliinsä. Lopuksi hoitaja kehotti potilasta kysymään, jos jotain asioita jäi epäselväksi. Hoitaja antoi ohjekirjasen potilaalle. Neuvonta päättyi keskustelijoiden katseiden kohtaamatta (ote 6, rivit 3 - 4).

Ote 6.

1 H: *Joo mää annan tän nyt teille, jos ei oo muita, niin sitten.[vi+]*

2 P: *Mitään.*

3 H: *Jos tulee vielä jotain; niin multa voi kyllä kysyä ihan hyvin. Tarkastaa niitä asioita.*

4 P: *Joo no niin.*

Potilaan haastattelu

Potilas kertoi yksinäisyydestään sekä elämänsä muutoksista. Yksinäisyys oli myös syynä tupakointiin. Potilaan näkemykset terveyden menettämisestä liittyivät kovaan työhön ja lapsuuden niukkoihin oloihin. Terveys oli hänelle tärkeä, sen merkityksen ymmärsi vasta menetyksen kautta. Olo tuntui hänestä nyt muuten hyvältä, mutta lääke aiheutti vähän ongelmia. Hyvänolon tuntemukset olivat hetkittäisiä. Selkäkivut rajoittivat potilaan elämää ja hänen mielestään ne aiheuttivat muitakin vaivoja. Hän tiedosti, ettei sängyssä makaaminen ollut hyväksi yleiskunnolle. Uudet tutkimukset kiinnostivat häntä.

Keskustelussamme tuli esille samat asiat kuin videoidussa neuvontatilanteessa. Potilas kertoi, että hoitajan neuvontakeskustelun asiat olivat hänelle tuttuja, mutta keskustelutuokio oli hyödyllinen ja jotain uuttakin asiaa tuli. Hän kertasi taas minulle ummetuksen ehkäisyn kolme keskeisintä tekijää. Pikkuinen pakko oli vaatinut häntä opettelemaan ummetukseen liittyvät asiat, mutta liikunnan harrastus kangerteli.

Hoitajan haastattelu

Hoitaja oli ollut kerran aikaisemmin videokameran edessä. Hän kertoi hieman jännittäneensä kuvausta ja olevansa aluksi jännittäjätyyppi, mutta rentoutuvansa myöhemmin. Hänelle oli jäänyt positiivinen kuva neuvontatilanteesta. Potilas ei kuulunut hoitajan hoitomoduliin, mutta he olivat tapailleet käytävällä tosiaan. Hoitajaa oli häirinnyt potilaan puheliaisuus. Hänellä oli ollut vaikeuksia keskeyttää potilas ja viedä asiaa eteenpäin. Hoitajan näkemyksenä oli, että keskustelussa tulisi kuunnella potilasta ja hänen tarpeitaan ja pyrkiä välttämään potilaan keskeyttämistä. Hänen mieltään painoivat osastolla odottavat työt. Yleensä hoitaja piti potilasneuvontatilanteita miellyttävinä. Neuvonnat tapahtuivat useimmiten osastolla hoitojen yhteydessä potilashuoneissa. Tarvittaessa tämän osaston potilaille annettiin kontrollikäynti. Tarkastuskäynnillä tapaus kuudentoista hoitajalla oli tapana selvittää, oliko potilas ymmärtänyt edellisellä kerralla kerrotut asiat.

Vuorovaikutustaitojensa kehittämistarpeiksi hoitaja mainitsi puhenopeuden hidastamisen ja asiantiedon vähentämisen. Hänen mielestä omaan persoonaan oli niin tottunut, ettei kehittämishaasteita huomaa. Hoitaja ei ollut suunnitellut neuvontaa etukäteen, mutta oli kuitenkin miettinyt kotona, miten hän osaisi tehdä

neuvonnan potilaan tarpeiden mukaan. Hoitajalle oli ollut yllätyksellistä ja vaikeaa, kun potilas oli suoraan lähtenyt liikkeelle ummetusasiasta. Hoitaja kertoi kuunnelleensa potilasta. Hän tunnisti keskustelusta potilaalle tärkeän koiran sekä hänen yksinäisyytensä. Hoitajan terveyskasvatuskäytännökseen kuului positiivisen elämänsänsä ja psyyken hoito. Hoitaja ymmärsi yksinäisen ihmisen haluttomuuden laittaa säännöllisesti ravitsevaa ruokaa. Hoitajan tehtävänä tulisi olla entistä enemmän neuvonnan suuntaaminen potilaan tarpeisiin.

Kysyin hoitajalta, oliko potilaan ikkunasta uloskatseminen häirinnyt häntä kuten itseäni, mutta hoitajalla oli eri tulkinta tilanteelle: *Hänellä voi olla semmoinen tapa. Miettiä ja kattoo tonne,--* .

Hoitajan kirjallinen arviointi ensimmäisestä neuvontatilanteesta

Hoitajan kirjallinen arviointi sisälsi samat asiat kuin suullinen arviointi välittömästi videoinnin jälkeen. Kirjallista arviointia varten hoitaja oli katsonut videon kaksi kertaa. Hoitaja antoi puheliaan potilaan rauhassa tuoda julki ajatuksiaan (esim. ote 2, rivit 9 - 10). Potilas esitti varmistuskysymyksiä maidon laadusta, kalan sulavuudesta ja hiivaleipäjauhoista sekä edellisen päivän aamupuurosta. Neuvonnan yllätysalusta hoitaja mainitsi jo haastattelussa, mutta silloin sain sellaisen käsityksen, että se olisi hieman häirinnyt neuvonnan kulkua.

Hyvää omassa neuvontatilanteessa

- potilas jutteli mielellään
- löytyi asioita jotka olivat hänelle uusia
- tilanne oli rauhallinen
- neuvonta eteni niin kuin olin suunnitellut (aluksi yllätyin, mutta se ei häirinnyt)
- aluksi jännitin, mutta se unohtui kun asia eteni

Missä haluaisin kehittyä

- pitäisi puhua hitaammin
- mitä teen jos potilas ei halua kertoa asioita.

Hoitajan puhe oli hieman nopeaa ja ohjekirjaseen sidottua. Hoitaja oli tunnistanut potilaan yksinäisyyden, mutta asiaa ei käsitelty neuvonnassa (ote 3). Hoitaja arvioi nonverbaalista viestintäänsä suullisessa arvioinnissa, kun kysyin katseiden kohtaamattomuudesta. Silloin asia ei ollut häirinnyt hoitajaa. Keskustelijat eivät kohdanneet toisiaan (otteet 1, 2, 4, 6) ja hoitaja itsekkin arvioi, että keskustelun ulkopuolelle jäivät potilaan mieltä todella askarruttavat asiat.

Koulutus

Koulutukseen osallistuivat tapaus kuudentoista hoitaja, tutkija ja kaksi muuta tutkimuksessa mukana ollutta hoitajaa. Koulutustilaisuuden aluksi keskustelimme tekemästani kirjallisesta koulutusmateriaalista. Kiireen vuoksi hoitajilla oli ollut vähän aikaa paneutua materiaaliin, mutta se sisälsi heidän mielestään mielenkiintoisia asioita.

Tapaus kuudentoista hoitajalle vuorovaikutustaitojen arviointi oli ollut helppoa. Välittömästi nauhoituksen jälkeen ja kirjallisessa arvioinnissa hän ei kuitenkaan tarkemmin eritellyt tyytyväisyytensä aiheita. Hänen mielestään kaikkien pitäisi pystyä rehellisesti arvioimaan omaa toimintaansa. Vuorovaikutustaitojen kehittämishaasteiden arviointiin oli vaikuttanut potilaan vieraus. Hän ei ollut tietoinen potilaan selkäsairaudesta.

Hoitaja mietti, miten rehellisiä potilaat yleensä olivat neuvontatilanteissa. Tässä kohtaa keskustelu siirtyi oman toiminnan arviointiin. Hoitajat pohtivat yhdessä kuinka tapaus kuudentoista potilas oli ollut hyvin puhelias koko osastollaoloajan. He esittivät arvailuja, oliko potilas yksinäisyytensä takia puhelias. Hoitajien mielestä potilas oli kokenut videointitilanteen miellyttäväksi erityistapahtumaksi. Eikä hoitaja ei ollut tietoinen potilaan astmasta. Hän oli kiitellyt potilasta koiran ulkoiluttamisesta ja toinen hoitaja taas oli moittinut koirasta astmasairauden vuoksi. Hoitaja pohti, mitä merkityksiä voisi olla psyykkistä hyvinvointia edistävien tekijöiden kieltämisellä. Hoitajaa oli vähän häirinnyt potilaan tietävyisyys ja asiasta toiseen hyppely keskustelun aikana. Potilas tarvitsi hoitajan mielestä jotain uutta tietoa. Koulutustilaisuudessa kerrattiin samoja asioita kuin hoitajan haastattelussa aiemmin keväällä.

Tässä osastokoulutuksessa esitettiin myös kritiikkiä tutkimustani kohtaan, jonka otin ilolla vastaan. Olin saanut hoitajat pohtimaan ja miettimään niitä olosuhteita, joissa tutkimuskuvaukset toteutettiin ja miten videointi vaikutti mahdollisesti neuvontasuoritukseen. Hoitajia askarrutti myös tulisinko tekemään vertailuja hoitajien kesken. Selvitin heille tutkimukseni tarkoituksen.

Videointitilannetta pidettiin tehtynä tilanteena. Yleensä neuvonta tällä osastolla toteutettiin potilashuoneessa sängyn vieressä, muiden potilaiden kuullen. Hoitajien mielestä tällaisessa sängyssä annetussa neuvonnassa potilas oli omalla yksityisellä reviirillään. Rauhallisten iltavuorojen aikana oli mahdollisuus antaa neuvontaa potilashuoneessa potilaan herättämien kysymysten pohjalta. Erään hoitajan mielestä myös muut huoneessa olevat potilaat saivat samalla tietoa. Hoitajat aristelivat kahdenkeskisiä keskusteluja potilaan kanssa. Potilaat eivät myöskään välttämättä olleet halukkaita tällaisiin keskusteluihin. Lääkäreille keskustelutuokiot olivat luonnollisia tapahtumia, mutta hoitajille ne olivat hieman ongelmallisia. Osastolla oli tapana, että vain intiimeistä asioista keskusteltiin kahdestaan. Tapaus kuudentoista hoitajan mielestä oli useita tapoja toteuttaa neuvontaa.

Toisen neuvonnan sisältö

Potilaana oli 62-vuotias konttorityöstä neljä vuotta eläkkeellä ollut nainen. Hän oli hakeutunut hoitoon rintakipujen vuoksi. Sairaalassa hänellä todettiin astma. Potilas ja hoitaja teittelivät toisiaan. Neuvonta kesti runsaat 20 minuuttia.

Keskustelun aluksi hoitaja kertoi neuvonnan sisällöksi veren rasva-arvot, kolesterolin. Neuvonnassa edettiin Ravitsemusterapeutti yhdistys ry:n Veren rasvoja alentava ruokavalion-ohjekirjasen mukaan. Ruoka-aineista käsiteltiin täysmaitotuotteet, liha ja lihajalosteet, jääkaappimargariinit, öljyt, leivonnaiset ja erilaiset juomat. Maidon ja rasvojen sopimattomuudesta vatsalle keskusteltiin muutama minuutti. Myös mausteet aiheuttivat kipuja potilaan vatsassa. Hoitaja

suositteli kalaa ja kertoi sen rasvattomat valmistusvaihtoehdot. Marjat todettiin yhdessä terveelliseksi ravinnoksi. Potilas kertoi, etteivät kaikki marjat sovi hänen vatsalleen, joistakin vanha sappivaiva saattoi aktivoitua. Hoitaja arvioi, ettei potilas ole ylipainoinen. Potilas ilmoitti, että painoa oli 10 kiloa liikaa. Hoitaja esitti toivomuksen, että potilas tekisi pysyvän muutoksen ruokavalioonsa. Ensimmäinen ohjekirja päättyi ja rasvoja koskeva esite oli seuraava keskustelun aihe. Potilas oli selvästi kiinnostunut tästä asiasta. Neuvonnan alkuosassa potilas esitti kolme kysymystä, rasvakeskustelussa 22 ja muistinmenetyksestä kaksi kysymystä. Hoitaja kysyi koko neuvonnan aikana 14 kertaa. Potilas ja hoitaja katselivat yhdessä rasvaesitettä. Rasvakeskustelun jälkeen hoitaja oli laittanut nauhurin pois päältä, mutta heidän keskustelunsa oli jatkunut dementiaasta.

Terveysneuvonnallinen keskustelu

Neuvonnan alussa hoitaja kertoi pitkään tuokion tavoitteesta. Keskustelutilaisuus oli järjestetty lääkärin toivomuksesta, koska potilaan rasva-arvot olivat vähän koholla. Hoitaja antoi positiivista palautetta potilaan ravitsemuskäyttäytymisen suotuisista muutoksista (ote 1, rivit 4 - 6).

Ote 1.

- 1 H: *No niin meillä on tarkoitus nyt keskustella näistä veren rasva-arvoista,*
- 2 *koska teillä oli todettu se 7,1 kolesteriarvo tällä sairaalareissulla.*
- 3 *Ja tää on ihan lääkärin aloitteesta niinkun tarkoitus, että me vähän*
- 4 *puhuttais näistä rasva-asioista. Ja tuota noin - se on jo hyvä muutos,*
- 5 *mistä tuossa kierrolla tuli puhe, että olitte vaihtanu sen voin tämmöiseen*
- 6 *kevyempään margariiniin - Keiju-margariiniin. ... [ka+]*
- 5 P: *Niin*

Hoitaja määrittäi terveyttä veren rasva-arvoja kuvaavien vierasperäisten käsitteiden avulla. Potilas tiesi runsasrasvaiset, ei suositeltavat maitotuotteet. Vieraskielisistä sanoista huolimatta potilas vastasi tietävästi hoitajan tuttavalliseen, teittelymuodossa esitettyyn kysymykseen (ote 2, rivit 6 - 7).

Ote 2.

- 1 H: *Tarvota välttämättä mitään lääkehoitoo ja tuota. Näillä veren rasvoilla-*
- 2 *han tarkoitetaan just sitä kolesterolia ja triglyseridiä, mitä mitataan*
- 3 *ihan verikokeilla.[vi+] Ja sitten voijaan huomata niitä korkeita arvoja.*
- 4 *... Tässä on tämmöiset yleiset periaatteet ensin lueteltu seittemän kohtaa,*
- 5 *ett käytetään vain vähän rasvaa ja rasvaisia elintarvikkeita. Ett mitä se sitten*
- 6 *käytännössä tarkoittaa, mitä tulis niinkun mieleen teille, mitä nää rasvaiset*
- 7 *elintarvikkeet esimerkiksi olis?[ka+]*
- 8 P: *No ehkä se nyt on ainakin täysmaito, täysvoi ja kaikki eläinrasvat yleensä*
- 9 *varmaan, luulisin.[ka+]*

Tässä keskustelussa potilas määrittäi omaa terveystään sairauksien kautta. Terveystuntemuksilla ja laboratoriomittauksilla saatiin sairaudet selville. Hän oli tietoinen, että ravitsemustottumukset voivat vaikuttaa terveystuntemuksiin. Veren rasva-arvojen alentaminen lääkehoidolla kiinnosti potilasta ja hän kiirehti kysymään hoitajan puheesta päälle (ote 3, rivit 4 - 5). Potilas kertoi, että häneltä oli määrätty eri kolesterolimuodot ja hyvää HDL-kolesterolia oli runsaasti. Hoitaja kehotti siitä huolimatta vähentämään rasvankäyttöä (ote 3).

Ote 3.

- 1 P: *No annetaanks tähän sitten, jos se oikein pahaks menee, niin*
 2 *oikein lääkehoito?[ka+]*
 3 H: *Voijaan käyttää lääkehoitoa, ett jos on sitt muitakin riskitekijöitä.*
 4 *Ja on pelättävissä just, (että tulee.[ka+]*
 5 P: *Niin että jotain liuotusainetta,) millä niitä liuotellaan?[ka+]*
 6 H: *Se on sellaista lääkeainetta, joka alentaa sitä kolesterolipi-*
 7 *toisuutta veressä ja niinkun pystytään vähentään niitä muutoksia*
 8 *siellä suonissa. Mutt ett ruokavalio on ihan (tärkee tekijä.[ka+]*
 9 P: *Niin että siitä) kaikkein parhaiten. Eihän ne lääkkeet tietysti ole*
 10 *tarpeen silloin, (jos sen pystyy muullakin.[ka+]*
 11 H: *Niin että), jos teilläkin oli pikkasen jo muutosta tapahtunu, ett se*
 12 *on (sinänsä hyvä asia.[ka+]*

Hoitajalla ja potilaalla oli hieman erilainen käsitys ylipainosta (ote 4, rivit 1 - 3). Potilas toi selvästi esille kuinka paljon hänen tulisi painaa. Hoitaja suositti rasvojen vähentämistä vähitellen. Laihdutuksen vaikeus oli jo potilaalle tuttua (ote 4, rivi 11).

Ote 4.

- 1 H: *Sitten tässä on vielä, että jos on ylipainoo, niin se laihduttaminen on.*
 2 *Mutta teillä nyt ei oo.[ka+]*
 3 P: *No kyllä mulla 10 kiloo on niinkun yli.[ka+]*
 4 H: *Omasta mielestä mutt ei varmaan (ihan.[ka+]*
 5 P: *Niin) kun mä en oo kun 155 pitkä, niin tuota - eihän mun tarviis kun*
 6 *55 kiloo ehkä painaa tai siinä paikkeilla. Mää 67, 68 painan niin kyllä*
 7 *mulla 10 kiloo on tullu lisää (siitä[ka+]*
 8 H: *Niin no) ehkä sitä kannattais miettiä sitten sitä, että näitä rasvoja*
 9 *vähentämällä sitä painoo sais myöskin pois. Niin sekin olis ihan edullista [ka+]*
 10 *Kaiken kaikkiaan se kunnolle ja voinnille.*
 11 P: *Kauheeta ottaa pois sitä se tulee yht'äkkiä monta kiloo.[ka+]*

Potilas oli tilanteessa kiinnostunut, koska hänellä oli omakohtainen tarve saada tietoa. Leivän päällä sekä ruuanlaitossa käytettävien levitteiden esittely ja sisältöjen läpikäyminen tapahtui vapaana yhteisenä keskusteluna. Neuvonnan lopussa potilas esitti 22 kysymystä ja hoitaja yhden. Hoitaja piti ohjekirjasta niin kaukana, että potilaan piti kurkotella nähdäkseen siihen. Hoitajan ja potilaan katseet kohtasivat aika ajoin. He vaihtoivat innokkaasti puheenvuoroja välillä puhuen toistensa puheesta päälle (ote 5, rivit 3 - 5, 8 - 9). Neuvonnan alussa hoitaja hallitsi keskustelua tietämyksellään ja asiantuntemuksellaan, myöhemmin hoitaja

vastaili leppoisasti osoittaen sisällöllisen asiantuntijuuden jättäessään ohjekirjasen tutkimisen.

Ote 5.

- 1 H: *Tästä esimerkiks puuttuu se Voilevi, mitä teillä kotona muuten käytetään.[ka+]*
- 2 P: *Ja mies käyttää sitä se maistuu vähän voille, mutta minusta se on tahmeeta.[ka+]*
- ...
- 3 P: *Onko se tää korkee kolesteroli, niin silloin paksu veri? Että hemoglobiini on*
- 4 *hurjan (korkeella semmoisella ihmisellä.[ka+]*
- 5 H: *No se ei siihen sinänsä vaikuta se) - ei se siihen hemoglobiinin määrään,*
- 6 *se ei vaikuta. Ett silloin kun hemoglobiini on koholla, niin silloin monesti*
- 7 *puhutaan siitä paksusta verestä.*
- 8 P: *Niin että hiussuoniin ei mahdu menemään (se veri?[ka+]*
- 9 H: *Mutt että) tää kolesteroli sinänsä, se vaikuttaa niihin verisuonten seinämiin.[ka+]*

Hoitajan tuttavalliset ja suostuttelevat kysymykset herättivät potilaan arvioimaan konkreettisesti omaa toimintaansa (ote 5, rivi 2, ote 6). Ruoka-aineiden valinnalle asettivat ehtoja myös muut perheen jäsenet, mies ja kotona vierailevat lapset (ote 6, rivi 4).

Ote 6.

- 1 H: *Sitten nää kaikki öljyt on kevyempiä verrattuna näihin just esimerkiks jääkaap.,*
- 2 *talousmargariineihin. Jos niinkun leivonnassakin käyttää. Ett vaikuttaaks se sitten,*
- 3 *jos ootteks te pullataikinaan (laittanu.[ka+]*
- 4 P: *No minä en oo,) kun ne ei tykkää pullataikinassa muuta (kun voista.[ka+]*
- 5 H: *Niin, joo).[ka+]*

Hoitajan selkeät ohjeet, potilas koki joissakin kohdin pieniksi moitteiksi. Potilas puolustautui kuunneltuaan hoitajan ohjeita ja kiiruhti vastaamaan hoitajan puheen päälle (ote 7, rivit 1 - 3).

Ote 7.

- 1 H: *Niin mutt ett jos sais ruokavalioon jonkun semmoisen pysyvän muutoksen.*
- 2 *Ett sillä (parhaiten saa sitä painoo laskeen.[ka+]*
- 3 P: *Mää mielestäni) syön niin paljon vähän ja, ja silläi mää syön aika paljon*
- 4 *kasviksia ja näin, että mää teen salaattia enkä sen kanssa käytä näitä rasvasia*
- 5 *kastikkeita, mitä - että mää syön sen melkein.[ka+]*

Potilas olisi vielä jatkanut innokkaasti kyselyä, mutta hoitaja totesi, että keskustelu voidaan lopettaa tähän. Potilasta vaivasivat muistikatkot, joista hän halusi aloittaa uuden kysymyssarjan. Hoitaja vastasi kahteen potilaan esittämään muistinmenetyksykysymykseen, jonka jälkeen nauhoitus oli katkaistu (ote 8).

Ote 8.

- 1 H: *Joo - mutta me voijaan tää varmaan nyt tähän lopettaa. Ja saitko siitä nyt tietoo.[ka+]*
- 2 P: *Kyllä mun mielestä mää aika paljon (semmoista.*

- 3 H: *Niin ja sitä kannattaa ite miettiä, kun tietää ne omat ruokahommansa parhaiten ja*
 4 *mitä niinkun ois mahdollista muuttaa. Ett eihän hirveen isoja muutoksia tarvii tehdä.[ka+]*
 5 P: *Mites sitten, jos tämä kolesteroli on kauheen korkeella, niin rupees sitten tulee nää*
 6 *muistikatkot, kun vanhemmiten tuppaa tää muisti heikentyyn.*

Potilaan haastattelu

Potilas oli viettänyt työntäyteisen elämän. Eläkkeelle jäätyään hän oli välillä ihmetellyt, miten oli selvinnyt päivästä toiseen kodin ja työelämän kiireissä. Elämä oli ollut niin kiireistä, ettei hän ollut ehtinyt sairastamaan eikä terveyttään hoitamaan. Eläkevuosina suvun sairaudet olivat herättäneet potilaan myös ajattelemaan sairauksia. Läheisten kuolemat olivat aiheuttaneet hänelle ahdistusta, jonka takia hän oli hakeutunut lääkärin hoitoon. Harrastukset piristivät päivien rutiineja. Potilas ei halunnut osallistua meluisiin ja rauhattomiin tilanteisiin, koska silloin hänellä ilmeni muistinmenetystä. Muistikatkot painoivat potilaan mieltä.

Neuvontatilanteen potilas oli kokenut miellyttäväksi ja hän oli saanut riittävästi tietoa. Hän ei jännittänyt, koska oli tottunut elämässään, että sitä oli mentävä läpi mistä suinkin pääsi.

Hoitajan haastattelu

Hoitaja kertoi, että hän oli edellisenä iltana katsonut ensimmäistä neuvontavideoa. Tähän neuvontatilanteeseen hän ei ollut valmistautunut eikä yleensäkkään valmistaudu etukäteen, koska hänen mielestään potilaan tarpeet määräävät keskustelun kulun. Hän oli kysynyt potilaalta edellisenä päivänä kuvausluvan ja oli kertonut neuvonnan sisällön. Tällöin jo potilas oli valittanut muistamattomuuttaan, jolloin hoitaja oli neuvonut kirjoittamaan kysymykset paperilapulle. Aviomies oli maininnut potilaan dementoituvan. Videoidun neuvontakeskustelun aikana potilas ei käyttänyt muistilistaa, mutta kun kamera oli laitettu pois päältä hän oli katsonut muistilappua.

Neuvonnassa hoitaja oli yrittänyt painottaa, että ruokavaliolla voidaan vaikuttaa veren rasva-arvoihin eikä kalliisiin lääkehoitoihin ensimmäiseksi kannattaisi ryhtyä. Ruoka-valion muutokset hän oli pyrkinyt tuomaan esille siten, että niitä voidaan muuttaa pikku hiljaa, jotta perheenjäsenet saadaan mukaan. Hoitaja oli lukenut kotona mielenkiinnolla eri rasvojen rasvapitoisuuksien vertailuja esitteestä, josta potilaan kanssa keskusteltiin. Hän oli huomannut, että potilas oli erityisen kiinnostunut erilaisista rasvoista ja niiden rasvapitoisuuksista sekä veren ominaisuuksista ja niiden vaikutuksista verenkiertoon ja suonitukoksiin.

Neuvontatilanteissa hoitaja haluaisi antaa tarkat ohjeet. Potilaan puheliaisuutta hän ei kokenut ongelmaksi, mutta hän olisi toivonut, että neuvonta olisi ollut ajallisesti lyhyempi. Neuvontatilanne oli miellyttävä. Hän vertaili ensimmäistä ja toista neuvontaa toisiinsa. Spesifiä vuorovaikutustaitojensa arviointia hän ei esittänyt. Hän oli omasta mielestään myös kohdistanut puheensa potilaalle ja saanut hänen huomionsa osakseen. Hoitaja arvioi uudelleen ensimmäistä neuvontaansa ja totesi, että potilas oli kuunnellut häntä.

Hoitaja mainitsi videoinnin hyväksi vuorovaikutustaitojen kehittämismenetelmäksi. Ensimmäisen neuvonnan katselu oli antanut suuntaviivat toisen neuvonnan toteutukselle. Nonverbaalisen viestinnän arviointiin hoitaja kertoi tällä koulutuksella olleen vaikutuksia. Oma työ ja aiempi koulutus olivat myös antaneet jonkin verran valmiuksia. Hoitaja oli mielestään oppinut tutkimusprojektin aikana. Ensimmäistä kuvattua neuvontaa hän piti enemmän keinotekoisena tilanteena kuin toista.

Hoitajan kirjallinen arviointi toisesta neuvonnasta

Hoitaja aloitti omien vuorovaikutustaitojensa arvioinnin kertomalla tilanteen kankeuden. Videonauhalla oli nähtävissä ja puheesta kuultavissa hoitajan pienoinen epävarmuus kahden ensimmäisen pitkän puheenvuoron aikana. Näiden lauseiden jälkeen hän vapautui. Potilas vastasi hoitajan esittämiin kontrollikysymyksiin selvästi ja oikein (ote 2, rivi 8). Neuvontatilanteessa käytettiin nonverbaalista viestintää vähän (otteet 1, 2). Hoitaja kannusti pienillä mutta säännöllisiksi tulevilla tavoilla ravitsemustottumusten muutoksiin (ote 4, rivit 8 - 10). Aiemmin esitetyt lainaukset ja potilaan kysymykset kertoivat potilaan aktiivisuudesta (ote 5). Videoinnin ulkopuolelle jäänyt keskustelu dementoitumisesta saattoi askarruttaa potilasta eniten. Kirjallinen arviointi perustui kolmeen katselukertaan.

Mitä hyvää omassa neuvontatilanteessa oli.

Aluksi vähän kankea. Potilas odotti kun selittelin alkuasioita. Kysymyksellä sain hänet mukaan. Rauhallinen luonteva tilanne. Asioita kerrattiin tarvittaessa. Yritin kannustaa häntä muutoksiin. Potilas halusi kysellä häntä askaruttavia asioita.

Neuvontatilanteiden kehittämishaasteeksi hoitaja näki ajan hallinnan. Hoitajan oli aiemmin maininnut kiireen ja ajanpuutteen.

Missä asioissa haluaisin vielä kehittyä.

Ajan hallinta. Esim. kysymyksille varattava aikaa

Hoitajan arvion mukaan tutkimusprojektini oli lisännyt hänen itseluottamustaan neuvontatilanteissa. Hän arvosti nyt neuvontatyötä enemmän kuin ennen tutkimusprojektiin osallistumista. Tutkimukseen osallistuminen oli ollut miellyttävä kokemus. Itsestäni tuntui mukavalta saada myös kehittävää palautetta. Olen tapaus kuudentoista hoitajan kanssa samaa mieltä, että tutkimuksessa olisi pitänyt varata enemmän aikaa konkreettisten videoitujen neuvontatilanteiden analysointiin yhdessä tutkittavien kanssa. Olin ollut hieman liian varovainen esittämään runsaampaa työajankäyttöä hoitajilta tähän tutkimukseen. Tutkimusprojektin keston palaute oli täysin päinvastainen kuin tapaus yhden hoitajan. Mielestäni nämä molemmat kommentit olivat oikeutettuja. Ne toivat esille ammatillisen kehittymisen yksilölliset variaatiot. Emme kehity kaikki samassa ajassa, samoilla menetelmillä samanlaisiksi.

Oletko löytänyt jotain uutta hyvää neuvontatilanteestasi ensimmäiseen nauhoitukseen verrattuna?

Oletko kehittynyt toivomissasi asioissa?

Olen saanut lisää itseluottamusta siitä, että tiedän paljon asioita ja osaan kertoa niistä potilaille. Olen myös saanut intoa kehittää vielä neuvontatilannetta ja järjestää niitä jatkossa ahkerammin.

Yleistä

Tosi mukavalta on ollut olla mukana tässä tutkimuksessa, eli tehdä oma osuutensa.

Lisää itseluottamusta. Opin myös, että opastaminen ja potilaan ohjaaminen on tärkeä osa työtämme.

Ehkä enemmän koulutusta. Etenkin konkreettista harjoittelua.

Tutkimuksen ajoitus tuntui aika pitkältä videoinnit olisi voinut tehdä pienemmällä aika välillä, näin teoria osuutta olisi voinut paremmin hyödyntää.

Oli mukavaa että sinulla oli innokas ote tutkimukseen, Sinulta sain itekin kannustusta.

Tarkastelu

Asiantuntijajohtoista ja potilaskeskeistä terveysneuvontaa

Molemmat neuvonnat rakentuivat pääosin osastolla käytetyn terveysneuvonta-aineiston mukaisesti. Tietoa siirrettiin neutraaleissa ilmapiireissä asiantuntijalta potilaalle. Instruktiivisten neuvontainterventioiden tarkoituksina olivat riskien välttämistiedot tai miten jo todetun sairauden aktivoituminen estetään. Terveys määrittyi menetyksien kautta. Lääketieteellisin keinoin terveys oli palautettavissa (vrt. Ingrosso 1993).

Ensimmäisen neuvonnan voidaan sanoa alkaneen kuten yleensä terveydenhuollon kontekstissa (mm. Heikkinen 1988, Heritage & Sefi 1992). Hoitaja vastasi keskustelun tavoitteen määrittelystä, mutta välittömästi sen jälkeen potilas hallitsi puhetta. Hän tiesi ummetusta ehkäisevät tekijät ja johti keskustelua puhumalla niistä asioista, joista halusi. Potilas otti mielellään aktiivisen toimijan roolin, päinvastoin kuin Häggman-Laitilan (1994) tutkimuksen potilaat. Henkilökohtainen näkemykseni ensimmäisestä neuvonnasta on sekava. Olen miettinyt kohtasivatko potilas ja hoitaja toisensa. Tulosten yhteenvetokritiikissä hoitaja ilmoitti kohdistaneensa puheensa juuri tälle potilaalle. Heidän katsekontaktinsa olivat lyhyitä ja vältteleviä. Neuvonta päättyi katseiden kohtaamattomuuteen. Suurimman osan ajasta potilas katseli ikkunasta ulos, ja muutenkin nonverbaalista viestintää käytettiin vähän. He puhuivat silloin tällöin toistensa puheen päälle, mutta eivät rohkaistakseen toisiaan keskusteluun vaan, erityisesti potilas, ottaakseen puheenvuoron itselleen (vrt. Hakulinen 1991). Kuten jo aiemmin olen kertonut, oma käsitykseni potilaan puheliaisuudesta oli, että hän halusi välttää arkaluontoisista aiheista puhumista. Toisaalta potilas saattoi osittaa myös omaa pätevyyttään, asiantuntemustaan ummetuskysymyksissä. Hän oli ottanut terveydenhuollon asiantuntijoiden puhettavan käyttöönsä (vrt. Heikkinen 1988, Heritage & Sefi 1992).

Toisen neuvonnan aloitus noudatteli perinteisen institutionaalisen keskustelun muotoa. Neuvonnan alussa hoitaja katsoi ohjekirjaseen ja hän jännitti muutamien alkurepliikkien aikana, mikä on tavallista keskustelussa (vrt.

Engeström 1990). Ensimmäistä ohjekirjasta hoitaja katseli itse eikä tarjonnut sitä potilaan tarkasteltavaksi. Ravintorasvoja käsiteltävän ohjekirjasen hoitaja levitti polviensa päälle niin, että myös potilas saattoi katsella sitä. He tutkivat yhdessä innokkaasti esitettä. Rasvakeskustelu oli molemmin puolin vapautunutta. Keskustelijat katselivat ja kannustivat toisiaan puhumalla hieman toistensa puheen päälle. Molemmat osallistuivat neuvonnan rakentamiseen (vrt. Tones ym. 1990, Shemeikka 1991, Ingrosso 1993). Tässä keskustelussa ilmeni jälleen, miten neuvontatilanteet ovat vuorovaikutusprosesseja. Vuorovaikutussuhteen laatu voi muuttua ja kehittyä neuvonnan aikana.

Toinen potilas toimi vastoin aiempien tutkimusten (mm. Cichon & Masterson 1993, Häggman-Laitila 1994) odotuksia. Hän vaihtoi kesken neuvonnan passiivisen kuuntelijan roolin aktiivisen terveystalvelujen kuluttajan osaan, johon sisältyi kysymysten esittäminen, väittelyt asiantuntijan kanssa tai omien mielikuvien julkilausuminen (vrt. Cichon & Masterson 1993). Hoitaja ei näyttänyt häkeltyvän potilaan keskustelustrategian muutoksesta, vaan omalta osaltaan aktivoi potilasta kysymyksiin. Hoitaja kertoi omasta kiinnostuksestaan leipärasvoihin ja siitä kuinka hän oli edellisenä iltana lukenut esitettä ja löytänyt itselleen uusia asioita, mikä saattoi rohkaista potilasta puhumaan. Kysymysten tulva ravintorasvoista ja veren ominaisuuksien vaikutuksista sydän- ja verenkiertoelimistöön voidaan tulkita myös Sundeenin ym. (1985) mainitsemaksi omien tietojen tarkistukseksi. Potilas ei suhteuttanut saamaansa tietoa omaan elämäänsä, vain joitakin kertoja muun perheen esittämiin vaatimuksiin. Hoitaja ei myöskään rohkaisut potilasta arvioimaan tiedon omakohtaista merkitystä. Potilaalla oli käydyn keskustelun perusteella todellisia tiedollisia puutteita rasvoista. Näkisin, että tässä neuvonnassa faktatietojen lisäys oli edellytys mahdolliselle myöhemmälle oppimaan oppimiselle. Oman toiminnan arviointi vaatii käynnistykseen tiedollisen ristiriidan oivaltamisen.

Hoitaja vältti potilaiden omien kokemuksellisten tietojen sekä elinympäristöjen hyväksikäyttöä terveyden edistämistyössä. Tulkintaani tukevat hoitajan haastatteluvastaukset. Hoitajan toimet potilaiden terveystalvelutytymisen reflektiivisen pohdinnan edistämiseksi olivat vähäiset. Passiivissa ohjekirjasen kautta, (esimerkiksi *tässä sanotaan--*) annetut ohjeet eivät kohdistuneet potilaiden elämään. Ensimmäisen potilaan ongelmana ei ollut tiedonpuute, vaan tiedon konkreettinen soveltaminen omaan elämään.

Potilaan emotionaaliset viestit koirasta ja pojasta eivät vaikuttaneet hoitajan viestintätapaan, vaikka hän haastattelussani kertoi havainneensa ne keskustelun aikana. Gordonin (1979) esittämä parantava keskustelu, jolla saadaan toinen tuntemaan olonsa paremmaksi, olisi voinut olla yksi lähestymistapa potilaan emotionaalisiin viesteihin yksinäisyydestä. Potilaan sosiaalisen kontekstin ymmärtäminen osana neuvontakeskustelua olisi luonut empaattiselle ilmapiirille edellytyksiä.

Hoitotieteellisen kirjallisuuden (mm. Sundeen ym. 1985, Leino-Kilpi ym. 1993) mukaan empaattisessa suhtautumisessa toinen henkilö nähdään juuri hänen henkilökohtaisessa sosiaalisessa maailmassaan. Hoitaja asettuu potilaan asemaan ja ymmärtää tilanteen potilaan lähtökohdista. Tällaista ymmärtämistä hoitaja toi julki yksinäisen ihmisen ruuanvalmistuskeskustelussa, vaikka yksinäisyydestä ei muutoin rohjettu puhua. Puheenaiheen välttely oli molemminpuolista. Tonesin

ym. (1990) elämänhallintaa tukevien strategioiden käyttö samoin kuin Kannaksen (1992) terveystkasvatuksen arkiterapeuttisen tehtävän toteuttaminen potilaiden toivomana tunnetuena (mm. Roter & Hall 1991, Cichon & Masterson 1993) olisivat olleet tarpeen. Toisaalta neuvonnan lopetuksena esitetyt toivomukset keskustelun jatkumisesta tarvittaessa osastolla saattoivat mahdollistaa tunnetuen.

Itsearvioinnit ja ammatillinen orientaatio

Hoitaja koki omien taitojen arvioinnin vaikeaksi. Hän ei tehnyt yksityiskohtaista arviointia vuorovaikutustaidoistaan vaan tarkasteli pääasiassa neuvontaa yleensä. Molemmat neuvonnat olivat rauhallisia keskustelutilanteita. Ensimmäisessä neuvonnassa kehittämishaasteeksi nousut potilaan aktivoiminen kysymyksiin, muuttui omaksi vahvuudeksi toisessa neuvonnassa, jossa potilas kysyi erittäin aktiivisesti erilaisista rasvoista. Nonverbaalisesta viestinnästä hoitaja arvioi parakielen ominaisuuksista puhenopeutta. Ensimmäisen neuvonnan suullisessa arvioinnissa hoitaja pohti käsitteellisen reflektion tasolla tiedon suhdetta potilaan toimintaan. Muutoin arvioinnit kertoivat tietoisuudesta omista havainnoista, niiden merkityksistä ja omasta käyttäytymisestä. Affektiivisen reflektion ilmeneminen oli vähäistä, samoin oman toiminnan syy-seuraussuhteiden sekä arvoasetelmien teko (vrt. Mezirow 1981).

Hoitajan esittämät kommentit mahdollisimman tarkasta neuvonnasta ja ohjekirjaseen rungon noudattamisesta kertoivat traditionaalisesta ja behavioristisesta ammattiparadigmasta ja noviisin toimintaperiaatteista, mutta maininnat potilaskeskeisestä neuvonnasta puhuivat tutkivasta työotteesta ja kehittyvän ammattilaisen toiminnasta (Zeichner 1983, Berliner 1988, Benner 1989, Ropo 1991). Hänen toimintansa kuvastaa Picklen (1985) mukaan ammatillisen kehittymisen tiedostamista ja kehityskulun alkua. Hoitajalla oli ristiriitainen käsitys tutkivasta ja sallivasta neuvontakäytännöstä. Ensimmäinen neuvonta oli edennyt vastoin alkuperäissuunnitelmaa, mutta se ei ollut hoitajan viimeisimmän itsearvioinnin perusteella häirinnyt häntä. Hoitajan mukaan toisessa neuvonnassa ei otettu huomioon potilaan kotitaustaa. Vuorovaikutus rakentui, sairaalan käytäntöjä varten eikä niinkään tutkivaan ja kehittyvään työotteeseen perustuvaan paradigmaan yksilön kasvun ja kehityksen tukemiseksi. Epävarmat vastaukset tulkitsen hoitajan ammatillisen kehittymisen kasvusilmuiksi.

5.3 Vuorovaikutuksen rakenteista

5.3.1 Reflektiivisten kysymysten rakenteesta

Reflektiivisyys käynnistyy

Tutkimuksen mukaan neuvonnat, joissa potilas arvioi omaa toimintaansa, alkoivat siten, että hoitaja totesi nykyisen tilanteen. Oteessa 1 keskustelu jatkui hoitajan tarkistuskysymyksellä astmapotilaan lääkesumuttimen käytöstä (ote 1, rivi 2). Välittömästi potilaan vastauksen jälkeen seurasi tuntemuksia käsittelevä kysymys (ote 1, rivi 4 - 7). Keskusteluissa hoitajien kysymykset olivat usein

menneen ajan, tämän hetkisiä tai tulevaisuuteen orientoituvia terveyden hoitoon liittyviä kokemus- ja tuntemuskysymyksiä, jotka ohjautuivat potilaan puheen mukaan. Nonverbaalinen viesti tuki sanallista ilmaisua ja neuvonta oli yleisolemukseltaan rauhallinen ja turvallisuutta henkivä (ote 1, vrt. myös tapaus yksi, ensimmäinen neuvonta).

Ote 1.

- 1 H: *Mää tästä rondosta sulle; on nyt tämmönen kotia tota tai ollukin jo kotona,*
 2 *onks sulla kauan tää?[ka+]*
 3 P: *Joulusta asti.[ka+]*
 4 H: *Joo katotaan tätä vähän kumminkin vielä. Täähän on semmoisessa;*
 5 *sen tai niinkun paljon kätevämpi, kun pelkkä piippu, että - että täällä*
 6 *on sellainen lääke joka sitten karkaamaan täältä, niin saa niinkun rauhassa*
 7 *ottaa ja. Ooks sää kokemu (tään hyväks?[ka+]*
 8 P: *Olen minusta)se,tulee niinkun hienojakoisempänä ...[ka+]*

Useat hoitajien kysymykset alkoivat suostuttelevasti ja tunnustelevasti *onks, no mitäs, miltäs nyt tuntuu, heräs vaan kysymys* (ote 1, rivi 2, ote 2, rivi 1). Potilaan ääneenajattelun aikana hoitaja tuki hänen pohdiskeluaan vähän päälle puhuen, pienin äännähdyksin, katsekontaktilla ja päännökökkäyksillä (ote 1, rivit 7 - 8).

Otteessa 2 (rivi 1) esiintyi kolmas yleinen piirre reflektiivisyyttä herättäneissä kysymyksissä. Hoitaja kutsui esiin potilaan asiantuntemusta. Hän esitti kysymyksen valmiina vaihtoehtona ja odotti siihen potilaan vastausta. Potilas sai myös rauhassa kertoa omia näkemyksiään.

Ote 2.

- 1 H: *Joo. Ooks sää tota, sulla on mukana tää ihan sitten, kun sää lähet johonkin?[ka+]*
 2 P: *Oo mulla aamulla aina; mää jos kirjastoonkin menen, niin mää otan. Mulla on*
 3 *semmonen laukku, minkä mää laitan noi kaiken varalta. Ja se Salbuvent on ainakin*
 4 *siinä ilman muuta sitten mukana. En oo koskaan joutunu missään vielä käyttämään;*
 5 *ei tätä nyt puolta vuotta oo aikaa, kun toi on annettu mulla, mutta kyllä se on*
 6 *nyt tärkeä. Yhtä tärkeä kun rahapussi.[ka+/nauraa]*

Epäsuorat, hypoteettiset, menneeseen tai tulevaan toimintaan liittyvät kysymykset, joissa hoitaja pyysi potilasta arvioimaan tilannetta rakensivat myös potilaan itsearvioivaa ajattelua (ote 3, rivit 4 - 6, vrt. myös tapaus yksi, ensimmäinen neuvonta, ote 7). Tilanteessa painottui omakohtaisuus, aikaisempien tietojen ja kokemusten hyväksikäyttö, esimerkiksi otteessa 3 hengenahdistuksen syyt (rivit 1 - 6) ja lääkkeen käyttö sekä lääkesumuttimen huolto (rivit 9 - 11). Hoitaja ei asettanut kyseenalaiseksi potilaan tietoja vaan pikemminkin hyväksyi potilaan ja hänen mielipiteensä sellaisenaan.

Ote 3.

- 1 P: *Että mullahan koko kevättalvi, niin hyvä että niitä vähennettiin niitä lääkkeitä,*
 2 *kun mulla ei; minä nukuin yöt ja eikä mulla ollu hengenahdistusta yhtään, eikä ottanu*
 3 *pakkanen henkeen, vaikka testasin pakkasessa kovalla kävelyllä. Mutta sitten nyt sain*

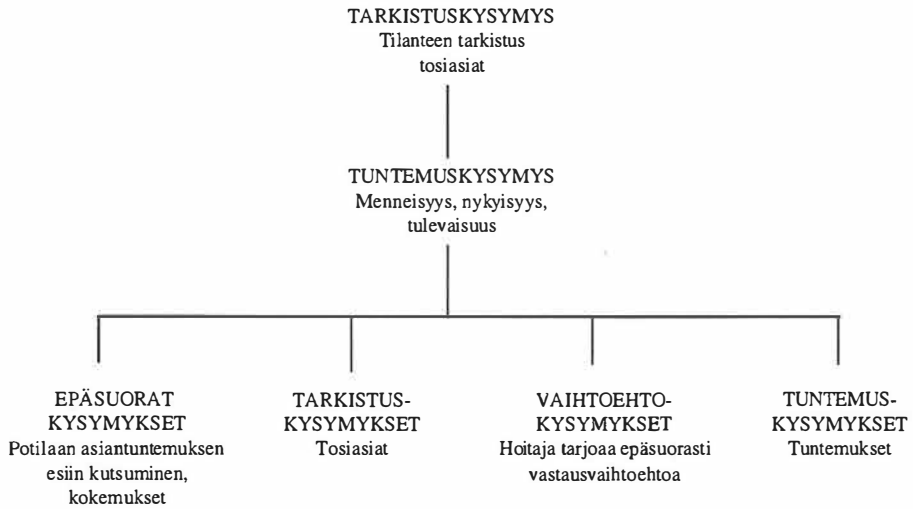
- 4 pikkusen ehkä flunssaa - omaa tyhmyyttäni ja nyt nämä pölyt kun tuli nämä ulkopölyt
 5 kovasti, niin sitten se rupes rahiseen ja sitten sitä mukaan ahdistaan, että sitten
 6 tuntu, että ne ei auta. Eivätkä auttaneet enää sitte.[ka+]
 8 H: Ett lisätään sitten.[ka+]
 9 P: Joo nyt se lisäs Salbuventiä; on tuota kaks tupsautusta neljästi.[ka+] Mutta
 10 mielestäni hyvin kätevä ja hyvä laite. Voi vaikka matkoilla, kun sen voi noin
 11 pieniin osiin purkaa.
 13 P: Tuossa saa suojattua tuon, että se ei oo epähygieeninen
 14 ...[katsoo sumutinta]

Reflektiivisyyttä edisti myös, jos hoitaja rohkaisi potilasta esittämään kysymyksiä (ote 4, rivit 1 - 2). Hoitaja kuunteli potilaan puhetta, joka ohjasi hoitajan seuraavan kysymyksen asiaan. Potilas osallistui keskustelun rakentamiseen (ote 4, rivit 4 - 9). Osaston toimintaohjeet eivät rajanneet neuvontatilannetta, vaan potilaan ilmaisut ohjasivat keskustelun kulkua. Potilas rohkeni ilmaista myös epätietoisuutensa.

Ote 4.

- 1 H: Joo. Oliko sulla muuta sitten tällamoista, mitä sun piti kysyä?[ka+/-...]
 2 P: No en, en oikeestaan niinkun sen iltalääkkeen, mutt mä en oo oikein päässy
 3 siitä perille, että olisko se niin tärkeä, että se otettais aina samaan aikaan.[ka+]
 ...
 4 H: Ooks sää tähän. Puretaan tästä, varmaan oot joutunu purkaankin. Näin saa pestyä,
 5 että ihan saippuavedella pestä tämä ja kun tätä hegittelee[.../katsoo sumutinta]
 6 P: Täytyy se puhdistaa; tiivistettä ei saa auki, jos sitä kovin kauan pitää
 7 [.../katsoo sumutinta]
 8 H: Niin, joo. Ooks sää kuinka usein?[ka+]
 9 P: No en joka viikkokaan[ka+]

Reflektiivisten kysymysten kulun voisi tiivistää kuvion 3 mukaan. Tarkistus- ja tuntemuskysymykset esiintyivät keskustelujen alussa, joista edettiin vaihtoehtoisesti potilaiden vastausten mukaan, joko epäsuorilla, tarkistus- tai vaihtoehtokysymyksillä. Tuntemuksiin ja kokemuksiin palattiin neuvonnan aikana potilaan puheen johdattamana. Keskeistä reflektiiviselle keskustelulle oli hoitajan ja potilaan nonverbaalisen viestinnän tuki sekä leppoisa ilmapiiri neuvonnan aikana, jota kuvastivat sanavalinnat, epämuodollinen puhe (otteet 1-4). Videomateriaali oli tukemassa ilmapiirin tulkintaa. Sen dokumentointi perinteisellä tavalla oli osin mahdotonta.



KUVIO 3 Reflektiivisten kysymysten eteneminen neuvontatilanteessa.

Reflektio ei käynnisty

Neuvontatilanteet, joissa potilas tyytyi vastaamaan vain lyhytsanaisesti hoitajan esittämiin tosiasiatietoa vaativiin kysymyksiin, olivat usein muodollisia, osaston toimintaohjeista ohjautuvaa vuorovaikutusta (vrt. esim tapaus kymmenen). Nonverbaalisella viestinnällä oli vähäinen osuus keskustelujen tukemisessa. (ote 1) Neuvontatilanteessa hoitaja ei kuunnellut potilasta tai ei ottanut potilaan viestiä huomioon. Reflektiivisellä pohdinnalla alkanut keskustelu saattoi tyrehtyä, josta esimerkkinä on tapaus yhden toinen neuvontatilanne (ote 1, rivit 10 - 15. s. 58).

Neuvonta alkoi usein toteamuksella, missä tilanteessa oltiin, esimerkiksi leikkauslistalla, ja hoitaja pyysi varmistusta asiaan potilaalta. Puheessa vilahteli latinankielisiä sanoja ja hoitaja esitti valmiita vaihtoehtoja potilaan vastattavaksi. Oteessa 1 keskustelua ohjasi anestesiaa varten suunniteltu lomake (ote 1).

Ote 1.

- 1 H: *Te ootte huomisella leikkauslistalla ja atroskopia olit tuo polventähystys tarkotus*
 2 *tehä, eikö niin?*
 3 P: *Joo*
 4 H: *Kumpi polvi on kyseessä?[ka+]*
 5 P: *Vasen polvi*

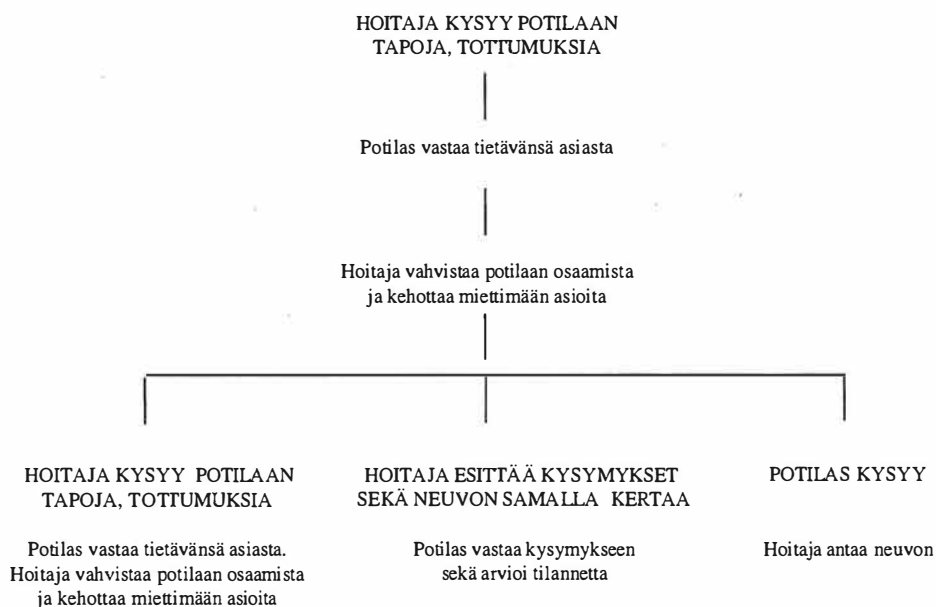
Hoitajat selvittivät potilaan omaa terveydenhoitoa vaihtoehto- tai tarkistus-kysymyksillä. Oteessa kaksi hoitajan yritykset potilaan asiantuntemuksen esille saamiseksi eivät onnistu. Hän esitti ilman katsekontaktia passiivimuodossa

kysymyksen ruokavaliosta. Potilaan vastaukset olivat lyhyitä ja toteavia. Hoitaja jatkaa puhetta kertomalla oikeat vaihtoehdot kysymättä, miten potilas oli yrittänyt noudattaa ruokavaliota (ote 2).

Ote 2.

- 1 H: *Mites muuten tää kuidun osuus niinkun ruokavaliossa; leipä, puuro nää?*
- 2 *Tulee hypää kuidun lähdeettä.*
- 3 P: *Koitan niitä syödä.*
- 4 H: *Niin ett tummaa leipää, sitten taas vaalee, valkonen, vehnä jauhoista leivottu leipä ja sokeri*
- 5 *varsinkin, niin kovettaa sitten enemmän sitä mahaa.*

Potilaan aktiivista pohdintaa rajoittavan keskustelun rakenteen voisi tiivistää kuvion 4. mukaisesti. Alun tarkistuskysymystä seurasi joko uusi tarkistus- tai vaihtoehtokysymys. Hoitaja tiedusteli yksinkertaisia tosiasiatietoja sairaalassa tapahtuvia toimenpiteitä tai omaan terveydenhoitoon liittyvissä asioissa rutiiniksi sovittujen kaavojen mukaisesti. Potilaan omia tuntemuksia ja kokemuksia sairauden tai terveyden hoidosta ei tiedusteltu.



KUVIO 4 Ei-reflektiivisten kysymysten rakenne neuvontatilanteessa.

Tarkastelu

Reflektiivisten kysymysten ja vastausten katkelmat sisälsivät Nuolijärven (1990) mainitsema spontaaneja arkikeskustelun piirteitä. Hänen mukaansa keskustelut tulisi nähdä jatkumoina, joilla esimerkiksi erilaiset asiakaskeskustelut sijoittuisivat jonnekin arkikeskustelun ja institutionaalisen keskustelun välimaastoon. Haastattelutyypiset kysymykset rohkaisivat potilaita tunteiden ja tuntemusten

ilmaisuun (vrt. Tomm 1988, Silverman ym. 1992). Reflektiivistä oppimista tukeneet kysymykset olivat suostuttelevia ja tuttavallisia. Niissä oli usein tunnuserkinä suomen kielelle tyypillinen pragmaattinen *s* (onks, miltäs) (Hakulinen & Karlsson 1988, 288, Keravuori 1988). Tämä kysymysmuoto on todettu kuulijaa aktivoivaksi (Keravuori 1988). Tommin (1987b) mukaan ne ovat reflektiivisiä kysymyksiä ja niiden tarkoitus on aktivoida potilas arvioimaan ja ajattelemaan omaa toimintaansa. Reflektiivisiä kysymyksiä on usean tyyppisiä. Tomm (1987b) jakaa ne kahdeksaan ryhmään: tulevaisuuteen suuntautuneet, ulkopuolisen tarkkailijan näkökulmasta esitetyt kysymykset, odottamattomat muutokset kysymyksen asettelussa, epäsuorat kysymykset, normatiiviset kysymykset, eroja etsivät kysymykset ja prosessin arviointiin liittyvät kysymykset. Jokainen edellä esitetty kysymystyyppi sisältää myös alakategorioita, joilla aktivoidaan yksilön itsearviointia oman toiminnan aikomuksista ja tarkoituksista sekä omista tunteista. Tommin esittämistä kysymystyypeistä, useimmiten tässä aineistossa esiintyivät tulevaisuuteen orientoituvat ja hypoteettiset kysymykset sekä kysymyssarjat (ks. Poskiparta 1996).

Kysymyksiä esittäessään hoitajat hymyilivät ja katsoivat potilaisiin sekä käyttivät parakielisiä keinoja tukemassa viestiään. Emotionaalinen ilmapiiri oli suosiollinen potilaan itsearvioinnille (vrt. Tomm 1988). Kysymykset, jotka vaativat emotionaalista ja älyllistä sitoutumista tukevat kriittistä ja luovaa ajattelua (Hakkarainen 1995). Aiemmissä tutkimuksissa (mm. Silverman ym. 1992, Weijts 1993, Peräkylä 1994) on jo todettu tunteista ja peloista keskustelut potilaille merkityksellisiksi asioiksi. Tilanteissa, joissa ei käsitelty esimerkiksi potilaan selvästi ilmaisemia huolenaiheita (tapaus yksi neuvonta kaksi, ote 1) potilaan reflektio ei käynnistynyt. Tommin (1988) mukaan mieltä painavat asiat olisi ensin käsiteltävä, jotta oman toiminnan arviointi käynnistyisi. Pelkkä tunteiden ilmaisu ja niistä puhuminen ei kuitenkaan riitä, jos pyrimme terveysneuvonnassa tuloksellisuuteen. Yksilöiden tulisi kriittisesti arvioida omia tunteuksiaan ja terveyskäyttäytymistään, jotta elintavoissa tapahtuisi muutoksia ja yksilöt ymmärtäisivät tunteitaan ja olisivat elämänsä hallitsijoina omissa elinympäristöissä (vrt. Inghosso 1993, Tones 1993). Hoitajan tulisi tarvittaessa käynnistää potilaan kriittinen reflektointi ja tukea häntä prosessin aikana.

5.3.2 Neuvot ja ohjeet

Potilaan tarpeet ohjaavat neuvoja

Vastavuoroisissa neuvontasuhteissa tai keskustelun osissa, joissa potilaat toivat esille omia tietojaan ja tuntemuksiaan, hoitajat esittivät ensin tarkistuskysymyksen vallitsevasta tilanteesta tai potilaan aikaisemmista tavoista ja tottumuksista tai tuntemuksista (ote 1). Tämän jälkeen hoitajat esittivät omat neuvonsa asiaan. Hoitajat vahvistivat neuvoillaan potilaan ilmaisemaa tietämystä.

Ote 1.

1 H: *Joo mites sitt, niin se on se vesi se ruokajuoma?*

- 2 P: *Vettä olen yleensä tai jos, jos teen kotikaljaa, niin sitä otan. Mutta mää*
 3 *sitä viitti tehdä, että sehän lihottaa kanss, että jos sitä jatkuvasti syö.*
 4 H: *Niin siinä on sokeria ja sitten siinä on sitä (mallasta käytetty[ka+])*

Tiedonjakamista ja ohjeiden antamista tapahtui keskustelun aikana myös potilaan reflektiivisessä pohdiskelussa. Hoitaja tuki potilaan oivallusta yksilöllisestä, refleктоivasta oppimaan oppimisesta äänenpainoilla esitetyillä kysymyksillä ja nonverbaalisella viestinnällä. Potilas mietiskeli, harkitsi ja arvioi aiempia kokemuksiaan, esimerkiksi taukovoimistelusta, ja miten hän voisi tässä uudessa tilanteessa käyttää taitojaan hyväkseen (ote 2).

Ote 2.

- 1 H: *Onks teillä siellä töissä mitään taukovoimistelua viritelty?[ka+]*
 2 P: *Tota, joo meillä on tavallaan kylläkin, et ties mullakin siihen olis*
 3 *mahollisuus ja joskus jopa olen harvan kerran siihen osallistunukin.*
 4 *Mutta tuota se ei oo niinku mun työyhteisöni, joka lähtee (siihen*
 5 H: *mmm)*
 6 P: *vaan se on sieltä, niinkun meidän tuotannon puolelta ...*
 ...
 7 P: *.. nii ei meidän tuu lähettyä, ei meitä tuu kukaan koputtamaan olka-*
 8 *päähän, että nyt lähete [ka+(käi+)]*
 9 H: *Joo tunneks sää olevas ylimääräinen siinä toisten, toisen työyhteisön (porukassa[ka+])*
 10 P: *En) millään tavalla...*
 ...
 11 H: *No se jääköön sulle hautumaan, et se tulee varmaan olemaan semmonen,*
 12 *mistä ajan kanssa voisit hyötyä kyllä.[ka+]*

Neuvoja annettiin myös kysymyksen muodossa. Hoitaja saattoi rohkaista potilasta tuottamaan ja etsimään vastauksia omassa kotiympäristössä tapahtuviin harrastuksiin ja töihin (ote 3, rivit 1 - 2). Neuvot ja ohjeet hoitaja antoi yksilöllisesti ja pyysi potilasta aistimaan omia tuntemuksiaan (ote 3, rivit 4 - 5, 8).

Ote 3.

- 1 H: *No siitä kävelystä; mites sä luulisit, oot sää yhtään ajatellu kotona*
 2 *löytyyks teiltä semmoista jotain hyvää lenkkiä, missä ei nyt olis heti*
 3 *kauheen korkeita ylämäkiä eikä raskaita taipaleita?[ka+]*
 4 P: *Kyllä varmaan, tietysti ihanne olis se, että olis joku metsäpolku olemassa.[ka+]*
 ...
 5 H: *Mutt se soveltuu joka hetkeen, että pystyy kävelemään ja puhumaan ja ei; kyllähän*
 6 *se pieni hengästyminen tulee sieltä, mutta että ei oo sellaista, että sanat rupee*
 7 *katkeilemaan.[ka+]*
 8 P: *Just.[ka+/kuiskaten]*

Ominaisia piirteitä vastavuoroisten keskustelujen osille olivat myös potilaiden kysymykset. Potilaat pyysivät hoitajilta neuvoja (otteet 4 ja 5). Oteessa 5 riveillä 8 - 10, potilas myös arvioi hoitajan antamaa ohjetta lääkkeiden käytön välttämisestä ja on yhtymässä hoitajan ajatuksiin. Kiinteä katsekontakti tuki vuorovaikutussuhdetta.

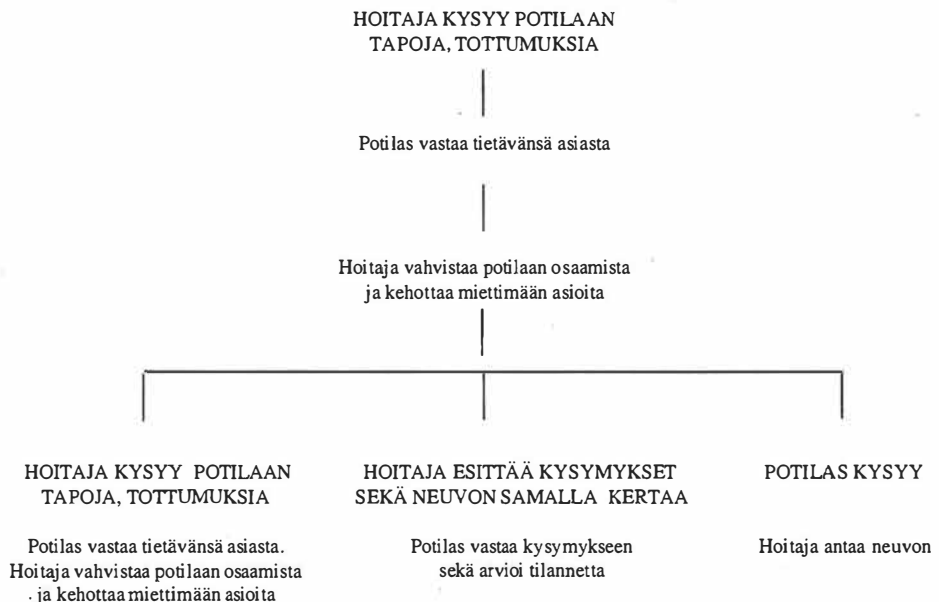
Ote 4.

- 1 H: *Että jos vuotoo alkaa olla enemmän niin sitten pitää ottaa tänne yhteyttä.*
 2 *Ja sitä vartenkin oon aina näille toimenpidepotilaille antanu tään numeron,*
 3 *että sitten voi niinku ihan huoleti soittaa, jos alkaa mietityttää, että*
 4 *onks tää nyt oikein vai ei [ka+/käi+]*
 5 P: *Joo. Mites sitten eihän tämä kuukautisiin, kuukautisten ailkamispäivään vaikuta?[ka+]*
 6 H: *Kyllä se vähän voi sekottaa. ...*

Ote 5.

- 1 P: *No annetaanks tähän sitten, jos se oikein pahaks menee, niin oikein lääkehoitoo?[ka+]*
 2 H: *Voijaan käyttää lääkehoitoo, ett jos on sitt muitakin riskitekijöitä. Ja on pelät-*
 3 *tävissä just, (että tulee.[ka+]*
 4 P: *Niin että jotain liuotusainetta,) millä niitä liuotellaan?[ka+]*
 5 H: *Se on sellaista lääkeainetta, joka alentaa sitä kolesterolipitoisuutta veressä*
 6 *ja niinkun pystytään vähentään niitä muutoksia siellä suonissa. Muttt ett ruokavalio*
 7 *on ihan (tärkee tekijä).[ka+]*
 8 P: *Niin että siitä) kaikkein parhaiten. Eihän ne lääkkeet tietysti ole tarpeen silloin,*
 9 *(jos sen pystyy muullakin).[ka+]*
 10 H: *Niin että), jos teilläkin oli pikkasen jo muutosta tapahtunu, ett se on (sinänsä*
 11 *hyvä asia).[ka+]*

Vastavuoroisissa neuvontasuhteissa hoitajien ohjeet ja neuvot etenivät kuvion 5 mukaisesti.



KUVIO 5 Ohjeiden etenemisen rakenne vastavuoroisessa neuvonnassa.

Neuvonnat alkoivat hoitajien kysymyksillä potilaan tavoista ja tottumuksista. Potilaat vastasivat tietävänsä asiat. Hoitajat tukivat nonverbaalisilla ja sanallisilla viesteillä vuorovaikutusta. Tämän jälkeen neuvojen anto eteni kolmella vaihtoehdoisella tavalla. Keskustelu saattoi jatkua edelleen hoitajan kysymyksellä mutta samassa puheenvuorossa hoitaja saattoi esittää myös neuvon potilaalle. Antamassaan vastauksessa potilas arvioi esille nostettua asiaa. Kolmantena vaihtoehtona potilas saattoi itse pyytää kysymyksellä hoitajalta neuvoja.

Sairaalan rutiinit neuvojen ohjaajina

Neuvontatilanteissa, joissa sairaalan rutiinit määräsivät toiminnan, ohjeet annettiin vedoten käytössä oleviin ohjekirjeisiin. Näissä tilanteissa potilas oli usein kuuntelijan roolissa ja hoitaja selvitti lähes yksinpuheluna ohjekirjaseen sisältöä. Potilas ei ilmaissut tiedon tarvettaan ja usein hän myös tunsu tulleen moitituksi annettulla ohjeella. Oteessa 1 potilas kiiruhtaa puolustautumaan jo hoitajan puheen päälle (ote 1, rivi 6).

Ote 1.

- 1H: *Joo et sitten tässä ohjeessa on tää, että rajoitetaan runsaasti koles-
2 terolia sisältäviä elintarvikkeita; kananmunankeltuainen, sehän on
3 semmoinen tunnettu, maksa, munuaiset. Ja tässä on nyt kolesterolin
4 saanti vähenee myös, kun vähennetään toisankin maitorasva, liha ja
5 lihavalmisteiden osalta, niin jotain muutoksia siihen ruokavalioon (just tosta[ka+]
6 P: *Minä en ole moneen vuoteen syöny maitoo,)* kun ihan mitä jossain [ka+]*

Hoitajat esittivät kysymyksiä potilaiden aikaisemmista kokemuksista ja antoivat heidän aluksi lyhyesti vastata kysymyksiin, mutta hoitajat eivät malttaneet kuunnella potilaiden puhetta vaan ryhtyivät neuvomaan, miten tilanteissa tulisi toimia. Oteessa 2 äidille rintatulehdusten hoito on jo tuttua asiaa, mikä ilmenee hänen lyhyessä "joo" -vastauksessaan.

Ote 2.

- 1 H: *Onko sulla ollu mitään rintatulehduksia taikka semmosia?[ka+]
2 P: *Ei oikein, että joskus on niinkun pikkasen ollu tukossa, (mut sitten[ka+]
3 H: *Sää muistat) sen, että kuumalla vedellä tiputtelee niitä ja jos sitt tulee
4 niitä tulehduksia, niin se on tärkeätä, että rinnat täytyy saaha tyhjäksi
5 P: *Joo****

Neuvoja annettiin myös potilaiden niitä pyytämättä. Hoitajien esittämiin kokeiluehdotuksiin ei liittynyt nonverbaalisen viestinnän tukea. Potilaat saattoivat myös epäsuorasti pyytää vahvistusta omalle tietämykselleen (ote 3). Oteessa kolme ohjekirjaseen järjestyksessä neuvoja antaessaan hoitaja pyrki saamaan potilaaseen katsekontaktin, harvoin onnistuen. Oteessa 4 äidin tietämys lapsen imettämistä ja rintojen hoidosta tulee selkeästi esille. Hoitaja on kuitenkin innokas kertomaan omaa tietämystään ja ohjaa, miten äidin tulisi toimia.

Ote 3.

- 1 H: *Tässä on tämmönen Pajalan aamupuurokin; siinä on vettä, pellavansiemeniä, luumua,*
 2 *aprikoosia, grahamjauhoja, ruishiutaleita, leseitä. Näitä kaikkia voi kokeilla[ka+]*
 3 P: *Tais olla eilen meillä; se oli hyväntuntuinen[ka+]*

Ote 4.

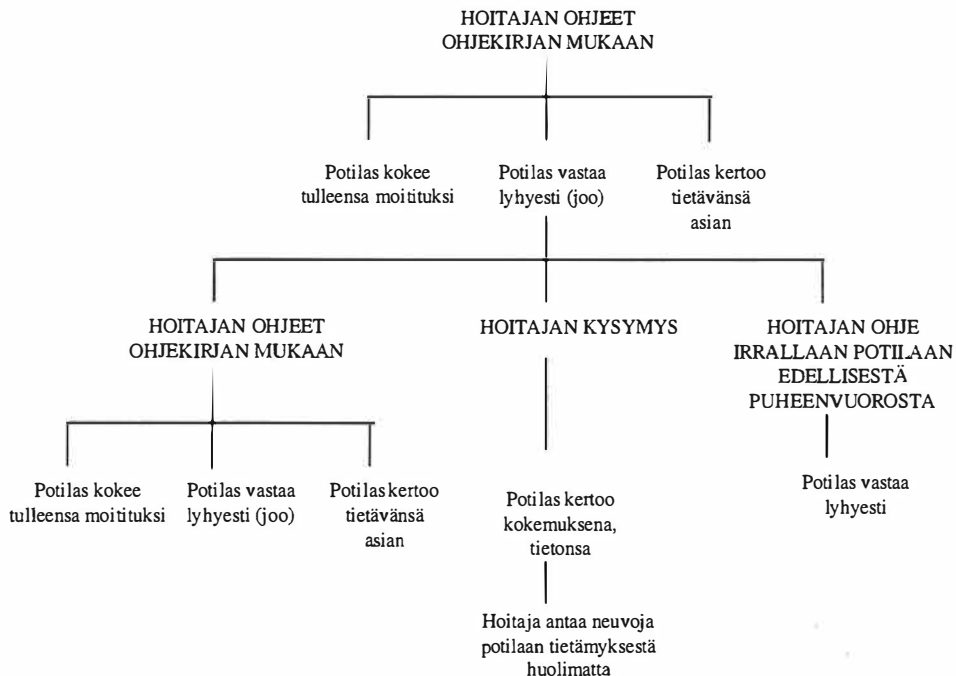
- 1 P: *Ja kun se imee sen tarpeensa sitt se lopahtaa ja päästää irti ja oikeestaan*
 2 *nukahtaa, niin mun mielestä se nyt on sillon saanut riittävästi[ka+]*
 3 H: *On joo. Että nyt vaan sitten vuoron perään alat sen imettämisen.*
 4 *Onks ne rinnan päät ihan kunnossa?[ka+/kä+]*
 5 P: *On joo. Ei siinä oo mitään.[ka+]*
 6 H: *Purista siihen aina se maitotippa siihen rinnan niinkun suojaks, rinnan pään*
 7 *suojaks, niin se on ihan hyvä...[ka+/kä+]*

Hoitajien ohjeet eivät välttämättä kytkeytyneet potilaan aikaisempaan puheeseen. Oteessa 5 potilas on kertonut vierailustaan pojan luona Kauko-Idässä ja miten hän oli siellä ollessaan harrastanut liikuntaa. Hoitaja kääntää puheen kuitenkin kuituihin ja säännöllisten ruoka-aikojen merkityksiin.

Ote 5.

- 1 P: *No ulkoilua pelkää oli. Oli keskellä talvee*
 2 H: *Joo ja just sitten, että kun tulis paljon sitä kuitua ja että se olis*
 3 *säännöllistä se ruokailu, että ois niinkun (säännölliset ruoka-ajat.[ka+]*
 4 P: *Joo niin on). Siinä tuleekin usein näin kun on yksinään, (ei tahdo olla sitä.*

Neuvontatilanteet, jotka olivat hoitajien yksipuolisessa hallinnassa alkoivat ohjekirjeiden mukaisilla neuvoilla. Tämän jälkeen neuvot etenivät joko edelleen ohjekirjan mukaan tai hoitajan esittämällä tiedontarve kysymyksillä. Potilaan antamasta vastauksesta huolimatta hoitaja antoi neuvoja. Ohjeita annettiin myös irrallisina potilaan puheeseen kytkeytymättöminä vuorosanoina. (Kuvio 6).



KUVIO 6 Ei vastavuoroisen neuvonnan ohjeiden rakenteet.

Tarkastelu

Neuvojen ja ohjeiden antaminen on kysymysten lisäksi yleisimpiä terveysneuvonnan sisältöjä. Informaation antamisella voidaan tukea potilaan päätöksentekoa ja oman toiminnan arviointia (Roter 1989). Keskustelutilanteet, joissa potilaat arvioivat omia toimintojaan alkoivat motivoivan haastattelumenetelmän strategialla (ks. Rollnick ym. 1992), potilaalta kysyttiin omaan elämään liittyvistä tavoista ja tottumuksista. Hoitajat suhtautuivat hyväksyvästi potilaiden tietämykseen. He vahvistivat nonverbaalisilla viesteillään potilaita jatkamaan kerrontaansa tukien näin potilaiden itsearviointia (ks. Sundeen ym. 1985). Neuvot ja ohjeet kytkeytyivät potilaiden tietämykseen ja puheeseen. Useat potilaat tässä aineistossa tiesivät jo neuvontatilanteeseen liittyvistä asioista ja hoitajat välttivät jo potilaiden tietämien asioiden toistamista. Hoitajat enemmänkin tukivat potilaiden oivallusta reflektiivisestä oppimaan oppimisesta (ks. Mezirow 1991, Jarvis 1992a) ja terveyttä edistävästä elämäntavasta (vrt. Ingrosso 1993). Potilaat myös kysyivät hoitajilta neuvoja, mikä onkin melko yleinen potilaiden toimintamuoto terveydenhuollon käynneillä (ks. mm. Roter 1989, Weijs 1993).

Ei-vastavuoroiset neuvontatilanteet sisälsivät Heritagen ja Sefin (1992) kuvaamia englantilaisten kättilöiden toimintatapoja sekä suomalaisten tutkijoiden näkemyksiä neuvontakäytännöistä (mm. Heikkinen 1988, Engeström 1990, Leino-Kilpi ym. 1993, Häggman-Laitila 1994). Hoitajat antoivat ohjeet rutiininomaisesti ohjekirjoja ja sairaalan toimintasääntöjä noudattaen. Hoitajat eivät kuunnelleet

potilaita, sillä he antoivat ohjeitaan, vaikka potilaat selkeästi ilmoittivat jo tietävänsä asiat. Toisaalta potilaiden antamat minimipalautteet "joo, mmm" hukkuivat sujuvasti hoitajan puhevirtaan. Heritagen ja Sefin (1992) mukaan tällä reagointitavalla potilas osoittaa kuuntelevansa hoitajaa, mutta viesti ei kerro kuitenkaan sitä, että neuvolla olisi uutuusarvoa, eikä se osoita sitä, että vastaanottaja aikoo seurata neuvoa. Minimipalautteissa tapahtuneita muutoksia hoitajat eivät huomanneet (esim. tapaus kolme). Muutos kertoo kuitenkin viestillä olleen uutuusarvoa. Tutkijat nimittävätkin jälkimmäistä tapaa tunnusmerkilleksi ja ensimmäistä tunnusmerkityksettömäksi tavaksi vastaanottaa viesti.

Tämän tutkimuksen tulokset osoittavat, että samankin neuvontakeskustelun aikana hoitajien toiminta vaihtelee neuvoja ja ohjeita annettaessa asiakasta osallistumaan rohkaisevasta heitä hallitsemaan pyrkivään (esim. tapaukset 1 ja 16). Hoitajien kehittämishaasteina ovat neuvontakäytäntöjen muuttaminen potilaiden osallistumista tukeviksi.

6 POHDINTA

6.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tässä tutkimuksessa on lähestytty hoitajien ja potilaiden terveysneuvontatilanteita kokonaisvaltaisesti. Yhteenvetotaulukot ja tapauskuvaukset kertovat tiettyjen piirteiden avulla yleisvaikutelmat neuvontatilanteista ja hoitajien vuorovaikutustaitojen itsearvioinneista. Tapauskuvauksissa ei tyydytty yksinkertaistettuun luokitteluun vaan tulososassa esitetään riittävästi aineistoviitteitä, jotka osoittavat vuorovaikutuksen muutokset keskustelujen aikana. Samaan neuvontatilanteeseen, jopa keskustelijan esittämään yhteen lauseeseen, voi sisältyä erilaisia merkityksiä. Perinteisesti neuvojen antaminen ja vastaanottaminen on luokiteltu melko yksiselitteisesti lauseiksi. Potilas on vastaanottanut tiedon hyväksymällä tai esittämällä tietyn lauseen. Hoitajien ja potilaiden oppimiskäytännöiden muuttuessa myös tietojen ja neuvojen antotavat voivat neuvonnan aikana muuttua. Asioita ei esitetä eksakteina tietoina, vaan kysyvinä ilmaisuina, tietävän asiakkaan ajattelun virittäjänä. Terveysneuvonnan muotoja sekä oppimiskäytännöksiä kuvaavat ilmaisut vaihtelevat keskusteluissa. Tutkimustulokset todentavat tapauskuvauksien pelkistävän vuorovaikutusprosessin tarkastelua; vivahteet jäävät paljastumatta ja vuorovaikutussuhteen kehittyminen ei nouse esille (vrt. Liimatainen ym. 1996).

Neuvontatilanteisiin sisältyvien keskustelujen analyysi paljasti strategiat, joilla keskustelut joko rakentuivat vastavuoroiseksi vuorovaikutukseksi tai hoitajajohtoiseksi yksinpuheluksi. Tutkimustulokset havainnollistivat konkreettisesti vastavuoroisen vuorovaikutuksen ilmenemisen, esimerkiksi niin hoitajien kuin potilaiden tekemät lauseentäydennykset toisen keskustelijan esittämiin puutteellisiin virkkeisiin (ks. tapaus yksi). Keskusteluanalyysi toimi terveysneuvonnan puheenrakenteiden selvittämisessä. Jatkossa analyysimenetelmää voidaan käyttää hoitajien neuvontakäytäntöjen ja vuorovaikutuksen tutkimuksessa sekä kehittämisessä.

Tutkimusaineisto kerättiin triangulaatioperiaatteella: kuvanauhat, äänitetyt haastattelut sekä kirjalliset arviointimateriaalit. Lisäksi tutkimusmatkoiltani kertyi neuvonta- ja haastattelutilanteista kokemuksellista, intuitiivista arkitietoa, jota yhdistin teoriatietooni ja hyödynsin tapausten valinnoissa. Intuitiivisen tiedon luokittelu numeeriseen tai laadulliseen muotoon oli vaikeaa (vrt. Buchmann & Schwille 1983, Kolb 1984, Toiskallio 1988, Varila 1992, Kivinen 1994). Sannottoman tiedon, tuntemusten ja aavistusten esiin nostaminen sekä videokuvan käyttö ovat osa aineiston tulkintaa. Erityisesti epävarmoissa tulkintatilanteissa tarkastelin yhä uudelleen ja uudelleen kaikkea tapauksesta keräämääni havaintomateriaalia. Tutkijana olen pyrkinyt arvioitavan ongelman kokonaisvaltaiseen kuvaamiseen.

Tutkimuksessa luotettavuus on monivivahteinen teoreettinen kysymys (ks. Lincoln ja Guba 1985, Pyörälä 1994, 7). Tässä tutkimuksessa olen kirjoittanut tutkimukseni teoreettiset lähtökohdat tutkimusraportin kirjallisuusosuuteen, joilla lukija voi tarkentaa tekemieni päätelmien johdonmukaisuutta ja luotettavuutta. Toisenlaiset teoreettiset lähtökohdat tuottavat erilaiset tutkimustulokset, jotka välttämättä eivät ole ristiriidassa tämän tutkimuksen kanssa, vaan tuovat lisätietoa vuorovaikutustilanteiden olemuksesta ja kontekstisidonnaisuudesta (vrt. Alasuutari 1993, Heritage 1996).

Tutkimustulosten vastaavuutta olen varmistanut sillä, että tutkijana perehdyin jo etukäteen tutkimuksen suorituspaikkaan sekä sen hallinnollisiin ratkaisuihin. Neuvontatilanteet videoitiin kokonaisuudessaan ja ne olivat osa osaston normaalia toimintaa. Toimintani kuvauspaikoilla oli tapaustutkimuksen kaltaista. Tein aktiivisesti havaintoja ja muistiinpanoja, joilla pyrin lisäämään tutkimuksen sisäistä validiteettia, mutta en aktiivisesti kommentoinut tai osallistunut osaston toimintoihin. Tapauskuvaksissa esiintyvät hoitajat ovat lukeneet ja tarkistaneet tekemäni analyysit. Heidän antamiensa palautteiden perusteella olen tarkistanut tulkintojani. Tällaisen ratkaisun katsoin myös eettisesti välttämättömäksi. Tutkimukseen osallistuneet henkilöt olivat myös vapaaehtoisia ja antoivat kirjallisen suostumuksensa aineiston tutkimuskäyttöön (Liite 1). Tutkimukseen osallistuneet arvioivat myös tutkimusvälineiden vaikutuksia toimintaansa. Videointi oli häirinyt vain vähän neuvontatilanteita ja useimmissa keskusteluissa kamera oli unohtunut. Aiemmissa videotutkimuksissa (esim. Engeström 1990, Anderson & Sharpe 1991) todetaan kameran vaikuttavan vain muutamien alkuminuuttien aikana, jonka jälkeen ihmisten käyttäytyminen palautuu sellaiseksi kuin sen yleensä voidaan olettaa olevan vastaavissa neuvontatilanteissa.

Tutkimustilanteen arviointia tarkensin sillä, että yksityiskohtaisesti kuvatut tapaukset ovat toisistaan riittävän poikkeavia ja esitän riittävästi suoria lainauksia perusaineistosta, mikä mahdollistaa analyysiprosessin seuraamista. Yksilön sisäisissä prosesseissa tapahtuvat muutokset, haastavat jatkotutkimuksiin, joissa voidaan edelleen seurata hoitajien kehitysprosessia. Terveysneuvontatilanteet ovat ainutkertaisia tapahtumia ihmisen elämässä, eikä niitä voida toistaa samanlaisina samankaan yksilön kohdalla. (vrt. Lincoln & Guba 1985, Tynjälä 1991.)

Hoitajien itsearviointitaitojen koulutusprojektista voidaan esittää kriittisiä mielipiteitä. Itsearviointitaitojen kehittymisen on todettu vaativan harjoittelua ja

kouluttajan tukea (mm. Hays 1990, Järvinen 1990, Pultorak 1993). Hoitajien omat arvioinnit vuorovaikutustaidoistaan olivat osin niukkoja. Kirjallisiin arviointeihin on saattanut vaikuttaa kyselylomakkeisiin varattu tila (Liitteet 5, 6), vaikka lomakkeissa ilmoitettiin, että myös lisäpaperia sai käyttää. Tutkittujen henkilöiden kokemus ja kyky tuottaa tekstiä on voinut heijastua kirjallisissa vastuksissa (vrt. Vaherva & Ekola 1987). Joissakin tilanteissa esitin johdattelevia kysymyksiä saadakseni tarkempia tietoja tutkimuksen kannalta olennaisista tekijöistä.

Hoitajien vuorovaikutustaitojen itsearviointien luokittelu Mezirowin (1981) reflektiivisyyden tasojen mukaan pelkisti tutkimustuloksia. Itsearviointien muutokset saman reflektiivisyydettason sisällä eivät muuttaneet hoitajien arviointien tasoa. Hoitajien itsearviointitaitojen kehittymistä ei näkynyt. Tapauskuvausten litteroidut näytteet kertovat luokitusten sisäisistä muutoksista. Hoitajien Pultorakin (1993) tutkimuksissa noviisiopettajat pystyivät arvioimaan paremmin suullisesti työtään kuin kirjallisesti. Tässä aineistossa hoitajien suullisten ja kirjallisten itsearviointivastausten tasot vaihtelivat satunnaisesti.

Nonverbaalisen viestinnän arvioinnit olivat vähäisiä suullisissa palautteissa, mutta ne täydentyivät kirjallisissa versioissa. Sanattoman viestinnän on sanottu olevan vähemmän tietoista toimintaa ja asiaan keskittyvää (Street & Buller 1988, Dickson ym. 1989). Hoitajien nonverbaalisen viestinnän arviointia vaikeuttivat myös kuvausjärjestelyt, vaikka ne pyrittiin rakentamaan mahdollisimman todenmukaisiksi. Videokameran tekninen taso ei mahdollistanut tarkkaa kasvojen ilmeiden arviointia. Kamera rajoitti myös potilaan ja hoitajan sijoittumista neuvontatilanteessa. Tutkittavat olivat lähellä toisiaan eikä suuria liikkeitä tai liikkumista sallittu, koska silloin oltaisiin siirrytty kameran kuvaruudun ulottumattomiin.

Potilaat olivat tyytyväisiä neuvontatilanteisiin, mutta heidän arviointinsa vuorovaikutuksen olemuksesta jäivät suppeiksi. Tämä ei ole poikkeuksellista sillä esimerkiksi Nuolijärvi (1990) sosiaalitoimiston asiakkaita haastatellessaan sai vastaavan suuntaisia tuloksia ja hän totesi, että vuorovaikutuksen lingvististen piirteiden arviointi välittömästi vuorovaikutussuhteen jälkeen on vaikeaa. Terveystieteiden tutkimuksessa on tehty runsaasti kyselylomake- tai haastattelututkimuksia potilastyytyväisyydestä, hoitomyöntyvyydestä ja tiedon saannista (mm. Burgoon ym. 1987, Street & Buller 1988, Leino-Kilpi ym. 1993, Suominen 1994), joihin potilaat ovat vastanneet melko hyvin. Potilaiden vuorovaikutussuhteiden arviointitutkimukset ovat olleet vähäisiä (Sallinen-Kuparinen 1989, Anderson & Sharpe 1991).

Tulosten johtopäätöksissä tulee muistaa aineiston pienuus, työyhteisökohdainen sovellettavuus ja kvalitatiivisen tutkimuksen kriteerit. Tulosten siirrettävyydestä totean, että jokainen raportin lukija voi tehdä konteksteistaan käsin omat tulkintansa. Teoriat mahdollistivat samanlaisuuden ja erilaisuuden vertailun tarkempaan analyysiin otettujen tapausten kohdalla. Pelkkä kysymysten ja vastausten laskeminen olisi tuottanut laihan tuloksen. Tutkimusraporttia ja siinä käytettyjä analyysimenetelmiä voidaan käyttää vuorovaikutustaitojen koulutusmateriaalina sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille.

6.2 Teoreettisten lähtökohtien soveltuvuus tutkimusaineistoon

Terveysneuvonnan teoreettisina lähtökohtina olivat Ingrosson (1993) esittämät näkemykset terveystieteiden muodoista. Hänen ajatuksensa kasvatuksen reflektiivisestä ja vuorovaikutuksellisesta, vastavuoroisesta suhteesta soveltuivat hyvin tämän tutkimuksen perusajatuksiin; oppimaan oppimiseen, omien vuorovaikutustaitojen reflektiiviseen arviointiin. Tutkimusaineiston analysoinnissa yhdessäoppimisen näkemykset nostivat esille potilaan terveystieteiden asiantuntijuuden. Reflektiivinen toiminta kertoi terveystieteiden kehittämismahdollisuuksista.

Sundeenin ym. (1985) näkemykset terapeuttisista vuorovaikutustaidoista antoivat rungon vuorovaikutustaitojen arvioinnille sekä tiedollista pääomaa tutkimukseen osallistuville hoitajille. Ingrosson (1993) yhdessäoppimisen muodoista esittämät ajatukset sisälsivät samoja potilasta tukevia ja itsearviointitaitoja herätteleviä aineksia kuin Sundeenin ym. (1985) näkemykset.

Mezirowin (1981) reflektiivisyyden tasokuvaus pelkisti tiivistetysti hoitajien vuorovaikutustaitojen itsearviointien tasot ja heidän kykynsä arvioida omaa toimintaansa. Reflektiivisyyden tasokuvauksia voidaan myös käyttää koulutusmateriaalina hoitajien ammatillista kehittymistä tuettaessa. Tasokuvaukset havainnollistavat selkeästi myös tulevaisuuden ammattitaitovaatimuksia (vrt. Joronen 1993, Kivinen 1994). Nopeasti muuntuva työtä, asiakaskontakteja, on kyettävä jäsentämään teoreettisin periaattein, irralliset sirpalehavainnot eivät tuoseinkaan tyydyttävää ratkaisua.

Zeichnerin (1983) ajatukset ammatillisesta orientaatioista työhön jäsensivät tutkimuksen toteutusmiljöön sosiaalista kontekstia, sairaalaa, sekä nostivat esille keskustelujen institutionaalisen muodon, asiantuntijapuheen (vrt. Peräkylä 1994). Hoitajien ammatillisten orientaatioiden kuvaukset varmistivat myös nauhoitettujen keskustelujen perusteella tehtyjä terveystieteiden muotoanalyyskejä. Ammatilliset paradigmat kuvastavat erilaisia oppimisteoreettisia näkemyksiä kuten Ingrosson (1993) terveystieteiden muodot ja Mezirowin (1981) reflektiivisyyden tasot.

Yhteisenä ominaisuutena kaikille käytetyille teorioille on tutkiva, oppimaan oppiminen, vuorovaikutuksellinen suhde ihmisiin ja työhön, oman persoonan löytäminen, omien taitojen arviointi sekä toisen kasvun ja kehityksen tukeminen. Käytetyt teoriat soveltuvat hyvin tämän päivän muuntuvaan terveystieteen työhön, se on jatkuvaa yhdessäoppimista.

6.3 Päätulokset

Tulokset kertovat hoitajien ja potilaiden terveystieteen tilanteiden ja vuorovaikutussuhteiden ainutkertaisuuden ja prosessinomaisuuden. Tutkimuksessa sovellettu itsearviointiin perustuva vuorovaikutustaitojen koulutusohjelma oli tarkoituksenmukainen ja hyvä, mutta itsearviointitaitojen kehittyminen vaatii aikaa ja tukea. Terveystieteiden kehittämistä käsittelevän erikseen luvussa 6.4.

Tutkimusaineistossa terveysneuvonnan asiantuntijajohtoinen ja potilaskeskeinen muoto olivat hallitsevia ja yhdessäoppimista esiintyi ajoittain. Terveysneuvontatilanteet olivat vuorovaikutusprosesseja, joissa terveysneuvonnan muodot vaihtelivat samankin keskustelun aikana. Hoitajien puheissa painoutuivat fyysisen terveyden ulottuvuudet psyykkisen ja emotionaalisen terveyden ulottuvuuksien jäädessä vähemmälle huomiolle. Henkisen ja ekologisen terveyden ulottuvuuksista on ryhdytty laajemmin puhumaan vasta 1980-luvulla (vrt. Karisto 1984, Kickbusch 1988). Tässä tutkimuksessa niiden osuus oli vähäinen. Tämän päivän yhteiskunnallisessa murroksessa sekä arvojen kirjossa yksilöt saattavat tarvita emotionaalista tunnetukea sekä henkisen terveyden tuomaa elämän tarkoituksellisuutta, joten hoitajilla tulisi olla valmiuksia myös keskustella näistä asioista. Neuvontakeskustelut olivat pääosin tiedonjakotilaisuuksia neutraaleissa ilmapiireissä. Tutkimusprojektista annetuissa palautteissa hoitajat kertoivat koulutuksen jälkeen tiedostavansa laajemmin terveysneuvontatilanteiden kokonaisuuden, mutta tiedollisten valmiuksien siirtäminen käytännön työhön olisi vaatinut harjoittelua. Toistaiseksi koululaitoksemme on tukenut behavioristiseen oppimistapaan mukautuneita työntekijöitä ja potilaita, joilla konstruktivistiset oppimisenäkemykset ovat vasta oraalla. Nykyiset koulutus-käytännöt tukevat jo kognitiivista ja toiminnanteoreettista oppimiskäsitystä (vrt. Leino-Kilpi 1991a).

Hoitajat olivat pyrkinneet onnistuneeseen vuorovaikutussuhteeseen. He toivoivat olevansa potilasta aktivoivia, kuuntelevia ja asiakkaan kieltä puhuvia ammattilaisia. Toiveiden todentumisen vaikeus näkyi tutkimusaineistossa. Hoitajat painottivat edelleen asian tiedollista hallintaa ja sanallista ilmaisua. He tiedostivat yksilön emotionaalisen tuen tarpeen, kasvun ja kehittymisen edistämisen, mutta ne eivät aina näkyneet heidän toiminnassaan. Vuorovaikutuksen sanallisista piirteistä hoitajat arvostivat vierasperäisten sanojen välttämistä. Tämän ominaisuuden arvioiminen on suhteellisen helppoa välittömästi videonauhan katsomisen jälkeen, mutta esimerkiksi puheen selkeyden ja ilmaisujen täsmällisyyden arviointi vaatii harjoittelua. (vrt. Dickson ym. 1989, Nuolijärvi 1990.) Esimerkiksi tapaus kolme tutkimusaineistossa kuvaa tunneilmaston merkitystä vuorovaikutussuhteelle, sillä lämmin ilmapiiri kompensoi hoitajan kiireisen puhettavan mahdolliset negatiiviset vaikutukset. Vuorovaikutuksen tavoitteen ja merkityksen ilmaisemiseen vaadittavat taidot ja kehittämissaasteet hoitajat osasivat arvioida hyvin, ja tulokset vastasivat aiempia tutkimuksia (Jeffers & Guthrie 1988, Lubbers & Roy 1988) ja hoitotieteen näkemyksiä (Orem 1985, Newman 1987).

Videoimani neuvontatilanteet kertovat, että asiakkailla on tietoa terveysneuvonnan sisältöinä olevista asioista. He ovat valmiita pohtimaan tekojensa lähtökohtia, syitä ja seurauksia. Hoitajilla esiintyi epävarmuutta tiedollisessa asiantuntijuudessaan. Neuvontatilanteissa hoitajat eivät riittävästi selvittäneet tai hyödyntäneet potilaiden tietämystä. Hoitajien on kuunneltava potilaita, annettava ohjeita ja neuvoja heidän tarpeidensa mukaan. Toisaalta potilaat toivoivat asioiden varmistusta. Potilaille voi olla selkeitä tiedollisia puutteita, jolloin terveystieteiden ohjeet ja neuvot tukevat potilaiden omaa ajattelua. Terveystieteiden haasteena ovat potilaat, joilla ei ole välttämättä tiedon puutetta, mutta kylläkin tietämyksen vajetta siitä, miten sirpaletieto voidaan liittää omaan

elämään ja terveyteen. Haaste on vaativa, sillä nykypäivänä tiedonvälityskanavat mahdollistavat nopean ja ajankohtaisen tiedonsaannin. Terveyskasvattajan toiminta muuttuu tietotankkaajasta tunnetukea antavaksi potilaan reflektiivisiä taitoja herätteleväksi kollegaksi. Potilaan rooli vaihtuu tiedon passiivisesta vastaanottajasta aktiiviseksi ja vastuulliseksi osallistujaksi neuvontaprosessissa (vrt. Heikkinen 1988, Tones ym. 1990, Cichon & Masterson 1993, Ingresso 1993), reflektiiviseksi pohtijaksi ja toimijaksi.

Terveysneuvonnan vaikuttavuutta ja tuloksellisuutta parantavat neuvontamenetelmät, joilla tunnistamme asiakkaiden tiedon puutteet. Potilaita aktivoidaan arvioimaan omaa tietämystään ja toimintaansa terveyden edistäjinä ja ylläpitäjinä, jotta heidän elintavoissaan tapahtuisi muutoksia. Hoitajat käynnistävät tarvittaessa potilaiden kriittisen reflektoinnin ja tukevat heitä prosessin aikana. Tommin (1988) esittämät reflektiiviset kysymykset, ja niiden tässä tutkimuksessa paljastuneet käyttöstrategiat, ovat eräs keino herättää asiakkaiden itsearviointi ja itseohjautuvuus. Tämän tutkimuksen perusteella hoitajat ja potilaat käyttivät vähän reflektiivisiä kysymyksiä. Tommin (1988) esittämät reflektiiviset kysymykset on rakennettu perheterapiakäytännöissä ja erityisesti ihmissuhdeongelmien ratkaisuihin. Perinteisillä terveysneuvonnan alueilla (liikunta, ravitsemus, alkoholi ja tupakka) pohditaan usein yksilön omaa käyttäytymistä, joten normatiiviset ja odottamattomia muutoksia korostavat reflektiiviset kysymykset voivat tuntua työntekijöistä vierailta. Reflektiivisten kysymysten vähäinen käyttö voi johtua siitä, että niitä ei tiedosta (vrt. Tomm 1987b) sekä vuorovaikutustaitojen koulutusmenetelmistä (vrt. Aavarinne 1993). Tämän tutkimuksen mukaan kysymys- ja neuvontastrategioiden koulutuskäytäntöjä tulisi kehittää.

Yhteenvetotaulukoissa (6-7) yksi, kapea-alainenkin näkemys vuorovaikutustaitojen hallinta-alueesta tai kehittämistarpeesta tuotti hoitajalle tulosmerkinnän, mutta vuorovaikutuksen luonteesta ja olemuksesta ne kertoivat vähän. Neljän tapauskuvauksen avulla olen pyrkinyt analysoimaan vuorovaikutusprosessia ja vuorovaikutustaitojen kokonaisuutta. Hoitajat eivät pitäneet omia vuorovaikutustaitojaan riittävinä vaan heidän mielestään tarvitaan jatkuvaa harjoittelua. Vuorovaikutustaidoissa ei oltu täysinoppineita ja oman tiedollisen osaamisen siirtäminen käytännön toimintaan oli vaikeaa. Reflektiiviset näkemykset oman työn kehittamisestä muodostivat Pattonin (1990) ja Leino-Kilven (1991a) käsitysten mukaisesti syklisen, tulkinnallisen oppimisprosessin. Itsearviointi oli perusteellisempaa koulutustilaisuuden ja ensimmäisen neuvontatilanteen videoinnin katselemisen jälkeen. Robinson ja Robinson (1990) näkevät tällaiset muutokset työssä oppimisen tuloksiksi.

Koulutusprojektin merkityksen hoitajat kokivat tärkeäksi. He ottivat videonauhansa kokemuksellisen oppimisen materiaaleiksi, joista edettiin oman työn reflektiiviseen havainnointiin (vrt. Kolb 1984). Omia taitoja kysyttäessä kehittämistarpeet ilmaistiin useimmiten ensin ja vasta sitten osaamisalueet. Tulokset viittaavat suomalaisten heikkoon kommunikoijakuvaan (Sallinen-Kuparinen 1986). Aiemmat tutkimukset (mm. Powell 1989, Ross 1989, Roth 1989, Järvinen 1990, Jarvis 1992a, b, Smyth 1992) osoittavat reflektiiviseksi asiantuntijaksi kasvamisen vaativan aikaa ja harjoittelua, jotta teoreettisen reflektion tasot saavutettaisiin. Hoitajat olisivat kaivanneet yksilöllisesti suunnattua tukea itsearviointitaitojensa kehittämiseen. Itsereflektointitaitojen kehittyminen on

melko hidas ja joillekin myös psyykkisesti raskas prosessi (vrt. Schön 1987, Hays 1990, Mezirow 1991, Jarvis 1992b). Tämä selittää osin sen, että jotkut hoitajat arvioivat omaa työtään suppeasti. Smythin (1992) mukaan vasta reflektiiviseen pohdintaan kykenevä ohjaaja pystyy käynnistämään ohjattavansa reflektoinnin. Hoitajien vuorovaikutustaitojen itsearvioinnit tukivat sitä käsitystä, että tutkittavien työorientaatiot olivat traditionaalisia ja behavioristisia. Tutkimussuuntautuneen ja persoonallisella toimintaorientaatioilla työskentelevän hoitajan tulee kyetä arvioimaan omaa ja toisten ihmisten toimintaa kriittisen reflektion tasolla (vrt. Mezirow 1981, Zeichner 1983, Pickle 1985). Yhdessäoppiminen on kriittinen, empaattinen terveysneuvonnan tutkimusmatka, jota esiintyi vähäisessä määrin tutkimusaineistossa.

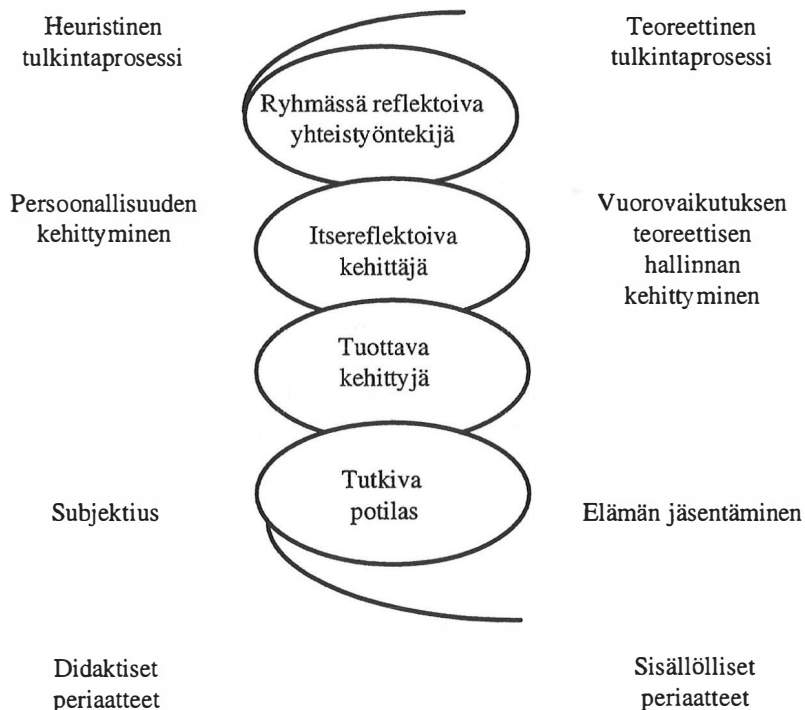
Saadut tulokset tukevat aiempia näkemyksiä (Jeffers & Guthrie 1988, Evans ym. 1992, Aavarinne 1993) vuorovaikutustaitojen opetusmenetelmien kehittämisestä. Taitojen harjoittelu vaatii aikaa ja itsearviointitaitojen kehittyminen ohjausta (vrt. Leino-Kilpi 1991a, Mezirow 1991). Itsearviointitaidot olivat kehittyneet jonkin verran ja useat hoitajat mainitsivat luottamuksensa omiin taitoihinsa kasvaneen. Terveydenhuoltoalan ammattilaisten vuorovaikutustaitojen koulutusta tulisi tehdä käytännön läheisissä, dynaamisissa vuorovaikutustilanteissa (ks. Hakkarainen ym. 1992), joita videoitaisiin ja litteroitaisiin myöhemmin tapahtuvaa teoreettista, tietoista ja kehittävää arviointia varten. Näin teoriatieto saadaan harjaantumisen avulla päivittäiseksi käyttöteoriaksi ja terveysneuvonnan laadun edistäjäksi. Hoitajien antamat palautteet tutkimusprojektin toteutuksesta rohkaisevat menetelmän soveltamista terveysneuvonnan ja vuorovaikutustaitojen opettamisessa.

6.4 Terveysneuvonnan kehittäminen

Tämän tutkimuksen tulokset osoittavat, että terveysneuvonnassa tarvitaan erilaisia toteutustapoja. Terveysneuvonta on reflektiivinen, ainutkertainen kehittyvä vuorovaikutussuhde, jonka aikana neuvonnan tavoite tarkentuu (vrt. Cronen ym. 1989/90, Ingrosso 1993). Keskeistä terveysneuvonnan, terveyden ja kasvatuksen ymmärtämisessä on evoluutio, ei vain emansipatorinen voimavarojen vapauttaminen. Eri oppimisenäkemyksien piirteiden rajat ovat häilyvät ja vaihtelevat neuvontatilanteiden mukaan. Pedagogiset ratkaisut, joilla tuetaan potilaan tietojen omakohtaista merkityksellistämistä hänen terveysmaailmassaan ovat suositeltavia. Tietojen antaminen ja vuorovaikutussuhteen rakentaminen liittyvät yhteen. Terveyslähäinen terveysneuvonta ei riitä, jos terveyttä ei kytketä ihmisen merkityksmaailmaan, kokemuksiin ja arkielämään. Osa tutkimukseen osallistuneista potilaista oli valmiita ottamaan aktiivisen terveyspalvelujen kuluttajan mutta myös yhdessätekijän roolin (vrt. Cichon & Masterson 1993, Laurila 1994), mikäli hoitohenkilökunta sen heille sallisi. Terveysneuvonnassa hoitajat voisivat kokea tietävät asiakkaat oman oppimisensa ja ammattitaitonsa kehittäjinä. Toisen kuunteleminen ja kunnioittaminen luovat pohjan yhteiselle kasvulle.

Reflektiiviset neuvontatilanteet ovat aktiivisia, problemaattisia ja jatkuvasti muuttuvia vuorovaikutussuhteita, oli kyseessä sitten uusi tai vanha potilas-kontakti. Jokaisessa neuvontatilanteessa tulee tarpeen mukaan määrittää oma toimintaparadigma. Vaikka terveyskasvattajaa tulisi ohjata neuvonnan taitoon systemaattisesti ja teorian pohjalta, on kuitenkin hyvä muistaa, että todelliseen neuvonnan taitoon tarvitaan intuitiota, luovuutta, improvisaatiota ja ilmaisukykyä, laaja-alaista ammattitaitoa. Terveyskasvattajan toiminta sisältää oman persoonallisen tyylin ja tutkivan työotteen yhdistelmän. Tämä näkökulma omaan ammattityöhön vaatii monitieteisen ja suunnitelmallisesti joustavan lähestymistavan.

Tutkimustulosten perusteella parhaimmillaan hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutussuhde on reflektiivinen kehitysprosessi (Kuvio 7, vrt. Pickle 1985, Zeichner 1987, Rousi 1991, Ingrosso 1993). Siinä yhdistyvät konteksti, instituutio-naalinen keskustelu sekä jatkuvasti kyselevä ja arvioiva tutkimusmatkailijan mielikuvitus. Terveysneuvonnassa siirrytään reflektiiviseen ajatteluun perustuvaan ohjauksen malliin, joka sisältää tarvittaessa erilaisia terveysneuvonnan toimintamuotoja. Terveyskasvattaja ja ohjattava osallistuvat yhdessä neuvontatilanteissa esiin nousseiden ongelmien ratkaisuun, myös terveyskasvattaja oppii tässä ohjausprosessissa, neuvonta on vastavuoroista yhdessäoppimista.



KUVIO 7 Terveyskasvattajan kehittyminen.

Sisällölliset ja didaktiset periaatteet, jotka on johdettu terveysneuvonnan teoriapohjasta, ohjaavat kehitysprosessia. Teoreettinen tieto on osana tulkintaprosessia. Prosessissa potilas ja terveystasvattaja arvioivat elämäänsä ja terveyttä sen osana, vuorovaikutustaan ja persoonaansa hermeneuttisen tulkintaprosessin kautta. Keskeistä tässä kehitysprosessissa on reflektiivisyyden aikaansaaminen, potilaan ja hoitajan itseohjautuvuuden kehittyminen. Reflektiivinen ohjaus tähtää ohjausprosessiin, jossa pidetään tärkeänä toiminnan taustojen moniarvoista pohtimista. Intentioiden kokemusperäinen ja teoriaan perustuva tarkastelu on keskeistä. Perustelujen etsimistä ja löytämistä, sekä niiden painoarvon ja tärkeyden punnitsemista harjoitellaan reflektiivisen ohjausprosessin kuluessa. Siinä oletetaan syntyvän uutta tietoa kokemusperäisen tiedostavan ja pohtivan toiminnan tuloksena. Tutkiva potilas kehittyy terveyden edistämistä tukevien toimintatapojen ymmärtäjäksi, tuottavaksi persoonaksi ja siirtyy hiljalleen niiden kehittäjäksi, reflektiiviseksi toimijaksi.

Neuvontatilanteiden vuorovaikutuksellisuus ja kontekstisidonnaisuus edellyttävät myös ryhmäreflektointia. Reflektiivisen toiminnan johdosta potilaamme kehittyvät itsensä terveystasvattajiksi ja kehittäjiksi, samalla myös asiantuntijoille mahdollistuu oman ammattitaidon kehittäminen. Potilas ja terveystasvattaja tiedostavat oman käyttäytymisensä ja sen aikaisen ajattelunsa, josta edetään kohti joustavaa ja aktiivista elämänhallintaa/neuvontataitoja, elävää elämää. (vrt. Cronen ym. 1989/90, Ojanen 1990, Jarvis 1992a,b, Ingrosso 1993, Krokfors 1993.) Jokainen terveysneuvontatilanne on ainutkertainen vuorovaikutussuhteessa tapahtuva kehitysprosessi, uutta luova tutkimusmatka (Kuvio 7). Tällaista tutkimusmatkaa Ingrosso (1993) on tavoitellut artikkelissaan puhuessaan yhdessäoppimisesta, terveyttä edistävästä terveystasvatuksesta.

6.5 Jatkotutkimushaasteet

Tutkimuksen toteutustapa, neuvontatilanteiden videoinnit, tutkittavien hoitajien ja potilaiden haastattelut, koulutusmateriaalin valmistus sekä hoitajien suulliset ja kirjalliset arvioinnit, oli työläs tutkimus. Osin tästä johtuen tutkimusjoukon koko rajoittui 19 hoitajaan. Tässä tutkimuksessa haluttiin saada selville neuvontatilanteista mahdollisimman laaja kuva, siksi aineistoa kerättiin eri osastoilta ja erilaisista neuvontatilanteista. Suppeamman sisältöisestä aineistosta saataisiin syvällisempää tietoa spesifiltä alueelta koulutuksen tueksi. Vain tietyn tyyppisille osastoille ja neuvontatilanteisiin rajautuva tutkimus on ajankohtainen.

Toiminnan tehokkuusvaatimukset ovat tuoneet terveydenhoitoon myös näkemyksen siitä, etteivät potilaskontaktit ja hoitoajat terveydenhuollon laitoksissa saisi muodostua pitkäkestoisiksi. Tässä tutkimuksessa ensimmäisen ja toisen neuvonnan potilaat olivat eri ihmisiä, mikä kuvaa erästä osaa sairaalatoiminnasta. Pitkäaikaissairaanhoidossa ja avoterveydenhuollossa mielekäs tutkimusajatus on asiakassuhteen kehittymisen tarkastelu: miten samaa potilasta hoitavan hoitajan tai eri hoitajien vuorovaikutus rakentuu ja kehittyy hoitojakson aikana.

Jatkossa tutkimusaineiston laajemmilla keskusteluanalyttisillä tarkasteluilla saataisiin selville hoitajien ja potilaiden neuvontadialogien erilaisia prosessivaiheita. Esimerkiksi mitä merkityksellistä keskustelun osapuolille neuvontatilanteessa tapahtui tai jäi tapahtumatta, sekä miten vuorovaikutusprosessi on tukenut yksilön positiivista kasvua ja kehitystä. Myös seuraavat kysymykset jäivät kaipaamaan vastauksia: Millaisia uusia toimintatapoja terveysneuvontaan tulisi kehittää, kun keskustelemme asioista tietävien potilaiden kanssa? Millä strategialla terveyskasvattaja saisi selville, onko potilas pohtinut asioita omakohtaisesti? Mitä terveystieto merkitsee potilaan elämässä?

Tässä tutkimuksessa tekniset videokuvaolosuhteet rajoittivat nonverbaalisen viestinnän havaintoja ja tulkintaa tutkimusaineistossa. Aiemmat tutkimukset nonverbaalisen viestinnän merkityksestä vuorovaikutuksessa puoltavat laadukkaitten aineistojen keruuta. Verbaalisen ja nonverbaalisen viestin yhteenkytkeytymismittareiden kehittelyyn on panostettava käytännön työtilanteissa. Vuorovaikutustaitojen perusteet voidaan opiskella ja harjoitella erillisinä oppikursseina, mutta niiden harjoittelua tulisi jatkaa luonnollisissa vuorovaikutustilanteissa. Koulutukseen tulisi sisältyä video- ja ääninauhaharjoituksia omista käytännön toimintatilanteista. Näin voimme kehittää omaa ja toistemme työtä.

Vuorovaikutustaitojen ja ammattipätevyyden kehittymistä on selvittävä pitkäkestoisilla seurantatutkimuksilla. Yksittäisten videointitilanteiden analysointiin voivat vaikuttaa satunnaiset tekijät (esim. toimitilojen remontit, työtovereiden sairauspoissaolot), jotka heijastuvat työtoimintoihin lyhytaikaisina poikkeamina. Itsearviointin kehittymistä ja arviointia yleensä tulisi seurata kohtuullisen pitkän aikaa luotettavan kuvan saamiseksi. Koulutusinterventioita omien kykyjen kehittämiseksi ja harjaannuttamiseksi tulisi lisätä. Tutkimukset tutoreiden, konsulttien ja ryhmätyöskentelyn vaikutuksista vuorovaikutustaitoihin ja itsearviointiin ovat haastavia. Itsearviointimittariston kehittäminen vuorovaikutustaitojen itseohjautuvan koulutuksen pohjaksi on mielekäs tutkimustehtävä. Hoitajien itsearviointitaitojen kehittämisprojektin jatkaminen on myös tarkoituksenmukaista. Oman persoonan resurssien etsimiseen tähtäävät koulutuskokeilut myös muiden terveysneuvontaa toteuttavien ammattiryhmien esimerkiksi opettajien keskuudessa ovat tarpeen.

Tämä tutkimusprojekti on ollut minulle innoittava tutkimusmatka. Toivon, että myös tutkimukseen osallistuneille hoitajille. Viitteitä siitä antavat tapusanalyysien palautteet. Tällä tiellä on ollut lukuisia mielenkiintoisia sivupolkuja, jotka olen joutunut jättämään taakseni. Jo kerättyä tutkimusaineistoa voidaan edelleen analysoida erilaisilla laadullisilla menetelmillä. Jatkotutkimuksissa toivon palaavani näille poluille kehittääkseni terveyttä edistävää terveysneuvontaa, joka on vielä Suomessa lähes tutkimaton alue.

7 SUMMARY

The purpose of this study was to add to the existing body of knowledge on health counselling. The aim of the research was to identify approaches to health counselling in a hospital. How did the approaches change from authoritative and participative discussions to an ongoing personal growth and learning process during the counselling? The other main focus of interest was to analyze nurses' abilities to identify and improve their communication skills and the changes in their professional orientation to health counselling during the educational research project.

Theoretical background

The most important features characterizing health counselling are the conceptions of health, the logic of learning, the nature of communication situations, the type of health education process and the social context. Recent health care patient studies have shown that most problems between patients and nurses are connected with communication. Patients don't understand what nurses say to them and nurses are not used to listening to their patients. Communication is mainly nurse-centred. Nurses dominate situations with their knowledge and status. In recent studies nurses say that they need to improve their communication skills. Nurses recognize subprocesses of counselling but they are unable to see the integrity of patient education and guidance. Self-evaluation of counselling sessions on video has been found to be an effective strategy for nurses to enhance their learning and to develop patient education.

The main idea of this study is that health counselling session is a communication process in which both parties affect the conversation, they learn to learn and self-reflect. Another aim was to investigate how nurses could improve their communication skills and how they could teach their patients to

take advantage of the learning to learn process in their own lives. The theoretical background is based on Ingrosso's (1993) model of health education approaches: authoritative, participative and promotional education. In this study promotional health counselling is reciprocal, interactive action in educational processes, learning together. The subjects not only exercise their resources but also use them together with their experiences to control and improve their own lives. The aim is to activate self-reflection, to re-evaluate and reorganize one's own activities to improve the quality of life. For study purposes, health is defined as quality of life involving social, mental, emotional, spiritual, physical and ecological components, which can change during life and it is possible for someone to be both healthy and ill.

Reflective health counselling model emphasizes developing such skills and manners that increase patient's self-determination. In reflective guidance both the educator and the patient participate in the problematic situations that have arisen during counselling, also the educator learns in this guidance process (cf. Jarvis 1992b, Ingrosso 1993). Communication is seen as a circular process in which both parties affect the content and quantity of the conversation. The intentionality of the situation brings about communicative behaviour and, therefore, every communication situation is different. The uniqueness is also a result of the fact that everybody has his/her own individual way of making observations, handling his/her findings and forming entities of them, which, in turn, control observations. This means, among other things, that one participant cannot make specific plans about the course of the session in advance. (Northouse and Northouse 1985, Cronen et al 1989/90).

Activating self-evaluation among participants is a central process in a health counselling situation. Mezirow (1991) emphasizes the affective features of reflection and the start of reflection in analysing different ways to perceive, communicate, think and act. Reflective questions could be used as a method which enables patients to generate new patterns of cognition and behaviour on their own. With reflective questions the educator opens up new possibilities for self-healing. (Tomm 1987a, 1988).

Kolb's (1984) experience learning model was used as an educational framework, when nurses analyzed their videotaped counselling sessions. The cognitive learning theory and psychological action theory are based on the conception that people actively control their own actions, construct their knowledge systems and apply their inner models. People act on prior experiences, their knowledge and skills, on the ground of which they set themselves goals and are able to independently organize their actions to attain them. Reflection is an important part of experience learning process. A reflective person is committed to an ongoing personal growth and learning process. In this study the stages of reflection in nurses' communication were analyzed by Mezirow's (1981) seven hierarchical levels of reflectivity, ranging from reflectivity which entails awareness of thoughts and feelings to theoretical reflectivity which involves challenging one's underlying assumptions resulting in a changed perspective. It is a challenge to teach health workers to see that communication consists not only of cognitive facilities but also of attitudes and affective facilities. Zeichner's (1983) alternative paradigms of teacher education - traditional-craft,

behaviouristic, personalistic and inquiry-oriented - describe very well nurses' counselling practices and complete the interpretation of the health counselling approaches and nurses' ability to organize reflective counselling sessions.

The purpose of the research

The purpose of this research was to describe health counselling and nurses' professional growth processes in a hospital and to demonstrate how counselling approaches changed during conversations. The second aim was to analyze nurses' ability to self-evaluate their verbal and nonverbal communication skills and their ability to express the purpose and intent of health communication to a patient. Another aim was to investigate how reading education materials and watching one's own counselling sessions on video affected nurses' ability to self-evaluate their own communication skills. Furthermore, this research explained the structure of questioning, answering and giving advice in the conversations.

Data collection and methods

The research data consist of two health counselling situations by 19 nurses which were videotaped in a hospital in 1993. The researcher interviewed both nurses and patients after the sessions. Nurses also responded to a questionnaire. Nurses self-evaluated their interaction with patients during one of their counselling sessions on video. Only the nurse and the patient were present during videotaped sessions. The length of the counselling sessions varied between five and forty-five minutes. All participants took part in the research on a voluntary basis. In the interview nurses replied to two open-ended questions "What communication skills do you know well?" and "How would you improve your health communication skills?" immediately after watching their counselling sessions on video. The written evaluations were completed later after nurses had read education materials and watched their counselling on video. The procedure was repeated approximately six months later with different patients. After the first session nurses could watch their own video and read education materials about communication skills. One educational session with researcher was carried out between the two taping occasions. The researcher's notes about the visit in the hospital and videotaping situations completed the study data.

The analysis of the research data proceeded by stages. First the videotaped sessions and nurses' and patients' interviews were transcribed. Nonverbal communication supports speech and is interpreted alongside it. Ingrosso's (1993) health education approaches, communication categories by Sundeen et al. (1985), Mezirow's (1981) levels of reflectivity and Zeichner's (1983) alternative paradigms of teacher education supported the abductive thinking process and helped in the analysis of the summary part of results. The second part of results was presented as a case study. The processes of health counselling, communication and professional growth were analyzed using four different nurses' descriptions of counselling processes. The third part of the analysis focuses on the conversation

strategies that nurses and patients employ in asking and answering or giving advice and replying. Careful viewing of the videotapes and close reading of the transcriptions revealed some constructions and techniques of speech that activated patients' reflection on their health behaviour and also strategies nurses and patients used in giving advice and replying.

Results

In the study data authoritative and participative counselling approaches dominated, however, from time to time they gave way to the process of learning to learn together. Health counselling sessions proved to be communication processes where approaches changed during the situations. Sometimes communication was reciprocal and interactive action but mostly it was nurse-centred discussion. In nurses' conversation emphasis was on the physical dimensions of health and the dimensions of mental and emotional health appeared only seldom.

In nurses' verbal self-evaluation everybody mentioned at least one or more communication skills or needs to improve them. In the interviews nurses said that they didn't use any foreign words. There was little feedback on nonverbal communication, only one nurse mentioned that she was satisfied with touch and proximity during the first counselling session. Nurses said that they succeeded best in encouraging their patients to express their feelings, creating the atmosphere and listening. They were also satisfied with their preparations for the counselling sessions and their ability to reinforce their advice, specify and give feedback. In the second verbal evaluation nurses said that they handled the distribution of information well but they were not so sure about their ability to encourage their patients to express their feelings.

Written evaluations were generally more detailed than verbal assessments. In their first written evaluation nurses assessed their nonverbal communication in a more many-sided way than in their verbal answers. In the second time none of the nurses mentioned any nonverbal communication skills in the interviews and in written evaluation only four nurses pointed out eye contact. Also paralinguistic features arose alongside linguistic expression. In their verbal answers most nurses said that they had listened to their patient but only a third of them mentioned that in their written evaluation. A similar change had occurred in the category of encouraging patients to ask questions. In the interviews nurses did not emphasize their ability to give advice but in written feedback about half of them mentioned that they had given the patient a suitable amount of factual knowledge.

In the interviews two nurses out of three mentioned needs of developing their linguistic and paralinguistic skills. Nurses wanted to slow down the tempo of their speech. They wanted to avoid foreign words and redundancy. The tone, pitch and volume of voice were also referred to. In nonverbal communication the needs of development divided equally in the categories of touch, proximity, body posture, movements of hands, facial expressions and general appearance. In the second evaluation only eye contact and restlessness were mentioned of nonverbal communication skills. Most needs of development were expressed in the category

of expressing the purpose and intent of communication. Listening, encouraging their patients to ask and express their feelings, preparations for the counselling sessions and consistency were the areas nurses most often found needing improvement.

In their written self-evaluation nurses emphasized the need to speak clearly, to decrease redundancy and to slow down the tempo. Nurses wanted to control the movements of their hands and to increase eye contact and proximity by bowing toward their patients. The skills nurses found needing improvement were encouraging their patients to ask, listening to them and giving them a suitable amount of information. In the interviews nurses emphasized the importance of making preparations for the counselling sessions but they did not mention this as often in their written evaluations. Nurses' evaluations written after the videoanalysis and the educational intervention had improved both quantitatively and qualitatively when compared to their verbal answers. The biggest changes between the first and the second self-evaluation happened in the categories of decreasing the amount of information and encouraging patients to ask. Developing self-evaluation skills is quite a slow process and for some people it is also mentally demanding. This can partly explain some rather short self-evaluations.

Conversation analysis revealed that nurses and patients use only few reflective questions. Most of them are future-oriented or introduce hypotheses. The answers of nurses and patients to each other's questions reflected mutual confidence. Many questions by nurses and patients began with a typical manner of persuasion and probing. Persuasive questions encouraged patients to self-evaluation. While patients thought aloud nurses supported the reasoning by some overlapping words, little sounds, eye contact and nodding their head. Nurses also encouraged patients to use their own knowledge in problem solving. Patients were not willing to reflect on questions concerning emotional, sensitive subjects. In one case the session started off promisingly but nurse's non-existent reaction to patient's worries and her keeping up the topic patient was uncomfortable with despite her/his messages may have prevented the activation of reflection. Usually nurses gave advice without patients asking for it and although they mentioned knowing the matter. Sometimes patients asked advice or confirmation to their knowledge.

The levels of nurses' self-evaluations varied in Mezirow's stages mainly from first to fourth, only one answer was in the sixth stage. Most of all nurses emphasized the factual side of communication and linguistic expression. They noticed individual's need of emotional support and promotion of his/her growth and development but this was perceivable only during few counselling sessions. Nurses' orientation to counselling by Zeichner's paradigms was usually behaviouristic and traditional-craft, three nurses had inquiry-oriented and two personal approaches to counselling, but it has to be remembered that these orientations were partly overlapping.

Discussion

Nurses participating in the research were able to self-evaluate their communication skills. They emphasized the need to improve the continual development of communication situations and the process of communication, which could lead to an assumption that nurses already have good communication skills but at the same time they still want to improve them. Nurses were of the opinion that the method of self-evaluation on video was a good but mentally difficult way to learn communication skills. It was an excellent method to enhance the quality of health counselling. The results indicate a need for training dealing with communication skills and self-assessment. It takes time to practise the skills and self-evaluation requires guidance. Education should take place in real situations, in which theoretical knowledge could be transformed into practical theory in daily training and therefore improve the quality of counselling. The videotaped counselling sessions show that patients do have knowledge about the themes health counselling includes and that they are prepared to discuss the starting points, causes and effects of their actions. Patients may have obvious gaps in their knowledge and then health educators' instructions may support clients' own reflection. The clients who necessarily do not suffer from insufficient knowledge but do not know how to connect the fragments of knowledge to their own lives present a real challenge to health educators. Health counsellors should change over from being mere information providers to counterparts offering emotional support and activating their patients' reflection skills.

LÄHTEET

- Aarva, P. 1991. Terveysvalistuksen kuvia ja mielikuvia. Tutkimus terveystilisteiden vastaanotosta. Tampereen yliopisto. Acta Universitatis Tampereensis ser A vol 328.
- Aavarinne, H. 1993. Ohjauksellisten ja opetuksellisten valmiuksien kehittyminen sairaanhoitajakoulutuksessa. Oulun yliopisto. Acta Universitatis Ouluensis. Series D. Hoitotieteen laitos.
- Alasuutari, P. 1993. Laadullinen tutkimus. Tampere: Vastapaino.
- Anderson, L.A. & Sharpe, P.A. 1991. Improving Patient and Provider Communication: A Synthesis and Review of Communication Interventions. Patient Education and Counseling 17, 99 - 134.
- Anderson, L.A. & Zimmerman, M. A. 1993. Patient and Physician Perceptions of their Relationship and Patient Satisfaction: A Study of Chronic Disease Management. Patient Education and Counseling 20, 27 - 36.
- Argyle, M. 1975. Bodily communication. London: Methner & Co.
- Ausubel, D. 1985. Learning as Constructing meaning. Teoksessa: N. Entwistle (toim.) New Directions in Educational Psychology 1. Learning and Teaching. London: The Falmer Pree. 71 - 82.
- Benner, P. 1989. Aloittelijasta asiantuntijaksi. SHKS. Juva: WSOY.
- Berger, P.L. & Luckman. T. 1994. Todellisuuden sosiaalinen rakentuminen. Suomentaja Vesa Raiskila. Helsinki: Gaudeamus.
- Berliner, D.C. 1988. Implications of studies of expertise in pedagogy for teacher education and evaluation. Teoksessa: New directions for teacher assessment. Proceedings of the 1988. ETS Invitational Conference. NJ. Educational Testing Service.
- Bierhoff, H-W. 1989. Person perception and attribution. Berlin: Springer-Verlag.
- Bodley, D. E. 1991. Adapting supervision strategies to meet the challenges of future mental health nursing practice. Nurse Education Today 11, 378 - 386.
- Boud, D., Keogh, R. & Walker, D. 1985. Promoting reflection in learning: A model. Teoksessa: D. Boud, R. Keogh & D. Walker (toim.) Reflection: Turning experience into learning. London: Kogan Page, 18 - 40.
- Brown, B.L., Giles, h. & Thakerar, J.N. 1985. Speaker evaluations as a function of speech rate, accent and contex. Language & Communication 5, 207 - 220.
- Buchmann, M. & Schwille, J. 1983. Education: The Overcoming of experience. American Journal of Education 11, 30 - 51.
- Buller, D.B., LePoire, B.A., Aune, R.K. & Eloy, S.V. 1992. Social perceptions as mediators of effect of speech rate similarity on compliance. Human Communication Research 19, 286 - 311.
- Burgoon, J.K., Birk, T. & Pfau, M. 1990. Nonverbal behaviors, persuasion, and credibility. Human Communication Research 17, 140-169.
- Burgoon, J.K., Buller, D., Hale, J.L. & De Turk, M.A. 1984. Relational messages associated with nonverbal behaviors. Human Communication Research 10, 351 - 378.
- Burgoon, J.K., Pfau, M., Parrott, R., Birk, T., Cocker, R. & Burgoon, M. 1987. Relational communication, satisfaction, compliance-gaining strategies, and compliance in communication between physicians and patient. Communication Monographs 3, 307 - 324.

- Burnard, P. & Morrison, P. 1988. Nurses perceptions of their interpersonal skills: a descriptive study using six category intervention analysis. *Nurse Education Today* 8, 266 - 272.
- Burnard, P. & Morrison, P. 1991. Nurses' interpersonal skills: a study of nurses' perceptions. *Nurse Education Today* 11, 24 - 30.
- Calderhead, J. 1989. Reflective teaching and teacher education. *Teaching & Teacher Education* 5, 43 -51.
- Cichon, E.J. & Masterson, J.T. 1993. Physician-Patient Communication: Mutual Role Expectations. *Communication Quarterly* 41, 477 - 489.
- Coates, J. 1986. Women, men and language. *Studies in language & linguistics*. London: Longman.
- Creswell, J.W. 1994. *Research design: qualitative and quantitative approaches*. Thousand Oaks: Sage.
- Cronen, V., Pearce, B. & Changseng, X. 1989/90. The Meaning of Meaning in the CMM. *Analysis of Communication: A Comparison of Two Traditions. Research of Language and Social Interaction* 23, 1 - 40.
- Davis, E.L., Tedesco, L.A., Nicosia, N.E., Brewer, J.D. Harnett, T.E. & Ferry, G. W. 1988. Use of Videotape Feedback in Communication Skills Course. *Journal of Dental Education* 32, 164 - 166.
- Dewey, J. 1933. *Experience and education*. New York: Collie Books.
- Dickson, D.A., Hargie, O. & Morrow, N.S. 1989. *Communication Skills Training for Health Professionals. An instructor's handbook*. London: Chapman and Hall.
- Di Salvo, V.S., Larsen, J.K. & Backus, D.K. 1986. The health care communicator: An identification of skills and problems. *Communication Education* 35, 231 - 242.
- Dreyfus, H. & Dreyfus, S. 1986. *Mind over machine*. Oxford: Basil Blackwell.
- Drew, P. & Heritage, J. 1992. *Introduction: analyzing talk at work*. Teoksessa: P. Drew & J. Heritage. J. (toim.) *Talk at Work*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Eklund, K. 1992. *Asiantuntija- yksilönä ja organisaation jäsenenä*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopiston täydennyskoulutuskeskuksen tutkimuksia ja selvityksiä 12.
- Ekola, J. 1987. *Tavoitteena laaja-alainen ammattitaito*. Teoksessa: J. Ekola, A. Nuutinen & A-L. Kiiskinen (toim.) *Ammatillisten oppilaitosten oppimateriaalien laadinnan perusteita*. Jyväskylän yliopiston monistuskampus. Kirjapaino Oy Sisä-Suomi. 2 - 47.
- Engeström, R. 1992. Puheen kontekstuaalisuus bahtinilaisittain. *Sosiologia* 29, 219 - 231.
- Engeström, Y. 1983. *Opetus-oppimisprosessi aikuisopetuksessa*. Teoksessa: *Aikuisopetuksen perusteita. Vapaan kansansivistystyön 27. vuosikirja*. Porvoo: WSOY. 24 - 47.
- Engeström, Y. 1987. *Perustietoa opetuksesta*. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Engeström, Y. 1990. *Learning, working and imagining: Twelve studies in activity theory*. Helsinki: Orienta-Konsultit.

- Engeström, Y. 1991. Developmental work research: reconstructing expertise through expansive learning. Teoksessa: M.I. Nurminen & G. Weir (toim.). *Human Jobs and Computer Interfaces*. Amsterdam: Elsevier Science Publishers.
- Entwistle, N. 1985. Contributions of psychology to learning and teaching. Teoksessa: N. Entwistle (toim.) *New Directions in Educational Psychology* 1. Learning and Teaching. London: The Falmer Press. 3 - 8.
- Eteläpelto, A. 1992 Tulevaisuuden asiantuntijuuden kehittämiseen. Teoksessa: J. Ekola (toim.) *Johdatusta Ammattikorkeakoulupedagogiikkaan*. Juva: WSOY 9 - 47.
- Evans, B.J., Stanleys, R.O. & Burrows, G.D. 1992. Communication Skills Training and Patients Satisfaction. *Health Communication* 2, 155 - 170.
- Faulkner, A. 1985. The evaluation of teaching interpersonal skills to nurses. Teoksessa: C. M. Kagan (toim.) *Interpersonal Skills in Nursing. Research and Applications*. London: Croom Helm. 65 - 75.
- Freire, P. 1972. *Pedagogy of the oppressed*. New York: Header and Header
- Glanz, K. Lewis, FM, Rimer, BK. (toim.) 1990 *Health behavior and health education*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Gordon, T. 1979. *Viisas opettaja*. Helsinki: KK kirjapaino.
- Gore, J. & Zeichner, K. 1991. Action research and reflective teaching in preservice teacher education. A case study from the United States. *Teaching & Teacher Education* 2, 119 - 136.
- Green, L.W. & Kreuter, M.W. 1991. *Health Promotion Planning. An Educational and Environmental Approach*. Mountain View: Mayfield Publishing Company.
- Greenberg, J.S. 1992. *Health education. Learner-Centered Instructional Strategies*. Dubuque: W.M. C. Brown Publishers.
- Guba, E.G. & Lincoln, Y. S. 1981. Effective evaluation. Improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Hakkarainen, P. 1982. Arviointiaikuis koulutuksessa osa II. Opetuksen ja oppimisen laadullinen arviointi. *Julkaisusarja B, n:o 20b*. Helsinki: Valtion koulutuskeskus.
- Hakkarainen, P. 1995. Kysymykset ja ongelmat korkeakouluopettajan työvälteinä. *Kasvatus* 3, 211 - 223.
- Hakkarainen, P., Keskinen, R. & Virtanen H. 1992. Ammatinhallinnan kehittäminen aikuiskoulutuksessa. Opetushallitus, Aikuiskoulutuksen linja. Helsinki. VAPK-kustannus.
- Hakulinen, A. 1989. (toim.) *Suomalaisen keskustelun keinoja I. Kieli 4*. Helsingin yliopiston suomenkielen laitos.
- Hakulinen, A. 1991. Erään haastattelun anatomia. Teoksessa: T. Lehtinen & S. Shore (toim.) *Kieli 6. Kieli, valta ja eriarvoisuus. Esitelmät 18. kielitieteen päiviltä*. Helsingin yliopiston suomen kielen laitos. 166 - 186.
- Hakulinen, A. & Karlsson, F. 1988. *Nykysuomen lauseoppi*. Suomalaisen kirjallisuuden seura. Jyväskylä: Gummerus.
- Hall, J. A., Roter, D.L. & Katz, N.R. 1988. Correlates of Provider behavior: A meta-analysis. *Medical Care* 25, 399 - 412.

- Harré, R. 1979. *Social Being*. Oxford: Basil Blackwell.
- Hays, R.B. 1990. Self-Evaluation of Videotaped consultations. *Teaching and Learning in Medicine* 2, 232 - 236.
- Heikkinen, R-L. 1988. Laadullisen neuvonta-aineiston valottama terveyskasvatustutkimusanalyysi. Tampereen yliopiston kasvatustieteen laitos. Julkaisusarja A: Tutkimusraportti n:o 42.
- Heikkinen, R-L. 1991. Ymmärtävän tutkimusotteen tuottamia kriittisiä huomioita terveyskasvatukseen. Teoksessa: H. Urponen, P. Aarva & R. Nupponen (toim.) *Terveyskasvatustutkimuksen vuosikirja 1991*, Tampere: R.K. Virtanen. 35 - 41.
- Helman, C.G. 1986. The Consultation in Context. *Holistic Medicine* 1, 37 - 41.
- Henzl, V. 1989. Linguistic means of social distance in physician patient communication. Teoksessa: W. von Raffler-Engel (toim.) *Doctor-patient interaction*. Amsterdam: John Benjamin.
- Heritage, J. 1996. Harold Garfinkel ja etnometodologia. Suomentajat Ilkka Arminen, Outi Paloposki, Anssi Peräkylä, Sanna Vehviläinen & Soile Veijola. *Jyväskylä: Gummerus*.
- Heritage, J. & Sefi, S. 1992. 'Just a Chat': Dilemmas of Advice Giving in Interactions between Health Visitors and First Time Mothers. Teoksessa: P. Drew & J. Heritage. J. (toim.) *Talk at Work*. Cambridge: Cambridge University Press. 359 - 417.
- Honeycutt, J.M. & Worobey, J.L. 1987. Impressions about communication styles and competence in nursing realtions. *Communication Education* 36, 217 - 227.
- Hurrelmann, K. 1988. Social structure and personality development; the individual as productive processor of reality. Cambridge: Cambridge University Press.
- Häggman-Laitila, A. 1994. Terveysthuollossa asioineiden mielikuvia ja kokemuksia potilaana olemisesta. *Hoitotiede* 6, 83 - 92.
- Ingrosso, M. 1993. Becoming sensitive to Health. Effectiveness and learning in health education and promotion. *Archives of Hellenic Medicine Official Journal of The Athenes Medical Society* 10, (Suppl). A.11 - 27.
- Jarvis, P. 1987. Meaningful and Meaningless Experience: Toward an Analysis of learning From Life. *Adult Educational Quarterly* 37, 164 - 172.
- Jarvis, P. 1992a. Quality in practice: the role of education. *Nurse Education Today* 12, 3 - 10.
- Jarvis, P. 1992b. Reflective practice and nursing. *Nurse Education Today* 12, 174 - 181.
- Jeffers, J.M. & Guthrie, D.W. 1988. Self-Assessment via Videotaping to Maximize Teaching Effectiveness. *The Journal of Continuing Education in Nursing* 19, 223 - 226.
- Johnson, J.R. 1994. The Communication Training Needs of Registered Nurses. *The Journal of Continuing Education in Nursing* 25, 213 - 218.
- Joronen, L. 1993. Ammatillisen kasvun edellytykset organisaatiossa. Tutkimus ammatillista kasvua tukevista organisaation kasvuedellytyksistä ja niiden edellyttämistä johtamistaidollisista valmiuksista naisnäkökulma huomioon ottaen. Helsingin yliopisto. Kasvatustieteen laitos, Tutkimuksia 135.

- Julkunen, R. 1992. Hyvinvointivaltio käännekohdassa. Jyväskylä: Gummerus.
- Järvinen, A. 1990. Reflektiivisen ajattelun kehittäminen opettajakoulutuksen aikana. Jyväskylän yliopisto. Kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia 35.
- Kannas, L. 1988. Terveyskasvatustutkimus Suomessa 1970-80-luvulla. Teoksessa: L. Kannas & S. Miilunpalo (toim.) Terveyskasvatustutkimuksen vuosikirja 1988. Lääkintöhallituksen julkaisuja. Sarja Tutkimukset 8. Jyväskylä: 63 - 82.
- Kannas, L. 1992. Terveyskasvatus tutkimus- ja koulutusalanä sekä arjen käytäntöinä. Aikuiskasvatus 2, 68 - 76.
- Karisto, A. 1984. Hyvinvoinnin ja sairauden ongelma. Helsinki: Kansaneläkelaitoksen julkaisuja 14:46.
- Kauppi, A. 1993. Mistä nousee oppimisen mieli? - Kontekstuaalisen oppimiskäsitteksen perusteita. Teoksessa: A. Kajanto (toim.) Aikuisten oppimisen uudet muodot, Kohti aktiivista oppimista. Kansanvalistusseura ja Aikuiskasvatuksen Tutkimuksen seura. Jyväskylä: Gummerus. 51 - 109.
- Keltner, W.J. 1973. Elements of Interpersonal Communication. Second Edition. California: Wadsworth Publishing Company, Inc.
- Keravuori, K. 1988. Ymmärräkö tarkoitukses? Suomalaisen kirjallisuuden seuran toimituksia 477. Jyväskylä: Gummerus.
- Kickbusch, I. 1988. Introduction. Teoksessa: R. Anderson, J.K. Davies, I. Kickbusch, D. McQueen & J. Turner. (toim.) Health behaviour research and health promotion. Oxford: Oxford University Press. 1 - 3.
- Kivinen, K. 1994. "Orjat ja sankarit" Sosiaali- ja terveydenhuollon muuttuvat työt ja kvalifikaatiovaatimukset. Sosiaali- ja terveydenhuollon työn ja koulutuksen kehittämisprojekti. Sarja A: Tutkimusraportteja 1. Helsinki: Pikapaino.
- Knapp, M.L. 1978. Nonverbal Communication in Human Interaction. Second Edition. New York: Holt Rinehart and Winston.
- Knowles, M.S. 1980. The modern practice of adult education: from pedagogy to andragogy. New York: Association Press.
- Knowles, M. 1985. Introduction: The Art and science of helping adults learn. Teoksessa: M. Knowles & Associates (toim.) Andragogy in Action. Applying modern principles of adult learning: San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Kohonen, V. 1989. Eräitä ajatuksia opettajien täydennyskoulutuksen kehittämisestä yhteistoiminnallisena oppimisena. Teoksessa: Y. Yrjönsuuri (toim.) Koulutuksesta ammatilliseen kasvuun. Kouluhallitus. Helsinki: 79 - 97.
- Kolb, D.A. 1984. Experimental learning. Experience as the source of learning and development. Englewood Cliffs: N.J. Prentice-Hall.
- Konttinen, S. 1989. Aikuisopiskelu muutoksen suunnittelussa ja toteutuksessa. Aikuisopiskelun yleisten kehittämislinjojen ja teoreettisten lähestymistapojen tarkastelua. Teoksessa: Kriittinen ajattelu aikuiskasvatuksessa. Helsinki: Kansanvalistusseura. Aikuiskasvatuksen Tutkimusseura. 95 - 105.
- Koro, J. 1993. Aikuinen oman oppimisensa ohjaajana. Itseohjautuvuus, sen kehittyminen ja yhteys oppimistuloksiin kasvatustieteen avoimen korkeakouluopetuksen monimuotokokeilussa. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä Studies in Education, psychology and social research 98.

- Kreps, G.L. & Thornton, B.C. 1992. Health Communication. Theory & Practice. Second Edition. Illinois: Waveland Press. Inc.
- Krokfors, L. 1993. Tavoitteena ajatteleva opettaja. Teoksessa: O. Luukkainen (toim.) Hyväksi opettajaksi. Juva: Wsoy. 47 - 62.
- Kuusinen, J. Korhokangas, M. 1991. Oppiminen. Teoksessa: J. Kuusinen (toim.) Kasvatuspsykologia. Juva: WSOY. 21 - 63.
- Kärkkäinen, M-L. 1982. Terveyskasvatuksen järjestäminen sairaalassa. Hämeenlinna: Karisto Oy.
- Laitakari, J., Miilunpalo, S., Pasanen, M. & Vuori, I. 1989. Terveyskasvatus terveyskeskuksissa. Lääkintöhallituksen julkaisuja. Sarja tutkimukset 6. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Laurila, P. 1994. Asiakkaan ääni terveyskeskustyön kehittämisessä. Miten asiakkaat olivat mukana kehittämässä Pelkosenniemen - Savukosken terveyskeskusta. Teoksessa: O. Saarelma, K. Launis & R. Simoila (toim.) Terveyskeskukset puhuvat. Kokemuksia ja oivalluksia työn kehittämisestä. Toimiva terveyskeskus -projektin osaraportti 6. Stakes. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Raportteja 156. Jyväskylä: Gummerus. 151 - 181.
- Lehtinen, E. Kinnunen, R. Vauras, M. Salonen, P. Olkinuora, E. & Poskiparta, E. 1991. Oppimiskäsitys koulun kehittämisessä. Kouluhallitus. Helsinki: Valtionpainatuskeskus.
- Lehtonen, J. 1994. Puhekasvatus ja sosiaaliset taidot. Teoksessa: P. Isotalus. (toim.) Puheesta ja vuorovaikutuksesta. Jyväskylän yliopisto. Viestintätieteiden laitoksen julkaisuja 11, 43 - 59.
- Leino-Kilpi, H. 1991a. Kehittävä opiskelija-arvioinnin kokeilu terveydenhuoltoalalla. Loppuraportti 1. Yleinen osa. Opetushallitus ammatillisen koulutuksen linja. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Leino-Kilpi, H. 1991b. Good nursing care. The relationships between client and nurse. Hoitotiede 3, 200 - 206.
- Leino-Kilpi, H., Iire, L., Suominen, T., Vuorenheimo, J. & Välimäki, M. 1993. Tietääkö vai eikö tiedä? Katsaus potilasta ja tietoa koskevaan tutkimukseen. Stakes. Sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus- ja kehittämiskeskus. Raportteja 118. Jyväskylä: Gummerus.
- Leino-Kilpi, H., Walta, L., Helenius, H., Vuorenheimo, J. & Välimäki, M. 1994. Hoidon laadun mittaaminen. Potilaslähtöisen hyvän hoito -mittarin kehittäminen ja mittarilla saadut tulokset. STAKES. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Raportteja 151.
- Leiwo, M., Kuusinen, J., Nykänen, P. & Pöyhönen, M-L. 1987a. Kielellinen vuorovaikutus opetuksessa ja oppimisessä I. Luokkakeskustelu ja sen kuvaus. Jyväskylän yliopisto. Kasvatustieteiden tutkimuslaitoksen julkaisusarja A. Tutkimuksia 2.
- Leiwo, M., Kuusinen, J., Nykänen, P. & Pöyhönen, M-L. 1987b. Kielellinen vuorovaikutus opetuksessa ja oppimisessä II. Peruskoulun luokkakeskustelun määrällisiä ja laadullisia piirteitä. Jyväskylän yliopisto. Kasvatustieteiden tutkimuslaitoksen julkaisusarja A. Tutkimuksia 3.
- Leiwo, M., Timonen, A. & Toivanen, P. 1990. Terveystieteiden viestinnästä ja sen ongelmista. Helsingin yliopiston fonetiikan laitoksen monisteita 17.

- Lepola, I. 1988. Mekanistisesta terveystkasvatuksesta tulkinnalliseen terveystkasvatukseen. Teoreettisten perusteiden tarkastelua. Lääkintöhallituksen julkaisuja. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Liimatainen, L., Kettunen, T. & Poskiparta, M. 1996. Hoitajan ja potilaan välinen terveystneuvonta sairaalassa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 33, 81-89.
- Lincoln, Y. & Guba, E. 1985. *Naturalistic inquiry*. California: Beverly Hills.
- Littlejohn, S.W. 1992. *Theories of human communication*. Fourth edition. Belmont: Ca. Wadsworth.
- Lubbers, C.A. & Roy, S.J. 1988. Communication Skills for Continuing Education in Nursing. *The Journal of Continuing Education in Nursing* 21, 109 - 112.
- Maquire, P. 1985. Deficiencies in key interpersonal skills. Teoksessa: C. M. Kagan (toim.) *Interpersonal Skills in Nursing. Research and Applications*. London: Croom Helm. 116 - 127.
- Maquire, P. Fairbairn, S. & Fletcher, C. 1989. Consultation Skills of Young Doctors - Benefits on Undergraduate Feedback Training in interviewing. Teoksessa: M. Stewart & D. Roter (toim.) *Communicating with Medical Patient*. Newbury Park: Sage Publications. Inc. 124 - 137.
- Marshfield, G. 1985. Issues arising from teaching interpersonal skills in general nurse training. Teoksessa: C. M. Kagan (toim.) *Interpersonal Skills in Nursing. Research and Applications*. London: Croom Helm. 191 - 211.
- Marsick, V. J. 1995. Toimintaoppiminen ja reflektio työpaikalla. Teoksessa: J. Mezirow. (et. al) *Uudistuva oppiminen. Kriittinen reflektio aikuiskoulutuksessa*. Helsingin yliopisto. Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus. Oppimateriaaleja 23. Painotalo Miktor. 41 - 65.
- Mason, J.L., Barkley, S.E., Kappelman, M.M., Carter, D.E. & Beachy, W. 1988. Evaluation of a Self-Instructional Method For Improving Doctor-Patient Communication. *Journal of Medical Education* 63, 629-634.
- McQueen, D.V. 1991. Methodology in health promotion and health education. Teoksessa: J. Rantanen, S. Lehtinen (toim.) *New trends and developments in occupational health services*. Elsevier Science Publishers. B. V. 113 - 123.
- Meeuwesen, L., Schaap, C. & Staak, C. 1991. Verbal analysis of doctor-patient communication. *Social Science and Medicine* 32, 1143 - 1150.
- Mezirow, J. 1981. A Critical Theory of Adult Learning and Education. *Adult Education* 32, 3 - 24.
- Mezirow, J. 1991. *Transformative Dimensions of Adult Learning*. Oxford: Jossey-Bass Publishers.
- Miettinen, R. 1993. Oppitunnista oppimistoimintaan. Tutkimus opetuksen ja opettajankoulutuksen kehittämisestä. Suomen Liikemiesten Kauppaopistossa vuosina 1986 - 1991. Tampere: Gaudeamus.
- Miilunpalo, S. 1995. Terveystkasvatuksen vaikuttavuus. *Suomen Lääkärilehti* 17, 2009 - 2015.
- Mills, G.E. & Pace, R.W. 1989. What Effects Do Practice and Video Feedback Have on the Development of Interpersonal Communication Skills? *The Journal of Business Communication* 2, 159 - 176.

- Mäkelä, K. 1990. Kvalitatiivisen analyysin arviointiperusteet. Teoksessa: K. Mäkelä (toim.) Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Helsinki: Gaudeamus. 42 - 61.
- Newman, M. 1987. Health as expanding consciousness. St. Louis: Mosby.
- Niinistö, K. 1984. Aikuiskoulutus ja sen evaluointi: uusia sovelluksia lähinnä tulkinnallisesta näkökulmasta. Valtion koulutuskeskus. Julkaisusarja B n:o 23. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Niinistö, K. 1985. Tulkinnallinen paradigma aikuiskoulutuksen arvioimisessa. Valtion koulutuskeskus Julkaisusarja B n:o 39. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Nissinen, A. Kauhanen, J. & Myllykangas, M. 1994. Kansanterveystiede. Juva: WSSOY.
- Noack, H. 1991. Conceptualizing and measuring health. Teoksessa: B. Bandura & I. Kickbusch (toim.) Health promotion research Towards a new social epidemiology. WHO Regional Publications. European Series No.37. Copenhagen.
- Northouse, P.G. & Northouse, L.L. 1985. Health Communication. A Handbook for Health Professionals. New Jersey: Prentice-Hall. Inc.
- Nuolijärvi, P. 1990. Keskustelututkimus. Teoksessa: K. Mäkelä (toim.) Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Helsinki: Gaudeamus. 114 - 141.
- Nupponen, R. 1989. Valistus, veljeys, tasa-arvo. Status 2, 23 - 27.
- Nupponen, R. 1991. Aikuisten terveystarkastus- ja neuvontakäynnit terveydenhoitajan kuvaamina. Teoksessa: H. Urponen, Aarva, P., Nupponen, R.(toim.) Terveyskasvatustutkimuksen vuosikirja 1991. Tampere: R.K. Virtanen. 91 - 106.
- Nupponen, R. 1994. Terveyspsykologian perusteet. Stakes. Oppaita 21. Helsinki.
- Nupponen, R., Aarva, P., Laitakari, J., Miilunpalo, S., Paronen, O., Urponen, H. 1991. Terveyskasvatuksen taustakäsitykset ja vaikuttavuuden tutkiminen. Teoksessa: H. Urponen, Aarva, P., Nupponen, R.(toim.) Terveyskasvatustutkimuksen vuosikirja 1991. Tampere: R.K. Virtanen. 11 - 25
- Ojanen, S. 1990. Ohjausprosessi opettajankoulutuksessa. Helsingin yliopisto. Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus. Täydennyskoulutusjulkaisuja No. 5.
- Orem, D. 1985. Nursing: Concepts of practice 2nd. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Patton, M. 1990. Qualitative Evaluation and Research Methods. Newbury Park: Sage.
- Paunonen, M. 1989. Hoitotyön työnohjaus Empiirinen tutkimus työnohjauksen kehittämisohjelman käynnistämistä muutoksista. Kuopion yliopisto, Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta.
- Pender, N. J. 1987. Health promotion in nursing practice. Second edition. California: Appleton & Lange
- Perlberg, A. 1983. When Professors confront themselves: Towards A theoretical conceptualization of video self-confrontation in higher education. Higher Education 12, 633 - 663.
- Peräkylä, A. 1992a. Toiminta, rakenne ja intersubjektiiiviteetti keskusteluanalyysissä. Sosiologia 29, 264 - 276.

- Peräkylä, A. 1992b. The interview format in AIDS counselling. A study of questions and answers in the counselling practice in a London clinic. Ph.D. thesis at University of London.
- Peräkylä, A. 1994. AIDS-neuvontatyö: esimerkki keskusteluanalyysin soveltamisesta terveys sosiologiassa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 31, 24 - 35.
- Peters, R. 1965. Education as initiation. Teoksessa: *Philosophical analysis and education*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Pickle, J. (1985) Toward Teacher maturity. *Journal of Teacher Education* 36, 55 - 59.
- Poskiparta, M. 1994. Hoitajien itsearvioinnit vuorovaikutustaitoja kehitettäessä videotallenteita apuna käyttäen. *Hoitotiede* 7, 211 - 217.
- Poskiparta, M. 1996. Reflektiiviset kysymykset terveysneuvonnassa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 33, 91-97.
- Powell, J. H. 1989. The reflective practitioner in nursing. *Journal of Advanced Nursing* 14, 824 - 832.
- Pultorak, E.G. 1993. Facilitating Reflective Thought in Novice Teachers. *Journal of Education* 4, 288-295.
- Pyörälä, E. 1994. Kvalitatiivisen terveystutkimuksen metodologisia perusteita. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 31, 4 - 14.
- Rauste-von Wright, M-L. 1991. Behavioristisesta oppimiskäsityksestä reflektiiviseen. *Aikuiskasvatus* 1, 4 - 12.
- Rauste-von Wright, M-L. & von Wright J. 1994. *Oppiminen ja koulutus*. Juva: WSOY.
- Rautava, P. 1989. Health education in the Finnish maternity health care system. Evaluation of effectiveness. *Lääkintöhallituksen julkaisuja. Sarja tutkimukset* 14. Turku: Grafia Oy.
- Reynolds, B. 1985. Issues arising from teaching interpersonal skills in psychiatric nurse training. Teoksessa: C. M. Kagan (toim.) *Interpersonal Skills in Nursing. Research and Applications*. London: Croom Helm. 212 - 227.
- Rimpelä, M. 1992. Terveyttä suomalaisille, mutta tarvitaanko terveystutkimusta? - ajatuksia käsitteistä ja näkökulmista. *Terveystutkimuksen tiedotuksia* 4, 4 - 11
- Rimpelä, M. 1993. Terveystutkimuksen edistämisestä terveystutkimuksen sisältöihin. *Terveystutkimuksen tiedotuksia* 3, 10 - 15
- Rimpelä, M. 1994. Terveystutkimuksen edistäminen ja terveystutkimus - katsaus kansainväliseen kirjallisuuteen. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti Supplementti: Terveystutkimuksen vuosikirja 1993. Terveystutkimus, hyvinvointi ja selviytymiskyky tutkimuskohteena (toim.) P. Rautava, E. Lahtinen & A. Ojanlatva*. Turku: 5 - 22.
- Robinson, D.G. & Robinson, J. C. 1990. *Training for impact. How to link training to business needs and measure the results*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Rogers, C. 1985. Freedom to learn. Teoksessa: N. Entwistle (toim.) *New Directions in Educational Psychology 1. Learning and Teaching*. London: The Falmer Press. 121 - 124.

- Rollnick, S., Heather, N. & Bell, A. 1992. Negotiating behaviour change in medical setting: The development of brief motivational interviewing. *Journal of Mental Health* 1, 25 -37.
- Ropo, E. 1991. Opettajaeksperttiyden kehittyminen - tutkimustuloksia ja näkökulmia. *Aikuiskasvatus* 3, 153 - 163.
- Ross, D.D. 1989. First Steps in Developing A Reflective Approach. *Journal of Teacher Education* 2, 22-30.
- Roter, D.L. 1989. Which Facets of Communication. Have Strong Effects on Outcome A Meta-Analysis. Teoksessa: M. Stewart & D. Roter (toim.) *Communicating with Medical Patient*. Newbury Park: Sage Publications.Inc. 183 - 198.
- Roter, D.L., Hall, J.A. & Katz, N.R. 1988. Patient-physician communication: A descriptive summary of literature. *Patient Education and Counseling* 12, 99 - 119.
- Roter, D.L. & Hall, J.A. 1991. Health education theory: an application to process of patient - provider communication. *Health Education Research* 6, 185 - 193.
- Roth, R.A. 1989. Preparing in the Reflective Practitioner: Transforming the Apprentice through the Dialectic. *Journal of Teacher Education* 2, 31 - 35.
- Rousi, H. 1991. Näkökulma ammatillisen opettajakoulutuksen teoreettisiin lähtökohtiin. Sovellutusalan sosiaalialan opettajakoulutus. Jyväskylän ammatillisen opettajakorkeakoulun julkaisuja 1.
- Rowland-Morin, P.A. & Carroll, J.G. 1990. Verbal communication skills and patient satisfaction. *Evaluation & The Health Professions* 3, 168 - 185.
- Ruohotie, P. 1993. Ammatillinen kasvu työelämässä. Tampereen yliopiston Hämeenlinnan opettajakoulutuslaitos. Ammattikasvatussarja. 8.
- Sallinen-Kuparinen, A. 1986. Suomalaisten kommunikoijakuva. *Kielikeskusutisia* 8, 3 - 13.
- Sallinen-Kuparinen, A. 1989. Terveys, viestintä ja terveydenhoitoviestintä. *Työterveyslääkäri* 3, 14 - 19.
- Sarala, U. 1988. Kohti oppivaa organisaatiota. Helsingin yliopisto. Lahden tutkimus ja koulutuskeskus.
- Sarala, U. 1993. Työssä oppiminen tutkimuskohteena. Teoksessa: S. Kontiainen & K.E. Nurmi (toim.) *Muutos ja interventio*. Helsingin yliopisto. Kasvatustieteen laitos, Tutkimuksia 139. 29 - 61.
- Scheidt, P., Lazaritz, S., Ebbeling, W., Figelman, A., Moessner, H. & Singer, J. 1986. Evaluation of system providing feedback to students on videotaped patient encounters. *Journal of Medical Education* 61, 585 - 590.
- Schmitz, S.M. 1989. Health promotion: A conceptual perspective. Teoksessa: N. Sol & P.K. Wilson. (toim.) *Hospital health promotion*. Illinois: Human Kinetics Books. 3 - 31.
- Schön, D. 1983 *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*. New York: Basic Books.
- Schön, D. 1987 *Educating the Reflective Practitioner: Toward a New Design for Teaching and Learning in Problems*. San Francisco: Jossey Bass Publishers.
- Seikkula, J. 1994. Sosiaaliset verkostot. Ammattiauttajan voimavara kriiseissä. Tampere: Tampere paino Oy.

- Shemeikka, S. 1991. Terveyskasvattajan omaksumat toimintamallit ja niiden vaikutusten tutkiminen. Terveyskasvatustutkimuksen vuosikirja. Sosiaali- ja terveyshallitus. Tutkimuksia 2. Tampere: 83 - 90.
- Silverman, D., Peräkylä, A. & Bor, R. 1992. Discussing safer sex in HIV counseling: assessing three communication formats. *Aids Care* 4, 69 - 82.
- Simoila, R. & Harlamov, A. 1993. Terveydenhoitajatyön jännitteet. Analyysi neljän terveyskeskuksessa toimivan terveydenhoitajan ajattelu- ja toimintamalleista. Teoksessa: R. Simoila, A. Harlamov, K. Launis, Y. Engeström, O. Saarelma & M. Kokkinen-Jussila (toim.) Mallit, kontaktit, tiimit ja verkostot. Välineitä terveyskeskustyön analysointiin. Toimiva terveyskeskus -projektin viides osaraportti. Stakes. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Raportteja 80. Jyväskylä: Gummerus. 1 - 56.
- Smyth, J. 1992. Teacher Work and the Politics of Reflection. *American Educational Research Journal* 29, 267-300.
- Sorenson, R.L. Pickett, T.A. 1986. A test of two teaching strategies designed to improve interview effectiveness: rating behavior and videotaped feedback. *Communication Education* 35, 13 - 22.
- Speedling, E.J. & Rose, D.N. 1985. Building an effective doctor-patient relationship: From patient satisfaction to patient participation. *Social Science and Medicine* 21, 115 - 120.
- Stewart, M.A. 1984. What is successful doctor-patient interview? A study of interactions and outcomes. *Social Science and Medicine* 20, 167 - 175.
- Street, R.L. & Buller, D. 1988. Patients' Characteristics Affecting Physician-Patient Nonverbal Communication. *Human Communication Research* 15, 60 - 90.
- Street, R.L. & Wiemann, J.M. 1987. Patient satisfaction with physicians' interpersonal involvement, expressiveness, and dominance. *Communication Yearbook* 10, 591-612.
- Sundeen, S.J, Stuart, G.W., DeSalvo Rankin, E. & Cohen S.A. 1985. Nurse-client interaction. Implementing the nursing process. St. Louis: The C.V. Mosby Company.
- Suominen, T. 1994. The Nursing Care of Breast Cancer Patients: Perceived Information, Support and Participation. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja D. Medica - Odontologica. 144.
- Syrjälä, L., Ahonen, S., Syrjäläinen, E. & Saari, S. 1994. Laadullisen tutkimuksen työtapoja. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Talvitie, U. 1991. Aktiivisuuden ja omatoimisuuden kehittäminen fysioterapian tavoitteena. Kehittävän työntutkimuksen sovellus lääkintävoimistelijan työhön. Jyväskylän yliopisto. *Studies in Sport, Physical Education and Health*. 28.
- Taylor, S.G., Pickens, J.M. & Geden, E.A. 1989. Interactional Styles of Nurse Practitioners and Physicians Regarding Patient Decision Making. *Nursing Research* 38, 50 - 55.
- Terveyskasvatuksen neuvottelukunta. Terveyskasvatustutkimuksen kehittäminen Suomessa 1990-luvulla. 1995. Terveyskasvatuksen vuosikirja 1994. (toim.) A-M. Pietilä, I. Lepola & A. Rimpelä. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti Supplementti* 32, 143 - 158.

- Thompson, T. 1984. The Invisible Helping hand: The Role of communication in the Health and Social Service Professions. *Communication Quarterly* 32, 148 - 158.
- Toikka, K. 1984. Kehittävä kvalifikaatiotutkimus. Valtion koulutuskeskus, julkaisusarja B no 25. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Toiskallio, J. 1988. Ihmisen kasvu ja kasvat. Porvoo: WSOY.
- Toiskallio, J. 1991. Reflektio ja reflektiivinen ammattitaito. Teoksessa: J. Toiskallio (toim.) Opetuksesta ja opettajuudesta. Autonomia, kokemus ja reflektiivinen ammattitaito opetuksen laadun haasteina. Turku: Pallosalama Oy. 29 - 37.
- Toiskallio, J. 1993. Tieto, sivistys ja käytännöllinen viisaus. Opettajan sisältötiedosta keskusteleminen postmetafyysisessä kulttuurissa. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C. osa 99. Turku.
- Tomlinson, A. 1985. The use of experimental methods in teaching interpersonal skills to nurses. Teoksessa: C. M. Kagan (toim.) *Interpersonal Skills in Nursing. Research and Applications*. London: Croom Helm. 187 - 190.
- Tomm, K. 1987a. Interventive Interviewing: Part I. Strategizing as Fourth Guideline for the Therapist. *Family Process* 26, 3 - 13.
- Tomm, K. 1987b. Interventive Interviewing: Part II. Reflexive Questioning as a Means to Enable Self-Healing. *Family Process* 26, 167- 183.
- Tomm, K. 1988. Interventive Interviewing: Part III. Intending to ask Lineal, Circular, Strategic, or Reflexive Questions? *Family Process* 27, 1 - 15.
- Tones, K. 1988. Selecting indicators of success in health education: the importance of theory and philosophy. Teoksessa: L. Kannas & S. Miilunpalo (toim.) *Terveyskasvatustutkimuksen vuosikirja 1988*. Lääkintöhallituksen julkaisuja. Sarja Tutkimukset 8. Jyväskylä: 33 - 42.
- Tones, K. 1993. Changing Theory and Practice: Trends in Methods, strategies and Settings in Health Education. *Health Education Journal* 52, 125 - 139.
- Tones, K., Tilford, S. & Robinson, Y. 1990. Health education. Effectiveness and efficiency. London: Chapman and Hall.
- Tribe, A.J. & Fletcher, C.J. 1984. Self-Confrontation through Video-playback: A study of Lecturers' reactions. *Assessment and Evaluation in Higher Education* 9, 165 - 173.
- Trumbull, D.J. & Slack, M.J. 1991. Learning to ask, listen and analyse: using structural interviewing assignments to develop reflection in preservice science teachers. *International Journal of Science Education* 13, 129 - 142.
- Tuckett, D., Boulton, M., Olson, C. & Williams, A. 1985. Meetings Between Experts: An Approach to Sharing Ideas in Medical Consultations. London: Talvistock Publications Ltd.
- Tynjälä, P. 1991. Kvalitatiivisten tutkimusmenetelmien luotettavuudesta. *Kasvatus* 5 - 6. 387 - 398.
- Vaherva, T. & Ekola, J. 1987. Aikuisen opettamisen taito. Helsinki: Oy Yleisradio Ab.
- Wahlström, J. 1992. Merkitysten muodostaminen ja muuttuminen perheterapeuttisessa keskustelussa. Diskurssianalyttinen tutkimus. *Jyväskylä studies in education, Psychology and social research* 94. Jyväskylän yliopisto.

- Waitzkin, H. 1984. Doctor-patient communication: Clinical implications of social scientific research. *Journal of the American Medical Association* 252, 2441 - 2446.
- Waitzkin, H. 1985. Information giving in medical care. *Journal of Health and Social behavior* 26, 81 - 101.
- Valo, M. 1986. Mitä ovat puheviestintätaidot? *Virke* 6, 5 - 14.
- Valo, M. 1994. Käsitykset ja vaikutelmat äänestä. Kuuntelijoiden arviointia radiopuheen äänellisistä ominaisuuksista. *Studia Philologica Jyväskyläänsia*. 33. Jyväskylä.
- Varila, J. 1992. Työmarkkinakelpoisuus ja työssä oppiminen. Helsinki: Valtion kehittämiskeskus. VAPK-kustannus.
- Vehviläinen-Julkunen, K. 1991. Asiakkaan ja terveydenhoitajan välisen vuorovaikutuksen sisältö ja vuorovaikutussuhteet lastenneuvolassa. *Hoitotiede* 3, 15 - 20.
- Weijts, W. 1993. Patient participation in gynaecological consultations: studying interactional patterns. Maastricht: Uniprint Universitaire Drukkerij.
- Weisman, C.S. & Teitelbaum, M.A. 1985. Physician gender and physician-patient relationship: Recent evidence and relevant questions. *Social Science and Medicine* 20, 1119 - 1127.
- Vertio, H. 1992. Terveyden edistäminen - valintojen virta. Helsinki: SHKS. Suomen Syöpäyhdistys.
- Weston, W.W. & Lipikin, M. Jr. 1989. Doctors Learning Communication Skills Developmental Issues. Teoksessa: M. Stewart & D. Roter (toim.) *Communicating with Medical Patient*. Newbury Park: Sage Publications. Inc. 43 - 57.
- Winn, W. 1990. Some implications of cognitive theory for instructional design. *Instructional Science* 19, 53 - 69.
- Virkkala, V. 1990. Toimivat tietokokonaisuudet. Teoksessa: Koulu ja tieto. Kouluhallitus. Helsinki: Valtion painatuskeskus. 112 -126.
- Vuori, H. 1993. Terveydenhuollon laadunvarmistus. Vammalan Kirjapaino. SHKS.
- Wyatt, N. 1991. Physician - Patient Relationships: What Did Doctors Say? *Health Communication* 3, 157 - 174.
- Yin, R.K. 1984. Case study research. Design and methods. Beverly Hills: Sage.
- Zeichner, K. 1983. Alternative paradigms of teacher education. *Journal of Teacher Education* 34, 3-9.
- Zeichner, K. 1987 Preparing reflective teachers: An overview of instructional strategies which have been employed in preservice teacher education. *International Journal of Educational Research* 11, 565 - 575.
- Zeichner, K. & Liston, D. 1987. Teaching student teachers to reflect. *Havard Educational Review* 57, 23-48.

LIITTEET

LIITE 1.

**JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO
TERVEYSTIETEEN LAITOS
MARITA POSKIPARTA
VS. LEHTORI, THL**

POTILAAN SUOSTUMUS

Annan luvan Jokilaakson sairaalassa videoida itseni ja hoitajan välisen keskustelun käytettäväksi tutkimusaineistona Hoitajien vuorovaikutustaitojen kehittämisprojektissa, josta on tarkoitus tehdä väitöskirjatyö. Tutkijan ja hoitajan sekä potilaan välinen keskustelu nauhoitetaan. Tutkimukseen osallistuvat muistavat vaitiolovelvollisuuden.

Jämsässä ____/____ 1993.

Allekirjoitus

HOITAJAN SUOSTUMUS

Annan luvan Jokilaakson sairaalassa videoida itseni ja potilaan välisen keskustelun käytettäväksi tutkimusaineistona Hoitajien vuorovaikutustaitojen kehittämisprojektissa, josta on tarkoitus tehdä väitöskirjatyö. Tutkijan ja hoitajan sekä potilaan välinen keskustelu nauhoitetaan. Tutkimukseen osallistuvat muistavat vaitiolovelvollisuuden.

Jämsässä ____/____ 1993.

Allekirjoitus

LIITE 2. Tutkimusaineiston kuvaus.

Neuvonnan numero	Hoitajat				Potilaat			
	Koulutus	Ikä	Sukup.	Työkok.	I neuvonta	II neuvonta		
					Ikä	Sukup.	Ikä	Sukup.
I	fys	36	n	11	47	n	52	n
II	efys	47	n	19	53	m	59	m
III	esh	37	n	11	33	n	29	n
IV	esh	35	n	15	28	n	29	n
V	ph	47	n	8	58	n	36	n
VII	sh	25	n	3	49	m	56	m
VIII	esh	25	n	3	18	n	30	n
IX	sh	31	n	7	66	n	42	n
X	sh	26	n	3	55	m	65	m
XI	esh	25	n	1	53	n	50	n
XII	sh	24	n	3	40	m	70	m
XIII	esh	50	n	22	41	n	43	n
XIV	esh	45	n	19	48	n	50	n
XVI	esh	32	n	7	60	n	62	n
XVII	sh	49	n	10	48	m	55	m
XVIII	ph	40	n	6	63	n	55	n
XIX	lääkv.	42	m	18	36	m	47	m
XX	esh	32	n	15	42	m	63	m
XXI	sh	50	n	25	49	n	38	n

n = nainen
m = mies

fys = fysioterapeutti
efys = erikoisfysioterapeutti
esh = erikoissairaanhoitaja

ph = perushoitaja
sh = sairaanhoitaja
lääkv = lääkintävahtimestari

(Neuvonnat VI ja XV eivät sisälly tutkimusaineistoon).

LIITE 3.

POTILAAN HAASTATTELUKÄYNNIT ENSIMMÄISEN VIDEONAUHOITUKSEN JÄLKEEN

1. Potilaan taustatiedot.
Ikä
Siviilisääty/perhetilanne
Ammatti
Koulutus
Asumisolosuhteet
2. Tämän hetkisen hoitoon hakeutumisen syyt?
Tämän hetkinen hoidon tarve?
3. Asiakkaan hoitohistoria
Milloin olet viimeksi käynyt lääkärin / hoitajan ym. vastaanotolla?
Kuinka paljon käytät terveyspalveluja
Mistä syistä? jne.
4. Millaiseksi tunnet olosi tällä hetkellä?
Mitä terveys sinulle merkitsee?
5. Terveyden ylläpitäminen
Miten olet ylläpitänyt terveyttäsi tähän asti?
Ravitsemus
Tupakointi
Alkoholinkäyttö
Liikunta
Stressin hallinta
6. Minkälaisena koit terveyskasvatustilanteen?
Millainen mielikuva terveyskasvatustilanteesta muodostui?
Oletko aiemmin ollut tämän hoitajan hoidossa?
7. Saitko sellaista hoitoa ja ohjantaa kuin toivoit?
Millaista neuvontaa jäit kaipaamaan?
Saitko tietoa niistä asioista mistä toivoit?
8. Miten toivoisit terveysneuvonta-/ sairaalapalveluita kehitettävän?
9. Jännittikö nauhoitus?
Oletko aiemmin ollut mukana videonauhoituksessa?

Oletko kehittynyt toivomissasi asioissa?

TUTKIMUSPROJEKTINI PÄÄTTEEKSI

KIITOKSET YHTEISISTÄ KEHITTÄVISTÄ HETKISTÄ. OLET ANTANUT MINULLE KULLAN ARVOISTA TUTKIMUSINEISTOA. TOIVON, ETTÄ OLEN OMALTA OSALTANI PYSYTYNYT TUOTTAMAAN SINULLE VASTAAVAN TASOISIA OPPIMIS- JA KEHITYSKOKE- MUKSIA. JOTTA JATKOSSA VOISIN KEHITTÄÄ OMAA AMMATTITAITOANI, TOIVOISIN SINULTA VIELÄ PALAUTETTA KOKO TÄSTÄ TUTKIMUSPROJEKTISTA.

SIIS MILTÄ TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMINEN ON TUNTUNUT?

MITÄ TUTKIMUKSEN OSALLISTUMINEN ANTOI SINULLE?

MITEN TUTKIJAJA OLISI VOINUT PAREMMIN TUKEA AMMATTITAITOSI KEHITY- MISTÄ?

MITEN KEHITTÄISIT TUTKIMUSOTETTA JA KOKO PROJEKTIA?

OLIKO TUTKIMUSPROJEKTISSA MIELESTÄSI JOTAIN TURHAA?

YM. MITÄ MIELESSÄSI LIIKKUU

LIITE 7.

Tutkijan palaute tapaus ykkösen hoitajalle ensimmäisestä neuvonnasta

Pientä palautetta videonauhastasi. Olet mielestäni empaattinen ja helposti ihmisiin kontaktin saava hoitaja. Joten tästä on hyvä jatkaa. Kaikki haastattelemani potilaat ovat olleet tyytyväisiä saamaansa hoitoon ja videoituihin neuvontatilanteisiin.

Jo tutkimuksen esittelyvaiheessa mainitsin, että tämän tutkimuksen tarkoituksena on kehittää vuorovaikutustaitoja, joten keskityn palautteessa näihin asioihin.

Sinulla taitaa olla korkea vaatimustaso omaa työtäsi kohtaan. Mainitsit, ette ollu kerennyt pahemmin tutustua potilaaseen, mutta mielestäni osasit erinomaisesti käyttää hyväksesi sitä tietoa, mitä sinulla oli potilaasta tässä neuvontatilanteessa. Aloitit neuvonnan mukavasti potilaan tuntemuksia kuunnellen. Muutoinkin koko keskustelun ajan pyrit huomioimaan potilaan ja hänen tarpeensa. Arnoit hänen tuoda esille tärkeitä asiat. Mielestäni teit aivan oikean ratkaisun, kun rajasit sisällöt liikuntaan. Sinullahan oli vielä mahdollisuus tavata potilas uudelleen ja tarkentaa puuttuvia asioita. Potilaan oma pohdinta liikunnan harrastuksestaan ja sen tarpeellisuudesta oli hyvä. Näin hän joutui itse ottamaan kantaa omaan toimintaansa ja kelaamaan jo hallitsemaan tietoja. Sinulle ei näin muodostunut terveysterroristin kaapua ylle. Mitenkä sinä oikein vaistoatkaan asiat, joista potilaat ovat kiinnostuneita. Saunakeskustelu oli todella hyvä. Muutoinkin toit esille asiat positiivisessa hengessä. Mainitsit neuvonnan aikana muutaman vierasperäisen sanan, joita et selittänyt, ymmärsiköhän potilas asian. Nonverbaalisella viestillä pyrit kyllä selittämään sanojasi.

Osastokoulutuksessa käsittelemme kokemuksista oppimista ja reflektion käsitettä. Jatkossa toivonkin, että tarkastelet työtäsi näiden käsitteiden valossa. Toisin sanoen mietit, mitkä ovat toimintojesi tarkoitukset. Oletko asettanut neuvonnallesi tietyn tavoitteen? Miten toimit kyseisessä neuvontatilanteessa? Miksi toimit niinkuin toimit? Miten havainnoit haastattelu- ja ohjaustilanteissa? Huomioitko myös potilaan nonverbaalisen viestin, vihjeet potilasta kiinnostavista asioista? Toisaalta pystyisitkö arvioimaan omaa ja potilaan tunnetiloja neuvontatilanteessa ja miten ne vaihtelevat neuvonnan aikana. Toisin sanoen, kun olet jo asiantuntija kullonkin kyseessä olevissa hoitotieteellisissä asioissa, voitko kiinnittää enemmän huomiota niihin perusteisiin, miksi toimit valitsemallasi tavalla ja miten voisit toimintaasi kehittää.

Kiitos yhteisestä oppimis- ja kasvuprosessista. Reflektoin tässä itsekin koko ajan kuinka voisin kehittää omaa toimintaani niin, että siitä olisi sinulle paras mahdollinen hyöty.

Keskusteluyhteys on aina avoinna, mikäli haluat.

5.5.1993 Marita Poskiparta
puh. 941/602145 työ
puh. 941/215028 koti

LIITE 8.

Tutkijan tekemä palaute tapaus kolmen enismmäisestä neuvonnasta

Pientä palautetta videonauhastasi. Olet mielestäni empaattinen ja helposti ihmisiin kontaktin saava, asiansa osaa va kätילו-sairaanhoitaja. Joten tästä on hyvä jatkaa. Kaikki haastatteleman potilaat ovat olleet tyytyväisiä saamaansa hoitoon ja videoituihin neuvontatilanteisiin.

Jo tutkimuksen esittelyvaiheessa mainitsin, että tämän tutkimuksen tarkoituksena on kehittää vuorovaikutustaitoja, joten keskityn palautteessa näihin asioihin.

Mielestäni osasit erinomaisesti käyttää hyväksesi sitä tietoa, mitä sinulla oli äidistä tässä neuvonnassa. Aloitit mukavasti kertomalla neuvonnan tavoitteen potilaalle. Alussa olisit voinut kohdistaa paremmin huomiosi äitiin esimerkiksi lisäämällä katsekontakti. Nyt katsekontaktisi osui potilaaseen papereiden kautta. Keskustelun alkuvaiheessa vähän hätäilit ja puhuit jonkin verran potilaan puheen päälle. Muutoin keskustelun ajan vallitsi luottamuksellinen ja rohkaiseva ilmapiiri. Kuuntelit äidin tuntemuksia. Keskustelussanne oli runsaasti ennalta ehkäisevää tietoa, ihan hyvää näin. Yhdellä kertaa äidille kerrottiin paljon asiaa. Rintasyöpäasia on tärkeä, mutta onko äiti motivoitunut tässä tilanteessa ottamaan vastaan tietoa, varsinkin, kun vielä kehoitetaan aloittamaan rintojen tarkkailu vähän myöhemmin. En tiedä??? Voisiko nämä asiat jättää jälkitarkastukseen tällöin omatarkkailun aloittaminen on lähempänä.

Osaat myös arvoida omaa toimintaasi. Olet harkitsevainen sen suhteen, kuinka paljon ja millä kielellä potilaalle puhutaan. Omassa arvioinnissasi kiinnitit huomion myös potilaan kuuntelemiseen ja asioiden tarkentamiseen. Toivot myös että, potilas saa tarvitsemansa tiedot ja epäselvyydet häviää neuvonnan aikana. Pahoittelit neuvonnan alussa liikaa ja liian nopeaa puhumistasi ja vähäisen ajan antamista äidille, jotta hän olisi voinut tuoda esille omia tuntemuksiaan. Jäit myös miettimään kuinka havainnoit nonverbaalista viestiä. Osuit arvioissasi oikeaan.

Osastokoulutuksessa käsittelemme kokemuksista oppimista ja reflektion käsitettä. Jatkossa toivonkin, että tarkastelet työtäsi näiden käsitteiden valossa. Toisin sanoen mietit, mitkä ovat toimintojesi tarkoitukset. Oletko asettanut neuvonnallesi tietyn tavoitteen? Miten toimit kyseisessä neuvontatilanteessa? Miksi toimit niinkuin toimit? Miten havainnoit haastattelu- ja ohjaustilanteissa? Huomioitko myös potilaan nonverbaalisen viestin, vihjeet potilasta kiinnostavista asioista? Toisaalta pystyisitkö arvioimaan omaa ja potilaan tunnetiloja neuvontatilanteessa ja miten ne vaihtelevat neuvonnan aikana. Toisin sanoen, kun olet jo asiantuntija kullonkin kyseessä olevissa hoitotieteellisissä asioissa, voitko kiinnittää enemmän huomiota ruihin perusteisiin, miksi toimit valitsemallasi tavalla ja miten voisit toimintaasi kehittää.

Kiitos yhteisestä oppimis- ja kasvuprosessista. Reflektoin tässä itsekin koko ajan kuinka voisin kehittää omaa toimintaani niin, että siitä olisi sinulle paras mahdollinen hyöty.

Keskusteluyhteys on aina avoinna, mikäli haluat.

10.5.1993

Marita Poskiparta
puh. 941/602145 työ
puh. 941/215028 koti.

LIITE 9.

Tutkijan tekemä palaute tapaus kymmenen ensimmäisestä neuvonnasta

Pientä palautetta videonauhastasi. Olet mielestäni empaattinen ja helposti ihmisiin kontaktin saava hoitaja. Joten tästä onhyvä jatkaa. Kaikki haastatteleman potilaat ovat olleet tyytyväisiä saamaansa hoitoon ja videoituihin neuvontatilanteisiin.

Jo tutkimuksen esittelyvaiheessa mainitsin, että tämän tutkimuksen tarkoituksena on kehittää vuorovaikutustaitoja, joten keskityn palautteessa näihin asioihin. Välittömästi nauhoituksen jälkeen on vaikeaa arvioida omaa työtä kuten toitkin sen selkeästi esille.

Tulohaastattelut ovat varmaan siinä pulmallisia, että on saatava ne tietyt asiat sinne papereihin varmasti ylös. Jo nauhoituksen jälkeen keskustelimme siitä, että on vaikea luoda katsekontaktia ja irrottautua papereista, siis osoittaa, että olet kiinnostunut potilaasta. Mielestäni sinä annoit potilaan mukavasti osallistua asioiden keräilyyn. Tarjosit hänelle aikuisen roolin, mahdollisuuden itse lukea ja tarkastaa asioita. Toisaalta potilas oli alussa myös aktiivinen vierasperäisten sanojen suhteen, hän halusi tietää mistä oli kysymys. Loppupuolella nauhaa käytit taas vierasperäisiä sanoja esim. herrniä ym. joita potilas ei enää tarkentanut. Tiesikö hän asiat?

Herättisin sinut miettimään muutamia asioita seuraavin kysymyksin. Mikähän potilasta kiinnosti? Minkälaiset olivat hänen tuntemuksensa, kun hän tuli sairaalaan? Mikäläistä kieltä käytät? Kohdistatko puheesi potilaalle esim. persoonapronomineilla? Käytätkö aktiivisia vai passiivisia?

Osastokoulutuksessa käsittelen kokemuksista oppimista ja reflektion käsitettä. Jatkossa toivonkin, että tarkastelet työtäsi näiden käsitteiden valossa. Toisin sanoen mietit, mitkä ovat toimintojesi tarkoitukset. Oletko asettanut neuvonnallesi tietyn tavoitteen? Miten toimit kyseisessä neuvontatilanteessa? Miksi toimit niinkuin toimit? Miten havainnoit haastattelu- ja ohjaustilanteissa? Huomioitko myös potilaan nonverbaalisen viestin, vihjeet potilasta kiinnostavista asioista? Toisaalta pystyisitkö arvioimaan omaa ja potilaan tunnetiloja neuvontatilanteessa ja miten ne vaihtelevat neuvonnan aikana. Toisin sanoen, kun olet jo asiantuntija kullonkin kyseessä olevissa hoitotieteellisissä asioissa, voitko kiinnittää enemmän huomiota niihin perusteisiin, miksi toimit valitsemallasi tavalla ja miten voisit toimintaasi kehittää.

Kiitos yhteisestä oppimis- ja kasvuprosessista. Reflektoin tässä itsekkin koko ajan kuinka voisin kehittää omaa toimintaani niin, että siitä olisi sinulle paras mahdollinen hyöty.

Keskusteluyhteys on aina avoinna, mikäli haluat.

3.5.1993 Marita Poskiparta
puh. 941/602145 työ
puh. 941/215028 koti.

LIITE 10.

Tutkijan tekemä palaute tapaus kuudentoista ensimmäisestä neuvonnasta

Pientä palautetta videonauhastasi. Olet mielestäni empaattinen ja helposti ihmisiin kontaktin saava hoitaja. Hallitset neuvonnan asiasisällöt. Joten tästä on hyvä jatkaa. Kaikki haastattelemani potilaat ovat olleet tyytyväisiä saamaansa hoitoon ja videoituihin neuvontatilanteisiin.

Jo tutkimuksen esittelyvaiheessa mainitsin, että tämän tutkimuksen tarkoituksena on kehittää vuorovaikutustaitoja, joten keskityn palautteessa näihin asioihin.

Miellyttävää keskustelussasi oli että, annoit potilaan muistella asioita, vaikka välillä varmaan tuntui, ettei asiat etene ollenkaan. Tällä potilaalla taisi olla yksinäisyysongelma ja hän kaipasi juttukumppania. Mainitsit jo omassa palautteessasikin, että välillä et oikein päässyt keskustelussa eteen päin. Olisiko asiaa auttanut se, että olisit kohdistanut puheesi suoraan potilaaseen aloittamalla lauseen, vaikka painottaen te tai sinä pronomiinilla. Tämä potilas taisi jännittää vähän kameraa, ja hänellä taitaa olla tapa katsella jonnekin kaukaisuuteen. Häneen oli vaikea saada katsekontaktia. Toivoisin, että arvioit omaa nonverbaalista viestintääsi. Oliko oma olemuksesi innostuneen ja asiasta kiinnostuneen oloinen?

Osaat myös arvoida omaa toimintaasi. Omassa arvioinnissasi toit esille potilaan kuuntelemiseen ja päälle puhumisen. Arvioit että puhut liian nopeasti, mutta tässä neuvonnassa ei mielestäni sellaista esiintynyt. Tavoitteeksi neuvonnalle olit asettanut ohjeiden mukaisen neuvonnan, mutta myös potilaan tarpeet.

Herättäisin sinut miettimään muutamia asioita seuraavin kysymyksin. Minkälaiset olivat potilaan tuntemukset? Mikäläistä kieltä käytät? Kohdistatko puheesi potilaalle esim. persoonapronomineilla, äänenpainoilla? Käytätkö aktiivisia vai passiivisia?

Osastokoulutuksessa käsittelen kokemuksista oppimista ja reflektion käsitettä. Jatkossa toivonkin, että tarkastelet työtäsi näiden käsitteiden valossa. Toisin sanoen mietit, mitkä ovat toimintojesi tarkoitusperät. Oletko asettanut neuvonnallesi tietyn tavoitteen? Miten toimit kyseisessä neuvontatilanteessa? Miksi toimit niinkuin toimit? Miten havainnoit haastattelu- ja ohjaustilanteissa? Huomioitko myös potilaan nonverbaalisen viestin, vihjeet potilasta kiinnostavista asioista? Toisaalta pystyisitkö arvioimaan omaa ja potilaan tunnetiloja neuvontatilanteessa ja miten ne vaihtelevat neuvonnan aikana. Toisin sanoen, kun olet jo asiantuntija kullorkin kyseessä olevissa hoitotieteellisissä asioissa, voitko kiinnittää enemmän huomiota niihin perusteisiin, miksi toimit valitsemallasi tavalla ja miten voisit toimintaasi kehittää.

Kiitos yhteisestä oppimis- ja kasvuprosessista. Reflektoin tässä itsekkin koko ajan kuinka voisoin kehittää omaa toimintaani niin, että siitä olisi sinulle paras mahdollinen hyöty.

Keskusteluyhteys on aina avoinna, mikäli haluat.

11.5.1993

Marita Poskiparta
puh. 941/602145 työ
puh. 941/215028 koti