

Leena Mikkola

Tuen merkitykset
potilaan ja hoitajan
vuorovaikutuksessa







ABSTRACT

Mikkola, Leena

Meanings of social support in patient-nurse interaction

Jyväskylä: University of Jyväskylä, 2006, 260 p.

(Jyväskylä Studies in Humanities

ISSN: 1459-4331 (PDF), 1459-4323 (nid.); 66)

ISBN: 951-39-2728-8 (PDF), 951-39-2683-4 (nid.)

English summary

Diss.

The main purpose of the study is to describe and understand social support in patient-nurse interaction in a surgical ward. Social support has a significant influence on coping in stressful situations. It is also one of the goals set out in nursing practice. During hospitalisation professional caregivers are responsible for supporting their patients, and nurses are in key position in providing social support in the ward. However, some earlier results show that patients and nurses have different perceptions of the support provided and perceived.

The study took place in a surgical ward in a large Finnish regional hospital, and it was conducted qualitatively. The data were collected by observing (34 tape-recorded nursing episodes and notes) and interviewing both patients (n=14) and nurses (=12). The observational data were analyzed by applying interaction process analysis. The interviews were analyzed using the inductive content analysis method.

Several factors regulate patient-nurse interaction in a surgical ward. They influence both the content and intimacy of the interaction. They also affect the possibilities of supportive communication. Also institutional-professional dimension is crucial in explaining the perceptions of support. Patients and nurses gave the same kind of meanings to the concept and phenomenon of social support. It was seen as meaningful information, the justification of emotions and emotional expressions, enhancing a sense of continuity and a sense of meaningful relationships. Patients' meanings were arranged in the dimension of being with – being for, while nurses' arranged the meanings in the dimension of taking initiative – being responsive. When talking about support that they themselves received nurses emphasized relational meanings. This implies different orientations between support giver and receiver. The same kinds of meanings were attributed to both support and relationship, which implies that it is difficult to separate support from relationship. The results of the study stress both the perception of acceptance as an important function of social support and the connections between interpersonal relationship and social support. In any further study, these should be examined in detail.

Keywords: patient-nurse interaction, patient-nurse relationship, social support, supportive communication

Author's address Leena Mikkola
Department of Communication
University of Jyväskylä, Jyväskylä, Finland

Supervisor Docent Maili Pörhölä
Department of Communication
University of Jyväskylä, Jyväskylä, Finland

Reviewers Docent Elina Eriksson
Faculty of Health Care and Social Services
Helsinki Polytechnic Stadia, Helsinki, Finland

Professor Tarja Suominen
Department of Nursing Science
University of Kuopio, Kuopio, Finland

Opponent Docent Elina Eriksson
Faculty of Health Care and Social Services
Helsinki Polytechnic Stadia, Helsinki, Finland

ESIPUHE

Sosiaalinen tuki vaikuttaa tärkeällä tavalla vuorovaikutussuhteisiin ja hyvinvointiin. Se auttaa ratkomaan ongelmallisia tilanteita, purkaa emotionaalista kuormitusta, ylläpitää jatkuvuuden tunnetta ja vahvistaa yksilön tunnetta omasta merkityksellisyydestään. Aikoinaan minut johdatti sosiaalisen tuen tutkimiseen sen ilmeinen tärkeys auttamistyössä, varsinainen tutkimusaiheen valinta perustui lähinnä järkeilyyn. Tutkimuksen edetessä mielenkiintoni juuri tuen ilmiötä kohtaan on koko ajan kasvanut, ja se on kuljettanut tutkimusta eteenpäin. Tutkimusprosessin aikana tutkimastani ilmiöstä on tullut myös omakohtainen: elämään kuuluvat moninaiset asiat ovat entisestään vahvistaneet uskoa sosiaalisen tuen merkityksellisyyteen ja saaneet myös etsimään uudenlaisia tulkintoja.

Vuorovaikutuksen tutkiminen on yhtä aikaa vaikeaa ja antoisaa siksi, että teoreettinen tieto ja kokemuksellinen tieto heijastuvat toinen toisiinsa. Tutkimuskohde ja välineet tutkimuksen toteuttamiseen ovat samoja. Tämä auttaa syventämään ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä, mutta myös haastaa katsomaan eri näkökulmista ja ottamaan etäisyyttä. Sosiaalisessa tuessa on parhaimmillaan kysymys juuri tästä: mahdollisuudesta löytää uusia merkityksiä ja uusia tapoja nähdä. Erityisesti tutkimusprosessissa erilaisten tulkintojen ja ratkaisuvaihtoehtojen näkeminen on välttämätöntä, ja tuki on tullut näkyväksi monissa tutkimusprosessini vaiheissa vuorovaikutuksessa muiden kanssa.

Ohjaajaani akatemiaturkija Maili Pörhölää kiitän lämpimästi keskusteluitamme, jotka ovat hyvällä tavalla sekä haastaneet että vahvistaneet käsityksiäni. Kiitän myös rohkaisusta ja huumorista varsinkin prosessin loppuvaiheessa. Professori Maarit Valolle, jonka ohjauksessa aloitin jatko-opintoni, haluan esittää erityisen ja lämpimän kiitoksen kannustavasta otteesta koko tutkimusprosessin ajan. Emeritusprofessori Matti Leiwoa kiitän avusta terveystieteen kentälle tulemisessa. Professori Katri Vehviläinen-Julkusta ja professori Pekka Isotalusta kiitän lisensiaatintutkimuksestani saadusta palautteesta, joka tarkensi tutkimuksen suuntaa. Dosentti Elina Erikssonia ja professori Tarja Suomista haluan kiittää lämpimästi esitarkastusvaiheessa saamastani arvokkaasta palautteesta, joka auttoi hiomaan tutkimusraporttiani.

Suuri kiitos tutkimukseni toteuttamisesta kuuluu myös niille, jotka auttoivat aineistonkeruun aloittamisessa ja sen toteuttamisessa. Ylilääkäri, professori Jukka-Pekka Meckliniä kiitän kiinnostuksesta ja kannustuksesta ja hallintoylihoitaja, dosentti Merja Miettistä hyvistä kommentteista tutkimussuunnitelmaani. Konkreettisesta avusta kiitän osastonhoitaja Kaija Paakkia ja osastonhoitaja Jaana Mäkelää sekä kaikkia niitä, jotka avustivat tutkimuksen toteuttamisessa osastolla.

Jyväskylän yliopiston viestintätieteiden laitoksella olen voinut tehdä tutkimustyötäni työyhteisössä, jossa olen saanut kokea arvostavaa työtoveruutta. Kiitän niin työtovereitani kuin jatko-opiskelijakollegoitani saamastani kannustuksesta. Erityisesti kiitän professori Tarja Valkosta jakamisesta ja monista

keskusteluista, joissa olemme ihmetelleet puheviestintää ja sen tutkimista. Jatko-opiskelijakollegoitani Mikko Jäkälää ja Lotta Kokkosta kiitän hauska yhteistyöstä, teoreettisista päähkäilyistä ja emotionaalisesta tuesta hetkillä, jolloin on ollut välttämätöntä tuulettaa.

Väitöskirjatyötäni ovat taloudellisesti tukeneet Suomen Kulttuurirahasto ja Jyväskylän yliopiston viestintätieteiden laitoksen puheviestintä-oppiaine, kiitän mahdollisuudesta keskittyä tutkimukseen. Suomalaista Konkordia -liittoa ja Prologos ry:tä kiitän saamistani matka-apurahoista. Kiitokset ystävällisestä avusta haluan esittää julkaisusihteri Marja-Leena Tynkkyselle ja julkaisukoordinaattori Pekka Olsbolle Jyväskylän yliopiston kirjaston julkaisuyksiköstä. Englanninkielisten tekstien kielentarkastuksen on tehnyt lehtori Eleanor Underwood, kiitän häntä avusta ja joustavuudesta. Pertti Snellmania kiitän teknisestä avusta.

Läheisiltäni olen oppinut sen, mitä tuki syvimmillään voi tarkoittaa. Ari Lindqvistille ja Pekka Tuomiselle kuuluu kiitos, että opin jotain tärkeää hoitamisesta ja hoitoyhteisöistä. Isälleni Vilho Muhlille kuuluu kiitos, että opin jotain merkityksellistä eteenpäin katsomisesta. Äitiäni Maire Muhlia kiitän lämpimästi kaikesta tuesta ja myötäelämisestä koko tämän prosessin ajan. Erityisesti kiitän sisartani Sirkku Lindqvistiä siitä, että hän on ollut kanssa: on ollut tärkeää jakaa ajatuksia terveydenhuollosta ja jakaa monenlaisia tunteita, varsinkin iloa. Kaikkein läheisintäni, Erkki Ahvenniemeä kiitän, että hän on ollut varten, tässä.

Kangasniemen Synsiöllä marraskuussa 2006

Leena Mikkola

SISÄLLYS

ABSTRACT

ESIPUHE

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	11
1.1	Tutkimuksen tavoite	11
1.2	Tutkimuksen tarkastelutasot ja keskeiset käsitteet	14
1.2.1	Osastohoidon konteksti.....	15
1.2.2	Interpersonaalinen kehys.....	16
1.2.3	Hoitaja ja potilas sosiaalisina toimijoina.....	20
1.2.4	Merkityksperustainen lähestymistapa	21
2	SOSIAALINEN TUKI VIESTINTÄPROSESSINA	23
2.1.	Sosiaalinen tuki funktionaalisen vuorovaikutuksena	23
2.1.1	Sosiaalisen tuen määrittely	24
2.1.2	Supportiivisen viestinnän käsite ja lähikäsitteet	31
2.2	Sosiaalisen tuen vaikuttavuus	36
2.2.1	Tuen vaikutus hyvinvointiin.....	36
2.2.2	Sosiaalisen tuen vaikutusmekanismit	38
2.3	Sosiaalinen tuki viestintäkäyttäytymisenä.....	43
2.3.1	Sosiaalisen tuen muodot	44
2.3.2	Supportiiviset ilmaukset.....	47
2.3.3	Supportiiviset sanomat	49
2.4	Tuen osoittaminen ja vastaanottaminen vuorovaikutussuhteessa	52
2.4.1	Tuen vastaanottamiseen liittyvät yksilötekijät.....	53
2.4.2	Tuen antajan motivaatio, tavoitteet ja taidot	57
2.4.3	Tuki vuorovaikutussuhteessa	61
2.5	Tuki potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa	64
2.5.1	Tuen tarve, tuen toteutuminen ja tyytyväisyys tukeen.....	65
2.5.2	Emotionaalinen tuki ja potilas-hoitajasuhde	67
2.5.3	Aikaisemmista tutkimuksista nousevia kysymyksiä	70
3	TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN	73
3.1	Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävä.....	73
3.2	Tutkimuksen tieteenfilosofiset lähtökohdat	74
3.3	Tutkimusprosessin eteneminen ja menetelmävalinnat.....	76
3.4	Tutkimushenkilöt ja tutkimuslupa	79
3.5	Havainnoinnin toteuttaminen	81
3.6	Havaintoaineiston käsitteleminen ja analyysi.....	83
3.7	Haastatteluaineiston keruu	85
3.7.1	Haastateltavien valinta ja haastatteluiden suorittaminen	85
3.7.2	Haastatteluiden kulku.....	87

3.8	Haastatteluaineiston käsitteleminen ja analyysi.....	92
3.8.1	Analyyysin aineistolähtöisyys	92
3.8.2	Hoitajien haastatteluaineiston analyysi.....	94
3.8.3	Potilaiden haastatteluaineiston analyysi.....	96
3.9	Tulosten jäsentely ja esittäminen.....	97
4	OSASTOHOITO TUEN KONTEKSTINA	100
4.1	Potilas-hoitajavuorovaikutus osastohoidossa	100
4.1.1	Potilas-hoitajavuorovaikutusta säätelevät tilannetekijät	100
4.1.2	Potilas-hoitajavuorovaikutuksen sisällöt	106
4.1.3	Hoitajien viestintätavoitteet ja -strategiat	113
4.2	Potilaana oleminen kirurgisessa osastohoidossa	119
4.2.1	Hoidon saaminen potilaan kokemuksena	120
4.2.2	Hoitoympäristö potilaan kokemana	127
4.2.3	Vuorovaikutuskäytännöt ja niiden kokeminen.....	132
4.3	Hoitajuus kirurgisella osastolla	138
4.3.1	Tiedon hallinta hoitotyössä	138
4.3.2	Prosessien hallinta hoitotyössä	144
4.3.3	Emotionaalinen hallinta hoitotyössä	148
5	POTILAS-HOITAJASUHDE TUEN PERUSTANA	154
5.1	Potilas-hoitajasuhde hoitajan näkökulmasta	154
5.1.1	Potilas-hoitajasuhteen tavoitteellisuus	155
5.1.2	Relationaaliset ulottuvuudet hoitajan näkökulmasta	158
5.2	Potilas-hoitajasuhteen rakentuminen potilaan näkökulmasta.....	165
5.2.1	Aloitteellisuuden merkitys potilas-hoitajasuhteessa.....	166
5.2.2	Relationaaliset ulottuvuudet potilaan näkökulmasta.....	171
6	POTILAAN JA HOITAJAN TUELLE ANTAMAT MERKITYKSET	183
6.1	Potilaiden tuelle antamat merkitykset.....	183
6.1.1	Tuki kanssa olemisena	184
6.1.2	Tuki varten olemisena.....	192
6.2	Hoitajien tuelle antamat merkitykset.....	198
6.2.1	Tuki aloitteellisuutena	199
6.2.2	Tuki responsiivisuutena	206
6.3	Tuelle annettujen merkitysten jäsentyminen.....	211
7	JOHTOPÄÄTÖKSIÄ.....	213
7.1	Hoitotyö sosiaalisen tuen kontekstina.....	213
7.1.1	Vuorovaikutuksen toteutuminen osastohoidossa.....	213
7.1.2	Hoidon konteksti potilaan kokemana.....	215
7.1.3	Hoitotyön konteksti hoitajuuden näkökulmasta.....	217
7.2	Interpersonaalinen vuorovaikutus tukena ja tuen kontekstina	219
7.3	Tuen merkityksentyminen	222
7.4	Haasteet tuen toteutumiselle	224

8	TUTKIMUKSEN ARVIOINTI	227
8.1	Tutkimuksen luotettavuus	227
8.1.1	Tutkimustehtävä ja tutkimuksen lähestymistapa	227
8.1.2	Tutkimuksen varmuus	228
8.1.3	Tutkimuksen aineistot ja uskottavuus	230
8.1.4	Tutkimuksen vahvistettavuus.....	232
8.2	Tutkimuksen eettisyyden pohdintaa	232
8.3	Haasteita jatkotutkimukselle	233
	KIRJALLISUUS.....	240
	LIITTEET	254

1 JOHDANTO

1.1 Tutkimuksen tavoite

Sairastuminen ja sairaalahoitoon joutuminen on yksilön elämässä aina poikkeustilanne, jossa kyky selviytyä erilaisista tilanteen tuomista haasteista joutuu koetukselle. Sairaajakso ajoittuu yleensä sairauden akuuttiin tai kriittiseen vaiheeseen, jolloin yksilön tuen tarve on erityisen suuri. Tuen tarpeen kasvaminen perustuu ensinnäkin sairastumiseen sinänsä. Sairastuminen ja sairauteen liittyvät asiat tuottavat yksilölle huolta sairauden etenemisestä ja sen hoidosta, ja hoidot voivat olla jo itsessään kuormittavia. Toiseksi tuen tarpeen kasvaminen johtuu sairaalahoidosta ja sen tuottamasta tilapäisestä, joskus pitkäkestoisestakin elämänmuutoksesta. Sairaalaan joutuminen hankaloittaa monien käytännön asioiden hoitamista, ja usein se vaikeuttaa myös potilaan mahdollisuuksia ylläpitää omia vuorovaikutussuhteitaan totutulla tavalla.

Sairalahoidon aikana hoitohenkilökunta on tärkeässä asemassa potilaan selviytymisen tukemisessa ja jatkuvuuden turvaamisessa. Hoitohenkilöstön tulisikin tarjota potilaalle välittömän ja konkreettisen ammatillisen avun lisäksi myös potilaan tarvitsemaa psykososiaalista tukea. Keskeisiä kysymyksiä ovat kysymykset siitä, kuinka potilas selviytyy sairautensa kanssa, kuinka hän voi selviytyä sairastumisen aiheuttamasta kriisistä ja kuinka hänen kärsimystään voidaan lievittää. Lääketieteellisen hoidon ohella potilas tarvitsee tukea myös yksilöllisten selviytymis- ja mukautumisprosessien löytämiseksi. Hoitotyön ensisijaisena tavoitteena onkin tukea potilaan hyvinvointia kokonaisuudessaan ja auttaa potilasta saavuttamaan mahdollisimman hyvä terveys kulloisessakin elämäntilanteessa (Stakes 1998, 7).

Sairalahoidon aikana vastuu potilaan tukemisesta on erityisesti sairaanhoitajilla, joilla on valmiudet antaa potilaalle tukea niin ymmärryksen, emotionaalisen tuen kuin opastuksen muodossa (Suominen & Laippala 1993, 131). Tuki toteutuu potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa, ja tuki voidaankin hoitotyössä ymmärtää hoitajan ja potilaan tavoitteelliseksi vuorovaikutukseksi, joka

auttaa potilasta mukautumaan kulloiseenkin stressitilanteeseen (Jokinen 1995, 111). Vuorovaikutuksella on tärkeä merkitys myös siinä mielessä, että sen kautta potilaalle syntyy käsitys sairaudesta, terveydestä ja niiden merkityksestä niin yleisellä tasolla kuin hänen henkilökohtaisessa elämässäänkin (Ruben 1993,100).

Sosiaalinen tuki hoitotyössä toteutuu hoitajan tekemien konkreettisten kädentaitoja vaativien hoitotoimenpiteiden rinnalla. Sosiaalisella tuella tarkoitetaan sellaista vuorovaikutusta, joka auttaa tukea tarvitsevaa hallitsemaan epävarmuutta ja joka siten lisää tukea tarvitsevan hallinnan tunnetta (Albrecht & Goldsmith 2003, 265), sen voi ajatella myös kytkeytyvän hyväksytyksi tulemiseen. Hoitotyöhön sisältyvät hoitotoimenpiteet voidaan nähdä potilaan saamaksi ammatilliseksi avuksi, ja hoitotoimenpiteiden osalta potilas on riippuvainen hoitajan ammattitaidosta. Hoitotyöhön sisältyvä sosiaalinen tuki sen sijaan korostaa potilaan autonomiaa ja selviytymisen tukemista. Vaikka hoitaja on ammattihenkilö, voidaan hänen osoittamansa tuki ymmärtää sosiaalisesti tueksi (Kaunonen 2000, 26). Hoitaja voi välittää sosiaalista tukea samanaikaisesti, kun hän huolehtii hoitoon liittyvistä toimenpiteistä (Cobb 1976, 301). Tässä tutkimuksessa tarkastelen sosiaalista tukea hoitotyössä, ja tarkoitan sillä potilaan hoitajalta saamaa apua, joka ei suoranaisesti ole hoitotoimenpiteiden suorittamista. Käytän sosiaalisen tuen käsitteelle synonyymina tuen käsitettä, ja tuella hoitotyössä viitataan nimenomaan sosiaaliseen tukeen.

Puheviestinnässä sosiaalista tukea on tarkasteltu erityisesti supportiivisen viestinnän näkökulmasta, mikä korostaa tuen vuorovaikutuksellisuutta. Supportiivinen viestintä voidaan määritellä verbaaliseksi ja nonverbaaliseksi käyttäytymiseksi, jonka perustana on auttamisen intentio tilanteessa, jossa toisen koetaan olevan tuen tarpeessa (Burleson & MacGeorge 2002, 374). Supportiivinen viestintä on siis prosessi, jossa erilaisia avun hakemiseen ja antamiseen liittyviä sanomia tuotetaan ja tulkitaan. Supportiivisesta viestinnästä on oltu kiinnostuneita erityisesti läheisissä vuorovaikutussuhteissa, joissa välittyvän tuen on todettu kytkeytyvän sekä vuorovaikutussuhteiden laatuun että selviytymiseen erilaisista kuormittavista elämäntilanteista. Toisaalta myös erilaisissa ammatillisissa viestintäsuhteissa tuella on tärkeä merkitys, ja ammatillisissa suhteissa saadulla tuella näyttää olevan merkitystä esimerkiksi selviytymiselle ja elämänhallinnalle.

Erityisen kiinnostavia ammatillisia viestintäsuhteita ovat ne suhteet, joiden tavoitteet rakentuvat tuen perustalle. Potilas-hoitajasuhde on juuri tällainen viestintäsuhde, jossa roolit perustuvat tuen hakemiselle ja antamiselle. Hoitajalla on omasta ammatillisesta roolistaan käsin velvollisuus osoittaa tukea. Samalla hoitajan ja potilaan suhde voidaan ymmärtää kontekstiksi, jossa supportiivinen viestintä kehkeytyy (Barnes & Duck 1994, 175–176). Ammatillisen auttamisuhteen olemassaolo, jolla tässä tarkoitan tukeen perustuvaa suhdetta, ei kuitenkaan automaattisesti takaa sitä, että viestintä tässä suhteessa olisi supportiivista. Suhteen perustana oleva institutionaalinen tavoite ja suhteessa syntyvä viestintä tuleekin erottaa toisistaan. Esimerkiksi potilas-hoitajasuhteen vuorovaikutus saattaa olla viestinnällisiltä funktioiltaan vaikkapa suostuttelevaa sen sijaan, että siinä kehkeytyisi supportiivisia merkityksiä. Voi olla, että informaa-

tiota välittyy runsaastikin, mutta sitä ei välttämättä koeta tueksi. Vuorovaikutukselle potilas-hoitajasuhteessa annetaan monenlaisia merkityksiä suhteen auttamistavoitteesta riippumatta.

Sosiaalista tukea on hoitotyön kontekstissa tutkittu melko runsaasti, ja sitä on lähestytty niin tuen saatavuuden, tuen tarpeen, tuen muotojen, tuen laadun kuin vaikuttavuudenkin näkökulmasta. Hoitotyön vuorovaikutusta tarkastelevista tutkimuksista erityisen kiinnostavia ovat ne, joissa tarkastellaan potilaan ja omaisten käsityksiä saamastaan ja havaitsemastaan tuesta ja toisaalta hoitajien käsityksiä osoittamastaan tuesta. Tutkimuksissa, joissa on verrattu tuen antajan ja tuen saajan käsityksiä sairaalahoidon aikana välittyneestä tuesta, on näiden käsitysten todettu olevan ristiriitaisia. Potilaat ja heidän omaisensa näyttävät arvioivan heille osoitetun tuen vähäisemmäksi kuin hoitajat arvioivat antamansa tuen (Eriksson 1996; Suominen 1994). Myös muissa konteksteissa tuen saajan ja tuen antajan käsitysten tuen määrästä on todettu olevan samalla tavoin ristiriitaisia (Burlison & MacGeorge 2002, 380–381). Hoitajat, potilaat ja omaiset näyttäisivät arvioivan eri tavoin myös tuen tarvetta. Potilaiden käsitykset ovat olleet ristiriitaisia hoitajien käsitysten kanssa erityisesti silloin, kun on arvioitu emotionaalista tukea ja emotionaalisten tekijöiden merkitystä hoidossa (Furness 2005; von Essen, Burström & Sjöden 1994). Tyytyväisyyttä tukeen on mitattu useissa tutkimuksissa, ja sen on todettu vaihtelevan huomattavastikin erilaisista tilanne- ja yksilötekijöistä johtuen niin emotionaalisen tuen (Koivula 2002) kuin tiedollisen tuen kohdalla (Koivula, Paunonen-Ilmonen, Tarkka, Tarkka & Laipala 2002).

Potilaan kokemuksta saamastaan ja havaitsemastaan tuesta on selitetty monin tavoin. Esimerkiksi hoitamisen rutiineilla ja hoitoympäristöllä on havaittu olevan merkitystä tuen toteutumiselle, ja niiden on todettu vaikeuttavan tuen tarjoamista ja hakemista (Aakala, Turunen & Vehviläinen-Julkunen 2000; Liponkoski & Routasalo 2001). Toisaalta tuloksia on selitetty esimerkiksi hoitajien viestintäosaamisella ja vuorovaikutuskäytänteillä (Aavarinne 1994; Poskiparta 1994) sekä organisaatiosta johtuvilla tekijöillä kuten kiireellä (Kuuppelomäki 2002; Lampinen, Åstedt-Kurki & Tarkka 2000; Suominen 1994). On myös pohdittu, onko mahdollista, että potilas ja hoitaja tarkoittavat tuella eri asiaa (Suominen 1994). Mielenkiintoista on se, että tuki näyttää olevan tuen saajalle ylipäättään vaikeasti arvioitava ilmiö, eikä tukea tarvitseva ehkä osaa arvioida vuorovaikutusta, sen tavoitteita ja hänelle osoitettua tukea (Lehto, Laitinen-Junkkari & Turunen 2000).

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ja ymmärtää sosiaalista tukea potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa osastohoidossa. Tutkimuksen päätavoitteena on kuvata tuelle annettuja merkityksiä ja ymmärtää potilas-hoitajavuorovaikutusta tuen perustana ja osastohoidon merkitystä tuen kontekstina. Tuelle annettuja merkityksiä pyrin ymmärtämään kuvaamalla, miten potilas ja hoitaja merkityksentävät tukea. Kontekstin merkitystä tuelle pyrin ymmärtämään kuvaamalla ensinnäkin potilas-hoitajavuorovaikutuksen sisältöä, vuorovaikutusta osastohoidossa sääteleviä tekijöitä ja hoitajan ammatillisia viestintätavoitteita ja toiseksi kuvaamalla potilaan ja hoitajan kokemuksta omasta roolistaan. Potilas-hoitajavuorovaikutuksen interpersonaalista kehystä pyrin ymmärtämään ku-

vaamalla hoitajan ja potilaan käsityksiä keskinäisen vuorovaikutussuhteen ulottuvuuksista. Vuorovaikutussuhdetta ja kontekstia lähestyn sosiaalista tukea selittävinä ilmiöinä, selittämällä tarkoitan tässä ilmiöiden välisten merkitysyhteyksien tarkastelemista. Tuen merkitykset potilas-hoitajavuorovaikutuksessa osastohoidossa tarkoittavat tässä tutkimuksessa siis tuelle annettuja merkityksiä, mutta myös tuen merkitystä siinä kontekstissa, jossa se toteutuu eli potilaan ja hoitajan vuorovaikutussuhteessa osastohoidossa.

Tutkimusta voi pitää tutkijan puheenvuorona, jolla hän osallistuu keskusteluun eri areenoilla (Frey, Botan & Kreps 2000, 20–21). Puheviestinnän tieteellisessä ja teoreettisessa keskustelussa tämä tutkimus liittyy sosiaalisen tuen ilmiön ymmärtämiseen. Pyrin syventämään teoreettista ymmärrystä sosiaalisesta tuesta funktionaalisen vuorovaikutusilmiönä tarkastelemalla sitä asymmetrisessä viestintäsuhteessa. Puheviestinnässä sosiaalista tukea ja supportiivista viestintää on tutkittu erityisesti läheisissä vuorovaikutussuhteissa ja kollegiaalisissa suhteissa. Siirtämällä näkökulman ammatilliseen auttamissuhteeseen pyrin kuvaamaan viestintäsuhteen ulottuvuuksien ja viestijöiden roolien yhteyttä tuen vastaanottamiseen ja osoittamiseen. Tiedon soveltamiseen liittyvään ammatilliseen ja käytännölliseen keskusteluun haluan osallistua kahdella tapaa: Ensinnäkin tavoitteenani on tuottaa tietoa, joka kiinnittyy omaan kulttuuriimme ja tarjoaa uudenlaisia tapoja jäsentää ja ymmärtää sosiaalisen tuen ilmiötä niin, että tieto on sovellettavissa puheviestinnän koulutukseen eri aloilla. Toiseksi haluan löytää supportiivisen viestinnän mahdollisuuksia hoitotyössä. Ymmärtämällä tuen ilmiötä hoitotyön kontekstissa syntyy mahdollisuuksia kehittää käytännön hoitotyötä ja myös koulutusta. Keskusteluun laajan yleisön kanssa haluan osallistua tuottamalla sellaista tietoa, joka auttaa ymmärtämään vuorovaikutussuhteitamme ja niiden yhteyttä hyvinvointiin sekä elämänlaatuun kaikkienensa. Tutkijana työtäni ohjaa ennen muuta teoreettinen mielenkiinto ja uskon, että nimenomaan tieto sosiaalisen tuen ilmiöstä auttaa yksilöä toimimaan tilanteissa, joissa hän on tuen antajana ja tuen saajana.

1.2 Tutkimuksen tarkastelutasot ja keskeiset käsitteet

Puheviestinnän teoreettista kenttää voi lähestyä monin tavoin. Powers (1995) on jäsentänyt viestinnän tutkimuksen ja teorian kenttää sisäkkäisten kehien avulla. Ydinkehänä ovat sanomia ja niiden rakentumista tarkastelevat teoriat. Toisella kehällä ovat yksilöä viestijänä tarkastelevat teoriat ja kolmannella kehällä viestinnän tasoon kytkeytyvät teoriat. Neljännelle eli uloimmalle kehälle Powers (1995) asettaa tilannekohtaiset teoriat ja tutkimuksen, joka kytkeytyy johonkin tiettyyn sosiaaliseen kontekstiin. Tämä jäsenitys antaa mahdollisuudet myös tutkimustehtävän tarkastelemiselle siten, että tutkimustehtävää lähestytään kaikki kehät läpäisevänä kysymyksenasetteluna. Kuvaan seuraavassa oman tutkimustehtäväni asemoitumista puheviestinnän tutkimukseen kehämallin avulla. Taustoitan ja rajaan samalla omaa ongelmanasetteluani ja määrittelen

tutkimuksen käsitteet. Sosiaalisen tuen käsitteen tarkan määrittelyn esitän kuitenkin luvussa 2.

1.2.1 Osastohoidon konteksti

Tarkastelen tässä tutkimuksessa sosiaalisen tuen ilmiötä hoitotyön, tarkemmin ilmaistuna kirurgisen osastohoidon kontekstissa. Hoitotyön kontekstilla on tässä tutkimuksessa tärkeä merkitys, koska potilaan ja hoitajan tuelle antamat merkitykset kytkeytyvät käsityksiin niin hoitoympäristöstä, sairaalaorganisaatiosta kuin terveydenhuollosta yleensäkin. Tukea potilas-hoitajasuhteessa ei voi irrottaa institutionaalisesta kehyksestään, vaan merkitykset syntyvät yhteydessä potilaan sairauteen ja tilanteeseen sekä potilaan saamaan hoitoon.

Hoitotyöllä tarkoitetaan yleensä hoitoalan ammattitutkinnon suorittaneiden henkilöiden työtä, ja sillä viitataan lähinnä osastohoidossa toteutuvien käytänteiden muodostamaan kokonaisuuteen. Hoidolla puolestaan tarkoitetaan potilaan saamaa ammatillista hoitoa, perustuipa se lääketieteelliseen hoitoon tai hoitotyöhön. (Lepola, Aho & Louet 2001; Nousiainen 1998, 15.) Tässä tutkimuksessa käytän *hoidon* käsitettä viittaamaan kaikkeen potilaan sairaalassa saamaan hoitoon, joka perustuu sekä hoitajien tekemään hoitotyöhön että lääketieteelliseen hoitoon. *Osastohoidon* käsite puolestaan merkitsee sairaalan vuodeosastolla annettavaa hoitoa. *Hoitotyöllä* tarkoitan osastohoidossa toteutuvia käytänteitä, jotka perustuvat sekä hoitajan toteuttamiin hoitotoimenpiteisiin että hoitajan ja potilaan vuorovaikutukseen. Hoitotyöllä on itsenäiset tavoitteensa, vaikka se kytkeytyykin lääketieteelliseen hoitoon, ja sitä toteuttavat erityisesti sairaanhoitajat, erikoissairaanhoitajat ja perushoitajat. Hoitohenkilöstön käsitteellä viitataan hoitajien ohella myös muihin terveydenhuollon ja lääketieteen ammattilaisiin. (Lepola, Aho & Louet 2001; Nousiainen 1998, 15.) *Hoitajan* käsitteellä tarkoitan tässä tutkimuksessa sairaanhoitajia, perushoitajia ja lähihoitajia. Erityisiä ammattinimikkeitä käytän tutkimuksessa vain silloin, kun koulutustaustalla on erityistä merkitystä tai se nousee esille tutkimuksen aineistosta. *Hoitavan henkilökunnan* tai *hoitohenkilöstön* käsitteillä viitataan koko hoitavaan henkilökuntaan, johon lääkärin ja hoitajan lisäksi kuuluu myös muita terveydenhuoltoalan ammattilaisia kuten fysioterapeutteja.

Kontekstinsa kautta tämä tutkimus kytkeytyy terveysviestinnän tutkimusalaan, jonka tarkoituksena on tarkastella laajasti viestintä- ja vuorovaikutusprosessien yhteyksiä yksilön ja yhteisön hyvinvointiin. Terveysviestinnän kenttä eriytyi omaksi tutkimusalueekseen 1970-luvun puolivälissä, jolloin erityisesti terveystieteiden ja -sosiologian ja lääketieteen alalla alkoi syntyä viestintätieteellisesti orientoitunutta tutkimusta. (Aitken & Marshall 1996, 479; Kreps, Bonacuro & Query 1998, 5–7.) Terveyskasityksen laajenemisella medikaalisesta lähestymistavasta niin sanottuun biopsykososiaaliseen lähestymistapaan oli terveysviestinnän tutkimuskentän muotoutumiselle tärkeä merkitys. Kun psykologiset ja sosiaaliset ulottuvuudet alettiin ymmärtää osaksi terveyttä, muuttui myös suhtautuminen viestintään. Hoito alettiin vähitellen ymmärtää parantamisen sijaan sairastuneen yksilölliseksi ja kokonaisvaltaiseksi hoitamiseksi, joka toteutuu ensisijaisesti potilaan ja hoitohenkilökunnan vuorovaiku-

tuksessa. Toiseksi mielekkäitä vuorovaikutussuhteita pyrittiin ymmärtämään osana hyvinvointia ja sairautta osana sairastuneen elämäntilannetta ja kokemusmaailmaa. (Pettegrew & Logan 1987, 676–679.)

Terveysviestinnän tutkimus on lähtökohdaltaan ongelmakeskeistä kuten muukin kontekstilähtöinen viestinnän tutkimus. Tutkimuksen tavoitteena on löytää, tutkia ja ratkaista terveydenhuoltoon ja terveyden edistämiseen liittyviä viestinnän kysymyksiä kaikilla viestinnän tasoilla. Viestintä nähdään terveyden edistämisen ja toteutumisen perusprosessina. (Kreps, Bonacuro ja Query 1998, 2–3.) Pitkään terveysviestinnän tutkimuksessa oltiin kiinnostuneita lähinnä lääkäri-potilasviestinnästä. Vaikka potilas-hoitajasuhde on merkityksellinen erityisesti sairaalahoidon aikana, siihen on viestinnän tutkimuksessa kiinnitetty huomiota toistaiseksi yllättävän vähän. Tässä tutkimuksessa olen halunnut tarkastella hoitajia erityisesti siksi, että hoitajilla on oleellinen merkitys sille, millaiseksi potilaan sairaalassaolo muodostuu. Kirurgisen hoidon aikana potilas on kaikesta hoitohenkilökunnasta ajallisesti eniten tekemisissä hoitajien kanssa.

Terveysviestinnän tutkimuksessa erottuu omiksi näkökulmiksi kaksi erilaista lähestymistapaa. Terveyskasvatuksellinen lähestymistapa perustuu erityisesti vaikuttamiseen liittyvien kysymysten tarkastelemiseen terveyden edistämisen näkökulmasta. Terveyden ja terveydenhuollon tuottamisen prosesseja tarkasteleva lähestymistapa perustuu puolestaan terveyteen liittyvän informaation – laajasti ymmärrettyinä – tuottamisen ja välittymisen tarkastelemiseen. (Kreps, Bonacuro ja Query 1998, 4–5; Torkkola 2002.) Nämä kaksi terveysviestinnän näkökulmaa eroavat siis erityisesti tutkimuksen tavoitteiden suhteen. Tässä tutkimuksessa en ole kiinnostunut niinkään siitä, kuinka vuorovaikutus vaikuttaa yksilöiden ja yhteisön terveyskäyttäytymiseen, vaan siitä, millaista vuorovaikutus kirurgisella osastolla on ja millaisia merkityksiä hoidonantaja ja potilas sille antavat. Tämän tutkimuksen fokus on siis potilas-hoitajavuorovaikutuksessa, siinä kehkeytyvässä informaatiossa ja sille annetuissa merkityksissä. Tätä informaatiota ja merkityksentämistä tarkastelen erityisesti sosiaalisen tuen ilmiön kautta.

1.2.2 Interpersonaalinen kehys

Tarkastelen terveysviestintää erityisesti interpersonaalisella tasolla, jonka Powers (1995) erottaa teoriakentän jäsenyyksessään ryhmätasosta ja julkisesta tasosta. Viestinnän tasoajattelun perustana on käsitys sosiaalisen systeemin monitahoisuudesta. Interpersonaalille viestinnälle on ominaista se, että viestijät ovat tietoisia toisistaan ja voivat identifioida toisensa, ja he voivat yhtäaikaaisesti sekä tuottaa että tulkita sanomia. Interpersonaalisisessa viestinnässä sanomat nähdään yhdeltä yhdelle osoitetuiksi. (Ruesch & Bateson 1983, 273–277). *Interpersonaalilla viestinnällä* tarkoitan tässä tutkimuksessa siis vuorovaikutusta, jossa viestijät eli potilas ja hoitaja ovat olemassa suhteessa toisiinsa saman sosiaalisen systeemin osina. *Potilas-hoitajavuorovaikutuksen* käsite viittaa tässä tutkimuksessa interpersonaaliseen viestintään hoitajan ja potilaan välillä. Interpersonaalinen kehys vaikuttaa tuelle annettuihin merkityksiin ja odotuksiin ja havaintoihin tuesta. Sosiaalista tukea on tutkittu runsaasti myös ryhmätasolla lä-

hinnä erilaisissa tukiryhmissä. Rajaan tässä tutkimuksessa ryhmätason kuitenkin tarkastelun ulkopuolelle. Tukea ei ole myöskään tarkoitus tarkastella viestinnän julkisen tason näkökulmasta, vaikka tuleekin muistaa, että potilas-hoitajasuhteeseen institutionaalisenä suhtena liittyy myös piirteitä, jotka ovat luonteellomaisia julkiselle tasolle.

Tässä tutkimuksessa määrittelen interpersonaalisen viestinnän ennen muuta systeemisestä näkökulmasta. Viestijät ovat saman systeemin osina suhteessa toisiinsa (relation). Tämä lähestymistapa ei edellytä sitä, että viestijöillä olisi keskinäinen sosiaalinen suhde (relationship), mitä interpersonaalisen viestinnän niin sanottu kehittymisnäkökulma on korostanut (Trenholm & Jensen 1996, 28–29). Näin ollen potilas-hoitajavuorovaikutusta voidaan pitää interpersonaalisenä viestintänä, vaikka kyse olisikin vain kertaluonteisesta kohtaamisesta. Olennaista on, että viestijät identifioivat toisensa potilas-hoitajasysteemin osaksi sen sijaan, että kyse olisi täysin satunnaisesta ja tilannekohtaisesta kohtaamisesta.

Interpersonaalinen tarkastelutaso korostaa viestinnän relationaalista ulottuvuutta. Viestinnän relationaalisella eli suhdeulottuvuudella viitataan siihen verbaaliseen ja nonverbaaliseen viestintään, jossa ilmaistaan suhtautumista toiseen viestijään ja jossa syntyy tulkintoja toisen suhtautumisesta omaan itseen (Trenholm & Jensen 1996, 34–35). Viestinnän suhdeulottuvuus on aina olemassa asiasisällön rinnalla, ja viestijät siis ylläpitävät, rakentavat ja jäsentävät keskinäistä suhdettaan tai suhtautumistaan samalla, kun he viestivät asiasisältöjä. (Bateson 1983.) Viestinnän suhdeulottuvuus kytkeytyy läheisesti myös yksilön identiteettiin, koska suhdetason sanomien perusteella annamme merkityksiä sille, miten koemme vuorovaikutuskumppanin suhtautuvan omaan itseemme. Clark ja Delia (1979) kuitenkin korostavat relationaalisen ulottuvuuden olevan irrotettavissa sekä sisällön että identiteetin ulottuvuuksista. Watzlawick, Beavin ja Jackson (1967) käyttivät suhdeviesteistä alunperin metakommunikaation käsitettä, mutta esimerkiksi Burgoon ja Hale (1984) viittaavat asiaan relationaalisen viestinnän käsitteellä, joka mielestäni on sopivampi tämän ilmiön kuvaamiseen. Tässä tutkimuksessa viitataan siis *relationaalisen viestinnän* käsitteellä viestinnän suhdeulottuvuuteen ja relationaaliin sanomiin, jotka näkyvät kaikessa vuorovaikutuksessa. Relationaalisen viestinnän käsitteellä on puheviestinnän kirjallisuudessa myös toinen merkitys, sitä käytetään viittaamaan viestintään läheisissä vuorovaikutussuhteissa. Tässä tutkimuksessa relationaalinen viestintä tarkoittaa kuitenkin viestinnän suhdeulottuvuutta, joka on olemassa riippumatta viestijöiden välisen suhteen laadusta. Relationaalisen viestinnän käsitteen ohella käytän myös *relationaalisen tekijän* käsitettä, jolla tarkoitan esimerkiksi hoitajan ja potilaan välisessä viestintäsuhteessa olemassa olevia suhteen piirteitä tai suhteeseen liittyviä tekijöitä kuten luottamusta tai läheisyyttä. Relationaalisilla tekijöillä tarkoitan siis niitä vuorovaikutussuhteen piirteitä, joilla suhteen laatua kuvataan.

Tämän tutkimuksen kannalta keskeisiä käsitteitä ovat hoitosuhteen ja potilas-hoitajasuhteen käsitteet. Hoitosuhteen käsitettä käytetään lääke- ja hoitotieteen alueilla. Se viittaa potilaan ja hoitajan tai lääkärin väliseen hoidolliseen

suhteeseen, joka perustuu vuorovaikutukseen. Hoitotieteessä hoitosuhteen käsite pohjaa pitkälti Peplaun (1952, esim. Schroberin 1993, mukaan) malliin hoitotyöstä, jossa hoitajan ja potilaan interpersonaalinen suhde nähdään hoitotyön perustaksi. Lähtökohtana mallissa on ajatus siitä, että hoitajan ja potilaan suhteen kehittyessä potilaalla on mahdollisuus ymmärtää omia tuntemuksiaan ja siten rakentaa ymmärrystä tilanteeseen, mikä mahdollistaa omaan hoitoon osallistumisen. Hoitosuhde on ammatillinen auttamissuhde, jonka kautta potilas voi pyrkiä kohti parempaa terveyttä, kun suhde potilaan ja hänen hyvinvointinsa välillä on jollain tavalla ongelmallinen tai häiriintynyt. Hoitosuhde voidaan nähdä intentionaalisenä suhteenä, jossa korostuvat potilaan hyvinvointitavoitteet. Hoitosuhteessa toteutuva vuorovaikutus on osa potilaan selviytymistä tai hallintastrategiaa, joka liittyy potilaan tapaan pyrkiä hallitsemaan omaa suhdettaan terveyteensä sekä käsittelemään terveysongelmia. (Leino-Kilpi 1991, 201–203.)

Puheviestinnän näkökulmasta hoitosuhdetta voidaan pitää ammatillisena interpersonaalisenä viestintäsuhteenä, ja käytän sille synonyymina potilas-hoitajasuhteen käsitettä. Ammatillisuus viittaa siihen, että suhde toteutuu ammatillisessa kontekstissa, interpersonaalisuus puolestaan viittaa interpersonaaliseen systeemisyyteen. Ammatillisuuteen liittyy myös se, että hoitosuhde on luonteeltaan tavoitteellinen ja tilapäinen: suhteen olemassaolo perustuu kontekstista määrittävään tavoitteeseen, ja se lakkaa, kun suhteen tavoite purkautuu. Hoitosuhde on myös komplementaarinen ja asymmetrinen suhde, eli hoitosuhteessa roolit ovat toisiaan täydentäviä. Suhdetta ei voi pitää vertaissuhteenä, muttei hierarkkisenakaan, vaikka toisella on enemmän institutionaalista valtaa.

Hoitosuhteen tai potilas-hoitajasuhteen määrittäminen viestintäsuhteeksi ei ole yksiselitteistä. Erilaisia tulkintoja on esitetty niin viestintäsuhteen positiosta kuin siitäkin, milloin voidaan jonkun suhteen ajatella syntyvän tai syntyneen. Niin sanottu kognitiivinen lähestymistapa korostaa suhteen olevan erityisesti yksilöllinen kognitio, johon kiteytyy omaa ja toisen käyttäytymistä koskevia odotuksia ja johon liittyy tietoisuus tai käsitys viestintäsuhteen olemassaolosta (Wilmot 1996, 16–17). Suhteen ajatellaan näin syntyvän ennen muuta yksilön mielessä, ja se edellyttää sitä, että yksilöt identifioivat itsensä suhteen osapuoleksi. Suhteen kehittymistä painottava kognitiivinen lähestymistapa korostaa myös käsitystä tai mielikuvaa suhteen jatkuvuudesta, sen menneisyydestä, nykyisyydestä ja tulevaisuudesta (Wilmot 1996, 16–17). Kognitiiviselle lähestymistavalle voi vastakkaisena pitää sosiaalisen viestinnän teoriasta nousevaa käsitystä siitä, että suhde luodaan ja konstituoidaan ja sitä ylläpidetään viestinnässä. Tästä näkökulmasta suhde nähdään ennen muuta jatkuvana käyttäytymisen prosessina, jota ohjaavat yhteisön odotukset ja joka rakentuu tilannekohdaisista viestintäteoista. (Sigman 1998, 52–53.)

Kognitiivinen lähestymistapa korostaa siis suhteen yksilöllistä määrittämistä, sosiaalisen viestinnän näkökulma puolestaan kulttuurisia rakenteita. Jälkimmäisestä näkökulmasta potilas-hoitajasuhde määrittyy melko helposti viestintäsuhteeksi. Esimerkiksi Gerlander (2003,15–18) on määritellyt potilas-

lääkärisuhteen ensisijaisesti viestinnälliseksi suhteeksi, joka voi syntyä kerta-käynnillä ja jolle on ominaista suhteen tavoitteellisuus. Kognitiivisesta näkökulmasta potilas-hoitajasuhdetta ei voi itsestään selvästi pitää viestintäsuhteenä, erityisesti jatkuvuuden kriteeri on ongelmallinen. Sen sijaan potilas-hoitajasuhde täyttää jossain määrin identifioitumisen ja tietoisuudenkin kriteerit. Näin tapahtuu ainakin silloin, kun puhutaan esimerkiksi omahoitajasuhteesta, joka perustuu hoitajan ja potilaan keskinäiseen sopimukseen hoidollisen suhteen solmimisesta. Valo (2000) korostaa vuorovaikutussuhteeseen liittyvän sitoutumisen merkitystä. Hänen mukaansa suhteen osapuolten on sitouduttava suhteeseen ja sen tarkoitukseen, jotta viestintäsuhde voisi ylipäättään olla suhde. Potilas-hoitajasuhteen eräänä kriteerinä voisikin pitää suhteen tarkoitukseen sitoutumista, vaikka suhde ymmärrettäisiin tilapäiseksi ja ei-henkilökohtaiseksi suhteeksi.

Tässä tutkimuksessa ymmärrän *potilas-hoitajasuhteen eli hoitosuhteen* ammatilliseksi interpersonaaliseksi viestintäsuhteeksi. Tämä suhde syntyy ja sitä ylläpidetään potilas-hoitajavuorovaikutuksessa, ja se on luonteeltaan viestinnällinen suhde. Suhteen olemassaolo ei edellytä suhteen kehittymistä tiettyjen vaiheiden kautta, ja se voi olla kestoltaan rajattu. Potilas-hoitajasuhde edellyttää kuitenkin sitoutumista suhteen tarkoitukseen. Potilas-hoitajasuhde perustuu osin kulttuurisiin odotuksiin ja säätelyyn, mutta siihen sisältyy myös yksilöllisiä odotuksia. Sitä ei voi palauttaa yksilöön, eikä sitä voi irrottaa yksilöstä: suhteeseen liittyy yksilöllisiä merkityksiä, jotka kuitenkin perustuvat yksilön vuorovaikutukseen yksilön sosiaalisessa ympäristössä.

Interpersonaalista hoidonantaja-potilasviestintää on puheviestinnässä tutkittu lähinnä viestinnän vaikutusten ja viestintätaitojen osalta. Viestinnän vaikutuksia on tarkasteltu erityisesti fysiologisten vaikutusten, tyytyväisyyden ja hoito-ohjeiden noudattamisen näkökulmasta (Brown, Stewart & Ryan 2003, 142–149). Vuorovaikutuksella on todettu olevan vaikutusta esimerkiksi toimenpiteiden jälkeiseen pahoinvointiin, potilaan ahdistuneisuuteen ja potilaan kokemaan kipuun. (Thompson 1994, 712–713.) Ennen toimenpiteitä saadun opastuksen on todettu vaikuttavan ennen muuta siihen, kuinka potilas kipuunsa reagoi, mutta sen on myös todettu vähentävän kipulääkkeiden tarvetta. (King 1991, 128–131.) Hoito-ohjeiden noudattamisen on todettu olevan yhteydessä esimerkiksi potilaan saaman informaation tarkkuuteen, selkeyteen ja olennaisuuteen sekä vuorovaikutussuhteen laatuun (Brown, Stewart & Ryan 2003, 146). Se kytkeytyy myös potilaan tyytyväisyyteen, joka syntyy niistä päätelmistä, joita potilas tekee hoitoa antavan henkilön vuorovaikutustaidoista ja ammattitaidosta. Erityisesti hoitajan tai lääkärin relationaalisen viestinnän taidot, ekspressiivinen viestintä ja potilaan saama tuki vaikuttavat positiivisesti potilaan tyytyväisyyteen (Gotcher & Edwards 1990; Thompson 1998). Paulselin, McCroskeyn ja Richmondin (2006) mukaan käsitys hoitajan pätevyydestä ja potilaan saamasta huolenpidosta korreloi sen kanssa, kuinka tyytyväinen potilas on saamaansa medikaaliseen hoitoon. Toisaalta potilaan tyytyväisyys hoitohenkilökuntaan kokonaisuudessaan on yhteydessä siihen tyytyväisyyteen, jota potilas koki saamaansa medikaalista hoitoa kohtaan.

Potilas-hoitajavuorovaikutusta on tarkasteltu myös potilaan kokemusten näkökulmasta lähinnä hoitotieteen alalla. Potilaiden kokemuksissa potilas-hoitajavuorovaikutuksesta esille nousevat erityisesti valtasuhteet ja instituutionaaliset käytänteet, potilaan kokema kohtelu ja potilaan rooli sekä hoitoympäristö ja ajan käyttö (Shattell 2004). Institutionaalinen kehys ja sairaalan toimintatavat vaikuttavat sekä potilaiden halukkuuteen että mahdollisuuksiin olla vuorovaikutuksessa hoitavan henkilökunnan kanssa. Vaikka potilaan osallistumismahdollisuutta päätöksentekoon pidetään tärkeänä, se ei aina toteudu toivotulla tavalla, mikä ainakin osin johtuu organisaation toiminta- ja vuorovaikutuskäytänteistä (Partanen, Perälä & Turunen 1998; Sainio, Eriksson & Lauri 2001; Suominen, Leino-Kilpi & Laippala 1994). Toisaalta potilaat kokevat sairaalaympäristön oudoksi ja henkilökunnan kiireiseksi, eivätkä he halua olla vaiaksi (Häggman-Laitila 1994; Lepola, Aho & Louet 2001). Myös vuorovaikutuksen institutionaalinen, ammattirooleja korostava kehys ohjaa helposti potilasta omaksumaans passiivisen sairaanroolin (Liimatainen, Kettunen & Poskiparta 1996).

Osastohoidossa myös hoitoympäristö näyttää olevan hyvin merkityksellinen potilaan kokemuksen jäsentymiselle (Karhu-Hämäläinen & Eriksson 2001; Kuivalainen, Ryhänen, Isola & Meriläinen 1998), ja siihen liittyy esimerkiksi vaikeus ylläpitää henkilökohtaista tilaa (Rosqvist 2003). Mattila (1998) arvioi ympäristön vaikuttavan jopa hoitoon sitoutumiseen ja itsehoitoon osaston ilmapiirin kautta. Potilaiden kokemuksissa osastohoidosta ja potilas-hoitajavuorovaikutuksesta on paljon yksilöllistä vaihtelua. Eri tutkimuksissa on todettu osan potilaista olevan hyvin tyytyväisiä ja osan hyvin tyytymättömiä vuorovaikutukseen hoitavan henkilökunnan kanssa (esim. Aakala, Turunen & Vehviläinen-Julkunen 2000; ks. myös Shattell 2004). Käsitukset hyvästä hoitosuhteesta ja hyvästä vuorovaikutuksesta ovat kuitenkin samankaltaisia: hoitajalta odotetaan kunnioittavaa ja arvostavaa kohtelua, empatiaa ja kuuntelemista sekä keskustelua ylipäättään (Breeze & Repper 1998; Fosbinder 1994; McCabe 2004).

Tämän tutkimuksen tavoitteena on tarkastella tuelle annettuja merkityksiä interpersonaalisen viestinnän näkökulmasta. Lähtökohtani on viestinnän tutkimuksessa, joskin näkökulma on perinteisestä potilas-hoidonantajatutkimusta holistisempi. Aikaisemmissa terveystieteen tutkimuksissa on keskitytty erityisesti vaikutussuhteiden tarkasteluun. Kontekstinsa kautta tutkimuksen teema kytkeytyy hoitotieteen tutkimukseen, mutta näkökulmani on erityisesti puheviestinnässä.

1.2.3 Hoitaja ja potilas sosiaalisina toimijoina

Kontekstin ja viestinnän tason lisäksi viestinnän tutkimusta voi lähestyä myös yksilön näkökulmasta. Powers (1995) erottaa viestinnän teorioista kolme erilaisista lähestymistapaa yksilöön. Kun yksilöä tarkastellaan kulttuurisena toimijana, näkökulma on siinä, millä tavoin yksilö ylläpitää kulttuurisia merkityksiä. Yksilön tarkasteleminen yksilönä puolestaan merkitsee erityisesti piirteiden, kognitioiden ja sanomien prosessoinnin tarkastelemista. Yksilön tarkasteleminen so-

siaalisena toimijana tarkoittaa Powersin (1995) mukaan sellaisten vuorovaikutusilmiöiden tarkastelua, joita ei voi selittää yksilön piirteillä. Näitä ilmiöitä ovat muun muassa vuorovaikutuksen rakenteet, vaikuttaminen, vuorovaikutussuhteet ja sosiaaliset tavoitteet. Esimerkiksi yksilön sosiaalisia tavoitteita voi tarkastella yksilötasolla, mutta niitä ei voi palauttaa yksilön piirteisiin. Myös tuen osoittaminen on eräs tällainen tavoite, joka tulee mielekkääksi vasta silloin, kun yksilöä tarkastellaan sosiaalisena toimijana.

Tässä tutkimuksessa tarkastelen hoitajaa ja potilasta sosiaalisina toimijoina potilas-hoitajavuorovaikutuksen osapuolina. Ymmärrän *hoitajan* ja *potilaan roolit* ennen muuta sosiaalisina rooleina. Koska potilas-hoitajavuorovaikutus toteutuu institutionaalisessa kontekstissa, potilaana ja hoitajana olemiseen liittyy aina myös kulttuurisia merkityksiä. Hoitajan ja potilaan roolien näen määrittävän ensisijaisesti heidän sosiaalisessa todellisuudessaan, mutta kantavan myös kulttuuriin liittyviä odotuksia. Tämän lähestymistavan voi nähdä asettuvan viestinnän symbolisen ja relativistisen paradigman välimaastoon (Cragan & Shields, 1998), mikä tarkoittaa sekä kulttuurisen että sosiaalisen todellisuuden tarkastelemista. Supporttiivisen viestinnän tutkimus on kiinnittynyt pääosin puheviestinnän konstruktivistiseen lähestymistapaan, jossa on aineksia niin relativistisesta kuin symbolisesta lähestymistavasta.

Tässä tutkimuksessa tarkastelen yksilöitä osana viestintäsuhdetta ja siinä rakentuvaa sosiaalista todellisuutta. En ole niinkään kiinnostunut siitä, millaiset yksilölliset piirteet vaikuttavat vuorovaikutukseen tai kuinka taitavasti yksilöt toimivat vuorovaikutustilanteissa, vaan pikemminkin siitä, miten yksilöiden käsitykset itsestään ja toisesta vuorovaikutusosapuolesta rakentuvat vuorovaikutuksessa. Erityisesti pyrin kuvaamaan sitä, kuinka yksilöt määrittelevät itsensä suhteessa sosiaaliseen ympäristöönsä ja kuinka he kuvaavat omaa kokemustaan vuorovaikutuksesta ja tuesta siinä.

1.2.4 Merkityspenustainen lähestymistapa

Viestinnän tutkimuksen perusilmiönä voidaan pitää sanomien tuottamista ja tulkitsemista. Esimerkiksi Powersin (1995) ja Littlejohnin (1999) mukaan juuri sanomat ovat se ilmiö, joka erottaa viestinnän tutkimuksen muista tutkimusaloista. Tässä tutkimuksessa sanomia tarkastellaan supporttiivisina sanomina merkityksenannon näkökulmasta. Lähestymistapani viestintään on merkityspenustainen, mikä tarkoittaa sitä, että näen viestinnän ennen muuta yhteisen todellisuuden luomisena ja merkitysten syntymisenä. Vastaanottamisen ja tulkinnan prosesseja korostava merkityspenustainen lähestymistapa eroaa informaatioperustaisesta lähestymistavasta, joka korostaa viestinnän intentionaalisuutta ja sanomien rakentamisen ja lähettämisen prosesseja (Frey, Botan & Kreps 2000, 27–28). Vaikka en tarkastelekaan tukea viestintäkäyttäytymisen tasolla, pidän sitä kuitenkin intentionaalisena ilmiönä. Aikaisemmissa tutkimuksissa sitä on usein tarkasteltu ennen muuta sanomien rakentumisen näkökulmasta.

Olen tässä luvussa kuvannut tutkimukseni lähtökohtia ja tutkimuksen tavoitteita sekä niitä oletuksia, joita tutkittavaan ilmiöön liitän. Tutkimuskohteenani on sosiaalisen tuen ilmiö terveyden ja erityisesti terveydenhuollon kon-

tekstissa, jota tarkastelen interpersonaalisen viestinnän tasolla. Kuvaamani todellisuus kytkeytyy yksilöiden sosiaaliseen todellisuuteen, ja tarkastelen yksilöitä potilas-hoitajasuhteen osapuolina. Erityisesti olen kiinnostunut siitä, millaisia merkityksiä tutkittavalle ilmiölle yksilöt tässä todellisuudessa antavat, ja pyrin ymmärtämään näitä merkityksiä osana heidän todellisuuttaan siten, että kuvaan myös yksilöiden rooleja ja heidän käsityksiään keskinäisestä suhteesta. Lisäksi kuvaan osastohoidon kontekstin piirteitä. Lähestymistapani viestintään on pikemminkin merkityksperustainen kuin informaatioperustainen, mutta ymmärrän tuen kuitenkin intentionaaliseksi ilmiöksi. Seuraavassa luvussa tarkastelen lähemmin sosiaalisen tuen ilmiötä, supportiivisen viestinnän prosesseja, tuen osoittamiseen ja vastaanottamiseen liittyviä tekijöitä, suhteen ja tuen yhteyttä sekä tukea potilas-hoitajasuhteessa tutkimuskirjallisuuden pohjalta.

2 SOSIAALINEN TUKEA VIESTINTÄPROSESSINA

2.1 Sosiaalinen tuki funktionaalisen vuorovaikutuksena

Tämän tutkimuksen tavoitteena on kuvata ja ymmärtää sosiaalista tukea potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa osastohoidossa. Tässä luvussa tarkastelen sosiaalista tukea funktionaalisen viestintäprosessina. Tarkoitukseni on muodostaa kokonaiskuva sosiaalisesta tuesta puheviestinnän tutkimuskohteenä ja teoreettisena ilmiönä, jota vasten peilaan tutkimuksen empiirisen osan tuloksia. Kuvaan ensin luvussa 2.1 tuen funktioita ja tuen välittymisen prosessia. Luvussa 2.2 esittelen tuen vaikutusmekanismeja. Luvussa 2.3 siirryn tarkastelemaan sosiaalista tukea viestintäprosessin tasolla eli kuvaan sosiaalisen tuen muotoja sekä supportiivisia ilmauksia ja sanomia. Luvussa 2.4 esittelen tuen antamiseen ja vastaanottamiseen liittyviä yksilötekijöitä sekä tuen ja vuorovaikutussuhteen välisiä yhteyksiä. Lopuksi luvussa 2.5 tuon tarkasteluun potilas-hoitajasuhteen, ja kuvaan sitä, miten tukea hoitotyössä on tutkittu.

Olen koonnut tähän lukuun keskeisen sosiaalista tukea tarkastelevan puheviestinnän kirjallisuuden, jonka kautta kuvaan, miten sosiaalisen tuen ilmiö kiinnittyy puheviestinnän teoriaan ja mitä tuesta viestintäprosessina tiedetään. Erityisesti sosiaalisen tuen määritelmien ja vaikuttavuuden osalta olen hyödynttänyt myös lähitieteiden, lähinnä psykologian, sosiologian ja lääketieteen kirjallisuutta. Tukea potilas-hoitajavuorovaikutuksessa olen tarkastellut puheviestinnän ja hoitotieteen kirjallisuuden avulla. Puheviestinnän kirjallisuudessa potilas-hoitajasuhdetta on kuvattu melko niukasti, vaikka hoitotyötä onkin tarkasteltu kollegiaalisen tuen ja organisaation näkökulmasta. Hoitotieteen tutkimuskirjallisuudesta olen pyrkinyt kokoamaan sellaisen kotimaisen kirjallisuuden, joka kuvaa tukea somaattisessa osastohoidossa ja auttaa ymmärtämään tuen tarvetta sekä hoitajien ja potilaiden käsityksiä tuesta osastohoidossa. Suomalaisessa hoitotieteessä tukea on tutkittu myös esimerkiksi perhehoitotyössä ja psykiatrisessa hoidossa, mutta tämä kirjallisuus on rajattu tarkastelun ulkopuolelle.

Mukaan on kuitenkin otettu sellainen hoitotieteen kirjallisuus, jossa vuorovaikutusta kuvataan viestintäkäyttäytymisen tasolla.¹

2.1.1 Sosiaalisen tuen määrittelyminen

Sosiaalinen tuki on monitahoinen ilmiö tai prosessi, joka kytkee yksilön hyvinvoinnin yksilön viestintäsuhteisiin. Tuen käsitettä tarkasteltaessa sen voi havaita viittaavan erityisesti kolmeen tekijään: Ensinnäkin sosiaalinen tuki kuvaa yksilön ja sosiaalisen ympäristön välisiä kiinnikkeitä, jotka kehkeytyvät vuorovaikutuksessa. Toiseksi sosiaalinen tuki viittaa vuorovaikutuksessa syntyviin ja välittyviin resursseihin, jotka edistävät hyvinvointia. Kolmanneksi sosiaalisella tuella tarkoitetaan sitä prosessia, jossa tuki syntyy ja jossa sitä välittyy. Sosiaalista tukea voidaan tarkastella siis yksilötasolla konstruktioina, jotka ovat yksilön käsityksiä ja kokemuksia tuesta: käsitykset syntyvät yksilöllisistä merkityksistä, ja käsityksiä voikin kuvata merkitysrakenteina. Yksilön konstruktioit voivat kytkeytyä joko yksilölliseen kokemukseen vuorovaikutussuhteista tai vuorovaikutuksessa syntyvistä resursseista. Sosiaalista tukea voidaan tarkastella myös viestintäprosessin tasolla, jolloin tarkastelukohteena on usein viestintäkäyttäytyminen.

Tuen määrittelymisen lähestymistavat

Albrecht ja Adelman (1987) erottavat sosiaalista tukea kuvaavista määritelmistä kolme lähestymistapaa: hyväksyntää korostavan, hallinnan tunnetta korostavan ja sosiaalista vuorovaikutusta korostavan lähestymistavan. Erilaiset määritelmät painottavat aina jotakin näistä kolmesta lähestymistavasta. Painopisteestä riippuen sosiaalinen tuki voidaan määritellä joko yksilön käsitykseksi hyväksytyksi tulemisesta, yksilön käsitykseksi henkilökohtaisesta hallinnan tunteesta tai vuorovaikutukseksi, jossa apuun ja tukeen liittyviä sanomia tuotetaan ja tul-

¹ Tiedonhaussa olen käynyt systemaattisesti läpi puheviestinnän alalta sosiaalista tukea tarkastelevan kirjallisuuden alan julkaisuista ja käyttänyt myös tietokantahakua. Olen rajannut tiedonhaun pohjalta tutkimuksen kannalta relevantin empiirisen tutkimuksen ja teoreettisesti ilmiötä kuvaavat tekstit. Tukea hoitotyössä tarkastelevasta kirjallisuudesta olen systemaattisesti kartoittanut kotimaiset julkaisusarjat. Lisäksi olen kartoittanut tukea hoitotyössä tarkastelevia kansainvälisiä julkaisuja tietokantahaun avulla. Hakusanoina olen käyttänyt käsitteitä *social support*, *informational support* ja *emotional support* yhdessä sanojen *nurse*, *patient*, *nursing*, *surgery* ja *ward* kanssa erilaisina yhdistelminä. Haun tuloksista olen rajannut pois tuen vaikuttavuutta tarkastelevat tutkimukset, perhehoitotyötä tarkastelevat tutkimukset sekä erityisesti kulttuuriin liittyvät tutkimukset, joissa ei tarkastella suomalaista kulttuuria. Tiedonhaakua olen tehnyt myös potilas-hoitajavuorovaikutuksesta, ja se on rajattu hakusanoihin *nurse-patient interaction*. Tästä kirjallisuudesta olen käyttänyt ainoastaan sitä relevanttia kirjallisuutta, jossa tarkastellaan tukea tai joka kuvaa potilaan kokemusta potilas-hoitajavuorovaikutuksesta. Mukaan on otettu myös viestintäkäyttäytymisen tasoon liittyvä kirjallisuus, mutta päätöksentekoon keskittyvän kirjallisuuden olen rajannut pois. Sekä viestinnän että hoitotieteen kirjallisuushaussa olen käyttänyt EBS-CO HOST Academic Search Elite tietokantaa. Tukea hoitotyössä tarkasteleva kirjallisuuskatsaus luvussa 2.5 on luonteeltaan narratiivinen ja sen on tarkoitus kuvata tukea suomalaisessa osastohoidossa.

kitaan. Tarkastelen seuraavassa määritelmiä, jotka olen valinnut edustamaan erilaisia lähestymistapoja sosiaaliseen tukeen niiden painopisteen mukaan.

Varhaisimmat määritelmät sosiaalisesta tuesta korostavat *hyväksytyksi tulemisen tunnetta* eli yksilön käsitystä osakseen saamasta hyväksynnästä ja huolenpidosta (Albrecht, Burleson ja Goldsmith 1994, 420). Näissä määritelmissä painottuvat yksilön havainnot ja kokemukset omista vuorovaikutussuhteistaan. Esimerkiksi Moss (1973, 237) kuvaa sosiaalisen tuen olevan subjektiivinen tunne yhteenkuuluvuudesta, hyväksytyksi ja pidetyksi tulemisesta sekä tunne tarvituksi tulemisesta kaikkinaensa, ei siinä määrin, mihin yksilö pystyy. Cobbin (1976, 300) mukaan sosiaalinen tuki on yksilölle kohdistuvaa informaatiota siitä, että hänestä välitetään ja pidetään huolta, että hän on kunnioitettu ja arvostettu ja että hän kuuluu viestintää ja molemminpuolisia velvoitteita sisältävään verkostoon. Molempien *määritelmien pohjalta voi sosiaalisen tuen nähdä perustuvan erityisesti siihen, että yksilölle syntyy käsitys omasta merkityksellisyydestään ja yhteenkuuluvuudesta muiden kanssa*. Merkityksellisyyden tunteen ja yhteenkuuluvuuden perustana ovat ensinnäkin kuuluminen vuorovaikutussuhteiden verkostoon ja toiseksi näiden vuorovaikutussuhteiden synnyttämät positiiviset merkitykset. Vuorovaikutussuhteet voidaan nähdä keskeisenä osana perustarpeiden tyydyttämistä, eli liittymissuhteiden olemassaolo on osa yksilön psyykkistä hyvinvointia.

Hallinnan tunnetta korostavissa määritelmissä sosiaalinen tuki nähdään ennen muuta selviytymiskeinoja lisääväksi voimavaraksi. Esimerkiksi Cohen ja Syme (1985, 4) määrittelevät sosiaalisen tuen olevan yksinkertaisesti muilta saatuja resursseja. Tolsdorf (1976, 410) puolestaan määrittelee sosiaalisen tuen olevan mitä tahansa toimintaa tai käyttäytymistä, joka auttaa henkilöä saavuttamaan henkilökohtaisia tavoitteitaan tai käsittelemään tilanteesta nousevia vaatimuksia. Shumakerin ja Brownellin (1984, 13) mukaan sosiaalinen tuki on vähintään kahden välistä resurssien vaihtoa, jonka joko tuen antaja tai saaja käsittelee kohdistuvan hyvinvoinnin lisäämiseen. Näissä kaikissa *määritelmissä korostuvat voimavarat, joita sosiaalinen tuki lisää*. Voimavarat näkyvät kasvaneena mahdollisuutena saavuttaa yksilön henkilökohtaisia tavoitteita, ja voimavarojen lisääntyminen toteutuu erityisesti hallinnan tunteen kasvamisen kautta.

Hallinnan tunnetta korostavien määritelmien ja hyväksynnän tunnetta korostavien määritelmien välillä on olemassa melko selkeä perusero. Hallinnan tunnetta korostava määrittelytapa näkee tukea tuottavaksi vuorovaikutussuhteessa syntyvät resurssit. Hyväksynnän tunnetta korostava lähestymistapa korostaa suhteen olemassaoloa sinänsä. Tukea tuottava ulottuvuus on tällöin vuorovaikutussuhde itsessään ja tukea voi pitää vuorovaikutussuhteen rakenteellisenä piirteenä (Goldsmith, McDermott & Alexander 2000).

Kolmas sosiaalisen tuen määrittelytapa korostaa tukeen liittyvää *vuorovaikutuksellisuutta*. Näissä määritelmissä keskeisellä sijalla ovat esimerkiksi viestintä, palaute, merkitsevät siteet sekä apua ja vahvistamista välittävä interpersonaalinen vuorovaikutus (Albrecht, Burleson ja Goldsmith 1994, 420–421). Viestintäsuhde on tuen tuottamisen perusta, ja tuki syntyy vastavuoroisuudesta. Määritelmissä näkyy myös sosiaalisen vaihdon periaate. Esimerkiksi Kahn ja Antonucci (1980, 173) määrittelevät sosiaalisen tuen interpersonaaliseksi vaih-

doksi, joka muodostuu 1) positiivisten tunteiden ilmaisusta, 2) tuen saajan näkemysten ja käsitysten oikeuttamisesta ja vahvistamisesta sekä 3) symbolisen tai materiaalisen avun tarjoamisesta. Silverin ja Wortmanin (1980) mukaan sosiaalisen tuen osatekijöitä ovat 1) positiivisten tunteiden ilmaiseminen, 2) samaa mieltä olemisen ilmaiseminen tai henkilön vakaumusten, mielipiteiden ja tunteiden oikeutuksen myöntäminen, 3) rohkaiseminen ilmaisemaan avoimesti vakaumuksia tai tunteita, 4) aineellisen avun antaminen sekä 5) tiedon välittäminen siitä, että vaikeuksissa oleva henkilö kuuluu keskinäisen avun ja molemminpuolisten velvoitteiden verkostoon tai järjestelmään. Näissä *määritelmissä tukea kuvataan erityisesti viestinnän sisällön tasolla, ja määritelmät luonnehtivat sitä, millainen viestintäkäyttäytyminen on tukea tuottavaa.*

Vuorovaikutusta korostavissa määritelmissä voidaan nähdä jotakin yhtäläisyyttä hyväksynnän tunnetta korostaviin määritelmiin. Yhtäläisyys näkyy lähinnä siinä, että molemmista lähestymistavoista käsin tuella nähdään olevan samankaltaisia funktioita. Tällaisia funktioita ovat esimerkiksi yhteenkuuluvuuden tunteeseen ja ilmaisemiseen liittyvät funktiot. Ero vuorovaikutusta painottavien ja hyväksytyksi tulemisen tunnetta korostavien määritelmien välillä on siinä, painotetaanko määritelmässä tuen välittymisen prosessia vai yksilön kokemusta vuorovaikutuksesta. Tämä ero näkyy, kun verrataan esimerkiksi Cobbin (1976) ja Kahnin ja Antonuccin (1980) määritelmiä. Cobbin (1976) hyväksyntää korostava määritelmä painottaa *yksilölle kohdistuvaa* informaatiota ja vastaanottajan tulkintaa. Kahn ja Antonucci (1980) puhuvat puolestaan *interpersonaalisesta vaihdosta*. Jos määritelmiä pohtii viestintäprosessin näkökulmasta, on niissä nähtävissä perusero: hyväksyntää korostavissa määritelmissä viestintä nähdään yksisuuntaisena prosessina, vuorovaikutusta korostavissa määritelmissä painottuu viestinnän vastavuoroisuus ja sosiaalinen vaihto.

Kun vuorovaikutusta korostavia määritelmiä verrataan hallinnan tunnetta korostaviin määritelmiin, perusero syntyy prosessin ja lopputuloksen erilaisesta korostumisesta. Hallinnan tunnetta korostavat määritelmät painottavat erityisesti yksilölle syntyviä, *yksilön saamia resursseja*. Esimerkiksi Shumaker ja Brownell (1984) sekä Cohen ja Syme (1985) puhuvat resursseista ja Tolsdorf (1976) toiminnasta, joka edistää tukea tarvitsevan henkilön tavoitteiden saavuttamista. Vuorovaikutusta korostavat määritelmät korostavat tuen antajan *viestintäkäyttäytymisen* muotoja kuten Silver ja Wortman (1980), jotka kuvaavat esimerkiksi ilmaisemista, rohkaisemista ja tiedon välittämistä.

Kun kolmea erilaista määrittelytapaa tarkastellaan rinnakkain, voi sekä hyväksyntää että hallintaa korostavien määritelmien todeta ottavan kantaa erityisesti tuen funktioon. Kun sosiaalinen tuki määritellään hyväksynnän tai hallinnan tunteen kasvamiseksi, tuki nähdään ilmiönä, joka tulee näkyväksi prosessin lopputuloksessa tai tuotoksessa. Albrecht ja Adelman (1987, 23) näkevät vuorovaikutusta korostavien määritelmien perusfunktiona sen, että yksilön läheisyyden tarpeet täyttyvät. Tämän voi mielestäni kuitenkin kytkeä osaksi hyväksytyksi tulemisen funktiota, koska molemmissa on kysymys yksilön liittymisen tarpeista. Tässä luvussa esitellyistä määritelmistä voi mielestäni tunnistaa siis kaksi varsinaista tuen funktiota: toisaalta tuki lisää yksilön hallinnan tunnetta, toisaalta tuessa kysymys on hyväksynnän ja kuulumisen tunteen li-

sääntymisestä. Vuorovaikutusta korostavissa määritelmässä on nähdäkseni olennaista tuen välittymisen prosessi tuen funktioiden sijaan. Näkökulma ei ole tällöin vain tuesta saatavissa resursseissa tai liittymissuhteissa, vaan siinä, kuinka tuki toteutuu käyttäytymisen ja toiminnan tasolla. Vuorovaikutusta korostavissa määritelmässä on kyse interpersonaalisen viitekehyksen korostamisesta ja viestintäprosessista sinänsä.

Sosiaalisen tuen määritelmä viestinnän tutkimuksessa

Jotta sosiaalinen tuki tulisi määritellyksi kattavasti, määritelmän tulisi ottaa kantaa sekä tuen funktioihin että siihen prosessiin, jossa tuki syntyy. Tällaisena voi pitää Albrechtin ja Adelmanin (1987, 19) määritelmää, jossa tukea kuvataan funktionaalisen viestintäprosessin käsittein:

“Social support refers to verbal and nonverbal communication between recipients and providers that reduces uncertainty about the situation, the self, the other, or the relationship, and functions to enhance a perception of personal control in one’s life experience.”

Eli Albrechtin ja Adelmanin (1987, 19) mukaan

sosiaalinen tuki on tuen saajien ja antajien välistä verbaalista ja nonverbaalista viestintää, joka vahvistaa käsitystä elämänhallinnasta vähentämällä tilanteeseen, itseen, toiseen tai vuorovaikutussuhteeseen liittyvää epävarmuutta.

Albrecht ja Adelman (1987) kuvaavat sosiaalista tukea viestintäprosessina, joka muuttaa tuen saajan kognitiivista ja affektiivista tilaa. Sosiaalinen tuki eroaa muista viestinnän muodoista siinä, millaisia seurauksia viestintäprosessilla on ja millaisia intentioita siihen liittyy. Albrecht ja Adelman (1987) näkevät tuen vahvistavan ensisijaisesti yksilön kokemaa elämänhallinnan tunnetta, mikä kytkeytyy epävarmuuden vähenemiseen. Epävarmuuden väheneminen on se prosessi, jonka kautta käsitys hallinnan tunteesta syntyy.

Albrecht ja Adelman (1987) liittävät epävarmuuden useisiin eri tekijöihin. Ensinnäkin tuen tarve voi syntyä epävarmuudesta, joka liittyy tilanteeseen, mikä tarkoittaisi esimerkiksi sairastamisen aiheuttamaa kuormitusta. Toiseksi tuen tarve voi perustua epävarmuuteen omasta itsestä, joka merkitsee esimerkiksi huolta omasta selviytymisestä tai vaikeudesta ylläpitää positiivista minäkuva. Kyse on siis epävarmuudesta, joka aiheutuu siitä, millaisena yksilö näkee ja kokee oman itsensä. Vuorovaikutuskumppaniin eli toiseen liittyvä epävarmuus kytkeytyy usein odotuksiin toisen viestintäkäyttäytymistä kohtaan. Neljäs epävarmuutta tuottava tekijä voi olla oman itsen ja vuorovaikutuskumppanin keskinäinen suhde, jolloin epävarmuutta voi aiheuttaa esimerkiksi suhteen kesto ja sen tulevaisuus. Sosiaalinen tuki on se prosessi, jossa näihin erilaisiin tekijöihin liittyvä epävarmuus vähenee. Hallinnan tunteen kasvaminen voi siis tarkoittaa esimerkiksi sitä, että ongelmanratkaisutilanteessa oleva saa toiselta osapuolelta resursseja ongelman selvittämiseen. Samalla ongelmatilanteessa olevan epävarmuus voi vähentyä myös siinä mielessä, että hän pystyy muodostamaan

selkeämmän käsityksen omasta itsestään, vuorovaikutuskumppanin ajatuksista ja toiminnasta sekä heidän keskinäisen suhteensa luonteesta.

Albrechtin ja Adelmanin (1987, 19) määritelmää voi pitää puheviestinnän tutkimuksen näkökulmasta keskeisenä jäsenyyksenä sosiaalisesta tuesta. Vaikka interpersonaalinen viitekehys näkyi sosiaalisen tuen määritelmässä jo melko varhain, niiden painopiste pysyi lähinnä vuorovaikutuksen rakenteellisissa tekijöissä (Albrecht, Burleson & Goldsmith 1994, 421). Albrechtin ja Adelmanin (1987) määritelmä korosti viestintäprosessin merkitystä, ja se kytki viestintäprosessin tuen perusfunktioihin. Sosiaalinen tuki alettiin ymmärtää funktionaaliseksi viestintäprosessiksi, ja sellaisena se on yksi viestintäkäyttäytymisen perusmuoto, joka voidaan rinnastaa esimerkiksi informoimiseen ja vaikuttamiseen (Albrecht & Goldsmith 2003, 263). Sosiaalinen tuki on viestinnän tutkimuskohteena niiden vuorovaikutusprosessien tutkimista, joille ominaista on auttaminen, lohduttaminen, hoitaminen ja apu (Albrecht, Burleson & Goldsmith 1994, 421).

Epävarmuuden käsitteen Albrecht ja Adelman (1987) ovat lainanneet Bergerin ja Calabresen (1975) epävarmuuden vähenemisen teoriasta: epävarmuudella tarkoitetaan tilaa, jossa viestijöiden on vaikeaa tehdä luotettavia kausaalisia päätelmiä. Epävarmuuden väheneminen puolestaan tarkoittaa, että ennustettavuus lisääntyy. Epävarmuuden vähenemisen ilmiöstä ja käsitteestä on käyty tieteenalalla paljon keskustelua, ja alkuperäisen teorian ohella on testattu myös epävarmuuden vähenemisen ja tuen välistä yhteyttä. Goldsmithin ja Albrechtin (1993) tulokset osoittavat, etteivät sosiaalisen tuen positiiviset vaikutukset välttämättä välitykään epävarmuuden vähenemisen kautta, vaan prosessi on monimuotoisempi. Ford, Babrow ja Stohl (1996) tulevat tutkimuksensa perusteella johtopäätökseen, että epävarmuuden vähenemisen sijaan epävarmuuden hallinta on se prosessi, joka välittää tuen vaikutuksia. Epävarmuuden vähenemisen teoria on synnyttänyt myös keskustelua siitä, onko epävarmuuden väheneminen ylipäätään tavoiteltava tila. Esimerkiksi Brashers (2001, 478) esittää, että joissakin terveysviestintätilanteissa voi olla tavoiteltavampaa säilyttää epävarmuus. Epävarmuuden vähenemisen sijasta oleellista on se, millä tavoin yksilöt pyrkivät hallitsemaan epävarmuuttaan.

Testaamisen, keskustelun ja kritiikin pohjalta Albrecht ja Goldsmith (2003) ovat täsmentäneet Albrechtin ja Adelmanin (1987) määritelmää sosiaalisesta tuesta korvaamalla epävarmuuden vähenemisen käsitteen epävarmuuden hallinnan käsitteellä. He määrittelevät sosiaalisen tuen siis seuraavasti:

“Social support refers to verbal and nonverbal communication between recipients and providers that *helps manage* uncertainty about the situation, the self, the other or the relationship and functions to enhance a perception of personal control in one’s life experience.”

Eli Albrechtin ja Goldsmithin (2003, 265) mukaan

sosiaalinen tuki on tuen saajien ja antajien välistä verbaalista ja nonverbaalista viestintää, joka vahvistaa käsitystä elämänhallinnasta auttamalla hallitsemaan tilanteeseen, itseen, toiseen tai vuorovaikutussuhteeseen liittyvää epävarmuutta.

Sosiaalisen tuen käsite tässä tutkimuksessa

Tämän tutkimuksen lähtökohtana on Albrechtin ja Goldsmithin (2003) muotoilema määritelmä sosiaalisesta tuesta, joka siis perustuu Albrechtin ja Adelmanin (1987) määritelmään. Olen päätenyt kuitenkin laajentamaan määritelmää siten, että sisällytän siihen hyväksytyksi tulemisen tunteen, jota pidän hallinnan tunteen rinnalla tuen perusfunktiona. Määritelmän laajentaminen on mielestäni perusteltua kahdesta syystä. Ensinnäkin Albrechtin ja Adelmanin (1987; myös Albrecht & Goldsmith 2003) määritelmässä puhutaan *omaa itseä, toiseen tai vuorovaikutussuhteeseen liittyvästä epävarmuudesta*. Tämä kytkeytyy sekä viestijöiden väliseen suhteeseen että yksilön käsitykseen omasta itsestään. Omaan itseensä ja omiin vuorovaikutussuhteisiin liittyvä peruskysymys on kysymys hyväksytyksi ja arvostetuksi tulemisesta omana itsenään, jolloin hyväksytyksi tulemisen tunteen vahvistumista voi pitää tuen tärkeänä funktiona.

Vaikka hallinnan tunnetta ja hyväksytyksi tulemisen tunnetta voi olla vaikeaa erottaa toisistaan, ei mielestäni jälkimmäinen ole kokonaisuudessaan palautettavissa edelliseen. Tuki voi lisätä hallinnan tunnetta esimerkiksi siten, että yksilö pystyy suunnittelemaan omaa elämäänsä eteenpäin toiselta saamansa tiedon perusteella. Hyväksynnän tunne ei kuitenkaan automaattisesti lisääny, vaan se voi myös vähentyä riippuen siitä, millä tavoin toinen osapuoli tiedollista tukea osoittaa. Hallinnan tunteen lisääntymistä voi siis pitää erityisesti toimintaresurssien kasvamisena. Se liittyy yksilön käsitykseen siitä, että hänen elämänsä on jossain määrin hallittavissa ja jossain määrin ennustettavissa. Hyväksynnän tunne sosiaalisen tuen perusfunktiona kuvaa puolestaan yksilön käsitystä omasta itsestään osana vuorovaikutussuhteidensa verkostoa. Hyväksynnän tunne on yksilöllinen perustarve, jossa on kyse kuulumisesta, hyväksynnästä ja rakastetuksi tulemisesta. Hyväksytyksi tulemisen tunne on siis yksilönä olemisen ulottuvuus, hallinnan tunne puolestaan yksilönä toimimisen ulottuvuus.

Toinen syy nostaa hyväksytyksi tulemisen tunne määritelmään kytkeytyy erityisesti vuorovaikutuksen suhdeulottuvuuteen. Suhdeulottuvuus korostuu usein silloin, kun tukea tarkastellaan henkilökohtaisissa ja läheisissä vuorovaikutussuhteissa. Toisaalta myös ammatillisissa auttamissuhteissa osoitettu arvostus, joka voidaan ymmärtää suhdetason ilmiöksi, on osoitettu merkitykselliseksi tuen kannalta (esim. Eriksson, Arve & Lauri 2006; Jokinen 1995; Liponkoski & Routasalo 2001; Tarkka, Paavilainen, Lehti & Åstedt-Kurki 2003). Onkin mielestäni perusteltua olettaa, että hyväksytyksi tulemisella on tärkeä merkitys kaikissa auttamissuhteissa. Ensinnäkin tuen tarpeeseen voi liittyä esimerkiksi häpeän, syyllisyyden ja pystymättömyyden tunteita (Turner, Pearlin & Mullan 1998), jolloin hyväksynnällä on oleellinen merkitys sille, että tuki on vaikutuksia tuottavaa. Toiseksi esimerkiksi kriisitilanteissa, jollainen myös sairastuminen voi olla, juuri hyväksyntää osoittavan tuen on todettu olevan merkityksellistä (Cutrona & Suhr 1992). Tässä tutkimuksessa tarkastelen tuelle annettuja merkityksiä ammatillisessa auttamissuhteessa, jolloin juuri ammatillisen kontekstin ja hyväksytyksi tulemisen tunteen välinen yhteys tulee erityisen kiinnostavaksi. Läheisissä vuorovaikutussuhteissa hyväksytyksi tulemisen funktiota

pidetään lähes itsestäänselvänä, kiinnostavaa on, millaisena se näyttäytyy ammatillisessa kontekstissa.

Tässä tutkimuksessa määrittelen sosiaalisen tuen perustuen Albrechtin ja Adelmanin (1987) sekä Albrechtin ja Goldsmithin (2003) määritelmiin perustuen seuraavasti:

Sosiaalinen tuki on tuen antajan ja saajan välistä verbaalista ja nonverbaalista viestintää, joka auttaa *hallitsemaan* tilanteeseen, omaan itseän, toiseen tai vuorovaikutussuhteeseen liittyvää epävarmuutta ja vahvistaa näin käsitystä *hyväksytyksi tulemisesta ja elämänhallinnasta*.

Sosiaalisen tuen *perusfunktiona* tässä määritelmässä ovat hyväksytyksi tulemisen tunne ja henkilökohtaisen hallinnan tunne. Tuen tavoitteena on siis lisätä hyväksytyksi tulemisen tunnetta ja tunnetta elämänhallinnasta, ja kokemus tuen saamisesta perustuu näihin perusfunktionoihin. Hallinnan käsitettä on usein pidetty ongelmallisena, koska yksilö ei voi kontrolloida elämässään ja ympäristössään tapahtuvia asioita sinänsä. Tuen funktiona hallinta kuvaa tässä tutkimuksessa sitä, että yksilö kokee voivansa jossain määrin vaikuttaa tavoitteidensa saavuttamiseen. Vaikka olen päätenyt suomentamaan *management*-käsitteen vakiintuneen tavan mukaan hallinnaksi, viittaa se kuitenkin merkityksiin selviytyä, tulla toimeen ja pärjätä. Hallinnan käsitettä ei siis pidä tässä tulkita deterministisesti yksilön kontrolliksi omasta elämästään. Pikemminkin se lähestyy merkitykseltään koherenssin tunnetta, johon joskus viitataan myös elämänhallinnan käsitteellä (esim. Herno, Feldt, Ruoppila & Rasku 2000). Antonovsky (1980, 110–114, 194–195) määrittelee koherenssin yksilön orientaatioksi, joka kuvastaa sitä, missä määrin yksilöllä dynaaminen itseluottamuksen tunne, että yksilön sisäinen ja ulkoinen ympäristö ovat ennustettavissa ja että asiat sujuvat niin hyvin kuin on kohtuullisesti odotettavissa. Koherenssi muodostuu ymmärrettävyyden, hallittavuuden ja mielekkyyden ulottuvuuksista, joista hallinta merkitsee uskoa siihen, että käytettävissä olevien voimavarojen avulla voi vastata erilaisiin haasteisiin.

Sosiaalisen tuen *välittymisen prosessina* on viestintäprosessi eli sosiaalinen tuki määritellään verbaaliseksi ja nonverbaaliseksi viestinnäksi tuen antajien ja tuen saajien välillä. Tässä tutkimuksessa tarkastelen niitä käsityksiä, joita tuen saajilla ja tuen antajilla on tuen välittymisen prosessista eli viestinnästä potilashoitaja-vuorovaikutuksessa. Tutkimuksen tavoitteena on kuvata, millaista potilashoitajavuorovaikutus on ja millaisia merkityksiä se saa suhdetasolla. Tuen antajana tarkastelen ensisijaisesti sairaanhoitajia ja tuen saajana potilaita, joskin myös muunlaiset tulkinnat tuen antajan ja saajan rooleista ovat mahdollisia.

Epävarmuuden hallinta on *välittävä taso* merkkijärjestelmätason ja tuen perusfunktioiden välillä. Tässä tutkimuksessa olen kiinnostunut siitä, millaiset tekijät säätelevät vuorovaikutusta ja millaisia käsityksiä hoitajilla ja potilailla on siitä vuorovaikutuksesta, jossa hoitaja ja potilas yhdessä käsittelevät epävarmuutta aiheuttavia asioita kuten potilaan sairautta ja sairastamiseen liittyviä tekijöitä. Epävarmuuden hallinta tarkoittaa siis sitä vuorovaikutusta ja yksilöllistä merkityksentämistä, joka tapahtuu vuorovaikutuksessa tai vuorovaikutuk-

sen synnyttämänä ja joka parhaimmillaan johtaa tunteeseen kohtuullisesta elämänhallinnasta ja hyväksytyksi tulemisesta.

Tässä luvussa olen kuvannut erilaisia tapoja määritellä sosiaalisen tuen ilmiötä ja samalla työstänyt työmääritelmän sosiaaliselle tuelle. Tässä tutkimuksessa sosiaalisen tuen käsitteellä viitataan siis sellaiseen funktionaaliseen vuorovaikutukseen, joka auttaa yksilöä hallitsemaan epävarmuutta ja sitä kautta vahvistaa yksilön hallinnan tunnetta ja hyväksytyksi tulemisen tunnetta. Puheviestinnän tutkimuksessa sosiaaliseen tukeen viitataan usein supporttiivisen viestinnän käsitteellä, joka perustuu sosiaalisen tuen käsitteeseen. Seuraavassa tarkastelen lähemmin supporttiivisen viestinnän käsitettä ja muita tapoja operationaalistaa sosiaalisen tuen ilmiö.

2.1.2 Supporttiivisen viestinnän käsite ja lähikäsitteet

Kun sosiaalista tukea tarkasteltaessa halutaan korostaa viestintäprosessia, käytetään yleensä supporttiivisen eli tukea-antavan viestinnän käsitettä. Supporttiivisen viestinnän käsitettä näkee kirjallisuudessa käytettävän rinnakkain sosiaalisen tuen käsitteen kanssa. Ilmiötasolla sosiaalisen tuen käsite on kuitenkin hieman laveampi kuin supporttiivisen viestinnän käsite: sosiaalisen tuen käsite viittaa sekä viestintäprosessiin että sen tuottamiin muutoksiin viestijöiden kognitiivisissa ja affektiivisissa tiloissa. Toisaalta sosiaalisen tuen käsite viittaa myös laajasti eri tieteenalojen tutkimukseen ja sosiaalisen tuen tutkimusperinteeseen, supporttiivisen viestinnän käsite puolestaan fokusoii tutkimusta erityisesti interpersonaalisen viestinnän tarkasteluun. Tässä tutkimuksessa käsitän sosiaalisen tuen yläkäsitteeksi ja supporttiivisen viestinnän alakäsitteeksi, joka korostaa tuen intentionaalisuutta ja sanomatasoa.

Supporttiivinen viestintä

Supporttiivinen viestintä voidaan ymmärtää vuorovaikutukseksi, jossa tuotetaan ja vaihdetaan tuen antamiseen ja saamiseen liittyviä sanomia sekä luodaan tukeen liittyviä merkityksiä. Burleson ja MacGeorge (2002, 374) määrittelevät supporttiivisen viestinnän olevan verbaalista ja nonverbaalista käyttäytymistä, joka perustuu intentioniin osoittaa apua toisille, joiden ajatellaan olevan tuon avun tarpeessa:

“[-] we define supportive communication as verbal and nonverbal behavior produced with the intention of providing assistance to others perceived as needing that aid.”

Supporttiivinen viestintä tarkoittaa siis ennen muuta sellaista viestintäkäyttäytymistä, jonka intentiona on tuen osoittaminen. Supporttiivisen viestinnän käsitettä käytetäänkin erityisesti silloin, kun viitataan tukea-antaviin sanomiin ja tarkastellaan viestintäkäyttäytymisen tasoa. Supporttiivisen viestinnän käsitteessä painottuu toiminnan ja käyttäytymisen taso, ja se kohdentaa tarkastelun johonkin havainnoitavissa olevaan. Toisaalta supporttiivisen viestinnän tutki-

muksessa on tarkasteltu myös sanomien tuottamiseen ja vastaanottamisen kytkeytyviä kognitiivisia ja emotionaalisia tekijöitä. Albrecht, Burleson ja Goldsmith (1994, 421) kuvaavat supporttiivisen viestinnän olevan perusprosessi, jonka kautta yksilöt koordinoivat toimintaansa niissä tilanteissa, joissa he hakevat ja antavat tukea. Tämä korostaa myös motivaation ja tulkinnan merkitystä.

Albrecht, Burleson ja Goldsmith (1994, 421) toteavat supporttiivisen viestinnän viittaavan sekä tuen hakemiseen ja vastaanottamiseen että tuen osoittamiseen. Tutkimuskirjallisuutta tarkastellessa voi kuitenkin päätellä, että useimmiten supporttiivisen viestinnän käsite liittyy sellaiseen tutkimukseen, jossa ollaan kiinnostuneita nimenomaan tuen osoittamisesta ja tukea-antavista sanomista ja ilmauksista. Tukea-hakevia ilmauksia ja sanomia on toistaiseksi tarkasteltu vasta vähän, ja tarkastelu kiinnittyy tuolloin interaktionaaliseen perinteeseen. Tällöin supporttiivisen viestinnän käsitteen rinnalla on käytetty myös supporttiivisen vuorovaikutuksen tai vuorovaikutteisen selviytymisen käsitettä (Barbee & Cunningham 1995).

Supporttiivinen viestintä nähdään usein tarkoitteellisena ja tavoitteellisena viestintäkäyttäytymisenä, ja sellaisena sitä voidaan verrata esimerkiksi vaikuttamiseen (Albrecht & Goldsmith 2003, 263). Viestintää tarkastellaan sanomien rakentamisen ja luomisen prosessina huolimatta siitä, kuinka vastaanottaja näitä sanomia tulkitsee. Supporttiivisen viestinnän tutkimuksissa korostuu erityisesti tuen antajan intentio. Samalla se korostaa viestintäprosessia merkkijärjestelmien tasolla. Tutkimuskirjallisuudessa supporttiiviseen viestintään viitataan käsitteillä *supportive communication* tai *supportive interaction*, joiden rinnalla näkee käytettävien käsitteitä *social support communication* tai *communicating social support*. Nämä kaikki käsitteet kuvaavat sitä ilmiötä, jossa pyritään välittämään supporttiivisia intentioita ja joissa tukea merkityksennetään. Tässä tutkimuksessa supporttiivisellä viestinnällä tarkoitetaan ennen muuta juuri intentionaalista vuorovaikutusta, jonka tarkoituksena on auttaa. Sosiaalisen tuen ja tuen käsitettä puolestaan käytän yksilöiden kokemuksista, käsityksistä ja niistä merkityksistä, joilla tukeen viitataan.

Osoitettu tuki

Sosiaalista tukea tutkittaessa se operationaalistetaan usein joko tuen antajan tai tuen saajan näkökulmasta. Tuen antajan toimintaan viitataan tutkimuksissa osoitetun (provided) tuen käsitteellä. Osoitetun tuen käsitteellä viitataan tukeen, jota tuen antaja osoittaa toiselle vuorovaikutusosapuolelle. Kun sosiaalinen tuki operationaalistetaan osoitetuksi tueksi, tuki määrittyy tuen antajan intentiosta käsin. Tuki perustuu antajan pyrkimykseen tarjota apua, ja se määritellään tuen antajan toiminnaksi. Osoitettu tuki ei edellytä, että tuen tarjoamisen kohde havaitsisi pyrkimyksen tai kokisi saavansa tukea, vaan kyse on pikemminkin mahdollisuudesta tulla autetuksi. (Dunkel-Schetter & Skokan 1990, 437.) Osoitettua tukea ei voi siis arvioida tuen saajan näkökulmasta, vaan tuen määrää ja laatua arvioi tuen antaja itse.

Verrattaessa supporttiivisen viestinnän käsitettä osoitetun viestinnän käsitteeseen voidaan niiden välillä nähdä painotusero. Supporttiivisen viestinnän

käsite korostaa viestintäkäyttäytymistä ja toisaalta viestintäprosessia nimenomaan merkkijärjestelmätasolla. Osoitetun tuen käsite viittaa tuen antajan omaan käsitykseen omista viestintäteoistaan tai intentioistaan. Ne heijastuvat toki viestintäkäyttäytymiseen, mutta osoitetun tuen käsite on kuitenkin ajattelun sisältöön kohdentuva operationaalinen käsite. Tutkimuskirjallisuudessa käytetään myös toteutuneen tuen käsitettä (enacted support), jota käytetään mittaamaan tuen antajien käsityksiä. Se viittaa tuen antajan käsitykseen omasta vuorovaikutuskäyttäytymisestään. Verrattuna osoitetun tai toteutuneen tuen käsitteisiin supporttiivisen viestinnän käsite on laajempi, ja se kattaa myös tuen hakemiseen liittyvän vuorovaikutuksen ja vastavuoroisuuden. Osoitetun ja toteutuneen tuen käsitteet sisältävät selkeämmin käsityksen tuen suunnasta, eivätkä ne edellytä vastavuoroisuutta. Tärkein ero osoitetun tuen, toteutuneen tuen ja supporttiivisen viestinnän välillä on teoreettinen: osoitetun ja toteutuneen tuen käsitteet kytkeytyvät erityisesti sosiaalisen tuen psykologiseen perinteeseen, supporttiivisen viestinnän käsite puolestaan viestinnän perinteeseen (Burleson & MacGeorge 2002, 379–384).

Havaittu ja saatu tuki

Kun tukea lähestytään tuen vastaanottajan näkökulmasta, se määritellään usein joko havaituksi (perceived) tai saaduksi (received) tueksi. Havaitun tuen käsitteellä tarkoitetaan sellaista mahdollista tukea, jota tukea tarvitseva havaitsee tai kokee olevan saatavilla (Dunkel-Schetter & Bennett 1990, 267). Samaan ilmiöön voidaan viitata myös saatavilla olevan (available) tuen käsitteellä (Komproe, Rijken, Ros, Winnubst & Hart 1997). Havaitun tuen käsite kuvaa ennen muuta yksilön käsitystä omista vuorovaikutussuhteistaan, mikä tarkoittaa sitä, että yksilö näkee vuorovaikutussuhteensa olevan potentiaalinen tuen lähde. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että tuki suoranaisesti aktualisoituisi vuorovaikutuksessa, eikä sitä, että yksilö edes tarvitsisi tukea. Havaittu tuki viittaa yksilön käsitykseen omien viestintäsuhteidensa supporttiivisuudesta, ja kuvaa siis lähinnä tuen vastaanottajan konstruktioita omista vuorovaikutussuhteistaan (Callaghan & Morrissey 1993, 203).

Saatu tuki tarkoittaa vuorovaikutuksessa todentunutta tukea, jota tukea tarvitseva kokee saaneensa ja jonka hän havaitsee todentuneen toisen vuorovaikutusosapuolen käyttäytymisen tasolla. Saatu tuki viittaa siis niihin päätelmiin, jotka perustuvat toisen osapuolen toiminnan ja käyttäytymisen tulkintaan sen sijaan, että kyse olisi vuorovaikutussuhteen luonteeseen perustuvasta arviosta. Saatua tukea voisikin kuvata kokemukseksi jäsenyneenä havaintona muiden osapuolten toiminnasta ja sen toiminnan supporttiivisuudesta. (Dunkel-Schetter & Bennett 1990, 269; Sarason, Sarason & Pierce 1990, 15–16.)

Operationaalisina käsitteinä sekä saatu että havaittu tuki kohdentuvat tukea saavan tai tukea tarvitsevan ajatteluun. Saadun tai havaitun tuen laatua ja määrää voi arvioida tukea tarvitseva tai tukea saava itse. Havaitun ja saadun tuen ero on siinä, kohdentuuko tarkastelu kognitiiviselle tasolle vai käyttäytymisen tasolle. Havaitun tuen voi katsoa olevan tuen saajan kognitio, joka perustuu havaintoon vuorovaikutussuhteen laadusta tai arviointiin tuen saatavuudesta.

Saatu tuki puolestaan kuvaa käsitystä tai kokemusta toisen osapuolen vuorovaikutuskäyttäytymisestä tilanteessa, jossa tuen saaja tarvitsee tai hakee tukea.

Erottelu saatuun ja havaittuun tukeen on suhteellisen vakiintunut tutkimuskirjallisuuteen, mutta sitä voi syystä pitää ongelmallisena. Esimerkiksi Stewart (1993, 6) toteaa, että sosiaalisen tuen operationaalistaminen havaituksi tai saaduksi tueksi on hankalaa sinänsä ja että rajanvetoa on vaikeaa tehdä. Havaittu tuki perustuu ennen muuta käsityksiin ja odotuksiin vuorovaikutussuhteiden luonteesta, ja näihin käsityksiin jäsenyytensä aina muiden osapuolten viestintäkäyttäytymisen ja aiemman toiminnan pohjalta syntyneitä päätelmiä. Havaittu tuki voi toisaalta perustua myös yksilön suhteellisen pysyvään käsitykseen hyväksytyksi tulemisesta (Brock, Sarason, Sanghvi & Gurung 1998), ja siihen voi jäsenyksiä päätelmiä toisen osapuolen toiminnasta tämän todellisista intentioista huolimatta (Dunkel-Schetter & Bennett 1990, 267–275). Saatu tuki perustuu jossain määrin suurempiin tulkintoihin vuorovaikutuskäyttäytymisestä, joskin Burlinson ja MacGeorge (2002, 389) huomauttavat, että ihmiset ovat parempia muistamaan päätelmiään toisen vuorovaikutuskäyttäytymisen intentioista kuin siitä, mitä todellisuudessa on sanottu.

Eroa saadun ja havaitun tuen välillä voisi määritellä vastaanottamisprosessin näkökulmasta tarkastellen lähinnä sitä, miten havainto jäsenyytensä kokeukselliseksi tiedoksi. Paitsi saatu tuki myös havaittu tuki perustuu aina jollain tapaa viestintäkäyttäytymisen tulkintaan, ja päätelmät vuorovaikutussuhteen supportiivisuudesta perustuvat aina viestintään tuossa vuorovaikutussuhteessa. Havaitun tuen ja saadun tuen perusero on siis siinä, tulkitseeko tuen vastaanottaja toisen osapuolen halukkaaksi osoittamaan tukea vai tulkitseeko hän toisen osapuolen osoittavan tukea. Kumpikaan ei sinänsä edellytä, että toisen osapuolen tavoitteena olisi osoittaa tukea, vaan kyse on vastaanottajan antamista merkityksistä. Saatu tuki vahvistaa yleensä käsitystä havaitusta tuesta, mutta havaittu tuki voi perustua myös muihin viestinnän piirteisiin kuin viestintäprosessissa toteutuvaan tukeen. Esimerkiksi havaittu tuki voi perustua myös käsitykseen suhteesta sinänsä. Saatua tukea voisi luonnehtia kokemukseen perustuvaksi tueksi, havaittua tukea puolestaan havaintoihin tai käsityksiin perustuvaksi.

Ilmiötason ongelmien lisäksi saatu ja havaittu tuki ovat ongelmallisia erityisesti suomennettuina käsitteinä. Englanninkielinen käsite *perception* tarkoittaa sekä havaintoa että käsitystä jostakin asiasta. *Perceived support* tarkoittaa siis sananmukaisesti havaintojen pohjalta syntyvää käsitystä muiden vuorovaikutusosapuolien supportiivisuudesta. Suomeksi ”käsitetty tai käsitteellistetty” eivät kuitenkaan ole mielekkäitä ilmauksia. Toisaalta suomenkielellä ”havaitun” käsite saa hieman erilaisen konnotaation, eikä siihen samalla tavalla sisälly käsityksen ulottuvuutta kuin englanninkieliseen ilmaukseen.

Sosiaalisen tuen lähikäsitteitä

Erityisesti terveysviestinnän kontekstissa *terapeuttisen viestinnän* käsitettä on käytetty kuvaamaan sellaista hoidonantaja-potilasviestintää, joka tarjoaa potilaille henkilökohtaista näkemystä tai uudelleen orientaatiota ja joka tuottaa

helpotuksen tunnetta autettavalle (Kreps & Thornton 1992, 46–49). Terapeutti-
 sen viestinnän käsite on peräisin Rogersilta (1961), joka kuvaa terapeutti-
 seen viestintään kytkeytyvän erityisesti empatiaa, luottamusta, rehellisyyttä, vahvis-
 tamista ja välittämistä. Näitä kaikkia ilmaisumuotoja voidaan pitää osaltaan
 myös supportiivisen viestinnän muotoina tai lähtökohtina. Supportiivinen vies-
 tintä viittaa kuitenkin laajempaan ilmiöön terapeutti-
 seen viestinnän lähestyessä lähinnä emotionaalista tukea ja positiivista vahvistamista sen osana. Teoreetti-
 silta lähtökohdiltaan terapeutti-
 seen viestinnän käsite tai terapeutti-
 seen viestinnän
 malli kytkeytyy humanistiseen psykologiaan, supportiivinen viestintä sen si-
 jaan kytkeytyy erityisesti kognitiiviseen teoriaan, mikä erottaa näitä lähestymis-
 tapoja. Toisaalta terapian käsite viittaa määrätietoiseen prosessiin, jonka tavoit-
 teena on parantaa yksilön psykologista terveyttä, sen sijaan supportiivisuus
 viittaa tuen antamiseen ilman, että toisen vuorovaikutusosapuolen tilanne näh-
 dään häiriintyneenä tai patologisena. Sosiaalinen tuki ja supportiivinen viestintä
 ovat mihin tahansa viestintäsuhteeseen potentiaalisesti liittyvä ilmiö. Tukea
 voi syntyä spontaanisti joko ammatillisessa kontekstissa tai yksityisissä vuoro-
 vaikutussuhteissa tai -tilanteissa (Burlinson & Goldsmith 1998, 247).

Erityisesti arkikielessä supportiivisen viestinnän ja sosiaalisen tuen lähikä-
 sitteenä pidetään usein empatian käsitettä. Empatialla ja empatian osoittamisella
 viitataan monesti samankaltaiseen vuorovaikutukseen kuin supportiivisella
 viestinnällä. Empatia ei kuitenkaan sinänsä ole supportiivista viestintää, vaan
 sillä tarkoitetaan yksilön kykyä asettua toisen asemaan ja ymmärtää toisen vuoro-
 vaikutusosapuolen näkökulmia. Rogersin (1961) mukaan empatia merkitsee
 sellaista ymmärrystä, jossa näkee toisen ihmisen maailman sisältäpäin. Kyse on
 siis kyvystä samastua toisen elämysmaailmaan ja nähdä asioita toisen henkilön
 näkökulmasta. Empatiakyky lienee yksi tärkeimmistä supportiivisen viestinnän
 peruslähtökohdista, ja empatian osoittaminen on eräs keskeinen supportiivisen
 viestinnän taito. Empatia ja empatiakyky siis kytkeytyvät sosiaaliseen tukeen,
 halukkuuteen tarjota tukea ja taitoon osoittaa sitä. Empatiaa ei voi kuitenkaan
 pitää viestintäprosessina sinänsä.

Opetusviestinnän kontekstissa käytetään huolenpidon (caring) käsitettä
 viittaamaan sellaiseen vuorovaikutukseen, jossa toinen osallistuja osoittaa tai
 hänen koetaan osoittavan ”hyvää tahtoa” ja jossa hänen intentionsa ymmärretään
 olevan toiselle vuorovaikutusosapuolelle myönteinen (Teven & McCroskey 1997).
 McCroskeyn (1992, 110–111) mukaan käsitystä huolenpidosta luonnehtivat
 empatia, ymmärtäväisyys ja responsiivisuus. Huolenpito vahvistaa
 erityisesti sosiaalista liittymistä ja vastavuoroisuutta, mikä perustuu psykologi-
 selle läheisyydelle. Huolenpidon käsitettä käytetään myös hoitotyön viiteke-
 hysessä, jossa se saa samankaltaisia merkityksiä. Montgomery (1993, 13–14)
 kuvaa huolenpitoa responsiivisuudeksi, joka edellyttää henkilökohtaista sitou-
 tumista. Huolenpidon voidaan ajatella kuvaavan hoidonantajan orientaatiota, ja
 se kytkeytyy kuten empatia ja terapeutti-
 seen viestinnän käsitteen Rogersin (1961) humanistisen psykologian viitekehykseen.
 Huolenpidon piirteet ovat läheisiä supportiiviselle viestinnälle ja sosiaaliselle tuelle, mutta huolenpito

asettuu erityisesti relationaaliselle tasolle, ei niinkään esimerkiksi ongelmanratkaisuun kytkeytyviin kognitiivisiin prosesseihin.

Tämän tutkimuksen tarkastelukohteena on sosiaalinen tuki, joka on syytä erottaa terapeutin viestinnän, empatian ja huolenpidon käsitteistä. Sosiaalinen tuki on näitä laajempi vuorovaikutuksen ilmiö, joka kuvaa yksilön viestintäsuhteiden ja hyvinvoinnin yhteyttä. Tuki toteutuu viestintäprosessissa jonka perusfunktioina ovat hallinnan tunne ja hyväksytyksi tuleminen tunne. Tämä vuorovaikutusprosessi korostuu supportiivisen viestinnän käsitteessä, jolla kuvataan erityisesti tukea antavien sanomien tuottamista ja tulkintaa. Havaitun, saadun ja osoitetun tuen käsitteet puolestaan viittaavat tuen saajan ja tuen antajan käsityksiin omasta viestintäkäyttäytymisestään ja toiminnastaan. Näiden käsitteiden avulla tutkimuksissa on tarkasteltu esimerkiksi sitä, millainen tuki on tehokasta erilaisissa kuormittavissa tilanteissa. Sosiaalista tukea ja supportiivista viestintää on tutkittu myös, jotta voitaisiin ymmärtää, millä tavoin viestintäsuhteet vaikuttavat yksilön hyvinvointiin.

2.2 Sosiaalisen tuen vaikuttavuus

Sosiaalisen tuen on selitetty vaikuttavan yksilön hyvinvointiin sekä suoraan että välittävien kognitiivisten prosessien kautta. Sosiaalisen tuen vaikutusten on nähty myös välittyvän eri tavoin riippuen siitä, onko yksilön elämässä akuutteja stressitekijöitä vai ei. Näitä eroja on selitetty niin sanottujen puskurivaikutuksen ja yleisvaikutuksen mallien kautta. Tämän luvun näkökulma on sosiaalisen tuen funktioissa ja niiden tuottamissa hyvinvointivaikutuksissa. Kuvaan ensin tuen ja hyvinvoinnin yhteyttä, ja siirryn sitten tarkastelemaan tuen vaikutusmekanismeja ja pohtimaan niiden yhtäläisyyksiä sosiaalisen tuen funktioihin.

2.2.1 Tuen vaikutus hyvinvointiin

Yksilön saama sosiaalinen tuki näyttää vähentävän sairastumisriskiä ja edistävän paranemista, ja se on myös tärkeä selviytymistä edistävä tekijä. Sosiaalinen tuki vaikuttaa yksilön hyvinvointiin monella tapaa. Se säätelee ajatuksia, tunteita ja käyttäytymistä terveyttä edistävällä tavalla, ja se vaikuttaa yksilön käsitykseen elämän merkityksellisyydestä (Callaghan & Morrisey 1993, 205). Sosiaalisen tuen merkitys yksilölle näkyy siis sekä ajattelun että toiminnan tasolla. Varhaisimmat tieteelliset havainnot hyvinvoinnin ja yksilön sosiaalisen ympäristön välisistä suhteista teki sosiologi Emile Durkheim (1985) jo yli sata vuotta sitten todetessaan vieraantumisen tunteen eli anomian lisäävän itsemurhariskiä. Anomian käsitteellä Durkheim viittasi nimenomaan yksilön ja hänen yhteisönsä välisiin löyhentyneisiin kiinnikkeisiin. 1930-luvun sosiaalipsykiatrisessa tutkimuksessa kiinnostuttiin yksilön sosiaalisen verkoston ja yksilön hyvinvoinnin välisistä yhteyksistä (Gottlieb 1981). Sosiaaliseen ympäristöön kytkeytyviä hyvinvointivaikutuksia alettiin kuvata sosiaalisen tuen käsitteellä 1970-luvun

alussa, jolloin ilmiön tutkiminen lisääntyi voimakkaasti (Burleson & MacGeorge 2004, 376–377).

Aluksi tutkimusta motivoi halu löytää sellaisia sairastumisen ja sairastamisen riskitekijöitä, joita voitaisiin ehkäistä oikein suunnatuilla interventioilla. Tutkimus palveli siis yhteiskunnallisen terveys- ja sosiaalipolitiikan intressejä (Cobb 1976; Kumpusalo 1991). Erityisesti oltiin kiinnostuneita sosiaalisen tuen yhteyksistä erityyppisiin sairauksiin kuten sydänsairauksiin, syöpään ja mielen-terveysongelmiin. Survey-menetelmällä pyrittiin selvittämään laajamittaisesti hyvinvoinnin riskitekijöitä, terveyden tilaa ja niiden yhteyttä sosiaaliseen ympäristöön. Kohderyhmiä tutkimuksissa olivat mielenterveyspotilaat, vakavan sairauden tai elämänmuutoksen tuottamaa stressiä kokevat sekä työelämässä toimivat. Tutkimuksissa tarkasteltiin muun muassa stressin, elämäntavan ja hyvinvoinnin välistä suhdetta. (Albrecht & Adelman 1984, 11–16).

Sosiaalisia verkostoja on tutkimuksissa tarkasteltu esimerkiksi niiden koon, integraation, kiinteyden ja monitahoisuuden sekä vastavuoroisuuden ja symmetrian näkökulmasta. (Albrecht & Adelman 1984, 12.) Verkostojen vaikutavuutta on tutkittu niin verkostojen rakenteesta ja suhteiden määrästä kuin tuen funktioista ja sosiaalisten verkostojen laadullisista tekijöistä käsin. Sosiaalisten verkostojen määrällisillä ja laadullisilla tekijöillä on molemmilla todettu olevan yhteyttä yksilön hyvinvointiin, joskin näiden tekijöiden merkityksestä on olemassa ristiriitaisia käsityksiä. Esimerkiksi Orth-Gomér ja Undén (1987) analysoivat erilaisia survey-tutkimuksissa käytettyjä sosiaalisen tuen mittareita. He tulivat tarkastelussaan siihen tulokseen, että fysiologisen terveyden suhteen ennustearvoa on erityisesti sellaisilla mittareilla, jotka mittaavat sosiaalisen verkoston rakennetta ja verkostoon liittyviä määrällisiä tekijöitä. Sen sijaan laadullisten ja toiminnallisten tekijöiden yhteydestä fysiologiseen terveyteen ei heidän mukaansa voinut juurikaan vetää johtopäätöksiä. Broadhead ym. (1983) tulivat omassa analyysissään siihen tulokseen, että erityisesti laadullisilla tekijöillä on vaikutusta hyvinvointiin. Vuorovaikutussuhteiden laadun merkitys yksilön hyvinvoinnille alkoi vähitellen kiinnostaa siten, että tutkimuksen viitekehyksissä alkoivat korostuvat yksilön käsitykset, kokemukset ja havainnot omista vuorovaikutussuhteistaan. (Albrecht, Burleson & Goldsmith 1994, 423; Sarason, Sarason & Pierce 1990, 13–17.) Sosiaalista tukea alettiin yhä useammin tarkastella havaittuna tukena (Dunkel-Schetter & Bennett 1990, 267), ja tutkimusmenetelmänä käytettiin psykometristä mittaamista surveyn sijaan.

Tutkimusten määrällä mitattuna juuri havaitun tuen terveysvaikutuksia lienee tarkasteltu eniten. Lähestymistapa sai kuitenkin pian osakseen kritiikkiä tutkimusmenetelmistä kuin teoreettisesta lähtökohdastaan. Monien mittareiden reliabiliteettia ja validiteettia on pidetty ongelmallisena. Samoin ongelmallisena on pidetty sitä, että käsityksiä on mitattu usein akuutin stressiä aiheuttaneen tilanteen jälkeen. Ongelmana on nähty myös se, että viestintäkäyttäytymisen taso on jäänyt näkökulman ulkopuolelle, eli mittareilla testataan lähinnä sosiaalisen verkoston koettua supportiivisuutta. (Albrecht, Burleson & Goldsmith 1994, 423–424; Barbee & Cunningham 1995, 383; Ray 1993, 106–107; Stewart 1993, 135–143; Tardy 1988.)

Sosiaalisen tuen terveysvaikutuksista tehtyjä tutkimuksia kuvaavat laajalti esimerkiksi Cobb (1976), Israel (1982), Kumpusalo (1991) sekä Albrecht ja Goldsmith (2003), jotka tulevat kaikki siihen johtopäätökseen, että sosiaalisen tuen ja hyvinvoinnin yhteys on pystytty osoittamaan hyvin luotettavasti. Käsitteet sosiaalisen tuen hyvinvointiin vaikuttavista ulottuvuuksista ovat silti edelleen jossain määrin ristiriitaisia (Bass & Stein 1997; Burish 2000; Callaghan & Morrisey 1993; Stewart 1993; Tardy 1988). Koska terveys ja tuki ovat moniulotteisia ilmiöitä, erityisesti kausaalisuhteita ja niiden suuntaa on vaikea osoittaa (Albrecht, Burleson & Goldsmith 1994, 425). Terveysten ja sen kokemiseen samoin kuin sosiaaliseen tukeen vaikuttavat hyvin monet tekijät. Esimerkiksi Segrinin (2003) tutkimuksen mukaan iällä on merkitystä sosiaalisen tuen ja hyvinvoinnin yhteydelle. Samoin persoonallisuuden piirteet, yksilön arvomaailma, sukupuoli, elämäntilanne ja kulttuuriset tekijät voivat vaikuttavat siihen, kuinka tuen vaikutukset välittyvät (Callaghan & Morrisey 1993, 208; Uutela 1994, 39–40). Lisäksi sosiaalisen verkoston rakenteelliset ja toiminnalliset tekijät vaikuttavat toinen toisiinsa (Lin, Ye & Ensel 1999). Ei siis voida yksioikoisesti olettaa, että laaja sosiaalinen verkosto tuottaisi hyvinvointia ja terveysvaikutuksia. Toisaalta on ilmeistä, että tietty määrä sosiaalisia kontakteja tarvitaan, jotta tukea saisi riittävästi ja jotta sillä olisi vaikutusta hyvinvoinnille. Seuraavassa tarkastelen niitä vaikutusmekanismeja, joiden on ajateltu välittävän tuen hyvinvointivaikutuksia. Nämä mekanismit ovat ensisijaisesti psykologisia, joskin tuen vaikutukset saattavat välittyä myös fysiologisesti (Uchino, Cacioppo & Kiecolt-Glaser 1996).

2.2.2 Sosiaalisen tuen vaikutusmekanismit

Jotta sosiaalisen tuen hyvinvointivaikutuksia voisi selittää ja ymmärtää, tulisi pystyä osoittamaan se, kuinka esimerkiksi positiivisten tunteiden ilmaiseminen tai näkemysten oikeuttaminen välittyvät yksilön ajatteluun ja toimintaan. Näitä yhteyksiä on kuvattu erilaisilla vaikutusmekanismeilla. Cohen ja Wills (1985) selittävät yhteyksiä suoran ja epäsuoran vaikutuksen käsittein. Heidän mukaansa sosiaalisen tuen terveysvaikutukset voivat toteutua suoran vaikutustavan kautta, jolloin sosiaalinen tuki liittyy terveyskäyttäytymiseen terveyttä edistävien resurssien muodossa. Sosiaalinen tuki tuottaa siis voimavaroja, jotka helpottavat terveyskäyttäytymistä. Esimerkiksi tieto sairaudesta auttaa yksilöä tekemään valintoja siten, että hän selviytyy paremmin sairautensa kanssa, ja sairastunut voi tarvita myös konkreettista apua. Epäsuora vaikutus syntyy välittävien kognitioiden kautta, mikä kytkee sosiaalisen tuen yksilölliseen merkitysjärjestelmään. Esimerkiksi parantunut mieliala tai psykologisen hyvinvoinnin lisääntyminen voivat johtaa myös fyysisen terveydentilan kohenemiseen.

Sosiaalisen tuen suoria ja epäsuoria vaikutuksia yksilön psyykkiseen hyvinvointiin ovat testanneet Komproe, Rijken, Ros, Winnubst ja Hart (1997). Heidän tutkimuksessaan tarkasteltiin rintasyöpäpotilaiden saamaa ja havaitsemaa tukea. Tutkimuksen tavoitteena selvittää oli saadun ja havaitun tuen yhteyttä psyykkiseen hyvinvointiin, jota tässä tutkimuksessa mitattiin depression määrällä. Tutkimuksessa selviteltiin tuen muodon ja hyvinvoinnin eli depressi-

on asteen yhteyttä sekä tuen muodon ja selviytymisen eli kognitiivisten prosessien välistä riippuvuutta. Suoraan ja epäsuoraan vaikutustapaan tutkimus kytkeytyi siten, että hyvinvoinnin määrässä tapahtuneiden muutosten katsottiin heijastavan suoraa vaikutustapaa ja selviytymisen kokemuksessa tapahtuneiden muutosten katsottiin heijastavan epäsuoraa vaikutustapaa.

Komproen, Rijkenin, Rosin, Winnubstin ja Hartin (1997) tulokset osoittivat, että havaitulla tuella oli suoria vaikutuksia yksilön hyvinvointiin. Havaittu tuki näytti myös lisäävän tuen hakemista. Tulosta voi tulkita siten, että yksilön käsitys viestintäsuhteiden supportiivisuudesta vaikuttaa suoraan psyykkistä hyvinvointia lisäävästi ja on yksilölle hyvinvoinnin resurssi. Saadulla tuella oli tässä tutkimuksessa sekä suoraa että epäsuoraa vaikutusta psyykkiseen hyvinvointiin. Epäsuorat vaikutukset olivat hyvinvointia lisääviä. Kun saatu tuki välittyi kognitiivisten arviointi- ja selviytymisprosessien kautta, se vaikutti hyvinvointia lisäävästi eli depressiotaso laski. Saadun tuen suorat vaikutukset olivat kuitenkin negatiivisia eli saatu tuki lisäsi depressiota. Tämä tarkoittaa sitä, että yksilön saama tuki lisäsi hyvinvointia ainoastaan silloin, kun saatu tuki käynnisti yksilön omat kognitiiviset selviytymisprosessit. Tuloksia voi tulkita niin, että yksilön saama tuki on hyödyllistä silloin, kun se synnyttää kognitiivista prosessointia. Saatu tuki ei kuitenkaan lisää välittömiä hyvinvointiresursseja. Ymmärrettäväksi tämä tulee siten, että yksilön kokemus hänelle osoitetusta tuesta toimii paradoksaalisesti. Saatu tuki voi korostaa omaa avuttomuutta ja terveysongelmia. Positiivinen vaikutus edellyttää sitä, että yksilö alkaa työstää uudenlaisia merkityksiä omasta tilanteestaan ja selviytymisen mahdollisuuksistaan.

Komproen, Rijkenin, Rosin, Winnubstin ja Hartin (1997) tulokset vahvistavat oletusta siitä, että juuri havaitulla tuella on positiivista vaikutusta hyvinvointiin. Nämä vaikutukset ovat vieläpä suoria eli havaittu tuki toimii yksilön terveysresurssina. Yksilön käsitys siitä, että tukea on saatavilla silloin, kun hän sitä tarvitsee saa yksilön voimaan paremmin. Yksilön saama tuki sen sijaan näytti tässä tutkimuksessa vaikuttavan positiivisesti vain kognitiivisten prosessien kautta. Yksilön saama tuki näyttäisi tuottavan hyvinvointia siis vain silloin, kun se käynnistää yksilölliset selviytymisprosessit. Tällöin negatiivinen tilanne saa uudenlaisia merkityksiä, ja näiden merkitysten välittämänä hyvinvointi voi lisääntyä.

Cohenin ja Willsin (1985) suora ja epäsuora vaikutustapa kuvaavat sitä, kuinka tuki vaikuttaa yksilön hyvinvointiin. Selitystapa laajentaa käsitystä siitä, miten hyvinvointivaikutukset välittyvät. Sen sijaan, että tarkasteltaisiin vain sosiaalisen verkoston määrällisten ja laadullisten tekijöiden vaikutussuhdetta hyvinvointiin, on mielekkäämpää pohtia, millaiset kognitiiviset ja emotionaaliset prosessit näitä vaikutuksia välittävät. Ongelmallisena selitystavassa voi pitää sitä, että myös suorat vaikutukset kiistatta välittyvät ajatteluprosessien kautta. On vaikea pohtia, mikä olisi sosiaalisen tuen sellaista suoraa vaikutusta, joka ei olisi jossain määrin ajattelun ja tunteiden kautta välittyvää. Tällaiseksi tueksi voi ymmärtää konkreettisen avun, mutta kun viitataan vuorovaikutuksessa syntyvään tukeen, siihen liittyy aina myös joitakin välittäviä tekijöitä.

Suoran ja epäsuoran vaikutusmekanismin ohella sosiaalisen tuen vaikutuksia on selitetty myös siitä näkökulmasta, liittyykö tukea saavan tai tukea tarvitsevan yksilön elämään akuutteja kuormittavia tekijöitä. Puskurivaikutuksen malli korostaa stressitekijöiden merkitystä ja tuen puskuroivaa vaikutusta, yleisvaikutuksen mallin mukaan tuella on positiivisia vaikutuksia yksilön hyvinvoinnille stressitekijöistä riippumatta. Erona selityksille on se, ajatellaanko tuen olevan hyödyllistä erityisesti silloin, kun yksilön hyvinvointia uhkaa jokin kuormitustekijä, vai ajatellaanko tuen vaikuttavan yksilöön siitä huolimatta, millaisia tilannetekijöitä on läsnä.

Puskurivaikutus

Puskurivaikutus (buffer effect) tai puskurivaikutuksen malli selittää tuen ja kuormituksen välistä suhdetta siten, että sosiaalinen tuki toimii vaimentimena yksilön ja häntä kuormittavan stressitekijän välillä. Puskurivaikutuksen mallin mukaan sosiaalinen tuki edistää selviytymistä kriisitilanteissa, helpottaa muutoksista elämänmuutokseen, vähentää stressitekijöiden vaikutusta ongelmatilanteissa ja suojelee yksilöä hankalien tilanteiden läpikäymisessä (Cobb 1976, 302; ks. myös Albrecht & Goldsmith 2003). Tästä näkökulmasta sosiaalisen tuen katsotaan kytkeytyvän ennen muuta stressin ja kuormituksen säätelyyn: stressi on välittävä tekijä fysiologisen terveyden ja ympäristön välillä eli vuorovaikutus on stressiä potentiaalisesti säätelevä tekijä.

Puskurivaikutus selittää sosiaalisen tuen vaikutusta erityisesti niissä tilanteissa, joissa jokin akuutti stressitekijä on läsnä. Tästä näkökulmasta sosiaalinen tuki on siis sidoksissa erityisesti ongelma- ja kriisitilanteisiin, joissa se toimii selviytymistä lisäten. Esimerkiksi yksilön sairastuessa hänen saamansa sosiaalinen tuki vähentää sairauden tuottamaa psyykkistä kuormitusta ja edistää näin ollen sairauden kanssa selviytymistä. Puskurivaikutuksesta onkin käytetty myös selviytymismallin (coping model) käsitettä, jolla viitataan selviytymisen prosessiin. (Albrecht, Burleson & Goldsmith 1994, 425; Stewart 1993, 35–38.)

Selviytymisen käsite (coping) kuvaa yksilön sopeutumista ja kestämistä elämän vastoinkäymisissä. Lazaruksen (1991, 112) mukaan selviytyminen muodostuu kognitiivisista ja toiminnallisista pyrkimyksistä hallita niitä sisäisiä tai ulkoisia vaatimuksia, jotka yksilö arvioi kuormittaviksi tai jotka ylittävät yksilön resurssit. Ajattelun ja toiminnan avulla pyritään siis hallitsemaan kuormittavaksi koettuja tilanteita tai tekijöitä. Selviytymiseen liittyy läheisesti arvioinnin (appraisal) käsite. Arvioinnilla tarkoitetaan yksilön kognitiivisia arvioita hänen itsensä ja ympäristön välisestä suhteesta kuten stressaavasta tilanteesta. Arviointi voidaan jakaa ensisijaiseen ja toissijaiseen arviointiin. Ensisijainen arviointi tarkoittaa tilanteen määrittelemistä ja merkityksen antamista tilanteelle. Tämä johtaa toissijaiseen arviointiin eli arvioihin siitä, miten tilanteessa voi toimia ja kuinka sitä voi pyrkiä hallitsemaan. Toissijainen arviointi syntyy siis päätelmistä, jotka perustuvat tilanteessa mahdollisten toimintatapojen tunnistamiseen ja havaitsemiseen. Arviointi tarkoittaa siis sitä, millainen päätelmä tilanteesta ja toimintamahdollisuuksista jäsentyy. Selviytyminen tarkoittaa puo-

lestaan sitä, mitä ihminen ajattelee ja kuinka hän toimii tilanteessa. (Lazarus 1991, 133–159; Burlison & Goldsmith 1998, 253–258.)

Selviytymiseen liittyy kyky kohdata vaatimuksia sekä kyky ratkaista eteen tulevia ongelmia. Se riippuu sekä tilannetekijöistä että yksilöllisistä voimavaroista, ja sitä kautta se on merkittävästi sidoksissa arviointiprosessiin. (Eriksson 1996; Eriksson, Somer & Lauri 2002.) Selviytyminen voi olla ongelmakeskeistä, jolloin yksilö pyrkii vaikuttamaan suoraan ympäristön ja yksilön väliseen suhteeseen esimerkiksi ympäristön oloja muuttamalla. Esimerkiksi diabetekseen sairastuessaan yksilö voi ongelmakeskeisesti pyrkiä muuttamaan ruokavalioitaan. Selviytyminen voi olla myös kognitiivista selviytymistä, joka perustuu uudelleenkonstruointiin. Kognitiivinen selviytyminen ei muuta tilannetta, vaan tilanteen yksilöllistä merkitystä. Sairastunut voi pyrkiä sekä hankkimaan tietoa sairaudesta selviytymistään tukeakseen tai pyrkiä käsittelemään sairauteen liittyviä huolenaiheita siten, että sairastumiseen liittyvät huolet ja pelot otetaan haltuun. Kun asian merkitys muuttuu, muuttuu myös siihen kohdistuva emotionaalinen reaktio. Tätä muutosta on kuvattu uudelleenarvioinnin (reappraisal) käsitteellä. (Lazarus 1991, 112–115.) Uudelleenarviointi syntyy siis selviytymisprosessin pohjalta, ja se tarkoittaa muuttuneita ensi- ja toissijaisia arvioin- teja.

Puskurivaikutuksen näkökulmasta sosiaalista tukea on tarkasteltu esimerkiksi suhteessa työelämän stressitekijöiden hallintaan ja suhteessa sairastavuuteen. Sosiaalisella tuella on todettu olevan puskurivaikutusta esimerkiksi työuupumukseen ja siihen liittyvän depersonalisaation tunteeseen (Ellis & Miller 1994) sekä työperäiseen stressiin yleensä (Himle & Jayaratne 1991). Kaikissa tutkimuksissa puskurivaikutusta ei ole voitu todentaa siitä huolimatta, että tuella on positiivisia vaikutuksia esimerkiksi työtyytyväisyyteen ja käsityksiin omasta suoriutumisesta (Searle, Bright & Bochner 2001). Yuh ja Fukada (2002) havaitsivat sosiaalisella tuella olevan puskurivaikutusta yliopisto-opiskelijoiden kokemaan stressiin silloin, kun tuki oli vastavuoroista. Sairastavuuden suhteen sosiaalisella tuella on todettu olevan puskurivaikutusta esimerkiksi sydän- ja verisuonitaudeissa (Renfors & Keskinen 1996). Puskurivaikutusta tarkasteltaessa on usein mitattu terveyden ja havaitun tuen yhteyksiä kuormittavissa tilanteissa. Vaikeaa puskurivaikutusten arvioimisessa on erityisesti vastoinkäymisten eli stressitekijöiden mittaaminen. Yksilöt kokevat samantyyppisen tilanteen eri tavoin, ja on vaikea arvioida esimerkiksi sairastumisen aiheuttamaa yksilöllistä kuormittumista. (Callaghan & Morrissey 1993, 206–207; Uutela 1994, 37.)

Yleisvaikutus

Yleisvaikutuksen malli (main effect model) kuvaa sosiaalisen tuen positiivisia vaikutuksia, jotka syntyvät huolimatta siitä, liittyykö yksilön elämäntilanteeseen akuutteja stressitekijöitä vai ei. Tuen katsotaan vaikuttavan hyvinvointiin positiivisesti olosuhteista riippumatta. Yleisvaikutusta selitetään sillä, että sosiaaliset suhteet ja niissä syntyvä tuki luovat kiinnikkeitä (attachments), jotka vastaavat yksilön liittymisen tarpeisiin ja sitovat yksilön osaksi yhteisöä. Yksilön hyvinvointiin kiintymyssuhteet vaikuttavat siis integroimalla hänet osaksi

yhteisöä ja vahvistamalla siten yksilön kokemaa hyväksytyksi tulemisen tunnetta. (Albrecht, Burleson & Goldsmith 1994, 425; Callaghan & Morrisey 1993, 207; Stewart 1993, 35–38.) Yleisvaikutuksen mallia kutsutaan myös liittymismalliksi (attachment model), jolla viitataan yksilön liittymiseen ja kiintymyssuhteisiin.

Yleisvaikutuksen malli perustuu Bowlbyn (1969; 1980) liittymisen teoriaan (attachment theory). Teorian mukaan yksilöllä on synnynnäinen tarve tukeen ja turvallisuuteen. Kun lapsen ensisijainen hoitaja vastaa näihin tarpeisiin, lapselle kehittyy sisäinen representaatio liittymisestä ja yhteenkuuluvuudesta. Tämä representaatio toimii pohjana kyvyille muodostaa supportiivisia vuorovaikutussuhteita aikuisiällä. Liittymisen teoriaan sisältyy myös oletus siitä, että lapsuuden turvalliset vuorovaikutussuhteet tuottavat sellaisia sosiaalisia taitoja, jotka mahdollistavat tukea antavien vuorovaikutussuhteiden muodostamisen aikuisiällä. (Callaghan & Morrisey 1993, 207–208; Cauce, Reid, Landesman & Gonzales 1990, 64–67.) Bowlbyn (1969) teoria selittää sekä vuorovaikutusta yksilön ja hänen sosiaalisen verkostonsa välillä että sitä vastavuoroista vaihtoa, joka toteutuu supportiivisissa tilanteissa. Teoria tarjoaa myös yhden mahdollisuuden ymmärtää havaitun tuen merkitystä yksilön hyvinvoinnille (Callaghan & Morrisey 1993, 207).

Bowlbyn (1969) lähestymistapa selittää ennen muuta sitä psykologista perustaa, jolle supportiiviset vuorovaikutussuhteet rakentuvat. Teorian testaaminen on ollut jossain määrin hankalaa, koska se edellyttäisi pitkittäistutkimusta, jolla voitaisiin kuvata lapsuuden ja aikuisuuden kiintymyssuhteiden samankaltaisuutta. Toisaalta tulisi voida tarkastella myös lapsuuden turvallisten kiintymyssuhteiden ja aikuisiän kognitiivisten ja sosiaalisten taitojen välistä yhteyttä (Callaghan & Morrisey 1993, 207). Teorialle näyttäisi kuitenkin olevan myös empiiristä näyttöä. Empiiriset tulokset kuvaavat esimerkiksi tuen ja itsearvostuksen välistä suhdetta (van Aken & Asendorpf 1997), havaitun tuen ja kiintymyssuhteiden välistä yhteyttä (Cauce, Reid, Landesman ja Gonzales 1990; Mullis & Hill 1999; Ognibene & Collins 1998; Pollina & Snell 1999) sekä kiintymyssuhteiden ja valittujen selvitymisstrategioiden yhteyttä (Birnbauer, Orr, Mikulincer & Florian 1997).

Puskurivaikutus ja yleisvaikutus selittävät sosiaalisen tuen vaikutuksia siitä lähtökohdasta, millaisissa tilanteissa sosiaalisella tuella on erityistä vaikutusta yksilön hyvinvointiin. Selitysmallien ero on siis siinä, nähdäänkö tuen vaikuttavan erityisesti, kun on kyse erityisen kuormittavasta tilanteesta, vai nähdäänkö sen vaikuttavan kuormituksesta riippumatta. Molemmilla malleilla näyttää olevan selitysvoimaa. Tuella on puskurivaikutusta silloin, kun yksilö kokee tarjolla olevan tuen olevan tarkoituksenmukaista niiden tarpeiden tyydyttämiseen, jotka nousevat hänen elämässään vaikuttavista stressitekijöistä ja niiden kohtaamisesta. Yleisvaikutusta tuella on taas silloin, kun yksilön sosiaalisen verkoston laajuus ja integraatio vastaavat hänen tarpeitaan. (Albrecht, Burleson & Goldsmith 1994, 425.) Puskuri- ja yleisvaikutuksen mallit ottavat kantaa siihen, millaisessa tilanteessa tuen tarvitsija on. Tuen suoran ja epäsuoran vaikutuksen selitykset puolestaan kuvaavat tuen vaikutuksia siitä näkö-

kulmasta, näkyvätkö sosiaalisen tuen vaikutukset suoraan käyttäytymisen tasolla vai välittyvätkö vaikutukset erilaisten kognitiivisten prosessien kautta.

On helppoa nähdä yhtäläisyyksiä puskurivaikutuksen ja epäsuoran vaikutuksen välillä, koska molemmat selitystavat korostavat yksilön kognitiivisten prosessien merkitystä tuen vaikutusten välittymiselle. Tuen vaikutusten nähdään välittyvän siten, että yksilön ajattelu kuormittavassa tilanteessa muuttuu. Tässä mielessä sekä puskurivaikutusten selittäminen että epäsuoran vaikutuksen mallin tarjoama selitys kytkeytyvät yksilön hallinnan tunteeseen, mikäli hallinnan tunne nähdään nimenomaan yksilön kognitiivisena säätelynä. Liittymismallin mukaisesti tuki on jatkuvasti hyvinvointia ylläpitävä seikka, ja se perustuu nimenomaan yksilön liittymissuhteisiin. Liittymismalli puolestaan selittää tuen vaikutuksia yksilön psykologisilla liittymisen tarpeilla, ja sen voidaan nähdä kytkeytyvän läheisemmin tarpeeseen tulla hyväksytyksi. Sosiaalisen tuen suorien vaikutusten on nähty heijastuvan hyvinvointiin suoraan ilman välittäviä kognitioita. Tämä selitystapa kytkeytyy resurssiselityksiin siten, että tuki vaikuttaa suoraan yksilöllä oleviin voimavaroihin.

Puheviestinnän tutkimuksessa supporttiivisten sanomien ja ilmausten tehokkuutta on selitetty erityisesti arviointiteorian ja selviytymisteorian näkökulmasta (Albrecht, Burleson & Goldsmith 1994; Burleson & Goldsmith 1998). Puheviestinnässä siis supporttiivisen viestinnän vaikuttavuuden selittäminen perustuu kognitiivisiin ja konstruktivistisiin selitystapoihin. Seuraavassa siirryn kuvaamaan supporttiivisen viestinnän keskeisiä tutkimusalueita ja tarkastelen sosiaalista tukea viestintäkäyttäytymisen näkökulmasta.

2.3 Sosiaalinen tuki viestintäkäyttäytymisenä

Sosiaalinen tuki on funktionaalista vuorovaikutusta, jota voidaan tarkastella sekä funktioiden että viestintäprosessin näkökulmasta. Tässä luvussa tarkastelen erityisesti viestintäprosessin tasoa. Viestintäprosessin näkökulmasta sosiaalista tukea voidaan tarkastella sekä viestinnän sisällön näkökulmasta että ilmausten ja sanomien tasolla. Kuvaan ensin, millaisia sisällöllisiä funktioita sosiaalisella tuella on eli millaisia ovat sosiaalisen tuen muodot. Sen jälkeen esittelen erilaisia tapoja luokitella supporttiivisia ilmauksia, ja lopuksi kuvaan, miten supporttiivista viestintää on tarkasteltu sanomien rakentumisen tasolla. Burleson ja MacGeorge (2004) jäsentävät supporttiivisen viestinnän tutkimuksen supporttiivisten sanomien tutkimiseen ja supporttiivisen vuorovaikutuksen tutkimiseen, minkä lisäksi he erottavat sosiaalisen tuen funktiolahtöisen tutkimuksen omaksi lähestymistavakseen. Jäsennys perustuu siihen, että tuen muotojen tutkiminen kytkeytyy ennen muuta sosiaalisen tuen psykologiseen perinteeseen, kun puolestaan ilmausten ja sanomien tutkimus perustuu viestinnän tutkimusperinteeseen. Esittelen seuraavassa kaikki kolme lähestymistapaa, ja erottelen siis tuen yleiset käyttäytymistä kuvaavat muodot, ilmaustason ja sanomien rakentumisen tason toisistaan. Sisällön, ilmausten ja sanomatason tarkastelun

erottelemisen on jossain määrin ongelmallista. On vaikeaa tehdä rajaa siinä, kuvaako jokin luokittelu tai jäsenitys juuri ilmauksia vai esimerkiksi sanomia, joten osittain nämä lähestymistavat limittyvät toisiinsa.

2.3.1 Sosiaalisen tuen muodot

Sosiaalista tukea on pyritty jäsentämään tuen erilaisten funktioiden perusteella. Funktiot eivät viittaa suoraan tuen perusfunktioihin, vaan pikemminkin tuen sisällöllisiin muotoihin. Sosiaalisen tuen muodoilla tarkoitan tässä siis supportiivisen viestinnän sisällöllisiä funktioita, joita sosiaalisen tuen tutkimuskirjallisuudessa on luokiteltu monin tavoin. Tuen muotojen tarkasteleminen liittyy jo varhaisiin sosiaalisen tuen tutkimuksiin ja erityisesti psykologiseen tutkimusperinteeseen (Burleson & MacGeorge 2004, 380–381). Tuen muotoja on tutkittu myös supportiivisen viestinnän lajeina: muotoja on tutkimuksissa tarkasteltu usein siten, että on pyritty selvittämään tuen muodon yhteyttä tuen vaikuttavuuteen jonkun spesifin stressitekijän suhteen.

Sosiaalisen tuen keskeisimpinä sisällöllisinä funktioina on pidetty esimerkiksi ongelmanratkaisua, palautteen antamista, tiedon jakamista ja erilaisia emotionaaliseen aspektiin liittyviä tekijöitä. (Albrecht & Adelman 1984, 4–5; Callaghan & Morrisey 1993, 203; Kumpusalo 1991, 14; Stewart 1993, 141.) Näiden sisällöllisten funktioiden pohjalta tuen muodoiksi määritellään useimmiten emotionaalinen, välineellinen, tiedollinen ja arviointiin liittyvä tuki (Callaghan & Morrisey 1993, 203; Stewart 1993, 141). Viidentenä perusmuotona voidaan pitää hengellistä tukea (esim. Mäkinen, Välimäki & Katajisto 1999). Kumpusalo (1991) viittaa myös aineelliseen tukeen, joka voidaan ymmärtää toisaalta myös sisältyväksi välineelliseen tukeen.

Emotionaalisen tuen käsite viittaa viestintäkäyttäytymiseen, johon liittyy esimerkiksi kuuntelemista, rohkaisua, empatian osoittamista ja tuen tarvitsijan tunteiden oikeuttamista. Emotionaalinen tuki on tuen muoto, jonka tarkoituksena on vaikuttaa emotionaaliseen kuormitukseen ja toisaalta tunnetasolla osoittaa hyväksyntää. Se auttaa hyväksymään ja ymmärtämään omia tunteita ja lisää yksilön emotionaalisia resursseja (Albrecht, Burleson & Goldsmith 1994, 426). Synonyymeina emotionaaliseen tuelle käytetään kirjallisuudessa myös käsitteitä henkinen tuki tai psykologinen tuki (Suominen 1994, 26) ja siihen viitataan myös affektin käsitteellä (Kahn & Antonucci 1980). Emotionaaliseen tukeen sisältyy monenlaisia ilmaisutapoja, joille emotionaalisen tuen käsite toimii yläkäsitteenä. Esimerkiksi lohduttamisella tarkoitetaan sellaista emotionaalisen tuen muotoa, jonka tavoitteena purkaa ja helpottaa emotionaalista kuormittumista (Burleson & Goldsmith 1998, 246–247). Emotionaalisen tuen merkitystä on tutkittu esimerkiksi työhön sitoutumiselle ja työmotivaatiolle (Ellis & Miller 1994; Zimmermann & Applegate 1992), työuupumukselle (Claxton & Catalan 1998; Ellis & Miller 1994), opiskelustressille (MacGeorge, Samter & Gillihan 2005; Yuh & Fukada 2002) sekä sairaudesta ja muista elämänkriiseistä selviämiseen (Eriksson, Arve & Lauri 2006; Eriksson, Somer & Lauri 2002; Kaunonen 2000), ja sen on todettu myös toimivan puskurina monenlaisissa kuormittavissa elämäntilanteissa.

Tiedollinen tuki tarkoittaa sellaisen informaation välittämistä, joka on relevanttia tuen saajalle hänen ongelmatilanteessaan. Pelkkä informaatio sinänsä ei ole tiedollista tukea, vaan oleellista on se, että tieto kytkeytyy tukea tarvitsevan ongelmaan tai tilanteeseen. Informaatiolla voi olla jopa kuormitusta kasvattava vaikutus, ja liiallinen informaatio voi pikemminkin lisätä epävarmuutta kuin vähentää sitä, ellei tiedollinen tuki kohdistu niihin tekijöihin ja ongelmiin, jotka aiheuttavat stressiä. Tiedollisen tuen käsitteen sijaan jotkut tutkijat käyttävätkin vahvistamisen (affirmation) käsitettä kuvaamaan tukea, jonka tavoitteena on vahvistaa tiedon hallintaa ja arvioida informaation laatua (Kahn & Antonucci 1980; Koivula, Paunonen-Ilmonen, Tarkka, Tarkka & Laippala 2002; Tarkka, Paavilainen, Lehti & Åstedt-Kurki 2003). Tiedollinen tuki on osoitettu merkitykselliseksi tuen muodoksi monissa konteksteissa. Hoitotyössä tiedollinen tuki on tärkeä, usein jopa tärkeimpänä pidetty tuen muoto niin hoitohenkilökunnan, potilaiden kuin omaistenkin arvioimana (Eriksson, Arve & Lauri 2006; Eriksson & Lauri 2000; Hokkanen, Eriksson, Ahonen & Salanterä 2004; Jokinen 1995; Mäkinen, Välimäki & Katajisto 1999; Sainio & Eriksson 2003; Suominen 1994). Tiedollisella tuella on merkitystä myös esimerkiksi työperäisestä stressistä selviytymiselle. Erityisen tehokasta tiedollinen tuki näyttäisi olevan ongelmanratkaisutilanteissa, joissa tiedollisen tuen avulla on mahdollista vähentää ja hallita epävarmuutta sekä jäsentää käytettävissä olevaa informaatiota ja hahmottaa ongelman luonnetta (Himle & Jayaratne 1991). Sillä on myös yhteyttä esimerkiksi tasavertaisuuden kokemiseen johtajalainenvuorovaikutussuhteessa silloin, kun alaisen kokemus omasta pystyvyydestään on alhainen (Van Yperen 1998).

Arviointituki tai arviointiin liittyvä tuki kytkeytyy sekä emotionaaliseen että tiedolliseen tukeen. Arviointituki tarkoittaa viestintää, jonka perusteella tuen saaja voi tehdä päätelmiä omasta tilanteestaan ja se perustuu siis yksilön vuorovaikutussuhteistaan saamaan palautteeseen ja vahvistaviin siteisiin (Albrecht & Adelman 1984, 5). Joskus arviointi nähdään omaksi erilliseksi tuen muodokseen, mutta se voidaan myös melko suuressa määrin palauttaa joko emotionaalisen tai tiedollisen tuen kategorioihin. Arviointi voidaan myös nähdä rinnakkaisena selviytymiseen kytkeytyvälle arviointiprosessille, joka tarkoittaa yksilön kognitiivisia arvioita hänen itsensä ja ympäristön välisestä suhteesta (Lazarus 1991, 112). Tällöin tuen muotoina voidaan pitää tiedollista ja emotionaalista tukea, joiden voi tulkita käynnistävän arviointiprosessin. Arviointi voidaan siis tulkita pikemminkin kognitiiviseksi prosessiksi kuin tuen muodoksi, ja sen voi käynnistää niin emotionaalinen kuin tiedollinen tukikin.

Välineellisellä tuella tarkoitetaan yleensä materiaalista tukea ja resurssien tarjoamista sekä konkreettisen avun tarjoamista kuten työtehtävien jakamista tai jonkun tehtävän suorittamista toisen puolesta. Synonyymina välineelliselle tuelle käytetään myös konkreettisen tuen käsitettä (Eriksson 1996). Välineellisellä tuella on osoitettu olevan yhteyttä esimerkiksi kuormituksen ja rooliristiriitojen hallitsemiseen sekä henkilökohtaiseen hallinnan tunteeseen työssä (Ellis & Miller 1994; Himle & Jayaratne 1991). Sairaalahoidossa konkreettinen apu on keskeinen osa potilaan hoitoa ja hoitotyötä. Joskus ammatillinen tuki ja sosiaal-

linen tuki erotellaan toisistaan, jolloin ammatillinen tuki ymmärretään lähinnä välineelliseksi tueksi. Toisaalta myös esimerkiksi sairaanhoitajan osoittama tuki voidaan nähdä sosiaaliseksi tueksi (Kaunonen 2000, 26).

Sosiaalisen tuen muotoja on tutkittu erityisesti niiden tehokkuuden näkökulmasta tarkastelemalla sitä, millainen tuki on tehokasta erilaisissa stressaavissa tilanteissa ja erilaisten kuormitustekijöiden suhteen. Esimerkiksi Ellisin ja Millerin (1994) tutkimuksen mukaan tiedollinen ja emotionaalinen tuki ovat yhteydessä työuupumuksen eri ulottuvuuksiin: tiedollinen tuki näyttäisi vaikuttavan positiivisesti erityisesti uupumukseen liittyvään depersonalisaation tunteeseen, emotionaalinen tuki puolestaan näyttäisi vaikuttavan erityisesti sitoutumiseen ja halukkuuteen jatkaa työssä. MacGeorgen, Samterin ja Gillihanin (2005) mukaan emotionaalinen tuki näyttää olevan yhteydessä opiskelijoiden psyykkiseen hyvinvointiin ja tiedollinen puolestaan fyysisiin oireisiin. Cutrona ja Suhr (1992) selittävät stressitekijän ja tuen muodon välistä suhdetta niin sanotun optimaalisen sopivuuden mallilla. He jakavat tuen muodot kahteen pääluokkaan: huolenpitoa osoittava tuki tarkoittaa emotionaalista ja liittymisen tunnetta lisäävää tukea, toimintaa helpottava tuki viittaa tiedolliseen ja välineelliseen tukeen. Mikäli tilanteessa vaikuttava stressitekijä on kontrolloitavissa, tehokasta on toimintaa aktivoiva tuki. Sen sijaan niissä tilanteissa, joissa stressitekijää on vaikea tai mahdotonta kontrolloida, tehokkaammaksi muodostuu huolenpitoa osoittava tuki. Optimaalisen sopivuuden malli kuvaa siis tuen muodon tehokkuutta suhteessa ongelmatilanteeseen. Se selittää tuen tehokkuutta kuitenkin vain yhdellä ulottuvuudella. Stressitekijän kontrolloitavuuden ohella myös stressitekijöille annetut yksilölliset merkitykset vaikuttavat merkittävästi siihen, millaisesta tuesta tuen saaja hyötyy, joten mallin soveltaminen on vaikeaa (Burleson & MacGeorge 2004, 387). Stressitekijän ja sille annettujen merkitysten ohella myös vuorovaikutussuhteella on merkitystä tuen tehokkuudelle, ja se voi olla yhtä merkityksellinen tekijä kuin tuen muotokin (Robinson & Turner 2003, 230).

Tiedollinen, emotionaalinen ja välineellinen tuki kuvaavat käsitteinä erilaisia tuen muotoja eli tuen sisällöllisiä funktioita. Ne ovat supportiivisen viestintäkäyttäytymisen muotoja, jotka perustuvat tuen erilaisiin mekanismeihin: tiedollinen tuki on viestintäkäyttäytymistä, jossa pääpaino on informaation vaihdolla ja sen arvioimisella, emotionaalinen tuki on viestintäkäyttäytymistä, joka kohdentuu tunteiden käsittelemiseen vuorovaikutuksessa ja välineellinen tuki perustuu konkreettisten resurssien jakamiseen viestintäprosessin kautta tai sen rinnalla. Kun supportiivista viestintää tarkastellaan tuen muotojen kautta, tarkastelun fokus asettuu vuorovaikutuksen kontekstiin yleisellä tasolla. Tuen muoto syntyy viestinnän sisällöstä, mutta se ei suoranaisesti kuvaa ilmausten tai sanomien sisältöä vaan pikemminkin sitä perustehtävää, joka viestinnästä voidaan erottaa keskustelun funktiona tai koettuna sisältönä. Tuen muotoihin viitataan erityisesti silloin, kun kuvataan havaittua tukea tai käsitystä tuen antajan intentioista (Burleson & MacGeorge 2004, 389–390).

2.3.2 Supporttiiviset ilmaukset

Sosiaalisen tuen muodot kuvaavat suhteellisen laajoja käyttäytymiskategorioita. Supporttiivisten ilmausten tarkastelu tarkentaa näkökulman viestintäkäyttäytymisen tasolle ja erityisesti vuorovaikutusprosessissa esiintyvien funktionaalisten viestintäaktien tarkasteluun. Supporttiivisilla ilmauksilla tarkoitan tässä vuorovaikutuksesta erottuvia aloitteellisia tai responsiivisia osallistumistapoja, joiden intentiona on osoittaa tukea. Tarkastelen tässä yhteydessä kuitenkin myös tukea hakevia ilmauksia siinä määrin, kun niitä on tutkimuksissa tarkasteltu yhdessä supporttiivisten ilmausten kanssa. Supporttiivisten ilmausten luokittelua ja analyysiä varten on kehitetty erilaisia koodausjärjestelmiä. Niiden pohjalta on tarkasteltu esimerkiksi eri tyyppisten supporttiivisten ilmausten frekvenssiä (Alexander, Peterson & Hollingshead 1999), tuen hakemista ja supporttiivista käyttäytymistä ongelmanratkaisutilanteessa (Barbee & Cunnigham 1995) sekä tuen eri muotojen vaikuttavuutta (Cutrona & Suhr 1992; Rosenfeld, Richman & Bowen 1998). Ilmaisumuotoja on kuvattu systemaattisten koodausjärjestelmien ohella myös aineistolähtöisesti (Bippus 2001; North & Ragan 2000).

Useimmat koodaussysteemit kuvaavat erityisesti tuen antamista, mutta myös tukea hakevia ilmauksia on luokiteltu ilmaustasolla. Barbee, Rowatt ja Cunnigham (1998, 282–284) kuvaavat tuen tarpeen ilmaisemista jäsentämällä sitä kahdella eri ulottuvuudella: tuen tarpeen ilmaiseminen voi olla suoraa tai epäsuoraa verbaalista tai nonverbaalista viestintää. Suoraa verbaalista tuen tarpeen ilmaisemista on esimerkiksi kysyminen tai tuen pyytäminen ongelmasta puhumalla ja siihen viittaamalla. Epäsuoria verbaalisia ilmaisuja puolestaan ovat esimerkiksi vihjailu tai ongelmallisesta tilanteesta yleisellä tasolla valittaminen. Nonverbaalisina suorina tuen tarpeen ilmauksina Barbee, Rowatt ja Cunnigham (1998, 282–284) pitävät esimerkiksi katsekontaktia, koskettamista ja itkua ja epäsuorina nonverbaalisina ilmauksina esimerkiksi huokailua tai murjottamista.

Barbeen ja Cunnighamin (1995) vuorovaikutteisen selviytymisen koodausjärjestelmä ICBCS (interactive coping behavior coding system) kuvaa lähestymis- ja välttämiskäyttäytymistä sekä tunne- ja ongelma-keskeisiä toimintatapoja ongelmanratkaisutilanteessa. Tuen antajan viestintäkäyttäytymistä kuvataan koodausjärjestelmässä neljän erilaisen responssin muodossa. Nämä toimintatavat ovat ratkaisukeskeinen responssi, lohduttaminen, hylkääminen ja pakeneminen. Ne perustuvat siis lähestymisen ja välttämisen ulottuvuuteen ja tunnekeskeisyyden ja ongelma-keskeisyyden ulottuvuuteen. Barbeen ja Cunnighamin (1995) mukaan ratkaisukeskeinen responssi on ongelma-keskeinen ja lähestymishakuinen toimintatapa, ja sitä kuvaavia ilmaisumuotoja ovat esimerkiksi kysyminen, ratkaisujen ehdottaminen, ehdotusten tekeminen ja perspektiivien tarjoaminen. Lohduttaminen on tunnekeskeistä lähestymiskäyttäytymistä kuten empatian osoittamista, kohteliaisuuden esittämistä ja rohkaisua. Hylkäämisellä Barbee ja Cunnigham (1995) viittaavat ongelma-keskeiseen välttämiskäyttäytymiseen kuten ongelman väheksymiseen ja välttelyyn tai väärään sympatiaan. Pakeneminen viittaa puolestaan tunnekeskeiseen välttämiskäyttäytymiseen, jota ilmaistaan verbaalisella ja nonverbaalisella välttelyllä esimerkiksi

ärsyyntymisen osoittamisella ja kehoittamalla tunteiden hillitsemiseen. Välttelevät responsit ovat aina yhtä mahdollisia kuin lähestymiseen liittyvät responsitkin. Ne voivat syntyä esimerkiksi siitä, että tuen antaja kieltää tuen tarvi-sijan ongelman (Goldsmith & Dun 1997).

Cutronan ja Suhrin (1992) supportiivisen käyttäytymisen koodausjärjestelmä SSBC (social support behavior code) kuvaa supportiivista käyttäytymistä. Koodausjärjestelmä sisältää 23 erilaista kategoriaa, joihin supportiivisia ilmauksia ja toimintatapoja voidaan luokitella. Yksittäiset ilmaukset jakautuvat viiteen pääkategoriaan, jotka ovat: 1) tiedollinen tuki, johon sisältyvät neuvot, ehdottaminen avun pyytämiseksi muualta, tilannepalautte ja opastaminen, 2) konkreettinen apu, johon sisältyvät laina, suora sekä epäsuora tehtävien tekeminen, aktiivinen osallistuminen ja halukkuus auttaa, 3) arvostamisen osoittaminen, jota on kohteliaisuus sekä tuen saajan näkökulman validointi ja syyllisyydestä vapauttaminen, 4) tukiverkostot, joilla tarkoitetaan uusiin ihmisiin tutustuttamista, läsnäoloa ja muiden läsnäolosta muistuttamista sekä 5) emotionaalinen tuki, jota on suhteen tärkeydestä muistuttaminen, fyysinen kontakti, luottamuksellisuus, sympatia, kuunteleminen, empatia ja ymmärtäminen, rohkaisu sekä rukoileminen. Cutrona ja Suhr (1992) jakavat viisi pääkategoriaa edelleen kahteen pääluokkaan eli toimintaa aktivoivaan tukeen (luokat 1–2) ja huolenpitoa osoittavaan tukeen (luokat 3–5). Koodausjärjestelmä kytkeekin tuen muodot ja viestintäkäyttäytymisen tason selkeästi toisiinsa.

Sekä Barbeen ja Cunnighamin (1995) ICBCS-koodausjärjestelmä että Cutronan ja Suhrin (1992) SSBC koodausjärjestelmä perustuvat viestintäkäyttäytymisen koodaamiseen ilmauksien perusteella. Niitä on käytetty erityisesti supportiivisen käyttäytymisen kuvaamiseen ja tuen tehokkuuden ja tarkoituksenmukaisuuden arvioimiseen. ICBCS-systeemillä voidaan koodata myös negatiivisia responsseja, joita Barbee ja Cunnigham (1995) kutsuvat välttämiskäyttäytymiseksi. Perheterapian kontekstissa Waldron, Turner, Alexander ja Barton (1993) ovat kehittäneet koodausjärjestelmän, jossa supportiivisten osallistumistapojen ohella koodataan defensiivisiä osallistumistapoja. Supportiivisiksi osallistumistavoiksi Waldron kollegoineen luokittelevat aidon tiedon jakamisen (genuin information), ongelmanratkaisun, vahvistamisen ja tasavertaisuuden osoittamisen, defensiivisiä osallistumistapoja ovat tuomitseva dogmatismi, kontrollointi, välinpitämättömyys ja yläpuolelle asettuminen. Organisaatioviestinnän kontekstissa supportiivisuus ja defensiivisyys määritellään usein samalla tavalla.

Erilaiset koodausjärjestelmät auttavat jäsentämään supportiivista viestintää viestintäkäyttäytymisen näkökulmasta ilmaustasolla. Tällaiselle lähestymistavalle oleellista kuitenkin on, että käytetyt käyttäytymiskategoriat todella kuvaavat supportiiviseksi koettua käyttäytymistä. Goldsmith (1992) nostaa esille kulttuurin merkityksen ja määrittelee supportiiviseksi puheaktiksi tai tapahtumaksi sellaiset puheaktit, joka kulttuurisesti tunnustetaan avun tarjoamiseksi. Joidenkin käyttäytymiskategorioiden kuvausten osalta on voitu todentaa, että ne saavat suhteellisen yhtenäisiä tulkintoja ja että ne koetaan supportiiviseksi. Goldsmith, McDermott ja Alexander (2000) selvittivät sitä, millaisia tulkintoja

supportiivisuuden (supportive), auttavaisuuden (helpful) ja herkkyyden (sensitivity) käsitteille yleisesti ottaen annetaan yhdysvaltalaisessa kulttuurissa. Vaikka vastaajien tulkinnat jossain määrin risteytyivät, suhteellisen johdonmukaisesti supportiivisuus tulkittiin relationaaliseksi vahvistamiseksi, auttavaisuus ongelmatilanteissa tukemiseksi ja herkkyys emotionaalisen tilan huomioidemiseksi.

Goldsmith (1992) kokosi yhteen tutkimustuloksia, joissa kuvataan potilaiden käsityksiä hoitajien käyttäytymisen auttavaisuudesta ja ei-auttavaisuudesta (helpful ja unhelpful). Hänen tarkastelemissaan tutkimuksissa samankaltaiset käyttäytymistavat saivat yleensä samoja merkityksiä. Helpottavana pidettiin usein läsnäoloa, rohkaisua, käytännöllistä apua, ymmärryksen osoittamista ja kuuntelemista, jotka yleisestikin tunnustetaan kulttuurisesti avun tai tuen muodoiksi ja nousevat esille myös suomalaisessa hoitotyön tutkimuksessa (Jokinen 1995; Liponkoski & Routasalo 2001). Toisaalta esimerkiksi neuvominen ja tiedon jakaminen tulkittiin Goldsmithin (1992) aineistossa tutkimuksesta riippuen joko auttavaksi tai ei-auttavaksi toimintatavaksi, mikä korostaa sekä viestintäkulttuurin, viestintätilanteen ja viestijöiden välisen suhteen merkitystä supportiivisten ilmausten tulkitsemiselle.

Erilaisten ilmausten tarkastelemisen avulla on pyritty kuvaamaan paitsi supportiivista käyttäytymistä yleensä myös vuorovaikutusepisodin rakentumista. Tämä tarkoittaa sitä, millaiset ilmaukset seuraavat toisiaan ja kuinka erilaisiin aloitteisiin reagoidaan. Esimerkiksi Barbee ja Cunnigham (1995) ovat rakentaneet ilmausten perusteella sensitiivisen vuorovaikutuksen systeemisen mallin (sensitive interaction system theory), joka kytkee yhteen supportiiviseen vuorovaikutukseen liittyvät emootiot ja viestijöiden mahdolliset ilmaukset. Ongelmallista käyttäytymisen kuvaamiseen perustuvissa koodausjärjestelmissä ja analyysimenetelmissä on kuitenkin se, että ne jäävät aina jossain määrin yleiselle tasolle. Esimerkiksi Goldsmith (1995, 417) toteaa, että koodausjärjestelmien avulla on mahdollista ymmärtää intentioiden syntymistä, mutta ne eivät selitä sanomien rakennetta ja niiden tulkintaa. Ilmauksista voidaan arvioida supportiivisia intentioita, muttei välttämättä sen tehokkuutta. Ilmaukset eivät myöskään sinänsä selitä sitä, miten ja miksi ne vaikuttavat hyvinvointiin (Burleson & Goldsmith 1998, 246–249), vaikka esimerkiksi Cutronan ja Suhrin (1992) SSBC pyrkiikin kuvaamaan, kuinka ilmaustaso kytkeytyy tuen eri muotoihin. Supportiivisen viestinnän tarkastelussa olisikin oleellista, että tarkastelussa huomioidaan niin kulttuuri, tilannetekijät kuin vuorovaikutussuhteen merkitys.

2.3.3 Supportiiviset sanomat

Supportiivisen viestinnän keskeisen tutkimuskohde on supportiivisten sanomien rakentuminen ja vaikuttavuus. Sanomataso tarkastelu eroaa ilmaustason tarkastelusta erityisesti teoreettiselta lähestymistavaltaan. Ilmausten tarkasteleminen kytkeytyy erityisesti interaktionaaliseen perinteeseen. Sanomien tarkastelemisen perusta on sen sijaan pikemminkin konstruktivisessa lähestymistavassa, joka pyrkii kytkemään yhteen viestintäkäyttäytymisen ja selviytymisprosessin. Raja ilmaus- ja sanomataso välillä on kuitenkin häilyvä, ja myös

sanomien tasolla erotellaan erilaisia sisällöllisiä funktioita. Konstruktivistinen lähestymistapa kytkee sanomien tarkastelun kuitenkin tiiviisti yksilöiden merkitysjärjestelmään sen sijaan, että oltaisiin kiinnostuneita keskusteluiden dynamiikasta. Sanomien tehokkuutta pyritään selittämään sanomien merkityksentämisen kautta, ja samalla sanomien tuottamisen ja tulkitsemisen prosessit kytkeytyvät yksilötekijöihin.

Supportiivisilla sanomilla tarkoitetaan erityistä viestintäkäyttäytymisen tapaa, jota joku toteuttaa auttaakseen tai hyödyttääkseen toista osapuolta (Burleson & MacGeorge 2002, 374–375). Supportiivisia sanomia on tarkasteltu erityisesti verbaalisen viestinnän näkökulmasta, sen sijaan nonverbaalista viestintää on tutkittu hyvin vähän, vaikka esimerkiksi äänensävyllä on todettu olevan merkitystä sille, kuinka supportiivisena vuorovaikutuskumppania pidetään (Trees 2000). Supportiiviset verbaaliset sanomat voidaan jakaa ongelma- ja tunnesuuntautuneisiin sanomiin, joiden lisäksi voidaan erottaa omaksi luokakseen myös toimintasuuntautuneet sanomat (Goldsmith & Dun 1997; Jones & Burleson 1998). Ongelmasuuntautuneet sanomat rakentuvat sisällöistä, joilla pyritään kuvaamaan, tunnistamaan ja arvioimaan erityisesti kuormittavaa tehtävää tai tapahtumaa. Tunnesuuntautuneissa sanomissa sen sijaan tunnistaminen, arviointi ja kuvailu kohdistuvat ongelmaan kohdistuviin tai sen aiheuttamiin emotionaalisiin reaktioihin. Toimintasuuntautuneet sanomat kohdentuvat toimintavaihtoehtojen tunnistamiseen, arviointiin ja kuvailuun ongelmatilanteessa. (Goldsmith & Dun 1997.)

Burleson (1994) pitää erityisen vaativana tunnesuuntautuneiden sanomien tuottamista. Hänen mukaansa toisen ongelmien ja tunteiden tunnistaminen, oikeuttaminen ja työstäminen vaativat parempia kognitiivisia taitoja ja viestintätaitoja kuin ongelmasuuntautunut tuki. Keskeinen tunnesuuntautuneisuuteen kytkeytyvä käsite on henkilökeskeisyys (person centeredness). Sillä tarkoitetaan sanoman sellaista ominaislaatua, joka heijastaa ymmärrystä tilanteeseen liittyvistä subjektiivisista, affektiivisista ja relationaalisista tekijöistä. Burlesonin mukaan (1987, 305) henkilökeskeinen sanoma

“reflects an awareness of and adaptation to subjective, affective, and relational aspects of communicative contexts.”

Henkilökeskeisissä sanomissa tuen antaja eksplisiittisesti tunnistaa ja oikeuttaa toisen tunteita auttamalla tukea tarvitsevaa ilmaisemaan omia tunteitaan ja samalla työstämään niitä tekijöitä, joista tunteet ovat heränneet, ja auttamalla tuen tarvitsijaa näkemään asioita laajemmassa perspektiivissään. (Burleson & MacGeorge 2002, 395.) Henkilökeskeisyys ei liity pelkästään emotionaaliseen tukeen, vaan se voidaan ymmärtää merkittäväksi tekijäksi kaikissa tuen muodoissa. Emotionaalisen tuen kohdalla henkilökeskeisyydellä on kuitenkin erityisen suuri merkitys, ja sitä on tutkittu erityisesti lohduttamisen ulottuvuutena (Burleson & Goldsmith 1998, 250–252).

Käsitykset siitä, millainen vuorovaikutus on lohduttavaa tai millainen viestintäkäyttäytyminen koetaan lohduttavana, mukailevat pitkälti henkilökeskeisyyden ulottuvuuksia. Esimerkiksi Klingbeilin (1998) mukaan parisuhteessa

lohduttavana pidetään erityisesti ymmärryksen ja empatian osoittamista, läsnäoloa ja relationaalisen sitoutumisen osoittamista. Bippusin (2001) mukaan lohduttamisen taitavuutta arvioidaan viiden kriteerin perusteella, jotka ovat 1) orientoituminen tuen tarpeessa olevaan, 2) ongelmanratkaisu, 3) ongelman ymmärtäminen ja sitoutuminen siihen (relating), 4) negatiivisuudesta pidättäytyminen ja 5) perspektiivin tarjoaminen. Kriteerit perustuvat käsitykseen siitä, mikä vuorovaikutuskumppanin käyttäytymisessä on supportiivista. Bippusin (2001) mukaan supportiivisena pidetään erityisesti 1) avun antamista ongelmanratkaisussa, 2) uudenlaisen näkökulman tarjoamista tilanteeseen, 3) hyväksynnän osoittamista, 4) ongelman ymmärtämistä, 5) rehellisyyttä sekä 6) tunteiden oikeuttamista. Nämä ulottuvuudet, jotka Bippus (2001) johti laadullisista haastatteluista, vastaavat melko hyvin henkilökeskeisyyden ulottuvuuksia. Lohduttamisen henkilökeskeisyydellä näyttäisi olevan sekä pitkä- että lyhytaikaista vaikuttavuutta niin ongelmatilanteeseen kuin vuorovaikutussuhteellekin. Tutkimuksissa ei ole kuitenkaan suoranaisesti pystytty osoittamaan sitä, mikä henkilökeskeisyyden tekijöistä on kaikkein tärkein: tietyn tunnetilan oikeuttaminen, emotionaalisen kokemuksen oikeuttaminen vai ylipäätään tunteiden työstäminen. (Burleson & Goldsmith 1998, 250–252; Burleson & MacGeorge 2002, 395–397.)

Tunnesuuntautuneiden ja henkilökeskeisten sanomien vaikuttavuutta on selitetty arviointiprosessin kautta. Vuorovaikutuksen on nähty tarjoavan mahdollisuuden selviytymiseen tunteiden uudelleenarvioinnin kautta. Esimerkiksi pelko ja ahdistus kehkeytyvät tilanteessa, jonka yksilö kokee epävarmana, monimerkityksellisenä ja kontrolloimattomana. Ahdistuksesta puhumisen kautta epävarmuus ja koettu uhka vähenee, hallinnan tunne voi kasvaa ja uhkaavasta tilanteesta voi löytyä ulospääsyeiteitä uusien tulkintojen kautta. Vuorovaikutus toimii näin emotionaalisena tukena. Toisaalta esimerkiksi epäonnistumiseen liittyvän häpeää ja noloutta voidaan arvioida uudelleen vuorovaikutuksessa saadun rohkaisun, vahvistamisen ja hyväksynnän kautta. Selviytymisprosessi perustuukin erilaisten tunteiden ominaislaatuun, ja supportiiviset sanomat kytkeytyvät näiden tunteiden tunnistamiseen. (Lazarus 1991; Albrecht, Burleson & Goldsmith 1994; Burleson & Goldsmith 1998.) Vuorovaikutus vaikuttaa myös tunteiden intensiteettiin, joko tunteita tuulettamalla tai niitä etäännyttämällä (Albrecht, Burleson & Goldsmith 1994). Tunteiden tuulettamisella tarkoitetaan ylipäätään voimakkaiden tunteiden ilmaisemista. Rohkaiseminen negatiivisten tunteiden ilmaisuun mahdollistaa sen, että niiden intensiteetti heikentyy, mikä puolestaan helpottaa tunteiden hallintaa ja käsittelemistä. Tunteiden etäännyttämisellä tarkoitetaan tunteista puhumista siten, että niitä tarkastellaan objekteina irrallaan omasta itsestä. Esimerkiksi ahdistuksen käsitteleminen voi auttaa ymmärtämään sen syntymekanismia ja siten myös omia tuntemuksia. (Albrecht, Burleson & Goldsmith 1994.)

Ongelmakeskeisiä supportiivisia sanomia on tarkasteltu varsinkin neuvomisena. Neuvomista on puolestaan tarkasteltu erityisesti kohteliaisuuden ja kasvojen säilyttämisen näkökulmasta, joiden on todettu vaikuttavan siihen, kuinka supportiivisena neuvoja pidetään. Esimerkiksi MacGeorgen, Lichtmanin

ja Presseyn (2002) tulosten mukaan neuvot, jotka korostavat tuen saajan autonomiaa, suojelevat hänen kyvykkyyttään ja vahvistavat tuen antajan ja saajan keskinäistä solidaarisuutta, koetaan positiivisesti. Näitä negatiivisemmin koetaan suorasukaiset neuvot, joiden antamiseen ei liity kasvotyötä. Goldsmithin ja Fitchin (1997) tutkimuksen mukaan neuvojen tulkitsemiseen ja niiden kokemiseen supportiivisiksi vaikuttavat myös viestintätilanne ja viestijöiden välinen suhde. Sen sijaan Goldsmithin ja MacGeorgen (2000) tutkimuksessa kohteliaisuudella oli tärkeä merkitys riippumatta siitä, kuinka läheiseksi vuorovaikutussuhde koettiin. Vaikka ongelmakeskeisen tuen kokemiseen ja sen tehokkuuteen liittyviä tekijöitä ei vielä tunnetakaan yhtä hyvin kuin tunnekeskeiseen tukeen liittyviä, voidaan aikaisemmista tutkimuksista tehdä ainakin yksi johtopäätös: neuvomisen tavalla eli ongelmakeskeisen sanoman rakentamisen tavalla on merkitystä sille, kuinka supportiivisiksi neuvot koetaan. Kasvojen säilyttäminen ja kohteliaisuusstrategioiden käyttäminen lienee yksi tärkeimmistä ongelmakeskeisen tuen tehokkuuden kriteereistä.

Tutkimuksissa on löydetty joitain tekijöitä, jotka näyttäisivät vaikuttavan käsityksiin tuen sensitiivisyydestä ja jotka vaikuttavat myös tuen tehokkuuteen. Supportiiviset merkitykset eivät kuitenkaan synny vain sanoman verbaalisesta sisällöstä, vaan tulkintoihin vaikuttavat monet muuttujat kuten tuen antajan ja saajan välinen vuorovaikutussuhde sekä yksilölliset piirteet ja kognitiot. Tässä luvussa olen kuvannut tukea viestintäkäyttäytymisenä tuen muotojen, ilmausten ja sanomien näkökulmasta. Seuraavassa luvussa tarkastelen lähemmin niitä intra- ja interpersonaalisia tekijöitä, jotka vaikuttavat tuen osoittamiseen ja tulkintaan.

2.4 Tuen osoittaminen ja vastaanottaminen vuorovaikutussuhteessa

Sosiaalinen tuki lisää yksilön henkilökohtaisen hallinnan tunnetta ja hyväksytyksi tulemisen tunnetta epävarmuuden hallinnan prosessien kautta. Kuormittavassa tilanteessa epävarmuus voi kytkeytyä paitsi kuormittaviin tilannetekijöihin myös vuorovaikutusosapuoliin ja vuorovaikutuskumppaneiden keskinäiseen suhteeseen. Edellisessä luvussa kuvasin sitä, kuinka sosiaalinen tuki toteutuu viestintäkäyttäytymisen tasolla. Tässä luvussa käänny tarkastelemaan viestijöiden piirteiden, kognitioiden, tavoitteiden ja motivaation merkitystä sosiaalisen tuen ilmaisemiselle ja sosiaalisesta tuesta tehtäville tulkinnoille. Kuvaan aluksi tuen saajan ja tuen antajan yksilöllisten tekijöiden ja sosiaalisen tuen välisiä yhteyksiä. Esittelen sekä tuen antajan että tuen vastaanottajan intrapersonaalisten tekijöiden merkitystä tuen antamiselle, tuen tulkitsemiselle ja tuen hakemiselle. Tuen vastaanottajalla viittaa tässä siihen osapuoleen, joka hakee tai tarvitsee tukea, tai jolle tukea tarjotaan. Tuen antajalla viittaa siihen osapuoleen, jolta tukea haetaan tai joka tukea osoittaa. Vaikka tuki on viestintäprosessi, jossa kaikki osallistujat ovat merkityksiä aktiivisesti tuottavia yksilöi-

tä, erottelen tässä tuen vastaanottajan ja tuen antajan roolit. Tässä luvussa tarkastelen myös vuorovaikutussuhteen ja tuen välistä yhteyttä, jota on tarkasteltu erityisesti suhteen laadun ja tuen vaikuttavuuden näkökulmasta.

2.4.1 Tuen vastaanottamiseen liittyvät yksilötekijät

Kun sosiaalista tukea lähestytään tuen vastaanottajan näkökulmasta, keskeisiä muuttujia ovat erityisesti yksilön minäkäsitys ja itsearvostus. Tärkeä tekijä on myös yksilön vuorovaikutuksessa syntyvä käsitys omasta merkityksellisyydestään. Itseen kohdistuvien käsitysten lisäksi tuen kokemiseen ja havaitsemiseen vaikuttaa yksilön käsitys viestintäsuhteiden luonteesta ylipäänsä. Tuen kokemiseen ja havaitsemiseen vaikuttavat siis sellaiset tekijät, jotka kytkeytyvät yksilön käsitykseen omasta itsestään ja muista vuorovaikutusosapuolista.

Kiintymystyyli

Yksilöllistä käsitystä vuorovaikutussuhteiden luonteesta kuvataan kiintymystyylin käsitteellä, jolla viitataan yksilön tapaan olla läheisessä vuorovaikutussuhteessa. Kiintymyssuhteen käsite kytkeytyy Bolwbyn (1969) liittymisen teoriaan, ja kiintymystyylin käsite viittaa yksilölle varhaisissa vuorovaikutussuhteissa syntyneeseen sisäiseen malliin tai representaatioon vuorovaikutussuhteiden perusluonteesta. Se voidaan määritellä siis yksilön sisäiseksi malliksi omasta itsestään ja vuorovaikutuskumppanista vuorovaikutussuhteessa. Kiintymystyyli kuvaa sitä, kuinka tärkeäksi yksilö kokee itsensä ja kuinka responsiiviseksi hän kokee vuorovaikutuskumppanin vuorovaikutussuhteessa. Kiintymystyylin voisikin tiivistää kuvaavan sitä, miten turvalliseksi yksilö yleisesti kokee vuorovaikutussuhteet ja miten turvalliseksi hän kokee olonsa vuorovaikutussuhteissa. (Collins & Feeney 2004, 166; Ognibene & Collins 1998, 324–325.)

Kiintymystyyliä jaetaan usein neljään luokkaan Perustyyleinä voi pitää turvallista, huolestunutta, välttelevää ja pelokasta tyyliä (Collins & Feeney 2004, 167), jotka Männikkö (2001) nimeää turvalliseksi, takertuvaksi, itseriittoiseksi ja pelokkaaksi tyyliksi. Turvallista kiintymystyyliä luonnehtii yksilön perusluottamus, ja turvallisesti kiintynyt yksilö kokee itsensä hyväksytyksi ja arvokkaaksi vuorovaikutussuhteissa. Huolestuneesti eli takertuneesti kiinnittyvä henkilö pelkää hylätyksi tulemistä ja siksi hänellä on voimakas läheisyyden tarve, välttelevästi eli itseriittoisesti kiintyvä puolestaan välttelee läheisyyttä ja korostaa itsenäisyyttään. Pelokas kiintymystyyli kytkeytyy menettämisen pelkoon, johon liittyy yksinäisyyden ja turvattomuuden tunne. (Collins & Feeney 2004, 167; Männikkö 2001.) Kiintymystyylin perustan on nähty olevan varhaisissa vuorovaikutussuhteissa, joskin niihin voivat vaikuttaa myös myöhemmät elämäkokemukset ja aikuisiän vuorovaikutussuhteet (Bowlby 1969; Männikkö 2001).

Kiintymystyylien yhteyttä sosiaalisen tuen havaitsemiseen on tarkasteltu jossain määrin, ja kiintymystyyllillä on pyritty selittämään myös tuen hakemista. Mullis ja Hill (1999) tarkastelivat tutkimuksessaan kiintymyssuhteiden ja havaitun tuen välistä yhteyttä. Heidän tuloksensa osoittivat, että havaitun tuen määrällä on yhteyttä siihen, millaiseksi kiintymyssuhde omiin vanhempiin ja erityi-

sesti äitiin koetaan. Tässä tutkimuksessa vahvaksi koettu kiintymyssuhde vanhempiin oli siis yhteydessä korkeaan havaitun tuen määrään. Myös Bachmanin ja Bippusin (2005) sekä Ognibenen ja Collinsin (1998) tulosten mukaan juuri turvallisella kiintymystyyllillä on yhteyttä korkeaan havaitun tuen määrään, välttelevä tyyli sen sijaan on yhteydessä vähäiseen havaittuun tukeen.

Kiintymystyyli vaikuttaa myös tukea tarvitsevan toimintaan ongelmatilanteessa. Kiintymystyyli näyttäisi ennustavan ensinnäkin sitä, kuinka aktiivisesti tukea tarvitseva hakee tukea ongelmatilanteessa, sekä sitä, millaisen selviytymisstrategian ongelmatilanteessa oleva valitsee. Ognibenen ja Collinsin (1998) tulosten mukaan turvallinen tyyli on yhteydessä tuen aktiiviseen hakemiseen ongelmatilanteessa. Sen sijaan huolestunut kiintymystyyli kytkeytyy sekä lähestymis- että välttelystrategioihin niissä tilanteissa, joissa yksilö tarvitsee sosiaalista tukea. Myös Pollinan ja Snellin (1999) tutkimuksen tuloksissa näkyi turvallisen kiintymystyylin yhteys aktiiviseen ongelmanratkaisuun. Birnbaumin, Orrin, Mikulinkerin ja Florianin (1997) tutkimus tuotti puolestaan jossain määrin toisenlaisia tuloksia. Heidän tutkimuksessaan tarkasteltiin avioeron kokeneiden kiintymystyylin, selviytymisstrategian ja tuen välisiä yhteyksiä. Turvallinen tyyli ei tässä tutkimuksessa ollut yhteydessä tuen hakemiseen ja ongelmanratkaisuun, mitä tutkijat selittävät henkilökohtaisilla merkityksillä. Mikäli tilannetta ei koeta voimakkaasti uhkaavaksi, kuten turvallisesti kiintyneet eivät tässä tutkimuksessa kokeneet, ei yksilöllä ole suurta tarvetta myöskään tukeen.

Kiintymystyyli on muuttujana yksilön piirretyyppinen ominaisuus, joka heijastaa yksilön käsitystä vuorovaikutussuhteiden luonteesta yleensä. Kyseessä on selitysvoimainen muuttuja, jonka avulla voidaan kuvata yksilön viestintäkäyttäytymiseen heijastuvaa ajattelutapaa vuorovaikutussuhteiden luonteesta. Ongelmalliseksi kiintymystyylin käsitteen tekee se, että sitä on tarkasteltu lähinnä vain läheisissä vuorovaikutussuhteissa. On vaikeaa arvioida, missä määrin kiintymystyyli on merkityksellinen tekijä tuen hakemisessa ja havaitsemisessa sellaisissa viestintäsuhteissa, jotka eivät ole luonteeltaan läheisiä tunnesuhteita. Mikäli kiintymystyyli kuvaa yksilöllistä käsitystä vuorovaikutussuhteiden luonteesta yleisellä tasolla, sen pitäisi toisaalta ulottua selittämään myös ei-intiimejä suhteita. Tällöin yksilöllinen kiintymystyyli voisi selittää tuen kokemista ja hakemista myös esimerkiksi erilaisissa ammatillisissa suhteissa.

Minäkäsitys, itsearvostus ja viestijäkuva

Sosiaalisten verkostojen, avun hakemisen ja havaitun tuen yhteyttä on usein selitetty yksilön käsityksillä omasta itsestään. Erityisen kiinnostuneita tutkijat ovat olleet havaitun tuen yhteydestä yksilön minäkäsitykseen ja yksilön itsearvostukseen, ja näillä näyttääkin olevan yhteyttä. Minäkäsitys on yksilön kognitiivinen representaatio omasta itsestään ja oman minän suhteesta ympäristöön. Vuorovaikutuksessa yksilö jäsentää itseään koskevaa tietoa, ja se heijastaa siis sitä, miten yksilöt näkevät itsensä vuorovaikutuksessa muiden kanssa. Itsearvostus nähdään usein minäkäsityksen affektiivisena vastineena, jolloin sillä tarkoitetaan yksilön käsitystä omasta arvostaan kaikkienensa. Se heijastaa yksilön

positiivisia tai negatiivisia tuntemuksia omaa itseään kohtaan. (Gayle & Preiss 2001, 48–49.)

Itsearvostuksen ja havaitun tuen välistä suhdetta ovat tarkastelleet van Aken ja Asendorpf (1997), jotka tutkivat yhteyttä 11–12 -vuotiaiden lasten vuorovaikutussuhteissaan kokeman tuen ja heidän itsearvostuksensa välillä. van Akenin ja Asendorpfin (1997) tulokset osoittivat, että lasten itsearvostuksen määrä on merkittävästi yhteydessä siihen, kuinka suureksi he arvioivat sosiaalisen tuen määrän. Erityisesti vanhemmilla oli tärkeä merkitys osana lasten sosiaalista verkostoa, mutta merkitystä oli myös koulutovereilla. Myös Maleckin ja Elliotin (1999) aineisto, joka kerättiin koululaisilta, osoitti yhteyttä minäkäsityksen ja havaitun tuen välillä. Minäkäsityksen sosiaaliset ulottuvuudet korreloivat merkittävästi sen kanssa, kuinka supportiiviseksi luokkatoverit koettiin. Käsitys omasta oppimisesta ja oppimiseen liittyvistä taidoista korreloi sen kanssa, kuinka supportiiviseksi opettajat koettiin. Sosiaalisella tuella näyttäisi olevan positiivisia vaikutuksia minäkäsitykseen, joskin on mahdollista myös, että juuri positiivinen minäkäsitys vaikuttaa havaitun tuen määrään.

Turner, Pearlin ja Mullan (1998) tarkastelivat erilaisten taustatekijöiden vaikutusta omaishoitajan havaitsemalle emotionaaliselle tuelle ja hänen saamalle avulleen. Hoitajan kokema tunne siitä, että hän hallitsee vaativan ja kuormittavan hoitotilanteen ennusti erittäin merkittävästi hänen havaitsemansa tuen määrää. Sukupuolen merkitystä saatuun ja havaittuun tukeen on tarkasteltu melko niukasti, ja sukupuoli on ollut harvoissa tutkimuksissa riippuvana muuttujana. Joitakin viitteitä havaitun tuen eroista sukupuolten välillä on kuitenkin löydetty. Esimerkiksi Turnerin, Pearlinin ja Mullanin (1998) tutkimukseen osallistuneet omaishoitajina toimineet naiset kokivat tulosten mukaan enemmän havaittua emotionaalista tukea kuin omaishoitajina toimineet miehet. Ungerin, Jacobsin ja Canonin (1996) tutkimuksessa hallinnan tunne ennusti korkeaa havaitun tuen määrää erityisesti miesten kohdalla.

Positiivinen käsitys omista kyvyistä ja resursseista näyttää siis lisäävän tuen havaitsemista. Positiivinen arvio omasta kyvykkyydestä vaikuttaa siihen, kuinka supportiiviseksi yksilö vuorovaikutussuhteensa kokee. Positiivinen minäkäsitys ja itsearvostus vaikuttanevat sosiaaliseen tukeen siten, että tuen vastaanottajalla on stressitilanteessa taipumus tulkita toisen osapuolen viestintä supportiiviseksi riippumatta siitä, mikä on toisen osapuolen alkuperäinen intentio. Vastaavasti negatiiviset odotukset, heikko minäkuva ja alhainen itsearvostus voivat johtaa siihen, ettei tukea tarvitseva tunnista tai tulkitse supportiiviseksi tarkoitettua viestintää supportiiviseksi (Sarason, Pierce & Sarason 1990a, 105–110; 1990b, 500–502).

Positiivinen minäkäsitys ja itsearvostus kytkeytyvät läheisesti tuetuksi tulemisen tunteeseen (sense of support). Tuetuksi tulemisen tunteella tarkoitetaan yksilön kokemusta siitä, että hän saa tarvitsemaansa tukea ja että hänen vuorovaikutussuhteensa ovat potentiaalinen tuen lähde. Kyseessä näyttäisi olevan suhteellisen pysyvä yksilöllinen piirre, joka ohjaa havaintojen tekoa toisesta osapuolesta sekä supportiivisten suhteiden luonteesta yleensä. Tuetuksi tulemisen tunteella on vaikutusta siis siihen, millaisia odotuksia yksilöllä muiden

viestinnälle on, millaisia arvioita ja päätelmiä yksilö muiden viestinnästä tekee ja millaisia merkityksiä hän sanomille antaa. (Brock, Sarason, Saghvi & Gurung 1998; Sarason, Pierce & Sarason 1990a, 105–110 ja 1990B, 500–502.) Itsearvostus kytkeytyy myös tapaan hakea tukea. Soliz ja Kunkel (2003) tarkastelivat maailmankatsomukseen liittyvien oletusten merkitystä tuen hakemisen tapoihin. Heidän tulostensa mukaan maailmankatsomukselliset odotukset eivät juuri vaikuttaneet siihen, kuinka yksilö hakee tukea. Itsearvostukseen (self-worth) liittyvät oletukset muodostivat kuitenkin poikkeuksen. Riippumatta siitä, oliko stressaava tilanne vähän vai paljon kuormittava, itsearvostus vaikutti tuen hakemiseen siten, että korkea itsearvostus oli yhteydessä positiiviseen suhtautumiseen tuen hakemiseen.

Yksilön viestijäkuva on osa yksilön minäkuva, ja joissakin tutkimuksissa on keskitytty nimenomaan viestijäkuvan ja havaitun tuen väliseen riippuvuuteen. Query, Parry ja Flint (1992) sekä Query ja James (1989) tarkastelivat yksilön sosiaalisen verkoston laajuuden ja yksilön omien viestintäkompetenssistaan tekemien arvioiden välistä yhteyttä. Tutkimuksen tulokset osoittivat, että arvio omasta viestintäkompetenssista ennustaa sosiaalisen verkoston laajuutta. Omat viestintätaidot hyviksi arvioineet eivät olleet saamaansa tukeen tyytyväisempiä kuin ne, jotka arvioivat omat viestintätaitonsa heikoiksi. He kokivat kuitenkin mahdollisuutensa saada tukea suuremmiksi kuin omat viestintätaitonsa heikoiksi arvioineet. Myös viestijäkuva näyttäisi olevan siis yhteydessä nimenomaan havaitun tuen määrään, vaikka se ei vielä kerrokaan siitä, että todellisten viestintätaitojen ja saadun tuen välillä olisi suoraa yhteyttä.

Saadun tuen ja sosiaalisen verkoston välistä yhteyttä tarkastelivat Rosenfeld, Richman ja Bowen (1998), jotka vertasivat kahden oppilasryhmän sosiaalisen verkoston laajuutta, verkostolta saadun tuen määrää ja opintomenestystä. Tutkimukseen osallistuneista opiskelijoista ne, jotka raportoivat saaneensa tukea laajalta verkostolta, hyötyivät myös enemmän saamastaan tuesta, ja sillä oli merkitystä heidän opintomenestykselleen. Puolestaan ne opiskelijat, jotka kuuluivat opintomenestyksensä ja -motivaationsa vuoksi putoamisvaarassa olevaan riskiryhmään, raportoivat pienemmästä verkostosta ja kertoivat myös saadun tuen olevan vähäisempää. Tutkimuksessa kiinnostavaa on, että juuri ne oppilaat, joiden opiskelumotivaatio oli korkeampi, myös kertoivat saavansa enemmän tukea. Kyse voi olla siitä, että samat oppilaat tulkitsevat positiivisesti potentiaalisesti supportiivisia sanomia. Kyse voi olla myös siitä, että itseluottamus näkyy halukkuutena hakea ja pyytää tukea silloin, kun kokee tukea tarvitsevansa (Rosenfeld & Richman 1999; Turner, Pearlin & Mullan 1998). Yksilön turvallisuuden tunteella ja sosiaalisella verkostolla näyttää olevan merkitystä paitsi havaitulle myös saadulle tuelle.

Itsearvostuksen ja minäkäsityksen välinen yhteys erityisesti havaitun tuen määrään näyttäisi olevan merkittävä. Havaitun tuen on todettu olevan yhteydessä myös tuen hakemiseen (Komproe, Rijken, Ros, Winnubst & Hart 1997). Ongelmalliseksi itsearvostuksen ja tuen välisen yhteyden arvioimisen tekee kuitenkin se, että kausaalisuuden suuntaa on vaikea osoittaa. Yhtä lailla kuin voi arvioida positiivisen minäkuvan vaikuttavan positiivisesti havaitun tuen mää-

rään, voi arvioida havaitun tuen vaikuttavan positiivisesti yksilön minäkuvaan. Kyseessä on kehä, jossa eri ulottuvuudet vaikuttavat toisiinsa vastavuoroisesti, jolloin on vaikea erottaa alkutekijää tai käynnistävää tekijää. On kuitenkin olemassa runsaasti tutkimustuloksia, jotka osoittavat minäkäsityksen ja itsearvostuksen vaikuttavan yksilön tulkintaan vuorovaikutuksen supportiivisuudesta. Sekä minäkäsityksen että itsearvostuksen voi siis olettaa vaikuttavan tulkintoihin sosiaalisesta tuesta kaikissa vuorovaikutussuhteissa ja kaikissa viestintätilanteissa.

Yksilön käsitys omasta itsestään heijastuu supportiivisiin viestintäprosesseihin ainakin minäkäsityksen ja itsearvostuksen kautta. Edellä kuvattu kiintymystyyli sen sijaan on yksilön piirretyyppinen ominaisuus, joka kuvaa yksilön käsitystä vuorovaikutussuhteiden luonteesta yleensä. Kiintymystyylin avulla voidaan selittää sitä, kuinka käsitys vuorovaikutussuhteista heijastuu tuen tulkitsemiseen ja tuen hakemiseen. Kolmas sosiaalisen tuen tulkitsemiseen vaikuttava yksilöllinen kognitio on yksilön käsitys toisesta vuorovaikutusosuudesta ja keskinäisestä suhteesta. Kun tarkastellaan niitä tulkintoja, joita tukea tarvitseva tekee toisesta vuorovaikutusosuudesta, on jokseenkin vaikea tehdä eroa siinä, perustuvatko tulkinnat vuorovaikutussuhteen luonteeseen vai toisen viestijän piirteisiin. Erityisesti läheisissä vuorovaikutussuhteissa voi olettaa, että käsitykseen toisesta osapuolesta viestintäkumppanina heijastuvat myös käsitykset keskinäisestä vuorovaikutussuhteesta.

2.4.2 Tuen antajan motivaatio, tavoitteet ja taidot

Tuen antajaa tarkastelevissa tutkimuksissa näkökulma oli pitkään ylipäättään prososiaalisessa käyttäytymisessä, ja tutkimuksissa tarkasteltiin sitä, milloin ja miksi joku antaa tukea (Dunkel-Schetter & Skokan 1990, 442-444; Ray 1993, 108-109). Viime vuosina puheviestinnän tutkimuksissa on tarkasteltu erityisesti tuen antajan tavoitteita ja intentiota sekä motivaatiota. Tutkimuksissa on tarkasteltu myös sitä, miten tuen antajan omat henkilökohtaiset tukiverkostot ja taustayhteisö vaikuttavat tuen antamiseen ja tuen antajan resursseihin tarjota tukea (Haines, Hurlbert & Beggs 1996; Miller, Stiff & Ellis 1988). Näitä resursseja ja niihin vaikuttavia tekijöitä on tarkasteltu sekä epävirallisten auttajien (Turner, Pearlin & Mullan 1998) kuten auttamisen ammattilaistenkin kohdalla (Ellis & Miller 1994; Himle & Jayaratne 1991).

Tuen antajan motivaatioon vaikuttavat erityisesti tuen antajan käsitykset tuen tarvetta aiheuttavista stressitekijöistä ja tuen saajan kyvystä vaikuttaa näihin stressitekijöihin. Stressitekijöitä voidaan arvioida jatkumolla sen mukaan, kuinka paljon ne kuormittavat stressiä kokevaa henkilöä, ja toisaalta sen perusteella, kuinka monimutkaisia tai helposti arvioitavia tekijät ovat. Voimakkaasti stressaavissa tilanteissa tukea tarjotaan enemmän verrattuna tilanteisiin, joissa stressitekijä arvioidaan lievästi kuormittavaksi. Esimerkiksi menettämiskokemukset kuten avioero tai läheisen kuolema näyttäisivät nostavan halukkuutta tuen tarjoamiseen. (Dunkel-Schetter & Skokan 1990, 439-440.) Dunkel-Schetterin ja Skokanin (1990, 339-441) mukaan tukea tarjotaan eniten tilanteissa, joissa stressitekijä on selkeästi arvioitavissa ja tunnistettavissa ja joissa tukea

tarvitseva ei itse pysty kontrolloimaan stressifaktoria kuten sairastumistaan. Tuen tarjoamisen halukkuuteen vaikuttaa myös se, että tuen antaja kokee empatiaa tukea tarvitsevaa kohtaan ja että tuen antajalla on omakohtaista kokemusta kyseisestä stressitekijästä. Lisäksi Dunkel-Schetterin ja Skokanin (1990, 442–444) mukaan tuen antamiseen vaikuttavat sekä normatiivinen paine että vaivattomuus eli se, ettei tuen tarjoamisesta aiheudu tuen antajalle suurta vaihua tai hankaluutta.

Attribuutiot ja motivaatio

Jones ja Burleson (1998) ovat tarkastelleet tuen antajan tekemien attribuutioiden vaikutusta heidän antamaansa tukeen. Eläytymismenetelmää käyttäen he tuottivat neljä erilaista tilannetta, jossa stressin syy attribuoitiin joko tukea tarvitsevaan tai hänen ulkopuolelleen ja jossa stressin aiheuttaja oli joko helposti tai vaikeasti kontrolloitavissa. Tutkimukseen osallistuvia pyydettiin kirjoittamaan, mitä he sanoisivat tilanteessa tukea tarvitsevalle. Kertomukset analysoitiin koodaamalla kertomuksista tunne- ja ongelmakeskeisiä supportiivisia sanomia. Tulokset osoittivat, että stressin syyn attribuoiminen tuen saajan ulkopuolelle tuotti enemmän tunnekeskeisiä sanomia kuin ongelmakeskeisiä. Ongelmakeskeisyys lisääntyi, kun stressin syy attribuoitiin tuen saajaan. Myös stressitekijän kontrolloitavuus vaikutti sanomien sisältöön: mikäli tuen saaja ei voinut vaikuttaa stressitekijään, tunnekeskeinen lähestymistapa lisääntyi.

Goldsmith ja Dun (1997) ovat tarkastelleet tilannetekijöiden ja vuorovaikutussuhteeseen liittyvien tekijöiden merkitystä supportiivisten sanomien tuottamiselle. He pyysivät tutkimukseen osallistuneita reagoimaan erilaisiin oletettuihin ongelmatilanteisiin. Heidän tulostensa mukaan ongelmakeskeiset ilmaukset syntyivät tilanteissa, joissa tukea tuottava tilanne liittyi tuen saajan interpersonaalisiin ongelmiin, tai niissä tilanteissa, joissa tuen saajan ongelmatilanne oli syntynyt menneisyydessä. Toimintasuuntautuneita ilmauksia käytettiin tilanteissa, joissa ongelma oli ajankohtainen tai odotettavissa oleva ja joissa tuen antajalla oli kokemusta tilanteesta. Tunnesuuntautunutta tukea ennusti tuen saajan ja antajan läheinen vuorovaikutussuhde sekä hankaluus kontrolloida stressitekijää. Erityisesti sellaisessa tilanteessa, jossa läheinen henkilö koki interpersonaalista stressiä, tunnesuuntautunut tuki lisääntyi.

Sekä Goldsmithin ja Dunin (1997) että Jonesin ja Burlesonin (1998) tulokset kuvaavat tuen antajan motivaatiota, ja ne näyttäisivät olevan linjassa Dunkel-Schetterin ja Skokanin (1990) käsitysten kanssa. Koska tunnekeskeisten sanomien tuottaminen on vaativampi prosessi kuin ongelmakeskeisten sanomien tuottaminen (Burleson & Goldsmith 1998), se edellyttää tuen antajalta enemmän taitoja, paneutumista ja sitoutumista. Tällaista sitoutumista näyttäisi syntyvän erityisesti silloin, kun stressitekijä on attribuoitavissa tuen saajan ulkopuolelle. Sen sijaan attribuutioiden merkitys tiedollisen tuen antamisessa, jota puheviestinnässä on tarkasteltu erityisesti neuvomisena, on monitahoisempi. Esimerkiksi Agne ja White (2000) tutkivat kasvojen säilyttämisen strategioiden käyttöä neuvojen ja ehdotusten tekemisessä. Heidän mukaansa ongelman kontrolloitavuudella ei näyttänyt olevan yhteyttä valittuun neuvomisen strategiaan, eikä

kontrolloitavuus vaikuttanut siihen, millaisia kohteliaisuusstrategioita tuen antaja käytti. Attribuutiot eivät siis itsestään selvästi ohjanneet kohteliaisuusstrategioiden käyttöä.

MacGeorge (2001) tarkasteli, miten tukea tarvitsevan vastuu ongelman syntymisestä vaikuttaa motivaatioon antaa tukea. Ongelmanratkaisussa tarvittavaan tukeen tuen saajan vastuulla ei ollut merkittävää yhteyttä. Hänen tulosensa perusteella se, onko vastuu stressitekijän syntymiseen tuen saajalla, vaikuttaa kuitenkin merkittävästi emotionaalisen tuen osoittamiseen. MacGeorge (2001) tulkitsee tuloksia siten, että tuen saajan oma vastuu ei vähennä tuen antajan motivaatiota osallistua ongelmatilanteen selvittämiseen sinänsä, vaan se suuntaa tuen antajan motivaatiota ongelmanratkaisun tuen antamiseen emotionaalisen sijasta. Tuen antajan käsityksillä siitä, missä määrin tuen saaja pyrkii itse ratkaisemaan ongelmansa ja paneutuu siihen, oli lievä välittävä vaikutus motivaatioon. Samoin välittävää vaikutusta oli sillä, millainen käsitys tuen antajalla oli tukea tarvitsevan käyttäytymisen jatkuvuudella. Jos tuen antaja kokee tilanteen pikemmin poikkeuksellisenä kuin sääntönä tukea tarvitsevan elämässä, motivaatio osoittaa tukea kasvaa.

Sukupuoli, motivaatio ja taidot

Tuen antajan motivaatio on moniulotteinen konstruktio, johon vaikuttavat niin tuen tarpeen syy, tuen saajan oma toiminta ongelman ratkaisemiseksi kuin ongelman kontrolloitavuuskin. Myös sukupuolen merkitystä on tarkasteltu niin motivaation, viestintäkäyttäytymisen kuin taitojenkin suhteen. Burleson, Holmstrom ja Gilstrap (2005) tarkastelivat sukupuolen merkitystä tuen antajan motivaatiolle. Heidän lähtökohtanaan oli oletus siitä, että sekä tuen antajan että tuen vastaanottajan sukupuoli vaikuttaa siihen, millaista emotionaalista tukea kuormittavassa tilanteessa osoitetaan. Emotionaalisen tuen laatua mitattiin henkilökeskeisyydellä. Asetelman lähtökohtana oli ajatus siitä, että normatiivinen motivaatio vaikuttaa erityisesti miesten tapaan osoittaa emotionaalista tukea. Tutkimuksen tulosten mukaan näin näyttäisi myös olevan. Ensinnäkin sekä miehet että naiset pitivät henkilökeskeisyyttä feminiinisenä piirteenä. Toiseksi miehet pitivät henkilökeskeistä tuen osoittamisen tapaa miehille epätyypillisenä tapana antaa tukea. Kolmanneksi miehet kokivat vähemmän miellyttävänä sellaisen tukea antavan miehen, joka osoitti tukea hyvin henkilökeskeisesti. Näiden tulosten perusteella Burleson, Holmstrom ja Gilstrap (2005) tulivat johtopäätökseen, että miesten henkilökeskeistä tukea voidaan pitää normien vastaisena yhdysvaltalaisessa kulttuurissa, mikä vaikuttaa miesten tapaan osoittaa emotionaalista tukea. Tästä huolimatta sekä miehet että naiset pitivät henkilökeskeistä tukea tehokkaimpana tuen muotona.

Sukupuolen merkitystä tuen antajan viestintäkäyttäytymiselle ovat tutkineet Goldsmith ja Dun (1997), jotka tutkivat, kuinka naisten ja miesten antama tuki eroavat toisistaan. Tutkimukseen osallistuneiden naisten supportiiviset responsit olivat pidempiä, ja koska he puhuivat enemmän, myös tunteista puhuttiin enemmän. Toisaalta samanaikaisesti naisten responsseihin sisältyi enemmän myös toimintasuuntautunutta sisältöä kuin miesten. Sukupuolten

välillä ei ollut eroa siinä, kuinka usein he kielsivät toisen osapuolen tunteet tai ongelman. Erot sukupuolten välillä tunne- ja ongelma-keskeisessä tuessa olivat hyvin pieniä, ja selittyivät siis viestinnän määrällä, eikä naisten antama tuki vastoin melko yleistä luuloa ollut tunnekeskeisempää kuin miesten antama tuki. Arkikäsite naisten empaattisuudesta ei tutkijoiden mukaan perustukaan tuen laatuun vaan pikemminkin sen määrään.

MacGeorge, Gillihan, Samter ja Clark (2003) tutkivat sukupuolen yhteyttä tuen antamisen taitavuuteen. Heidän tutkimuksessaan tarkasteltiin erityisesti emotionaalisen tuen antamista, ja taitoja arvioitiin sanomien henkilökeskeisyyden perusteella. Tutkimuksen tulokset osoittivat, että naiset ovat taitavampia käyttämään henkilökeskeisiä sanomia tilanteessa, jossa he lohduttavat ystävää. Tutkimuksessa testattiin myös tuen saajan sukupuolen merkitystä sille, kuinka henkilökeskeisiä sanomia tuotetaan, jotta mahdolliset sukupuolinormit saataisiin näkyviin. Tässä tutkimuksessa tuen saajan sukupuoli ei vaikuttanut henkilökeskeisyyteen, vaan ainoa ero syntyi tuen antajan sukupuolesta. Tuen saajan vastuu omasta tilanteestaan ja toisaalta pyrkimykset ratkaista ongelma vaikuttivat samansuuntaisesti sekä miehiin että naisiin tuen antajana.

MacGeorge, Gillihan, Samter ja Clark (2003) tulkitsevat tuloksiaan hyvin varovasti. Vaikka tulokset osoittavatkin naisten olevan taitavampia käyttämään henkilökeskeisiä sanomia, tutkijat muistuttavat, että asiaa tulisi testata erilaisilla menetelmillä. He toteavat myös, että on mahdollista, että suurin osa naisista ja miehistä on yhtä taitavia, mutta osa naisista on erityisen taitavia ja osa miehistä melko taitamattomia. Samterin (2002) mukaan miesten ja naisten erot taitavuudessa saattavat osittain selittyä ja välittyä kognitiivisen kompleksisuuden perusteella. Hänen mukaansa kyse ei ole niinkään siitä, että tytöt ja pojat kasvatetaan erilaiseen viestintäkulttuuriin, vaan että tyttöjä ohjataan havaitsemaan sosiaalisessa ympäristössään erityisesti emotionaalisia tekijöitä ja supportiivisia episodeja. Tällöin tyttöjen kognitiivinen rakenne muodostuu kompleksiseksi erityisesti tällä ulottuvuudella. Kiinnostavaa on, että Xun ja Burlesonin (2001) tutkimuksessa, jossa tarkasteltiin sukupuolen, kulttuurin ja tuen muodon merkitystä käsityksille tuesta avioliiton alkuvaiheessa, naiset odottivat enemmän tukea kaikilla tuen osa-alueilla kuin miehet. Sen sijaan sukupuolella ei ollut merkitystä sille, kuinka paljon puolisoit kokivat saaneensa tukea kumppaniltaan, mutta naiset kokivat antavansa enemmän erityisesti emotionaalista ja arvostusta osoittavaa tukea. Tämä saattaa kytkeytyä juuri emotionaalisen tuen tarpeen havaitsemiseen.

Sukupuoli on haastava muuttuja tarkasteltavaksi. Esimerkiksi Goldsmith ja Dun (1997) korostavat pikemminkin naisten ja miesten käyttäytymisen samanlaisuutta ja toteavat, että yhtäläisyydet sukupuolten välillä ovat tärkeämpiä kuin erot ja että hedelmällisempää kuin tarkastella eroja supportiivisten ilmausten tasolla olisi tarkastella heidän eroavaisuuksiaan esimerkiksi mahdollisuudessa tuen antamiseen. Sukupuolta tarkasteltaessa onkin syytä muistaa, että yleensä persoonallisuuserot ja yksilölliset erot selittävät sukupuolieroja paremmin niin yksilön käyttäytymistä, intentioita kuin taitoja.

2.4.3 Tuki vuorovaikutussuhteessa

Sosiaalinen tuki on yksi vuorovaikutussuhteiden tärkeimmistä funktioista, ja supportiivinen viestintä keskeisimpiä interpersonaalisen viestinnän tutkimuskohteita. Tuella on todettu olevan tärkeä merkitys vuorovaikutussuhteiden ylläpitämisessä, ja toisaalta vuorovaikutussuhde on se konteksti, jossa tuki kehkeytyy. Edellisissä alaluvuissa tarkastelin niitä yksilöllisiä tekijöitä, jotka vaikuttavat tuen hakemiseen, osoittamiseen ja tulkitsemiseen. Tässä luvussa tarkastelen supportiivista viestintää vuorovaikutussuhteesta ja suhteen piirteistä käsin.

Vuorovaikutussuhteen luonne ja historia vaikuttavat monin tavoin supportiivisesta viestinnästä tehtäviin tulkintoihin (Barnes & Duck 1994, 175–176). Ensinnäkin odotukset tuesta kytkeytyvät vuorovaikutussuhteen laatuun, ja toiseksi tuen tarpeen havaitseminen on sidoksissa vuorovaikutussuhteeseen. Myös tuen havaitseminen ja tulkitseminen ovat riippuvaisia suhteesta. Tuki voi ilmetä hyvin eri tavoin riippuen siitä, onko kyseessä ammatillinen suhde tai henkilökohtainen perhe- tai ystävyysuhde. Sosiaalinen tuki näyttääkin olevan hyvin suhdespesifiä siten, että tuen muoto ja sen vaikutukset riippuvat siitä, minkä tyyppisestä suhteesta on kysymys. (Brock, Pierce, Sarason & Sarason 1996). Esimerkiksi läheisyyden aste, suhteen hierarkkisuus sekä osapuolten riippuvuus toisistaan vaikuttavat merkittävästi tuesta syntyviin päätelmiin ja tuen tehokkuuteen sekä halukkuuteen antaa tukea.

Läheisyys, tunteminen ja sosiaalinen tuki

Sosiaalista tukea on tutkittu erityisesti läheisissä vuorovaikutussuhteissa kuten pari- ja perhesuhteissa sekä ystävyysuhteissa. Näissä suhteissa sosiaalinen tuki on yksi suhteen perusfunktioista. Esimerkiksi Pierce (1994) esittää suhteen perusulottuvuuksiksi sosiaalisen tuen, läheisyyden ja konfliktien ilmenemisen. Vuorovaikutussuhteeseen liittyy aina odotuksia siitä, että toinen osapuoli osoittaa tukea silloin, kun itse sitä tarvitsee. Henkilökohtaisissa vuorovaikutussuhteissa saadulla tuella on merkittävä yhteys yksilön hyvinvointiin. Perhe- ja parisuhteissa tuen on todettu ennustavan tyytyväisyyttä suhteeseen, ja toisaalta tyytyväisyys suhteeseen lisää havaittua tukea (Barbee, Rowatt & Cunningham 1998; Revenson & Majerovits 1990; Unger, Jacobs & Cannon 1996). Läheisissä vuorovaikutussuhteissa saadun tuen on todettu myös vaikuttavan kriiseistä selviämiseen ja esimerkiksi sairauteen sopeutumiseen (Ducharme 1994; Gotcher 1995). Ystävyys-, perhe- ja parisuhteissa havaitun ja saadun tuen merkitystä on selitetty erityisesti läheisyyden kautta. Läheisyyden kasvaessa myös havaitun tuen on todettu lisääntyvän (Cutrona, Cohen & Igram 1990). Tätä voidaan selittää sekä hyväksytyksi tuleminen tunteen lisääntymisellä että herkkyyden lisääntymisellä. Läheisyyden lisääntyessä osapuolten herkkyyks toistensa tarpeille kasvaa, mikä puolestaan nostaa odotuksia tuesta. Tällöin kasvaa myös taipumus tulkita aktuaaliset vuorovaikutustilanteet supportiivisiksi (Larose & Boivin 1997, 595; Sarason, Pierce & Sarason 1990a, 115–116 ja 1990b, 502–504; Trees 2000, 243).

Barnesin ja Duckin (1994, 176) mukaan vuorovaikutus henkilökohtaisissa suhteissa vaikuttaa tukeen kolmella tavalla. Se tuottaa ensinnäkin tietoa yksilölle siitä, kuinka toinen osapuoli toimii niissä tilanteissa, joissa hän mahdollisesti tukea tarvitsee. Toiseksi se tekee mahdolliseksi arvioida, millaiset resurssit toisella osapuolella on antaa tukea. Kolmanneksi henkilökohtaisten suhteiden vuorovaikutus tuottaa tietoa siitä vuorovaikutuksen tavasta, joka on epävirallisen, suoran tai epäsuoran tuen antamisen konteksti. Vuorovaikutussuhteiden läheisyys vaikuttaa myös siten, että tuen antaja tuntee toisen tarpeet. Näin tuen antaja voi tarjota sellaista apua, joka on "räätälöity" juuri henkilön täsmälliseen tilanteeseen (Cutrona, Cohen & Igram 1990, 554).

Läheisyyden ohella samanlaisuuden ja samankaltaisuuden kokeminen voi lisätä tuen merkityksellisyyttä ja tehokkuutta. Samankaltaisten kokemusten merkitys on keskeinen erityisesti vertaissuhteissa, mikä näkyy esimerkiksi kollegiaalisen tuen kohdalla. Työtovereilta saadun tuen on todettu vaikuttavan positiivisesti työssä jaksamiseen, stressin sietämiseen, työtyytyväisyyteen ja työmotivaatioon. Työhön liittyvistä stressitekijöistä selviytymisessä kollegiaalinen tuki näyttäisi olevan tehokkaampaa kuin esimerkiksi perheeltä saatu tuki. (Ellis & Miller 1994; Zimmermann & Applegate 1992.) Työtovereilta saadun tuen merkitystä on selitetty yhteisillä kokemuksilla ja taustalla. Kun työyhteisössä tukea saadaan henkilöltä, jolla on samankaltainen näkemys ja kokemus työprosessista, tuki koetaan tehokkaaksi. Toisaalta myös statukseltaan ylempänä olevilta, kuten esimiehiltä saadun tuen on todettu olevan tehokasta työhön liittyvistä stressitekijöistä selviytymisessä. (Albrecht & Adelman 1984, 6–8; Ray 1994, 106.) Yhteinen tausta voi vaikuttaa myös siten, että tuen antaja tunnistaa tuen tarpeen helpommin kuin muut vuorovaikutuskumppanit, ja se voi vaikuttaa myös niihin attribuutioihin, joita tilanteessa syntyy (ks. Jones & Burleson 1998). Yhteisellä taustalla voi olla merkitystä myös sille, kuinka sitoutuneeksi tuen antaja itsensä tilanteessa kokee (Goldsmith & Dun 1997, 333–334). Erityisen tärkeä yhteinen konteksti ja tausta on silloin, kun stressitekijä poikkeaa merkittävästi arkikokemuksista (Albrecht & Adelman 1984, 7).

Autonomia ja sen uhkat

Oleellisena vuorovaikutussuhteeseen vaikuttavana tekijänä voi pitää autonomian ja riippuvuuden dynamiikkaa, ja jokaisessa vuorovaikutussuhteessa joudutaan ratkomaan yksilöllisyyden ja yhteisyyden kysymyksiä. Tasapaino keskinäisen riippuvuuden ja henkilökohtaisen autonomian välillä vaikuttaa myös sosiaalisen tuen toteutumiseen vuorovaikutussuhteissa (Cutrona & Suhr 1994, 115). Tuki on myös yksi tekijä, jolla voidaan pyrkiä ratkomaan autonomian ja riippuvuuden kysymyksiä. Lähtökohtaisesti sosiaalisen tuen funktiona on lisätä tuen saajan resursseja, mikä merkitsee myös autonomian lisääntymistä. Tuki voi kuitenkin olla myös dysfunktionaalista, jolloin se pikemminkin lisää kuin vähentää riippuvuutta. Ray (1993) pitää sosiaalisen tuen keskeisinä dysfunktionaalisina vallankäyttöä, tuen käyttämistä potentiaalisena hyödykkeenä ja vaihdon välineenä. Tuki voi esimerkiksi aiheuttaa kiitollisuuden velkaa, siihen

voi liittyä informaation vastavuoroiseen vaihtoon liittyviä odotuksia ja tuen tarjoaja voi pyrkiä hankkimaan vastineeksi tavoittelemissaan toimintatapoja.

Autonomiaa voi uhata myös hyvä tarkoitus. Adelman ja Frey (1997, 51–57) pitävät autonomiaa ja tukea tarvitsevan omaa tilaa uhkaavana sitä, että auttaja on ”liian innokas” osoittamaan tukea. He tutkivat hoivayhteisöä, jossa erityisesti ulkopuoliset auttajat pyrkivät auttamaan enemmän kuin oli tarpeen, eivätkä he tunnistanee tuen todellista tarvetta. Innokas auttaja saattaa siis uhata henkilökohtaista tilaa siten, että hän määrittelee tukea tarvitsevan avuttomammaksi kuin tämä on. Sosiaaliseen tukeen liittykin usein implisiittinen oletus siitä, että tukea tarvitseva haluaa keskustella omista ongelmistaan, mikä ei aina pidä paikkansa. Clark ja Delia (1997) tutkivat sitä, halutaanko ystävien ottavan puheeksi ongelmat kuormittavassa tilanteessa, ja heidän tuloksensa osoittivat, että useinkaan näin ei ole. Kysyttäessä, miten he toivoisivat ystävän toimivan, parhaaksi strategiaksi katsottiin keskustelun avaaminen tavalla, joka ei sido keskustelun kulkua. Näin ollen stressiä kokevan on mahdollista päättää, keskustellaanko ongelmasta vai ei. Clark ja Delia (1997) selittävät tuloksiaan siten, että stressiä kokeva tunnistaa sen, ettei kaikki puhuminen ole hyväksi. Tuen antamiseen liittyy esimerkiksi kokemus omasta kyvystä hallita omia ongelmia, ja ongelman ottaminen puheeksi voi tuottaa merkityksiä siitä, että näin ei ole. Toisaalta voi olla niin, että asiasta keskusteleminen lisää yksilön stressiä. On mahdollista, että toinen ottaa ongelman puheeksi juuri silloin, kun itse unohtaa tai haluaa unohtaa asian hetkeksi.

Auttaminen voi olla myös kasvoja uhkaava seikka. Goldsmith ja Fitch (1997) tarkastelivat normeja ja vuorovaikutussuhteen merkitystä niille tulkinnoille, joita neuvojen antamisesta tehdään. Goldsmithin ja Fitchin (1997) tulosten mukaan neuvominen tulkitaan hyvin monella tapaa, ja vaikka se toisaalta välittää merkityksiä toisen on avuliaisuudesta ja välittämisestä, toisaalta se synnyttää merkityksiä asioihin sekaantumisesta. Neuvomiseen liittyvä rehellisyys voidaan nähdä kannustavana, mutta myös suorasukaisuutena ja jopa erimielisyyden osoittamisena.

Vuorovaikutussuhteissa joudutaan jatkuvasti ratkomaan ja hallitsemaan ristiriitaisia tavoitteita (Goldsmith 1992; Zimmermann & Applegate 1994). Interpersonaalisiin suhteisiin sisältyvät konfliktit vaikuttavat aina sekä tuen tarjoamiseen että osoitetusta tai saatavilla olevasta tuesta tehtyihin päätelmiin. Niissä vuorovaikutussuhteissa, joihin liittyy voimakkaita interpersonaalisia ristiriitoja, ristiriidat vaikuttavat tulkintoihin supportiivisista pyrkimyksistä. Potentiaalista tukea ei ehkä tulkita tueksi, vaan siihen saattaa liittyä jopa merkityksiä konfrontaatiosta. Tuen toteutumiselle ei näin ole edellytyksiä, vaikka tuen tarjoajan intentio olisikin supportiivinen (Sarason, Pierce & Sarason, 1990b, 503). Interpersonaalisiin suhteisiin liittyvä kilpailu voi vaikuttaa negatiivisesti sekä tuen tarjoamiseen, supportiivisesta viestinnästä tehtäviin tulkintoihin että havaittuun tukeen (ks. Himle & Jayaratne 1991). Ristiriitaisia tai kilpailevia tavoitteita sisältävissä suhteissa tuki voi pikemminkin lisätä stressiä kuin vähentää sitä.

Sosiaalinen tuki kytkeytyy kiinteästi vuorovaikutussuhteeseen: ne selittävät monessa mielessä toinen toisiaan. Tukea voi pitää suhteen yhtenä funktiona, toisaalta suhteen voi ymmärtää tuen kontekstiksi. Puheviestinnän alalla sosiaalista tukea on tutkittu erityisesti läheisissä vuorovaikutussuhteissa kuten pari-, perhe- ja ystävyysuhteissa. Nämä tutkimukset osoittavat, että suhteen laadulla on merkitystä tuen tehokkuudelle. Suhteen laatu vaikuttaa myös siihen, millaisia merkityksiä tuelle annetaan ja kuinka tukea tulkitaan. Kiinnostavampaa kuin suhteen ja tuen välinen yhteys sinänsä on kuitenkin se, millaisia merkityksiä tuki saa erilaisissa vuorovaikutussuhteissa ja konteksteissa. Vaikka merkitykset ovat aina yksilöllisiä, on mahdollista kuitenkin löytää myös sellaisia merkityksiä, jotka ovat yhteisiä tiettyyn kulttuuriin, yhteisöön ja ryhmään kuuluville. Yhteiset kokemukset mahdollistavat myös tuelle annettujen merkitysten lähenemisen ja samankaltaisten merkitysten syntymisen.

Sosiaalista tukea on tutkittu puheviestinnän alalla erityisesti tuen tehokkuuden näkökulmasta, jolloin on tarkasteltu supporttiivisten ilmausten ja sanomien vaikuttavuutta. Samoin on pyritty selvittämään tuen muodon kuten emotionaalisen ja tiedollisen tuen vaikutusta erilaisiin stressitekijöihin. Viime vuosina on tutkittu runsaasti tuen antamista sekä taitojen että motivaation näkökulmasta, vastaanottamista on tarkasteltu puolestaan siitä näkökulmasta, millaiset sanoman piirteet koetaan supporttiivisiksi. Tuen vastaanottamisen ja havaitsemisen yhteydestä yksilön piirretyyppisiin ominaisuuksiin on oltu hyvin kiinnostuneita erityisesti psykologiseen perinteeseen kiinnittyvässä tutkimuksessa. Tiivistäen voisi sanoa, että tukea on tarkasteltu ennen muuta vaikutusyhteyksien näkökulmasta. Niitä on tutkittu nimenomaan tuen muodon ja tuen vaikutusten, tuen antajan kognitioiden ja sanomien rakenteen, tukea tarvitsevan kognitioiden ja havaitun tuen sekä vuorovaikutussuhteen piirteiden ja tuen vaikuttavuuden osalta. Suhteen merkitystä tuelle on tarkasteltu ennen muuta läheisissä suhteissa ja työyhteisön vuorovaikutussuhteissa. Seuraavassa luvussa tarkastelen sosiaalista tukea hoitotyön kontekstissa.

2.5 Tuki potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa

Potilas-hoitajasuhteessa tukea on lähestytty ennen muuta tuen tarpeen ja tyytyväisyyden näkökulmasta. Näkökulma on luonteva ammatilliseen auttamissuhteeseen, joka perustuu avun ja tuen saamiseen ja antamiseen. Tuen tarvetta ja tyytyväisyyttä tukeen hoidossa on mitattu suoraan, ja niitä on tarkasteltu myös yhteydessä erilaisiin taustamuuttujiin ja tuen vaikuttavuuteen. Tukea on tutkittu myös vertailemalla tuen vastaanottajan ja antajan käsityksiä tuen toteutumisesta. Sosiaalisena tukena hoitotyössä on tutkittu tuen muotoja, ennen muuta emotionaalista ja tiedollista tukea, mutta myös välineellistä tai konkreettista tukea. Tuki on operationaalistettu niin havaituksi kuin saaduksi tueksi, jossain määrin on hyödynnetty myös laadullista tutkimustapaa. Pyrin tässä luvussa kuvaamaan potilaiden, omaisten ja hoitohenkilökunnan käsityksiä tuesta osas-

tohoidossa, ja esittelen niitä selityksiä, joita osallistujien kokemuksille on annettu.

2.5.1 Tuen tarve, tuen toteutuminen ja tyytyväisyys tukeen

Tuen tarvetta ja sen toteutumista on tarkasteltu useissa tutkimuksissa erityisesti tiedollisen ja emotionaalisen tuen näkökulmasta. Tutkimuksissa on tarkasteltu niin potilaiden kuin omaistenkin käsityksiä ja kokemuksia, ja usein tutkimus on kohdentunut johonkin tiettyyn potilasryhmään kuten syöpä- ja sydänpotilaisiin sekä heidän omaisiinsa. Tuesta hoitotyössä on paljon suomalaista tutkimusta. Kiinnostavaa on, että esimerkiksi tuen tarpeen ja tyytyväisyyden osalta tulokset ovat melko yhdenmukaisia pitkälläkin ajanjaksolla tarkasteltuna. Myös potilaiden ja omaisten kokemukset ovat samansuuntaisia, joskin omaisten kokema tuen tarve on usein suurempi kuin potilaiden.

Väätäinen ja Krause (1988) tutkivat syöpään sairastuneiden kokemaa psyykkisen tuen tarvetta ja heidän kokemuksiaan saadusta tuesta. Tutkimuksen vastaajista kaksi kolmasosaa ilmoitti kaipaavansa psyykkistä tukea, ja tuen tarve kasvoi sairauden edetessä. Psyykkistä tukea koki saaneensa 80 % vastanneista. Hieman suurempi osa tutkituista koki saaneensa enemmän tukea lääkäreiltä kuin hoitajilta. Tämän tutkijat katsovat selittyvän osaksi sillä, että potilas tekee hoitopäätökset nimenomaan lääkärin kanssa. Vaikka tutkimukseen osallistuneet olivat tyytyväisiä hoitoonsa, he odottivat hoitavalta henkilökunnalta enemmän aikaa ja empaattista suhtautumista.

Samanlaisia odotuksia on myös omaisella. Lehto, Laitinen-Junkkari ja Turunen (2000) tutkivat tehohoidossa olevien potilaiden omaisten käsityksiä saamastaan tuesta. Kyselyyn vastanneista omaisista enemmistö koki saaneensa tukea tarvitessaan. Tiedollista tukea potilaat kokivat saaneensa silloin, kun he itse kysyivät tietoa. Sen sijaan emotionaalisesta tuesta kysyttäessä osa omaisista vastasi kaipaavansa enemmän tunteista puhumista. Kokemukset ovat samansuuntaisia myös syöpäpotilaan omaisilla. Eriksson, Arve ja Lauri (2006) tarkastelivat omaisten saamaa tukea ennen ja jälkeen omaisen kuoleman. Heidän tuloksensa osoittivat, että ennen potilaan kuolemaa omaiset kokivat saaneensa emotionaalista tukea. Lähes kaksi kolmasosaa kuitenkin vastasi, että heidän mahdollisuutensa keskustella tilanteesta olivat hyvin rajallisia, ja yli puolet osallistuneista totesi, ettei hoitava henkilökunta kysynyt heidän keskustelun tarpeestaan. Kun omaisen saamaa tukea verrattiin kokonaisuudessaan ennen kuolemaa ja sen jälkeen, tulokset osoittivat, että omaisen sai enemmän tukea ennen kuolemaa.

Rantanen, Kaunonen, Åstedt-Kurki ja Tarkka (2004) selvittivät sydänpotilaan ja omaisten tuen lähteitä ja eri lähteistä saatua tukea. Tuen muotoina tutkimuksessa tarkasteltiin tiedollista tukea (affirmation), emotionaalista tukea (affect) ja konkreettista apua. Sekä potilaat että omaiset kokivat saaneensa eniten tukea tiedollisen tuen muodossa ja vähiten konkreettisen avun muodossa. Merkitsevä ero oli siinä, että potilaat kokivat saaneensa hoitajilta kaikenlaista tukea enemmän kuin omaiset. Tutkimuksen tulokset osoittivat myös, että puoliso, lapset ja ystävät ovat sydänpotilaille ja heidän lähiomaisilleen pääasiallisin

tuen lähde. Tarkka, Paavilainen, Lehti ja Åstedt-Kurki (2003) tarkastelivat sydänpotilaiden omaisten käsityksiä tuesta. Heidän aineistonsa osoittaa, että omaisista noin 30 % oli tyytymättömiä saamaansa emotionaaliseen tukeen, jota mitattiin esimerkiksi arvostuksen ja kunnioituksen osoittamisen käsitteillä. Tiedolliseen tukeen eli palautteeseen ja päätöksenteon tukemiseen sekä konkreettiseen apuun tyytymättömien määrä oli tutkimuksessa suurempi, eli heitä oli noin 40 % omaisista. Myös Erikssonin (2001) tulokset syöpäpotilaan omaisten käsityksistä osoittivat, että omaiset kaipaavat enemmän tukea kuin saavat. Omaiset myös kokevat, että potilas tarvitsisi enemmän tukea hoitohenkilökunnalta, kuin mitä hän saa. Esimerkiksi potilaan rohkaisemisen päätöksentekoon nähtiin vähäisenä. Koivulan, Tarkan, Tarkan, Laippalan ja Paunonen-Ilmosen (2002) tutkimuksessa erityistä tyytymättömyyttä sydänpotilaissa herätti se, että he eivät saaneet riittävästi tietoa vakavan sairauden herättämistä emotionaalista reaktioista. Lähes puolet heidän tutkimukseensa osallistuneista koki, ettei ollut saanut tämänkaltaista informaatiota lainkaan.

Tuen toteutumista on tarkasteltu myös vertaamalla tuen antajan ja tuen saajan käsityksiä tuen toteutumisesta hoidossa. Suominen (1994) tarkasteli potilaan ja hoitajan käsityksiä tuen määrästä ja tuen muodosta. Kolmasosa tutkimukseen osallistuneista rintasyöpäpotilaista koki, etteivät hoitajat olleet supportiivisia sairaalajakson aikana. Tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajat olivat sen sijaan mielestään antaneet potilaille tukea, ja hoitajat arvioivat sairaalajakson aikana syöpäpotilaan saaman tuen jopa erinomaiseksi. Tuen tarvitsijan ja tuen antajan havainnoissa tuen määrästä näkyy tämän tutkimuksen tuloksissa siis merkittävä ristiriita.

Samankaltainen ristiriita näkyy myös Erikssonin (1996; ks. myös Eriksson & Lauri 2000) tutkimuksessa, jossa tarkasteltiin syöpäpotilaan omaisten mukautumisprosessissaan saamaa apua. Tiedon saannin osalta eroavuudet omaisten ja hoitajien käsitysten välillä olivat merkitseviä. Lähes kaikki omaiset ja hoitajat pitivät tiedon saamista tärkeänä. Kuitenkin omaisista alle 30 % arvioi saaneensa runsaasti tietoa, kun hoitajista noin 70 % arvioi omaisten saaneen runsaasti tietoa. Emotionaalisen tuen osalta erot hoitajien ja omaisten käsityksissä olivat erittäin suuria. Tutkimukseen osallistuneista hoitajista lähes kaikki (96 %) pitivät tärkeänä sitä, että omaiset saavat emotionaalista tukea. Omaisista emotionaalista tukea piti tärkeänä noin puolet tutkimukseen osallistuneista (52 %). Hoitajien ja omaisten arviot toteutuneesta emotionaalista tuesta erosivat merkittävästi. Omaisista vain 8 % katsoi, että he olivat saaneet runsaasti emotionaalista tukea, kun hoitajista 61 % arvioi omaisten saaneen paljon emotionaalista tukea. Erikssonin (1996) tulokset osoittavat merkittävää ristiriitaa tuen saajan ja tuen antajan käsityksissä, ja hän on saanut samanlaisia tuloksia myös muissa tutkimuksissa (Eriksson, Arve & Lauri 2006; Eriksson, Lauri, Somer & Kylmänen-Kurkela 2002; Eriksson, Somer & Lauri 2002).

Potilaiden ja omaisten tyytyväisyyttä tukeen sekä tuen saajan ja tuen antajan ristiriitaisia käsityksiä tuesta on tulkittu monella tapaa. Esimerkiksi Suominen, Leino-Kilpi ja Laippala (1994) toteavat, että hoitajat saattavat aliarvioida potilaan resursseja ongelmanratkaisuun sukulaisten ja ystävien kanssa ja yliar-

vioivat omat resurssinsa auttaa potilasta sairaalahoidon aikana. Toisaalta Kuuppelomäen (2002) tulosten mukaan hoitajat arvioivat potilaan saavan yhtä paljon tukea niin hoitajilta kuin omaisiltakin. Mäkinen, Välimäki ja Katajisto (1999) puolestaan arvelevat, että antamansa tuen määrää arvioidessaan hoitajat kuvaavat ehkä ideaalitulannetta eivät niinkään todellista toimintaansa. Poskiparran (1994) mukaan hoitajat tiedostavat yksilön emotionaalisen tuen tarpeen sekä kasvun ja kehittymisen edistämisen keskeisyyden, mutta toiminnan tasolla tämä ei välttämättä näy. Kyse voi olla siitä, ettei hoitajilla oleva tieto tuesta integroidu heidän toimintaansa käytännön hoitotyössä, kuten Aavarinne (1994) arvioi.

Ongelmat voivat johtua myös siitä, että organisaatio ja tilanne asettavat rajoituksia tuen antamiselle. Esimerkiksi Hullett, McMillan ja Rogan (2000) tutkivat hoitokodissa työskentelevien hoitajien arvostuksia, ja he totesivat hoitajien arvostavan erityisesti hoitajan antamaa affektiivista tukea. Tutkimukseen osallistuneet hoitajat kokivat kuitenkin, että organisaation tasolla painotetaan erityisesti välineellisen tuen merkitystä ja arvostetaan sitä. Myös Kuuppelomäen (2002) tutkimukseen osallistuneet hoitajat näkivät tuen antamiseen liittyvien ongelmien nousevan erityisesti organisaatiosta ja sen asettamista rajoituksista. Esimerkiksi tilankäyttöön tai ajankäyttöön liittyvät ongelmat ovat tällaisia rajoitteita (Eriksson & Lauri 2000). Lampisen, Åstedt-Kurjen ja Tarkan (2000) tutkimat lastenosastolla työskentelevät hoitajat kuvasivat kiireen ehkäisevän tuen osoittamista, vaikka he kokivatkin tuen osoittamisen keskeiseksi osaksi sairaanhoitajan työtä. Liponkosken ja Routasalon (2001) haastatteleminen vanhus-ten ja Aakalan, Turusen ja Vehviläinen-Julkusen (2000) haastatteleminen nuorten käsitysten mukaan tuen toteutumisen kannalta ongelmallista oli keskustelumahdollisuuksien puuttuminen ylipäätään.

2.5.2 Emotionaalinen tuki ja potilas-hoitajasuhde

Aikaisemmissa tutkimuksissa erityisen keskeiseksi kysymykseksi on muodostunut emotionaalinen tuki. Sen merkitys näkyy myös edellä kuvatuissa tutkimuksissa, joissa mitattiin tuen tarvetta, toteutumista ja potilaan ja omaisen tyytyväisyyttä tukeen. Useissa tutkimuksissa potilaat ovat olleet tyytymättömiä juuri emotionaaliseen tukeen tai ainakin he kaipaavat sitä enemmän. Koivula (2002) tarkasteli ohitusleikkauspotilaiden saamaa emotionaalista tukea ja sen yhteyttä potilaiden pelkoihin ja ahdistuneisuuteen. Hänen tutkimistaan potilaista suurin osa oli tyytyväisiä saamaansa emotionaaliseen tukeen. Emotionaalinen tuki näytti vähentävän pelkoja ja ahdistuneisuutta, mutta kaikkein pelokkaimmat ja ahdistuneimmat potilaat kokivat kuitenkin saaneensa hyvin vähän emotionaalista tukea. Koivula (2002) tulkitsee tuloksiaan tuen määrästä ja vaikutuksista kahdella tapaa. Ensinnäkin voi olla, ettei saadun emotionaalisen tuen määrä ole riittävä kaikkein pelokkaimmille potilaille. Toisaalta voi ajatella, että ne, jotka saavat riittävästi tukea, ovat myös vähemmän ahdistuneita. Emotionaalisen tuen saamisen ohella pelkojen vähenemiseen näyttäisi liittyvän ylipäätään se, kuinka paljon potilaan sairaudesta puhutaan (Gotcher 1995; Gotcher & Edwards 1990).

Emotionaalisen tuen osoittaminen kytkeytyy siihen, millä tavoin tuen tarvetta arvioidaan. Hoitajien ja potilaiden käsitykset ovat ristiriitaisia paitsi tuen toteutumisen myös tuen tarpeen arvioimisen suhteen. Von Essen, Burström ja Sjöden (1994) liittävät tämän hoitajien taitoon arvioida potilaan mielentiloja. He tutkivat hoitajien ja potilaiden käsityksiä kahdesta asiasta: Ensinnäkin he tarkastelivat sitä, kuinka yhteneväinen käsitys potilaalla ja hoitajalla on potilaan ahdistuksen ja depression määrästä. Tutkimuksen tulokset osoittivat, että hoitaja ja potilas arvioivat potilaan ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta hyvin eri tavoin. Toiseksi tutkimuksessa selvitettiin sitä, kuinka tärkeänä potilaat ja hoitajat pitävät emotionaalisia tekijöitä hoitotyössä. Myös tämän kysymyksen osalta hoitajien ja potilaiden käsitykset olivat ristiriitaisia. Erityisesti potilaan ja hoitajan käsitykset erosivat kysyttäessä lohduttamisen tärkeydestä, potilaat arvioivat lohduttamisen selkeästi tärkeämmäksi kuin hoitajat.

Von Essen, Burström ja Sjöden (1994) tulkitsevat tulostensa johtuvan erityisesti siitä, että hoitajien tekemät havainnot potilaan emotionaalista tilasta ovat epätarkkoja. He tulevatkin siihen johtopäätökseen, että hoitajia ja muuta henkilökuntaa tulisi kouluttaa havaitsemaan ja tunnistamaan potilaiden tunneilmaisuja. Hoitajien tulisi myös oppia kysymään potilailta tunteista ja kehittää omia reagoitaitojaan. Toisaalta tunnetilojen väärinarvioiminen saattaa johtua myös siitä, etteivät potilaat ilmaise tunteitaan tai ettei potilaalla ole tilaisuutta tunteistaan puhumiseen. Esimerkiksi Liponkosken ja Routasalon (2001) haastattelemat vanhukset kertoivat, että heidän on vaikeaa puhua tunteistaan ja etteivät he kehtaa näyttää tunteitaan. Mahdollisuus tunteiden ilmaisuun oli potilaille tärkeää, mutta sitä vaikeutti vieraiden ihmisten keskellä oleminen. Aakalan, Turusen ja Vehviläinen-Julkusen (2000) tutkimat luusarkoomaa sairastavat nuoret aikuiset kuvasivat tilannettaan siten, etteivät hoitajat toimi nuorten tarpeista lähtien ja ettei heille anneta aikaa keskustelulle. Toisaalta voi olla, että hoitajat odottavat keskustelualoitetta potilaalta tai omaiselta juuri tunteista puhumisen ja emotionaalisen tuen suhteen kuten Lampisen, Åstedt-Kurjen ja Tarkan (2000) tutkimuksessa kävi ilmi. Suominen (1994) näkee ongelmien tuen antamisessa ylipäättään johtuvan ennen kaikkea ajankäytöstä, mutta hän toteaa, että myös kompetenssin puute voi vaikuttaa asiaan. Hänen mukaansa olisikin erityisen tärkeää tarkastella muun muassa tuen ajoittamista, tuen antamisen tapaa, sen tasoa ja kontekstia.

Larsson ja Starrin (1990) ovat tarkastelleet viestintäkäyttäytymistä tutkimalla viestinnän sisällön vaikutusta potilaan emotionaalisiin reaktioihin vuorovaikutustilanteissa. Vaikka he eivät suoranaisesti tarkastelleet tukea, heidän tuloksensa valottavat osin juuri emotionaalisen tukeen liittyviä ongelmia. Tutkimuksessa arvioitiin myös emotionaalista ymmärtämistä, jolla tarkoitetaan sitä, kuinka yhteneviä potilaan ja hoitajan arviot ovat toistensa emotionaalista tilasta. Tutkimus toteutettiin siten, että osallistujat täyttivät hoitotilanteen jälkeen emotionaalista tilaa mittaavan lomakkeen. Samalla he arvioivat keskustelun sisältöä eri teemojen prosenttiosuuksina. Tutkimuksen tulokset osoittivat, että hoitajien ja potilaiden arviot potilaan emotionaalista tilasta olivat kohdullisen yhtenäisiä, samoin arviot hoitajan mielentilasta, mikä on tuloksena

ristiriidassa von Essenin, Burströmin ja Sjödénin (1994) ahdistuneisuutta mittaavien tulosten kanssa. Ristiriitaisuutta tulee kuitenkin tulkita ymmärtäen, että emotionaalisen reaktion positiivisuuden ja ahdistuneisuuden tason arvioiminen vaativat erilaista havainnoimista. Larssonin ja Starrinin (1990) tutkimuksen mukaan viestinnän sisältöön emotionaalisella reaktiolla oli yhteyttä siten, että reaktiot olivat positiivisia, kun puhuttiin niin sanotuista jokapäiväisistä asioista. Sen sijaan emotionaaliset reaktiot olivat neutraaleja tai negatiivisia silloin, kun keskustelujen pääsisältönä olivat hoitoon liittyvät faktat. Hoitajakohtaisesti tarkasteltuna vahva empaattinen ymmärrys liittyi siihen, että hoitaja puhui enemmän sekä jokapäiväisistä asioista että henkilökohtaisista ja emotionaalisista teemoista. Larssonin ja Starrinin (1990) tutkimuksen aineisto on kerätty psykiatrisessa hoidossa, mutta samankaltainen yhteys voi olla olemassa myös muissa hoitosuhteissa.

Larssonin ja Starrinin (1990) tulokset nostavat esille kiinnostavan kysymyksen viestinnän sisällön, emotionaalisen tilan ja tuen välisestä suhteesta. Tutkijoiden mukaan hoitaja voi käyttää hyväkseen jokapäiväisiä keskustelunaiheita päästäkseen keskustelussa emotionaalisen tasolle. Tunteiden ilmaisu edellyttää turvallisuuden tunnetta ja riittävän läheistä suhdetta, joiden kehittymistä hoitaja voi edistää puhumalla myös muusta kuin potilaan tilasta ja hoidosta puhumista. Kun potilas kokee suhteen hoitajaan turvalliseksi, hän on halukkaampi puhumaan tunteistaan ja kokemuksistaan, ja kun emotionaalinen taso saavutetaan, potilas on valmis vastaanottamaan myös informaatiota sairaudestaan.

Potilas-hoitajasuhteella ja relationaalisilla tekijöillä näyttäisi olevan tärkeä merkitys tuen kokemiselle. Jokinen (1995) on tarkastellut astmaa sairastavien lasten vanhempien kokemuksia hoitajilta saamastaan tuesta. Tutkimuksen tavoitteena oli kuvata, millaisen vuorovaikutuksen vanhemmat kokevat tukea antavana. Tutkimuksen tulosten mukaan vanhemmat kokivat saavansa tukea silloin, kun vuorovaikutus hoitajan kanssa oli hyvää ja kun vanhemmille ja lapsille syntyi luottamussuhde hoitajaan. Hyvän vuorovaikutuksen kriteereiksi tutkimuksessa muodostuivat kuuntelemisen taito ja vanhempien rohkaiseminen puhumaan ja kysymään. Hyväksi koettuun vuorovaikutukseen kuului myös arvostetuksi tuleminen tunne. Potilaalle osoitettu arvostus nousi merkittävimmäksi kriteeriksi tuen kokemiselle myös Liponkosken ja Routasalon (2001) tutkimuksessa, jossa haastateltiin iäkkäitä kuntoutuspotilaita.

Edellisten tutkimusten tulokset osoittavat potilas-hoitajasuhteen olevan merkityksellinen tekijä arvioitaessa saatua tukea. Toisaalta esimerkiksi arvostuksen osoittamisen voisi myös tulkita olevan tukea sinänsä, mikä kytkeytyy erityisesti havaitun tuen problematiikkaan. Voi olla vaikeaa arvioida, mitä ylipäätään tulkitaan tueksi ja millä tavoin kokemus tuesta on yhteydessä viestintäkäyttäytymiseen. Suominen (1994) pitää mahdollisena sitä, että potilaiden ja hoitajien käsityserot toteutuneesta tuesta perustuvat erilaiseen käsitykseen tuesta. Tämä voi johtaa erilaisiin tulkintoihin viestintäkäyttäytymisestä. Toisaalta viestintäkäyttäytymisen erittelemisenkin voi olla vaikeaa erityisesti potilaalle ja omaisille. Lehdon, Laitinen-Junkkarin ja Turusen (2000) tutkimuksessa kysyt-

tiin tehohoitoa saavien potilaiden omaisilta heidän saamastaan tuesta. Viidesosa tutkimukseen osallistuneista ei osannut vastata siihen, oliko henkilökunta osoittanut kiintymystä tai rohkaissut puhumaan tunteistaan. Neljännes ei osannut vastata siihen, olivatko he saaneet palautetta jaksamisestaan omaisen sairauden aikana. Nämä tulokset kertonevat tuen arvioimiseen liittyvistä ongelmista yleisellä tasolla. Tuen saajan on ehkä vaikeaa arvioida ja tunnistaa, millaisia funktioita vuorovaikutukseen liittyy, ja vaikeaa eritellä vuorovaikutuksen sisältöjä ja tavoitteita tilanteessa, joka on yksilölle uusi ja outo.

2.5.3 Aikaisemmista tutkimuksista nousevia kysymyksiä

Aikaisemmissa tutkimuksissa on pyritty kuvaamaan ja selittämään sekä tuen antajan että tuen saajan käsityksiä tuen määrästä ja laadusta. Erityisesti on tarkasteltu tukea tarvitsevan potilaan ja omaisen tyytyväisyyttä sairaalahoidon tai sairastamisprosessin aikana havaitsemaansa ja saamaansa tukeen. Vaikka tyytyväisyys on käsitteenä jossain määrin ongelmallinen, se kuitenkin kuvaa melko hyvin sitä, millaisia kokemuksia tukea tarvitsevalla on sairaalahoidossa saamastaan tuesta. Tutkimukset nostavatkin esille kiinnostavia kysymyksiä tuen ilmenemisestä potilas-hoitajavuorovaikutuksessa.

Ensinnäkin näyttää siltä, että usein tuen saaja ja tuen antaja arvioivat eri tavoin annetun tuen määrää. Monesti potilas tai omainen arvioi hänelle osoitetun tai saatavilla olleen tuen pienemmäksi kuin hoitaja antamansa tuen. Tämä ei sinänsä ole pelkästään hoitokontekstin ominaispiirre: tuen antajan ja saajan käsitykset toteutuneesta tuesta näyttäisivät vastaavan toisiaan melko pienessä määrin (Burleson & MacGeorge 2002, 380–381). Tämä saattaa johtua mittaamisen tavasta ja siitä, kuinka tuen käsite operationaalistetaan (Cohen, Lakey, Tiell & Neely 2005), mutta toisaalta se voi kytkeytyä myös todellisiin käsityseroihin ja kuvata erilaista orientaatiota tuen saajan ja tuen antajan välillä. Tuen antajan ja saajan välisiä ristiriitaisia käsityksiä tuen määrästä on selitetty esimerkiksi sillä, ettei tuki välity vuorovaikutuksessa, koska hoitajat eivät osaa ilmaista tukea tai koska potilaat tai omaiset eivät osaa arvioida saamaansa tukea. On myös esitetty, että hoitaja ja potilas ymmärtävät tuella eri asioita. Tuen havaitsemista ja vastaanottamista on selitetty usein yksilötekijöillä kuten minäkäsityksellä ja itsearvostuksella. Nämä tekijät selittänevät osaltaan potilaiden ja omaisten käsityksiä myös hoidon kontekstissa. Viestinnän näkökulmasta erityisen kiinnostavaa kuitenkin on, miten potilaana oleminen ja hoitajana toimiminen, siis potilaan ja hoitajan rooli vaikuttavat käsityksiin tuesta. Ymmärretäänkö tuki eri tavoin eri rooleista käsin, ja vaikuttavatko roolit käsityksiin tuesta ylipäätään? Selittävätkö roolit ja odotukset kokemuksia tuesta sairaalahoidossa?

Toisena johtopäätöksenä aikaisemmista tutkimuksista on havainto siitä, että hoitotyön kontekstissa potilaat ja omaiset näyttäisivät kokevan riittämättömäksi erityisesti emotionaalisiin tekijöihin liittyvän tuen. Samoin hoitajan ja potilaan tai omaisen ristiriitainen käsitys tuen riittävydestä ja määrästä näyttää liittyvän erityisesti emotionaaliseen tukeen. (Eriksson 1996; Suominen 1994; von Essen, Burström & Sjöden 1994.) Emotionaalisen tuen tarvetta ja sen osoittamiseen liittyviä ongelmia on selitetty esimerkiksi sillä, että hoitajat eivät ha-

vaitse potilaalla olevaa emotionaalisen tuen tarvetta tai heillä ei ole riittäviä tai-toja emotionaalisen tuen osoittamiseen. Toisaalta tutkimuksissa on noussut esiin luottamuksen ja tuen välinen yhteys: luottamuksen syntyminen edellyttää paitsi arvostuksen osoittamista myös riittävää vuorovaikutusta tuen antajan ja tuen saajan välillä. Emotionaalinen tuki näyttäisi aikaisempien tutkimusten mukaan kytkeytyvän erityisesti interpersonaalisen viestinnän laatuun ja määrään. Tuen ja vuorovaikutussuhteen keskinäistä yhteyttä on tarkasteltu esimerkiksi läheisyyden ja samankaltaisuuden näkökulmasta, mutta näitä on tarkasteltu lähinnä läheisissä suhteissa ja vertaissuhteissa. Puheviestinnän näkökulmasta kiinnostavaa on, miten potilas-hoitajasuhde heijastuu käsityksiin tuesta. Ilmiön ymmärtämisen kannalta on tärkeää kysyä sitä, millaisia merkityksiä hoitajat ja potilaat antavat keskinäiselle vuorovaikutussuhteella ja miten ne voisivat selittää tuen kokemista. Mitkä muut potilas-hoitajasuhteen ulottuvuudet kuin luottamus voisivat kytkeytyä sosiaaliseen tukeen?

Kolmantena johtopäätöksenä aikaisemmasta tutkimuksesta nousee esille hoitamisen rutiinien ja hoitoympäristön merkitys tuen hakemiselle, tuen osoittamiselle ja potilaan kokemuksille tuetuksi tulemisesta. Hoitoympäristön ja organisaation on todettu vaikeuttavan tuen tarjoamista ja tuen hakemista (Aakala, Turunen & Vehviläinen-Julkunen 2000; Eriksson, Lauri & Somer 2002; Liponkoski & Routasalo 2001). Erityisen merkittävänä tekijänä tuen osoittamiselle ja saamiselle on pidetty kiirettä, joka nousee esille useissa tutkimuksissa (Aakala, Turunen & Vehviläinen-Julkunen 2000; Liponkoski & Routasalo 2001; Suominen 1994). Kiireen merkitys hoitotyön toteuttamiselle on kriittinen tekijä, mutta toisaalta kiireelle annetut merkitykset ovat hyvin yksilöllisiä. Puheviestinnässä tilannetekijöitä on yleensä tarkasteltu kuormittavan tekijän näkökulmasta. Sen sijaan tuen kontekstin ja siihen liittyvien tekijöiden näkökulmasta tukea on tarkasteltu vähän. Onkin kiinnostavaa se, millaisen kontekstin sairaalahoito muodostaa potilas-hoitajavuorovaikutukselle ja siten tuelle. Osastohoidon konteksti vaikuttaa sekä vuorovaikutuksen tavoitteisiin että odotuksiin vuorovaikutuksesta, mitkä puolestaan heijastuvat tulkintoihin ja päätelmiin tuesta. Miten hoitoympäristö ja sairaalaorganisaation käytänteet auttavat ymmärtämään kokemuksia tuesta ja millaisen sosiaalisen ympäristön osastohoito tuelle luo?

Aikaisemmista tutkimuksista nousee myös neljäs johtopäätös, joka perustuu tutkimusten menetelmiin ja tutkimusongelmiin. Tutkimusmenetelmät ovat suurelta osin olleet kvantitatiivisia ja tukea on tarkasteltu tilastollisin menetelmin mittaamalla joko tuen antajan tai tuen saajan tai molempien käsityksiä tuesta. Tutkimusmenetelmiä on kritisoitu siitä, että tutkimus ei riittävästi kumuloitu, koska tutkimustulosten vertailu on vaikeaa. Tämä johtuu siitä, että tutkimuksissa tuen saajan käsityksiä on mitattu sekä niin sanottuna havaittuna että saatuna tukena. Havaitulla tuella viitataan yksilön käsitykseen siitä, että tukea on tarvittaessa saatavilla, ja saadulla tuella tarkoitetaan puolestaan sitä, että tuki jollain tapaa todentuu vuorovaikutuksessa käyttäytymisen tasolla. Näin ollen tutkimustulokset kuvaavat itse asiassa eri tason ilmiötä riippuen siitä, kuinka tuki tutkimuksessa on operationaalistettu. Ongelmallisena on pidetty myös sitä, ettei tutkimuksissa aina riittävästi selvitetä, tarkastellaanko

ensisijaisesti ajattelua vai toimintaa. (Bass & Stein 1997; Callaghan & Morrissey 1993; Lehto-Järnstedt 2000; Stewart 1993; Tardy 1988.)

Vaikka mittaamisen osalta on tehty varteenotettavaa työtä mittareiden kehittämiseksi (esim. Cohen, Lakey, Tiell & Neely 2005), tarvitaan tutkimuksessa myös laadullista otetta. Puheviestinnän näkökulmasta kiintoisaa on ymmärtää, millaisia merkityksiä tuki saa potilas-hoitajavuorovaikutuksessa. Näitä merkityksiä ei voida kuvata kvantitatiivisella otteella, vaan se vaatii laadullisen tutkimuksen lähestymistapoja. Laadullisen otteen avulla on mahdollista kuvata, miten tuelle annetut merkitykset kytkeytyvät käsityksiin hoitokontekstista, potilas-hoitajasuhteesta sekä hoitajan ja potilaan rooleista. Näiden merkitysten välisten yhteyksien tarkastelemisen kautta on mahdollista ymmärtää, miten käsitykset tuesta potilas-hoitajavuorovaikutuksessa rakentuvat, ja samalla selittää, millaiset tekijät voivat vaikuttaa ristiriitaisten tulkintojen syntymiseen. Kiinnostavaa ja oleellista on myös verrata hoitajien ja potilaiden käsityksiä keskenään: aikaisemmissa laadullisissa tutkimuksissa mielenkiinto on useimmiten kohdistunut joko hoitajaan tuen antajana tai potilaaseen tuen saajana. Tällöin vertaaminen on jäänyt johtopäätösten tasolle sen sijaan, että sitä tarkasteltaisiin aineistotasolla. Vuorovaikutusprosessin näkökulmasta on kuitenkin tärkeää ymmärtää molempien osapuolten käsitysten muodostumista, jotta voisi hahmottaa kokonaiskuvaa siitä, miten tuki merkityksentyy osastohoidossa ja miten se on yhteydessä kontekstiin ja vuorovaikutussuhteeseen. Tässä tutkimuksessa pyrin ymmärtämään sosiaalista tukea potilas-hoitajavuorovaikutuksessa osastohoidon kontekstissa. Seuraavassa luvussa kuvaan tutkimuksen empiiristä toteuttamista.

3 TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN

3.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävät

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ja ymmärtää sosiaalista tukea potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa osastohoidossa. Tutkimuksen päätavoitteena on kuvata tuelle annettuja merkityksiä ja ymmärtää potilas-hoitajavuorovaikutusta tuen perustana ja osastohoidon merkitystä tuen kontekstina. Kontekstin merkitystä tuelle pyrin ymmärtämään kuvaamalla ensinnäkin potilas-hoitajavuorovaikutuksen sisältöä, vuorovaikutusta osastohoidossa sääteleviä tekijöitä ja hoitajan ammatillisia viestintätavoitteita ja toiseksi kuvaamalla potilaan ja hoitajan kokemusta omasta roolistaan. Näihin tavoitteisiin pyrin seuraavien tutkimustehtävien avulla:

- 1) millaiset tilannetekijät säätelevät potilas-hoitajavuorovaikutusta?
- 2) millaisia sisältöjä potilas-hoitajavuorovaikutuksessa on?
- 3) millaisia viestintätavoitteita ja -strategioita hoitajilla on?
- 4) miten kokemus potilaana olemisesta jäsenyy?
- 5) miten hoitaja kokee ammatillisen roolinsa?

Potilas-hoitajavuorovaikutuksen interpersonaalista kehystä pyrin ymmärtämään vastaamalla kysymykseen, millainen käsitys hoitajalla ja potilaalla on keskinäisen vuorovaikutussuhteen ulottuvuuksista, eli pyrin vastaamaan siihen

- 6) mitä potilaat ja hoitajat pitävät merkityksellisenä potilas-hoitajasuhteen rakentumisessa?

Tuelle annettuja merkityksiä pyrin ymmärtämään vastaamalla kysymykseen, miten potilas ja hoitaja merkityksentävät tukea, eli vastaamalla siihen

- 7) millaisia merkityksiä potilaat ja hoitajat antavat tuelle?

Osastohoidon konteksti rakentuu sekä vuorovaikutuskäytänteistä että interpersonaalista viestintää säätelevistä tekijöistä. Konteksti todentuu myös osallistuji-

en roolin kautta. Tuen ymmärtämiseksi osastohoidossa pyrin kuvaamaan sekä viestintäkäyttäytymistä että potilaan ja hoitajan roolia. Nämä auttavat jäsentämään kontekstin merkitystä tuen toteutumiseksi. Paitsi osastohoidossa sinänsä, tuki toteutuu erityisesti potilas-hoitajasuhteessa. Kuvaamalla potilaiden ja hoitajien käsityksiä keskinäisen viestintäsuhteen ulottuvuuksista pyrin ymmärtämään vuorovaikutussuhteen ja tuen keskinäistä yhteyttä; myös vuorovaikutussuhdetta voidaan pitää tuen kontekstina. Osastohoidon kontekstin kuvaamisen ja ymmärtämisen sekä potilas-hoitajasuhteen ymmärtämisen tarkoituksena on siis auttaa ymmärtämään sosiaaliselle tuelle annettuja merkityksiä ja toisaalta tuen merkitystä sen luonnollisessa kontekstissa.

3.2 Tutkimuksen tieteenfilosofiset lähtökohdat

Käsitykset muodostuvat niistä merkityksistä, joita tutkittavat liittävät kokemuksiinsa tutkittavasta ilmiöstä, ja näin ollen käsitykset kuvaavat tutkittavien todellisuutta. Schutzin (1980, 42) mukaan merkitys on tapa suunnata katse omaan kokemukseensa: merkitykset syntyvät siis siitä, millä tavoin yksilö ”katsoo” omaa toimintaansa ja kokemaansa ja millä tavoin hän merkityksentää sitä. Tutkijan tehtävänä on pyrkiä rekonstruoimaan tutkittavien merkityksiä ja kuvata tutkittavana olevaa ilmiötä merkitysten kautta. Puheviestinnän näkökulmasta käsitysten ja kokemusten tutkiminen tulee mielekkääksi paitsi ymmärtämisen näkökulmasta myös siksi, että yksilön kokemukset ja niiden käsitteellistäminen heijastuvat yksilön toimintaan ja viestintäkäyttäytymiseen. Näin ollen käsitysten tarkasteleminen auttaa ymmärtämään tutkittavien todellisuutta ja samalla myös ymmärtämään heidän toimintaansa. Tässä tutkimuksessa tarkastelen tuen ilmenemistä vuorovaikutuksessa merkitysten kautta: tavoitteena on ymmärtää merkityssuhteita ja ilmiöiden välisiä yhteyksiä.

Omat ontologiset ja epistemologiset oletukseni nojaavat viestinnän tutkimuksen naturalistiseen paradigmaan (Frey, Botan & Kreps 2000, 18–20). Tämä merkitsee erityisesti oletusta siitä, että todellisuus rakentuu intersubjektiivisesti yksilöiden kokemuksissa ja tulkinnoissa ja että samanaikaisesti on olemassa monia todellisuuksia. Tutkimuksen tavoitteena ei siis ole paljastaa totuutta, vaan kuvata yhtä mahdollista todellisuutta. Kuvattavana oleva todellisuus perustuu tutkijan tekemiin tulkintoihin tutkimuskohteesta, ja tutkimuksen löydökset ovat luovan prosessin tulosta (Lincoln & Guba 2000). Tässä tutkimuksessa kuvattavana kohteena ovat ne merkitykset, joita sosiaalinen tuki saa hoitoviestinnän kontekstissa. Käsitys usean samanaikaisen todellisuuden olemassaolosta ja todellisuuden subjektiivisuudesta johtaa tiettyihin oletuksiin myös tiedon ja tietämisen luonteesta. Jos todellisuus ymmärretään moninaiseksi, myös tieto ja tietäminen rakentuvat subjektiivisesti. Samoin tutkija ja tutkimuskohte ovat keskinäisessä riippuvuussuhteessa, ja tutkimuksen tuottama tieto on aina riippuvainen tutkijasta. Tutkimuksen luotettavuus ei näin ollen perustu siihen, että tutkija yrittäisi irrottautua omasta subjektiviteetistaan. Sen sijaan

olennaista on, että tutkija tiedostaa omat subjektiviteettinsa, suhteensa tiedettävään ja suhteensa siihen todellisuuteen, jota hän tuottaa. Samalla kyse on myös tutkimuksen arvosidonnaisuuden ymmärtämisestä ja tunnustamisesta. (Frey, Botan & Kreps 2000).

Naturalistista paradigmaa kutsutaan usein myös tulkinnalliseksi paradigmaksi tai tulkinnalliseksi lähestymistavaksi (esim. Schwandt 1994) sekä konstruktivistiseksi paradigmaksi (esim. Lincoln & Guba 2000). Perspektiivi kattaa sellaiset tieteenfilosofiset näkökulmat tai metateoriat, joissa tutkimuksen kohteeksi nähdään sosiaalisten toimijoiden konstruoima, eletty todellisuus ja siihen liittyvät tilannekohtaiset merkitykset (Littlejohn 1999). Keskeisimpiä tulkinnallisia lähestymistapoja ovat hermeneuttiset, fenomenologiset ja sosiaaliseen konstruktivismiin nojaavat teoriat ja menetelmät (Gubrium & Holstein 2000; Schwandt 2000). Tulkinnallisen paradigman erilaiset lähestymistavat eroavat toisistaan erityisesti siinä, korostuuko tutkimuskohteen keskeisenä piirteenä merkitys, mieli vai sosiaalinen toimijuus. Kaikille lähestymistavoille on yhteistä kuitenkin tulkinnallisuus: merkitysten tutkiminen edellyttää aina merkitysten tulkitsemista jollain tapaa (Schwandt 1994). Tämä tutkimus ei perustu suoranaisesti mihinkään tieteenfilosofiseen traditioon, vaan tutkimusta voidaan luonnehtia laadulliseksi tutkimukseksi, joka kytkeytyy tulkinnalliseen näkökulmaan. Tutkimusprosessin edetessä omassa ajattelussani ovat kuitenkin vahvistuneet erityisesti sosiaaliseen ja hermeneuttiseen fenomenologiaan liittyvät ideat, mikä näkyy erityisesti tavassa käsitellä tutkimuksen aineistoa.

Naturalistiseen paradigmaan sisältyy useita metodologisia oletuksia. Tärkein on oletus tutkimuksen suorittamisesta siten, ettei tutkija manipuloi tutkimusasetelmaa, vaan pyrkii kuvaamaan tutkittavien merkitystodellisuutta luonnollisessa kontekstissaan. Tällä tavoin pyritään tutkittavien henkilöiden toiminnan ja ajattelun holistiseen ymmärtämiseen. Lindlof ja Taylor (2002, 18) toteavatkin, että vaikka suhde tulkinnallisen epistemologian, naturalistisen tutkimuksen ja laadullisen menetelmän välillä ei ole välttämätön, nämä usein kytkeytyvät yhteen. Laadullisen menetelmän avulla on mahdollista kuvata tutkittavien toimintaa ja ajattelua aineistolähtöisesti. Tutkimuksen tavoite ei ole tulosten yleistettävyyden vaan ilmiön ymmärtäminen sen omassa yhteydessään (Frey, Botan & Kreps 2000, 18–20).

Pääosa sosiaalisen tuen ja supportiivisen viestinnän tutkimuksista on otteeltaan kvantitatiivisia. Erityisesti psykologisesta perinteestä nouseva havaitun, saadun ja annetun tuen tutkiminen, johon myös suuri osa hoitotieteellisestä tutkimuksesta kytkeytyy, perustuu tuen määrän, muotojen ja vaikuttavuuden mittaamiseen. Supportiivisen viestinnän tutkimusperinteessä on hyödynnetty muun muassa kokeellista menetelmää (esim. Barbee & Cunningham 1995). Aineiston keruussa on sovellettu esimerkiksi eläytymismenetelmää, mutta usein kuitenkin myös laadullinen aineisto on ainakin osin pyritty kvantifioimaan (esim. Goldsmith & Dun 1997). Laadullisesta tutkimusotteesta naturalistista havainnointitutkimusta edustaa Adelmanin ja Freyn (1997) etnografia hoivakodista, laadullista haastattelumenetelmää on hyödyntänyt esimerkiksi Bippus (2001). Koska käsitykset tuesta ja toisen osapuolen supportiivisuudesta perus-

tuvat aina yksilöllisiin merkityksenantoihin, on perusteltua lähestyä tutkimuskohdetta laadullisen tutkimuksen keinoin, jossa tuelle annettuja merkityksiä tarkastellaan osana viestijän elämismailmaa.

Tämän tutkimuksen toteuttamiseksi on ole valinnut mitään tarkkarajaista, erityistä metodia tiedonhankinnan ja analyysin taustaksi. Schwandtin (1994) mukaan tulkinnallisen lähestymistavan erityispiirre on, että erityisenä kiinnostuksen kohteena on tietäminen ja oleminen sinänsä, ei niinkään metodi. Tästä lähtökohdasta käsin keskeisintä on menetelmän ja tutkimuksen tarkoituksen välinen suhde, ja metodin muokkaaminen tutkittavaan ilmiöön sopivaksi (Perttula 2000). Tämä merkitsee sitä, että tutkimusprosessin tulkinnallisuuden hallitseminen perustuu pikemminkin tutkijan itsereflektioon ja valintojen argumentointiin kuin tiettyyn tarkkaan metodiin. Laadullisen tutkimuksen luotettavuus perustuukin ennen muuta tutkijan tekemien valintojen relevanssiin. Seuraavassa siirryn kuvaamaan tämän tutkimusprosessin etenemistä ja siinä tekemiäni valintoja.

3.3 Tutkimusprosessin eteneminen ja menetelmävalinnat

Laadulliselle tutkimukselle on tyypillistä tutkimusasetelman muotoautuminen tutkimusprosessin kuluessa. Yleensä lähtökohtana on väljästi muotoiltu tutkimustehtävä, joka täsmentyy prosessin edetessä. Tutkimusprosessi ei kulje lineaarisesti vaiheesta toiseen, vaan muodostaa pikemminkin kehän tai spiraalin, jolla tutkimuksen edetessä palataan tutkimuksen aikaisempiin vaiheisiin tutkimustehtävän täsmentyessä. Näin ymmärrys tutkimustehtävästä syvenee ja tehtyjä valintoja tarkistetaan prosessin kuluessa. (Frey, Botan & Kreps 2000, 262–263; Janesick 2000.) Tämän tutkimuksen empiirinen prosessi voidaan tiivistää seuraaviin keskeisiin vaiheisiin, joiden välillä palasin tutkimustehtävän uudelleenmuotoiluun myös teorian ja tutkimuskirjallisuuden avulla:

- 1) alustavan tutkimustehtävän muotoileminen aikaisemman tutkimuksen pohjalta
- 2) tutkimusmenetelmän ja aineistonkeruumenetelmien valinta
- 3) tutkimuksen kontekstiin perehtyminen: havainnointiaineiston keruu ja esihaastatteluiden tekeminen
- 4) aineistojen alustava analyysi
- 5) tutkimustehtävän muotoileminen ja menetelmäratkaisujen täsmentäminen
- 6) haastatteluiden lähestymistavan täsmentäminen ja havaintoaineiston analyysi
- 7) haastatteluiden tekeminen
- 8) haastatteluiden analysoiminen ja tutkimustehtävän täsmentyminen
- 9) paluu tutkimuskirjallisuuteen
- 10) paluu aineistoon

Tutkimuksen lähtökohtana oli aikaisemman tutkimuskirjallisuuden pohjalta muotoiltu kysymys, millaista on supportiivinen vuorovaikutus potilashoitajasuhteessa kirurgisella vuodeosastolla. Minua kiinnosti erityisesti se, missä on supportiivisen viestinnän ”paikka” hoitotyössä ja millaisia käsityksiä hoitajilla ja potilailla tuen toteutumisesta on. Tämä kysymys edellytti laadullisen

tutkimusmenetelmän valintaa, jotta voin ymmärtää supportiivisen vuorovaikutuksen kokemista ja kehkeytymistä hoitotyössä ja sairaalahoidon aikana. Päädyin valitsemaan aineistonkeruun menetelmiksi haastattelun ja havainnoinnin. Vaihtoehtona haastattelulle olisivat voineet olla kirjalliseen tuottamiseen liittyvät menetelmät, mutta niitä en varsinaisesti edes harkinnut. Kirjoittaminen olisi vaatinut tutkimukseen osallistuneilta enemmän aikaa, ja potilaalle esimerkiksi päiväkirjan pitäminen voisi olla jopa mahdotonta. Haastattelun ohella päätin kerätä myös havaintoaineistoa hoitajien ja potilaiden vuorovaikutuksesta. Havaintoaineiston keskeisenä tarkoituksena oli luoda ymmärrystä siitä toimintaympäristöstä, jossa potilaat ja hoitajat ovat vuorovaikutuksessa ja joka on myös supportiivisen viestinnän konteksti. Pyrkimyksenä ei siis ollut rakentaa etnografiaa, vaan kuvata osastohoidon vuorovaikutusta, jonka yhteydessä tuki toteutuu.

Havainnointi hyödynsi haastatteluiden toteuttamista monella tapaa. Ensimmäkin havainnointi tuotti tietoa tutkittavien käsite- ja kokemusmaailmasta ja kielestä, mikä helpotti haastattelussa käytettävien käsitteiden valintaa. Tässä tutkimuksessa esimerkiksi sairaalaympäristön ja kirurgisen hoidon erityispiirteiden ymmärtäminen oli tärkeää. Toiseksi havainnointiaineisto tuotti sisällöllistä tietoa hoitotyöstä, mikä auttoi jäsentämään haastattelujen suunnittelemisessa ja haastattelutavan valinnassa. Havaintoaineistosta nousi myös sellaisia teemoja, joita en olisi välttämättä tullut huomioineeksi ilman havainnointiin perustuvaa tietoa. Esimerkiksi potilaan sukupuoleen, ikään ja piirteisiin liittyvät kysymykset perustuivat havaintoihini hoitajien vuorovaikutuksesta erilaisten potilaiden kanssa, ja ne tuottivat aineistoon hoitajien kuvauksia vuorovaikutuksesta erilaisten potilaiden kanssa. Jouduin luopumaan ajatuksesta, että olisin toteuttanut haastattelut havainnointijakson kuluessa välittömästi tai suhteellisen nopeasti jonkun hoitotilanteen jälkeen, koska se olisi vaatinut erityisjärjestelyitä. Sen sijaan käytin havaintoaineistoon tallennettuja potilashoitajakeskusteluja haastattelussa siten, että pyysin hoitajia ja potilaita kommentoimaan niitä.

Havaintoaineiston keruu osallistuvaa havainnointitapaa käyttäen rakensi myös tutkijan ja tutkittavien välistä suhdetta. Osalle hoitajista ja potilaista olin jo tuttu ennen haastattelutilannetta, joten haastattelutilanteessa minulla oli heidän kanssaan yhteistä historiaa: saatoin siis viitata yhteisiin kokemuksiin ja yhteiseen tietoon. Tämä nähdäkseni tuki luottamuksen luomista haastateltavan ja haastattelijan välillä. Läsnäolo osastolla ja siellä käydyt keskustelut auttoivat ymmärtämään haastateltavien kokemusta, mikä vahvisti empaattista ymmärrystä haastattelutilanteesta ja myös analyysin edetessä.

Havaintoaineiston keruun tärkeimmät motiivit liittyvät tässä tutkimuksessa kontekstin kuvaamiseen ja ymmärtämiseen ja toisaalta haastatteluaineiston rikastuttamiseen. Havaintoaineisto muodostui ääninauhoitetuista potilashoitajakeskusteluista ja niihin liittyvistä havaintomuistiinpanoista. Haastatteluaineisto perustui hoitavan henkilökunnan ja potilaiden haastatteluihin. Eri aineistonkeruumenetelmien käyttämisellä en niinkään pyrkinyt luotettavuuden vahvistamiseen perinteisen menetelmätriangulaation avulla, vaan havaintoai-

neiston merkitys tutkimuksen luotettavuudelle liittyy erityisesti kontekstin ymmärtämiseen. Richardson (2002, 934) kuvaa ymmärryksen ja tulkinnan rakentamista kiteyttämisen eli kristallisoimisen käsitteellä. Hänen mukaansa perinteisessä triangulaatiossa erilaisten aineistojen ja näkökulmien mukaan ottamisella pyritään lisäämään tutkimuksen validiteettia siten, että ilmiötä tarkastellaan eri näkökulmista siirtymällä aineistosta toiseen. Hänen mukaansa aineiston analyysissä ja tulkinnassa pitäisi kuitenkin ymmärtää eri aineistot saman tutkimuksen, ”kristallin” ulottuvuuksiksi, jotka ovat olemassa yhtäaikaaisesti ja näkyvät toistensa läpi tulkinnan rakentamisessa. Aineiston käsittelyssä en siis pyrkinyt tarkastelemaan tulkintojen oikeutta vertaamalla aineistoja keskenään, vaan sisällyttämään aineistot samaan tulkintaan. Pyrin ymmärtämään ensisijaisesti yksilöiden kokemuksia siinä kontekstissa, jossa he toimivat, sen sijaan, että olisin pyrkinyt kuvaamaan viestintäkäyttäytymistä sinänsä.

Havainnointijakson aikana ja sen jälkeen tein esihaastatteluja, ja muotoilin tutkimustehtävää havainnointiaineiston ja esihaastattelujen alustavan analyysin perusteella. Uudelleen muotoileminen merkitsi erityisesti tutkimustehtävän suuntaamista hoitajien ja potilaiden käsitysten ja kokemusten suuntaan, joten tarkensin ja täsmensin haastattelutapaa. Tämän jälkeen tein varsinaiset tutkimushaastattelut. Esihaastatteluista sisällytettiin varsinaiseen aineistoon sellaiset haastattelut, jotka rakenteeltaan ja sisällöltään vastasivat varsinaisia tutkimushaastatteluja, eli otin mukaan ne haastattelut, joissa keskityttiin tutkittavien sairaalakokemukseen. Haastatteluiden tekemisen rinnalla tein havaintoaineiston analyysiä. Sen sijaan haastatteluaineiston analyysin aloitin vasta, kun aineisto oli kerätty lähes kokonaan. Haastatteluaineiston analyysi oli aineistolähtöistä, ja tutkimustehtävä täsmentyi edelleen aineiston analyysin myötä. Analyysin viimeisen vaiheen rinnalla luin tutkimuskirjallisuutta, joten aineisto ja kirjallisuus asettuivat keskusteluun. Samalla palasin myös aineiston alkuperäisiin teksteihin tarkistaakseni, että aineistosta tiivistämäni merkitykset ja käsitykset vastaavat myös niitä. Lopuksi jäsenisin tulosluvut haastattelu- ja havaintoaineiston pohjalta. Esimerkiksi käytin hoitajien haastatteluaineiston tuloksia kommentoimaan havaintoaineistosta nousseita tuloksia siltä osin, kun hoitajat kuvasivat sitä, miten he näkevät hoitamisen rutiinien merkityksen vuorovaikutuksen syntymiselle. Havaintoaineiston tuloksia puolestaan käytin esimerkiksi kontekstoimaan potilaiden kokemuksia potilaana olemisesta siten, että liitin havaintoaineistosta vuorovaikutuksen fragmentaarisuutta kuvaavat havainnot yhteen potilaiden kuvaamien vuorovaikutuskäytänteiden kanssa.

Tutkimusprosessin eteneminen kuvaa laadulliselle tutkimukselle tyypillistä tapaa luoda ymmärrystä tutkimuskohteesta. Vaikka kuvaan prosessin vaiheet erillisinä, on syytä muistaa, ettei tutkimuksen eteneminen ollut lineaarisesti jatkuva prosessi, vaan vaiheet toteutuivat osin päällekkäin ja kaikissa vaiheissa tiedon rakentumiseen vaikuttivat niin aineisto kuin teoriakin. Tutkimusprosessiin sisältyi kuitenkin kaksi päävaihetta: sivulla 74 kuvatuista vaiheista 1–4 muodostavat ensimmäisen jossain määrin kuvailevan syklin, vaiheet 5–8 muodostavat sen sijaan syvemmän ymmärryksen rakentumisen vaiheen.

Siirryn seuraavassa tarkastelemaan tarkemmin tutkimuksen konkreettista suorittamista. Koska havainto- ja haastatteluaineiston keruu muodostivat tutkimuksessa omat itsenäiset vaiheensa, pyrin seuraavissa luvuissa kuvaamaan molempien aineistojen keruuta erikseen. Aineistonkeruun kuvaaminen ja tutkimushenkilöiden valinnan esitän pääosin kronologisessa järjestyksessä. Koska keräsin havaintoaineiston ensin, kuvaan samassa yhteydessä myös tutkimusluvan saamista ja yhteistyötä osastolla. Tutkimuksen aineistonkeruuta pyrin kuvaamaan mahdollisimman tarkasti, jotta lukijalla olisi mahdollisuus arvioida paitsi tutkimuksen suorittamista myös tutkijan eettisiä valintoja.

3.4 Tutkimushenkilöt ja tutkimuslupa

Tutkimus toteutettiin erään keskussairaalan kirurgisella osastolla. Kirurgiseen osastoon päädyin alun perin siksi, että sairaalakäyntien määrällä mitattuna kirurginen osasto on suomalaisille kaikkein tutuin. Vuonna 2004 somaattisessa erikoissairaanhoidossa hoidetuista potilaista kaikkiaan noin 40% sijoittui kirurgiselle alalle (Stakes 2005). Kirurgisessa hoidossa olevat potilaat muodostavat myös heterogeenisen joukon, jonka vuoksi pidin kirurgista alaa sopivana; en halunnut ottaa tarkasteltavaksi mitään erityistä potilasryhmää tietyn oireen tai sairauden perusteella. Oletuksenani siis oli, että kirurginen hoito koskettaa tai voi koskettaa ketä tahansa meistä. Kirurginen hoito on kiinnostava erityisala myös toimenpidekeskeisyytensä vuoksi, joka tekee potilaan ja henkilökunnan vuorovaikutuksen hyvin haasteelliseksi. Valittu osasto oli suuri, ja potilaiden sairaalassaolon syyt vaihtelivat terminaalivaiheen syöpähoidoista erilaisiin korjausleikkauksella hoidettaviin toiminnallisiin häiriöihin ja vatsa- ja suolistosairauksien tutkimuksiin. Luvan tutkimuksen suorittamiseen myönsi kirurgian yksikön ylilääkäri ylihoitajan esittelystä. Tutkimussuunnitelma käsiteltiin myös sairaanhoitopiirin tutkimuseettisessä toimikunnassa. Tutkimussuunnitelmaan tutustui tutkimusta aloitettaessa myös osastonlääkäri, ja aineistonkeruun käytännönjärjestelyistä sovin osastonhoitajan kanssa.

Ennen aineistonkeruun aloittamista keväällä 1999 toimitin tutkimussuunnitelman osaston henkilökunnan luettavaksi ja osallistuin osastokokoukseen, jolloin henkilökunnalla oli mahdollisuus esittää kysymyksiä tutkimuksesta. Kokouksessa esittelin lyhyesti tutkimuksen tarkoitusta, kuvasin aineistonkeruun etenemistä ja kerroin, ettei tutkimuksen suorittaminen tulisi vaikuttamaan osaston päivittäiseen toimintaan. Kokouksessa oltiin kiinnostuneita lähinnä havainnointiin liittyvistä ääninauhoituksista ja haastatteluiden järjestämisestä. Tämän lisäksi esitettiin kysymyksiä aineiston laajuudesta, analysointimenetelmistä ja siitä, mistä näkökulmasta tukea tarkastelen. Kokouksessa koin suhtautumisen tutkimukseen pääosin positiiviseksi.

Kun olin käynyt esittelemässä tutkimustani osastolla, lähestyin jokaista osaston henkilökunnan jäsentä henkilökohtaisella kirjeellä (liitteet 1 ja 2). Kirjeessä pyysin lupaa ääninauhottaa kyseisen henkilön keskusteluja potilaan

kanssa päivittäisissä vuorovaikutustilanteissa. Kirjeet toimitin sisäisessä postissa 38 hoitajalle, 7 lääkärille, yhdelle sosiaalityöntekijälle ja yhdelle fysioterapeutille. Suostumuksensa aineistonkeruun alkuun mennessä jätti 10 sairaanhoitajaa, kaksi lääkäriä sekä fysioterapeutti. Havainnointijakson aikana henkilökunnan suhtautuminen vaihteli hyvin kiinnostuneesta välinpitämättömään. Muutkin kuin tutkimuksessa mukana olleet hoitajat tuntuivat suhtautuvan tutkimukseeni positiivisesti, joskin asiaa on melko vaikeaa arvioida, koska osasto on suuri, enkä edes tavannut koko henkilökuntaa. Tutkimuksessa mukana olivat lääkärit suhtautuivat tutkimukseen kiinnostuneesti.

Potilailta nauhoituslupaa pyysin henkilökohtaisesti havainnointijakson aikana. Havainnointijakson alkaessa kävin kaikissa osaston potilashuoneissa kertomassa tutkimuksesta yhteisesti kunkin huoneen potilaille, ja jätin samalla potilaille tiedotteen ja ääninauhouspyynnön (liitteet 3 ja 4). Myöhemmin kävin tapaamassa potilashuoneisiin tulleita uusia potilaita henkilökohtaisesti, ja kerroin heille tutkimuksesta. Potilaille jätetyn kirjeen lisäksi kerroin suullisesti kaikille potilaille:

- kuka olen ja miksi olen osastolla
- mitä taustayhteisöä edustan
- mikä on itseni ja henkilökunnan välinen suhde eli että olen sairaalaorganisaatiossa ulkopuolinen
- ettei tutkimus vaikuta potilaiden hoitoon millään tavalla
- että tutkijalla on täydellinen vaitiolovelvollisuus
- ettei potilaiden henkilöllisyyttä voida tunnistaa missään vaiheessa
- että tutkimuksen tarkoituksena on selvittää potilaan ja hoitavan henkilökunnan välistä viestintää
- että osallistuminen tutkimukseen on vapaaehtoista ja että siitä voi vetäytyä missä vaiheessa tahansa

Pyysin potilaita ilmoittamaan joko henkilökunnalle tai itselleni suoraan, mikäli he eivät halua minun tulevan kyseiseen potilashuoneeseen. Kukaan potilaista ei kieltänyt läsnäoloani potilashuoneessa.

Tutkimuskirjeitä, joissa oli mukana nauhoituspyyntö, jätin potilaille suunnitellen sata kappaletta, tarkkaa määrää on mahdotonta laskea, koska jotkut potilaat olivat esimerkiksi jättäneet kirjeen kotiutuessaan seuraavalle. Potilaiden aidosta kieltäytymismahdollisuudesta huolehdin siten, että tervehtiessäni jätin potilaalle kirjeen, mutta en pyytänyt täyttämään sitä saman tien. Myöhemmin en myöskään karhunnut kirjettä, vaan jätin palauttamisen potilaan harkinnan varaan. Vaikka potilaista osa palautti suostumuksensa heti, jäi jokaiselle mahdollisuus jättää lupa täyttämättä. Joidenkin potilaiden kohdalla arvioin, ettei potilas täysin ymmärtänyt tutkimuksen merkitystä, joten jätin muutamia lupia myös huomioimatta. Tällaisia potilaita olivat esimerkiksi osastolla hoidossa olevat hyvin huonokuntoiset tai mielentilaltaan sekavat potilaat. Ne potilaat, jotka eivät fyysisestä syystä pystyneet allekirjoittamaan lomaketta, jäivät tutkimuksen ulkopuolelle. Jälkikäteen arvioiden tämä saattoi olla liiallista huolestuneisuutta, mutta pidin tärkeänä jokaisen aitoa suostumusta allekirjoittamalla lomake.

Potilailta suostumuksia nauhoittamiseen palautui yhteensä 42. Suurin osa potilaista palautti kirjeen henkilökohtaisesti minulle, muutamat palauttivat kir-

jeen itse kansliassa olevaan laatikkoon ja jotkut pyysivät hoitajaa palauttamaan sen puolestaan. En kysynyt erikseen potilaiden motiiveja suostua. Muutamat potilaat ilmaisivat oma-aloitteisesti osallistuvansa, koska pitivät tutkimusta tärkeänä, ja jotkut potilaat perustelivat osallistumattomuuttaan sillä, että ovat pian kotiutumassa. Havainnointiin ei tallennettu potilaiden yksityiskohtaisia henkilötietoja, eikä tietoja tutkimuksessa mukana olleiden potilaiden hoitoajoista, koska havainnoinnin tarkoituksena oli kerätä tietoa vuorovaikutustavoista, vuorovaikutuksen rakentumisesta ja vuorovaikutuskäytännöistä. Joidenkin potilaiden diagnoosi kävi ilmi havainnoitavissa keskusteluissa, mutta sitä ei kysytty potilailta erikseen.

3.5 Havainnoinnin toteuttaminen

Tutkimuksen havainnointijakso ajoittui maaliskuulle ja kesäkuulle 1999, jolloin havainnointipäiviä oli yhteensä 18. Yhden havainnointipäivän aikana olin osastolla kolmesta tunnista kahdeksaan tuntiin klo 7.00–22.00 välisenä aikana. Havainnointia tein lähinnä hoitajien aamuvuorojen aikaan klo 7.00–12.00 sekä klo 13.00–15.00 välisenä aikana. Hoitajien iltavuoron aikaan, joka alkoi klo 13, havainnoin siis ensimmäisten tuntien aikana ja usein myös klo 15–17 välillä sekä 19–22 välisenä aikana. Kyseiset ajat jäsenyivät havainnointiajoiksi, koska näinä aikoina hoitajan ja potilaan välisiä kontakteja oli määrällisesti eniten.

Havainnointia toteutin koko osastolla. Osasto oli jaettu kolmeen sektoriin, joilla kukin tiimi vastasi oman alueensa potilaista, ja nauhoituslupan antaneita hoitajia oli tutkimuksessa mukana jokaisesta sektorista. Havainnointia tein siten, että seurasin jotakuta nauhoituslupan antanutta hoitajaa hänen työskennellessään potilaiden kanssa. Havainnoitavan hoitajan valitsin päivittäin sen mukaan, kenen sektorille osui eniten nauhoituslupan antaneita potilaita. Näin ollen nauhoitettavaksi osuneet vuorovaikutustilanteet olivat satunnaisia, ja perustuivat siis siihen, että nauhoituslupa oli sekä hoitajalta että potilaalta. Joissain havainnointitilanteissa minulla oli nauhoituslupa kummaltakin työparina työskentelevältä hoitajalta, jolloin päätös havainnoitavasta keskustelusta perustui yleensä siihen käytännön seikkaan, kumpaa keskustelua on helpompi potilashuoneessa seurata. Lääkärinkierroista nauhoitin sellaiset tilanteet, joissa nauhoituslupa oli sekä lääkäriltä, mukana olevalta hoitajalta/hoitajilta sekä potilaalta.

Potilashuoneissa seurasin hoitotilanteita useimmiten potilashuoneen ovelta, joskus myös potilaan vuoteen viereltä. Jos potilaalle suoritettiin toimenpiteitä verhojen takana, kuuntelin tilannetta verhon läpi. Jättäytyminen kauemmas vuorovaikutustilanteissa korosti havainnoijan roolia, ja jätti minut myös ulos vuorovaikutustilanteista. Joissakin tilanteissa hoitajan kanssa keskustellessaan potilaat saattoivat kommentoida asioita myös minulle, ja joskus potilaat avasivat kansani keskustelun esimerkiksi viittaamalla ”tylsään tehtävään” ja ”hiippailuun oven pielessä”. Osastolla käytin valkoista suojatakkia omien vaatteideni päällä. Suojatakki kytki minut selvästi henkilökuntaan, mutta useimmat potilaat erottivat

minut kuitenkin henkilökunnasta. Sairaalan henkilökuntaan kuuluvaksi minua erehtyivät luulemaan lähinnä muutamat omaiset, joille selvitin roolini.

Havainnoitavista vuorovaikutustilanteista ääninauhoitettiin siis ne tilanteet, joissa oli mukana nauhoitusluvan antanut hoitaja ja potilas. Ääninauhoitukset tehtiin minidisc-laitteella, jota pidin taskussani ja jossa oli kaulukseeni kiinnitetty pieni nappimikrofoni. Osallistujat itse eivät voineet olla varmoja, mitkä episodit nauhoitetaan. Tämä siksi, että hoitajat eivät tieneet, ketkä potilaista ovat antaneet luvan nauhoituksiin ja päinvastoin, enkä halunnut paljastaa sitä tutkimukseen osallistuvien anonymiteetin suojaamiseksi. Toisaalta ainakin hoitajat tekivät tarkkoja havaintoja toiminnastani, ja jotkut heistä myös kommentoivat asiaa. Nauhoitetut tilanteet olivat pääasiassa dyadeja. Joissakin tilanteissa oli mukana useampi nauhoitusluvan antanut hoitaja tai useampi nauhoitusluvan antanut potilas. Jos tilanteeseen tuli mukaan joku, jolta nauhoituslupaa ei ollut, keskeytin nauhoituksen. Tein nauhoitetuista tilanteista myös muistiinpanoja, joissa kommentoin nonverbaalista viestintää ja tilanteen ilmapiiriä. Muistiinpanoihin tallensin myös tiedot siitä, jos tilanteessa oli jotain erityisesti huomiota herättävää tai jos hoitaja tai lääkäri tai potilas kommentoi tilannetta jälkeensä. Muistiinpanot olivat avoimia, erityistä havainnointilomaketta ei käytetty.

Havainnoin sellaiset lääkärinkierrot, joihin osallistuivat tutkimuksessa mukana olevat lääkärit. Näitä kaikkia ei kuitenkaan nauhoitettu, koska niissä oli mukana sekä potilaita että henkilökuntaa, jotka eivät osallistuneet tutkimukseen. Seurasin myös kolmea raporttia, jotka antoi tutkimuksessa mukana oleva hoitaja, sekä kaksi raporttia, joihin osallistui tutkimuksessa mukana ollut lääkäri ja hoitaja. Suurin osa havainnoituista tilanteista sijoittui potilashuoneisiin, raporttitilanteet sijoittuivat osaston tutkimushuoneisiin ja välinevarastoon. Tämän lisäksi kirjasin havaintoja ja muistiinpanoja myös käytäväkeskusteluista esimerkiksi silloin, kun lääkärinkierrolla poistuttiin potilashuoneesta, sekä lääkehuoneessa käydyistä keskusteluista, jotka lähinnä olivat hoitajien keskinäisiä keskusteluja tai henkilökunnan keskusteluita minun kanssani. Tein myös muistiinpanoja potilaiden kanssa käymistäni henkilökohtaisista keskusteluista, joissa kysyin esimerkiksi heidän tulkintojaan jostain tietystä tilanteesta tai joissa potilas aloitti keskustelun kanssani. Havainnoinnista syntyi siis monenlaista raakadataa, josta lopulta muodostin havaintoaineiston analyysiä aloittaessani.

Pyrin havainnoinnissa siihen, että havainnointi etenee tutkittavien ehdoilla, ja pyrin olemaan vaikuttamatta tapahtumiin (Jorgensen 1989, 13–15). Havainnoijan roolia kuvataan usein osallistumisen asteen perusteella, ja monet kirjoittajat viittaavat Goldin (1958) tapaan erottaa neljä osallistumisen astetta: täydellinen havainnointi, havainnoijana osallistuminen, osallistujana havainnoiminen ja täydellinen osallistuminen (esim. Frey, Botan & Kreps 2000; Lindlof & Taylor 2002). Osallistumisen aste siis vaihtelee sen mukaan, kuinka paljon havainnoija osallistuu varsinaiseen toimintaan, kuinka etäinen hän on suhteessa tutkittaviin ja myös siihen, tietävätkö tutkimushenkilöt, että heitä havainnoidaan. Oma roolini muodostui havainnoijana osallistujaksi. Minulla oli selkeästi ulkopuolisen tutkijan rooli, mutta olin mukana sosiaalisissa tilanteissa ja solmin sosiaalisia kontakteja. (Jorgensen 1989, 55–56.) Havainnoijana en osallistunut varsinaiseen toimintaan

lukuun ottamatta joitakin pieniä toimia: pariin otteeseen autoin hoitajaa esimerkiksi tyhjän vuoteen sijaamisessa ja muutamaan kertaan autoin hoitajaa kantamalla alusastioita tyhjennettäväksi hoitajan poistuessa potilashuoneesta.

Potilashuoneissa pysyttelin yleensä huoneen oven vierellä, ja mikäli potilaat aloittivat keskustelun kanssani, osallistuin siihen, mutta oma-aloitteisesti en aloittanut keskustelua silloin, kun hoitaja, lääkäri ja potilas olivat vuorovaiikutuksessa keskenään. Frey, Botan ja Kreps (2000, 268) toteavat, että havainnoijana osallistumisen rooli jättää havainnoijan ryhmän ulkopuolelle, ja siltä osin havainnoijalle ei synny roolistaan käsin kokemusta havainnoitavaan ryhmään kuulumisesta. Havainnoijana osallistuvan havainnoinnin etu on kuitenkin se, ettei tutkija samalla tavoin vaikuta varsinaisen toiminnan kulkuun kuin esimerkiksi osallistujana havainnoiminen. Tässä tutkimuksessa aineistonkeruun lähtökohtana oli, ettei toimintani vaikuta osaston toimintaan. Oli ensisijaisen tärkeää, ettei hoitajien toiminta häiriinny ja ettei tutkimuksesta aiheudu potilaille mitään haittaa. Tästä syystä vetäydyin myös pois joistakin tilanteista, joissa koin läsnäolonni kuormittavaksi. Tämä toki vaikuttaa joiltain osin kerättyyn aineistoon, mutta ratkaisu oli eettinen valinta.

On ilmeistä, että havainnoijan toiminta samoin kuin tietoisuus mahdollisesta ääninauhoittamisesta vaikuttaa aina jollain tapaa havainnoitavien käyttäytymiseen. Todennäköisesti osallistujat rajaavat puheenaiheitaan ja käyttäytyminen on muutenkin varovaisempaa havainnoijan läsnäollessa. Monissa tutkimuksissa on kuitenkin todettu tutkittavien tottuvan havainnointiin ja nauhoittamiseen nopeasti. (Fetterman 1989, 81.) Pidän tärkeänä sitä, että tein havainnointia varsinaisten hoitotilanteiden lisäksi myös muissa tilanteissa. Tämä sai ainakin henkilökunnan tottumaan läsnäolooni. Potilaat puolestaan tuntuivat pitävän normaalina sitä, että potilashuoneissa on ulkopuolisia. Toisaalta he eivät varmastikaan ottaneet esille hyvin intiimejä huolenaiheita tutkijan ollessa paikalla.

3.6 Havaintoaineiston käsitteleminen ja analysointi

Havainnointijakson aikana keräämäni aineisto sisälsi materiaalia potilaan ja hoitavan henkilökunnan vuorovaikutuksesta, hoitavan henkilökunnan keskinäisestä vuorovaikutuksesta raporteilta ja kierroilta sekä tutkijan ja tutkittavien välisestä vuorovaikutuksesta. Ääninauhoitettua materiaalia aineistossa oli yhteensä 8 tuntia 30 minuuttia, johon sisältyi ääninauhoitettujen episodien lisäksi myös nauhalle saneltuja havaintomuistiinpanoja. Muistiinpanoja tein myös kirjallisesti. Nauhoitetut potilaan ja henkilökunnan väliset vuorovaikutustilanteet litteroin sanatarkasti siltä osin, kun se oli mahdollista. Litteroituun tekstiin merkittiin päällekkäin puhuminen, sanapainot ja tauot. Pystyin litteroimaan keskusteluja aineistosta kahden tunnin verran, mikä tarkoitti 34 keskustelua. Lisäksi aineistossa oli parikymmentä sellaista nauhoitettua vuorovaikutustilannetta, joita en pystynyt nauhoilta litteroimaan. Nämä tilanteet olivat sellaisia, joissa potilashuoneessa käytiin useampaa keskustelua yhtä aikaa, eikä nauhalta

pystynyt erottamaan, mitkä puheenvuorot liittyivät mihinkin keskusteluun, tai joissa potilashuoneen televisiosta kuulunut ääni teki mahdolliseksi keskustelun seuraamisen nauhalta. Osassa tilanteista äänitystaso oli yksinkertaisesti liian alhainen. Joistakin litteroimattomista keskusteluista pystyin merkitsemään muistiin keskustelun teeman ja pääasiallisen kulun, jonka kirjasin esimerkiksi seuraavalla tavalla: "aamupesuun liittyvä ohjaus, hoitaja neuvo potilasta ylösnousussa ja saattaa kylpyhuoneeseen". Havainnointiaineistoon sisältyneet muistiinpanot kirjoitin puhtaaksi, ja nauhoitettuihin potilas-hoitajaepisodeihin liitin muistiinpanoista sitä koskevan tiedon, jollaista oli esimerkiksi maininta siitä, kuinka tilanne eteni, kun nauhoitus loppui.

Varsinainen havaintoaineisto koostui litteroiduista potilaan ja henkilökunnan välisistä vuorovaikutustilanteista, muistiinkirjatuista potilas-hoitajavuorovaikutustilanteista sekä näihin liitetyistä muistiinpanoista, jotka kuvasivat havainoitujen tilanteiden ilmapiiriä, toimintaa ja ajankohtaa. Lisäksi sisällytin havaintoaineistoon muistiinpanot osastoon liittyneistä faktoista (esim. päivärutiinit ja toimintatavat). Potilaiden ja henkilökunnan kanssa käydyistä keskusteluista havaintoaineistoon sisältyivät ainoastaan tämän kaltaiset faktatiedot, muuten nämä keskustelut rajattiin pois aineistosta. Samoin aineistosta rajattiin pois henkilökunnan keskinäiset keskustelut (esim. raportit ja käytäväkeskustelut).

Havaintoaineiston pohjalta oli tarkoitus kuvata, millaista interpersonaalinen vuorovaikutus osastohoidossa on viestintäkäyttäytymisen ja vuorovaikutusta säätelevien tekijöiden näkökulmasta. Tavoitteena oli siis saada deskriptiivistä tietoa potilas-hoitajavuorovaikutuksen sisällöistä ja viestintätavoista. Havaintoaineiston analyysin aloitin litteroiduista keskusteluista. Jaoin ensin litteroidut keskustelut kahteen ryhmään: potilas-hoitajakeskusteluihin ja lääkärinkiertoihin, joita tarkastelin erikseen. Analyysin näkökulmaksi valitsin interaktionaalisen lähestymistavan, koska havaintoaineiston keräämisen tarkoituksena oli saada kuvailevaa tietoa osastohoidon vuorovaikutustavoista ja keskustelujen rakentumisesta potilashuoneessa. Sanomatason tarkastelu ei olisi ollut mielekäästä ensinnäkin siksi, että aineistossa ei ollut riittävästi sellaisia keskusteluja, joiden perusteella olisi voinut tehdä riittävän luotettavia päätelmiä supportiivisten sanomien rakentumisesta. Sanomatason tarkastelu ei olisi ollut mielekäästä myöskään siksi, että on oletettavaa, ettei tutkijan läsnäollessa käydä kovin intiimejä keskusteluja. Tekemäni analyysi perustui väljästi vuorovaikutusprosessin analyysiin (IPA). Analyysiyksiköksi valitsin yhden puheenvuoron, ilmauksen, ja nimesin ilmauskategoriat aineistolähtöisesti. Kävin siis läpi aineiston puheenvuoro kerrallaan, ja rakensin niille sisällölliset kategoriat. Näiden kategorioiden pohjalta nimesin keskusteluiden sisällölliset teemat, jotka kuvaavat keskusteluiden funktionaalista sisältöä.

Lääkärinkierrolta tallennetuissa episodeissa keskusteluiden sisältö jäsentyi kolmeen luokkaan eli teemoja olivat potilaan diagnoosi, potilaan oireet ja vointi sekä hoito ja jatkohoito, joista kustakin muodostui keskusteluihin selkeitä kokonaisuuksia. Potilas-hoitajakeskusteluiden sisällöllinen vaihtelu aineistossa oli

suurempaa, joten sisältöluokkia syntyi myös enemmän. Aineistoon muodostuivat sisällöllisiksi kategorioiksi seuraavat luokat:

- oireista ja voinnista puhuminen
- toiminnan ohjaus
- hoidosta keskusteminen
- konkreettisten ongelmien ratkaiseminen
- tunteiden ilmaiseminen ja mielentilasta puhuminen
- faattinen viestintä, jolla tarkoitetaan arkipäiväisistä asioista keskustelemista

Potilas-hoitajakeskusteluissa teemoista ei syntynyt samalla tavalla selkeitä jaksoja kuin lääkärin läsnäollessa. Samoin luokittelu oli haasteellisempaa kuin lääkäri-potilaskeskusteluissa. Esimerkiksi rajaa toiminnan ohjauksen ja oireista ja voinnista puhumisen tai oireista ja voinnista puhumisen ja hoidosta keskustelemisen välillä oli jossain määrin vaikeaa tehdä. Nämä ilmaukset saattoi kuitenkin erottaa aineistosta omiin kategorioihinsa.

Kun olin eritellyt aineistosta sisällölliset teemat, erittelin jokaisen teeman kohdalla sitä, miten lääkäri, hoitaja ja potilas kyseisestä aiheesta puhuvat. Roo-likohtainen analyysi perustuu myös vuorovaikutusprosessin analyysin periaatteeseen. Tämä analyysin vaihe antoi tietoa siitä, kuka potilashoitajavuorovaikutuksessa puhuu mistäkin aiheesta ja millainen rooli osallistujilla on kustakin temasta puhuttaessa.

Kun keskusteluaineisto oli analysoitu, poimin niihin liittyvistä muistiinpanoista toistuvat aiheet. Muistiinpanoissa oli useita mainintoja nonverbaalisesta läheisyydestä ja intiimiyden asteesta, potilaan sukupuolen merkityksestä vuorovaikutukselle, vuorovaikutuksesta lääkärinkierrolla ja ylilääkärinkierrolla sekä sairaalan rutiineista. Näitä muistiinpanoja käytin kytkemällä ne tulosten kuvaamiseen siltä osin, kun ne liittyivät havainnoidusta vuorovaikutuksesta tehtyihin tulkintoihin (esimerkiksi intiimiyden aste). Kytkin ne tuloksiin sillä kohdin, kun kuvaan osastoa ja osaston toimintatapoja. Havaintoaineistosta saadut tulokset ovat luonteeltaan kuvailevia. Niiden avulla on mahdollista kuvata kirurgista vuodeosastoa vuorovaikutuksen kontekstina kuvaamalla vuorovaikutuksen tapoja, sisältöä ja vuorovaikutusta sääteleviä tekijöitä. Raportoin havaintoaineistosta nousevat tulokset pääosin luvussa 4.1, jossa tarkastelen potilashoitajavuorovaikutuksen toteutumista vuodeosastolla.

3.7 Haastatteluaineiston keruu

3.7.1 Haastateltavien valinta ja haastatteluiden suorittaminen

Tutkimusaineiston keskeinen osa muodostuu potilaiden ja hoitajien haastatteluista. Koska havainnointiaineiston keruusta oli ennättänyt kulua aikaa ennen varsinaisten haastattelujen tekemistä, osallistuin osastokokoukseen ennen haastatteluiden aloittamista ja haastattelupyyntöjen tekemistä tammikuussa 2004. Kokouksessa kerroin haastatteluiden tarkoituksesta ja käytännön järjestelyistä.

Kokouksissa kysymyksiä herätti erityisesti se, kuinka potilaiden haastattelut järjestyvät. Myös tarvittavien haastatteluiden määrä ja hoitajien haastatteluiden kesto herättivät kysymyksiä. Osastokokouksen jälkeen jätin haastattelupyynnön sisäiseen postiin yhteensä 34 hoitajalle (liitteet 5 ja 6). Pyyntöä en osoittanut niille hoitajille, jotka olivat osallistuneet esihaastatteluun. Haastattelupyynnön vastasi kaikkiaan 10 hoitajaa. Yksi hoitaja perui haastattelun myöhemmin, ja yhden hoitajan haastattelin kahteen kertaan, koska ensimmäisellä kerralla haastattelu ei tallentunut kokonaisuudessaan. Esihaastatteluista aineistoon liitin ne haastattelut, jotka kestoltaan ja sisällöltään vastasivat varsinaisia haastatteluja. Kaikkiaan aineistoon sisältyi siis 12 haastattelua.

Kaikki haastatellut hoitajat olivat naisia, ja heidän työkokemuksensa vaihteli noin neljästä vuodesta yli kolmeenkymmeneen vuoteen. He olivat koulutukseltaan sairaanhoitajia ja perus- tai lähihoitajia. Joukossa oli sekä vanhan koulutusjärjestelmän mukaan erikoistuneita hoitajia, että nykymuotoisen sairaanhoitajatutkinnon suorittaneita. Useimmilla hoitajilla oli työkokemusta eri osastoilta keskussairaalasta ja myös muista sairaaloista.

Hoitajien haastattelut tehtiin keväällä 2004. Haastattelut tein joko sairaalassa tai haastateltavan kotona, sairaalassa haastattelupaikkana oli sairaalan koulutustilojen neuvotteluhuone. Haastatteluiden kesto vaihteli 54 minuutista 85 minuuttiin, ja kotona tehdyt haastattelut olivat kestoltaan pidempiä kuin sairaalassa tehdyt. Tämä johtui lähinnä aikatauluista: suurin osa sairaalassa tehdyistä haastatteluista tehtiin ennen työvuoron alkua, jolloin haastatteluun käytettävissä oleva aika oli lyhyempi. Haastattelut tallensin minidisc- tai mp3-nauhurilla, ja haastatteluiden jälkeen litteroin ne sanatarkasti. Haastatelluilta hoitajilta en erikseen kysynyt heidän motiiveistaan osallistua haastatteluun. Haastatteluissa esiinnousseista motiiveista tärkein oli kuitenkin ehdottomasti kiinnostus vuorovaikutuksen kysymyksiin hoitotyössä sekä halu kehittää hoitotyötä ja omaa työyhteisöä.

Potilaita lähestyin henkilökohtaisesti käymällä potilashuoneessa esittäytymässä ja pyytämässä heitä mukaan tutkimukseen. Esittäytyessä jätin heille tutkimusta kuvaavan tiedonantokirjeen (liite 7), suostumuslomakkeen (liite 8) ja kirjekuoren, jossa pyysin potilaita palauttamaan suostumuslomakkeen omaan postilaatikkooni osaston kansliassa. Haastattelupyynnöjä jätin yhteensä 33, ja vastauksia sain 13. Suurin osa potilaista palautti vastauksen kirjekuoressa laatikkoon, kaksi haastateltavaa otti henkilökohtaisesti yhteyttä sairaalasta pääsyn jälkeen. Haastattelupyynnöitä tehdessäni en valinnut potilaita tutkimukseen esimerkiksi heidän sairautensa tai osastolle tulotapansa vuoksi, koska halusin tutkimukseen erilaisia potilaita, joten valitsin haastateltavat potilaat täysin satunnaisesti. Ainoana kriteerinä oli haastateltavan riittävän hyvä terveydentila haastatteluun pyytämisen hetkellä. Hyvin huonovointisille ja väsyneille potilaille en esittänyt haastattelupyynnöitä. Haastattelupyynnöt tein henkilökohtaisesti siksi, että samalla pystyin arvioimaan sitä, pystyykö potilas arvioimaan haastattelun tarkoitusta ja onko hänen terveydentilansa sellainen, että hän kykenee osallistumaan haastatteluun. Muutamat potilaat ilmaisivat haastattelupyynnöitä esitetäessä, että he eivät jaksaa tai halua tulla haastateltavaksi. Vastanneista potilaista

yksi perui haastattelun, koska hänen diagnoosinsa todettiin suostumisen jälkeen terminaaliseksi, yksi potilaista kuoli ennen haastattelun suorittamista. Esihaastatteluista sisällytin aineistoon kolme potilashaastattelua, jotka kestoltaan ja teemoiltaan vastasivat varsinaisia haastatteluja. Potilasaineistoon sisältyi kaikkiaan 14 haastattelua.

Haastatelluista potilaista 8 oli naisia ja 6 oli miehiä, kaksi haastatelluista asui Jyväskylän lähikunnissa ja muut Jyväskylän kaupungissa tai maalaiskunnassa. Haastatelluista vanhin oli 68-vuotias ja nuorin 30-vuotias. Potilaiden taustat olivat hyvin erilaisia; mukana oli haastateltavia eri ammattialoilta ja heidän elämäntilanteensa olivat hyvin erilaisia. Potilaiden sairaalassaoloajat vaihtelivat suuresti: yksi haastatelluista oli ollut osastolla yhden hoitovuorokauden, muutamat haastateltavista olivat olleet osastolla suunnilleen muutamasta päivästä viikkoon, ja jotkut haastateltavista olivat olleet osastolla useita viikkoja. Sairaalaan tulemisen syyt ja tavat vaihtelivat myös huomattavasti; osa haastateltavista oli tullut osastolle kutsuttuna leikkausta varten, osa ensiapupoliklinikan kautta ja osa siirtyi toiselta osastolta. Osa haastateltavista oli tullut osastolle akuutin vatsan seudun kivun vuoksi, osa oli tullut sappileikkausta varten ja osa haastatelluista oli osastolla syöpäleikkauksen vuoksi. Yksi potilaista oli sairaalassa yksityispotilaana, muut potilaat olivat julkisen sektorin potilaita.

Potilaiden haastattelut tein syksyllä 2004 pääasiassa potilaiden kotona sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Kolme haastattelua tein haastateltavan työpaikalla ja yhden sairaalassa potilashuoneessa. Yksi haastatteluista ajoittui potilaan kotiutumispäivään, useimmat haastattelut tein pari päivää haastateltavan kotiutumisen jälkeen. Kaksi haastatteluista tein vasta muutaman viikon kuluttua kotiutumisesta, jatkohoidoista ja potilaiden henkilökohtaisista syistä johtuen. Haastattelut kestivät neljästäkymmenestä minuutista kahteen tuntiin viiteentoista minuuttiin. Keskimääräiseltä kestoltaan miesten haastattelut olivat hieman lyhyempiä naisten haastatteluihin verrattuna, mikä johtui lähinnä miesten tiiviimmästä tavasta kuvata asioita. Potilaiden haastattelut tallensin minidisc-tai mp3-nauhurilla, ja litteroin ne sanatarkasti. Haastattelussa en erikseen kysynyt potilaiden motiivia tutkimukseen osallistumiseen, mutta haastatteluissa esiinnousseista motiiveista keskeisin oli halu kertoa omista kokemuksista ja välittää siten myös palautetta saamastaan hoidosta. Tämä koski sekä niitä, jotka kokivat hoitonsa positiivisesti että niitä, joiden kokemus värittyi negatiivisesti. Myös positiivinen suhtautuminen tutkimukseen yleensä oli syy, jonka potilaat mainitsivat.

3.7.2 Haastatteluiden kulku

Tässä alaluvussa kuvaan haastatteluiden suorittamista. Nostan esille myös joitakin esimerkkejä haastatteluaineistosta. Olen nimennyt kaikki haastateltavat uudelleen, itsestäni käytän haastattelukatkelmissa tunnusta LM. Haastateltuja potilaita on neljätoista. Koska yksi haastatelluista potilaista on ammatiltaan terveydenhuollon ammattilainen, viittaan häneen kahdella eri nimellä siten, että erotan ne lainaukset, joissa potilaan ammatillinen näkökulma nousee esille.

Tämä siksi, että potilaan anonymiteetti säilyisi paremmin. Kaikissa aineistosta tehdyissä autenttisissa lainauksissa kaikkien henkilöiden nimet ja paikannimet on muutettu. Katkelmista on myös saatettu jättää pois esimerkiksi sellaisia ammattinimikkeitä tai muita tietoja, jotka saattaisivat helpottaa kyseisen haastattelutavan tai jonkun muun henkilön tunnistamista. Litteroiduissa haastatteluesi-merkeissä käytän seuraavia merkintöjä:

- [päälle puhuminen]
- [keskeyttäminen]
- [- -] tekstiä poistettu
- (erityinen maininta toiminnasta, esimerkiksi vokalisaatio tai toimintaa selittävä ja puheenvuoron ymmärtämistä tukeva maininta)

Haastattelu on keskeinen laadullisen tutkimuksen aineistonkeruutapa, ja sitä käytetään silloin, kun tutkija pyrkii ymmärtämään sosiaalisen toimijan kokemusta ja näkökulmaa (Lindlof & Taylor 2002, 173). Erilaisia haastattelutapoja on pyritty luokittelemaan muun muassa sen mukaan, kuinka strukturoidusta haastattelusta on kyse ja kuinka ”syvällistä” tietoa sen pohjalta on mahdollista saavuttaa. Lindlof ja Taylor (2002, 175–181) erottavat laadullisen tutkimuksen haastattelulajit haastattelun syvyyden ja sisällöllisen laajuuden, niiden sisältämän vuorovaikutuksen laadun, haastattelun pituuden ja kertaluonteisuuden sekä haastattelijahaastateltavasuhteen perusteella. Lisäksi haastattelulajiin vaikuttaa se, millainen asema haastattelulla on tutkimuksessa hankittuun muuhun tietoon nähden. Näiden kriteerien pohjalta Lindlof ja Taylor (2002) nimeävät laadullisen haastattelun lajit etnografiseksi haastatteluksi, informanttihaastatteluksi, respondenttihaastatteluksi ja narratiiviseksi haastatteluksi. Tässä tutkimuksessa käyttämäni haastattelutapa vastaa lähinnä respondenttihaastattelua: haastateltavat kertoivat omista kokemuksistaan sosiaalisessa ympäristössään ja kuvasivat omia ajatuksiaan yksilönä. Käyttämässäni haastattelutavassa on piirteitä myös narratiivisesta haastattelusta; potilaiden kertomukset omasta sairaalassa olostaan saavat joissain kohti tarinallisia piirteitä.

Tyypillinen tapa luokitella haastatteluja on tarkastella niitä strukturaation asteen mukaan. Usein haastattelut jaetaan strukturoituihin, puolistrukturoituihin ja avoimiin haastatteluihin. Puolistrukturoidulle haastattelulle ominaisena on pidetty sitä, että kysymysten järjestys voi muuttua, vaikka kysymykset pysyvätkin samoina (esim. Suoranta & Eskola 2000). Hirsjärvi ja Hurme (2000, 47–48) laajentavat tätä näkökulmaa toteamalla, että puolistrukturoidulle haastattelulle on ominaista, että jokin näkökulma tai lähtökohta on lyöty lukkoon, mutta ei kaikkia. Heidän mukaansa teemahaastattelulle on ominaista, että se etenee nimenomaan keskeisten teemojen valossa, sen sijaan kysymisen tapa ei ole ennalta päätetty. Näin ollen teemahaastattelussa on paljon vapautta etenemisen suhteen, ja sen voikin ajatella olevan lähempänä avointa kuin strukturoitua haastattelua. Tässä tutkimuksessa käyttämäni haastattelutapaa voi luonnehtia teemahaastatteluksi, joka lähestyy avointa haastattelua. Valitun haastattelutavan avulla pyrin siihen, että haastateltavat kertovat omista tulkinnoistaan ja että aineistossa näkyvät haastateltavien asioille antamat merkitykset (Hirsjärvi & Hurme 2000, 48).

Haastatteluiden avulla pyrin luomaan kuvan siitä, millainen käsitys potilailla ja hoitajilla on tuesta potilas-hoitajavuorovaikutuksen ilmiönä osastohoidon kontekstissa. Haastatteluiden teemojen valinta perustui osin kirjallisuuteen, osin havaintoaineistoon. teemojen valitsemisessa oli luonnollisestikin *tuen ilmiö*, josta keskusteltiin ja josta myös kysyin suoraan kaikissa haastatteluissa. Kysymyksen muoto vaihteli: kysyin esimerkiksi, mitä tuki haastateltavan mielestä tarkoittaa, mitä tuki merkitsee ja mitä tuki on. Tuen ohella halusin haastatteluissa puhua *selviytymisestä*, koska tuen tavoitteena hoitotyössä on pidetty selviytymisen ja mukautumisen edistämistä. Tämä teema perustui suoraan kirjallisuuteen, erityisesti selviytymis- ja arviointiprosessien merkitykseen tuen ilmiön tutkimisessa ja niiden kytkeytymisessä tuen perusfunktioihin. Hoitajilta kysyin melko suoraan heidän käsitystään selviytymisestä ja sen tukemisesta. Sen sijaan potilaiden haastatteluissa selviytymistä lähestyin heidän elämäntilanteensa kautta. Kysyin esimerkiksi, miten he suhtautuvat sairauteensa juuri haastatteluhetkellä, mikä auttaa ja auttoi hankalien aikojen yli ja miten he ajattelevat ajattelevansa asia jonkin ajan kuluttua.

Keskeinen teema haastatteluissa oli *vuorovaikutus* potilaan ja hoitajan välillä. Halusin tietää, miten haastateltavat kokivat vuorovaikutuksen, koska kokemus auttaa ymmärtämään myös tuelle annettuja merkityksiä. Halusin myös tietää, missä määrin tuki nähdään vuorovaikutusilmiönä ja missä määrin esimerkiksi toimintaan liittyväksi. Vuorovaikutuksesta kysyin potilailta erityisesti keskustelemisen ja kanssakäymisen käsittein. Kysyin esimerkiksi, mistä keskustellaan ja millaisia keskustelut ovat. Hoitajien kanssa puhuin myös vuorovaikutuksen käsitteellä. Kysyin myös havainnoimisesta osana vuorovaikutusta ja vuorovaikutuksen merkityksestä omassa työssä. Vuorovaikutuksen lisäksi hoitajien haastatteluissa omana teemana oli *tietoisuus viestinnästä*, minkä kautta halusin ymmärtää hoitajien käsityksiä vuorovaikutuksen tavoitteellisuudesta. Teeman valinta perustui ensinnäkin puheviestinnän teoriaan; viestintätavoitteet kytkeytyvät läheisesti viestinnän funktioiden toteutumiseen. Toiseksi teeman sisällyttämistä perustelivat myös osastolla tekemäni havainnot hoitajien viestintäkäyttäytymisestä moninaisissa tilanteissa: olin kiinnostunut siitä, missä määrin osin hoitajalla on tietoisia tilannetavoitteita ja millaisissa tilanteissa. Tämä teema kytkeytyykin ammatilliseen viestintään ja vuorovaikutukseen oman työn tavoitteiden toteuttamisessa.

Oman tärkeän teemansa muodosti *hoitosuhde*, jota käsiteltiin sekä potilaiden että hoitajien haastatteluissa. Aikaisemmissa tutkimuksissa hoitosuhde on nähty merkityksellisenä tuen kokemista selittävänä tekijänä. Potilaiden haastatteluissa hoitosuhdetta ja sen merkitystä kysyin kysymällä esimerkiksi sitä, jäikö joku erityinen hoitaja heidän mieleensä ja millainen on hyvä hoitaja. Näiden kysymysten avulla pyrin ymmärtämään erityisesti sitä, kokivatko potilaat, että heille syntyi merkityksellinen suhde johonkin hoitajaan. Hoitajilta kysyin hoitosuhteesta melko suoraan pyytäen heitä pohtimaan hoitosuhteen merkitystä ja kuvailemaan hyvää hoitosuhdetta. Tätä kautta myös hoidon tavoitteet ja onnistuminen olivat esillä.

Potilaiden haastattelussa tärkeänä pidin sitä, että heidän *kokemuksensa sairaalahoidosta* välittyi haastattelutekstiin. Pyysin potilaita kertomaan, kuinka he tulivat osastolle ja millainen heidän hoitajaksonsa oli. Näistä kertomuksista ajattelin välittyvän myös kuvan siitä, millaisia odotuksia potilailla hoitoa kohtaan oli ja millaisia tarpeita heillä oli. Olennaisinta oli kuitenkin ymmärtää yksilön kokemusta, ja teeman valinta perustui ennen muuta tutkimuksen ymmärtävään lähtökohtaan. Potilaiden kokemuksella oli mielestäni tärkeä merkitys siksi, että heille tilanne on erityinen, monien kohdalla kyse voi olla kriisitilanteesta. Hoitajilta kysyin myös heidän käsityksiään *tiimin merkityksestä* omalle työlleen. Tämän teeman valinta perustui niihin havaintoihin, joita osastolla tein. Havaintojakson aikana tiimiperustainen työskentelytapa oli osastolla melko uusi, ja siksi se oli myös näkyvä, ja siihen viitattiin monella tapaa. Tiimin merkityksestä olin kiinnostunut myös hoitajan omien auttamisen resurssien vuoksi.

Käytin sekä potilaiden että hoitajien haastatteluissa materiaalina joitakin havaintoaineistosta litteroituja episodeja, joita pyysin haastateltavaa tulkitsemaan. Näiden esimerkkien avulla pyrin saamaan tietoa siitä, millä tavoin ja mistä näkökulmasta hoitaja ja potilas tulkitsevat potilas-hoitajavuorovaikutusta. Episodiin avulla pyrin saamaan tietoa myös siitä, millaiset asiat koetaan tärkeiksi potilas-hoitajavuorovaikutuksessa. Esitin nämä episodit yleensä haastattelun lopuksi. Aivan kaikissa haastatteluissa episodeja ei tarkasteltu lainkaan; jätin kysymättä niistä niissä haastatteluissa, joissa episodeille ei ollut aikaa. Muuten samat teemat tulivat pääpiirteittäin käsitellyksi kaikissa haastatteluissa. Näkökulmat teemoihin vaihtelivat ja täsmennyivätkin haastatteluiden edetessä. Saatoinkin kysyä seuraavalta haastateltavalta jotain asiaa, joka nousi esille edellisissä haastatteluissa.

Oma roolini haastattelijana oli jossain määrin aloitteellinen, mutta haastattelun tavoitteena oli kuitenkin tuoda esiin syviä ja monimuotoisia merkityksiä (Fontana & Frey 2000, 652). Haastattelijana nostin esille teemoja, mutta samalla pyrin saamaan haastateltavan kertomaan käsityksistään vapaamuotoisesti ja syventämään kertomaansa. Pyrin siis haastattelutilanteissa keskustelunomaisuuteen. Keskustelunomaisuutta pyrin edistämään kahdella tavalla: ensinnäkin tein jatkokysymyksiä haastateltavan kertoman pohjalta ja toiseksi tein haastatelllessani haastateltavan puheesta myös johtopäätöksiä, joiden oikeellisuutta kysyin haastateltavilta. Alla oleva haastattelukatkelma on esimerkki siitä, millä tavoin haastattelijana osallistuin keskusteluun ja tein tulkintoja haastateltavan mielentilasta ja hänen kokemuksistaan.

RAIJA: No sitt meille kerrotaan iltapäivällä joskus neljän aikaan, ett laboratorion koneet on ollu rikki, ett ne tulokset tulee ehkä illalla. Sitäkään ei voinu tulla sanoo meille, että siellä on kone rikki. Joskus illalla saatiin sitten tietää ne arvot. Muutenkin kun sä ootit ja stressasit, kukaan ei tuu kertoon, mutt ei tulla myöskään kertoon sitä, että koneet on rikki

LM: Aivan, joka vaikuttaa siihen aikatauluun.

RAIJA: Niin, että sillonhan sen ois niinku tienny, että turhaan tässä nyt ootellaan. Sanoitanko, että se odottavan aika on niin pitkä. Ja se informaation kulku, niin sitä ei ollu. [LM: Eli..] Kaikki piti kysyä ja lypsää ja siitä huolimatta kun hoitaja lähti, että mä käyn selvittämässä asian, hän viipy viis tuntia eikä tullu koskaan takasin. Tää on karrikoidusti se tunne, mikä siitä tuli.

LM: Sen odottamisen ois tehnyt siedettävämmäksi, että joku ois käynyt sanomassa [RAIJA: Aivan] että tässä menee vielä aikaa?

RAIJA: Niinpä, ja mistä tämä johtuu. Esimerkiksi.

LM: (Viittaa aiempaan haastattelun kulkuun) No jos sitten ajattelee tuota tukea, mä päättelen, että sä koet, että sä et oo sieltä hoitotyöstä ja hoitajilta saanut tukea sun sairaalassaoloaikana. Päättelenkö mä oikein?

RAIJA: Joo kyllä. Ainoa hetki, jolloin mä sain tukea, oli se, kun se omahoitaja tuli silloin iltavuorossa ja oli siinä puolisen tuntia. Niin silloin musta tuntu, mutta se tuki hävis.

Valitulla haastattelutavalla pyrin siihen, että haastateltavien kokemus tutkittavasta asiasta nousee esille, ja haastattelijan rooliksi muodostuikin lähinnä keskustelijan rooli. Osa haastatteluista eteni kuitenkin enemmän perinteisen haastattelun tapaan, jossa haastattelija vastaa haastattelun etenemisestä ja haastateltava vastaa melko rajatusti haastattelijan tekemiin kysymyksiin. Haastattelihaastateltavasuhde vaihteli enemmän potilaiden haastatteluissa, sen sijaan hoitajien haastattelut olivat rakenteeltaan keskenään samankaltaisia. Tämä johtunee erityisesti siitä, että hoitajat puhuivat haastattelussa ammatillisesta roolistaan käsin ja suhde haastattelihaastateltavaan muistutti lähinnä kollegiaalista suhdetta. Sen sijaan potilaat puhuivat henkilökohtaisesta roolistaan käsin, jolloin yksilölliset piirteet ja erilaiset kokemukset heijastuivat haastatteluaineistoon suurempana keskustelutapojen variaationa.

Haastattelijan rooli ei määrity vain tutkimuksen tavoitteesta käsin, vaan se määrittyy aina myös vuorovaikutuksessa haastateltavaan. Kuten edellä mainitsin, koin suhteen haastateltuihin hoitajiin lähinnä kollegiaalisena. Potilaiden haastatteluissa haastateltavan suhtautuminen minuun vaihteli ja näkyi erityisesti muodollisuuden asteessa. Joissakin haastatteluissa haastateltavat kertoivat itsestään hyvinkin intiimejä asioita. Tutkijana koin joissakin tilanteissa olevani myös tuen antajan roolissa. Näin tapahtui sellaisissa haastattelutilanteissa, joissa keskusteltiin erityisesti emotionaalisista asioista. Tällöin haastateltavan tapa purkaa tunteitaan asetti minut kuuntelijan ja läsnäolijan rooliin tavalla, johon koin liittyvän myös supportiivisia merkityksiä. Joillekin haastateltaville olin harvoja, joille he olivat kertoneet omista tunteistaan ja tuntemuksistaan. Haastattelijana osoittamani tuki oli pikemmin nonverbaalista kuin verbaalista, ja näkyi esimerkiksi haastattelun rytmin muuttumisena ja minimipalautteessa, joka väheni vaikeista asioista puhuttaessa.

Haastattelujen tekeminen oli ajoittain emotionaalisesti kuormittavaa, minä vuoksi ajoitin haastatteluiden tekemisen alkuperäisestä suunnitelmaa pidemmälle aikavälille. Tällainen ajoittaminen tuki myös oman tutkijaidentiteetin säilyttämistä, ja mahdollisti omien tuntemusten käsittelemisen ja etäännyttämisen. Tunteet syntyivät erityisesti empatiasta haastateltavaa kohtaan, ja sitä syntyi sekä hoitajien että potilaiden haastatteluissa, joissa käsiteltävät asiat tulivat hyvin lähelle myös omaa kokemusmaailmaani.

3.8 Haastatteluaineiston käsitteleminen ja analyysi

3.8.1 Analyysin aineistolähtöisyys

Aloitin haastatteluaineiston käsittelemisen litteroimalla kaikki tutkimushaastattelut sanatarkasti kokonaisuudessaan. Joitakin täytesanoja jätin pois siltä osin, kun niillä ei ollut merkitystä, litteroin ne kuitenkin tekstiin siltä osin, kun ne osoittivat haastateltavan epärointiä. Myös tekemäni kysymykset ja kommentit litteroin lähes sanatarkasti, aivan kaikkea minimipalautetta en kuitenkaan litteroinut. Litteroiduista haastatteluista muodostin kaksi erillistä aineistoa, hoitajien aineiston ja potilaiden aineiston, jotka analysoin erikseen.

Vaikka aineistoa kerätessä olinkin käyttänyt tiettyjä teemoja, päädyin lähestymään aineistoa aineistolähtöisesti. Tämä perustui lähinnä kahteen syyhyn. Ensinnäkin aineisto muodostui rikkaaksi ja haastatteluteksteissä hoitajien kokemukset omasta työstään ja potilaan kokemukset potilaana olemisesta muodostuivat kiintoisiksi. Koin, että aineistolähtöisellä analyysillä pystyn paremmin nostamaan esille haastateltujen kokemuksen. Alkuperäisten teemojen käyttäminen olisi mielestäni kaventanut näkökulmaa. Analyysivaiheessa pyrinkin irrottautumaan haastattelukysymyksistä ja haastatteluiden teemoista, vaikka ne toki näkyivät aineistossa.

Toinen syy päätyä aineistolähtöiseen analyysiin oli se, että tutkimusprosessin edetessä omat tieteenfilosofiset oletukseni ovat täsmentyneet, kuten jo aikaisemmin mainitsin. Aineiston analyysin lähtökohtana on ollut käsitys siitä, että yksilön voi ajatella aktiivisesti tulkitsevan kokemuksiaan liittämällä merkityksiä siihen, mitä hän havaitsee (Littlejohn 1999, 203). Sama koskee sekä tutkijaa että tutkittavia. Tutkittavat liittävät merkityksiä siihen, mitä he havaitsevat, ja tutkija puolestaan merkityksentää havaitsemaansa eli omaa aineistoaan ja tutkimuskohdettaan. Teemahaastattelussa ovat esillä haastateltavien tulkinnat asioista (Hirsjärvi & Hurme 2000, 48), ja näin aineisto mahdollistaa merkitysten tarkastelemisen. Tietyllä tapaa tutkija voi siis pyrkiä rekonstruoimaan merkityksiä, joita tutkittavat liittävät kokemuksiinsa tutkittavasta ilmiöstä, ja tutkijan on mahdollista löytää aineistostaan sellaisia tyypillisiä merkityksiä, jotka ovat yhteisiä samaan ryhmän kuuluvien ihmisten kesken (Schutz 1980). Gadamerin (1975) mukaan ymmärtäminen tapahtuu aina ennakko-oletusten perusteella, jotka perustuvat perinteeseen eli perinne antaa mahdollisuuden ymmärtää asioita (Littlejohnin 1999, 205–206). Merkitysten rekonstruoiminen merkitsee tällöin tutkijan tekemää tulkintaa mahdollisista merkityksistä, joiden avulla tutkija pyrkii rekonstruoimaan haastateltavien intentioita.

Tässä tutkimuksessa haastattelutekstin syntymisessä tutkijan rooli on ollut aloitteellinen, ja tiettyjen kysymysten esittäminen on rajannut sitä, mistä asioista keskustellaan. Toisaalta kaikki haastattelut ovat ainutlaatuisia, ja ne ovat syntyneet haastateltavan ja tutkijan vuorovaikutuksessa. Näin niihin voi ajatella kiteytyvän haastateltavien intentioita. Näenkin haastattelutekstin intentionaalisena, ja näiden intentioiden ymmärrän olevan olemassa jo ennen tekstiä. Tutki-

jan tehtävänä on pyrkiä tulkintaan ja ymmärtämiseen, jota voisi kuvata myös lähentymisen käsitteellä (Heidegger 2005, 57–58). Haastattelutavan valinta sinänsä ei siis määritä analyysitavan valintaa, vaan pikemmin siihen vaikuttaa aineiston laatu.

Aineiston analyysiin en valinnut mitään selkeärajaista metodia, vaan yhdistelin erilaisia aineiston järjestämisen strategioita. Analyysini lähestymistapaa voi kuvata laadulliseksi sisällönanalyysiksi, jossa tarkoituksena on löytää ja tunnistaa tekstiin sisältyviä merkityksiä (Frey, Botan & Kreps 2000, 237). Analyysitavassa on piirteitä fenomenografisesta lähestymistavasta siltä osin, että pyrin tiivistämään eri henkilöiden käsityksistä kuvauksen tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä (Marton & Pong 2005). Laadullisen aineiston analyysille voidaan pitää tyypillisenä etenemistä vaiheittain. Omassa analyysissäni lähdin liikkeelle laajojen teema-alueiden etsimisestä, jonka jälkeen siirryin erittelemään kutakin teemaa eli aineiston osaa yksityiskohtaisiin merkityskokonaisuuksiin. Rakensin alateemat tämän yksityiskohtaisen erittelyn pohjalta yhdistelemällä yksityiskohtaisen koodaamisen tuottamia sisällöllisiä kategorioita.

Aineistolähtöisessä analyysissä olennaista on aineistossa pidättäytyminen ja pyrkimys lähestyä aineistoa ilman ennakko-*odotuksia*. Vaikka tutkijalla on olemassa tietoa ja oletuksia tutkimuskohteestaan, aineistolähtöisen analyysin tavoitteena on pyrkiä pysyttämään aineistosta nousevissa teemoissa. Aineistolähtöisyyden ideaa on kritisoitu siitä, ettei aineistoon voi ylipäättään saada otetta, jos tutkija ei valitse näkökulmaa, josta hän aineistoaan lähestyy (Eskola & Suoranta 1998, 153). Ymmärtämisen voi ajatella myös perustuvan aina joihinkin ennakko-*oletuksiin* (Gadamer 1975, Littlejohnin 1999, 205–206 mukaan), ja näin ollen on ilmeistä, että näkökulma määräytyy aina joltain osin siitä aikaisemmasta tiedosta, jota tutkijalla on. Toisaalta esimerkiksi Anderson (1987) korostaa, että ennakko-odotuksista luopuminen ei tarkoita sitä, etteikö tutkijalla olisi kulttuurisia ennakko-oletuksia kuten normeja, arvoja ja ideologisia sitoumuksia. Hänen mukaansa olennaista on, että tutkija tekee näkyväksi omat ennakko-oletuksensa, mutta erottaa ne tutkimiansa henkilöiden ennakko-odotuksista.

Tässä tutkimusraportissa olen taustaluvuissa kuvannut sitä teoreettista perinnettä, johon omat ennakko-odotukseni perustuvat. Aineiston käsittelyn alkuvaiheessa pyrin kuitenkin lähestymään aineistoa ilman valittua teoreettista viitekehystä. Pyrin näin hahmottamaan, millä tavalla tutkittavat jäsentävät omia kokemuksiaan ja käsityksiään. Konkreettisesti pyrin tähän siten, että analyysiä ohjasi kysymys, *mitä potilaat ja hoitajat kertovat* haastatteluissa. Tässä aineistolähtöisessä pyrkimyksessä onnistumista voi mitata lähinnä sillä, kuinka hyvin olen onnistunut ymmärtämään ja kuvaamaan tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden kokemuksia ja käsityksiä.

Teoreettisia jäsennyksiä toin aineistoon analyysin edetessä abstraktiotason noustessa. Tässä vaiheessa pohdin sitä, *mistä se kertoo, mitä potilaat ja hoitajat kertovat*, eli pyrin hahmottamaan, millaisiin vuorovaikutuksen ilmiöihin aineistosta nousseet teemat kytkeytyvät. Teoreettisten ideoiden hahmottamista ja hallintaa voi arvioida siitä näkökulmasta, kuinka hyvin teoreettiset jäsennykset pystyvät kuvaamaan tutkittavaa ilmiötä.

Aineistolähtöisen analyysin tavoitteena on ollut merkitysten uudelleen rakentaminen. Tästäkin näkökulmasta on ollut tärkeää, että aineisto on ohjannut analyysiä. Vaikka tutkijana minulla on ollut teoreettisia ennako-oletuksia, on pyrkimykseni ollut ymmärtää haastattelemini henkilöiden käsityksiä, ja siten lähestyä heidän käsitys- ja kokemusmaailmaansa. Kielen osalta tämä merkitsi sitä, että analyysin alkuvaiheessa pyrin ainakin jossain määrin pysyttämään tutkittavien kielessä, analyysin edetessä ja abstraktiotason noustessa tulkintoihin alkoi sisältyä enemmän tutkijan kieltä. Alasuutari (1994) puhuu laadullisen aineiston analyysistä johtolankojen etsimisenä ja arvoituksen ratkaisemisena. Tässä tutkimuksessa aineistolähtöinen analyysi on ollut johtolankojen etsimistä tiivistämällä, lajittelemalla ja luokittelemalla aineistoa. Arvoituksen ratkaiseminen puolestaan syntyi vaiheessa, jossa aineiston eri osia ja teemoja tarkasteltiin rinnakkain.

3.8.2 Hoitajien haastatteluaineiston analyysi

Haastatteluaineiston analyysin aloitin hoitajien aineistosta. Luin aineiston kokonaisuudessaan useita kertoja, ja pyrin hahmottamaan sieltä yleisiä ja laajoja teema-alueita. Kun laajat teemat alkoivat hahmottua, muodostin kysymyksiä, joiden avulla erittelin aineiston pääteemoihin eli etsin aineistosta vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

- 1) Mitä hoitajat kertovat sairaanhoitajana olemisesta ja sairaanhoitajan työstä?
- 2) Mitä hoitajat kertovat potilaan ja hoitajan vuorovaikutussuhteesta?
- 3) Miten hoitajat kuvaavat erilaisia potilaita?
- 4) Mitä hoitajat puhuvat tuesta?

Kysymysten avulla aineistosta pystyi jäsentämään siis neljä suhteellisen selkeärajaisista teemaa, jotka olivat:

- 1) sairaanhoitajan rooli ja hoitajana toimiminen
- 2) hoitajan ja potilaan keskinäinen suhde
- 3) potilas ja potilaan toiminta
- 4) tuki ja sille annetut merkitykset

Hoitajien aineistossa teemojen rajat olivat suhteellisen selkeitä, mutta tekstissä oli toki kohtia, jotka vastasivat samanaikaisesti eri kysymyksiin. Nämä tekstikohdat sisällytin molempien tai kaikkien teemojen alle, enkä tehnyt tässä aineiston analyysin vaiheessa ratkaisua, jossa jokin teksti kuuluisi vain yhteen luokkaan. Tämä on mielestäni perusteltua siksi, että yksilön ajattelussa ja samoin haastattelutekstissä merkitykset kietoutuvat toisiinsa, ja on oleellista säilyttää merkitysten alkuperäinen yhteys. Esimerkiksi allaolevassa esimerkissä sairaanhoitaja kuvaa ensinnäkin työryhmän merkitystä sairaanhoitajan työssä ja samanaikaisesti teksti sisältää myös tuelle annettuja merkityksiä.

ANNIKA: Ja sitten ihan siinä töitä tehdessä, ett jos niinkun muut kaikesta kiireestä huolimatta jaksaa aina vaan sitä huumoria pitää yllä ja sitä semmosta, että jos annetaan lupa siihen. Että kyllä mun ainakin tarvii, ett jos on siellä potilashuoneessa tiukka paikka, mä saan niinku jostain semmosesta asiasta kurat silmilleni, mikä ei oo

edes mun asia, niin se että mulla on joku paikka, joku lääkevälikkö tai joku minne mä voin mennä sanomaan ihan suomeks että perkele, mitä ei voi siellä potilashuoneessa sanoo. Mutta ett sitten on että työkaverit tavallaan on se semmonen, mihinkä pystyy sitten sen niinku purkamaan.

Neljän pääteeman ulkopuolelle jäänyttä tekstiä luin pohtien, mistä teksti kertoo ja mitä se kuvaa. Lähinnä tekstissä puhuttiin esimerkiksi havaintojen tekemisestä, potilas-hoitajakeskusteluiden sisällöstä sekä viestintäkäyttäytymisestä. Viidenneksi teema-alueeksi muodostui siten

- 5) hoitajan viestintästrategiat, joka vastasi kysymykseen, miten hoitajat kuvaavat omaa viestintäkäyttäytymistään osana hoitotyötä.

Hoitajien aineisto jäsenyi siis viiteen pääteemaan. Tiivistin aineistosta pois esimerkiksi haastattelun lämmittelypuheet ja muutamat sivupolut, jotka eivät suoranaisesti liittyneet aineiston teemoihin. Nämä pääteemat kytkeytyivät tutkimustehtävään ja hahmottivat sitä, miten yksilön rooli, potilas-hoitajasuhde ja vuorovaikutuksen konteksti kytkeytyvät tukeen, vaikka jäsensinkin tuen omaksi erilliseksi pääteemakseen. Analyysin edetessä täsmensin myös tutkimustehtävää ja tarkensin tutkimuskysymyksiä.

Analyysiä jatkoin erittelemällä aineistoa teema kerrallaan. Jaoin kerrallaan jokaisen pääteeman alle tiivistyneen tekstin yksityiskohtaisiin merkityskokonaisuuksiin, jollainen saattoi olla yksittäinen lause tai laajempi tekstikokonaisuus. Tässä vaiheessa merkitsin siis aineistoon, mistä haastateltava puhuu, nimeämällä merkityskokonaisuudet. Esimerkiksi seuraavassa katkelmassa hoitaja kuvaa hoitajan ja potilaan vuorovaikutussuhdetta. Merkitsin tekstiin merkityskokonaisuudet, kurssiivilla on merkitty tekstiin se kohta, joka oli nimeämisen kriteeri, ja hakasulkeissa on kyseiselle merkityskokonaisuudelle tässä analyysin vaiheessa annettu nimi:

TEIJA: Hyvä hoitosuhde... kyllähän se tietysti on avoin...*avointa ett pystyy potilas kertomaan hoitajalleen*, lähinnä jos on omahoitaja, ni avoimesti näitä asioita, pystyy kysymään. Jos on mielessä jotain, jota ei oo saanu [AVOIMUUS] ja sitten... mitäs se nyt voi muuta olla... mm... tuntuu...*se vaan jotenkin toimii, eikä siinä oo mitään klikkiä välillä*. Tavallaan hyvä hoitosuhde voi olla sitäkin, ett joskushan se potilaan ja hoitajan välinen *kemia ei toimi*. Jostain syystä siinä joku vaan klikkaa, että siinä vaan ei niinku... [HENKILÖKEMIA] Mutta silti, että sitä *pyrittäis kuitenkin ammatillisesti* miettimään itse, että mistä tässä (on kysymys), onko tässä jostain transferenssista kyse, negatiivisesta, positiivisesta transferenssista, mikä on esteenä sille. Että mä en niinku kovin helposti ite lähe siihen ainakaan, [AMMATILLISUUS] että jos on semmonen hoitosuhde, mikä ei alkuun toimi, *että siinä mä työnnän sen potilaan (toiselle) ja vaihe-taan*, [KONTAKTI] vaan *että sitten pysähtyy miettimään, mikä tässä nyt mättää* ja miten tän saiskin (sujumaan). Koska siinä voi myös tehdä niin, ett siitä syntyy hyvä hoitosuhde, kun sen käsittelee, että mikä tässä on. Että en henkilökohtasesti luovu. [AMMATILLISUUS] Ett se on mun mielestä vaan sitä, ett siinä on semmonen *luottamus* ja avoimuus ja semmonen, *jotenkin vaan toimii yhteistyössä* [LUOTTAMUS]

Merkityskokonaisuuksille annetut nimet eivät perustuneet teoreettisiin käsitteisiin, vaan aineistoon. Nimeäminen oli haasteellinen vaihe erityisesti siksi, että eri henkilöt puhuivat samantyyppisistä asioista eri nimillä. Edellisessä katkelmassa näkyi esimerkiksi se, että luottamuksen ja avoimuuden käsitteet esiin-

tyivät yhdessä; nimesin merkityskokonaisuuden avoimuudeksi silloin, kun haastateltavat puhuivat itsestäkertomisesta, ja luottamukseksi, kun tekstiin liittyi merkityksiä yhteistyöstä. Tämän analyysivaiheen edetessä aineistokohtia siirtyi muiden teemojen alle, ja yksityiskohtainen erittely toimikin samalla teemoittelun tarkistamisena ja varmistamisena. Analyysin edetessä pääluokka *potilas ja potilaan toiminta* lopulta tyhjenikin muihin luokkiin.

Kun aineisto oli teema kerrallaan eritelty edellä kuvatulla tavalla, aloin yhdistelemään merkityskokonaisuuksia toisiinsa. Esimerkiksi potilashoitajasuhdetta kuvaavasta hoitajien haastatteluaineiston osaan olin nimennyt 24 erilaista yksityiskohtaista merkityskokonaisuutta tai koodia. Näitä jäsentelemällä syntyi kyseisen pääteeman alateemat, jotka nimesin potilashoitajasuhteen ulottuvuuksiksi: tavoitteellisuudeksi, turvallisuudeksi, henkilökohtaisuudeksi ja tasavertaisuudeksi. Merkityskokonaisuuksien yhdisteleminen oli analyysissä se vaihe, jossa analyysin abstraktiotaso nousi. Etenin kaikkien pääteemojen kanssa samalla tavalla merkityskokonaisuuksien etsimisestä ja nimeämisestä, niiden yhdistelemiseen ja lopulta alateemojen nimeämiseen.

3.8.3 Potilaiden haastatteluaineiston analyysi

Potilaiden haastatteluaineiston analyysi eteni pääpiirteittäin samalla tavalla kuin hoitajien haastatteluaineiston analyysi. Luin ensin aineiston kokonaisuudessaan useita kertoja, ja pyrin hahmottamaan sieltä yleisiä ja laajoja teema-alueita. Teema-alueista muodostin sitten kysymyksiä, joiden avulla luokittelin potilaiden haastatteluaineiston pääteemoihin. Luokittelua ohjaavat kysymykset olivat:

- 1) Miten potilaat kuvaavat vuorovaikutusta hoitajan kanssa ja hoitajan suhtautumista potilaaseen?
- 2) Miten potilaat kokevat sairaalan ja sairaalassaolon?
- 3) Mitä potilaat puhuvat tuesta?

Aineistosta jäsenyi kolme keskeistä teemaa, jotka olivat:

- 1) potilas-hoitaja vuorovaikutus
- 2) potilaan kokemus potilaana olosta
- 3) tuki

Potilaiden haastatteluaineistossa eri teemat kietoutuivat toisiinsa tiiviimmin kuin hoitajien aineistossa. Tämä tarkoittaa sitä, etteivät pääteemat olleet niin selkeärajaisia kuin hoitajien aineistossa. Erityisesti potilashoitajavuorovaikutuksen ja sairaalakokemuksen teemojen välillä jouduin pohtimaan, missä kulkee raja eri teemojen välillä. Potilas-hoitajavuorovaikutuksen teeman alle sijoitin sellaisen tekstin, jossa potilas kuvaa vuorovaikutusta interpersonalisella tasolla, sairaalakokemuksen teeman alle sijoittui puolestaan sellainen hoitajien toimintaa kuvaava teksti, jossa viitataan hoitajiin tai hoitohenkilökuntaan yleisellä tasolla. Seuraava esimerkki kuvaa rajan asettamista näiden teemojen välille:

PERTTI: No menin sinne puolenpäivän aikaan maanantaina ja tiistaiamuna leikattiin ja sitten nyt viime maanantaina pääsin pois, kaiken kaikkiaan viikon siellä olin siellä osastolla.

LM: Millanen kokemus se oli? Ei tietenkään koskaan varmaan voi leikkauksesta sanoa että mukava, mutta mitä teille sillä tavalla siitä päällimmäiseksi jäi?

PERTTI: No, no, *täytyy sanoa että ammatti-ihmiset on asialla* [SAIRAALAKOKEMUS]

LM: No entä jos ajattelee niitä päivärutiineja niin miten paljon siinä hoitajien kanssa tuli niinku puhetta, keskustelua...

PERTTI: Ei siinä hirveesti tullut sillain keskustelua, kun tuota, muuta kun ihan näistä hoitoon liittyvistä asioista, koska *heilläkin on kiire siellä ja paljon on potilaita. Ei he jouda jäämään siellä juttelemaan* ihan niitä näitä [VUOROVAIKUTUS]

Tuki erottui aineistosta omaksi pääteemakseen melko selkeästi. Aluksi hahmotin omaksi teemakseen myös potilaan selviytymisstrategiat, mutta tämä teema jäi lopulta ohueksi ja päädyin liittämään sen osaksi tuen pääteemaa. Tämä oli mielestäni perusteltua siksi, että kuvatessaan omia selviytymisstrategioitaan tai suhtautumistaan omaan vointiinsa, potilas tulee samalla kuvanneeksi myös käsitystään tuesta.

Potilaiden aineisto jäsentyi siis kolmeen pääteemaan. Samoin kuin hoitajien aineiston kohdalla aineistosta tiivistyivät pois muutamat sivupolut, jotka eivät suoranaisesti liittyneet aineiston teemoihin. Analyysi eteni siten, että erittelin aineistoa teema kerrallaan jakamalla tekstin merkityskokonaisuuksiin ja nimeämällä ne. Joitakin aineistokohtia siirtyi muiden teemojen alle kuten hoitajien haastatteluaineistonkin analyysissä. Merkityskokonaisuuksien nimeämisen jälkeen jäsensin ja nimesin niistä pääteemojen alateemat.

3.9 Tulosten jäsentely ja esittäminen

Kun havaintoaineisto sekä hoitajien että potilaiden haastatteluaineisto oli analysoitu, rakensin niiden avulla vastaukset tutkimustehtäviin. Samalla täsmensin vielä tutkimuskysymyksiä. Taulukossa 1 on kuvattu, miten aineiston eri osat vastaavat tutkimuskysymyksiin ja miten ne on tuloslukuissa esitetty.

Luvussa 4.1 kuvaan osastohoitoa tuen kontekstina. Kuvaan ensiksi sitä, millaiset tilannetekijät säätelevät potilas-hoitajavuorovaikutusta ja millaisia funktionaalisia sisältöjä sillä on. Kuvaan myös hoitajien viestintätavoitteita ja -strategioita. Näihin kysymyksiin vastaan havaintoaineiston ja hoitajien haastatteluaineiston perusteella. Alaluvussa 4.1.2 käytän potilaiden haastatteluaineistoa siltä osin, kun potilaat kuvaavat faattisen viestinnän merkitystä potilas-hoitajasuhteessa. Luvussa 4.1 vastaan siis tutkimustehtäviin 1, 2 ja 3. Luvussa 4.2 kuvaan potilaiden kokemusta potilaana olemisesta, mikä perustuu pääosin potilaiden haastatteluaineistoon ja vastaa tutkimustehtävään 4. Olen käyttänyt kuitenkin havaintoaineistoa tämän tulosluvun rakentamisessa hyväksi siltä osin, kun kuvaan osaston fyysistä ympäristöä ja vuorovaikutuksen rakenteellisia tekijöitä, jotka selittävät potilaan kokemusta. Luvussa 4.3 kuvaan hoitajuutta kirurgisella osastolla hoitajien haastatteluaineiston pohjalta. Tämä luku vastaa tutkimuskysymykseen 5.

Luvussa 5.1 kuvaan hoitajien käsityksiä potilas-hoitajasuhteen merkityksellisistä tekijöistä. Luku perustuu kokonaisuudessaan hoitajien haastatteluaineistoon. Luvussa 5.2 kuvaan potilaiden käsityksiä potilas-hoitajasuhteen merkityksellisistä tekijöistä potilaiden haastatteluaineistoon perustuen. Luku 5 vastaa siis tutkimustehtävään kuusi kuvaamalla potilas-hoitajasuhdetta sekä potilaiden että hoitajien näkökulmasta.

Luvussa 6 vastaan tutkimustehtävään 7 eli kuvaan, millaisia merkityksiä potilaat ja hoitajat antavat tuelle. Potilaiden tuelle antamia merkityksiä kuvaan haastatteluaineiston perusteella luvussa 6.1, ja hoitajien tuelle antamia merkityksiä kuvaan luvussa 6.2.

TAULUKKO 1 Tulosten esittäminen, tutkimuskysymykset ja tutkimuksen aineistot

TULOSEN ESITTÄMINEN	TUTKIMUSKYSYMYS	AINEISTON OSA
Luku 4 Osastohoito tuen kontekstina	Millaiset tilannetekijät säätelevät potilas-hoitajavuorovaikutusta? Millaisia sisältöjä potilas-hoitajavuorovaikutuksessa on? Millaisia viestintätavoitteita hoitajilla on? Miten kokemus potilaana olemisesta jäsenyyty? Miten hoitaja kokee ammatillisen roolinsa?	Havaintoaineisto Hoitajien haastatteluaineisto: <i>viestintästrategiat</i> Potilaiden haastatteluaineisto: <i>potilas-hoitajavuorovaikutus</i> Hoitajien haastatteluaineisto: <i>hoitajan rooli ja hoitajana toimiminen</i>
Luku 5 Potilas-hoitajasuhde tuen perustana	Mitä potilaat ja hoitajat pitävät merkityksellisenä potilas-hoitajasuhteen rakentumisessa?	Hoitajien haastatteluaineisto: <i>hoitajan ja potilaan keskinäinen suhde</i> Potilaiden haastatteluaineisto: <i>käsitykset hoitajan suhtautumisesta potilaaseen</i>
Luku 6 Potilaan ja hoitajan tuelle antamat merkitykset	Millaisia merkityksiä potilaat ja hoitajat antavat tuelle?	Hoitajien haastatteluaineisto: <i>tuelle annetut merkitykset</i> Potilaiden haastatteluaineisto: <i>tuelle annetut merkitykset</i>

Tuloksia raportoidessani pyrin perustelemaan aineiston analyysiprosessia teemojen jäsentämisen näkökulmasta siten, että kuvaan tulosten esittämisen yhteydessä eri alateemojen rajoja suhteessa toisiinsa. Näin pyrin tuomaan ilmi luokittelukriteerejä, joiden avulla lukija voi arvioida analyysin onnistumista ja luotettavuutta. Esittelen luokitteluperusteet myös havaintoaineiston kohdalla,

helpottaakseni sitä, että lukija voi arvioida analyysia. Havaintoaineiston tulokset perustuvat pääosin nauhoitettuun aineistoon. Havaintomuistiinpanoihin perustuvia tuloksia käytän lähinnä kontekstoimaan muuta aineistoa eli käytän niitä lähinnä kuvaamaan toimintaympäristöä ja nonverbaalista viestintää.

Haastatteluista lainatuissa esimerkeissä kaikki haastateltavat on siis nimetty uudelleen ja itsestäni käytän haastattelukatkelmissa tunnusta LM. Autenttisissa lainauksissa kaikki henkilöiden nimet ja paikannimet on muutettu, ja niistä on jätetty pois sellaisia tietoja, jotka saattaisivat helpottaa kyseisen haastateltavan tai jonkun muun henkilön tunnistamista. Myös havaintoaineiston esimerkkejä on käsitelty sillä tavoin, että kaikki henkilönimet ja paikannimet on muutettu. Samoin joitakin sellaisia tietoja, joista voisi päätellä kenestä on kysymys, on muutettu. Havaintoaineistosta otettuihin esimerkkeihin viitataan kyseisen episodin järjestysnumerolla aineistossa. Havaintoaineistossa viitataan potilaaseen tunnuksella P, hoitajaan tunnuksella H ja lääkäriin tunnuksella L. Jos tilanteessa on useampia hoitajia ja/tai potilaita, erotan heidät järjestysnumerolla. Havaintoaineistossa tutkimushenkilöitä ei siis ole nimetty uudelleen: tämä johtuu siitä, ettei kaikkia osallistujia pysty tunnistamaan ääninauhoilta, eikä kaikista tilanteista ole riittävän selkeitä muistiinpanoja potilaan identifioimiseksi: kaikista potilaista on olemassa kuitenkin tiedot sukupuolesta ja iästä. Aineistossa on muutamia sellaisia sanoja, joista ei saatu selvää ja joita ei siksi voitu litteroida. Ne on merkitty aineistoon tunnuksella (***) . Lainauksia on käsitelty luettavuuden parantamiseksi siten, että niistä on poistettu täytesanoja ja toistoa, olen myös lisännyt joitakin kommentteja luettavuuden parantamiseksi.

4 OSASTOHOITO TUEN KONTEKSTINA

4.1 Potilas-hoitajavuorovaikutus osastohoidossa

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ja ymmärtää sosiaalista tukea potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa osastohoidossa tuelle annettujen merkitysten, potilas-hoitajavuorovaikutuksen ja osastohoidon kontekstin kautta. Luvuissa 4–6 kuvaan havainto- ja haastatteluaineiston tuloksia. Pyrin rakentamaan kokonaiskuvan siitä, miten omaan itseen, vuorovaikutussuhteeseen ja viestinnän kontekstiin liittyvät tekijät ovat yhteydessä sosiaaliseen tukeen ja sille annettuihin merkityksiin. Tässä luvussa keskityn kuvaamaan kirurgista osastohoitoa vuorovaikutuksen kontekstina. Alaluvussa 4.1 kuvaan kontekstia potilas-hoitajavuorovaikutuksen sisällön, vuorovaikutusta osastohoidossa säätelevien tekijöiden ja hoitajan ammatillisten viestintätavoitteiden näkökulmasta. Luku rakentuu niin havainto- kuin haastatteluaineiston perustalle. Haastatteluaineistosta raportoin tuloksia pääluokista *hoitajan viestintästrategiat* ja *potilaan käsitys potilas-hoitajavuorovaikutuksesta*. Alaluvuissa 4.2 ja 4.3 kuvaan osastohoidon kontekstia kuvaamalla potilaan ja hoitajan käsityksiä omasta roolistaan. Luvut perustuvat haastatteluaineistoon, josta raportoin tulokset pääluokista *potilaan kokemus potilaana olemisesta* sekä *sairaanhoitajan rooli ja hoitajana toimiminen*. Lukua 4.2 täydennän joillakin havainnoilla havaintoaineistosta: monet hoitoympäristöön ja hoitamisen rutiineihin liittyvät seikat heijastuvat suoraan potilaan kokemukseen, joten kytken hoitotyön rutiineja ja tutkimusosaston fyysistä ympäristöä koskevaa havaintoaineistoa potilaiden kokemukseen.

4.1.1 Potilas-hoitajavuorovaikutusta säätelevät tilannetekijät

Tutkimus toteutettiin kirurgisella osastolla, jolla työskentely perustui yksilövastuiseen hoitotyöhön. Osaston potilashuoneet oli jaettu kolmeen sektoriin. Kukin sektorilla työskenteli oma työryhmänsä: kaksi tai kolme tiettyä lääkäriä ja joukko hoitajia, jotka toimivat pääasiassa samojen lääkäreiden kanssa oman sektorinsa potilashuoneissa. Osastolla työskenteli tutkimusajankohtana 7 lääkä-

riä ja yhteensä 38 sairaanhoitajaa ja perushoitajaa. Lisäksi hoitotiimiin voidaan katsoa kuuluneen fysioterapeutti ja sosiaalityöntekijä, jotka kiersivät useammalla osastolla. Osastolla työskenteli myös sairaala-apulaisia, jotka olivat potilaiden kanssa tekemisissä lähinnä ruoka-aikoina ja potilashuoneita siivotessaan. Osaston hoitotyötä johti osastonhoitaja, ja lääketieteellisessä vastuussa oli osastonlääkäri. Myös kirurgisen yksikön ylilääkäri ja ylihoitaja tekivät tiivistä yhteistyötä osastolla, he osallistuvat esimerkiksi ylilääkäriin kiertoon.

Potilas-hoitajavuorovaikutusta osastohoidossa säätelevät useat tilannetekijät, joita havaintoaineistosta tiivistyi kuusi: 1) hoitoprosessin vaihe, 2) hoitotoimenpide, 3) osaston toiminnan rutiinit, 4) vuorovaikutuksen paikka, 5) potilaan vointi ja 6) läsnä olevien henkilöiden määrä ja rooli. Nämä ovat niitä tekijöitä, jotka asettivat kehykset erityisesti vuorovaikutuksen sisällölle. Sisällön ohella ne vaikuttivat myös potilas-hoitajavuorovaikutuksen läheisyyden asteeseen ja viestinnän määrään.

Hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutus toteutui tämän tutkimuksen havaintoaineistoa kerätessä suurelta osin potilashuoneissa, ja se kytkeytyi hoitotyön käytännön toteuttamiseen. Potilas-hoitajaviestinnän lähtökohtana oli *potilaan hoitoprosessin vaihe*, joka määritteli suurelta osin vuorovaikutuksen sisältöä. Havaintoaineiston ohella myös hoitajien haastatteluaineistosta nousi esille hoitoprosessin merkitys. Hoitajat painottivat sitä, että hoitajan on huomioitava ja ennakoitavakin potilaan hoidon etenemistä, kuten eräs hoitaja pohtii seuraavassa esimerkissä:

LM: Tuleeko asettaneeksi semmosia, ihan semmosia tavoitteita niissä tilanteissa, että nyt pä selvitän tämän asian tai nyt pä otan selvää, miltä potilaasta tuntuu tai nyt pä otan selvää, että miten hän on ymmärtänyt esimerkiksi jonkun diagnoosin?

KAARINA: No, kyllähän hoitotyössä pitäis tavallaan ollakin ne tavoitteet, että tuota, että meillä on tiettyjä asioita, että pitää niinku huolehtia tälle potilaalle. No esimerkiksi nämä suoliavannepotilaat, että on se informaation saaminen. Että sitä käydään läpi, missä ollaan menossa ja mitä pitäis kertoa, ja että kyllä, kyllä se sellasta suunnitelmallisuuttakin on. Mutt todella kun sanotaan näin, että kun kutsuttuna tulee potilas, niin tietysti ensin se tulohaastattelu ja, ja kerrotaan, minkälaisia valmisteluja on, ja sitten kun on se leikkauspäivä, niin siihen kuuluu taas tietyt asiat mistä puhutaan. Ja päivä päivältä ne niinku tulee, ne vaatimukset niinku erilaiset.

Hoitoprosessin vaiheen ohella viestinnän sisältöä ja tavoitteita säätelivät *hoitotoimenpiteet* itsessään. Riippuen siitä, millaisia hoitotoimenpiteitä suoritettiin, viestinnän sisältö muuttui. Tämä näkyi havaintoaineistossa esimerkiksi erilaisen perushoitoon liittyvien toimenpiteiden yhteydessä. Hoitajat painottivat haastatteluissaan sitä, että hoitaja kertoo, mitä potilaalle tehdään, ja että hän selittää ja kuvaa omaa toimintaansa. Toisaalta hoitajat pohtivat omaa työkokemustaan: mitä paremmin hoitaja koki hallitsevansa jonkun toimenpiteen, sen paremmin hän ajatteli voivansa keskittyä vuorovaikutukseen. Hoitajat kokivat rutinoitumisen mahdollistavan sen, että hoitaja voi keskittyä ennen muuta potilaan ohjaukseen. Rutiininomaisuuden koettiin antavan tilaa jokapäiväisten keskustelunaiheiden lisääntymiselle, kuten eräs hoitajista kuvasi:

LM: Miten paljon kiinnität huomiota tai ajattelet tilanteissa viestintää tai sitä keskustelua?

KAARINA: no, tietysti kun on tällöinen sairaanhoidon taidot jo tavallaan hyppysissä niin, kyllähän siinä ihan luonnollisesti tulee sitä viestintää. [-] kun mä itekin, kun mä oon hirveen puhelias yleensä ja aika ilonen, tuolta Itä-Suomesta kotosin, ett silloin se on semmosta luonnollista, sitä ei tarttee niinkun paneutua siihen. [-] Mutt kyllä mä niinkun näkisin kuitenkin, että se kaikki ne toimenpiteet, nää tämmöset tempuat niin tuota, ett siinä samalla voi, keskustellakin potilaan, täytyyhän hänelle yleensäkin sanoo, ett mitä mä teen (molemmat nauravat) ett yleisesti ottaen, ett mä laitan nyt tipan. Mutt se riippuu sitten, ett jos on semmonen suuritöinen hankala asia, niin siihen keskittyy sittä enemmän siihen sairaanhoidolliseen tehtävään.

Kolmas vuorovaikutuksen sisältöön vaikuttava seikka oli osaston *toiminnan rutiini*, joka näkyi ennen muuta siinä, millaisia viestintätilanteita hoitajan ja potilaan välille syntyi. Toimintakulttuuri ja toimintatavat näkyivät ennen muuta siinä, että tietyt asiat hoidettiin aamuisin, toiset iltapäivisin, kolmannet iltaisin. Aamuisin keskustelut liittyivät ennen muuta tulevan päivän ennakkointiin ja potilaiden valmistamiseen päivää varten, mikä tarkoitti sekä pesuissa auttamista että valmistamista esimerkiksi leikkauksiin tai muihin toimenpiteisiin. Seuraava esimerkki kuvaa havaintoaineistossa tyypillistä aamukeskustelua, jossa hoitaja auttaa potilasta pesulle. Läsneä tilanteessa on kaksi hoitajaa ja potilas, potilashuoneessa oli paikalla neljä potilasta:

Episodi 23, naispotilas, 60 v. (kokonaiskesto 2'40)

H1: Tuota, miltäs ne aamupesut tuntuis?

P: ...hyvälle... ett... yöllä kyllä joutu tekemään (***) hirveen hiki

H1: No käytäiskö tossa vessassa ihan?

P: [käyään

H1: [että jos vaikka jaksat sinne lähteä

Hoitaja hakee vaatteita huoneen kaapista, keskustelussa tauko 1 min. 50 sek.

Laboratoriohoitaja tulee ja menee toisen potilaan luo.

Hoitaja palaa ja auttaa potilaan ylös, toinen hoitaja tulee avuksi. Potilas saatetaan vessaan.

P: Täällä senkun kurjistuu

H1: Käy vaikka siihen istumaan

H2: Käykää vain siihen istumaan

H1: Käy vain siihen ihan pöntölle istumaan

Hoitajat vaihtavat kommetin keskenään. Kylpyhuoneen ovi sulkeutuu.

Päivän edetessä hoitotoimenpiteet itsessään saivat suuremman merkityksen, ja vuorovaikutuksessa keskityttiin erityisesti niihin toimintoihin, jotka ovat sillä hetkellä tekeillä ja akuutteja. Ilta-aikaan ja iltakierroilla viestinnän sisällöissä saattoi havaita ennakoimisen jälleen lisääntyvän ja usein keskusteluissa ainakin sivuttiin seuraavan päivän ohjelmaa ja potilaan hoitoprosessia ylipäätään. Seuraava esimerkki kuvaa tyypillistä iltakeskustelua, jossa keskustellaan potilaan voinnista ja samalla yleisemminkin potilaan diagnoosista. Keskustelu alkaa, kun hoitaja siirtyy potilaan luo.

Episodi 2, naispotilas, 60 v. (kokonaiskesto 2'55)

H: No, mites täällä?

P: Aika kiva olla

H: Nyt on kiva olla?
P: Teet, teet kun on saanu, vähän helpottanu,
H: Se kipu
P: Nii
H: No hyvä
P: Tämäkin on nyt ... (lääke on otettu) [--]
H: Sä otit vai oliko siihen eilen jätetty? Mites rauhottuko se maha sen piikin jälkeen?
P: No tuntu... niin kyllä tässä...
H: Nii, no kyllä tässä tuntuu. Onko se ollu koko ajan?
P: Oli se vähä litteempi sillo.
H: Joo siinä tuntuu
P: Ku mä söin ni se yht äkkiä pullahti entistä suuremmaksi. Täss on vaan tälläne - mikä lie, ei meinannu millään mennä...ku ei se taho tyhjentyä millään... aina vaan tulee vähän ulos että
H2: Sanokaa sitten jos tulee kylmä, vähän tuuletetaan yöks
P: Nyt on ...
H: Nii. nehän teki sillo tulovaiheessa sen ultraäänitutkimuksen [P: Joo] ja eilen on tehty näköjään vatsan tietokonekuvauskin...
P: Joo...
H: ... niistähän tais olla että ei oo vielä tuloksia että, jos ne huomisaamuksi tulis ni lääkäri sitte kertois
P: Ja tänään oli sitte gastroskopia ja
H: Joo ja se peräpään tähystys
P: Joo ja se röntgen on otettu jossain välissä
H: Nii, että tutkittu on
P: Mikä onko se tietokonetomografia vai tietokone...
H: Joo se on sellanen tietokonetomografia
P: Mmm
H: Kun näitä nimiä on niin monenlaisia
P: Nii
H: Tuota ni, ootteks te käyny tuossa pöntöllä yöllä yksin?
P: Olen
H: Mitenkäs se tai jos vähänki tuntuu että tulee huono olo, niin kannattaa varmaan sitte soittaa yöhoitaja mukaan, ni ei tuu sitte mitään vahinkoa
P: ...aina vaan menee jalat veteläks
H: Nii just että mieluummin sitte pyytää kaverin siihen...
(Lyhyt tauko.)
P: Kumma soitin...(Potilas ihmettelee radiota)
(Lyhyt tauko.)
P: Missäs kohtaa se haima oikein sijaitsee, se on siellä vasemmalla puolella?
H: Joo
P: Tällä puolella. Että flunssan jälkitautina niinku haimatulehdus... se on vähän siellä joka puolella, nää on niin kauheet nää mutkat tässä
H: Onkos se maha toiminut nyt? Ei ku nii tosiaan mitä mä tässä kyselen, ei ku sehän oli eilen se tyhjennyski.
P: Koko yön, eihän se ollu tänä aamunakaan puhdasta
H: Joo. Joo.
P: Sitä riittää
(Lyhyt tauko.)
H: Tuota ni, ni tosiaan kannattaa pyytää sitte yöllä kaveri... ja tossa on tuo tenox tabletti jos on kauhee kolotus ni ...
P: Joku särkylääke
H: Joo ilman muuta. Tuonko nyt jo yötä vasten vai pyydätkö sitten yöhoitajalta
P: No miksei sen vois..kumpi on parempi piikki vai tuo . tabletti...
H: Kyllähän piikki aina niinku nopeemmin vaikuttaa...
P: Että jätettäiskö siihen, kun tää maha on ... ku pannaan mahaan, ni närästää
H: Joo. no, minä tuon sen piikin tässä vielä... ennen yötä. (Tauko.) Ja katotaan vaikka sieltä se sormenpästä se semmonen happiarvokin
P: Nii, onks se veren happipitoisuus vai mikä
H: Joo, kyllä
P: Tulee semmosia uusia asioita
H2: Pistetäänkö ikkuna jo kiinni?

P: Ihan.. mulla ei oo kylmä kyllä
 H: Voi sitte tuulettaa ...
 P: Vähän hankala tää kuonokoppa, kun sitä ei saa sammutettua vaan se täytyy suhista koko ajan
 H: Nii joo, häiritseekse sitten yöllä
 P: Mulla on hirvee hiki tässä naamassa koko ajan
 H: Niinku se (hymähtää) hiostuttaa muovinen koppa. Pitäiskö nostaa päätyä vai onko noin hyvä
 P: Annetaan olla näin ... ku selkä ei oo
 H: Niin joo tosiaan se selkä. No niin. Hyvä, tuuaan se...
 P: Kiitos
 H: Kiitos, kiitos

Oheinen esimerkki kuvaa myös sitä, että illalla vuorovaikutustilanteet olivat yleensä rauhallisempia kuin aamulla, ja silloin hoitajilla oli enemmän aikaa pysähtyä keskustelemaan potilaan voinnista ja diagnoosista. Aamut ja illat erosivat toisistaan erityisesti ajankäytössä, ja illalla potilashuoneissa kävi vähemmän muuta henkilökuntaa kuin aamuisin. Tämä vaikutti vuorovaikutustilanteiden ilmapiiriin, iltaisin keskeytyksiä oli vähemmän, ja levollisuus näkyi myös puheen rytmissä.

Hoitajien käsitykset vastasivat havaintoaineistosta tehtyä päätelmää siitä, että vuorovaikutus on sisällöllisesti rutiinien ja päiväjärjestyksen ohjaamaa. Heidän mukaansa hoitajilla on aamuisin kiire, eikä heillä silloin ole mahdollisuutta keskustella potilaiden kanssa mieltä painavista asioista. Eräs hoitaja kuvasi keskustelujen ajoittumista seuraavalla tavalla:

LM: No, missä tilanteessa niitä keskusteluja sitten käydään tai missä tilanteessa potilaat esimerkiksi kysyy tai jotenkin ottaa puheeks?

ANNIKA: No nyt tällä osastolla, jos nyt aatellaan aamuvuoroa, aamulla mennään aamupesuja tekemään, ni siinä sen niinku kaiken keskellä, kun sitä kaikkee muuta ohjausta yrittää siinä antaa ja tehä ne hoidot mitä siinä tehään, ni siinä samassa yhteydessä. No, lääkärikierron, siinä ei hoitaja keskustele potilaan kanssa juurikaan, ett siinä lääkäri joko puhuu lääkärikollegan kanssa ja saattaa muutaman sanan sanoo potilaille, jos hyvin sattuu, mutt siinä tilanteessa ei. Sitt oikeestaan lääkärikierron jälkeen se väli on sitä, ett mä ohjelmoin ne lääkehoidot, tipat, raportoinnin, mitä kaikkee nyt on. Ja sitten jos on tälläisiä potilaitten tutkimuksiin viemisiä taikka tulee jotakin tälläisiä varjoaineitten juomisia, tämä pitäis nyt juoda seuraavan tunnin aikana, soita, jos tarvit tiivistettä, hyvin lyhyesti ja ytimekkäästi. Ett oikeestaan iltavuorojen aikaan on se, kun tehdään jotain iltakiertoa tai tämmöstä, mutt se on tuolla se, ett voi tulla päivystyksestä yht äkkiä potilas, sun pitää taas lähtee, ett ne on tosi sellasia minimaalisia ne hetket.

Potilas-hoitajavuorovaikutusta sääteli myös se *paikka, jossa vuorovaikutusta syntyy*. Suurin osa potilas-hoitajavuorovaikutuksesta tapahtui potilashuoneessa. Potilashuoneen ulkopuolella vuorovaikutusta syntyi esimerkiksi leikkaukseen tai toimenpiteisiin vietäessä sekä pesujen yhteydessä potilashuoneen kylpyhuoneessa. Paikka oli sidoksissa toimenpiteeseen sinänsä. Esimerkiksi leikkaukseen mentäessä vuorovaikutuksen sisältö liittyy yleensä toimenpiteeseen. Havaintoaineiston potilas-hoitajakeskustelut olivat pääosin potilashuoneen keskusteluita. Niihin sisältyi toki itsestäkertomista, mutta ne eivät menneet kovin intiimille tasolle. Hoitajien käsitysten mukaan paikka vaikuttaakin juuri

keskustelun intiimiyteen. Esimerkiksi kylpyhuoneen intiimiyden mahdollistaa keskustelun henkilökohtaisemmista asioista kuin potilashuone.

LM: Millä tavalla... se vuorovaikutus jotenkin, liittyys se siihen selvitymiseen?

KAISA: No kyllähän se liittyy. Että.. monesti semmonenkin on hyvä että ku aamulla vie pesulle potilasta ni siellä suihkuhuoneessa tulee kaikkia asioita, kun ollaan vähän niinku kaksistaan, ni potilas siinä kertoilee näitä asioita sitten, ettei kukaan muu kuule, kun suihku ropisee. Niin se on niinku, siellä on hyvä, aika rauhallinen puhua näistä asioista. Kun ei semmosessa isossa huoneessa monestikaan potilas halua puhua niistä asioista, mitkä painaa mieltä, ni se tehään niinku siellä, semmosessa rauhallisessa (paikassa). Pitäis olla noita rauhallisia kolkkia missä vois jutella, että se ois tosi...

LM: Ne lähtee semmosissa tilanteissa joissa ollaan jotenkin kaksin?

KAISA: Joo. Kaksistaan jossakin ollaan. Just vessassa (molemmat naurahtavat), ku ollaan, tämmönen ihme paikka, ni siellä ovien takana, jos on viiden hengen huonekin, ni se on ainut paikka missä niinku voi silleen rauhassa jutella.

Potilaan voinnilla oli oma merkityksensä vuorovaikutuksen luonteelle. Potilaan vointi näkyi erityisesti intiimiyden asteessa. Kun potilas oli huonovointinen ja hänellä on paljon kipuja, hoitajat korostivat omassa toiminnassaan intiimiyden vaikutelmaa kumartamalla potilaan puoleen ja laskemalla äänenvoimakkuutta. Näissä tilanteissa hoitaja saattoi myös koskettaa potilasta. Vuorovaikutuksessa mies- ja naispotilaiden kanssa oli eroa erityisesti etäisyydessä, vaikka sisällöllisesti ja kielellisesti eroja ei voinut havaita. Fyysinen etäisyys miespotilaan kanssa keskusteltaessa näytti olevan suurempi kuin naisten kanssa keskusteltaessa, mikä näkyi erityisesti keskustelun avauksissa. Naisten huoneissa toiminta eteni potilas kerrallaan, kun miesten huoneessa tehtiin useita asioita yhä aikaa. Keskustelut miespotilaiden kanssa olivat hienoisesti muodollisempia kuin keskustelut naispotilaiden kanssa, mikä näkyi erityisesti nonverbaalisessa viestinnässä, myös etäisyys korosti muodollisuutta kuten valaistuskin: naisten huoneessa käytettiin usein hämäämpää valaistusta verrattuna miesten huoneisiin, mikä lisäsi intiimiyden vaikutelmaa.

Potilas-hoitajavuorovaikutukseen vaikutti merkittävästi myös *muiden läsnäolevien henkilöiden määrä ja rooli*. Muu läsnä oleva henkilökunta oli tässä ai-neistossa yleensä lääkäreitä. Havaintoaineistosta on nähtävissä, että lääkärin ollessa läsnä hoitaja puhui hyvin vähän, ja verbaalista vuorovaikutusta syntyi lähinnä lääkärin ja potilaan välille. Tämä on luonnollista toki siinä mielessä, että useimmat havainnoidut potilas-lääkäri-hoitajatilanteet syntyivät lääkärinkierrolla. Hoitajien käsitysten mukaan he pyrkivät vaikuttamaan lääkärinkierroilla päätöksiin erityisesti siten, että he kysymällä suuntaavat lääkärin huomiota potilaalle oleellisiin ja potilasta huolettaviin seikkoihin. He kertoivat myös pyrkivänsä ottamaan potilaan mukaan keskusteluun osoittamalla heille kysymyksiä tai vahvistamalla potilaan antamia tietoja. Lääkärikeskeisyys ja lääkärijohtoisuus näkyivät havaintoaineistossa kuitenkin selkeästi.

4.1.2 Potilas-hoitajavuorovaikutuksen sisällöt

Potilas-hoitajavuorovaikutusta voidaan tarkastella eritellen vuorovaikutuksen sisältöjä. Tässä tutkimuksessa tarkastelin sisältöjä niin sanottuna funktionaalisenä sisältönä. Se tarkoittaa, että sisältöjä eritellään pikemmin keskustelun tarkoituksen kuin puheenaiheiden tasolla. Tämän tutkimuksen havaintoaineistossa hoitajan ja potilaan vuorovaikutuksen sisältöjä olivat 1) oireista ja voinnista puhuminen, 2) toiminnan ohjaus, 3) hoidosta keskusteleminen, 4) konkreettisten ongelmien ratkaiseminen, 5) faattinen viestintä sekä 6) tunteiden ilmaiseminen ja mielentilasta puhuminen. Nämä sisällöt näkyivät keskusteluissa silloin, kun havainnoitiin potilas-hoitajavuorovaikutusta tilanteissa, joissa on läsnä vain hoitaja ja potilas tai useampia potilaita ja hoitajia. Kun lääkäri oli läsnä viestintätilanteessa, keskusteltiin pääosin 1) potilaan oireista ja voinnista, 2) diagnoosista sekä 3) hoidosta ja jatkohoidosta. Nämä tilanteet olivat tässä aineistossa pääasiassa lääkärintoimintaan liittyviä, mutta mukana oli myös joitain tilanteita, joissa lääkäri tuli kierron ulkopuolella keskustelemaan potilaan kanssa.

Potilas-hoitajavuorovaikutuksessa *oireista ja voinnista puhuminen* oli sellaista vuorovaikutusta, jossa pääpaino on erityisesti potilaan kivuista, vatsantoinnasta ja pahoinvoinnista puhumisella. Suurin osa tämän tutkimuksen havaintoaineiston vuorovaikutusepisodeista sisälsi oirepuhetta, litteroiduista episodeista vain neljässä keskustelussa ei lainkaan viitattu potilaan kipuihin tai muuhun vointiin. Useimmiten keskustelun voinnista avasi hoitaja kysymällä suoraan potilaan vointia tai kysymällä kivuista. Toisaalta omasta voinnista puhuminen oli potilaan mahdollisuus ohjata keskustelun kulkua. Tällaista tilannetta kuvaa seuraava esimerkki tilanteesta, jossa oli läsnä kaksi miespotilasta ja hoitaja. Keskustelu alkaa, kun hoitaja menee potilaan luo vaihtamaan nestepussia.

Episodi 23, miespotilas, 65 v. (kokonaiskesto 5'00)

P: Pitääks sitä tiputusta olla?

H: (Naurahtaen) Kyllä sitä pitää olla. Laitetaan, mä laitan nyt sen sitten samalla. Ja pistän tuon.

P: Tuota mitä ne on ja lääkitys sitten on ja?

H: Noh. Tuossa on tuota, no ne olikin näistä... Oliko teillä kellä omia lääkkeitä osa?

P: On, osa. Pirsatti, ku mie tarviin saaha lääkkeitä, jo nyt on kumma.

H: Perskatti.

P: Mie vaa tässä, tässä ku päästä niiku päivä tasan ett mitä mie teen.

H: Joo-o.

P: Tiedetään.

H: Meillä on nyt ollu vähä huisketta tänä aamuna kovasti, ni tota

P: On vissii joo

H: Ni nyt vasta keretään kattomaan näitä lääkeseioita

P: Mitä se toi lääkärikin sano että pitää olla vielä syömättä

H: Joo, sen verran vettä, että lääkkeet saatte, mutta ei muute vielä anneta ruokaa.

P: Se on kummaa, mut jos ei kestä.

P2: Ei oo väliäkään

H: Ei oo ruuasta väliäkään?

P2: Ei.

P: ... lääkkeestä en tiedä että mitä ne on tuoho tuonunna sitte.

H: Joo. Minä ihan kohta selvitän ne teijän lääkkeet.

P: Joo katotaan.

(Tauko 19 s.)

P: Tekis mieli juoksemaan, mutta ku ei tästä voi lähtee. Ruppee pahuus oksettamaan, ku lähtee juoksemaan.

H: Aijaa. Mites se liikkuminen sitte?

P: Mitä?

H: Liikkuminen tekee sen että tulee pahaolo, niikö?

P: Nii. Mikä siihen on syy?

H: Voitas kokeilla sitä pahoinvointi lääkettä. Ku minä laitan sen tiputuksen, ni mä voin laittaa sitten sinne suoneen sen pahoinvointi lääkkeen.

(Tauko 6 s.)

P: Täällä menee kunto alas.

H: No, sitä täytyyki nyt pari päivää ottaa vähä rauhallisemmin.

P: No nii.

H: Hmm.

P: Mää arvelin, että mää tänä päivänä saan jo syödä (***) ja kaikkea..

H: Ei, ei.

P: Njoo.

Toiminnan ohjaaminen on tässä aineistossa perushoitoon liittyvien tilanteiden viestintää. Se oli pääasiassa hoitajan puhetta eli ohjausta, ohjeita ja neuvoja, jotka liittyivät kulloinkin meneillään olevaan hoitotoimenpiteeseen. Potilas osallistui keskusteluun tällöin lähinnä mukautumalla tilanteisiin ja kommentoimalla hoitajan ilmauksia. Toiminnan ohjaaminen viestinnän sisältönä liittyi esimerkiksi leikkauksen jälkeiseen tilanteeseen, jossa potilasta ohjattiin pysyttämään vuoteessa ja liikkumaan vain hoitajan kanssa, sekä pesuihin, joihin liittyi esimerkiksi ylösnousun ohjausta. Toiminnan ohjaukseksi tulkitsin myös sellaisen lääkehoidon ohjauksen, jossa hoitaja neuvoi potilasta lääkkeiden ottamisessa, vaikka lääkehoidoista keskustelemisen olisi voinut tulkita myös osaksi hoidosta puhumista. Seuraava katkelma on tyypillinen esimerkki toiminnan ohjaamisesta. Hoitaja ohjasi edellisenä päivänä leikattua potilasta pesun yhteydessä, läsnä oli kaksi hoitajaa ja noin 60-vuotias miespotilas:

Episodi 22, miespotilas, 60 v. (kokonaiskesto 10'00)

H: Sitte ulospuhallus ja istumaan.

P: Ai!

H: Ja ihan rauhassa. (Potilas ähkäisee.) Hmm. Noin. Ei hätäillä.

H2: Minä lasken hivenen tätä sänkyä, ni ottas teijän jalat sitte...maahan.

H: Tehtäskö me silleen ett hän tulis tähän

H2: No ihan vaan tähä...

H2: Tähän nyt varovaisesti siitä. Ihan nostakaa selkä pystyyn. Selkä ihan.... Noin. Ja sitte, hyvä.

P: Huh huh!

H2: Huh huh. Miltä se tuntuu?

H: Kärsiikö istua?

H2: Hyvä.

H: Eikä pyörrytä? Eikä pyörrytä?

P: Eih.

H2: Tonne sitte käsi.
 P: Ai vieläki?
 H2: Vielä semmostaki afaääriä
 P: Ei tässä pyörtyymään kerkiä.
 H2: Ei nyt ei parane pyörtyä. Ei. Kovin sitte kyllä taitaa mennä kalpeeks tuo naama, ett tuo nyt tästä hyvin nopeesti.
 H: Tuleeko huono olo?
 P: *
 H: Mitä?
 P: Nyt saa pistää hösseliks!
 H: Hösseliks vaan! Nii meinaa mies että nyt äkkiä. Nii.
 H2: No nii, sit laitetaan tuo toho ja pääset takas. Pistetään vielä siihe hikilakana. Ettei väri nimittäi häviä tuosta kasvoilta kokonaan. Vaihdetaan se tyynyliina....
 P: **
 H: No niin.
 H2: No nii, nyt sitte muutama askel ottakaapas. Sinne Eevan (suuntaan)...
 P: Urheasti taisteltu!
 H2: Kyllä.
 P: Huhhuh
 H2: Katotaan...
 P: Minä olen vanha jäärä. Nyt käsi ei vapise.
 H2: Nyt taas kyljen kautta. Noin. [H: Uuupsista.] Hyvä.
 P: Huh huh.
 H: Ja melkein pimemi, niinkö?
 P: Ei.
 H2: Nyt mä otan sulta tyynyn vedetään alta pois vähäks aikaa ni laitetaan sitte puhas.
 H: Haluutteko te sukat?
 P: Ei.

Hoidosta keskusteleminen liittyi hoidon medikaaliseen puoleen, ja sellaiseksi tästä aineistosta tulkitsin puhumisen lääkehoidoista, nestehoidoista ja erilaisista potilaalle tehtävistä toimenpiteistä. Hoidosta keskusteleminen liittyi siis lääketieteelliseen hoidon toteuttamiseen, kun ohjaus puolestaan oli potilaan toimintaan ja toimintakykyyn liittyvää vuorovaikutusta. Hoitoon liittyvä keskustelu lähti liikkeelle joko potilaan suorasta kysymyksestä esimerkiksi omista tiedoistaan tai suunnitellusta toimenpiteistä tai siitä, että hoitaja vei keskustelun kulkua suunniteltuun hoitoon. Usein hoitaja avasi hoitokeskustelun iltakierron aikana myös kysymällä, onko potilaalla jotain kysyttävää hänelle suunnitelluista toimenpiteistä tai seuraavasta päivästä ja sen ohjelmasta. Seuraava esimerkki kuvaa hoidon ottamista puheeksi iltakierrolla, tilanteessa on läsnä hoitaja, joka viimeisenä ennen huoneesta lähtöään avaa keskustelun hoidon etenemisestä, potilas on noin 60-vuotias naispotilas:

Episodi 1, naispotilas, 60 v. (kokonaiskesto 2'42)

H: No niin, miten käs huomisesta oisko ollu vielä kysymyksiä?
 P: Ei mä puhuin sillon...että siellä (toimenpiteessä), mä sitten kysyn...
 H: Siellä se selviää. Tota nii, mites onkos sitä kutinaa nyt ollu, pitäiskö jättää se, jos jätetään se kutinalääke pois
 P: *
 H: Joo, mites onkos ollu, joo, näkee tossa...joo. Tosiaan tuo käsivoide voi olla siihen hyvä, että se tota...
 P: (***) (pyytää unilääkkeen)
 H: Oisko mulla tossa niitä mukana niitä, tarkistetaas
 P: Mä otan jos mä tartten..

H: Jätänkö nyt varalle sen toisen.. ei oo tässä mulla mukana, mä haen tuolta kansliasta

P: (***) (sanoo soittavansa)

H: Nii. Kyllä saa soitellakin, mutt voihan sen jättää... selvä. Huomisaamuksi ei oo verikokeitakaan tässä...se oli se neljäs kolmatta...(tauko 6 s.) Niistähän piti olla jo maanantaina (tauko 8 s.), No huomenna sitten vihdoin viimein. Aamulla ei niitä lääkkeitäkään kannata ottaa ennen sitä tutkimusta

P: Siinä on se ...lääke

H: Joo just, samat ohjeet pätee edelleen. Ja se voi olla ... se voi olla sitten, että huomenna pitää olla sen tipan varassa, ett ei saa syömistä, mutta se aina vähän riippuu siitä, että mitä siellä tehdään, että joskus saakin syömistä, mutta sen näkee sitte.

Potilaan voinnista ja hoidoista keskustelemisen sekä hoidon ohjaamisen lisäksi *konkreettisten ongelmien ratkaiseminen* muodosti oman sisällöllisen luokkansa. Tällaisia konkreettisia ongelmia olivat tässä havaintoaineistossa esimerkiksi partakoneen hankkiminen, vaatteiden vaihtaminen ja kyynärsauvojen lainaaminen. Konkreettisten ongelmien ratkaisu lähti liikkeelle yleensä potilaan kysymyksellä tai toivomuksella. Joissain tilanteissa potilas ilmaisi huolensa asiasta, johon hoitaja tarjosi konkreettista ratkaisua.

Tunneilmaisuja tai mielentilasta puhumista sisältyi havaintoaineistoon melko vähän. Nämä keskustelut lähtivät liikkeelle potilaan tunneilmaisusta, johon hoitaja sitten reagoi. Tässä aineistossa tunneilmaisut liittyivät lähinnä turhautumiseen ja ahdistukseen, mutta aineistossa oli myös muutamia positiivisia tunneilmauksia. Hoitajat osoittivat empatiaa reaktiona potilaan tunneilmaukseen ja tilanteissa, joissa potilas oli pahoinvoiva tai hänellä oli kovia kipuja. Seuraava esimerkki kuvaa, kuinka potilas avaa turhautuneena keskustelun. Läsä oli hoitaja ja kolme potilasta. Tilanne alkoi siitä, kun hoitaja säätää toisen potilaan happea, sammuttaa huoneesta valot ja on lähdössä pois:

Episodi 9, naispotilas, 38 v. (kokonaiskesto 3'09)

P: Kaikki pussit ne, kerräntyy ja, voi hyvänen aika, umpipussi ja.. mikä se oli, pakusuolen umpipussi. mitähän se vielä keksii ja nyt on vasta tyrä leikattu [H: Mmm] tässähän jo hermostuu näitten sairauksien kanssa

H: Niin, kyllähän sitä aina toivois että sais terveenä [P: Niin] terveenä olla

P: Mutta mä oon kyllä nyt sitä mieltä että minulla on kyllä tää sairaus ollu. Jos siellä nyt alkaa selviämään ni..

H: (Puhuu toiselle potilaalle, säätää happilaitetta.) Tuleeko nyt?

P2: Tulee.

P: (Huokaa.) Mihin aikaan se kiertää se?

H: Toinen kierto? No se on tuossa yhdeksän aikaan alkamassa, että ne kiertää taas koko osaston että tuolta toiselta käytävältä alkaen, ett siinä viistoista kaksnyt yli yheksän, ett riippuu vähän, miten kauan menee tuolla huoneissa.

Episodeihin sisältyi myös jonkin verran sellaista vuorovaikutusta, joka voidaan luokitella niin sanotuksi *faattiseksi viestinnäksi*. Faattisella viestinnällä tarkoitan tässä jokapäiväisistä keskustelunaiheista puhumista. Vuorovaikutuksen funktio on tällöin erityisesti sosiaalinen ja vuorovaikutussuhdetta rakentava eli viestinnällä pidetään yllä vuorovaikutusta, vaikkei se kohdentuisikaan minkään erityisen ongelman ratkaisuun tai tiedon välittämiseen. Mikään litteroiduista episodeista ei ollut sellainen, että se olisi sisältänyt pelkästään faattista vuorovaikutusta. Faattista viestintää syntyi hoitotilanteissa ja episodit sisälsivät sel-

laisia ketjuja, jotka laajensivat vuorovaikutuksen sisältöä hoitotilanteen ulkopuolelle. Aineistossa faattisen viestinnän aiheet liittyivät esimerkiksi potilaan siviilirooliin, säähän ja televisio-ohjelmiin. Myös huumorin erittelin tässä aineistossa faattiseksi viestinnäksi. Tavallinen tilanne, jossa faattista viestintää syntyi, liittyi rutiininomaiseen hoitotilanteeseen kuten seuraavassa esimerkissä. Läsä on kolme hoitajaa ja useita potilaita yhtä aikaa:

Episodi P27, naispotilas, 50 v. (kokonaiskesto 1'50)

H: Se on jännästi aina, ett on aurinkoinen päivä sillon, kun on ite töissä

P: Joo, niinhän se on. Monesti alkaa viikonloppusin sataa.

H: Joo. Niinkun mä sanoin, että ens viikolla on yövuoro, ni sitten sais sataa vaikka räntää sillon.

P: (***) (Kysyy satoiko yöllä.)

H: Kyllä se ropis koko ajan jotakin, varmaan vettä

P: Niin että se tuli.

(Lyhyt tauko.)

P: Korjattiin sitä teippiä siitä

H: Tuolta joku falskaa.

Hoitaja tyhjentää alusastioita.

H2 (hoitajalle): Isot kannut oli menossa.

Potilaat jäsensivät haastatteluissa potilas-hoitajavuorovaikutuksen kahteen luokkaan, hoitoon liittyvistä aiheista keskustelemiseen ja muista aiheista keskustelemiseen. Osa potilaista koki, että keskustelujen sisältö on pääsääntöisesti hoitoon liittyvää, eikä muista aiheista heidän mukaansa juurikaan puhuttu. Muutamat potilaat kuitenkin kuvasivat myös niin sanottuja jokapäiväisiä keskustelun aiheita. Useimmat haastatellut potilaat pitivät muusta kuin hoidosta keskustelemista merkityksellisenä. Potilaat erosivat kuitenkin toisistaan siinä, kuinka suoraan he ilmaisivat halukkuutta ja odotuksia tällaista vuorovaikutusta kohtaan. Muutamat potilaat näyttivät pitävän itsestäänselvänä sitä, että keskustelu pysyttääytyy hoidossa. Hoitoviestintä nähtiin ylipäätään tavoitteellisena ja hoidon käytänteiden ohjaamana. Toisaalta pidättäytyminen hoidosta keskustelemisessä nähtiin ajankäytöstä johtuvaksi, ja potilaat selittivät faattisen viestinnän vähäisyyttä sillä, ettei hoitajilla ei ole siihen aikaa.

Jokapäiväisiä keskustelunaiheita potilaat pitivät merkityksellisinä kolmesta syystä: Ensinnäkin niiden nähtiin piristävän ja vaikuttavan positiivisesti mielialaan sekä tarjoavan ajankulua. Muusta kuin voinnista keskusteleminen vei sairaalan ulkopuolelle ja auttoi jopa hetkeksi unohtamaan oman tilan ja oman sairauden. Tällöin pelkkä sairauden vatvominen jää vähemmälle. Erityisesti huumorilla potilaat kokivat olevan merkitystä mielialan kohoamiselle ja sairaalan rutiineista irtoamiselle. Toinen merkitys, jonka jokapäiväiset keskustelunaiheet potilaiden haastattelussa saivat, oli rooleista irtoaminen. Potilaan ja hoitajan tasavertaisuus korostui, kun irrottiin hoitokeskustelusta, joka korostaa hoitajan ja potilaan erilaisia rooleja. Kolmanneksi jokapäiväiset keskustelunaiheet olivat merkityksellisiä siksi, että niiden avulla potilaat saattoivat lähemmin tutustua hoitajaan ja päinvastoin. Hoitoon liittymättömistä asioista keskusteleminen

sella oli siis potilaiden mielestä myös relationaalista merkitystä, jota eräs potilaista kuvaa pohtiessaan jokapäiväisten keskustelunaiheiden vaikutusta:

LM: No mites sitten, miten tärkeä merkitys sillä muulla, muulla puhumisella on?

PETRI: Tottakai se on on virkistävä vaikutus, jos mietitään, että sä oot jossain yhdessä huoneessa päivästä toiseen, niin se tulee sen vieruspotilaankin jutut käy jo vähiin sitten jossain vaiheessa, ja sehän on itseasiassa ihan piristää ulkopuoleisen ihmisen kanssa heittää keskustelua, niin tottakai sillä merkitys on. Ilman muuta.

LM: [--] Vieks se jotenkin sairaalan ulkopuolelle? Sen tilanteen ulkopuolelle?

PETRI: .. no voishan sitä periaatteessa silläkin tavalla miettiä, ett se niinkun tilanne jää taka-alalle. Ja sitten nimenomaan, kun rupee keskustelemaan henkilötasolla, ett pääsee niinkun myös potilas tuntemaan sitä hoitajaa paremmin. Että okei tää on Itä-Suomesta kotoisin, sen mies on Pohjanmaalta, kun se puhuu tolla tavalla. Ett pääsee myös sinuks tavallaan, ett aha tää on se ihminen, ja se sieltä ja sillä tavalla. Tottakai oppii myös kattomaan sen, että millä tasolla tämä hoitaja keskustelee, ja keskusteleeko se ainoastaan niinkun virka-asioista, vai onko se niinkun semmonen avoin, että hölöttää ummet lammet. Että sitä pystyy analysoimaan ittekin ne ihmiset. Aivan samalla tavalla hoitajatkin analysoi meikäläistä.

Potilas-hoitajavuorovaikutusta syntyi myös niissä tilanteissa, joissa hoitajan ja potilaan lisäksi oli läsnä muita hoitohenkilökuntaan kuuluvia. Tyypillinen tällainen tilanne on lääkärintoiminta. Tällöin vuorovaikutuksen sisällöt määrittyivät ennen muuta kierron tavoitteista käsin, eivät niinkään hoitosuhteen tai hoitajan ja potilaan henkilökohtaisista tavoitteista käsin. Lääkärintoiminta vaikutti merkittävästi sekä potilaan että hoitajan viestintään. Lääkärintoiminnan viestinnällisenä funktiona oli lähinnä ongelmanratkaisu ja päätöksenteko. Lääkärintoiminnalla ja sen perusteella päätettiin hoitolinjoista, lääkäri määräsi potilaalle tehtävät toimenpiteet, lääkityksen ja muun hoidon kuten nesteytyksen. Lääkärintoiminnat näyttäytyivät tässä aineistossa sisällöllisesti hyvin samankaltaisina, ja niissä keskustelu perustui selkeästi potilaan oireista ja voinnista, diagnoosista sekä hoidosta ja jatkohoidosta keskustelemiseen. Lääkärintoimintaan liittyvissä keskusteluissa potilaan, hoitajan ja lääkärin roolit olivat selkeitä: lääkäri oli näissä tilanteissa keskustelun avaaja ja keskustelun kuljettaja, jolla oli päävastuu siitä, että kaikki ongelmanratkaisussa ja päätöksenteossa tarvittava tieto on koossa. Lääkäri näytti siis huolehtivan keskustelun sisällöstä ja aiheista, ja hänellä oli samalla myös valta säädellä keskustelun kulkua. Tätä kuvaa seuraava esimerkki, joka alkaa lääkärin tullessa huoneeseen ja tervehtiessä potilasta. Potilas vastaa tervehdykseen ja toteaa, että on hiljaista:

Episodi 28, miespotilas, 42 v. (kokonaiskesto 2'34)

L: Pääsiäisenä leikkaussali kiinni ni meillä ei oo täällä potilaitakaan.

P: Joo-o.

L: Mites susta on tuntunu nyt vointi?

P: Oikein hyvältä. Että enää ei oo särkyä, oon varmaan tietysti saanu särkylääkettäkin, mutt en tiä onks siinä mitään.. että vessassa en oo käynny silleen, väkevimmillä asioilla muuta ku eilisiltana ja sillon tota ni, sillonkin kävin vaan piereskelemässä verta sinne [L: Joo] että..

L: Mitäs sä teet työkses?

P: No mä oon nyt lomautettuna rakennuspuuhista

L: Joo. Tuota tarttisitko sää sairaslomaa, jos mä kirjotan esimerkiks vaikka ens viikon sitä

P: No, sehän on ihan siitä kiinni, että

L: Onks sulle mitään hyötyä siitä?

P: Ei oikeestaan silleen oo mitään hyötyä
 L: Nii mä tiedä sitä todistusta [P: Nii], jos et sää sitä mihinkään toimita [P: Nii justiin] tai se mihinkään vaikuta ..
 P: [ni mää vaan kirjotan siihen kelan lappuun, että siihen tulee, että sairas
 L: Joo...hyvä.
 P: Sehän korvaus tulee sieltä
 L: Mä kirjotan sulle tommosen antibioottikuurin tohon jatkoon ja tota, sä otat puhe-
 limitse yhteyttä jos rupee uudestaan kipeytymään. Mikäs on sulle kotipaikka?
 P: Laukaa.
 L: Laukaa. Just. Ja tota me sovittais, ett sä kävisit joskus.. parin viikon kuluttua tossa
 poliklinikalla niin tarkistetaan se tilanne siellä minkälainen se on ni [P: Joo]

(Tauko 12 s.) Lääkäri kirjoittaa papereihinsa.

L: Ni, ni mä heti laitan kierron ja pääset sitten kotiin sitten
 P: Aha, selvä homma. Pitää ruveta [L: Ei tässä sen kummempaa...] soitt..
 L: [tässä vaiheessa.
 P: Jaa.
 L: Tuota sulla oli vähän tulehdusarvot koholla, niitä ei oo nyt kontrolloitu, mutta ei-
 hän sulla enää oo kuumetta
 P: No ei oo mitattu kyllä
 H: Pistä mittari kainaloon ni
 L: Joo, mutt emmä usko kun sä noin hyvin jaksat ett sähän olit ihan toisenlainen, ku
 sä tulit ni sähän olit aika kipee
 P: Joo. Ei mulla semmosia oo mitään.. mä otan kuitenkin ton mittarin
 H: Mä tuon sen
 L: Hyvä.

Lääkäri kääntyy ja lähtee.

Potilas-lääkäri-hoitajatilanteissa keskusteltaessa potilaan oireista ja voinnista, lääkäri kysyi ja potilas tuotti keskusteluun kuvausta omasta voinnistaan kuten kivuista, vatsan toiminnasta ja liikkumisesta. Voinnin osalta lääkäri toi keskusteluun lääketieteellisiä faktoja, arvioi fysiologisia seikkoja kuten haavan kuntoa ja myös tulkitsi potilaan oireita. Hoitaja vahvisti lääkärin tuottamia faktoja. Hoitaja oli myös se, joka hallitsi potilaan paperit ja toi keskusteluun informaatiota niiden pohjalta. Hän saattoi joskus viitata myös potilaan vointiin. Diagnostiikkaan liittyvä keskustelu kulki rinnan oireisiin liittyvän keskustelun kanssa. Lääkärin diagnostiikkaan liittyvä puhe oli diagnoosin tekemiseen, sen kertomiseen ja tulkintaan liittyvää puhetta. Potilaan rooli diagnostiikkaan liittyvässä keskustelussa oli tuottaa tietoa aiemmista toimenpiteistä ja aiemmasta voinnistaan. Näiden asioiden esille ottaminen oli myös potilaan mahdollisuus osallistua keskusteluun. Hoitaja ei tämän aineiston perusteella näyttänyt osallistuvan lainkaan diagnoosista keskustelemiseen.

Hoitoon ja jatkohoitoon liittyvässä keskustelussa lääkäri teki päätöksiä potilaan hoidosta. Päätöksentekoon liittyen lääkäri sekä argumentoi että selitti valittuja hoitotoimenpiteitä ja kuvasi niiden tekemistä joko etukäteen (millaisesta tutkimuksesta on kyse) tai jälkikäteen (mitä leikattiin ja miten). Toiminnan ohjausta lääkäri ei juuri antanut, pikemmin oli kyse siitä, että lääkäri suositteli liikkumista tai totesi nestehoidon olevan välttämätöntä. Hoitokeskustelussa potilas näytti lähinnä kyselevän: kuinka kauan pitää olla syömättä tai ovatko kaikki mitattavat arvot kohdallaan? Hoitaja osallistui keskusteluun hoidosta ja jatkohoidosta tarkentamalla lääkärin ohjeita ja tarkentamalla faktoja. Jos lääkäri

tutki potilasta kierron aikana, hoitaja ohjasi potilasta tutkimuksen aikana ja avusti näin lääkäriä. Jatkohoidosta keskusteltaessa potilas lähinnä kertoi faktoja omasta elämäntilanteestaan, lääkäri määräsi lääkehoidosta ja mahdollisista jatko-toimenpiteistä.

Hoitajan rooli oli pieni keskusteltaessa hoidoista, erityisen vähän hoitaja osallistui keskusteluun potilaan jatkohoidoista. Hoitajan rooli näytti olevan vahvistajan ja varmistajan rooli, mutta varsinainen päätöksenteko näytti kuuluvan lääkärille. Myös potilas osallistui päätöksentekoon suhteellisen vähän, ja hänen roolinsa olikin pikemmin tiedonantajan rooli kuin varsinainen päätöksentekijän rooli. Tässä aineistossa korostui se, että lääkäri kysyy ja potilas vastaa.

Potilas-hoitajavuorovaikutuksella on useita funktionaalisia sisältöjä, ja se palvelee sekä ongelmanratkaisua ja päätöksentekoa, potilaan ohjausta, erilaisia emotionaalisia funktioita sekä vuorovaikutuksen suhdetason kehittymistä. Lääkärinkiertojen viestinnällisenä funktiona tässä aineistossa oli erityisesti päätöksenteko, joka palvelee hoidon suunnittelua ja hoitotoimenpiteiden ratkaisemista. Pääosin viestintä oli informaatiohakuista. Koska potilas-hoidonantajavuorovaikutuksessa on kysymys tavoitteellisesta vuorovaikutussuhteesta tapahtuvasta viestinnästä, on ilmeistä, että kaikki vuorovaikutus on jossain määrin funktionaalista ja kytkeytyy hoidon tavoitteisiin. Tästä aineistosta vuorovaikutuksessa oli tunnistettavissa useita erilaisia hoitoon liittyviä funktioita.

4.1.3 Hoitajien viestintätavoitteet ja -strategiat

Hoitajien käsityksiä omasta viestintäkäyttäytymisestään voi lähestyä sekä viestinnän tavoitteiden että viestintästrategioiden näkökulmasta. Nämä molemmat ovat merkityksellisiä potilas-hoitajavuorovaikutukselle, koska ne kytkeytyvät hoitajan ammatillisiin tavoitteisiin ja toimintaan osastohoidon kontekstissa. Hoitajien haastatteluaineistosta nousi esille neljä keskeistä viestinnän tavoitetta: 1) potilaan aktivoiminen, 2) potilaan rauhoittelu, 3) emotionaalisen kuormituksen purkaminen ja 4) suhteen luominen. Hoitajien käsitysten mukaan vuorovaikutus palvelee myös hoidon ennakoimista ja hoidon turvallisuutta, joiden voi nähdä kytkeytyvän erityisesti hoitajan saamaan tietoon. Hoitajat pitivät potilaan riittävää tiedon saamista erittäin tärkeänä, mutta he eivät kuitenkaan eksplisiittisesti puhuneet tiedon välittämisestä omia viestintästrategioita pohtiessaan, eikä se noussut esille itsenäisenä tavoitteena. Pikemminkin tieto näkyi implisiittisesti, kun hoitajat puhuivat potilaan aktivoimisesta.

Hoitajat kuvasivat omaa vuorovaikutuskäyttäytymistään spontaaniksi. Spontaaniudella he tarkoittivat lähinnä sitä, etteivät he tilanteisiin mennessään tarkasti suunnittele sitä, mitä he aikovat sanoa. Etenkään rutiininomaisiin tilanteisiin ei hoitajien mukaan liity tietoisia tilannetavoitteita. Toisaalta hoitajat tunnistivat esimerkiksi ohjaustilanteissa tarpeen kuvata selkeästi sitä, mitä tehdään ja millainen toimenpide on kyseessä. Poikkeuksen spontaanisuudesta muodostavat hoitajien mukaan ne tilanteet, jotka ovat jollain tapaa tiedollisesti haastavia tai emotionaalisesti kuormittavia ja liittyvät potilaan näkökulmasta

erityisen vaikeaan tilanteeseen. Näissä tilanteissa hoitajat kertoivat keskittyvänsä tavanomaista enemmän juuri siihen, miten asioita sanoo. Vuorovaikutuksen merkitys ja tietoisuus omasta viestinnästä näyttäisikin korostuvan, kun siirrytään ulos hoitamisen rutiineista.

Havaintojen tekemistä hoitajat pitivät keskeisenä osana hoitajan ammattitaitoa, ja hoitamiseen liittyvä päätöksenteko perustuu hoitajien mukaan paljolti juuri havaintoihin potilaasta. Havainnointi sai aineistossa merkityksiä strategisuudesta, mutta samanaikaisesti hoitajat kuvasivat havainnoinnin olevan sisäistynyttä ja automatisoitunutta, mitä seuraava esimerkki kuvaa:

LM: Siinä tehdessä sitä perustyötä tai ollessa siinä potilaan kanssa, ni millasia asioita sä potilaista havainnoit niissä?

ANNIKA: No joka kerta, kun potilashuoneeseen menee, niin kyllä siellä kiinnittää automaattisesti huomiota siihen. Saattaa olla, ett kaks ensimmäistä potilasta käy vilkasta keskustelua keskenään ja on hyväntuulisia, siellä se kolmannen paikan potilas on omissa oloissaan, tuijottaa kattoon. Mä huomaan heti, että sillä on nyt joku ongelma ja että se kattoo mun päälle jotenkin, sillä tavalla, ku nyt voi aatella, että sillä nyt on joku sellanen tarve tai paha mieli taikka haluaa jotain. Ja tuota, no kipeä potilas nyt on aika helppo huomata (naurahtaa) ilmeistä, ett aika paljon justiin joutuu käyttämään sitä semmosta, justiin puhumatonta kieltä. Että ne kaikki tilanteet, kun sä käyt siellä huoneessa, ni aina tavallaan skannaa sen huoneen läpi, että miltä ne huoneen potilaat vaikuttaa ja miten niillä siellä menee.

Havainnointia hoitajat kuvasivat kokonaisvaltaiseksi, millä he tarkoittivat potilaan fyysisen kuin psyykkisenkin voinnin tarkkailemista. Hoitajat kertoivat kiinnittävänsä huomiota potilaan fyysiseen olemukseen, koska potilaat eivät välttämättä kerro voinnistaan suoraan. Esimerkiksi ihon väri, kosteus ja lämpötila kertovat hoitajalle ammatillista tietoa. Hoitajat sanoivat jossain määrin kiinnittävänsä huomiota myös potilaan nonverbaaliseen käyttäytymiseen, jonka perusteella he kertoivat tekevänsä päätelmiä potilaan mielentilasta ja mielialasta. Tällaisista viesteistä he mainitsivat esimerkiksi ”päyilyyn” ja katsekontaktin välttelemisen, levottoman kävelyn tai vuoteeseen kääpertymisen ja ”omissa maailmoissaan” olemisen. Myös asioiden toistamiseen kysyminen oli hoitajille merkki siitä, että kaikki ei ole kunnossa. Useat hoitajat liittivät havainnointiin merkityksiä intuitiosta. Monet hoitajat sanoivat aistivansa sen, jos joku ei voi hyvin tai jos joku on menossa huonompaan kuntoon. Havainnointi kytkettyi siis hoidon ennakoimiseen. Eräs potilas kuvaa havainnoinnin intuitiivisuutta hiljaiseksi tiedoksi:

LM: Mistä sä sitten havaitset, että kaikki ei oo kunnossa. Jos potilas sanoo, että joo ihan hyvin täällä, mutt että tulee semmonen tunne, niin mistä se tuntuma tulee?

MAIJU: No tietysti sellaset... ne silmät, nehän voi kertoo sillain silmillä [- -] mutta se on semmonen ristiriitatilanne sitten, jos potilas sanoo, ett ihan hyvin, mutt sitt näkee ett ei nyt oo kaikki hyvin [- -] Potilas kuitenkin, tavallaan hän sanoo, ett hyvin, mut ite tietää, että varmaan ihan hirveen huono olo tuolla ihmisellä [--] Joskushan on semmonen tunnekin, että oot vaikka yössä, että mäpä käyn siellä huoneessa. Ett jotenkin tuntuu.. se on varmaan sitä hiljasta tietoa. Ja sit sä meetkin sinne ja ops, se tilanne laukee. Mä en osaa sitä selittää, se vaan on joku sellanen, hiljaseks tiedoks ne sitä varmaan sanoo. Se on ollu välillä sitten aika luotettavakin. On tunne, ett nyt pitäis mennä kattoo sitä potilasta.

Vaikka hoitajat kuvasivat kysyttäessä omaa toimintaansa lähinnä tilannelähtöiseksi, heidän käsityksissään näkyi kuitenkin tavoitteellisuuden merkitys. Keskeinen viestintätavoite oli *potilaan aktivoiminen*. Hoitajat kuvasivat pyrkivänsä hoitotoimenpiteiden ja oman toimintansa selittämällä ottamaan potilaan mukaan omaan hoitoonsa, jolloin potilaan voi ajatella muuttuvan tekemisen kohteesta toimijaksi. Ohjaamiseen hoitajat liittivät merkityksiä potilaan aktiivisuudesta.

LM: Mikä on sen tekemisen osuus ja mikä on se vuorovaikutuksen ja keskustelemisen, kuuntelemisen osuus (kirurgisessa hoidossa)?

KAISA: No tietysti jos ottaa konkreettisen esimerkin, että vie potilasta pesulle, niin kyllä mä ainakin pyrin, että koko ajan kerron, mitä tässä nyt tulee tapahtumaan. Ja neuvon potilasta, jos on ylösnousut ja kaikki tämmöset, mitä nyt kannattaa ottaa huomioon, hengitystekniikat ja muut. Että potilas ois koko ajan siinä mukana siinä touhussa aktiivisesti ja sais kokee, että hän on niinkun tämän hoitonsa ykkönen tässä. Että hän määräälee tätä hoitoo, että oman sen voinnin mukaan tehdään ne touhut. Se ois tärkeitä huomioida.

Toiseksi tavoitteeksi jäsenyi *rauhoittelemisen* tavoite. Tämä tavoite liittyy hoitajien käsityksen mukaan erityisesti tilanteisiin, joissa potilaalle suoritetaan tai aiotaan suorittaa lääketieteellisiä toimenpiteitä ja tutkimuksia. Kirurgisella osastolla luonnollisestikin huolestuttavin toimenpide on leikkaus. Hoitajat korostivat, että leikkaukseen valmistelevalle viestinnällä on tärkeä merkitys turvallisuuden luomisessa. Haastatellut hoitajat kuvasivat kukin omia henkilökohtaisia toimintatapojaan, ja leikkaussaliin vieminen näyttääkin olevan sellainen toimenpide, johon kullekin hoitajalle oli kehittynyt oma viestintä- ja toimintatapansa. Missä joku hoitajista kertoi lähinnä olevansa hiljainen ja puhumatta, toinen kuvasi juttelevansa niitä näitä. Myös omille toimintatavoilleen hoitajilla oli perusteensa: ne perustuvat hoitajan kokemukseen siitä, millainen vuorovaikutus on näyttänyt parhaiten rentouttavan ja rauhoittavan potilasta. Haastatellut hoitajat pitivät oleellisena sitä, että hoitaja itse pysyy rauhallisena, oli tilanne mikä tahansa.

LM: Miten potilaan mielentila vaikuttaa vuorovaikutukseen potilaan kanssa?

ULLA: No kyllähän se aika paljon vaikuttaa. Ett esimerkiks jos potilas pelkää, ni sil-lähän menee se energia kokonaan siihen, ett hän miettii, ett mites tässä ollaan. Ja (potilas) vaikka ei välttämättä ollenkaan reagoi siihen, ett mitä minä puhun. Ett sen takia niinku on tärkeitä, ett saa sen tilanteen jotenkin laukeemaan, ennen kun mennään asiaan, ett kyllähän se vaikuttaa aika paljon.

LM: Miten paljon semmosessa tilanteessa, mmm, mitä sä teet semmosessa tilanteessa laukaistakses sen tilanteen, jos potilas on vaikka pelokas niin...

ULLA: Joo, no itse asiassa [- -] sitten jutellaan ihan jotain [- -] tällösiä yleisiä asioita ett tavallaan mennään siihen ihan hänen tasolleen ja näytetään, että mä en oo mikään vaarallinen ihminen, ja se että kumminkin nää on aika arkoja asioita, mistä meilläkin puhutaan, niin niinkun ite yrittää olla mahdollisimman neutraali ja luonnollinen niitä asioita kohtaan, niin potilaskin näkee siinä, ett no eihän tää niin kauheeta ookaan.

Rauhoittelemiseen saattoi hoitajien mukaan liittyä myös koskettamista. Hoitajat kuvasivat koskettamista hyvin tietoiseksi vuorovaikutusteoksi, joka heidän mukaansa liittyy lähinnä emotionaalisiin keskustelunaiheisiin. *Emotionaalisen kuormituksen purkamisen* tapahtuu hoitajien käsityksen mukaan kuitenkin pää-

osin verbaalisesti. Kosketusta he kertovat käyttävänsä hyvin harkiten. Sen sijaan hoitajat kuvasivat monia erilaisia verbaalisia strategioita. Niitä käytetään, kun hoitaja havaitsee potilaan olevan pelokas, ahdistunut tai masentunut tai kun potilas on saanut huolestuttavan diagnoosin. Ensinnäkin hoitajat kuvasivat ”jututtavansa” potilasta, joka vaikuttaa vetäytyneeltä ja huolestuneelta. Jututtamisen merkitys nähtiin siinä, että potilas saattaa rohkaistua puhumaan omasta mielialastaan, mutta myös siinä, että jututtamisen kautta hoitaja saa tietoa potilaan psyykkisestä voinnista. Jututtaminen oli joillekin hoitajille myös hoitajan päätöksenteon perusta. Jututtamiseen hoitajat kertoivat liittävänsä myös ”varovaista kyselemistä”. Hoitajat kuvaavat aloittavansa kyselemisen esimerkiksi kysymällä potilaan perheestä tai jostain muusta, ei suoranaisesti hoitamiseen liittyvästä asiasta. Näin hoitaja kertoivat pyrkivänsä luomaan kontaktin, jonka myötä voisi helpommin kysyä myös potilaan ajatuksista ja tunteista suhteessa potilaan tilanteeseen ja vointiin. Kyselystrategiaa kuvasi yksi haastatelluista seuraavasti:

KAARINA: ... sitte joskus tulee itellekin semmonen tunne, ett pitäis jotain sanoo ja sitten sitä niinku miettii, ett mistä mä (aloitan). Aika usein on se, että onko teillä monta lasta ja siis kodista ehkä kysyy [--]

LM: Onko (se) yleensä semmonen [- -] keino että lähtee jostakin elämäntilanteesta tai perheestä liikkeelle tai jostain semmosista asioista? Niin onks ne sellasia asioita, joista potilas ikään kuin saadaan avautumaan tai josta potilas lähtee [KAARINA: Kyllä] puhumaan..

KAARINA: Kyllä, se on aika helppo alottaa. Muistan yhden toisenkin tapauksen, joka on kanssa nyt haudassa, erittäin viehättävä potilas, tosi viehättävä, ja mä en ollut häntä nyt kovin (pitkään hoitanut) [- -] niin mä sitten aloitin sen jutun, että minkäs ikänen teillä tää lapsi onkaan, ja sitt hän kerto siitä lapsestaan. (Että lapsi oli sanonut), ett jos äiti kuolee, ni hän menee taivaaseen, ja kaikkee, että onks siellä leikkikaluja. Se oli viisivuotias lapsi, ett onks siellä leikkikaluja, pitää jotkut tikapuut olla sinne taivaaseen. Kyllä se saattaa ihan aika helposti lähtee, ett kysyy lapsista, perheestä, jotain.

Hoitajat kertoivat kysyvänsä peloista joskus suoraan, esimerkiksi leikkaukseen liittyviä pelkoja on heidän mielestään luontevaa kysyä valmisteluiden yhteydessä. Sen sijaan jossain muussa tilanteessa suoraan kysymiseen liittyy hoitajien mukaan riski siitä, että potilas kokee kysymisen tungettelevana. Tämän hoitajat näkivät liittyvän vuorovaikutussuhteen läheisyyteen. Hoitajat kuvasivat jokapäiväisistä aiheista keskustelemista keinona päästä *suhteen luomisen ja ylläpitämisen* tavoitteeseen. Myös avun epäsuora tarjoaminen mainittiin keinona luoda luottamusta, ja hoitajat kuvasivat rohkaisevansa avun pyytäiseen ja soittokellon soittamiseen. Hoitajien käsitysten mukaan, potilas yleensä alkaa luottaa hoitajaan ja kertoo tällöin enemmän itsestään, kun potilaalle tarjotaan apua ja annetaan aikaa.

Hoitajat kytkivät vuorovaikutukseen *kaksi viestinnän strategiaa*. Ensinnä he kertoivat pyrkivänsä mukautumaan kulloisenkin potilaan viestintätyyliin. Mukautumista he kuvasivat sekä verbaalisella että nonverbaalisella tasolla. Verbaalisena mukautumisen keinona mainittiin esimerkiksi murre sanojen käyttö, ja toisaalta asiasisällön kohdentaminen potilaalle. Nonverbaalisesta mukautumisesta mainittiin esimerkiksi etäisyyden säätelyminen ja puheen määrän säate-

leminen. Hoitajien käsityksen mukaan potilas määrittää sitä, millaista vuorovaikutus on ja millainen luonne keskusteluille syntyy. Esimerkiksi hoitajat toteivat potilaan hiljaisuuden tai aktiivisuuden määrittävän sitä, kuinka paljon keskustelua syntyy. Myös huumorin käyttö perustuu hoitajien mukaan päätelmiin potilaasta. Hoitajat kuvasivat keskustelujen etenevän potilaan ehdoilla, ja he odottivat potilaalta aloitteellisuutta niin faattisen keskustelun kuin tunteista puhumisenkin suhteen. Hoitajat sanoivat pyrkivänsä avaamaan keskustelua esimerkiksi potilaan mielentilasta, mutta usein tämä tapahtui epäsuorasti.

Hoitajat mainitsivat myös sellaisia viestintätavoitteita, jotka eivät suoranaisesti liittyneet potilaan tilaan ja vuorovaikutukseen potilaan kanssa. Tällainen tavoite oli *hoidon turvallisuuden* varmistaminen. Hoitajat kertoivat pyrkivänsä varmistamaan ja vahvistamaan tietojaan potilasta haastatellessaan erityisesti siksi, että keskeiset hoitamiseen liittyvät tiedot nousisivat esille. Esimerkiksi leikkaukseen vietäessä hoitaja voi pyrkiä samalla saamaan potilaaseen liittyvää tietoa, kun hän rauhoittelee potilasta. Hoitajat mainitsivat myös potilaan hoitoprosessin *ennakoimisen* tavoitteen. Tämä kytkeytyy viestinnän diagnostiseen tehtävään. Hoitajat kertoivat arvioivansa, millaisia tarpeita potilaalla on, ja samalla arvioivansa esimerkiksi hoitotyön ja tuen tarvetta. Tämä liittyi potilaan hyvinvoinnin muutosten mahdollisimman tarkkaan ennakoimiseen.

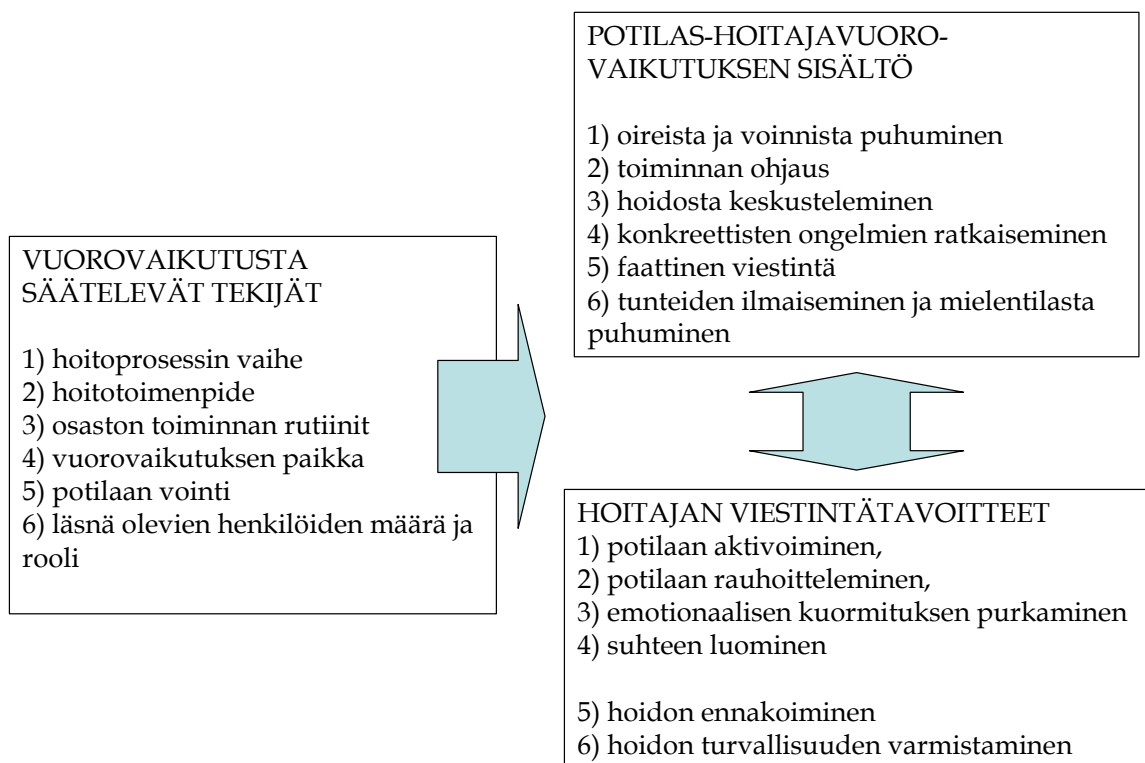
Hoitajat kuvasivat useita potilas-hoitajavuorovaikutukseen liittyviä tavoitteita, joista osa kytkeytyi hoidon onnistumiseen sinänsä ja osa suoranaisesti potilaan fyysisen ja psyykkisen hyvinvoinnin edistämiseen. Hoitajien käsitykset potilas-hoitajavuorovaikutuksesta liittyivät erityisesti heidän ammatilliseen rooliinsa, ja jäsentyivät ammatillisten tavoitteiden ympärille. Ammatillisuus näkyi hoitajien käsityksissä myös tavoitteellisuutena ja strategisuutena.

Potilas-hoitajavuorovaikutukseen vaikuttavat tekijät

Tässä luvussa olen tarkastellut potilas-hoitajavuorovaikutusta viestintään vaikuttavien tilannetekijöiden, viestinnän sisältöjen sekä hoitajan viestintätavoitteiden ja -strategioiden näkökulmasta. Tarkastelun avulla olen pyrkinyt kuvaamaan, millaiseen vuorovaikutuksen kontekstiin tuki osastohoidossa asettuu. Kuvioon 1 olen koonnut tekijät, jotka kuvaavat sitä, mitkä tilannetekijät säätelevät hoitajan viestintätavoitteiden kehkeytymistä ja viestinnän funktionaalisia sisältöjä.

Potilas-hoitajavuorovaikutuksen sisältöön ja viestintäkäyttäytymiseen vaikuttavat useat tilannetekijät. Koska kyseessä on ammatillisessa kontekstissa toteutuva vuorovaikutus, on tietysti luonnollista, että esimerkiksi prosessin vaihe, potilaalle tehtävät toimenpiteet ja osaston toiminnan rutiinit luovat perustan vuorovaikutuksen sisällölle, kestolle ja muodoille. Näiden tekijöiden perusteella määräytyy erityisesti se, millaista vuorovaikutus sisällöllisesti on, mutta ne vaikuttavat myös esimerkiksi intiimiyden asteeseen. Merkityksellistä myös se, missä ja milloin vuorovaikutus tapahtuu. Tilanne- ja ympäristötekijät vaikuttavat potilas-hoitajavuorovaikutukseen säätelemällä mahdollisuuksia vuorovaikutukseen. Ne luovat kehyyksen, jossa hoitaja ja potilas ovat keskenään vuorovaikutuksessa. Erityisen merkityksellisenä tässä aineistossa näyttäytyy

vuorovaikutuksen ajankohta ja paikka: toisaalta aamuisin on mahdollisuus kahdenkeskiseen kanssakäymiseen, mikäli potilasta autetaan hänen aamutoimissaan, toisaalta aamuisin näyttää olevan hyvin vähän aikaa vuorovaikutukselle. Vuorovaikutusta säätelevät tekijät vaikuttavat sekä hoitajan viestintätavoitteisiin että vuorovaikutuksen sisältöön.



KUVIO 1 Potilas-hoitajavuorovaikutukseen vaikuttavat tekijät

Hoitajan näkökulmasta vuorovaikutusta ohjaavat hänen ammatilliset tavoitteensa. Vaikka hoitajat kuvasivatkin omaa viestintäkäyttäytymistään eri tilanteissa spontaaniksi, heidän käsityksistään nousi esille monia viestintätavoitteita. Nämä hoitajan tavoitteet liittyvät sekä potilaan hoitoon ja selviytymisen tukemiseen että suhteen luomiseen ja oman työn ennakoimiseen. Selkeästi potilaan selviytymiseen liittyvät potilaan aktivoimisen, potilaan rauhoitteluun ja emotionaalisen kuormituksen purkamisen tavoitteet. Hoitosuhteen luomisen tavoite voidaan ymmärtää omaksi erityiseksi tavoitteekseen. Hoidon ennakoiminen ja turvallisuus kytkeytyvät hoito-organisaation tavoitteenasetteluun. Potilaan tavoitteista ei tässä tutkimuksessa kysytty suoraan, mutta potilailla oli odotuksia sekä hoidosta keskustelemisesta että faattisesta viestinnästä, johon liittyi hoitosuhteen kehittymiseen, mielialaan ja jatkuvuuteen liittyviä merkityksiä.

Koska potilas-hoitajakeskustelut kytkeytyvät hoidon tavoitteisiin, on ymmärrettävää, että myös keskustelujen sisällöt liittyvät läheisesti näihin tavoitteisiin. Esimerkiksi toiminnan ohjaus, oireista ja voinnista puhuminen, hoidosta keskusteleminen ja konkreettisten ongelmien ratkaiseminen ovat selkeästi hoi-

don toteuttamiseen liittyviä asioita. Näiden lisäksi tunteiden ilmaiseminen ja faattinen viestintä kaikissa muodoissaan ovat potilas-hoitajaviestinnän sisältöjä. Potilas-hoitajaviestinnässä ratkotaan sekä potilaan hoitoon että hänen jaksamiensa ja selviytymiseensä liittyviä kysymyksiä eri tavoin.

Vuorovaikutusta säätelevien tekijöiden voi ajatella vaikuttavan erityisesti erityisesti tuen antamisen ja saamisen mahdollisuuksiin potilas-hoitajavuorovaikutusta säätelemällä. Viestinnän sisällöt puolestaan ovat niitä, joissa supportiivisia merkityksiä voi syntyä. Voisi ajatella, että esimerkiksi faattiseen viestintään tai ohjaukseen voi liittyä merkityksiä tuesta. Tuki ja supportiivinen viestintä toteutuu potilas-hoitajavuorovaikutuksessa erilaisten sisältöjen yhteydessä, ja tilanteeseen vaikuttavat samalla hoitajan tavoitteet, joista osaa voidaan pitää suoranaisesti supportiivisina tavoitteina. Toisaalta on muistettava, ettei se vielä tarkoita sitä, että aktuaalinen vuorovaikutus rakentuisi sinänsä supportiiviseksi, esimerkiksi toiminnan ohjaus ei vielä sinänsä synnytä merkityksiä tuesta.

4.2 Potilaana olemisen kirurgisessa osastohoidossa

Konteksti heijastuu vuorovaikutukseen paitsi tilannetekijöiden ja viestintätapojen myös osallistujien kokemusten kautta. Kontekstia voi siis tarkastella myös siitä näkökulmasta, kuinka osallistujat kokevat kontekstin ja millaisena he näkevät oman roolinsa siinä. Tässä luvussa tarkastelen potilaan kokemusta, jota luonnehtii institutionaalinen kehys. Kokemus potilaana olemisesta jäsenyi tässä aineistossa kolmeen ulottuvuuteen: kokemukseen hoidon saamisesta, kokemukseen hoitoympäristöstä ja kokemukseen vuorovaikutuskäytänteistä. Taulukossa 2 on esitetty ne sisällölliset kategoriat, joista ulottuvuudet ovat rakentuneet, sekä niin sanottu ydinmerkitys, joka tiivistää sisällöllisten kategorioiden merkityksen. Eri potilaat kokivat nämä ulottuvuudet eri tavoin, ja voikin ajatella, että potilaiden kokemukset asettuvat näiden ulottuvuuksien jatkumolle. Yksilöllisen kokemuksen voi katsoa muodostuvan siis siitä, millä tavoin nämä eri ulottuvuudet kokemukseksi jäsenyvät. Esimerkiksi käsitys hoidon saamisesta saattoi olla erittäin positiivinen tai negatiivinen, mutta kokemukseen potilaana olemisesta vaikutti myös se, miten potilas koki esimerkiksi hoitoympäristön.

TAULUKKO 2 Kokemus potilaana olemisesta

POTILAAN KOKEMUKSEN ULOTTUVUUS	HOIDON SAAMINEN	HOITO-YMPÄRISTÖ	VUOROVAIKUTUS-KÄYTÄNTEET
Sisällölliset kategoriat	Hoitoon pääseminen ja joutuminen Hoidon sujuvuus ja pompottaminen Hoidon tarjoaminen ja vaatiminen Tiedon saaminen	Fyysinen ympäristö Muut potilaat Henkilökunnan keskinäinen vuorovaikutus	Vuorovaikutuksen fragmentaarisuus Mahdollisuus keskustelun avaamiseen Henkilökunnan vaihtuvuus ja tunteminen Yksityisyys ja intiimiyden aste
Ydinmerkitykset	Fyysinen ja psyykinen autetuksi tuleminen	Turvallisuus ja levollisuus	Yksilöllisyyden säilyttäminen

4.2.1 Hoidon saaminen potilaan kokemuksena

Tämän tutkimuksen osastolla suurin osa hoidossa olleista potilaista oli leikkauspotilaita. Jotkut potilaista olivat osastolla hoidossa myös muiden toimenpiteiden vuoksi kuten erilaisten suoli- ja vatsalaukkutähystysten tekemiseksi. Osastolla hoidettavien potilaiden sairaudet olivat hyvin heterogeenisiä, leikkauspotilaat olivat vatsa- ja suolistosyöpää sekä erilaisia sisäelinsyöpiä sairastavia, sappileikkauspotilaita, maksapotilaita sekä esimerkiksi umpisuolileikkauksiin tulevia potilaita. Potilaiden demografiset taustatekijät vaihtelivat huomattavasti, lähinnä osastolla hoidettiin aikuisia. Osa potilaista oli osastolla hoidossa päiväkirurgisten toimenpiteiden tai esimerkiksi avanneohjauksen vuoksi, ja he kotiutuvat saman päivän aikana. Toisaalta osa osaston potilaista kävi läpi laajojakin leikkauksia, ja heidän hoitoaikansa venyi useisiin päiviin, jopa viikkoihin. Tyypillistä potilasta osastolla ei voi ehkä sanoa olleen, tai jos oli, voitaisiin tyypillisenä potilaana pitää ”helppoa”, nopeasti toipuvaa sappipotilasta sekä ”vaikeaa” huonokuntoista syöpäpotilasta.

Potilaat tulivat osastolle pääosin kolmea kautta: osa potilaista saapui kutsuttuna, osa tuli ensiapupoliklinikan kautta, ja osa siirtyi muilta osastoilta lähinnä teho- ja sisätautiosastoilta. Huomattava osa osaston potilaista oli päivystyspotilaita. Tulotilanne oli tulotavasta riippuen hyvin erilainen. Kun potilas saapuu kutsuttuna, hän ilmoittautuu kansliassa, ja joku hoitajista tekee hänelle tulohaastattelun. Nämä tilanteet muodostavat vuorovaikutuksen näkökulmasta ne ensimmäiset kontaktit, jotka potilaalle syntyvät osaston henkilökunnan kanssa. Kutsuttuna saapuvat ovat yleensä tavanneet leikkaavan lääkärin jo aikaisemmin, mutta jos jostain syystä näin ei ollut, lääkäri kävi tapaamassa poti-

lasta osastolla ennen leikkausta. Ensiavun kautta tulleet tai tehohoidosta siirtyvät oli jo otettu sairaalaan potilaaksi, joten heidän ensikontaktinsa osastoon syntyivät potilaan vastaanottavan hoitajan kanssa, kun potilas siirrettiin. Vuorovaikutukseen tulotilanteessa vaikutti erityisesti potilaan vointi. Useimmiten kutsuttuna tulevat voivat jokseenkin kohtuullisesti. Sen sijaan teho-osastolta tai ensiavun kautta osastolle tulevilla potilailla oli kipuja, he saattoivat olla hyvin huonovointisia ja myös sekavia, unisia tai tokkuraisia.

Hoidossa olleiden potilaiden hoitoajat vaihtelivat yhdestä vuorokaudesta useisiin viikkoihin. Osastohoidon jälkeen potilaat joko kotiutuivat kokonaan tai siirtyivät jatkohoitoihin oman kuntansa sairaalaan, terveyskeskukseen tai koti- ja avosairaanhoidon. Tässäkään mielessä tyyppillistä potilasta ei voi sanoa olleen.

Hoitoon pääseminen ja joutuminen

Potilaiden kokemusta sairaalassaolostaan luonnehti kokemus hoidon saamisesta eli siitä, miten he saivat fyysistä hoitoa ja tietoa, jota on yksi hoidon ulottuvuuksista. Ensimmäiset merkitykset hoidon saamiselle syntyivät siinä, miten potilas pääsi tai joutui osastohoitoon. Hoitoon joutumiseen liittyi merkityksiä, ettei enää itse selviydy, että tarvitsee apua ja että joutuu potilaaksi. Hoitoon pääseminen puolestaan merkityksentyi siten, että tulee autetuksi ja että saa apua omassa tilanteessaan. Tätä avun saamisen kokemusta kuvaa seuraava esimerkki:

LM: Ehditkö sä olla huolissaan missään vaiheessa tai olitko sä huolissaan missään vaiheessa, kun sä menit (sairaalaan)?

TERHI: En, en. Ainoa tietysti mikä mulla koko ajan oli, niin oli se, että mä haluan täältä äkkiä kotiin mun pojan luokse. Mutt emmä silleen niinku, ett toisaalta mä olin sairastanu aika kauan jo. Mä olin kolme viikkoa tosi huonossa kunnossa, mä en jaksanu oikeesti tehdä kotitöitä ollenkaan. Mä aina vaan toivoin, ett toivottavasti Jaakko ei vielä herää, ett mä en jaksa, ett mä olin tosi sellain. Että mä olin vaan oikeestaan helpottunu, että mä pääsin sinne sairaalaan, koska mä tiesin, ett kai ne nyt täällä tietää, ett mikä mulla ees on. Ett emmä silleen en ollu (huolissaan), eikä mua siis pelottanu mikään leikkaus eikä mikään tällänen, ett mä olin lähinnä vaan tosi onnellinen, ett mä pääsin sinne sairaalaan.

LM: Että sille asialle tavallaan tehdään jotain ja koko ajan tapahtuu jotain.

TERHI: Niin, kyllä.

Kokemuksissa potilaana olemisesta keskeistä oli se, kuinka helppoa hoitoon pääseminen tai hoitoon tuleminen oli. Esimerkiksi terveyskeskuksessa ja ensiapupoliklinikalla jonottaminen ja odottaminen koettiin negatiiviseksi. Kokemukselle oli leimallista, että asiat eivät edenneet, eikä potilas pystynyt itse vaikuttamaan tilanteeseensa, vaan hän oli muiden armoilla hoidon saamisessa. Kokemuksen negatiivisuutta korosti se, että kivut ja huono vointi tekivät odottamisesta tavanomaista raskaampaa. Hoitoon tulemisen monipolvisuutta, odottamista ja oman vaikutusvallan katoamista kuvasi eräs potilas seuraavasti:

LM: Mitä tapahtui ihan aluksi eli miten sä jouduit osastolle, tuonne osastolle, mitä kautta tulit?

RAIJA: No minä menin omalle lääkärille terveysasemalle alavatsakipujen vuoksi ja hän sit paino tuosta ja otti crp arvot ja totesi, että tää on, crp arvo, tulehdusarvo on 98, ja muutenkin niin kipee tuo maha, että hän passitti mut keskussairaalaan gynen poliklinikalle, jossa istuin viis tuntia, jossa todettiin että päivystys on siirtynyt osastolle neljä, mene sinne. Istuin siellä kaks tuntia, todettiin gynegologian puolella, että ei mitään, mene ensiapuun ja sisätautilääkärin konsultoitavaksi. Menin sinne, istuin siellä viisi tuntia, jolloin painettiin tästä ja todettiin, että selvä, suoraan osastolle aggressiiviseen antibioottitiputukseen välittömästi. Ja ensin sanoin, että en halua mennä, eikä sitä voisi kotona hoitaa, mutta se tulehdusarvo oli siinä vaiheessa noussut jo sataan kuuteenkymmeneen. Niin sitä, näin, että kotoa lähtiessä en tiennyt, että joudun sairaalaan.

Hoitoon pääsemiseen liittyviä ongelmia selitettiin aineistossa sekä sairaalaorganisaation toiminnalla että toisaalta julkiseen terveydenhuoltoon liittyvillä ongelmilla. Haastateltavat viittasivat pohdinnoissaan terveydenhuollon järjestelmään, ja omaa kohtelua selitettiin esimerkiksi sillä, että on julkisen terveydenhuollon asiakas. Potilaana olemiseen kytkeytyikin tässä mielessä myös yhteiskunnallisia merkityksiä. Negatiivisissa kokemuksissa hoitoon pääsyä julkisen sektorin potilaana kuvattiin esimerkiksi pitkän kaavan mukaan kulkemiseksi.

RAIJA: ...että tää vähän tuntuu, että ei tää oikein tasa-arvonen sillä tavalla ole tämä sairaala. Että jos olet yksityinen, sä olet ykkönen, jos menet tuolta pitkän kaavan kautta, olet numero neljä.

Toisaalta julkisen terveydenhuollon maksuttomuutta ja terveydenhuollon järjestelmää arvostettiin, kuten eräs potilaista totesi:

LM: Millaseksi kokemukseksi tuo sairaalareissu jää, tuossa elämänpolun varrella? [--] Mitä siitä jää mieleen, mitä siitä muistaa puolen vuoden päästä tai kahden vuoden päästä?

HEIKKI: No se, että meillä on niinkun lääketieteellisesti ensiluokkanen sairaanhoitojärjestelmä. Siis kerta kaikkiaan siellä osataan ja olennaista on, että siellä luottokorttia kysymättä kaikki saa huippuhoidon. Kun sinne kerran joutuu, niin mistään ei tarte huolehtia ja sä saat takuulla ensiluokkasen hoidon siellä, ett siellä on tosi turvallinen olla siinä mielessä että.. tai mikä sitten, jos maailmalla liikkuu [--] että kyllä sitä on monenlaista.

Potilaan kokemusta hoidosta luonnehti siis osaltaan se, millaisena hän näki julkisen terveydenhuollon. Keskusteluun julkisesta terveydenhuollosta kytkeytyi merkityksiä esimerkiksi priorisoimisesta. Monet potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa julkiseen terveydenhuoltoon, ja käsitys niukoista resursseista sai jotkut potilaat arvostamaan saamaansa hoitoa.

Hoidon sujuvuus ja pompottaminen

Hoidon saamisen kokemukselle leimallista oli se, kuinka sujuvasti hoito potilaan kohdalla eteni. Tästä haastatelluilla potilailla oli sekä positiivisia että negatiivisia kokemuksia, jotka kytkeytyivät käsityksiin sairaalasta ylipäätään. Vaikka hoidon etenemisessä olisi ollut kyse esimerkiksi diagnosoimisesta, potilaat näkivät hoidon sujuvuuden johtuvan ennen muuta sairaalaorganisaatiosta. Kä-

sitykseen sujuvuudesta liittyi merkityksiä tehokkuudesta ja resursseista, mitä eräs potilaista pohdiskeli seuraavalla tavalla:

PETRI: ..ja ettei tietysti voi sanoa sitä, etteikö tuolla ensiavussakin tuolla tavalla henkilöstö tee parhaansa, mutta ylikuormitettuna ja resurssipulan takia ne (odotusajat) venyy sitten kohtuuttomaksi. Parhaat oli vielä muakin aikasemmin, jotka oli tulleet puolen päivän aikaan, ni ne pääsi (sisään) vasta kahden aikaan yöllä. Niin kyllä mun mielestä se ei oo enää kohtuullista, saada hoitoa.. Että kyllä siinä pitäis jonkun ruveta miettimään, että onko se organisaatio johdettu oikein.. jos tommosia jonoja on päällä. Että ei se operatiivisen henkilöstön, eihän ne voi siihen resurssiin vaikuttaa sillä tavalla, vaan johtohan se on joka vaikuttaa...

Tehokkuus sai tässä aineistossa monenlaisia konnotaatioita. Hoidon saamisen suhteen tehokkuus liittyi erityisesti hoitoprosessin sujuvaan etenemiseen. Hoidon saamisen ongelmien nähtiin kertovan organisaation toiminnan tehotto- muudesta. Osa potilaista kokikin hoitamisen rutiininomaisuuden positiiviseksi siksi, että potilaan asiat olivat hoidossa. Hoitamisen rutiinit saivat aineistossa myös negatiivisia merkityksiä, kun potilaan omat tarpeet olivat ristiriidassa hoitamisen käytänteiden kanssa. Osa potilaista koki, ettei saanut tarvitsemaan- sa apua oikeaan aikaan, jolloin syntyi käsitys pompotelluksi tulemisesta.

Hoidon tarjoaminen ja vaatiminen

Hoidon sujuvuus liittyi läheisesti potilaan kokemukseen siitä, missä määrin hänelle tarjottiin hoitoa ja missä määrin hän joutui sitä itse vaatimaan. Tähän kokemukseen liittyi merkityksiä myös siitä, että potilas koki hänelle osoitettavan huolenpitoa ja tarjottavan hoitoa. Kokemustaan hoidetuksi tulemisesta kuvasi eräs potilas seuraavalla tavalla:

LM: No entäs siten kun tulit sieltä (ensiavusta) tonne osastolle?

PETRI: No mä luulen, se oli nyt sitten tietysti se oli seuraava aamu.. Mähän läksin siten seuraavana aamuna taksilla kotia ja menin sitten takas ensiapuun siinä puol kaheksan aikaan, ja siinä pelas homma. Siinä ei oikeestaan, verikokeet ja kaikki, se tehokkuus oli ihan muuttunu, ihan erilaiseksi. Ja oisko kymmenen aikaan sitten, oli lääkäriaika, jolloin oli sitten, ne päätti siinä vielä, että ultraääneen ja sitten sen jälkeen osastolle... Ett se oli niinku aika nopeeta. Ja sitt iltapäivästä olin jo käyny ultraäänessä ja olin osastolla... No sitten homma rahottui oleellisesti, kun pääsee huoneeseen ja tullaan tavallaan siihen osaston rutiiniin kiinni että, ett.. ainakin rauhallisempaa se on.

LM: Eli siinä niinkun pääsee asettumaan?

PETRI: Joo kyllä kyllä, ja kontrollointitiheys on tietysti, kun on, jokaisella huoneella- han on omat hoitajat, ni kontrolli- ja keskustelutiheys on huomattavasti erilaisempaa kuin ensiavussa .. (***) Ett se siinä on tottakai positiivista, että käydään kattomassa ja on määrätty ohjelma olemassa, ett nyt otetaan verikokeet ja lääkäri kiertää sillon ja sillon, että se on niinkun järjestelmällisempää se touhu siellä...

Kaikki eivät kuitenkaan kokeneet saavansa hoitoa helposti, vaan osa potilaista kertoi, että heidän täytyi itse ponnistella saadakseen hoitoa. Tällaisen kokemuksen voisi tiivistää käsitykseen, että mitään ei tapahdu, ellei potilas itse vaadi. Vaatiminen nousi esille erityisesti silloin, kun tehtiin hoitopäätöksiä ja kun päätöksenteko viivästyi tai siihen liittyi muita ongelmia. Eräs potilaista kuvasi tätä siten, että hän joutui koko sairaalassaolonsa aikana itse vaatimaan voimakkaasti

hoitoa, koska häntä hoitava lääkäri ei huomioinut potilaan toiveita. Potilas pääsi haluamaansa leikkaukseen vasta tilanteessa, jossa hoitava lääkäri vaihtui.

VIRPI: Ja sitten mua lääkittiin kaiken maailman lääkkeillä ja mä olin silleen, en oo allerginen, mutta se ei tepsu muhun, ja tää ei tepsu muhun. Ja otettiin koepaloja ja katottiin ja sitten. Ni mä pyysin, että mä saisin puhua jonkun muun lääkärin kanssa, kun sen (toisen osaston) lääkärin kanssa [--] Mä sanoin koko ajan, ett poistakaa se paksusuoli, kun mä jouduin 30 kertaa käymään vessassa vuorokaudessa, ja mä sanoin, ett leikatkaa se kokonaan pois, että mä haluan avanteen, että mä en jaksu tätä. Mä olin niin huonossa kunnossa, ett mä en pystyny kävelemään enkä mitään. No sitten mä pääsin ton mun oman lääkärin juttusille sieltä kirurgiselta osastolta, sen Lehtolan, ja hän sano, ett tässä ei oo mitään tehtävissä, että kaks viikkoo ja.. hän hommaa sulle välittömästi ajan, tää on otettava pois kokonaan. Multa leikattiin koko paksusuoli pois ja suuri osa ohutsuolesta, mulla on kaks metriä jälellä enää ohutsuolta. Ett sitä kautta mä sinne päädyin. Helmikuussa mut leikattiin sitten.

Tässä aineistossa näkyi esille myös potilaan statuksen merkitys hoidon saamiselle. Muutamit haastatellut potilaat mainitsivat käsityksensä, että yksityisenä potilaana olevan hoito on sujuvampaa. Aineistossa erityispiirteenä oli potilas, joka oli terveydenhuollon ammattilainen. Hän koki itse, että hänen kohdallaan medikaalisen hoidon saaminen oli nopeampaa ja perushoito huolellisempaa kuin muiden potilaiden kohdalla. Toisaalta hän koki joutuvansa vastaamaan itse enemmän omasta hoidostaan, koska hänen oletettiin tietävän ja osaavan enemmän kuin muiden.

ANNIKKI: No todennäköisesti [--] tietenkin se ammatti-ihmisyytä näkyy jossakin kohtaa. Että mä oon osannu kysyä jotakin asiaa, jota joku muu ei osaa ees kysyä, ja että tavallaan sitten mä osaan, arvioida jonkun kivun ehkä selkeemmin ja selittää, miltä musta tuntuu [--] jollonka katotaan, ett se on kyllä ihan asiantuntija itsensä hoitamisessa

LM: Joo. Ottaa vastuun ja..

ANNIKKI: Niin ottaa vastuun, jota se ei kuitenkaan se mun mielestä tarkota. Sitä että ottaa vastuun. Että mä vaan tiän sen asian itestäni. Mut ei se tarkota välttämättä sitä, ett mä haluan vastata omasta hoidostani. Ett oikeesti ei ammatti-ihminenäkään halua vastata itestään silloin, kun se on tosi kipee. Se haluaa olla sen hoidon saajana ja tavallaan kuitenkin, mä tiän, että mun ammatti aiheuttaa myös kynnyksen pyytää apua. Että mä en ihan äkkiä soita kelloa.

Hoidon saaminen koettiin erityisen vaikeaksi silloin, kun potilaan sairaus ei ollut osastolle tyypillinen. Tämän niin sanotusti väärälle osastolle joutumisen koettiin hidastavan hoidon saamista, ja erityisesti silloin potilaat kokivat joutuvan vaatimaan tai odottamaan hoitoa. Tällaisia kokemuksia potilailla oli sekä tutkittavana olleesta osastosta että muista osastoista ja aikaisemmista hoitokeroista. Hoidon vaatiminen ja odottaminen korosti potilaan omaa avuttomuutta ja kokemusta kohteena olemisesta. Eräs potilaista kuvaa tätä kertomalla hankaluudesta saada toisen erityisalan lääkärin konsultaatiota, jota hän joutui odottamaan kolme päivää:

AILA: ..ja sitten ne pääty siihen, kun se oli, kun se lähti täältä selästä, että jos ortopedi tietäis jotakin [--] kun keskiviikkona näin aamusta kävi ne lääkärit ja ne soitti sinne ortopedille, että tulis tutkii minut, ei (ortopedi) tullut keskiviikkona, ei tullu torstaina, eikä kuulunu vielä perjantainakaan, ni sitten hoitajat rupes jo tiukaks, ett mitäs mä siellä makaan, ett kun ei löydy mitään vik.. ett pitäis saada menee eteenpäin. Niin

tota viittätoista vaille kolme tuli sitten Mattila tutkimaan, ja siinä ei mennyt kuin viisi minuuttia, kun hän sanoi, että magneettikuvaukseen. Ja kyllähän mä sen ymmärsin, että mitäs hän nyt voi tehdä, mutta kun se oli vaan hänen sanansa, että mitä tehään, niin..

LM: Niin, eli ootettiin sitä, että lääkäri käy sanomassa, että kuvaan. Ja siihen menee monta päivää aikaa?

AILA: Niin. Ja sitten mä sanoin, että minähän oisin päässyt (kotiin), kun näät lääkärit sano, että kun tää ortopedi käy tutkimassa, niin hän sitten määrää, mitä teille tehdään, siirretäänkö täällä sairaalan sisällä vai pääsettekö te kotia. Ja tämä antoi koti-apääsylvuan, ja mä olisin päässyt jo silloin keskiviikkona kotia. Vaikka minä en niin [--] hyvässä kunnossa ollu, mutta mulle ei auttanut sielläkään muut kuin ne särkylääkkeet, ni samahan se vaikka mä syön niitä kotonakin kourakaupalla niitä särkylääkkeitä sitten. Ja sitten minä vielä pilkallani kysyin, kyllä mä sen tiesin, mutta kysyin, että tuleeks tää lääkäri jostain ulkopuolelta, no ei kyllä hän on täällä sairaalan sisällä (molemmat nauravat).

LM: Se on vaan niin iso talo.

AILA: Iso talohan se on, mutta kyllä minä luulen, että sen päivässä kävelee päästä päähän. Että kyllä se sillein on.

Tiedon saaminen

Hoidon saamiseen kuului keskeisenä osana tiedon saaminen omasta hoidosta, sairaudesta ja tilasta. Tiedon saaminen nousi esille tässä aineistossa erityisesti hoitoprosessin etenemisen yhteydessä. Onnistunut ja hyväksi koettu tiedonkulku olikin yksi keskeisistä koko sairaalakokemusta luonnehtivista seikoista. Potilaat arvioivat saamaansa hoitoa ennen muuta sitä vasten, kuinka he kokivat tiedon kulkevan ja miten he kokivat tietoa olevan saatavilla. Tiedon kulku liittyi potilaiden kokemuksissa pitkälti käsitykseen siitä, kuinka hyvin tai huonosti hoitava organisaatio eli osasto toimi. Käsitystä tiedon merkityksestä osana hoitoa kuvaa seuraava esimerkki, jossa potilas kertoo tyytyväisyydestään saamaansa tietoon:

LM: Ett sulle tuli sellanen olo, ett ne tarpeet, joita sulla oli, tuli huomioiduksi?

TERHI: Kyllä joo, ja sit esimerkiks, kun mä kysyin, mulle sanottiin. Esimerkiks kun mä sanoin, ett mä haluaisin tietää, mitkä ne mun labra-arvot oli, kun mulla oli itelläni kopiot niistä, niistä edellisistä, ni sit mä pystyin heti itekin vertaan, kuinka paljon ne on niinkun noussu. Ja sit kun mä kysyin, ett no mitä tää sappistaasi tarkoittaa, ni mulle kerrottiin, mitä se tarkoittaa ja mitä epäillään, ja kerrottiin, että nyt oot tipassa, ett ootellaan leikataanko ja katotaan, mitä magneettikuvista löytyy. Ja sit mulle heti kerrottiin, kun mä kysyin, mitä niistä kuvista löytyi, ett niistä ei löytynykään mitään, että, että tota, kyllä mulle jäi sillä lailla ihan hyvä kuva siitä.

Tiedon saannissa merkityksellistä potilaille oli tiedon saamisen oikea-aikaisuus. Potilaiden kokemusta luonnehti se, saiko potilas tietoa sitä tarvitessaan vai oli-ko ohjaus ajoitettu siten, että se noudatti sairaalan rutiineja. Tässä mielessä sekä hoitotoimenpiteiden ajoittaminen että tiedon saaminen koettiin samalla tavoin. Potilaan näkökulmasta oli oleellista, koettiin-ko hoitoprosessin etenevän potilaan tarpeista vai organisaation tarpeista käsin:

VIRPI: Niin ainakin ehdottomasti semmoselle avannepotilaalle, jolla se tehään, ni se on ihan yhtä ja sama, onko se käynyt silloin kuukautta ennen juttelemassa. Ett silloin, kun se tilanne on itellänsä, ni ei sitä voi sanoin kuvata, miltä se tuntuu, kun se on sul- la nytten. Kun sä oot kuukausi sitten istunu niin sanotusti normaalina ihmisenä ja

sulle on niitä esineitä näytetty, ja pusseja ja laatoja voi vaihtaa ja näitä on erilaisia, mutt sitt kun se on tossa, ni mitä helvettiä mä sille teen.

Tiedon saatavuuteen liittyi merkityksiä mahdollisuuksista saada tietoa eri lähteistä sekä merkityksiä, jotka liittyivät tiedon muotoon ja tiedon käyttökelpoisuuteen. Erityisen tärkeänä potilaat pitivät kasvokkaista vuorovaikutusta ja keskustelua hoitavan henkilökunnan kanssa. Mikäli potilas koki, että hänelle on kerrottu ja selitetty asioita ja että hänen kanssaan on ylipäättään keskusteltu, hän oli yleensä tyytyväinen saamaansa tietoon. Vaikkei esimerkiksi diagnoosista ei olisi voitu sanoa mitään varmaa, keskusteleminen koettiin merkitykselliseksi. Vähemmän tärkeäksi koettiin erilaisten kirjallisten ohjeiden saaminen, ja kirjallisen ohjauksen käyttöön liittyi jopa negatiivisia merkityksiä, ellei siihen liittynyt henkilökohtaista ohjaamista. Kirjallisten ohjeiden ongelmana pidettiin sitä, että potilas ei jaksaa lukea niitä tai että hän ei saa ohjeita oikea-aikaisesti. Esimerkiksi ensiavun kautta tulleiden potilaiden oli hankalaa tutustua kirjallisiin ohjeisiin, ja he toivoivat enemmän interpersonaalista ohjausta. Jotkut potilaat tulkitsivat kirjallisten ohjeiden käytön jopa potilaan välttelemisenä, kuten seuraava esimerkki kuvaa:

LM: Onks se joku mikä siitä (sairaalassaolosta) puuttuu [--] henkohtasella tasolla tavottamista, tai kuulluksi tulemistä, mikä siitä jää pois?

SIRPA: Siitä jää se, että potilas ei tuu kuulluksi, ei siinä kierrolla puhuta, et sä puhu jälkeenkään, eikä sulle kukaan tuu puhumaan mitään. Ett tosin lyödään parkkilappu tutkimuksia varten, ohjeet kouraan, ja sairaslomalappu, ja sitten mulle vielä vakuumista varten lausunto. Että jos mulle lyödään ne kouraan, (ja kysytään) onko kysyttävää, ett se on se keskustelu siinä. Kun ennen kuitenkin käytiin se läpi, käytiin se keskustelu. [--] ni sitten kun niitä keskusteluja ei käydä, niin herää tälläisiä vääriäkin kauhukuvia ja kauhutilanteita, [--] mä mietin, ja sanoinkin jo, että kun mun sisko sanoi, ett mitäs sitten, jos se on todella vakavaa, mä sanoin, että sitten tänne lennähtää todennäköisesti joku asiantuntija joka lyö mulle nivaskan papereita luettavaksi, pälyilee ympärilleen ja hätäpäissään jättää ne siihen pöydälle, silloin se katoaa. Että näinhän se menee, jos tää sama linja jatkuu. Että todennäköisesti mulle haalataan semmoinen paketti jotakin valmiita brosyyreitä, jotka työnnetään siihen pöydälle, lue kun jaksat -systemillä.

LM: Niitä ei ehkä välttämättä jaksaa lukea.

SIRPA: Ehkä ei kiinnostaa (molemmat nauravat).

Edellinen esimerkki korostaa potilaalle annetun ajan merkitystä ja ohjaukseen liittyvän tiedon henkilökohtaisuutta. Kaikkien haastateltujen potilaiden kokemuksissa tiedosta korostui henkilökohtaisen opastuksen merkitys, jossa olennaista on mahdollisuus kysyä omasta tilanteestaan ja joka auttaa konkretisoimaan esimerkiksi kotihoitoa. Tieto muuttuu näin ymmärrykseksi. Tärkeänä pidettiin henkilökunnan aloitteellisuutta ohjauksen suhteen, koska monet omaan sairauteen ja paranemiseen liittyvät asiat olivat sellaisia, joista potilas ei itse osannut edes kysyä.

Lääkärin ja hoitajan tiedolla oli molemmilla merkitystä potilaille, joskin hoitajan ja lääkärin roolit koettiin hyvin erilaisiksi. Lääkärin tiedon merkitys koettiin erityisen suurena siksi, että juuri lääkäri puhuu diagnoosista ja mahdollisista hoitovaihtoehdoista. Tärkeintä potilaalle oli se, mikä häntä vaivaa ja miksi. Vaikka hoitajalla onkin paljon tietoa siitä, miten potilas voi selviytyä oman tilanteensa ja sairautensa kanssa, potilaat kokivat lääkärin tiedon merkitykselli-

sempänä. Myös tiedon saannin ongelmat kiteytyivät potilaiden käsitysten mukaan erityisesti lääkäriin ja lääkärin rooliin.

LM: No mikä siellä sitten on, mitkä on suurimmat ongelmat?

HEIKKI: No se oli se, kyllä se on se, että ne potilasta askarruttavat kysymykset välittyy vaikeesti, sen, ilmeisesti sen hierarkian ja sääntöjen takia, että kellä on lupa puhua. Ja sitten se, että niitä ei oteta aktiivisesti puheeksi ollenkaan, että tämmösiä, että mikä nyt askarruttaa. Koskaan ei oo kukaan kuullu, että olis siellä sillä tavalla (joku) ottanu puheeksi. Ja sitten se, että se vastaus löytyy vaan siltä lääkäriltä ja sitä lääkäriä ei sairaalassa kohtaa. Että ne johtaa sitä hoitotyötä sieltä sen organisaation huipulta ainoastaan ja raporttien perusteella, mitä hoitajat tuo eteen, ja se on hirveän pitkä väli sen lääkärin ja potilaan välillä. Ja kyllä kai musta vois kuvitella, ett se hoitaja vois sitä, jos on kokenu leikkausosaston hoitaja, ni kyllä ne vois siitä diagnoosistakin puhua, mutta se on kielletty.

Fyysinen ja psyykinen autetuksi tuleminen ydinmerkityksenä

Potilaiden yksilölliset kokemukset hoidon saamisesta vaihtelivat huomattavasti kuten kokemukset muistakin potilaana olemisen ulottuvuuksista. Kokemus hoidon saamisesta näyttäisi tämän aineiston perusteella asettuvan erilaisille jatkumoille kuten hoitoon pääsyn ja hoitoon joutumisen sekä avun tarjoamisen ja vaatimisen ulottuvuuksille. Perustasoksi näistä ulottuvuuksista jäsentyy kokemus fyysisestä ja psyykkisestä autetuksi tulemisesta eli siitä, kuinka potilas kokee saavansa ammatillista apua sairaalassa ollessaan. Se liittyy tätä kautta myös merkityksiin, joita tuelle hoidon kontekstissa annetaan.

4.2.2 Hoitoympäristö potilaan kokemana

Potilaan kokemukseen osastohoidosta vaikuttaa hoidon saamisen rinnalla kokemus hoitoympäristöstä, joka muodostuu sekä fyysisestä että sosiaalisesta ympäristöstä. Tutkimusosastoa voi pitää suurena osastona niin fyysisesti kuin potilasmäärältäänkin: ajankohtana, jolloin tutkimuksen aineisto kerättiin, osastolla oli 14 potilashuonetta, joissa oli yhteensä 42 potilaspaikkaa. Huoneiden koko vaihteli yhden hengen huoneista viiden hengen huoneisiin, ja potilaita saatettiin sijoittaa ylipaikoille suurempiin huoneisiin. Osaston huoneet sijaitsivat kahdella käytävällä, joiden väliin jäivät kanslia, siihen yhteydessä oleva lääkehuone, välinevarasto sekä tutkimus- ja toimenpidehuone. Ensimmäisellä käytävällä oli potilashuoneiden lisäksi osastosihteereiden, osastonhoitajan ja lääkäreiden huoneet sekä henkilökunnan kahvihuone ja yksi tutkimushuone. Toisella käytävällä oli potilashuoneiden lisäksi yksi tutkimushuone. Kaikissa potilashuoneissa oli oma kylpyhuone ja wc, kaikissa huoneissa oli myös televisio. Osaston molemmissa päädyissä oli oleskelutila, joista toisessa oli terassi.

Fyysinen ympäristö

Sairaalaympäristö vaikutti potilaiden kokemukseen sairaalassaolosta merkittävästi. Toisaalta potilaat hyväksyivät sairaalaympäristön sellaisena, kuin se on, mutta siinä nähtiin myös vieraannuttavia ja kuormittavia piirteitä. Fyysistä ympäristöä potilaat arvioivat sen mukaan, kuinka kodikkaana tai "laitosmaise-

na” he osastoa pitivät. Negatiivisia merkityksiä liittyi erityisesti osaston ”valkosiin seiniin” ja toimenpidehuoneiden kalseuteen, jotka haastatteluissa yhdistyivät potilaan olemiseen toiminnan kohteena. Ympäristö korosti tässä aineistossa avuttomuuden ja yksinäisyyden tunnetta niiden potilaiden kohdalla, jotka kokivat muutenkin avuttomuutta ja vieraantuneisuutta.

Sairaalaympäristön levottomuus nousi esille useimmissa haastatteluissa. Potilaat kokivat levottomuuden vaikeuttavan nukkumista ja lepäämistä. Erityisen häiritsevänä potilaat pitivät erilaisia ääniä, hälinää ja valoja, joiden merkitystä eräs potilaista kuvasi seuraavasti:

RAIJA: Ja kun mä tulín kotiin, niin nukkumaan. Sairaalassa et saa nukkua, sekin oli musta erittäin stressaava kokemus. Keskellä yötä tulee leikkauspotilaita, herätetään, kaikki valot päälle huoneeseen ja sit aamulla, just kun sä meinaat nukahtaa, niin yökkö tulee, että sä oot varmaan hereillä, paa kuumemittari kainaloon. Eli sä väsyit jo siihenkin, että siellä ei voi nukkua. Se ihminen, joka on tottunu nukkumaan pimeessä, hiljasessa, yksin, niin siinä koko ajan ihmiset (liikkuu). Aina joku on menossa tipatelineen kanssa johonkin suuntaan kilikalikoli (molemmat nauravat). Se oli minusta erittäin (kuormittavaa), ja se ennen kaikkea, että aina, kun se ovi aukes, kun mäkin olin siinä ensimmäisenä, niin aina se valkoinen (valo). Kun se aika pimeeks pantiin se huone, aina se yökkö jätti ne valot päälle, joka kerta mä nousin ja kävin sammuttaan ne valot.

Kukaan potilaista ei pitänyt sairaalaympäristöä erityisen viihtyisänä ja miellyttävänä, mutta jotkut potilaat suhtautuivat siihen itsestäänselvyytenä, jota ei ole syytä juuri kritisoida – ruokaa lukuunottamatta.

LM: Jos ajattelette sitten sitä semmosta, ylipäättään sitä sairaalaympäristöä, niin onks siellä jotain semmosta, mikä voisi (olla toisin)?

PERTTI: Emmä tiedä, sairaalat on sairaaloita ja sairaalan potilashuoneet on mitä on. Ett ei sitä varmaan voi sen kummempaa vaatiakaan.

Monet haastatelluista potilaista mainitsivat osaston suuren fyysisen koon merkityksellisenä seikkana. Fyysinen koko vaikutti hoitoympäristön kokemiseen siten, että se vähensi kodikkuuden tunnetta. Potilaat kytkivät sen myös vuorovaikutuksen tiheyteen ja odottamiseen, potilaat kokivat joutuvansa odottamaan esimerkiksi sitä, että hoitaja vastaa soittoon. Potilaat selittivät myös hoitajien kiirettä osaston koolla, mikä siis heijasti ymmärrystä hoitajia kohtaan ja negatiivisesta merkityksenantoa fyysiselle ympäristölle.

Muut potilaat

Potilaan sairaalaympäristöön kuuluvat myös muut potilaat, joiden merkitys potilaan kokemuksen rakentumiselle oli suuri. Mitä pidempään potilas sairaalassa on, sen merkityksellisemmäksi muodostuu se, kenen kanssa hän siellä on. Muiden potilaiden merkitys näkyi potilaiden kokemuksissa usealla tavalla. Ensinnäkin muut potilaat saattoivat helpottaa sairaalakokemusta ja auttaa jaksamaan sairaalajakson läpi. Näin tapahtui silloin, kun potilaiden välille syntyi tuttavallinen suhde. Muiden potilaiden kanssa keskusteleminen auttoi hetkeksi unohtamaan sairaalassaolon, ja siten se lievensi turhautumista ja tylsistymistä. Eräs potilaista muisteli aiempaa kokemustaan synnytysosastolta:

LM: Miten paljon puhutt.. muiden potilaiden ja henkilökunnan kanssa puhutaan muusta kuin siitä varsinaisesta sairaudesta, oireista, tilasta, tilanteesta? Eli syntyikö semmosta keskustelua, että puhutaan tämmösisistä jokapäiväisistä asioista?

TERHI: Noo, mitä mä olin siellä osastolla, nyt tarkoitan tätä osastoa, ni ei siellä puhuttu [--] Mutt ett siellä synnytysosastolla kaiken kaikkiaan mä olin siellä kymmenen päivää, ni siellä nyt ehittiin käydä läpi kaikki, niinku ihan melkein kaikki asiat maan ja taivaan väliltä, kun sulla ei oo mitään muuta tekemistä. Kun sä voit kattoo televisioo, joka meiltä meni ekana päivänä rikki siellä, ni seuraavat 4 päivää oli sillain, ett voi lukee lehtiä, syödä, juoda kahvia tai puhua, ett siinäpä ne oli. Niin kyll se varmaan menee silleen, ett mitä pitempään sä oot ja varsinkin, että mitä pitempään sä oot samojen ihmisten kanssa, ni sitä enemmän niinku käydään kaikkia asioita läpi, ett minkälaisessa kodissa asut ja minkälainen mies sulla on ja.. no kaikkee tällasta suunnilleen, ett minkäväriset verhot on makkarissa ja mitä sä harrastat ja ihan kaikkee

Potilaiden käsitysten mukaan keskustelu muiden potilaiden kanssa lisäsi jatkuvuuden tunnetta. Asiat eivät pysähtyneet sairaalassaoloon, vaan keskustelu vei ajatuksen siihen tavalliseen elämään, joka on potilaan arkea ja potilaalle tärkeää. Muiden potilaiden kanssa keskusteleminen vaikutti myös potilaan kokemukseen omasta kokonaisvaltaisuudestaan, kaikessa ei ole kyse vain sairaudesta. Potilastoverien kanssa keskustelemiseen liittyi myös supportiivinen ulottuvuus kokemusten jakamisen kautta: potilas ei ole yksin tilanteessa, vaan saa vertaistukea. Vaikkei tukea suoranaisesti olisikaan verbalisoitu supportiiviseksi sanomiksi, kokemuksen jakaminen muiden potilaiden kanssa koettiin tärkeäksi, kuten seuraava esimerkki osoittaa:

LM: Mikä merkitys sulle itselle niillä muilla potilailla on?

TERHI: No, on, on siinä tietysti semmonen merkitys, että, ett esimerkiks kun mä oon äitiä käyny kattomassa, niin sehän on hirveen hienoo, ett siellä on muitakin ihmisiä, ett on aina juttukavereita. Ja itse kun mä olin synnytysosastolla, ni mä voin avoimesti sanoo, ett ne viis päivää ois ollu ihan täyttä helvettiä, jos ei siellä ollu niinku muita. Ett se on kauheen lohdullista kun tietysti, no joo, okei, se on kauheen lohdullista, kun huoneessa on neljä muuta, jotka kans alussa oottaa synnyttämistä ja mitään ei tapahdu. Ja sit kaikki miettii keskenään, ett no hitsin vitsit, sulle kuule varmaan seuraavaks yritetään tota oksitosiinitippaa ja sit niinku seuraavaks ja eei kyllä mä tiedän, ei yritetä ja siinähan se aika niinku menee. [- -] ...onhan sillä hirveen suuri merkitys ett siellä on tämmösiä kohtalotovereita.

Kohtalotoveruus yhdisti potilaita ja auttoi kestäämään turhautumista ja odottamista. Se saattoi toimia myös selviytymistä edistävänä tekijänä ylipäättään. Potilaiden välille saattoi muodostua hyvinkin tiiviitä keskinäisiä suhteita. Eräs potilaista kuvasi potilastoverin merkitystä sairaalassaolosta selviytymisestään:

RAIJA: Ja kun viimeisenä päivänä mä en pysyny pystyssä (verenpaineen vuoksi) [--] Mutta tää kämppekaveri talutti mut ulos, että mehän lähetään, ja verenpaine jäi siihen, kun mä pääsin sieltä ulos. (Molemmat nauravat.) Ihan loppupelissä mä olin varmaan niin stressaantunu. Sit mulla oli niskat jumissa, kun mä olin siinä sängyssä, telkkari tuolla, ollu, ni se tuntu tosiaankin, että eihän tässä enää veri kierrä aivoihin asti mitenkään. Ja me lähettiin vähän niinkun sotilaskarkurit tyyllillä, että tänne me ei kyllä jäädä päivääkään [--] onneks mulla oli hyvä kämppekaveri, ett meillä oli suorastaan niinku hauskaakin [--]

LM: Mikä sen toisen, mikä niiden toisten potilaiden merkitys ylipäättään sille omalle ololle on?

RAIJA: No minulle ainakin oli tää vieruskaveri kullan arvonen, eli jos hän ei olis (ol-lut) siinä, niin minä en tiedä minkälainen mulle ois tullu se reaktio.

Muihin potilaisiin liittyi merkityksiä myös turvallisuuden tunteen lisääntymisestä. Turvallisuuteen muut potilaat kytkeytyivät ennen muuta siinä mielessä, että lähellä on joku, joka voi auttaa, jos jotain tapahtuu. Toinen saattoi soittaa kelloa, jos itse ei siihen pystynyt. Yksityishuoneessa oleva potilas oli puolestaan kokonaan oman apunsa varassa, kun muita potilaita ei ollut ja henkilökuntakin kävi harvakseltaan. Vaikka muiden potilaiden merkitys seuran, tuen ja lohdun tarjoamisessa koettiin tärkeäksi, aineistosta nousi esille myös vastakkaisia merkityksiä. Muut potilaat saattoivat myös lisätä turvattomuuden tunnetta. Tämä riski liittyi erityisesti tilanteisiin, joissa muut samassa huoneessa olevat potilaat olivat hyvin huonokuntoisia. Tällöin potilaan omat pelot ja ahdistus saattoivat kasvaa, mitä eräs potilas kuvasi kertoessaan aikaisemmasta sairaalakokemuksestaan:

IRMA: ..että kun mä menin sairaalaan ni se oli vielä iltamyöhä, kun tyttö lähti viemään mua ja, jollakin tavalla, kun ne sano sen että sydäninfarkti, ja mun mieheni oli kuollu siihen [--] mulle tuli semmonen tunne että tää on nyt ihan lopullista. Joo ja sitt kun mut vietiin sinne osastolle, niin tota, siellä, ei mulle sanottu, mutt mä tiesin, sermin takana, kuoli yks. Sitten minun vieressä oli semmonen vanhempi ihminen, enhän mä nähny ihmistä, mutt tiesin, että on vanhempi ihminen, jota siinä tytär hoiti, kaks yötä äitinsä luona siinä ja kyllähän siinä hän kysy että onko mulla paha olo kun... Mullahan tuli hirvee vapina [--] ett mä, mä koko ajan kuuntelen hengitystä ja kaikkee siit toiselta puolelta ja mä sanoin, ett se johtuu tuosta [- -] Ja hän kuoli sitten sen jälkeen, mä kuulin sen..

Kuoleman kohtaaminen ja vaikeiden diagnoosien kuuleminen samassa huoneessa vaikuttavat potilaan kokemukseen omasta hoidostaan ja terveydestään. Muiden potilaiden edistyminen ja paraneminen tuottivat toivoa, mutta toisaalta ikävien uutisten kuuleminen koettiin sekä hämmentävänä että toisen potilaan yksityisyyttä rikkovana. Potilaat kertoivat kuulleen asioita, joita he eivät olisi halunneet kuulla ja tietää. Oman sairautensa lisäksi potilaat kokivat joutuneensa kohtaamaan myös muiden potilaiden vointiin, elämään ja terveyteen liittyviä asioita.

Muut potilaat vaikuttivat myös ympäristön levottomuuteen, ja jotkut haastateltavista olivat kokeneet muiden potilaiden häirinneen heitä. Potilaat mainitsivat huoneessa olleista sekavista ja jopa aggressiivisista potilaista, jotka tekivät levottomasta ympäristöstä entistä levottomamman.

AILA: Ni se yks mies, kun eihän se, kun se piti koko yöt meininkiä siellä, se puhu koko yön. Sieltä tuli kun rokkapadasta ja ja sitä tuli sitä puhetta niin kauheesti ja hoitaja koettaa siinä lohutella että, että kävisit nyt nukkumaan, ottaisit aamu-unet ja tämmöstä ja ottasit nyt vielä, ni mä ajattelin, että eikö sille voitu antaa mitään rauhoittavaa lääkettä sitten..

LM: Että se tuli (ääni) niinku läpi sieltä?

AILA: Niin, se tuli läpi sieltä. Että se oli ihan niin kovaa puhetta, että siinä kuuli ihan mitä puhuttiinkin. [--] ett sen täytyy siellä omassa huoneessa, ett se kaiku sieltä. Mutt sitten kaks päivää tää mies oli aivan hiljaa, ni minä sit sanoin tälle viereiselle rouvalle joka oli mun kaverina siinä, ett nyt ne on varmaan papan puukottaneet (molemmat nauravat) ilmeisesti olikin, kun tämä oli leikkausosasto. Niin tota, mä sanoin.. mutta sitten taas, kun olis Raamattua lukenu siellä, taas tulee se sama, ett se piristyy siitä taas.

Henkilökunnan keskinäinen vuorovaikutus

Potilaan kokemukseen hoitoympäristöstä vaikuttavat fyysinen ympäristö, muut potilaat ja myös henkilökunnan keskinäinen vuorovaikutus. Henkilökunnan keskinäinen vuorovaikutus esiintyi aineistosta yhteydessä ilmapiiriin ja erityisesti tilanteisiin, joissa ilmapiiri tai henkilökunnan vuorovaikutus koettiin negatiivisesti. Jotkut potilaat liittivät henkilökunnan keskinäiseen vuorovaikutukseen myös merkityksiä luottamuksesta, ja he mainitsivat henkilökunnan keskinäisen vuorovaikutuksen peilaavan myös suhtautumista potilaaseen. Jos henkilökunta kohtelee toisiaan kunnioittavasti, myös potilas voi luottaa saavansa hyvää kohtelua. Potilaat kuvasivatkin tehneensä havaintoja hoitavan henkilökunnan keskinäisestä vuorovaikutuksesta, kuten seuraavasta esimerkistä käy ilmi:

HELENA: ...että kuitenkin lääkäri tietää yhen osan ja sitten hoitaja tietää tämän toisen osan tästä asiasta, että mitä kaikkea todella tarvitaan. Että se on hirveen tärkeä kokonaisuus, että se kokonaisuus toimii, että sillon kun se kokonaisuus siellä toimii, niin sittenhän se vaikuttaa myös potilaisiin, että se tiimin työskentely siellä osastolla, siellä kansliassa, kun siellä menee hyvin, ni se myös kerroksittain menee sinne alempaan eli just tähän ruuan jakoon, siivoukseen ja että kaikki on tarpeellisia työntekijöitä ja heidän kaikkien panos on äärettömän tärkeä siinä.

LM: Näkyykö se potilaalle että esimerkiksi millaiset suhteet sillä tiimillä on?

HELENA: Kyllä sen näkee, kyllä se varmasti näkyy sillä tavalla, että kohtaahan nää ihmiset toinen toisiaan käytävällä, ovella ja just sitä että vaikka siitä puuttuu jotakin kaapista niin ettei ruveta mosimaan sitä toista ammattiryhmää, että kun ne ei oo tuonu sinne sitä ja tääkin puuttuu ja tää puuttuu, vaan voi sillä tavalla vaan todeten että, no näitä nyt täältä onkin unohtunut että käydäänpäs, täytetäänpäs tätä, ett ei niinkun aleta mosimaan jotakin ammattiryhmää, vaikka se niin herkästi tuleekin tietysti [- -] kyllä sen vaistoo ja huomaa ja en tiä, tekekö sitä huomioo kaikki mutta että osa varmaan tekee.

Henkilökunnan keskinäiseen vuorovaikutukseen liittyi merkityksiä myös hierarkkisuuudesta, ja jotkut potilaat selittivät toiminnan sujuvuutta henkilökunnan keskinäisellä hierarkialla. Hierarkkisouden nähtiin toisaalta kuuluvan luonnollisena osana sairaalaan, eivätkä kaikki potilaat kyseenalaistaneet sitä. Toisaalta sen katsottiin hankaloittavan toimintaa ja vaikeuttavan tiedon kulkua. Ylipäättään henkilökunnan välisen tiedonkulun koettiin olevan merkityksellinen tekijä potilaan hoidossa. Eräs potilas kuvasi kokemustaan siitä, että häntä koskeva tieto välittyi tarkoituksenmukaisesti hoitajalta toiselle seuraavalla tavalla:

LM: Sä sanoit, että [--] siinä vuorovaikutuksessa näkyy semmonen paneutuneisuus.

[-] Mikä muu kun tieto, se tieto, osoittaa siinä tilanteessa, että toi (hoitaja) on jotenkin paneutunut tai keskittynyt tai läsnä?

PETRI: Niin emmä tiä, mun mielestä ne hoitajat niinkun ka.. tommosen kokonaisvaltaisesti. Että oli sellasia hoitajia jotka, jotka ei ollu ees huoneessa käynytään, ni ne tiesi, että mä oon huoneesta kakstoista. Elikkä niillä on semmonen kokonaisvaltanen näkemys siitä tilanteesta, ja emmä tiä sitten, onko niillä eri tasoja siinä paneutumisesa niinkun potilaan yksilöön niinku sinällään, niin onko niillä hoitajilla sinällään eroja. Totta varmasti löytyy, mutta en minä pysty sitä oikein analysoimaan, että millä, minkätasosia eroja niissä on...

Turvallisuus ja levollisuus ydinmerkityksenä

Hoitoympäristö vaikuttaa kokemukseen potilaana olemisesta monin tavoin. Keskeisiksi ulottuvuuksiksi tässä aineistossa muodostuivat fyysinen ympäristö, muut potilaat ja hoitavan henkilökunnan keskinäinen vuorovaikutus. Fyysisellä ympäristöllä oli merkitystä erityisesti sille, kuinka levottomaksi ympäristö koettiin. Muiden potilaiden merkitystä pidettiin suurena niin positiivisesti kuin negatiivisestikin. Osaston suuren fyysisen koon potilaat katsoivat heijastuvan erityisesti vuorovaikutuksen määrään hoitavan henkilökunnan kanssa, ja henkilökunnan keskinäinen vuorovaikutus kytkeytyi ennen muuta osaston ilmapiiriin. Potilaan kokemus hoitoympäristöstään kytkeytyy kokemukseen ympäristön turvallisuudesta ja levollisuudesta, jolloin se voi sekä lisätä että vähentää tuen tarvetta ja samalla edistää tai ehkäistä mahdollisuuksia tuen saamiseen.

4.2.3 Vuorovaikutuskäytänteet ja niiden kokeminen

Potilas tulee osastohoitoon asiakkaana, organisaation ulkopuolisena, mikä tarkoittaa sitä, että monet osastohoidon käytänteistä ovat potilaalle usein vieraita. Osastolla oloa leimaavat sairaalan rutiinit ja sairaalan päivärhythmi, jotka tässä aineistossa perustuivat erityisesti toimenpiteiden ajoittumiseen ja ruokailurytmiin. Toiminta sairaalaosastolla etenee pikemminkin käytänteiden kuin yksittäisen potilaan ehdoilla. Potilaat kokivat hyvin eri tavoin niin rutiinit kuin vuorovaikutuskäytänteetkin.

Osaston päivä alkoi useimmiten aamuseitsemältä, leikkaukseen menevät potilaat herätettiin joskus jo aikaisemmin leikkausvalmisteluja varten. Potilaiden päivä alkoi aamiaisella, jonka jälkeen päivävuoroon tulleet hoitajat kiersivät potilashuoneet joko yksin tai työpareina saatuaan raportin yövuorossa olleilta hoitajilta. Hoitajien kiertäessä aamuisin huolehdittiin pesuista, erilaisista mittauksista, lääkityksestä ja kiireisimmistä neste- ja haavahoidoista, jotka tavallisesti tehtiin kuitenkin vasta sen jälkeen, kun kaikissa huoneissa oli hoidettu aamutoimet. Aamuihin kuului myös erilaisten mittausten ja potilaan tuntemusten kirjaaminen, jonka ohessa kerrattiin potilaan päivän ohjelma. Potilaan vointia kysyttiin yleensä samalla, kun suoritettiin hoitotoimenpiteitä.

Aamuisin potilashuoneissa myös tuuletettiin ja huoneet järjestettiin, esimerkiksi vuoteiden sijauksista huolehdittiin aamuisin, ja laboratoriohoitaja kiersi osastolla ottamassa verikokeet ja muut määrätyt näytteet. Hoitajien kierrettyä huoneet oli lääkärikierron vuoro, joka alkoi suunnilleen puoli yhdeksältä. Kukin lääkäri kiersi omien potilaidensa luona tai kierron teki päivystysvuorossa oleva lääkäri, mukana kierrolla oli potilaan omahoitaja tai työvuorossa oleva vastuuhoitaja. Lääkärit saattoivat kiertää myös työpareina. Lääkärikierron tavoitteena oli arvioida potilaiden vointia ja hoidon tilannetta. Normaalin kiertonsa lisäksi lääkärit saattoivat käydä joskus myös iltapäivisin tapaamassa leikkattuja tai leikkaukseen menossa olevia potilaita.

Hoitotyö jatkui potilashuoneissa lääkärikierron jälkeen. Hoitajat usein kysyivät, jäikö kierrolta jotain kysyttävää tai potilaat saattoivat kysyä hoitotoimenpiteiden aikana mieltään painavista tai epäselviksi jääneistä asioista. Päivä

jatkuu erilaisten kirurgiseen hoitotyöhön liittyvien toimenpiteiden tekemisellä. Haavahoidot, nestehoidot ja lääkehoidon toteuttaminen olivat keskeiset hoitotyön rutiinit, samoin leikkaukseen valmistaminen ja siihen liittyvä preoperatiivinen sekä postoperatiivinen ohjaus. Fysioterapeutti kävi osastolla tapaamassa leikkaukseen meneviä ja leikattuja potilaita potilashuoneissa päivän mittaan. Samoin anestesia- ja lääketieteelliset kävi tapaamassa leikattavia potilaita etukäteen. Sosiaalityöntekijän tapaamiset sijoittuivat myös päiväaikaan.

Potilaiden päivä rytmittyi aterioiden ja toisaalta hoitajien työvuorojen mukaan. Lounas oli suunnilleen kello yksitoista, päiväkahvi noin kello 14. Hoitajat kiersivät kaikki potilashuoneet jälleen iltapäivällä kahden tai kolmen aikaan, jolloin tehtiin muun muassa erilaisia mittauksia ja jatkettiin neste-, haava- ja lääkehoitoja. Potilaille suunnitellut tutkimukset ja toimenpiteet tehtiin yleensä 7–16 välillä. Iltapäivisin ja iltaisin jatkettiin potilaiden tarvitsemia hoitoja. Illan viimeinen kierto tehtiin yleensä kahdeksan aikaan illalla, jolloin jaettiin iltalääkkeet, mitattiin kuumeet ja keskusteltiin seuraavan päivän ohjelmasta. Vuorovaikutustilanteina iltakierrat olivat yleensä rauhallisempia kuin aamukierrat. Tämä johtui ensinnäkin siitä, että illalla oli aamua vähemmän toimintaa kuten pesuja tai muita valmisteluja. Huoneessa ei myöskään käynyt iltaisin niin paljon muuta henkilökuntaa kuin aamuisin. Hoitajilla oli enemmän aikaa keskusteluun potilaan kanssa. Iltaisin keskustelut liittyivät lähinnä potilaan hoitamisen prosessista keskustelemiseen.

Potilaiden vieraat kävivät useimmin ilta-aikaan, vaikka osaston vierailu-aika alkoi jo kello 12 ja päättyi kello 20. Hoitajien iltakierto sijoittui yleensä vierailuajan päättymiseen. Mikäli vieraita vielä oli, heitä pyydettiin poistumaan iltakierron ajaksi, kun potilaspapereita ja potilaiden tietoja käytiin läpi. Myös yövuoroon tulevat hoitajat kiersivät potilashuoneet, mutta rutiininomaisia mittauksia tai muita toimia ei tähän kiertoan kuulunut, vaan yöhoitaja huolehti potilaan tarpeenmukaisesta hoidosta ilta- ja yöaikaan.

Vuorovaikutuksen fragmentaarisuus

Vuorovaikutus potilaan ja hoitavan henkilökunnan välillä toteutui pääosin potilashuoneissa. Päivittäiset keskustelut sijoittuivat erityisesti toimenpiteiden ja perushoidon yhteyteen. Keskustelujen kestoa määrittikin erityisesti se, millaisia hoitotoimenpiteitä tehtiin. Kymmenen minuutin yhtäjaksoista keskustelua voi pitää jo pitkänä, ja sellaisia syntyi esimerkiksi, kun potilasta autettiin pesulle tai huoneessa sijattiin vuoteita. Myös leikkauksen jälkeistä ylös nousua tai haava- ja nestehoitoja tehtäessä keskustelut saattoivat kestää muutamia minuutteja. Näiden lisäksi oli mahdollista, että hoitaja viipyy huoneessa vain parikymmentä sekuntia jotain asiaa toimittaessaan. Hoitaja ei välttämättä myöskään ollut potilaan vuoteen vierellä koko sitä aikaa, kun keskustelu on käynnissä. Vuorovaikutusta voikin luonnehtia fragmentaariseksi. Aineistossa litteroitujen vuorovaikutusepisodioiden kesto vaihteli yhdestä minuutista kymmeneen minuuttiin, keskimäärin ne kestivät alle neljä minuuttia. Vuorovaikutuksen fragmentaarisuutta korosti lyhyen keston lisäksi se, että moni hoitajan ja potilaan välisistä keskusteluista katkesi esimerkiksi toisten potilaiden kommentteihin tai pyyntöihin. Kes-

kustelut keskeytyivät myös, kun hoitaja kävi selvittämässä ja hoitamassa potilaan asioita potilashuoneen ulkopuolella. Myös potilaspuhelin tai hakulaite saattoivat keskeyttää vuorovaikutustilanteen. Aikaa voi pitää ehkä tärkeimpänä vuorovaikutuskäytänteitä ja niiden kokemista säätelevänä seikkana. Moni potilas koki, ettei hoitavalla henkilökunnalla ollut hänelle aikaa, ja osa koki, että hoitajat välttelivät vuorovaikutusta kiireen varjolla. Toisaalta jotkut potilaista kokivat itselleen annetun ajan hyvin merkityksellisenä ja tärkeänä ja samalla riittävänä, jopa runsaana.

Mahdollisuus keskustelun avaamiseen

Potilaiden kokemuksiin kuului useita tekijöitä, jotka kuvaavat sitä, kuinka potilas kokee sairaalan vuorovaikutuskäytänteet. Osaa näistä käytänteistä voi pitää potilaan roolia korostavina ja vieraannuttavina. Potilaan omasta tulkinnasta riippui se, kuinka suuren merkityksen nämä käytänteet saivat. Osa potilaista hyväksyi vuorovaikutuskäytänteet itsestään selvinä, osa puolestaan koki ne negatiivisina hoitoonsa vaikuttavina seikkoina. Eräs tällainen käytänne oli soitto-kellon käyttäminen, joka sai aineistossa kahdenlaisia merkityksiä. Toiset pitivät soitto-kelloa mahdollisuutena saada apua juuri silloin, kun sitä tarvitsee, ja he kokivat soittoihinsa vastatun nopeasti. Potilaat kokivat soitto-kellon lisä-neen turvallisuuden tunnetta, ja he kuvasivat saavansa tarvitsemaansa hoitoa tai palvelua soittamalla.

LM: Tuntuiko niinkun siltä, että kaikkea voi kysyä?

PETRI: Joo, kyllä, kyllä, ja nimenomaan sitä painotettiinkin määrättyjen hoitajien osalta, että pitää soittaa nappia ja ihan oikeasti kysyä, jos on jotain, ett mitään ei pidä jäädä hautomaan, vaan välittömästi ottaa henkilökuntaan yhteyttä.

Vaikka soitto-kello tarjoaa periaatteessa mahdollisuuden potilaan aloitteellisuudelle, se samalla korostaa myös potilaan ja hoitajan erilaisia rooleja. Koska potilaan pitää soittaa kelloa avatakseen vuorovaikutuksen, on tilanne erityinen jo heti keskustelun alkaessa. Lähtökohtaisesti mahdollisuus tasavertaiseen keskustelun avaamiseen siis puuttuu, koska potilas voi avata keskustelun vain silloin, kun hoitaja tulee huoneeseen. Potilaiden huoneissa olo ja hoitajien kiertäminen luo vuorovaikutukselle luonteen, joka rikkoo interpersonaalille viestinnälle keskeisen periaatteen vastavuoroisuudesta ja molempien osapuolien mahdollisuudesta aloitteellisuuteen vuorovaikutuksessa. Toki potilas voi olla aloitteellinen, mutta haastatellut potilaat eivät kutsuneet hoitajaa paikalle ”pelkän” keskustelun vuoksi. He kuvasivat käyttävänsä soitto-kelloa lähinnä vain silloin, kun he tarvitsivat fyysistä apua.

Henkilökunnan vaihtuvuus ja tunteminen

Potilaat kuvasivat vieraannuttavana sitä, että hoitava henkilökunta vaihtui potilaan ympärillä. Potilaat eivät siis voi aina vaikuttaa siihen, kenen kanssa he ovat tekemisissä. Jotkut potilaista pitivät ahdistavana tai hankalana henkilökunnan jatkuvaa vaihtumista. Muutamat mainitsivat sen, etteivät voi tunnistaa hoitajia

tai muita huoneessa käyviä henkilöitä, joista osa on täysin vieraita. Hankalaksi koettiin se, etteivät kaikki hoitajat ja lääkärit esitelleet itseään. Eräs potilaista kuvasi tilannetta, jossa lääkkeen toi hoitaja, jolta hän ei ollut lääkettä pyytänyt:

LM: Mä kiinnitin huomiota jossain vaiheessa siihen, ett koputetaanko ovelle..

SIRPA: Ei, ei koputeta, tullaan sisälle (niistää). Mä nyt sitä en nyt niinkään moiti ettei koputeta, mutta se että must ois ihan korrektia, että potilas tietäis kuka on hänen hoitajansa tässä vuorossa. Ja vaikkei se nimi jää mieleen, niin se kuuluu asialliseen kohdeltiaaseen käyttäytymiseen, ett ihminen esittelee ittensä, no ku emmä niinku tiä niistä, ett onko tää nyt tämmönen avustava henkilö, onko tää nyt sairaanhoitaja, kuka tää nyt tässä on, mäkään en nyt enää näe ilman silmälasia, ja mä en sängyssä silmälasia pidä, ni ett pitäis niinku sil.. sillä lailla tihrustaa, että voitko kääntyä sillä lailla että mä nään sun kylttis, mikä se on koska eihän niistä niin äkkiä saa selvää ja sitte ku tosiaan jotain kipulääkettä pyysit tai soitit kelloa, niin tuli hoitaja huoneeseen, joka oli käyny [--] ja hetken päästä tuli toisennäköinen joka anto sen kipulääkkeen.

LM: Ett sama hoitaja ei tavallaan niinkun (hoitanut asiaa)

SIRPA: [--] kun mä pyyän jonkun lääkkeen se ei tuukaan antamaan, tulee aivan eri näkönen ihminen taas, joka ei esittelle itteensä, tulee ruiskun kourassa ja työntää jokin suhun.

Haastatellut potilaat eivät kokeneet hoitajien vaihtuvuutta negatiivisesti, jos he kokivat, että hoitaja oli ajan tasalla potilaan tilanteesta. Henkilökunnan vaihtuvuus nousi kuitenkin esille, ja sai merkityksiä siitä, ettei potilas voi valita sitä, kenen kanssa hän haluaa asioitaan hoitaa.

Henkilökunnan vieraus, vaihtuvuus ja siihen liittyvä kasvottomuus korostui potilaiden kokemuksissa erityisesti tilanteissa, joissa suuri joukko henkilökuntaa oli yhtä aikaa läsnä. Tällaiset tilanteet ymmärrettiin kuuluvaksi sairaalan rutiiniin ja käytänteisiin, ja niiden olemassaolo hyväksyttiin tai vähintään ymmärrettiin osaksi sairaalassaoloa. Potilaan tulkintoja ohjasikin osaltaan se, kuinka tuttu tai outo sairaalanrutiini potilaalle ylipäätään oli ja millaisia odoituksia potilaalla oli vuorovaikutuksesta hoitavan henkilökunnan kanssa. Kaikkein negatiivisimmin kasvottomuutta kuvattiin tilanteissa, joissa potilaasta puhuttiin hänen läsnä ollessaan ilman, että potilas tuli otetuksi mukaan keskusteluun. Näissä tilanteissa potilaat kokivat roolinsa korostuvan ja korostavan sitä, ettei potilas ole tasavertainen toimija.

Yksityisyys ja intiimiyden aste

Potilaana olemisen kokemukseen kuului osana yksityisyyden rikkoutuminen. Potilaat kokivat yksityisyyden olevan uhattuna monella tapaa. Ensinnäkin yksityisyyttä uhkasi tietosuoja, koska muut potilaat kuulivat sen, mitä potilaan asioista puhutaan. Vaikka potilaat kokivat tarvetta suojella yksityisyyttään, kokivat he myös pakkoa joustaa yksityisyydestään, jotta he saisivat tarvitsemansa ja haluamansa tiedon. Eräs potilas kuvasi tätä häveliäisyyden katoamiseksi tilanteessa, jossa haluaa saada tietää:

HEIKKI: Mutta sitten se suurin hommahan tietysti tässä diagnoosin ja sitten oireiden kertomisessa on, suurin ongelmahan on se, kun siellä lääkäri käy aamulla, olikos se nyt kaheksan kolmekymmentä vai millon, hänellä on keskimäärin, onko se pysähdys minuutti per potilas tai sitä luokkaa ja se on keskusteluna äärimmäisen minimaalista. Ja sitä estää myöskin se että siellä sitten toiset potilaat kuulee, siinä on useampi poti-

las rivissä ja jokainen kuulee toisen jutut, ja keskustele siinä sitten mitään tämmöstä [--] se on aika kiusallinen, miks se täytyy siinä sitten se keskustelu käydä, ett ei oo mitään ett voitais järjestää tämmöstä.

LM: Aivan, eli siellä tulee semmonenkin olo, että ei edes halua kysyä?

HEIKKI: No eipä siinä, mitäs siinä sitten. Tai kyllä ne pahimmat tietysti kyllähän siinä sitten potilas kysyy, vaikka kuinka on, että kyllä siinä sitten. Tää intimiteetti, häveliäisyys kaikkoaa, kun on tarve kysyä, mutta että se on aika kiusallinen tilanne. Vaikka jossain siellä kansiossa sanotaan, että potilailla sitten kans on vaitiolovelvollisuus ja sitten kehoitetaan, että potilaatkaan ei levittele sitä mitä he kuulee, kun siinä väkisinkin kuulee kun toisia hoidetaan, mutta että kyllähän siinä on aikamoinen aukko tämän turvan kannalta, että keskustele siinä nyt avoimesti kun siinä on.. kaikki mahdollinen kansa kuulemassa. Ja samatenkin myös se koko lääkärijoukko siinä niin, kyllähän se estää, kyllä sitä mieluummin olis kahdestaan yhden lääkärin kanssa, vois sanoa, ett.. eihän se niin hirveesti aikaa veis, etteikö luulis siihen ratkaisua olevan.

Potilaat kokivat yksityisyyttään uhkaavaksi myös erilaiset toimenpiteet, joissa potilaan fyysinen koskemattomuus rikkoutuu. Kun potilas joutui toimenpiteeseen, hän ei enää voinut määritellä omia rajojaan, vaan ne määräytyvät toimenpiteestä käsin.

Havaintoaineiston perusteella potilashuoneissa tapahtuvassa vuorovaikutuksessa intiimiyden aste vaihteli kahden tekijän mukaan. Ensinnäkin intiimiyteen vaikutti se, kuinka suuri joukko henkilökuntaa oli läsnä, eli oliko paikalla useampia lääkäreitä, hoitajia ja muuta henkilökuntaa. Toinen tekijä oli se, kohdensivatko lääkäri ja hoitaja viestintäänsä potilaalle. Kohdentamisen keskeinen keino oli nonverbaalinen kohdentaminen, erityisesti äänenkäyttö. Intiimiyden aste vaihteli ääripäästä toiseen. Potilashuoneessa saattoi olla läsnä vain yksi tai kaksi hoidonantajaa, jotka osoittivat kohdentamista äänenkäytöllä ja muulla nonverbaalisella viestinnällä kuten kumartumalla potilaan puoleen. Toisaalta vuorovaikutustilanteissa potilaan sängyn ympärille saattoi asettua suuri joukko hoitavaa henkilökuntaa ja opiskelijoita, jotka kävivät keskustelua melko kovaäänisesti. Näissä tilanteissa tapahtui myös sitä, että kaikkien läsnäolevien huomio ei ollut potilaassa, vaan jossakin muussa kuten henkilökunnan keskinäisessä keskustelussa tai muussa potilashuoneen tapahtumassa.

Yksilöllisyyden säilyttäminen ydinmerkityksenä

Osastohoidon vuorovaikutuskäytänteet heijastuvat potilaan kokemukseen potilaana olemisesta merkittävällä tavalla. Monet käytänteet ovat ristiriidassa interpersonaalisen viestinnän peruseriaatteiden kanssa. Tällaisia piirteitä ovat vuorovaikutuksen avaamisen mahdollisuus, vuorovaikutuskumppanin tunteminen sekä yksityisyyden rikkoutuminen. Potilaiden näille käytänteille antamat merkitykset ovat yksilöllisiä, ja suuria eroja on siinä, kuinka positiivisesti tai negatiivisesti potilaat nämä käytänteet kokevat. Tuen näkökulmasta käytänteet sekä lisäävät tuen tarvetta että tuottavat haasteita tuen toteuttamiselle osastohoidon vuorovaikutuksessa.

Potilaana olemisen kokemus

Potilaan kokemus osastohoidosta jäsenyi tämän tutkimuksen haastatteluaineistossa kolmeen ulottuvuuteen: kokemukseen hoidon saamisesta, kokemukseen hoitoympäristöstä sekä vuorovaikutuskäytänteiden kokemisesta. Näiden ulottuvuuksien ydinmerkityksiksi nimesin autetuksi tulemisen, turvallisuuden ja levollisuuden kokemisen sekä yksilöllisyyden säilymisen. Näitä merkityksiä voisi tulkita myös haasteina, joihin tuen tarve ja tuen osoittaminen kytkeytyy. Potilaan kokemus potilaana olemisesta heijastuu niin tuen tarpeeseen kuin niihin tulkintoihinkin, joita potilas tuesta tekee. Se voi osaltaan selittää sitä, miten tuki koetaan ja millaisia merkityksiä sille osastohoidossa annetaan.

Potilaan kokemusta hoidon saamisesta voidaan pitää potilaana olemisen perustasona, joka merkityksentää koko sairaalassaoloa ja kokemusta sairaalahoidosta. Potilas voi kokea hoitoon pääsyn ja hoidon saamisen sujuvana prosessina, mutta samalla on mahdollista, että hoidon saamiseen liittyy sellaisia piirteitä ja tekijöitä, jotka hankaloittavat potilaan hoitoa ja tuottavat negatiivisia merkityksiä. Haasteellista hoidon näkökulmasta onkin se, että hoidon saaminen on oikea-aikaista ja hoitoprosessi on sujuva. Potilaiden kokemuksissa hoidon saamisesta korostui kokemus siitä, että oma tilanne on jonkun hallussa, ja toisaalta kokemus siitä, että mikään ei suju ja kukaan ei tiedä, mitä seuraavaksi tapahtuu. Ydinmerkityksenä hoidon saamiselle kiteytyy fyysinen ja psyykinen autetuksi tuleminen, jonka potilaat kokivat eri tavoin.

Hoitoympäristöön liittyvät kokemukset tiivistyvät merkitykseen ympäristön turvallisuudesta ja levollisuudesta. Nämä merkitykset syntyvät siis siitä, millaisena potilas ylipäätään kokee hoitoympäristön ja kuinka hän siihen orientoituu. Koska sairaalaympäristö on potilaalle usein vieras, on merkityksellistä se, miten potilas sopeutuu siihen. Potilas kokee hoitoympäristön positiivisena tai vähintään siedettävänä silloin, kun se koetaan tarkoituksenmukaiseksi ja kun potilas pystyy edes jossain määrin säätelemään omaa ympäristöään.

Osastohoidon vuorovaikutuskäytännöt vaikuttavat merkittäväällä tavalla kokemukseen potilaana olosta. Institutionaaliseen vuorovaikutukseen ja sen rakenteisiin liittyy paljon sellaisia piirteitä, jotka rikkovat interpersonaalisen vuorovaikutuksen perusoletuksia. Näitä ovat esimerkiksi tasavertainen mahdollisuus osallistua viestintään ja olla aloitteellinen. Institutionaaliset piirteet koetaan usein negatiivisesti, ja pahimmillaan ne voivat johtaa kokemukseen vieraantuneisuudesta ja kohteistumisesta. Haasteeksi muodostuukin potilaan yksilöllisyyden säilyttäminen, jota tuen tarpeen näkökulmasta voi kuvata minän säilyttämisen ja vahvistamisen tarpeena.

4.3 Hoitajuus kirurgisella osastolla

Hoitajan kokemukset osastohoidon kontekstista määrittyvät hänen oman ammatillisen identiteettinsä kautta. Konteksti heijastuu potilas-hoitajavuorovaikutukseen hoitajan näkökulmasta siten, millaisena hoitaja kokee oman työnsä ja työympäristönsä. Koska sairaala ja osasto ovat hoitajalle nimenomaan työympäristö ja työyhteisö, hoitajan kokemus osastohoidon kontekstista muodostuu hyvin erilaiseksi kuin potilaan kokemus. Hoitajien kokemuksesta ei luonnehdi niinkään institutionaalinen kehys, vaan ammatillinen kehys. Hoitajuuden ammatillisia ulottuvuuksia jäsenyi tästä aineistosta kolme: tiedon hallinta hoitotyössä, prosessien hallinta hoitotyössä ja emotionaalinen hallinta hoitotyössä. Nämä ulottuvuudet on esitetty taulukossa 3, jossa kuvataan myös ne sisällölliset kategoriat, joista ulottuvuudet on muodostettu. Taulukkoon on myös tiivistetty ulottuvuuksia kuvaavat ydinmerkitykset.

TAULUKKO 3 Hoitajuuden ulottuvuudet

HOITAJUUDEN ULOTTUVUUS	TIEDON HALLINTA	PROSESSIEN HALLINTA	EMOTIONAALINEN HALLINTA
Sisällölliset kategoriat	Tiedon hankkiminen Tiedon rakentuminen tiimissä Hoitajan ja lääkärin tiedon integroiminen Epävarmuus	Verkosto-osaaminen Potilaan asioista huolehtiminen Prosessien pirstoutuminen Riittämättömyys	Väistämättömän hyväksyminen Emotionaalinen kuormitus Psyykinen hoito ja operatiivisuus Avuttomuus
Ydinmerkitys	Tiedollinen asiantuntijuus	Prosessi-osaaminen	Tunteiden hallinta ammatillisuutena

4.3.1 Tiedon hallinta hoitotyössä

Hoitajat kokivat keskeiseksi ammattitaitonsa kriteeriksi tiedollisen osaamisen, ja he arvioivat omaa osaamistaan ja toimintaansa suhteessa tietoon. Hoitajien käsitysten mukaan hoitajan asiantuntijuus on sisällöllistä tietoa erilaisista sairauksista, hoitomahdollisuuksista ja toimenpiteistä, ja tämän tiedon välittäminen potilaalle on oleellinen osa hoitajan työtä varsinaisen perushoidon ja kädentöiden rinnalla.

Tiedon hankkiminen

Voidakseen hoitaa työnsä hyvin, hoitajan tulisi hallita suuri määrä tietoa eli hoitajuuteen liittyvä *tiedonhankinnan haaste*: hoitajat kokivat saatavilla olevan ja hoitotyössä tarvittavan tiedon määrän kasvaneen valtavasti, mikä tekee tiedon hallinnasta haasteellista. Oman tietämisen rajat tulevat vastaan erityisesti erilaisiin sairauksiin liittyvässä sisällöllisessä asiantuntemuksessa, jota hoitajat pitivät erityispiirteinä juuri kirurgisessa hoidossa:

LM: Eli se potilaskontaktin määrä on pienempi, jos on paljon tätä muuta (koordinoimista)?

HANNELE: Niin. Pitäis tietää hirveesti asioista, erilaisista asioista, ei pelkästään siihen sairaalaan liittyvistä vaan ihan kaikenlaisista yhteiskunnallisista ja kaikista asioista, että pystyis asioita hoitamaan eteenpäin tai ainakin tietäis mistä kysyä.

LM: Aivan. Eli se potilaan auttaminen on aika ison verkoston kanssa toimimista myöskin?

HANNELE: Niin. [---] Mutta kyllä yhä enemmän on potilaita jotka on, joilla on sitä tietoa, että tämä tietokoneaika on senkin tuonut, että sieltä haetaan ja kysytään, meiltäkin kysytään, että mistä voi hakea lisätietoa ja ovat ennen sairaalaan tuloa sitä tietoa hankkineet, ja nuoret ihmiset ennen kaikkea, että kyllä nuoret on toisaalta vaativampia, hoitajalle vaativampia ja hyvin äkkiä he huomaa sen, että kumpi tässä tietää enemmän [---] että sitten sen tuolla huomaa tuolla sairaalassa että kyllä, kyllä he vaatis, että ihmisillä jotka heitä hoitaa on sitten myöskin sitä tietoa. Ja ihan oikeinhan se onkin.

LM: Mutt sitten se on tietysti tavallaan, kun täytyy hallita semmonen iso kirjo niin se tekee sen vaativaksi?

HANNELE: Tekee kyllä. Meilläkin on diagnooseja minkälaisia potilaita hoidetaan valtavasti, eikä se lopu niihin kirurgisiin diagnooseihin, että sitten pitäis hoitajien hallita nää sydänsairaudet, keuhkosairaudet, tietää vähän psyykkisistäkin sairauksista ja.. kyllä siinä monasti tyhmäksi ja voimattomaksi itsensä tuntee. Mutta tota sitä pitää vaan ajatella, että kukaan ei voi olla kaikkietävä, kaikki hallitseva [---] että sehän se sitten on, tai että ois aikaa selvittää niitä asioita, kun tulee monia, meilläkin on hyvin tämmösiä, nytkin on yks naispotilas joka on erittäin harvinainen tämmönen leikkauksen jälkeinen tilanne, että ei varmaan koko maailmassa oo monia sattunu tämmösiä niin, sitten siinä, että mistä saada tietoa ja miten sitä ihmistä auttaa ja, ni ne on vaikeita asioita.

Potilasta koskevan tiedon hallinta muodosti siis perustan hoitajan osaamiselle. Itsellä olevan tiedon riittävyys ja oikeellisuus tuottaa hoitajien käsitysten mukaan jatkuvaa pohdiskelua, ja tietäminen nousi esille tavoitteena, johon hoitajan tulisi voida vastata. Vaikka hoitajat totesivatkin, ettei kaikkea tietoa voi hallita, tietäminen ja tiedollinen osaaminen näkyivät haastatteluissa voimakkaana normina.

Tiedon rakentuminen tiimissä

Hoitajan tieto toimii tilannekohtaisen päätöksenteon ja ongelmanratkaisun perustana. Tässä päätöksenteossa hoitajat kokivat vuorovaikutuksen potilaan, oman tiiminsä ja lääkäreiden kanssa keskeiseksi osaksi oman ajattelunsa hallintaa. Hoitajien mukaan juuri hoitajien muodostamalla tiimillä on suuri merkitys tiedon hallinnassa. Eräs hoitajista kuvasikin hoitotyötä jatkuvana päätöksentekona, jossa vuorovaikutuksella on tärkeä rooli:

LM: Miten paljon sä arvioit, että teidän työstä on tekemistä ja miten paljon vuorovaikutusta? Voiko sitä ylipäättään arvioida vai onko tää tällainen maallikon kysymys?

ANNIKA: No tietysti jos ihan prosenttina ajatellaan, ni yhtä äkkiä tulis mieleen että se ois puolet ja puolet. Mutt kuitenkin mä ainakin koen, ni hirveen paljon se on sitä semmosta, mitä mulla niinkun tapahtuu koko ajan itellä pään sisällä, sitä niitten asioiden järjestykseen laittamista. Mutt että mä saan sitä tehtyä, niin mun pitää ensin käydä vuorovaikutusta lääkäreitten ja työkavereitten ja potilaan ja kaikkien niitten yhteistyötahojen kanssa, ett eihän se, se on se perusta kaikelle, eihän siellä muuten tehdä mitään. Kuitenkin ihmisten kanssa ollaan töissä ja tekemisissä.

Tiedon hallinnan perustasona hoitajat pitivät tiedon jakamista potilaiden voinnista ja tilanteesta hoitajien välillä sekä hoitajien ja muiden asiantuntijoiden välillä. Hoitajien keskinäinen tiedon jakaminen tapahtui ennen muuta työvuorojen vaihtoon sijoittuvilla raporteilla, joissa pyritään varmistamaan, että vuoroon tulevalle hoitajalle on tarvittava tieto hoitotyön toteuttamiseksi ja hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi. Hoitajan on tiedettävä, millaisesta tilanteesta hän jatkaa. Raportit ja muu vuorovaikutus tiimin jäsenten kanssa merkityksentyi ennen muuta yhteisen tai *jaetun tiedon rakentamiseksi*. Tällöin hoitaja ei tee päätöksiä enää vain omien havaintojensa ja päätelmiensä varassa, vaan tietämisellä on laajempi perusta. Esimerkiksi käsitys potilaan tarpeista rakentuu hoitajien mukaan ainakin jossain määrin yhteisesti, mitä kuvaa seuraava esimerkki:

LM: Mikä merkitys sille omalle työlle niillä kollegoilla on tai sillä yht.. tiimillä, sano taanko tiimi, onks se oikee sana?

TEIJA: No kyllä meillä on niinku ryhmät, tiimi on ihan hyvä. [- -] On sillä silleen, ett joskus kun miettii, ett oonkohan mää nyt (oikeessa), tai ajattelenko mää vaan nyt, ett onko tää nyt vaan mun (oma ajatus), ett onkohan muut huomannu. [-] että eihän se vaan ole se oma käsitys, ett jos on monta hoitajaa samalla lailla ajatellu, ni se tukee sitä omaa (käsitystä), ett onhan sillä suuri merkitys. Ja sit voi miettii, että kannattaisko tässä just jotain ulkopuolista (konsultaatiota) nyt ottaa huomioon. Tai sitte ihan semmoset, että puhutaan siitäkin, että hän (potilas) on tosi hyvin ottanu, mukavasti keskustelelee tästä ja ei oo mitään ongelmia ja hällä on omaisten tuki siinä.. Kyllä se silleen tärkeätä on, ja kyllä me puhutaan ja mä ainakin koen sen erittäin tärkeänä sen, että sieltä tulee sieltä muiltakin ryhmän jäseniltä niitä (käsityksiä).

Hoitajat kertoivat testaavansa omaa ajatteluaan ja omia havaintojaan muiden tiimin jäsenten kanssa. Erityisesti potilaan mielentilan arvioimisessa hoitajat kokivat tärkeäksi sen, että muille hoitajille on syntynyt samanlainen mielikuva ja että oma käsitys asiasta on oikeansuuntainen. Hoitajat kertoivat konsulttoivansa toisiaan erityisesti hankalissa hoidollisissa tai potilaan psyykkiseen hyvinvointiin liittyvissä kysymyksissä. Hoitajatiimin keskinäinen vuorovaikutus näyttäytyi aineistossa ongelmakeskeisenä, joskin hoitajat kuvasivat hakevansa kollegoilta joskus myös ratkaisuja erityisesti neuvojen muodossa. Kollegoiden neuvot ja mielipiteet koettiin merkityksellisiksi erityisesti siksi, että heillä on kokemus hoitotyöstä ja että he lähestyvät ongelmia samasta näkökulmasta kuin itse. Jotkut hoitajat mainitsivatkin kollegoilta saatavan tiedon ja omaan työhönsä saaman tuen olevan merkityksellisempää kuin esimerkiksi esimieheltä saadun.

Hoitajan ja lääkärin tiedon integroiminen

Suuri osa potilasta koskevasta tiedosta perustuu hoitajien käsityksen mukaan lääkäriellä olevaan tietoon potilaan diagnoosista ja erilaisista hoitomahdollisuuksista. Hoitajat näkivät sairaanhoitajan ja lääkärin roolit potilaan hoidossa selkeästi eriytyneinä ja toisiaan täydentävinä: lääkäri vastaa potilaan lääketieteellisestä hoidosta ja toimenpiteiden suorittamisesta, hoitajan vastuulla on potilaan perushoidon ja erikoissairaanhoidon toteuttaminen. Eriytyneistä tehtävistä johtuen lääkärin ja hoitajan potilasta koskeva tieto on erilaisia, mikä merkitsee keskinäistä riippuvuutta tiedon välittymisestä. Rajan hoitajan ja lääkärin tiedon välillä hoitajat kokivat melko ongelmattomaksi: hoitopäätökset ja mahdollisuuksien näkeminen kuuluu lääkäreille, ja hoitajan asiantuntemuksen raja kulkee siinä, millaisia toimenpiteitä voidaan toteuttaa.

LM: Voiko niinkun ajatella, ett hoito on onnistunut tai, tai, mikä sitten siinä tilanteessa on hoidon onnistumista tai siinä omassa työssä onnistumista?

ANNIKA: No tuota, mä en jotenkin ainakaan, ni ei niitä sillä tavalla pystyny ajattelemaan, koska ei se, se on aika pitkältä lääketieteen ja lääkäreitten asian, että mitä.. minkälaisia hoitoja pystytään tarjoamaan ja miten leikkaukset onnistuu ja kaikki tällömöset asiat. Että mulle hoitajana se onnistuminen on se, ett jos mä oon työpäivänä, mä oon pystyny kaikille potilaille antaa sen huomion, mitä ne tarvii, ne on tyytyväisiä, ku mä meen viimisen kerran käymään huoneessa, ni niillä ei oo niinku, ett ne sanoo joo, että kiitos tästä päivästä ja huomenna nähään ja kaikki, se on se mun onnistunu hoitopäivä.

Vaikka hoitajan ja lääkärin asiantuntijuus ovat periaatteessa toisiaan täydentäviä, kokivat hoitajat olevansa riippuvaisempia lääkärin tiedosta kuin päinvastoin. Lääkäriellä on päävastuu potilaan hoidosta, ja hän myös tekee hoitopäätökset potilaan kanssa, joten lääkärin toiminta vaikuttaa siihen, miten hoitaja voi omaa tietoaan ja osaamistaan käyttää. Hoitajat arvostivat kuitenkin omaa tietoaan potilaasta ja korostivat oman tietämyksensä kokonaisvaltaisuutta. Samalla he tunnistivat sen, että kirurgisella osastolla leikkaustoiminta sekä muut tutkimukset ja toimenpiteet säätelevät sitä, millaiseksi hoitamisen prosessi muodostuu.

Suhteessa lääkäriellä olevaan tietoon hoitajat kokivat tehtäväkseen varmistaa, että potilas saa kaiken tarvitsemansa tiedon. Hoitajat kertoivat pyrkivänsä varmentamaan, että lääkäri kertoo riittävästi sekä erilaisista vaihtoehdoista, ennusteista, diagnoosista ja potilaan tilanteesta. Koska hoitotyö riippuu lääkärin tiedosta, hoitajat kokivat tiedon välittymisen lääkäriltä potilaalle helpottavan omaa työtään. Toisaalta hoitajat korostivat omaa rooliaan tiedon välittymisessä lääkäriltä potilaalle. Hoitajat kuvasivat erityisesti lääkärinkiertoja tiedon välittymisen paikkoina, ja näkivät, että hoitajalla on tärkeä tulkin rooli. Tätä roolia kuvaa seuraava esimerkki:

LM: Mikä hoitajan rooli on tässä niinku (hoitamisen) kokonaisuudessa?

TEIJA: Kyllä se on niin suuri, että hoitaja on se, kuka sen potilaan kanssa on, läsnä hoidon ajan. Mää sanon ihan sen, ett lääkäriellä on se, ett hän käy, kiertää antaa ne lääketieteelliset ohjeet, mutt kyllä me hoitajat ollaan sen potilaan kanssa. Ja se on, se ohjaus on hoitajan, hoitajan vastuulla, ett kyllä se on suuri. Ett kyllähän nää omaiset ja potilaat tietysti saa näitä lääkärin kanssa keskusteluja ja muuta, mutta usein siinä

käy sitten niin, että jälkeinpäin, sitten se hoitaja on kuitenkin keltä varmistellaan, kuka niitä tavallaan suomentelee ja käy läpi hänen kanssaan niitä asioita sit uudestaan vielä. Ett kierrolta jää paljon epäselvää ja hoitaja on se usein, joka on sit loppupeleissä, saattaa olla se, kuka sen asian lääkärille ilmasee, kun se potilas ei sitä kuitenkaan, [- -] se tilanne on niin, ett ne monesti sitten siinä menee lukkoon, kun se on se lääkäri siinä. Ett se on, se on suuri osuus kyllä sillä hoitajalla.

Tulkin roolinsa hoitajat näkivät sillaksi lääkärin ja potilaan välillä. Monet hoitajat kertoivat tekevänsä lääkärille niin sanottuja tyhmiä kysymyksiä ja pyrkivänsä näin nostamaan esille niitä asioita, jotka potilasta huolestuttavat. Toisaalta hoitajat myös kertoivat pyytävänsä lääkäriltä lisäselvityksiä tai pyytävän heitä keskustelemaan potilaan kanssa, mitä kuvaa eräs hoitajista seuraavalla tavalla:

KAISA: ... just ennen tota yllälääkärinkiertoa, ku sellanen tosi nopee on se kierto, jos ne kerkee yleensä kiertää ni ei siinä kerkeä kauheesti potilas kysellä mitään. Se vaan jotakin asiaa todetaan siinä, lääkäri toteaa jonkun asian, ni se jää monesti kyllä monille ihmisille mieleen, että mitähän tuo tarkotti. Ja tossa kun ei tossa isolla lääkärin kierrolla siinä tosiaankaan hoitajatkaan pysy mukana, ni ei siinä potilaskaan kerkii mitään kiertää tai niinku kysellä. Se monesti jää sitten siihen, että mä ainakin yleensä sanon, että mä sanon lääkärille, että juttelis sitten tuon kierron jälkeen sitten teiän kanssa tästä asiasta, että se selviäis, että pitäähän se asia selvittää, että se ei epäselväksi jäis. Monestihan sitte sovitaan että lääkäri käy sitten kierron jälkeen tai sitten päivemmällä puhumassa tai toivottavasti saman päivän aikana, ei jää mieltä painamaan siitä asiasta

Hoitajien kokemuksista nousi esille myös jonkin verran tyytymättömyyttä lääkäreiden tai kirurgien tapaan kertoa potilaalle tämän asioista. Hoitajat kokivat tärkeäksi potilaan tilanteen hahmottamisen ja kokonaisvaltaisen tiedon käyttämisen potilaan elämäntilanteesta, mikä korostuu suhteessa kirurgisen hoidon operatiivisuuteen. Seuraavassa haastattelukatkelmassa hoitaja pohtii juuri operatiivisuuden ja hoitamisen välistä problematiikkaa:

LM: Onks siellä jotain muuta semmosia asioita, jotka tavallaan vaikuttaa siihen, estää tai hankaloittaa sen tuen antamista?

HANNELE: No must tuntuu että, että kyllä kaikilla varmaan, ett se ei oo siitä kiinni, ettei haluttais, ja kyllä varmaan useimmat kokee molemmat asiat yhtä tärkeiksi. Ett tietysti kirurgisella puolella on se, että painotetaan ja varsinkin lääkärit (painottaa), niin se on se leikkaus, mikä siellä tehdään, tai ne tutkimukset, mitä tehdään, että tämä on tämän osaston tehtävä, Ja sitten jos on jotakin muuta, niin sitten on toinen osasto ja toinen lääkäri, että siellä hoidetaan. Että täällä hoidetaan vain nämä perusasiat. Mutt kyllä hoitajan on pakko ajatella laajemmaltikin sitä, että ei, ei sitä voida hoitaa vain jotain haavaa, tai jalkaa tai kättä tai mahaa, ett kyllä sitä pitää, ne kaikki siihen asiaan liittyvät asiat ottamaan huomioon. Mutt että pystytäänkö niitä välttämättä sitten sillä hetkellä tai sillä sairaalakäynnillä niitä asioita hoitamaan, niin se on eri asia mutta, ett jotenkin selvittää niitä asioita että ne hoituis eteenpäin.

Jotkut hoitajat kuvasivat hoitajan roolia potilaan puolestapuhujana myös puolestautumisena suhteessa lääkäriin. Hoitajat nostivat haastatteluissa esille tilanteita, joissa he olivat joutuneet vaatimaan esimerkiksi lisätutkimuksia tai vaatimaan potilaalle enemmän lääkärin huomiota. Tällaista tapahtuu hoitajien kuvausten mukaan tilanteissa, joissa potilas on arka eikä uskalla tai osaa kysyä, kuten alla olevassa esimerkissä hoitaja kuvaa:

LM: No mikä hoitajan rooli tässä on? Jos kierto on se tiedon välittymisen paikka, niin mikä hoitajan rooli tässä on?

HANNELE: Joo, no.. silleen mä oon ite ainakin joskus toiminu, että esittäny siinä vähän semmosia tyhmiä kysymyksiä että sen kautta sitten potilaskin sais vähän tietoo siitä tilanteesta, että tai sitten jos potilas on vaikka ennen kiertoa miettiny jotain asiaa, niin sitten oon sanonu, että kysykääpäs lääkärieltä sitä asiaa, mitä äsken mietitte. Ett kyllähän siinä monesti on semmonen rohkaisija ja tosiaan sen potilaan etuja saa ajatella aika paljon ja tietysti haluaakin. Ja sitte tietää, että niitä kysymyksiäkin kumminkin tulee, että ne tulis siinä kierrolla kaikki esiin. Mutt tietysti sitt tää tilanne, että on just leikattu, niin onko se sitten se paras, vai vasta seuraavana päivänä tai muutamana päivänä päästä, niin sitten se on vähän sellanen tilannekohtanen.

Tiedonhallinta perustuu hoitajalla olevaan tietoon, joka rakentuu yhteistyössä muun hoitavan tiimin ja lääkäreiden kanssa. Jossain määrin on keinotekoisia erottaa lääkärin rooli hoitavasta tiimistä, koska lääkäri on osa tiimiä. Tässä aineistossa hoitajat kuitenkin viittasivat tiimin käsitteellä useimmiten nimenomaan muihin hoitajiin. Kirurgisessa hoidossa lääkärin ja hoitajan tehtävät ovat myös niin eriytyneitä, että on perusteltua tarkastella lääkärin ja hoitajan suhdetta irrallaan muun tiimin työskentelystä. Hoitajan suhde lääkäriin näyttäytyi aineistossa myös hyvin erilaisena kuin hoitajan suhde muihin hoitajiin tai erityisosaajiin.

Epävarmuus

Hoitajien haastatteluaineistossa hoitajan tieto ja tietäminen merkityksentyivät hyväksi hoitotyöksi. Hoitajien käsityksissä näkyi se, että hoitajan tulee tietää, tulee osata hankkia tietoa ja tulee osata soveltaa tietoaan. Tiedollinen osaaminen näkyikin haastatteluaineistossa voimakkaana normina ja epävarmuuteen liitettiin merkityksiä ammattitaidottomuudesta. Hoitajan epävarmuus kytkeytyi hoitajien merkityksenannoissa myös tukeen. Hoitajat korostivat, että hoitaja voi tarjota tukea potilaalle ainoastaan silloin, kun hoitajalla itsellään on riittävästi tietoa. Seuraavassa katkelmassa haastateltu hoitaja arvioi hoitajan toimintaa ohjaustilanteessa haastattelussa esillä olleen esimerkkiepisodin pohjalta:

MERJA: Eihän tässä hoitaja oo ees tilanteen tasalla, mitä tehdään. Eihän nukutuksessa tämmösiä tietokonekuvauksia tehdä, siinähän tehdään niinku, voihan sitä pienessä humaut.. mutt eihän siis sitä voida tehdä näin. Että ei tässä hoitaja kyllä tukee pysty antaa ei yhtään vaan niinku... Hirveetä.

Vaikka tietäminen nousi keskeiseksi normiksi hoitajien haastatteluissa, hoitajat kuvasivat kuitenkin omaa epävarmuuttaan. Epävarmuudesta puhuminen kytkeytyi oman ammatillisen osaamisen pohtimiseen. Hoitajat kuvasivat hoitavalla tiimillä olevan merkittävä osa epävarmuuden hallinnassa, samoin sillä, millä tavoin tiimissä tietoa jäsennetään ja hallitaan.

Tiedollinen asiantuntemus ydinmerkityksenä

Tieto ja tiedollinen osaaminen jäsenyi aineistosta keskeiseksi osaksi hoitajan ammattitaitoa, ja hoitajat pohtivat tiedon hallintaa siinä määrin, että sitä voi pitää hoitajan ammatillisen identiteetin perustana. Hoitajien kokemusten perusteella tiedon yhteisellä rakentumisella on tärkeä merkitys hoitajan päätöksenteolle, joten hoitaja voi saada tukea oman tietonsa hallintaan muilta hoitajilta. Hoitajat kokivat lääkärin tiedon ja varsinkin lääkäriellä olevaan tiedon välittymisen jossain määrin ristiriitaisesti. Toisaalta hoitajat korostivat selkeästi lääkärin vastuuta niin potilaan hoidosta kuin tiedon välittymisestäkin. Hoitajat myös korostivat lääkärin medikaalista osaamista. Toisaalta hoitajat kaipaivat enemmän yhteistyötä, erityisesti yhteistä tiedon rakentamista, joka samalla palvelisi myös hoitajan oman ammattitaidon kehittymistä.

4.3.2 Prosessien hallinta hoitotyössä

Hoitajalla oleva tieto jäsenyi aineistosta perustasoksi, jonka varaan rakentuu hoitajan asiantuntijuus ja ammatillinen osaaminen. Toiseksi hoitotyön perusulottuvuudeksi haastatteluista erottui erilaisten prosessien hallinta ja koordinoiminen, joka toki edellyttää tiedon hallintaa, mutta erottui omaksi ulottuvuudekseen. Tiedon hallinta kytkeytyi nimenomaan tiedon hankinnan, ajattelun, tiedon varmentamisen ja tiedon rakentamisen perustalle. Prosessien hallinta puolestaan kiinnittyi toimintaympäristön ymmärtämiseen ja sen hallintaan, toimintojen koordinoimiseen sekä hoitoprosessien kokonaisuuden hahmottamiseen. Prosessien hallinnan ulottuvuus kytkee yhteen potilaan perushoidon ja potilaan psyykkisistä ja sosiaalisista asioista huolehtimisen.

Verkosto-osaaminen

Tärkeänä osana hoitotyön prosessien hallintaa hoitajat kuvasivat sairaanhoitajan verkosto-osaamista. Hoitajat kokivat tehtäväkseen potilaan hoidon suunnittelun siitäkin huolimatta, että vastuu hoitopäätöksistä kuuluu hoitavalle lääkärille. Hoitajan näkivät vastuukseen huolehtia perushoidon, erikoissairaanhoidon ja tiedon kulun lisäksi siitä, että potilas saa kaiken tarvitsemansa hoidon ja palvelun. Hoitajat kuvasivatkin olevansa eräänlaisessa koordinaattorin tehtävässä. Tässä tehtävässä he kokivat olevansa vastuussa potilaan hoidon onnistumisesta: hoitaja suunnittelee, ajoittaa ja tilaa tutkimuksia, huolehtii jatkohoitopaikoista ja vastaa myös esimerkiksi hoitoon liittyvien sosiaalisten seikkojen huomioimisesta. Haastateltujen hoitajien mukaan sairaanhoitajan tehtävä onkin muuttunut perushoidon suorittamisesta kohti moniammatillisen tiimin koordinoimista. He kokivat suurimman muutoksen omassa työssään tapahtuneen juuri tässä tehtävässä, mitä kuvaa seuraava esimerkki:

LM: No miten, kun säkin oot tehnyt jo jonkin aikaa hoitajana töitä, niin miten hoitaminen on muuttunu? Tuossa puhuttiin aikasemminkin, ett tavallaan jotain on tapahtunu, niin mikä se suuri muutos on? Mitä on tapahtunut?

ERIKA: Mä oon valmistunu 1990-luvulla ja silloin jo hoitotiedettä alettiin lukemaan ja mietittiin näitä. Hoitosuunnitelmat, ne oli aluillaan, ett siinä alettiin, ja hoito on mun mielestä enemmän potilaslähtöistä [- -] että se on todellakin sillain muuttunu, ett siihen on tullu laajempi se ympäristö, mikä pitää potilaan hoidossa ottaa huomioon. Sitt on tietysti kaikki nää yhteistyö... fysioterapeutit, sosiaalityöntekijät, on hirveen voimakkaasti, sitt on just nää syöpähoitajat, siis tämmönen konsultointi, psykiatriset hoitajat, se on niin laaja. Mun mielestä se aina vaan laajenee, mistä sä voit itelles saada apua siihen hoitotyöhön, kun mitä se on alkujaan ollu.

LM: Ja hoitaja on se joka sitten vastaa siitä.. verkostosta?

ERIKA: Niin tavallaan siitä, ett ottaa (vastuuta), tietysti jokainen vastaa omasta alueestaan, mutt se että se, ett ne asiat menee eteenpäin ja otetaan yhteyttä näihin henkilöihin, ett jos on tarvetta. Tietysti lääkäri soittaa lääkärille ja hoitaa nämä puolet, mutt tota noin niin, niitäkin pitää muistuttaa (nauraa) eli oikeest.. tää tuli vasta nyt tää väläys, ett oikeestaan sairaanhoitaja on se, joka pitää koossa sen potilaan asiat, nyt vasta tavallaan. Se on se, joka kokoo myös sen lääkärin asiat ja kaikki nää. Kyllä se muuten sitä aika pitkälti on. [- -] kyllä se aika lailla, se on se sairaanhoitaja kokoova tässä tiimityössä tavallaan. Vaikka periaatteessahan sen pitäis olla lääkäri, hoitava lääkäri, mutt aika pitkälti se on kyllä hoitajan vastuulla.

Hoitajat kuvasivat selvittelevänsä potilaan jatkohoitomahdollisuuksia ja huolehtivansa esimerkiksi siitä, että potilas saa tarvitsemaansa konsultaatiota vaikkapa syöpähoitajalta, psykiatriselta sairaanhoitajalta, sairaalapastorilta tai sosiaalityöntekijältä. Hoitajat kuvasivat konsultoivansa asiantuntijoita itse, ja järjestävänsä konsultointia potilaalle tarvittaessa.

Potilaan asioista huolehtiminen

Hoitotyö rakentuu potilaan erilaisista tarpeista huolehtimiselle. Hoitajat korostivat sitä, että hoitaja ei huolehdi vain perushoidosta, vaan myös siitä, että potilaan asiat etenevät kaikkienensa. Tätä voi kuvata hoitajan palvelurooliksi. Potilaan osastohoidon aikana hoitaja ottaa hoitaakseen ne potilaan asiat, joita tämä itse ei voi sairaalassa ollessaan hoitaa. Potilaan asioiden hoitamisen ja hoitotyön koordinoimisen hoitajat kokivat sekä positiivisena että negatiivisena asiana. Hoidon potilaslähtöisyys ja kokonaisvaltaisuus koettiin positiiviseksi. Kokemus siitä, että voi ajaa potilaan asioita ja palvella potilasta nähtiin hyvänä ja tyydytystä tuottavana asiana omassa työssä.

Hoitajat kokivat erilaisten asioiden koordinoimisen ja hoitotyössä syntyvän kokonaisvaltaisen vastuun myös raskaana. Monet hoitajista totesivat, että se vie aikaa perushoidolta ja se on pois siitä ajasta, jonka voisi viettää potilaan vierellä. Hoitajat kokivatkin voimakkaan ristiriidan siinä, että heihin kohdistuu samanaikaisesti kahdenlaisia vaatimuksia: toisaalta odotetaan hoitajan olevan keskusteleva ja perushoitoa toteuttava hoitaja, toisaalta kaikkia lankoja käsissään pitelevä koordinaattori. Vanha rooliodotus hoitajan läsnäolosta ja toisaalta uusi rooliodotus koettiin haastavana yhtälönä.

Työn hallinnan vaativuus on hoitajien mukaan kasvanut erityisesti siksi, että hoitajan työhön liittyvät odotukset ovat kasvaneet. Hoitajat kokevat, että heiltä odotetaan erilaista osaamista kuin aikaisemmin ja myös laajempaa osaamista kuin aiemmin. Hoitajat mainitsivat vaatimusten kasvaneen myös tietoteknisen osaamisen ja työnjohdollisen osaamisen kohdalla, kun hoitaja joutuu delegoimaan tehtäviä perus- ja lähihoitajille. Tiedon hallinnan ohella hoitajat

kokivat myös prosessin hallinnan vaatimusten kasvaneen. Prosessien hallinnasta puhuessaan hoitajat nostivat esille osastolla ja sairaalassa tehtävän kehittämistyön. Hoitotyön jatkuvaan kehittämiseen hoitajat suhtautuivat jossain määrin ristiriitaisesti. Toisaalta he pitivät kehittämistä positiivisena sinänsä, toisaalta he kokivat kehittämisen tuottavan lisätyötä, jolloin se vie aikaa pois perustyöstä potilaan viereltä. Jotkut hoitajat mainitsivat kehittämistyön haastavaksi myös yhteisen ajan puuttumisen vuoksi, kuten seuraavassa katkelmassa hoitaja kuvaa:

LM: Koska se tulee taas tavallaan omana uutena vaatimuksenaan se kehittämisen vaatimus?

HANNELE: Niin.

LM: Sitä ei oo laskettu sinne [--] tai siis se aika on pois muusta?

HANNELE: Niin se on niiltä potilailta pois, jos meillä on jotain tämmösiä kokouksia ja suunnittelua. Ja eihän me pystytä niitä toteuttamaan sillä tavalla kuin jollain pienemmällä osastolla tai viikko-osastolla jossa perjantaina pannaan osasto kiinni, ja iltapäivä pidetään kehittämistä [- -] Heillä on kaikilla yhteistä aikaa, ei tartte kenenkään lähteä sinne soittokelloihin vastaamaan, eikä leikkaussaliin viemään eikä puhelimeen vastaamaan.

Prosessien pirstoutuminen

Hoitajien ajattelussa näkyi kaipaus ehjiin prosesseihin, joka merkitsee halua hoitaa potilaan asioita järjestelmällisesti. Työnhallintaan liittyvien ongelmien hoitajat kokivat nousevan sekä osaston fyysisestä ympäristöstä että organisaation asettamista rajoituksista. Hoitajat pitivät ongelmallisena sitä, että osastohoidossa ei välttämättä pystytä jäsentämään potilaan hoitoja potilaalle mielekkäässä järjestyksessä eikä hoitaja pysty säätelemään omaa työskentelyään, vaan hän on riippuvainen esimerkiksi toimenpiteistä vastaavien yksiköiden toiminnasta, kutsu kuvaukseen tai tähystykseen saattaa tulla milloin tahansa. Muutamat haastateltavat mainitsivat osaston fyysisen koon merkityksen hoitotyön tekemiselle: jo pelkästään välimatkat lisäävät kuormitusta ja pakottavat hoitajat konkreettisesti juoksemaan. Myös potilaspaiikkojen määrä vaikuttaa siihen, että yhden hoitajan työ jakautuu usealle potilaalle ja useisiin potilashuoneisiin. Tämä kaikki vaikutti tunteeseen työn hallinnasta. Hoitajat kokivat kiirettä, joka syntyi työympäristöstä ja toimintatavoista. Kiireen hoitajat kokivat vaikuttavan ennen muuta siihen, että he joutuvat tinkimään keskusteluista potilaan kanssa, mitä kuvaavat seuraavat haastattelukatkelmat:

ANNIKA: [--] ett saa ne semmoset temput ja tavallaan ne semmoset, mitkä toki on tärkeitä, että saa ne ohjelmoitua, tipat tippumaan, tämmöset (molemmat hymähtää) ett se menee se aika sitten niinku suurelta osin siihen [--] että huomaa itessään, että tulee semmonen, ett yrittää mahdollisimman lyhyesti vaan pelata ittensä pois siitä tilanteesta, pääsee tekee ne työt. Se on se huono puoli.

ANNELI: ...että mullakin oli yhtenä yönä seittemäntoistakin potilasta, ku tuo on iso osasto. Vaikka meitä oli kolme hoitajaa, ni minulla oli seittemäntoista ja toisilla oli lähes yhtä paljon, kun on 44 potilaspaiikkaa. Ja sitten voi olla 50 potilasta koko osastolla ja ylikin joskus. Sitten aatellaan jotain toista osastoo, jolla ei kaiken kaikkiaan ole normaalisti yöaikasin, aikoihin ku se seittemäntoista kaheksantoista potilasta [- -] siellä on kumminkin kaks yöhoitajaa, ni ei tuu kumminkaan koskaan niin suurta määrää yhdelle hoitajalle. Niin siinähan täytyy koko sitä, koko aluetta sitten (hoitaa), ja olla

hyvin tietonen niistä, jo kun ottaa raporttia, niin siinä jo tulee tietämään, mielessään arvioi mitä, kukakin, minkälaista hoitoa kukakin tarvii, ja kun käy sen kierroksen niin sitten tietää, minkä, ketä pitää eniten käyä seuraamassa. Ja mutta että tietysti tämmöissä tilanteissa henkinen puoli sitten jää vähän enemmän sitten sinne taustalle sen takia, että ensinhän sun täytyy huolehtia siitä, että ne potilaat pysyy hengissä, että kukaan ei pääse kuolemaan.

Kaikki hoitajat pohtivat kiireen ja toisaalta työn hajanaisen luonteen merkitystä hoitosuhteelle ja potilaan hoitoprosessille. Hoitajat kuvasivat hyvää hoitoprosessia eheäksi ja eteneväksi prosessiksi, jossa hoitajalla on riittävästi aikaa paneutua potilaan asioihin. Samalla he kuitenkin totesivat, että liian usein prosessit pilkkoutuvat ja hajoavat.

Prosessien hallintaa vaikeuttaa hoitajien mukaan myös potilasmäärän kasvu. Koska potilaat toipuvat kotiutumaan nopeammin, myös potilaat vaihtuvat nopeasti, jolloin hoitajan on lyhyessä ajassa pystyttävä ohjaamaan potilasta ja tuottamaan potilaan tarvitsema tieto. Hoitajat totesivat lyhyen hoitoajan heijastuvan siihen, että työ potilaan kanssa jää vähäiseksi. Hoitajat kokivat, että heillä olisi paljon henkisiä resursseja potilasohjaukseen, mutta työn organisointi vaikeutti potilasohjauksen mahdollisuuksia. Tämä koettiin turhauttavana tilanteena, jossa hoitaja kokee tekevänsä työnsä huonosti tai jossa hoitaja tietää pystyvänsä parempaan, mutta siihen ei ole mahdollisuuksia, koska ohjaukselle ei ole aikaa.

LM: Tuleeko sulle mieleen nyt jotakin, mitä et oo sanonu, mitä tekis mieli sanoa tai että jotenkin millanen...

KAISA: Emmää tiiä, ku sais enemmän hoitaa ku ei ois niin kiire että ois aikaa antaa potilaille, se ois hirveen ihanaa. Jotenkin enemmän ja enemmän potilaita leikataan, kun on noita lisäleikkauksiakin ruvettu tekemään ja sit kuitenkin hoitajia ei oo sen enempää, niinku tukehtuu tuohon työntekoon, että ei niinku, sitä on itekin hirveen kiireinen ja aina semmonen, ei niinku potilas saa mitään niinku vastakaikuu hoitajaltaan

LM: Onks se niinku semmonen ett tavallaan suoritteet lisääntyy?

KAISA: Joo. suoritteet lisääntyy ku se on sitä kipulääkkeen vientejä ja tipanlaitto ja kaikkee tämmöstä, semmosta tehtäväkeskeistä hommaa. Ni siihen ei jää sitä aikaa siihe ite kommunikointiin ja vuorovaikutukseen potilaan kanssa. Sais olla ja jutella ne asiat.

Riittämättömyys

Hoitajat kokivat rikkinäisten prosessien hankaloittavan työtään, mikä aiheuttaa turhautumista. Samoin ristiriitaiset rooli-dotukset, jotka liittyivät perushoittoon ja hoidon koordinoimiseen, koettiin raskaiksi. Toteuttaessaan toista roolia toisesta joutuu joustamaan. Turhautumiseen kytkeytyi merkityksiä riittämättömyyden tunteesta, joka syntyy siitä, ettei pysty vastaamaan kaikkiin työn haasteisiin. Riittämättömyys syntyy siis toisaalta odotuksista, toisaalta resurssien puutteesta. Tätä pohtii eräs hoitaja seuraavassa haastattelukatkelmassa:

LM: Onko sulla mielen päällä nyt jotain, jotain erityistä tai jotain mitä mä olen unoh-
tanut kysyä tai jotain jota haluaisit sanoa?

HANNELE: Emmä tiedä, tässä nyt tuli paljon varmaan, niinku just meidänkin osastolle erittäin tyypillisiä asioita. Ja paljon olis parannettavaa, mutta toisaalta kyllä paljon tehdäänkin, ja paljon osaa tehdä, paljon sekä ite voi olla tyytyväinen ja potilaat voi olla tyytyväisiä, mutta...

LM: Ehkä itse vielä helpommin näkee ne ongelmakohdat tai, tai ne kehittämisen paikat kuitenkin, että potilaat varmaan onkin hyvin tyytyväisiä hyvin suurelta osin..

HANNELE: On on kyllä, mutt just se, että monesti ajattelee, että kun niin kiitellään hyvästä hoidosta ja kaikesta, että olivat tyytyväisiä hoitoon, ja kaikki sujui hyvin, ja sitt ite huomaa, että nojoo, en olisi nyt ihan noinkaan tyytyväinen (hymyilee). Mutta että se kiitos monesti tulee sieltä potilaalta, että eihän, meillä niin, tuntuu että täältä (huokaa) tämän, niin meitä ylempänä olevan tahon puolelta ni sieltähän tulee vain vaatimuksia

LM: Ja sitten se menee ehkä niinkin [--] että se potilaspalaute on se joka kantaa..?

HANNELE: On joo. Ett se pitää maanpinnalla, ja sehän se meidän tärkein homma tuolla on. Mutt ett sitt pitäis sille kehittämislle olla oma aikansa ett sitä ei mitenkään pysty tekemään tuossa työn tuiskeessa, ett ei riitä niinkun aika eikä henkiset voimavarat oikein (riitä), mutta että kyllähän eteenpäin on kuitenkin näitten 20 vuoden aikana mitä minäkin olen tätä työtä tehnyt [--] että kyllähän asioita pitäis pystyä pohtimaan, niinku yhdessä pohtimaan, ett ei sitä sen työn lomassa voi vaan tehdä, ett siihen pitäis olla sitä aikaa.

Hoitajat pitivät riittämättömyyden tunnetta kuormittavana. Verrattuna tiedolliseen epävarmuuteen riittämättömyyden tunne merkityksentyi kuitenkin eri tavoin: siinä missä hoitajat näkivät epävarmuuden lähinnä yksilön omaan ajatteluun ja osaamiseen liittyvänä ongelmana, riittämättömyyden tunne kytkeytyi organisaatioon. Hoitajat attribuivat siis riittämättömyytensä työhön ja työn luonteeseen enemmän kuin omaan itseensä, eikä riittämättömyyteen liittynyt merkityksiä huonosta ammattitaidosta. Hoitajat kokivat ristiriidan ideaalin ja todellisuuden välillä kuitenkin kuormittavaksi. Kollegoilla oli riittämättömyyden tunteen hallitsemiselle tärkeä merkitys. Tätä merkitystä hoitajat kuvasivat mahdollisuutena purkaa ja tuulettaa tuntemuksiaan ja jakaa omaa väsymystään, ahdistustaan ja kiukkuaan hankalissa tilanteissa. Tiedon hallinnan näkökulmasta tiimin merkitys korostui tiedollisen epävarmuuden vähentämisessä ja päätöksenteon tukemisessa, ja tiimi oli merkityksellinen myös riittämättömyyteen kytkeytyvän työssä jaksamisen resurssina.

Prosessiosaaminen ydinmerkityksenä

Hoitajan prosessien hallinnan ydinmerkitykseksi tiivistyi prosessiosaaminen, joka kuvaa hoitajan kykyä hallita potilaan hoitamisen prosessia ja koordinoita potilaan asioita. Prosessiosaamiseen liittyi myös hoitajan taito toimia tiedon rakentajana potilaan ja lääkärin välillä. Prosessin hallinnan uhkaksi hoitajat kuvasivat riittämättömyyden tunnetta. Hoitajat kokivat, että osaisivat tehdä työssä paremmin, mutta siihen ei aina ole mahdollisuutta. Erityisesti prosessien pirstoutuminen koettiin kuormittavana.

4.3.3 Emotionaalinen hallinta hoitotyössä

Tiedonhallinnan ja prosessienhallinnan rinnalle hoitotyön kolmanneksi ulottuvuudeksi aineistossa muodostui hoitotyöhön liittyvien tunnereaktioiden hallinta. Hoitajan työssään kokemat emotionaaliset reaktiot liittyivät erityisesti tilanteisiin, jossa mahdollisuus auttaa potilasta on rajallinen ja jossa on kysymys sairadesta, jota ei voida parantaa. Hoitajan osaamisen ja ammattitaidon näkökulmasta emotionaalinen hallinta erottui melko selkeästi omaksi ulottuvuudek-

seen, ja siihen kytkeytyi merkityksiä nimenomaan ammatillisesta suhtautumisesta potilaaseen.

Väistämättömän hyväksyminen

Vaikka hoitotyön tavoitteena yleensä onkin potilaan fyysisen terveyden edistäminen, ei potilas aina parane. Hoitaja joutuu tällöin roolissaan hyväksymään sen, että potilasta ei voida pelastaa. Hoitajat kuvasivat omaan ammattitaitoonsa liittyväksi sen, että kykenee hyväksymään väistämättömän ja siitä huolimatta pystyy toteuttamaan hyvää hoitotyötä. Hoitajat näkivät näissä tilanteissa tehtävään tukea potilasta ja omaisia hyväksymään asian. Onnistunut hoitotyö oli hoitajien mielestä tällöin potilaan olon helpottamista ja hoitotyön tavoitteiden tarkastamista olosuhteiden mukaisesti, kuten eräs hoitajista kuvasi:

LM: Sitten on tilanteita, joissa potilas ei parane, tai se ei oo parannettavissa se perussairaus, niin miten niissä tilanteissa, mitkä on ne keinot pitää toivoa yllä?

HANNELE: Tietysti pitää niitä asioita tärkeimpinä, mitkä tässä on hyvin, tai joku tai joku tavote, että nehän voi olla hyvinkin pieniä ne tavoitteet, että kaikillahan ei voi tähdätä siihen että pääsee kotiin. Sehän voi olla ihan semmonenkin, vaikka että ei oo kipuja, omaiset voi olla paikalla, ehkä joskus voi olla, että ei.. Ruokakin voi olla semmonen, ett mitä haluaa, niin pystyy syömään ja juomaan, mutta ett yritetään etsiä niitä asioita.

Hoitajat korostivat, että se, millaista hoitoa voidaan tarjota, perustuu lääkärin tietämykseen ja lääketieteellisiin mahdollisuuksiin. Hoitaja ei sinänsä ole vastuussa hoitotoimenpiteistä, mutta hoitajat kertoivat kokevansa potilaan vaikean tilanteen raskaaksi. Useimmat hoitajat kertoivat työkokemuksensa vaikuttaneen siihen, ettei kaikkiin potilaan tilanteisiin eläydy henkilökohtaisesti ja yksilötasolla. Moni hoitaja totesikin, että osaa jättää työasiat töihin, eivätkä ne seuraa mukana kotiin. Tämä sai merkityksiä omasta ammattitaidosta ja ammatillisuudesta sekä kyvystä hallita työhön liittyviä emotionaalista kuormitusta.

MERJA: Ett en mä halua sellasia riippajuttuja, ett pakostihan niitä tulee, ett joku semmonen, ett jostakin voi tykätä. Mut, ei, niistä ei todella tuu. Ett silloin nuoruudessa ehkä oli enempi sellasia, ett ne koskettikin sit ja tottakai se oli, ennen vanhaan koskettikin (enemmän), mutt mä pystyn aika hyvin työasiat jättään (töihin).

Emotionaalinen kuormitus

Vaikka hoitajat kuvasivat hallitsevansa emotionaalisesti kuormittavia tilanteita, he kuitenkin korostivat, että esimerkiksi terminaalihoidon suunnittelemisen ja toteuttamisen on aina emotionaalisesti kuormittavaa. Potilaan vaikeisiin tilanteisiin koskaan turru tai totu. Kuolemasta puhumista pidettiin aina yhtä vaikeana ja haastavana, ja monet mainitsivat, että siihen ei aina löydy sanoja. Vaikka hoitajat pitivätkin tärkeänä kykyä hyväksyä väistämätön, he myös kertoivat kokevansa emotionaalista kuormitusta ja voimattomuutta näissä tilanteissa. Eräs hoitajista kuvasi hoitajan myötäelämistä vaikeassa tilanteessa seuraavasti:

LM: Miten paljon siinä, (kun potilas on saanut tiedon syövästä, jota ei voida parantaa), tulee ajatelleeksi tällaisia viestinnän tai tämmöstä keskusteluun, puhumiseen liittyviä asioita? Niinkun miten tietoisesti niitä tilanteita lähestyy siitä näkökulmasta? MARIA: Mm. No, ehkä sana viestintä, ehkä se ei sillä tavalla tuu mieleen [--] silloin, kun on joku tällanen tapaus just, jolla on erityinen tarve jostakin puhua, niin kyllä sitä varmaan lähtee toisella lailla. Ja kyllä jos potilas, niin ku meillä käy aina silloin tällön, että potilas leikataan, oottaa kauheesti, että hän saa leikkauksesta avun ja sitten siellä leikkauksesta tulee diagnoosi, ett mitään ei voida tehdä, sairaus on levinnyt niin pitkälle, ni se on mun mielestä semmonen vaikee paikka kohdata se potilas. Kun sä oot hoitanut sitä etukäteen ja hänellä on toiveet korkeella. Ja sitten sillä sitä miettii sitten, ett ensimmäisenä (kun) illalla lähet töistä ja aamulla ensimmäisenä. Ett kyllä sitä semmosissa tapauksissa mietitään kotiin tullessas ja aamulla kun lähdet ... vaikka olen viime aikoina aika hyvin pystyny jättämään ne asiat sinne. Mutta jos on joku semmonen tapaus, niin kyllä sitä, niinku joka jää mietityttää tai jolla on vaikeeta ni ensimmäisenä aamulla toivoo, ett tulee mieleen se ihminen, ja just se, että ku meet siihen ensimmäisen kerran, kun hän on saanut tiedon siitä, jos ett oo ite ollut just siinä ollut, tai näin, ni kyllä niihin eri... kyllä siihen täytyy jotenkin sitä omaa suhtautumista ja puhumista ja kaikkea, se lähestymistapa ja kaikki millä tavalla siihen menee, ni kyllä niitä miettii sillä tavalla etukäteen

Hoitajat tunnistivat voimattomuutensa myös niissä tilanteissa, joissa potilas itse haluaisi luopua hoidoista, mutta lääkärit tai omaiset eivät. Hoitajien mukaan omaisten ja potilaan odotukset saattavat joskus olla erittäin ristiriitaisia, jolloin hoitajan vaikeana tehtävänä on pyrkiä puolustamaan potilaan tahtoa, vaikka se olisi ristiriidassa omaisten tahdon kanssa. Näissä tilanteissa hoitajat kokivat olevansa hankalassa välikädessä, ja tilanteet olivat syntyneet useimmin silloin, kun tehdään hoitopäätöksiä. Eräs hoitaja kuvasi tuntemuksia tilanteessa, jossa potilas itse ei halua hoitoa ja toisaalta omaiset eivät halua antaa periksi:

LM: Voiko hoito olla onnistunut, jos potilas ei parane?

KAISA: Joskus potilaat haluaakin että ei, ei heille enää mitään hoitoja anneta, että ... tässä on tämä homma ja sillä selvä [- -] Mull on aina sellanen olo, että kauheeta räikkäystä, jos liikaakin hoidetaan ihmistä. Jos on jo antanu sille periks, että nyt tässä vois jo lähteä. [- -]

LM: Millä tavalla ne kuormittaa?

KAISA: No oikeestaan henkisesti lähinnä, ku aattelee sen potilaan asemaa, että ku toinen sanoo, että ei missään nimessä, ja sitten lääkäri, että kyllä vaan, tästä näin tehään nää hommat. Toinen ihan tuskissaan ja vaikee olla, niin siinä tulee tosi paha mieli sen potilaan puolesta, että eikö niinku uskota potilaan oikeuksia kumminkaan, että mitä hän sanoo. Ett uskotaan vaan, mitä omainen sanoo ja lääkäri sanoo. Se on kauheeta.

LM: Onks se hoitajan rooli olla siinä sen potilaan puolesta puhuja?

KAISA: [--] kyllähän sitä potilaat aina kovasti puhuu, ett miks häntä ei kuunnella ja hoitajillehan ne puhuu niistä, (että) koettasit sinä sanoa.

Samoin kuin potilaan ja omaisen tahdon väliin, hoitajat kokivat joskus joutu-neensa myös potilaan ja lääkärin tahdon väliin. Nämä tilanteet olivat syntyneet silloin, kun potilas ei uskaltanut ilmaista omia tavoitteitaan lääkärille tai niistä ei ylipäättäen keskusteltu. Hoitajat kokivat oman roolinsa näissä tilanteissa potilaan puolustajan rooliksi. Puolustajan rooli merkityksentyi potilaan puolella olemisena niissä tilanteissa, joissa hoitaja kokee potilaan edun tai tarpeen olevan ristiriidassa suunniteltujen hoitojen suhteen. Vaikka hoitopäätökset tekee-kin lääkäri, hoitajat kertoivat pyrkivänsä vaikuttamaan näissä tilanteissa hoitopäätösten tekoon potilaan näkemyksiä puolustamalla.

Psykykinen hoito ja operatiivisuus

Hoitajat kokivat lääkärin ja hoitajan orientaation olevan ristiriidassa useimmin tilanteissa, joissa on kyse potilaan psyykkisestä hyvinvoinnista. Hoitajat kokivat omaan rooliinsa kuuluvan vastuun potilaan hyvinvoinnista kokonaisuudessaan, myös psyykkisestä ja sosiaalisesta hyvinvoinnista. Sen sijaan joidenkin lääkäreiden hoitajat kokivat olevan kiinnostuneita vain ja ainoastaan fyysisestä terveydestä, minkä koettiin erityisesti korostuvan toimenpidekeskeisyyden vuoksi. Hoitajat kokivat, että lääkärin ja hoitajan keskeinen ammatillinen orientaatioero syntyy erityisesti suhtautumisesta potilaiden psyykkiseen hyvinvointiin. Tätä kuvaa seuraava esimerkki, jossa hoitaja pohtii psyykkisten tekijöiden ja kirurgisen hoidon suhdetta:

MARIA: Joo, lääkäreillä, etenkin kirurgeilla, ainakin muutamilla on sellanen tyyli, eräillä varsinkin, että heti ruvetaan määräämään jotain lääkkeitä. Jos joku on masentunu ja haluais puhua tai itkee tai suree, ni se on heistä jotenkin... tai sillä tavalla sitä aatellaan, ett määrätään heti joku lääke siihen, tai... Se on musta kyllä aivan väärin. Tai ei aina joka tapauksessa voi sanoa, ett on väärin määrätä lääkettä, mutt ett pitäis lähtee siitä, että ihmisen pitää saada käydä läpi, surra ne asiat, ett se kuuluu monesti siihen sairauteen.

LM: Onks se sitten tämmönen kirurginen protokolla, siis tai se, että kun potilaat on lyhyen aikaa niin liittykse siihenkin? Että se on kauhean operatiivista...?

MARIA: Niin, niin se on, ett siellä ei oo sillä tavalla totuttu, ett mennään johonkin toisenlaiseen. No en tiä sisätaudit, siellä ehkä jotenkin kuitenkin on erilaista se potilasaines, sitt taas jossakin psykiatrisella puolella, sehän on ihan toista, että, että jollakin lailla tollanen akuutti tommonen kirurginen osasto niin kyllä.

Hoitajat toivoivat voivansa keskustella enemmän lääkäreiden kanssa sekä potilaan psyykkisestä hyvinvoinnista että hoitamisen kokonaisuudestakin. Hoitajat näkivät keskustelun mahdollisuutena oppia ja mahdollisuutena tehdä parempaa hoitotyötä. Hoitajat halusivat jakaa erityisesti psyykkisesti kuormittavia tilanteita, ja he kertoivat kaipaavansa tukea omaan työhönsä juuri tältä osin. Toisaalta emotionaalisiin tekijöihin ja psyykkiseen hoitoon kytkeytyi merkityksiä hoitajien osaamisesta suhteessa lääkäreihin, ja hoitajat kokivatkin hoitamisen asiantuntijuuden ja vuorovaikutusosaamisen korostuvan kirurgien tyylin rinnalla. Kaikki hoitajat painottivat kuitenkin sitä, että kysymys psyykkisen hoidon arvostamisesta ei niinkään ole ammattikuntakysymys, vaan pikemminkin persoonaan liittyvä. Hoitajilla oli kokemusta myös siitä, että joidenkin lääkäreiden kanssa on helppo jakaa myös psyykkiseen hoitoon liittyviä asioita.

Avuttomuus

Emotionaaliseen hallintaan hoitotyössä liittyi myös avuttomuuden kokemus. Hoitajat kuvasivat kokevansa avuttomuutta, kun ei pysty helpottamaan potilaan fyysistä oloa. Hoitajat kuvasivat kokevansa avuttomuutta myös silloin, kun potilaan kanssa ei synny tarvittavaa kontaktia, jotta pystyisi auttamaan psyykkisesti. Avuttomuutta hoitajat kuvasivat liittyvän myös tilanteisiin, joissa ei löydä sanoja lohduttamiseen tai rohkaisemiseen. Kontaktin luomisen ja auttamisen ongelmaa kuvaa eräs hoitaja seuraavasti:

LM: No onks sulle jääny mieleen joku sellanen tilanne, ett sä koet että sä oisit halunnut antaa enemmän tukea, mutt jostain syystä se tilanne ei oo onnistunu tai se asia on jääny painamaan?

ERIKA: No usein ne on tällsiä, ett potilas on kotiutettu ja ite on niinkun tuntenu, ett potilas ei oo vielä valmis, melkein niinku tällsiä tilanteita. Ett, ois halunnu kertoo potilaalle, ett niinkun varmistua siitä, ett tosiaan hän jaksaa. Sitte lääkärit on ollu sitä mieltä, ett ei ku kotiin. Ja sit potilas on tavallaan myöntyny siihen, että lähtee kotiin. Ja sitten joskus vaan tulee sillain, ett ei niinku oo, se avuttomuuden tunne, ett kyllähän sitäkin tulee joskus. Ett vaikka haluais antaa (tukea) ja yrittää hakee ja kysellä, mutt ei löydä sitä väylää, miten sen kertoo, miten sanois, jotain. Niin on ollu semmosia, mutt en nyt osaa sillain. Mutt on ollu sillain joskus, ett on tuntenu tosi avuttomaks ittensä, ettei tiedä mihin, miten menee. [- -] Ett niinku se täytyy sitt vaan uskaltaa myöntää se ett nyt on avuton, nyt ei osaa.

LM: Ei vaan riitä.

ERIKA: Mä en osaa selittää, tulee vaan avuton tunne itelle, ett tietää ett jotain pitäis tehdä, jotain pitäis sanoo, antaa. Mutt ei tiedä mitä tai miten, ni sillon yleensä (kääntyy) työkaveriitten puoleen, jotka tuntee sen potilaan, niitten puoleen kääntymällä sitt, ett jos heillä ois siihen ratkaisu.

Avuttomuus liittyi tilanteisiin, joissa hoitopäätöksiä tehdään, joihin viittasin emotionaalisen kuormituksen yhteydessä. Jotkut hoitajat kertoivat kokevansa, etteivät aina kykene näissä tilanteissa riittävästi puolustamaan potilasta tai toimimaan potilaan hyväksi, jolloin he kokivat itsensä keinottomaksi ja vallattomiksi. Osittain avuttomuus kytkeytyi hoitajan asemaan omassa organisaatiossaan.

Emotionaalinen hallinta edellyttää emotionaalisia resursseja. Hoitajat kuvasivat omien emotionaalisten resurssien syntyvän erityisesti oman elämän ja työn erottamisen kautta. Emotionaalisten hallinnan perusta on hoitajien käsityksen mukaan siinä, että oma elämäntilanne on hyvä ja että vapaa-aika antaa mahdollisuudet unohtaa työssä kuormittavat asiat. Kiinnostavaa onkin, että emotionaalinen kuormitus ja hoitajien kokema avuttomuus ja toisaalta oman yksityiselämän merkitys esiintyvät tässä aineistossa yhdessä, kun puolestaan riittämättömyyden tunteen aiheuttama kuormitus kytkeytyi tässä aineistossa useammin työyhteisöstä saataviin voimavaroihin: hoitava tiimi ja kollegat nähtiin riittämättömyydestä johtuvan jaksamisen uhkana. Sen sijaan emotionaaliseen uusintamisen ja kuormituksen purkamiseen hoitajat katsoivat tarvitsevan ennen muuta työpaikan ulkopuolisia vuorovaikutussuhteita.

Ammatillinen tunteiden hallinta ydinmerkityksenä

Tuen osoittamisen näkökulmasta hoitajan emotionaalisella hallinnalla on merkitystä sille, kuinka hoitaja osoittaa tukea. Vaikeat tilanteet yleensä motivoivat osoittamaan tukea, mutta toisaalta ne ovat tuen osoittamisen kannalta myös kaikkein haasteellisimpia tilanteita. Hoitajat hyväksyivät avuttomuuden tunteen olemassaolon sen kuormittavuudesta huolimatta, eikä siihen liittynyt normatiivista painetta selviytyä tai olla tuntematta ahdistusta tai neuvottomuutta. Oleellista on kuitenkin se, että hoitaja tarvitsee resursseja ja tukea jaksakseen toimia vaikeissa tilanteissa ja voidakseen toimia niissä potilaan tukena siten, että hän pystyy säilyttämään ammatillisuutensa.

Hoitajuuden ulottuvuudet

Hoitajuus jäsenyi tässä aineistossa kolmeen ulottuvuuteen: hoitajan tiedolliseen osaamiseen, hoitajan prosessiosaamiseen ja emotionaaliseen hallintaan hoitotyössä. Tiedon hallinnan ydinmerkitykseksi kiteytyy hoitajan tiedollinen asiantuntemus, johon liittyi erityisesti tiedonhallinnan ja rakentamisen merkityksiä. Myös hoitajan oman epävarmuuden hallinta luonnehtii asiantuntemuksen ulottuvuutta. Hoitamiseen liittyvien prosessien hallinta syntyy sekä käden-
töiden organisoimisesta että hoitajan potilaalle tarjoamien välineellisten resurssien hallinnasta. Ydinmerkityksenä voi pitää hoitajan prosessiosaamista. Emotionaalisen hallinnan ydinmerkitykseksi jäsenyyt erityisesti hoitajan ammatillisuus. Se merkitsee empatiaa ja toisaalta emotionaalisten reaktioiden hallitsemista. Tämä ulottuvuus kytkeytyy hoitoon nimenomaan emotionaalisten resurssien käytön kautta. Hoitajat kuvasivat kokevansa avuttomuutta erityisesti silloin, kun he eivät voi auttaa potilasta.

Tässä luvussa olen kuvannut hoitajien käsityksiä omasta työstään ja omasta asiantuntemuksestaan. Pohtiessaan kokemustaan hoitajana toimimisesta hoitajat nostavat esille usein myös kysymyksen mahdollisuudesta auttaa. Hoitajan kokemus hoitajuudesta ja siihen liittyvistä auttamisen resursseista auttaa ymmärtämään tuen mahdollisuuksia hoitotyössä: mikäli hoitajalla on mahdollisuus hallita omaa epävarmuuttaan, riittämättömyyttään ja avuttomuuttaan, hänellä on myös resursseja osoittaa tukea potilaalle. Epävarmuuden ja riittämättömyyden hallinta kytkeytyvät erityisesti organisaatioon, työn järjestämiseen ja toisaalta tiedon rakentamiseen työyhteisössä. Emotionaalisten resurssien uusintaminen on edellytys sille, että hoitaja voi työstää omaa avuttomuuttaan ja hallita työssään kokemaansa avuttomuuden tunnetta. Näitä resursseja hoitajat uusintavat ennen muuta yksityiselämässään.

5 POTILAS-HOITAJASUHDE TUEN PERUSTANA

5.1 Potilas-hoitajasuhde hoitajan näkökulmasta

Potilas-hoitajasuhde on ammatillinen vuorovaikutussuhde, jota määrittää suhteen tavoitteellisuus: se on olemassa potilaan hyvinvoinnin edistämiseksi. Kirurgisessa hoidossa potilas-hoitajasuhde alkaa kehkeytyä silloin, kun potilas tulee osastolle ja kun hän tapaa hoitajan ensimmäisen kerran. Suhde kestää potilaan sairaalahoidon ajan ja saattaa aktualisoitua uudelleen, mikäli potilas palaa samalle osastolle. Potilas-hoitajasuhde on tyypillinen ammatillinen viestintäsuhde, joka on ajallisesti rajattu ja kontekstuaaliseen tavoitteeseen perustuva. Tehtävätavoitteen ohella potilas-hoitajasuhdetta jäsentävät viestintäsuhteen relationaaliset tekijät.

Tässä alaluvussa kuvaan hoitajien käsityksiä potilas-hoitajasuhteen ulottuvuuksista ja rakentumisesta. Tarkastelen ensin sitä, kuinka hoitajat kuvaavat hoitosuhteen tavoitteiden määrittymistä, ja sen jälkeen kuvaan hoitajien kokemuksiin perustuen potilas-hoitajasuhteen relationaalisia tekijöitä. Esitän tiivistelmän tuloksista taulukossa 4, johon olen koonnut aineistosta tiivistyneiden ulottuvuuksien sisällölliset kategoriat ja johon olen nimennyt näiden ulottuvuuksien ydinmerkitykset. Tämä alaluku perustuu kokonaisuudessaan hoitajien haastatteluaineistoon, ja raportoin tässä tuon aineiston pääluokkaan *hoitosuhde ja relationaalinen viestintä* kuuluvasta aineistosta nousset tulokset.²

² Olen raportoinut alustavia tuloksia hoitajien käsityksistä potilas-hoitajasuhteen ulottuvuuksista aiemmin muussa yhteydessä (Mikkola 2005).

TAULUKKO 4 Potilas-hoitajasuhteen ulottuvuudet hoitajan näkökulmasta

POTILAS-HOITAJASUHTEEN ULOTTUVUUS	TAVOITTEELLISUUS	TASAVERTAISUUS	TURVALISUUS	HENKILÖ-KOHTAISUUS
Sisällölliset kategoriat	Potilaan tilanne Potilaan aktiivisuus Hoitajan ammatillinen osaaminen Vastavuoroisuus Tavoitteiden yhteisyys	Roolien merkitys Muodollisuuden aste Proksemiikka Viestintätäytyli Viestintähalukkuus	Avoimuus Ammatillisuus Fyysinen läheisyys Huumori	Kontaktin syntyminen Itsestäkertominen Paneutuneisuus Emotionaalinen sitoutuminen Palaute
Ydinmerkitys	Yhteistyö	Dominanssi	Potilaan luottamus	Hoitajan sitoutuneisuus

5.1.1 Potilas-hoitajasuhteen tavoitteellisuus

Hoitajien käsitysten mukaan potilas-hoitajasuhteen tavoitteet määrittyvät ensisijaisesti potilaan tarpeista käsin. Hoitajat pitivät hoitosuhteen lähtökohtana *potilaan tilannetta*, jonka he kokivat säätelevän sitä, millaisia tavoitteita potilaan hoidolle ja sitä kautta hoitosuhteelle ylipäättään voi asettaa. Tärkeimmäksi tilannetekijäksi hoitajat nimesivät potilaan sairaalantulon syyn eli sen fyysinen sairauden tai oireen, johon pyritään saamaan parannusta tai helpotusta kirurgisella toimenpiteellä. Tärkeinä hoitajat pitivät myös fyysiseen sairauteen kytkettyä psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia. Esimerkiksi tähystysleikkauksena tehtävä sappikivien poisto edellyttää erilaista ohjausta kuin vaikkapa laajalle levinneen syöpäkasvaimen poisto. Myös hoitoaika vaihtelee merkittävästi sen mukaan, millaisesta operaatiosta on kyse, minkä hoitajat kertoivat hoitoajan vaikuttavan oman toimintansa suunnitteluun. Nämä tekijät määrittivät paitsi potilaan myös hoitajan orientoitumista hoitosuhteeseen.

LM: Onko ohjaaminen sit erilaista, jos ajatellaan näitä syöpäsairauksia ja tämmösiä laajoja, isoja syöpäleikkauksia tai sitten näitä niinkun, tämä on tämä sana, jonka mä oon oppinut, tämä laparoskooppinen sappi [TEIJA: niin] niin, onks niissä sitten niissä ohjaustilanteissa eroa, ett miten keskustellaan?

TEIJA: Tarkotatsä esimerkiks tullessa, kun tulee tai.. no me tietään se, että yleensä, pitää aina mainita yleensä yleisesti jos ajatellaan näin, niin laparoskooppinen sappileikattu lähtee parin päivän sisällä, ni onhan se selvä, että siinä on tämmönen lyhyt-aikanen sairaalassaoloajatus. Eli kerrotaan ne semmoset tietyt, mitä nyt näinä juttuina, mitä nyt tähän. Mutta sitten kun mennään tämmöseen syöpäpotilas, ajatuksella vielä, että hänet leikataan, tehään iso leik.. se on paljon laajempi se. Ni siinä ehkä sitten tullaan siihen, että siinä kerrotaan tietysti ne alkuun, mutta se mun mielestä se ohjaus tapahtuu siinä koko hoidon aikana, ett se ei oo vaan siinä tulossa, ett siinä oh-

jataan potilasta, eikä voikaan ajatella, että nyt me ohjataan potilasta tästä sinne ku hän lähtee, että siinä matkalla tapahtuu niin paljon [--] että minä ainakin, jos otan potilaan kella on syöpä, niin pyrin ainakin, että pystyisin oleen omahoitaja. Että siinä jo pyrkiä luomaan sitä omahoitajasuhdetta, että siinä mielessä sitä katotaan jo vähän pitemmälle. [- -] itellään on tuolla takaraivossa, tästä suhteesta tulee pitkä, tässä yritetään jo luoda sitä semmosta luottamuksellista, että hän, hän niinku pystyis jo lähtee siihen vuorovaikutukseen paremmin

Hoitajat kuvasivat odottavansa potilaan asettavan omat tavoitteensa hoitosuhteelle, mikä tarkoitti tässä aineistossa erityisesti potilaan odotusten ja tarpeiden ilmaisemista. Hoitajat korostivat, että hoitajan tulee näihin tavoitteisiin mukautua esimerkiksi vastaamalla potilaan haluaman tuen ja avun tarpeisiin. Tämä tarkoittaa myös sitä, että hoitaja etenee potilaan haluamalla ja ilmaisemalla tavalla, mitä eräs hoitajista kuvasi seuraavasti:

LM: No entä sitten, jos siinä aistii jotain semmosta, että potilas on vähän hermostunut tai tulee jotenkin niinkun negatiivisella mielellä tai on jotenkin etäinen tai vähän torjuva, niin mitä sä sitten teet?

AINO: Mä oikeestaan odotan niitä potilaan omia sääntöjä, että se mitä hän antaa ymmärtää. Että jos ei niinku liian läheiseksi halua hän päästää, niin sitten mä kunnioitan sitä, mutt tietenkin turvaan sitten, että potilas tietää minkä takia on ja mitä on tulossa, ja kerron hänelle sen, että minä oon se ihminen joka kerron, pidän hänet ajan tasalla ja vien niinku tässä matkalla eteenpäin, teen leikkausvalmistelut ja näin. Ja jos se on oikein tuota.. semmonen ihminen, että aivan sama, että annapa näin, niin kyllä mä voin hänelle senkin tehdä selväks, että tuota mä teen vain sen mikä on ihan välttämätöntä, jos hän näin haluaa.

Hoitajien mukaan hoitosuhteelle on keskeistä, että potilas ylipäätään asettaa omia tavoitteitaan ja toimii niiden suuntaisesti. Hoitajat korostivat potilaan roolia ja kertoivat odottavansa potilaalta *aktiivisuutta* ja osallistumista omaan hoitoonsa ja hyvinvointitavoitteiden asettamiseen, jotta myös hoitaja voisi osallistua hoidon yksilöllisten tavoitteiden toteuttamiseen. Tässä aineistossa hoitajat pohtivat muussa kuin tavoitteiden yhteydessä myös passiivisia potilaita, jotka jäävät helposti vähemmälle huomiolle kuin hyvin vaativasti ja aktiivisesti omia tavoitteitaan ajavat potilaat. Vaikka potilaalta odotettiin aktiivisuutta, hoitajat myös tunnistivat siihen liittyviä ongelmia.

Hoitajat näkivät oman roolinsa hoitosuhteessa *ammattilaiseksi*, jonka tehtävänä on tuoda oman tietämyksensä ja osaamisensa hoitosuhteeseen. Eräs hoitajista kuvasi omaa rooliaan seuraavalla tavalla:

LM: Mikä on sun mielestä hyvä hoitosuhde?

MAIJU: ... hyvä hoitosuhde.. no.. mitenhän mä, no mä aika paljon aattelen sitä sillain, että se on sillain aktiivinen vuorovaikutussuhde, että se perustuu siihen hoitajan ja potilaan [- -] vuorovaikutustilanteeseen, semmoseen ammatilliseen, että se ei oo mikään kaverussuhde, vaan ammatillinen suhde, ja se perustuu tavallaan ammattihenkilön, niinku hoitajan ammattitaitoon ja tietoon. Mä aika paljon ite näen sen silleen, että potilas on [- -] itse aika paljon vastuussa siitä omasta hoidostaan ja on semmonen aktiivinen osapuoli. Tietysti jotkut on passiivisia, mutt tavallaan, onks semmonen niinku, mä tiedä, itsemääräämisoikeus tai vastuu, että mä koen että aika paljon potilaalla on sitä omaakin vastuuta tietysti [--] että mitkä sillä potilaalla on ne tavoitteet, ni että se kuitenkin pääsis niihin tavoitteisiin, mitä hän on asettanu sille hoidolle. [- -] pääsis niihin tavoitteisiin ja se hoitaja tukis sillä matkalla. [- -] ja (potilas) itse saa päättää siitä hoidosta, ja mitä haluaa ja kertoa niitä omia toiveita ja näkemyksiä, se niinkun tavallaan ohjais mua, sitä hoitosuhdetta, ja mä tuon sitten sen ammatillisen puolen siihen, eli

mun tiedot, taidot, kokemus ja ammatillisuus, tietysti ne omat henkilökohtaiset, persoonalliset taidot ja luovuudet ja muut, tuntosarvet ja kokemukset.

Vaikka hoitajat korostivat potilaan merkitystä tavoitteiden asettamisessa, he myös kuvailivat hoitosuhdetta *vastavuoroisuuden* käsitteellä. Vastavuoroisuus merkityksentyi sekä suhteessa tavoitteiden asettamiseen että suhteen kehittymiseen. Vastavuoroisuuden käsitteellä hoitajat kuvasivat sitä, että molemmat osapuolet tuovat suhteeseen omat tavoitteensa ja neuvottelevat näiden tavoitteiden toteuttamisesta hoidon aikana. Lähtökohtana on hoitajien mukaan potilaan hyvinvoinnin lisääminen, mutta hyvinvoinnille annetut merkitykset ja niiden pohjalta nousevat yksityiskohtaiset tavoitteet vaihtelevat. Potilaan ja hoitajan tavoitteita hoitajat erittelivät siten, että potilaan tavoitteet ovat hänen henkilökohtaisesta tilanteesta nousevia tavoitteita, hoitajan tavoitteet puolestaan nähtiin hoitajan ammattitaidosta ja ammatillisesta osaamisesta nouseviksi. Kun hoitaja ja potilas onnistuvat luomaan hoitosuhteelle *yhteisen tavoitteen*, voidaan puhua onnistuneesta suhteesta, jota eräs haastatelluista kuvasi yhteistyön käsitteellä:

LM: No kun paljon puhutaan hoitosuhteesta niin, mikä on, millanen on hyvä hoitosuhde?

ANNELI: (Naurahtaa.) No, se tietenkin, se koko hoitosuhde, ni sehän tähtää sen hoidettavan parempaan elämään ja parantumiseen. Se parantuis siitä sairaudesta ja pystyis kiinnittämään huomiota siihen omaan hoitoonsa, että tietenkin (hoitaja) tukee sitten sitä jokaisen omaa selviytymistä sen sairauden kanssa eteenpäin. Että eihän se auta se että me mennään ja tehään valmiiksi asioita, vaan sitten neuvotaan ja ohjataan potilasta, että millä tavalla, mitä, siinä omassa hoidossaan [- -] niin että aina sitten siinä oppii, aina siinä oppii sitten, potilaat opettaa hoitajia ja hoitajat yrittää ohjata potilaita (LM nauraa) parhaan taitonsa mukaan. Ett se on semmosta yhdessä, yhdessä tekemistä ja yhteisymmärrykseen pääsemistä, mutta kaikkihan se siihen potilaan parempaan vointiin tietenkin tähtää.

Hoitosuhteen vastavuoroisuus merkityksentyi yksinkertaisimmillaan siten, että molemmat osapuolet ovat suhteessa aktiivisia ja toisaalta valmiita joustamaan omista tavoitteistaan yhteistyön onnistumiseksi. Vastavuoroisuuteen kuului myös keskinäinen ymmärrys toisen toimintaa kohtaan ja halukkuus työskennellä yhdessä. Jotta hoitaja voisi toteuttaa potilaan toiveita, on potilaan osallistuttava hoitoonsa kertomalla omista tavoitteistaan.

LM: Kun puhutaan hoitosuhteesta niin, mikä on, miten sä määrittelisit hyvä hoitosuhteen? Mitä se tarkoittaa, mitä se on, mitä se pitää sisällään?

ANNIKA: No, ensinnäkin avoimuus. Se on sekä potilaalta että hoitajalta tietynlainen avoimuus, pitää pystyä ne asiat sanomaan niinkun ne on. Että monta kertaa mun mielestä niinkun puhutaan nykyään siitä, kuinka hoitajan pitää niin ja kuinka hoitajan pitää näin, mutt kyllä siinä potilaallakin on aika iso osa, koska se on viiskytä prosenttia sitä (naurahtaa) suhdetta. Ei siinä pysty hoitaja hirveesti tekemään toisen puolesta, jos ei oo ite valmis tulemaan sinne puoliväliin ja kertomaan ite avoimesti niistä omista haluista ja sun muista.

Hoitajat puhuivat myös siitä, että aina hoitosuhteesta ei rakennu vastavuoroista yhteistyösuhdetta, vaan hoitosuhteeseen saattaa sisältyä ristiriitoja. Jotkut hoitajista kuvasivat ristiriitaisten näkemysten perustuvan erityisesti siihen, että potilas ja hoitaja tavoittelevat erilaisia asioita. Näin tapahtuu esimerkiksi silloin,

kun potilaan tilannekohtaiset tuntemukset ovat ristiriidassa hoitajan ammatillisen tiedon kanssa. Esimerkkinä tästä oli potilaan aktiivisuus omassa kuntoutumisessaan. Leikkauspotilaan tulisi yleensä nousta liikkeelle mahdollisimman pian, mutta moni potilas saattaa kuitenkin kokea ylösnousemisen vaikeaksi, ja haluaisi mieluummin levätä. Hoitaja puolestaan orientoituu oman tietonsa kautta, ja pyrkii saamaan potilaan pian liikkeelle, koska sen on todettu nopeuttavan paranemista, jolloin potilas-hoitajavuorovaikutukseen saattaa syntyä ristiriitoja, jotka perustuvat nimenomaan erilaisiin tilannekohtaisiin tavoitteisiin.

Mahdollisista ristiriitaisista orientaatioista hoitajat puhuivat myös niin sanottujen elämäntapasairauksien yhteydessä. Hoitajat kuvasivat tällaisen potilaan hoitoa erityiseksi siksi, että potilaan tavoitteena voi lähinnä olla selviytyminen juuri kyseisestä tilanteesta, kun hoitajan ammatilliset tavoitteet puolestaan kytkeytyvät laajemmin itse ongelman aiheuttajaan. Hoitajat pohdiskelivat, missä määrin ja millä tavoin hoitaja voi ottaa kantaa potilaan elämäntapoihin ja pyrkiä vaikuttamaan potilaan tavoitteisiin kokonaisuudessaan.

Hoitajat kuvasivat hoitosuhteen toiminnallisten tavoitteiden määrittävän ensisijaisesti potilaasta käsin, mutta tavoitteista neuvotteleminen on heidän mukaansa vastavuoroista. Tavoitteisiin ja niiden asettamiseen voi liittyä ristiriitoja, jopa konflikteja. Hoitajat kokivat, että he kestävät potilaan negatiivista palautetta hyvin silloin, kun ne syntyvät potilaan ahdistuksesta, pelosta tai huonovointisuudesta. Ongelmallisena he pitivät kuitenkin tilanteita, joissa toinen osapuoli ei vaikuta halukkaalta yhteistyöhön. Erilaisia potilaita kuvatessaan hoitajat mainitsivat potilaan antaman palautteen sävyn ja palautteen antamisen tavan vaikuttavan hoitajan käsityksiin yhteistyöstä.

Tavoitteellisuus on se tekijä, joka tekee hoitosuhteesta tehtäväkeskeisen viestintäsuhteen, ja yleensä tehtävässä onnistumista voidaan arvioida tavoitteiden toteutumisen näkökulmasta. Hoitajat kuvasivat potilas-hoitajasuhdetta kahdenväliseksi sopimukselliseksi suhteeksi ja vastavuoroiseksi suhteeksi. Nämä molemmat käsitteet tai määritelmät sisälsivät merkityksiä vuorovaikutusosapuolten aktiivisuudesta ja yhteistyöstä. Hoitajat korostivat potilaan merkitystä tavoitteiden asettamisessa, mutta näkivät oman ammattitaitonsa kuuluvan keskeiseksi osaksi hoitosuhteen tavoitteita. Sopimuksellisuus merkityksentyi lähinnä potilaan antamaksi hyväksynnäksi sille, että hoitaja voi toimia hänen omahoitajanaan. Lähtökohtana on tällöin se, että ylipäättään potilas-hoitajasuhteessa onnistutaan määrittelemään tavoitteet, joista molemmilla osapuolilla on yhteinen käsitys ja joihin molemmat osapuolet sitoutuvat. Tavoitteellisuus on potilas-hoitajasuhteen tehtäväulottuvuus, jonka ydinmerkityksenä voi pitää yhteistyötä. Tämän ulottuvuuden ohella hoitosuhteen kehittymiseen vaikuttavat hoitosuhteen relationaaliset ulottuvuudet, joita tarkastelen seuraavassa.

5.1.2 Relationaaliset ulottuvuudet hoitajan näkökulmasta

Hoitosuhteen tehtävä- ja tavoiteulottuvuus rakentuvat yhtäaikaaisesti ja välittävät toisiaan, mutta ne erottuvat kuitenkin omiksi ulottuvuuksikseen. Tehtävatasolla hoitosuhteessa on kyse hoidon tavoitteiden saavuttamisesta, relationaa-

lisella tasolla on kyse siitä, miten hoitaja ja potilas kokevat suhtautuvansa toisiinsa. Kuvaan tässä alaluvussa niitä relationaalisia ulottuvuuksia, jotka tiivistivät hoitajien käsityksistä potilas-hoitajasuhdetta määrittäviksi relationaalisiksi tekijöiksi.

Tasavertaisuus potilas-hoitajasuhteessa

Hoitajat kuvasivat haastatteluaineistossa sekä hoitosuhdetta että vuorovaikutuksen relationaalista ulottuvuutta monimuotoisesti. Keskeiseksi ulottuvuudeksi muodostui hoitosuhteen koettu tasavertaisuus, joka merkityksentyi ennen muuta potilas-hoitajasuhteen interpersonaalisen vallan jakautumiseksi ja domianssiksi hoitosuhteessa. Tasavertaisuus kytkeytyi hoitajien pohdiskeluun hoitosuhteen institutionaalisesta luonteesta, mutta merkityksentyi kuitenkin interpersonaaliseksi ilmiöksi. Tasavertaisuuden kokeminen viittasi siis tässä aineistossa relationaalisella tasolla koettuun vallankäyttöön, ei päätösvalan tai toimintavallan tosiasialliseen jakautumiseen.

Hoitajat kuvasivat tasavertaisuutta kokemuksena siitä, että hoitaja ja potilas ovat ihmisinä ja yksilöinä tasavertaisia ja tasa-arvoisia *riippumatta rooleista*. Tasavertaisuudella hoitajat kokivat olevan tärkeän merkityksen juuri siksi, että riski vallan epätasaiseen jakautumiseen on olemassa, koska potilas-hoitajasuhteessa on kyse institutionaalisesta suhteesta. Hoitajat tunnistivat mahdollisuuden siihen, että potilas jää helposti alakynteen tai altavastaaajaksi. Tämä näkyy esimerkiksi siinä, millä tavoin eräs hoitajista vertasi poliklinikkahoidon ja osastohoidon eroja:

ULLA: Kyllähän poliklinikalla varmaan enempi ihmiset on varmaan enemmän omana itsenään, ett omat vaatteet päällä ja he tietää ett he tulee vaan käymään ja he tietää ett he pääsee kotiin jatkamaan kotijuttujaan. Ett osastolla ollaan enempi potilaita, ett tavallaan niinkun ollaan siinä potilaan roolissa, kun ollaan kaikki sairaalan vaatteet (päällä). Ja sitte kumminki täytyy tietyllä lailla alistua siihen osaston rytmiin, aamupalat ja ruuat on tiettyihin aikoihin, tutkimukset ja lääkärinkierrot ja tämmöset rutinit, ett minkä avulla sitten se toiminta pyörii.

LM: Eli se muuttaa sitä potilaan roolia?

ULLA: Kyll se varmaan muuttaa [--]

LM: No miten se niinkun [- -] ett jos poliklinikalla on enemmän omana itsenään, kun sitten taas osastolla, niin miten se, näkyys se siinä vuorovaikutuksessa tai osaatko arvioida miten se heijastuu siihen?

ULLA: Kyllä varmaan osastollakin he on omana itsenään, mutt ehkä jollain lailla voi olla semmonen vahvempi poliklinikalla ja puolustaa, että minä haluan sitä ja minä en halua tätä. Ja että sitten, vaikka kyllähän ihmiset aika paljon luottaa siihen, mitä lääkärin tai yleensäkin terveydenhuoltohenkilöstö sanoo [- -] että ehkä poliklinikalla kumminkin ihmisillä on enemmän sellasta, he kokee että he saa enempi päättää asioistaan.

Hoitajat kuvasivat melko vähän suoraan potilaan rooliin liittyviä riskejä, mutta sitäkin enemmän omaa pyrkimystään osoittaa potilaalle tasavertaisuutta. Non-verbaalisen viestinnän, erityisesti *proksemikan* merkitys koettiin suureksi. Hoitajat kuvasivat pyrkivänsä käyttämään tilaa siten, että he ilmaisisivat tilankäytöllään tasavertaisuutta. Asettuminen fyysisesti samalle tasolle oli tärkeä keino,

jolla hoitaja kertoivat pyrkivänsä osoittamaan tasavertaisuutta suhteessa potilaaseen.

Tasavertaisuus näkyy hoitajien mukaan vuorovaikutuksen "luontevuudessa" ja avoimuudessa, ja erityisesti kielen rekisteriin ja *muodollisuuden asteeseen* liitettiin merkityksiä tasavertaisuuden olemassaolosta tai puuttumisesta. Myös arkikeskustelu, joka liittyy muihin teemoihin kuin hoitamiseen, mainittiin tärkeänä tasavertaisuutta tuottavana seikkana. Hoitajien käsityksen mukaan se implikoi tasavertaisuutta korostamalla, ettei vuorovaikutuksessa olla sidoksissa hoitajan ja potilaan rooleihin. Hoitajat näkivät, että faattinen viestintä mahdollistaa suhdetason rakentamisen irrallaan institutionaalisista rooleista, kuten eräs hoitajista toteaa:

LM: Miten tärkeätä semmonen, ihan näistä säistä ja tv-ohjelmista ja tämmösistä asioista jutteleminen on?

KAARINA: No mä ainakin näkisin, että se on ihan tosi, tai se on sillä lailla kiva, että, ett tuota, mitä sä kysytkään, tärk... että, ett se niinku vapauttaa tavallaan sitä (ilma-piiriä) siinä huoneessa. Ett se ei oo semmosta virallista potilas ja hoitaja, ett se vapauttaa ja kaikki ollaan tavallaan samalla tasolla. Ja tuota se varmaan ihan niinku piristää ja se antaa voimaa potilaille ja sitt voimaa niinku hoitajallekin, ett olipas mukavaa yhdessäoloa.

Potilaan *viestintähalukkuus* nousi aineistossa merkitykselliseksi paitsi tavoitteiden määrittelyssä ja hoitosuhteen tehtävälöytövuuden kehkeytymisessä myös hoitosuhteen relationaalisen tason jäsentymisessä. Potilaan viestintähalukkuuden hoitajat tulkitsivat osoittavan tasavertaista suhtautumista ja pyrkimystä hoitosuhteen relationaalisen ulottuvuuden vahvistamiseksi. Viestinnästä vetäytymisen koettiin olevan uhkana tasavertaisuudelle. Hoitajat kokivat, että heidän on toimittava varovaisesti, jottei potilaille synny mielikuvaa hoitajan domianssista ja tunkeutumisesta potilaan omalle alueelle.

Potilaan *viestintätyyllillä* koettiin olevan tärkeä merkitys relationaalisen tasavertaisuuden kokemiselle. Potilaan vaativa, aggressiivinen tyyli koettiin potilaan tavaksi dominoida. Hoitajat kuvasivat niin sanotun vaativan potilaan pasuuttavan hoitajaa, mikä koettiin suhdetasolla alentavaksi vuorovaikutukseksi. Potilaan vaatiminen koettiin siis relationaalisen tason vallankäyttönä kuten seuraavassa esimerkissä hoitaja kuvaa:

LM: Sä sanoit, että vanhukset helposti ottaa kiinni ja koskettaa ja tulee hyvin lähelle. Mites sitten nuoret, keski-ikäiset? Onks sillä iällä vaikutusta siihen?

ANNIKA: Must tuntuu, että semmoset vanhukset, jotka on eläny semmosta niin sanottua pula-aikaa, ne on hirveen helppoja potilaita, jos nyt voi puhua helpoista potilaista. Ne on tyytyväisiä vähään, ja se, että jos niillä on jotain pyyntöä, ne niinku helposti niinkun tyytyy siihen selitykseen, kun sä kerrot, että tästä syystä nyt näin, ni ne tyytyy siihen. Mutta sitten vanhuksetkin, että vaikka ois samanikäisiä, mutt jos ne on eläny vähän sillä vihreemmällä oksilla ja on tavallaan se, että kun minä olen tehnyt ikäni näin, niin minulle kuuluu tämä. Ett ne osaa vaatia paljon enemmän ja sillon se niinku tavallaan siihen vuorovaikutukseenkin tuo sen semmosen sävyn, ett ne on tavallaan siellä ylhäältäpäin vaatimassa ja me ollaan sitten niitä altavastaajia, jotka yrittää parhaamme mukaan.

Tasavertaisuus on hoitosuhteen relationaalinen ulottuvuus, joka kuvaa potilaan ja hoitajan keskinäistä suhtautumista toisiinsa. Tavoitteiden asettamiseen kyt-

keytyvä vastavuoroinen yhteistyö sen sijaan kuvaa hoitosuhteen tehtävälouutuutta. On ilmeistä, että tasavertaisuus kytkeytyy yhteistyöhön ja välittää sitä: koettu tasavertaisuus helpottaa tavoitteista neuvottelemista ja tavoitteiden vastavuoroista jäsentämistä, mutta on myös mahdollista, että potilas-hoitajasuhteessa on yhteistyötä ilman tasavertaisuutta ja päinvastoin. Kyseessä on tavoitteiden ja tasavertaisuuden välinen suhde. Tällainen tilanne olisi mahdollinen esimerkiksi silloin, kun sekä potilas että hoitaja kokevat suhdetasolla tasavertaisuutta, mutta vain toinen mukauttaa tavoitteitaan.

Sekä tasavertaisuus että tavoitteellisuus kytkeytyvät valtaaan ammatillisessa viestintäsuhteessa. Tavoitteellisuus perustuu päätöksentekovaltaan, kun puolestaan tasavertaisuus perustuu suhdetason dominanssiin. Tässä aineistossa ei ollut esimerkkejä tilanteista, joissa tavoitteiden asettaminen olisi vastavuoroista, mutta tasavertaisuuden kokemuksesta ei välttämättä synny. Tällainen tilanne voisi kuitenkin syntyä esimerkiksi lääkärin ja potilaan välille: lääkäri voi suhdetasolla olla auktoriteetti ja myös osoittaa sitä. Siitä huolimatta potilas voi käyttää päätösvaltaa tai hoidon tavoitteista voidaan neuvotella.

Turvallisuus potilas-hoitajasuhteessa

Turvallisuus jäsenyi hoitajien haastatteluista toiseksi relationaaliseksi ulottuvuudeksi, jolla hoitajat tarkoittivat erityisesti potilaan kokemaa turvallisuutta. Hoitajat kuvasivat turvallisuutta potilaan luottamuksena hoitajaan ja siihen, että hänestä pidetään huolta. Siihen liittyy toki potilaan luottamus toimenpiteiden ja saamansa hoidon turvallisuuteen sinänsä, mutta hoitajien käsityksen mukaan se liittyy läheisesti kuitenkin juuri potilas-hoitajasuhteeseen. Tällöin se merkityksentyy ennen muuta luottamuksena hoitajaan, joka syntyy hoitajien käsityksen mukaan erityisesti kahdesta seikasta. Ensinnäkin luottamus kytkeytyy *avoimuuteen*. Hoitajat pitivät oleellisena sitä, että hoitosuhteessa potilaalle syntyy riittävä luottamus hoitajaan, jolloin potilas uskaltaa kertoa myös negatiivisia asioita ”omana itsenään”. Hoitajat kuvasivat tätä luottamuksen ulottuvuutta avoimuuden käsitteellä. Avoimuus viittasikin aineistossa siihen, että potilaalla on perusluottamus hoitajaan, kuten seuraava esimerkki kuvaa:

LM: Miten sitä (hoitosuhdetta) kehittää tai miten sitä pyrkii luomaan?

TEIJA: Kyllä se varmaan vaan on sitä, että olla se avoin, aito, luonnollinen siinä tilanteessa. Ja kyllä mä vaan pidän sen puhumisen niin tärkeänä siinä, että se puhuminen ja keskustelu. Ja olla siinä sen potilaan hoidoissa sen potilaan kanssa, eikä sitten, jos on (työ)parikin niin jotenkin jätä häntä siihen, siihen sivuun. Minkä oon huomannu, että sitä joskus meinaa tulla, vaikk jos on vähänki semmonen huonokuntosempi, minä ajattelee että sen kanssa ei oikein saa semmosta puheellista vuorovaikutusta [- -] mutt sit siin on paljon muuta, muuta niitä ilmeitä, katseita, kertomisia kuitenkin, että niillä vaan sitä, yrittää luoda että.. ja antaa sille potilaalle silleen mahdollisuutta ja aikaa kysyä. Ja kysyy häneltä silleen ajoittain, että missä (mennään), onko jotain, että hänelle tulis se tunne että hänet on hyväksytty.

Hyväksytyksi tulemisen rinnalla hoitajat mainitsivat luottamuksen ulottuvuudeksi luottamuksen hoitajien ammatillisuuteen. Turvallisuuden tunteen hoitajat näkivät tärkeältä osalta syntyvän hoitajan *ammattillisesta osaamisesta* ja rauhalli-

suudesta. Hoitajat pitivät ammatillisuudessaan tärkeänä sitä, että hoitaja kykenee hallitsemaan omat tunteensa. Hoitajat mainitsivat turvallisuutta luovana tekijänä hoitajan ammatillisen suhtautumisen niin sanottuihin vaikeisiin kysymyksiin kuten huolta aiheuttaviin negatiivisiin tietoihin. Ammatillisella suhtautumisella hoitajat viittasivat siihen, ettei hoitaja itse osoita epäröintiä potilaalle emotionaalisesti kuormittavissa tilanteissa ja ettei hoitaja pakene vaikeita tilanteita tai välttele vaikeita kysymyksiä. Ammatillisuuteen kuuluvaksi hoitajat mainitsivat myös sen, että hoitaja kestää potilaan sairastamisesta ja huolesta johtuvia negatiivisia tunneilmauksia. Hoitajien mukaan oleellista on, että hoitaja ei tällöin hylkää potilasta, vaan pikemminkin pysyy rauhallisena ja osoittaa siten hyväksyntää. Turvallisuuden tunteen syntymistä edistää hoitajien mukaan myös hoitajan tieto ja hoitajan tiedollinen perehtyneisyys.

Fyysisellä läheisyydellä mainittiin olevan tärkeä merkitys turvallisuuden tunteen kehittymiselle. *Fyysinen läheisyyden* ja intiimiyden nähtiin tuottavan mahdollisuuden luottamuksellisen tilanteen rakentamiseen, mikä edistää turvallisuuden kehkeytymistä. Tutustuminen edellyttää näitä molempia, jotta potilas voi ratkaista, onko hoitaja turvallinen vuorovaikutuskumppani ja voiko potilas luottaa hoitajaan. Läsnaolo oli se nonverbaalisen viestinnän piirre, jota hoitajat pitivät kaikkein oleellisimpana tekijänä turvallisuuden syntymisessä. Erityisesti tilanteissa, joissa potilas on kahden hoitajan kanssa, potilaan koettiin herkemmin kysyvän mieltään painavista asioista.

Merkityksellinen vuorovaikutuksen piirre koetun turvallisuuden syntymisessä on hoitajien käsityksen mukaan myös mahdollisuus keskustella muistakin teemoista kuin potilaan sairaudesta. *Huumoria* kuvattiin tekijänä, jonka avulla potilas voi testata hoitajaa, ja muodostaa käsityksen siitä, luottaako potilas hoitajaan vai ei.

Turvallisuus kuvaa hoitosuhteen ulottuvuutta, jonka ydinmerkitykseksi jäsentyy potilaan luottamus hoitajaa kohtaan. Hoitajat kokivat, että turvallisuudessa on suuressa määrin kysymys henkilöstä: monet hoitajista totesivat, että potilaan kokema turvallisuus on sidoksissa siihen, kenestä hoitajasta on kysymys. Kuten eräs hoitajista sanoo, potilaat eivät koe oloaan turvalliseksi kaikkien hoitajien kanssa:

LM: ..eli potilaat on aika tarkkoja havaitsemaan sen, tässäkin tavallaan sen, että nyt on aikaa, nyt on se tilanne jossa voi lähtee keskustelemaan?

HANNELE: Kyllä, joo. Ja sitten sekin, että kyllä tietysti niitäkin kommentteja tulee, että on hoitajia keneltä uskalleta kysyä ja keneltä ei.

Turvallisuus on potilas-hoitajasuhteen relationaalinen ulottuvuus, ja se on erotettavissa melko selkeästi tasavertaisuudesta. Hoitosuhteen ulottuvuuksina tasavertaisuus ja turvallisuus varmasti osin välittävät toisiaan, mutta niitä ei voi palauttaa samaksi ulottuvuudeksi. Potilas-hoitajasuhteen turvallisuus kytkeytyy luottamuksen ulottuvuuteen ja tasavertaisuus puolestaan interpersonaaliseen valtaan. Tällöin on myös mahdollista, että potilas kokee hoitosuhteen turvallisena, mutta ei tasavertaisena ja päinvastoin.

Henkilökohtaisuus

Hoitajien haastatteluaineistosta kolmanneksi relationaaliseksi ulottuvuudeksi muodostui henkilökohtaisuus, joka kuvaa erityisesti hoitajan kokemaa henkilökohtaisuutta. Ydinmerkitykseksi henkilökohtaisuudessa tiivistyi hoitajan sitoutuneisuus potilaan hoitoon ja potilaaseen.

Hoitajien käsityksen mukaan potilas on se, joka määrittelee, kuinka läheiseksi hoitosuhde voi muodostua. Hoitosuhteen henkilökohtaisuuden kehittymisen lähtökohdaksi haastatteluaineistosta nousi kokemus *kontaktin syntymisestä*. Hoitajat kuvasivat kontaktia tuntemukseksi siitä, että suhteen molemmat osapuolet kokevat tulevansa ymmärretyksi omana itsenään. Kontaktin syntymisen hoitajat katsoivat perustuvan erityisesti potilaan relationaaliseen viestintään. Potilaan viestimä kontaktihakaisuus ja vuorovaikutukseen antautuminen koettiin kontaktin syntymisen lähtökohtana, kuten seuraava esimerkki kuvaa:

LM: Miten tietonen tavallaan siitä omasta viestinnästä on, että ajatteletko sää ihan silleen, kun menee johonkin tilanteeseen [--] jotenkin että miten sä avaat keskustelun tai mitä nyt niinku potilas odottaa sun sanovan, vai tuleeks se jotenkin luonnostaan?

ANNIKA: Mun mielestä tulee aika luonnostaan. [--] ja sitte ku se että kaikki ihmiset on erilaisia ja ett ei voi olla yhtä ainoaa oikeaa, ett vois teoriassa ajatella, että nyt lähestyn näin kun on tällainen tilanne, vaan se on aina se tilannekohtanen, ja miten se potilas ite antaa ymmärtää, ett minkälaista, minkälaisen lähestymistavan se edes sallii. Ei kaikki tykkää siitä että tullaan viereen tai ees kosketetaan ja toiset taas ihan janoaa että näkee...

LM: Mistä sä näet sen, miten sä niinku arvioit sitä, ett onks tää potilas sellanen, joka jotenkin sallii tulla lähelle tai.. mitkä on ne, millä perusteella sä teet päätöksen siitä että...

ANNIKA: Se on varmaan se, ku se tulee, se yleensäkin se potilassuhde, se että kun ensimmäisen kerran tapaa, kun sä niinkun kättelet potilaan taikka näin. Kyllä sä vaistoot siitä ihmisestä, ett haluaako se äkkiä pois siitä ja pitää sen tietyn etäisyyden, ni ei sitä sillon mennä sinne toisen reviirille. Sillon mäkin pidän sen tietyn etäisyyden, että sitten on semmoset, jotka on niinku muutenkin hirveen avonaisia ja muutenkin ulospäin suuntautuneita, niin ne tavallaan antaa sen tilan, että siihen on helppo mennä lähelle. Sekin on ihan vaistonvarasta toimintaa (naurahtaa). Ja sitten vanhukset on monta kertaa semmosia, ett ne saattaa ihan niinku ottaa kaulasta kiinni ja tuu, ett halataan.

Hoitajat selittivät kontaktin syntymistä erityisesti potilaan persoonallisuudella, joka viittasi lähinnä potilaan henkilökohtaiseen viestintätyyliin. Kontaktin syntyminen on hoitajien mukaan mahdollista kuitenkin kaikkien potilaiden kanssa, mikäli aikaa vuorovaikutukselle on riittävästi. Hoitajat korostivatkin ajan merkitystä tutustumisessa ja itsestäkertomisen lisääntymisessä. Eräs hoitajista kuvaa läheisyyden kasvamista potilaan sairaalassaolon aikana:

LM: Miten potilaat reagoi siihen, siis näin niinkun, kun tarjoaa sitä (apua)?

AINO: No se voi olla aluksi hyvinkin torjuva, että ei kiitos, mutta siinä kun ja varsinkin jos on potilas, jolle tehdään vaikea leikkaus, hän on meidän kanssa tekemisissä monta päivää, niin heillekin tulee vähän talon pelisäännöt, tulee semmonen kotiutuminen väkisinkin, ei mitään laitostumista, mutta kumminkin niin, että siellä ollaan sen tietyn ajan, ni siinä on moni ihminen sulanu. Että aluksi antaa ittestään hyvinkin kylmän kuvan, on torjuva, että ei meinaa päästä lähestymään millään, mutta sitten kun niitä tempuja on tehty vähän enemmän, ni se on helpompaa.

Potilaan *itsestäkertominen* on se prosessi, jonka kautta potilas voi säädellä läheisyyden astetta. Hoitajat pitivät erityisen merkityksellisenä sitä, millä tavalla potilas kertoo omista tuntemuksistaan ja tarpeistaan. Hoitajat kuvasivat tätä erityisesti etäisyyden ja avoimuuden vastaparilla, jolla he viittasivat potilaan tapaan ottaa kontaktia ja kertoa itsestään. Hoitosuhteen ammatillisuus vaikuttaa siihen, että itsestäkertominen ei ole tasapainossa, eikä hoitaja ei vastaa potilaan itsestäkertomiseen itsestäkertomisella. Hoitajat korostivat, että hoitaja voi osoittaa henkilökohtaisuutta ja korostaa sitä *paneutumalla* potilaan tilanteeseen.

Hoitajien mukaan hoitosuhde saattaa kehittyä hyvinkin henkilökohtaiseksi. Henkilökohtaisuudella hoitajat eivät kuitenkaan viitanneet henkilökohtaiseen läheisyyteen siinä merkityksessä, että suhde koettaisiin sosiaalisesti suhteeksi, jolla ajatellaan olevan jatkuvuutta. Hoitajat painottivatkin hoitosuhteen olevan luonteeltaan aina ammatillinen, vaikka se koettaisiin jonkun potilaan kanssa tavallista läheisemmäksi. Henkilökohtaisuuden lisääntymisellä hoitajat viittasivat lähinnä sitoutumisen asteeseen, joka merkityksentyi erityisesti *emotionaaliseksi sitoutumiseksi*. Hoitajat kuvasivat emotionaalisen sitoutumisen syntyvän siten, että he alkavat kokea henkilökohtaista vastuuta potilaasta. Potilas alkaa tällöin erottua muista potilaista siten, että esimerkiksi potilaan vointi ja potilaan kohtalo vaikuttavat hoitajan ajatuksiin ja tunteisiin. Hoitosuhde siirtyi siis roolitasolta henkilökohtaiselle tasolle, ja hoitajat kuvasivat prosessia erityisesti empatian lisääntymisenä ja asettautumisenä potilaan asemaan myös emotionaalisesti.

Emotionaaliseen sitoutumiseen ja hoitosuhteen koettuun henkilökohtaisuuteen kytkeytyi tässä aineistossa läheisesti hoitajan samaa henkilökohtainen positiivinen *palaute*, jonka hoitajat kuvasivat vahvistavan hoitajan tunnetta oman toimintansa onnistumisesta ja oikeansuuntaisuudesta. Kun hoitajilta kysyttiin hyvästä tai onnistuneesta suhteesta, he kuvasivat sitä lähinnä saamansa palautteen näkökulmasta. Lähes kaikissa aineistossa kuvatuissa palautteissa oli kysymys ennen muuta siitä, että potilas korosti palautteessaan hoitosuhteen henkilökohtaisuuteen liittyviä piirteitä.

Henkilökohtaisuus erottuu tasavertaisuudesta omaksi relationaaliseksi ulottuvuudekseen melko helposti. Tasavertaisuus liittyy valtaaan vuorovaikutussuhteessa, henkilökohtaisuus sen sijaan kytkeytyy ennen muuta koettuun läheisyyteen. Turvallisuuden tunne ja henkilökohtaisuus sen sijaan sisältävät merkityksiä, jotka lähestyvät toisiaan, ja ne varmasti jossain määrin myös välittävät toisiaan ja kehittyvät yhtäaikaaisesti. On kuitenkin mahdollista, että hoitosuhteeseen sisältyy koettua turvallisuutta, vaikkei suhdetta koettaisikaan henkilökohtaiseksi ja vaikkei siihen sisältyisi esimerkiksi emotionaalista sitoutumista. Toisaalta ero näiden kahden relationaalisen tekijän välillä on siinä, että turvallisuus merkityksentyy ennen muuta potilaan kokemaksi turvallisuudeksi, kun puolestaan henkilökohtaisuudessa on kysymys ennemminkin hoitajan kokemasta sitoutumisesta.

Hoitajan käsitys potilas-hoitajasuhteen ulottuvuuksista

Hoitajien käsitys potilas-hoitajasuhteen luonteesta tiivistyy neljään ulottuvuuteen: suhteen tavoitteellisuuteen sekä relationaaliseen turvallisuuteen, henkilökohtaisuuteen ja tasavertaisuuteen. Hoitajat kuvasivat hyvän hoitosuhteen muodostumista näiden ulottuvuuksien kautta. Kyseessä on siis hoitajien käsitys siitä, millaisista tekijöistä he kokevat hoitosuhteen muodostuvan, mitä potilas-hoitajasuhteeseen kuuluu ja millaiset seikat heidän käsityksensä mukaan ovat tärkeitä myös potilaalle.

Tavoitteellisuus kytkeytyy suhteen tehtävätasolle. Relationaaliset ulottuvuudet kuvaavat hoitajien potilas-hoitajasuhteessa kokemia relationaalisia tekijöitä. Tavoite- ja suhdeulottuvuus välittävät toisiaan, mutta ne erottuvat kuitenkin omiksi ulottuvuuksikseen: tehtävätasolla hoitosuhteessa on kyse hoidon tavoitteiden saavuttamisesta, relationaalisella tasolla on kyse siitä, miten hoitaja kokee potilaan suhtautuvan itseensä. Hoitosuhteen tavoitteet syntyvät parhaimmillaan yhteistyössä. Tavoitteita ja tavoitteiden toteutumista pyritään jäsentämään yhteistoiminnallisesti, vaikka aina on mahdollista, että syntyy ristiriitaisia tavoitteita. Tuen näkökulmasta potilas-hoitajasuhteen tavoitteellisuus on merkityksellistä, koska tavoitteisiin kiteytyy potilaan tuen tarve.

Tasavertaisuus, henkilökohtaisuus ja turvallisuus muodostavat hoitajien käsitysten mukaan potilas-hoitajasuhteen keskeiset relationaaliset tekijät. Hoitosuhteita voi siis arvioida sen mukaan, kuinka ne asettuvat näiden ulottuvuuksien jatkumolle. Hoitosuhteen relationaaliset tekijät vaikuttavat kukin tuen kehkeytymiseen potilas-hoitajavuorovaikutuksessa. Vielä olennaisempaa kuin eri tekijöiden vaikutus lienee kuitenkin se, millaisessa tasapainossa nämä eri ulottuvuudet ovat ja miten ne kytkeytyvät toisiinsa. Jokaisessa vuorovaikutussuhteessa nämä ulottuvuudet muodostanevat erilaisen oman dynamiikkansa, jonka voi ajatella vaikuttavan niin tuen hakemisen ja antamisen motivaatioon kuin tuen kokemiseenkin.

5.2 Potilas-hoitajasuhteen rakentuminen potilaan näkökulmasta

Potilaan näkökulmasta hänen omat hyvinvointitavoitteensa ovat lähtökohta, johon potilas-hoitajavuorovaikutus perustuu. Nämä tavoitteet oikeuttavat suhteen olemassaolon, ja potilas arvioi vuorovaikutuksen laatua suhteessa siihen, kuinka nämä tavoitteet toteutuvat. Erityisen merkittäväksi tavoitteiden suhteen tässä aineistossa muodostui henkilökunnan aloitteellisuus. Toisaalta potilas-hoitajasuhteeseen liittyy myös relationaalisia tekijöitä, jotka liittyvät siihen, kuinka potilas kokee tulevaisuuden kohdelluksi. Relationaaliset tekijät tiivistyivät tässä aineistossa ymmärretyksi tulemiseen, henkilökohtaiseen huomioimiseen ja oikeudenmukaisuuteen. Tässä alaluvussa kuvaan potilaiden kokemusta potilas-hoitajasuhteen ulottuvuuksista ja rakentumisesta. Tulokset on tiivistetty tau-

lukkoon 5, jossa esitän keskeiset sisällölliset kategoriat niin suhteen rakentumisesta kuin relationaalisista ulottuvuuksistakin ydinmerkityksineen.

Tarkastelen tulosluvuissa ensin aloitteellisuuden merkitystä potilaalle suhteen syntymisessä, ja sen jälkeen kuvaan potilaiden kokemuksia potilas-hoitajasuhteen relationaalisista tekijöistä. Tässä alaluvussa kuvatut tulokset perustuvat potilaiden haastatteluaineiston pääluokasta *potilas-hoitajavuorovaikutus* tiivistyneisiin tuloksiin.

5.2.1 Aloitteellisuuden merkitys potilas-hoitajasuhteessa

Potilaalle hoidon tavoitteita voi pitää tietyllä tapaa itsestään selvinä. Ensinnäkin potilaalle on merkityksellistä se, että hän saa hoitoa, ja toiseksi potilaalle on merkityksellistä saada tietoa omasta tilastaan ja hoidostaan. Nämä molemmat seikat nousevat esille potilaiden kokemuksista potilaana olemisesta, ja molemmat tavoitteet ovat potilaan näkökulmasta olemassa usein jo ennen sairaalahoittoon tulemistä. Potilas ei välttämättä hahmotakaan niitä hoitosuhteen tavoitteiksi sinänsä, vaan potilaat näyttävät kokevan potilas-hoitajaviestinnän välineeksi omien päämääriensä toteuttamiseen. Hoitosuhteella on kuitenkin potilaalle merkitystä, koska siihen perustuu mahdollisuus saada fyysistä ja psyykkistä apua.

TAULUKKO 5 Potilas-hoitajasuhteen ulottuvuudet potilaan näkökulmasta

POTILAS-HOITAJASUHTEEN ULOTTUVUUS	ALOITTEELLISUUS	YMMÄRRETYKSI TULEMINEN	HENKIÖ-KOHTAISUUS	OIKEUDEN-MUKAISUUS
Sisällölliset kategoriat	Tiedon merkitys oma-toimisuudelle Potilaan resurssit Hoitajan saatavilla olo Hoitajan viestintä-halukkuus	Responsiivisuus Kivun ymmärtäminen Mielialan ymmärtäminen Henkilökoh-taisten merkitysten ymmärtäminen	Yksilöllisyys Paneutuneisuus Tarpeiden huomioiminen Erytishuomion saaminen Mukautuminen	Reilu vs. epäreilu kohtelemine Potilaiden keskinäinen tasavertaisuus Hoitajan vilpittömyys Omahoitajuus
Ydinmerkitys	Yhteistyöhalu	Kokemuksen oikeuttaminen	Yksilöllisyyden huomioiminen ja vahvistaminen	Oma kohtelu suhteessa muihin

Potilaan näkökulmasta hoitosuhteen muodostuminen käynnistyy, kun hänelle muodostuu kontakti hoitajaan. Oleelliseksi kontaktin syntymiselle potilaat kokivat hoitajien aloitteellisuuden potilasta kohtaan. Aloitteellisuus merkityksentyi haastatteluaineistossa hoitajan aktiivisuudeksi suhteessa potilaaseen sekä hoitajan halukkuudeksi olla vuorovaikutuksessa potilaan kanssa.

Aloitteellisuus merkityksentyi myös halukkuutena toimia potilaan tarpeiden suuntaisesti, eli se sai merkityksiä myös huolenpidosta yleensä. Hoitajan kokeminen aloitteelliseksi kuvaa potilaan käsitystä hoitajan viestintäkäyttäytymisestä. Se sai relationaalisia merkityksiä hoitajan halukkuudesta yhteistyöhön potilaan kanssa, ja se heijasti myös merkityksiä potilaan tavoitteiden saavuttamisesta ja toteutumisesta. Aloitteellisuus liittyi siis sekä tavoite- että suhdetasoon, ja kuvaa erityisesti käsitystä yhteistyöhalusta.

Tiedon merkitys omatoimisuudelle

Potilaille hoitajan aloitteellisuus hoitosuhteessa oli merkityksellistä erityisesti siksi, että hoitajilla on tietoa, jota potilas tarvitsee voidakseen ylipäättänsä asettaa omia tavoitteitaan hoidolle ja hoidossa. Potilaat kokivat, että omaaloitteisuus on mahdollista vasta silloin, kun potilaalla on riittävästi tietoa erilaisista vaihtoehdoista ja kun hän ymmärtää riittävästi omaan sairauteensa, oireisiinsa ja hoitoonsa liittyviä asioita. Jotta potilas voisi esittää omia näkemyksiään ja tarpeitaan, on hänellä oltava perustietoa. Eräs potilaista kuvaa *tiedon merkitystä omatoimisuudelle* muistelemalla lukemaansa esimerkkiä lehden lääkäripalstalta, jossa kirjoittaja oli ihmettellyt hänelle annettua diagnoosia:

HEIKKI: Ei ollu vielä saanu lääkäriltä selvää, ei ollu selostanu sitä kunnolla. Lääkäri jotain epämäärästä mutisee vaan, kun jotain kysyy, ja potilas ei useinkaan uskalla kysyä. Siinä on kai se arvoaltakuilu niin suuri, että tullu monta tällasta vastaan, että on sen diagnoosin kanssa, ett mitä ihmettä tää nyt tarkottaa. Onneks mulla on lääkäri tuttavapiirissä. Että eiks se oo aika järkyttävää, että potilas on kaks vuotta huolestuneena, että mitä tää on. Oireet jatkuu.

LM: On se. Ja sit tavallaan se, että sitä vartenhan siellä yleensä ollaan että potilas osaa myös itseänsä hoitaa, niin ei ainakaan sen, että... se näyttää vielä pahemmaksi latinaksi se tilanne.

HEIKKI: Aivan. Ja sitten kuitenkin niin siellä kaikin puolin korostetaan, että yksönsasia siellä on se potilaitten omatoimisuus, aina että pitää olla itte aktiivinen ja tällä tavalla. Ni kyllä sitä pitää vähän ymmärtää, mitä siellä tapahtuu ja mikä se on se omatoimisuus, se liittyy siihenkin.

Esimerkissä näkyy käsitys siitä, että omatoimisuus edellyttää itse asiassa aloitteellisuutta hoitavalta henkilökunnalta. Useat potilaat mainitsivat hoitajan aloitteellisuuden olevan tärkeää erityisesti siksi, ettei potilas osaa edes kysyä kaikista sairauteen ja hoitoon liittyvistä asioista, ellei häntä ohjata niistä kysymään. Edellä omatoimisuutta pohtinut potilas jatkoi pohdintaansa:

LM: Miten sitä vois kuvata ylipäättään sitä vuorovaikutusta sen henkilökunnan kanssa, kanssakäymistä, keskustelua, millasta se vuorovaikutus hoitajan ja potilaan välillä?

HEIKKI: Noo.. voiks sitä nyt vuorovaikutukseks sanoa [- -] mutta se on vaan sitä, että joku potilas sanoo vaan, että hirveet kivut on. Ja sitten tuodaan morfiinipiikki pyl-

lyyn (naurahtaa) ja tehdään ne hoidot. Eikä siellä sitten, ellei kysy ni, ei se hoitaja kerro sitten, mitä sieltä pusseista sinne ajetaan. Taikka sanohan se, että tässä on, kyllä joku hoitaja selitti siinä, mutta esimerkiks että ei ne oma-alotteisesti kertonu, mitä antibiootteja esimerkiks ajetaan ja mitä ne vaikuttaa sitten, sitten oloon ja tämmöstä. [- -] ja sitten kun se on, on tää tuoreet haavat ja sitten tämmöset rajut oksennuskouristukset ja muut, niin niistä ei kerrottu mitään näistä oireista sitten. Eikä neuvottu myöskään sitä, jonka mä huomasin sitten vasta pois lähtiessä, kun odottelin taksia, niin siellä vastaanot.. pääaulan pöydällä oli semmonen kansio potilaille, ja siellä oli, neuvottiin muun muassa potilaille yskiminen ja tää, että painaa voimakkaasti tyynyä. Se ois ollu kiva tietää, siin oli vähän yskää siinä vaiheessa, ni sitä ei kertonu kukaan, ja kukaan ei selittäny näitä, että siihen kuuluu, siitä seuraa näitä ankaria suolisto(oireita). Ois ollu helpompi kestää kun sen ois tienny, joku ois selostanu, [--]

LM: Niin oliko niille kysymyksille siinä aikaa siinä hoidon ohessa, vai tuntuko että jos kysy niin sitten oli jo kiire seuraavaan paikkaan, että miten niinku se näky?

HEIKKI: No en mä edes älynnyt kysyä näistä oikein, että tienny, että ne on niinku normaalia, vähän jälkeen, jälkeen ajatellen, ett se on vaan minun, minun ongelmani siinä sitten.

Potilaan resurssit

Aloitteellisuuteen liittyi merkityksiä myös potilaan roolista tai tilanteesta. Hoitajan aloitteellisuutta pidettiin tärkeänä siksi, ettei potilaalla välttämättä ole *resursseja* olla aloitteellinen, omatoiminen ja aktiivinen. Monet potilaat totesivat, että vointi määrittää hyvin pitkälti sitä, kuinka paljon ylipäätään jaksaa kantaa huolta omasta hoidostaan ja kuinka aktiivinen vuorovaikutuksessa jaksaa olla.

Potilaat kuvasivat sairaalassaoloa poikkeuksellisena ja monet myös kuormittavana tilanteena. Jotkut potilaista pitivät sairaalassaoloa siinä määrin erityisenä tilanteena, että he kokivat itsensä tavanomaista passiivisemmiksi. Ensimmäkin kipu ja fyysinen vointi vaikuttivat sekä halukkuuteen että mahdollisuuden olla oma-aloitteinen. Toiseksi sairaalassa oleminen oli kuormittava tilanne jo itsessään, ja siihen liittyi jännitystä ja huolta. Poikkeuksellisessa ja poikkeuksellisen kuormittavassa tilanteessa muutoin aloitteellisen ihmisen koettiin olevan vaikea kysyä, pyytää ja aloittaa, mitä kuvaa erään potilaan kokemus ”lukkoon menemisestä”:

AILA: Niin tuota, ni, sehän siinä onkin, kun tekis mieli kysyä niiltä, mutta siinä ei niinku sillä tavalla se on niinku semmonen tilanne. Että kyllä niitten pitäis ottaa kontakti potilaaseen, kun sanotaan, että meitä potilaita on monenlaisia. Kyllä meitä on sitten sellasiakin, jotka saa suunsa auki, ja pälpättää vähän liikaakin, niinkun minäkin sanon. Että minäkin puhun vähän, että ei tarttis aina puhuakaan, turhanpäivästä, mutta siinä menee niinkun lukkoon. Se on jotenkin semmonen, semmonen tilanne, että siinä vaan kuuntelee, että aha, mitähän se sanoo minusta, että mitä sieltä löytyy ja mikähän se on se vaiva.

LM: Mitähän tuo tarkoitti.

AILA: Niin, kun ei ymmärrä niitä, niitä sanoja, sitä niitten kieltä.

Potilaat odottivat ja toivoivat aloitteellisuutta niin hoitajilta kuin muulta henkilökunnaltakin. Erityisen suureksi koettiin kuitenkin lääkäreiden aloitteellisuuden merkitys, ja juuri lääkäreiden aloitteellisuus asioiden kertomisessa oli useiden potilaiden mielestä puutteellista. Eräs potilaista ihmetteli mielenkiinnon

puutetta omaa tilannettaan kohtaan, ja selitti sitä sekä lääkärin asiantuntijaroolilla että tilanteen mahdollisella epävarmuudella.

LM: Että se mitä sieltä sairaalasta toivoo, niin se on semmosta ammatillista, sitä lääketieteellistä tukea?

SEPPO: Joo. Kyllä minä sitä sain niin paljon, kun minä olin halukas kysymään. Ei siinä oo mitään puutteita. Lääkärit on semmosia vähän, ne on aika lailla siinä omassa ajatusmaailmassaan ja hoitajat koittaa olla niille ystävällisiä siinä, ja tosiaankin. (Mitä kaipaa on, että) lääkärit antais vähän sitä semmosta, semmosta läheisempää juttelua ja semmosta muuta. Mutta onko niillä sitten niin kiire, että ne ei kerkee juttelemaan. Vai eikö ne haluakaan? Jos ne ei aina tiedäkään sitä, missä mennään, ni ne ei halua sitten, että niiltä ruvetaan kysymään kovin tarkkaan.

LM: Mmm. Eli jotenkin semmonen, ett he vaan, [SEPPO: Niin] tuliks siitä semmonen tuntuma, ett he käy vaan niinkun toteamassa?

SEPPO: Joo kyllä, siitä tuli vähän semmonen tuntuma. Mullakin kun on tässä semmonen haava, mikä oli auki, niin ei ne sitä, yhen kerranko se lääkäri katto sitä vaan koko (kahden viikon) aikana. Vaikka niin kauan olin, niin ei se siihen niin paljon reagoinu, että ois sanonu, että katotaanpa vähän sitä haavaa. Kyllä ne ilmeisesti ties, ku sano, että se menee umpeen kahessa viikossa ja se meni umpeen. Mä sitä ihmettelin.

Hoitajan saatavilla olo

Potilaat merkityksensivät henkilökunnan aloitteellisuutta paitsi hoidon tavoitteiden myös huomioimisen ja huolenpidon näkökulmasta. Vaikkei potilaalla olisi ollut varsinaiseen fyysiseen hoitoon liittyviä tarpeita, he pitivät aloitteellisuutta tärkeänä, koska siihen liittyi merkityksiä *hoitajan saatavilla olosta*. Saatavilla olo kytkeytyi aineistossa käsitykseen hoidon saamisen mahdollisuudesta ja hoidetuksi tulemisesta. Potilaat kuvasivat tätä hoitajan pysähtymisenä vuorovaikutukseen ja ajan antamisena potilaalle. Hoitajan aloitteellisuuteen liittyi merkityksiä siitä, että hoitaja on halukas huolehtimaan potilaasta, mitä kuvaa seuraava esimerkki:

LM: Mikä siinä sitten on oleellista, jos ajattelee potilaana sitä kommunikointia, sitä viestintää, sitä vuorovaikutusta, niin mikä potilaan näkökulmasta on kaikkein oleellisinta siinä?

MARJA: [--] Jos mä oisin pitkäaikaispotilas, niin voisin sanoo ehkä jotain muuta, mutta kun oli tämmönen lyhyt, ja mä tiedän varsin hyvin, että sairaaloissa on valtava kiire, ei siellä ehditä yhtenä. Ett jos siellä, munkin omahoitaja, kun tuli käymään ja huomasi jotakin, ett lähden hakemaan sen, niin se haku saatto kestää puolituntia lähemmäs tunninkin [- -] mutt koska mä olin niin vähän aikaa potilas, niin mulla ei ollut vaateita muuta, kuin siihen, että mä saan lääkityksen ja kipu on pois. Ett en mä voinu olettaa, että siihen tulee joku vierelle istumaan. Mutt sitten tämän korvas sitten se sairaanhoidon opiskelija, joka kävi varmaan useamminkin sitten katsomassa, että kaikki on kunnossa, ja mitä hän sitten puuhailikin, niin hänen kanssaan sitten oli tämmönen, mitä siinä nyt pysty hauskanpitoa pitämään ihan puheissa, ett tuntu kivalta. [- -] hän jotenkin sillä lailla, hän oli niinkun niin valoisa siinä. Ja kun siinä me laskettiin leikkiä, niin toisaalta hän välillä laski, että "voi ei..", mutta oli kuitenkin semmonen hyvin valosa ja semmonen. Ja sitten tuli siihen mielellään. En tiedä, tarvitsiko hänen siinä huoneessa joka kerran käydä, mutta varmasti tarvitsi, tuskin hän nyt siellä huoneesta toiseen laukkasi ihan vaan. Tai ehkä hän sitten kävi katsomassa, että miten missäkin jaksetaan, mutta että hän oli jotenkin semmonen.

Hoitajan viestintähalukkuus

Potilaan käsitys hoitajan halukkuudesta vuorovaikutukseen muodostui merkitykselliseksi, ja se näkyi kaikissa potilashaastatteluissa. Toisaalta potilaat tunsivat kiireen hoitotyössä, ja monet potilaista selittivät sillä vuorovaikutuksen vähäisyyttä. Jotkut potilaat kokivat hoitajien ”näkymättömyyden” johtuvan käytänteistä tai toimintatavoista, muutamat puolestaan tulkitsivat sen haluttomuudeksi vuorovaikutukseen. Yhtä kaikki aloitteellisuutta ja hoitajan aktiivisuutta arvioitiin potilas-hoitajasuhteessa juuri viestintähalukkuuden näkökulmasta. Viestintähalukkuuteen kytkeytyi myös merkityksiä hoitajan halukkuudesta hoitaa, ja oli jossain väärin hankalaa erottaa näitä merkityksiä. Eräs potilas kuvasi omaa kokemustaan:

LM: Mulle tulee nyt mieleen, että onks se niin, että se muu (jokapäiväisistä aiheista puhuminen) on sellasta, että sä oot niinkun kokonainen ihminen, järkevä ihminen, oma persoona. Ja sitten taas kun ruvetaan puhumaan siitä sairaudesta, ni sit sää oot niinkun avanne..

VIRPI: Joo, sit mä oon se huono tyyppi siinä. Ja tää avannehomma on vielä semmonen, että musta tuntuu, että hoitajat ei halua tehdä sitä edes, ett se on ällöttävä asia, vaihtaa toiselle avannelaattaa, mikä kuuluu heidän työhönsä. Mullekin sanottiin monta kertaa, että kun mä en ite pystyny vaihtaan sitä, kun se oli väliaikainen ja se oli niin syvällä tuolla, niin tuleehan sun miehes käymään, ni se vaihtaa sen. Onneks sun miehes tulee, niin se saa vaihtaa sen.

LM: Mistä se, mistä sen niinkun tunnistaa, että ne hoitajat..

VIRPI: [ne välttelee tekemästä sitä. Ihan suoraan välttelee tekemästä.

LM: Millanen olo siitä tulee tai niinku..

VIRPI: Siitä tulee semmonen olo, että haistakaa paska. Mutta kun pyytää, sanoo, ett se on kipee, sitä kirvelee, nyt pitää tehdä jotain, ni, ei nyt ei kerkiä, ota nyt toi särky-lääke, ni se auttaa siihen.

Hoitajan viestintähalukkuudelle annetut merkitykset liittyivät usein hoitajan viestintätyyliin. Potilaan avuttomuus ja riippuvuus hoitavasta henkilökunnasta korostivat ilmapiirin merkitystä, jolloin ylipäättään hoitajan viestintätyyli ja vuorovaikutuksen relationaalinen ulottuvuus tulivat tärkeiksi. Potilaat pitivät hoitajan viestintätyyliä keskeisenä tekijänä siinä, syntykö potilaalle ja hoitajalle ylipäättään vuorovaikutussuhdetta ja kehkeytykö suhde luottamukselliseksi. Kyse on potilaiden käsityksen mukaan ennen muuta siitä, miten potilas kokee hoitajan suhtautuvan potilaaseen. Ensivaikutelmasta riippui paljolti se, millainen perusta potilas-hoitajasuhteelle saattoi syntyä. Hoitajan viestintätyyli vaikutti potilaalle syntyvään ensivaikutelmaan ja sitä kautta potilaan halukkuuteen olla vuorovaikutuksessa. Hoitajan viestintätyyliin potilaat liittivät niin verbaalisen kuin nonverbaalisenkin viestinnän, kuten seuraava esimerkki kuvaa:

LM: Ja se jotenkin se (huomioiminen) välittyy siitä tavasta sanoako?

HELENA: Kyllä, kyllä. Sillä tavalla, että se on jo, se on toisaalta se sanaton viestintä. Se on ensimmäisenä siinä, että millä ryminällä sinä siihen huoneeseen hoitajana tulet ja sen jälkeen, miten sinä tervehdit, huomioitko sinä ne ihmiset kaikki vai ryntäätkö sinä siinä sen yhden luokse. Että siinä niinkun on hyvin monta. Että tavallaan ite palveluammattissa olevana ihmisenä niin hirveen paljon huomioi just sitä, ett mikä on se, kun on puhuttu sanattomasta ja sanallisesta viestinnästä ja niitten merkityksestä, ja mitä niinkun ilmeet, eleet, puhetapa, puheen äänensävyt, mitä se tuo tullessaan. Ni

se on hirveen tärkeä. Ja kun tosiaan ite on aika herkistynyt näkemään ja kuulemaan siinä vielä.

Oleellista potilaan näkökulmasta oli tulkinta siitä, että hoitaja on kiinnostunut potilaasta ja toisaalta halukas toimimaan potilaan kanssa. Kun hoitajan viestintä tulkittiin asiakaspalveluhenkiseksi, potilas koki saavansa hyvää kohtelua ja oli myös omalta osaltaan halukkaampi rakentamaan viestintäsuhdetta hoitajan kanssa. Potilaat tekivät myös havaintoja hoitajien viestinnästä ja viestintätyylistä. Eräs potilas kuvasi negatiivista käsitystään seuraavalla tavalla:

RAIJA: [- -] mutta kaikessa oli jotain semmosta, ei ollu, se ei ollu aitoo. Siinä oli semmoista teennäistä [- -] että mulle tuli semmonen tunne että se... Mä tätä henkilöä seurasin, että miten hän kohteli, miten hän eri tavalla kohteli kahta potilasta. Mä aatelin, että toiseen päähän kumarti, toiseen pyllisti, näin näki konkreettisesti, ei voinu olla huomaamatta. Ja totta kai, kun mulla oli ollu aikaa seurata, kun ei mulla ollu muutakaan tekemistä, ku mulla ei ollu (oma)hoitajaa, niin mä kerkesin seurata, kun noilla toisilla on (omahoitajat), niin minkälaisia ne kontaktit (hoitajan kanssa) on. Niin mä olin varmaan päättäny jo ensimmäisenä päivänä, että tää ei yhtään oo minun tyyppinen, tälle mä en menis uskoutuun, tälle mä en niinkun puhuis yhtikäs mitään henkilökohtasia asioitani.

Monet potilaat mainitsivat myös vastavuoroisuuden merkityksen potilas-hoitajasuhteessa: ajatus siitä, että ”niin metsä vastaa kuin sinne huudetaan”, korostui ennen muuta niiden potilaiden käsityksissä, jotka ovat tyytyväisiä potilas-hoitajavuorovaikutukseen. Vaikka hoitajan aloitteellisuutta pidettiin tärkeänä, monet potilaat korostivat myös potilaan oma-aloitteisuutta ja potilaan aktiivisuutta.

Yhteistyöhalu ydinmerkityksenä

Potilaan käsitys potilas-hoitajasuhteen lähtökohdista kiteytyy yhteistyöhalukuuteen, joista potilaat tekivät päätelmiä erityisesti hoitajan aloitteellisuuden ja toisaalta hoitajan viestintätyylin pohjalta. Aloitteellisuus kytkeytyi sekä hoitoon että vuorovaikutukseen, viestintätyylin todettiin vaikuttavan ennen muuta siihen, millaiseksi keskinäinen vuorovaikutus muodostuu. Potilaat pitivät merkityksellisenä erityisesti hoitajan käyttäytymistä, mutta myös potilaan oma tapa ilmaista asioita nähtiin tärkeänä. Toisaalta mitä vaikeammasta diagnoosista tai mitä kuormittavammasta tilanteesta oli kyse, sen merkityksellisemmäksi koettiin hoitajan aktiivisuus hoitosuhteessa. Erityisesti kuormitus kytkeytyy siihen, ettei potilas jaksaa tai pysty olemaan aktiivinen oman hoitonsa suhteen, vaan tarvitsee hoitajan aloitteellisuutta hoidon tavoitteiden saavuttamisessa ja myös vuorovaikutuksen ylläpitämisessä.

5.2.2 Relationaaliset ulottuvuudet potilaan näkökulmasta

Potilaat kuvasivat potilas-hoitajasuhdetta paitsi suhteen rakentumisen myös relationaalisten tekijöiden näkökulmasta. Relationaalisia ulottuvuuksia aineistosta tiivistyi kolme: ymmärretyksi tuleminen, henkilökohtaisuus ja oikeudenmukaisuus. Näihin ulottuvuuksiin liittyi samankaltaisia merkityksiä kuin hoita-

jien käsitykseen potilas-hoitajasuhteesta, mutta merkitykset jäsenyivät hieman eri tavoin.

Ymmärretyksi tuleminen

Ymmärretyksi tuleminen kuvaa potilaan tuntemusta, kuinka hyvin hoitaja pystyy samastumaan potilaan mielentiloihin ja vointiin. Se on relationaalinen tekijä, joka perustuu merkityksiin siitä, kuinka hyvin viestintäsuhteen toinen osapuoli näyttää ymmärtävän omaa kokemusta. Suhdetason ilmiönä ymmärretyksi tuleminen liittyy siihen, kuinka hoitaja suhtautui potilaan tuntemuksiin ja kuinka *responsiiviseksi* hänet koettiin eli miten hoitajan koettiin reagoivan potilaan viestintään. Hoitajan responssien merkityksentämisen perusteella potilaalle saattoi muodostua kokemus siitä, että tulee ymmärretyksi tai kokemus siitä, ettei hoitaja pysty ymmärtämään potilaan mielentilaa tai fyysistä vointia. Samalla potilas-hoitajasuhde merkityksentyi joko suhteeksi, jossa tulee ymmärretyksi tai ei tule ymmärretyksi.

Hoitosuhteessa ymmärretyksi tulemisen keskeinen tekijä oli *kipuun ymmärtäminen*. Kipuun suhtautuminen ja kivun ymmärtäminen onkin juuri hoitosuhteelle ominainen tekijä. Kipu on läsnä jollain tapaa kaikessa kirurgisessa hoidossa ja se säätelee paitsi osaston potilaiden toimintakykyä myös niitä merkityksiä, joita potilas antaa omalle tilanteelleen kaikkienensa. Kivun kokeminen on kokonaisvaltaista, koska kyseessä on fyysinen tuntemus, joka saa myös psyykkisiä merkityksiä: se on oire jostakin, ja kivun merkityksentäminen liittyy potilaan käsityksiin omasta voinnistaan, omasta tilanteestaan ja mahdollisuuksistaan parantua. Hoitajan suhtautuminen potilaan kipuun sai merkityksiä myös potilaan kokemuksen kunnioittamisesta. Seuraava esimerkki kuvaa sitä, että potilas tunnisti hoitajan tilannekohtaiset tavoitteet, mutta samalla koki, ettei hänen kipuaan ymmärretä:

LM: Sanoitte äsken, että hoitajat ei tajunnu miten kipeä te olitte siellä

AILA: No ei varmaan, ei, ei mä huomasin sen.

LM: Mistä se näkyi?

AILA: No emmä tiiä, ne ei ota sillon siihen mitään kontaktia, jos niille sanoo siitä, ei ne ota mitään, ne ei sano juuta eikä jaata, ne ei sano hyvää eikä pahaa. Että kun siellä se yks hoitaja ois vieny ruuan, tietysti kokeili minua, että oonko mä tosissani, sinne pöydälle sinne, ni minä sanoin, että kyllä mä mieluusti ottaisin sen tähän, että kun mun on vaikeeta istua, sattuu niin kauheesti ja tuota mun on parempi, kun mä istun siinä sängyllä. [- -] Kyllä mä siinä huomasin, ett ei ne oikein, että, ja (en) mä itekään ois tajunnu, kyllä mä sanon, että jos tää ois ollu jonkun toisen jalassa tää kipu, mitä tässä selässä, ja joku sanois että se on kipee, niin mä en vois ymmärtää, miten kipee se oli. Aivan kun tääl ois vedetty auki, ihan kun avohaava ois ollu, se oli niin kirvelävä kipu, se oli kerrassaan kauhee. Tietysti se oli hermokipu, ihan hermokipu, koska se vei tästä tunnon pois tästä ulkosyrjästä, josta se on nytkin osittain pois. Tää pistelee silleen ja on silleen sellanen paha tunne siinä aika ajoittain, niin tota niin kyllä minä sen siinä ainakin ajattelin omassa mielessä, ett kyllä te ette tajuu kuinka mä oon kipee [-] kyllä ne sitten toi sen ruuan mulle siihen, mutta, ne tykkäs tietysti että jos ne ois saanu mut liikkeelle sieltä petistä, mutta kun minä en pystyny.

Kipuun reagoimisen ohella potilaan ymmärretyksi tulemisen kokemus perustui siihen, kuinka hoitajan koettiin *ymmärtävän potilaan mielialoja* ja kuinka hoitaja

reagoi niihin. Mielialat kytkeytyvät emotionaalisiin reaktioihin, joista erityisen merkityksellinen kirurgisessa hoidossa on pelko. Niin potilaan sairauksiin kuin hoitoihinkin liittyy usein pelkoja, jolloin hoitajan suhtautumisesta pelkoihin muodostui potilaalle hyvin merkityksellinen asia. Pelon ja ahdistuksen ymmärtämistä kuvaa esimerkki, jossa potilas muisteli sairaalakokemusta ja siihen liittyvää kuolemanpelkoa muutamien vuosien takaa:

IRMA: Musta tuntuu, että se teki sen, että kun mä menin sairaalaan ni se oli vielä iltamyöhä kun tyttö lähti viemään mua [-] mulle tuli semmonen tunne että tää on nyt ihan lopullista. Ja sitt kun mut vietiin sinne osastolle, niin siellä, ei mulle sanottu, mutt mä tiesin, sermin takana, kuoli yks. Sitten minun vieressä oli semmonen vanhempi ihminen, enhän mä nähny ihmistä, mutt tiesin, että on vanhempi ihminen, niin siinä tytär hoiti, kaks yötä äitinsä luona siinä, ja kyllähän siinä hän kysy, että onko mulla paha olo. Kun mullahan tuli hirvee vapina, sisäinen [- -] ett mä koko ajan kuuntelen hengitystä ja kaikkee siit toiselta puolelta

Oleennaista ymmärretyksi tulemisen kokemuksessa näytti olevan se, että hoitaja ylipäättään ymmärtää, mistä potilas on huolissaan ja mistä hänen mielialansa ja emotionaaliset reaktiot kumpuavat. Perimmäisen huolenaiheen tunnistaminen on lähtökohta ymmärretyksi tulemiselle, mikä koskee niin pelkoa kuin muitakin mielialoja. Emotionaaliset reaktiot syntyvät tilanteelle annetuista merkityksistä, joiden syntymiseen vaikuttavat monet henkilökohtaiset tekijät kuten oma aiempi sairastamishistoria, suhtautuminen sairastamiseen ja sairaalahoittoon sekä suhtautuminen kyseiseen sairauteen sinänsä. Oleellista potilaan näkökulmasta olikin se, tunnistiko hoitaja tai lääkäri sen, millaisiin merkityksenantoihin potilaan reaktiot liittyvät. Ymmärretyksi tulemisessa olikin paljolti kysymys potilaan tilanteelle antaman *henkilökohtaisen merkityksen ymmärtämisestä*. Ymmärretyksi tulemiseen kytkeytyi siis tärkeällä tavalla se, että hoitaja oivalsi, millaisia merkityksiä tilanteeseen liittyy ja reagoi niihin.

LM: Mikä, mitä sun mielestä tuki on?

SIRPA: No se on mun mielestä semmosta keskustelua. Että eihän ne muuten sillain osaa tukee, että sillain mä aistin siitä yhestä hoitajasta [- -] mä sanoinkin sille, että mua niinku helpottaa, että vaikka ei sulla kauheen monta sanaa mulle oo, mä tiän että ei oo välttämättä olemassakaan, mutta että sä kuuntelet mua. Että mua helpottaa se: Että esimerkiksi missään vaiheessa kukaan lääkäri ei oo kysyny multa, että onko mun perheessä tai suvussa tai jollakin.. onko ollut samaa tautia, kun mä olisin ihan hyvin voinu kertoo, ett mun isällä on ollu.

LM: Eli se oli tää yks hoitaja joka, jolle niinkun siitä..

SIRPA: Mä ite sanoin, enkä tiä onko sitä kirjattu, välttämättä ei, välttämättä ne ei tiä, että mun isä on kuollu..

LM: Siihen mitä sulla nyt epäilläään.

SIRPA: Niin. [-]

LM: Eli tavallaan siellä muualla sä et tullut kuulluksi?

SIRPA: Ei, eikä kukaan oo ees kiinnostunu, kun mun mielestä se on aika pieni kysymys lääkäriltä, ett onko teidän suvussa tai perheessä ollut jotain tämmöstä, jollonka mä oisin voinut vastata siihen. Nyt mulle vaan luetellaan asiat, mutta ei multa oo kysyty mitään.

Ymmärretyksi tuleminen ei tässä aineistossa merkinnyt vain äärimmäisten pelkojen ja huolenaiheiden tunnistamista ja niihin reagoimista, vaan monentasoisten merkitysten ymmärtämistä. Kaikki potilaat eivät kaivanneet syvällistä keskustelua tunteista tai peloista. Ymmärretyksi tuleminen merkitsi heille sitä, että

he tulivat ymmärretyksi juuri omana itsenään, jolloin olennaista oli se, että joistain asioista ei keskusteltu ja että keskustelua ei ainakaan tuputettu.

Ymmärretyksi tulemisen ydinmerkityksenä voi pitää kokemusta *kokemuksen oikeuttamisesta*: potilas tulkitsee hoitajan responsseja sen mukaan, kokeeko hän hoitajan uskovan, mitä potilas sanoo, vai kokeeko hän hoitajan vähättelevän potilaan kokemusta. Kyse on siis siitä, että hoitaja joko oikeuttaa tai ei oikeuta potilaan kipua tai mielentilaa. Ymmärretyksi tuleminen on relationaalinen, suhteeseen liittyvä ilmiö, joka perustuu kokemukseen keskinäisestä ymmärryksestä. Tämän ymmärryksen perustana oli kokemus omien tunteiden ja kokemusten oikeellisuudesta, ja siihen kytkeytyi merkityksiä siitä, että on hyväksytty omana itsenään, kokonaisena persoonana. Oikeuttaminen tuottaa merkityksiä hyväksytyksi tulemisesta sekä yksilönä että ihmisenä. Tuntemusten oikeuttamista kuvaa esimerkki, jossa potilas kertoo peloistaan anestesiahoitajalle leikkaukseen viettäessä:

LM: Mitä se on, mikä on muuttunu, siinä hoitotyössä?

SIRPA: No se, se on muuttunu, siitä on viety joku tämmönen.. (potilaalle annettu aika) [- -] kun mua lääkäri kävi kattomassa, se oli semmonen pikavisiitti. Se teki tussilla jälet mahaan ja sano vaan että, että tähystysleikkauksena, jos ei onnistu niin avataan. Sit mä en nähny ketään sen jälkeen, tiistaina mua lähetään viemään leikkaussalille, mä sain sen esilääkityksen, jonka tokikin halusin, koska mä sanoin, ett mua pelottaa ihan sikana, ett mä pelkään ihan kauheesti, mä oon niin huonossa kunnossa. Ja kun mä menin leikkaussaliin mä sanoin, kun siin on se hoitaja vastaanottamassa siinä vaihossa, ni mä sanoin, että mä pelkään ihan sikana, että mä oon aivan ja pidäkin huoli etten mä kuole ja pidät mut hengissä, ni, joo joo höpö höpö, kyllä minä susta huolenpidän ja sitten mut siirrettiin toiselle paarille.

Tunteiden ja pelkojen vähätteleminen kieltää potilaalta hänen kokemuksensa oikeellisuuden, mihin kytkeytyy merkityksiä yksilön merkityksellisyyden kieltämisestä. Perustasona ymmärretyksi tulemisessa voikin nähdä ylipäätään hyväksytyksi tulemisen yksilönä, persoonana ja ihmisenä. Kyse on henkilökohtaisten merkitysten ja esimerkiksi aikaisempien kokemusten ymmärtämisestä, jolloin henkilökunta voi suhteuttaa potilaan pelkoja tai huolenaiheita ja ymmärtää, mistä emotionaaliset reaktiot syntyvät. Oleellista potilaille oli se, että kokemus ymmärrettiin sellaisena kuin se on. Esimerkiksi kivun kokemisen ja toisaalta ahdistuneisuuden kokemisen erottaminen oli potilaalle tärkeää. Eräs haastatelluista pohdiskeli ymmärretyksi tulemisen ulottuvuutta ylipäätään ihmisyyden ymmärtämisenä ja käsityksenä ihmisen perimmäisestä olemuksesta, joka on ristiriidassa medikaalisen ihmiskuvan kanssa. Ymmärretyksi tuleminen kytkeynee myös luottamukseen ja turvallisuuden tunteeseen: tuntemusten oikeuttaminen ja sitä kautta henkilökohtaisen hyväksynnän osoittaminen toimivat perustana myös luottamuksen rakentumiselle.

Henkilökohtaisuus

Henkilökohtaisuus merkityksentyi potilaiden haastatteluaineistossa kokemukseksi siitä, että potilas tulee henkilökohtaisesti huomioiduksi ja että hoitaja on paneutunut potilaaseen. Henkilökohtaisuuden perustana oli potilaan yksilöllisten tarpeiden huomioiminen ja niiden pohjalta toimiminen sekä potilaan kohte-

leminen yksilönä. *Yksilöllisyys* merkitsi erityisesti sitä, että hoitaja huomioi juuri kyseisen potilaan odotukset, tarpeet ja toimintakyvyn. Kyse oli siitä, että toisaalta hoitaja tarjosi apua ja osoitti huolenpitoa, toisaalta vältti liiallista paapomista.

LM: Mikä siinä (vuorovaikutuksessa) on tärkeintä, jos ajattelee hoitajan ja potilaan välillä, niin mikä siinä on kaikkein tärkeintä?

HELENA: No siinä on varmaan se, että se potilas huomioidaan ihmisenä, ett ei pelkänä sairautena. Ett se tuntuu hienolta, ett sulle tullaan kertomaan, ei tietysti sairaalatermeillä vaan ihan selkeesti, mikä sulla on se tilanne, mitä sulle tehdään, koska sä oot sen oman sairaudes kanssa siinä hetkessä just ja määrättyllä tavalla sinä oot alakynnessä, koska hoitajat tietää, ne osaa, ne jaksaa kävellä, puhua. Ja ite oot siinä kivussa ja sairaana niissä sairaalan vaatteissa, ni haluat, että sua kohdellaan niin sanotusti ihmisenä, sillä tavalla, että ei liian sillä tavalla, miten mä sanoisin, paaperoiden, että liikaa niinkun ajatellen sitä, että potilas ei ymmärrä mitään, eikä se tiä mitään. Mutt se on niinku semmonen ihminen ihmisen kanssa. Ett sen niinku kokee semmonsena hyvänä. Että minä oon niinkun ihminen, mutta minun sairautta hoidetaan, mutt kuitenkin huomataan, että olen ihminen, en pelkkä umpisuoli enkä sappikivi.

Henkilökohtaisuuden lähtökohtana oli hoitajan paneutuminen kyseisen potilaan tarpeisiin. *Paneutuneisuus* merkityksentyi niin ammatillisena kuin henkilökohtaisenakin kiinnostuksena potilaan asioihin. Potilaan näkökulmasta kyseessä oli oman hoidon ja tiedon tarpeen huomioiminen, perehtyminen potilasta koskevaan tietoon ja tämän tiedon hyväksikäyttäminen. Perehtyminen potilaan asioihin nähtiin ammattitaidon osoituksena ja ulottuvuutena, mikä herätti potilaissa luottamusta ja turvallisuuden tunnetta. Ammattitaitoon liittyvien merkitysten ohella potilaat kuvasivat tarpeiden huomioimisesta syntyvän vaikutelman siitä, että potilas on hyväksytty ja että hänen olonsa on toivottua ja positiiivista hoitajalle, kuten seuraava esimerkki kuvaa:

LM: Jos ajattelee sitä vuorovaikutusta siellä osastolla ja sitä henkilökunnan ja potilaan kanssakäymistä niin, mikä siinä on sun mielestä oleellista?

PETRI: No, niinku alussa keskusteltiin, niin se on tottakai oleellista, ett se hoitohenkilökunta perehtyy siihen, että miks tää potilas on täällä, ja mikä tää niinku tavallaan tän prosessin etenemisen marssi on. Että se sun olos on toivottu, että mun mielestä se on tottakai tärkeä, että kun sehän, sehän on heidän tärkein tehtäväkin itse asiassa. Ett siihen ei siihen ensimmäiseen vaiheeseen, jos se lyödään laimin, niin eihän kukaan hoitaja voi tietää sen potilaan tarpeista, jos se ei käy historiaa läpi ja se on tietysti se tärkein pointti. Ja mun mielestä se täytyy niinkun jokaisella vuorolla asiallisesti ja emmä siihen moitteen sijaa löydä. Ja sit seuraavana tulee tää normaali ihmisten välinen keskustelu ja kommunikointi, niin se on tottakai tärkeä. Jos ja tietysti voidaan puhuu sairauksista ja puhuu jostain muustakin, ja sitä kautta tavallaan se fiilis pääsee siihen, että okei, näille voi kertoa, kertoo mitä tahansa.

T: Koitko sä sen vuorovaikutuksen henkilökohtaiseksi?

PETRI: No, toisaalta kyllä ja toisaalta niinku tiedostaa sen, että tuhansia ihmisiä käy kiertämässä siellä, niin voiko se olla, olla enempi small talkia, mutta kyll mä nyt nään, että joka tapauksessa ni, minuun yksilönä ne keskustelut kohdistuu ja yksilötasolla käydään ja kyllä, kyllä nyt voin osittain sanoa että kyllä ne henkilökohtaisella tasolla käydään

Henkilökohtaisuus potilas-hoitajavuorovaikutuksen ulottuvuutena kytkeytyy siihen, että potilas kokee saavansa tarvitsemaansa apua. Koettu henkilökohtaisuus on kokemus autetuksi tulemisesta ja henkilökohtaisesta avun saamisesta omana itsenään. Merkityksellinen vuorovaikutus hoitajan ja potilaan välillä on-

kin juuri sellaista vuorovaikutusta, jossa potilas kokee saavansa apua, ja avun saaminen koetaan henkilökohtaiseen tarpeeseen vastaamisena. Kyse ei ole autetuksi tulemisesta sinänsä, vaan kohdennetusta avusta. Potilaan tarpeisiin perehtyminen ja tarpeiden huomioiminen synnyttivät merkityksiä palvelusta ja palveluhenkisyydestä, jotka nähtiin hoitajan ominaisuuksina sekä toiminta- ja viestintätapana:

LM: Millanen semmonen hyvä hoitaja on?

SEPPO: No se on hyvä hoitaja, ainakin siellä oli useampikin semmonen hyvä hoitaja, joka ottaa huomioon potilaan toiveet ja melko pian täyttää ne sitten, että, että ne ei unohtu ne asiat. Joskus tapahtuu, että ne unohtuu tai kun pitäis joku tuoda, niin sitten ei muistakaan tuoda. Minullakin oli semmonen kone, mikä jako ne ravinteet tästä kaulalaskimoon, ni se tahto sitten jossain vaiheessa, jos kääntyili ja muuta, niin se rupes piippaamaan, ni hoitaja ei ihan heti kerennyt tulemaan, kun siellä on hoitajista pula, kyllä minä ymmärrän. Mutta minä sanon, että se ei kovin vaarallista, jos se vähän piippaakin, niin ei se oo vaarallista kun se ei kovin kauaa kestä se. Pisin aika oli viistoista minuuttia, kun seurasin että ei hoitajaa näkyne.

[--]

LM: No jäiks sieltä mieleen joku erityinen hoitaja?

SEPPO: Jäi. Joo on semmosia ihania hoitajia, jotka tuota, on vähän niinkun ylempänä keskiarvoa.

LM: Millä tavalla?

SEPPO: Hyvin sellain ottaa potilaan huomioon hyvin, ja tuota käy välistä kysymässä, että onko kaikki hyvin, ja niinkun ylimääräisesti tekee sitä.

Henkilökohtaisuuden kokemiseen liittyi myös kokemus *erityishuomion saamisesta*. Potilaan kokemus erityiskohtelusta merkitsi sitä, että potilaan odotukset henkilökohtaisten tarpeiden täyttymisestä ylittyivät ja että hoitajan tai lääkärin osoittama huomio koettiin tavanomaista suuremmaksi ja henkilökohtaisemmaksi. Erityishuomion saaminen saattoi liittyä potilaan saamaan hoitoon tai ylipäättään vuorovaikutukseen hoitavan henkilökunnan kanssa. Tätä ilmiötä kuvaa esimerkki, jossa potilas kuvaa suhdettaan omaan lääkäriinsä:

LM: Mikä siitä teki inhimillisen, mikä siinä hoitosuhteessa sen lääkärin kanssa..?

VIRPI: No se, että se kuunteli, se kuunteli, mitä sä kysyit, vaikka se oli niinku, mä sanoin että sori typerä kysymys, se sano että ei ikinä oo typeriä kysymyksiä potilaalla, kysy.. tai kuunteli loppuun asti, mitä mä kysyin ja se selitti ihan täysin tarkasti mitenkä asian laita on [- -] Ja sitten sen niinku näki, ett se välittää toisesta ihmisestä, kuka sen potilas on, koska se, jopa sillon kun se oli vapaa viikonloppuna, se käy siellä töissä kattomassa ja näkee, että sun kansio on siellä ja paperit, että se tulee kysymään, onks jotain tapahtunu semmosta erikoista, että sä oot täällä nyt, tarviiks jotain erikoista, tarviiks häntä nyt, miks mä oon tullu. [- -] ja mitä siinä toisia lääkäreitä, mitä minä katoin, kun ne kävi sitten omien potilaittensa kierrolla, ni tietysti vanhempia ihmisiä, jotka ei osaa kysyä ja jotka ei jaksa, ei pysty, voi, älyä, ni ei ne saa mitään tietoa [- -] tiit nää lääkärit ni ne kiertää sitten samassa köntässä, mutt sitten, emmä nähny kenenkään muun lääkärin tulevan puhumaan yksistään potilaalle, kun tää mun lääkäri mulle. Ja mun viereinen potilas ykskin sano puhelimesta, että kyllä ne kierti porukassa täällä lääkärit aamulla, mutta yhen naisen luokse se lääkäri tulee vielä kierron jälkeenki ja ainakin puoli tuntia se selittää hänen tilastaan.

Erityishuomion kohteena oleminen merkitsi potilaalle oman henkilökohtaisen asian muuttumista tärkeäksi. Kyse oli ensinnäkin siitä, että potilas koki tulevansa kohdelluksi erityisen hyvin. Toiseksi kyse oli siitä, että potilas koki saa-

vansa parempaa hoitoa tai kohtelua kuin muut potilaat tai ainakin erityistä huomiota, mitä kuvaa alla oleva esimerkki:

LM: ...tai voiks sanoo että hän oli hyvä lääkäri?

TERHI: No joo, kans se, että hän esitteli ittensä, hän oli asiallinen, hän puhu mulle, eikä puhunu jollekin katolle tai seinälle ja niinkun kohteli mua niinkun ihmisenä, eikä niinku leikattavana maksana suunnilleen, ja kysy niinkun mun mielipiteitä [- -] ehkä sekin vaikutti mun mielipiteeseen aika paljon, ett suunnilleen ehkä ensimmäiset sanat, mitä hän sano, että no sulla on se pieni poika siellä kotona, ni kyllähän sut täytyy saada kotiin, ett tavallaan se sano, ett no niin ett hoidetaan tää alta pois ni sä voit lähtee ja sillä selvä.

LM: Eli se oli henkilökohtaista

TERHI: Mmm, kyllä

LM: Ja sulle tuli olo, ett sut tavallaan, otetaan niinkun yksilönä?

TERHI: Niin ja tavallaan tietysti ehkä sekin vaikutti, että hän tuli toiselta osastolta sinne osastolle vaan mun takia konsultoimaan minua, että minä pääsen sieltä pois.

Viestinnän näkökulmasta henkilökohtaisuus perustuu ennen muuta *mukautumiseen* niin vuorovaikutuksen sisällöllisellä kuin suhdetasollakin. Lähtökohtana on mukautuminen potilaan tarpeisiin, mutta kyseessä on myös viestinnällinen mukautuminen ja kohdentaminen. Mukautumisen vastakohtana voidaan nähdä mukautumattomuus, jolloin kaikkia potilaita kohdellaan samalla tavoin ja toisaalta vuorovaikutus kaikkien kanssa on samankaltaista huolimatta siitä, millaisesta ihmisestä on kysymys. Mukautumattomuus kytkeytyy erityisesti siihen, että potilaasta riippumatta hoitaja toimii aina samalla tavalla. Tällöin hoitajan viestinnän pohjalta alkaa syntyä merkityksiä siitä, että potilas kadottaa yksilöllisyytensä ja vuorovaikutuksesta tulee anonyymiä. Erityisesti rutiinien mukaan toimiminen saa merkityksiä mukautumattomuudesta. Käytänteiden rikkomista ja henkilökohtaisuutta kuvaa alla oleva esimerkki:

LM: No jäikö sieltä joku erityinen hoitaja mieleen.. hyvässä tai pahassa?

HEIKKI: No semmonen reipas semmonen vanhempi hoitaja, joka, joka ei ollu sillä tavalla niin jäykästi siinä hierarkioissa ja puheissa, puhu vähän enempi, kun hoitajalle soveliasta ja sitten otti niinkun noin kontaktia sillä tavalla ihmisenä enempi ja vähän koetti selostaa niitä oireitakin ja...

LM: Ylitti ikäänkuin sen perus..

HEIKKI: Niin, kun (on) sallittu. Mutta nuoret oli hyvin tiukasti, nää vastavalmistuneet, niillä oli kyllä se pilttuu aika tarkka. Siellä koulutuksessa, että mitä siellä heidän hommaansa kuuluu, ni ne oli aika tuppisuita ne nuoret.

Potilaat kokivat potilas-hoitajavuorovaikutuksen henkilökohtaisuuden kiinnostuksena potilaaseen ja potilaasta välittämisenä. Hyvän hoitajan ominaisuutena pidettiin halukkuutta vuorovaikutukseen, potilaalle oleellisen tiedon kertomiseen ja ohjaukseen. Henkilökohtaisuus potilas-hoitajavuorovaikutuksen ulottuvuutena sai *ydinmerkityksen yksilöllisyyden huomioimisena ja vahvistamisena* ja ihmisenä kohtaamisena. Kyse on siis potilaan kokemuksesta, jossa hän kokee olevansa vuorovaikutussuhteessa yksilöllinen oma persoonansa. Vastakohtana yksilöllisyydelle nähtiin kohteena oleminen, numeroksi tai sairaudeksi tyypistyminen, kuten seuraavassa:

LM: ... miten semmosiin kysymyksiin suhtauduttiin ylipäätään ja semmoseen kysymiseen, oliko tilaa kysyä?

RAIJA: Ei kukaan kysynyt mitään. Minusta lääkäri oli niinkun hyvin kiireinen ja ei siinä, ei siinä tullu semmosta tunnetta missään kohtaa siinä, että sinä olet tavallaan, että sä olet ihminen siinä, vaan sä olit joku numero taikka se... semmonen tunne tuli mulle siinä, että ei siinä tullu edes katsekontaktia tai että ois tullu semmonen tunne, että nyt mä voin kysyä, että oonko mä täällä viikon vai kuukauden.

LM: No mitä se potilaan rooli tuolla on? Miten kuvaisit potilaana olemista, mikä siitä jäi päällimmäiseksi?

RAIJA: No minun kohdalla se varmasti tuntuu semmoselta, että ensinnäkin koin itseni hylätyksi tulleeksi, koska se oli mulle uus tilanne ja kaiken kaikkiaan, ja tavallaan ehkä tuli jopa sellanen tunne että, elä ole vaivaksi.

Henkilökohtaisuutta potilas-hoitajavuorovaikutuksen ulottuvuutena voidaan perustellusti pitää vuorovaikutuksen relationaalisena ulottuvuutena, koska siinä on kysymys potilaan kokemasta suhtautumisesta omaan itseensä. Henkilökohtaisuus voidaan erottaa omaksi ulottuvuudekseen ymmärretyksi tulemisesta. Ymmärretyksi tulemisen perustana on yksilön kokemuksen oikeuttaminen ja siihen liittyen yksilöllisten merkitysten ymmärtäminen ja hyväksyminen. Henkilökohtaisuudessa on puolestaan kyse ennen muuta yksilön yksilöllisyyden hyväksymisestä ja kunnioittamisesta. Molemmissa ulottuvuuksissa on kysymys subjektiviteetista, mutta ymmärretyksi tulemisessa on pikemmin kysymys subjektiivisten käsitysten oikeuttamisesta ja henkilökohtaisuudessa puolestaan subjektiivisuudesta sinänsä. Henkilökohtaisuus ja ymmärretyksi tuleminen voivat ilmetä toisistaan riippumatta, eli ne voidaan nähdä erillisinä kategorioina. Potilas voi siis kokea, että hoitaja suhtautuu häneen henkilökohtaisesti, mutta ei kykene samastumaan potilaan kipuun tai mielentilaan. Toisaalta potilas voi myös kokea, että hoitaja kykenee samastumaan ja kokemaan empatiaa, vaikkei suhdetta koettaisi henkilökohtaiseksi.

Oikeudenmukaisuus

Oikeudenmukaisuus potilas-hoitajasuhteen ulottuvuutena kuvaa potilaan kokemusta siitä, kuinka oikeudenmukaisesti hän kokee tulleensa kohdelluksi potilas-hoitajavuorovaikutuksessa. Oikeudenmukaisuuteen liittyy merkityksiä siitä, miten kohteliaasti ja hienovaraisesti hoitajat lähestyvät potilasta, ja millaista kohtelua hän ylipäättään hoitajalta saa. Kyseessä ei ole institutionaalinen oikeudenmukaisuus, mikä tarkoittaisi potilaiden yhdenvertaista ja tasa-arvoista kohtelua yhteiskunnan ja instituutioiden taholta. Sen sijaan tässä yhteydessä oikeudenmukaisuus liittyy siihen, millä tavoin ja kuinka *reilusti tai epäreilusti* potilaat kokivat hoitajan kohtelevan potilasta viestintätilanteissa. Seuraava esimerkki kuvaa sitä, kuinka potilas kokee oman taustansa vaikuttavan hoitajan tapaan olla vuorovaikutuksessa:

LM: Millä tavalla erilainen sä olet alan ammattilaisena kuin kuukausi sitten?

ANNIKKI: No kyllä se on niinkun terveellinen kokemus, itse asiassa jokainen meidän alan ihminen pitäis panna sänkyyn ja sitoa se sinne letkuilla ja kehitellä semmonen kipu, että se kokee sen, että mitä on olla toisten avun varassa, mitenkä ihmiset sitten käyttäytyy. Että tavallaan miettii sitä omaa käyttäytymistä ja sen kattoo tarkemmin. [--] Yks sairaanhoitaja siellä toisella osastolla käyttäytyi yöaikaan, ku se tuli tosi äkäsenä huoneeseen, se äyski ja tuiski siinä sille vieruskaverille, ja se tohahti vähän mullekin, että mitä sä täällä oot, sähän et edes kuulu meille [- -] sähän oot kirurginen potilas. Mä sanoin, että joo sitä voi kysyä joltakin muulta kun multa. Minä oon jo

perjantaina esittänyt siirtotoivetta kirurgiselle puolelle, mutta se nyt on vaan päätetty näin. [- -] Ni sitte se (kysyi), no mikä mikä se sun vaivas on, mä sanoin, että sun kannattaa tutustua mun papereihin ja sen enempää mä en sille sanonu. Se tuli aamulla käymään, (ja sanoi, että) susta ei ikään uskois että sä oot viiskymppinen, ja sähän ootkin alan ihmisiä. No on sulla vähän kauhee juttu. Eli se oli todennäköisesti luku kuka mä oon, mistä mä oon ja että mä oon alan ihmisiä [- -] se mun vieruskaveri rupes nauramaan, että kyllä oli kieli kellossa muuttunut (nauraa).

Oikeudenmukaisuuden keskeinen piirre oli *potilaiden keskinäinen tasavertaisuus*, joka nousi aineistosta voimakkaasti esille sekä kokemuksena tasavertaisesta kohtelusta että koetusta eriarvoisuudesta. Potilaat kokivat merkityksellisenä sen, että he saavat samanlaista kohtelua kuin muut potilaat. Hoidon suhteen tasavertainen kohtelu liittyi siihen, että kaikki saavat tarpeenmukaista hoitoa, interpersonallisella tasolla oli kyse siitä, että kaikkiin suhtaudutaan yhtä huolehtivasti.

LM: Millanen hoitaja on hyvä hoitaja? Miten kuvailisitte semmosta?

IRMA: (Huokaa.) No en, must tuntuu, että se on semmonen, joka huomioi, ja jos soittaa kelloo, että heti on tullu siihen. Ja sitten tuota ottaa niinkun sen, mullakin niinku ratkes se tiputus, ni heti seuraavana aamuna verta rupes valumaan lattialle, mä ihan kauhistuin, että äkkiä oli hoitaja siinä ja muutettiin tähän, ja mä aattelin, että tuo hoitaja on kyllä... Vaikka sanotaan, että siellä on niin kiirettä, ni.. ei ollu... mutta meidän huoneessahan tarvittiin aika paljon sitä apua, kyllä jokaisen luona käytiin... Että ois niinku yks hoitaja sano, että se ensimmäinen potilas oli huonompi siinä oven suussa, ni sano sitten, kun siinä keskusteltiin, että ettei me toisen ajateltas, että yhtä pietään parempana, mutta että se niinku sai.. tilanteesta, ja kyllä mä sen ymmärrän, totta kai, eihän se turhan päiten tulla siihen. Sillon kun tarvitaan apua niin sillon.

Potilaiden keskinäinen tasavertaisuus nousi aineistosta potilaiden kokemuksessa merkityksellisemmäksi tekijäksi kuin potilaan ja hoitajan keskinäinen tasavertaisuus. Aineistossa hoitajan ja potilaan erilainen rooli ja valtasuhteet näytettyivätkin juuri kokemuksena siitä, miten potilas koki hoitajan suhtautuvan itseensä ja millaista kohtelua potilas koki muiden saavan. Potilaan näkökulmasta hoitaja voi käyttää valtaansa siten, että hän antaa aikaansa ja huomiotaan jollekulle potilaista ja jättää muut huomioimatta. Tämän vuoksi potilaat havaitsivat sen, millä tavoin hoitaja suhtautui muihin potilaisiin ja toisaalta myös omiin kollegoihinsa: vuorovaikutustilanteiden sivusta seuraaminen antoi potilaalle mahdollisuudet suhteuttaa odotuksiaan ja käsityksiään potilas-hoitajavuorovaikutuksesta ylipäätään. Se vaikutti myös merkityksiin, joita omille vuorovaikutustilanteille annettiin. Eräs potilaista kuvaa tilannetta, jossa hoitohenkilökunnan keskinäinen negatiivisesti annettu palaute heijastui käsityksiin henkilökunnan suhtautumisesta potilaaseen:

LM: Onks se ylipäätään, että kun kohtelee jotakuta ikävästi, niin sitten voi kohdella muakin?

MARJA: Kyllä varmasti näinkin, mutta ehkä siinä niinkun sitten paljastuu jotain semmosta että... Juuu, kyllä se varmasti on hyvin pitkälle tuota. Että jos sä omaa työtoverias, joka ei ole samalla tasolla sinun mielestäs, kun sinä olet, ja sä jotain työtoverias kohtelet tuolla lailla (huonosti) [--] niin sä kyllä katsot sen (potilaastakin), että kenelle kannattaa tässä hymyillä ja kenelle voi tuiskia. Niin sillon siinä helposti on tuollanen, että joku muu ratkasee, joo, siinä ratkasee sillon tää asema, potilaan asema, se kannattaa mennä penkomaan sieltä papereista, että kuka on mitäkin. Että kyllä mä oon sitä mieltä, että me ollaan kaikki siellä potilaina tasa-arvosia ja meidän pi-

tää silloin tasa-arvonen käytös saada. Mutta siinä varmaan on sillä lailla hyvä, että nyt on tämä omahoitajajärjestelmä, koska se omahoitaja, mä tiedän, että hän on enempi minua varten, ja toisen omahoitaja on enemmän tuota varten [- -] mutta jos siellä sitten tapahtuu, [- -] että soita vaan ja kaikki hyvin ja toiselta ei kysytäkään mitään niin tällainen vähän... [--] silloin kun on sairaalassa, on minkä tahansa sairauden takia, eihän sinne nyt terveitä potilaita oteta, ni on tietyllä tavalla herkempi, semmonen haavottuvaisempi, niin on ehkä aistitkin sillä tavalla sitten herkemässä, niin kuuntelee ja katselee, miten siellä toimitaan. Ja tällaiset sitten suosimiset tai ilmaantuneet, niin ne voi sitten vähän (loukata).

Potilaat kuvasivat sairaalassaoloa tilanteeksi, jossa ylipäätään herkistyy tarkkailemaan muiden suhtautumista omaan itseensä. Sairaalassa ollessa siis reagoi herkemmin, ja myös tunnistaa tavanomaista herkemmin sen, miten itseä ja muita kohdellaan. Koska potilas on muiden armoilla omassa hoidossaan, tulee suhteellisesti hyväksytyksi tuleminen ja hylätyksi tuleminen vielä tavallista merkityksellisemmäksi. Potilaana olemiseen liittyi potilaiden mukaan se, että pahoittaa mieltään herkemmin ja ylipäätään muiden avun varassa oleminen koettiin avuttomuutena, johon liittyi herkkyyttä myös vuorovaikutuksen suhteen. Näin ollen potilas-hoitajavuorovaikutuksessa potilaat ovat herkkiä tunnistamaan negatiivisia suhdetason ilmauksia ja myös sen, kuinka ”aidosti” ja *vilpittömästi* hoitaja on ystävällinen. Myös kokemus oikeudenmukaisuudesta kytkeytyy luottamukseen: jotta potilas voi luoda luottamuksellisen suhteen hoitajaan, hänen tulee voida luottaa hoitajan oikeudenmukaisuuteen ja siihen, että tulee kohdelluksi kunnioittavalla tavalla.

Poikkeuksen potilaiden keskinäisen tasavertaisuuden odotukseen teki omahoitajajärjestelmä: *omahoitajan* on potilaiden käsityksen mukaan jossain määrin sallittua luoda läheisempi ja henkilökohtaisempi suhde omaan potilaaseensa. Omahoitajajärjestelmä perusteli siis hoidon yksilöllisyyttä. Toisaalta myös se voidaan kokea epäoikeudenmukaisena, jos suhde omahoitajaan on huono, kuten eräs potilaista tiivistää:

RAIJA: ...se on niinku jännä, että jos on neljän hengen huone, yhdellä on hyvä omahoitaja, joka käy jatkuvasti, toisen luona ei käy kukaan, hän kysyy, että kyllä sitten ilta-päivällä tulee, kun hän oli lähössä kotiin ja sano, että mä oon sun omahoitaja, mutta mä oon ollu vähän muualla menossa, niin minusta se on vähän ontuva selitys. Että ei se, sikäli toi omahoitajajärjestelmä minulle, se ois hyvä, jos se toimis, mutta jos sä saat huonon omahoitajan ja sun kämppekaverilla on hitsin hyvä empaattinen omahoitaja, niin sä koet siinäkin semmosta tietynlaista syrjintää.

Potilas-hoitajasuhteen ulottuvuutena oikeudenmukaisuus jäsenyi suhdetason kokemukseksi siinä mielessä, että kysymys oli potilaan kokemuksesta hoitajan tai hoitavan henkilökunnan oikeudenmukaisuudesta. Koska hoitaja-potilassuhteessa on kyse institutionaalisesta vuorovaikutussuhteesta, jossa toisella on aina enemmän institutionaalista valtaa ja toimintamahdollisuuksia, perustuu vuorovaikutussuhde odotukseen ja oletukseen oikeudenmukaisuudesta. Tämä näkyi myös tasa-arvoisuuden merkityksen korostumisessa: mikäli potilas pystyi merkityksentämään hoitajien suhtautumisen kaikkiin potilaisiin tasavertaiseksi, saattoi hän olettaa myös itseään kohdeltavan oikeudenmukaisesti. Institutionaalisesta oikeudenmukaisuudesta interpersonaalinen oikeudenmukaisuus eroaa erityisesti siinä, että institutionaalinen oikeudenmukaisuus kytkey-

tyy hoidon saamiseen ja hoidetuksi tulemiseen. Interpersonaalinen oikeudenmukaisuus merkitsee puolestaan saman kohtelun ja suhtautumisen saamista.

Koettu oikeudenmukaisuus jäsenyi potilas-hoitajasuhteen näkökulmasta omaksi ulottuvuudekseen, joka perustuu valtaan potilas-hoitajasuhteessa. Potilaan kokemuksen näkökulmasta tarkasteltuna henkilökohtaisuus perustuu yksilön hyväksymiseen yksilönä ja yksilön merkityksellisyyden korostamisena, sen sijaan oikeudenmukaisuus sisältää merkityksiä yksilön suhteesta muihin ja hänen asemaansa yksilönä ja potilaana. Kiinnostavaa on se, että henkilökohtaisuuden ulottuvuuteen jäsenyi positiivisia merkityksiä siitä, että hoitaja on juuri itseä varten. Myös huomioimisen ja erityiskohtelun saamat merkitykset olivat positiivisia, vaikka toisaalta potilaat korostivat keskinäistä tasavertaisuutta. Voikin olettaa, että viestintäsuhteen oikeudenmukaisuus on luottamuksen perustaso, ja mikäli se on saavutettu ja toisen osapuolen koetaan suhtautuvan itseeseen oikeudenmukaisesti, on perusta perusluottamukselle olemassa. Toisaalta, mikäli kokee tulevansa kohdelluksi henkilönä ja henkilökohtaisesti, ei oikeudenmukaisuuden merkitys näyttäydy niin eksplisiittisesti kuin tilanteessa, jossa suhtautuminen koetaan vähemmän henkilökohtaiseksi.

Koettu oikeudenmukaisuus jäsenyi omaksi ulottuvuudekseen ymmärretyksi tulemisesta erityisesti siten, että ymmärretyksi tuleminen näyttäytyy erityisesti responsiivisuutena potilaalle yksilönä, oikeudenmukaisuus puolestaan kytkeytyy potilaan kohtelemiseen potilaana muiden potilaiden joukossa. Oikeudenmukaisuus saa siis *ydinmerkityksensä siinä, millaisena potilas näkee oman kohtelunsa suhteessa muiden kohteluun*, kun ymmärretyksi tuleminen saa merkityksensä hoitajan ja potilaan keskinäisessä suhteessa.

Potilaan käsitys potilas-hoitajasuhteesta

Potilaan näkökulmasta tarkasteltuna potilas-hoitajasuhde muodostuu kahdesta pääulottuvuudesta: potilaan tarpeista ja niihin vastaamisesta sekä relationaalisista tekijöistä, jotka voi tämän aineiston perusteella nimetä ymmärretyksi tulemiseksi, oikeudenmukaisuudeksi ja henkilökohtaisuudeksi. Potilas-hoitajasuhteen rakentuminen perustuu potilaan avun tarpeeseen, joka hänellä on sairaalaan tullessaan. Suhde alkaa kehkeytyä, kun potilas tulee osastolle hoitoon ja on vuorovaikutuksessa hoitajan kanssa. Tavoitteiden ja tarpeiden muodostama tehtäväulottuvuus ja relationaalinen ulottuvuus kehittyvät yhtä aikaa ja myös vaikuttavat jatkuvasti toisiinsa. Tämän tutkimuksen aineistossa potilaiden kokemuksissa korostui hoitajan aloitteellisuuden merkitys. Tämä odotus aloitteellisuudesta kytkeytyi potilaan tarpeeseen luoda merkityksiä ja ymmärrystä omaan tilanteeseen. Samalla aloitteellisuus kytkeytyi merkityksiin siitä, että hoitaja on kiinnostunut potilaasta ja potilaan tarpeista.

Hoitosuhteen relationaaliset tekijät jäsenyivät potilaiden haastatteluaineistossa kolmeen ulottuvuuteen: henkilökohtaisuuteen, ymmärretyksi tulemiseen ja oikeudenmukaisuuteen. Relationaaliset ulottuvuudet kuvaavat tässä potilaiden kokemusta hoitajan suhtautumisesta itseensä. Henkilökohtaisuus kuvaa sitä, millä tavalla potilas kokee hoitajan suhtautuvan itseensä "minänä". Potilaalle henkilökohtaisuus ei merkitse niinkään koettua läheisyyttä, vaan sitä,

että hän tulee hyväksytyksi ja kohdelluksi persoonana, omana itsenään. Ymmärretyksi tuleminen kuvaa sitä, millä tavalla potilas tulee kohdelluksi minänä potilas-hoitajasuhteessa. Kysymyksessä on keskinäinen ymmärtäminen. Oikeudenmukaisuus kuvaa sitä, kuinka potilas kokee tulevansa kohdelluksi suhteessa muihin. Nämä kaikki ulottuvuudet yhdessä liittyvät potilaan kokemukseen siitä, kuinka häneen suhtaudutaan. Potilaan kokemus potilas-hoitajavuorovaikutuksesta rakentuu siis toisaalta siihen, miten hän pystyy merkityksentämään hoitosuhdetta itsessään rinnan omien tarpeidensa ja tavoitteidensa kanssa, ja toisaalta relationaalisista ulottuvuuksista. Potilaan tulkinnoissa hoitajan toiminta ja viestintäkäyttäytyminen kietoutuvat läheisesti yhteen. Potilaat näyttävät merkityksentävän hoitajan suhtautumista itseensä myös toiminnan perusteella. Yhtä kaikki potilaan tulkinnat hoitajan toiminnasta ja viestintäkäyttäytymisestä heijastuvat myös siihen, miten potilas tulkitsee hänelle osoitettua tukea.

6 POTILAAN JA HOITAJAN TUELLE ANTAMAT MERKITYKSET

6.1 Potilaiden tuelle antamat merkitykset

Potilaan kokemukset sairaalahoidossa saamastaan tuesta kytkeytyvät sekä kokemukseen potilaana olemisesta että kokemukseen potilas-hoitajasuhteesta. Näitä kokemuksia olen kuvannut luvuissa 4 ja 5. Näiden lisäksi potilaan kokemusta saamastaan ja sairaalassa saatavilla olleesta tuesta rakentavat myös ne merkitykset, joita potilas ylipäättään tukeen liittää. Tässä luvussa tarkastelen sitä, millaisia merkityksiä potilaat tuelle antavat. Tulokset perustuvat potilaiden haastatteluaineistoon ja siinä pääluokkaan *potilaan käsitykset tuesta*, johon analyysin edetessä on luokiteltu haastattelutekstistä sellainen aineisto, jossa potilaat pyrkivät käsitteellistämään tukea. Tähän pääluokkaan jäsenyi myös sellaista aineistoa, jossa potilaat kuvaavat hoitavan henkilökunnan toimintaa tilanteissa, joissa potilas on kokenut epävarmuutta, huolta ja avun tarvetta, ja myös aineistoa, jossa potilas kuvaa tukea muissa kuin hoitokontekstissa. Myös nämä merkitykset auttavat ymmärtämään sitä, millaisena ilmiönä potilaat tuen käsitteellistävät. Kuvaan tässä luvussa siis tuelle annettuja merkityksiä sekä potilaiden käsitteellistämänä että heidän kokemuksiinsa perustuen. Aineistosta nousee esille myös potilaiden selviytymisstrategioita, joita kuvaan tässä yhteydessä siinä määrin, kun ne aineistossa esiintyvät. Selviytymisstrategiat selittävät omalta osaltaan potilaiden odotuksia tuesta.

Potilaiden tuelle antamat merkitykset kytkeytyvät kaikki jollain tapaa vuorovaikutukseen. Tuki näyttäytyy vuorovaikutuksessa kehkeytyvänä ilmiönä, vaikka haastatellut potilaat kuvaavat myös saamaansa konkreettista apua. Tuki syntyy viestintäprosessissa suhteessa johonkin toiseen viestintäosapuoleen ja merkityksentyy siinä. Potilaat kuvaavat tukea vuorovaikutusilmiönä, joka ensinnäkin on funktionaalinen: saatu tai saamatta jäänyt tuki vaikuttaa potilaan hyvinvointiin ja mielialaan jollain tapaa. Toiseksi potilaat kuvaavat tukea odotuksistaan ja tarpeistaan käsin: tuki on siis jotain, jota potilas odottaa tai ei odo-

ta saavansa, tarvitsee tai ei koe tarvitsevansa ja hakee tai ei hae. Odotukset, tarpeet ja tuen hakeminen selittyvät sekä potilaan omasta voinnista ja tilanteesta, selviytymisstrategioista, hoitoon liittyvistä odotuksista ja potilas-hoitajavuorovaikutuksesta käsin.

Potilaiden kokemusten ja käsitysten perusteella hoitoprosessiin liittyvässä tuessa voidaan erottaa kaksi pääulottuvuutta kanssa oleminen ja varten olemisen, jotka voi tiivistää ydinmerkityksiin tueksi selviytymisen resurssina ja tueksi jatkuvuuden ylläpitämisenä. Nämä merkitykset on kuvattu taulukossa 6, jossa kuvaan myös ne sisällölliset kategoriat, joista ydinmerkitykset muodostuvat.

TAULUKKO 6 Potilaan tuelle antamat merkitykset

TUEN MERKITYS	KANSSA OLEMINEN	VARTEN OLEMINEN
Sisällölliset kategoriat	Merkityksellinen tieto <ul style="list-style-type: none"> - tiedon suhteuttaminen - ääneen puhuminen - rehellisyys Emotionaalisen kuormituksen käsitteleminen <ul style="list-style-type: none"> - mahdollisuus tunteiden ilmaisemiseen - responsiivisuus - tunteiden jakaminen 	Turvallisuuden tunteen ylläpitäminen <ul style="list-style-type: none"> - ammatillinen osaaminen - saatavilla olo - toipumisen näkyväksi tekeminen - rohkaiseminen Vuorovaikutussuhteen olemassaolo <ul style="list-style-type: none"> - luottamus henkilöön - koettu sitoutuneisuus - puolella oleminen - välittämisen ilmaiseminen
Ydinmerkitys	Tuki selviytymisen resurssina	Tuki jatkuvuuden ylläpitämisenä

6.1.1 Tuki kanssa olemisena

Potilaiden käsityksissä tuki merkityksentyi kahteen pääulottuvuuteen varten olemiseen ja kanssa olemiseen. Kanssa oleminen voidaan ymmärtää ennen muuta selviytymisen tukemiseksi, jota voi pitää tämän kategorian ydinmerkityksenä. Kanssa olemisen näkökulmasta tuessa on kyse siitä, että potilas rakentaa merkityksiä tilanteelleen yhdessä hoitavan henkilökunnan kanssa. Tuki merkityksentyy siis vuorovaikutukseksi, jossa potilas voi luoda merkityksiä omalle tilannettaan ja arvioida sen tuottamia haasteita sekä etsiä omia selviytymiskeinojaan. Kanssa oleminen jäsenyi kahteen luokkaan, merkitykselliseen tietoon ja emotionaaliseen tukeen.

Merkityksellinen tieto

Useimpien haastateltujen potilaiden käsityksissä tuki merkityksentyi potilaan saamaksi tiedoksi omasta tilanteestaan ja omasta hoidostaan. Kysymys ei kui-

tenkaan ollut tiedosta sinänsä, vaan potilaalle merkityksellisestä tiedosta, joka tarjoaa potilaalle jonkinlaisen tulkintakehyksen omalle tilanteelleen. Tieto ei siis merkitse informaatiota, vaan ymmärtämistä. Tuen tarve tietämisen tarpeena näkyi aineistossa erityisesti tarpeena lääke- ja hoitotieteellisen tiedon suhteuttamiseen potilaan omaan tilanteeseen. Epävarmuuden perustasona pidettiin toki tiedon ”absoluuttista” puutetta eli sitä, että potilas ei saanut tietoa diagnoosistaan tai esimerkiksi erilaisten kokeiden ja testien tuloksista, mutta tuen tarvetta aiheutti myös se, ettei potilas pystynyt suhteuttamaan saamaansa tietoa. Tätä kuvaa allaoleva esimerkki, jossa potilas tiesi tilanteensa olevan vakava, mutta hän ei pystynyt arvioimaan sen merkitystä hoidolleen:

LM: Oisko helpompaa jos siinä puhuttais asioitten oikeilla nimillä? Tai siitä uhkasta tai mahdollisuudesta?

SIRPA: Sanottais, kun kerran puhutaan näistä [--] pitäisi puhua kokonaisuutena siitä, että millä tavalla edetään, millä tavalla mennään, että ett tavallaan ne jää niin auki. Ilmeet näkee ja tavallaan ne äänenpainot. Jos mulle tolkutetaan kolmella eri kerralla että sun tilanne on tosi vakava, ja se jää siihen..

LM: Niin sen ymmärtää kyllä että se on vakavaa

SIRPA: Se on vakava, mutta.. ett se on niinku, se oli niinku kaikkein vitsein että, ett jotakin kysy ni sit lääkäri lähti, kädet levällään, kohotteli hartioita mennessään. Ja sä jäät yksin sen jutun kanssa, et saa niinku mihinkään vastausta. Emmä tiiä sitten, että onko niihin vastausta olemassa, mutta silti vois sanoo, ett mä en osaa nyt tällä hetkellä vastata. Ja kyllä heillä on tasan tarkkaan käsitys, että mitä on tehty, jos sulla on suolen alueella joku tällanen ja miten se sit menee. Vai onks niinku käytännössä tilanne se, että niistä ei haluta edes keskustella ennenkun se on fakta mikä on.

Oleellisena aineistossa ei näyttäytynyt se, että potilas tiesi tutkimusten tuloksia sinänsä, vaan potilaat kaipasivat keskustelua siitä, mitä nämä tulokset voivat merkitä potilaan elämässä hänen nykyisessä ja tulevassa tilanteessaan. Tuki merkityksellisenä tietona on potilaan ja hoitavan henkilökunnan keskinäistä vuorovaikutusta, jossa potilasta koskevaa tietoa rakennetaan ja jäsenetään. Potilaat pitivät tärkeänä, että myös epävarmat asiat lausutaan ääneen, vaikka varmaa tietoa ei edes olisi. Tätä voi pitää pikemminkin tarpeena hallita kuin vähentää epävarmuutta. Eräs potilaista kuvaa kotiinlähtökeskusteluaan tilanteessa, jossa tarkkaa syytä hänen oireisiinsa ei voida todeta ja jossa ennusteen tekeminen on hankalaa:

LM: Miten paljon siitä keskusteltiin, tavallaan siitä tulevaisuudesta siellä sairaalassa? Siis näistä mahdollisista vaihtoehtoista?

PETRI: Aika vähän, itse asiassa koska tota, lääkärinkään ei pysty diagnosoimaan sitä tilannetta niin tarkkaan, ett se ois sanonu, että syy on tämä ja tämä, vaan se jää niinkun niin lääkärille, kun mulle ittellenikin epäselväks, että mikäs on tämä konkreettinen aiheuttaja. Ja se tietysti, siinä rassaa eniten, kun ei tiedä sitä varmaa syytä.

LM: Oisko siitä halunnu keskustella, onks se sellanen asia josta ois ollu tarvetta puhua...

PETRI: Me keskusteltiin tän lääkäri kans tänä aamuna, analysoitiin sitä tilannetta, koetuloksia ja muita ja historiaa ja nykyhetkeä. Kyll me käytiin se keskustelu siinä ihan, ihan hyvin, ett mun mielestä kävi selväks se, että ei heilläkään tässä tilanteessa, tässä vaiheessa oo kättä pitempää, varm.. Mun mielestä se lääkäri oli fiksu siinä mielessä, ett hän ei lähteny arvailemaan, ett sanonu, ett tää johtuu sienistä tai tota muusta, ett siinä mielessä ni, se oli pätevä kaveri, ett se ei lähtenykään antamaan ittelle sellasta oletusta, että se johtu varmaan niistä viikko sitten syödyistä sienistä, vaan sano, että hän ei todellakaan tällä hetkellä, voi sanoa sitä sataprosenttisella varmuudella, ett nyt vaan seuraan ja sitte välittömästi ottaa yhteyttä kun tulee eteen ni uudelleen

ja, ett päästäis kiinni siihen, ett täydellä varmuudella ei pystytä tällä hetkellä sanomaan [- -] se on mulle tärkeintä tietää, että nämä perustulokset mitkä röntgenkuvat ja ultraäänit ja verikokeet osottaa, ett mitään muuta ei ole, ett oli vaan yks häiriötekijä, ja, ja sille ei vaan nyt oo konkreettista selitystä.

Tiedon saamisessa monet potilaat pitivät tärkeänä sitä, että tieto on rehellistä ja mahdollisimman tarkkaa silloin, jos siihen on mahdollisuus. Rehellisyydellä he tarkoittivat sitä, ettei tietoa kaunistella, vaan että esimerkiksi tutkimuksia suunniteltaessa kerrotaan myös se, että se saattaa aiheuttaa kipua. Tähän liittyi asioista puhuminen niiden oikeilla nimillä. Eräs potilas epäili sairastavansa vakavaa ja harvinaista syöpäsairautta, mutta hoitava henkilökunta ei puhunut sairaudesta sen nimellä, mitä hän kuvasi seuraavalla tavalla:

SIRPA: Keskiviikkoiltan tuli sit hoitaja, ja tietty mä olin aika depiksessä, sitten siinä. Mä sitt vaan sille sanoin, että joo, että mä tiedän että mun isä kuoli siihen tautiin.

LM: Aivan. olitko sä itse ensimmäinen joka käytti sitä sanaa?

SIRPA: Minä. (Itkee.) (Tauko.) Minä. Varsinkin kun mun isä on kuollu siihen. Se on ollu vähän yli kuuskymppinen, että, ett ei tunnu niin kauheen kivalta. Ett se oli aivan hirvee se lähtö. (Tauko.) Mut kukaan muu ei sitä sanaa käyttäny, se vaan sano.. ett sitte.. mä sanoin (hoitajalle) että.. mä en oo sanonu kenellekään muulle kun sulle.. Ett tuntuu tosi tosi kurjalta ja ett on ajatuksia paljon mielessä.

Potilas palasi useassa kohtaa haastattelua samaan teemaan. Puhumattomuudelle syntyi merkityksiä huolen vähättelystä. Potilaat kokivat, että asioista puhuminen niiden oikeilla nimillä auttaa osaltaan potilasta mukautumaan omaan sairauteensa ja merkityksentämään niin tilannetta kuin siinä olevia vaihtoehtojakin.

Tuki merkityksellisenä tietona merkitsee potilaan mahdollisuutta arvioida omia toimintavaihtoehtojaan ja ennakoida oman sairautensa ja hoitonsa etenemistä. Oleelliseksi potilaiden kokemuksissa muodostui se, millä tavoin potilas koki omasta voinnistaan keskustellun. Kirjallisia ohjeita ei pidetty samalla tavoin merkityksellisinä kuin keskustelua hoitavan henkilökunnan kanssa. Tuki merkityksellisenä tietona oli ennen muuta verbaalista viestintää, jossa potilaan tieto rakentuu interpersonallisessa vuorovaikutuksessa. Vuorovaikutuksen merkitys korostui potilaiden kokemuksissa siten, että samaansa tietoon olivat tyytyväisiä ne, jotka kokivat henkilökunnan olleen riittävästi vuorovaikutuksessa potilaan kanssa. Tyytymättömiä olivat ne, jotka kokivat, ettei omasta tilanteesta ollut riittävästi keskusteltu ja että tiedon välittäminen oli jäänyt yksittäisten tietojen luettelemisen tai esittämisen varaan. Eräs potilas pohti tietämissen merkitystä keskustelussa, jossa haastattelun päätyttyä käytiin keskustelua tekeillä olevan tutkimuksen tavoitteista ja siitä tutkimustiedosta, jota tuesta hoitotyössä on saatavilla:

LM: ...on aika luotettavasti pystytty osottamaan että ohjauksella, esimerkiksi ennen leikkausta saatavalla ohjauksella esimerkiksi ja vuorovaikutuksella yleensä on osotettu olevan merkitystä toipumiselle ja esimerkiksi kipulääkkeiden tarpeelle ja tällaisille asioille ja silloin tietysti tulee merkitykselliseksi se, että miten siellä tieto kulkee...

HEIKKI: Aivan. Miten mun pitäis suhtautua mun oireisiin, ett onks ne huolestuttavia vai eiks ne oo huolestuttavia. Ett mullakin nyt on ollu edelleen näitä oireita, niin kylähän mä tuln tuossa, toissapäivän vietin niin keskussairaalan poliklinikalla että työ-

terveyslääkäri, kun mä kävin siellä niin hän lähetti sinne, kun ei itsekään tienny, onks nää vakavia vai eikö. Eikä sielläkään tienny sitten, kun lääkäri ensin tutki, että aha vähän vaikuttaa pahalta, että tänne sä joudut jäämään, kunnes sitten laboratoriotulokset valmistu että ne on aika.. Mäkin mietin pitkään, että pitäiskö tästä mennä vai eikö pitäis mennä ja, mutt eihän sitä voikaan tietää [- -] mutta moniin muihin sitten osais suhtautua niihin oireisiin, ett kyllähän sitten, kun sä oot jossain yksin kotona toipumassa, niin nehän rupee huolestuttaa ne oireet, varsinkin kun lääkäri sanoo että olisit kuolla voinu kanssa, ja sitten taas että se voi uusia, vastaavanlainen.

Tuki merkityksellisenä tietona on vuorovaikutusta, jossa potilaan hallinnan tunne kasvaa erityisesti sitä kautta, *että potilas pystyy rakentamaan mielen omalle tilanteelleen*, ymmärtää asioiden välisiä yhteyksiä ja myös luo henkilökohtaisen merkityksen sairaudelle, sairastamiselle ja hoidolle. Potilaat olettivat saavansa tämän kaltaista tukea hoitavalta henkilökunnalta. Nekin haastatelluista potilaista, jotka merkityksensivät tuen ennen muuta emotionaaliseksi tueksi ja jotka sanoivat, etteivät erityisesti kaipaa tai hae tukea hoitavalta henkilökunnalta, korostivat omaan tilanteeseensa liittyvän tiedon ja siitä keskustelemisen merkitystä.

Kun tuki ymmärrettiin merkityksellisenä tietona, hoitohenkilökuntaa pidettiin tärkeimpänä tuen lähteenä. Kaivattu tieto on juuri henkilökunnan ammatilliseen osaamiseen liittyvää tietoa. Erityisen tärkeiksi potilaat kokivat keskustelut lääkärin kanssa, koska lääkäriellä oleva lääketieteellinen tieto koettiin tarpeelliseksi. Samasta syystä johtuen jotkut potilaat olivat myös tyytymättömiä juuri lääkäreiltä saamaansa tietoon. Hoitajilta saatuun ohjaukseen ja tietoon haastatellut potilaat olivat sekä tyytyväisiä että tyytymättömiä. Muutamat haastateltavat eivät juuri puhuneet hoitajan roolista tiedon käsittelemisessä, mikä saattaa johtua juuri siitä, että lääkäri nähdään ensisijaisena tiedon lähteenä. Hoitajan kanssa käydyt keskustelut eivät ehkä samalla tavoin jäsenyneet potilaan kokemuksissa tiedon merkityksentämisen välineeksi. Toisaalta myös hoitajien merkitys merkityksellisen tiedon tuottajana koettiin tärkeäksi.

Tuki emotionaalisen kuormituksen käsittelemisenä

Potilaiden käsitykset tuesta liittyivät paitsi tietoon myös emotionaalisiin funktioihin. Useimmat potilaat antoivat tuelle merkityksiä emotionaalisten reaktioiden käsittelemisenä. Potilaiden odotukset emotionaalisten seikkojen käsittelemisestä vaihtelivat suuresti: Osa potilaista odotti ja toivoi emotionaalisista asioista puhumista. Osa puolestaan totesi, ettei emotionaaliselle tuelle sairaalassa ole tarvetta, vaan pikemminkin emotionaalisissa asioissa läheiset ja perhe ovat tärkeämpiä tuen lähteitä. Juuri ne, jotka sanoivat, etteivät tarvineet tukea henkilökunnalta sairaalassaoloaikanaan antoivat tuelle emotionaalisia merkityksiä. Toisin sanoen he eivät kokeneet tarvitsevansa emotionaalista tukea.

Kun tuki merkityksentyi emotionaaliseksi tueksi, sillä viitattiin ensinnäkin siihen, että potilaalla on mahdollisuus puhua tunteistaan ja ilmaista niitä ääneen. Omien tunteiden ilmaiseminen, olipa kyseessä sitten pelon, ahdistuksen tai huolen ilmaisu, koettiin merkityksellisenä, koska se auttoi potilasta tuulettamaan negatiivisia tunteitaan, jolloin niitä oli helpompi kestää. Tuki on tästä

näkökulmasta siis vuorovaikutusta, jossa hoitaja on läsnä ja potilaan kanssa tilanteessa, jossa potilaan on mahdollista ilmaista omia tuntemuksiaan.

Huolien ääneen lausuminen koettiin myös mahdollisuutena merkityksentää omaa tilannetta ja kuvata niitä henkilökohtaisia merkityksiä, joita potilas tilanteelle antaa. Tärkeäksi koettiin hoitajan tapa reagoida potilaan tunneilmaisuihin tai huolenilmauksiin, minkä perusteella potilaat tekivät päätelmiä hoitajan supportiivisuudesta. Tätä voidaan kuvata responsiivisuudeksi, jota luonnehtii tunteisiin vastaaminen, tunteiden huomioiminen ja tunteiden käsitteleminen yhdessä potilaan kanssa. Potilaat kuvasivat sitä esimerkiksi empatian käsitteellä.

Hoitajan potilaan tunneilmaisuille antaman ajan, kuuntelemisen ja responsiivisuuden koettiin oikeuttavan potilaan tuntemukset ja emotionaaliset reaktiot. Emotionaalinen tuki sai merkityksiä myös tunteiden jakamisesta, mikä tarkoitti hoitajan osallistumista ja samastumista potilaan tuntemuksiin. Potilaat kuvasivat tätä kokemuksena siitä, että molemmat vuorovaikutusosapuolet kokevat tunteet yhdessä ja jollain tapaa yhteisiksi, mikä tarkoitti emotionaalisen kokemuksen ja tunnetilan jakamista. Eräs potilas palasi kertomuksessaan aikaisempaan sairaalakokemukseen, jolloin hänellä epäiltiin aivokasvainta:

SIRPA: ...ett ennen eri tavalla tuntuu ett sai niinkun tukea. Sillonkin, kun mulla oli se aivokasvaine päily ja kerättiin paperit siirtoa varten, ni yks hoitaja tuli [- -] se tuli ja sano mulle, että sulla on nyt tosi paska juttu, että sä oot hänen kanssa samanikänen ja häntä itkettää valmiiks, kun hän tulee tähän sun luokse. Ja se itki. Sitt me itkettiin yhdessä ja me puhuttiin, ja mä vielä sanoin, että paska mulla on pojan häät tulossa ja kaiken maailman juttuja, että mä oisin halunnu nähdä kun mun lapset menee naimisiin ja olla isoäiti ja kaikki, nytkö tää koko paska kaatuu tähän. (Alkaa itkeä.) Aikansa itkettiin sitten, ja mä muistan että me istuttiin ikkunasyvennyksessä sairaalassa, se autto mut siinä ikkunasyvennykseen, istuttiin siinä ikkunasyvennyksessä ja aikansa itkettiin siinä, ja mä sanoin että nyt helpotti, nyt voidaan olla rauhassa. Sitt se tuumas vaan, että oli elämäni rankin työvuoro, mutt kyllä tästä selvitään. [--] se tuli valmiiksi niinku silleen siihen ajatukseen, varmaan sillä oli kiire, mä en uskokaan, etteikö sillä ois ollu kiire, etteikö oo näin ruuhkasella osastolla potilaita, käännettäviä ja hoidettavia, mutt se ei lähteny siitä tilanteesta, ja se oli niinku valmistautunu siihen, että mulle on tosi kurjat jutut sanottu [- -] niin se itki mun kanssa. Ja must se ei ollu huonon hoitajan merkki, se oli sen hoitajan merkki, ett se myös tunsu jotakin siinä tilanteessa ja kuitenkin sillä oli ammatillisuus mukana vaikka se itki. Se oli kuitenkin niinku se tuki ja turva siinä tilanteessa. Mitä mä vain tarvittin.

LM: Itkuko ei tehnyt siitä vähemmän turvallista?

SIRPA: Ei, ei se ei tehny, vaan se että, se näki että sillä on tunteet ja se on myös tunteva ihminen ja se ei vähennä sen ihmisen arvoa vähääkään.

LM: Eikä ammatillisuutta?

SIRPA: Ei. ei. Kun mä itkin, niin se itki, se rupes itkemään, kun mä kerroin ja sitten kerroin vielä pojasta, että kun se tuli ja veteli mua nyrkillä, että mä oon paska tyyppi joka yrittää jättää äitin työnsä kesken.

Emotionaalisen tuen hakeminen kytkeytyi tuen saajan ja antajan vuorovaikutussuhteeseen, ja potilaalle oli merkityksellistä se, kenelle hän ilmaisi huoliaan ja tuntemuksiaan. Tarkasteltaessa tuen emotionaalisia merkityksiä kuuntelemisen näkökulmasta ei siis ole kyse vain kuuntelemisesta. Potilaalle se, että hoitaja kuuntelee, merkitsi myös, että potilas uskoutuu hoitajalle. Uskoutuminen kuvaakin uskaltautumista itsestäkertomiseen, omien tunteiden paljastamiseen.

Kun potilas kaipaa emotionaalista tukea, on hänelle merkityksellistä se, kenelle hän huolissaan uskoutuu.

LM: Oliko siellä sairaalassa joku jolle saatto ilmasta huolia?

AILA: No, no mun kohalla ei ollu ihan sellasta sitten, että mä oisin tuntenu sellasta, että mulla ois ollu mistään semmosta huolta, tietysti sen ois sitten ilmassu kenelle vaan jos semmonen tilanne ois tullu. Onhan se sitt, jos pakko tulee. Mutt tietystihän siinäkin sitten valitsee sen ihmisen, että kuka se on kelle, että emmä kyll sitten sanos, että ihan jokaselle vois niinkun (sanoa).

Useimmat potilaat antoivat tuelle merkityksiä emotionaalisten reaktioiden käsittelemisenä sekä mahdollisuutena tunneilmaisuihin. Kaikki potilaat eivät kuitenkaan odottaneet tämänkaltaista tukea hoitavalta henkilökunnalta. Osa potilaista näki, että kiire ja hoitamisen rutiininomaisuus vaikuttaa mahdollisuuksiin saada emotionaalista tukea, osa puolestaan korosti, ettei halua tällaista tukea sairaalasta, vaan omaisilta ja läheisiltä. Seuraavassa esimerkissä näkyy potilaan käsitys siitä, että emotionaalinen tuki liittyy pikemminkin omiin henkilökohtaisiin suhteisiin, eikä sitä nähdä niinkään potilas-hoitajavuorovaikutuksen piirteinä:

LM: Eli tavallaan semmosista mielentilaan liittyvistä asioista, siis siitä mikä kuuluis siihen henkiselälle...

HEIKKI: Emmä oo koskaan kuullu, kun mä oon nyt kolme kertaa ollu leikkauksessa, niin emmä oo ikänä vilahtanu [- -] ehkä ne arvioi, että eihän tuo tartte varmaankin. Ja onhan se resurssit aika vähäiset kuitenkin, että jos siellä ruvettais jokaiselle tarjoomaan, ja yks sun toinen sanois, että kyllähän mä mielelläni saattaisin keskustella, niin johan se menis tukkoon se palvelu sitten.

LM: No oisko sitä kaivannu jossain vaiheessa [HEIKKI: No ei, ei] tai millasta...

HEIKKI: No ei itte asiassa kyllähän se, tai sanotaanko tän tyypistä juttua, niin kyllä se, kyllähän ne tuli omaisten ja ystävien puolelta, tämmöset jutut näistä tuntemuksista. Ja sitten sekin helpotti kun sitten näitä, kun oli näitä mitä askarrutti, niin sitten ei siellä hoitajat oikein vastannu nin, ei se mitään, mä otin kännykän ja rimpautin tolle lääkärituttavalle ja, ja kyselin häneltä. (Naurahtaa.)

[- -]

LM: Kenelle, jos ois tullu semmonen olo, että ois ollu huolia, niin kenelle siellä ois voinu siitä asiasta sanoo, tai kuka on se, jonka puoleen siinä asiassa kääntyisi, jos tuntuis siltä, että nyt täytyy saada jotenkin jäsentää..

HEIKKI: Niin, jotain kuolemanpelkoa tai tällasta jotain vastaavaa ahdistusta.. [LM: ahdistusta] Joo, no ensimmäisenä ei ois tullu mieleen sairaalaorganisaatio ollenkaan, että kyllä se ois ollu sitten omat läheiset.

Emotionaalisen tuen näkökulmasta merkityksellistä oli se, että erityisesti lyhytaikaisessa sairaalassaolossa odotusta ja tarvetta emotionaaliseen tukeen ei syntynyt samalla tavoin kuin silloin, kun kyse oli pitkäaikaisesta sairastamisesta tai hyvin vakavasta sairaudesta. Aineistosta nousi esille tilanteita, joissa potilas koki jäävänsä vaille mahdollisuutta tunteiden ilmaisemiseen, vaikka kokikin sellaiselle tarvetta. Toisaalta potilaat kuvailivat myös tilanteita, joissa tunteiden ilmaisemiselle oli ollut mahdollisuus.

Kanssa oleminen selviytymisen tukena

Tuki merkityksellisenä tietona ja tuki emotionaalisen kuormituksen käsittelemisenä kytkeytyivät molemmat selviytymiseen: kun tuki merkityksennettiin ymmärryksen luomiseksi tai emotionaaliseksi tueksi, oli kyse vuorovaikutuksesta, joka antoi mahdollisuuksia merkityksentää omaa tilannetta ja omia mahdollisuuksia tässä tilanteessa. Tällöin tuki oli erityisesti oman tilanteen ja omien tunteiden *käsittelemistä* ja ymmärryksen luomista siihen, mitä sairastaminen ja hoito tarkoittavat itselle. Yksilön näkökulmasta on kysymys erityisesti merkitysten konstruomisesta: supportiivista vuorovaikutusta on sellainen viestintä, joka auttaa potilasta konstruoimaan tilanteessa ”käyttökelpoisia” merkityksiä. Tarkoitan tällä sitä, että merkitykset auttavat ymmärtämään omaa sairautta ja mukautumaan sairastamiseen siten, että potilaalla on erilaisia mahdollisuuksia ja toimintavaihtoehtoja, selviytymisstrategioita.

Viestintäkäyttäytymisen näkökulmasta on kysymys erityisesti verbaalisesta viestinnästä, joskin myös nonverbaalinen viestintä toki vaikuttaa päätelmiin vuorovaikutuksen supportiivisuudesta. Oleellista on, että vuorovaikutus on sisällöllisesti sellaista, että se mahdollistaa näiden käyttökelpoisten merkitysten luomisen. Tärkeää onkin erottaa potilaan saama informaatio tiedon jäsentämisestä: tuki merkityksellisenä tietona ei tarkoittanut tiedon jakamista, vaan tiedon merkityksellistymistä. Tuki emotionaalisen kuormituksen käsittelemisenä ei merkitse empatian osoittamista, vaan tunnereaktioiden oikeuttamista ja mahdollisuutta niiden työstämiseen. Tieto itsessään voi jopa ahdistaa, jos se ei merkitse mitään, ja tunteista puhuminen voi kuormittaa potilasta tilanteessa, jossa hän ei halua ilmaista huoliaan. Tuessa on kysymys selviytymisestä, jota voi työstää yhdessä toisen kanssa, kun vuorovaikutuksessa tuotetaan uusia merkityksiä.

Tukeen selviytymisen resurssina liittyivät läheisesti potilaan omat selviytymiskeinot, joita potilaat tässä aineistossa kuvasivat lähinnä suhtautumistapoina omaan tilanteeseensa. Jotkut potilaat kertoivat ”ottavan asian niin kuin se on” tai nollaavansa tilanteen, mikä kuvaa suhtautumista sairastamiseen haasteena, joka vain on hyväksyttävä osaksi omaa elämää. Tällöin suhtautuminen ei ole kovinkaan tunneperäistä, ja sitä leimasikin se, ettei asiaa haluta miettiä tai vatvoa muiden, ainakaan vieraiden kanssa. Näissä tilanteissa potilaat eivät niinkään odottaneet hoitavalta henkilökunnalta emotionaalista asioista keskustelemista, vaan pikemminkin tosiasioiden ja erilaisten toimintavaihtoehtojen punnitsemista. Tällaista suhtautumista kuvaa seuraava esimerkki:

LM: No tuliko, kun sanoitte, että tää yks potilas siinä sai huonoja uutisia, niin puhuitteko te niistä?

SEPPO: Ei (painokkaasti). Ei, en ottanu ollenkaan puheeks. [LM: joo.. eli se oli siten..] Ne on vaikeita asioita ei niitä enää viiti lähtee jauhamaan.

LM: Mmm, ett siinä toimi sitt semmonenkin että, semmonen hienotunteisuus [SEPPO: Joo kyllä] muita potilaita kohtaan. No mitä, jos ajattelee tukea, niin mitä tuki tarkoittaa? Tai mitä se tuki tommosessa sairaalahoidossa on?

SEPPO: No se on vähän vaikeempi vastata tuohon kysymykseen, että, että tuota. Ja kyllähän sitä sitten sais hoitajilta semmosta tukea, jos osais kysyä ja ois.. mutta mulle ei ollu semmosia asioita, että mä oisin paljon sitä tukea tarvinnu. Niinkun mä

sanoin tuossa alussa, mä otan asiat niinkun ne on, että, että niissä ei sitten paljon semmonen ulkopuolinen tuki, tuki auta, paitsi tietysti lääketieteellinen... sitä odottaa vaan päivä kerrallaan mitä lääkäri sanoo ja tut.. ja mitä nuo kaikki kokeiden tulokset antaa.

Kun potilas itse suhtautui omaan tilanteeseensa vastaantulevana haasteena, jota potilas pyrki hoitamaan erillisenä asiana, saattoi emotionaalisen tuen osoittaminen ja tunteista puhuminen olla potilaan mielestä jopa tungettelevaa. Erityisesti silloin, kun potilas kokee, ettei hän halua emotionaalista tukea sairaalasta, vaan pikemminkin läheisiltä. Toisaalta tunteista puhuminen voi olla myös kuormittavaa tilanteessa, jossa potilaan huoli on suuri. Joissakin tilanteissa potilaalla ei välttämättä ole edes resursseja emotionaalista tekijöistä puhumiseen, ja keskustelun vieminen emotionaalille alueelle voi tällöin jopa häiritä potilaan selviytymistä, koska se on ristiriidassa hänen oman strategiansa kanssa. Tällöin tiedon jäsentäminen on tukena merkityksellisempää ja tarpeellisempää. Eräs potilaista kuvaa omaa tilannettaan, jossa olennaista oli vain selviytyä akuutista tilanteesta, omasta sairastamisesta ja isän kuolemasta, tilanteesta, joka jo sinällään oli kuormittava ilman emotionaalisten tekijöiden käsittelemistäkin:

LM: Kun sä omaisena kävit katsomassa isää siellä toisella osastolla niin, koitko sä omaisena saavas tukea sen osaston henkilökunnalta?

TERHI: Jjoooo.. mä luulen ett sekin on aika paljon kiinni, kiinni persoonasta, että mulla oli siinä vaiheessa siis sellanen tilanne, ett mä olin ite aika huonossa kunnossa ja sit mä kuitenkin, mun piti jaksaa hoitaa Jaakko ja mä siirsin hyvin paljon omaa energiaani mun äitiin, jolle tietysti menetys oli tosi raskas, niin, mä en sillä tavalla, en ehkä kaivannukaan sieltä semmosta, jotenkin ylenpalttista tämmöstä, [-] koska ei mulla ollu oikeestaan semmoseen niinku, mulla ei ollu aikaa, enkä mä toisaalta... halunnu käyttää sitt sellasta jotenkin, että, että mä vaan niinku halusin saada asiat rullaamaan eteenpäin enkä jäädä vellomaan siihen että, no saanko mä nyt täältä tukee ja silleen että...

LM: Onks se semmonen asia, että ei oo resurssejakaan niiden ulkopuolisten ihmisten kanssa sitä asiaa puhua?

TERHI: Mmm.. no se voi osittain olla joo. Mulla tietysti se, mun on kauheen vaikeetta ottaa siihen kantaa, ku mä olin ite tosiaan kauheen huonossa kunnossa ja mä ite koko ajan mietin sitä, ett mun on pakko jaksaa [- -] mä tiesin sen että mulle jää kaikki hautajaisjärjestelyt kaikki [- -] ni jotenkin mä ehkä sit aattelin, ett mulla ei oo aikaa tällaiseen ylimääräiseen niinku, jotenkin niinku sellaseen, ett vieraat ihmiset velloo sitä asiaa. Että kuollu mikä kuollu ja sitten siirrytään seuraavaan asiaan. Ett tavallaan sit vasta niitten hautajaisten jälkeen mulla oli muutama päivä semmosta, että sit mä niinku mietin, mietin isää ja omaa lapsuuttani ja silleen. Mutt ett se oli varmaan joku semmonen, ett nyt mä en keskity näihin asioihin ollenkaan, ett anti olla.

Jotkut potilaista kuvasivat suhtautumistaan omaan sairastamiseen tunnemerkitysten kautta. He kuvasivat pyrkivänsä hallitsemaan tunnereaktioitaan, olemaan rohkeita ja surematta turhaan. Normaalista elämästä, arjen tekemisistä kiinnipitäminen koettiin tällöin oleellisena, vaikka sairaus herättikin huolta ja surua. Tällöin myös emotionaalinen tuki oli merkityksellisempää juuri tunteiden hallitsemisessa ja purkamisessa, tulipa se läheisiltä tai hoitavalta henkilökunnalta. Kiinnostava esille noussut selviytymisen keino oli myös läheisten suojaaminen kuormittavilta asioilta, mikä saattaa kuvata juuri tarvetta emotionaalisen kuormituksen vähentämiseen: asiasta puhuminen läheisten kanssa voisi olla liian kuormittavaa vaikeassa tilanteessa. Tämä johti eräiden potilaiden

kohdalla ulkoapäin katsottuna paradoksaaliseen tilanteeseen, jossa potilaasta itsestään tuli tuen antaja ja vaikean tilanteen kantaja: potilaalle tämä saattoi olla kuitenkin tärkeä selviytymiskeino. Jotkut potilaat pohtivatkin haastatteluissa sitä, millä tavalla pitäisi kertoa omasta tilanteestaan muille. Tätä potilaan kaksoisroolia tuen tarvitsijana ja antajana kuvaa seuraava esimerkki:

LM: Kysykö kukaan kuinka sä voit [SIRPA: ääh] niinku tämmösessä tunnemerkityksessä tai emotionaalisessa merkityksessä?

SIRPA: Ei, ei, ei!

LM: Oisko sitä kaivannut, tai missä kohtaa..

SIRPA: No, ehkä olis voinu kysyä, että miten sä voit ite nyt henkisesti. Kun kuitenkin tilanne on se, että emmä voi niinku täällä kotona [--] sitä totuutta välittää, ett mikä se on. Koska jos mä täällä oirehdin ihan hirveesti, ni siinä vaiheessa mä tiedän, että kaikki voi huonosti, ja mun on nyt kuitenkin oltava vaan vahvoilla silleen että.. Sitten kun mun siskot on vielä silleen molemmat [--] eivät tiä sitä kaikkea, mutta aavistelevat, niin ne on olleet ihan paniikissa ja itkeneet puhelimesta, jollonka mun on pitänyt lohduttaa niitä.

LM: Se kääntyy tavallaan ympäri...

SIRPA: Se kääntyy ympäri, että mä oon se, joka tukee muita ja heidän herjaakin, että haloo, mä en oo arkussa vielä. Niinkun heidän semmosen älyttömän läpän, kun mä nään että muut on ihan paniikissa, ni mä sanon, ett hei. [- -] Eilen kun mun sisko kävi, niin se jahkas, että et sää kyllä kunnossa oo, että sä oot niin väritön ja harmaa, jollonka mä vinoilin, että mä en oo kerenny olla auringossa, kun mä oon ollu koko kesän sairaalassa. Että tavallaan mä joudun suojelemaan koko porukkaa.

Emotionaalista kuormitusta purkavista selviytymiskeinoista huumori nousi esille muutamien potilaiden kertomuksista, eräs potilaista kuvasi rukousta omana keinonaan. Ylipäätään usko ja luottamus, ei siis vain hengellinen usko, vaan ajatus siitä, että asiat tapahtuvat parhain päin, oli se ajatus, mihin monet potilaat kertoivat pyrkivänsä turvautumaan. Kun mitään varmaa ei ole, on vain luotettava siihen, että kaikki tekevät parhaansa. Tämä kuvaa suhtautumistapana strategiaa, joka kytkeytyy pikemminkin tukeen jatkuvuuden tunteen vahvistamisena kuin selviytymisenä merkitysten rakentamisena. Tarkastelen seuraavaksi tukea jatkuvuuteen liittyvänä varten olemisena.

6.1.2 Tuki varten olemisena

Kanssa olemisen rinnalle toiseksi kategoriaksi muodostui tuki varten olemisena, joka tiivistyi jatkuvuuden ylläpitämiseksi. Tuessa on tällöin kyse siitä, että potilas voi turvautua hoitavan henkilökunnan apuun ja jättäytyä heidän vartaansa. Tuki on vuorovaikutusta, jossa syntyy merkityksiä siitä, että hoitaja tai ylipäätään toinen vuorovaikutusosapuoli on olemassa itseä varten. Tuki jatkuvuutta ylläpitävänä kanssa olemisena rakentuu ennen muuta turvallisuuden tunteen vahvistamisesta ja relationaalisista tekijöistä. Se näkyy potilaiden kokemuksissa vuorovaikutusilmiönä, joka merkityksentyy toisen vuorovaikutusosapuolen vastuun ottamisena ja tilanteen kantamisena silloin, kun omat voimavarat eivät ole riittäviä.

Turvallisuuden tunteen ylläpitäminen

Monet potilaat käsitteellistivät tuen ennen muuta turvallisuuden tunteen rakentamiseksi. Turvallisuus tai turva mainittiin jopa tuen synonyyminä, mikä kuvaa tuelle annettua yleistä tai käsitteellistä merkitystä. Turvallisuus nousi esille tuen merkityksenä kuitenkin myös niissä kokemuksissa, joita potilaat kuvaavat. Tuki turvallisuuden tunteen ylläpitämisenä on vuorovaikutusta, joka lisää potilaan turvallisuuden tunnetta sairaalahoidossa. Siihen sisältyi kokemus jatkuvuudesta: oman turvallisuuden ollessa uhattuna oli oleellista nähdä oma elämä jatkuvana myös hoitotilanteiden ja koko sairaalahoidon aikana.

Tuki turvallisuuden tunteen vahvistamisena merkityksentyi erityisesti hoitotyön kontekstin kautta. Koska sairaalahoidossa potilas on muiden avun varassa, oli turvallisuuden tunteen vahvistaminen oleellista, kuten eräs potilaisista kuvaa:

LM: No miten sitten tämän tyyppisessä tilanteessa, kun te olitte siellä osastolla, niin miten siinä, mitä tuki tämmösessä hoidossa on? Mitä tuki tarkoittaa? Tai mitä se tuki tämmösessä hoitotyössä on?

HELENA: Tuki. No se voi olla just sitä, että se henkilökunta tukee sitä potilasta siinä epävarmuudessa ja niissä tilanteissa, mikä hänellä silloin on. Vahvistaen just sitä, että hän on turvallisissa käsissä, auttavissa käsissä, tietävissä käsissä, ja kuitenkin, että myös, niinku mullekin sanottiin siinä leikkauksessa, että kaikkia oireita ei voi poistaa. Eli kuitenkin sanoo myös ne, mitä se voi se leikkaus tuoda tullessaan. Että semmonen tuki ja turva, elikkä semmosena minä koen sen. Että se antaa sille potilaalle semmosen turvallisen tunteen, koska hän joutuu jättämään niin sanotusti elämänsä toisten käsiin siinä vaiheessa, kun sä sinne uneen menet, niin sä oot siinä niitten toisten armoilla.

Koska sairaus, sairastaminen ja sairaalahoido synnyttävät sellaista epävarmuutta ja avun tarvetta, johon potilas ei pysty normaaleilla selviytymiskeinoillaan vastaamaan, on potilaan välttämätöntä saada ammatillista apua. Tuki turvallisuuden tunteen lisääntymisenä onkin sellaista tukea, jota potilaat odottivat juuri hoitavalta henkilökunnalta. Hoitavan henkilökunnan vuorovaikutus koettiin supportiiviseksi silloin, kun se auttoi hallitsemaan sairastamisesta ja erityisesti hoidosta aiheutuvaa ja siihen liittyvää epävarmuutta. Potilaan turvallisuuden tunne merkityksentyi perusluottamuksena siihen, että hän saa ammatillista apua ja että hän saa osaavaa hoitoa. Turvallisuuden tunteen ylläpitämiseen kytkeytyikin merkityksiä saatavilla olosta ja siihen liittyvästä potentiaalisesta tuesta. Vuorovaikutuksen näkökulmasta tuki turvallisuuden tunteen lisäämiseenä on vuorovaikutusta, jossa hoitava henkilökunta rohkaisee ja vahvistaa potilaan luottamusta omaan hoitoonsa ja henkilökunnan osaamiseen.

Turvallisuuden tunne liittyy aina jossain määrin tulevaisuuteen, johon orientoiminen koettiin merkityksellisenä osana turvallisuuden tunteen rakentumista. Jotkut potilaista kuvasivatkin tukea pikemmin jatkuvuuden näkyväksi tekemisenä kuin suoranaisesti turvallisuuden tunteen ylläpitämisenä. Jatkuvuuden ylläpitäminen ja sen näkyväksi tekeminen näkyy potilaiden kokemusten perusteella erityisesti toipumisprosessin näkyväksi tekemisessä ja tulevaisuuteen viittaamisessa. Viittaamalla esimerkiksi siihen, mitä leikkauksen jälkeen tapahtuu ja kuinka potilaan hoito etenee, hoitaja ylläpitää toivoa. Potilaal-

la on näin mahdollisuus nähdä oma tilanteensa siten, että toipuminen etenee ja että potilaalla on mahdollisuus palata normaaliin elämäänsä. Eräs potilas kuvaa tulevaan viittaamista merkitykselliseksi saaduksi tueksi:

LM: Mitä sun mielestä se tuki on?

TERHI: No sehän merkitsee ihan hirveesti. [--] ja hoitajat katto niitä Jaakon kuvia siinä pöydällä, ett onpas sulla kivan näkönen pikkumies, onhan se niinkun sillain tosi tärkeetä. Ett niinkun ne hoitajatkin monesti sano, ett kyll sä pääset täältä tosi nopeesti pois, ett ei tässä varmaan mitään. [- -] Yks mikä muhun teki silleen, pikku juttu, mutt mikä teki muhun vaikutuksen, oli se, että kun siellä esimerkiks vaihtu vuoro, niin ni sitt, kun tuli yöks tää eri hoitaja, niin se tuli sit vaan sanoo mulle, ett laitaanpas vielä yks pussi liuosta tänne tippumaan sun suoneen, että pääset sitten toivottavasti pikasesti takasin kotiin sinne sun pojan luokse. Ett tavallaan muhun teki vaikutuksen se, että ainakin se oli mun papereista lukuun todellakin, että mulla on pieni poika kotona ja mä haluan sen luokse. Ett se teki muhun silleen vaikutuksen, ja kyllähän se, emmä tiiä, voiks sitä tukee oikeestaan muuten antaa, mutt kyllä se, että rohkasee ja juttelee, kyll mä ainakin arvostin sitä.

Edellisessä esimerkissä näkyy se, millä tavoin viestintäkäyttäytymisen tasolla oleelliseksi muodostui tuen sisältö ja sen kytkeytyminen potilaan tilanteeseen: vuorovaikutus oli potilaan omaan elämäntilanteeseen liittyvää ja tuki vahvasti toivoa palaamisesta normaaliin. Toivon ylläpitäminen ja rohkaiseminen saattoivat sisällöllisesti kytkeytyä myös varsinaiseen hoitotilanteeseen. Esimerkkeinä tällaisesta rohkaisusta potilaat kuvasivat tilanteita, joissa potilaalle suoritettiin joitakin toimenpiteitä. Juuri näissä tilanteissa monet potilaat sanoivat kokevansa eniten turvattomuutta ja pelkoja, ja niihin liittyen potilaat kuvasivat sekä supportiiviseksi että ei-supportiiviseksi koettua viestintää. Supportiivisena pelkojen liennyttämisen suhteen potilaat mainitsivat esimerkiksi viittaamisen tulevaisuuteen ja siihen, että potilas palaa osastolle leikkauksen jälkeen.

Tuki turvallisuuden ylläpitämisenä kytkeytyi erityisesti ammatilliseen apuun, jolloin tuen ensisijaisena lähteenä on hoitava henkilökunta. Myös muiden potilaiden ja omaisten koettiin ylläpitävän pitämällä yllä toivoa ja orientoimalla tulevaisuuteen. Monet kokivat kuitenkin turvallisuuden näkökulmasta henkilökunnan tuen lähteeksi, joka pystyy parhaiten luomaan merkityksiä jatkuvuudesta. Tuki näyttikin kytkeytyvän juuri *tilanteesta* selviytymiseen. Tuki turvallisuuden ylläpitämisenä liittyy ennen muuta tilannekohtaiseen epävarmuuteen ja siitä johtuvaan pelkoon, ahdistukseen ja turvattomuuteen. On oleellista kuitenkin muistaa, ettei kyse ole vain tällaisista tilanteista, joissa potilas kokee esimerkiksi pelkoa, vaan jatkuvuuden ylläpitäminen turvallisuuden tunnetta ylläpitämällä koettiin supportiiviseksi siitä huolimatta, kokiko potilas negatiivisia emotionaalisia reaktioita vai ei. Jatkuvuuden ylläpitäminen eroaakin tältä osin emotionaalisesta tuesta. Vaikka molemmat auttavat potilasta jäsentämään käsityksiään ja merkityksiään, turvallisuuden tunne perustuu siihen, että toinen osapuoli kantaa vastuuta tilanteessa. Sen sijaan emotionaalisessa tuessa on kysymys siitä, että tukea tarvitseva voi käsitellä omia tunteitaan ja emotionaalisia reaktioitaan. Alla oleva esimerkki kuvaa tilannetta, jossa potilas kuvaa ahdistuneisuuttaan leikkaukseen mennessä. Potilaalle tulee yllätyksenä tilanteessa se, että leikkaus aiotaan suorittaa epiduraalipuudutuksessa, jota hän ei halua:

LM: Pelottako tuossa leikkaukseen mennessä?

VIRPI: No mä sanon, että mua on, yhen kerran mua on pelottanu silleen että.. mulla on, mä en tiiä, mikä mulla on ton selkäydinpuudutus tai mikä juttu se on.. [LM: epiduraali] Se omalääkäri mulle sano, että nukutuksessa mut leikataan, ja sitten siellä leikkaussalissa se hoitaja sano, tai se anestesiaalääkäri sano, että se tehdään epiduraalis- sa. Mä sanoin, että ei tehdä [--] ni se rupes puhumaan mulle, ett miten vaarallinen on nukutus, että siihen voi kuolla ja että kun on monta kertaa nukutettu ja tää on niin pieni leikkaus, että se epiduraalipuudutus, se menee niin nopeesti että sä ett huomaakaan sitä [--] tässä oli hoitaja, anestesiaalääkäri oli täällä näin, niin se (anestesiaalääkäri) puhu siinä, että tää on niin vakava asia kuitenkin tää nukuttaminen, että siinä voi kuolla ja mä pidin (käsiä peitteen reunassa) tällain näin, mulla oli sellanen valkoinen iso pyyhe niinkun siinä päällä ja multa rupes kyyneleet valumaan, mua rupes oikeesti siinä sillain pelottaa [--] mua itketti ihan älyttömästi, mulla niinkun veet valuu näin, mä en voinu edes kattoa siihen lääkäriin, mä niinkun, mä niinkun olin vaan ja se hoitaja silitti, ja sano että ei sulla oo mitään hätää, oo vaan ihan rauhassa, ja se näytti sille lääkärille että (pudistaa päätään), ja sit se (lääkäri) sano, että herranen aika mitä mä rupesin sulle tässä tämmösiä puhumaan. Ei se nyt mitään tarkota, että tässä nyt mitään sattuu.

LM: Oliko se hoitaja turvallinen siinä tilanteessa?

VIRPI: Oli, se oli niinkun semmonen, ett kun se otti kiinni ja puristi mua kädestä [--] se oli ainut se hoitaja siinä semmonen mun, sillä hetkellä mihin mä pystyin turvautumaan, joka niinku otti musta kiinni ja sano että ei tässä oo mitään hätää.

Edellisessä tilanteessa potilaalle aiheutti pelkoa ja turvattomuutta epävarmuus nukutuksen onnistumisesta ja sen seurauksista. Hoitajan toiminnassa oli oleellista rauhoittaminen ja läsnäolo, jotka potilas koki turvalliseksi muuten kovin turvattomassa tilanteessa. Kyseessä ei niinkään ollut tilanne, jossa potilaan tunnetilaa käsiteltäisiin. Hoitaja toki oli responsiivinen tilanteessa, mutta potilaalle merkityksellistä oli hoitajan läsnäolo sinänsä ja siihen turvautuminen. Hoitaja oli siis tilanteessa pitämässä potilaasta huolta.

Tuki vuorovaikutussuhteen olemassaolona

Kun tuki merkityksentyi viestintäsuhteen ominaisuudeksi, oli kysymys siitä, että potilaalle suhde hoitajaan oli itsessään merkityksellinen. Tuki ei ollut pelkästään tilannekohtaista apua joltain hoitajalta, vaan tueksi koettiin nimenomaan se, että hoitosuhde on olemassa. Suhde alkaa tällöin merkityksentyä tueksi ja vuorovaikutukselle annetut supportiiviset merkitykset liittyivät tähän suhteeseen. Potilaat kuvasivat tukea suhteen piirteiden avulla ensinnäkin potilaan luottamuksena hoitajaan ja toiseksi hoitajan sitoutumisena potilaan hoitamiseen ja potilaan tarpeista huolehtimiseen. Suhde koettiin supportiiviseksi silloin, kun potilas koki hoitajan olevan häntä varten ja toimivan hänen puolestapuhujanaan. Eräs potilas kuvaa haastattelussa potilas-hoitajasuhteen merkitystä tuelle juuri sitoutumisena, mihin hän itse pettyi hoitajan vaihtuessa:

LM: Oliko siellä ketään sellasta henkilökuntaan kuuluvaa ihmistä, jonka kanssa sulle ois tullu sellanen olo, että tän ihmisen kanssa mä voisin puhua siitä, miltä musta tuntuu? Tai millanen mun mieli on just tällä hetkellä?

RAIJA: Tavallaan se ois voinu olla tää nuori hoitaja, mutta toisaalta hän oli niin nuori. Hän oli muuten hyvin empaattinen ja sen olonen, että hänellä ois ollu aikaa. Ja itse asiassa ei tää huono ollu tää mun ensimmäinen hoitajakaan, kyllähän me puhuttiinkin, ja mä sanoinkin hänelle, että nyt mulla on sellanen olo, että mä rupeen kohta itkeen. Että onneks nyt kyllä tuli ihan viimisessä tipassa hän tähän tilanteeseen, kun musta rupes tuntumaan, että mulla ei olekaan mitään. Mutt sitt se, että hän niinku

hävis, että se oli musta niinku tuplapettymys. Että just kun sulla on sellanen tunne, että jes, nyt joku huolehtii musta, nyt mulla on oma ihminen täällä, joka tulee mulle kertoon, se ei unohda.

Edellisessä tilanteessa korostui se, että potilas koki hoitajan olevan oma ihminen, johon voi luottaa ja turvautua. Kyse on varten olemisesta: potilaalla on joku, joka ajaa hänen asioitaan, huolehtii hänen tarpeistaan ja puolustaa häntä, jos potilas ei siihen itse pysty. Kyseessä on suhdetason tuki, jossa toinen hetkeksi ottaa potilaan ”tehtävät” hoitaakseen tai tilanteen kantaakseen.

Tuen merkityksentymisen vuorovaikutussuhteeksi voi ajatella liittyvän myös konkreettisen avun tai välineellisen tuen merkityksentämiseen. Kun toinen tekee jotain, mihin ei itse pysty, on oleellista, millaisia merkityksiä toisen osapuolen supportiivinen teko yksilöllisesti saa. Konkreettinen apu voi vahvistaa juuri tuen relationaalisia merkityksiä. Tuen saaja voi kokea itsensä tuen arvoiseksi. Tätä kuvaa parhaiten esimerkki, jossa potilas kuvailee omaiseltaan saamaa apua sairaalasta palattuaan:

LM: Mitä tuki tarkoittaa ja mistä tukea saa?

IRMA: (Huokaa.) Tietenkin, kyllä mä nyt uskon, että jos on sairas ni, lääkäri.. toivois ainakin, että saisi sieltä tukea ja jotakin tietoa omaan tilaansa. Mutta tuota eihän, musta tuntuu, että ei kumminkaan vieras ihminen ihan sillä lailla tunne ketään ihmistä, että sen täytyy olla semmonen läheinen ihminen, joka tuntee. Niin että kyllä musta tuntuu, että jos oikein sanoo, että pitää saada tukea, kyllä se tulee lähimmäisiltä.

LM: Lähimmäiset?

IRMA: Perhe ja niin.

LM: Ne on sitten niitä, jotka auttaa siinä selviytymisessä? Laittavat kävelylle?

IRMA: (Nauraa.) Tulee keittämään kattilallisen sosekeittoa ja luumusosetta (viittaa haastattelun aiempaan kohtaan), lähti Vaasasta asti tyttö ja haki mut sairaalasta lauantaina.

Esimerkin voi ajatella kuvaavan konkreettisen teon merkityksentymistä välittämisen, arvostamisen ja rakkauden ilmaukseksi. Tuki kyseisessä tilanteessa on ennen muuta sitä, että toinen uhrautuu omasta puolesta, näkee vaivaa ja on siis olemassa itseä varten. Merkitykset kytkeytyivät siis keskinäiseen suhteeseen, jolloin tuen voi siis ajatella olevan vuorovaikutuksen suhdetason ilmiö, jossa turvallisen vuorovaikutussuhteen olemassaolo jo sinänsä koetaan tukea antavana. Tällaisia merkityksiä liittyi tukeen niissä tilanteissa, joissa potilas itse oli äärettömän väsynyt. Ne kytkeytyivät myös kriisitilanteisiin, joissa oma toimintakyky katoaa osin tai kokonaan. Odotuksia tämänkaltaisesta tuesta liittyi myös potilas-hoitajasuhteeseen, kuten seuraava esimerkki osoittaa:

RAIJA: ...että tuli ihan sellanen olo, että jos mä joudun sinne toisen kerran, mä haluan ittelleni tukihenkilön, semmosen, joka koko ajan istuu mun vieressä ja ottaa kädestä kiinni, jos ihan karrikoidusti sanotaan. Tommonen jäi se loppuolo. Mä en ikinä, jos mut viiään jossain pakkopaidassa, niin mulla pitää olla joku yks henkilö, joku niin napakka ihminen, joka menee sinne ja sanoo, mikä sillä on, missä mennään, kun sä et ite jaksa. Vai oisko pitänyt lähteä sinne kansliaan tippatelineen kanssa kysymään, että tietääkö heistä kukaan mitään semmosta, mikä minua koskee.

Silloin kun potilas merkityksensä tuen ennen muuta vuorovaikutuksen suhdetason ja vuorovaikutussuhteeseen liittyväksi, muuttui hoitaja merkitykselliseksi yksilönä. Vaikka potilas-hoitajasuhteessa on kysymys ammatillisesta aut-

tamissuhteesta ja usein myös lyhytkestoisesta auttamissuhteesta, kuvasivat potilaat tuen näkökulmasta tärkeäksi sitä, että he voivat luottaa hoitajaan.

LM: No jos sä ajattelet tukea, niin mitä sun mielestä tuki on?

RAIJA: No ehkä se on jotenkin sitä, että tieto kulkee koko ajan [- -] ett periaatteessa huomioitais sen elämäntilanne. Jos se ihan parhaimmillaan ois, niin sulla tulis sellainen luottamussuhde siihen omahoitajaan, että sä voisit puhua sille vaikka siviilielämää, ja (selittää, että) sen takia mulla on paha olo muutenkin, kun mä oon kokenu tämmöstä ja tämmöstä, ett tää on mulle ylivoimainen paikka nyt olla. Mutta minusta se ois ennen kaikkea tämmöstä henkistä tukea, eihän se nyt paljon muuta voi olla. Lääkärihän tekee ratkaisut sitten siitä fyysisestä puolesta, mutta se tukihan pitäis olla siellä henkisellä puolella.

AILA: ...tottakai se on siihenkin, ett sehän on jo paljon, kun sanotaan, että jos ei tarvi puhuukaan toisen ihmisen, ku se on jo olemus semmonen, että se sitä ihmistä tukee. Että se katse ja se olemus jo siinä on semmonen. Mutta sitten saattaa toisella ihmisellä olla sellanen käytös, että älä hyvä ihminen tuu tänne, älä tuu lähellekään.

Tuki vuorovaikutussuhteen ominaisuutena syntyy ennen muuta relationaalisista sanomista. Kyse on siis siitä, millä tavoin hoitajan koettiin ilmaisevan huolenpitoa potilaasta. Potilaat kuvasivat aistivansa tai vaistoavansa hoitajasta sen, että tämä välittää potilaasta ja on halukas kuuntelemaan ja olemaan läsnä. Relationaaliset sanomat saattoivat olla sekä verbaalisia että nonverbaalisia. Erityisen merkitykselliseksi koettiin nonverbaaliset sanomat, seuraavassa esimerkissä potilaan kokema välittäminen näkyy kuitenkin verbaalisen viestinnän tasolla:

LM: Mitä sun mielestä tuki on?

SIRPA: No se on mun mielestä semmosta keskustelua. Että eihän ne muuten sillain osaa tukee. Että sillain mä aistin siitä yhestä hoitajasta, joka sillon keskiviikkona oli, joka tuli sitten, tuliko se perjantaina töihin. Ja se oli sitten säikähtyneenä katonu, ett mihinkä mä olin joutunu, ku mut oli siirretty pois eristyshuoneesta. Se tuli mua kattoon, vaikei ollu, että hän heti katto sun nimee ja säikähti, että mitä, missä sä oot, ja sitten hän rauhottu, että aha eristys on purkautunu, kun sä oot isommassa huoneessa. Ni se kävi (siinä huoneessa), niinku sillä oli semmonen ote.

Tässä esimerkissä näkyy, että hoitaja ilmaisi välittämistä ja huolenpitoa potilaasta verbaalisella tasolla kertomalla säikähtämisestään. Toisaalta suhdemerkituksen synnyttyä se ei enää sinänsä kytkeydy viestintäkäyttäytymiseen, vaan muodostuu pikemminkin kognitioksi.

Tuen vuorovaikutussuhteen ominaisuutena eroaa emotionaalisesta tuesta siten, ettei se edellytä tilanteen käsittelemistä tai tilanteeseen liittyvien emotionaalisten reaktioiden käsittelemistä, vaikka tilanteeseen liittyisikin emotionaalista kuormitusta. Tuki suhteen ominaisuutena, ei edellytä tuen tarvetta aiheuttavan *tilanteen* uudelleen merkityksentämistä, vaan pikemminkin on kyse siitä, että tuen funktiot liittyvät liittymisen tarpeeseen. Näin ollen relationaalinen tuki näyttäytyikin tuen perustasona erityisesti niissä tilanteissa, joissa potilaan epävarmuus ja huoli ovat erityisen suuria ja joissa potilaalla ei ollut resursseja oman tilanteensa käsittelemiseen.

Vuorovaikutussuhteen merkityksentyminen tueksi tarkoittaa, ettei tukea nähdä vain *suhteessa* ilmenevänä piirteenä, vaan että juuri *suhde itsessään* koetaan supportiiviseksi. On jossain määrin luontevaa, että ammatillisessa autta-

missuhteessa tuki koetaan juuri suhteen piirteeksi, koska koko viestintäsuhteen olemassaolo perustuu auttamiseen ja toisen osapuolen tarpeista huolehtimiseen. Suhdemerkitykset eivät liity siis vain henkilökohtaisiin vuorovaikussuhteisiin. Tuki merkityksentyi suhteeksi ja suhtautumiseksi erityisesti niiden potilaiden kokemuksissa, jotka *kaipasivat* emotionaalista tukea ja jotka kokivat ahdistuneisuutta. Toisaalta joidenkin potilaiden kokemuksissa tuki merkityksentyi turvallisuuden tunteeksi niissä *tilanteissa*, joissa potilas koki pelkoa ja tarvitsi rohkaisua. Näin ei kuitenkaan ollut kaikkien potilaiden kohdalla, vaan jotkut kokivat esimerkiksi tiedon merkityksellisemmäksi kuin vuorovaikutussuhteen piirteet tai suhtautumisen sinänsä. Tukeen liittyvät suhdemerkit korostuivat erityisesti tilanteissa, joissa potilas kaipasi emotionaalisten reaktioiden purkamista ja emotionaalista asioista puhumista. Tuelle annetut suhdemerkit näkyivät myös niiden potilaiden kohdalla, jotka eivät kaivanneet tunteistaan ja mielentiloistaan puhumista hoitavan henkilökunnan kanssa. Nämä potilaat näkivät omaiset tärkeinä tuen lähteenä juuri siksi, että suhde omaisiin on läheinen ja luottavainen.

Varten olemisen jatkuvuuden ylläpitämisenä

Potilaiden tuelle antamat merkitykset jäsenyivät kahteen ulottuvuuteen kanssa olemiseen ja varten olemiseen. Varten olemisen ydinmerkitykseksi tiivistyi jatkuvuuden ylläpitäminen, joka muodostuu turvallisuuden tunteen ylläpitämisestä ja supportiivisen vuorovaikutussuhteen olemassa olostä. Turvallisuuden tunne merkitsi ennen muuta uskoa ja luottamusta siihen, että tilanteessa toinen osapuoli huolehtii potilaan hyvinvoinnista ja selviytymisestä huolestuttavan tilanteen yli. Vuorovaikutussuhteen saamat merkitykset puolestaan kytkeytyivät siihen, että hoitaja tai joku muu tuen antaja on läsnä ja olemassa itseä varten. Varten olemisen merkitsee siis sitä, että vuorovaikutuskumppani on itseä varten silloin, kun itse ei jaksa tai pysty huolehtimaan asioista tai omasta itsästään. Vaikka varten olemiseen ei kytkeydykään aktiivisia selviytymistrategioita, voi erityisesti uskon ja luottamuksen tulevaisuuteen ajatella liittyvän varten olemiseen: luottamus tuen antajaan voidaan omalla tavallaan nähdä myös selviytymisstrategiana.

6.2 Hoitajien tuelle antamat merkitykset

Edellisessä alaluvussa tarkastelin sitä, kuinka potilaat merkityksentävät tukea sairaalahoidossa. Siirryn tässä luvussa tarkastelemaan hoitajien tuelle antamia merkityksiä. Tulokset perustuvat hoitajien haastatteluaineiston pääluokkaan *hoitajan käsitykset tuesta*. Tähän pääluokkaan analyysissä jäsenyivät aineistosta sellainen haastatteluteksti, jossa hoitajat vastasivat kysymyksiin, mitä tuki tarkoittaa ja mikä on tuen merkitys. Lisäksi pääluokkaan sisältyi aineistoa, jossa hoitajat kuvasivat omaa toimintaansa tilanteissa, joissa potilas heidän mukaansa ko-

kee suurta epävarmuutta, huolta ja avun tarvetta. Aineistossa hoitajat kuvasivat myös itse saamaansa tukea ja kokemusta tuen saajana olemisesta. Kuvaan tässä luvussa siis hoitajien tuelle antamia merkityksiä ja heidän käsityksiään oman toimintansa supportiivisuudesta.

Hoitajien haastatteluaineistossa tuelle annetut merkitykset toistuivat erittäin samanlaisina haastattelusta toiseen erityisesti siltä osin, kun hoitajat kuvasivat omaa toimintaansa hoitajana. Hoitajien tuelle antamat merkitykset kytkeytyivät sekä interpersonaaliseen vuorovaikutukseen että hoitajan ammatilliseen toimintaan. Aineistossa hoitajat pohtivat myös tuen mahdollisuuksia. Hoitajien käsityksen mukaan tuen osoittamisessa ei ole kyse niinkään motivaatiosta, vaan resursseista osoittaa tukea. Erityisesti aikaresurssi korostui, samoin kirurgisen hoitotyön monesti lyhyet hoitoajat, jolla koettiin olevan merkitystä siihen, miten potilasta osastolla voidaan tukea. Kuvatessaan itseään tuen antajana hoitajat korostavat selviytymiseen, tiedon rakentamiseen ja jaksamiseen liittyviä merkityksiä. Tuen saajana hoitajat korostavat erityisesti emotionaalisiin ja relationaalisiin tekijöihin liittyviä merkityksiä, ja he kuvasivat itseään tuen saajana ennen muuta työssäjaksamisen näkökulmasta. Nämä merkitykset kytkeytyvät toisiinsa siten, että selviytymiseen, tiedon rakentamiseen ja jaksamiseen liittyvät merkitykset kytkeytyvät käsitykseen tuen strategisuudesta ja aloitteellisuudesta. Sen sijaan emotionaaliset merkitykset ja suhdemerkitykset voi nähdä responsiivisuutena tilanteissa, joissa toinen osoittaa tuen tarvetta. Taulukkoon 7 on koottu hoitajien tuelle antamat merkitykset sekä niistä tiivistyvät ydinmerkitykset.

6.2.1 Tuki aloitteellisuutena

Hoitajien käsitysten perusteella hoitoprosessiin liittyvällä tuella on selviytymiseen, tiedon rakentamiseen ja jaksamiseen sekä emotionaalisiin tekijöihin ja suhteeseen liittyviä merkityksiä. Näistä rakentuu kaksi ulottuvuutta, aloitteellisuutta ja reponsiivisuutta, joista tarkastelen ensin aloitteellisuutta. Aloitteellisuus ei niinkään merkitse aloitteellisuutta viestintätilanteessa, vaan strategisuutta ja tuen antajan suunnitelmallista aktiivisuutta. Siihen sisältyi merkityksiä selviytymisestä, tiedon rakentamisesta ja jaksamisen tukemisesta, jotka kytkeytyvät erityisesti hoitajan ammatilliseen toimintaan.

Selviytymisen tukeminen

Monet haastatelluista hoitajista pitivät ensisijaisena tukena hoitajan antamaa fyysistä apua ja konkreettista tukea. Tuki merkityksentyi tästä näkökulmasta siis konkreettiseksi avuksi, jota hoitaja potilaalle antaa. Se ei suoranaisesti ole verbaalista tai nonverbaalista vuorovaikutusta, vaikkakin toteutuu potilashoitajavuorovaikutuksen kontekstissa. Fyysisen avun tarve erottaa hoitajien käsityksen mukaan hoitotyön kontekstin muista konteksteista, ja fyysisen avun merkitys korostuu erityisesti kirurgisessa hoidossa, jossa potilas tarvitsee paljon konkreettista ja apua leikkauksen jälkeen.

TAULUKKO 7 Hoitajien tuelle antamat merkitykset

TUEN MERKITYS	ALOITTEELLISUUS	RESPONSIIVISUUS
Sisällölliset kategoriat	Selviytymisen tukeminen - fyysinen apu - psyykinen selviytyminen - selviytymisstrategioiden tukeminen - konsultointi Tiedon rakentaminen - ymmärryksen luominen - ammatillisen tiedon antaminen - ongelmanratkaisu Jaksamisen tukeminen - positiivisen epävarmuuden ylläpitäminen - kannustaminen - positiivinen palaute - positiivisten asioiden tunnistaminen	Tunteiden käsitteleminen - purkaminen - tuulettaminen - tunteiden jakaminen - oikeuttaminen Saatavilla olo ja läsnäolo - aika - kuunteleminen - arvostuksen osoittaminen - suhde
Ydinmerkitys	Tulevaisuuteen orientoiminen	Hyväksynnän osoittaminen

LM: Mikä kirurgisessa hoidossa on ensisijaista, siitä tuen näkökulmasta, tai kaikkein tärkeintä?

HANNELE: Jos ajatellaan sitä sairaalaa, niin kyllä se varmaan on ihan tämä tämmönen, että auttaa niissä fyysisissä asioissa siellä. Ett leikkauksen jälkeen leikatut ei pääse itse esimerkiksi pesulle, vessaan, ovat kipeitä ja kotona eivät pärjää yksin. Mutta liian vähälle jää se psyykinen tuki, se ajan puutteen, ja ehkä ajatellaankin asioista, että se tavallaan on tärkeämpää se, se semmonen fyysinen tuki, mutta siihen pitäis olla enemmän aikaa, keskusteluihin ja kysyä näiltä meidän hoidettavilta, että mitä he asioista ajattelee, miten siitä eteenpäin, että pärjääkö he.

LM: Mitä tuki parhaimmillaan vois olla, jos ois ideaalitalanne että vois tehdä työtä niinkun haluaa ja ois mahdollisuudet, niin mitä se tuki silloin olis?

HANNELE: Se olis parhaimmillaan sitä, että pystyis näihin molempiin asioihin sekä fyysiseen että psyykkiseen pystyis panostamaan. Selvittämään asioita, kyselemään potilailta. Ja sitten se, että pystyis auttamaan silloin, kun avun tarve on. Siihenkään ei aina oo mahdollisuutta, että potilaat joutuu odottamaan.

Vaikka fyysistä apua pidettiin tärkeänä lähtien potilaan lääkityksestä, psyykinen selviytyminen nousi hoitajien pohdinnoissa keskeiselle sijalle, kuten edellä oleva esimerkkikin kuvaa. Psyykkisen tuen käsitteellä hoitajat viittasivatkin, eivät vain emotionaaliseen tukeen, vaan psyykkiseen selviytymiseen ja sairauden kanssa jaksamiseen. Psyykinen selviytyminen sai merkityksiä ”psyykkisestä hengissä säilymisestä” ja ”tolkuissaan pysymisestä” sekä sairauden mukautumisesta tai ainakin pystymisestä elämään sairauden kanssa. Tuki merkityksentyi tästä näkökulmasta sellaiseksi potilas-hoitajavuorovaikutukseksi, jossa hoitaja auttaa potilasta jaksamaan sairaudesta ja hoidosta aiheutuvaa kuor-

mitusta. Hän tavallaan toiminnallaan aktiivisesti kantaa tai kannattelee potilasta sairaalajakson ajan. Eräs hoitajista kuvaa tuessa onnistumisen kokemusta juuri tästä näkökulmasta:

LM: Tuleeks sulle mieleen jotain erityistä, siis jotain potilasta tai jotain erityistä tilannetta, että jossa sä koet että sä oisit, sulla ois ollu merkitystä tai että sä oisit niinku, niinku pystyny tukemaan erityisen hyvin tai, tai jossa se tuen antaminen on onnistunut ja, ja sill on ollu semmosia tuloksia kun sä oot toivonu...

ANNIKA: (Tauko.) Täytyy oikein miettiä, ne on nimittäin ihan oikeesti niin vähissä ne semmoset tilanteet ku siihen on aikaa... (Tauko.) Mull on edellinen kerta on varmaan [- -] ku mulla oli semmonen omapotilas (jolle jouduttiin tekemään erittäin vaikeita toimenpiteitä) ja sill oli hirveen vaikeeta se asia niinku käydä läpi. Se oli hirveen sellanen, ei niinku aggressiivinen mitenkään fyysisesti, mutta sanoissaan. Ja sitte että sai sen murrettua sen läpi ja vietyä kuitenkin sitä semmosta, puhallettua sitä elämää siihen, ett ei tämä oo mikään loppu ja kaikki semmonen. Että sitte ku se pitkä hoitosuhde oli ohi, ni se niinkun ihan viimeisinä päivinä anto, mä en muista antoks se suklaata vai mitä, ja sitten kun se niinkun halas ja sano, ett sä oot ollu se enkeli, joka mut on pitäny täällä, että on pysyny järjen valo tässä kaikesta huolimatta.

Potilaan selviytymiseen liittyvät myös potilaan omat selviytymisstrategiat, ja hoitajat kokivat erittäin tärkeänä sen, että hoitajalla olisi mahdollisuus tukea potilasta näiden strategioiden löytämisessä ja käyttämisessä. Selviytymisen tukeminen jäsenyi vuorovaikutukseksi, jossa hoitaja auttaa potilasta etsimään mahdollisia selviytymisen keinoja. Samaan asiaan aineistossa viitattiin myös omatoimisuuden tukemisella, joka merkitsi potilaan aktivoimista oman tilanteensa haltuun ottamiseen ja mielekkyyden löytämiseen. Vaikka hoitajat pitivät tämänkaltaista tukea erittäin tärkeänä, he kokivat, ettei siihen ole riittävästi aikaa. Mahdollisuudet suunnitelmallisuuteen ja johdonmukaisuuteen potilaan kanssa työskentelemisessä koettiin pieniksi, kuten eräs hoitajista kuvaa:

LM: Että se (neuvontatyö ja keskusteleminen) on sitä tärkeintä tukea?

KAISA: Niin, niin. Kyllä. Sen huomaa sillon joskus, jos on vähemmän potilaita, ett on enemmän aikaa jutella potilaan kanssa, ni sielt tulee tosi paljon kaikkia uusia juttuja, joita ei oo aikasemmin huomannu. Että jo kotiin lähössä saattaa potilas olla ni, ai sull on tämmönenkin juttu, tämmönenkin hoito menossa. Tai oot käyny tällasessa (toimenpiteessä) näin, ni ei tiä ollenkaan. Ihan ihmeissään.

LM: No mitä se sitten parhaimmillaan? [--] Mitä muuta se voisi olla?

KAISA: Mmm. jaa, mitäs se voisi olla ... (Tauko.) Ehkä sitä potilaan voimavarojen ja tarpeiden huomioimista enemmän, ett niinku tukis sitä omatoimisuutta ja sitä, että mitä hän jaksais tehdä. Ja oisko jotain vaikka mahdollisesti harrastusta, että voisi lukee jotain tai huomiois näitäkin tekemisiä, mitä potilas voisi tehdä. Ett ei sitä monestikaan, ku telkkarin räppää päälle (LM nauraa), ja se on siinä, ett tässä on nyt teille vähän ajanvietettä.

Hoitajat merkityksensivät tuen myös konsultaation käytöksi ja potilaan omien auttamisverkostojen aktivoimiseksi. Tässä tuessa ei niinkään ole kyse potilashoitajavuorovaikutuksesta verbaalisella tai nonverbaalisella tasolla, vaan konkreettisesta ammatillisesta avusta, joka toteutuu vuorovaikutuksessa useiden toimijoiden kanssa. Tärkeäksi resurssiksi koettiin syöpähoitaja ja syöpähoitajan konsultaatio: syöpähoitajan merkitys nousi esille kaikista haastatteluista. Myös psykiatrista konsultaatiota ja sosiaalityöntekijän konsultaatiota pidettiin merkityksellisenä. Kiinnostavaa onkin, että tuen antamisen keinona nähtiin nimenomaan konsultaatio, se kertonee osaltaan kirurgisen hoitotyön luonteesta.

Oleellista kirurgisessa hoidossa on fyysinen apu, sen sijaan omat (aika)resurssit eivät välttämättä riitä psyykkisen avun tarjoamiseen, vaan hoitajan keskeinen tuen antamisen keino on järjestää potilaalle konsultaatiota. Tämä korosti ammatillisen avun merkitystä potilas-hoitajavuorovaikutuksen sijaan. Hoitajalla ei itsellään ole välttämättä aikaa tai mahdollisuutta keskusteluun potilaan psyykkisestä selviytymisestä, vaan keskeisenä tehtävänä on löytää potilaalle sopiva keskustelumahdollisuus. Tähän hoitajat suhtautuivat jossain määrin ristiriitaisesti. He tunnistivat oman ammattitaitonsa rajan, ja erityisesti silloin, kun on kysymys esimerkiksi masentuneesta potilaasta, ammatillinen apu koettiin tärkeäksi.

LM: Entä sitten joku tämmönen pelko, masennus, ahdistus tämmöset, jotka liittyy tietysti kaikkiinkin sairauksiin, mutt teill on myös näitä vaikeita syöpäsairauksia...

HANNELE: Kyllä nekin asiat, että kun tuo hoitotyö on moniammatillista työtä, niin sitten se, missä vaiheessa, pystyykö ite auttamaan, vai missä vaiheessa hakee apua, muuta erikoissairaanhoidoa. Ett eihän ne välttämättä osaa ihmiset sitä, tai ei ehkä ajattele, ett vois pyytää. Ett monella kuuluu, tai tuntuu siltä, ett se kuuluu siihen tilanteeseen, ett on mieli maassa ja itkettää ja huolestuttaa, mutta kyllä on sellasia tilanteita, ett vaikka se potilas ei sitä itse sano, niin on sellasia asioita, ett tuntuu, että on parempi (pyytää konsultaatiota). Ja sen ajankin puitteissa, kun kirurgisella osastolla on se aika kortilla, niin sitten joku sellanen ihminen, joka tekee sitä työtä nimenomaan sen takia, niin ois apuna siinä tilanteessa.

Hoitajat kokivat toisaalta kuitenkin, että heidän tehtävänä on antaa myös psyykkistä tukea konkreettisen avun lisäksi, vaikka kirurgisessa hoidossa korostuukin toimenpidekeskeisyys ja kirurgisen osaston tarkoituksena on huolehtia nimenomaan leikkaushoidosta. Konsultaation yhteydessä jotkut haastatelluista hoitajista pohtivat luottamuksen rakentumista, koska hoitaja usein tuntee potilaan ja potilaan tarpeet parhaiten. Näin ollen hän voi myös olla paras tukija, mikä korosti vuorovaikutussuhteen merkitystä.

Tuki tiedon rakentamisena

Hoitajat näkivät tiedon merkityksellisenä tukena, ja se käsitettiin erityisesti merkitysten ja potilaan ymmärryksen rakentumiseksi vuorovaikutuksessa. Tiedon rakentamiseen liittyi sekä epävarmuuden vähenemisen että epävarmuuden hallinnan merkityksiä. Tiedon rakentamisesta hoitajat puhuivat erityisesti yhteydessä tilanteisiin, joissa potilas saa tiedon vakavasta sairaudesta, tässä aiheistossa puhuttiin yleensä syöpäpotilaista. Hoitajat kuvasivat tuen olevan tässä tilanteessa läsnäoloa, mutta he kuvasivat tukea myös potilaan tarinan ja tilanteen ääneen puhumisena, jolloin potilas vähitellen alkaa tiedostaa, mitä hänen saamansa diagnostinen tieto tarkoittaa.

AINO: Tottakai lääkäri ensiks kertoo, mitä on löydetty tai mitä epäillään, mutta hoitaja on siinä koko ajan tukena, ja vielä käymäs niitä asioita potilaan kanssa läpi, ett potilas ymmärtää sen asian oikein. Tietenkin hoitajan tehtävä on luoda sitä turvallisuuden tunnetta, ja joskus ihan tietysti elämäniloa antavaakin, jos tuntuu siltä, että se elämä loppuu ihan siihen diagnoosin saamiseen.

Aineistosta voi päätellä, että osin hoitajien vuorovaikutustavoitteena tällaisissa tilanteissa oli potilaan hoidon ennakoiminen. Hoitajalle potilaan käsitysten kysyminen palvelee hoidon tarpeen ja ennakoimisen funktioita, mutta potilaan näkökulmasta tällaista keskustelua voi pitää myös supportiivisena.

Hoitajat kokivat realistisen tiedon ja faktojen esittämisen tärkeäksi, ja hoitajat kuvasivatkin ammatillisen tiedon merkitystä. Se nähtiin potilaan epävarmuuden hallinnan ”välineenä”. Ammatillinen tieto on esimerkiksi tietoa erilaisista hoitovaihtoehdoista ja ylipäättään potilaalla olevista vaihtoehdoista, jotta potilas voisi jäsentää omaa tilannettaan niiden perusteella. Ammatillisen tiedon antamisella hoitajat viittasivat erityisesti antamaansa ohjaukseen. Ohjaus koettiin potilaan orientoimisena tilaan ja tilanteeseen, joka auttaa potilasta hahmottamaan erilaisia vaihtoehtoja ja rakentamaan merkityksiä omalle sairaudelleen ja hoidolleen.

Tieto kytkeytyi ongelmanratkaisuun ja päätöksentekoon, ja tuki merkityksentyi ongelmanratkaisuksi sekä potilas-hoitajavuorovaikutuksen että kollegiaalisen vuorovaikutuksen yhteydessä. Potilas-hoitajasuhteessa ongelmanratkaisuun liittyvät hoitajan antamat mielipiteet ja tiedot, joiden perusteella potilas voi ratkoa omaan tilanteeseensa liittyvää epävarmuutta ja tehdä päätelmiä omasta tilanteestaan. Tässä yhteydessä hoitajat korostivat tiedon rehellisyyttä ja realistisuutta: tuki on siis realistista tietoa potilaan tilasta. Vaikka positiivisen palautteen merkitys korostuikin, jotkut hoitajista mainitsivat myös, että hoitajan on oltava rehellinen myös silloin, kun potilaan toipuminen ei etene. Myös esimerkiksi kuolemasta pitäisi pystyä puhumaan realistisesti.

LM: ... miten niissä tilanteissa, kun periaatteessa niin sanotusti ei ole toivoa, niin miten toivoa pidetään yllä?

MERJA: Päivä kerrallaan. Mä ainakin sanon, että joskus oon puhunu ihan kuolemasta ja näin. Että jos meinaat kuolevaa potilasta, niin sanonu, puhunu ihan rehellisesti. (En) nyt ei oo heti sanonu, mutta mä oon sanonu, että ei se elämä tähän päivään loppu. Ett on hyviä päiviä ja voi olla huonojakin päiviä, sitt mä oon kertonu ihan jollekin, kun me ollaan päästy pitemmälle asti, ni mä oon sanonu, että sitä vaan ihminen väsy. Ett nukkuu ehkä enempi ja että ei se... Ja sitten mä voin kertoa, että jos on kipuja, jos niitä tulee, niin pystytään kipulääkitys (hoitamaan). Mä tykkään tavallaan, tykkään siitä rehellisyydestä.

Kollegiaalisissa suhteissa tiedon rakentamisella oli tärkeä merkitys, ja se liittyi usein juuri ongelmanratkaisuun. Hoitajat kuvasivat kysyvänsä toisen hoitajan mielipidettä silloin, kun hän on epävarma ja näin saada toisten tukea ongelmalliseksi kokemassaan tilanteessa. Ongelmanratkaisu tiedon rakentamisena on erityisesti tilannekohtaista tukea, ja se kytkeytyi lähinnä työprosessien ja tilanteiden hallintaan.

Tuki jaksamisen ylläpitämisenä

Jaksaminen viittasi aineistossa sellaiseen tukeen, joka auttaa potilasta kestämään omaan tilanteeseensa liittyvää kuormitusta. Hoitajat kuvasivat sitä muun muassa kannustamisena, rohkaisemisena ja positiivisena palautteena. Myös positiivisen epävarmuuden ylläpitäminen liittyi jaksamisen tukemiseen, mikä merkitsee toivon ylläpitämistä ja toivon virittämistä silloin, kun varma tieto voi olla potilaalle myös negatiivinen. Positiivisen epävarmuuden ylläpitäminen on siis sellaista vuorovaikutusta, jossa hoitaja pyrkii muistuttamaan potilasta positiivisten vaihtoehtojen mahdollisuudesta. Erityisesti positiivisen epävarmuuden ylläpitäminen liittyikin tilanteisiin, joissa potilaan diagnoosista ei vielä ole täyttä varmuutta. Kun ei tiedetä, on toivoa.

LM: ... miten sellasessa tilanteessa sitten se vuorovaikutus etenee tai miten siitä lähdetään liikkeelle, jos onkin jotain tosi isoa tai dramaattista?

ULLA: No nehän on hirveen vaikeita tilanteita, ja oikeestaan jokaisen potilaan kohdalla sitten vähän vaihtelee, mitenkä se ihminen siihen asiaan reagoi. Mutta yleensä siinä vaiheessa, kun he on niin ymmällään tavallaan hekin, tarvii sitä tietoo hirveesti. Ett siinä kohtaa on sillain lääkärin rooli aika merkittävä, ett he osaa antaa tarpeeks tietoo, ja sitten hoitajan rooli on siinä olla se semmonen tuen antaja. Ja kyllähän siinä monta kertaa aika sanattomaksi sitten itekin jää, mutt että ainakin, miten itestä tuntuu tommosessa tilanteessa, niin ainakin yrittäis silleen rohkasta sitä ihmistä ja sellasta toivoa luoda, että katotaan nyt päivä kerrallaan ja nyt tämä leikkaus ja mietitään sitten, ett miten jatkaa. Että ne on tosi, tosi hankalia, mutt ehkä jotenkin se on se toivo siinä semmonen, minkä kautta ite ajattelee sitä asiaa eteenpäin, ett se vois sitten helpottaa sitä potilastakin, koska monestihan siinä tulee potilaalle semmonen kuolemantuomio olo tavallaan.

Positiivisen epävarmuuden ylläpitämistä hoitajat kokivat tekevänsä myös muistuttamalla sairauden yksilöllisestä etenemisestä. Koska jokainen on yksilö, omaa tilannettaan ei voi verrata muihin, eivätkä toisten negatiiviset kokemukset välttämättä vastaa omaa tilannetta. Päivä kerrallaan eteneminen ja toivon ylläpitäminen kytkeytyivät myös kuolevan potilaan hoitoon.

LM: Miten paljon, puhutteko ihan sillä tasolla (työryhmässä), että mietitte miten konkreettisesti vois auttaa?

MERJA: On meillä aika hyvät kanavat. Heti on sosiaalihoitaja, kotiolot, nyt on syöpähoitaja... ja sitten keskustelut... ett syöpähoitaja niitä linkkejäki (antaa). Mutta sittähän me ollaan tärke tukijoukko. [-] se on tärkeetä, että on diagnostisoitu varmasti se tauti, ett ennenku alotetaan tää hoito. Ett siihen voidaan pikkuse johdatella. [-] siinäkin on tärkeää kannustaminen, eli että ootte yksilö, ei oo toista samanlaista tapaus-ta. Ootteko kuullu, että teillä jollakin on. Voidaan mennä pitemmälle, voidaan kysyä onko teillä jollain tuttava piirissä ollu, oon joskus kysyny sitäkin. Siinä on aika tärkeää sanoa, että ei oo samanlaisia. Ja sit mulla on se yks pointti, mitä mä sanon, joskus on oikein, ettei mitään keksi, nii sitten mä sanon, että mulla on [- -] henkilökohtaisia kokemuksia. Mulla on tuttavapiirissä semmonen, jolle ei oo paljon annettu (toivoa, mutta silti on mennyt hyvin). Ett mä oon nähnyt myös hyviä, ett on nähny huonoja, mutt oon nähny hyviäkin.

Kaikki hoitajat mainitsivat positiivisen epävarmuuden ylläpitämisen merkityksellisenä potilaan tukemisessa. Sitä pidettiin erittäin tärkeänä tekijänä potilaan jaksamiselle.

Positiivisen epävarmuuden ylläpitäminen kytkeytyi läheisesti kannustamiseen, joka merkityksentyi potilaan jaksamisen tukemiseksi positiivisia merkityksiä ylläpitämällä ja positiivista palautetta antamalla. Kannustamisen keinoja olivat niin rauhoittelu kuin rohkaisukin: rauhoittelu ja rohkaiseminen nousivat esille erityisesti toimenpiteisiin suhtautumisessa ja hoitajat kuvasivat rohkaisevansa potilaita silloin, kun potilaalla on esimerkiksi toimenpiteisiin liittyviä pelkoja. Toki rohkaisu saattoi liittyä myös sairauteen ja sairastamiseen sinänsä. Olennaista on, että rohkaisemalla pyrittiin vaikuttamaan potilaan pelkoihin ja uhkakuviin: rohkaiseminen merkitseekin positiivisten merkitysten tai mahdollisuuksien osoittamista negatiivisen sijaan.

LM: Mikä tälläsessä tilanteessa (toimenpiteeseen viettäessä), jos potilasta pelottaa, niin mikä siinä on oleellista siinä hoitajan viestinnässä, hoitajan toiminnassa?

ERIKA: Sellanen rauhallisuus ja tavallaan varmuus, ett kertoo varmasti siitä, että mitä siinä tapahtuu ja että.. rauhallisuus ja varmuus, että potilaalle ei jää niinku sillain epäselvää, ett mikä se toimenpide on ja tota miten se vaikuttaa. [--]

LM: Pelkääkö ihmiset tähystyksiä?

ERIKA: Jotkut. Kyllä joo. Jotku jännittää.. ei ehkä pelkääkään niin moni, mutta jännittää tosi paljon. Mulle on itelleni tehty ne molemmat.

LM: Pystytkö sä ihan rehellisesti sanomaan, että oli miellyttävä toimenpide? (Molemmat nauravat.)

[- -]

ERIKA: Mä sanon, että toiset sanoo, että se ei tunnu miltään, ett kyll he tuntee, ett se tuolla menee, mutt ei he tunne sitä epämiellyttävänä. Toiset taas inhoo sitä sydämensä pohjasta, ett se tuntuu ihan hirveeltä. Mutt kun me ollaan yksilöitä, niin ei voi koskaan sanoo, miten siihen reagoi, ennen kun se on tehty. Mä voin kyllä sanoo sen, että mä en tykännyt yhtään (nauraa).

Tuki positiivisena palautteena nousi esille useista haastatteluista. Hoitajien käsityksen mukaan on merkityksellistä osoittaa potilaalle, että hänen toipumisensa etenee, ja osoittaa, millä tavoin potilaan vointi on kohentunut. Positiivinen palaute vaikka kuinka pienestä edistymisestä tukee hoitajien mukaan potilaan jaksamista. Eräs hoitajista nosti esille positiivisen palautteen antamisen paitsi potilaan terveydentilan kohenemisesta myös potilaan toiminnasta yleisesti ottaen. Palaute on tärkeää, jotta potilas jaksaisi olla kiinnostunut omasta hoidostaan ja rohkaistuisi aktiiviseksi oman hoitonsa suhteen.

Myös positiivisten asioiden tunnistaminen ylipäätään koettiin tärkeäksi tueksi. Jaksamisen tukemiseen liittyikin merkityksiä positiivisten asioiden tunnistamisesta ja niiden osoittamisesta. Arjen jatkumiseen ja siihen liittyvät asiat pitävät hoitajien käsityksen mukaan yllä potilaan ”normaalia” elämää, ja toisaalta vaikuttavat mielialaan. Useimmat hoitajat kuvasivat puhuvansa ja muistuttavansa siitä, mikä elämässä ylipäätään tuottaa iloa ja hyvää mieltä silloinkin, kun potilaan sairaus on hyvin vakava tai kun potilas ei esimerkiksi voi konaan parantua sairaudestaan.

LM: Miten sitä toivoa pidetään yllä niissä tilanteissa, joissa sitä toivoa ei tavallaan oo, ett tiedetään, että ei ehkä voida leikata, ei ehkä voida parantaa?

ULLA: No sitten ajatellaan ihan sellasia arkisia asioita, vaikka perhettä ja lapsia, että heistä on niinku iloa, ja sitt kohta on vappu. Ett on ihan sellasia pieniä etappeja, ettäpäivä kerrallaan. Just sitä sellasta, vaikka fyysisen hyvinvoinnin kautta, että jos vaikka jaksaa ulkoilla, ja sitä kautta saa semmosta iloa siihen elämään.

Jaksamisen tukeminen kytkeytyy hoitajien käsitysten mukaan myös hoidon tavoitteisiin sillä tavoin, että hankalissa tilanteissa tavoitteita ositetaan, mitä myös edellinen esimerkki kuvasi. Mitä vaikeampi potilaan sairaus on ja mitä kuormittavampi diagnoosi, sen tärkeämpää jaksamisen kannalta olisi löytää positiivisia asioita ja pyrkiä saavuttamaan tavoitteita vähitellen, kuten eräs hoitajista kuvaa:

LM: ...ja sitten on tilanteita, joissa potilas ei parane, tai se ei oo parannettavissa se perussairaus, miten niissä tilanteissa, mitkä on ne keinot pitää toivoa yllä?

HANNELE: Tietysti pitää niitä asioita tärkeimpinä, mitkä tässä on hyvin. Tai joku joku tavoite, nehän voi olla hyvinkin pieniä ne tavoitteet, että kaikillahan ei voi tähdätä siihen että pääsee kotiin. Sehän voi olla ihan semmonenkin, vaikka että ei oo kipuja, omaiset voi olla paikalla, ehkä joskus voi olla että.. ruokakin voi olla semmonen että mitä haluaa niin pystyy syömään ja juomaan, mutta että yritetään että niitä asioita

Kun hoidon tavoitteita ositetaan, on helpompi myös osoittaa, missä kohdin tavoitteet on saavutettu. Näin myös positiivisten merkitysten vahvistaminen on mahdollista.

Aloitteellisuus tulevaisuuteen orientoimisena

Hoitajien käsityksissä tuki merkityksentyi selviytymisen ja jaksamisen tukemiseksi sekä tiedon rakentamiseksi, joihin sisältyy ydinmerkitys tuesta tulevaisuuteen orientoimisena. Nämä merkitykset voidaan nähdä myös hoitajan aloitteellisuudeksi vuorovaikutuksessa potilaan kanssa: tukeen liittyi merkityksiä hoitajasta toimijana, joka pyrkii aloitteellisuuteen niin toiminnan käynnistäjänä kuin psyykkisen selviytymisen tukijana. Hoitajat kuvasivat tukea tästä näkökulmasta erityisesti silloin, kun he pohtivat antamaansa tukea ammatillisten tavoitteiden näkökulmasta. Tukeen aloitteellisuutena kytkeytyykin merkityksiä tuesta strategisena vuorovaikutuksena. Aloitteellisuus ei tarkoita kuitenkaan sitä, että hoitaja olisi aloitteellinen juuri vuorovaikutustilanteessa, vaan pikemmin aloitteellisuutta tavoitteellisena ja tulevaisuuteen orientoivana toimintana.

6.2.2 Tuki responsiivisuutena

Hoitajat antoivat tuelle merkityksiä paitsi aloitteellisuutena myös responsiivisuutena. Responsiivisuuden ulottuvuuteen jäsenyivät tässä aineistossa merkitykset, jotka kytkeytyvät emotionaalisiin ja relationaalisiin tekijöihin. Tuki merkityksentyi siis sellaiseksi vuorovaikutukseksi, jossa hoitaja on responsiivinen ja reagoi potilaan tuen tarpeeseen. Responsiivisuuden merkitys korostui, kun tuelle annettiin merkityksiä tunteiden käsittelemisenä ja läsnäolona. Hoitaja voi kannustaa tunteista puhumiseen, mutta olennaista on, millä tavalla hoitaja siihen vastaa. Samoin hoitaja voi toki pyrkiä aloitteellisesti luomaan hyvää hoitosuhdetta, mutta tuki suhteen ulottuvuutena perustuu kuitenkin herkkyyteen ja responsiivisuuteen potilaan osoittamille ilmaisuille.

Tuki tunteiden käsittelemisenä

Emotionaalisilla tekijöillä on hoitajien käsitysten mukaan tärkeä merkitys potilaan voinnille ja toipumiselle, ja tuki sai tässä aineistossa usein emotionaalisiin tekijöihin liittyviä merkityksiä. Tuki merkityksentyi niin tunteiden tuulettamiseksi ja niiden oikeuttamiseksi kuin empatiaksi ja myötäelämiseksi. Kun hoitajat puhuivat tunteiden tuulettamisesta, he viittasivat mahdollisuutteen purkaa emotionaalista kuormitusta yhdessä toisten kanssa. Tuki merkitsee tällöin vuorovaikutusta, jossa tukea tarvitsevan on mahdollista purkaa tunteitaan ja tunne-energiaansa. Se merkitsee myös negatiivisten tunteiden intensiteetin laskemista tunteita ilmaisemalla. Aineistossa tunteiden tuulettaminen kytkeytyi ennen muuta hoitajien kollegiaalisiin suhteisiin, ja se nousi haastatteluissa esille ensisijaisesti silloin, kun hoitajat puhuvat omasta tuen tarpeestaan ja itsestään tuen saajana.

LM: Jos sä ajattelet tukea, niin mitä tuki sun mielestä on? Mitä se tarkoittaa?

MERJA: No tuki on ehkä sitä, että mä saan tietoa. Tai joku ottaa sitä tietoa mun puolesta. [- -] Kuuntelemista, ehkä mielipiteiden vaihtoa. Että jos aatellaan tukee potilaalle tai tukea, miten mä saan ite tukea, niin tukeahan saa siitä, kun me keskusteellaan hirveen paljon töissä näistä asioista. Ja sitte mulla on yks työkaveri, jonka kanssa me soitellaan ihan jatkuvasti, puretaan niinku niitä asioita.

LM: Mikä siinä...

MERJA: Meillä on oikeestaan puhelinsuhde. Me ollaan samaa mieltä. Se on hyvä, jos on epävarma, nii vielä varmistaa siltä toiselta, että mitä mieltä on. Sehän ei oo välttämättä samaa mieltä, mutta saa tukea siltä, kun sitä selittää ja puhuu. Se on työn purkaa [- -] se (kollega) on ollu hyvä kanava.

Tukeen tunteiden purkamisena liittyy merkityksiä siitä, että toinen ymmärtää ja hyväksyy omat tunnereaktiot ja että tuulettaminen tukee omaa jaksamista. Tunteiden tuulettaminen kollegiaalisissa suhteissa liittyykin tunnetyöhön: koska hoitaja ei voi osoittaa negatiivisia tunteita ja omaa turhautumistaan potilaalle, hän tarvitsee mahdollisuuden purkaa ne muualla. Tuulettamiseen ja tunteiden purkamiseen liittyi myös huumori, erityisesti silloin, kun tunteiden purkamisesta puhuttiin kollegiaalisessa suhteessa. Tunteiden purkaminen ei kuitenkaan merkityksentyynyt pelkästään kollegiaalisen suhteen tueksi, vaan hoitajat kuvasivat sitä ilmenevän myös potilas-hoitajasuhteessa. Samoin huumorin merkitys näkyi aineistossa myös potilaasta puhuttaessa, mutta ei niin selvästi kuin kollegiaalisessa suhteessa. Hoitajat kokivat tunteiden purkamisella olevan supportiivinen merkitys myös potilaalle.

Tunteiden tuulettaminen kytkeytyy läheisesti kokemusten jakamiseen. Tämäkin tuelle annettu merkitys nousi esille sekä kollegiaalisen että potilas-hoitajasuhteen yhteydessä. Tuki kokemusten jakamisena merkityksentyi vuorovaikutukseksi, jossa tukea tarvitseva jakaa kokemuksensa tuen antajan kanssa ja tuen antaja vastavuoroisesti kertoo omista kokemuksistaan ja tuntemuksistaan. Esimerkiksi hoitajan omien hoito- ja leikkauskokemusten kertominen oli joillekin hoitajille tapa jakaa potilaan kokemus. Muutamit haastatelluista hoitajista kertoivat esimerkiksi puhuvansa leikkausta jännittäväälle potilaalle omasta leikkaus- tai toimenpidejännityksestä. Kollegiaalisissa suhteissa hoitaja voi

käydä läpi esimerkiksi vaikeaan hoitotilanteeseen liittyviä kokemuksiaan, ja jakaa ne muiden hoitajien tai muun henkilökunnan kanssa.

Tunteiden tuulettamiseen ja myös tunteiden jakamiseen liittyi merkityksiä tunteiden oikeuttamisesta. Sekä osallistuminen tunteiden tuulettamiseen että tunteiden jakaminen sisälsivät molemmat merkityksiä tunteiden oikeuttamisesta ja hyväksymisestä. Tunneilmajujen kuunteleminen ja vastaanottaminen merkityksentyivät siten, että niihin sisältyy toisen emotionaalisten reaktioiden hyväksyttävänä pitäminen. Tunteiden oikeuttamiseen kytkeytyi merkityksiä myös myötätunnosta ja myötäelämisestä. Myötäeläminen liittyi hyväksynnän osoittamiseen niin verbaalisesti kuin nonverbaalisestikin. Hoitajat kuvasivat tätä muun muassa empatian osoittamisen käsitteellä, millä tulkitsein hoitajien tarkoittaneen ennen muuta responsiivisuutta potilaan tunneilmajuille.

Tuki saatavilla olona ja läsnäolona

Hoitajien käsityksissä tukeen liittyi merkityksiä läsnäolosta ja saatavilla olost, ja ne kytkeytyivät tuen relationaaliseen ulottuvuuteen. Näitä merkityksiä voi pitää emotionaalisinä merkityksinä siinä mielessä, että ne vaikuttavat tuen saajan mielialaan ja varmasti myös tunnereaktioihin. Niissä ei kuitenkaan ole kyse tunteiden käsittelemisestä ja tunteisiin liittyvistä merkityksistä, vaan pikemminkin tuen saajaan itseensä ja omaan minään liittyvistä merkityksistä sekä tuen antajan ja saajan keskinäiseen vuorovaikutussuhteeseen liittyvistä merkityksistä. Eroa voisi luonnehtia myös siten, että tunteiden käsitteleminen liittyi erityisesti *tunteiden* oikeuttamiseen ja hyväksymiseen, kun puolestaan suhdemerkitykset kytkeytyivät *minän* hyväksymiseen.

Kun hoitajilta kysyttiin tuen merkityksestä, monet kuvasivat tukea läsnäolona. Läsnäolo merkityksentyi kiireettömäksi yhdessäoloksi ja vuorovaikutukseksi, jonka funktiona on rakentaa merkityksiä siitä, että toinen on olemassa tilanteessa itseä ja omia tarpeita varten. Samaa tarkoitettiin myös ajan antamisen käsitteellä: tukea on se aika, jonka hoitaja antaa potilaalle. Monet hoitajat korostivat kuuntelemisen liittyvän läsnäoloon, ja käsitteitä käytettiin myös synonyymeina: kuunteleminen tuen yhteydessä viittaa siis käsitykseen kuuntelemisesta ajan antamisena. Myös arvostuksen osoittaminen liittyi läheisesti läsnäolon käsitteeseen. Läsnäoloon liittyi siis merkitys siitä, että potilaalla tai ylipäättään tuen saajalla on mahdollisuus hakea ja saada tukea toiselta tämän ollessa kiireetön. Keskeinen merkitys oli kuitenkin se, että toinen on olemassa saatavilla ja lähellä:

LM: Miten semmosen potilaan luokse menee, joka on just saanu sen tiedon (syöpädiagnoosi), ensimmäisen kerran?

TEIJA: No voi olla, sekin on, ett kyllä voi koskettaa, ottaa kiinni, silittää, sanoo, mutt sekin on sit sitä, ett tykkääkö (potilas). Ett siinäkin pitäs olla vähän tuntosarvet koholla, ett kuka potilas, tykkääkö ett fyysisesti kosketaan tai muuta. [- -] Mutt sitten voi vaan mennä istumaan, ett ottaa sen tuolin ja olla fyysisesti samalla tasolla potilaan kanssa, eikä esimerkiks seiso tai muuta ja sanoo sit jotain. Mä monesti saatan kysyä, että siinä kierrolla, mitä se herätti tai muuta. Kyllä siinä äkkiä tulee se tuntuma, ett haluaako potilas siitä sillä hetkellä puhua. Mutt jotenki kokee, ett ei jäis se potilas yksin siinä tilanteessa, ett se on se... Ja sitten, kun se yleensä kierrolla sanotaan, sitä

kiertoa pitää jatkaa, niin kyllä minä ainakin sanon potilaalle, että kun tämä kierto on ohi, niin minä tuun teidän luokse, ettei se koe, että hän jää siihen yksin.

Läsnäolo ymmärrettiin usein erityisesti nonverbaalisena viestintänä. Hoitajat kuvasivat sen ilmaisemista esimerkiksi fyysisellä läheisyydellä ja siihen voi liittyvänä koskettamisena. Hoitajat kertoivat kuitenkin harkitsevansa tarkkaan, milloin ja millä tavoin potilasta koskee. Läsnäolon ilmaiseminen ei heidän mukaansa edellytä fyysistä kontaktia, vaan sitä voi ilmaista esimerkiksi asettumalla potilaan lähelle tai äänellisellä kohdentamisella. Läsnäoloa tukena hoitajat kuvasivat erityisesti potilasta emotionaalisesti kuormittavissa tilanteissa ja sokkitilanteissa, jossa potilas ei vielä ole kyennyt muodostamaan henkilökohtaista käsitystä tapahtumasta ja tilanteesta itselleen.

Paitsi läsnäoloa sinänsä, hoitajat kuvasivat ilmaisevansa potilaalle myös saatavilla oloaan. Tämä merkityksentyi tuen saatavuudeksi eli tueksi, jossa hoitaja ilmaisee olevansa potilaan käytössä tämän tarvitessa. Saatavilla olemiseen ja läsnäoloon kytkeytyvät varten olemisen merkitykset. Hoitajat puhuivat varten olemisestä erityisesti niissä yhteyksissä, kun he kuvasivat itseään tuen saajana. Tuki merkityksentyi tällöin erityisesti vuorovaikutussuhteeksi, jolloin tuessa ei ole oleellista verbaalinen ja nonverbaalinen vuorovaikutus sinänsä, vaan viestijöiden välinen suhde ja sen kokeminen. Tätä kuvaa seuraava esimerkki, jossa hoitaja pohdiskelee tuen merkitystä ja merkityksellisyyttä yksitiselämänsä tapahtumassa:

LM: Mitä sun mielestä tuki on? Siis jos ajattelee tukea, niin mitä se tarkoittaa?

MARIA: Mitä se tarkoittaa? Se on hirveen vaikee selittää, just sitä... no, se on sellasta, miten sen sanois, toisen ihmisen... Jos mä ajattelen toisesta tilanteesta en hoitotilanteesta, kun mun oma mummoni on ollut hyvinkin sairaana kesällä. Mun äiti sano mulle, jossakin vaiheessa, että kun hänellä on semmonen hyvä ystävä [- -] (niin hän kertoi että) ei oo saanu tukea siltä niin paljon, kun sitten taas yhdeltä toiselta ihmiseltä, joka on ihan vieras. Jotenkin siinä tää, tää tuki sana tuli mulle, jäi mietityttämää siinä silloin, ja mietin itekin sitä, että millä lailla minä olen hänelle tukena, oma lapsi, tytär, ja kuitenkin hoitaja. Vaikka olin siellä kyllä tukena, kun mää olin siellä ihan paikan päällä, mutta, miten sitä suomentais, se on niinkun kuitenkin henkisellä tasolla tällasta... jollakin lailla osoittaa siihen ihmiseen sellasta läheisyyttä ja sitä sellasta, että on niinkun läsnä. On sitä ihmistä varten [- -] se ei tarvi mitään hienoja asioita tai hienoja sanoja, mutta se on, se syntyy se, että tietää, että tuo ihminen on mua varten tässä ja että se ...niin miten sen suomentais?

LM: Niin se on se, niinkun että...

MARIA: Niin että siin ei tarvi olla mitään hienoja selityksiä tai sanoja tai sen ei tarvi olla mitenkään asiantuntevaa [- -] kun se on vaan läsnä, ja että se on mua varten, ja on siinä hommassa mukana tavallaan.

Omien resurssiensa uusintamisessa ja omassa jaksamisessaan hoitajat korostivat sen merkitystä, että on olemassa joku läheinen ihminen, jonka olemassaolo itsessään on tärkeää. Tuki tässä mielessä on tietoa siitä, että toinen on olemassa. Tuen saajalle on jäsentynyt käsitys toisen ihmiseen liittymisestä. Vaikka suhdetuki näkyi erityisesti niissä kokemuksissa, joita hoitajilla on tuen saajana, aineistossa oli myös niitä tilanteita, joissa suhdemerkit liittyivät potilas-hoitajasuhteeseen. Hoitajien mukaan potilas-hoitajasuhteeseen sisältyy parhaimmillaan suhteen tuottamia supportiivisia merkityksiä, joskaan sitä ei voi pitää jokapäiväisenä tapahtumana. Tällaiset tilanteet ja suhteet nousivat monien

hoitajien kertomuksissa esille, kun he kuvasivat onnistunutta tukea. Tuki koettiin onnistuneeksi silloin, kun potilas selviytyy sairautensa kanssa ja kun selviytyminen perustuu nimenomaan keskinäiseen suhteeseen liittyviin merkityksiin. Tämä suhdemerkitys nousee esille hoitajien esimerkeissä saamastaan palautteesta, kuten seuraavassa:

LM: Tuleeks sulle mieleen jotain sellasta (tilannetta) [- -] jossa sulle ois tullu semmonen olo, että sä oot onnistunu tukemaan, antamaan tukea sille potilaalle [- -]

TEIJA: Joo, tulee mulle yks semmonen, semmonen mies, jolla oli syöpä. Se tilanne oli niin pahasti leviny että olin hoitanu häntä ennen. Hänet oli jo kertaalleen leikattu ja mä olin hänen omahoitaja, ja jotenkin tuli semmonen tunne, (että se meni (kivasti) . [- -] ja mä sitte tosi paljon hänen kanssa siinä juttelin ja sitten käytiin läpi, ett tarviiko hän syöpähoitajia ja muuta ja sitt hän siinä kerto ja hän kerto koko siitä sitt meidän aikasemmastakin hoito.. ett kuinka ne oli tärkeitä kuitenkin että, vaikka hän ei niistä hirveesti puhunu, mutt oli tärkeitä että hänen lähellään käytiin ja kysyttiin. Ni kyllähän se oli semmonen tunne, ett tässä niinku, niinku onnistuttiin. [- -] hänellä oli tietysti oma verkosto siellä kotona hyvä ja hän koki, että se riittää, hän ei tarvinu muita ulkopuolisia, mutt kuitenkin hän kerto sen, että ne semmoset lämpöset sanat ja ne kaikki, hymyt ja ne kaikki eleet ja ilmeet oli hän kokenu... [- -] hän siinä sit vielä ovella lähtiessään sitä sano, ett kiitos niistä kauniista sanoista ja hymyistä [- -] se jäi siinä mielessä mieleen, että me aika paljon puhuttiin. Siin oli alkuun, ett hän ei hirveesti, hänellä oli pikkusen alkuun sitä, ett hän heitti vitsiks sen, ja sitt me kuitenkin päästiin niinku keskusteleen siinä, ni, se jäi silleen, silleen mieleen, mieleen, ett kyllä mä koin, ett se on semmonen onnistunu

Responsiivisuus hyväksymisenä

Hoitajat kuvasivat tuelle annettuja suhdemerkityksiä ja emotionaalisia merkityksiä niin potilassuhteissa kuin omissa vuorovaikutussuhteissaankin. Erityisesti tuen suhdemerkityksiä hoitajat kuvasivat tilanteissa, joissa he itse olivat olleet tuen saajana. Näitä relationaalisia merkityksiä liittyi kuitenkin myös potilaalle osoitettuun tukeen, ja ne tiivistyivät saatavilla oloksi ja läsnäoloksi. Emotionaaliset merkitykset puolestaan liittyivät siihen, että voi tuulettaa ja käsitellä omia tunteita. Emotionaalisia merkityksiä hoitajat liittivät kollegiaalisiin suhteisiin ja omiin yksityisiin vuorovaikutussuhteisiinsa, mutta emotionaalisen tuen osoittaminen eli tunteiden oikeuttaminen nähtiin tärkeäksi myös potilaalle. Emotionaalinen ja relationaalinen tuki jäsenyivät hoitajien haastatteluaineistossa tuen antajan responsiivisuudeksi. Kun selviytymiseen, jaksamiseen ja epävarmuuden hallintaan liittyvät merkitykset korostavat toimimista, strategisuutta ja hoitajan aloitteellisuutta, emotionaaliset merkitykset ja relationaaliset merkitykset kytkeytyivät pikemminkin vastaanottamiseen ja reagoimiseen. Vaikka emotionaaliset merkitykset liittyivät tunteiden käsittelemiseen, olennaista on tunnistaa sen perustuvan juuri tukea tarvitsevan aloitteellisuuteen. Saatavilla oloon responsiivisuus puolestaan liittyi herkkyytenä toisen tarpeille.

6.3 Tuelle annettujen merkitysten jäsentyminen

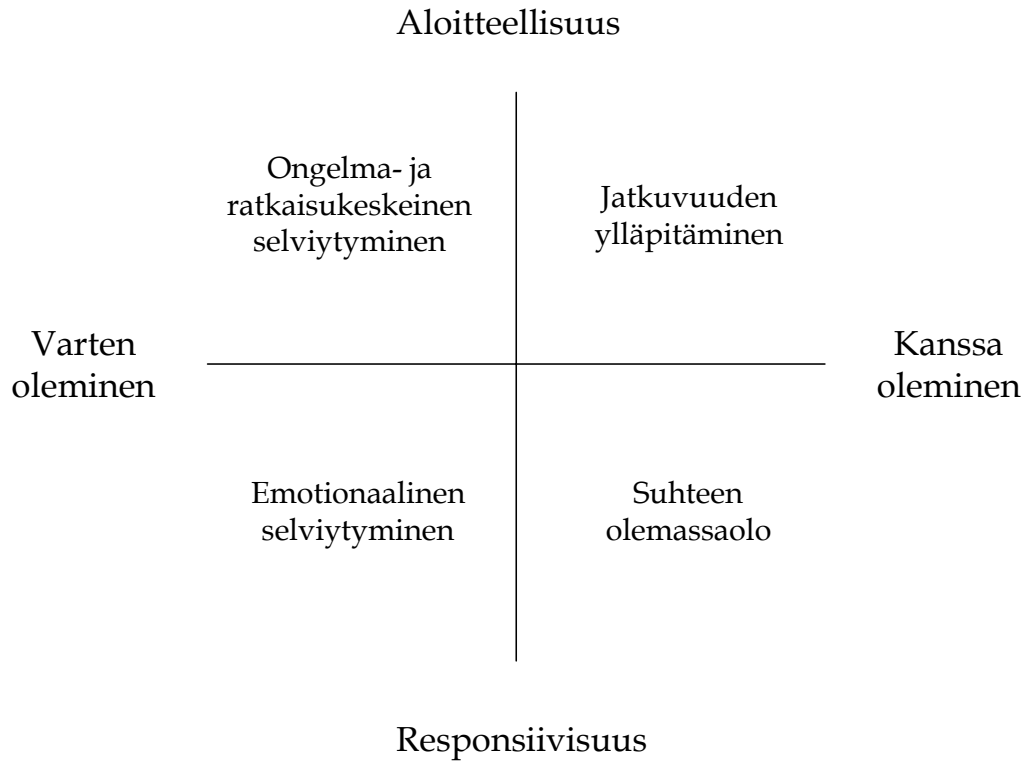
Tässä tutkimuksessa hoitajat ja potilaat antoivat tuelle hyvin samankaltaisia merkityksiä. Ensinnäkin sekä hoitajat että potilaat merkityksensivät tuen tunteiden oikeuttamiseksi, käsittelemiseksi ja purkamiseksi. Toiseksi tuelle annettiin merkityksiä, jotka liittyivät vuorovaikutussuhteen olemassaoloon. Sekä hoitajat että potilaat merkityksensivät vuorovaikutussuhteen tueksi sinänsä. Yhteisiä merkityksiä liittyi myös tiedon rakentamiseen ja merkityksentämiseen. Hoitajat merkityksensivät tuen myös selviytymisen tukemiseksi, johon liittyen he korostivat konkreettisen avun merkitystä. Myös jatkuvuuden ylläpitämiseen ja tulevaisuuteen orientoimisen merkitykset olivat samankaltaisia.

Potilaiden tuelle antamia merkityksiä jäsensi ennen muuta se, kuvasivatko he tukea *tuen saajan kanssa olemiseksi* vai *tuen saajaa varten olemiseksi*. Kanssa olemiseen liittyi merkityksiä siitä, että tukea tarvitseva voi jäsentää omaa ajattelua ja omia tunteitaan vuorovaikutuksessa jonkun kanssa. Tämä tarkoitti sekä merkityksellisen tiedon saamista ja ymmärryksen rakentamista että tunteiden käsittelemistä. Varten olemisessa korostuivat merkitykset jatkuvuudesta supportiivisen suhteen olemassaolona ja turvallisuuden tunteena. Hoitajien tuelle antamia merkityksiä jäsensi ennen muuta se, missä määrin tuki jäsenyi toiminnalliseksi ja strategiseksi ilmiöksi ja missä määrin se ymmärrettiin vastaanottamisen ja läsnäolon ilmiöksi. Tämä jäsenitys liittyy läheisesti tuen antajan rooliin, josta käsin tuen voi ajatella merkityksentyneen joko *aloitteellisuudeksi* tai *responsiivisuudeksi* vuorovaikutuksessa. Aloitteellisuus merkitsee tällöin aktiivista toimintaa ja korostaa viestintäkäyttäytymisen intentionaalisuutta sekä supportiivisten sanomien tuottamista. Responsiivisuus on puolestaan läsnäoloa, kuuntelemista ja tuen tarvitsijan aloitteisiin vastaamista. Aloitteellisuutta ja responsiivisuutta ei pidä kuitenkaan ajatella rajatusti aloitteellisuudeksi tai responsiivisuudeksi viestintätilanteen tasolla, vaan pikemminkin orientaatioksi toimintaan tai olemiseen.

Jos potilaiden käsityksistä nousseet kanssa olemisen ja varten olemisen merkitykset asettaa yhteen hoitajien käsityksistä nousseiden aloitteellisuuden ja responsiivisuuden ulottuvuuksien kanssa, syntyy kiinnostava nelikenttä tuelle annetuista merkityksistä. Tämä nelikenttä on kuvattu kuviossa 2.

Kun supportiivisten sanomien tuottamista korostava aloitteellisuus kytkeytyy merkityksiin jonkun kanssa toimimisesta tai olemisesta, korostuvat tuen arviointiin ja selviytymiseen liittyvät merkitykset. Erityisesti tuki merkityksentyy tällöin ongelma- ja ratkaisukeskeiseksi tueksi, jossa tuen antaja ja saaja yhdessä luovat merkityksiä, jotka auttavat tukea tarvitsevää selviytymään kuormittavasta tilanteesta. Kun sen sijaan responsiivisuus kytkeytyy merkityksiin kanssa olemisesta tai toimimisesta, korostuvat tuen emotionaaliset merkitykset erityisesti siinä mielessä, että tunteiden käsitteleminen nähdään osana uudelleenarviointia. Varten olemisen ja sanomien tuottamiseen liittyvä aloitteellisuus kiteyttää tuen jatkuvuuteen ja sen ylläpitämiseen liittyvät merkitykset. Varten olemisen ja responsiivisuus kytkevät yhteen tuelle annetut relationaaliset mer-

kitykset. Nämä kaikki merkitykset näkyivät siis sekä hoitajien että potilaiden käsityksissä, mutta lienee tilannekohtaista, milloin erilaiset merkitykset ovat ensisijaisia.



KUVIO 2 Tuen merkitysten jäsentyminen

7 JOHTOPÄÄTÖKSIÄ

7.1 Hoitotyö sosiaalisen tuen kontekstina

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on ollut kuvata ja ymmärtää sosiaalista tukea potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa osastohoidossa. Tarkastelen tässä luvussa tutkimuksen päätuloksia ja pohdin, miten ne auttavat ymmärtämään sosiaalista tukea vuorovaikutusilmiönä. Etenen pääpiirteittäin tutkimustehtävien mukaisesti, mutta pyrin samalla osoittamaan eri tulososien välisiä yhteyksiä. Tässä alaluvussa tarkastelen kontekstin merkitystä tuelle, alaluvussa 7.2 pohdin potilas-hoitajasuhteen yhteyttä tukeen ja alaluvussa 7.3 kohdennan tarkastelun tuelle annettuihin merkityksiin. Lukuun 7.4 kokoon johtopäätöksistä tulosten soveltamiseen liittyviä näkökulmia.

Tässä alaluvussa tarkastelen osastohoidon merkitystä sosiaaliselle tuelle. Kun tukea on aikaisemmin tarkasteltu potilas-hoitajasuhteessa, on todettu, että hoitotyön käytänteet ja hoitamisen rutiinit selittävät osaltaan potilaan kokemusta saamastaan tuesta ja vuorovaikutuksesta sairaalassa ylipäättään. Konteksti vaikuttaa aina vuorovaikutukseen niin viestintäkäyttäytymisen kuin ajattelun tasolla. Tässä tutkimuksessa lähestyin kontekstia paitsi fyysisenä ympäristönä ja toimintatapoina myös potilaan ja hoitajan roolien kautta. Hoidon konteksti tulee näkyväksi siinä, millä tavalla hoitaja ja potilas identifioivat itsensä kontekstissa. Konteksti ei siis ole pelkästään rakenteellinen tekijä, vaan se näkyy myös yksilön kokemuksessa. Seuraavassa pohdin, miten osastohoidon konteksti ja sille annetut merkitykset auttavat ymmärtämään sosiaalisen tuen ilmiötä ja tuelle annettuja merkityksiä.

7.1.1 Vuorovaikutuksen toteutuminen osastohoidossa

Osastohoidon vuorovaikutusta säätelevät tekijät vaikuttavat sosiaaliseen tukeen ennen muuta säätelemällä mahdollisuuksia tuen hakemiseen ja tuen osoittamiseen. Niillä saattaa olla vaikutuksia myös havaittuun tukeen eli käsitykseen

tuen saatavuudesta. Tämän tutkimuksen havaintoaineiston perusteella potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta säätelevät hoitoprosessin vaihe, hoitotoimenpide, osaston toiminnan rutiinit, vuorovaikutuksen paikka, potilaan vointi sekä läsnä olevien henkilöiden määrä ja rooli, jotka vaikuttavat paitsi vuorovaikutuksen sisältöön, myös sen määrään ja läheisyyden asteeseen. Esimerkiksi potilaan kivut ja pahoinvointi lisäsivät intiimiyden astetta, sen sijaan useiden henkilöiden läsnäolo vaikutti intiimiyteen päinvastoin. Merkityksellisenä vuorovaikutuksen rakentumiselle voi pitää myös keskustelukäytänteitä, jotka näkyivät erityisesti potilaiden kokemuksissa ja myös havaintoaineistossa. Nämä käytänteet liittyivät esimerkiksi intimitetin suojaamiseen, mahdollisuuteen avata vuorovaikutus ja mahdollisuuteen valita, kenen kanssa on vuorovaikutuksessa. Keskeisenä vuorovaikutukseen vaikuttavana tekijänä voi pitää erityisesti käytössä olevaa aikaa: tässä tutkimuksessa nauhoitettujen potilas-hoitajakeskustelujen keskimääräinen kesto oli alle neljä minuuttia, mikä kuvaa vuorovaikutuksen määrää potilashuoneessa. Aineistoon ei juuri sisällynyt tulohaastatteluja ja kotiuttamiskeskusteluja, jotka olisivat voineet nostaa keskimääräistä kestoja. Aineiston perusteella voi kuitenkin todeta, että juuri potilashuoneissa vuorovaikutukselle on aikaa erittäin vähän.

Aikaisemmissa tutkimuksissa ajankäyttö on noussut esille niin tuloksissa kuin johtopäätöksissäkin potilaan kokemusta saamastaan tuesta selittävänä tekijänä (Aakala, Turunen & Vehviläinen-Julkunen 2000; Liponkoski & Routasalo 2001; Suominen 1994). Tämän tutkimuksen havaintoaineisto todentaa, ettei ajassa ole kyse pelkästään subjektiivisesta kokemuksesta, vaan vuorovaikutus muodostuu sirpaleiseksi juuri ajankäytöstä ja keskeytyksistä johtuen. Ajankäyttöön tässä aineistossa vaikutti erityisesti potilaalle tehdyn hoitotoimenpiteen luonne, mikä lienee erityisesti kirurgiselle hoidolle ominainen piirre: kun hoito on toimenpidekeskeistä, toimenpiteen kesto säätelee keskusteluun käytettävissä olevaa aikaa sen sijaan, että se määrittäisi esimerkiksi potilaan tarpeesta käsin. Näin on erityisesti aamuisin ja päivisin, illat ovat selkeästi vuorovaikutuskeskeisempiä.

Ajankäyttö vaikuttaa sosiaalisen tuen mahdollisuuksiin ennen muuta siten, että potilaan tilannekohtainen tuen tarve ei välttämättä toteudu. Potilas voi kokea joutuvansa odottamaan, ja potilas voi myös joutua odottamaan mahdollisuutta vuorovaikutukseen. Keskustelu ei aina toteudu silloin, kun potilas kokee keskustelun tarvetta (Aakala, Turunen & Vehviläinen-Julkunen 2000; Eriksson, Somer & Lauri 2002; Liponkoski & Routasalo 2001). Tässä aineistossa potilaat merkityksensivät tuen ennen muuta vuorovaikutukseksi, joten potilas siis joutuu odottamaan tilaisuutta tuen pyytämiseen tai saamiseen. Ajankäytön lisäksi myös esimerkiksi ohjauksen ajoittamisen on arveltu vaikuttavan potilaan tyytymättömyyteen saamaansa hoitoon ja tukeen (Liimatainen, Kettunen ja Poskiparta 1996). Tämän tutkimuksen aineistossa hoitoprosessin vaihe näytti merkittävällä tavalla säätelevän potilas-hoitajavuorovaikutuksen sisältöä, eikä sisältö tällöin välttämättä kytkeydy potilaan valmiuteen käsitellä asiaa. Kirurgisessa osastohoidossa mahdollisuus vuorovaikutukseen näyttää kuitenkin olevan kaikkein keskeisin haaste tuen toteutumiseksi. Ajankäytön lisäksi myös rauhal-

lisen paikan ja hoitoympäristön merkitys koettiin tässä aineistossa tärkeiksi kuten myös esimerkiksi Karhu-Hämäläinen ja Eriksson (2001), Eriksson ja Lauri 2000 sekä Mattila (1998) ovat todenneet. Ajankäyttöön liittyvät kysymykset saattavat kytkeytyä paitsi tuen mahdollisuuksiin myös tuen havaitsemiseen. Aika sai tässä tutkimuksessa merkityksiä myös saatavilla olosta. Hoitajan vähäinen läsnäolo potilashuoneissa voi vaikuttaa suoraan havaitun tuen määrään, jolloin tulos voi selittää niitä löydöksiä, joissa potilaat ovat tyytymättömiä juuri havaittuun tukeen (esim. Suominen 1994).

Vaikka potilas-hoitajavuorovaikutukselle on vähän aikaa potilashuoneessa ja vaikka siihen koettiin liittyvän ongelmia, eivät kaikki potilaat kokeneet hoitajalta saamaa aikaa liian vähäiseksi. Erityisen kiinnostavaa onkin se, miksi potilaan kokemuksissa on niin paljon yksilöllisiä eroja. Aikaisemmissa tutkimuksissa tuen vastaanottamista ja havaitsemista on selitetty ennen muuta yksilötekijöillä kuten kiintymystyyllillä (Bachman & Bippus 2005; Ognibene & Collinsin 1998; Pollina & Snell 1999), minäkäsityksellä (Turner, Pearlin & Mullan 1998; Unger, Jacobs & Canon 1996), itsearvostuksella (van Aken & Asendorpf 1997; Maleckin ja Elliotin 1999) ja viestijäkuvalla (Query & James 1989; Query, Parry & Flint 1992). Näillä on todettu olevan vaikutusta siihen, miten tukea havaitaan (esim. Turner, Pearlin & Mullan 1998) ja kuinka sitä koetaan saadun (esim. Rosenfeld, Richman & Bowen 1998; Rosenfeld & Richman 1999). Yksilötekijöistä minäkuvan, itsearvostuksen ja viestijäkuvan voi arvella vaikuttavan tuen vastaanottamiseen ja havaitsemiseen myös hoidon kontekstissa. Esimerkiksi muutamat haastatelluista potilaista korostivat oman viestintänsä merkitystä sille, millä tavalla he saivat tukea, mikä voi kytkeytyä niin viestijäkuvaan kuin käsitykseen omasta pystyvyydestä. Toisaalta osa potilaista korosti myös tilanteen outouden ja kuormittavuuden merkitystä, ja kuvasivat toimivansa toisin kuin yleensä. Tämä korostaa tilannetekijöiden merkitystä, eikä kaikkea voikaan palauttaa yksilötekijöihin.

Aikaisemmissa puheviestinnän tutkimuksissa tilannetekijöitä ja supporttiivisen viestinnän ympäristöä on tarkasteltu hyvin vähän. Usein tilannetekijöillä onkin viitattu lähinnä niihin kuormittaviin tekijöihin, jotka aiheuttavat tuen tarvetta (esim. Jones & Burleson 1998; Sarason, Pierce & Sarason 1990b). Erityisesti ammatillisessa yhteydessä viestintätilanteelle ja kontekstille annetut merkitykset ja tuki kuitenkin selittävät merkittäväällä tavalla toisiaan, ja yksilötekijöiden voi ajatella välittyvän tilannetekijöiden kautta. Tarkastelen seuraavassa potilaan roolin merkitystä.

7.1.2 Hoidon konteksti potilaan kokemana

Kun tukea tarkastellaan osastohoidon kontekstissa potilaan näkökulmasta, konteksti kytkeytyy sosiaaliseen tukeen tuen tarpeen ja odotusten kautta. Potilaan näkökulmasta osastohoidon kontekstin tekee kiinnostavaksi kontekstin institutionaalinen kehys. Tämä tarkoittaa sitä, että potilaan kokemukseen sairaalassa-olosta vaikuttavat aina institutionaaliset tekijät ja merkitykset. Ne vaikuttavat siihen, miten potilas kokee oman roolinsa, ja siten ne vaikuttavat myös tuen havaitsemiseen, vastaanottamiseen ja tarpeeseen.

Tämän tutkimuksen aineistossa kokemus potilaana olemisesta jäsenyi kolmeen ulottuvuuteen: kokemukseen hoidon saamisesta, kokemukseen sairaalan vuorovaikutuskäytänteistä ja kokemukseen hoitoympäristöstä. Potilaiden yksilöllisten kokemusten voi ajatella jäsenyvän näille ulottuvuuksille. Tässä tutkimuksessa haastateltujen potilaiden kokemukset sairaalassaolostaan olivat hyvin yhdenmukaisia aikaisemmissa tutkimuksissa kuvattujen kokemusten kanssa. Erityisesti negatiivisina koetut asiat olivat samankaltaisia kuin aikaisemmissa tutkimuksissa. Näitä olivat esimerkiksi laitosmainen ympäristö ja ympäristön levottomuus (Karhu-Hämäläinen & Eriksson 2001), yksityisyyden menettäminen ja potilaan yksityisyyteen kohdistuvat loukkaukset (Rosqvist 2003) sekä potilaan ja omaisen saaman ajan vähäisyys ja keskustelun puute (Aakala, Turunen & Vehviläinen-Julkunen 2000; Eriksson, Somer & Lauri 2002; Liponkoski & Routasalo 2001). Kiinnostavana tekijänä kokemuksen jäsentymisessä voi pitää myös muiden potilaiden ja hoitohenkilökunnan keskinäisen viestinnän merkitystä. Nämä vaikuttivat erityisesti koettuun ilmapiiriin, jolla on todettu olevan merkitystä potilaan kokemukselle ja jopa hänen sitoutumiselleen hoitoon (Mattila 1998).

Potilaan kokemukselle merkitykselliset tekijät kytkeytyivät erityisesti hoidon organisoimiseen, vuorovaikutuskäytänteisiin ja kokemukseen hoitoympäristöstä. Näihin liittyi useita sellaisia piirteitä, jotka itsessään tuottavat tuen tarvetta. Paitsi mahdollisuuksia tuen saamiseen hoidon konteksti auttaa siis ymmärtämään myös tuen tarvetta. Esimerkiksi juuri hoitoympäristöön ja hoidon saamiseen liittyvät tekijät kuten hoidon sujuvuus voivat aiheuttaa potilaalle epävarmuutta, jolloin tuen pitäisi kattaa myös hoitamisen prosessiin ja sairaalassaoloon liittyviä tekijöitä.

Vaikka joillakin potilailla oli negatiivisia kokemuksia potilaana olemisesta, se ei koskenut kaikkia, vaan tutkimuksissa oli erittäin suuria yksilöllisiä eroja. Tältä osin tulokset ovat yhdenmukaisia aikaisempien tutkimusten tulosten kanssa, joita esimerkiksi Shattell (2004) on koonnut. Näyttää siltä, että samassa paikassa samaan aikaan hoidossa olevien potilaiden kokemukset voivat olla hyvinkin erilaisia keskenään. Tyytyväisyys hoitoon, tyytyväisyys interpersonaaliseen vuorovaikutukseen ja tyytyväisyys tukeen vaihtelivat tässä aineistossa potilaskohtaisesti. Kiinnostavaa on myös se, että saman potilaan kokemukset potilaana olosta ja tuen saamisesta eivät välttämättä olleet yhdenmukaisia, vaan potilas saattoi esimerkiksi olla tyytyväinen hoitoonsa ja samalla tyytymätön saamaansa tukeen. Vaikka tutkimuksen tarkoituksena ei ollutkaan tarkastella ilmiöiden välisiä vaikutussuhteita, nämä erot näkyivät haastatteluissa. Jollekin merkityksellisempi asia oli kokemus hoidon saamisesta, jollekin potilas-hoitajavuorovaikutus oli merkityksellisempää.

Yksilöllisiä eroja selittänee se, että potilas-hoitajavuorovaikutus on yhtä aikaa sekä interpersonaalista että institutionaalista. Tällöin on mahdollista, että potilas orientoituu sairaalassaoloon ja vuorovaikutukseen ensisijaisesti jomman kumman kehyksen kautta ja että hän merkityksentää kokemustaan siitä käsin. Giddens (1990) on tarkastellut luottamuksen rakentumista instituutioissa, ja hän jäsentää sen institutionaaliseen ja interpersonaaliseen luottamukseen. Tässä

kontekstissa institutionaalinen luottamus merkitsisi luottamusta terveydenhuoltoon ja sen toimintaan yleisellä tasolla, interpersonaalinen luottamus puolestaan syntyy vuorovaikutuksessa hoidonantajaan. Potilaan luottamus voi rakentua eri tavoin eri tasoilla, ja luottamuksen tasot puolestaan kytkeytyvät toisiinsa (Giddens 1990). Jos tätä soveltaa potilaan kokemukseen saamastaan hoidosta ja saamastaan tuesta, voi päätellä, että joidenkin potilaiden kokemus perustuu pikemminkin käsitykseen hoito-organisaatiosta ja joidenkin kokemukseen vuorovaikutuksesta. Tällöin myös odotukset tukea kohtaan ovat erilaiset. Potilaan interpersonaalisen ja institutionaalisen roolin yhtäaikainen olemassaolo voisi siis auttaa selittämään sekä havaittua että saatua tukea. Tärkeää olisi-kin ymmärtää tarkemmin potilaan identifioitumista näihin eri kehyksiin ja sen merkitystä tuen tarpeelle, havaitsemiselle ja kokemiselle. Olisi kiinnostavaa myös ymmärtää, miten nämä eri kehykset kytkeytyvät toisiinsa hoidon kontekstissa.

7.1.3 Hoitotyön konteksti hoitajuuden näkökulmasta

Sosiaalisen tuen näkökulmasta hoitajuudessa on kyse ennen muuta tuen osoittamisesta ja tuen antajan roolista, joten hoitajan näkökulmasta on mahdollista ymmärtää tuen osoittamiseen liittyviä tekijöitä. Hoitajalle osastohoidon konteksti on ammatillinen konteksti, hoitaja on sairaalassa työyhteisönsä jäsen, ja hoitajuus perustuu omalle työlle annettuihin merkityksiin. Koska hoitotyö on ammatillista auttamistyötä, tuki kytkeytyy kaikkeen hoitajan toimintaan. Tämä ei kuitenkaan tarkoita, että kaikki hoitajan vuorovaikutus olisi supportiivista ja että hoitaja osoittaisi tukea kaikissa työhön liittyvissä vuorovaikutustilanteissa.

Hoitajat jäsensivät omaa hoitajuuttaan ennen muuta ammatillisen identiteetin näkökulmasta. Haastatteluaineistosta tiivistyi kolme ulottuvuutta, joiden voi ajatella kuvaavan hoitajuuden osa-alueita. Nämä ulottuvuudet olivat tiedon hallinta, prosessien hallinta ja emotionaalinen hallinta, jotka tiivistyivät ydinmerkityksiksi tiedollisesta asiantuntijuudesta, prosessiosaamisesta ja ammatillisuudesta emotionaalisen hallinnan merkityksessä. Näitä ulottuvuuksia kuvaessaan hoitajat kuvasivat myös sitä, millaisiksi he kokivat omat resurssinsa. Esimerkiksi tietämiseen liittyi voimakas normatiivinen paine, mikä samalla aiheutti epävarmuutta. Työn sirpaloitumisen, kiireen ja ristiriitaisen rooli-odotusten koettiin vaikeuttavan prosessien hallintaa. Emotionaalista hallintaa hoitajat pohdiskelivat suhteessa kirurgisen hoitotyön operatiivisuuteen.

Hoitajien kokemukset omasta työstään ja siihen liittyvästä kuormituksesta vastaavat aikaisemmissa tutkimuksissa saatuja tuloksia. Haastateltujen hoitajien kokemukset työn sirpaloitumisesta ovat erittäin samankaltaisia kuin esimerkiksi Järnefeltin ja Lehdon (2002) haastateltujen hoitajien kiirekokemukset. Hoitajat kokivat ristiriitaiset odotukset koordinoimisen ja perushoidon välillä samalla tavoin kuormittaviksi, kuten myös Apker (2001) on kuvannut. Työhön liittyvästä emotionaalista kuormituksesta ovat samankaltaisia tuloksia saaneet esimerkiksi Hillhouse ja Adler (1997). Lee ja Ashford (1996) ovat todenneet, että hoitotyössä stressiä aiheuttavat myös työyhteisön asymmetrisiin suhteisiin liittyvät näkemuserot ja konfliktit. Tässä tutkimuksessa haastatellut hoi-

tajat kuvasivat joskus kokevansa hoitajan ja lääkärin orientaation hyvin erilaisiksi, jolloin näkemuserojen koettiin hankaloittavan omaa työtä.

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella hoitajat kokevat tuen osoittamisen ennen muuta resurssikysymykseksi. Keskeiseksi resurssiksi mainittiin potilaan kanssa vuorovaikutukseen käytettävissä oleva aika. Havaintoaineiston tulokset auttavat ymmärtämään tätä kokemusta ja selittävätkin yhtä lailla hoitajan ja potilaan kokemusta. Vuorovaikutuksen fragmentaarisuus vaikuttaa työhön ja työskentelyyn, ja lienee niin, että erityisesti normatiivinen paine tuen antamiseen ja tuen antajan resurssien välinen ristiriita vaikuttaa merkittävästi tuen osoittamiseen ja tuen toteutumiseen hoidon kontekstissa (Dunkel-Schetter & Skokan 1990). Ainakin hoitajan omat resurssit ja kuormitus välittynevät tukeen juuri kuormittavien tekijöiden kautta.

Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu, että tuen antaja arvioi usein antamansa tuen suuremmaksi kuin tuen saaja saamansa tuen arvioi (esim. Burleson & MacGeorge 2002, 380–381; Eriksson 1996; Suominen 1994). Näkemuseroa on pyritty selittämään monella tapaa, kuten hoitoympäristöstä ja toimintatavoista johtuvaksi (Aakala, Turunen & Vehviläinen-Julkunen 2000; Eriksson 2001; Liponkoski & Routasalo 2001) sekä hoitajien osaamisesta johtuvaksi (von Essen, Burström & Sjöden 1994; Poskiparta 1994). Tämän tutkimuksen tulokset näyttävät vahvistavan organisaatioon kytkeytyviä selityksiä hoitajan resurssien osalta. Ne heijastunevat tukeen erityisesti hoitajan kuormituksen kautta. Hoitajat kokivat, etteivät he voi läheskään aina tehdä työtään niin hyvin, kuin he osaisivat. He kuvasivat omia epävarmuuden, riittämättömyyden ja avuttomuuden kokemuksiaan, joiden hallintaa voidaan pitää keskeisenä tuen osoittamisen resurssina.

Tuen antamista ja siihen liittyviä tekijöitä on puheviestinnän tutkimuskirjallisuudessa tarkasteltu ennen muuta motivaation rakentumisen näkökulmasta. Esimerkiksi on tutkittu attribuutioiden ja tilannetekijöiden merkitystä motivaatiolle ja tavoitteiden rakentumiselle (Burleson, Holmstrom & Gilstrap 2005). Keskeisinä motivoivina tekijöinä on pidetty sitä, että tuen tarve ei johdu tuen saajasta itsestään (Jones & Burleson 1998) ja että tuen saajan on vaikea kontrolloida stressitekijää (Jones & Burleson 1998; Dunkel-Schetter & Skokan 1991). Lisäksi on todettu, että tukea tarvitsevan oma toiminta tilanteensa selvittämiseksi vaikuttaa siihen, millaista tukea motivoitutaan antamaan (MacGeorge 2001). Motivoivaatiotekijöinä voisi aikaisempiin tutkimuksiin nojaten pitää ennen muuta potilaan sairauden laatua ja potilaan oma-aloitteisuutta sekä hoitoon sitoutumista. Tässä aineistossa ne liittyivät ennen muuta hoitosuhteeseen ja sen piirteisiin. Potilaan halukkuus yhteistyöhön koettiin tärkeäksi hoitosuhteen näkökulmasta, ja siltä osin hoitajan motivoituminen vuorovaikutukseen ja tuen osoittamiseen välittynee juuri hoitosuhteen kautta. Tätä linkkiä olisi tärkeää tarkastella lähemmin.

Hoitajuus kytkeytyy tukeen ainakin hoitajan resurssien kautta ja on mahdollista, että hoitajan motivaatio välittyy tukeen hoitosuhteen välittämänä. Tässä tutkimuksessa hoitajuudella kiintoisa yhteys myös tuen muotoihin: aineistosta jäsentyneet hoitajuuden osa-alueet vastaavat tapaa jäsentää tuki tiedolliseen,

välineelliseen ja emotionaaliseen tukeen (esim. Kahn & Antonucci 1980). Tiedollisen tuen voi nähdä kytkeytyvän hoitajan tiedolliseen asiantuntemukseen, välineellisen tuen prosessien hallintaan ja emotionaalinen tuen puolestaan hoitajan ammatillisuuteen. Jos hoitajien tapa hahmottaa työtään kokonaisuudessaan vastaa tuen muotoja, on mahdollista, että se heijastuu myös heidän tapansa arvioida antamaansa tukea. On mahdollista, että hoitaja arvioi työtään kaikinensa silloin, kun hän arvioi antamaansa tukea (Suominen 1994). Hoitajalle tuki voi olla paitsi interpersonaalista vuorovaikutusta myös ammatillisten tavoitteiden täyttämistä.

7.2 Interpersonaalinen vuorovaikutus tukena ja tuen kontekstina

Sosiaalisen tuen näkökulmasta potilas-hoitajavuorovaikutus on se prosessi, jossa tuki kehkeytyy. Tämän prosessin piirteitä tarkastelemalla on mahdollista ymmärtää, millaiseen interpersonaaliseen kontekstiin tuki hoitotyössä kytkeytyy. Tarkastelin potilas-hoitajavuorovaikutusta sekä havainto- että haastatteluaineiston pohjalta. Sisällöllisesti potilas-hoitajavuorovaikutus näyttäytyi tässä aineistossa suurelta osin hoitoon liittyvistä asioista puhumisena kuten toiminnan ohjaamisena, oireista ja voinnista sekä hoitotoimenpiteistä puhumisena. Vuorovaikutukseen liittyi myös konkreettisten ongelmien ratkaisemista, faattista viestintää sekä tunteiden ilmaisemista ja mielentilasta puhumista. Mihin tahansa näistä sisällöistä voi liittyä supportiivisia sanomia ja ilmauksia, ja nämä sisällöt voidaan kokea supportiivisiksi.

Sekä potilaat että hoitajat korostivat faattisen viestinnän ja jokapäiväisistä aiheista keskustelemisen merkitystä. Sillä nähtiin olevan tärkeä vaikutus erityisesti tuntemiselle ja siten keskinäisen vuorovaikutussuhteen rakentumiselle. Hoitajat kuvasivat käyttävänsä ”jutustelua” myös tavoitteellisesti pyrkiessään rakentamaan läheisyyttä potilaan kanssa. Larsson ja Starrin (1990) ovat todenneet tutkimuksessaan, että emotionaalisten reaktioiden positiivisuus potilas-hoitajavuorovaikutuksessa kytkeytyy yhteen sen kanssa, kuinka paljon keskusteluun liittyy niin sanottua jokapäiväistä sisältöä suhteessa hoidosta puhumiseen. On siis mahdollista, että faattisen viestinnän määrä heijastuu vuorovaikutuksen koettuun laatuun. Tämän tutkimuksen haastatteluaineiston perusteella voisi ajatella, että se kytkeytyy myös siihen, miten potilas-hoitajasuhteen koetaan rakentuvan. Kaikki haastatelluista potilaista eivät odottaneet tämäntyyppistä sisältöä, mutta lähes kaikki mainitsivat sen merkityksellisenä. Jokapäiväisten aiheiden kautta potilaalle ja hoitajalle syntyy tietoa siitä, miten toisen osapuolen viestintäkäyttäytymistä pitää tulkita, ja kyse on tällöin tuen kontekstin rakentamisesta (Barnes & Duck 1994).

Haastatteluaineistossa korostui vuorovaikutuksen suhdetaso: sekä potilaat että hoitajat kuvasivat relationaalisten tekijöiden merkitystä ja suhtautumisen tärkeyttä. Potilaiden haastatteluista tärkeiksi relationaaliseksi tekijöiksi jäsenyivät ymmärretyksi tuleminen, henkilökohtaisuus ja oikeudenmukaisuus, joi-

hin tiivistyivät merkitykset oman kokemuksen oikeuttamisesta, yksilöllisyyden huomioimisesta ja omasta kohtelusta suhteessa muihin. Näiden relationaalisten tekijöiden ohella potilaat kuvasivat hoitosuhdetta aloitteellisuuden problemaatiikan näkökulmasta. Aloitteellisuus kytkeytyi hoitosuhteen rakentumiseen ja suhteen tehtäväulottuvuuteen, ja se merkityksentyi ennen muuta kokemukseksi hoitajan yhteistyöhalukkuudesta. Potilaat viittasivat aloitteellisuudella siis odotukseen hoitajan aloitteellisuudesta hoitosuhteen rakentamisessa.

Tässä tutkimuksessa potilaiden hoitosuhteelle antamat merkitykset ovat samansuuntaisia kuin aikaisemmissa interpersonaalista potilas-hoitajavuorovaikutusta tarkastelleissa tutkimuksissa. McGaben (2004) fenomenologisessa analyysissä potilaiden positiiviset kokemukset vuorovaikutuksen ulottuvuuksista tiivistyivät läsnäoloon (attending), empatiaan sekä ystävällisyyteen ja huumoriin, joista läsnäoloon liittyvät merkitykset lähestyvät ymmärretyksi tulemisen ja henkilökohtaisuuden merkityksiä. Fosbinder (1994) on kuvannut hoitosuhdetta interpersonaalisen kompetenssin osa-alueina, johon liittyy kääntämisen, tutustumisen, luottamuksen luomisen ja suhteen syventämisen (going for extra mile) ulottuvuuksia. Näistä suhteen syventämiselle potilaat antoivat samoja merkityksiä kuin henkilökohtaisuus tässä aineistossa sai. Mattilan (2001) tutkimuksessaan löytämät potilas-hoitajavuorovaikutuksen ydinkategoriat olivat kohtaamisen myönteisyys ja turvallisuus, aloitteellisuus ja luottamus, potilaan ja hoitajan läheisyys, välittämisen kokeminen, vahvistuminen, tunnekokemuksen jakaminen ja vuorovaikutuksen ympäristö. Näihin sisältyy samankaltaisia merkityksiä kuin ymmärretyksi tulemiseen ja henkilökohtaisuuteen. Vertailusta ongelmallista tekee kuitenkin se, että Mattilan (2001) kategoriat sisältävät eri tason ilmiöitä. Osin tämän tutkimuksen aineistosta tiivistyneet merkitykset ovat siis samoja kuin aikaisemmissa tutkimuksissa, mutta tässä olen pyrkinyt erottamaan relationaaliset tekijät esimerkiksi viestintäkäyttäytymisestä, vaikka relationaaliin tekijöihin liittyikin merkityksiä viestintäkäyttäytymisen piirteistä.

Potilaat ja hoitajat antoivat henkilökohtaisuudelle melko samankaltaisia merkityksiä. Hoitajat kytkivät henkilökohtaisuuden suhteen läheisyyteen, jota kuvattiin pääsemisenä "henkilökohtaiselle tasolle", ja he myös kuvasivat henkilökohtaisuuteen liittyvää sitoutumista. Potilaat korostivat puolestaan kohdentamisen taitoa ja paneutuneisuutta potilaan asioihin. Puheviestinnässä tukea on tutkittu niin läheisissä vuorovaikutussuhteissa kuin vertaissuhteissakin, ja suhteen laadulla katsotaan olevan perustavanlaatuinen merkitys sille, miten yksilöt tulkitsevat toisen osapuolen osoittamaa tukea (Brock, Pierce, Sarason & Sarason 1996). Erityisesti on tarkasteltu läheisyyttä, jonka kasvaessa myös havaitun tuen on todettu lisääntyvän (Cutrona, Cohen & Igram 1990). Tätä on selitetty odotuksilla sekä herkkyyden ja hyväksytyksi tulemisen tunteen lisääntymisellä (Larose & Boivin 1997; Sarason, Pierce & Sarason 1990a ja 1990b; Trees 2000.). Läheisyys vaikuttaa myös tuen osoittamiseen siten, että tukea on helpompi kohdentaa läheisyyden kasvaessa (Cutrona, Cohen & Igram 1990). Näyttäisi siltä, että myös potilas-hoitajasuhteessa läheisyydellä on merkitystä sille, kuinka tu-

kea osoitetaan ja vastaanotetaan, se ainakin koetaan merkitykselliseksi. Tässä aineistossa juuri henkilökohtaisuuteen kytkeytyi merkityksiä läheisyydestä.

Tasavertaisuuden ja oikeudenmukaisuuden ulottuvuudet kytkeytyvät valtaan vuorovaikutussuhteessa. Hoitajat kuvasivat valtaa tasavertaisuuden käsitteellä, ja he viittasivat sillä lähinnä interpersonaaliseen valtaan. Potilaat puolestaan korostavat oikeudenmukaisuuden merkitystä. Tämä kertonee potilaan ja hoitajan erilaisista orientaatioista. Hoitajien käsityksissä korostuu interpersonaalinen dominanssi, potilaat puolestaan korostivat potilaiden keskinäisen tasavertaisuuden ja oikeudenmukaisen kohtelun merkitystä, mikä kytkeytyy yhtä aikaa potilas-hoitajasuhteen institutionaaliseen ja relationaaliseen ulottuvuuteen. Potilas-hoitajavuorovaikutuksessa tukeen ei ehkä liity ole samantyyppistä riskiä autonomian uhkaamisesta kuin henkilökohtaisiin suhteisiin tai vapaaehtoisin auttamissuhteisiin (Adelman & Frey 1997; Ray 1993). Merkityksellimpää potilaalle onkin potilaiden keskinäinen tasavertaisuus.

Vuorovaikutussuhteen on katsottu olevan tuen konteksti, johon sisältyy tietoa siitä, miten toisen osapuolen viestintäkäyttäytymistä pitäisi tulkita (Barnes & Duck 1994). Tässä tutkimuksessa tuki merkityksentyi paitsi tuen kontekstiksi myös tueksi sinänsä, sekä potilaat että hoitajat antoivat vuorovaikutussuhteen olemassaololle merkityksiä tuesta. Toisaalta tuelle ja suhteelle annettiin hyvin samantyyppisiä merkityksiä. Esimerkiksi hoitajat kuvaavat turvallisuutta tärkeänä hoitosuhteeseen vaikuttavana tekijänä, johon liittyy merkityksiä keskinäisestä luottamuksesta ja hoitavan henkilökunnan osaamisesta. Potilaiden haastatteluaineistossa turvallisuus kytkeytyi puolestaan tuelle annettuihin merkityksiin.

Erityisen kiinnostavia relationaalisia tekijöitä ovat ymmärretyksi tuleminen, joka nousi esille potilaiden haastatteluaineistosta, ja turvallisuus, joka puolestaan nousi esille hoitajien haastatteluaineistosta. Jatkuvuuden ja turvallisuuden tunne muodostavat yhden potilaiden antamista tuen ydinmerkityksistä. Ymmärretyksi tuleminen on puolestaan tekijä, joka tässä potilaiden haastatteluista jäsentyy vuorovaikutussuhteen ominaisuudeksi. Samalla ymmärretyksi ja hyväksytyksi tuleminen näyttää yhtenä ydinmerkityksenä emotionaalisessa tuessa erityisesti hoitajien käsityksissä, mutta myös potilaiden käsityksissä. Kyse on siis siitä, että hoitaja näkee saman ilmiön tai saman ilmiön ulottuvuudet suhteen piirteeksi, kun puolestaan potilas kuvaa sitä tukena. Tältä osin tämän tutkimuksen tulokset myös avartavat näkökulmaa emotionaalisen tuen ja vuorovaikutussuhteen väliseen yhteyteen.

On mielestäni mahdollista, että ainakin osin potilaiden, ehkä myös hoitajien on vaikeaa erotella tuen emotionaalisia ja relationaalisia merkityksiä toisistaan. Tällöin on mahdollista se, että potilaiden käsitys saamastaan tuesta peilaa pikemmin potilas-hoitajasuhdetta kuin supportiivisen viestinnän määrää. Lehdon, Laitinen-Junkkarin ja Turusen (2000) tutkimuksessa monet omaiset eivät osanneet arvioida esimerkiksi sitä, oliko heille osoitettu kiintymystä tai oliko he saaneet palautetta hoitajalta potilaan sairauden aikana. Tämä kertonee ylipäättään viestintäkäyttäytymisen ja vuorovaikutussuhteen ilmiöiden arvioimisen ongelmallisuudesta.

Aikaisemmissa tutkimuksissa vuorovaikutuksen laadun on todettu olevan merkityksellinen sille, millä tavoin tuki koetaan (Aakala, Turunen & Vehviläinen-Julkunen 2000; Jokinen 1995; Liponkoski & Routasalo), ja potilashoitajavuorovaikutuksen on todettu vaikuttavan potilaan kokemukseen sairaalassaolostaan ylipäätään (Ruben 1993). Tämän tutkimuksen tulokset vahvistavat käsitystä siitä, että potilas-hoitajasuhteella on tärkeä merkitys sille, millaisiksi kokemukset tuesta osastohoidossa muodostuvat. Tämä merkitys näkyy paitsi suhteen laadun vaikutuksena tuen kokemiseen ja osoittamiseen, myös siinä, että suhde merkityksentyy itsessään tueksi. Erittäin merkityksellistä on myös, että tuelle ja suhteelle annetaan samoja merkityksiä. Joissakin aikaisemmissa tutkimuksissa erityisesti emotionaaliseen tukeen todettu liittyvän ristiriitaisia käsityksiä tuen määrästä ja laadusta hoitajien ja potilaiden välillä (Eriksson 1996; Suominen 1994; ks. myös von Essen, Burström & Sjöden 1994). Tämän tutkimuksen tulokset auttavat ymmärtämään aikaisempia tuloksia siten, että tukea arvioidessaan potilaat ja hoitajat saattavat arvioida myös hoitosuhteen piirteitä. Tämä liittyy erityisesti juuri emotionaaliseen tukeen sekä relationaaliseen tukeen.

7.3 Tuen merkityksentyminen

Tutkimuksen päätavoitteena oli kuvata ja ymmärtää sosiaalista tukea erityisesti tuelle annettujen merkitysten näkökulmasta. Tuelle annettujen merkitysten kuvaaminen auttaa ymmärtämään sitä, millaisena ilmiönä sosiaalinen tuki nähdään. Potilaiden ja hoitajien käsityksiä vertaamalla on mahdollista myös ymmärtää, missä määrin tuen antajan ja tuen saajan käsitykset tuesta ovat samankaltaisia. Kiinnostavaa on se, kuinka tuen antaja ja tukea tarvitseva jäsentävät tuen ilmiötä ylipäätään.

Tässä tutkimuksessa hoitajat ja potilaat antoivat tuelle hyvin samankaltaisia merkityksiä: tuki merkityksentyi emotionaaliseksi tueksi, selviytymisen tukemiseksi, jatkuvuuden ylläpitämiseksi sekä vuorovaikutussuhteen ominaisuudeksi. Vaikka nämä merkitysluokat vastaavat erilaisia tapoja luokitella supportiivisia ilmauksia, niitä ei pidä ajatella tuen muodoiksi tai ilmaisutavoiksi sinänsä. Ne kuvaavat tuelle annettuja merkityksiä ja siis sitä, mitä pidetään supportiivisena. Pikemmin on siis kyse supportiivisen vuorovaikutuksen funktioista ja tavoitteista, jotka kytkeytyvät tuen vaikutusmekanismeihin.

Näiden merkitysten voi ajatella olevan sellaisia, jotka ylipäätään koetaan ja tunnustetaan suomalaisessa kulttuurissa tueksi. Esimerkiksi Goldsmithin (1992) sekä Goldsmithin, McDermottin ja Alexanderin (2000) mukaan se, mitä pidetään supportiivisena, perustuu suurelta osin kulttuuriseen käsitykseen tuen luonteesta. Myös Xu ja Burleson (2001) toteavat, että käsitykset siitä, mikä on tukea ja millainen tuki on onnistunutta, ovat tiettyjen ryhmien sisällä hyvin johdonmukaisia. Potilaana ja hoitajana oleminen ei näyttäisi vaikuttavan siihen, mitä pidetään tukena tai millaisia merkityksiä tuki sinänsä saa. Ainoa ero pe-

rusmerkitysten välillä olis siinä, missä määrin käsityksissä näkyi konkreettisen tai välineellisen avun merkitys. Hoitajat kuvasivat konkreettista tukea keskeisenä tuen muotona, sen sijaan potilaiden aineistossa konkreettinen tuki ei juuri näkynyt sellaisenaan. Toisaalta potilaat odottivat saavansa nimenomaan perushoitoa, joten ristiriitaisenakaan käsityksiä ei voi pitää. Tuen saajan näkökulmasta konkreettinen tuki merkityksentyi myös suhteeseen liittyväksi tueksi.

Aikaisemmissa tutkimuksissa on tuen saajan ja tuen antajan käsityksissä näkynyt merkittäviä eroja siinä, kuinka paljon tukea ajatellaan hoitotyössä välittyneen (Eriksson 1996; Eriksson, Arve & Lauri 2006; Eriksson, Lauri, Somer & Kylmänen-Kurkela 2002; Eriksson, Somer & Lauri 2002; Suominen 1994). Tämän on arveltu johtuvan siitä, että potilas ja hoitaja tarkoittavat tuella jollain tapaa eri asiaa (Suominen 1994). Tämän tutkimuksen tulokset eivät vahvista käsitystä siitä, että hoitajalla ja potilaalla olisi pohjimmiltaan erilainen käsitys siitä, mitä tuki on tai mitä voidaan pitää supportiivisena. Kiinnostavaa on kuitenkin se, että puhuessaan itsestään tuen saajana hoitajat korostivat erityisesti emotionaalisia ja relationaalisia merkityksiä. Myös tapa, jolla hoitajan ja potilaan antamat merkitykset jäsentyvät eri ulottuvuuksille, viittaa siihen, että tuen antajan ja tuen saajan rooleissa näkökulma ja tapa hahmottaa sosiaalista tukea on erilainen.

Hoitajien ja potilaiden käsitysten pohjalta tuki on mahdollista jäsentää kahdelle ulottuvuudelle: aloitteellisuuden ja responsiivisuuden ulottuvuudelle sekä kanssa olemisen ja varten olemisen ulottuvuudelle. Tuen antajan näkökulmasta tuki jäsenyi aloitteellisuuden ja responsiivisuuden ulottuvuudelle, mikä voi ajatella kuvaavan ennen muuta toiminnan merkitystä. Kun tuki nähdään aloitteellisena, se merkitsee strategista vuorovaikutusta, jossa tuen antaja pyrkii aktiivisesti esittämään uusia tulkintoja ja osoittamaan uusia näkökulmia. Responsiivisuus on puolestaan reagoimista tuen tarvitsijan aloitteellisuuteen.

Kanssa olemisen ja varten olemisen ulottuvuudella tuki jäsenyy ongelmajä ratkaisukeskeiseksi selviytymiseksi ja emotionaaliseksi tueksi sekä jatkuvuudeksi ja vuorovaikutussuhteen olemassaoloksi. Selviytymisen tukeminen ja emotionaalinen tuki kuvaavat tukea kanssa olemisena, ja ne kytkeytyvät selkeästi arviointi- ja selviytymisprosesseihin (Lazarus 1991). Sen sijaan varten olemiseen liittyy vuorovaikutussuhteen ja turvallisuuden ylläpitämisen merkityksiä, ja ne liittyvätkin enemmän huolenpitoa osoittavaan tukeen (Cutrona & Suhr 1992) sekä tukeen suhteen ominaisuutena (Pierce 1994). Vaikutusmekanismiltaan näiden voi nähdä kytkeytyvän läheisesti juuri yksilön kiinnikkeisiin ja kiintymyssuhteisiin (Bowlby 1969; 1980). Varten olemisen ja kanssa olemisen ulottuvuutta jäsentävät siis tuen funktiot.

Määrittelin tutkimuksen aluksi tuen antajan ja saajan väliseksi verbaaliseksi ja nonverbaaliseksi viestinnäksi, joka auttaa hallitsemaan tilanteeseen, omaan itseen, toiseen tai vuorovaikutussuhteeseen liittyvää epävarmuutta ja vahvistaa näin käsitystä hyväksytyksi tulemisesta ja henkilökohtaisesta hallinnasta elämäkokemusten keskellä. Tämä määritelmä perustui Albrechtin ja Goldsmithin (2003) sekä Albrechtin ja Adelmanin (1987) määritelmiin, joita täydensin liittämällä hyväksytyksi tulemisen ilmiön toiseksi tuen perusfunkti-

oksi. Tämä valinta perustui ensinnäkin siihen, että hyväksynnän tunnetta on varhaisissa tuen määritelmässä ollut keskeinen ulottuvuus (Cobb 1973; Moss 1976). Suhdeulottuvuutta on pidetty merkityksellisenä erityisesti läheisissä vuorovaikutussuhteissa sekä sosiaalisissa verkostoissa. Myös ammatillisessa kontekstissa suhteeseen liittyvien tekijöiden kuten arvostuksen on todettu liittyvän hyvin läheisesti tukeen (esim. Jokinen 1995; Liponkoski & Routasalo 2001). Tämän tutkimuksen tulosten perusteella hyväksytyksi tulemisen tunteen sisällyttäminen tuen määritelmään on perusteltua. Aineistossa tukeen liitettiin merkityksiä vuorovaikutussuhteesta, ja tuki merkityksentyi suhteen olemassaoloksi niin yksityisissä suhteissa kuin potilas-hoitajasuhteessakin. Yksilön merkityksellisiä viestintäsuhteita voi siis pitää tuen yhtenä ulottuvuutena. Vuorovaikutussuhde ei tällöin ole merkityksellinen vain tuen kontekstina (vrt. Barnes & Duck 1994), vaan se voidaan ymmärtää itsessään tueksi. Tuen saajan näkökulmasta tuki merkityksentyykin tukeen hallinnan tunnetta tai hyväksytyksi tulemisen tunnetta edistävänä ilmiönä.

7.4 Haasteet tuen toteutumiselle

Pyrin tässä tutkimuksessa ymmärtämään sosiaalista tukea osastohoidossa tavalla, joka tuottaisi tietoa niin puheviestinnän koulutukseen ja kuin hoitotyön vuorovaikutuksen kehittämiseenkin. Nostan esille joitakin näkökulmia siitä, millaisia kytkeymiä käytännön työhön tämän tutkimuksen tuloksilla voisi olla. Tässä tarkastelussa näkökulmani on hoito-organisaation ulkopuolisen näkökulma. Se tarkoittaa sitä, etten kaikilta osin tunne hoitamisen prosessiin liittyviä yksityiskohtia, ja pyrin pitäytymään niissä seikoissa, jotka kytkeytyvät vuorovaikutukseen organisaatiossa ja interpersonallisissa suhteissa.

Hoitotyön ja osastohoidon konteksti kytkeytyy sosiaaliseen tukeen monella tavalla. Konteksti itsessään tuottaa tuen tarvetta samanaikaisesti, kun se säätelee mahdollisuutta siihen. Konteksti ei siis määritä vain mahdollisuuksia supportiiviseen vuorovaikutukseen, vaan se itsessään on yksi sosiaalisen tuen tarpeen lähtökohta. Potilaan hoitoon voi liittyä epävarmuutta, ja on mahdollista, että esimerkiksi hoitoympäristö lisää potilaan tuen tarvetta, mikäli ympäristöön liittyy kuormittumista kuten levottomuutta.

Osastohoidon konteksti on hyvin haasteellinen ympäristö vuorovaikutukselle, koska osastolla joudutaan tasapainottelemaan toiminnan organisoimisen ja potilaan tarpeiden välillä. Kaikkiin tekijöihin ei välttämättä voida vaikuttaa, mutta esimerkiksi ympäristöä ja läsnäolevien ihmisten lukumäärää voi olla mahdollista säädellä. Vuorovaikutuksen laadun kannalta olisi äärettömän tärkeää pystyä löytämään aika ja paikka nimenomaan kahdenväliselle vuorovaikutukselle. Sekä kahdenkeskisyys että rauhallinen paikka ovat tekijöitä, jotka edistävät potilaan mahdollisuuksia puhua omista huolistaan ja tällä tavoin myös hakea tukea. Supportiivisen viestinnän näkökulmasta ”vessa ja hissi” jää-

vät usein ainoiksi tiloiksi, joissa potilaan on mahdollisuus olla kahden hoitajan kanssa ja näistäkin keskeytyksettä vain ensimmäisessä.

Hoitoprosessin mahdollinen kuormittavuus johtaa myös toiseen johtopäätökseen, metapuheen tarpeeseen. Hoitotyö on suurelta osin ohjaamista, tätä ohjausta tulisi suunnata myös hoitoprosessin ymmärtämiseen. Se tarkoittaa paitsi hoidon myös hoitosuhteen näkyväksi tekemistä. Potilaat odottivat hoitavalta henkilökunnalta aloitteellisuutta, hoitajat puolestaan korostivat potilaan oma-toimisuuden merkitystä. Oleellista olisi, että potilaalle muodostuu käsitys omasta roolistaan ja siitä, mitä häneltä odotetaan. Esimerkiksi yksinkertaisesti kysymys siitä, mitä omahoitajuus merkitsee, on potilaalle hyvin tärkeä. Ei ole itsestäänselvää, että potilas ymmärtää omahoitajuuden merkitystä. Jokainen suhde on ainutlaatuinen myös hoitajalle, mutta siihen liittyy sellaisia ammatillisia ulottuvuuksia, jotka voisi tehdä näkyväksi. Kysymys prosessiin ja potilas-hoitajavuorovaikutukseen liittyvästä metapuheesta ei kytkeydy niinkään hoitajan taitoihin, vaan enemmänkin toimintatapoihin. Ohjauksen tekeminen näkyväksi on viestinnällinen asia, jossa on kysymys ennen muuta siitä, millaisia sisältöjä potilasohjaukseen liittyy.

Potilas-hoitajavuorovaikutus toteutuu osaston toimintatapojen säätelämänä, mikä ei aina mahdollista potilaslähtöistä ja potilaan tarpeenmukaista tilannekohtaista vuorovaikutusta. Tuen näkökulmasta haasteelliseksi tuleekin prosessien jatkuva arviointi. Monet toimintatavat ovat käytännöllisyyden sanele-mia, jopa käytännön pakottamia, mutta joskus toimintatavat muuttuvat käytän-teiksi, jotka alkavat elää omaa elämäänsä. Käytänteet tekevät toiminnasta teho-kasta, kuten eräs haastatelluista potilaista totesi. Samalla ne kuitenkin rajoitta-vat mahdollisuuksia saavuttaa esimerkiksi sellaisia julkilausuttuja hoitotyön tavoitteita, jotka liittyvät potilaan saamaan tukeen. Tämä haaste edellyttää toi-minnan jatkuvaa reflektointia. Potilaan näkökulmasta haasteena on tuen tar-peeseen vastaaminen niissä rajoissa, jotka toimintatavat luovat. Tämä vaatii hoi-tajilta taitoa pystyä toimimaan potilaslähtöisesti ja keskittymään vuorovaiku-tukseen, vaikka työskentelyyn liittyykin paljon rutiineja. Reflektointiin liittyy myös hoitavan henkilökunnan kyky arvioida omaa viestintäkäyttäytymistään, mikä edellyttää käsitteitä tähän analyysiin. Tämän näenkin keskeiseksi koulu-tuksen haasteeksi. Sen sijaan esimerkiksi ajankäytön perusongelmia ei voida ratkaista viestintäkoulutuksella.

Hoitajan näkökulmasta tarkasteltuna tuki kytkeytyy koko organisaation toimintaan, organisaatio heijastuu potilaalle hoitajien resurssien kautta. Esi-merkiksi välineellisen tai konkreettisen tuen osoittaminen edellyttää, että työ organisoidaan siten, että auttajalla on mahdollisuus hallita työprosessejaan ja sen synnyttämää kuormitusta. Tiedollisen tuen näkökulmasta oleellista on, että tiedon jakamiselle ja rakentamiselle on riittävästi mahdollisuuksia. Tämä tar-koittaa paitsi ammattitaidon uusintamista kautta, myös työyhteisön sisäisten vuorovaikutusprosessien jäsentämistä. Kirurginen osasto on haasteellinen työ-yhteisö, koska esimerkiksi lääkärit ja hoitajat tekevät pääosan työstään fyysisesti erillään. Toisaalta vuorotyö aiheuttaa haasteita hoitajien keskinäiselle vuoro-vaikutukselle, koska yhteistä aikaa keskustelulle on vähän ja sitä voi olla vaikea

järjestää. Myös perinteiset rakenteet voivat heijastua tiedon rakentumiseen, ja olisikin tärkeää, että organisaation sisällä esimerkiksi sairaanhoitajan työn muuttuminen tehdään näkyväksi ja että se muuttaa myös organisaation rakenteita. Tämä merkitsisi muun muassa yhteisön sisäistä keskustelua eri asiantuntijoiden asiantuntijuudesta. Emotionaalisen tuen osoittaminen edellyttää ennen muuta sitä, että auttajalla on mahdollisuus omien emotionaalisten resurssiensa uusintamiseen.

Rakenteellisten seikkojen ohella tuessa on aina jossain määrin kysymys vuorovaikutustaidoista. Viestintäkoulutuksen haasteena niin hoidon alalla kuin yleisestikin on pohtia, miten tuesta puhutaan ja millaisena ilmiönä se nähdään. Usein tuki jäsennetään muodoiksi tai yleisiksi käyttäytymiskategorioiksi. Näiden ohella olisi pohdittava tarkemmin sitä, miten tuki merkityksentyy ja millaiseen viestintäkäyttäytymiseen erilaiset merkitykset kytkeytyvät. Tässä tutkimuksessa hahmoteltua jäsennyttä tuen merkityksistä ei pidä niinkään nähdä viestintäkäyttäytymisen muotoina, vaan pikemminkin supportiivisina tilannekohtaisina tavoitteina: vuorovaikutussuhteen ja jatkuvuuden ylläpitämisen, ongelma- ja ratkaisukeskeisen selviytymisen sekä emotionaalisen selviytymisen tavoitteina. Näiden tavoitteiden tunnistaminen ohjaustilanteessa voi auttaa rakentamaan sellaista vuorovaikutusta, jossa supportiiviset sanomat kytkeytyvät tiiviisti potilas-hoitajavuorovaikutuksen sisältöihin.

8 TUTKIMUKSEN ARVIOINTI

8.1 Tutkimuksen luotettavuus

Kun arvioidaan laadullisen tutkimuksen luotettavuutta, olennaista on, että tutkija arvioi koko tutkimusprosessiaan, ei vain tutkimuksen empiiristä toteuttamista. Luotettavuuden arviointi ulottuu siis tutkimuksen ongelmanasettelusta menetelmän sopivuuden arvioimiseen ja tutkimuksen suorittamisen arvioimiseen. Laadullisen tutkimuksen arvioinnin kriteerit perustuvat laadullisen tutkimuksen ominaispiirteisiin, ja jo melko vakiintuneina kriteereinä voi pitää uskottavuuden tai vastaavuuden, siirrettävyyden, vahvistettavuuden ja varmuuden kriteereitä (Lincoln & Guba 1985). Tässä alaluvussa pohdin tutkimuksen toteuttamista näiden kriteerien näkökulmasta, siirrettävyyttä tarkastelen kuitenkin luvussa 8.3 jatkotutkimushaasteiden yhteydessä. Tutkimuksen eettisyyttä tarkastelen luvussa 8.2.

8.1.1 Tutkimustehtävä ja tutkimuksen lähestymistapa

Tutkimuksen tekemisen tärkeimpänä ja kriittisimpänä vaiheena voi pitää tutkimusongelman asettamista. Voisi myös puhua tutkimusongelman löytämisestä: olennaista tutkimuksen kannalta on se, että tarkasteltavaan ilmiöön löytää relevantin ja kiinnostavan näkökulman, joka kantaa koko tutkimusprosessin läpi. En tarkoita tällä sitä, ettei tutkimuksen ongelmanasettelu eläisi tutkimusprosessin kuluessa, vaan sitä, että tutkija pyrkii pysyttämään valitsemassaan näkökulmassa ja ymmärtämään sitä syvällisesti. Vaikka tässä tutkimuksessa laadulliselle tutkimusprosessille tyypilliseen tapaan kysymyksenasettelu on muotoutunut osin myös aineiston perusteella, ydinkysymyksinä ovat säilyneet kysymykset, millaisena ilmiönä potilaat ja hoitaja ymmärtävät tuen roolistaan käsin ja miten nämä merkitykset kytkeytyvät vuorovaikutuksen kontekstiin. Tutkimusongelman arvioimisen lähtökohtana voi pitää näiden kysymysten relevanssia. Arvioisin, että näitä kysymyksiä voi pitää perusteltuina ja että niiden perustalle voi luoda oikean tutkimusongelman. Ne kytkeytyvät aiempien tut-

kimusten tuloksiin ja johtopäätöksiin pyrkien täydentämään ja syventämään aikaisempaa tietoa. Tutkimustulokset keskustelevalle aikaisempien tutkimustulosten kanssa tavalla, joka auttaa ymmärtämään tukea asymmetrisissä suhteissa kytkemällä tuelle annetut merkitykset vuorovaikutussuhteeseen ja osallistujien rooliin.

Tämän tutkimuksen ongelmanasettelu on laaja. Usein on mielekästä pyrkiä kapeaan ja selkeärajaiseen ongelmanasetteluun, mutta tässä tutkimuksessa mielestäni on ollut perusteltua lähestyä tutkittavaa ilmiötä laajasta näkökulmasta: tukea on tutkittu runsaasti aiemmin niin interpersonaalisen viestinnän kuin hoitotyönkin näkökulmasta, ja tuesta on saatavilla runsaasti tutkimustietoa. Puuttuva palanen, jota tämä tutkimus osin rakentaa, vaikkei luonnollisestikaan sitä täytä, on ollut nimenomaan tukeen vaikuttavien ja sen kokemista selittävien osatekijöiden keskinäisessä suhteessa. Tuen ymmärtäminen hoitotyön kontekstissa edellyttää sitä, että tarkastellaan paitsi viestijöitä myös kontekstia siinänsä. Teoreettisesti kysymys on pyrkimyksestä yhdistää kokemuksen eli yksilön taso rakenteiden tarkastelemiseen. Näiden välittäjäksi näen interpersonaalisen vuorovaikutuksen, joka on toisaalta rakenteiden säätelemää ja toisaalta yksilöllisten merkitysten konstruoimista. Tässä tutkimuksessa interpersonaalinen näkökulma näkyy potilas-hoitajasuhteessa, joka syntyy keskinäisessä vuorovaikutuksessa. Tällaisen laajan tutkimusongelman hallitseminen on haasteellista, koska vaarana on aina liukua liian ohueen kuvaamiseen ilman, että tarkastellut osatekijät kytkeytyvät toisiinsa. Vaarana on myös liukua kuvaamaan ilmiöitä, jotka eivät ole relevantteja tutkimusongelman näkökulmasta. Tätä riskiä olen pyrkinyt välttämään pyrkimällä perustelemaan valittuja näkökulmia. Lukijan tehtäväksi jää arvioida, millä tavoin olen tässä tehtävässä onnistunut.

Tutkimustehtävä ohjasi laadullisen lähestymistavan valintaan. Tutkimusprosessin edetessä omat taustaoletukseni ohjasivat tekemiäni valintoja, mutta mitään tarkkarajaista metodologiaa en tutkimuksen suorittamiseksi valinnut (Schwandt 2000). Laadulliselle ja erityisesti tulkinnalliselle lähestymistavalle olennaista on, että menetelmä ja tutkimuksen tavoite vastaavat toisiaan (Perttula 2000). Tämän tutkimuksen tavoite oli ymmärtävä ja tutkimuksessa pyrittiin tarkastelemaan ennen muuta merkityksiä, joten haastattelemalla saatu tieto sopii tavoitteen täyttämiseen (Hirsjärvi & Hurme 2000). Toiminnan kontekstin kuvaamiseen pyrin hankkimalla havainnointiin perustuvaa tietoa.

8.1.2 Tutkimuksen varmuus

Varmuus viittaa tutkimuksen käyttövarmuuden tai pysyvyyden arvioimiseen, ja varmuutta voi arvioida pohtimalla tutkimustilannetta ja siihen liittyviä tekijöitä (Lincoln & Guba 1985). Tässä tutkimuksessa olennaista on pohtia sekä havaintoaineiston keruuseen että haastatteluiden tekemiseen liittyviä seikkoja. Kontekstin ymmärtämisen osalta haasteena oli se, että olin tutkimassani organisaatiossa ulkopuolinen. Minulla ei ole hoito- tai lääketieteellistä koulutusta, joten en voi täysin tuntea sitä työprosessia, johon tutkimukseni kytkeytyy. Tämä saattaa heikentää tutkimuksen luotettavuutta siltä osin, että havaintoni jäävät puutteelliseksi tai painottuvat sen mukaan, mikä näyttää tilanteesta ilmeisim-

mältä. Pyrin kuitenkin välttämään sitä, että olisin tehnyt havaintojen perusteella päätelmiä toimijoiden tavoitteista tai intentioista. Havaintoaineistoa pyrinkin analysoimaan erityisesti viestinnän sisällöllisten funktioiden ja vuorovaikutukseen vaikuttavien tilannetekijöiden näkökulmasta. Tutkijana yritin siis pysyttäytyä nimenomaan vuorovaikutuksen havainnoijana, mutta on muistettava, että hoito-organisaation tuntemus varmasti vaikuttaa siihen, millaisia havaintoja tutkija voi ylipäättäen tehdä.

Ulkopuolisen toimijan rooli vaikutti havaintoaineistoon myös aineistonkeruun vaiheessa. Vaikka sainkin apua tutkimusosastolta käytännön työskentelemisen järjestämisessä, oli havainnoinnin järjestäminen välillä hyvin haasteellista. Kontekstin outous vaikutti myös niihin päätöksiin, joita aineiston keruusta tein. Jälkikäteen ajatellen olisi ollut järkevää keskittyä työskentelemään vain parin kolmen hoitajan kanssa, tai toimimaan yhdessä potilashuoneessa. Tällöin havaintoaineiston koherenssi olisi voinut olla suurempi. Ulkopuolisuus vaikuttaa myös siihen, etten voinut olla läsnä kaikissa tilanteissa, jolloin esimerkiksi juuri ne supportiiviset keskustelut, joita haastateltavat kuvasivat, jäivät havaintoaineiston ulkopuolelle. Näiden keskustelujen havainnoiminen olisi voinut olla todella kiintoisaa, mutta on muistettava ensinnäkin, ettei haastattelemalla saatua tietoa tuen osoittamisesta ja saamisesta ei pidä arvottaa totuusarvoltaan yhtään vähäisemmäksi kuin havainnoimalla saatua. Toiseksi pysyttäytyminen joidenkin tilanteiden ulkopuolella oli erityisesti tutkimuseettinen ratkaisu.

Valitsemaan havainnointitapaa voi pitää havainnoijana osallistumisena (Frey, Botan & Kreps 2000). Tämä merkitsee sitä, että vuorovaikutustilanteissa olin ennen muuta havainnoija, mutta havainnoinnin toteuttamisen aikana minulle syntyi myös sosiaalisia kontakteja. Osallistuin myös muutamia kertoja pieniin toimiin auttamalla hoitajia esimerkiksi tavaroiden viemisessä. Tämä on voinut vaikuttaa siihen, millä tavalla tutkimukseen osallistujat minuun suhtautuvat, koska se on voitu tulkita samastumiseksi henkilökuntaan. Toisaalta myös liikuin osastolla hoitajien kanssa ja muutamat konkreettiset toimet tapahtuivat lähinnä tilanteissa, joissa potilaat eivät olleet läsnä. Näenkin ne samankaltaiseksi kanssakäymiseksi kuin hoitajien kanssa käymäni keskustelut, joissa hoitajat kuvasivat minulle omaa työtään ja käsityksiään. Näitä havaintoaineistoon kirjattuja keskusteluita, joita syntyi niin hoitajien kuin potilaidenkin kanssa, en käyttänyt aineistona.

Havaintoaineistoon liittyy eräs tärkeä varmuuteen kytkeytyvä seikka, aineiston ikä. Havaintoaineisto on kerätty keväällä 1999, tähän tutkimukseen valitut esihaastattelut on tehty alkuvuodesta 2000 ja haastattelut on tehty vuoden 2004 aikana. Tämä voi vaikuttaa tutkimuksen varmuuteen. Esihaastatteluiden käyttäminen perustui siihen, että ne vastasivat rakenteeltaan ja sisällöltään hyvin vuonna 2004 tehtyjä haastatteluita, ja ne muodostivat yhdessä koherentin aineiston. Havaintoaineiston tuloksiin on suhtauduttava varovaisesti. Havaintoaineiston käyttämistä perustelee kuitenkin se, että osastolla oli haastatteluiden tekemisen aikaan käytössä sama työnjakoperuste kuin havaintoaineiston keräämisen aikaan. Haastatteluissa niin potilaat kuin hoitajatkin kommentoivat havaintoaineistosta esitettyjä episodeja ”tutuiksi”, ja pitivät niitä omaa (sen het-

kistä) kokemusta vastaavina. Eräässä haastattelussa nousi esille se, että työskentely oli muuttunut siten, että aamuisin ja iltaisin hoitajat kiertävät useammin yksin kuin havaintoaineiston keruun aikaan.

Haastatteluaineiston keruuta, siinä tekemiäni valintoja sekä rooliani haastattelijana olen kuvannut menetelmäluvussa. Seuraavassa pohdin tutkimuksen luotettavuutta aineistojen ja analyysin näkökulmasta.

8.1.3 Tutkimuksen aineistot ja uskottavuus

Tutkimuksen haastatteluaineisto perustui sekä hoitajien että potilaiden haastatteluihin. Kylläntymisen näkökulmasta aineiston koon arvioimisessa olennaista ei ole aineiston määrä sinänsä, vaan pikemmin aineiston laatu ja siinä näkyvä teemojen toistuminen (Suoranta & Eskola 2000). Jos tämän tutkimuksen aineistoja arvioi kylläntymisen näkökulmasta, erityisesti hoitajien aineistoa voi pitää riittävän suurena ja myös rikkaana, mikä mahdollisti teoreettisten yleistysten tekemiseen aineistosta. Onkin todennäköistä, että uudet haastattelut eivät olisi nostaneet täysin uusia teemoja tai sisältöjä esiin. Kylläntyminen näkyy myös aineiston käsittelemisessä siten, että aineistosta oli suhteellisen helppo tiivistää kategorioita ja tehdä sen perusteella teoreettisia yleistyksiä. Hoitajien aineistosta tehtyjä päätelmiä ja siitä muodostettuja jäsennyksiä olen pyrkinyt argumentoimaan tulosten esittämisen yhteydessä.

Potilaiden haastatteluaineiston osalta saturaation arvioiminen on jossain määrin ongelmallisempaa ja toisaalta saturaation käsitteen käyttäminen aineiston riittävyuden kriteerinä on sekin jossain määrin problemaattista. Aineistossa toistuvat selkeästi tietyt teemat, ja voi melko perustellusti sanoa, etteivät uudet haastattelut olisi tuoneet uusia teemoja esiin. Esimerkiksi potilaana olemisen kokemisen ulottuvuudet näkyvät melko voimakkaasti koko aineiston läpi ja toistuvat siten, että aineistosta on mahdollista muodostaa uskottavia teemoja ja sisällöllisiä luokkia. Koska tutkimuksessa kuitenkin tarkastellaan yksilöllisiä kokemuksia, tuo jokainen haastattelu uusia näkökulmia ja myös uusia merkityssuhteita esille: kokemusten näkökulmasta jokainen yksilö ja haastattelu ovat kiinnostavia sinänsä. Potilaiden haastattelut tehtiin pääasiassa pari päivää kotiutumisen jälkeen, muutamissa tapauksissa ajankohta venyi myöhempään. Tämä vaikuttaa toki siihen, millä tavalla potilaat jäsentävät omaa kokemustaan, aineistossa haastatteluajankohta ei näyttänyt kuitenkaan olevan yhteydessä esimerkiksi kokemuksen positiivisuuteen tai negatiivisuuteen. Kotiutumisen ajankohta ei myöskään näkynyt haastatteluiden analyttisyydessä tai emotionaalisten seikkojen esille tulemisessa. Pikemminkin haastattelun luonteeseen vaikutti potilaan elämäntilanne sinänsä. Tämän tutkimuksen tavoitteen näkökulmasta potilaiden haastatteluaineisto on riittävän suuri, riittävän koherentti ja myös riittävän monitahoinen, ja sen avulla on ollut mahdollista vastata tutkimuskysymyksiin. Laajempi aineisto olisi kuitenkin voinut mahdollistaa tyyppittelyn käyttämisen analyysin ja tulosten esittämisen tapana, mikä olisi ollut hyvin kiintoisaa.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden ja uskottavuuden ydinkysymyksenä voi pitää analyysin onnistumista. Olen pyrkinyt tutkimuksen suorittamista

kuvatessani kuvaamaan tarkasti sen, millä tavoin analyysissä on edetty, jotta lukija pysyisi arvioimaan sitä, kuinka huolellisesti ja luotettavasti analyysi on tehty, ja millä tavoin aineistosta on pyritty muodostamaan tutkimuksen tulokset. Analyysin haasteena on päästä tiivistämisestä teoreettiselle tasolle siten, että aineiston alkuperäinen henki säilyy ja että tuloksissa tehdyt kategorisoinnit ovat löydettävissä alkuperäisestä aineistosta. Tulosten esittämisen yhteydessä olen pyrkinyt argumentoimaan tekemiäni jäsennyksiä paitsi aineistosta nostetuilla esimerkeillä, myös kuvaamalla sitä, millä tavoin eri kategoriat sulkevat toisensa pois. Lukijan on mahdollista arvioida tulkintojani myös autenttisten lainausten avulla.

Tässä tutkimuksessa koin analyysin kannalta kaikkein haasteellisimmaksi potilaiden haastatteluaineiston. Ensinnäkin aineisto on hyvin monitahoinen: haastatteltujen potilaiden kokemukset ovat hyvin erilaisia, ja heidän omalle voinnilleen ja sairaalahoidolle antamansa merkitykset edustivat hyvin monenlaisia näkemyksiä. Laadullisessa tutkimuksessa tutkijan tavoitteena on samalla säilyttää tutkittavien ääni, kun aineistosta pyritään tiivistämään teoreettisesti kiinnostavia yleistyksiä. Variaation ja rikkauden säilyttäminen samalla, kun pyrin tiivistämään ja abstrahoimaan kokemuksia oli haastava ja antoisa prosessi. Alasuutari (1994) toteaa, että jokaisen poikkeuksen tutkijan tekemästä johtopäätöksestä tulisi johtaa abstraktiotason nostamiseen: tässä tutkimuksessa pyrin löytämään ilmiöiden ulottuvuuksia ja kuvaamaan sen lisäksi sitä vaihtelua, jota yksittäisissä kokemuksissa tuolla ulottuvuudella on.

Toisen haasteen potilaiden haastatteluaineiston analysoimisessa muodosti aineiston tiivistyminen. Tällä tarkoitan sitä, että potilaiden kertoessa omista kokemuksistaan ja heidän kuvatessa omia käsityksiään, lyhyisiin katkelmiin tiivistyi suuri määrä merkityksiä. Esimerkiksi samalla, kun potilas merkityksensä tuen ilmiötä, hän merkityksensä myös suhdettaan hoitavaan henkilökuntaan, omaisiinsa, omaan tilanteeseensa ja selviytymisstrategioihinsa. Näissä tilanteissa pyrin näkemään erilaiset merkitykset ja samalla ymmärtämään niiden keskinäisiä yhteyksiä. Haasteellista merkitysten jäsentäminen oli erityisesti silloin, kun tein erottelua potilaan kokemuksista interpersonaalista vuorovaikutuksesta ja toisaalta institutionaalisista käytänteistä. Samoin potilaiden tuelle ja toisaalta vuorovaikutussuhteelle antamat merkitykset kytkeytyivät läheisesti yhteen. Osaltaan hoitajien ja potilaiden haastatteluaineiston laadullinen ero heijastaa myös tutkimuksen tuloksia ja lähtökohtaa. Koska hoitaja toimii ammatillisessa roolissaan, hänellä on usein jäsenyntyempi kuva vuorovaikutuksesta tuossa kontekstissa. Potilaana oleminen on puolestaan tilannekohtainen rooli, monelle myös ainutkertainen rooli, jolloin kokemukset ovat kokonaisvaltaisempia ja kokemukselle annetut merkitykset eivät ole samalla tavoin järjestäytyneitä ja luokiteltuja potilaan käsitejärjestelmässä.

Tutkimuksen havaintoaineisto vastaa lähinnä teoreettista otosta, jonka perusteella on mahdollista kuvata osastohoidossa toteutuvia käytänteitä. Analyysissä hyödynsin vuorovaikutusprosessin analyysin lähestymistapaa, tulosten esittämisen yhteydessä olen pyrkinyt kuvaamaan luokitteluperusteita. Havaintoaineiston tulkinnassa täytyy olla varovainen; laajemman aineiston perusteella

voisi olla mahdollisuus tehdä tarkempaa analyysiä esimerkiksi potilas-hoitajavuorovaikutuksen kulusta ja toisaalta löytää eroja erilaisten tilanteiden välillä. Nyt analyysin tulokset jäävät deskriptiiviselle tasolle ja auttavat ymmärtämään kontekstia, mutta eivät kuvaa sitä ehkä niin rikkaalla tavalla kuin isomman aineiston avulla olisi mahdollista.

8.1.4 Tutkimuksen vahvistettavuus

Vahvistettavuuden voi laadullisen tutkimuksen arviointikriteerinä ajatella kytkeytyvän tutkijan kykyyn hahmottaa omaa tutkimuskohdettaan ja tunnistaa omia tulkintojaan. Sen on ajateltu olevan tulkinnallisen tutkimuksen "vastine" objektiivisuuden käsitteelle (Lincoln & Guba 1985). Se merkitsee siis subjektiivisuuden tunnistamista ja sen ekplikoimista. Olen kuvannut oman tulkintani siitä, millainen ilmiö sosiaalinen tuki potilas-hoitajavuorovaikutuksessa osastohoidossa potilaiden ja hoitajien kokemana ja merkityksentämänä on. Toivon, että tutkimukseen osallistuneet potilaat ja hoitajat tunnistavat siitä myös oman käsityksensä ja tulkintansa. Samalla toivon, että olen voinut esittää tutkimastani ilmiöstä jotain yleispätevää, joka parhaimmillaan lisää teoreettista ymmärrystä asiasta. Tämän ehtona on se, että olen riittävän hyvin pystynyt osoittamaan subjektiiviset ratkaisuni ja päätelmäni tässä raportissa. Lukijan tehtäväksi jää lopulta pohtia, missä määrin hän näkee nämä tulkinnat vahvistettaviksi.

8.2 Tutkimuksen eettisyyden pohdintaa

Tutkijan työtä ohjaavat tutkijayhteisön eettiset periaatteet, joiden noudattamiseen olen tässä tutkimusprosessissa pyrkinyt. Olen kuvannut tutkimusprosessissa tekemiäni valintoja tutkimuksen menetelmäluvussa, ja olen samalla pyrkinyt tuomaan esille näihin valintoihin liittyviä eettisiä näkökulmia.

Tämän tutkimuksen tutkimussuunnitelma käsiteltiin ennen tutkimuksen suorittamista kyseisen sairaanhoitopiirin eettisessä toimikunnassa. Keskustelussa painottui erityisesti osallistujien aito mahdollisuus vapaaehtoisuuteen. Tätä vapaaehtoisuutta pyrin kunnioittamaan niin, että esitin tutkimuspyynnön siten, ettei potilaalle tai hoitajalle synny painetta osallistua. Hoitajille jätin kirjeen sisäisessä postissa. Potilaille jätin potilaille tiedonantokirjeen esiteltyäni itseni ja kerrottuaani tutkimuksesta, mutta en kysynyt suostumusta enää toistamiseen. Näin kaikilla oli mahdollisuus olla vastaamatta. Potilailta halusin pyytää suostumusta henkilökohtaisesti, jotta saatoin arvioida sitä, ymmärtävätkö he suostumuksen merkityksen. Suostumukset olivat kirjallisia, ja kaikille osallistujille selvitettiin, että he voivat vetäytyä tutkimuksesta missä vaiheessa tahansa.

Tutkimuksen eettisyyteen kuuluu osallistujien anonymiteetin suojeleminen kaikissa vaiheissa. Tämä edellytti tarkkuutta ennen muuta havaintoaineiston keruussa. Hoitajien kohdalla osallistumista ei voitu täysin salata, koska ai-

neiston keruuseen perustui hoitajan työskentelyn seuraamiseen. Hoitajat olivat kuitenkin tästä tietoisia osallistuessaan. Potilaiden kohdalla riskin anonyymisyydelle muodosti se, että suostumusten palautelaatikko oli sijoitettu osaston kansliaan. Tiedonantokirjeessä oli kuitenkin yhteystietoni, ja jotkut potilaat käyttivät mahdollisuutta ottaa minuun yhteyttä sairaalasta päästyään. Tutkimusraportista on autenttisten lainausten kohdalta poistettu sellaiset tiedot, joiden avulla tutkimukseen osallistuneet voisi tunnistaa. Haastateltavilla on ollut myös mahdollisuus tarkistaa omasta haastattelustaan tehdyt lainaukset.

Tutkimuksen eettiset periaatteet ohjaavat kaikkea tutkimustyötä. Erityisen näkyväksi nämä periaatteet tulevat silloin, kun tutkitaan sairautta ja kärsimystä. Tutkijana olen pohtinut tutkimuksen oikeutusta, ja samalla pyrkinyt toimimaan hyvin tarkasti niin, ettei tutkimuksestani aiheudu haittaa osallistujille. Varsinkin havaintoaineistoa kerätessäni tein tilannekohtaisia päätöksiä siitä, mihin tilanteisiin menen mukaan ja mistä jään pois. Kertaalleen keskeytin havainnoinnin kokonaan, koska osastolla oli hyvin kiireinen päivä, ja koin, että läsnäolonni kuormittaa hoitajia entisestään. Tutkimuksen suorittamisessa minua on ohjannut pyrkimys tuottaa sellaista tietoa, jonka avulla hyvinvointia voisi lisätä. Erityisesti hoidon kontekstissa on välttämätöntä, ettei tutkimusprosessiin sisälly tekijöitä, jotka ovat ristiriidassa tutkimuksen tavoitteen kanssa.

8.3 Haasteita jatkotutkimukselle

Koen saavuttaneeni tutkimuksen tavoitteen ymmärtää tukea asymmetrisessä vuorovaikutussuhteessa: tuen merkitysten samankaltaisuuden, potilaan ja hoitajan näkökulmien erilaisuuden sekä tuen saajan kokemuksen kokonaisvaltaisuuden ymmärtäminen auttavat mielestäni osaltaan selittämään tuen toteutumista ammatillisessa vuorovaikutussuhteessa. Varsinkin interpersonaalisen ja institutionaalisen viitekehyksen yhtäaikainen olemassaolo auttaa ymmärtämään tuen vastaanottamiseen liittyviä tekijöitä. Tärkeänä pidän merkitysperspektiivisen lähestymistavan valitsemista, koska se syventää tuen ymmärtämistä ilmiötasolla. Se myös nostaa esille sosiaalisen tuen ja vuorovaikutussuhteen monitahoisen yhteyden.

Tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä (Lincoln & Guba 1996) arvioitaessa voi todeta, että tutkimuksessa on kuvattu tukeen liittyviä interpersonaalisia tekijöitä, jotka voisivat esiintyä myös muissa ammatillisissa auttamissuhteissa. Vaikka kirurginen hoito on hyvin omaleimaista, uskoisin samankaltaisten merkitysten löytymiseen ainakin muista hoito- ja hoivatyön konteksteista. Tuen ja vuorovaikutussuhteen keskinäistä riippuvuutta on kuvattu toki aikaisemminkin tutkimuksissa, mutta tässä tutkimuksessa esille noussut seikka tuelle ja suhteelle sinänsä annetuista samanlaisista merkityksistä on erittäin kiinnostava.

Olisi kiinnostavaa ja erittäin tärkeää tutkia, miten ylipäätään suhdetason tuki kehkeytyy hoitosuhteessa ja erilaisissa ammatillisissa suhteissa ja millaisia yksilöllisiä ja tilannetekijöitä siihen liittyy. Suhdetuen osalta vuorovaikutuksen

sanomatason ja viestintäkäyttäytymisen tutkiminen on vaikeaa ja haasteellista, jossain määrin ehkä myös mahdotonta. Se edellyttäisi paitsi verbaalisten myös nonverbaalisen sanomien tutkimista. Toistaiseksi nonverbaalisen viestinnän merkitystä supportiivisille sanomille on tarkasteltu vasta vähän (Trees 2001). Toisaalta suhdetuen näkökulmasta juuri yksilön kognitiot ovat kiinnostavia, koska suhdetukea voidaan suurelta osin pitää yksilön kognitiona. Kiinnostavaa olisi päästä tarkastelemaan sitä, miten tällainen supportiivinen suhde rakentuu ja miten se koetaan. Tämä vaatisi myös uudenlaisten teoreettisten näkökulmien hyödyntämistä, koska arviointiteoria ei ehkä parhaalla mahdollisella tavalla pysty selittämään tukea vuorovaikutussuhteen merkityksessä. Eräs mahdollinen lähestymistapa voisi olla kiintymystyylien ja kiintymysteorian näkökulma (Bowlby 1969 ja 1980), joiden avulla voisi kuvata vuorovaikutussuhteeseen orientoitumista ja siihen liittyviä odotuksia.

Puheviestinnän tutkimuksessa tuen tutkiminen on keskittynyt ennen muuta selviytymisen ja emotionaalisen tuen tutkimiseen arviointiteorian näkökulmasta. Näin on ollut erityisesti, kun on tutkittu supportiivisia sanomia ja niiden vaikuttavuutta (Burlison & Goldsmith 1998; Burlison & McGeorge 2002). Arviointiteorian näkökulmasta on mahdollista arvioida supportiivisten sanomien rakenteen ja sisällön vaikuttavuutta, ja sitä voidaan soveltaa myös supportiivisen vuorovaikutuksen tarkastelemiseen (Barbee & Cunningham 1995). Potilas-hoitajavuorovaikutuksessa arviointiteoria soveltuisikin juuri supportiivisten sanomien tarkastelemiseen esimerkiksi ohjauskeskusteluissa, jossa se voisi selittää tukea, joka liittyy esimerkiksi tiedon rakentamiseen, emotionaaliseen tukeen ja selviytymisstrategioiden löytämiseen. Vaikka puheviestinnässä on tutkittu supportiivisten sanomien rakentumista ja arviointia, sitä ei ole juurikaan sovellettu ammatillisiin vuorovaikutussuhteisiin. Tämä lähestymistapa voisi edelleen valaista sitä, mitkä viestintäkäyttäytymiseen liittyvät seikat voisivat selittää potilaan kokemusta saamastaan tuesta.

Tässä tutkimuksessa ei ollut tarkoituksena löytää erilaisia potilastyyppejä, mutta tulokset antoivat viitteitä siihen, että riippuen potilaan omasta elämäntilanteesta ja omista selviytymisstrategioista odotukset sairaalaa sairaanhoitajaa ja vuorovaikutusta kohtaan vaihtelivat. Tätä tulosta ei voi sellaisenaan siirtää muihin konteksteihin. On kuitenkin kiinnostavaa kysyä, olisiko mahdollista, että potilas orientoituu vuorovaikutukseen sairaalassa ensisijaisesti institutionaalisen kehyksen tai ensisijaisesti interpersonaalisen kehyksen kautta? Jos potilas määrittelee itsensä ensisijaisesti suhteessa instituutioon, ovatko tulkinnat ja odotukset tuesta erilaisia kuin tilanteessa, jossa potilas määrittelee itsensä ensisijaisesti suhteessa toiseen henkilöön interpersonaalisen viitekehyksen kautta? Miten identiteettimme mahtaa kytkeytyä erilaisiin viitekehyksiin ammatillisissa suhteissa ja miten se heijastuu osoittamaamme ja saamamme tukeen? Giddensin (1990) luottamuksen käsitettä voisi soveltaa tämänkaltaiseen lähestymistapaan siten, että se auttaa ymmärtämään nimenomaan vuorovaikutuksen institutionaalista kontekstia. Yksilöä tarkasteltaessa kiintoisaa olisi myös tarkastella yksilötekijöiden välittymistä tilannetekijöiden ja tilanteeseen kytkeytyvien roo-

lien kautta, ja pyrkiä ymmärtämään näiden keskinäisten yhteyksien merkitystä tuelle.

Tässä tutkimuksessa olen tarkastellut sosiaalista tukea potilashoitajavuorovaikutuksessa osastohoidon kontekstissa puheviestinnän tutkimuksen näkökulmasta käsin. Puheviestinnän teoria antaa mielestäni hyvät lähtökohdat ammatillisen vuorovaikutuksen tutkimiseen. Hoidon kontekstiin tämä tutkimus voi tuottaa uusia näkemyksiä erityisesti interpersonaalisen suhteen ja sosiaalisen tuen välisten yhteyksien tarkastelemisen kautta. Jatkotutkimuksen näkökulmasta näen kuitenkin tärkeänä monitieteisen otteen hyödyntämisen. Erilaisista näkökulmista katsominen auttaa meitä parhaalla tavalla ymmärtämään sosiaalisen tuen ilmiötä niin erityisessä kontekstissa kuin vuorovaikutuksen ilmiönäkin.

SUMMARY

Introduction

If the aim of nursing is to promote a patient's well being, then, indisputably, social support is one of the most important elements in achieving that goal. Social support has a significant influence on coping in stressful situations. It is also one of the goals set out in nursing practice. During hospitalisation professional caregivers are responsible for supporting their patients, and nurses are in key position in providing social support in the ward.

In speech communication, social support is usually defined as "verbal or nonverbal communication between recipients and providers that helps manage uncertainty about the situation, the self, the other, or the relationship, and functions to enhance a perception of personal control in one's life experience" (Albrecht & Goldsmith 2003, 265). This definition is fundamental to the communicational approach in the field of social support, and it illustrates both the function of support and the process through which social support emerges. In speech communication research the function of personal control is seen as a basic function of social support. However, in some studies in which people have been asked if they felt supported, a sense of belonging and perceptions of acceptance have often been emphasized (Aakala, Turunen & Vehviläinen-Julkunen 2000; Jokinen 1995; Liponkoski & Routasalo 2001). In this study both perception of acceptance and the function of personal control are seen as basic functions of support.

The outcomes of social support have been explained with two different mechanisms. Firstly, the coping model, or buffer effect, explains health outcomes in stressful situations (e. g. Albrecht & Goldsmith 2003). Social support acts as a buffer between the individual and the stress and decreases the negative outcomes of the stressor. This is understood as happening by enhancing the individual's psychological resources through coping and appraisal processes (Lazarus 1991). Secondly, the main effect explains the health outcomes of social support in terms of the individual attachments that social support strengthens and creates (e. g. Albrecht, Burlison & Goldsmith 1994). Social relationships work as attachments, and these connections strengthen the individual's sense of belonging. In the field of communication, social support is studied as content, as supportive utterances, and supportive messages. A lot of attention has been paid to the support giver's motivation and attributions, and the support receiver's self-concept and attachment styles. This perspective is based on appraisal and coping explanations.

The study of social support in nursing has focused on both satisfaction and the amount of social support received or perceived during hospitalization or the adjustment process. Some studies have explored received (or perceived) support and the nurses' perspective of the support provided, and some results show that patients and nurses have different perceptions of the support pro-

vided and received (or perceived) (Eriksson 1996; Eriksson, Arve & Lauri 2006; Eriksson, Lauri, Somer & Kylmänen-Kurkela 2002; Eriksson, Somer & Lauri 2002; Suominen 1996). The support provider seems to evaluate support more positively than the receiver, which is also seen in other communication contexts than nursing (Burlison & MacGeorge 2002). The difference seems very large where emotional support is concerned.

The differences in nurses' and patients' perceptions have been explained in many ways. It is, for example, stated that nurses and patients (or relatives) may have a different understanding of the concept of support (Suominen 1994). Another possible explanation is that even though nurses do consider social support to be important, this knowledge is not reflected in their actions (Aavarinne 1994; Poskiparta 1994). It seems that nurses may overestimate their own resources to provide support and underestimate the patient's own social network and its capacity to support the patient (Suominen, Leino-Kilpi & Laippala 1994). There might also be a real division between patients' needs and nurses' responses, which might be due either to organizational factors or to communication processes between health care staff and patients (e.g. Aakala, Turunen & Vehviläinen-Julkunen 2000; Liponkoski & Routasalo 2001; Suominen 1994). Some methodological issues have also been discussed. For example, the validity of the measures has been criticized (e.g. Callaghan & Morrisey 1993).

Research questions

The aim of the study was to describe and understand social support in patient-nurse interaction in a surgical ward. The main purpose was to describe the meanings which are given to social support and to understand the significance of the patient-nurse relationship and of the context of nursing care for social support. Seven questions were set:

- 1) What kind of situational factors regulate patient-nurse interaction?
- 2) What kind of contents can be found in patient-nurse interaction?
- 3) What kind of communication goals and strategies do nurses have?
- 4) How is the experience of being a patient constructed?
- 5) How do nurses experience their professional role?
- 6) What meaningful factors in patient-nurse relationships are perceived by patients and nurses?
- 7) What kind of meanings do patients and nurses give to social support?

Method

The study took place in a surgical ward in a large Finnish regional hospital, and it was conducted qualitatively. The data were collected by observing and interviewing both patients and nurses. The ethical committee of the hospital gave its approval for the study.

For the observation, randomly chosen patients and all nurses were sent a personal letter in which they were asked to participate in the study. The letter included a consent form to be signed if the recipient permitted her/his conversation to be tape-recorded. The patients and nurses who participated in the

study were thus voluntary. Observations took place in daily patient-nurse interactions in the ward, and 34 nursing episodes were also tape-recorded. When tape-recording, notes were also made about the general setting in the room, the observed communication climate and the nonverbal behaviour of nurse and patient. All the episodes were transcribed for analysis. The observational data including episodes and notes were analyzed by applying interaction process analysis. First, the data were analysed at the level of the utterance to find the functional contents of nurse-patient interaction. Second, the episodes were examined to find the participants' roles. The results revealed what kind of contents patient-nurse interactions have and who is active during different stages in the discussions. The field notes were analyzed by picking out repetitive themes. A description of interaction routines was then constructed.

The interviews were conducted after the observations. Randomly chosen patients were asked personally and all nurses were sent a personal letter in which they were asked to participate. Altogether, 14 patients and 12 nurses were interviewed. Interviews were semi-structured, but in fact the strategy was quite open. The interviews were analyzed using the inductive content analysis method. First, the main themes were established, and then these main themes were coded in detail according to meaningful units.

Results and implications

The contents of patient-nurse interaction have various functions: the solving of concrete problems, guidance during nursing treatment and discussion of symptoms and care. There are also everyday conversations and the expression of emotions and moods. The interaction goals of nurses are both relational and professional. Several factors regulate patient-nurse interaction in a surgical ward: the stage of the nursing process, the nursing treatment, routines in the ward, the place of interaction, the patient's well-being and the number and roles of those present. These factors influence both the content and intimacy of the interaction. They also affect the possibilities of supportive communication.

Experience of being a patient can be constructed on three dimensions: the experience of getting care, the experience of the physical and social environment and the experience of interaction rules. Being a patient then is institutional. For nurses, on the other hand, the ward is their professional context. Being a nurse is a question of informational expertise, knowledge of processes and emotional control. These perspectives are very different and one implication is that in the asymmetric relationship of health encounters this institutional-professional dimension is crucial in explaining the perceptions of support.

Patients perceived a good patient-nurse relationship as personal and personal but the same for everybody. They also emphasized the importance of a sense of understanding. Nurses describe a good patient-nurse relationship as personal, safe and equal. Nurses also emphasize the goals of the patient as a basis for the nursing relationship. However, patients expect nurses to take the initiative in creating relationship and care. These results confirm earlier results of descriptions of good patient-nurse interaction. It is worth noting that the

same kind of meanings were attributed to both support and relationship, which implies that it is difficult to separate support from relationship.

Patients and nurses gave the same kind of meanings to the concept and phenomenon of social support. Social support was seen as meaningful information, the justification of emotions and emotional expressions, enhancing a sense of continuity and a sense of meaningful relationships. Nurses also discussed enhancing coping with instrumental support. However, even though the meanings were mostly the same when they talked about support, patients' meanings were arranged in the dimension of being with - being for, while nurses' arranged the meanings in the dimension of taking initiative - being responsive. When talking about support that they themselves received nurses emphasized relational meanings. This implies different orientations between support giver and receiver. The results of the study also stress the perception of acceptance as a basic function of social support. It seems that also in helping and counselling relationships the perception of acceptance is an essential outcome of social support communications. In any further study, the connections between interpersonal relationship and social support should be examined in detail. It is very interesting to consider what kind of communication behaviour is connected to a perception of supportive relationship and relational support.

KIRJALLISUUS

- Aakala, P., Turunen, H. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2000. Nuorten aikuisten kokemuksia luusarkooman sairastamisesta. *Hoitotiede* 12, 204–216.
- Aavarinne, H. 1994. Sairaanhoidon opiskelijoiden ohjauksellisten ja opetuksellisten valmiuksien kehittyminen hoitotieteellisen tutkimuksen kohteena. *Hoitotiede* 6, 31–35.
- Adelman, M. B. & Frey, L. R. 1997. *The fragile community. Living together with AIDS*. Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- Agne, R. R. & White, C. H. 2000. The nature of facework in discussion of everyday problems between friends. Paper presented in National Communication Association Convention. Seattle, WA. November 2000.
- Aitken, C. & Marshall, A. 1996. Health communication. Teoksessa M.B. Salwen & D.W. Stacks (toim.) *An integrated approach to communication theory and research*. Mahwah: Lawrence Erlbaum, 479–496.
- Alasuutari, P. 1994. *Laadullinen tutkimus*. 2. p. Tampere: Vastapaino
- Albrecht, T. L. & Adelman, M. B. 1984. Social support and life stress. *New directions for communication research. Human Communication Research* 11, 3–32.
- Albrecht, T. L. & Adelman, M. B. 1987. Communicating social support: A theoretical perspective. Teoksessa T. L. Albrecht, & M. B. Adelman (toim.) *Communicating social support*. Newbury Park: Sage, 18–39.
- Albrecht, T. L., Burlinson, B. R., Goldsmith, D. 1994. Supportive communication. Teoksessa M. L. Knapp & G. R. Miller (toim.) *Handbook of interpersonal communication*. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage, 419–449.
- Albrecht, T. L. & Goldsmith D. J. 2003. Social support, social networks and health. Teoksessa T.L. Thompson, A. M. Dorsey, K. I. Miller & R. Parrott (toim.) *Handbook of health communication*. Mahwah: Lawrence Erlbaum, 263–284.
- Alexander, S. C., Peterson, J. L. & Hollingshead, A. B. 1999. Help at your keyboard: Support groups on the internet. Paper presented at the annual meeting of the National Communication Association. Chicago, November 1999.
- Anderson, J. A. 1987. *Communication research: Issues and methods*. New York: McGraw-Hill.
- Antonovsky, A. 1980. *Health, stress, and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Apker, J. 2001. Role development in the managed care era: A case of hospital-based nursing. *Journal of Applied Communication Research* 29, 17–136.
- Bachman, G. F. & Bippus, A. M. 2005. Evaluations of supportive messages provided by friends and romantic partners: An attachment theory approach. *Communication Reports* 18, 85–94.
- Barbee, A. P. & Cunningham, M. R. 1995. An experimental approach to social support communications: Interactive coping in close relationships. Teoksessa B. R. Burlinson (toim.), *Communication Yearbook* 18, 318–413. Thousand Oaks: Sage.

- Barbee, A. P., Rowatt, T. L., & Cunningham, M. R. 1998. When a friend is in need: Feelings about seeking, giving and receiving social support. Teoksessa P. A. Andersen & L. K. Guerrero (toim.), *Handbook of communication and emotion. Research, theory, applications, and contexts*. San Diego: Academic Press, 281-301.
- Barnes, M. K. & Duck, S. 1994. Everyday communicative contexts for social support. Teoksessa B. R. Burlinson, T. L. Albrecht & I. G. Sarason (toim.) *Communication of social support. Messages, interactions, relationships, and community*. Thousand Oaks: Sage, 175-194.
- Bass, L. A. & Stein, C. H. 1997. Comparing the structure and stability of network ties using the social support questionnaire and the social network list. *Journal of Social and Personal Relationships* 14, 123-132.
- Bateson, G. 1983. Information and codification: A philosophical approach. Teoksessa J. Ruesch & G. Bateson, *Communication. The social matrix of psychiatry*. 3rd ed. New York: Norton, 168-211.
- Berger, C. R. & Calabrese, R. J. 1975. Toward a developmental theory of interpersonal communication. *Human Communication Research* 1, 99-112.
- Bippus, A. M. 2001. Recipients' criteria for evaluating the skillfulness of comforting communication and the outcomes of comforting interactions. *Communication Monographs* 68, 301-313.
- Birnbaum, G. E., Orr, I., Mikulincer, M. & Florian, V. 1997. When marriage breaks up - does attachment style contribute to coping and mental health? *Journal of Social and Personal Relationships* 14, 643-654.
- Bowlby, J. 1969. *Attachment and loss. Vol. 1. Attachment*. London: The Hogart Press and the Institute of Psycho-Analysis.
- Bowlby, J. 1980. *Attachment and loss. Vol. 3. Loss*. New York: Basic Books.
- Brashers, D. E. 2001. Communication and uncertainty management. *Journal of Communication* 51, 477-497.
- Breeze, J.A & Repper, J. 1998. Struggling for control: the care experiences of 'difficult' patients in mental health services. *Journal of Advanced Nursing* 28, 1301-1311.
- Broadhead, W. E., Kaplan, B. H., James, S. A., Wagner, E. H., Schoenbach, V. J., Grimson, R., Heyden, S., Tibblin, G. & Gehlbach, S. H. 1983. The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *Journal of Epidemiology* 117, 521 - 537.
- Brock, D. G., Pierce, G. R., Sarason, I. G. & Sarason, B. R. 1996. Simultaneous assessment of perceived global and relationship-specific support. *Journal of Social and Personal Relationships* 13, 143-152.
- Brock, D. C., Sarason, I. G., Sanghvi, H. & Gurung, R. A. R. 1998. The perceived acceptance scale: development and validation. *Journal of Social and Personal Relationships* 15, 5-22.
- Brown, J. B., Stewart, M. & Ryan, B. L. 2003. Outcomes of patient-provider interaction. Teoksessa T.L. Thompson, A. M. Dorsey, K. I. Miller & R. Parrott (toim.) *Handbook of health communication*. Mahwah: Lawrence Erlbaum, 141-162.

- Burgoon, J. K. & Hale J. L. 1984. The fundamental topoi of relational communication. *Communication Monographs* 51, 193–214.
- Burish, T. G. 2000. The role of behavioural and psychosocial science reducing cancer morbidity and mortality. *The Oncologist* 5, 263–266.
- Burleson, B. 1987. Cognitive complexity. Teoksessa J. C. McCroskey & J. A. Daly (toim.) *Personality and interpersonal communication*. Newbury Park: Sage, 305–349.
- Burleson, B. R. 1994. Comforting messages: Significance, approaches, and effects. Teoksessa B. R. Burleson, T. L. Albrecht & I. G. Sarason (toim.), *Communication of social support. Messages, interactions, relationships, and community*. Thousand Oaks: Sage, 3–28.
- Burleson, B. R. & Goldsmith, D. J. 1998. How the comforting process works: Alleviating emotional distress through conversationally induced reappraisals. Teoksessa P. A. Andersen & L. K. Guerrero (toim.), *Handbook of communication and emotion. Research, theory, applications, and contexts*. San Diego: Academic Press, 245–280.
- Burleson, B. R., Holmstrom, A. J. & Gilstrap, C. M. 2005. "Guys can't say that to guys": Four experiments assessing the normative motivation account for deficiencies in the emotional support provided by men. *Communication Monographs* 72, 468–501.
- Burleson, B. & MacGeorge, E. 2002. Supportive communication. Teoksessa M. L. Knapp & J. A. Daly (toim.) *Handbook of interpersonal communication*. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage, 374–422.
- Callaghan, P. & Morrissey, J. 1993. Social support and health: A review. *Journal of Advanced Nursing* 18, 203–210.
- Cauce, M. A., Reid, M., Landesman, S. & Gonzales, N. 1990. Social support in young children: Measurement, structure, and behavioral impact. Teoksessa B. R. Sarason, I. G. Sarason & G. R. Pierce (toim.), *Social support: An interactional view*. New York: Wiley, 64–94.
- Clark, R.A. & Delia, J. G. 1979. Topoi and rhetorical competence. *The Quarterly Journal of Speech* 65, 187–206.
- Clark, R. A. & Delia, J. G. 1997. Individuals' preferences for friends' approaches to providing support in distressing situations. *Communication Reports* 10, 115–122.
- Claxton, R. P. R. & Catalan, J. 1998. Psychological distress and burnout among buddies: Demographic, situational and motivational factors. *AIDS Care* 10, 175–190.
- Cobb, S. 1976. Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic medicine* 38, 300–314.
- Cohen, J. L., Lakey, B., Tiell, K. & Neely, L. C. 2005. Recipient-provider agreement on enacted support, perceived support, and provider personality. *Psychological Assessment* 17, 375–378.
- Cohen, S. & Syme, S. L. 1985. Issues in the study and application of social support. Teoksessa S. Cohen & S. L. Syme (toim.), *Social support and health*. Orlando: Academic Press, 3–22.

- Cohen, S. & Wills, A. 1985. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin* 98, 310–357.
- Collins, N. L. & Feeney, B. C. 2004. An attachment theory perspective on closeness and intimacy. Teoksessa D. J. Mashek & A. Aron (toim.) *Handbook of closeness and intimacy*. Mahwah: Lawrence Erlbaum, 163–188.
- Cragan, J. F. & Shields, D. C. 1998. *Understanding communication theory. The communicative forces for human action*. Boston: Allyn & Bacon.
- Cutrona, C. E., Cohen, B. B. & Igram, S. 1990. Contextual determinants of the perceived supportiveness of helping behaviors. *Journal of Social and Personal Relationships* 7, 553–562.
- Cutrona, C. E. & Suhr, J. A. 1992. Controllability of stressful events and satisfaction with spouse support behaviors. *Communication Research* 19, 154–174.
- Cutrona, C.E. & Suhr, J.A. 1994. Social support communication in the context of marriage. Teoksessa B. R. Burleson, T. L. Albrecht & I. G. Sarason (toim.) *Communication of social support. Messages, interactions, relationships, and community*. Thousand Oaks: Sage, 113–135.
- Ducharme, F. 1994. Conjugal support, coping behaviors and psychological well-being of the elderly spouse. *Research on Aging* 16, 167–190.
- Dunkel-Schetter, C. & Bennett, T. L. 1990. Differentiating the cognitive and behavioral aspects of social support. Teoksessa B. R., Sarason, I. G. Sarason & G. R. Pierce (toim.), *Social support: An interactional view*. New York: Wiley, 267–296.
- Dunkel-Schetter, C. & Skokan, L. A. 1990. Determinants of social support provision in personal relationships. *Journal of Social and Personal Relationships* 7, 437–450.
- Durkheim, E. 1985. Itsemurha. Sosiologinen tutkimus. Vuoden 1930 laitoksen 6. painos. (Alkup. *Le Suicide, étude de sociologie* (1897) suom. Seppo Randell). Helsinki: Tammi.
- Ellis, B. H. & Miller, K. I. 1994. Supportive communication among nurses: Effects on commitment, burnout, and retention. *Health Communication* 6, 77–96.
- Eriksson, E. 1996. A description of the help received by cancer patient's relatives in their adjustment. Turun yliopiston julkaisu. Sarja D, osa 219. *Medica – odontologica*. Turun yliopisto.
- Eriksson, E. 2001. Caring for cancer patients. Relatives' assessments of received care. *European Journal of Cancer Care* 10, 48–55.
- Eriksson, E., Arve, S. & Lauri, S. 2006. Informational and emotional support received by relatives before and after the cancer patient's death. *European Journal of Oncology Nursing* 10, 48–58.
- Eriksson, E. & Lauri, S. 2000. Informational and emotional support for cancer patients' relatives. *European Journal of Cancer Care* 9, 8–15.

- Eriksson, E., Lauri S., Somer, S. & Kylmänen-Kurkela, E. 2002. Syöpään kuolleiden potilaiden omaisten selviytyminen potilaan kuoleman jälkeen ja hoitohenkilökunnalta saatu tuki. Vertaileva tutkimus saattohoitokodissa ja sairaalassa. *Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:36/2002*. Turun yliopisto.
- Eriksson, E., Somer, S. & Lauri, S. 2001. How relatives adjust following the death of a cancer patient in hospice. *Cancer Nursing* 24, 436-445.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere: Vastapaino.
- Fetterman, D. M. 1989. *Ethnography. Step by step*. Applied social research methods series, vol. 17. Newbury Park: Sage.
- Fontana, A. & Frey, J. L. 2000. The interview. From structured questions to negotiated text. Teoksessa N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (toim.) *Handbook of qualitative research*. Second edition. Thousand Oaks: Sage, 645-672.
- Ford, L. A., Babrow, A. S. & Stohl, C. 1996. Social support messages and the management of uncertainty in the experience of breast cancer: An application of problematic integration theory. *Communication Monographs* 63, 189-207.
- Fosbinder, D. 1994. Patient perceptions of nursing care: An emerging theory of interpersonal competence. *Journal of Advanced Nursing* 20, 1085-1093.
- Frey, L. R., Botan, C. H. & Kreps, G. L. 2000. *Investigating communication. An introduction to research methods*. Second edition. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Furness, P. 2005. Exploring supportive care needs and experiences of facial support surgery. *British Journal of Nursing* 14, 641-645.
- Gadamer, H.-G. 1975. *Truth and method*. New York: Seabury.
- Gayle, B. M. & Preiss, R. W. 2001. An overview of individual processes in interpersonal communication. Teoksessa M. Allen, R. W. Preiss, B. M. Gayle & N. A. Burrell (toim.) *Interpersonal communication research. Advances through meta-analysis*. Mahwah: Lawrence Erlbaum, 45-58.
- Gerlander, M. 2003. *Jännitteet lääkärin ja potilaan välisessä viestintäsuhteessa*. Jyväskylän yliopisto. *Jyväskylä Studies in Humanities* 3.
- Giddens, A. 1990. *The Consequences of Modernity*. Cambridge: Polity Press.
- Gold, R. L. 1958. Roles in sociological field observations. *Social Forces* 36, 317-323.
- Goldsmith, D., 1992. Managing conflicting goals in supportive interaction. An integrative theoretical framework. *Communication Research* 19, 264-286.
- Goldsmith, D. J. 1995. The communicative microdynamics of support. Teoksessa Burleson, R. L. (toim.), *Communication Yearbook* 18, 414-433. Thousand Oaks: Sage.
- Goldsmith, D. & Albrecht, T. L. 1993. The impact of supportive communication networks on test anxiety and performance. *Communication Education* 42, 142-158.

- Goldsmith, D. J. & Dun, S. A. 1997. Sex differences and similarities in the communication of social support. *Journal of Social and Personal Relationships* 14, 317-338.
- Goldsmith, D. J. & Fitch, K. 1997. The normative context of advice as social support. *Human Communication Research* 23, 454-476.
- Goldsmith, D. J. & MacGeorge, E. L. 2000. The impact of politeness and relationship on perceived quality of advice about a problem. *Human Communication Research* 26, 234-263.
- Goldsmith, D. J., McDermott, V. M. & Alexander, S.C. 2000. Helpful, supportive and sensitive: Measuring the evaluation of enacted social support in personal relationships. *Journal of Social and Personal Relationships* 17, 369-392.
- Gotcher, J. M. 1995. Well-adjusted and maladjusted cancer patients: An examination of communication variables. *Health Communication* 7, 21-33.
- Gotcher, J. M. & R. Edwards, 1990. Coping strategies of cancer patients: Actual communication and imagined interactions. *Health Communication* 2, 255-266.
- Gottlieb, B. H., 1981. Social networks and social support in community mental health. Teoksessa B. H. Gottlieb (toim.), *Social networks and social support*. Beverly Hills: Sage, 11-42
- Gubrium, J. F. & Holstein, J. A. 2000. Analyzing interpretive practice. Teoksessa N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (toim.) *Handbook of qualitative research*. Second edition. Thousand Oaks: Sage, 487-509.
- Haines, V. A., Hurlbert, J. S & Beggs, J. J. 1996. Exploring the determinants of support provision: Provider characteristics, personal networks, community contexts, and support following life events. *Journal of Health and Social Behavior* 37, 252-264.
- Heidegger, M. 2005. Silleen jättäminen. 3. p. (Alkup. Gelassenheit 1959. Suom. Reijo Kupiainen.) Eurooppalaisen filosofian seura.
- Herno, H.-T., Feldt, T., Ruoppila, I. & Rasku, A. 2000. Esimiesten elämäntilanteen hallinnan tunteen ja työhyvinvoinnin muutokset vuosina 1996-99. *Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen julkaisuja*. 345/2000.
- Himle, D. P. & Jayaratne, S. 1991. Buffering effects of four social support types on burnout among social workers. *Social Work Research and Abstracts* [online] 27, March 1991.
<<http://www.epnet.com/ehost/finland/login.html>> Viitattu 20.1.2000.
- Hillhouse, J. & Adler, C. 1997. Investigating stress effect patterns in hospital staff nurses: Results of a cluster analysis. *Social Science and Medicine* 45, 1781-1788.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hokkanen, H., Eriksson, E., Ahonen, O. & Salanterä, S. 2004. Adolescent with cancer: Experience of life and how it could be made easier. *Cancer Nursing* 27, 325-335.

- Hullett, C. R., McMillan, J. J. & Rogan, R. G 2000. Caregiver's predispositions and perceived organizational expectations for provision of soc support to nursing home residents. *Health Communication* 12, 277-300.
- Häggman-Laitila, A. 1998. Terveysthuollossa asioineiden mielikuvia ja kokemuksia potilaana olemisesta. *Hoitotiede* 6, 82-92.
- Israel, B. Social networks and health status: linking theory, research and practice. *Patient counselling and health education* 1982, 65 - 79.
- Janesick, V. J. 2000. The Choreography of qualitative research desing: Minuets, improvisations, and crystallization. Teoksessa N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (toim.) *Handbook of qualitative research*. Second edition. Thousand Oaks: Sage, 379-400.
- Jokinen, P. 1995. Astmaa sairastavien lasten vanhempien kokemukset saamastaan tuesta. *Hoitotiede* 7, 110-111.
- Jones, S. M. & Burlison, B. R. 1998. Causal attributions in the emotional support process: Effects on the production of comforting messages. Paper presented at the annual meeting of National Communication Association. New York, November 1998.
- Jorgensen, D.L. 1989. Participant observation. A methodology for human studies. *Applied social research method series vol. 15*. Newbury Park: Sage.
- Järnefelt, N. & Lehto, A.-M., 2002. Työhulluja vai hulluja töitä? Tutkimus kiirekokemuksista työpaikalla. Helsinki: Tilastokeskus.
- Kahn, R. L. & Antonucci, T. C. 1980. Convoys over the life course: Attachment, roles and social support. Teoksessa P. B. Baltes & O. Brim (toim.), *Life span development and behavior*, 253-286.
- Karhu-Hämäläinen, A. & Eriksson E. 2001. Sädehoito-osaston fyysinen hoitoympäristö avohoitopotilaan kokemana. *Hoitotiede* 13, 247-257.
- Kaunonen, M. 2000. Support for a family in grief. Tampereen yliopisto. *Acta Universitatis Tamperensis* 731.
- King, P. E., 1991. Communication, anxiety, and the management of postoperative pain. *Health Communication* 3, 127-138.
- Klingbeil, K. 1998. Relational idiosyncrasies: The nature of married couples' comforting communication. Paper presented at the meeting of National Communication Association. New York, November 1998.
- Koivula, M. , Tarkka M.-T., Tarkka, M., Laippala, P. & Paunonen-Ilmonen, M. 2002. Fear and in-hospital social support for coronary artery bypass grafting patients on the day before surgery. *International Journal of Nursing Studies* 39, 415-427.
- Koivula, M. 2002. Ohitusleikkauspotilaiden pelot, ahdistuneisuus ja sosiaalinen tuki. *Acta Universitatis Tamperensis* 875. Tampereen yliopisto.
- Koivula, M., Paunonen-Ilmonen, M., Tarkka, M.-T., Tarkka, M. & Laippala, P. 2002. Social support and its relation to fear and anxiety in patients awaiting coronary artery bypass grafting. *Journal of Clinical Nursing* 11, 622-633.

- Komproe, I. H., Rijken, M., Ros, W. J. G., Winnubst, J. A. M. & Hart, H. 1997. Available support and received support: different effects under stressful circumstances. *Journal of Social and Personal Relationships* 14, 59-78.
- Kreps, G. L., Bonacuro, E. W & Query, Jr. J. L. 1998. The history and development of the field of health communication. Teoksessa L. D. Jackson & B. K. Duffy (toim.), *Health communication research. A guide to developments and directions*. Westport: Greenwood, 1-16.
- Kreps, G. L. & Thornton, B. C. 1992. *Health communication theory and practice*. Second Edition. Prospect Heights: Waveland.
- Kuivalainen, L., A. Ryhänen, A. Isola & P. Meriläinen, 1998. Potilaan nukkuminen sisätautien ja kirurgian osastolla. *Hoitotiede* 10, 134-143.
- Kumpusalo, E. 1991. Sosiaalinen tuki, huolenpito ja terveys. Sosiaali- ja terveyshallitus. Raportteja 8/1991. Helsinki: VAPK.
- Kuuppelomäki, M. 2002. Kuolevan potilaan emotionaalinen tukeminen - sairaanhoitajien näkökulma. *Hoitotiede* 14, 115 - 128.
- Lampinen, M., Ästet-Kurki, P. & Tarkka, M.-T. 2000. Hoitajien antama tuki leikki-ikäisten vanhemmille sairaalassa. *Hoitotiede* 12, 195-203.
- Larose, S. & Boivin, M. 1997. Structural relations among attachment working models of parents, general and specific support expectations, and personal adjustment in late adolescence. *Journal of Social and Personal Relationships* 14, 579-602.
- Larsson, G. & Starrin, B. 1990. Patient-nurse interactions: Relationships between person characteristics, empathy, content of communication, and patients' emotional reactions. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 4, 129-135.
- Lazarus, R. S. 1991. *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lee, R. T. & Ashforth, B. E. 1996. A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology* 81, 123-133.
- Lehto, B., Laitinen-Junkkari, P. & Turunen, H. 2000. Omaisten saama sosiaalinen tuki teho-osaston hoitohenkilökunnalta. *Hoitotiede* 12, 66-76.
- Lehto-Järnstedt, U.-S. 2000. Sosiaalinen tuki ja sen stressiä puskuroivat ominaisuudet syöpäpotilailla. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 37, 60-71.
- Leino-Kilpi, H. 1991. Good nursing care - the relationship between client and nurse. *Hoitotiede* 3, 200-207
- Lepola, I., Aho, R. & Louet, T. 2001. Aivokasvainpotilaiden kuvaukset potilaana olemisesta ja hoidosta yliopistollisen keskussairaalan neurokirurgian klinikassa. *Hoitotiede* 13, 3-10.
- Liimatainen, L., Kettunen, T. & Poskiparta, M. 1996. Hoitajan ja potilaan välinen terveysneuvonta sairaalassa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 33, 81-89.
- Lin, N., Ye, X. & W.M. Ensel 1999. Social support and depressed mood: A structural analysis. *Journal of Health and Social Behavior*. 40, 344-359.
- Lincoln, Y.S. & Guba, E.G. 1985. *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills: Sage.

- Lincoln, Y.S. & Guba, E.G. 2000. Pragmatic controversies, contradictions, and emerging confluences. Teoksessa N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (toim.) Handbook of qualitative research. Second edition. Thousand Oaks: Sage, 163–188.
- Lindlof, T. R. & Taylor, B. C. 2002. Qualitative communication research methods. Second edition. Thousand Oaks: Sage.
- Liponkoski, R. & Routasalo, P. 2001. Iäkkään kuntoutuspotilaan saama emotionaalinen tuki sairaalahoitajakson aikana. *Hoitotiede* 13, 258–265.
- Littlejohn, S.W. 1999. Theories of human communication. Sixth edition. Belmont: Wadsworth.
- MacGeorge, E.L. 2001. Support providers' interaction goals: The influence of attributions and emotions. *Communication Monographs* 68, 72–97.
- MacGeorge, .L., Gillihan, S.J., Samter, W. & Clark, R.A. 2003. Skill deficit or differential motivation? Testing alternative explanations for gender differences in the provision of emotional support. *Human Communication Research* 30, 272–303.
- MacGeorge, E.L., Lichtman R.M. & Pressey. L.C. 2002. The evaluation of advice in supportive interactions. *Human Communication Research* 28, 451–463.
- MacGeorge, .L., Samter, W. & Gillihan, S.J. 2005. Academic stress, supportive communication, and health. *Communication Education* 54, 365–372.
- Malecki, C.K. & Elliot, S.N. 1999. Adolescents' ratings of perceived support and it's importance: validation of the student social support scale. *Psychology in schools* 36, 473–483.
- Marton, F. & Pong, W. Y. 2005. On the unit of description in phenomenography. *Higher Education Research and Development* 24, 335–348.
- Mattila, E. 1998. Potilaan ohjaus sairaalahoidon aikana. *Hoitotiede* 3, 144–152.
- Mattila, L.-R. 2001. Vahvistumista ja tunnekokemusten jakamista. Potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta kuvaavan käsitejärjestelmän kehittäminen. *Acta Universitatis Tamperensis* 816. Tampereen yliopisto.
- McCroskey, J. C. 1992. An introduction to communication in the classroom. Edina: Burgess.
- McGabe, C. 2004. Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. *Journal of Clinical Nursing* 13, 41–49.
- Mikkola, L. 2000. Hoitosuhteen vuorovaikutuksen haasteet tuen osoittamiselle. *Prologi. Puheviestinnän vuosikirja 2005*, 48–67.
- Miller, K. I., Stiff, J. B., & Ellis, B. H. 1988. Communication and empathy as presursors to burnout among human service workers. *Communication Monographs* 55, 250–265.
- Montgomery, C. L. 1993. Healing through communication: the practice of caring. Newbury Park: Sage.
- Moss, G. E. 1973. *Illness, immunity, and social interaction*. New York: Wiley.
- Mullis, R. L. & Hill, E. W. 1999. Attachment and social support among adolescents. *Journal of Genetic Psychology* [online] 160, December 1999. <http://www.epnet.com/ehost/finland/login.html> Viitattu 30.4.2000.

- Männikkö, K. 2001. Adult attachment styles: A person-oriented approach. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research 185.
- Mäkinen, B., M. Välimäki & J. Katajisto, 1999. Hoitajien käsityksiä kuolemasta ja kuolevan potilaan omaisen tukemisesta. *Hoitotiede* 11, 109-118.
- North, C. L. & S. L. Ragan, 2000. The social construction of social support: An analysis of the alt.support.eating-disord news group. Paper presented at the Annual Meeting of National Communication Association. Seattle, WA. November 2000.
- Nousiainen, I. 1998. Osastonhoitajien ja ylihoitajien käsityksiä sairaanhoitajan työn osaamisalueista. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 1. Sosiaali- ja terveystieteiden osasto.
- Ognibene, T. C. & Collins, N. L. 1998. Adult attachment styles, perceived social support, and coping strategies. *Journal of Social and Personal Relationships* 15, 323-345.
- Orth-Gomér, K. & Undén, A.-L. 1987. The measurement of social support in population surveys. *Social Science and Medicine* 24, 83 - 94.
- Partanen, P., Perälä, M.-L. & Turunen, H. 1998. Väestön kokemuksia itsemääräämisestä ja hoidosta terveydenhuollossa. Teoksessa R. Haverinen, L. Simonen & I. Kiikkala (toim.), Kohtaamisia sosiaali- ja terveystieteiden alueille, 121-134. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Raportteja 221/1998.
- Paulsel, M.L., McCroskey J.C. & Richmond, V.P. 2006. Perceptions of health care professionals' credibility as a predictor of patients' satisfaction with their medical care and physician. *Communication Research Reports* 23, 69-76.
- Peplau, H.E. 1952. *Interpersonal relations in nursing*. New York: Putnams.
- Perttula, J. 2000. Kokemuksesta tiedoksi: fenomenologisen metodin uudelleen muotoilua. *Kasvatus* 31, 428-442.
- Pettegrew, L. S. & R. Logan, 1987. The health care context. Teoksessa C. R. Berger & S. H. Chaffee (toim.), *Handbook of communication science*. Newbury Park: Sage, 675-710.
- Pierce, G. R. 1994. Teoksessa B. R. Burleson, T. L. Albrecht & I. G. Sarason (toim.), *Communication of social support. Messages, interactions, relationships, and community*. Thousand Oaks: Sage, 247-266.
- Pollina, L. K. & Snell Jr, W. E. 1999. Coping in intimate relationships: Development of the multidimensional intimate coping questionnaire. *Journal of Social and Personal Relationships* 16, 133-144.
- Poskiparta, M. 1994. Hoitajien itsearviointit vuorovaikutustaitoja kehitettäessä videotallenteita apuna käyttäen. *Hoitotiede* 6, 211-217.
- Powers, J.H. 1995. On the intellectual structure of the human communication discipline. *Communication Education* 44, 191-222.
- Query, J. L. & James A. C. 1989. The relationship between interpersonal communication competence and social support among elderly support groups in retirement communities. *Health Communication* 1, 165-184.

- Query, J. L., Parry, D. & Flint, L. J. 1992. The relationship among social support, communication competence, and cognitive depression for nontraditional students. *Journal of Applied Communication Research* 20, 78-94.
- Rantanen, A., Kaunonen, M., Åstedt-Kurki, P. & Tarkka, M.-T. 2004. Coronary artery bypass grafting: social support for patients and their significant others. *Journal of Clinical Nursing* 13, 158-166.
- Ray, E. B. 1993. When the links become chains: Considering dysfunctions of supportive communication in the workplace. *Communication Monographs* 60, 106-111.
- Renfors, T. & Keskinen, S. 1996. Sosiaalinen tuki ja sen merkitys sydänsairauksissa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 33, 275-284.
- Revenson, T. A. & Majerovits, S. D. 1990. Spouses' support provision to chronically ill patients. *Journal of Social and Personal Relationships* 7, 575-586.
- Richardson, L. 2000. Writing: A method of inquiry. Teoksessa N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (toim.) *Handbook of qualitative research*. Second edition. Thousand Oaks: Sage, 923-948.
- Robinson, J.D. & Turner, J. 2003. Impersonal, interpersonal and hyperpersonal social support. *Health Communication* 15, 227-234.
- Rogers, C. R. 1961. *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rosenfeld, L. B. & Richman, J. M. 1999. Supportive communication and school outcomes, part II: Academically "at-risk" low income high school students. *Communication Education* 47, 309-325.
- Rosenfeld, L. B., Richman, J. M. & Bowen, G. L. 1998. Supportive communication and school outcomes for academically "at-risk" and other low income middle school students. *Communication Education* 47, 309-325.
- Rosqvist, E. 2003. Potilaiden kokemukset henkilökohtaisesta tilastaan ja sen säilymisestä sisätautien vuodeosastolla.
<<http://herkules oulu.fi/isbn9514269608/>> Viitattu 8.8.2006.
- Ruben, B. D. 1993. What patients remember: A content analysis of critical incidents in health care. *Health Communication* 5, 99-112.
- Ruesch, J. & Bateson, G. 1987. Communication and the system of checks and balances: An anthropological approach. Teoksessa J. Ruesch & G. Bateson, *Communication. The social matrix of psychiatry*. 3rd ed. New York: Norton, 150-167.
- Sainio, C. & Eriksson, E. 2003. Keeping cancer patients informed: A challenge for nursing. *European Journal of Oncology Nursing* 7, 39-49.
- Sainio, C., Eriksson, E. & Lauri, S. 2001. Patient participation in decision making about care. The cancer patient's point of view. *Cancer Nursing* 2001 24, 172-179.
- Samter, W. 2002. How gender and cognitive complexity influence the provision of emotional support: A study of indirect effects. *Communication Reports* 15, 5-16.

- Sarason, B. R., Pierce, G. R. & Sarason, I. G. 1990a. The sense of acceptance and the role of relationships. Teoksessa B. R. Sarason, I. G. Sarason & G. R. Pierce (toim.) *Social support: An interactional view*. New York: Wiley, 97-128.
- Sarason, I. G., Pierce, G. R. & Sarason, B. R. 1990b. Social support and interactional processes: A triadic hypothesis. *Journal of Social and Personal Relationships* 7, 495-506.
- Sarason, B. R., I. G. Sarason & G. R. Pierce 1990. Traditional views of social support and their impact on assessment. Sivut teoksessa B. R. Sarason, I. G. Sarason & G. R. Pierce (toim.), *Social support: An interactional view* New York: Wiley, 9-25.
- Schrober, J. 1993. Frameworks for nursing practice. Teoksessa S.M. Hincliff, S. E. Norman & J.E. Shroeber (toim.) *Nursing practice & health care*. Second edition. London: Arnold, 300-327.
- Schutz, A. 1980. *The phenomenology of the social world*. Fourth printing. (Alkup. *Der Sinnhafte Aufbau der sozialen Welt* (1932) kääntänyt George Walsh & Fredericl Lehnert). Northwestern University Press.
- Schwandt, T. 1994. Constructivist, interpretivist approaches to human inquiry. Teoksessa Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (toim) *Handbook of qualitative research*, 105-117.
- Schwandt, T.A. 2000. Three epistemological stances for qualitative inquiry. Interpretivism, hermeneutics, and social constructionism. Teoksessa N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (toim.) *Handbook of qualitative research*. Second edition. Thousand Oaks: Sage, 189-213.
- Searle, B., Bright, J. & Bochner, S. 2001. Helping people to sort it out: The role of social support in the Job Strain Model. *Work & Stress* 15, 328-346.
- Segrin, C. 2003. Age moderates the relationship between social support and psychosocial problems. *Human Communication Research* 29, 317-343.
- Shattell, M. 2004. Nurse-patient interaction: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing* 13, 714-722.
- Shumaker, S. A. & Brownell A. 1984. Toward a theory of social support: closing conceptual gaps. *Journal of social issues* 40, 11-36.
- Sigman, S.J. 1998. Relationships and communication: A social communication and strongly consequential view. Teoksessa R. L. Conville & L. E. Rogers (toim.) *The meaning of "relationship" in interpersonal communication*. Westport: Praeger, s. 47-67.
- Silver, R. C. & Wortman, C. B. 1980. Coping with undesirable life events. Teoksessa J. Garber & M. Seligman (toim.), *Human helplessness: Theory and applications*. New York: Academic Press, 279-340.
- Soliz, J. & A. Kunkel 2003. Worldview assumptions and Support-Seeking behavior. Paper presented at the Annual Meeting of National Communication Association. Miami Beach, Florida, USA. November 2003.
- Stakes 1998. *The direction of nursing. A strategy for quality and effectiveness*.

- Stakes 2005. Somaattinen erikoissairaanhoito 2004. Tilastotiedote 30/2005. <http://www.stakes.info/files/pdf/Tilastotiedote2005/Tt30_05.pdf> Viitattu 7.8.2006.
- Stewart, M., 1993. Integrating social support in nursing. Newbury Park: Sage.
- Suominen, T. 1994. The nursing care of breast cancer patients: Perceived information, support, and participation. *Annales Universitatis Turkuensis*, ser. D, 144. Turun yliopisto.
- Suominen, T. & Laippala, P. 1993. Breast cancer patients. The support given by nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 7, 131-134.
- Suominen, T., Leino-Kilpi H. & Laippala, P. 1994. Breast cancer patients' perceived participation in health care: How do patients themselves and nurses assess this participation. *Nursing Ethics* 1, 113-126.
- Tardy, C. H. 1988. Social support: Conceptual clarification and measurement options. Tardy, C. H. (toim.), *A handbook for the study of human communication: Methods and instruments for observing, measuring, and assessing communication processes*. Norwood: Ablex, 347-364.
- Tarkka, M.-T., Paavilainen, E., Lehti, K., Åstedt-Kurki, P. 2003. In-hospital social support for families of heart patients. *Journal of Clinical Nursing* 12, 736 - 743.
- Teven, J. J. & McCroskey, J. C. 1997. The relationship of perceived teacher caring with student learning and teacher evaluation. *Communication Education* 46, 1-9.
- Thompson, T. L., 1994. Interpersonal communication and health care. Teoksessa M. L. Knapp & G. R. Miller (toim.), *Handbook of interpersonal communication*. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage, 696-725.
- Thompson, T. L. 1998. The patient/health professional relationship. Teoksessa L. D. Jackson & B. K. Duffy (toim.) *Health communication research. A guide to developments and directions*. Westport: Greenwood, 37-56.
- Tolsdorf, C. C. 1976. Social networks, support, and coping: Exploratory study. *Family Process* 15, 407-414.
- Torkkola, S. 2002. Johdanto: Näkökulmia terveystiedotukseen. Teoksessa S. Torkkola (toim.) *Terveystiedotus*. Helsinki: Tammi, 5-12.
- Trees, A. 2000. Nonverbal communication and the support process: Interactional sensitivity in interactions between mothers and young adult children. *Communication Monographs*, 67, 239-261.
- Trenholm, S. & Jensen A. 1996. *Interpersonal communication*. 3rd ed. Belmont: Wadsworth.
- Turner, H. A., Pearlin, L. I. & Mullan, J. T. 1998. Sources and Determinants of Social Support for Caregivers of Persons with AIDS. *Journal of Health and Social Behavior* 39, 137-151.
- Unger, D. G., Jacobs, S. B. & Cannon, C. 1996. Social support and marital satisfaction among couples coping with chronic obstructive airway disease. *Journal of Social and Personal Relationships* 13, 123-142.
- Uchino, B. N., Cacioppo, J. T. & Kiecolt-Glaser, J. K. 1996. The relationship between social support and physiological processes: A review with

- emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin* 119, 488–531.
- Uutela, A. 1994. Stressi, siitä selviytyminen ja terveysseuraukset. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 31, 36–44.
- Väätäinen, A.-M. & Krause, K. 1988. Syöpää sairastavan potilaan kokema psyykkisen tuen tarve. Teoksessa S. Sinkkonen & M. Paunonen (toim.) *Sairaanhoidon vuosikirja XXIV*. Helsinki: SHKS, 65–81.
- Valo, M. 2000. Tietokonevälitteinen vuorovaikutus. Teoksessa Lappalainen, H.-P. (toim.) *virikkeitä viestintävalmiuksien arviointiin*. Opetushallitus. Arviointi 3/2003, 39–53.
- Van Aken, M. A. G. & Asendorpf, J. B. 1997. Support by parents, classmates, friends and siblings in preadolescence: Covariation and compensation across relationships. *Journal of Social and Personal Relationships* 14, 79–94.
- Van Yperen, N. W. 1998. Informational support, equity and burnout: The moderating effect of self-efficacy. *Journal of Occupational & Organizational Psychology* 71, 29 – 34.
- von Essen, L., Burström, L. & Sjöden, P.-O. 1994. Perceptions of caring behaviors and patient anxiety and depression in cancer patient-staff dyads. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 8, 205–212.
- Waldron, H. B., Turner, J. F., Alexander, J. F. & Barton, C. 1993. Coding defensive and supportive communications: Discriminant validity and subcategory convergence. *Journal of Family Psychology* 7, 197–203.
- Watzlawick, P., Beavin, J. & Jackson, D. 1967. *Pragmatics of human communication: a study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes*. New York: Norton.
- Wilmot, W. 1996. The relational perspective. Teoksessa Galvin, K. M. & Cooper, P. (toim.) *Making connections. Readings in relational communication*. Los Angeles: Roxbury, 16–24.
- Xu, Y. & Burleson, B. R. 2001. Effects of sex, culture, and support type on perceptions of spousal social support. *Human Communication Research* 27, 535–566.
- Yuh, H. J. & Fukada, H. Stress, health, and reciprocity and sufficiency of social support: The case of university students in Japan. *Journal of Social Psychology* 142, 353–375.
- Zimmermann, S. & Applegate, J. 1994. Communicating social support in organizations: A message-centered approach. Teoksessa B. R. Burleson, T. L. Albrecht & I. G. Sarason (toim.), *Communication of social support. Messages, interactions, relationships, and community*. Thousand Oaks: Sage, 50–70.
- Zimmermann, S. & Applegate, J. L. 1992. Person-centered comforting in the hospice interdisciplinary team. *Communication Research* 19, 240–264.

LIITE 1

Hyvä osasto XX henkilökunta

Teen puheviestinnän väitöskirjatutkimusta potilaan ja hoitohenkilökunnan välisestä viestinnästä. Tutkimuksen otsikko on ”Tukea antava viestintä potilaan ja hoitohenkilökunnan vuorovaikutuksessa”. Tutkimuksen tavoitteena on lisätä tietoa hoitoviestinnästä, ja tuloksia voidaan hyödyntää esimerkiksi terveydenhuollon koulutuksessa.

Tarkoitukseni on kerätä tutkimusaineisto osastolla XX maaliskuuhuhtikuun aikana. Tutkimus ei aiheuta erityisjärjestelyitä osastolla. Aineiston keruu tapahtuu havainnoiden ja haastattelun, minkä vuoksi tulen olemaan osastolla läsnä. Toivon, ettei siitä ole Teille häiriötä. Tulen kertomaan tutkimuksen tavoitteista ja aineistonkeruusta osastokokoukseen perjantaina pv.kk., jolloin voin vastata kaikkiin mahdollisiin tutkimustani koskeviin kysymyksiin. Tutkimussuunnitelmani voi tutustua jo sitä ennen, se on luettavana osastolla kahvihuoneessa.

Tutkimusta varten tarkoitukseni on myös ääninauhoittaa potilaan ja henkilökunnan välisiä keskusteluja, ja siksi pyydän apuanne. Toivoisin, että voisin nauhoittaa myös Teidän keskustelujanne. Nauhoitukset tulevat ainoastaan minun käyttööni, ja niitä käytetään vain tähän tutkimukseen. Tutkimusta raportoitaessa toimitaan siten, ettei osallistujia voida tunnistaa, ja tutkimuksen valmistuttua nauhoitukset hävitetään. Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista, ja tutkimuksesta voi vetäytyä missä vaiheessa tahansa. Mikäli voin nauhoittaa jokapäiväistä työskentelyänne, toivon, että palauttaisitte oheisen lomakkeen allekirjoitettuna osaston XX kansliaan mielellään jo pv.kk.1999 mennessä.

Tutkimukseni on tarkoitettu puheviestinnän väitöskirjaksi, jota teen Jyväskylän yliopiston viestintätieteiden laitoksella. Väitöskirjatutkimusta ohjaa professori Maili Pörhölä (p. XXX XXX), itse toimin laitoksella puheviestinnän ma. assistenttina. Mikäli Teillä on jotakin kysyttävää tutkimuksesta ennen tai jälkeen perjantaisen kokouksen, vastaan erittäin mielelläni.

Ystävällisin terveisin,

Leena Mikkola
Jyväskylän yliopisto
Viestintätieteiden laitos
PL 35, 40351 Jyväskylä
p. XXX XXX (työ)
p. XXX XXX (koti)
sähköp. XXX

LIITE 2

Suostumus

Annan luvan ääninauhoittaa itseni ja potilaan välisiä keskusteluja tutkimusaineistoksi. Nauhoituksia saa käyttää vain Leena Mikkola osastolla XX tekemää puheviestinnän tutkimusta varten.

Jyväskylässä pv.kk.1999

LIITE 3

Suostumus

Annan luvan ääninauhoittaa itseni ja hoitavan henkilökunnan välisiä keskusteluja tutkimusaineistoksi. Nauhoituksia saa käyttää vain Leena Mikkolan osastolla XX tekemää puheviestinnän tutkimusta varten.

Jyväskylässä pv.kk.1999

LIITE 4

Arvoisa potilas!

Teen puheviestinnän tutkimusta potilaan ja hoitohenkilökunnan vuorovaikutuksesta ja kerään tutkimusaineistoa osastolla XX. Tämän vuoksi olen osastolla läsnä ja seuraan osaston päivittäisiä tapahtumia. Toivon, ettei läsnäoloni ole Teille häiriöksi.

Tutkimusta varten tarvitsen ääninauhoitettua materiaalia potilaan ja hoitohenkilökunnan välisistä keskusteluista. Tämän vuoksi pyydän Teidän apuanne; toivon, että saisin nauhoittaa myös Teidän keskustelujanne hoitavan henkilökunnan kanssa. Nauhoitukset tulevat ainostaan minun käyttööni, ja niitä käytetään vain tähän tutkimukseen. Minulla on ehdoton vaitiolovelvollisuus, ja tutkimusta raportoitaessa menetellään siten, ettei osallistujia voida tunnistaa. Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista, ja siitä voi vetäytyä missä vaiheessa tahansa. Mikäli annatte suostumuksenne, ja voin ääninauhottaa Teidän keskustelujanne hoitohenkilökunnan kanssa, pyydän palauttamaan oheisen lomakkeen allekirjoitettuna osasto XX kansliaan.

Tutkimukseni on tarkoitettu puheviestinnän väitöskirjatutkimukseksi, jota teen Jyväskylän yliopiston viestintätieteiden laitoksella. Väitöskirjatutkimusta ohjaa professori Maili Pörhölä (p. XXX XXX), itse toimin laitoksella puheviestinnän ma. assistenttina.

Mikäli Teillä on jotakin kysyttävää tutkimuksesta, vastaan erittäin mielelläni. Minut tavoittaa osastolta XX, sekä työstä tai kotoa allaolevista numeroista.

Jyväskylässä pv.kk.1999

Leena Mikkola
Jyväskylän yliopisto
Viestintätieteiden laitos
PL 35, 40351 Jyväskylä
p. XXX XXXX
p. XXX XXXX
sähköp. XXXX

LIITE 5

Hyvä osaston XX hoitaja!

(k-2004)

Teen väitöskirjatutkimusta tuesta potilaan ja hoitohenkilökunnan välisestä vuorovaikutuksessa, ja kerään tutkimusaineistoa osastolta XX. Tutkimus kuuluu puheviestinnän alaan, ja tutkimustani ohjaa professori Maili Pörhölä Jyväskylän yliopiston viestintätieteiden laitokselta.

Tutkimustani varten kerään hoitohenkilökunnan ja potilaiden kokemuksia osastohoidon vuorovaikutuksesta. Keväällä 1999 keräsin tutkimusta varten ääninauhoituksin potilaan ja hoitavan henkilökunnan välisiä keskusteluita, ja jatkan nyt aineistonkeruuta haastatteluin. Olisin iloinen, jos voisin haastatella myös Sinua. Haastattelu ei edellytä mitään ennakkovalmisteluita, vaan tarkoituksena on kerätä näkemyksiä potilaan ja henkilökunnan välisestä kanssakäymisestä juuri sellaisena kuin Sinä sen työssäsi koet. Haastattelu on luonteeltaan avoin: esitän muutamia vuorovaikutukseen ja tukeen liittyviä teemoja, joista haluaisin kuulla käsityksiäsi. Haastattelussa pyydän Sinua myös tulkitsemaan joitakin potilaan ja sairaanhoitajan välisiä keskusteluita, jotka on valittu ja muokattu ääninauhoitetusta aineistosta.

Haastattelut tulevat ainoastaan tutkimuskäyttöön, eikä niitä käsittele kukaan muu kuin minä itse. Väitöskirjassani käsitelen haastatteluaineistoa siten, ettei haastateltavia voida siitä tunnistaa. Tutkimusraporttia varten muutetaan kaikkien haastateltavien nimet ja muut mahdolliset sellaiset tiedot, joista voisi päätellä, kenestä on kysymys. Tulokset käsitellään yleisellä tasolla, jonka lisäksi poimin haastatteluista sitaatteja. Halutessasi voit tarkistaa omasta haastattelustasi poimitut sitaatit ennen raportin julkistamista. Haastatteluun osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Halutessasi voit kieltää haastattelusi käytön myös haastattelun jälkeen.

Tekisin haastattelun mieluiten kotonasi, mutta voin myös haastatella Sinua sairaalassa, mikäli se tuntuu mielestäsi paremmalta vaihtoehdolta. Haastattelu kestää tunnista puoleltoista tuntiin, ja se on tarkoitus nauhoittaa. Kun olen purkanut nauhat tekstiksi, nauhoitukset hävitetään.

Toivon, että voin haastatella Sinua ja saada kokijan tietoa siitä, millaista vuorovaikutus potilaan kanssa on. Olen kiinnostunut erityisesti ihmisten välisestä vuorovaikutuksesta ja tuen ilmenemisestä siinä. Tuloksia voidaan käyttää hyödyksi myös hoitotyön kehittämisessä.

Mikäli voin haastatella Sinua, toivon, että palautat oheisen lomakkeen mahdollisimman pian joko suoraan minulle tai osaston kahvihuoneessa olevaan laatikkoon. Alla on yhteystietoni. Mikäli Sinulla on jotain kysyttävää tutkimuksestani, vastaan mielelläni. Jos haluat tarkistaa omaa haastatteluasi kosket sitaatit ennen raportin julkaisemista, merkitse siitä tieto oheiseen lomakkeeseen.

Terveisin,
Leena Mikkola, FL
Jyväskylän yliopisto
Viestintätieteiden laitos
p. XXX XXX
sähköp. XXXX

LIITE 6

Suostumus

Olen tutustunut selvitykseen Leena Mikkolan puheviestinnän väitöskirjatutkimuksesta, ja ilmoitan suostuvani haastateltavaksi tutkimukseen. Suostun myös siihen, että haastattelu nauhoitetaan ja että haastattelua käytetään tutkimusaineistona.

Minulle on selvitetty, että kyseessä on vapaaehtoinen suostumus ja että voin vetäytyä tutkimuksesta halutessani ilman, että siitä on minulle haittaa.

Nimi: _____

Syntymävuosi: _____

Puhelin: _____

Päiväys ja paikka: _____

Allekirjoitus: _____

- Haluan saada sitaattini tarkistettavaksi ennen tutkimusraportin julkaisemista. Toivon, että ne toimitetaan allaolevaan osoitteeseen:

Osoite: _____

Sähköpostiosoite: _____

Tutkijana sitoudun kunnioittamaan vapaaehtoisuutta ja suojelemaan haastateltavan anonymiteettiä.

Leena Mikkola

LIITE 7

Arvoisa potilas!

(s-2004)

Teen puheviestinnän väitöskirjatutkimusta potilaan ja hoitohenkilökunnan välisestä vuorovaikutuksesta, ja kerään tutkimusaineistoa osastolta XX. Tutkimustani ohjaa professori Maili Pörhölä Jyväskylän yliopiston viestintätieteiden laitokselta.

Kerään kokemuksia vuorovaikutuksesta osastolla, ja olisin iloinen, jos voisin haastatella tutkimukseeni myös Teitä. Haastattelu ei edellytä mitään erityisvalmisteluja, vaan tarkoitukseni on kerätä näkemyksiä potilaan ja henkilökunnan kanssakäymisestä sellaisena kuin Te sen olette kokenut.

Haastattelut tulevat ainoastaan tutkimuskäyttöön, eikä niitä käsittele kukaan muu kuin minä. Tutkimusraportista haastateltavia ei voi tunnistaa: raporttia varten muutetaan haastateltavien nimet ja muut mahdolliset sellaiset tiedot, joista voisi päätellä, kenestä on kysymys. Haastatteluun osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Halutessanne voitte myös keskeyttää haastattelun tai kieltää haastattelunne käytön haastattelun jälkeen.

Toivoisin voivani haastatella Teitä joko sairaalasta pääsyn jälkeen kotonanne tai muussa sopivassa paikassa. Haastatteluajankohdan voimme sopia kotiutuessanne tai voin ottaa Teihin yhteyttä jälkepäin. Haastattelu voidaan tehdä myös osastolla ennen kotiutumista. Haastattelu kestää suunnilleen tunnin, ja se on tarkoitus nauhoittaa. Kun olen purkanut nauhat tekstiksi, nauhoitukset hävitetään.

Toivon, että voin haastatella Teitä kokemuksistanne osastohoidosta. Teillä on arvokasta ensikäden tietoa siitä, miten potilas kokee hoidon osastolla. Tätä tietoa voidaan käyttää hyväksi esimerkiksi opetuksessa käytännön hoitotyön kehittämisessä. Itse olen kiinnostunut erityisesti vuorovaikutuksesta, ja tämän tiedon kerääminen on erittäin tärkeää.

Mikäli voin haastatella Teitä, pyydän Teitä täyttämään oheisen lomakkeen ja palauttamaan sen osaston kansliaan. Jos haluatte tarkistaa omaa haastatteluanne koskevan osion ennen tutkimusraportin julkaisemista, merkitkää rasti oheiseen lomakkeeseen. Merkitkää samoin, haluatteko tietoa tutkimuksen tuloksista sen valmistuttua.

Alla on yhteystietoni. Mikäli Teillä on jotain kysyttävää tutkimuksestani, vastaan erittäin mielelläni.

Terveisin,
Leena Mikkola, FL
Jyväskylän yliopisto
Viestintätieteiden laitos
gsm: XXX XXX
sähköp. XXX XXX

LIITE 8

Suostumus

Olen tutustunut selvitykseen Leena Mikkolan puheviestinnän väitöskirjatutkimuksesta, ja ilmoitan suostuvani haastateltavaksi tutkimukseen. Suostun myös siihen, että haastattelu nauhoitetaan ja että haastattelua käytetään tutkimusaineistona.

Minulle on selvitetty, että kyseessä on vapaaehtoinen suostumus ja että voin vetäytyä tutkimuksesta halutessani ilman, että siitä on minulle haittaa.

Nimi: _____

Syntymävuosi: _____

Puhelin: _____

Päiväys ja paikka: _____

Allekirjoitus: _____

- Haluan saada omaa haastatteluani koskevat sivut luettavakseni ennen tutkimusraportin julkaisemista.
- Haluan saada tiivistelmän tutkimuksen tuloksista.

Toivon, että ne toimitetaan allaolevaan osoitteeseen:

Osoite: _____

Sähköpostiosoite: _____

Tutkijana sitoudun kunnioittamaan vapaaehtoisuutta ja suojelemaan haastateltavan anonymiteettiä.

Leena Mikkola