

VAASAN YLIOPISTO
FILOSOFINEN TIEDEKUNTA

Merja Rantala

KOMPLEKSINEN VUOROVAIKUTUS HOITOTYÖN ASIAKASSUHTEESSA

Sosiaali- ja terveys-
hallintotieteen
pro gradu -tutkielma

VAASA 2011

SISÄLLYSLUETTELO	sivu
KUVIO-JA TAULUKKOLUETTELO	3
TIIVISTELMÄ	5
1. JOHDANTO	7
2. KOMPLEKSISUUSAJATTELU JA VUOROVAIKUTUS	10
2.1. Kompleksisuusteorian tausta	10
2.1.1. Kompleksisuuden tasot	15
2.1.2. Kompleksisuuden emergenssi	16
2.2. Kompleksisuus organisaatiossa	18
2.3. Kompleksisuus hoitotyössä	22
2.4. Kompleksiset vuorovaikutuksen mallit	25
3. VUOROVAIKUTUS HOITOTYÖSSÄ	29
3.1. Vuorovaikutuksen informatiiviset ja affektiiviset piirteet	29
3.2. Sanaton ja sanallinen vuorovaikutus	33
3.3. Vuorovaikutuksen tavoitteet hoitotyön asiakassuhteessa	35
3.4. Asiakaslähtöinen vuorovaikutus hoitotyössä	36
3.4.1. Roolit ja odotukset	40
3.4.2. Asiakkaan osallistuminen	41
3.5. Vuorovaikutuksen statusilmaisu hoitotyössä	43
3.6. Vuorovaikutus organisaatiossa	46
3.7. Yhteenveto kompleksisuudesta ja vuorovaikutuksesta	48
4. TUTKIMUKSEN TAVOITTEET, -ASETELMA JA -METODI	50
4.1. Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimusongelmat	50
4.2. Tutkimusmenetelmä	51
4.3. Aineiston analyysi ja tutkimuksen luotettavuus	53
4.4. Empiirisen tutkimuksen vaiheet	56

5. TUTKIMUKSEN TULOKSET	60
5.1. Vuorovaikutuksen kompleksisuus ja sen ilmeneminen hoitotyön asiakassuhteessa	60
5.2. Vuorovaikutuksen merkitys hoitotyön asiakassuhteessa	63
5.3. Vuorovaikutuksen kehittäminen hoitotyön asiakassuhteessa	65
5.4. Yhteenveto tutkimuksen tuloksista	67
6. POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	71
LÄHDELUETTELO	78
LIITTEET	91
LIITE 1. Lupapyyntö haastatteluun	91
LIITE 2. Haastateltavien teemahaastattelun teemat	92
LIITE 3. Teemahaastattelujen haastattelurunko	93
LIITE 4. Haastatellut asiakkaat ja haastattelujen ajankohdat	94
LIITE 5. Haastatteluiden vastausten ensimmäinen luokitus	95

KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

Kuvio 1. Lorenzin attraktori	11
Kuvio 2. Terveydenhuollon organisaation sisäinen kompleksisuuskehä	21
Kuvio 3. Terveydenhuollon reformin ideaalimalli	23
Kuvio 4. Vuorovaikutus ja systeemin havainnointikyky	26
Kuvio 5. Sosiaalisen vuorovaikutuksen tasot	31
Kuvio 6. Maslow'n tarvehierarkia	37
Kuvio 7. Hoitajan korkeampi statusilmaisuu verrattuna asiakkaan statusilmaisuun	45
Kuvio 8. Vuorovaikutusta kuvaavan aineiston analysointi ja yhteenveto hoitotyön asiakassuhteessa	69
Taulukko 1. PAHO:n terveydenhuollon ohjausperiaatteet mukaillen Kansallisen terveyshankkeen ja hoitotakuu-uudistuksen positiivisista tuloksista	24
Taulukko 2. Matala statusilmaisuu	44
Taulukko 3. Hoitotyön kompleksisuuden ja vuorovaikutuksen syntetisointi ja sovellus tässä tutkimuksessa	49

VAASAN YLIOPISTO**Filosofinen tiedekunta**

Tekijä: Merja Rantala
Pro gradu -tutkielma: Kompleksinen vuorovaikutus hoitotyön asiakassuhteessa
Tutkinto: Hallintotieteiden maisteri
Oppiaine: Sosiaali- ja terveyshallintotiede
Työn ohjaaja: Professori Pirkko Vartiainen
Valmistumisvuosi: 2011

Sivumäärä: 100

TIIVISTELMÄ:

Vuorovaikutuksella on keskeinen rooli hoitotyössä. Hoitajien työ sisältää asiakkaan hoitamista, ohjaamista, neuvomista, aktivoimista ja motivoimista. Nämä kaikki tapahtuvat hoitajan ja asiakkaan vuorovaikutuksessa. Vuorovaikutuksen tärkeyteen ja vuorovaikutustaitoihin ei kuitenkaan kiinnitetä riittävästi huomiota.

Tässä tutkimuksessa vuorovaikutus nähdään kompleksisena analyysinä. Tutkimuksen tarkoituksena on soveltaa kompleksisuusteoreettista viitekehystä vuorovaikutukseen hoitotyön asiakassuhteessa. Tutkimus koostuu kahdesta osasta. Tutkimuksen teoreettisessa osassa hahmotellaan kompleksisuusajattelun pohjalta viitekehys, jossa käsitellään muun muassa kompleksisuusteorian taustaa, kompleksisuutta hoitotyössä ja kompleksisen vuorovaikutuksen malleja. Vuorovaikutuksen teoria osuudessa käsitellään muun muassa vuorovaikutusta hoitotyössä, sen tavoitteita asiakassuhteessa sekä asiakaslähtöistä vuorovaikutusta.

Tutkimuksen empiirinen osa suoritetaan avoimena teemahaastatteluna. Haastateltavat ovat pitkäaikaisia tutkijan hoitotyön asiakkaita kuntoutusta antavassa yksityisessä hoitolaitoksessa. Tutkimuksessa selvitetään vuorovaikutuksen kompleksisuus ja sen ilmeneminen hoitotyön asiakassuhteessa ja vuorovaikutuksen merkitys sekä mietitään, miten vuorovaikutusta voisi kehittää hoitotyön asiakassuhteessa.

Yhteenvetona tutkimuksen tuloksista huomattiin, että asiakkaiden kokemukset vuorovaikutuksesta hoitotyössä jakaantuvat vuorovaikutuksen merkitykseen, kompleksiseen vuorovaikutukseen ja vuorovaikutuksen kehittämiseen. Vuorovaikutuksen merkitys koostuu asiakkaan hyvästä olosta ja hoitosuhteen muodostumisesta. Kompleksinen vuorovaikutus koostuu luottamuksesta ja informoinnista. Vuorovaikutuksen kehittäminen koostuu ajasta ja keskustelusta. Näiden kaikkien vuorovaikutuksen osa-alueiden positiivisesta toteutumisesta seuraa asiakkaan vahvistuminen ja voimaantuminen, tunne parantumisesta.

Hoitajan ja asiakkaan välinen vuorovaikutus on hoitosuhteen ydin. Hoitohenkilön tulisi arvioida vuorovaikutuksen yhteydessä omia asenteitaan, henkilökohtaisia ominaisuuksiaan ja käyttäytymistään. Hoitotyön vuorovaikutus on asiakkaalle merkityksellistä juuri siinä hetkessä. Hoitotyön vuorovaikutuksessa ei ole oleellista hoitajan aika vaan asenne. Kiireenkin keskellä hoitaja voi halutessaan luoda lämpimän ja kiireettömältä tuntuvan hoitotilanteen asiakkaalle. Aito kohtaaminen on hoitotyön vuorovaikutuksen perusta, se edellyttää välittämistä ja läsnäoloa.

AVAINSANAT: vuorovaikutus, kompleksisuus ja hoitotyö

1. JOHDANTO

Vuorovaikutuksella on keskeinen rooli hoitotyössä. Hoitajien työ sisältää asiakkaan hoitamista, ohjaamista, neuvomista, aktivoimista ja motivoimista. Hoitosuhteeseen sisältyy myös suunnittelua, tavoitteiden asettelua ja arviointia. Nämä kaikki tapahtuvat hoitajan ja asiakkaan vuorovaikutuksessa. Vuorovaikutuksen tärkeyteen ja vuorovaikutustaitoihin ei kuitenkaan kiinnitetä riittävästi huomiota.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista sisältää oikeuden hyvään hoitoon ja kohteluun sekä tiedonsaanti- ja itsemääräämisoikeuden (Laki 785/1992). Oikeuksien toteutumisessa on asiakkaan ja hoitajan vuorovaikutuksella tärkeä osuus. Tämä on lisännyt keskustelua asiakkaiden hoitokokemuksista ja lain periaatteiden toteutumisesta käytännössä.

Asiakas tulee hoitotilanteeseen odotuksineen ja toiveineen. Näistä osa on realistisia, osa epärealistisia. Asiakas odottaa asiantuntija-apua. Asiakkaalla on lisäksi tunteenomaisia ennakoasenteita ja odotuksia. Hoidonantaja vastaa asiantuntemuksensa perusteella asiakkaan toiveisiin ja suunnittelee hoidon. Potilaan asemaa ja oikeuksia koskevan lain yhtenä tarkoituksena on edistää luottamuksellisen ja molemminpuoliseen hyväksyntään sekä arvontoon perustuvan yhteistyösuhteen syntymistä. Hoitosuhde lyhyesti tarkoittaa kahden henkilön välistä ammatillista vuorovaikutussuhdetta, jonka tavoitteena on asiakkaan hyvä terveys. (Kukkola 1997: 1–2.)

Hoitotyöntekijät usein itse kokevat olevansa vuorovaikutuksen ammattilaisia. Hoitotyössä tulisi jokaisen muistaa, että vuorovaikutustaidoissa ei kukaan tule koskaan täysin oppineeksi. Hoitotyöntekijöiden on tiedostettava myös se, että asiakkailta tulee valituk- sia sosiaali- ja terveysalan valvontavirastolle kaikkein eniten juuri hoitotyöntekijöiden vuorovaikutustaitojen puutteellisuudesta. Usein huono käytös kiistetään tai sitä selitetään kiireellä. (Mäkisalo-Ropponen 2011: 168.)

Tyytymättömien asiakkaiden esiin tuomia epäkohtia käsitellään toistuvasti esimerkiksi mediassa. Niissä korostuu terveysalan ammattilaisten vuorovaikutustaitojen puute. Kiire ei selitä kaikkia ammatillisiin vuorovaikutustilanteisiin liittyviä epäkohtia, joita asiakas

kohtaa. Jokaisella ammattilaisella korostuu hänen oman työalueensa asiantuntemus. Vuorovaikutuksellinen tukeminen on osa kaikkien terveysalalla työskentelevien perusammattitaitoa. (Vilén, Leppämäki & Ekström 2008: 3–4.)

Hoitajat johtavat hoito- ja terapiatilanteita ongelma- ja oirelähtöisesti, jolloin erilaiset testit ja tutkimukset ovat pääosassa. Asiakas passivoituu, kun hoitajalla on keskeinen rooli hoitotilanteessa. Hoitotyössä on huomioitava asiakkaan fyysisten oireiden lisäksi psykologiset ja sosiaaliset tekijät. Asiakkaan osallistaminen vuorovaikutukseen on tärkeää muodostettaessa kokonaisvaltainen kuva asiakkaan tilasta. Dialogisessa vuorovaikutuksessa hoidon päämäärä rakentuu asiakkaan omaan käsitykseen ongelmistaan ja vaikutusmahdollisuuksistaan niihin. (Gyllensten, Gard, Salford & Ekdahl 1999: 89–91; Järvikoski 2000: 248.)

Tutkimukset tehokkaasta asiakassuhteesta painottavat interpersoonallista vuorovaikutusta. Huomiota on kiinnitetty vuorovaikutuksellisiin seikkoihin muun muassa kielenkäyttöön ja nonverbaaliseen viestintään. Tutkimuksilla on osoitettu, että hoitoalan ammattilaisen ja asiakkaan välinen vuorovaikutus vaikuttaa asiakkaan hoitomyöntyvyyteen, tyytyväisyyteen, hoito-ohjeiden noudattamiseen ja paranemiseen. (Thomson 1994: 696–716; Roter & Hall 1997: 212–220; Du Pré 2002: 2–3; Street 2003: 64.)

Asiakkaiden muistikuviiin jäävät erityisesti empaattiset hoitajat, jotka onnistuvat kiireenkin keskellä puhuttelemaan hoidettavaa arvokkaasti ja tekemään hoitotoimensa kiireettömästi. Kukaan ei usko pelkästään kiirettä ylimalkaisen kohtelun ydinsyyksi. Toiset hoitajat osaavat ottaa työn oikealla asenteella ja toisille vuorovaikutus on työläämpää. Asiakkaan huomioiminen pienin positiivisin elein vie todella vähän aikaa. Asiakastyössä on pyrittävä vuorovaikutukseen, jossa yhdessä tunnustellaan ja kokeillaan ideoita siitä, mihin suuntaan asiakkaan kannattaa edetä. (Mönkkönen 2007: 9–11.)

Terveydenhuollossa tulisi siirtyä asiakaslähtöiseen työhön, jossa korostuu yksilön ainutlaatuisuus, ihmisarvo sekä kyky osallistua omia asioitaan koskevaan päätöksentekoon. Vuorovaikutuksessa päämääränä on kuulluksi ja autetuksi tuleminen kokemus. Autta-

mistyössä hoitajat joutuvat muuttumaan ja hiomaan vuorovaikutustaitojaan elinikäisesti. (Väisänen, Niemelä & Suua 2009: 6–7.)

Tutkimuksen teoreettisessa osassa hahmotellaan kompleksisuusajattelun pohjalta viitekehys, jossa käsitellään muun muassa kompleksisuusteorian taustaa, kompleksisuutta organisaatiossa ja hoitotyössä sekä kompleksisen vuorovaikutuksen malleja. Tutkimusaiheeseen tartutaan kompleksisuustieteille tyypillisillä käsitteillä. Nämä käsitteet toimivat tutkimuksessa apuvälineinä, jotka projisoivat uutta ajattelua (Vartiainen 2007: 2).

Vuorovaikutuksen teoria osuudessa käsitellään muun muassa vuorovaikutusta hoitotyössä, sen tavoitteita asiakassuhteessa sekä vuorovaikutusta organisaatiossa. Tutkimuksessa selvitetään, mitä on vuorovaikutuksen kompleksisuus ja miten se ilmenee hoitotyön asiakassuhteessa, mikä merkitys on vuorovaikutuksella sekä mietitään, miten vuorovaikutusta voisi kehittää hoitotyön asiakassuhteessa.

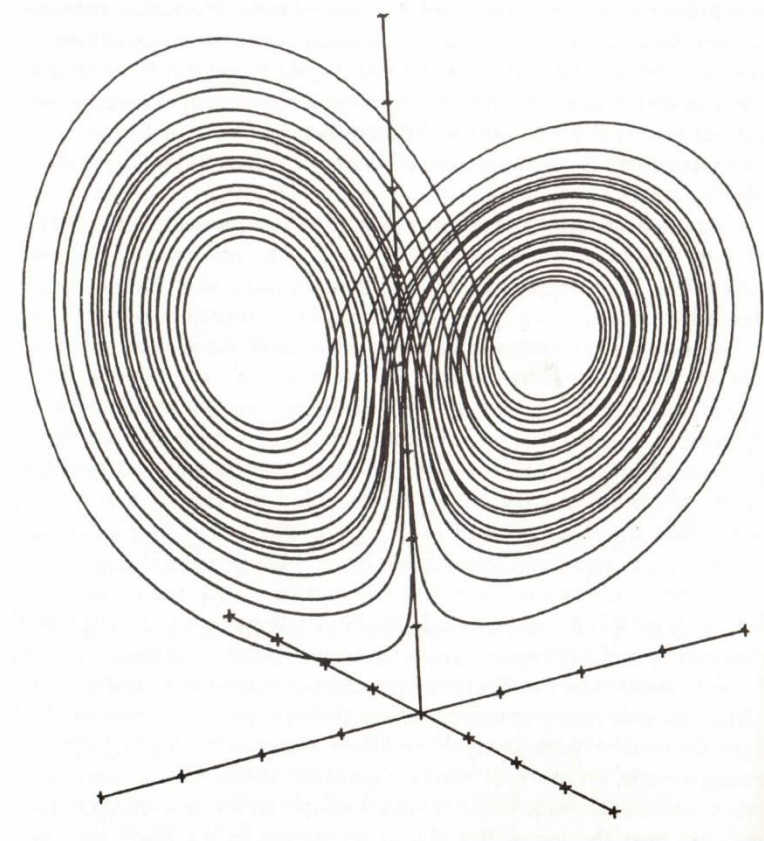
Tässä tutkimuksessa vuorovaikutus nähdään kompleksisena analyysinä. Kompleksisuutta ajatellen hoitotyön vuorovaikutus on monitulkintainen prosessi. Tutkimuksen tarkoituksena on soveltaa kompleksisuusteoreettista viitekehystä vuorovaikutukseen hoitotyön asiakassuhteessa. Tavoitteena on selvittää teoreettisista lähtökohdista ja empiirisen tutkimuksen avulla, mitä annettavaa kompleksisella vuorovaikutuksella on hoitotyön asiakassuhteessa. Empiirisesti tutkitaan asiakkaiden kokemuksia hoitotyön vuorovaikutuksesta. Millaista dialogia kompleksisuusajattelun ja hoitotyön vuorovaikutuksen välillä löytyy? Voiko kompleksisuuden avulla ymmärtää hoitotyön vuorovaikutusta selvemmin? Kompleksisuusteoria tarjoaa uusia käsitteellisiä apuvälineitä ja malleja vuorovaikutus tutkimukselle. Hoitotyön vuorovaikutuksen kehittämiseen tarvitaan innovatiivista muutokseen sopeutumista. Tässä tutkimuksessa kompleksisuus ja vuorovaikutus syntetisoidaan ja sovelletaan hoitotyön asiakassuhteeseen.

1. KOMPLEKSISUUSAJATTELU JA VUOROVAIKUTUS

2.1. Kompleksisuusteorian tausta

Kompleksisuusteorian tausta on luonnontieteissä. Teoria perustuu alkuaan matemaattisiin käsitteisiin ja tekniikoihin (Capra 2005: 36). Matemaatikko Henri Poincarén ajattelussa voitiin jo tunnistaa kaaosteorian perusteita (Geyer & Rihani 2000: 3). Luonnon- ja sääilmiöiden tutkimuksen mullisti Lorenz (1963: 130–141). Hän osoitti, että kaaos ja epäjatkuvuus kuvasivat useiden systeemien normaalitilaa. Lorenzin perhosefektiksi viitatussa mekanismissa systeemin alkutilassa tapahtuvat pienetkin muutokset kertaantuvat ja voivat aiheuttaa suuria muutoksia systeemin myöhempisiin vaiheisiin. Lorenzin näkemyksessä keskitytään systeemien muutokseen ja dynamiikkaan sekä korostetaan epälineaarista kehitystä ja ennakoimatonta käyttäytymistä (kuvio 1).

Dynaamisen järjestelmän käyttäytyminen voi olla säännötöntä ja kompleksista. Tämän käyttäytymismuodon kuvauksessa voidaan käyttää attraktoreita. Perusideana on järjestelmän jokaisen hetken kuvaaminen yhtenä pisteinä tietyssä ajan hetkenä tila-avaruudessa. Muutos järjestelmän tilassa näkyy pisteen paikan siirtymisenä. Alkutilanteesta liikkeelle lähtenyt järjestelmä asettuu radalleen ja toistaa itseään käyden läpi jokaisen pisteen yhä uudelleen. Epälineaarilla kolmi- tai korkeamman dimension järjestelmillä attraktorit voivat olla kompleksisempia. Järjestelmän tila, liikkuessaan tila-avaruudessa piirtää radan, mutta nyt rata on erilainen. Radat sijaitsevat kolmi- tai useampiulotteisissa tila-avaruuksissa. Radat ovat äärettömän tiheitä mutta eivät koskaan leikkaa itseään. Attraktori vetää systeemin tilaa puoleensa: ylös, sivulle ja taakse. Attraktori muistuttaa perhosen siipiä. Samalla tavalla teoriassa katoaa kompleksisten systeemien ennustettavuus. (Aula 1999: 64–66.)



Kuvio 1. Lorenzin attraktori (Gleick 1987: 28).

Matemaatikko ja meteorologi Edward Lorenzin attraktori osoittaa kuviossa 1, miten yksityiskohtainen systeemin käyttäytyminen on riippuvainen vallitsevasta yhteydestä. Hän on saanut aikaan esimerkin, miten kompleksiset systeemit toimivat yhdessä järjestyksessä ja epäjärjestyksessä. Tietojenkäsittelydata luonnosteli kolmiulotteisen kuvion, jossa systeemin käyttäytyminen ei koskaan toistu tarkalleen samalla tavalla. (Morgan 1997: 264.)

Farazmand (2003: 342–347) on kyseenalaistanut perinteisen käsityksen, jonka mukaan kompleksisuusteorioiden perusta olisi luonnontieteiden tutkimuksessa. Hänen mukaansa kompleksisuusajattelua on käsitellyt teoksissaan jo muun muassa Aristoteles, Platon, Hegel, Marx ja Engels. Peruselementit osien ja kokonaisuuden välisestä vuorovaikutuk-

sesta ovat nähtävissä esimerkiksi Marxin dialektiikka-opissa. Marxin dialektiikassa kuvataan kompleksisuusajattelulle yhtä ominaista perusajatusta: kaaoksen reunalla olevan systeemin (porvarillinen järjestelmä) ajautumista kaaoksen ja epäjärjestyksen kautta uuteen järjestykseen (sosialismi).

Kompleksisuuden ja monimutkaisuuden käsitteet vaativat täsmennystä suomen kielessä. Perinteiset ennuste- ja analyysimenetelmät ovat kuvanneet monimutkaisuutta (detail complexity). Sen sijaan ne eivät ole pystyneet kuvaamaan dynaamista kompleksisuutta (dynamic complexity). Detail complexity suomennetaan monimutkaisuus ja dynamic complexity dynaaminen kompleksisuus tai kompleksisuus. Monimutkaisuutta voidaan verrata pahaan kolesteroliin, jonka määrän tulisi pysyä matalalla tasolla. Sen sijaan kompleksisuutta voidaan verrata hyvään kolesteroliin, jonka määrää tulisi lisätä. Kompleksisuus voi tarkoittaa myös systeemiä, jota ei tunneta täydellisesti. Kompleksisuus viittaa tilanteisiin, joissa syyn ja seurauksen välinen suhde on epäselvä. Kompleksinen systeemi on holistinen, ja se sisältää runsaasti vuorovaikutusta. (Maula 2004: 259.)

Kompleksisuustiede syntyi systeemiajattelun sisällä klassisen mekaniikan tiedekäsityksen kritiikkinä. Klassinen tiedekäsitys perustuu determinismiin. Klassisen tieteen tehtävä on havaita syy-seuraus suhteet eli lineaariset kausaliteetit. (Peltoniemi, Isoaho, Hämäläinen, Nurmi & Nummela 2004: 13). Erottavana tekijänä klassisten ja kompleksisten systeemien välillä on se, että osien ja ilmiöiden väliset suhteet nähdään epälineaarisina. Epälineaarisuudessa tapahtumia ei voida palauttaa syy-seuraussuhteisiin. Käyttäytymisestä tulee vaikeasti ennustettava. (Jalonen 2007: 133). Kompleksisuusajattelun mukaan syyn ja seurauksen suhdetta ei pystytä havaitsemaan monimutkaisten vuorovaikutussuhteiden vuoksi. Asioiden keskinäisriippuvuudesta johtuen ilmiöiden kehityspotentialit ovat ennustamattomia. (Harisalo 2009: 27–28.)

Kompleksisuustieteen käsitteellinen perusta on kaaosteoriassa, dissipatiivisten systeemien ja kompleksisten adaptiivisten systeemien (CAS) teorioissa (Stacey 2003: 85; Aasen 2009: 11). Kaaosteoria ja CAS teoria ovat kiinnostuneet kahdesta kompleksisuudesta: kaaottisesta tasapainotilasta ja toimimisesta kaaoksen partaalla. CAS keskittyy

kompleksisiin systeemeihin, jotka eivät ole tasapainossa. Satunnainen käytös muodostaa kiinnostavia muotoja, kuten emergenttiä järjestystä. (Demers 2007: 155.)

Eriksson (2003: 46–48, 64) kuvaa kompleksista järjestelmää neljän määreen avulla: potentiaali ja virtaus, informaatio, energia sekä entropia. Potentiaalista voidaan käyttää nimitystä, esimerkiksi pyrkimys. Se tarkoittaa resurssien kasautumista määrättyihin paikkoihin, esimerkiksi rahaa voidaan varastoida pankkeihin. Virtaus on tilanmuutosta kuvaava suure. Se tarkoittaa resurssin virtausnopeutta, esimerkiksi nettotulos aikayksikköä kohti. Informaation muokkaaminen, oivallukset ja priorisoinnit lisäävät epävarmuutta järjestelmässä. Informaation siirrossa turvaututaan viivytyksiin ja väärän tiedon antamiseen. Tämä lisää järjestelmän kompleksisuutta. Energia on keskeinen resurssi, voimavara (työntekijä, tieto) kaikissa järjestelmissä. Resursseja voidaan varastoida tai panna liikkeeseen. Neljäntenä määreenä vielä entropia, mikä tarkoittaa muutosta. Jos vuorovaikutuksessa muutosprosessit ovat nopeita, jää informaationvaihto vajavaiseksi ja se riistyy hallinnasta. Entropia on seuraus informaation puutteesta, jolloin tilanne aiheuttaa levottomuutta ja konflikteja.

Kompleksisuusteoria tarjoaa käsitteellisen viitekehyksen, ajattelutavan sekä maailmankuvan. Asiantilaa tai systeemiä pidetään kompleksisena, kun se koostuu toisiinsa kytkeytyvistä toimijoista. (Mitleton-Kelly 2003: 26.) Toimijoiden vuorovaikutussuhteet perustuvat valintaan (Stacey 2006: 33). Kompleksisuus samaistetaan ilmiöiden monimutkaistumiseen ja vaikeaan hallittavuuteen. Kompleksisuus ymmärretään myös luonnolliseksi osaksi minkä tahansa järjestelmän tai systeemin toimintaa. Luhmanin (2004: 47–51) kompleksisuus merkitsee systeemin toimintakyvyn ylittäviä mahdollisuuksia. Toimintakykyä on kuitenkin kehitettävä sellaisten kriteerien mukaisesti, jotka ottavat huomioon vaikutusten kohdistumisen aiheuttajaan. Ongelmana ei ole syy-yhteys vaan valintakriteerit. Luhman kysyykin, riittääkö kommunikatiivinen kykymme valintojen toiminnalliseen toteuttamiseen?

Kompleksisuusteoriat korostavat sosiaalisten systeemien itseorganisoitumista, epälineaarisia syy-seuraussuhteita, emergenssejä kehityspolkuja sekä systeemin osien kytkeytyneisyyttä ja vuorovaikutusta. Kompleksisuusteorioiden avulla pyritään ymmärtämään

uusien ilmiöiden syntymistä ja muutoksen logiikkaa. Erilaisuutta ja monimuotoisuutta pidetään systeemin itseorganisoitumisen kannalta hyödyllisinä ominaisuuksina. (Morrisson 2005: 319–321). Kompleksisuusteoria tarjoaa uusia käsitteellisiä työkaluja epälineaaristen ilmiöiden selittämiseen. Kompleksinen systeemi koostuu suuresta määrästä osia, jotka ovat kytköksissä toisiinsa niiden käyttäytymistä ohjaavien sääntöjen avulla. (Maguire 2006:166–167). Kompleksisuutta voidaan pitää sekä systeemin uhkana että mahdollisuutena. Kokonaisuus on enemmän kuin osiensa summa. Tarkasteltava ilmiö ymmärretään laadullisesti erilaisena kuin sen yksittäiset osat. (Rubin 2004).

Kytkeytyneisyyden, vuorovaikutuksen ja palauteprosessien myötä syntyy emergenttejä kokonaisuuksia. Niitä ei voida selittää osien ominaisuuksilla. Aktiivisen kehittämistyön ohella tarvitaan myös aktiivista muutoksiin sopeutumista. Kompleksisuusajattelussa tämä tarkoittaa emergenssin, intention, sopeutumisen ja tietoisien valinnan välisen paradoksin ratkaisemista. (Sotarauta & Srinivas 2006: 312). Uudistuminen alkaa häiriöstä, jossa toimintamalli on ollut ensin epävarma, sitten mahdollinen, sen jälkeen todennäköinen ja lopuksi toteutunut. Syntynyt tasapainotila on erilainen kuin lähtökohta. Se on myös lähtökohtaa kehittyneempi. (Venkula 2005: 42).

Maailma ilmenee toimijoille kompleksisena, moninaisena ja dynaamisena. Monet yrittävät kuitenkin puristaa maailman yksinkertaistettuihin malleihin ja toimia niiden mukaisesti. Kompleksisuudesta voidaan etsiä käsitteellisiä maamerkkejä uudelle kehitysnäkemykselle. Toimintamalleja ei pysty uudistamaan, asenteiden ja kehitysnäkemyksen muuttumatta. Asenteiden ja lähestymistapojen muuttuessa, vanhojakin menetelmiä käyttäen voidaan päästä uudenlaisiin tuloksiin. Kehitysnäkemyksen muuttuminen edellyttää uutta kieltä ja uusia käsitteitä, joilla asioista kommunikoida. Mahdollisuuksia on etsittävä kehityksen emergenttien piirteiden ohjaamiseksi. Asioiden on annettava tapahtua. (Sotarauta 1996: 318–320.)

2.1.1. Kompleksisuuden tasot

Kompleksisuuden perusajatus on holistisuus. Kokonaisvaltaisuudessa systeemin järjestyks nousee osien vuorovaikutuksesta, eli alemmilta tasoilta. Kompleksisia systeemejä luonnehtivaa kerrostuneisuutta kutsutaan holografisuudeksi tai fraktaalimaisuudeksi. Esimerkki fraktaalimaisuudesta on matka ihmisaivojen neuronien vuorovaikutuksesta järjestäytyneen organisaation toiminnaksi. Ihmisaivoissa mieli koostuu symboleista ja mielikuvista, ihmisiä sitoo vuorovaikutus niin biologisella kuin mentaalilla tasolla ja organisaatiot koostuvat vuorovaikutuksessa eri ihmisryhmistä. Kompleksiset systeemit muodostuvat alemman ja ylemmän tason kerrostuneista systeemeistä. Osat vuorovaikuttavat keskenään luoden kokonaisuuden, ja kokonaisuus vaikuttaa osien toimintaan. (Stacey 1996: 10–20.)

Kompleksisista systeemeistä kehittyy usean tason kompleksisuutta. Tasot tekevät systeemeistä vaikeasti ymmärrettäviä ja niiden käyttäytymisestä vieläkin vaikeammin ennustettavia. Autokatalyyttinen sarja nousee yhdellä tasolla, kun sarja alkaa vuorovaikutuksessa toisten kanssa. Jokainen autokatalyyttinen sarja tai kokonaisuus aiheuttaa muutoksia ympäristössä muillekin. Ensimmäisen tason alkutekijällä voi olla useita rooleja autokatalyyttisessä sarjassa. Yksittäinen yksilö voi kuulua moniin eri sosiaaliryhmiin, esimerkiksi perheeseen, yritykseen, kerhoon, heimoon tai tiettyyn kansaan. Jokainen sosiaalinen ryhmä on erillään muista ja tukeutuu erilaiseen, omanlaiseensa vuorovaikutukseen. Silti useat sosiaaliset ryhmät ovat yhdistyneet, koska he ovat jakaneet toimintonsa ja rakentaneet ikään kuin sillan välilleen. Nämä yhteydet eivät kuitenkaan rajoita yksilöitä sosiaalisiin systeemeihin. Yleensä, jos alkutekijät osallistuvat useampaan korkeamman tason sarjaan, ne hienovaraisesti yhdistyvät toisiinsa. (Corning 1995: 89–21.)

Prosessien ja systeemien lähempi tarkastelu kompleksisuuden kuuden tason mukaan on edellytys sosiaalisten prosessien ja systeemien simulointiin. Mahdollista on erottaa kompleksisuuden kuusi tasoa. Kompleksisuuden ensimmäisellä tasolla prosessi tapahtuu pääasiassa kahden osallistujan välillä. Tällöin ympäristö valvoo, ei vielä systeemi. Toisella tasolla prosessi järjestää liikettä, se on horisontaalisesti ja ajallisesti suuntautunut. Systeemi on alkutekijöiden summa ja se järjestää itseään tasapainoon. Kolman-

nella tasolla prosessi jakaa energiaa ja on vertikaalisesti suuntautunut. Järjestelmä on enemmän kuin osiensa summa ja se säätelee itse koko virtaus- tasapainosysteemiä. Neljännellä tasolla prosessi muuntaa energiaa tuotteiksi ja jokainen systeemi organisoii rakenteellisesti kokonaisuutena. Viidennellä tasolla prosessi on hierarkkisesti suuntautunut ja jokainen systeemi luo itse alkutekijät ja osajärjestelmät. Kuudennella tasolla prosessi on tilallisesti suuntautunut ja on universaalinen prosessi ja systeemi. (Fliedner 2001.)

Kompleksisuuden tasoja kuvatessa jokaisen näkökulman kehitystasot ovat luonteeltaan holarkisia. Holarkia tarkoittaa hierarkkista kerrostumaa, jossa jokainen uusi taso ylittää edellisen tason rajoitteet, mutta sisältää aiempien tasojen olennaiset piirteet. Jokainen uusi taso seuraa sitä edeltävää tasoa mutta lisää siihen uuden organisaatio- tai osaamistason. Tämän seurauksena jokainen kompleksisuuden taso on yhtä aikaa sekä osa laajempaa kokonaisuutta että itsenäinen rakenteellinen kokonaisuus. Subjektiiivisella alueella impulssit ylittävät mutta sisältävät tuntemukset. Tunteet ylittävät mutta sisällyttävät impulssit. Symbolit ylittävät mutta sisällyttävät tunteet. Käsitteet ylittävät mutta sisällyttävät symbolit. Riippumatta siitä missä kohtaa tutkijat vetävät eri tasojen välille viivan, kussakin näkökulmassa on selkeästi havaittavissa kehityksellinen suunta, kompleksisuus lisääntyy, se laajenee ja sisällyttää enemmän. (Esbjörn-Hargens 2009: 1–24.)

2.1.2. Kompleksisuuden emergenssi

Emergenssi, (emergence) ilmaantuminen on kompleksisuusteorian keskeisiä käsitteitä ja voidaan suomentaa esimerkiksi muodostuminen, syntyminen tai esiinnousu. Se viittaa ominaisuuksiin, jotka syntyvät tyhjästä itseorganisoitumisen tuloksena. Ilmaantuminen merkitsee sitä, että yksinkertaisista rakenteista syntyy monimutkaisempia. Systemin elementit organisoituvat spontaanisti muodostaen uusia rakenteita ja käyttäytymistapoja. (Maula 2004: 262.) Emergenssi tarkoittaa uuden ilmaantumista (Mitleton-Kelly 2003: 40). Kompleksisessa systeemissä emergenssi ilmenee reaktioina, jotka voivat olla minkä tahansa systeemin osan käynnistämiä, mutta heijastuvat koko systeemin tilaan ja

tekevät sen käyttäytymisestä ennustamatonta. Emergentistä reaktiosta voi käyttää esimerkkinä Lorenzin perhosefektiä. (Maguire 2006: 166).

Emergenssiä kuvataan myös kompleksisen adaptiivisen systeemin (CAS) valossa. Tämä systeemi koostuu useista toimijoista, jotka toimivat tiettyjen sääntöjen mukaan ollessaan keskenään vuorovaikutuksessa ja näin sopeutuvat toistensa käyttäytymiseen. CAS:ssa keskeinen käsite on itseorganisoituminen, jolla kuvataan sitä, miten emergentti järjestys kehittyy ilman etukäteen tehtyä suunnitelmaa tai kaavaa. Itseorganisoituminen tarkoittaa joidenkin periaatteiden mukaista vuorovaikutusta. Emergenssi tarkoittaa uusien muotojen syntymistä vuorovaikutuksen seurauksena ilman ennakoitua kaavaa. Itseorganisoituminen on spontaani uudelleen muotoutumisen prosessi. Systeemin käyttäytyminen on toistuvaa, mutta kuitenkin aina uutta. (Stacey 2003: 224–263.)

Mannermaa (2004: 53–55) viittaa emergenssillä uusiin, kehityksen myötä ilmaantuviin ominaisuuksiin. Hän jaottelee emergenssin laadulliseen ja määrälliseen. Yhteiskunnallisten systeemien kehitys on laadullisesti emergenttiä eli se tuottaa laadullisesti uusia ominaisuuksia. Erilaiset systeemit, esimerkiksi ihmisryhmät ovat jatkuvassa liikkeessä ja muutoksessa. Heidän toimintaympäristö ja tila muuttuvat jatkuvasti. Nämä muutosprosessit ovat palautumattomia, historia ei toista itseään tarkasti. Laadullinen emergenssi osoittaa muutosta määrästä laatuun, esimerkiksi palvelujen tarjoamisessa. Tehokkuuden lisääntyessä tuotanto ja palvelut saadaan syntymään entistä pienemmällä työvoimalla, on saavutettu laadullinen emergenssi. Yhteiskunnallisten systeemien vuorovaikutuksen yhteydessä voidaan puhua myös määrällisestä emergenssistä. Euroopan Unioni on esimerkki määrällisestä emergenssistä, se on enemmän kuin osiensa summa. Määrällinen emergenssi on vahva tendenssi esimerkiksi taloudessa. Määrällisesti uusia piirteitä ja tulevaisuuden ilmentymismuotoja kannattaa seurata ja tunnistaa intensiivisesti. Globalisoituminen voidaan nähdä muutosilmionä, joka sisältää sekä laadullisen että määrällisen emergenssin.

2.2. Kompleksisuus organisaatiossa

Harisalo (2008: 27–28) kirjoittaa monimutkaisuudesta (kompleksisuudesta) organisaation ominaisuutena. Hänen mielestään monimutkaisuudella tarkoitetaan monia asioita. Monimutkaisuus syntyy esimerkiksi monien asioiden samanaikaisesta käsittelystä. Se viittaa myös käsiteltävien asioiden erilaisuuteen. Monimutkaisuudella tarkoitetaan eri asioiden keskinäisessä riippuvuudessa ilmenevää ennakoimattomuutta. Tällöin on vaikea kertoa luotettavasti, kuinka erilaiset asiat vaikuttavat toisiinsa. Monimutkaisuus ilmenee silloin, kun on vaikea ennakoida erilaisten asioiden yhteisvaikutuksen seurauksia. Monimutkaisuus viittaa myös eri asioiden hallinnan edellyttämään tietämykseen. Organisaatioissa on tehtäviä, joiden suorittamiseksi vaaditaan monimutkaista tietämystä. Nämä kompleksisuuden muodot löytyvät organisaatioista. Organisaatioiden tehtävien lukumäärä ja luonne, muodollisuuden aste, henkilökunnan osaamisalueet, palvelut, asiakkaiden tarpeet ja niihin kohdistuvat muutospaineet synnyttävät kompleksisuutta kaikissa edellä kuvatuissa merkityksissä. Kompleksisuus voi olla lisäksi seikkaperäistä, esimerkiksi kirurgin on hallittava monia syy- ja seuraussuhteita, joista alan ulkopuoliset ovat tietämättömiä.

Kompleksiset epälineaariset systeemit, kuten organisaatiot ovat luonteeltaan monimutkaisia järjestelmiä ollen vuorovaikutuksessa sekä järjestykseen että kaoottisuuteen. Organisaatiot muuttuvat jatkuvasti kohti spontaania itseorganisoitumista. Organisaation tulee kääntää voimavarakseen muutosta generoiva kompleksisuus. Näin kompleksisuuden elementeistä tulee muutoksen resursseja. Uudessa tilanteessa voidaan kehittää uutta ymmärrystä ja ryhtyä uusiin toimintoihin. Epävakaassa organisaatiossa pienet muutokset voivat aiheuttaa ketjureaktion, jotka voivat johtaa systeemin muuntumiseen toislaiseksi. Siksi epävakaassa organisaatio on eri tavalla hallittavissa kuin elävä organismi, joka pysyy vakaana, jos suhde ympäristöön säilyy tasapainossa. (Morgan 1997: 262–270.)

Organisaatiosysteemit ovat tähän asti nähty homeostaattisina itsenäisinä kokonaisuuksina. Niiden perustila on ollut tasapaino, johon ne jatkuvasti pyrkivät. Näin ollen muutos nähdään häiriönä ja tasapainon järkkymisenä. Stabiilius on liitetty pysyvyyteen ja muu-

tos hajoamiseen. Kompleksisuusajattelun mukaan organisaatiot ovat epälineaarisia ja dynaamisia systeemejä. Ne voivat toimia ennustamattomasti ja kaukana tasapainosta, mutta toisaalta mukautuvat eri tilanteisiin. (Dooley & Van de Ven 1999: 358–372; Demers 2007: 154–155.)

Organisaatioiden muutokset globalisoituneen talouden myötä ovat lisänneet työyhteisöjen kompleksisuutta. Organisaatioiden toimintatavan voi jakaa vanhaan ja uuteen. Vanhan organisaatorakenteen piirteinä voidaan pitää byrokraattisuutta, hierarkiaa ja vakautta. Uudessa työorganisaatiossa korostuvat epävarmuus, muutos, nopeus ja välittömyys. Organisoituminen on todellisuutta rakentava prosessi, ei passiivinen tai muuttumaton pysyvä kategoria, jossa sisältö pysyisi samanlaisena. Prosessit, joissa organisaatiot rakentuvat ovat herkkiä ja monimutkaisia. Organisaatiot eivät ole staattisia toimintakokonaisuuksia, vaan jatkuvan vuorovaikutuksen muovaamia. (Aaltonen & Kovalainen 2001: 34–35, 54, 76–77.)

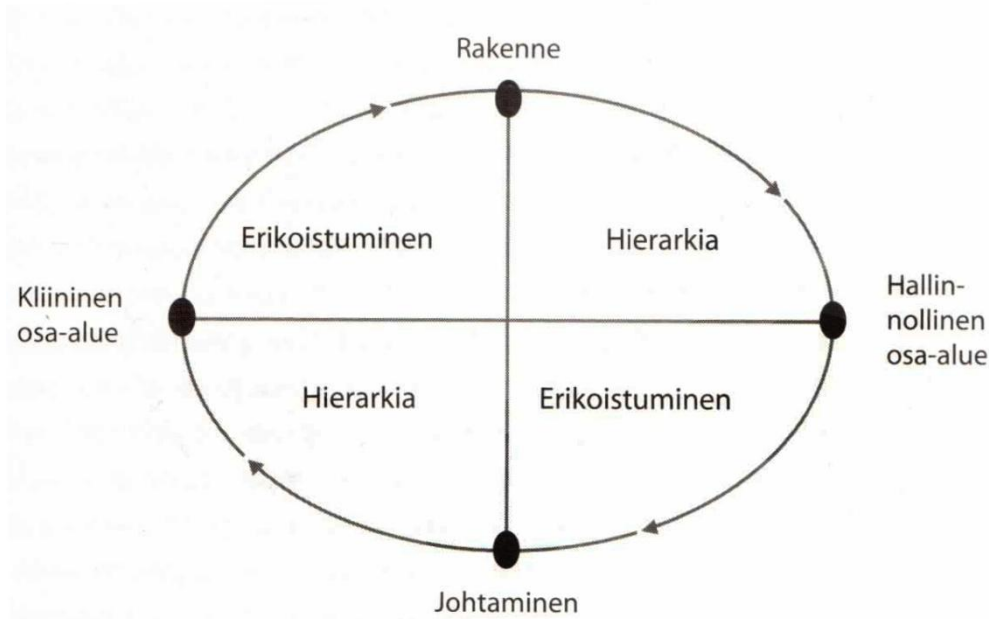
Kompleksiset järjestelmät sisältävät piirteitä, jotka tuottavat yllätyksiä. Kytkeytyneisyys aiheuttaa sen, että kokonaisuus on enemmän kuin osiensa summa. Systemi on epästabili, jolloin pienetkin muutokset voivat aiheuttaa suuria muutoksia. Systemin toiminta on vaikeasti pääteltävissä, ja sen toiminta on jotakin muuta kuin sääntöjen perusteella voisi odottaa. Organisaatio muuttuu jatkuvassa vuorovaikutuksessa. Elävä organisaatio on dynaaminen ja kompleksinen, mutta ei välttämättä kaottinen. Kompleksisen systemin kuten organisaation itseorganisoitumiskykyä voidaan tukea soveltamalla seitsemää John Hollandin määrittelemä periaatetta. Nämä periaatteet ovat yhdistäminen, epälineaarisuus, resurssi-, pääoma- ja tietovirrat, monimuotoisuus, otsikointi, sisäiset mallit sekä rakennuspalikat. (Maula 2004: 262–264.)

Kompleksisuuden näkökulmasta tulevaisuus on ennakoimaton ja vähäisetkin muutokset vaikuttavat sen kehittymiseen. Organisaation tulevaisuuden hallitseminen on toiveajattelua. Kompleksisessa organisaation päätöksenteossa tulisi edetä intuitiivisesti, eikä etsiä yhteyksiä syiden ja seurausten välillä. Organisaatioissa on perinteisesti pyritty vähentämään epävarmuutta ennakoimalla ja suunnittelemalla sekä muuttamaan epäjärjestys järjestykseksi. Organisaatioteoreettisessa kompleksisuudessa epäjärjestys, monimuo-

toisuus ja muutos voidaan nähdä kehitystä edistävinä voimina. Epävarmuus on edellytys kehitykselle. Kompleksisuuden ymmärtämisessä itseorganisoituminen ja emergenssi on nähtävä kokonaisvaltaisena muutoksena. (Stacey 2003: 228–252.)

Kompleksisuusteorioissa yllätykset ovat luonnollinen osa kompleksisessa ympäristössä toimivan organisaation toimintaa. Tällainen ympäristö saa aikaan muutoksia ja sallii uusien asioiden ilmaantumisen. Muuttuvassa ympäristössä toimivat organisaatiot joutuvat kohtaamaan yllättäviä tilanteita eikä niillä ole keinoja yllätysten välttämiseen tai hallitsemiseen. Organisaation ei tulisi yrittääkään kehittää tiettyä kantaa asioiden hoitamiseen, mikä antaisi luottamuksen tietää, mitä tulee tapahtumaan. Sen sijaan täytyisi kehittää luottamusta siihen että, vaikka ei tiedetä, mitä tulee tapahtumaan, organisaatiolla olisi kyky toimia tehokkaasti. Sellaiset terveydenhuolto-organisaatiot menestyvät, joilla on kyky käsitellä yllätyksiä, eivätkä pelkää epävarmuutta. Yllättäviin tilanteisiin joutuminen ei kuitenkaan ole osoitus johtajien epäammattimaisesta toiminnasta. Ratkaisevaa on, miten he yllätyksiin suhtautuvat. Kompleksisuusajattelussa yllätykset käännetään myönteisiksi ja luovuuteen ohjaaviksi tekijöiksi. (McDaniel, Jordan & Fleeman 2003: 266–278.)

Professori Pirkko Vartiaisen mukaan (2009: 176–177) terveydenhuollon organisaatioiden kompleksisuus perustuu neljään tekijään: johtaminen, hallinnollinen osa-alue, kliininen osa-alue ja rakenne. Näillä tekijöillä on kiinteä yhteys toisiinsa. Ne muodostavat terveydenhuollon organisaation sisäisen kompleksisuuskehän (kuvio 2). Hierarkkisuus ja erikoistuminen muokkaavat terveydenhuollon organisaation toimintamalleja ja johtamista sekä edistävät kompleksisuuden syntymistä. Professionaalisuuden ja kompleksisuuden tiivis vuorovaikutus vaikeuttaa kansalaisten asemaa ja vaikutusmahdollisuuksia terveydenhuollon asiakkaina. Kansalaisten roolia terveydenhuollon uudistusten suunnittelussa täytyisi vahvistaa. Heidän osallistuminen auttaa murtamaan kompleksisuuskehän.



Kuvio 2. Terveysthuollon organisaation sisäinen kompleksisuuskehä (Vartiainen 2009: 177).

Terveysthuollon organisaatiot pyrkivät synergiaan. Systeemi pyrkii tilaan, jossa sen kokonaisuus on toiminnallisesti enemmän kuin osiensa summa. Kompleksisuuteen mukautuvien systeemien ajatellaan olevan autopoieettisia. Tällöin systeemissä on osia, joiden toiminta on itseohjautuvaa eikä sisällä hierarkkista kontrollia. Systeemin toimijoiden ollessa löyhäsidonnaisia, epälineaarinen ongelmanratkaisu toimii. Ammattihenkilöstön liiallinen valvonta voi esimerkiksi johtaa laadun heikkenemiseen. Autopoieettisissa systeemissä vapauksien ja itseohjautuvuuden salliminen voi tuottaa paremman tuloksen kuin vahva kontrolli. Kompleksisuuteen mukautuvan organisaation tunnuspiirteenä on kyky liittää yhteen profession, kompleksisen ympäristön ja kansalaisten tarpeet. (Vartiainen 2009: 179.)

Kompleksisuusajattelu muutti systeemiparadigmaa. Käsite systeemin tasapainosta, pysyvyydestä ja jatkuvuudesta vaihtui epätasapainoon, muutokseen ja epäjatkuvuuteen. Epäjärjestelmällisyys ja kaaos havaittiin olevan luonnollinen tila ja organisaation kehitykselle välttämätöntä. Systeemien itseuudistuminen, itseorganisoituminen ja muutostyky ovat uuden paradigman pääintressejä. Tietyissä olosuhteissa ja tietyin edellytyksin

systemi kykenee organisoitumaan itsestään. Se kykenee tuottamaan uusia fyysisiä, sosiaalisia ja mentaalisia rakenteita, jotka eivät ole vain askel eteenpäin, vaan innovaatiomainen siirtymä. (Stähle 2004: 227–249.)

Systemiajattelun soveltuvuutta organisaatioiden tarkasteluun voidaan myös kritisoida. Organisaation muutokset ja kehitys eivät ole aidosti emergenttejä, koska organisaation muoto on etukäteen määrätty ja valittu. Organisaatiossa ei voi olla sisäisiä uutuuden lähteitä vaan ne tulevat organisaation ulkopuolelta. Kompleksisuusteoreettisessa organisaatiotutkimuksessa innovaatioita ei voida suunnitella etukäteen, vaan ne syntyvät kompleksisista ihmisten välisistä vuorovaikutusprosesseista. Kompleksisuus yhdistettynä intersubjektiiiviseen ihmiskäsitykseen ja prosessiontologiaan antaa perustan ymmärrykselle organisaatioista. (Aasen 2009: 122.)

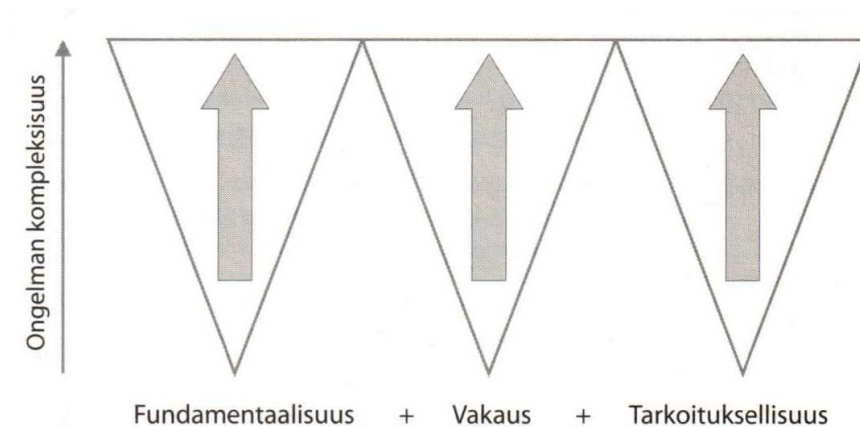
2.3. Kompleksisuus hoitotyössä

Ongelmat voidaan jakaa kolmeen tasoon niiden kompleksisuuden mukaan: kesyt-, sotkuiset- ja pirulliset ongelmat. Kesyt ongelmat ovat kompleksisuudeltaan yksinkertaisimpia, konvergenttejä ja yksitulkintaisia. Oikea ja kaikkien hyväksymä ratkaisu on helppo löytää. Sotkuiset ongelmat ovat kompleksisuudeltaan keskitasoa. Kompleksisuutta lisää eri tekijöiden keskinäinen vuorovaikutus. Sotkuisen ongelman ratkaiseminen vaatii eri tekijöiden vuorovaikutussuhteiden tarkastelua. Pirulliset ongelmat ovat kaikkein kompleksisimpia ongelmia. Niihin ei löydy yhtä ainoaa oikeaa ratkaisua. Pirulliset ongelmat ovat monitulkintaisia ja divergenttejä. Niissä on samanlaisia piirteitä kuin inhimillisessä kanssakäymisessä: moraaliseettisiä ja sosiaalis-poliittisia piirteitä. (King 1993: 105–116.)

Terveydenhuollon reformin ideaalimalli on Bermanin (1995: 13–33) mukaan vakaa, tarkoituksellinen ja fundamentaalinen. Kullakin on oma roolinsa, ja ne ovat riippuvaisia toisistaan. Tarkoituksellisuus on uudistuksen perusta alusta loppuun. Fundamentaalisuus koskee reformin suunnittelua ja toteutusta. Vakautta tarvitaan uudistuksen toimeenpa-

non jälkeen. Tarkoituksellisuudella viitataan siihen, että reformi tulee perustua suunniteluun ja näyttöön. Fundamentaalisuudella viitataan suunnittelun ja toteutuksen laajuuteen. Vakaudella viitataan, että reformin tulisi olla pitkäkestoinen ja vakaa uudistus (kuvio 3).

Kuvio 3 selventää terveydenhuollon reformin ideaalimallin rakennetta. Ideaalimallin osa-alueet ovat riippuvuussuhteissa toisiinsa. Jos yksikin niistä epäonnistuu, voi koko uudistus epäonnistua. Reformin tulee olla sitä tarkoituksellisempi, fundamentaalisempi ja vakaampi, mitä kompleksisempi ratkaistava ongelma on.



Kuvio 3. Terveydenhuollon reformin ideaalimalli (Raisio 2009: 80).

Raisio (2009: 73–91) on yksityiskohtaisesti selventänyt kompleksisuutta terveydenhuollossa, esimerkkinä Kansallinen terveyshanke ja hoitotakuu-uudistus. Kansallisen terveyshankkeen taustalla oli huoli lisääntyvistä ongelmista terveydenhuollon toimintaedellytyksissä ja palvelujen satavuudessa. Hän vertaa näitä uudistuksia terveydenhuollon reformin ideaalimalliin: tarkoituksellisuuteen, fundamentaalisuuteen ja vakauteen sekä näiden suhdetta ongelman kompleksisuuteen. Reformin tarkoituksellisuudessa hankkeiden suunnittelu ja tavoitteenasettelu oli liian tarkkaa ja rajaavaa. Hankkeet jäivät toistensa kaltaisiksi, eikä uudenlaisia, innovatiivisia hankkeita päässyt syntymään. Reformin toteutuksen fundamentaalisuutta tarkastellaan PAHO:n (Pan American Health Organization) ohjausperiaatteiden avulla (taulukko 1). Reformin vakaus on monilla ta-

soilla. Esimerkiksi asiakasmaksut eivät ole yltäneet edes perustamisvaiheeseen, mutta taas hoitojonot ovat vakiintuneet. Kansallisella terveysthankkeella ja hoitotakuu-uudistuksella on yritetty ratkaista kompleksinen terveydenhuollon ongelma. Tarkastelu tuo ilmi, että ongelmiin sisältyy monia vaikeasti määriteltäviä ja toisistaan riippuvaisia tekijöitä. Esimerkiksi terveyden edistäminen on jäänyt hoitotakuun jalkoihin, minkä vuoksi sairauksien hoito on saanut terveydenhuollossa korostuneen aseman.

Taulukko 1. PAHO:n terveydenhuollon ohjausperiaatteet (López-Acuña 2000: 7–8) mukailten Kansallisen terveysthankkeen ja hoitotakuu-uudistuksen positiivisista tuloksista.

Ohjausperiaate	Selitys
Oikeudenmukaisuus	Hoitojonot ovat lyhentyneet. Asiakkaat pääsevät nopeammin hoitoon. Hoitoon pääsyn perusteet ovat yhtenäiset.
Vaikuttavuus ja laatu	Vaikutukset palvelujen laatuun ovat marginaalisia.
Tehokkuus	Henkilöstön työnjako on parantunut. Sähköiset sairauskertomukset tehostavat toimintoja.
Vakaus	Palvelujen tarjoajien legitimiteetti ja hyväksyttävyyys ovat lisääntyneet.
Yhteiskunnallinen osallistuminen	–

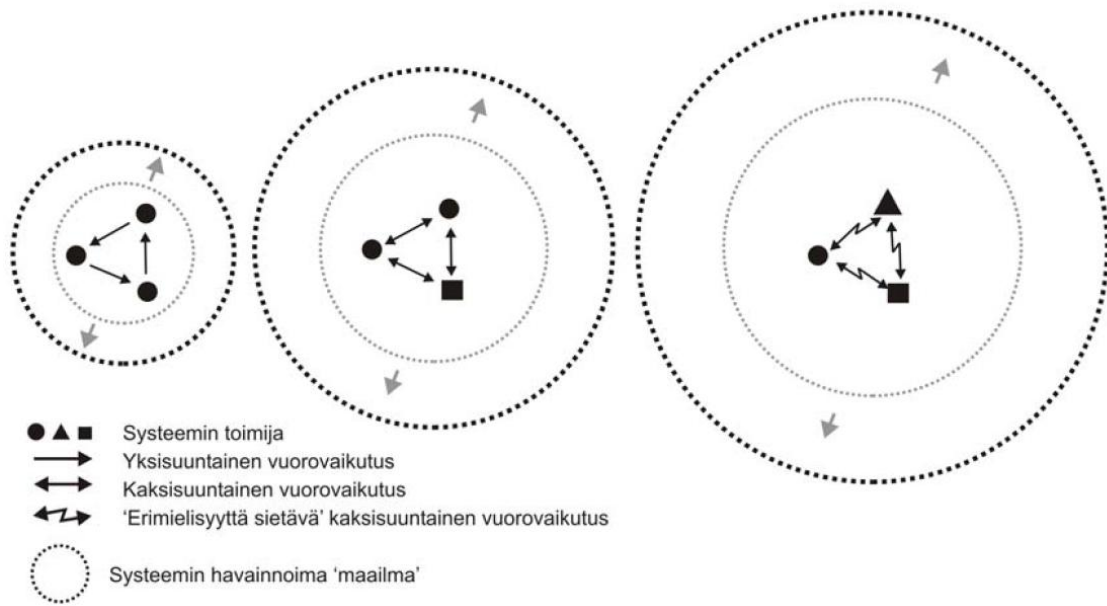
Taulukko 1 selventää toteutuksen fundamentaalisuutta PAHO:n ohjausperiaatteiden avulla. Taulukko koostuu reformin positiivisista tuloksista. Periaatteista ensimmäinen eli oikeudenmukaisuus on parantunut. Hoitojonot ovat lyhentyneet, asiakkaat pääsevät nopeammin hoitoon ja hoitoon pääsyn perusteet ovat yhtenäiset. Toisesta periaatteesta eli vaikuttavuudesta ja laadusta ei voi todeta mitään luotettavaa. Vaikutukset palvelujen

laatuun ovat marginaalisia. Kolmannesta periaatteesta eli tehokkuudesta on näyttöä. Henkilöstön työnjako on parantunut ja sähköisten sairauskertomusten käyttöönotto tehostaa toimintoja. Neljänteen periaatteeseen eli vakauteen vaikutti myönteisesti palvelun tarjoajien legitimitetin ja hyväksyttävyyden lisääntyminen. Viides periaate eli yhteiskunnallinen osallistuminen on reformeissa jäänyt sivuun. Se on haastava puute, koska kansalaisten tulisi olla mukana kehittämässä terveydenhuoltoa. (Raisio 2009: 88.)

Terveydenhoitojärjestelmä toiminnallisena kokonaisuutena on kompleksinen. Kompleksisuusajattelu antaa välineet terveydenhuollon ongelmien, kehittämistarpeiden ja uudistusvaihtoehtojen parempaan ymmärtämiseen. Kompleksisuusajattelu pyrkii rikkomaan perinteisiä suunnittelun ja päätöksenteon menetelmiä. Terveydenhuollon kehittämisen monitulkintaisuus johtuu ympäristön, järjestelmän ja ammatillisen toimintakokonaisuuden kompleksisuudesta. Lisäksi terveydenhuollon prosessit ja toimintatavat ovat kompleksisia. Kansalaiset odottavat terveydenhuollolta korkeatasoisia palveluja, mutta eivät kykene tarkentamaan, mitä näillä palveluilla käytännössä tarkoitetaan. Asiakkaiden saattaa olla vaikea konkretisoida omia odotuksiaan palvelujen käyttäjinä, koska terveydenhuolto on ammatillisesti, toiminnallisesti ja organisatorisesti professionaalinen kokonaisuus. (Vartiainen 2009: 172–173.)

2.4. Kompleksiset vuorovaikutuksen mallit

Sosiaalisen systeemin toiminta ei pelkisty sääntöihin ja lakeihin, sillä kompleksinen systeemi kehittyy ja kykenee muuttamaan vuorovaikutuksen sääntöjä. Kahden toimijan vuorovaikutus voi luoda kompleksisia vuorovaikutussuhteita, joiden yksityiskohtia ei voida ennakoida. Kytkeytyneisyys ja vuorovaikutus muodostavat mekanismin, jonka luonteesta riippuu systeemin kyky havainnoida ympäröivää maailmaa (kuvio 4). Mitä paremmin sosiaalinen systeemi sietää erilaisia näkemyksiä, sitä laajempi on sen maailmankuva. ”Erimielisyyttä sietävä” vuorovaikutus edistää luovien ja innovatiivisten ratkaisuvaihtoehtojen edistämistä. Kytkeytyneisyydestä myös seuraa, että kokonaisuus on enemmän kuin osiensa summa. Jokaisen yksittäisen toimijan tekemä päätös tai valinta vaikuttaa muihin toimijoihin. (Mitleton-Kelly 2003: 27.)



Kuvio 4. Vuorovaikutus ja systeemin havainnointikyky (Jalonen 2007: 171).

Systeemin osien välisissä vuorovaikutussuhteissa kokonaisuus on enemmän kuin osien-
 sa summa. Vuorovaikutus tarkoittaa Cilliersin (1998: 58, 92–108) mukaan epälineari-
 suuteen perustuvaa, dynaamista ja muutosta sisältävää toimintaa. Kielen ja sanojen
 merkitystä yritetään suhteuttaa ympäröivään maailmaan. Symboleiden helppous häviää,
 kun käsitellään monimutkaisia ongelmia. Muistot eivät tallennu ikään kuin arkistokaap-
 piin, vaan muistiin jää rippeitä. Makroskooppinen käyttäytyminen koostuu mikroskoop-
 pisista yhteisvaikutuksista, jotka ovat vain rippeitä käyttäytymisestä. Palauteprosessit
 voivat saada aikaan kumulatiivisen tapahtumien ketjun, silloin se tekee systeemin käyt-
 täytymisestä ennakoimattoman. Cilliersin lähestymistapa onkin holistinen.

Tila-avaruuden sijasta viestintätutkimuksessa voidaan käyttää termiä viestintämaisema.
 Viestintämaisema on vuorovaikutustilanteessa olevien maailmankuvien ja mielikuvien
 sisältöjen kokonaisuus, joka on enemmän kuin osiensa summa. Esimerkiksi organisaati-
 on viestintämaisema koostuu niistä käsityksistä ja mielikuvista, joita jäsenillä on organi-
 saatiosta. Kun systeemin tilat ajatellaan maiseman pisteinä, voidaan muutoksia hel-
 pommin havaita. Viestintätapahtumat voidaan esittää jaksottaisina tilanteina, joissa vii-
 meisimmän tapahtuman tulos on seuraavan tapahtuman panos. Vuorovaikutustapahtu-

massa ilmenevä pieni ja merkityksettömältä vaikuttava mikrotason muutos saattaa kasvaa voimaksi, joka vaikuttaa makrotason organisaatioihin. Systeemi, joka on alttiina perhosefektille, voi lyhyenkin ajan puitteissa muuttua ennustamattomaksi. (Aula 1999: 67–73.)

Kommunikaation tulisi olla luonteeltaan enemmän dialogista kuin informointia. Dialogiin pohjautuva vuorovaikutus nähdään systeemin ja sen itseorganisoitumisen välttämättömänä ehtona. Vuorovaikutuksen tavoitteena ei tarvitse olla toimijoiden yhteisymmärrys asiasisällöistä, vaan se, että kommunikaatio johtaa toimintaan. Vuorovaikutuksen tehtävänä on nostaa esille vaihtoehtoja ja avata uusia mahdollisuuksia. Kompleksisuusajattelun näkökulmasta kyse on asioiden solmukohdista, joista haarautuu mahdollisuuksia, ja joissa tehdyt valinnat vaikuttavat tuleviin mahdollisuuksiin. (Luhman: 1995.)

Kompleksisten responsiivisten prosessien (Complex Responsive Processes) teoria käsitteellistää ihmisten välistä vuorovaikutusta soveltaen kompleksisuusajattelua (Stacey 2003: 5). Epistemologisesti CRP sijoittuu lähelle amerikkalaista pragmatismia, jossa tietoa voidaan saada oman kokemuksen kautta (Aasen 2009: 146). Kompleksisten responsiivisten prosessien teorian mukaan organisaatio koostuu ihmisten välisistä vuorovaikutusprosesseista, jotka kehittyvät ja muuttuvat jatkuvasti. Vuorovaikutuksen malli on dynaamisesti itseorganisoituva, jota jatkuvasti muokataan puheessa ja kertomuksissa. (Aula 2000: 52; Stacey 2003: 6.) Lisäksi Aula (1999: 17) toteaa että, rationaalisetkin mallit tunnistavat ihmisten olevan kompleksisia ja organisaation suhteissa ympäristöön tulee huomioida ihmisten ja ryhmien väliset suhteet. Yksilölliset tavoitteet ovat ristiriidassa toisiinsa nähden ja ihmisillä on organisaation ulkopuolisia ja työhön liittymättömiä toiveita, haluja ja intohomoja.

Kompleksinen responsiivinen prosessi on kommunikointia, valtasuhteita ja ihmisten valintojen välistä vuorovaikutusta (Stacey & Griffin 2006: 4). Ihmisten vuorovaikutussuhteessa olemisen on valtasuhteessa olemista. Se johtaa ajattelu-, puhe- ja toimintamalleihin, mitkä ovat hetkellinen kokemuksen järjestys. Vuorovaikutuksen mallit valtasuhteineen eivät ole pysyviä, vaan ne ovat olemassa vain hetkessä ja tiettyjen ihmisten

välisessä vuorovaikutuksessa. Tavat ajatella ja puhua ovat kaiken toiminnan lähtökoh-
tia. Uskomukset ja oletukset todellisuudesta ovat sidoksissa käytännön toimintaan. Ih-
misillä on mahdollisuus reflektioon, spontaaniin käyttäytymiseen sekä mahdollisuus
omaksua toisten näkökulma. Ihmiset kykenevät harkitsemaan eri vaihtoehtoja ja valit-
semaan niiden välillä. (Stacey 2003: 258.)

Asioiden järjestystä ja epäjärjestystä ei voida erottaa toisistaan, sillä epäjärjestyksessä
ilmenee tiettyä järjestystä joka hetki. Järjestys on toisistaan riippuvaisten ihmisten välis-
tä sosiaalista järjestystä. Se muotoutuu vuorovaikutukseksi, kun ihmiset mahdollistavat
ja rajoittavat toinen toistensa olemista ja toimintaa. (Aaltonen & Kovalainen 2001: 35–
36.) Järjestys on ihmisten vuorovaikutuksessa ilmenevää ja kehittyvää järjestystä. Se
ilmenee neuvoteltavissa olevina ja muuttuvina vuorovaikutuksen malleina, jotka määrit-
tävät ihmisten välisiä suhteita. Järjestys on monimutkaisen ja itseohjautuvan vuorovai-
kutusprosessin emergenssiä. (Elias 1998: 117.)

Kompleksisuusajattelussa vuorovaikutusta kansalaisten kanssa pidetään tärkeänä ele-
menttinä kompleksisten ongelmien ratkaisussa. Kansalaisten osallistuminen terveyden-
huollon suunnitteluun on tarpeellista, koska näin vältetään rationaalisten piirteiden liial-
linen korostuminen. Ongelmien tunnistaminen ja ratkaisujen etsiminen onnistuu parhai-
ten, kun vuorovaikutuksessa ovat kansalaiset, poliittiset päättäjät ja terveydenhuollon
ammattilaiset. Kompleksiset ongelmat voidaan ratkaista ihmisten avulla työskennellen.
Vuorovaikutusta ja muutosta ei saada aikaan, ellei olla valmiita yhteistyöhön. (Clarke &
Stewart 2003: 272.)

2. VUOROVAIKUTUS HOITOTYÖSSÄ

3.1. Vuorovaikutuksen informatiiviset ja affektiiviset piirteet

Asiakkaan ja hoitajan keskinäinen vuorovaikutus on kompleksinen prosessi. Hoitotyön vuorovaikutus käsittää tietyt säännöt ja lainalaisuudet, mutta kompleksisuuden huomioiminen voi kehittää ja muuttaa hoitotyön vuorovaikutuksen sääntöjä. Symbolinen interaktionismi on teoriamalli ihmisten välisestä vuorovaikutuksesta. Ihmisten välinen vuorovaikutus eli interaktio on eleestä ja vastareaktiosta muodostuva prosessi. Merkityksellisellä symbolilla on sama merkitys sekä eleen tekijälle että sen vastaanottajalle. Eleen tekevä osapuoli on tietoinen eleen merkityksestä myös toiselle osapuolelle, joten ele on herättänyt saman reaktion sekä tekijässä että vastaanottajassa. Ihmismieli koostuu merkityksellisistä symboleista eli tajunta ja älykkyys ovat yksilön sisäistä vuoropuhelua. Se muodostuu samasta eleen ja vastareaktion prosessista, kuin sosiaaliset ihmisten väliset vuorovaikutustilanteet. Ihminen on sosiaalinen, koska mieli on sosiaalisessa vuorovaikutuksessa rakentunut ja hänellä on kyky tarkastella itseään muiden näkökulmasta. Vuorovaikutuksessa otamme toisten ihmisten asenteen itseämme kohtaan. (Meadin 1934/1992: 45–47.)

Maailmaa kuvailevan kielen, symbolijärjestelmän semanttinen merkitys perustuu kieliyhteisön jäsenten välisiin sopimuksiin. Refleksiivinen päättely edellyttää symbolin ja merkityksen välisten yleisten suhteiden tajuamista. Symbolifunktion avulla ihminen jäsentää ulkomaailmaa ja ymmärtää itseään subjektiivisena minänä. (Niiniluoto 1990: 108–109.)

Ihmiset sopeuttavat olemistaan toisiinsa ja käyttävät apuna symboleja, kuten kieltä. Merkityksellinen symboli tarkoittaa elettä, mikä herättää saman merkityksen tai idean vastaanottajassa. Ele yleisenä viittaa objektiin, mikä on kaikille yhteisesti tunnettu. Ele ääneen lausuttuna on emergentti hetkellinen ilmentymä. Kielemme muodostuu merkityksellisistä eleistä ja äänneistä. Kun merkityksellisen symbolin herättämä tunne, idea tai asenne on samanlainen kaikissa osapuolissa, ihmisten on mahdollista mukautua toisiin-

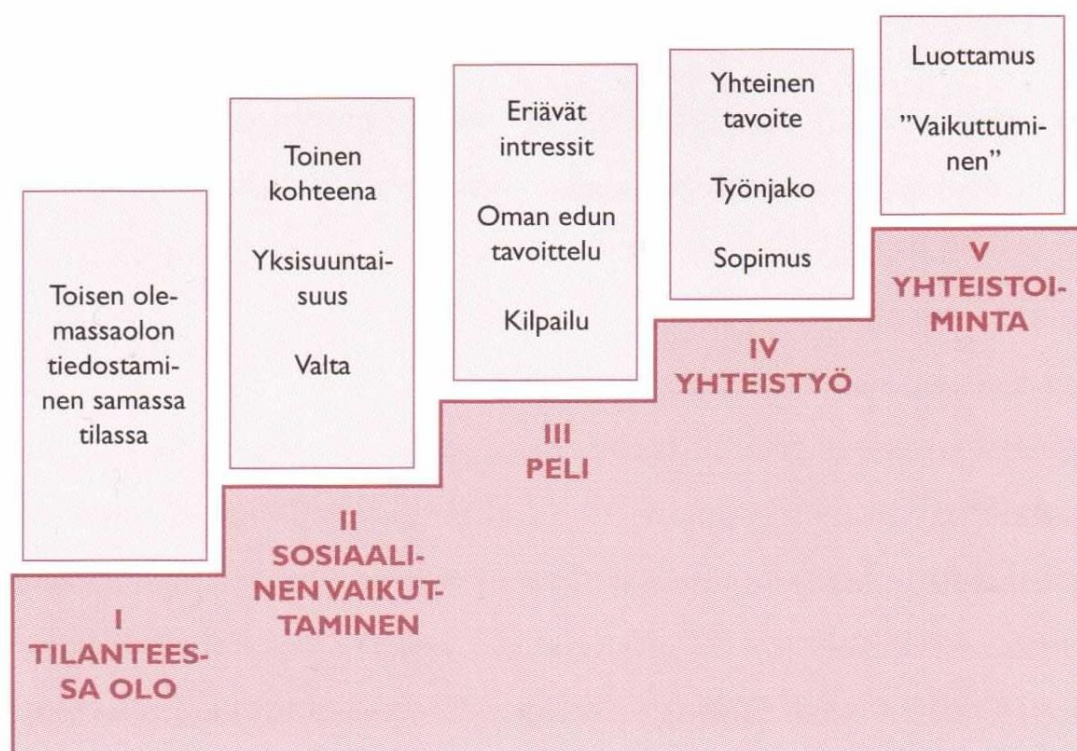
sa. Merkitykselliset symbolit eivät ole stabiileja tai rajallisia kokonaisuuksia. Ne ovat eri aikoina eri paikoissa ja eri tavoin ilmeneviä. Symbolit ilmenevät toiminnassa. Ne ovat samaan aikaan säännöllisiä ja epäsäännöllisiä sekä pysyviä ja muuttuvia. Tämän vuoksi kukaan ei hallitse kaikkia merkityksiä, koska vaikka käytämme niitä sosiaalisessa vuorovaikutuksessa, ne eivät ole pysyviä. (Goody 1995: 8–16).

Vuorovaikutus on vastavuoroisuutta, jossa kumpikin osapuoli on samanaikaisesti aktiivinen toimija. Jos vain toisella on mahdollisuus vaikuttaa, ei vuorovaikutuksesta voida puhua. Vuorovaikutuksessa ollessaan henkilöt puhuvat, kuuntelevat ja katselevat. Sanat ja eleet kuljettavat viestejä, joiden laatu vaihtelee eri tilanteissa. Vuorovaikutustaitoihin liittyy oman roolin tajuaminen ja vuorovaikutuksen eri sävyjen hallinta. (Silvennoinen 2004: 15–16.)

Kommunikaatiojärjestelmän rakenteet ovat joustavia. Niitä voidaan käytössä muunnella ja käyttää merkityksensä vastaisesti, esimerkiksi ironisesti tai poikkeavaa käyttäytymistä suuntaavasti. Menestyksellisen kommunikaation kynnyks toimii valikoivasti, toisin sanoen torjuu sen, mikä ei voi saada resonanssia. Toimiessa kielellisen ilmaisun ulkopuolella tietoisuus on havainnon ja mielikuvien varassa, jolloin ne tuskin pystyvät järjestämään ajallisesti kompleksisia ajatuskuluja. (Luhman 2004: 70.)

Vuorovaikutus voi olla yksi- tai kaksisuuntaista. Yksisuuntaisessa vuorovaikutuksessa ei anneta palautetta tai ei reagoida toisen osapuolen sanomaan. Yksisuuntainen vuorovaikutus on nopeampaa ja se on helppo toteuttaa. Tässä vuorovaikutusmallissa ei varmistu, onko toinen osapuoli ymmärtänyt sanoman. Kaksisuuntaisessa kommunikaatiossa vastaanottaja osallistuu vuorovaikutukseen aktiivisesti. Kaksisuuntainen vuorovaikutus vaatii enemmän aikaa ja paneutumista. Vuorovaikutussuhteet ovat joko symmetrisiä tai täydentäviä, riippuen siitä, perustuvatko ne osallistujien tasa-arvoisuuteen vai epä-tasa-arvoisuuteen. Symmetrinen suhde toteutuu vuorovaikutuksessa, jossa molemmat osapuolet toimivat tasa-arvoisina osallistujina. Täydentävässä suhteessa toisella osallistujalla on enemmän valtaa kuin toisella. (Bradley & Edinberg 1986: 8–13.)

Dialogisen vuorovaikutuksen keskeinen lähtökohta on keskustelussa syntyvät vastakkaiset näkökohdat. Tämä prosessi mahdollistaa ajattelun. Eriolaisten näkökulmien hyödyntäminen on tärkeää vuorovaikutuksessa. Vuorovaikutuksen liikehdintää voidaan kuvata sosiaalisen vuorovaikutuksen perustasojen avulla (kuvio 5). Nämä tasot ovat tilanteessa olo, sosiaalinen vaikuttaminen, peli, yhteistyö ja yhteistoiminta. Kuviossa tarkastellaan vuorovaikutusta toimintana, jossa osapuolet suhteuttavat oman toimintansa toisen toimintaan tiedostaen suhteen luonteen. Osapuolet tietävät, kuinka vuorovaikutussuhteessa toimitaan, esimerkiksi pelissä, yhteistyössä tai yhteistoiminnassa ei voi toimia yksin, mutta vallankäytössä se on mahdollista. Osapuolet tiedostavat vuorovaikutussuhteen luonteen ja toimivat sen mukaisesti. Esimerkiksi onnettomuuspaikalla se, joka tietää, kuinka toimia, saa vallan organisoida toimintaa ja muut tunnistavat tilanteen vuorovaikutuksen luonteen toimien sen puitteissa. (Mönkkönen 2007: 108–110.)



Kuvio 5. Sosiaalisen vuorovaikutuksen tasot (Couch 1986).

Ihmisten välisen vuorovaikutuksen edellytyksenä on järjestys. Säännönmukaisesti toistuvat toiminnan rakenteet, niiden varassa ihmiset tekevät ymmärrettäväksi sosiaalisia tilanteita. Järjestyksen avulla ihmiset pystyvät toimimaan vuorovaikutuksessa. Vuorovaikutus rakentuu sääntöjen ja normien varassa. Se on tarkasti jäsentynyttä toimintaa. Vuorovaikutus rakentuu perusjäsenysten varaan. Näiden jäsenysten avulla keskustelijat tekevät sosiaalisia tilanteita yhteisesti ymmärrettäviksi. Keskeisiä jäsenyyksiä ovat vuorottelu-, sekvenssi- ja korjausjäsenyys. Vuorottelujäsenyyksen avulla säädellään keskustelua siten, että suositaan sujuvia vuoronvaihtoja, taukoja ja päällekkäispuhun-
taa pyritään välttämään. Sekvenssijäsenyyksessä keskustelijoiden puheenvuorot kiinnittyvät toisiinsa muodostaen toimintajaksoja. Korjausjäsenyyksessä hoidetaan vuorovaikutuksen ymmärrys- ja kuulemisongelmia. Se säilyttää yhteistä ymmärrystä meneillään olevasta vuorovaikutuksesta. (Schegloff 1992: 1295–1345.)

Kun ihmiset kuuntelevat toisiaan vapaasti ilman ennakkoluuloja, voi yhdessä alkaa syntyä uusia ajatuksia ja näkökulmia. Dialogissa hahmottuu kolme erilaista kieltä: toiminnan, merkitysten ja tunteiden kielet. Jos nämä kolme erotetaan toisistaan, vuorovaikutus köyhtyy. Toiminta- ja tekemispuhe yksistään tuottaa tyrannimaisuutta ja painostavuutta. Merkityspuheessa etsitään totuudellista, etiikkaan ja moraaliin liittyviä vastauksia. Kysyminen on tärkeää, koska se avaa uudenlaisia merkityksiä ja rikastuttaa ajattelua. Tunteiden kieli on haastava laji, tyypillistä vuoropuhelulle on uudenlaisten merkitysten löytyminen ja hyppäys toisenlaisen tietoisuuden tasolle, joka vie eteenpäin. Vuorovaikutuksen ydinkohtina voidaan huomioida erilaisia ajatuksia. Vuorovaikutus laajentaa ymmärrystä. Vahvan mielipiteen ilmaisua tulisi viivyttää. Kaikilla tulisi olla mahdollisuus puhua vapaasti, ilman hierarkioita ja auktoriteetteja. Toisen kohtaamisen tulisi muistuttaa diakoniaa eli palvelua. Vastavuoroisuussääntö on kuuntelemisessa, odottamisessa ja puhumisessa. (Väisänen ym. 2009: 14–15, 23.)

3.2. Sanaton ja sanallinen vuorovaikutus

Vuorovaikutustaidot ovat tärkeä osa hoitotyötä tekevien ammattitaitoa. Ne luovat perustan yhteistyölle. Ilman vuorovaikutustaitoja ihmisten on vaikea vaikuttaa toisiinsa myönteisellä ja tuloksellisella tavalla. Sanattoman vuorovaikutuksen käyttämisessä on oltava tarkempi kuin sanojen käytössä, koska sanaton viestintä ei ole niin hallittavissa kuin sanallinen viestintä. Ilmeiden käyttöön liittyy monta vaikeasti hallittavaa tekijää. Ihminen ei pysty kontrolloimaan kaikkia ilmeitä, jotka ovat syvällä ihmisen kehityshistoriassa. Sanattoman ja kielellisen viestinnän vaikuttaminen jakautuu seuraavasti: sanat 7 %, ääni 38 %, ja ilmeet sekä eleet 55 %. Vuorovaikutuksen alkuvaiheessa kiinnitetään huomioita enemmän eleisiin ja ilmeisiin. Sitten aletaan kuunnella sanoja ja niiden merkitystä. Puheen tauotuksella voi myös saada aikaan monenlaisia vaikutuksia. Puheessa tauot korostavat aiheen tärkeyttä ja antavat kuulijalle aikaa syventyä sanomaan. (Silvennoinen 2004: 15–27.)

Vuorovaikutuksen ominaispiirteiksi voidaan kuvata myös sosiaalisuus, funktionaalisuus, symbolisuus, dynaamisuus ja kontekstuaalisuus. Vuorovaikutus on aina sosiaalista, ihmiselle erityistä käytöstä. Se mahdollistaa yksilöllisyyden toteutumisen. Osan vuorovaikutuksen peruseräiteistä yksilö omaksuu mallioppimisen avulla nuorena normaalin kehityksen mukaisesti. Vuorovaikutuksen funktioita ovat minän ilmaiseminen, asenteiden, arvojen ja uskomusten ilmaiseminen. Tärkeää on, miten nämä funktion tavoitteet toteutuvat vuorovaikutuksessa. Vuorovaikutuksen voidaan ajatella olevan luonteeltaan dynaaminen jatkumo, jossa luodaan, ilmaistaan, havaitaan ja tulkitaan viestejä ja reagoidaan niihin. Vuorovaikutustilanteissa on mukana osapuolten aiemmat tiedot, taidot ja kokemukset samankaltaisista tilanteista. Tämän ymmärtäminen auttaa toimimaan erilaisissa vuorovaikutustilanteissa tarkoituksenmukaisesti. Vuorovaikutuksen symbolisuus toteutuu merkkijärjestelmien kuten verbaalisen eli sanallisen ja nonverbaalisen eli sanattoman viestinnän avulla. Kontekstillä tarkoitetaan itse vuorovaikutustilannetta. Se, millainen vuorovaikutus katsotaan tarkoituksenmukaiseksi, tehokkaaksi ja hyväksyttäväksi määräytyy kontekstin perusteella. (Huotari, Hurme & Valkonen 2005: 43–46.)

Vuorovaikutuksessa on kaksi toisistaan eroavaa muotoa: sanaton ja sanallinen viestintä. Sanaton viestintä liittyy ilmeisiin, eleisiin ja muihin kielen ulkoisiin muotoihin. Sanaton viestintä voi olla ristiriidassa sanallisen viestinnän kanssa. Puheen sanattomassa oheisviestinnässä voidaan erottaa äänenkäyttöön liittyvät eli paralingvistiset keinot: äänteet, painotus, sointi ja korkeus sekä muut kielenulkoiset eli ekstraverbaaliset keinot. Ääni viestii monenlaisia asioita muun muassa puhujan terveydestä, tunnetilasta, asenteista ja iästä. Vuorovaikutus on oleellinen osa inhimillistä käyttäytymistä ja ihmisenä olemista. Sanojen yksilölliset merkitykset voivat olla hyvin erilaisia ihmisille sen mukaan, millaisia kokemuksia heillä on. Merkityssuhteita voi syntyä rationaalisen tiedon, uskon tai intuition pohjalta. Taitava puhuja osaa valita monipuolisesti sanoja erilaisten ihmisten kanssa keskustellessa. Toiset ihmiset huomaavat herkemmin sanallisen ja sanattoman viestinnän ristiriidan. Pienillä lapsilla on kyky havainnoida ihmistä kokonaisvaltaisesti. Lapsi käyttää kaikkia aistejaan havaintojen tekemiseksi ja tekee tarkempia havaintoja ihmisen todellisesta tunnelatauksista. Hän vaistoo, onko aikuinen aidosti kiinnostunut hänestä. Lapsi kiinnittää enemmän huomiota ääneen, kehon asentoihin ja kasvonilmeisiin, koska hän ei ymmärrä sanojen merkityksiä. (Vilén ym. 2008: 20–22.)

Suuri osa ihmisten välisestä kommunikaatiosta on sanatonta eli nonverbaalista vuorovaikutusta. Sanattomalla kommunikaatiolla tarkoitetaan sanattomia merkkijärjestelmiä, jotka eivät perustu kieleen. Kasvojen ilmeet saattavat esimerkiksi olla enemmän kuin tunteiden viestintää muille. Ilmeet voivat synnyttää tunteita henkilössä jolle niitä ilmaistaan. Kasvojen ilmeet havaitaan nopeammin kuin muu käytettävissä oleva informaatio. Silmiin katsomisella osoitetaan keskittymistä, mutta toisaalta liian kauan kestävä katse voidaan kokea tungettelevaksi. Ihmiset viestittävät myös vartalon, jalkojen, käsien ja pään liikkeillä. Eleet antavat vihjeitä, niitä tulisikin tarkastella kokonaisuutena vuorovaikutustilanteessa, koska samalla eleellä voi olla kahdenlainen tarkoitus. (Deaux, Dane & Wrightsman 1993: 124–126; Silvennoinen 2004: 21–25.)

Kuuppelomäen (2002: 117–128) tutkimus selvittää potilaan emotionaalista tukemista ja tuen antamiseen liittyviä tekijöitä. Terveyskeskuksissa työskenteleville sairaanhoitajille suunnatussa kyselytutkimuksessa selvitettiin kuolevan potilaan emotionaalista tukemista terveyskeskuksessa. Emotionaalinen tukeminen tapahtui kuuntelemalla, koskettami-

sella, myötäelämisellä, toivomusten huomioon ottamisella, lohduttamisella, rohkaisemalla ja läsnäololla.

Kukkolan (1997: 134–135) tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää terveyskeskuksen vastaanotoilla olleiden asiakkaiden kommunikaatio-odotuksia ja halutun ja saadun kommunikaation vastaavuutta. Lisäksi selvitettiin toteutuneen kommunikaation vastaavuutta vastaanottokäynnin koettuun hyödyllisyyteen. Vuorovaikutusta tutkittiin instrumentaalisen ja sosioemotionaalisen kommunikaationa. Potilaiden tyytyväisyyttä instrumentaaliseen kommunikaatioon selittivät informaation ymmärrettävyys, hoidonantajien kommunikointitapa sekä mahdollisuus puhua keskeytyksettä. Sosioemotionaalisen kommunikaation tyytyväisyyttä selittivät mahdollisuus keskustella peloista sekä mielihyvän esittäminen hoidosta.

3.3. Vuorovaikutuksen tavoitteet hoitotyön asiakassuhteessa

Ilmapiiri vaikuttaa asiakkaan tyytyväisyyteen. Ilmapiirin luomiseen vaikuttavat myönteinen puhe, asiakkaan huomioon ottaminen tasavertaisena toimijana ja hoitohenkilöstön ystävällisyys. Ilmapiiriin vaikuttaa lisäksi hoitajan paneutuminen asiakkaan huoliin sekä suullista vuorovaikutusta tukeva nonverbaalinen viestintä ja verbaalisesti viestitty välittäminen esimerkiksi äänensävyjen kautta. (Thompson 1990: 27–33; Roter ym. 1997: 212–220.) Kompleksinen ja psykologisesti suuntautunut interpersonaalinen henkilö sopeuttaa omaa viestintäänsä muiden viestintään. Kognitiivisesti kompleksisilla henkilöillä on tunneorientoituneita viestintäkykyjä, kuten kykyä lohduttamiseen ja empatiaan. (Gillotti & Applegate 2000: 110–117.)

Luottamusta voidaan lisätä ottamalla huomioon asiakkaan nonverbaaliset vihjeet ja reagoimalla jokaiseen asiakkaaseen eri tavoin näiden vihjeiden perusteella. Hoitohenkilön tulisi osoittaa huolta ja lämpöä sekä kuunnella asiakasta aktiivisesti. Luottamuksen toisessa vaiheessa, sitä rakennetaan teoilla ja yritetään löytää yhteiset odotukset. Luottamuksen kolmannessa vaiheessa hoitohenkilö voi jo kertoa jotain itsestään, esimerkiksi oman kokemuksen sairaudesta. (Walker, Ardold, Miller-Day & Webb 2002: 57–60.)

Hoitotyö hoitoprosessina on ongelmanratkaisuprosessi, jossa hoitaja vuorovaikutuksessa asiakkaan kanssa pyrkii täyttämään hoidon tavoitteet yksilöllisesti ja systemaattisesti. Vuorovaikutussuhteen hoitaminen on hoitajan ja asiakkaan välistä yhteistoimintaa. Hoitajan toiminnassa kunnioittaminen ilmenee vastavuoroisuutena ja yhteisenä näkemyksenä asiakkaan voimavaroista ja ongelmista. Asiakkaan kunnioitus on auttamista hänen omista lähtökohdista ja voimavaroista käsin. Vastavuoroisessa vuorovaikutuksessa asiakasta kunnioitetaan ainutlaatuisena yksilönä. Hoitotyössä terapeutin kommunikation tavoitteena on helpottaa hoitosuhteen luomista ja hoitoprosessin tavoitteita. Hoitaja rohkaisee asiakasta vastavuoroisuuteen vuorovaikutuksessa. Avoimilla kysymyksillä ohjataan kommunikaatiota asiakkaan tarpeisiin, jolloin hän voi tuoda esille mielipiteitään, ajatuksiaan ja tunteitaan. Kysymyksillä voidaan motivoida myös vuorovaikutuksen jatkamiseen. (Sundeen, Stuart, Rankin & Cohen 1987: 16, 102, 104 139; Sarvimäki & Stenbock-Hult 1991: 92–95.)

3.4. Asiakaslähtöinen vuorovaikutus hoitotyössä

Asiakkaan voimavarat ja tarpeet määrittelevät vuorovaikutusta. Tavoitteet laaditaan asiakkaan tarpeiden ja voimavarojen pohjalta. Hoitosuunnitelmissa kirjataan asiakkaan kanssa yhdessä sellaisia tarpeita, joita kohtaan asetetaan tavoitteita. Tavoitteiden taustalla asiakaslähtöisyys on hoitotyössä tärkeää. Asiakasta ei tulisi nähdä esimerkiksi vain sydänpotilaana vaan ihmisenä, jolla on erilaiset tarpeet ja voimavarat. Asiakkaan sitoutuessa tavoitteisiin hänen on ymmärrettävä mihin tarpeisiin niillä vastataan. Maslow'n mukaan ihmisellä on fysiologiset-, turvallisuuden-, itsensä toteuttamisen-, älyllisiä ja eettisiä tarpeita, sekä esteettisiä tarpeita, lisäksi suhteiden luomisen- ja rakkauden tarpeita. Motivoitaessa ihmistä tarvehierarkian ylimmille tasoille täytyy alemman tason tarpeet olla tyydytettyjä (kuviokuva 6). Voimavarat ovat tyydytettyjä tarpeita. Suunnitelmallisen voimavarojen arvioiminen on hoitotyössä tärkeää. Voimavarat määrittelee ensisijaisesti asiakas itse. Hoitohenkilö voi myös huomata voimavaroja, joita asiakas ei itsessään huomaa. Näiden voimavarojen sanominen asiakkaalle on tärkeää. Voimavarojen näkeminen ei kuitenkaan saisi johtaa siihen, ettei hoitohenkilö enää näe asiakkaan tarpeita. (Vilén ym. 2008: 52–55.)



Kuvio 6. Maslow'n tarvehierarkia (Vilén ym. 2008: 54).

Asiakkaat toivovat, että informaatiota annetaan sairautta koskien, mutta myös puhumista muistakin kuin lääketieteellisistä seikoista. He kokevat tärkeäksi terveyteen ja sairautteen liittyvien tunteidensa käsittelyn ja haluavat henkilökunnan ottavan heidän tunteuksensa huomioon. Vuorovaikutusta voidaan lähestyä kahdesta eri näkökulmasta: biomekaaninen ja biopsykososiaalinen. Biomekaaninen orientaatio on terveydenhuollossa perinteinen lähestymistapa. Siinä keskitytään asiakkaan fyysisiin ongelmiin. Sitä on kritisoitu sen oirelähtöisyyden vuoksi, koska ihmistä tarkastellaan pelkästään oireiden kautta. Biopsykososiaalinen orientaatio tarkastelee asiakasta kokonaisuutena, johon vaikuttavat fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen puoli. Hoitohenkilöstö huomioi asiakkaan tuntemukset, uskomukset, asenteet ja elämäntilanteen. Biopsykososiaalisen orientaatio on parempi siksi, koska asiakkaat toivovat psykologisten ja sosiaalisten seikkojen huomioon ottamista. Psyykkiset ja sosiaaliset tekijät huomioon ottava vuorovaikutus ei

vie sen pidempää aikaa kuin pelkkä oireisiin perustuva vuorovaikutus. (Du Pré 2000: 2–10.)

Asiakkaat eivät aina ymmärrä hoitohenkilöä, vaikka eivät esitä kysymyksiä. Asiakkaan ja hoitohenkilön välissä voi olla tiedollinen kuilu, joka johtaa väärinymmärryksiin. Lääkärit esimerkiksi käyttävät lääketieteellistä ammattisanastoa, jota asiakkaat eivät ymmärrä. Ymmärtämättömyys tulee esille keskusteluissa myöhemmin. Tämä saattaa johtua asiakkaan pelosta näyttää tietämättömyyttään tai pelosta auktoriteettia esimerkiksi lääkäriä kohtaan. Tutkimuksen mukaan lääkärit käyttävät joskus lääketieteellistä termistöä asiantuntijuuden osoittajana, eivätkä asiakkaat juurikaan pysäytä lääkärin puhetta korjausaloitteilla eli selventävillä kysymyksillä. (Ragan, Beck & White 1995: 187; Haakana, Raevaara & Ruusuvuori 2001: 201–207, Robinson 2003: 27–28.)

Vuorovaikutuksen tavoitteena asiakassuhteessa voidaan pitää asiakaslähtöisyyttä ja neuvomista. Asiakaslähtöisyyden vaatimuksena on, että asiakkaan omaa kokemusta ja tietoa asioistaan ja tilanteestaan on kohdeltava merkittävänä ja tietyissä tilanteissa ensisijaisena. Neuvon antamista voidaan pohjustaa kysymyksillä, näin tilannetta helpotetaan vuorovaikutuksessa. Neuvomisen ja ehdottamisen tai ohjeen antamisen välinen ero on käytännössä häilyvä. Neuvo hakee hyväksyntää, siihen liittyy myös mahdollisuus torjuntaan. Muuten kyse onkin määräämisestä. Neuvo voidaan muotoilla esimerkiksi tiedon tarjoamisena. Neuvo on vuorovaikutuksellisesti ongelmallinen toiminto, koska se asettaa osapuolet epäsymmetrisiin asemiin. Neuvojalla on tietoa ja taitoa, joka neuvottavalta puuttuu. Neuvominen katsotaan kuitenkin keskeiseksi ammattilaisen tehtäväksi, jota varten tilanteessa ollaan. Neuvominen on institutionaalisessa tilanteessa kontingenttia eli sen tarve muotoutuu tilanteisesti. (Heritage & Sefi 1992: 359–417; Vehviläinen 2001: 39–41.)

Tärkeä taito hoitotyössä on kyky tavoitteelliseen vuorovaikutukseen. Työntekijän on opeteltava taitoa olla läsnä ja eläytyä, ymmärtääkseen asiakkaan viestit. Tämä vaatii kykyä nähdä näkyvän käyttäytymisen taakse, tarpeeseen ja tunteeseen. Terapeuttinen viestintä tarkoittaa tapaa, joka lievittää asiakkaan pahaa oloa ja mahdollistaa miellyttävien tunteiden syntymisen. Tavoitteena ei saisi olla tehtävien tekeminen vaan asiakkaan

auttaminen. Auttavassa vuorovaikutuksessa pyritään niin sanottuun rakentavaan tietämättömyyteen, jossa hoitotyöntekijä ei tiedä enempää kuin mitä lause lauseelta saa tietää. Jos hoitotyöntekijän asenteet ovat valmiiksi ennakkoluuloisia, ei kohtaamista ja vuorovaikutusta synny. Ennakkoasentein varustautunut hoitotyöntekijä ei huomaa asiakkaan voimavaroja. Vuorovaikutuksessa tavoitteena tulisi olla kumppanuus. Asiakkaat haluavat olla itse vaikuttamassa oman elämänsä ratkaisuihin. (Mäkisalo-Ropponen 2011: 168–171.)

Naukkarisen (2008: 5, 129) tutkimus selvittää potilaiden itsemääräämisen ja sen edellytysten toteutumista terveydenhuollossa. Potilaiden itsemääräämisen edellytykset (tärkeys, halukkuus, tieto, tuki) toteutuivat hyvin. Potilaista neljän viidesosan mielestä hoito perustui yhteiseen sopimukseen, tiedonanto oli selkeää ja henkilöstö kuunteli heidän mielipiteitään. Potilaat osallistuivat eniten ilmaisemalla näkemyksiään hoidostaan ja antamalla luvan hoitotoimenpiteisiin. Potilaat kieltäytyvät hoidosta erittäin harvoin. Aikaisempiin poliklinikkakäynteihin tyytyväisemmät potilaat arvioivat tietävänsä hoitoa koskevista asioista ja myös osallistuivat usein. Potilaiden hoidon riskeihin, vaihtoehtoihin, ennusteeseen ja jatkohoitoon liittyvässä tiedon saannissa ilmeni puutteita. Potilaiden tieto omaa hoitoaan koskevista asioista ja halukkuus saada tietoa on voimavara, jota voitaisiin hyödyntää enemmän.

Mattila (2010: 79–84) kuvaa ponnekkaasti asiakkaiden lähestymistapaa julkiseen terveydenhuoltoon. Asiakkaat lähestyvät toimintayksiköitä ja hoitohenkilöitä kuin valintamyymälää. Ensin he kartoittavat, mitä on tarjolla, sitten harmittelevat tuotteiden niukkuutta ja lopuksi päättävät, mitä haluavat. Miten onnistutaan rakentamaan hyvä hoitosuhde, mutta tietämään samalla, ettei voida asettua valintamyymälän työntekijäksi? Asiakas ei ole hoidon asiantuntija, mutta hän on oman elämänsä asiantuntija. Arvostamalla tätä asiantuntijuutta saavutetaan hyvä vuoropuhelu asiakkaan ja hoitohenkilön välillä. Yhteistyö lisää tyytyväisyyttä molemmin puolin. Vuorovaikutuksen myötä hoitohenkilö tulee tietoiseksi asiakkaan arvoista ja tavoitteista. Asiakkaan kuullessa hoitopäätökseen liittyvät perustelut, hän voi luottaa siihen, että toimitaan hänen parhaakseen.

3.4.1. Roolit ja odotukset

Hoitotilanteessa asiakasta voidaan tarkastella kulttuuristen odotusten asettamien roolien kautta. Länsimaisessa kulttuurissa hoitotyöntekijöitä pidetään asiantuntijoina, jolloin asiakas voi ottaa vastaanotolla passiivisen roolin. Vastaanoton vuorovaikutukselle on syntynyt myös tietynlaiset normit. Näitä normeja voidaan tarkastella institutionaalisen puheena. Institutionaalista vuorovaikutusta tapahtuu tilanteissa, joissa toinen osapuoli on asiantuntija, toinen on maallikko. Institutionaalisen vuorovaikutuksen tarkoituksena on tiedon jakaminen. Sitä myös määrittävät erilaiset roolit. Tyypillisesti nämä roolit ovat ammattilainen ja asiakas. Hoitohenkilön ja asiakkaan suhteessa institutionaalinen vuorovaikutus näkyy muun muassa puheenvuorojen määrässä ja lääketieteellisten termien käytössä. Asiakkaiden tekemät kysymykset ovat esimerkiksi harvinaisia. Puheenvuorojen ja erilaisten vuorovaikutustoimintojen jakautuminen voi olla epäsuhtaista. Ihmiset mukautuvat tiettyihin rooleihin vuorottelukäytännöillä ja kielellisillä valinnoilla. (Du Pré 2000: 48–51; Raevaara, Ruusuvuori & Haakana 2001: 17.)

Asiakkaan ja lääkärin vuorovaikutusta ja siihen liittyvää roolien kontrollia on tutkittu. Havaintojen mukaan lääkäri kontrolloi vuorovaikutusta ja määräysten antoa sekä painottaa omaa tietämystä ja auktoriteettia. Asiakkaat antavat ohjat lääkärille, rooleista ei neuvotella, vaan asiakkaat hyväksyvät lääkärin asiantuntijaroolin ja asiakkaan maallikkoroolin. Lääkärin valtarooli muodostuu keskustelussa, hän kontrolloi asiakkaan saamaa informaatiota ja aliarvioi asiakkaan tiedon tarpeen. Lääkäri ei selitä esimerkiksi riittävästi asiakkaan sairauteen liittyviä seikkoja. Myös väärinymmärrykset johtuvat osapuolten erilaisista odotuksista ja siitä, ettei odotuksista keskustella. Vuorovaikutusta ei nähdä retorisenä tiedon rakentamisprosessina. (Cline & McKenzie 1998: 59–60.)

Terveysalan ammattilaisten ja asiakkaiden erilaiset odotukset hoitotilannetta kohtaan hankaloittavat vuorovaikutusta ja asiakkaan osallistumista. Hoitohenkilön ja asiakkaan erilaiset uskomukset ja odotukset voivat johtaa konfliktiin vuorovaikutuksessa. Konfliktit liittyvät muun muassa erilaisiin uskomuksiin sairaudesta ja sen hoidosta. Ongelmia aiheuttavat esimerkiksi lääkärin ja asiakkaiden eriävät odotukset lääkäripotilassuhdetta kohtaan. Odotuksista kuitenkin puhutaan harvoin. Asiakkaan tyytyväi-

syyden kannalta ja hoidon onnistumisen kannalta olisi tärkeää, että hoitohenkilö tietää asiakkaan odotukset hoitoa kohtaan. Hoitohenkilön tietäessä, mitä asiakas odottaa, voidaan käyttäytymistä muuttaa sen perusteella. Asiakkaan odotusten ja toiveiden kartoittaminen on tärkeää. Niiden pohjalta voidaan määritellä hoidolle tarkka tavoite. (Potter, Gordon & Hamer 2003: 200–201.)

Mikkolan (2006: 213–222) tutkimus kuvaa sosiaalista tukea potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa osastohoidossa. Potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta säätelevät hoitoprosessin vaihe, hoitotoimenpide, osaston toiminnan rutiinit, vuorovaikutuksen paikka, potilaan vointi sekä läsnä olevien henkilöiden määrä ja rooli. Sisällöllisesti potilas-hoitajavuorovaikutus liittyi asioista puhumisena, kuten toiminnan ohjaamisena, oireista ja voinnista sekä hoitotoimenpiteistä puhumisena. Vuorovaikutukseen liittyi myös tunteiden ilmaisemista ja mielentilasta puhumista. Hoitajat ja potilaat antoivat tuelle samankaltaisia merkityksiä: emotionaalinen tuki, selviytymisen tukeminen, jatkuvuuden ylläpitäminen sekä vuorovaikutussuhteen ominaisuus.

3.4.2. Asiakkaan osallistuminen

Asiakkaiden osallistuminen vuorovaikutukseen hoitotilanteessa on vähäistä. Osallistumisen vähyyttä selitetään institutionaalisten roolien lisäksi, asiakkaan psykologisilla ominaisuuksilla, vähäisellä lääketieteellisten termien ymmärtämisellä, lääkärin viestinnällä, asiakkaiden sosiodemografisella taustalla, lääkärikäynnin luonteella ja pituudella tai lyhyydellä sekä sillä, onko tilanteessa läsnä muita henkilöitä. (Robinson 2003: 28–29.)

Asiakkaan psykologisten ominaisuuksien vaikutusta osallistumiseen on tarkasteltu muun muassa hänen kokeman epävarmuuden näkökulmasta. Asiakas kokee usein epävarmuutta sairastuessaan. Epävarmuus liittyy sairauteen ja siihen, miten kehon toiminnot ja tunteukset muuttuvat sairauden myötä. Epävarmuus liittyy myös sosiaalisiin suhteisiin ja niiden muuttumiseen. Epävarmuus liittyy sairaudesta saatuun informaatioon, sen ymmärrettävyyteen ja luotettavuuteen sekä informaation jäsentämiseen omien

arvojen, uskomusten ja asenteiden perusteella. Epävarmuus aiheuttaa asiakkaalle tunteen, että hän haluaa antaa ohjat hoitohenkilölle, eikä halua itse osallistua aktiivisesti. Myös pelko ja itsetunto ovat asiakkaan psykologisia ominaisuuksia. (Babrow, Hines & Kasch 2000: 42–44.)

Asiakkaat, jotka ovat korkeammin koulutettuja ottavat enemmän osaa keskusteluun, ja heillä on paljon enemmän mielipiteitä kuin vähemmän koulutetuilla asiakkailla. Koulutetummat asiakkaat pitävät osallistumista tärkeänä, tietävät terveysasioista, tuntevat lääketieteellistä termistöä ja ilmaisevat itseään verbaalisesti enemmän. (Street 2003: 67–68.)

Kettusen (2001: 72) tutkimus kuvaa potilaan osallistumista ja sen tukemista sairaalan terveysneuvonnassa. Tutkimuksessa havaittiin neuvontakeskustelun puhekäytännöissä vastavuoroista ja ei-vastavuoroista osallistumista. Potilaan vastavuoroiseen osallistumisen puhekäytäntöön liittyi assertiivisuus sekä hoitajilla kutsu osallistujaksi, potilaan reflektion herättäminen, potilaan kompetenssin kunnioittaminen ja hoitajan kohteliaisuus. Potilaan ei-vastavuoroiseen osallistumisen puhekäytäntöön liittyi heittäytyminen ammattilaisten käsiin ja hoitajilla toteava aloitus, vakiintunut keskustelurakenne, tietotankkaus, potilaan kompetenssin kieltäminen ja ammattisanasto.

Erilaisia vuorovaikutuksen malleja ja rakenteita on pyritty kehittämään, joilla terveysalan ammattilaisten ja asiakkaan välinen vuorovaikutus saataisiin toimivaksi. Asiakkaat ovat korkeamman koulutuksen myötä alkaneet ottamaan kantaa omaan terveyteensä liittyviin kysymyksiin, jolloin sosiaaliset odotukset hoitotilanteessa ovat muuttuneet. Terveysalan ammattilaiset tarvitsevat uusia malleja vuorovaikutuksen muuttamiseksi. Vuorovaikutusmalli CI (collaborative interpretation) on kehitetty hoitohenkilöstön ja asiakkaiden observoinnin ja keskustelujen pohjalta. Mallin tarkoituksena on antaa käyttöön strategioita, joiden avulla voidaan rakentaa yhteiset odotukset ja tavoitteet, jolloin asiakas voi osallistua aktiivisesti hoitoprosessiin. Hoitosuhteesta pyritään tekemään vastavuoroinen. Malli tarkastelee tapaamista kompleksina ja retorisenä vuorovaikutuksena. Mallin mukaan informaation vaihto, ongelmien tunnistaminen ja ratkaisujen kehittäminen on interaktiivinen prosessi. (Young & Flower 2002: 70–71.)

Mattilan (2001: 87–89) tutkimuksen tavoitteena oli kehittää potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta kuvaava käsitejärjestelmä. Hoitajan ja potilaan vuorovaikutusta kuvaavaksi käsitejärjestelmäksi muodostui: kohtaamisen myönteisyys ja turvallisuus, aloitteellisuus ja luottamus yhteistyössä, potilaan ja hoitajan läheisyys sekä välittämisen kokeminen vuorovaikutuksen ympäristössä. Vahvistuminen ja tunnekokemuksen jakaminen muodostui hoitajan ja potilaan ytimeksi. Vahvistuminen tarkoittaa potilaan vastuun ottamista, vaikuttaa ja päättää omaan hoitoonsa liittyvistä asioista. Hoitajan kokeminen korkeampi-arvoisena esti potilaan tietämistä, koska hän ei uskaltanut kysyä hoitajalta. Potilaan osallistuminen oli puhumista voinnistaan, kysymyksiä, ehdotuksia ja yhdessä päättämistä.

3.5. Vuorovaikutuksen statusilmaisu hoitotyössä

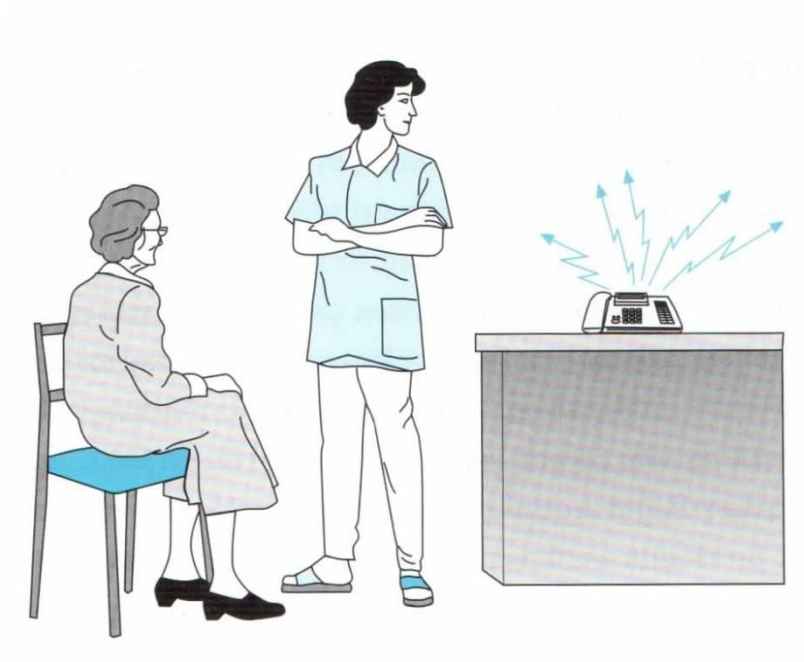
Vuorovaikutuksessa tapahtuvan vallankäytön yhtenä välineenä käytetään statusilmaisu. Ilmaisulliset viestit vaikuttavat siihen, koetaanko toinen esimerkiksi yhteistyökumppaniksi vai kilpailijaksi. Näiden viestien tulkinnan avulla ihmisten välille syntyy statushierarkia. Statusasema on osa henkilön persoonallisuutta. Hoitotyössä asiakkaan rooliin kuuluu yleensä matala status ja ammattihenkilön rooliin korkea status. Statusilmaisu rakentuu siitä, miten keho ja ääntä käytetään. Statusilmaisussa on kyse muun muassa asentojen, liikkeiden ja eleiden säätelystä. Hoitotyöntekijöiden tietoisuus omasta statusilmaisustaan helpottaa asiakkaan kohtaamista. Valtaa voi antaa vapaaehtoisesti asiakkaalle vähentämällä omaa vaikuttamistaan. Vapaaehtoinen oman vallankäytön vähentäminen on tärkeää hoitotyössä. Jos asiakas ilmaisee matalaa statusta (taulukko 2), on hoitotyöntekijän kyettävä laskemaan omaa statustaan samalle tai alemmalle tasolle aidon kohtaamisen mahdollistamiseksi. Hoitotyöntekijän ammattitaitoon kuuluu kyky säädellä statusilmaisun tasoa. Asiakkaalle on vaikea osoittaa arvostusta, jos hoitotyöntekijä korostaa voimakkaasti statustaan (kuvio 7) ja asiantuntijuuttaan. (Routarinne 2007: 61–62.)

Taulukko 2. Matala statusilmaisuu (Routarinne 2007: 61–62).

- Ryhti on kumarainen.
- Jalat ovat lähekkäin.
- Kävellessä on lyhyet askeleet.
- Istuessaa kädet ovat sylissä.
- Yläraajat ovat kiinni vartalossa.
- Päässä on nyökyttelyä.
- Käsissä on nopeita liikkeitä.
- Henkilöllä on hiljainen ja arka ääni.
- Puhetyyli on nopea.
- Ilmaisussa on oleellista itsensä vähättely.
- Henkilö ei keskeytä toisen puhetta
- Katsekontaktissa on silmien räpyttelyä
- Henkilö asettuu samalla tasolle toisen kanssa.
- Henkilö kunnioittaa toisen reviiriä.
- Henkilö asettuu syrjemmälle tilassa.

Hoitotilanteen ja vuorovaikutuksen onnistuminen edellyttää rauhallista ja kiireetöntä ympäristöä. Hoituhuoneen tulisi olla rauhallinen ja niin hyvin äänieristetty, että keskustelu voi olla luottamuksellista. Puhelimen hälytysäänien ei saisi keskeyttää hyvin alkannutta keskustelua (kuvio 7). Hoitajan on hyvä istua samalla tasolla asiakkaan kanssa. Hoitajan tärkein apuväline on hänen oma persoonansa. Hoitotyö vaatii rohkeutta panna itsensä peliin. Hoitajan tulisi kehittyä ihmiseksi, johon asiakkaan on helppo luottaa. Hyvät käytöstavat ovat tärkeitä. Hoitajan tulisi keskustellessaan katsoa asiakasta silmiin ja käyttäytyä rauhallisesti. Empatia tarkoittaa, että hoitaja on aidosti kiinnostunut ja kykenee eläytymään asiakkaan tunteisiin. Se on asiakkaan todellista ymmärtämistä. Hoitajan tulisi olla aktiivinen kuuntelija ja kuunnella loppuun asti, mitä asiakas sanoo. Kuvio 7 ilmentää hoitotilannetta, jossa hoitajalla on korkeampi statusilmaisuu verrattuna asiakkaaseen. Hoitajalla on ryhti ojentuneena täyteen pituuteen. Seisoessa jalat ovat erillään,

jalkaterät ulospäin. Hän käyttää huoneen keskialuetta, ottaen koko tilan haltuun asettuen ”näyttämölle”. Hoitajalla ei ole katsekontaktia asiakkaaseen ja hän asettuu toisen yläpuolelle seisomalla, asiakkaan istuessa matalammalla. (Routarinne 2007: 61–62; Anttila, Kaila-Mattila, Kan, Puska & Vihunen 2008: 71.)



Kuvio 7. Hoitajan korkeampi statusilmaisu verrattuna asiakkaan statusilmaisuun (Anttila ym. 2008: 71).

Liponkoski ja Routasalo (2001: 258–265) tutkivat teemahaastattelulla kuntoutusvaiheessa olevien iäkkäiden potilaiden saamaa emotionaalista tukea. Tutkimukseen osallistuneet yli 70-vuotiaat kuntoutuspotilaat kokivat, että heitä oli kannustettu rohkaisevilla lauseilla, kosketuksella ja mielialan kohentamisella. Potilaat kokivat saaneensa arvostusta ja kunnioitusta. Tunteiden ilmaiseminen koettiin tärkeäksi. Emotionaalinen tuki lisäsi omatoimisuutta ja hyvinvointia.

3.6. Vuorovaikutus organisaatiossa

Organisaatiot ovat vuorovaikutuksen ja yhteistoiminnan malleja, joita iteroidaan eli toistetaan nykyhetkessä. Yksittäisten ihmisten tai ihmisryhmien on mahdotonta olla organisaation ulkopuolella ja vaikuttaa sieltä muihin organisaation jäseniin. Vuorovaikutuksesta ei synny mitään kokonaisuutta tai systeemiä, joka olisi organisaatiosta erillinen. Vuorovaikutuksesta seuraa vain lisää vuorovaikutusta, joten organisaatioita tutkiessamme, tutkimme sosiaalista toimintaa. Organisaatioiden rajoitteet ja mahdollisuudet syntyvät mikrotason sosiaalisissa prosesseissa ihmisten välisten vuorovaikutussuhteiden dynamiikasta. Tavat ajatella ja puhua ovat kaiken toiminnan lähtökohta. Organisaatiossa olemisen tavat ja organisaation identiteetti määräytyy sen mukaan millaisiin ontologisiin oletuksiin esimerkiksi muutoksesta, tiedosta, ihmisestä ja syy-seuraus-suhteista sen johtaminen perustuu. (Aasen 2009: 128–130.)

Vuorovaikutuksen tärkeyttä painotetaan yhteistyölle, organisaation eri osien ja eri toimijoiden välisille suhteille ja tiedon jakamiselle. Ilman kommunikaatiota ei ihmisten välistä järjestäytynyttä ja päämäärähakuista yhteistoimintaa voitaisi ylläpitää. Vuorovaikutuksen ja tiedon liikkuminen on keskeinen organisaation toimimiseen vaikuttava tekijä ja avain tietämyspohjaiseen kilpailuun. Kommunikaatio on yksi ilmentymä luottamuksesta organisaatiossa. Kommunikaation ja tiedottamisen toimiessa, organisaatiossa työtä tekevät henkilöt luottavat organisaatioon. Huomioitavaa on myös se, miten kommunikaatio tehdään. Henkilökohtainen kanssakäyminen on tärkeää luottamuksellisen ilmapiirin kokemiseksi. (Jo & Shim 2005: 277–280.)

Vuorovaikutus on kietoutunut yhteen organisaation rakenteen, ympäristön, voiman ja kulttuurin kanssa niin voimakkaasti, että organisaatio ei toimisi ilman kommunikaatiota. Kommunikointi on esiaste organisaation olemassa ololle ja ratkaiseva tekijä organisaation menestykseen. Organisaation on kyettävä avoimeen kommunikointiin, mikäli se haluaa toimia tehokkaasti. Tyypillisempiä kommunikointiongelmia organisaatiossa ovat informaation salailu, viestin väärin ymmärtäminen, huhut, asioiden määrätietoinen vääristely sekä tahallinen asioiden väärin tulkitseminen. Erilaisen kielen käyttö eri työntekijöille tai työryhmille voi myös vaikuttaa kommunikoinnin tehokkuuteen. Organisaatio

toimii parhaimmillaan sosiaalisena yhteisönä, jossa yhteistyöllä, vuorovaikutuksella ja kommunikoinnilla on suuri merkitys. Yksilötason tieto liikkuu ja kehittyy ihmisten välisessä sosiaalisessa kanssakäymisessä, muuttuu kollektiiviseksi tiedoksi, ja auttaa organisaatiota selviämään erilaisista haasteista. (Turvani 2001: 320–321; Kitchen & Daly 2002: 47–50.)

Organisaatiot ovat sosiaalisesti rakennettuja kokonaisuuksia. Organisaatiot eivät ole staattisia ja liikkumattomia ilmiöitä, vaan jatkuvassa ihmisten vuorovaikutusprosessissa rakentuvia eläviä ja muuttuvia systeemejä. Organisaatiot ovat olemassa ja uudelleenluotuja ihmisten välisissä merkitys- ja toimintakentissä. Ollessamme vuorovaikutuksessa organisatorisessa kontekstissa tulkitsemme, neuvottelemme, hyväksymme ja hylkäämme merkityksiä. Organisatoristen todellisuuksien määrittäminen on vuorovaikutusprosessi, mutta ei välttämättä tasapuolinen, vaan eri voimasuhteiden vertaamisen paikka. Dynaamisessa prosessissa ihmisten eri käsitykset ottavat mittaa toisistaan ja niitä tulkitaan jatkuvasti uudestaan. Merkitysten muodostaminen on vuorovaikutusprosessi, jossa ihmisten kyky kommunikoida yhtyy organisatorisiin vallanlähteisiin. Kommunikaatio liittyy myös organisaation identiteettiin. Halutaan luoda tietty mielikuva organisaatiosta toisille. (Aaltonen & Kovalainen 2001: 34–58.)

Organisaatioviestintä on prosessi, jossa merkityksien antamisen kautta tulkinta saatetaan muiden tietoisuuteen vuorovaikutteisen verkoston kautta. Organisaatioviestinnän yksi malli on vuorovaikutusmalli, jossa yhteisöviestintä on vuorovaikutteisena järjestelmänä. Organisaatioviestinnän funktioina ovat muun muassa informointi, kiinnittäminen ja sosiaalinen vuorovaikutus. Informointia tarvitaan kertomaan työyhteisön tapahtumista omalle väelle ja ulkopuolisille. Kiinnittäminen tähtää yhteisöllisyyden luomiseen, sosiaalistamiseen. Se sisältää organisaation riitit, normit ja menettelytavat. Sosiaalista vuorovaikutusta tarvitaan, koska ihmiset ovat sosiaalinen lajityyppi, täten viestintä tyydyttää sosiaaliset tarpeet. (Åberg 2002: 95–100.)

Vuorovaikutus on innovatiivisen ajattelun edellytys organisaatiossa, jossa ajattelu ohjaa fyysistä suoritusta. Organisatorinen haaste on luoda ihmisille mahdollisuus ja käytännöt luovaan vuorovaikutukseen. Vuorovaikutuksessa on kysymys enemmän kuin välineel-

lisestä ajattelusta ja tiettyjen tekniikoiden tehokkaasta käytöstä. Siinä on kysymys keskinäisestä arvostuksesta, kunnioituksesta ja yhteisyydestä. Innovatiivinen vuorovaikutus on luonteeltaan dynaamista yhteisharkintaa, joka soveltuu muuttuviin ja ennakoimattomiin olosuhteisiin. Dialogi toimii innovatiivisuuden vahvistajana. Dialogissa ihmiset voivat jakaa ideansa ja oivalluksensa keskenään. Dialogi luo hengen organisaatioon. Organisaation monipuolinen kehittäminen on tärkeää sitoa dialogiin. Keskustelun tavoitteena on antaa osallistujille mahdollisuus esittää omat näkemyksensä käsiteltäviin asioihin. Keskustelu edellyttää osallistujilta henkistä itsenäisyyttä ja riippumattomuutta toisten mielipiteistä, havainnoista, tulkinnoista, käsityksistä ja vaikutusvallasta. (Harisalo 2008: 305–307.)

3.7. Yhteenvedo kompleksisuudesta ja vuorovaikutuksesta

Hoitotyössä kompleksisuutta lisää asiakkaan ja hoitajan keskinäinen vuorovaikutus. Vuorovaikutussuhde ei välttämättä aina ole tasa-arvoinen, vaan hoitotyön ammattilainen on tieto- ja taitotasoon nähden vahvemmassa asemassa kuin asiakas, joka on maallinen hoitotyön tietämyksessä. Hoidettavat asiat ovat usein monitulkintaisia ja erimielisiä. Suomalainen hoitotyö sisältää tietyt säännöt ja lait vuorovaikutuksen osalta, mutta kompleksisuuden huomioiminen voi kehittää ja muuttaa vuorovaikutuksen sääntöjä. Erimielisyyttä sietävä hoitotyön vuorovaikutus edistää innovatiivisten ratkaisuvaihtoehtojen edistämistä. Kompleksisuudesta seuraa, että kokonaisuus on enemmän kuin osien summa.

Hoitotyön vuorovaikutuksen tavoitteena ei tarvitse olla asiakkaan ja hoitajan välttämättömän yhteisymmärrys asiasisällöistä, vaan se, että vuorovaikutus motivoi ja auttaa asiakasta sekä johtaa järkevään toimintaan. Hoitotyön vuorovaikutuksen tehtävänä on antaa vaihtoehtoja ja mahdollisuuksia. Hoitotyön vuorovaikutuksen tulisi vastata asiakkaan tarpeisiin ja toiveisiin. Kompleksisuuden mukaan epäjärjestyksessä ilmenee tiettyä järjestystä. Järjestys on ihmisten välistä sosiaalista järjestystä, mikä mahdollistuu myös

hoitotyön vuorovaikutuksessa. Hoitotyön vuorovaikutuksen sovellutuksen tavoitteena on emergenssi vuorovaikutus (taulukko 3).

Taulukko 3. Hoitotyön kompleksisuuden ja vuorovaikutuksen syntetisointi ja sovellus tässä tutkimuksessa.

Hoitotyön		
Kompleksisuus	Vuorovaikutus	Sovellus
Kehittyminen	Tietyt tavat	Vuorovaikutuksen sääntöjen muuttaminen
Ennakoimattomuus	Säännönmukaisuus	Innovatiiviset ratkaisut
Kytkeytyneisyys	Hoitajan vahvempi rooli	Vuorovaikutuksen kokonaisuus enemmän kuin osiensa summa
Monitulkintaisuus	Yksipuolisuus	Vuorovaikutuksen yhteisvaikutukset ja yhteistyö
Dialogi	Informointi	Vuorovaikutuksen johtaminen toimintaan
Mahdollisuudet	Määräykset	Vaihtoehdot
Epäjärjestys	Järjestys	Emergenssi vuorovaikutus

4. TUTKIMUKSEN TAVOITTEET, TUTKIMUSASETELMA JA –METODI

4.1. Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimusongelmat

Tässä tutkimuksessa vuorovaikutus nähdään kompleksisena analyysinä. Tutkimuksen tarkoituksena on soveltaa kompleksisuusteoreettista viitekehystä vuorovaikutukseen hoitotyön asiakassuhteessa. Tutkimus koostuu kahdesta osasta. Tutkimuksen teoreettisessa osassa hahmotellaan kompleksisuusajattelun pohjalta viitekehys, jossa käsiteltiin muun muassa kompleksisuusteorian taustaa, kompleksisuutta organisaatiossa ja hoitotyössä sekä kompleksisen vuorovaikutuksen malleja. Vuorovaikutuksen teoria osuudessa käsiteltiin muun muassa vuorovaikutusta hoitotyössä, sen tavoitteita asiakassuhteessa sekä vuorovaikutusta organisaatiossa.

Tutkimuksen empiirinen osa suoritetaan avoimena teemahaastatteluna. Haastateltavat ovat pitkäaikaisia (useimmat yli 16 vuotta) tutkijan hoitotyön asiakkaita kuntoutusta antavassa yksityisessä hoitolaitoksessa. Tutkimuksessa selvitetään, mitä on vuorovaikutuksen kompleksisuus ja miten se ilmenee hoitotyön asiakassuhteessa, mikä merkitys on vuorovaikutuksella sekä mietitään, miten vuorovaikutusta voisi kehittää hoitotyön asiakassuhteessa.

Yhteenvedona aikaisemmista tutkimuksista hoitotyön vuorovaikutuksesta asiakassuhteissa voidaan todeta, että asiakkaiden myönteiset ja kielteiset kokemukset liittyvät vuorovaikutuksen ominaispiirteisiin ja hoitajien toimintatapoihin. Vuorovaikutusta arvioiessaan asiakkaat pitävät myönteisenä hoitokokemuksena kunnioittavaa kohtelua, kuuluksi tuleamista, vakavasti ottamista, asiakkaaseen luottamista ja omaan hoitoon osallistumista. Kielteisenä hoitokokemuksena asiakkaat pitävät hoitajien kuuntelemattomuutta ja ymmärtämättömyyttä asiakkaan tilanteeseen. Hoitajien toiminta hoitotyön vuorovaikutustilanteissa toteutuu parhaimmillaan, kun hoitaja on ystävällinen ja kommunikoi asiakkaan kanssa avoimesti. Vuorovaikutus heikoimmillaan ilmenee kielteisenä suhtautumisena asiakkaaseen, kuuntelemattomuutena ja ettei asiakasta oteta vakavasti hoitotilanteessa.

Tutkimusten mukaan asiakkaat odottavat ongelmiansa kuulemista ja asioihinsa paneutumista. Hoitohenkilöt johtavat vuorovaikutustilanteita, vaikka he pitävätkin asiakkaiden aktivointia, osallistumista ja tasavertaisuutta tärkeänä. Asiakkaan osallistuminen ja vastuullisuus lisääntyvät, jos hoitaja ottaa asiakkaan hoitosuhteeseen mukaan ja heillä on yhteistä ymmärrystä. Hoitotyöntekijä voi vuorovaikutuksellaan edistää tai ehkäistä asiakkaan osallistumisen mahdollisuuksia vuorovaikutukseen. Vuorovaikutus tukee hoidon tavoitteiden saavuttamista. Vuorovaikutussuhde on asiakasjohtoista, jos hoitaja on asiakkaan resurssina valmiina antamaan asiantuntemustaan asiakkaan käyttöön. Mielinkiintoista on tutkia, millaisia käsityksiä ja kokemuksia asiakkailla on hoitotilanteen vuorovaikutuksesta ja liittyvätkö ne jotenkin aikaisemmista tutkimuksista johdettuihin tutkimustuloksiin.

Tutkimusongelmat hoitotyön asiakassuhteessa:

1. Mitä on vuorovaikutuksen kompleksisuus ja miten se ilmenee hoitotyön asiakassuhteessa?
2. Mikä merkitys on vuorovaikutuksella hoitotyön asiakassuhteessa?
3. Miten vuorovaikutusta voisi kehittää?

4.2. Tutkimusmenetelmä

Tutkimuksen tieteenfilosofinen lähestymistapa on hermeneuttinen. Tutkimuksessa pyritään ymmärtämään ihmisten ajatuksia ja käsityksiä. Hermeneutiikka perehtyy merkitysten ymmärtämiseen. Ymmärtäminen on osallistuvaa, dialogista ja keskustelevaa. Se tuotetaan dialogissa ja merkitys luodaan tulkinnassa. Ymmärtäminen tarkoittaa ilmiöiden merkitysten oivaltamista, joka perustuu tulkintaan. Laadullisessa tutkimuksessa mukana on aina tutkijan oma tulkinta. Hermeneutiikassa ymmärtäminen perustuu esiymmärtämisen, mikä pohjautuu teoriaan. Esiymmärrys voi olla myös ennakkoluulo asiaa kohtaan, jolloin se pyritään varsinaisessa ymmärtämisessä ylittämään ja luomaan siihen kriittistä etäisyyttä. (Juntunen & Mehtonen 1982: 113–117; Schwandt 2000: 194–196.)

Hermeneuttinen metodi vaatii tutkijalta perusteiden pohtimista esiin tulevien ongelmien yhteydessä. Hermeneuttisessa ihmiskäsityksessä keskeisiä ovat muun muassa kokemuksen ja merkityksen käsitteet. Tietokysymyksistä esiin nousevat ymmärtäminen ja tulkinta. Tutkimusaineisto kerätään haastattelemalla, jolloin haastateltava kertoo kokemuksensa ja tutkija pyrkii saamaan oikean tulkinnan aineistosta. Hermeneuttinen tutkimus kohdentuu ihmisten väliseen kommunikaatioon. Hermeneuttisen tulkinnan kohteena ovat ihmisen ilmaisut, sekä sanattomat että sanalliset. Ilmaisut sisältävät merkityksiä. Arkielämässä toimitaan luontaisen ymmärryksen varassa, jota kutsutaan esiyymmärrykseksi. Hermeneuttisella tutkimuksella on kaksitasoinen luonne, esiyymmärrys ja ymmärrys. Toisella tasolla liittyvään ymmärrykseen tutkija pyrkii tematisoimaan ja käsitteellistämään esiyymmärryksen merkityksiä. (Laine 2001: 26–30.)

Hermeneuttinen ymmärtäminen on kehämäinen. Kehä määrittelee yksittäistä osaa ja osat yhdessä muodostavat kehän. Kaikki ilmaukset ymmärretään kontekstissaan. Yksittäisen ja kokonaisuuden ymmärtäminen merkitsee, että teksti luetaan ensin kokonaisuudessaan. Ymmärtäminen tapahtuu ennakkoaavistamisen avulla, jolloin hermeneuttiseen kehään mentäessä on ennakkoyymmärrys asiasta. Ilmaisut voidaan jakaa kolmeen luokkaan. Ensimmäinen ilmausten luokka viittaa ihmiselämän teoreettiseen sisältöön. Toisen luokan muodostaa käytännöllinen ulottuvuus. Kolmannen luokan ilmaisut viittaavat tunneulottuvuuteen. (Dilthey: 1979: 218–220; Schleirmacher 1998: 230–232.)

Teemahaastattelussa kaikkia yksilön kokemuksia ja ajatuksia voidaan tutkia. Haastattelu etenee tiettyjen teemojen varassa, jolloin tutkittavien ääni tulee kuuluviin. Teemahaastattelussa otetaan huomioon ihmisten tulkinnat asioista ja asioille antamat merkitykset sekä merkitysten syntyminen vuorovaikutuksessa. Teemahaastattelussa sekä haastateltava että tutkija toimii tarkentajana, jolloin teema-alueita tarkennetaan kysymyksillä. Tutkijan teema-alueiden tulisi olla niin avoimia, että tutkittavan ilmiön rikkaus paljastuu haastattelussa. Teema-alueiden perusteella tutkija voi syventää keskustelua niin pitkälle kuin tutkimusintressit ja haastateltavan edellytykset sallivat. (Hirsjärvi & Hurme 2008: 47–48, 66–67.)

Teemahaastattelua käytetään laadullisen ja ymmärrystä lisäämään pyrkivän tutkimuksen tiedonkeruutapana. Teemahaastattelussa haastattelijan ja haastateltavan vuorovaikutus lisää haastattelijan ymmärrystä haastateltavan tilanteesta. Tutkija ja tutkittava ovat vuorovaikutuksessa ja vaikuttavat toisiinsa. Haastateltavien vastaukset vaikuttavat kysymysten muotoiluun ja järjestykseen. Aiheiden järjestystä voidaan muuttaa tarttumalla haastateltavien esille tuomiin mielenkiintoisiin seikkoihin ja kysyä niistä lisäkysymyksiä. Haastattelussa voidaan tarkentaa haastateltavien vastauksia ja ohjata heitä puhumaan tutkimuksen kannalta relevanteista asioista. Haastattelun avulla saadaan syvällisempää tietoa kuin muiden metodien kautta. (Borg & Gall 1989: 384, 446 Fontana & Frey 2000: 652–661; Hirsjärvi ym. 2008: 34–35.)

Teemat takaavat, että etukäteen päätetyt teemat käydään jokaisen haastateltavan kanssa läpi. Teemat muodostavat konkreettisen kehyksen, jonka avulla haastatteluaineisto jäsentyy paremmin. Teemojen laajuus ja järjestys vaihtelevat haastattelusta toiseen. Teemahaastattelussa kysymyksillä ei ole tarkkaa muotoa ja järjestystä. Haastattelija ohjaa haastattelua, jolloin taustalla on ohjaava tukilista. Haastattelu on vapaata keskustelua, vaikka taustalla on suunnitelma päätetyistä teemoista. Erilaisista lähtökohdista ja taustoista tulevat ihmiset antavat erilaista tietoa. Jokaisella on omanlaisensa tarina kerrottavana. (Holstein & Gubrium 1995: 26, 73–76; Eskola & Suoranta 2003: 86–87.)

4.3. Aineiston analyysi ja tutkimuksen luotettavuus

Kvalitatiivisen analyysin pääpiirteitä voidaan erotella neljä. Analyysi alkaa jo haastattelutilanteessa, jolloin tutkija tekee havaintoja ilmiöistä ja niiden toistuvuudesta. Toiseksi aineistoa analysoidaan aineiston kontekstissa. Kolmanneksi tutkija käyttää joko induktiivista tai abduktiivista päättelyä. Induktiivinen päättely on aineistolähtöistä ja abduktiivinen päättely todentaa tutkijan omia teoreettisia ideoita. Neljänneksi on huomioitava, että analyysitekniikat ovat moninaisia, jolloin yhtä oikeaa analyysitapaa ei ole. Aineisto voidaan purkaa ja edetä analyysiin tutkijan intuitioon luottaen. Aineisto voidaan myös purkaa, koodata ja edetä analyysiin. Purkamis- ja koodaamisvaiheet voidaan myös yhdistää ja siirtyä sitten analyysiin. (Hirsjärvi ym 2008: 136.)

Analyysissä edetään asteittain, teemahaastattelun teemat muodostavat yksinkertaisen aineiston jäsenyyksen, josta lähdetään liikkeelle. Aineistoon tutustuminen on helpompaa, kun voi keskittyä lukiessaan tiettyyn teemaan. Laadullisessa analyysissä aineiston jäsentäminen ja tulkinta tapahtuvat monessa vaiheessa. Aineisto on tunnettava täydellisesti, se täytyy lukea useaan kertaan, että se avautuu tutkijalle. Tässä tutkimuksessa aineistoa analysoidaan aineistolähtöisesti. Tutkijalla on etukäteistietoa tutkittavasta kohteesta, mutta niiden ei anneta vaikuttaa aineistosta itsestään nouseviin teemoihin. Teemahaastattelurunko on aineiston koodauksen apuväline, koska siihen on kerätty teoreettisia näkemyksiä. Teemahaastattelurungon avulla aineistosta haetaan sellaisia tekstikohdita, jotka kertovat kyseisistä asioista. (Eskola ym. 2003: 151–152.)

Teemahaastatteluaineisto jäsenetään teemojen mukaisesti, sitten pelkistetään. Aineistoa voi lähestyä systemaattisesti esimerkiksi koodaten alleviivauksin. Koodit muodostetaan aineiston perustella saaden teoriasta vihjeitä siitä, millaisia asioita niihin liittyy. Alleviivauksen jälkeen aineistolle annetaan kategoriat eli teemat. Kategorioiden luonti on aineiston tärkeimpiä vaiheita, sillä sen perusteella aineisto käsitteellistetään. Aineiston voi järjestää teemoittain niin, että jokaisen teeman alla on kaikkien haastateltavien vastaukset kyseiseen teemaan. Tämä helpottaa aineiston analysoimista myöhemmin. Jokaisen haastateltavan vastaukset käydään läpi teemoittain. (Dey 1993: 112; Eskola & Vastamäki 2001: 41–42.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arviointikriteereiksi esitetään arvioitavuus, uskottavuus, sovellettavuus ja vahvistettavuus. Arvioitavuus tarkoittaa, miten ja millaisten vaiheiden kautta tutkimuksessa edetään. Raportin perusteella toinen tutkija voi päätyä verrattavissa oleviin samankaltaisiin tuloksiin. Tulosten uskottavuus vahvistuu, jos tutkittavat tuntevat luottamusta tutkijaa kohtaan. Sovellettavuuskriteerin mukaan käsitemallin tulee olla samansuuntainen aineiston kanssa. Vahvistettavuus luotettavuuden kriteerinä täyttyy, kun arvioitavuus, uskottavuus ja sovellettavuus täyttyvät. (Miles & Huberman 1994: 268–278.)

Tutkimusraporttia voidaan pitää tärkeänä luotettavuuden osa-alueena. Raportointi on kvalitatiivisen tutkimuksen perusta, tuoreen ja persoonallisen näkökulman löytäminen

on tärkeää. Tutkimusraportti on tutkijan tulkinnallinen konstruktio, jolloin tulkinta on ehdollinen ja yksipuolinen käsitys ilmiöstä. Tutkijan täytyykin kuvata mahdollisimman johdonmukainen selitys omista tulkinnoista ja niiden perusteista. Tutkija raportoinnissaan tarjoaa lukijalle välineet arvioida tutkimuksen luotettavuutta ja uskottavuutta. (Kiviniemi 2001: 81–82.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden kriteeri on itse tutkija ja koko tutkimusprosessi. Uskottavuus tarkoittaa sitä, että vastaako tutkijan tulkinnat tutkittavien käsityksiä. Siirrettävyys tarkoittaa tutkimustulosten yleistettävyyttä, vaikka sosiaalisen todellisuuden monimuotoisuudesta johtuen se ei ole mahdollista. Varmuutta tutkimukseen lisää, kun tutkijan ennako-oletukset otetaan tutkimuksessa huomioon. Vahvistuvuus tarkoittaa sitä, että tehdyt tulkinnat ovat samansuuntaisia vastaavien tutkimusten kanssa. Realistisessa luotettavuus näkökulmassa pohditaan sitä, kuinka pätevästi raportissa kuvataan tutkittua kokonaisuutta. Teksti on osoitus tutkimuksen luotettavuudesta. Se on luetun, koetun, havaitun, muistetun ja pohditun yhteenliittymä. (Eskola ym. 2003: 211–219.)

Tutkijan on pystyttävä raportoimaan, miten hän on luokittanut tutkittavan aineiston. Tutkijan on kyettävä perustelemaan menettelynsä uskottavasti. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa reliaabelius koskee enemmänkin tutkijan toimintaa kuin esimerkiksi haastateltavien vastauksia. Luotettavuus sisältää muun muassa koko kerätyn aineiston huomioon ottamisen ja tietojen oikein litteroimisen. Haastattelujen tulos on kuitenkin tutkijan ja haastateltavan yhteistoiminnan seuraus. Tarkistamisessa tutkija avoimesti ilmaisee, miten vaihtoehtoiset tulkinnat on suljettu pois. Raportoitaessa tuloksia voidaan luotettavuutta lisätä viittaamalla kirjallisuuteen, kaikkea tulkintaa ei kuitenkaan pidä vahvistaa kirjallisuudesta, koska se estää tutkimuksen etenemisen. (Hirsjärvi ym. 2008: 189–190.)

4.4. Empiirisen tutkimuksen vaiheet

Tämän tutkimuksen aineisto on kerätty avoimin teemahaastatteluin. Teemat olivat seuraavat: Vuorovaikutuksen merkitys hoitotyön asiakassuhteessa; aihepiireinä vuorovaikutustaidot, asiakaslähtöisyys ja ilmapiiri, voimavarat ja kokonaisvaltaisuus, ammattisanasto, neuvot ja määräykset sekä myönteiset ja kielteiset tekijät. Toisena teemana oli kompleksinen vuorovaikutus hoitotyön asiakassuhteessa; aihepiireinä vuorovaikutuksen muutos ja vaihtoehdot, mahdollisuudet sekä valtasuhteet ja statusilmaisu. Kolmantena teemana oli vuorovaikutuksen kehittäminen hoitotyön asiakassuhteessa; aihepiireinä uudistukset ja parannukset.

Haastatteluja suoritettiin 15 ja ne toteutettiin vuoden 2011 syys- ja lokakuussa. Haastateltavat olivat hoitotyön asiakkaita yksityisessä hoitolaitoksessa Jalasjärven Fysioterapiassa, useammalla asiakkaalla on yli 16 vuoden pituinen hoitosuhde. Tutkija otti yhteyttä haastateltaviin kirjeitse pyytäen lupaa haastatteluun (liite 1). Kirjeessä kerrottiin tutkimuksen aihe, tavoitteet, tutkimusmenetelmä ja haastatteluteemojen aihepiirit (liite 2). Teemahaastattelujen haastattelurunko on liitteessä 3. Sen jälkeen yhteyttä otettiin hoitotilanteessa henkilökohtaisesti tai puhelimitse sopien haastatteluajankohdasta ja -paikasta. Luettelo haastatelluista sekä haastattelun ajankohdat on esitetty liitteessä 4. Jokaiseen haastatteluun varattiin aikaa tunti. Yhden haastattelun kesto oli noin 40 – 60 minuuttia. Kaikki haastateltavat suostuivat haastattelun nauhoitukseen, haastattelut nauhoitettiin ja ne litteroitiin välittömästi haastattelun jälkeen kirjalliseen muotoon. Litterointiin liitettiin tutkijan haastattelun aikana tekemät omat muistiinpanot.

Haastattelut aloitettiin vapaalla keskustelulla luottamuksellisen ilmapiirin luomiseksi. Haastattelut etenivät kolmen teeman ympärillä. Teemat muodostettiin tutkimuskysymysten ja teoria viitekehyksen pohjalta. Jokaisessa haastattelussa käytiin teemat läpi, kysymysten tietysti vaihdellessa eri haastateltavien kohdalla. Kaikilta ei kysytty samoja kysymyksiä samassa järjestyksessä, vaan edettiin haastateltavan ehdoilla. Haastatteluisa ilmeni, että eri teemojen yhteydessä, erityisesti toisen teeman kohdalla kysyttäessä vuorovaikutuksen muutoksia ja mahdollisuuksia, vastaajan oli vaikea ymmärtää kysy-

myksiä, joten konkreettisten esimerkkien antaminen helpotti kysymysten hahmottamista.

Haastateltavia rohkaistiin tuomaan omia kokemuksia esiin ja kertomaan niiden pohjalta vastauksia kysymyksiin. Vastaajia helpotti tieto siitä, että haastattelussa ilmeneviä asioita käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti. Haastatteluaineisto on ainoastaan tutkijan käytössä, ja sitä käytetään vain tähän tutkimukseen. Tutkijalla on vaitiolovelvollisuus, ja tutkimusta raportoitaessa ketään osallistujaa ei voida tunnistaa. Asiakkaat suhtautuivat haastatteluihin innolla, ja haastatteluilmapiiri pysyi avoimena ja luottamuksellisena. Haastateltavien vastaukset vaihtelivat kokemuksen, iän ja terveystilanteen mukaan.

Aineiston analyysi toteutettiin vaiheittain. Aineistoon orientoiduttiin syvällisesti, sitten luokiteltiin vapaasti eri tavoin. Orientaatiovaiheessa litteroituihin teksteihin tutustuttiin huolellisesti. Aineistoa kuunneltiin ensin useaan kertaan nauhalta ennen litterointia. Aineisto opiskeltiin ennen yksityiskohtaisempaa analyysiä. Aineiston kokonaisuuden hahmottaminen tavoitettiin ennen sen hajottamista osiin. Aineistoon perehtyessä aihealueen tutkimukset ja teoria nousi esiin, jolloin aineistosta löytyi samankaltaisia havain-
toja ja teoreettista taustaa tukevia käsityksiä. Heränneisiin yhteyksiin suhtauduttiin tässä vaiheessa kriittisesti, että aineistoon saataisiin erilaisia, uusia ja tuoreita näkökulmia.

Aineistosta muodostui vapaasti ja intuitiivisesti erilaisia luokitteluja. Teemoittelulla testattiin esiintykö sama asia useamman haastateltavan kerronnassa. Kolmen teeman tutkimuskysymysten kannalta merkityksellisimmät kohdat alleviivattiin ja jaoteltiin luokkiin. Vapaassa luokittelussa huomattiin useita samankaltaisia vastaustyyppisiä, joiden pohjalta muodostui kolmen pääteeman alle asioita ensin sekaisin. Kolmen pääteeman alla sekaisin olevia vastauksia luettiin useaan kertaan läpi.

Aineiston kokoavassa teemoittelussa kehittyivät yläteemat ja alateemat. Haastatteluista nousi jokaiseen pääteemaan eli vuorovaikutuksen merkitykseen, kompleksiseen vuorovaikutukseen ja vuorovaikutuksen kehittämiseen kaksi haastateltavien vastauksista ilmenevää alateemaa. Ennen kuin nämä jokaisen pääteeman alle muodostuneet kaksi alateemaa saivat nimensä, oli valtava määrä eri asioita sekaisin, joista löydettiin yhteys

alateemoihin. Kaikkia alateemojen alla olevia sanamuotoja ei löydy sellaisenaan haastatteluista, vaan haastateltavien moninaisista vastauksista on pyritty kehittämään yhteinen nimittäjä jokaiseen lopputulokseen.

Tässä joitakin esimerkkejä alkuperäisistä haastateltavien vastauksista, joita on teemoiteltu kuuteen alateemaan eli asiakkaan hyvä olo, hoitosuhteen muodostuminen, luottamus, informointi, aika ja keskustelu. Hyvän olon alla esimerkiksi kokonaisuutena huomioiminen on eräs haastateltava sanonut alkuperäisesti, että potilas ja lähimmäinen on otettava huomioon hengellisesti, sielullisesti ja ruumiillisesti, ettei hoideta pelkästään ruumista. Hoitosuhteen muodostumisen alla olevaan esimerkiksi myönteiseen kohtamiseen yksi alkuperäinen haastateltavan vastaus oli se, että hoitaja tervehtii ensin hoitotilanteeseen saapunutta asiakasta.

Luottamuksen alla olevaan esimerkiksi turvallisuuteen viittaava yksi alkuperäinen haastateltavan vastaus oli se, että hoitajan on tiedettävä, mitä tehdään ja miksi tehdään, koska hoitotyön kohteet ovat maallikkoja. Informoinnin alla olevaan esimerkiksi neuvomiseen yksi alkuperäinen haastateltavan vastaus oli se, että hoitohenkilön pitää osata kertoa hoitoasioista ja mahdollisesti antaa jotain paperia mukaan.

Aika teeman alta löytyvään esimerkiksi keskustelemisen alle yksi alkuperäinen haastateltavan vastaus oli se, että hoitohenkilöllä onkin suuri haaste tajuta, mitä kukin asiakas haluaa. Toisen asiakkaan kanssa täytyisi puhua ja toisen kanssa olla hiljaa ja kolmannen kanssa pysyä asiassa. Keskustelu teeman alta löytyvään esimerkiksi keskittymiseen yksi alkuperäinen haastateltavan vastaus oli se, että hoitajan täytyisi paneutua enemmän työhönsä, eikä ajatella muita päivän paineita.

Näistä haastateltavien erilaisista ja vivahderikkaista vastauksista muodostui analyysin edetessä jokaisen kuuden alateeman alle useita relevantteja asioita, jotka toistuivat haastateltavien vastauksissa ja lisäksi niillä oli yhteys teoriaosuuden ja aikaisempien tutkimustulosten kanssa.

Empiirinen tutkimus on kompleksinen ja emergentti projekti. Se kehittää, opettaa ja muuttaa tutkijaa. Opinnäytteen tavoitteena on oppilaan oppiminen. Oppilaana, oppijana ja tutkijana käydään omaa vuoropuhelua teorioiden, tutkimusten ja valitun tieteenfilosofian kanssa. Kehityspolkua on ohjannut tutkimussuunnitelma ja tehdyt valinnat. Laineen (2001: 42) mukaan tutkimus on onnistunut, kun se auttaa ymmärtämään ilmiön monipuolisemmin ja selvemmin.

Opinnäytetyön tekijän samaistuessa haastatteluun osallistuneiden ihmisten kokemuksiin ja tuntemuksiin auttaa ymmärtämään vastauksia ja tekemään niistä haastateltavien ”näköisiä” tulkintoja, eikä tutkijan subjektiivisia tulkintoja. Haastateltujen vastaukset ensimmäisen kerran luokiteltuna ovat liitteessä 5, että lukijakin voi samaistua vastaajien kokemuksiin ja tuntemuksiin sekä tulkita itseksensä aineistoa. Hyvärinen ja Löyttyniemi (2005: 194) ovat osuvasti kuitenkin todenneet, että tutkija tuo oman merkitysmaailmansa aineistoon, ja kertomus valmistuu lopulta tutkimuksen lukijassa.

5. TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tutkimuksen tavoitteena on selvittää, mitä on vuorovaikutuksen kompleksisuus ja miten se ilmenee hoitotyön asiakassuhteessa, vuorovaikutuksen merkitys hoitotyön asiakassuhteessa sekä, miten vuorovaikutusta voisi kehittää hoitotyön asiakassuhteessa. Tutkimustulokset esitellään kolmessa eri luvussa tutkimuskysymysten mukaan. Luvut on muodostettu tutkimuskysymyksistä luotujen teemojen ympärille.

Ensimmäisessä luvussa tarkastellaan mitä on vuorovaikutuksen kompleksisuus ja miten se ilmenee hoitotyön asiakassuhteessa. Luvussa pyritään vastaamaan muun muassa siihen, mitä muutosta ja mahdollisuuksia vuorovaikutus avaa hoitotilanteessa. Toisessa luvussa tarkastellaan vuorovaikutuksen merkitystä hoitotyön asiakassuhteessa. Luvussa pyritään vastaamaan muun muassa siihen, mitä vuorovaikutus on hoitotyössä. Kolmannessa luvussa tarkastellaan vuorovaikutuksen kehittämistä hoitotyön asiakassuhteessa. Siinä pyritään vastaamaan siihen, miten asiakkaan ja hoitohenkilökunnan vuorovaikutusta voisi parantaa.

5.1. Vuorovaikutuksen kompleksisuus ja sen ilmeneminen hoitotyön asiakassuhteessa

Kompleksisuutta ajatellen hoitotyön vuorovaikutus on kokonaisuudessaan monitulkintainen prosessi. Hoitotyön vuorovaikutuksessa asiakkaat huomasivat muutosta parempaan, sosiaalisempaan ja vapaampaan suuntaan. Jotkut asiakkaat kokivat muutosta kiireisempään suuntaan. Asiakkaat odottavat vuorovaikutuksen olevan luonteeltaan dialogia ja informointia. Siten asiakkaat otetaan paremmin huomioon.

”Sellainen suuntaus on ettei ole niin paljon virallista enää kuin ennen. Keskustelu on mukavaa kanssakäymistä. Potilaatkaan eivät enää pidä hoitohenkilökuntaa niin virallisena, eikä lääkäreitäkään. Uskalletaan lähestyä enemmän. Lääkäriäkin voidaan vetää hihasta ja sanoa että, hei kuulemulla olis tällöinen kysymys. Kyllä se on vapautunut se keskustelu.”

Ilmapiiriin vaikuttaa hoitajan paneutuminen asiakkaan huoliin, että hänellä on aikaa keskustella luottamuksellisesti ja avoimesti asiakkaan kanssa hänen ongelmistaan ja tuntemuksistaan. Luottamusta voidaan lisätä, kun hoitaja osoittaa huolta ja lämpöä sekä kuuntelee asiakasta aktiivisesti. Hoitotyön vuorovaikutuksessa muutosta ei saada aikaan, ellei olla valmiita yhteistyöhön. Vuorovaikutustapahtumassa ilmenevä pieni ja merkityksettömältä vaikuttava mikrotason muutos saattaa kasvaa voimaksi, joka vaikuttaa lopputulokseen.

”Jutellaan ja samalla tehdään sitä haastattelua kans, että miten kotiolut tai perhetilanne tai minkälaisia elämän vaiheita on ollut juuri ennen sairastumista, että saatais vähän sitä kokonaiskuvaa. Eihän sitä asiakasta tunne yhtään etukäteen, ennen kuin näkee.”

Vuorovaikutuksen tehtävänä on nostaa esille vaihtoehtoja ja avata uusia mahdollisuuksia. Asiakkaat kokivat, että heille avautuu monia mahdollisuuksia hoitotilanteen vuorovaikutuksessa. He saavat ilmoitta tuntojaan, jolloin terveydentilan muutokset huomataan. Asiakkaat kokivat saavansa apua ja uutta tekemistä hoitajien ohjaamina ja saamiensa terveysneuvojen myötä. Hoitajien täyttäessä asiakkaiden toiveet asiat menevät paljon eteenpäin. Asiakkaat kokivat kehittyvänsä henkisesti, kun he saavat ”jättää” psyykkiset ja fyysiset vaivansa hoitohenkilökunnalle.

”Vuorovaikutus avaa rajattomasti mahdollisuuksia. Sinne voi ihan jättää kaikki vaivansa, mielensä vaivat, psyykkisesti ja fyysisesti. Siellä voi iloita ja riemuita ja tulla ihan toisenlaisella mielellä takaisin kun saa avun asioihin, jotka ovat tärkeitä hoidettavalle.”

Ihmisten vuorovaikutussuhteessa oleminen on valtasuhteessa olemista. Ihmiset mahdollistavat ja rajoittavat toinen toistensa olemista ja toimintaa. Vuorovaikutuksessa tapahtuvan vallankäytön yhtenä välineenä käytetään statusilmaisua. Jotkut asiakkaat kokivat asemansa hoitotilanteessa alemmaksi, heikommaksi, alistetuksi ja ettei vanhoista ihmisistä välitetä mitään. Hoitotyössä asiakkaan rooliin on kuulunut yleensä matala status ja hoitajan rooliin korkea status. Vuorovaikutuksessa viestien tulkinnan avulla ihmisten

välille syntyy statushierarkia. Jotkut asiakkaat kokivat, että hoitajat ovat asiakasta varten. Siten asiakas koki asemansa tärkeäksi, hyväksi ja tasa-arvoiseksi.

”Vanhat ihmiset, sairaat ja psyykkisesti sairaat tuntevat alemmuuden tunnetta ja jopa pelkoa, että miten mä selviydyn ja mitä tässä tapahtuu.”

”Ollaan kuitenkin samalla viivalla periaatteessa. Niin että hoitajat on siellä mua varten ja mä oon asiakkaana.”

Vuorovaikutuksen tavoitteena asiakassuhteessa voidaan pitää asiakaslähtöisyyttä ja neuvomista. Asiakkaan ja hoitohenkilön välissä voi olla tiedollinen kuilu, joka johtaa väärinymmärryksiin. Asiakkaalle ei ole selitetty, mistä on kysymys tai tietoa ei ole tarjottu ollenkaan. Hoitajat saattavat käyttää ammattisanastoa, jota asiakkaat eivät ymmärrä. Asiakkaat odottavat kannustavaa ja luontevaa keskustelua saadakseen kotiohjeita ja esitteitä. Tietojen tarjoaminen katsotaan hoitajan keskeiseksi tehtäväksi. Neuvo voidaan muotoilla esimerkiksi tiedon tarjoamisena. Neuvo hakee hyväksyntää, siihen liittyy myös mahdollisuus torjuntaan. Muuten kyse onkin määräämisestä. Jotkut asiakkaat kokivatkin tiedon tarjoamisen määräämisenä.

”Vuorovaikutus hoitotyön asiakassuhteessa tarkoittaa, että hoitajan on annettava mitä hoidettava voi tai haluaa ottaa vastaan.”

Hoitotyön vuorovaikutuksen tavoitteena ei tarvitse olla hoitajan ja asiakkaan yhteisymmärrys asiasisällöistä, vaan se, että kommunikaatio johtaa toimintaan. Hoitotyön vuorovaikutuksen tehtävänä on nostaa esille vaihtoehtoja ja avata uusia mahdollisuuksia. Luhmanin (1995) mukaan kompleksisuusajattelun näkökulmasta kyse on asioiden solmukohdista, joista haarautuu mahdollisuuksia, ja joissa tehdyt valinnat vaikuttavat tuleviin mahdollisuuksiin. Hoitotyön vuorovaikutuksessa asiakkaalle annetut vaihtoehdot ja mahdollisuudet ovat asiakaslähtöistä hoitotyötä parhaimmillaan. Hoitajilta vaaditaan taitoa pystyä toimimaan asiakaslähtöisesti ja keskittymään vuorovaikutukseen, vaikka työhön liittyykin runsaasti rutiineja.

5.2. Vuorovaikutuksen merkitys hoitotyön asiakassuhteessa

Tämän empiirisen tutkimuksen mukaan hoitotyön vuorovaikutus on välitöntä keskustelua kaikenlaisista asioista. Vuorovaikutuksessa ollessaan hoitajat ja asiakkaat puhuvat, kuuntelevat ja katselevat. Vuorovaikutuksessa he ovat yhteistyötasolla. Hoitajalla ja asiakkaalla on yhteinen tavoite. He yhteisymmärryksessä sopivat hoidoista ja hoitamisesta.

”Keskusteluja voitaas käydä ja funtsata sekä mieltää, mitä tehtääs. Monta kertaa kun mä oon ollut laitoksessa, niin siellä on keskusteltu niistä tavallaan jo ennemmin, on ollut lääkäri ja sairaanhoitaja. On tullu tavallaan ne tarpeet siinä.”

Hoitotyön vuorovaikutuksessa oleellista ovat kehonkieli, ilmeet ja eleet. Hoitajan kasvojen ilmeistä asiakas havaitsee nopeammin informaation kuin muista lähteistä. Silmiin katsomisella hoitaja osoittaa keskittymistä asiakkaaseen. Ihmiset viestittävät myös vartalon, jalkojen, käsien ja pään liikkeillä. Eleet antavat vihjeitä ihmisen olotilasta. Hoitotyön vuorovaikutuksessa hyvä tunnelma auttaa pääsemään samalle ”aaltopituudelle”, asiakas kertoo ongelmistaan ja hoitaja yrittää auttaa. Hoitaja ottaa asiakkaan huomioon kokonaisuutena ja kuuntelee häntä. Näin saavutetaan molemminpuolista vaikuttamista vuorovaikutukseen.

”Kyllä tota, se on mun mielestä tärkeää, että ehtii edes kattoa päälle, ettei vaan kattele pois päin ja nupaja jotakin. Hoitajan pitää antaa sellaisen tunteen, että on aikaa ja jaksaa kuunnella.”

Asiakkaan kohtaaminen muistuttaa diakoniaa eli palvelua. Hoitajan tulisi käsitellä jokaista asiakasta yksilöllisesti ja kunnioittavasti sekä huomioida asiakkaan tuntemukset. Hoitajan toiminnassa kunnioittaminen ilmenee vastavuoroisuutena ja yhteisenä näkemysnä asiakkaan voimavaroista ja ongelmista. Asiakkaan kunnioitus on auttamista hänen omista lähtökohdista ja voimavaroista käsin. Vastavuoroisessa vuorovaikutukses-

sa asiakasta kunnioitetaan ainutlaatuisena yksilönä. Hoitajan tulisi olla ystävällinen ja rauhallinen.

”Sellaanen sääntö on, että tee toiselle sitä, mitä haluaisit itelle tehtävän. Me ollaan niin erilaisia hoitajina ja hoidettavina, että siinä on varaa katsoa itseänsä ensiksi. Voiko siihen kuitenkaan mennä täydellisesti, meidät on luotu kuitenkin yksilöiksi.”

Hoitotilanteen ilmapiiri vaikuttaa asiakkaan tyytyväisyyteen. Asiakkaan hyvää oloa lisätään myös teoilla, asiakas haluaa tehokasta palvelua. Hoitotilanteen ilmapiiriin tulisi olla lämmin, mukava, hiljainen ja rauhallinen. Jotkut asiakkaat kuvasivat kokemustensa perusteella hoitotilanteen ilmapiiriin kiireiseksi, kireäksi ja vaihtelevaksi.

”Ilmapiiriin pitää olla just sellaanen rauhallinen ja hiljaanen. Ovet kiinni, ettei siellä hyppääsi muita silloin. Mielummin kahden kesken, se on mukavampi.”

”Kiire, kiire, tuntuu, että siellä eurot raksuttaa, ettei saisi yhteen potilaaseen kulua kallista aikaa, tulee kunnalle laskua.”

Hoitohenkilö huomioi asiakkaan kokonaisvaltaisesti haastatteleamalla. Tavoitteet laaditaan asiakkaan tarpeiden ja voimavarojen pohjalta. Hoitosuunnitelmissa kirjataan asiakkaan kanssa yhdessä sellaisia tarpeita, joita kohtaan asetetaan tavoitteita. Tavoitteiden taustalla asiakaslähtöisyys on hoitotyössä tärkeää. Asiakkaat toivovat psykologisten, henkisten ja sosiaalisten seikkojen huomioon ottamista. Jotkut asiakkaat kokivat, että hoitohenkilö huomioi heikosti vain ”päällimmäisen” ja yhden vaivan.

”Vuorovaikutus on asiakkaan huomioon ottamista kokonaisuutena, hengen, sielun ja ruumiin. Ei hoideta pelkästään ruumista. Jos potilaalla on jokin ahdistava tilanne, niin se saisi tuoda sen vapaasti julki”.

”Se on mennyt niin, että sitä asiaa just, mitä sä valitat hoidetaan ja jos toista asiaa kysyt, niin se siirretään jollekin toiselle henkilölle.”

5.3. Vuorovaikutuksen kehittäminen hoitotyön asiakassuhteessa

Hoitotyön vuorovaikutuksen kehittämiseen tarvitaan aktiivista muutoksiin sopeutumista. Hoitajan ja asiakkaan kuunnellessa toisiaan vapaasti, ilman ennakkoluuloja, voi yhdessä alkaa syntyä uusia ajatuksia ja näkökulmia. Hoitajan tulisi hyväksyä asiakas sellaisena kuin se on. Hoitajan odotetaan olevan terapeutin, että vuorovaikutus hoitaisi asiakasta jollakin tavalla. Terapeutin kommunikaation tavoitteena on helpottaa hoitosuhteen luomista ja hoitoprosessin tavoitteita.

”Kaikista hoitajista ei tule terapeutteja, mutta ei ole ollenkaan paha, jos heidän työssään on sellainen terapeutin ote, että se mitä hoitajat haluavat puhua asiakkaan kanssa, että se myös hoitaa potilasta jollakin tavalla.”

Asiakkaat toivovat, että informaatiota annetaan sairautta koskien, mutta myös puhumista muistakin kuin hoitoon liittyvistä seikoista. Hoitajien odotetaan paneutuvan laajemmin asiakkaaseen ja kysyvän enemmän asioita sekä olemalla keskittynyt ja kiinnostunut asiakkaasta, eikä pelkästään tarkastelevan asiakasta oireiden kautta. Hoitotoimenpiteiden aikana asiakkaat odottavat hoitajan juttelevan ”mukavia”, että asiakas rauhoittuu ja rentoutuu. Hoitajan odotetaan antavan neuvoja ja keskustelevan hoidon jatkotoimenpiteistä, että asiakkaan vaiva paranisi.

”Pitäisi saada asiakas rauhoittumaan, jos se on jostakin syystä jännittänyt hoitotoimenpiteestä. Se niinku rentouttaa ja rauhoittaa, kun jutustellaan siinä mukavia. Sitten saadaan asiakkaan tilanteesta tietoa laajemmaltakin sen keskustelun avulla.”

Hoitotyön vuorovaikutuksessa tarvitaan monenlaisia vuorovaikutustaitoja. Hoitajalta vaaditaan hyvää keskustelutaitoa, että hän keskittyy ja saa kontaktin asiakkaaseen. Hoitajan tulee säädellä keskustelua siten, että hän suosii sujuvia vuoronvaihtoja, taukoja sekä päällekkäispuhuntaa välttämällä. Vuorovaikutuksessa on vastavuoroisuus kuuntelemisessa, odottamisessa ja puhumisessa. Keskustelijoiden puheenvuorojen tulisi kiinnittyä toisiinsa muodostaen toimintajaksoja. Korjausjäsenyksessä hoidetaan vuorovaikutuksen ymmärrys- ja kuulemisongelmia. Se säilyttää yhteistä ymmärrystä meneillään olevasta vuorovaikutuksesta.

”Kyllä ammatillisuutta vaatii, ettei utele liian henkilökohtaisesti asioita. Kysymyksiäkin pitää tehdä, että saa toisenkin keskustelemaan, mutta pitää olla tarkkana siinä, mitä kysyy ja mistä voi puhua. Sitten pitää olla niinku tuntosarvet, että miltä siitä asiakkaasta tuntuu tämä, että voiko tästä puhua.”

Toiset hoitajat osaavat ottaa työn oikealla asenteella ja toisille vuorovaikutus on työllämpää. Asiakkaan huomioiminen pienin positiivisin elein vie todella vähän aikaa. Kognitiivisesti kompleksisilla henkilöillä on tunneorientoituneita viestintäkykyjä, kuten kykyä lohduttamiseen ja empatiaan. Tällaisia kykyjä odotetaan hoitohenkilöltä. Tärkeä taito hoitotyössä on kyky tavoitteelliseen vuorovaikutukseen. Hoitajan on opeteltava taitoa olla läsnä ja eläytyä, ymmärtääkseen asiakkaan viestit. Tämä vaatii kykyä nähdä näkyvän käyttäytymisen taakse, tarpeeseen ja tunteeseen.

”Täytyisi välttää sellaisia pieniä epämukavia viestintämuotoja, kuten keltoon vilkuilua. Pitäisi vain hetkeksi pysähtyä siihen puhumaan, ei sitä aikaa lopulta mene montaa minuuttia, kun lähelle istuu tai seisoo.”

5.4. Yhteenveto tutkimuksen tuloksista

Yhteenveto tutkimuksen tuloksista esitetään kuviossa 8. Asiakkaiden kokemukset vuorovaikutuksesta hoitotyössä jakaantuvat vuorovaikutuksen merkitykseen, kompleksiseen vuorovaikutukseen ja vuorovaikutuksen kehittämiseen. Vuorovaikutuksen merkitys koostuu asiakkaan hyvästä olost ja hoitosuhteen muodostumisesta. Kompleksinen vuorovaikutus koostuu luottamuksesta ja informoinnista. Vuorovaikutuksen kehittämisen koostuu ajasta ja keskustelusta. Näiden kaikkien vuorovaikutuksen osa-alueiden positiivisesta toteutumisesta seuraa asiakkaan vahvistuminen ja voimaantuminen, tunne parantumisesta.

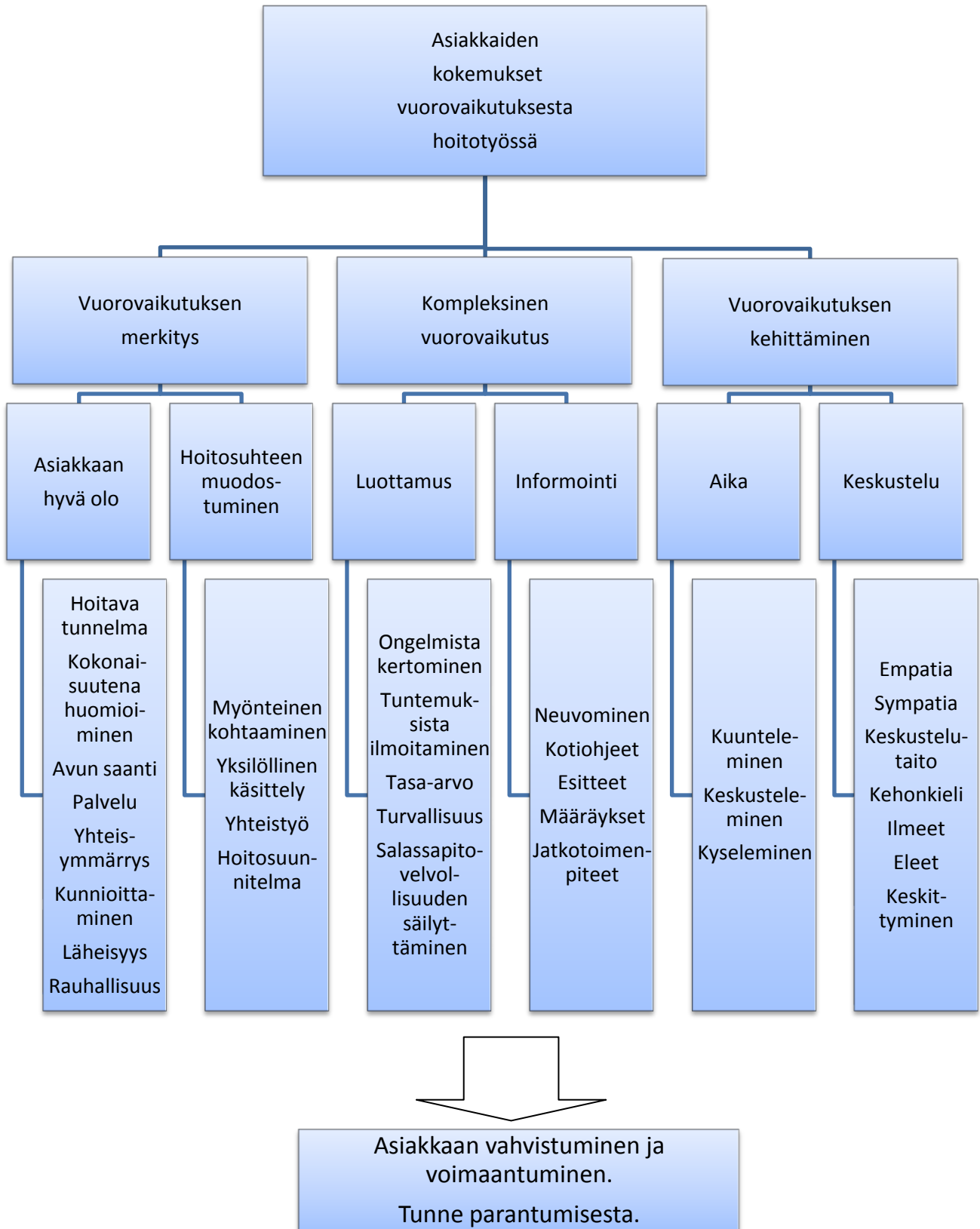
”Vuorovaikutus avaa rajattomasti mahdollisuuksia. Sinne voi jättää väkensä ja tulla ihan toisenlaisella mielellä takaisin, tuntee parantuvansa”.

Empiirisessä tutkimuksessa haastateltavien alkuperäisistä vastauksista saatiin moninainen ja kattava tulos asiakkaiden omista hoitotyön kokemuksista. Haastateltavat kokivat selkeimmiksi kokonaisuuksiksi vuorovaikutuksen merkityksen ja sen kehittämisen. Kompleksinen (monitulkintainen) vuorovaikutus oli vaikeammin ymmärrettävissä. Nämä kolme pääteemaa nousivat jo haastattelurungon myötä (liite 3). Haastateltavilta kysyttiin syventäviä kysymyksiä näiden pääteemojen osalta.

Vuorovaikutuksen merkitys hoitotyön asiakassuhteessa teeman pääkysymyksenä kysyttiin, että mitä vuorovaikutus hoitotyössä on. Haastateltavien vastauksista luokiteltuna nousivat hoitava tunnelma, kokonaisuutena huomioiminen, avun saanti, palvelu, yhteisymmärrys, kunnioittaminen, läheisyys ja rauhallisuus. Nämä kaikki tulokset viittaavat asiakkaan myönteiseen olotilaan, joten näiden tulosten yläteemaksi muotoutui ”asiakkaan hyvä olo”. Toisena tärkeänä kysymyksenä kysyttiin, että millaisia vuorovaikutustaitoja tarvitaan hoitotyössä. Tähän haastateltavien vastausten perusteella nousivat tulokset, jotka luokiteltiin myönteinen kohtaaminen, yksilöllinen käsittely, yhteistyö ja hoitosuunnitelma. Asiakkaan ja hoitohenkilön hedelmällisen hoitotyön vuorovaikutuksen edellytyksenä ovat edellä mainitut ominaisuudet, jotka ovat myös perusta asiakaslähtöisen ”hoitosuhteen muodostumiselle”.

Kompleksinen vuorovaikutus pääteeman puitteissa haastateltavilta kysyttiin että, mitä muutosta he ovat huomanneet tai haluaisivat hoitotyön vuorovaikutukseen. Kompleksisuudesta puhuttaessa haastateltavat ymmärsivät sen jotenkin negatiivissävyiseksi aiheeksi. Ehkä sen seurauksena vastauksiin nousi enemmän kielteisen puoleisia aiheita, kuten ongelmista kertominen, tuntemuksista ilmoittaminen, tasa-arvo, turvallisuus ja salassapitovelvollisuuden säilyttäminen. Haastateltavat kertoivat näistä kompleksisista asioista kielteiseen sävyyn. Nämä edellä mainitut tulokset toteutuessaan muodostavat ”luottamuksen” asiakkaan ja hoitohenkilön vuorovaikutuksen välille. Toiseksi kompleksiseksi aiheeksi nousi haastateltavien mukaan tiedon tarjoaminen. Tuloksiksi luokituitivat neuvominen, kotiohjeet, esitteet, määräykset ja jatkotoimenpiteet. Nämä kaikki tulokset liittyvät vahvasti ”informointiin”.

Kolmannen pääteeman eli vuorovaikutuksen kehittäminen hoitotyön asiakassuhteessa pääkysymyksenä oli se, että miten asiakkaan ja hoitohenkilön vuorovaikutusta voisi parantaa. Haastateltavien vastauksista nousivat voimakkaasti esille kaksi aihealutusta ylitse muiden, ne olivat aika ja keskustelu. Asiakkaat odottavat hoitohenkilöltä enemmän aikaa ja keskustelua hoitotyössä. Asiakkaat haluavat aikaa kuuntelemiseen, keskustelemiseen ja kyselemiseen. ”Keskustelu” kategoriaan haastateltavien vastausluokitusten perusteella muodostuivat empatia, sympatia, keskustelutaito, kehonkieli, ilmeet, eleet ja keskittyminen.



Kuvio 8. Vuorovaikutusta kuvaavan aineiston analysointi ja yhteenvedo hoitotyön asiakassuhteessa.

Kaikki kolme pääteemaa vuorovaikutuksen merkitys, kompleksinen vuorovaikutus ja vuorovaikutuksen kehittäminen sekä näistä jaotellut alakategoriat ovat kaikki keskinäisessä suhteessa asiakkaiden kokemuksiin hoitotyön vuorovaikutuksesta. Näiden positiivisesta toteutumisesta seuraa asiakkaan vahvistuminen ja voimaantuminen, tunne paranemisesta. Kompleksisuuteen viitaten kaikkien teemojen kytkeytyneisyydestä myös seuraa, että kokonaisuus on enemmän kuin osiensa summa. Jokaisen yksittäisen kategorian ja luokiteltujen asioiden ja niistä hoitajan tekemä päätös tai valinta vaikuttaa asiakkaaseen.

6. POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Vuorovaikutuksella on keskeinen rooli hoitotyön asiakassuhteessa. Hoitotyössä hoitajien työ sisältää vuorovaikutuksen osalta asiakkaan neuvomista, ohjaamista, aktivoimista, kuuntelemista, keskustelemista, kyselemistä ja motivoimista. Hoitosuhteeseen sisältyy yhteistyössä asiakkaan kanssa myös suunnittelua, tavoitteiden asettelua ja arviointia. Nämä kaikki tapahtuvat hoitajan ja asiakkaan vuorovaikutuksessa. Asiakkaalla tulisi olla mahdollisuus osallistua omaa sairauttaan koskevaan hoitoon ja päätöksentekoon.

Tutkimuksen tutkimusongelmat hoitotyön asiakassuhteessa muotoiltiin seuraavasti:

1. Mitä on vuorovaikutuksen kompleksisuus ja miten se ilmenee hoitotyön asiakassuhteessa?
2. Mikä merkitys on vuorovaikutuksella hoitotyön asiakassuhteessa?
3. Miten vuorovaikutusta voisi kehittää?

Tutkimuksessa perehdyttiin ensin teorioihin ja tutkimuksiin, jotka käsittelevät vuorovaikutusta hoitotyön asiakassuhteessa sekä kompleksisuusteoriaa. Empiirisen tutkimuksen avulla haettiin tuoretta tietoa 15 hoitotyön asiakkaalta avoimen temahaastattelun kautta. Tavoitteena oli selvittää teoreettisista lähtökohdista ja empiirisen tutkimuksen avulla, mitä annettavaa kompleksisella vuorovaikutuksella on hoitotyön asiakassuhteessa. Tutkimuksen empiirisessä osiossa tarkastelu kohdistettiin asiakkaiden kokemuksiin vuorovaikutuksesta hoitotyössä.

Tässä tutkimuksessa muodostetun hoitotyön vuorovaikutuksen- ja kompleksisuusteoreettisen viitekehyksen ja empiirisen tutkimuksen esittämä näkemys kompleksisesta vuorovaikutuksesta hoitotyön asiakassuhteessa avaa uudenlaisen kuvan asiakkaan kokemuksista vuorovaikutuksesta hoitotyössä. Tämän tutkimuksen perusteella löydettiin kuusi ominaisuutta; asiakkaan hyvä olo, hoitosuhteen muodostuminen, luottamus, informointi, aika ja keskustelu (kuvio 8), jotka lisäävät asiakkaan vahvistumista ja voimaantumista sekä tunnetta parantumisesta.

Asiakkaan hyvä olo, hoitosuhteen muodostuminen, luottamus, informointi, aika ja keskustelu, nämä kuusi ominaisuutta on vastaus tutkimuksen empiirisessä osassa asetettuihin tutkimusongelmiin. Näiden ominaisuuksien avulla voidaan soveltaa ja kehittää hoitotyön vuorovaikutusta asiakassuhteessa. Hoitotyössä tulisi siirtyä asiakaslähtöiseen vuorovaikutukseen, jossa korostuu yksilön kunnioittaminen ja ainutlaatuisuus. Vuorovaikutuksessa päämääränä on kuulluksi ja autetuksi tulemisen kokemus.

Vuorovaikutuksen merkitykseksi hoitotyön asiakassuhteessa muodostui tässä tutkimuksessa asiakkaan hyvä olo ja hoitosuhteen muodostuminen. Asiakkaan hyvä olo muodostuu hoitavasta tunnelmasta. Tältä osin tutkimuksen johtopäätökset ovat yhdensuuntaisia muun muassa Thomsonin (1990) ja Roterin ym. (1997) näkemysten kanssa. Ilmapiiri vaikuttaa asiakkaan tyytyväisyyteen. Ilmapiirin luomiseen vaikuttavat hoitohenkilöstön ystävällisyys ja hoitajan paneutuminen asiakkaan huoliin.

Asiakkaan hyvä olo muodostuu siitä, että hänet huomioidaan kokonaisuutena hoitotyössä. Tutkimuksen johtopäätökset yhtenevät Gyllenstenin ym. (1999) ja Järvikosken (2000) näkemysten kanssa, että hoitotyössä on huomioitava asiakkaan fyysisten oireiden lisäksi psykologiset ja sosiaaliset tekijät. Asiakkaan osallistaminen vuorovaikutukseen on tärkeää muodostettaessa kokonaisvaltainen kuva asiakkaan tilasta.

Asiakkaan hyvä olo muodostuu hänen toiveiden täyttämisestä ja avun saannista. Tutkimuksen johtopäätökset yhtenevät Kukkolan (1997) väitöskirjan ja Potterin ym. (2003) kanssa. Asiakas tulee hoitotilanteeseen odotuksineen ja toiveineen. Asiakas odottaa asiantuntija-apua. Asiakkaalla on lisäksi tunteenomaisia ennakkoasenteita ja odotuksia. Hoidonantaja vastaa asiantuntemuksensa perusteella asiakkaan toiveisiin ja suunnittelee hoidon. Asiakkaan tyytyväisyyden kannalta ja hoidon onnistumisen kannalta olisi tärkeää, että hoitohenkilö tietää asiakkaan toivomukset hoitoa kohtaan. Asiakkaan odotusten ja toiveiden kartoittaminen on tärkeää. Hoitohenkilön tietäessä, mitä asiakas odottaa, voidaan käyttäytymistä muuttaa sen perusteella

Asiakkaan hyvä olo muodostuu kunnioittamisesta. Tutkimuksen johtopäätökset yhtenevät Sundeenin ym. (1987) ja Sarvimäen ym. (1991) käsitysten kanssa. Hoitajan toimin-

nassa kunnioittaminen ilmenee vastavuoroisuutena ja yhteisenä näkemyksenä asiakkaan voimavaroista ja ongelmista. Asiakkaan kunnioitus on auttamista hänen omista lähtökohdista ja voimavaroista käsin. Vastavuoroisessa vuorovaikutuksessa asiakasta kunnioitetaan ainutlaatuisena yksilönä.

Asiakkaan hyvä olo muodostuu myös rauhallisuudesta. Tutkimuksen johtopäätökset yhtenevät Routarinteen (2007) käsitysten kanssa. Hoitotilanteen ja vuorovaikutuksen onnistuminen edellyttää rauhallista ja kiireetöntä ympäristöä. Hoituhuoneen tulisi olla rauhallinen ja niin hyvin äänieristetty, että keskustelu voi olla luottamuksellista. Puhe-
limen hälytysäänen ei saisi keskeyttää hyvin alkanutta keskustelua. Hoitajan tulisi keskustellessaan katsoa asiakasta silmiin ja käyttäytyä rauhallisesti.

Hoitosuhteen muodostumiseen vaikuttavat asiakkaan yksilöllinen käsittely ja hoitosuunnitelman laatiminen yhdessä hoitohenkilöstön kanssa. Tutkimuksen johtopäätökset yhtenevät Vilénin (2008) ja Väisäsen ym. (2009) käsitysten kanssa. Terveystuolissa tulisi siirtyä asiakaslähtöiseen työhön, jossa korostuu yksilön ainutlaatuisuus, ihmisarvo sekä kyky osallistua omia asioitaan koskevaan päätöksentekoon. Vuorovaikutuksessa päämääränä on kuulluksi ja autetuksi tuleminen kokemus. Asiakkaan voimavarat ja tarpeet määrittelevät vuorovaikutusta. Tavoitteet laaditaan asiakkaan tarpeiden ja voimavarojen pohjalta. Hoitosuunnitelmissa kirjataan asiakkaan kanssa yhdessä sellaisia tarpeita, joita kohtaan asetetaan tavoitteita.

Hoitosuhteen muodostumiseen vaikuttaa myös asiakkaan ja hoitohenkilön yhteistyö. Tutkimuksen johtopäätökset yhtenevät Mattilan (2010) käsitysten mukaan. Asiakas ei ole hoidon asiantuntija, mutta hän on oman elämänsä asiantuntija. Arvostamalla tätä asiantuntijuutta saavutetaan hyvä vuoropuhelu asiakkaan ja hoitohenkilön välillä. Yhteistyö lisää tyytyväisyyttä molemmiin puolin. Vuorovaikutuksen myötä hoitohenkilö tulee tietoiseksi asiakkaan arvoista ja tavoitteista.

Tämän empiirisen tutkimuksen mukaan kompleksiseen vuorovaikutukseen liittyy luottamus ja informointi tai niiden puuttuminen. Asiakkaan luottamusta lisää, kun hän saa kertoa ongelmistaan. Tutkimuksen johtopäätökset yhtenevät Gyllenstenin ym. (1999) ja

Järvikosken (2000) näkemysten kanssa, että vuorovaikutuksessa hoidon päämäärä rakentuu asiakkaan omaan käsitykseen ongelmistaan ja vaikutusmahdollisuuksistaan niihin.

Asiakkaan luottamusta lisää tasa-arvo hoitosuhteessa. Tutkimuksen johtopäätökset yhtenevät Bradley'n ym. (1986) ja Routarinteen (2007) kanssa. Kaksisuuntaisessa kommunikatiivisessa vastaanottajalla osallistuu vuorovaikutukseen aktiivisesti. Kaksisuuntainen vuorovaikutus vaatii enemmän aikaa ja paneutumista. Vuorovaikutussuhteet ovat joko symmetrisiä tai täydentäviä, riippuen siitä, perustuvatko ne osallistujien tasa-arvoisuuteen vai epätasa-arvoisuuteen. Symmetrinen suhde toteutuu vuorovaikutuksessa, jossa molemmat osapuolet toimivat tasa-arvoisina osallistujina. Täydentävässä suhteessa toisella osallistujalla on enemmän valtaa kuin toisella. Valtaa voi antaa vapaaehtoisesti asiakkaalle, jolloin lisätään tasa-arvoa hoitosuhteessa.

Asiakkaan luottamusta lisää turvallisuuden tunne ja sen tarve hoitosuhteessa. Tutkimuksen johtopäätökset yhtenevät Maslow'n käsityksen kanssa, jonka mukaan ihmisellä on turvallisuuden tarve. Motivoitaessa ihmistä tarvehierarkian ylimmille tasoille täytyy alemman tason tarpeet olla tyydytettyjä. Voimavarat ovat tyydytettyjä tarpeita. Suunnitelmallinen voimavarojen arvioiminen on hoitotyössä tärkeää.

Informointi hoitotyössä sisältää asiakkaalle annettavat neuvot, kotiohjeet, esitteet, määräykset sekä jatkotoimenpiteistä sopimisen. Tutkimuksen johtopäätökset yhtenevät Heritagin ym. (1992), Du Prén (2000) ja Vehviläisen (2001) kanssa. Asiakkaat toivovat, että informaatiota annetaan sairautta koskien. Hoitotyön vuorovaikutuksen tavoitteena asiakassuhteessa voidaan pitää asiakaslähtöisyyttä ja neuvomista. Neuvon antamista voidaan pohjustaa kysymyksillä, näin tilannetta helpotetaan vuorovaikutuksessa. Neuvo voidaan muotoilla esimerkiksi tiedon tarjoamisena. Neuvominen katsotaan keskeiseksi hoitohenkilön tehtäväksi, jota varten tilanteessa ollaan.

Tämän empiirisen tutkimuksen perusteella hoitotyön vuorovaikutuksen kehittämiseksi nousi ajan ja keskustelun lisääminen hoitotyön asiakassuhteessa. Asiakkaat odottavat, että hoitajat käyttäisivät enemmän aikaa heidän kuuntelemiseen, keskusteluun ja kyse-

lemiseen. Tutkimuksen johtopäätökset yhtenevät Sundeenin ym. (1987), Sarvimäen ym. (1991), Kukkolan (1997), Walkerin ym. (2002) ja Väisäsen ym. (2009) kanssa. Vuorovaikutuksessa päämääränä on kuulluksi ja autetuksi tulemisen kokemus.

Hoitohenkilön tulisi osoittaa huolta ja lämpöä sekä kuunnella asiakasta aktiivisesti. Avoimilla kysymyksillä ohjataan kommunikaatiota asiakkaan tarpeisiin, jolloin hän voi tuoda esille mielipiteitään, ajatuksiaan ja tunteitaan. Kysymyksillä voidaan motivoida myös vuorovaikutuksen jatkamiseen. Asiakkaan tyytyväisyyttä lisäävät mahdollisuus puhua keskeytyksettä ja keskustella peloista sekä mielipiteen esittäminen hoidosta.

Asiakkaat odottavat keskustelussa hoitajalta empatiaa, sympatiaa, keskustelutaitoa, keskittymistä sekä kehonkielen, ilmeiden ja eleiden positiivista ilmaisemista. Tutkimuksen johtopäätökset yhtenevät Gillottin ym. (2000), Mönkkösen (2007), Anttilan ym. (2008) ja Mäkisalo-Ropposen (2011) kanssa. Empatia tarkoittaa, että hoitaja on aidosti kiinnostunut ja kykenee eläytymään asiakkaan tunteisiin. Asiakkaiden muistikuviiin jäävät erityisesti empaattiset hoitajat, jotka onnistuvat kiireenkin keskellä puhuttelemaan hoidettavaa arvokkaasti ja tekemään hoitotoimensa kiireettömästi.

Kun asiakkaan odottamat ominaisuudet; hyvä olo, hoitosuhteen muodostuminen, luottamus, informointi, aika ja keskustelu täytyvät hoitotyön vuorovaikutuksessa toteutuvat asiakkaan vahvistuminen ja voimaantuminen sekä tunne parantumisesta. Asiakkaan vahvistuminen edistää hyvää oloa ja terveyttä. Mattila (2001) kuvaa väitöskirjassaan, että vahvistuminen tarkoittaa potilaana vastuun ottamista; vaikuttaa ja päättää omaan hoitoonsa liittyvistä asioista. Kukkola (1997) kuvaa, että hoitosuhde tarkoittaa kahden henkilön välistä ammatillista vuorovaikutussuhdetta, jonka tavoitteena on asiakkaan hyvä terveys.

Kompleksisuutta ajatellen hoitotyön vuorovaikutus on kokonaisuudessaan kompleksinen eli monitulkintainen prosessi. Hoitotyön vuorovaikutuksen kehittämiseen tarvitaan myös aktiivista muutoksiin sopeutumista. Venkulan (2005) mukaan uudistuminen eli tässä tutkimuksessa hoitotyön vuorovaikutus alkaa häiriöstä eli asiakkaiden tyytymät-

tömyydestä hoitotyön vuorovaikutukseen. Tutkimuksen tulos on erilainen kuin lähtökohta. Se on myös lähtökohtaa kehittyneempi.

Vuorovaikutuksessa kehittyvät emergenttejä kokonaisuuksia. Niitä ei voida selittää osien ominaisuuksilla. Sotaraudan ym. (2006) mukaan kompleksisuusajattelussa tämä tarkoittaa emergenssin, intention, sopeutumisen ja tietoisin valinnan välisen paradoksin ratkaisemista. Stacey'n (2003) mukaan emergenssi tarkoittaa uusien muotojen syntymistä vuorovaikutuksen seurauksena ilman ennakoitua kaavaa. Itseorganisoituminen on spontaani uudelleen muotoutumisen prosessi. Systeemin käyttäytyminen on toistuvaa, mutta kuitenkin aina uutta. Hoitotyön vuorovaikutus asiakassuhteessa tulisikin olla itseorganisoitunut prosessi, mikä olisi kontekstisidonnainen ilman ennakoitua kaavaa ja aina uutta.

Hoitotyön vuorovaikutuksen ei tulisi pelkistyä sääntöihin ja lakeihin, sillä kompleksinen vuorovaikutus kehittyä ja kykenee muuttamaan vuorovaikutuksen sääntöjä. Kompleksisuusajattelu kehottaa hylkäämään joko - tai ajattelun ja hyväksymään sekä - että luonteen. Hoitajan ja asiakkaan vuorovaikutus voi luoda kompleksisia vuorovaikutussuhteita, joiden yksityiskohtia ei voida ennakoita. Mitä paremmin hoitotyön vuorovaikutus sietää erilaisia näkemyksiä, sitä hoitavampi ja laajempi on sen vaikutus. Mitleton-Kellyn (2003) mukaan ”erimielisyyttä sietävä” vuorovaikutus edistää luovien ja innovatiivisten ratkaisuvaihtoehtojen edistämistä. Jokainen yksittäinen hoitajan tekemä päätös tai valinta vaikuttaa asiakkaaseen.

Hoitajan ja asiakkaan välinen vuorovaikutus on hoitosuhteen ydin. Hoitohenkilön tulisi arvioida vuorovaikutuksen yhteydessä omia asenteitaan, henkilökohtaisia ominaisuuksiaan ja käyttäytymistään. Hoitajan vuorovaikutustaitojen hallinta edellyttää asennoitumista siihen, että kommunikointi on asiakkaalle merkityksellistä juuri siinä hetkessä. Hoitotyön vuorovaikutuksessa ei ole oleellista hoitajan aika vaan asenne. Kiireenkin keskellä hoitaja voi halutessaan luoda lämpimän ja kiireettömältä tuntuvan hoitotilanteen asiakkaalle. Aito kohtaaminen on hoitotyön vuorovaikutuksen perusta, se edellyttää välittämistä ja läsnäoloa. Asiakkaan sisäisen voiman-, vahvistumisen- ja parantumisen tunne tulisi lisääntyä.

Hoitotyön vuorovaikutuksessa tärkeää ei ole pelkästään se, mitä sanotaan vaan miten sanotaan. Hoitotyössä hoitaja pyrkii tasavertaiseen ja arvostavaan vuorovaikutukseen ja vastaa asiakkaan tunteisiin ja tarpeisiin. Hoitotyön asiakasta tulee arvostaa ja myös osoittaa se. Hoitotyössä käyttökelpoinen kehoitus on kohdella muita niin kuin haluaisi itseään kohdeltavan. Asiakkaalla on suuri tarve tulla kuulluksi ja ymmärretyksi. Asiakkaan tulee tuntea itsensä hyväksytyksi ja tärkeäksi hoitotilanteessa.

Hoitohenkilöt voivat hyödyntää tutkimuksen tuloksia muun muassa arvioidessaan ja kehittäessään hoitotyön vuorovaikutuksen laatua. Jokainen hoitohenkilö voi arvioida omaa vuorovaikutuskäyttämistään ja tarvittaessa kehittää sitä. Lisäksi tutkimustuloksia voi hyödyntää hoitohenkilöstön vuorovaikutuksen koulutuksessa.

Nonverbaalisten viestien tutkiminen on jäänyt tässä tutkimuksessa vähäiseksi. Mielenkiintoista olisi tutkia onko nonverbaalinen viestintä yhdensuuntaista verbaalisen kanssa. Vaikuttaako esimerkiksi hoitajien kiire nonverbaaliseen viestintään, paljastaako hoitaja nonverbaalisesti kiireensä, ajatuksensa, tunteensa tai asenteensa asiakkaalle? Näkyvätkö ennakkoasenteet kehon kielessä, ilmeissä, eleissä tai äänen käytössä? Ilmeneekö verbaalisen vuorovaikutuksen ja nonverbaalisen viestinnän välillä johdonmukaisuutta? Jatko-tutkimushaasteiksi nousee niiden tarkempi tutkiminen ja tulkinta.

LÄHDELUETTELO

- Aaltonen, Mika & Anne Kovalainen (2001). Johtaminen sosiaalisena konstruktiona. Helsinki: Yliopistopaino.
- Aasen, Tone M. B. (2009). Innovation as social processes. A participative study of the Statoil R & D program Subsea Increased Oil Recovery (SIOR). Trondheim: Norwegian university of science and technology.
- Anttila, Kyllikki, Tuulikki Kaila-Mattila, Suvi Kan, Eeva-liisa Puska & Riitta Vihunen (2008). Hoitamalla hyvää oloa. Helsinki: WSOY.
- Aula, Pekka (1999). Organisaation kaaos vai kaaoksen organisaatio? Dynaamisen organisaatioviestinnän teoria. Helsinki: Loki-Kirjat.
- Aula, Pekka (2000). Johtamisen kaaos vai kaaoksen johtaminen. WSOY.
- Babrow, Austin, Stephen Hines & Chris Kasch (2000). Managing uncertainty in illness explanation: An application of problematic integration theory. Teoksessa: Explaining illness. Research, theory and strategies, 41–67. Toim. Bryan B. Whaley. Mahwah & London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Berman, Peter (1995). Health sector reform. Making health development sustainable. Teoksessa: Health sector in developing countries. Making health development sustainable, 13-33. Toim. Peter Berman. Boston: Harvard University Press.
- Bradley, Jean C. & Mark A. Edinberg (1986). Communication in nursing context. Second edition. Norwalk: Appleton Century Crofts.
- Capra, Fritjof (2005). Complexity and life. Theory, Culture & Society 22: 5, 33–44.

- Cilliers, Paul (1998). *Complexity and postmodernism*. London: Routledge.
- Clarke, Michael & John Stewart (2003). *Handling the wicked issues*. Teoksessa: *The managing care reader*, 275. Toim. Jill Reynolds, Jeanette Henderson, Janet Seden, Julie Charlesworth & Anne Bullman. London: Routledge.
- Cline, Rebecca J. & Nelya J. McKenzie (1998). The many cultures of health care: Difference, dominance and distance in physician-patient communication. Teoksessa: *Health communication research a guide to developments and directions*, 57–74. Toim. Lorraine D. Jackson & Bernard K. Duffy. Westport: Greenwood Press.
- Corning, Peter A. (1995). Synergy and self-organization in the evolution of complex systems. *Systems Research* 12: 2, 89–121.
- Couch, Carl J. (1986). Elementary forms of social activity. Teoksessa: *Studies in the symbolic interaction research annual: The Iowas school, Supplement 2 Part 2 A*, 113–139. Toim. Stanley Saxton & Michael Katovick. Cambridge: Harvard University .
- Deaux, Kay, Francis C. & Lawrence S. Wrightsman (1993). *Social Psychology in the 90s*. 6th edition. California: Brooks/Cole Pub. Co.
- Demers, Christiane (2007). *Organizational change theories – a synthesis*. SAGE Publications. Los Angeles.
- Dey, Ian (1993). *Qualitative data analysis. A user-friendly guide for social scientists*. London & New York: Routledge.

- Dilthey, Wilhelm (1979). The construction of the historical world in the human studies. Teoksessa: Selected writings. Toim. Hans Peter Rickman. Cambridge University Press, 218–220.
- Dooley, Kevin K. & Andrew H. Van de Ven (1999). Explaining complex organizational dynamics. *Organization Science* 10: 3, 358–372.
- Du Pré, Athena (2000). *Communication about health: Current issues and perspectives*. Mountain view: Mayfield publishing company.
- Du Prè, Athena (2002). Accomplishing the impossible: Talking about body and soul and mind during a medical visit. *Health Communication*, 14: 1, 1–21.
- Elias, Norbert (1998). *On civilization, power and knowledge*. Chigago and London: The university of Chigago press.
- Eriksson, Jarl-Thure (2003). Kaaosteoria ja kompleksisten järjestelmien hallittavuus. Teoksessa: *Miten tutkimme tulevaisuutta?*, 46–64. Toim. Matti Vapaavuori & Santtu von Bruun. Tampere: Acta Futura Fennica 5.
- Esbjörn-Hargens, Sean (2009). An overview of integral theory: An all-inclusive framework for the 21st century. Intergar Institute, Resource Paper No. 1, March, 1–24.
- Eskola, Jari & Juha Suoranta (2003). *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Eskola, Jari & Jaana Vastamäki (2001). *Teemahaastattelu: Opit ja opetukset*. Teoksessa: *Ikkunoita tutkimusmetodeihin*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

- Faranzmand, Ali (2003). Chaos and transformation theories: A theoretical analysis with implications for organization theory and public management. *Public organization review: A Global Journal*, 3: 4, 339–372.
- Flidner, Dietrich (2001). Six levels of complexity; a typology of processes and systems. *Journal of artificial societies and simulation*. 4: 1.
<http://jasss.soc.surrey.ac.uk/4/1/4.html> viitattu 25.8.2011
- Fontana, Andrea & James H. Frey (2000). The interview: From structured questions to negotiated text. *Teoksessa: Handbook of qualitative research*, 652–661. Toim. Norman K. Denzin & Yvonna S. Lincoln. 2. painos. Thousand Oaks, London, New Delhi: SAGE Publications.
- Geyer, Robert & Samir Rihani (2000). Complexity theory and challenges to democracy in the 21st century. Paper presented at the political studies association-UK 50th annual conference, 10–13 April 2000, London.
<http://www.baltic.org/ecitizen/links/complexity/> viitattu 23.8.2011
- Gillotti, Catherine M. & James L. Applegate (2000). Explaining illness as bad news: Individual differences in explaining illness-related information. *Teoksessa: Explaining illness. Research, theory and strategies*, 101–120. Toim. Bryan B. Whaley. Mahwah & London: Lawrence Erlbaum associates.
- Gleick, James (1987). *Making a new science*. New York: Penguin.
- Goody, Esther (1995). Social intelligence and interaction. expressions and implications of the social bias in human intelligence. *Teoksessa. Handbook of psychophysiology*, 8-16. Toim. Louis G. Tassinary, Gary G. Berntson & John T. Cacioppo. Cambridge University Press.

- Gyllensten, Amanda Lundvik, Gunvor Gard., Eva Salford & Charlotte Ekdahl (1999). Interaction between patient and physiotherapist: a qualitative study reflecting the physiotherapist`s perspective. *Physiotherapy Research International*, 4: 2, 89–109.
- Haakana, Markku, Liisa Raevaara & Johanna Ruusuvuori (2001). Lääketieteen termit lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksessa. Teoksessa: *Institutionaalinen vuorovaikutus. Keskusteluanalyttisiä tutkimuksia*, 196–222. Toim. Johanna Ruusuvuori, Markku Haakana & Liisa Raevaara. Tampere: Vastapaino.
- Harisalo, Risto (2008). *Organisaatioteoriat*. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.
- Heritage, John & Sue Sefi (1992). Dilemmas of advice. Teoksessa: *Talk at work. Interaction in institutional settings*, 359–417. Toim. Paul Drew & John Heritage. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hirsjärvi, Sirkka & Helena Hurme (2008). *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Gaudeamus.
- Holstein, James A. & Jaber F. (1995). *The active interview. Qualitative research methods series 37*. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Huotari, Maija-Leena, Pertti Hurme & Tarja Valkonen (2005). *Viestinnästä tietoon. Tiedon luominen työyhteisössä*. Helsinki: WSOY.
- Hyvärinen, Matti & Varpu Löyttyniemi (2005). *Kerronnallinen haastattelu*. Teoksessa: *Haastattelu: Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus*, 194. Toim. Liisa Tiittula & Johanna Ruusuvuori. Tampere: Vastapaino.

- Jalonen, Harri (2007). Kompleksisuusteoreettinen tulkinta hallinnollisen tehokkuuden ja luovuuden yhteensovittamisesta päätöksenteon valmistelutyössä. Akateeminen väitöskirja. Tampereen teknillinen yliopisto. Julkaisu 693.
- Jo, Samsup & Sung Wook Shim (2005). Paradigm shift of employee communication; The effect of management communication on trusting relationships. *Public Relations Review* 32, 277–280.
- Juntunen, Matti & Lauri Mehtonen (1982). Ihmistieteiden filosofiset perusteet. Toinen painos. Jyväskylä: Gummerus.
- Järvikoski, Aila (2000). Ohjaus ammattina ja tieteenalana, ohjauksen toimintakentät. Teoksessa: Kuntoutuskeskeinen lähestymistapa kuntoutuksen asiakastyössä, 246–257. Toim. Jussi Onnismaa, Heikki Pasanen & Timo Spanger. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Kettunen, Tarja (2001). Neuvontakeskustelu. Tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysneuvonnassa. Jyväskylä: Jyväskylä University Printing House.
- King, Jonathan B. (1993). Learning to solve the right problems. The case of nuclear power in America. *Journal of Business Ethics* 12: 2, 105–116.
- Kitchen, Philip J. & Finbarr Daly (2002). Internal communication during change management. *Corporate communications. An International Journal*. 7: 1, 47–50.
- Kiviniemi, Kari (2001). Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa: Ikkunoita tutkimusmetodeihin – näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin, 81–82. Toim. Juhani Aaltola & Raine Valli. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

- Kukkola, Sirkka (1997). Kommunikatiivinen potilas-hoidonantajasuhte. Tutkimus haluttuun ja saadun kommunikaation vastaavuudesta perusterveydenhuollossa. Helsinki: Yliopistopaino.
- Kuuppelomäki, Merja (2002). Kuolevan potilaan emotionaalinen tukeminen - sairaanhoitajien näkökulma. *Hoitotiede* 3: 14, 117–128.
- Laine, Timo (2001). Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma. Teoksessa: Ikkunoita tutkimusmetodeihin – näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin, 26–42. Toim. Juhani Aaltola & Raine Valli. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992 / 785.
- Liponkoski, Riitta & Pirkko Routasalo (2001). Iäkkään kuntoutuspotilaan saama emotionaalinen tuki sairaalahoidon aikana. *Hoitotiede* 5: 13, 258–265.
- López-Acuña, Daniel (2000). The nature of health sector reform in the Americas and its significance for PAHOs technical cooperation. Background paper for the annual PAHOs managers retreat, 23.-24.10.2000, Washington, D.C.
- Lorenz, Edward N. (1963). Deterministic non periodic flow. *Journal of atmospheric science*. 20, 130–141.
- Luhman, Niklas (1995). *Social systems*. Stanford, CA: Stanford University Press.
<http://www.unizar.es/sociocybernetics/Journal/Jo53-2.pdf>
- Luhman, Niklas (2004). *Ekologinen kommunikaatio*. Tampere: Tammer-Paino. (Alkuperäisteos *Ökologische kommunikation* vuodelta 1990.)

- Maguire, Steve, Bill Mckelvey, Laurent Mirabeau & Nail Öztas (2006). Complexity science and organizational studies. Teoksessa: The sage handbook of organizational studies, 165–214. Toim. Stewart R. Clegg, Cynthia Hardy, Thomas B. Lawrence & Walter Nord. 2. painos. SAGE Publications.
- Mannerna, Mika (2004). Heikoista signaaleista vahva tulevaisuus. Helsinki: WSOY.
- Mattila, Lea-Riitta (2001). Vahvistumista ja tunnekokemusten jakamista. Potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta kuvaavan käsitejärjestelmän kehittäminen. Väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 816. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Mattila, Kati-Pupita (2010). Asiakkaana ihminen. Työnä huolenpito ja auttaminen. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Maula, Marjatta (2004). Itseuudistumisen dynamiikka. Systeemiajattelu kehitysprosessien ymmärtämisen perustana. Teoksessa: Yksilö, kulttuuri, innovaatioympäristö. Avauksia aluekehityksen näkymättömään dynamiikkaan, 259–264. Toim. Markku Sotarauta & Kati-Jasmin Kosonen. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.
- McDaniel, Reuben R. Jr., Michelle E. Jordan & Brigitte F. Fleeman (2003). Surprise, surprise, surprise! A complexity science view of the unexpected. Health Care Management Review 28: 3, 266–278.
- Mead, George Herbert (1934/1992). Mind, self and society: from the standpoint of a social behaviorist. Toim. Charles W. Morris. Chicago: University of Chicago Press.
- Mikkola, Leena (2006). Tuen merkitykset potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa. Jyväskylä: Jyväskylä University Printing House.

- Miles, Matthew B. & A. Michael Huberman (1994). *Qualitative data analysis*. California: Thousand Oaks. SAGE Publications.
- Mitleton-Kelly, Eve (2003). *Ten principles of complexity and enabling infrastructures*. Teoksessa: *Complex systems and evolutionary perspectives on organizations: The application of complexity theory to organizations*, 23–50. Toim. Eve Mitleton-Kelly. Pergamon.
- Morgan, Gareth (1997). *Images of organization*. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Morrison, Keith (2005). Structuration theory, habitus and complexity theory: elective affinities or old wine in new bottles? *British Journal of Sociology of Education*, 26: 3, 311–326.
- Mäkisalo-Ropponen, Merja (2011). *Vuorovaikutustaidot sosiaali- ja terveysalalla*. Helsinki: Tammi.
- Mönkkönen, Kaarina (2007). *Vuorovaikutus. Dialoginen asiakastyö*. Helsinki: Edita.
- Naukkarinen, Eeva-Liisa (2008). Potilaan itsemääräämisen ja sen edellytysten toteutuminen terveydenhuollossa. *Kuopio: Kuopion Yliopiston Julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet* 157.
- Niiniluoto, Ilkka (1990). *Maailma, minä ja kulttuuri*. Helsinki: Otava.
- Peltoniemi, Milla, Simo Isoaho, Timo Hämäläinen, Pauliina Nurmi & Esa Nummela (2004). *Katsaus systeemiteorioihin – järjestelmäajattelu*. Bio- ja ympäristötekniikan laitos. Tampereen teknillinen yliopisto.

- Potter, Margaret, Sandy Gordon & Peter Hamer (2003). Identifying physiotherapist and patient expectations in private practice physiotherapy. *Physiotherapy Canada* 55: 4, 195–202.
- Raevaara, Liisa, Johanna Ruusuvuori & Markku Haakana (2001). Institutionaalinen vuorovaikutus ja sen tutkiminen. Teoksessa: *Institutionaalinen vuorovaikutus. Keskusteluanalyttisiä tutkimuksia*, 17. Toim. Johanna Ruusuvuori, Markku Haakana & Liisa Raevaara. Tampere: Vastapaino.
- Ragan, Sandra L., Christina S. Beck & Martha D. White (1995). Educating the patient interactive learning in an OB-GYN context. Teoksessa: *The talk of the clinic*, 185–207. Toim. George Howard Morris & Ronald J. Chenail. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Raisio, Harri (2009). Pirulliset ongelmat terveydenhuollossa – esimerkkeinä Kansallinen terveyshanke ja hoitotakuu-uudistus. Teoksessa: *Teoksessa: Paras mahdollinen julkishallinto?*, 73–91. Toim. Jarmo Vakkuri. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.
- Robinson, Jeffrey D. (2003). An interactional structure of medical activities during acute visits and its implications for patients' participation. *Health Communications*, 15: 1, 27–59.
- Roter, Debra L. & Judith A. Hall (1997). Patient-provider communication. Teoksessa: *Health behavior and health education. Theory, research and practice*, 206–208. 2. painos. Toim. Karen Glanz, Frances Marcus Lewis & Barbara K. Rimer. San Francisco: Jossey-Bass.
- Routarinne, Simo (2007). *Valta ja vuorovaikutus. Statusilmaisun perusteet*. Helsinki: Tammi.

- Rubin, Anita (2004). Pehmeä systeemimetodologia.
<http://www.tukkk.fi/tutu/topi/tekstit/ssm/ssm%20perusteet.htm> viitattu
24.8.2011
- Sarvimäki, Anneli & Bettina Stenbock-Hult (1991). Hoitoa ja huolenpitoa. Kolmas painos. Helsinki: Sairaanhoidtajien koulutussäätiö.
- Schegloff, Emanuel A. (1992). Repair after next turn: The last structurally provided defence of intersubjectivity in conversation. *American journal of Sociology* 97, 1295–1345.
- Schleirmacher, Friedrich (1998). General hermeneutics. Teoksessa: *Hermeneutics and criticism and other writings*. Toim. Andrew Bowie. Cambridge: University Press, 230–232.
- Schwandt, Thomas A. (2000). Three epistemological stances for qualitative inquiry. Interpretivism, hermeneutics and social constructionism. Teoksessa: *Handbook of qualitative research*, 194–196. Toim. Norman K. Denzin & Yvonna S. Lincoln. 2. painos. Thousand Oaks, London, New Delhi: SAGE Publications.
- Silvennoinen, Markku (2004). Vuorovaikutuksen avaimet. Jyväskylä: Gummerus.
- Sotarauta, Markku (1996). Kohti epäselvyyden hallintaa – Pehmeä strategia 2000-luvun alusuunnittelun lähtökohtana. Akateeminen väitöskirja. *Acta Futura Fennica* No 6. Tulevaisuuden tutkimuksen seura. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Sotarauta, Markku & Smita Srinivas (2006). Co-evolutionary political processes: Understanding innovative economies and future resilience. *Futures*, 38: 3, 312–336.
- Stacey, Ralph & Douglas Griffin (2006). Complexity and the experience of managing public sector organizations. Lontoo. New York: Routledge.

- Stacey, Ralph (1996). *Complexity and creativity in organizations*. San Francisco: Berrett-Koehler Publisher.
- Stacey, Ralph (2003). *Strategic management and organizational dynamics. The challenge of complexity*. Harlow: Pearson Education.
- Stacey, Ralph (2006). *Ways of thinking about public sector governance*. Teoksessa: *Complexity and the experience of managing in public sector organizations*, 15–45. Toim. Ralph Stacey & Douglas Griffin. London: Routledge.
- Street Jr., Richard L. (2003). *Communication in medical encounters: An ecological perspective*. Teoksessa: *Handbook of health communication*, 63–89. Toim. Teresa L. Thompson, Alicia M. Dorsey, Katherine I. Miller & Roxanne Parrot. Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- Ståhle, Pirjo (2004). *Itseuudistumisen dynamiikka. Systemiajattelu kehitysprosessien ymmärtämisen perustana*. Teoksessa: *Yksilö, kulttuuri, innovaatioympäristö. Avauksia aluekehityksen näkymättömään dynamiikkaan*, 227–249. Toim. Markku Sotarauta & Kati-Jasmin Kosonen. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy-Juvenes Print.
- Sundeen, Sandra, Gaild Stuart, Elizabeth Rankin & Sylvia Cohen (1987). *Vuorovaikutus – avain hoitotyöhön*. SHKS. Helsinki: WSOY.
- Thompson, Theresa L. (2000). *The nature and language of illness explanations*. Teoksessa: *Explaining illness. Research, theory, and strategies*, 3–39. Toim. Bryan B. Whaley. Mahwah & London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Turvani, Margherita (2001). *Microfoundations of knowledge within the firm. Industry and innovation*. Dec 8: 3, 320–321.

- Vartiainen, Pirkko (2007). Kompleksisuustieteet hallinnon tutkijoiden kiikarissa. *Hallinnon Tutkimus*, 26: 3, 1–2.
- Vartiainen, Pirkko (2009). Kansalaiset terveydenhuollon uudistajina. Teoksessa: *Paras mahdollinen julkishallinto?*, 172–179. Toim. Jarmo Vakkuri. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.
- Vehviläinen, Sanna (2001). Neuvomisen ongelmia ja ratkaisuja – vertaileva näkökulma. Teoksessa: *Institutionaalinen vuorovaikutus. Keskusteluanalyttisiä tutkimuksia*, 39–41. Toim. Johanna Ruusuvuori, Markku Haakana & Liisa Raevaara. Tampere: Vastapaino.
- Venkula, Jaana (2005). Epävarmuudesta ja varmuudesta. Johdantoa epävarmuuden kohtaamiseen. Helsinki: Kirjapaja Oy.
- Vilén, Marika, Päivi Leppämäki & Leena Ekström (2008). Vuorovaikutuksellinen tutkiminen. Helsinki: WSOY.
- Väisänen, Leena, Mika Niemelä & Pirkko Suua (2009). Sanat työssä. Vuorovaikutus ammattitaitona. Sastamala: Vammalan Kirjapaino Oy.
- Walker Kandi L., Christa L. Arnold, Michelle Miller-Day & Lynne M. Webb (2002). Investigating the physician-patient relationship: Examining emerging themes. *Health Communication*, 14: 1, 45–68.
- Young, Amanda & Linda Flower (2002). Patients as partners, patients as problem-solvers. *Health Communication*, 14: 1, 69–97.
- Åberg, Leif (2002). Viestinnän johtaminen. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

LIITE 1.

Arvoisa vastaanottaja,

Teen tutkimusta asiakkaan ja hoitohenkilökunnan vuorovaikutuksesta. Aiheena on ”Kompleksinen vuorovaikutus hoitotyön asiakassuhteessa”. Tutkimuksessa selvitetään hoitotyön asiakassuhteessa ilmenevää kompleksista vuorovaikutusta, vuorovaikutuksen merkitystä sekä vuorovaikutuksen kehittämismahdollisuuksia.

Pyydän kunnioittaen, että voisitte varata aikaanne noin tunnin tutkimustyötä varten tehtävään haastatteluun. Haastattelut toteutetaan teemahaastatteluna ja vastaukset nauhoitetaan kirjoittamista varten. Haastattelussa ilmeneviä asioita käsitellään ehdottoman luotamuksellisesti. Haastatteluaineisto on ainoastaan minun käytössä, ja sitä käytetään vain tähän tutkimukseen. Minulla on vaitiolovelvollisuus, ja tutkimusta raportoitaessa ketään osallistujaa ei voida tunnistaa. Tutkimuksessa haastatellaan 15 hoitotyön asiakasta.

Tutkimukseni on tarkoitettu sosiaali- ja terveyshallintotieteen pro gradu työksi, jota teen Vaasan yliopiston filosofisessa tiedekunnassa. Mikäli haluatte kysyä tutkimuksesta, vastaan mielelläni. Otan Teihin yhteyttä syyskuun aikana tarkemman haastatteluajan kohdan sopimiseksi.

Yhteistyöstä etukäteen kiittäen

Merja Rantala

Jalasjärven Fysioterapia

Keskustie 6

61600 Jalasjärvi

Puh.06 4561211 / 040 0923632

Sähköposti merja_rantala@netikka.fi

LIITE 2.

Haastateltavien teemahaastattelun teemat:

1. Vuorovaikutuksen kompleksisuus ja sen ilmeneminen hoitotyön asiakassuhteessa

Aihepiirit:

vuorovaikutuksen muutos

vaihtoehdot

mahdollisuudet

valtasuhteet

statusilmaisu

2. Vuorovaikutuksen merkitys hoitotyön asiakassuhteessa

Aihepiirit:

vuorovaikutustaidot

sanaton viestintä

sanallinen viestintä

vastavuoroinen/terapeuttinen vuorovaikutus

asiakaslähtöisyys

voimavarat

kokonaisvaltaisuus

ilmapiiri

ammattisanasto

neuvot/määräykset

myönteiset vuorovaikutuksen tekijät

kielteiset vuorovaikutuksen tekijät

3. Vuorovaikutuksen kehittäminen hoitotyön asiakassuhteessa

Aihepiirit:

uudistukset ja parannukset

LIITE 3.

Teemahaastattelujen haastattelurunko

1. Vuorovaikutuksen kompleksisuus ja sen ilmeneminen hoitotyön asiakassuhteessa

Aihepiirit:

- vuorovaikutuksen muutos ja vaihtoehdot; Mitä muutosta olet huomannut tai haluaisit hoitotyön vuorovaikutukseen?
- mahdollisuudet; Mitä mahdollisuuksia vuorovaikutus avaa hoitotilanteessa?
- valtasuhteet ja statusilmaisu; Millaiseksi koet asemasi hoitotilanteessa?

2. Vuorovaikutuksen merkitys hoitotyön asiakassuhteessa

Aihepiirit:

- vuorovaikutustaidot, sanaton- ja sanallinen viestintä, myönteiset ja kielteiset vuorovaikutuksen tekijät; Mitä vuorovaikutus hoitotyössä on? Millaisia vuorovaikutustaitoja tarvitaan hoitotyössä?
- asiakaslähtöisyys ja ilmapiiri; Millaiseksi kuvailisit ilmapiiriä hoitotilanteessa?
- voimavarat ja kokonaisvaltaisuus; Miten hoitohenkilö huomioi asiakkaan kokonaisuutena?
- ammattisanasto, neuvot ja määräykset; Miten tietoa tarjotaan?

3. Vuorovaikutuksen kehittäminen hoitotyön asiakassuhteessa

Aihepiirit:

- uudistukset ja parannukset; Miten asiakkaan ja hoitohenkilökunnan vuorovaikutusta voisi parantaa?
- kehittäminen; Mitä kehitettävää on hoitotyön vuorovaikutuksessa

LIITE 4.

Haastatellut asiakkaat ja haastattelujen ajankohdat:

1. Jussila Seppo 23.9. klo 9
2. Kujala Jukka 23.9. klo 10
3. Lustila Aila 23.9. klo 11
4. Mäkelä Markus 23.9. klo 13
5. Vuorela Saima 23.9. klo 15
6. Lohikoski Ritva 23.9. klo 16
7. Paavola Hannu 25.9. klo 14
8. Viitanen Eeva 28.9. klo 11
9. Rajaniemi Tuula 28.9.klo 12
10. Mäkinen Anni 28.9. klo 13
11. Hakala Leila 28.9. klo 14
12. Antila Pentti 28.9. klo 15
13. Jokela Margaret 4.10. klo 8
14. Käkälä Matti 4.10. klo 9
15. Tunttunen Aila 4.10. klo 16

LIITE 5.

Haastatteluiden vastausten ensimmäinen luokitus

Mitä vuorovaikutus hoitotyössä on?

- välitöntä keskustelua kaikenlaisista asioista
- sopimista hoidoista ja hoitamisesta
- asiakas kertoo ongelmistaan ja hoitaja yrittää auttaa
- hyvä tunnelma hoitajan ja asiakkaan välillä
- yhteisymmärrystä
- kehonkieli, ilmeet ja eleet
- päästä samalle aaltopituudelle
- kuuntelua
- saa neuvoja
- molemminpuolista vaikuttamista
- huomioon ottamista kokonaisuutena

Millaisia vuorovaikutustaitoja tarvitaan hoitotyössä?

- ymmärtää kehonkieltä
- sympaattinen ja empaattinen
- hyvä keskustelutaito, puhetaito
- osaa jokaista asiakasta käsitellä yksilöllisesti
- kontaktin saaminen
- ystävällisyys
- keskittymistä
- huomioitava asiakkaan tuntemukset
- katsekontakti
- rauhallisuus
- kuunteleminen

- kunnioittaminen

Millaiseksi kuvailisit ilmapiiriä hoitotilanteessa?

- ei jännitettä
- asiakas haluaa palvelua
- lämmin, mukava ja tehokas
- hyvä
- kiireinen
- luottamuksellinen ja avoin
- kireä
- vaihteleva
- rauhallinen ja hiljainen
- pitää olla aikaa keskustella

Miten hoitohenkilö huomioi asiakkaan kokonaisuutena?

- täydellisesti
- liikaakin huomioidaan
- hyvin
- ihminen on laaja kokonaisuus
- huomioidaan vain päällimmäinen ja yksi vaiva
- kokonaisvaltaisesti haastattelemalla
- heikosti
- henkisesti ja psyykkisesti

Miten tietoa tarjotaan?

- keskustelemalla
- pitää osata pyytää
- ei ole selitetty, mistä on kysymys

- vaihtelevasti
- kotiohjeita
- määräyksiä
- kannustavasti
- niukasti
- nihkeästi
- hyvin
- tietoa ei tarjota
- annettava esitteitä
- luontevasti
- annettava mitä hoidettava voi tai haluaa ottaa vastaan

Mitä muutosta olet huomannut hoitotyön vuorovaikutuksessa?

- vapaampaa
- parempaa ja sosiaalisempaa
- otetaan enemmän huomioon
- kiire
- parantunut

Mitä mahdollisuuksia vuorovaikutus avaa hoitotilanteessa?

- saa ilmoittaa tuntojaan
- pyritään täyttämään toiveet
- uutta tekemistä
- saa terveysneuvoja
- ohjaamista
- kehittyä henkisesti
- huomataan terveydentilan muutokset
- saada apua
- vie asioita paljon eteenpäin
- saa jättää psyykkiset ja fyysiset vaivansa

- tunne parantumisesta
- voi luottaa hoitohenkilöön

Millaiseksi koet asemasi hoitotilanteessa?

- tasa-arvoiseksi
- hoitajat ovat asiakasta varten
- tärkeäksi
- ei välitä vanhasta ihmisestä mitään
- reiluksi
- alistetuksi
- alemmaksi tai heikommaksi
- yksityispuolella on oikeus vaatia
- kuntapuolella on mentävä niiden ehdoilla
- hyväksi

Miten asiakkaan ja hoitohenkilökunnan vuorovaikutusta voisi parantaa?

- keskustelemalla asiakkaan tarpeista
- antamalla asiakkaalle enemmän aikaa
- kuuntelemalla asiakasta
- kehonkielellä, ilmeillä ja eleillä
- välttämällä sellaisia pieniä epämukavia viestintämuotoja, kuten kelloon vilkuilua
- keskustelemalla enemmän
- keskittymällä asiakkaaseen
- ajattelemalla ja toimimalla positiivisesti

Mitä kehitettävää on hoitotyön vuorovaikutuksessa?

- hoitohenkilökunta puhuisi muistakin asioista kuin hoitoon liittyvistä
- enemmän juttelua

- sääntönä, että tee toiselle sitä, mitä haluaisit itselle tehtävän
- paneutua laajemmin asiakkaaseen ja kysyä enemmän asioita
- olemalla kiinnostunut asiakkaasta
- olemalla terapeutin, että vuorovaikutus hoitaisi asiakasta jollakin tavalla
- jutella mukavia, että asiakas rauhoittuu ja rentoutuu
- keskustella hoidon jatkotoimenpiteistä, että vaiva paranisi
- salassapitovelvollisuuden säilyttäminen
- keskittyä asiakkaaseen
- neuvoa asiakasta
- hyväksyä toisen ihmisen sellaisena kuin se on