



VARPU LIPPONEN

## Läheisyyttä ja etäisyyttä kuoleman lähestyessä

Kuolevan potilaan ja omahoitajan hoitosuhde dialogisen  
filosofian näkökulmasta tarkasteltuna



AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Esitetään Tampereen yliopiston  
lääketieteellisen tiedekunnan suostumuksella  
julkisesti tarkastettavaksi lääketieteen laitoksen  
B-rakennuksen isossa luentosalissa, Medisiinarinkatu 3, Tampere,  
elokuun 18. päivänä 2006 kello 12.

English abstract

TAMPEREEN YLIOPISTO

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA  
Tampereen yliopisto  
Hoitotieteen laitos

Ohjaaja  
Professori Päivi Åstedt-Kurki  
Tampereen yliopisto

Esitarkastajat  
Dosentti Martti Kuokkanen  
Helsingin yliopisto  
Professori Anna-Maija Pietilä  
Kuopion yliopisto

Myynti  
Tiedekirjakauppa TAJU  
PL 617  
33014 Tampereen yliopisto

Kannen suunnittelu  
Juha Siro

Puh. (03) 3551 6055  
Fax (03) 3551 7685  
taju@uta.fi  
www.uta.fi/taju  
<http://granum.uta.fi>

Painettu väitöskirja  
Acta Universitatis Tamperensis 1161  
ISBN 951-44-6671-3  
ISSN 1455-1616

Sähköinen väitöskirja  
Acta Electronica Universitatis Tamperensis 539  
ISBN 951-44-6672-1  
ISSN 1456-954X  
<http://acta.uta.fi>

Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print  
Tampere 2006

Jarille, Mikolle ja Annalle



# KIITOKSET

Sairaanhoidajan ja terveydenhoitajan työssä vuosien varrella kohtaamani erilaiset kuolemat sekä omakohtaiset oman isäni saattamiseen liittyvät kokemukset sairaalan teho-osastolla koskettivat minua syvästi ja herättivät kiinnostukseni tutustua kuolemiseen, kuolemaan ja saattohoitoon myös hoitotieteellisen ja filosofisen tutkimustiedon näkökulmasta. Alkoi matka, joka on jatkunut jo yli viisitoista vuotta ja jatkuu edelleen. Tällä matkalla parhaita tien näyttäjiä ovat olleet kuolevat, jo edesmenneet potilaat, joihin minulla on ollut kunnia tutustua tutkimusta tehdessäni. He ovat opettaneet minulle, että valmiiksi tällä matkalla ei tulla koskaan. On otettava nöyrästi vastaan se, mitä elämä tarjoaa. Haluan lausua parhaimmat kiitokseni kaikille tutkimukseeni osallistuneille potilaille ja heidän omahoitajilleen. Ilman teitä tutkimukseni ei olisi mahdollistunut.

Ohjaajaani professori Päivi Åstedt-Kurkea kiitän kriittisestä, tutkimusprosessia eteenpäin vievästä ohjauksesta sekä kannustavista palautteista erityisesti tutkimukseni viime vaiheissa. Yhteistyömme on kestänyt vuosia. Jo perustutkintovaiheessa sytytit minussa ”kipinän” tutkimuksen tekemiseen luotsatessasi ensimmäistä perhehoitotyön asiantuntijaryhmääsi.

FT Kirsi Lumme-Sandtille haluan lausua sydämelliset kiitokset erityisesti väitöskirjatutkimukseni menetelmällisestä ohjauksesta sekä matkan varrella virinneestä ystävydestä välillämme. Olet ollut aina tavoitettavissa, vastannut kysymyksiini, ohjannut, tukenut ja rohkaissut minua tilanteissa, joissa oma uskoni eteenpäin pääsemisestä on alkanut horjua. Kiitän sinua sekä Outia, Ilkkaa ja Hannaa yhteisestä diskurssipajastamme, joka mahdollisti monien menetelmällisten lukkojen avaamisen ja iloisen yhteistyön. Professori Marja Jylhälle lausun vilpittömät kiitokseni antamistasi palautteista ja kannustuksesta kesäloman kynnyksellä.

Erityiskiitokset kuuluvat myös monivuotiselle ohjaajalleni ja väitöskirjatyöni esitarkastajalle filosofian professori Martti Kuokkaselle. Jo luennoillasi innostutit minua tutustumaan filosofian saloihin, mutta ennen kaikkea haluan kiittää sinua perusteellisesta ja kannustavasta ohjauksestasi, tuestasi sekä kriittisestä kommentoinnistasi tutkimusprosessini eri vaiheissa. Kiitän lämpimästi myös toista esitarkastajaani professori Anna-Maija Pietilää työtäni eteenpäin vievästä rakentavasta palautteesta.

Professori Eija Paavilaista haluan kiittää ohjauskeskusteluistamme, Mika Kiiskistä tutkimusraporttini kieliasun tarkistamisesta, Kirsi Saarista englanninkielisen tekstiosuuden tarkistamisesta sekä informaattikko Sinikka Lehtomäkeä opastuksesta oikeille tiedon lähteille.

Läheisiä työtovereitani Tiina Hautamäkeä, Heidi Kassaraa, Nina Kilkku ja Paula Stenforsia haluan kiittää ystävydestä, hyvistä kommentteista, tuesta ja kannustuksesta tutkimuksenteon eri vaiheissa. Kiitokset myös ystävilleni ja opiskelutovereilleni Tiina Surakalle ja Hilikka Majasaarelle arvokkaista kommentteistanne yhteisellä matkallamme.

Jaria, Mikkoa ja Annaa kiitän siitä, että olette vuosikaudet jaksaneet tukea uurastustani ja pitäneet kukin omalla tavallanne minut kiinni arjessa. Kiitokset tutkimukseni valmistumisesta kuuluvat myös jo edesmenneelle Murukoirallemme. Muru oli minulle uskollinen ystävä ja elämässä kiinnipitäjä erityisesti silloin, kun minun oli vaikea irrottautua kuolevien potilaiden kanssa kokemistani syvälle luotaavista keskusteluhetkistä. Pitkät kävelyretket kanssasi olivat korvaamattomia.

Tutkimukseni taloudellisesta tuesta kiitän Pirkanmaan Kulttuurirahaston Aino Valvaalan rahastoa, Pirkanmaan sairaanhoitopiiriä, Pirkanmaan Syöpäyhdistys ry:tä, Pirkanmaan ammattikorkeakoulua, Tampereen kaupungin tiederahastoa ja Tampereen yliopistoa. Myöntämäni apurahat ovat mahdollistaneet pitkäjänteisen työskentelyn ja nopeuttaneet väitöskirjani valmistumista.

Tampereella 9.6. 2006

Varpu Lipponen

# TIIVISTELMÄ

Sairas ihminen tajuaa kuolevansa ja valmistautuu siihen aina omalla tavallaan. Jokainen kuolema on ainutlaatuinen ja vasta kuolemassa yksittäinen elämä saavuttaa kokonaisuutensa. Myöskään kuolevan potilaan hoidossa ei ole yhtä tapaa, jolla voitaisiin varmistaa hyvä kuoleminen ja kuolema. Kuolevan potilaan ja omahoitajan on löydettävä itsestään ne voimavarat, joiden avulla he voivat kirjoittaa omaa elämäntarinaansa. Kuoleman kokonaisvaltaisuus ja lopullisuus koskettavat samalla tavalla niin potilasta kuin hoitajaa ja tekevät heidän vuorovaikutussuhteestaan sekä hoitotieteellisesti että filosofisesti kiinnostavan.

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, miten kuolevat potilaat ja omahoitajat konstruoivat hoitosuhdettaan vuorovaikutuksessa. Tätä kysymystä lähestytään dialogista filosofiaa apuna käyttäen. Tutkimustehtävät ovat 1) minkälaisia ovat kuolevien potilaiden ja heidän omahoitajiensa hoitosuhdetta koskevat kielelliset kuvaukset ja 2) minkälaiseksi kuolevan potilaan hoitotodellisuus näiden kuvausten pohjalta rakentuu dialogisen filosofian näkökulmasta tarkasteltuna. Oletetaan, että kuolevan potilaan hoitotyö on eettisesti perusteltua ainoastaan silloin, kun se antaa potilaalle mahdollisuuden elää hyvää elämää ja säilyttää itseytensä loppuun asti. Hyvän elämän eläminen ja itseiden säilyttäminen loppuun asti nähdään ideaaleina, jotka voivat toteutua vain dialogisessa hoitosuhteessa.

Tutkimusaineiston muodostivat neljässä saattohoitoa toteuttavassa hoitolaitoksessa kerätyt kuolevien potilaiden ja omahoitajien hoitotilanteiden havainnoinnit (N=10) sekä samojen potilaiden (N=10) ja hoitajien (N=10) erilliset avoimet haastattelut, joita tehtiin yhteensä 35. Analysoitavaa tekstiä kertyi kaikkiaan 322 sivua. Tutkimuksen analyysivälineenä käytettiin episteemiseen konstruktionismiin perustuvaa diskurssianalyysia. Kieltä analysoitaessa ei etsitty ontologisia merkityksiä, vaan tutkimuksen kohteena oli sosiaalinen saattohoitotodellisuus.

Havainnointi- ja haastatteluaineistojen analyysit toivat esiin useita erilaisia kulttuurisia puhetapoja, joihin tukeutuen kuolevat potilaat ja omahoitajat tekivät ymmärrettäväksi hoitosuhteelle antamiaan merkityksiä. Kuolevan potilaan ja omahoitajan hoitosuhteessa hyvä hoito ja itseiden säilyttäminen merkitsevät jatkuvaa tasapainoilua *läheisyyden* (dialoginen Minä-Sinä-maailma) ja *etäisyyden* (monologinen Minä-Se-maailma) *paradoksaalisessa samanaikaisuudessa*. Saattohoitoa kuvaava ajatus ”kun ei ole enää mitään tehtävissä, on vielä paljon tehtävissä” on sidoksissa ennen kaikkea omahoitajaan ja hänen valmiuteensa tarkastella ammattitaitoisesti kuolevan potilaan ihmisenä olemista. Kun dialoginen yhteys hoitosuhteessa syntyy, hoitopaikka menettää merkityksensä ja saattohoito toteutuu ideologiansa mukaisesti *monimerkityksellisenä* ja *tilannesidonnaisena* yksilön arvon ja vapauden kunnioittamisena.

Avainsanat: saattohoito, kuoleva potilas, kuolevan potilaan ja omahoitajan hoitosuhde, dialoginen filosofia, episteeminen konstruktionismi, diskurssianalyysi

## ABSTRACT

A terminally ill person is aware of his or her own mortality and he or she always prepares him/herself for the death independently. Every death is unique and just at the moment of death one's life can reach its wholeness. There is not only one way in hospice care to ensure good care and good death of a dying patient. A dying patient and his or her nurse must find from themselves those resources in order to write their own life stories. The wholeness and irreversibility of death touches both the patient and primary nurse in a similar way and makes their interdependency interesting from the viewpoints of nursing science and philosophy.

The purpose of the research was to find out how dying patients and their primary nurses construct their interaction. In this context an approach of dialogical philosophy has been applied. The research questions are 1) what kind of verbal descriptions appear in the relationship between a dying patient and a primary nurse 2) what kind of nursing culture is constructed based on these descriptions as seen from the viewpoint of dialogical philosophy. It is assumed that the nursing of a dying patient is ethically justified only if it gives the patient a chance to live a good life and to maintain his or her autonomy until the end. It is seen that good life at the imminence of death and preserving autonomy until the final end are ideals, which can be realised only in a dialogical nursing relationship.

The research data was collected on four hospital wards by observing interaction between dying patients and their nurses in ten nursing situations and by interviewing individually the same dying patients and their nurses. Altogether 35 interviews were made. All in all 322 written pages of material were collected for analysis. The research was carried out by using discourse analysis, which was based on epistemological constructionism. The focus of the analysis was on the social hospice care. Ontological interpretations of the spoken language were avoided.

The analyses of observation and interview materials brought up several cultural ways of speaking. With these ways of speaking the dying patients and their nurses expressed their own meanings of nursing relationship. In a nursing relationship the good care and the autonomy of a dying patient are experienced as balance between the paradoxal wholeness of the presence (dialogical I – Thou – world) and the absence (monological I – It – world). The idea of the hospice care “when nothing can be done, many things can be done” is related to a nurse and her professional competence to observe a dying patient as a human being. When a dialogical nursing relationship is born, the place loses its purpose and the hospice care reaches its ideological purpose as an ambiguous and situational respect of individual value and liberty.

Key words: hospice care, dying patient, dying patient - primary nurse relationship, dialogical philosophy, epistemic constructionism, discourse analysis



# SISÄLTÖ

<b>TIIVISTELMÄ</b> .....	7
<b>ABSTRACT</b> .....	8
<b>1 JOHDANTO</b> .....	13
1.1 Tutkimuksen tausta .....	13
1.2 Tutkimuksen kulku .....	16
<b>2 KUOLEVAN POTILAAN JA OMAHOITAJAN HOITOSUHTEEN TARKASTELUN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT</b> .....	18
2.1 Kuoleminen, kuolema ja kuoleva potilas.....	18
2.2 Kuolevan potilaan omahoitaja .....	21
2.3 Kuolevan potilaan ja omahoitajan hoitosuhde.....	23
2.4 Dialogisuus ja dialogisuuden kaltaisuus hoitosuhteessa.....	25
2.4.1 Dialogisuus hoitosuhteessa.....	25
2.4.2 Dialogisuuden kaltaisuus.....	26
2.5 Dialogin kaltaisen hoitosuhteen toteutuminen kuolevan potilaan hoitotyössä .....	28
2.5.1 Dialogisuus kuolevan potilaan todellisuutena .....	28
2.5.2 Arjen monologisuus.....	32
2.6 Yhteenveto kuolevan potilaan ja omahoitajan hoitosuhteesta dialogisen filosofian näkökulmasta tarkasteltuna.....	34
2.7 Aikaisempi kuolevan potilaan hoitoa koskeva tutkimus .....	34
<b>3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT</b> .....	39
<b>4 METODOLOGISET VALINNAT JA TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN</b> .....	40
4.1 Sosiaalikonstruktivistinen lähestymistatapa .....	40
4.2 Tutkimusaineisto ja sen kerääminen .....	42
4.3 Diskurssianalyysi ja analyysin toteuttaminen .....	45
4.3.1 Diskurssianalyysi.....	45
4.3.2 Diskurssianalyysin toteuttaminen.....	49

<b>5 TUTKIMUSTULOKSET</b> .....	54
5.1 Hoitotilanteissa ilmenevät kuolevien potilaiden ja omahoitajien tulkintarepertuaarit ja positiot .....	54
5.1.1 Muistelu .....	56
5.1.2 Pärjääminen .....	58
5.1.3 Sairaus .....	63
5.1.4 Minä.....	68
5.1.5 Arki.....	74
5.1.6 Omahoitaja .....	79
5.2 Kuolevien potilaiden tulkintarepertuaarit ja positiot .....	85
5.2.1 Ammattitaito .....	86
5.2.2 Sairastaminen .....	96
5.2.3 Kuolema .....	101
5.3.4 Perhe.....	107
5.3 Omahoitajien tulkintarepertuaarit ja positiot .....	114
5.3.1 Vuorovaikutus .....	115
5.3.2 Ammatillisuus .....	127
5.3.3 Ympäristö .....	135
5.3.4 Oppiminen .....	140
5.4 Kuolevien potilaiden ja omahoitajien hoitosuhteelle antamat merkitykset.....	146
5.5 Yhteisesti jaettua läheisyyttä ja etäisyyttä kuolevan potilaan hoitotodellisuudessa dialogisen filosofian näkökulmasta tarkasteltuna .....	148
5.5.1 Kuolevan potilaan hoitotodellisuus kulttuurisena kehänä.....	149
5.5.2. Läheisyys ja etäisyys kuolevan potilaan hoitotodellisuudessa.....	163
<b>6 POHDINTA</b> .....	167
6.1 Tutkimuksen tulosten tarkastelu .....	167
6.2 Tutkimuksen eettisyys .....	174
6.3 Tutkimuksen luotettavuus.....	178
6.4 Jatkotutkimusaiheet.....	183
<b>LÄHTEET</b> .....	185
<b>LIITTEET</b> .....	205

# TEKSTISSÄ ESIINTYVÄT KUVIOT JA TAULUKOT

## KUVIOT

1. Tutkimuksen ajallinen eteneminen
2. Kaksivaiheisen diskurssianalyysin eteneminen
3. Kuolevien potilaiden ja omahoitajien hoitosuhteelle antamat merkitykset
4. Saattohoidon kulttuurinen kontekstikehä

## TAULUKOT

1. Tutkimusaineiston kuvaus
2. Tulkintarepertuaarien ja toimijoiden positioiden esiintyminen havainnointiaineistossa
3. Tulkintarepertuaarien ja toimijoiden positioiden esiintyminen kuolevien potilaiden haastatteluaineistossa
4. Tulkintarepertuaarien ja toimijoiden positioiden esiintyminen omahoitajien haastatteluaineistossa



# 1 JOHDANTO

## 1.1 Tutkimuksen tausta

Hoitotyö on hyvin moniulotteista. Yhden ulottuvuuden tässä kokonaisuudessa muodostaa saattohoidoksi kutsuttu kuolevan potilaan hoitotyö, joka tarkoittaa parantumattomasti sairaan potilaan viime vaiheen hoitoa. Sen perustana ovat valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) julkaisemat kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa (2002) ja saattohoitoa koskeva muistio (2003) sekä alun perin kristilliseen laupeudentyöhön (caritas) perustuvan kansainvälisen hospice-liikkeen periaatteet.<sup>1</sup> Niitä noudatetaan silloin, kun kuoleman läheisyys on julkilausuttu eikä sairauteen enää ole löydettävissä lääketieteellistä parannuskeinoa. Saattohoito sisältääkin olettamuksen, että hoitajalla on mahdollisuus helpottaa kuolevan potilaan ja hänen perheenjäsentensä olotilaa. Keskeinen ajatus on ”kun ei ole enää mitään tehtävissä, on vielä paljon tehtävissä”. Kuolemaa ei suljeta pois sosiaalisesta todellisuudesta, vaan kuolevalle potilaalle pyritään luomaan olosuhteet, joissa hän voi mahdollisuuksiensa mukaan elää täyttä elämää loppuun asti sekä kohdata oman kuolemansa turvallisesti, arvokkaasti ja rakastettuna. (Sinnemäki ja Simonen 1995, Kuuppelomäki 1996, Leino et al. 1996, ETENE 2002, 2003.) Tässä tutkimuksessa kuolevan potilaan hoitotyö

---

<sup>1</sup> *Wilson et al. (1998) määrittelevät terminaalihoidon elämän loppuvaiheessa tapahtuvaksi hoidoksi. Hospice puolestaan on filosofinen näkemys, jonka mukaan kenenkään ei tarvitse kuolla tuskaisena ja peloissaan. Keskiajalla munkkien alpeille matkailijoita varten rakentamia turvakoteja alettiin kutsua nimellä hospice. (Mäntymies 2000.) Sen kantasana on latinan hospitium, joka sanakirjan mukaan tarkoittaa kestäväyyttä, vieraanvaraista vastaanottoa, vierasmajaa ja suojapaikkaa (Salmi-Linkomies 1967). Modernin hospice-liikkeen esikuvana pidetään sairaanhoitajasta lääkäriksi edenneen Cicely Saundersin Lontooseen vuonna 1967 perustamaa St. Christopher's Hospicea. Saunders korosti, ettei ole olemassa yhtä hospice-mallia, vaan jokaiseen maahan tulee luoda juuri sen kulttuuriin sopiva hospice-toteutus. Suomalaista saattohoitoa alettiin kehittää vuonna 1982 julkaisemalla terminaalihoidon koskevat ohjeet (3024/1982) ja aloittamalla yhteistyö St. Christopher's Hospicen kanssa. Ensimmäinen hoitokoti aloitti toimintansa Tampereella vuonna 1988. Saattohoidon keskeisiä periaatteita ovat tällä hetkellä hoito kuoleman lähestyessä, itse kuolintapahtumaan liittyvät hoitotoimenpiteet sekä kuolemaa seuraava vaihe erilaisine hautajais- ym. rituaaleineen ja surutöineen. Tältä osin saattohoito palaakin niihin periaatteisiin ja käytäntöihin, jotka ovat olleet tyypillisiä kuoleman kohtaamiselle eri kulttuureissa.*

muodostaa ajallis-paikallisen kontekstin dialogisen<sup>1</sup> ja ei-dialogisen hoitosuhteen tarkastelulle (Ritter 1971, Sandküler 1990). Tähän kontekstiin kiinnittyvät myös hoitotyön eettiset arvot ja päämäärät.

Dialogisuuden yhteydessä etiikasta ei voi puhua yksinomaan yleisellä tasolla. Siksi eivät myöskään viittaukset etiikkaan voi kohdistua mihinkään tiettyyn universaaliin normistoon, joka esimerkiksi Heideggerin (1984) mukaan ohjaa sekä ajatteluamme että suhdettamme maailmaan tekniikalle ominaisella yksisuuntaisella tavalla. Universaalisuudessaan tällainen normisto on liian abstrakti eikä se kykene mukautumaan tilanteenmukaiseen vaativaan toimintaan. Siksi dialogisuus ei voi olla velvollisuus eikä normi, joka määrittää hoitosuhteessa ilmenevän kohtaamisen eettisyyttä ulkoapäin. Dialogista hoitosuhdetta tarkasteltaessa on normatiivisen periaatteen sijasta kysyttävä ennen kaikkea praktisuutta eli ihmisen toteutumista maailmassa olevana. Kuolevan potilaan hoitotyön käytännöstä paljastuu sekä ongelmia että ratkaisumahdollisuuksia, joita pyritään tarkastelemaan dialogista filosofiaa apuna käyttäen.

Dialogisessa filosofiassa<sup>2</sup> on kyse ihmisen perussuhteesta toiseen ihmiseen, jolloin käsitteissä *Minä* ja *Sinä* korostuu kokemuksellinen näkökulma. Olennaista siinä on ajatus ihmisestä kokonaisuutena (Laine 1993). Erityistieteissä sen sijaan ihmistä on kautta aikojen tarkasteltu ainoastaan yhdestä tietystä näkökulmasta (Laine 1994).

---

<sup>1</sup> Ritter 1971, ks. myös Sandküler 1990. Ritterin filosofian historiallisen sanakirjan mukaan käsite dialogi (*dia-logos*) merkitsee keskustelua (*Gespräch*), jossa keskeistä on "väliinrakentuminen" (*Zwischen*). Tämän mukaan dialogisessa hoitosuhteessa omahoitaja kuulee potilaansa "kutsun" ja vastaa siihen, jolloin heidän välilleen voi rakentua jotain aivan uutta ja ennalta arvaamatonta, yhteistä.

<sup>2</sup> Dialoginen filosofia on kehittynyt pääasiassa fenomenologisen antropologian piirissä. "Filosofinen yleisteoria ihmisestä" eli filosofinen antropologia pitää sisällään suuren joukon erilaisia ihmisen ymmärtämisen tapoja, joista fenomenologisesti suuntautunut antropologia edustaa vain yhtä tapaa. (Laine 1989.) Siksi filosofista antropologiaa ei etiikan ja tieto-opin tavoin voi hahmottaa minään yhtenäisenä filosofisena teoriana. Siinä ihmistä pyritään tarkastelemaan ainoastaan hyvin yleisellä käsitteellisellä tasolla ja se on pohdintaa siitä, mikä ihminen on ja mikä on hänen olemuksensa tai ideansa. (Laine 1993, Laine 1994.)

Pohjimmiltaan dialogisessa filosofiassa on kyse dualistisen ajattelun<sup>1</sup> kritiikistä. Dualistisen ajattelun mukaan ihminen ei ole kokonaisuus vaan hänellä on kaksi vastakkaista olemistapaa - materiaallinen (ruumis) ja henkinen (sielu). Kartesiolaisen dualismin mukaan olemisen varma perusta löytyy ainoastaan ajattelevasta subjektista eikä se näin ollen pysty perustelemaan minän ja maailman suhdetta. Sen sijaan Buberin<sup>2</sup> dialogisessa filosofiassa perustana on dualismin ylittävä sosiaaliantologinen Minä-Sinä-yhteys, jolla hän tarkoittaa ihmisen olemista aina suhteissa Minä-Se (monologinen elämä) ja Minä-Sinä (dialoginen elämä). (Theunissen 1984.)

Monologisen elämän Buber näkee Heideggerin (1986, 126 - 129) tavoin yksilöiden arkielämään kuuluvana sulautumisena kollektiiviin eli persoonattomaan ”me”-muotoon (*das Man*), jollaisena ihmistä tutkitaan sosiologiassa. Dialoginen elämä edellyttää puolestaan kahta erillistä persoonaa, jotka kohtaavat toisensa kokonaisvaltaisina ihmisinä. Kohtaamisen peruslähtökohtana on toisen ”*toiseuden*” tunnustaminen. Kohtaaminen on ensisijaista, ja se tapahtuu nykyisyydessä. (Buber 1962a, 81 -88.)

Kuoleminen ja kuolema sisältyvät ihmisen eksistenssiin. Ihminen ei ainoastaan kuole, vaan hän myös tajuaa kuolevansa ja valmistautuu siihen monin eri tavoin. Jokainen kuolema on ainutlaatuinen, ja vasta kuolemassa yksittäinen elämä (Dasein) saavuttaa kokonaisuutensa (Heidegger 1986, 237). Myöskään saattohoito ei toistu saman kaavan mukaisesti, joka varmistaisi hyvän kuolemisen ja kuoleman. Jossakin on raja, missä valmiit teoriat ja ohjeet eivät enää riitä. Ihmisen on löydettävä itsestään ne voimavarat ja mielikuvat, joiden avulla hän voi kirjoittaa omaa elämäntarinaansa sekä saattajana että saatettavana (ks. myös MacIntyre 1985, Gergen 1994, 2002). Joskus ei oikeita *avaimia* tälle matkalle kuitenkaan löydy tai edes haluta löytää ja *reitti* voi jäädä kokonaan

---

<sup>1</sup> Filosofian historiassa kartesiolaisen dualismin merkittävin edustaja on Descartes. Hän erottaa ajattelun ei-ajattelusta, jolloin kahden erilaisen osan, ruumiin ja hengen yhdistelmää edustaa dualistinen käsitys ihmisestä. (Laine 1994.) Ihmistä tutkitaan kahdella erilaisella tutkimusotteella, toisaalta hengen tutkimiseen ja toisaalta luonnontieteeseen soveltuvalla menetelmällä. Monet filosofian antropologian edustajat ovat suunnanneet kritiikkinsä juuri kartesiolaiseen dualismiin. (Laine ja Kuhmonen 1995, ks. myös Varto 1994.)

<sup>2</sup> *Buberin dialogisessa filosofiassa dialoginen Minä-Sinä-yhteys löytyy maailmasta, joka on ”ihmiselle kaksitahoinen hänen kaksitahoisien kommunikointinsa mukaisesti”. Maailman kaksitahoisuus ilmenee sanapareissa Minä-Sinä ja Minä-Se. Nämä perussanat eivät viittaa olioihin vaan suhteisiin. Kaksitahoista maailmasuhdettaan ihminen ilmentää kommunikoidessaan ja asennoituessaan sekä toista ihmistä että olevaa kohtaan. Näin tehdessään hän paljastaa ennen kaikkea minänsä suhteessa muuhun todellisuuteen. (Buber 1962a, 79.) Buber vastustaa sekä psykologista että sosiologista reduktiota, koska väylää dialogiseen suhteeseen ei löydy sen paremmin yksilöstä kuin yhteisöstäkään (Buber 1962c, 400 - 407). Siksi esimerkiksi Theunissen (1984) kutsuu Buberin teoriaa sosiaaliantologiaksi.*

selvittämättä. Kuolemaa ei kuitenkaan voi välttää. Siksi kuoleminen kokonaisvaltaisuus ja lopullisuus koskettavat kuolevan potilaan hoitotyössä samalla tavalla sekä potilasta että hänen hoitajaansa ja tekevät kuolevan potilaan ja omahoitajan hoitosuhteesta sekä hoitotieteellisesti että filosofisesti kiinnostavan.

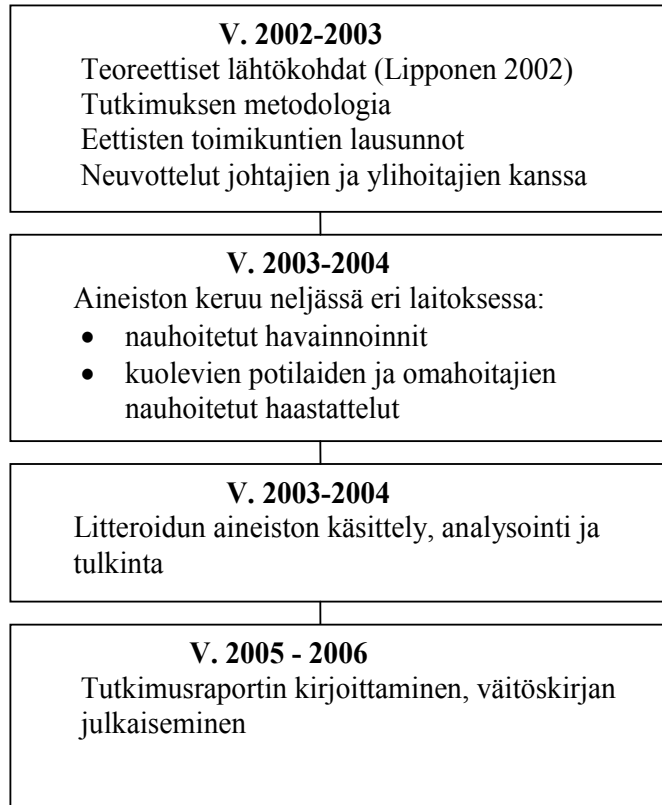
Toteutetaan saattohoitoa sitten laitoksessa tai potilaan kotona merkittävimmäksi muodostuu kuolevan potilaan ja omahoitajan vuorovaikutussuhde. Siihen kätkeytyy mahdollisuus löytää toisen ihmisen elämismailman avain, jonka avulla teot ja puheen sisältämät sanat voivat saada oikean tulkintayhteyden. Näin ollen hoitosuhdetta voi pitää hyvän hoidon ytimenä.

## 1.2 Tutkimuksen kulku

Tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat perustuvat osittain vuonna 2002 tekemäni, julkaisemattomaan liseniaatintutkimukseen ”*Kuolevan potilaan hyvä hoito*”. Väitöskirjatutkimuksessani etsin vastausta kysymykseen, miten kuolevat potilaat ja heidän omahoitajansa jäsentävät ja merkityksellistävät vuorovaikutuksensa avulla hoitosuhdetta dialogisen filosofian näkökulmasta tarkasteltuna.

Tutkimusaineisto kerättiin sekä havainnoimalla hoitotilanteita että haastattelemalla kuolevia potilaita ja heidän omahoitajiaan neljässä erilaisessa hoitoyhteisössä. Analyysimenetelmänä käytettiin aineistolähtöistä diskurssianalyysia. Analysoidun aineiston pohjalta saattohoitotodellisuus näyttäytyy tietynlaisena. Näin syntynyttä tietoa voidaan käyttää apuna kehitettäessä kuolevan potilaan hoitotyön koulutusta ja hoitokäytäntöä sekä lähtökohtana jatkotutkimuksille. Tutkimuksen ajallinen eteneminen näkyy kuviossa 1 (ks. s. 17).





*Kuvio 1. Tutkimuksen ajallinen eteneminen*

## 2 KUOLEVAN POTILAAN JA OMAHOITAJAN HOITOSUHTEEN TARKASTELUN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

### 2.1 Kuoleminen, kuolema ja kuoleva potilas

Kuoleminen ja kuolema ovat potilaan, hoitajan ja kaikkien ihmisten todellisuutta samalla tavoin kuin syntyminen ja elämä. Kuolevan hoitaminen ja kuolemasta puhuminen on kuitenkin haluttu jo vuosia siirtää erilaisten laitosten ja niissä työskentelevän henkilökunnan vastuulle. Miksi? Olemisessa kohti kuolemaa elämä (Dasein) tiedostaa *itsensä* erityisenä olemiskykynä (Heidegger 1986). Martin Buberin dialogisen filosofian mukaan tämä merkitsee monologista elämää (Buber 1962c, 365). Heideggerin mukaan kyseinen ”itse” voi kuitenkin olla kuka tahansa meistä, ellei ”henkilöllisyys” paljastu puheessa, sillä juuri puheessaan ihmiset tuovat julki ja tulkitsevat omaan ymmärrykseensä perustuen suhdettaan kuolemaan (Heidegger 1986, 252). Miten he sen tekevät?

Arkielämässä kuolema tunnetaan jatkuvasti olemassa olevana tapahtumana. Ei ole hetkeä, ettei joku aina jossakin kuolisi. Ei ole myöskään viestintäkanavaa, joka ei koko ajan tuottaisi puhetta kuolemasta ja kuolemasta. Miten kuolema meitä koskettaa, riippuu esimerkiksi siitä, onko kyseessä meille läheinen vai täysin tuntematon ihminen. Vaikka kuolema olemassa olevana ja väistämättömänä tapahtumana tunnetaan, se halutaan pitää piilossa. Siitä puhumistakin halutaan välttää. Voidaan kyllä tuoda julki, että joskus meistä jokaisen on kuoltava, mutta kuoleman pohtiminen ja siitä keskusteleminen ei tällä hetkellä tunnu ajankohtaiselta. Ilmaisussa paljastuu kuitenkin varmuus kuolemasta. (Heidegger 1986, 252-253.)

Koska oman kuoleman ajattelemisen halutaan siirtää syrjään, kuoleminen nähdään ainoastaan julkisuudessa eli yhteisessä maailmassamme olevana tapahtumana, joka kohtaa meistä kenet tahansa (Heidegger 1986, 126, ks. myös Klemola 1998, Linqvist 2002). Utraisen (1999) mukaan kuolema edustaa toiseutta, joka ahdistaa ihmistä rajatessaan elämää tuntemattomalla tavalla. Psykoanalyysiin vedoten hän kirjoittaa pakenemisen aiheuttamasta sijaistoinnasta, josta koko elämässä on jossain määrin aina kysymys. Näin ollen elämä eli oleminen kohti kuolemaa joutuu jatkuvasti selvittämään välejänsä kuoleman kanssa, vaikkakin pakenevasti. (Utrainen 1999.) Silloin ”*kuka tahansa voi antaa oikeutuksen ja lisätä houkutusta kätkeä omin oleminen kohti kuolemaa*” (Heidegger 1986, 253).

Kuoleman vältteleminen hallitsee jokapäiväistä elämää niin tehokkaasti, että jopa kuolevaa halutaan lohduttaa ”*kuolemattomuuden*” ajatuksella. Ihmisellä on epätodellinen tarve uskoa omaan kuolemattomuuteensa ja kieltää samalla oma

kuolemansa. Tämän uskomuksen taustalta paljastuu usein tehokkaasti torjuttuja myytinomaisia syyllisyydentunteita, jotka liittyvät lapsuudenaikaisiin kuolemantoiveisiin ja pelkoihin näiden toiveiden toteutumisesta (Elias 1993). Ajatus kuolemattomuudesta sisältää vaatimuksen kuolevan tuomisesta takaisin. Elämä ja kuolema halutaankin nähdä toistensa vastavoimina, joiden välisestä kamppailusta kaikessa inhimillisessä toiminnassa on kyse.

Tästä näkökulmasta voidaan ymmärtää myös kuolevan potilaan oma pyrkimys ”*kätkeä omin olemisensa kohti kuolemaa*” (Lipponen 1997, 2002). Tällä tavalla kuka tahansa voi säilyttää tyyneytensä kuolemaa kohtaan. Tämä hämäävä tyyneys koskee kuolevan lisäksi myös lohduttajana olevaa hoitajaa. (Heidegger 1986, 253.)

Myöskään kuoleman kohdatessa asiasta ei pidä tehdä julkista. On kyse ahdistavasta, jopa suorastaan uhkaavasta asiasta, joka muuttuu vähitellen peloksi lähestyttäessä kuolemaa (ks. esim. Kuuppelomäki 1996, Lindvall 1997, Mattila 2002, Pelkonen 2002). Levinasin (1996) mukaan pelko toisen kuolemasta liittyy johonkin kauhistuttavaan, jota itsekkin aina pelkää. Toisen kuolema alkaa muistuttaa liikaa omasta kuolemasta, ja se voi tehdä lohduttajasta kykenemättömän auttamaan, olemaan lähellä tai löytämään oikeita sanoja vakuuttaakseen kiintymystään (ks. myös Heidegger 1986, Utriainen 1999).

Ahdistukseen ja pelkoon suhtaudutaan joko heikkoutena tai välinpitämättömänä tyyneytenä. Sopivaa näiden tunteiden ilmaiseminen ei missään tapauksessa ole. Näin ollen elämä eli arkinen oleminen kohti kuolemaa on jatkuvaa ”*pakoa kuoleman edessä*”, sillä perimmältään se on uudelleen tulkittua, väärin ymmärrettyä ja peiteltyä kuoleman välttelemistä. Oma oleminen kuolee aina jo faktisesti, eli se on olemista kohti omaa loppuaan. Samoin pyrkiessään pakenemaan kuoleman ajattelemista jokainen on joka tapauksessa jo määrittänyt olemisensa kohti kuolemaa (Heidegger 1986, 254). On varmaa, että kuolema tulee. Tietoisuus siitä, että se on luonnollisen prosessin lopputulos, auttaa hallitsemaan kuolemaan liittyvää ahdistusta. Kuitenkaan kuoleman tarkkaa ajankohtaa on mahdotonta kenenkään, edes lääkärin, kertoa saattohoitovaihetta elävälle kuolevalle potilaalle. Kuolema on odottamista: jotain tapahtuu, mutta sitä ei voi jouduttaa.

Kun saattohoitovaihetta elävä potilas ilmaisee tahtovansa kuolla, hän on jo saanut päätökseen henkisen kuolemistyönsä. Kuolemaa pidetään tiedon ja tietoisuuden rajana. Utriais (1999) mukaan se on myös yhteisöllisen elämän

raja,<sup>1</sup> jonka ylittämiseen kuoleva potilas pyrkii monin eri tavoin. Ihmisenä olemisen tavalle on ominaista yritys löytää elämälle mieli, mikä merkitsee muutakin kuin pelkästään luopumista järjestäytyneestä ja merkityksellisestä elämästä. Valmistautuminen kuolemaan vaatii aikaa, ja monille meistä ”reitti” jää lopullisesti selvittämättä.<sup>2</sup>

Kuolema sisältyy hyvin olennaisesti myös ihmisen ruumiilliseen maailmassaolemiseen. Ajatellaanhan kuoleman koskevan vähintäänkin ihmisen ruumista, jonka nähdään kantavan erilaisia merkkejä kuolemasta koko elämänsä ajan. Ruumista jopa arvioidaan terveyden, suorituskyvyn ja esteettisyyden kriteerein siten, että poikkeama jollakin alueella tulkitaan hiljalleen kuolemaan johtavaksi rappeutumiseksi ja hajoamiseksi. Jo pelkästään termiin ruumis kytkeytyy mielikuva ihmisen katoavaisuudesta, ajallis-paikallisesta Minä-Se-maailman rajoittuneisuudesta. Ruumiillisuus takaa osaltaan jokaiselle ihmiselle hänen oman erityisyytensä ja identiteetin, sillä ei edes huipputeknologia kykene vaihtamaan koko ruumista toiseksi. Myös syntyminen ja kuoleminen ovat ruumiillisia tapahtumia. Niitä voidaan tarkastella jokaisen oman ruumiillisuuden rajoina ja perspektiiveinä ihmiselämän avoimuuteen.

Syntyminen ja kuoleminen sisältyvät ihmisen eksistenssiin, ne rajaavat ihmisenä olemista ja sävyttävät ihmisen suhdetta toiseen ja toisiin (Heidegger 1986, 237, ks. myös Utriainen 1999, Mattila 2002). Syntymisen ja kuoleamisen väliin jää ihmisyyksilön elämä, joka joskus voi olla hyvinkin pitkä. Syntymä ja kuolema voivat seurata toisiaan myös välittömästi. Kuitenkin vasta kuolemassa

---

<sup>1</sup> Utriainen (1999) tuo tutkimuksessaan esiin uskontoantropologisen näkemyksen kuolemasta rajana, joka erottaa yksilön yhteisöstään. Kukaan ei voi kuolla kuin oman kuolemansa. Kuolemaa rajana kuitenkin ”luodataan” kuvaamalla sitä metaforisesti ”matkana”. Tälle matkalle voivat osallistua rajoitetusti myös toiset ihmiset erilaisin rituaalisin keinoin. Esimerkkinä Utriainen mainitsee loitsujen lukemisen tavoitteena kuvata kuolevalle tuonpuoleisen matkan sisältöä vaihe vaiheelta. Näin tehdessään myös loitsujen lausujat osallistuvat kuoleman rajan lähestymiseen.

<sup>2</sup> Eliksen (1993) mukaan valmistautumista kuolemaan vaikeuttaa nykypäivänä esimerkiksi se, että vanhemmille on vallitsevan sivilisaatiomallin mukaisesti luonteenomaista vältellä kuolemasta puhumista edes omien lastensa kanssa. Syynä salailuun Elias pitää ennen kaikkea vanhempien pelkoa välittää omia kuolemaan liittyviä ahdistuksiaan lapsilleen. Ahdistusta aiheuttaa ennen kaikkea se, että vanhemmat eivät itsekään tiedä, kuinka he kuolemasta puhuisivat.

yksittäinen oleminen (Dasein) saavuttaa kokonaisuutensa.<sup>1</sup> Samalla se myös menettää ”täälläolemisensa”. Siirtymässä ”ei-enää-täälläoloon” on Heideggerin mukaan mahdollista kokea kuolema ja myös ymmärtää sen merkitys. Suhteessa kuolevan omaan täälläoloon tällainen kokemus ei kuitenkaan ole enää mahdollista, mutta sitäkin vaikuttavampi toisen kuolema voi olla niin hoitajalle kuin kuolevan läheiselle. Toisen kuolema tarkoittaa juuri tietyn erityisen, konkreettisen ja ainutkertaisen toisen poistumista, ja se järkyttää saattajan maailmaa perustavalla tavalla. Levinasin (1996) mukaan kuoleman tehtäväksi jääkin viime kädessä osoittaa minuuden ja toiseuden ero ja näiden palautumattomuus toinen toisiinsa. Kuoleminen on tietynlaista suuntautuneisuutta, johon toisella ei ole mitään pääsyä. Koska kuolema on olemassa olemuksellisesti, se tekee elämän päättymisestä objektiivisesti lähestyttävän (”objektiv zugänglich”) (Heidegger 1986, 237). Viereltä katsottuna kuolevan potilaan elämä näyttäytyy hyvin paradoksaalisena. (Kuuppelomäki 1996, Lindvall 1997, Lipponen 1997, 2002). Alasdair MacIntyre (1985) lainaten kuoleva potilas elää elämänsä ikään kuin se olisi tarina, jonka päähenkilö hän itse on. Tarinallisuus mahdollistaa eteenpäin selviytymisen vaikeassa elämäntilanteessa.

## 2.2 Kuolevan potilaan omahoitaja

Kuolevan potilaan hoitaminen on hyvin emotionaalista, ihmissuhdetaitoja vaativaa kohtaamista (Latimer 1991, Krishnasamy 1996, Molander 1999a, Kuuppelomäki 2002, Mattila 2002, Sand 2003). Se herättää hoitajassa toisaalta voimakkaan halun olla lähellä kuolevaa potilasta ja toisaalta pyrkimyksen etäännyttävä (Peräkylä 1990, Molander 1999b, Kuuppelomäki 2002, Lindqvist 2002). Tässä ristiriitaisessa tilanteessa hoitajan omakohtaisten surutyökokemusten, kuoleman hyväksymisen ja osastolla toteutetun omahoitajajärjestelmän on todettu vaikuttavan myönteisesti kuolevan potilaan ja omahoitajan hoitosuhteeseen (Kuuppelomäki 1991, 1996, 2002, Molander 1999b, Mattila 2001, Toppinen 2002).

Omahoitajajärjestelmä liittyy yksilövastuiseen hoitotyöhön, joka on sekä työnjakomalli että hoitofilosofia. Hoitotyön työnjakomallissa määritellään omahoitajan suoritettaviksi tarkoitetut tehtäväalueet potilaan hoidossa. Saattohoitoon sovellettuna omahoitaja vastaa kuolevan potilaan

---

<sup>1</sup> Utriansen (1999) mukaan kuolema on haluttu nähdä ihmisen yksilöllisyyden varmistajana, mutta samalla tavalla sitä merkitsee myös syntymä. ”Muista erillinen mutta samalla muihin suhteessa oleva yksilö tulee olevaksi syntyessään.” *Ilman syntymää ei voi olla myöskään kuolemaa.*

kokonaishoidosta ja sen koordinoinnista potilaan jäljellä olevien elinpäivien ajan. (Munnukka 1993, Surakka 2002, Toppinen 2002, Boitshwarelo 2003, Mäkinen et al. 2003a, Mäkinen et al. 2003b, Berkhout et al. 2004.)

Yksilövastuisen hoitotyön filosofiassa painottuvat hoitotyön laatu ja erityisesti potilaan ja omahoitajan hoitosuhteessa ilmenevät arvot ja periaatteet. Yksilövastuisen hoitotyön keskeisimmät periaatteet ovat hoitajan vastuullisuus, hoitotyön itsenäisyys, hoidon ja hoitotyön koordinointi sekä hoitotyön toteuttamisen kokonaisvaltaisuus (Hegyvary 1991, Munnukka 1993, 1997, Pontin 1999, Rigby et al. 2001, Boitshwarelo 2003, Mäkinen et al. 2003a, Mäkinen et al. 2003b, Berkhout et al. 2004, Drach-Zahavy 2004). Nämä periaatteet korostavat hoitotyön laatua ainoastaan omahoitajan näkökulmasta. Mihun unohtuu hoitosuhteen toinen osapuoli - potilas? Dialogisen filosofian näkökulmasta tarkastellen omahoitajan sisäistämä yksilövastuinen hoitotyö ei yksin riitä varmistamaan kuolevan potilaan laadukasta hoitoa. Keskeiseksi lisäedellytykseksi nousee omahoitajuuden *laatu* (Leino-Kilpi 1990, Leino-Kilpi et al. 1992, Munnukka 1997, Raatikainen et al. 2001, Carter et al. 2004, Mok and Chiu 2004). Mistä tämä laatu syntyy, ja mitä se sisältää?

Hoitotilanteessa omahoitaja ilmaisee potilaalle puheellaan, kaikella toiminnallaan, eleillään, ilmeillään, asennoitumisellaan, kosketuksellaan, ulkoisella olemuksellaan jne. käsitystään ihmisenä olemisesta (Lipponen 1997). Kuoleva potilas on erityisen herkkä tekemään havaintoja hoitajastaan jo ensitapaamisesta lähtien (Lipponen 1997, Mattila 2001). Hän odottaa omahoitajaltaan ystävällisyyttä sekä valmiutta paneutua jokapäiväisiin mieltä askarruttaviin asioihin ja uskoo jo pelkän hoitoympäristön viestittävän hoitajan ”*mukanaolosta*” (Lipponen 1997, ks. myös Arnold 1999a, Arnold 1999b, Kylmä 2000, Lindvall 2001, Mattila 2001, Kokkonen et al. 2004). Tulkitsen mukanaoloilmauksen merkitsevän potilaalle nimenomaan omahoitajan sitoutumista läsnäoloon hoitosuhteessa.

Omahoitajan tapa suhtautua potilaaseensa onkin dialogisen hoitotyön perusehto, koska se sisältää hoitosuhdetta koskevat ontologiset ja eettiset ratkaisut. Näillä tarkoitan hoitajan ihmistä, elämää ja maailmaa koskevia perusolettamuksia. Niiden muotoutumiseen vaikuttavat hoitotyön koulutuksen ja hoitoyhteisöön sosiaalistumisen lisäksi aina myös hoitajan oma *käytännöllinen harkinta* (fronesis). Jo ryhtyessään toimimaan kuolevan potilaan hoitajana omahoitaja on tietoisesti ja tiedostamattaan tehnyt etukäteisolettamuksia kuolevasta ihmisestä, saattohoidosta ja sen ideoista. (vrt. Heidegger 1986, Rauhala 1992, Varto 1994, Puhakainen 1995.) Näin ollen omahoitajan ihmiskäsitys on keskeisin hoitamisen lähtökohta. Sen pohjalta hän alkaa pohtia reflektiivisesti omaa käyttäytymistään ja toimintaansa hoitajana. Kuoleva potilas kohtaa näiden pohdintojen käytännölliset seuraukset puolestaan omahoitajan tekeminä hoitoa koskevinä eettisinä valintoina. Parhaimmillaan nämä valinnat

mahdollistavat itseyden säilyttämisen ja hyvän elämän ideaalien toteutumisen hoitosuhteessa.

## 2.3 Kuolevan potilaan ja omahoitajan hoitosuhde

Hoitaminen edellyttää omahoitajalta kykyä luoda hoitosuhde kuolevan potilaan kanssa. Hoitamisen lähtökohtana olevat arvot ja arvostukset perustuvat sekä hoitoyhteisön määrittämiin arvoihin että yksittäisen omahoitajan näkemykseen siitä, mikä on potilaalle hyväksi (Kalkas 1996a, Lövgren et al. 1996, Mattila 2002).

Hyvän hoitamisen merkityssisältöä ei ole kuitenkaan helppo määritellä. Jo Platonin (1999) Menon-dialogissa paljastuu ongelma, joka koskee tietämisen ja tietämättömyyden paradoksia. Menon esittää Sokrateelle kysymyksen:

”Miten sinä muka aiot tutkia sellaista, mistä et edes tiedä mitä se on? Millaista tavoittelet, kun etsit sellaista, mitä et tunne? Ja jos löydät sen, mistä tunnistat sen siksi, mistä et mitään tiedä?” (Platon 1999.)

Puhuttaessa hyvästä hoidosta Menonin paradoksi on otettava vakavasti. Pidetäänhän itsestään selvänä, että hyvä liittyy olennaisesti hoitamisen olemukseen ja hoitamisen päämääränä on hyvä elämä ja hyvä kuolema. Ongelman ratkaisussa hoitaja ei ole yhtään viisaampi kuin Menon, ja siksi hän päätyy samaan paradoksiin. Voidakseen hoitaa kuolevaa potilasta mahdollisimman hyvin omahoitajalla on ainakin oltava näkemys hyvästä elämästä, vaikka sen lopullinen merkitys jäisi hänelle hämäräksi. Ideaalina hyvän käsite tulee hoitotyössä nähdä ainoastaan heuristisena.

Koska hyvä rakentuu ideaaleista, omahoitajan hoitotyölle asettama päämäärä ei saisi olla ristiriitainen itseytensä säilyttämisen ja hyvän elämän ideaalien kanssa. Käytännössä tämä merkitsee vähintään kuolevan potilaan hyvää hoitoa ja kohtelua sekä hänen ainutkertaisuutensa huomioonottamista tässä ja nyt. Hoitotyölle asetetut päämäärät ovat eettisiä aina vain suhteessa konkreettiseen hoitosuhteeseen. Jos kuoleva potilas esineellistetään pelkäksi hoidon kohteeksi, hänen toiveitaan ei kuulla ja hänen oikeuksiaan loukataan, hoito toteutuu pelkkänä teknisenä suorituksena ja hyvä jää tyhjäksi abstraktiksi. Silloin ei voi myöskään puhua kuolevan potilaan ja omahoitajan hoitosuhteesta *yhteistyösuhteena*. (Ks. myös Mattila 2001.)

*Yhteistyösuhteella* ymmärrän Munnukan (1993, 1997) tavoin potilaan ja hoitajan, kahden yhdenvertaisen ihmisen, suhdetta yksilövastuisessa hoitotyössä. Suhteen perustana on potilaan tekemien ratkaisujen ja valintojen

kunnioittaminen. Keskeisenä tavoitteena on hyvän olon edistäminen siten, että kuoleva potilas saa olla oma itsensä ja kokea samanaikaisesti läheisyyden tunnetta. Hän voi turvautua omahoitajan apuun sitä halutessaan ja kokea tulevansa ajallaan autetuksi. (Ks. myös Munnukka 1997, Mattila 2001, Mattila 2002.) Parhaimmillaan toimiva yhteistyösuhde voi auttaa kuolevaa potilasta tulemaan tietoiseksi itsestään ja omasta elämäntilanteestaan ja siten hallitsemaan elämänsä myös kuoleman lähestyessä.

Yhteistyösuhteesta puhuttaessa ei voi unohtaa myöskään *caring-tyyppistä hoitamista*, jolle on ominaista todellinen välittäminen ja huolenpito. Heideggerin (1986, 121-123, 193) mukaan huolenpitotaipumusta voi pitää luonteeltaan ihmisen perusolemukseen kuuluvana, sillä juuri kyky huolehtia ja välittää toisista tekee ihmisestä ihmisen. Tämä kyky ei kuitenkaan aktualisoidu hoitajilla samalla tavalla, vaan se edellyttää erityistä *froneettista herkkyyttä*<sup>1</sup> havaita ja kuulla toisen ihmisen tarpeita, toiveita ja ajatuksia sekä kykyä vastata niihin asianmukaisesti. Toisen ihmisen Sinänä kohtaaminen merkitsee ihmisyyden kunnioittamista. Huolenpidossa onkin kyse juuri toisen ihmisen kunnioittamisesta, huomioon ottamisesta ja hyväksymisestä sellaisena kuin hän on. Tästä näkökulmasta huolenpito on yhtä paljon lukemattomien tarpeiden tyydyttämistä kuin se on luontaisen inhimillisyyden ehto. Toteutuessaan se vaikuttaa koko hoitoyhteisön ilmapiiriin.

Hoitaminen (caring) on luonteeltaan luontaista huolenpitoa ja hyväntahtoista välittämistä siitä, mitä toiselle tapahtuu, ei vain pyrkimystä parantamiseen (Montgomery 1993, Swanson 1996, Seedhouse 2000, Noddings 2003). Hoitotyössä puhutaankin eräänlaisesta ”*hyvyyden mittapuusta*”, jossa ajatus hyvän tekemisestä ja hyvästä hoitajasta on hoitotyön lähtökohtaan sisäänrakennettuna (Morse et al. 1996, Tuomi 1997, Utriainen 1999, Koistinen 2003).

Huolenpito on hyvin monisäikeistä, dynaamista ja kokemuksellista toimintaa. Yhteistyösuhteessa se voi käynnistää kuolevan potilaan hyvään oloon tähtäävän toiminnan ja auttaa häntä selviytymään eteenpäin vaikeassa elämäntilanteessaan. Parhaimmillaan huolenpito voi auttaa potilasta löytämään merkityksen kärsimyksensä ja ylläpitää toivoa (Krishnasamy 1996, Kuuppelomäki 1996, Mattila 2002). Niin kauan kuin on toivoa, on myös elämää. Heideggerin (1986) mukaan toivominen ja siihen läheisesti liittyvä toivottomuus eivät ole mitään yhdentekeviä psyko-sosiaalisia tiloja, vaan hän liittää ne ontologisessa mielessä huoleen (Sorge). Elämän (Dasein) olemukseen sisältyy jotain ”*pysyvästi*

---

<sup>1</sup> Heideggeria (1986) tulkiten ajattelen froneettisen herkkyyden tarkoittavan kohtaamistilanteessa käytännöllisen järjen ohjaamaa sisäistä dialogia eli inhimillisen eksistenssin pohtimista. Fronesikseen turvautuva hoitaja osaa harkita, mikä potilaalle on kulloinkin hyvää ja tarpeellista. Toisin sanoen fronesis on situationaalista toimintaa eli ”halua omata omatunto”, kuulla ”kutsu” ja vastata siihen.



*sulkeutumaton*”. Toisin sanoen elämä ei saavuta koskaan kokonaisuuttaan. (Heidegger 1986, 194-195, 236.) Auttaessaan elämän rakentumisessa omahoitaja voi saada huolenpitosuhteesta omaan työhönsä iloa ja voimavaroja sekä kehittyä niin hoitajana kuin ihmisenä.

Huolenpitoajattelussa kommunikaatio ymmärretään ihmisten väliseksi suhteeksi, jossa *kokonaisvaltaisella* vuorovaikutuksella on keskeinen merkitys. Se on omahoitajan halua tarjota apuaan, olla aidosti läsnä ja käytettävissä. (Montgomery 1993, Rittman et al. 1997, Arnold 1999a, Arnold 1999b, Mattila 2002, Holst et al. 2003.) Näin ollen hoitaminen (caring) voi auttaa kuolevaa potilasta saamaan liikkeelle omat jäljellä olevat voimavaransa. Parhaimmillaan se onkin huolenpitoa, joka perustuu molemminpuoliseen luottamukseen ja sitoutumiseen hoitosuhteessa (Montgomery 1993, Burnard 1997, Mattila 2002, Holst et al. 2003).

## 2.4 Dialogisuus ja dialogisuuden kaltaisuus hoitosuhteessa

Kuolevan potilaan ja omahoitajan hoitosuhteeseen kätkeytyy mahdollisuus löytää toisen ihmisen elämisaailman avain, jonka avulla teot ja puheen sisältämät sanat saavat oikean tulkintayhteyden. Näin ollen hoitosuhdetta tulee tarkastella hyvän hoidon ytimenä. Tässä suhteessa on perimmäältään kysymys toisen ihmisen maailmassa olemisen ja inhimillisen toiminnan perusasioista, Minän ja Toisen suhteista. Kuolevan potilaan hoitotyö on hyvin moniulotteista, ja siksi Minän ja Toisen suhde voi hoitoympäristöstä riippumatta toteutua joko dialogisena tai ei-dialogisena.

### 2.4.1 Dialogisuus hoitosuhteessa

Martin Buberin (1962a) mukaan ihminen on aina olemassa suhteissa Minä-Sinä ja Minä-Se. Suhtautuminen toiseen ihmiseen voi näin ollen olla joko molemminpuolista eli dialogista tai yksisuuntaista eli monologista. Tätä kaksitahoista maailmasuhdettaan ihminen ilmentää kommunikoidessaan ja asennoituessaan sekä toista ihmistä että olevaa kohtaan. Näin tehdessään hän paljastaa ennen kaikkea minänsä suhteen muuhun todellisuuteen. (Buber 1962a, 79.)

*Dialoginen suhde* toiseen ihmiseen merkitsee molemminpuolisuutta ja vastavuoroisuutta. Ihmisen olemisen perusvirittyneisyytenä dialogisuus on aina läsnä, mutta suurimman osan aikaa elämme ikään kuin se ei vallitsisi.

Dialogisuus edellyttää ennen kaikkea avoimuutta toisen ”*toiseudelle*” sekä kiinnostusta toisesta hänen itsensä vuoksi juuri sellaisena kuin hän on, omana itsenään. (Buber 1962a, 81.)

*Monologisuus* merkitsee yksisuuntaista suhdetta toiseen. Äärimmillään se ilmenee objektivoina ja hyväksikäyttävänä suhteena toiseen ihmiseen. Potilaan ja hoitajan *roolit* ovat luonteeltaan sosiaalisia. Niitä voidaan tarkastella muiden roolien tapaan monologisen elämän perusmuotoina. Roolissa toimiessaan niin potilas kuin hoitajakin on *kuka tahansa* (das Man), jos hän kykenee toteuttamaan roolin vaatiman käyttäytymistavan (Heidegger 1986, 127). Ennalta asetettu rooli määrittää hänen toimintansa luonteen (Mattila 2001, Eriksson - Piela 2003).

Olemassaolomme kannalta molemmat suhtautumistavat ovat ihmisen elämässä välttämättömiä, mutta vain dialoginen Minä-Sinä-suhde saa aikaan yhteyden maailmaan. Yhteys merkitsee Minälle Sinän ja maailman kohtaamista. Yhteyttä ei voi löytää etsimällä, vaan sen peruslähtökohtana on toisen ”*toiseuden*” tunnustaminen. Dialogisuutta voikin tarkastella ihmisten välisenä mahdollisuutena, jonka toteuttamista rajoittavat ainoastaan erilaiset Se-suhteet. Miksi pidämme tätä kohtaamisen mahdollisuutta tavoittelemisen arvoisena? Vastaus löytyy Minä-Sinä-yhteyden perustavasta arvosta, sillä Buberin (1962a, 99) mukaan ”*on olemassa salaisen perustan silmänräpäyksiä, joissa maailman järjestys voidaan nähdä läsnäolevaksi*”. Näissä ”*kuolemattomissa*” silmänräpäyksissä ei välity mitään sisältöä, ainoastaan kohtaamisen ”*elämää ylläpitävä voima*”. Buberin mukaan ”*ei kuitenkaan ole olemassa kahdenlaisia ihmisiä, mutta on olemassa kaksi ihmisyyden napaa. Kukaan ihminen ei ole puhdas persoona, kukaan ei ole puhdas minäkeskeinen ihminen. Ei kukaan ole kokonaan aktuaalinen, ei kukaan kokonaan epäaktuaalinen. Jokainen elää kaksitahoisessa Minässä.*” (Buber 1962a, 122.)

#### 2.4.2 Dialogisuuden kaltaisuus

Harvinainen ja yllättävästi joko puheena, kosketuksena tai hiljaisuutena toteutuva Minä-Sinä-suhde on *ideaali*, jonka tulisi suunnata suhteitamme lähimmäisiimme jokapäiväisessä elämässämme. Hiljaisuudella ymmärrän katseena tai kosketuksena ilmenevää läheisyyttä, joka on hyvin merkittävää erityisesti kuolevan potilaan hoitotyössä. (Ks. myös Morse et al. 1995, Arnold 1999c, Utriainen 1999.) Erityisesti sen merkitys korostuu silloin, kun suhteen molemminpuolisuus ja aitous eivät voi täysin toteutua kielellisen kommunikaation kautta. Yleensä toimiminen työelämässä, esimerkiksi hoitotyössä, edellyttää Minä-Se-asennetta, mutta yksinomaisena se johtaa laskelmointiin, vallankäyttöön ja ihmissuhteiden esineellistämiseen. Hoitosuhteen toimivuuden kannalta onkin ratkaisevaa, onko monologinen vai dialoginen suhde hoitajassa vallitsevana. Buberia (1962a, 110 - 111) tulkiten hoitaja voi kuitenkin ”*tulla tietoiseksi tästä luontoonsa kuuluvasta*

*esineellistämistaipumuksesta, tunnistaa aktuaalit esineellistämiskokemuksensa sekä lopulta kontrolloida niitä tietoisesti*". Silloin Minä-Sinä-ideaalilla on jo huomattava merkitys hänen elämässään. Se suuntaa hoitajan suhdetta potilaaseen ja mahdollistaa dialogisen asenteen sisäistämisen osaksi *"varsinaista minuutta"*.<sup>1</sup>

Dialogisuutta voi ilmetä muissakin kuin vain aidoissa Minä-Sinä-yhteyksissä (Buber 1962a, 167, ks. myös Buber 1962d, 477). Buber kuvaa esimerkkinä psykoterapeutin ja hänen potilaansa välistä suhdetta *dialogin kaltaisena* suhteena, jossa pelkästään dialogisella asenteella on suuri merkitys. Silloin Minä-Sinä-ideaali suuntaa terapeutin suhdetta potilaaseen *"molemminpuolisuuden normatiivissa rajoissa"* (Buber 1962a, 110 - 111). Tällä ilmauksella Buber tarkoittaa sitä, että vastavuoroisuus ei voi toteutua täydellisesti, koska terapiasuhteessa peruspyrkimys on toiseen vaikuttaminen. Terapeutin tavoin myös hoitajan tulee ymmärtää potilaansa kokonaisvaltaisena persoonana, ei pelkästään esineellistettynä hoidon kohteena. Tämä on mahdollista vain kohdattaessa toinen ihminen kaksisuuntaisen suhteen tasavertaisena osapuolena. Jotta kohtaaminen olisi merkityksellistä, kyseinen tilanne on otettava huomioon sekä omasta että toisen osapuolen näkökulmasta (Umfassung). (Buber 1962e, 802.)

Kuolevan potilaan hoitotyössä tietoisuus lähestyvistä kuolemasta horjuttaa ennen kaikkea potilaan psyykkistä tasapainoa (Kuuppelomäki 1996, 2002, Mattila 2002). Psykoterapeutin tavoin omahoitajakin voi auttaa kuolevaa potilasta vapautumaan sekä tietoisista että tiedostamattomista syyllisyydentunteista ja erilaisista kipua ja kärsimystä aiheuttavista peloista, jotka ovat esteenä hyvän elämän elämiselle ja itseyden säilyttämiselle potilaan *"valmistautuessa"* kohtaamaan oman kuolemansa (Krishnasamy 1996, Lindvall 2001, Kuuppelomäki 2002, Mattila 2002). Tämä edellyttää, että potilaan on löydettävä *"oma persoonallinen tiensä"*. Hoitaja ei voi tehdä sitä hänen puolestaan. Sen sijaan hän voi olla avuksi oikeaa suuntaa osoittaessaan. (Buber 1962d, 486 - 487.) Koska myös omahoitaja pyrkii vaikuttamaan kuolevaan potilaaseen, yhteistyösuhde heidän välillään ei voi milloinkaan perustua täydelliseen molemminpuolisuuteen. Hoitosuhdetta ei näin ollen voi pitää aitona Minä-Sinä-suhteena, sillä Buberin mukaan jokainen toiseen osapuoleen vaikuttamaan pyrkivä yritys on *"riippuvainen molemminpuolisuudesta, joka ei koskaan voi tulla täydeksi"*. (Buber 1962a, 167 - 168.)

---

<sup>1</sup> Ahlman (1953) rinnastaa käsitteen varsinainen minä käsitteisiin itseys (*das Selbst*), persoona ja persoonallisuus. Varsinainen minä on luonteeltaan kaksitahoinen sisältäen sekä yleisen että yksilöllisen. Yleinen ihmisyyden ihmisen varsinaisessa minässä ilmenee esimerkiksi pyrkimyksenä auttaa toista ihmistä. Yksilöllisen Ahlman näkee varsinaisen minän suuntautumisena. Ihmisen edetessä henkisessä kehityksessään myös hänen tietoisuutensa yleisestä inhimillisyydestä kasvaa.

## 2.5 Dialogin kaltaisen hoitosuhteen toteutuminen kuolevan potilaan hoitotyössä

Dialogin kaltaisen hoitosuhteen syntyminen edellyttää, että kuoleva potilas saa olla ”*aidosti toinen*” ja hoitaja ottaa tämän huomioon oman toimintansa lähtökohtana. Tämä Varton (1994) esittämä oletamus ”*on lähdeittävä siitä, että emme ymmärrä toisiamme*” on välttämätön dialogin kaltaisen hoitosuhteen synnyn kannalta. Mitä tämä oletamus tarkoittaa? Varton (1994) mukaan vastaus löytyy filosofisesta ihmiskäsityksestä, jonka mukaan ihmisten maailmat ja heidän tapansa jäsentää todellisuutta ovat erilaisia johtuen heidän erilaisista paikoistaan maailmassa. Jos hoitaja näin ollen väittää ymmärtävänsä kuolevaa potilasta, hän ainoastaan yleistää oman kokemuksensa. Tämä on kuitenkin todellisuutta hoitoyhteisöstä riippumatta jopa saattohoidossa (Lipponen 1997, 2002).

Ajatus kuolevan potilaan kohtaamisesta hyvän hoidon ytimenä saattaa tuntua turhalta filosofoinnilta, jolla ei ole juurikaan annettavaa hoitotyön käytännön kysymyksille. Hoitofilosofioissa kyllä painotetaan kuolevan potilaan kokonaisvaltaista kohtaamista yhtenä hoitotyön keskeisenä periaatteena (Kalkas 1996a), mutta ymmärretäänkö tämä vaatimus ja miten siihen suhtaudutaan? Tähän ongelmakokonaisuuteen liittyy näkemys ihmiskäsityksen keskeneräisyydestä (Puhakainen 1995, Lindqvist 1999, 2003). Tällä viitataan Kantin alun perin esittämään ihmistä koskevaan kysymykseen ”*Mitä on ihminen?*” (*Was ist der Mensch*),<sup>1</sup> johon on mahdotonta vastata ainoastaan tekemällä havaintoja ihmisen piirteistä. Sen sijaan ihmistä tulee tarkastella yksinomaan hänen ”*olemisestaan käsin hänen olemussuhteiden kokonaisuudessa*” (Buber 1962c, 310 – 313, 400, 407). Siksi keskityn tässä tutkimuksessa tarkastelemaan kuolevan potilaan ja omahoitajan hoitosuhteen toteutumista Minä-Sinä- ja Minä-Se- suhteiden kokonaisuudessa.

### 2.5.1 Dialogisuus kuolevan potilaan todellisuutena

Dialogisessa maailmassa Minää ja Sinää ei Buberin (1962a) mukaan voi erottaa toisistaan. Yhdessä ne muodostavat kokonaisuuden, jossa todelliset merkitykset rakentuvat. Mutta mistä löytyy kuolevan potilaan paradoksaalisissa

---

<sup>1</sup> Buber (1962c, 310-313, 400, 407) pohtii kirjassaan *Das Problem des Menschen alun perin Kantin kysymyksen muodossa esittämää käsitystä ihmisestä. Kolmella kysymyksellään - Mitä voin tietää? Mitä minun pitää tehdä? Mitä saan toivoa? - se kuvaa tapaa, jolla ihminen on olemassa, mahdollisuuksia erottaa hänet muista olioista sekä kaikkia niitä piirteitä, joita on mahdotonta sivuuttaa puhuttaessa ihmisestä.*

elämäntilanteessa tämä ”välittävä todellisuus”, jossa potilaan ja hoitajan maailmat ja heidän käyttämänsä kieli voivat kohdata?

Tässä todellisuudessa kumpikin heistä voi ymmärtää kohtaamisen konkreettisen erityislaadun eli tilanteen, jossa jotain tapahtuu. Tällä tapahtumisella Buber tarkoittaa molemminpuolisuutta (Gegenseitigkeit), joka ei voi toteutua individualismissa eikä kollektivismissa.<sup>1</sup> Potilaan ja hoitajan käytettävissä ei ole minkäänlaisia subjektiivisia keinoja tämän yhteyden aikaansaamiseksi. Toteutuakseen omana itsenään he joutuvat riisumaan kollektiiviseen hoitokulttuuriin kuuluvat potilaan ja hoitajan roolinsa.

*”Voimavaroja antavalla mukanaolohetkellä”* kuoleva potilas ja hoitaja ylittävät oman yksilöllisyytensä ja suuntautuvat kohti toisiaan. Kohtaaminen mahdollistaa uuden yhteisen merkitysmaailman muodostumisen, eikä se ole enää palautettavissa kohtaamisen osapuolten omiksi subjektiivisiksi merkitysmaailmoiksi. Yhteys toiseen voi kuolevan potilaan todellisuudessa merkitä *”kokonaan uudenlaista elämää”*, mutta mitä tämä tarkoittaa? (Lipponen 1997, 2002, ks. myös Janhonen 1999)

Kuvatessaan Minä-Sinä-yhteyden olemusta ja dialogisuutta Buber käyttää vertauksena rakkautta, joka ilmenee Minän ja Sinän välittömänä pyyteettömänä vastavuoroisuutena, yhdenvertaisuutena ja Minän vastuuntunteena Sinästä (Buber 1962a, 86 – 88, ks. myös Friedman 1988). Hoitotyössä huolenpityyppiselle hoitamiselle (caring) on ominaista moniulotteinen rakastaminen, pyyteetön välittäminen ja vastuullinen huolenpito toisesta ihmisestä. Esimerkiksi Eriksson näkee rakkauden (caritas) juuri huolenpidon perusmotiivina, jolloin sillä on hoitava vaikutus olemassaolonsa kautta (Eriksson 1989, ks. myös Sarvimäki-Stenbock-Hult 1992, Kalkas 1996b, Koistinen 2003). Kosmisen voiman lailla rakkaus ikään kuin kietoutuu hoitajan olemukseen, jolloin sen avulla on mahdollista sisällyttää jotain myönteistä kuolevan potilaan paradoksaaliseen kärsimyksen kokemukseen. Myönteistä voi olla toivon herääminen kivuttomammasta huomimisesta (Lindvall 2001, Mattila 2002) tai hoitajan valmius olla läsnä potilaan pohtiessa elämänsä tarkoitusta ja päämäärää,

---

<sup>1</sup>Buber 1962c, 400-407. (...”nur zwischen echten Personen gibt es echte Beziehung.”) Buberin mukaan myös gorilla on yksilö ja muurahaiskeko yhteisö, mutta vain Minä ja Sinä todellistuvat maailmassa, koska se on ihmisille olemassaoleva. Kuvatessaan toiseutta myös Varto (1994) tarkastelee kahden ihmisen välistä suhdetta erilaisista näkökulmista. Ensinnäkin ihmiset ymmärtävät toisiaan kaikille ihmisille yhteisen piirteen, järjen vuoksi. Tämänkaltaista suuntautumista toisen ihmiseen kuvaa Varton mukaan esimerkiksi älyllinen manipulaatio. Voidaan myös olettaa objektiivinen todellisuus, jossa ihmiset ymmärtävät asiat yhteisestä, kollektiivisesta perspektiivistä. Kumpikin näkökulma tarkastelee ainoastaan yksikköyksilöä, ei todellista yksilöä. Siksi niille merkittävä yhteinen löytyy muualta kuin dialogisesta kohtaamistilanteesta.

kuolemista tai vaikkapa kuoleman jälkeistä elämää (Åstedt-Kurki 1992, 1995, Mattila 2002). Potilaan kuvaamana on kyse ”ihmisen valmentamisesta ja hänen kulkunsa helpottamisesta kuljettaessa kohti määränpäätä” (Lipponen 1997, 2002). Myös Eriksson liittyy uskon ja toivon kiinteästi saattohoidon kaltaiseen rakastavaan huolenpitoon, jossa sen auttava voima saavutetaan yhdessä läpikäytyjen kriisien avulla. Rakkauteen kytkeytyessään usko ja toivo sisältyvät juuri hospice-periaatteita noudattavaan kuolevan potilaan hoitotyöhön, jonka alkujuuret löytyvät kristillisestä laupeudentyöstä (ks. esim. King 1993).

Hoitotyöhön liittyvä huolenpitotaipumus ei aktualisoidu kuitenkaan kaikilla hoitajilla samalla tavalla kuten ei myöskään dialogisen kohtaamisen taito. Voikin ajatella, että ne molemmat edellyttävät hoitajalta tietynlaista *kutsumusta*, jolla tarkoitan Heideggerin (1986) esille tuomaa situationaaliseen hetkeen liittyvää *froneettista herkkyyttä* kuulla toisen ihmisen kutsu ja vastata siihen. Kuolevan potilaan hoitotyössä näiden läsnäolon hetkien voi kokea toteutuvan parhaimmillaan yön pitkinä tunteina, kun potilas ei syystä tai toisesta saa nukuksi tai halua nukkua. On paljon jaettavaa, kun kohtaamisen yhteys löytyy.

Yhdessä jaettavaa voi pitää tietona toisen ihmisen, kuolevan potilaan kokemuksellisesta todellisuudesta. Buberin ajatus ihmisten yhteydestä tiedon lähteenä tulee tässä varsin lähelle Edith Steinin käsitystä empatiasta (Stein 1989), joka on saanut vaikutteita Edmund Husserlin fenomenologisesta ajattelusta. Steinin empatia on havaitsemista *sui generis* eli empatia on mukana jo itse havaitsemisessa. Se on intuitio toisen kokemuksesta, jonka alkuperäistä sisältöä ja näkökulmaa ei toinen kuitenkaan voi koskaan täysin tavoittaa. Stein oivaltaa, että kokemus onkin *jonkun toisen*. Se ilmenee jonkun toisen kokemuksena, joka muistuttaa omaa kokemustani ja josta on mahdollista tulla tietoiseksi. Näin ollen kaikki kokemukset eivät Steinin mukaan ole pelkästään omia kokemuksiamme eivätkä toisistaan tiukasti erotettavissa. Empatiassa ei sympatian tavoin myöskään heittäydytä toisen tunteiden vietäväksi, vaan toisen kokemuksia, esimerkiksi kuolevan potilaan iloa ja surua, kyetään tarkastelemaan tietyltä etäisyydeltä.

Kuolevan potilaan hoitotyössä empatiaa voi näin ajatellen pitää hoitajan eettiseen toimintaan liittyvänä ainutlaatuisena kykynä nähdä hoitotodellisuus samanaikaisesti kahdesta eri näkökulmasta: hoitaja pystyy ymmärtämään kuolevan potilaan näkökulmaa ja toisaalta säilyttämään samaan aikaan oman

näkökulmansa.<sup>1</sup> Kuolevan potilaan tapa tarkastella maailmaa vaikuttaa hoitajaan, ja myös käsitys vakavan sairauden runtelemasta ruumiista voi avartaa hoitajan tapaa hahmottaa hoitotodellisuutta. Mutta miten se tapahtuu? Puhuttujen sanojen merkitys on helppo ymmärtää, mutta millaisia kokemuksia kätkevät sisälleen potilaan tuskaiset ja kärsivät ilmeet? Steinin (1989) mukaan juuri empatian avulla pääsemme näiden ilmeiden taakse, niiden sisältämiin merkityksiin ja voimme tulkita niitä sekä omassa yhteydessään että asioina, jotka kertovat juuri tästä tietystä kuolevasta potilaasta ja hänen henkilökohtaisista ominaisuuksistaan (vrt. Mattila 2001, 76).

Heideggerin (1986, 124-125) mukaan empatia ei ole ensisijaista kanssaolemisen synnyssä; sen sijaan *kanssaolemiseen* perustuen empatiasta tulee mahdollista (ks. myös Lindvall 2001, Mattila 2001). Empatian tavoin myös Minä-Sinä-yhteys edellyttää *kanssaolemista*. Voidakseen vastata kuolevan potilaan kutsuun hoitajan on otettava välimatkaa teknisesti orientoivaan Minä-Se-maailmaan, jossa hän on rutinoitunut määrittämään sekä potilaan hyvää että hoitotyön päämäärää omasta subjektiivisesta näkökulmastaan. Nyt kohtaamisen päämäärää ei enää tiedetä ennalta, vaan se syntyy itse kohtaamistilanteessa (Heidegger 1986). ”*Astuakseen Minä-Sinä-suhteeseen*” kuolevan potilaan kanssa on hoitajan Buberia (1962a, 149) tulkiten muutettava paitsi toimintansa päämäärää myös sen laatua.<sup>2</sup> Hän ei näe potilasta pelkkänä välineenä, vaan hänellä on ”*rohkeutta heittäytyä*” kohtaamaan potilaansa Sinänä. Eettisyyden ohjatessa hoitajan toimintaa kuoleva potilas voi toteutua maailmassa olevana. Hän ei ole hoitajalle kuka tahansa vaan Toinen, kohti kuolemaansa elävä ainutkertainen persoona. Sekä dialogisessa kohtaamisessa että huolenpitotyypisessä hoitamisessa on kyse kuolevan potilaan kunnioittamisesta, huomioon ottamisesta ja hyväksymisestä juuri sellaisena kuin hän on, kokonaisvaltaisena ihmisenä, merkityksellisenä toisena. Ymmärrys siitä, mitä kuoleva potilas kulloinkin tarvitsee ja miten häntä voidaan parhaiten auttaa,

---

<sup>1</sup> Steinin (1989) mukaan *minus* (”I”) *elävässä kehossa* (”Living Body”) on *todellisuuteen orientoitumisen nollakohta* (”a zero point of orientation”). *Minuutta ei voi paikallistaa eikä myöskään erottaa elävästä kehosta, vaikka jokainen yksittäinen aistimus onkin tietyllä etäisyydellä minuudesta. Toisen toiseus puolestaan mahdollistaa tietoiseksi tulemisen omasta minuudesta, sillä toinen ilmenee minulle eri tavalla kuin minä ilmenen itselleni. Siksi toinen on sinä. Mutta koska sinä kokee itsensä kuten minäkin koen itseni, sinä on toinen minä. Itseyden kokeminen on Steinin mukaan sitä, että koemme omistavamme tietyt asiat, jolloin kokemukset ovat aina minän kokemuksia.*

<sup>2</sup> Myös Kupiainen (1992) pohtii artikkelissaan *silleen jättämistä eettisenä suhteena maailmaan*. Hän luonnehtii sitä ”*paljastumisen ja kätkeytymisen paikkana, jossa totaliteetin muodostuminen on mahdotonta*”. *Näin ollen silleen jättäminen mahdollistaa syvällisen ja ainakin hoitotyössä toivottavan muutoksen ihmisen suhteessa maailmaan muuttaessaan ihmistä, hänen suhdettaan maailmaan sekä hänen toimintaansa.*

syntyy kohtaamistilanteessa potilaan ja hoitajan osallistuessa siihen kokonaisvaltaisesti. Juuri ihmisen näkeminen kokonaisuutena antaa kestävän perustan eettisille ratkaisuille käytännön hoitotyössä (Lindqvist 1978, Sarvimäki 1996, Mattila 2002, Lindqvist 2003).<sup>1</sup> Koska dialoginen kohtaaminen ei voi olla jatkuvaa, on kuolevan potilaan ja hoitajan aina päästyään osalliseksi yhteystapahtumassa välittyvästä elämästä ylläpitävästä voimasta yhä uudelleen palattava subjektiivisen kokemisen maailmaan.

### 2.5.2 Arjen monologisuus

Kuolevan potilaan ja hoitajan arki toteutuu Minä-Se-maailman vakiintuneissa muodoissa, joissa hoitajan subjektiivisuus voi muodostua esteeksi potilaan Sinänä kohtaamiselle (ks. myös Turunen 1997, Mattila 2002). Hoitajan luomassa mielikuvien maailmassa potilas ei saa olla oma itsensä, vaan hänet voidaan leimata jo etukäteen tietynlaiseksi kuolevaksi potilaaksi. Häggman-Laitilan (1994) mukaan potilas alkaa varsin nopeasti reagoida hoitajaan juuri tämän toivomalla tavalla ja hänen käyttäytymisensä muuttuu vähitellen sen mukaiseksi. Osaston raporttitilanteissa *tietynlaisen (hankalan tai jopa hullun) potilaan leima* välittyy helposti myös muille hoitajille. Tämänkaltaisen ilmiö ei ole vieras edes kuolevan potilaan hoitotyössä (Lipponen 1997, 2002). Surullisinta potilaan kannalta on luonnollisesti se, ettei hän tule tässä tilanteessa millään tavalla autetuksi.

Kun potilas ei koe tulevaisuutta hyväksytyksi omana itsenään, hän voi huonosti ja katkeroitua. Kuoleva potilas ei mielellään häiritse kiireisiä hoitajia (Mattila 2001, Sand 2003), vaan Kuuppelomäen (1996) mukaan hän saattaa jopa yrittää miellyttää *kiireistä* hoitajaa tekeytymällä helpoksi ja huomaamattomaksi hoidon kohteeksi. Silloin kuolevasta potilaasta tulee Buberia (1962b, 250 – 251, 1962c, 401- 405) tulkiten ainoastaan kollektivisoitu *kuka tahansa* (das Man) eikä hän kykene saavuttamaan aitoa olemistaan (ks. myös Heidegger 1986, 127). Seurauksena on, että hän esineellistää itsensä (Suominen 1994, Klemola 1998). Tämänkaltaista hoitosuhdetta ei voi pitää eettisesti arvokkaana, saati hyväksyttävänä.

---

<sup>1</sup> Sarvimäen ja Lindqvistin tavoin ajattelen, että kuolevan potilaan kokonaisvaltainen kohtaaminen eettisten ratkaisujen perustana rakentuu näkemykselle, että tiettyyn rajaan asti ihminen on vapaa ja vastuullinen olento, joka voi tehdä itseään ja toisia koskevia valintoja. Hoitotyön eettiset lähtökohdat pohjautuvat ihmisoikeuksien julistukseen. Näin ollen vastuullisuuden hoitotyön etiikassa voidaan ajatella merkitsevän tietoista toimimista kuolevan potilaan ihmisoikeuksien ja henkilökohtaisen kasvun turvaamiseksi saattohoidossa, jossa potilas on erittäin riippuvainen hoitajansa eettisyydestä.



Eläessään Minä-Se-maailmassa kuoleva potilas ja hoitaja pitäytyvät Heideggerin (1986, 124) mukaan omista rooleissaan. Heideggeria (1986) tulkiten hoitaja ja potilas ovat ”*kaukana itsestään*” roolia toteuttaessaan. Mahdollisuus itsensä avaamiseen ja sulkemiseen perustuu ihmisen kykyyn olla toisen kanssa (Klemola 1998). Yhdenmukainen pukeutuminen, nimineulat ja pätevyysmerkit antavat hoitajille vankan roolisuojan, mutta samalla roolivankilan ilmaistessaan välittömästi kaikille asianosaisille, minkäarvoisesta henkilöstä kulloinkin on kyse. Myös tarkasti määritellyt tehtävät kertovat hoitotyön hierarkkisuudesta.

Normien, sääntöjen ja mittareiden edellyttämä teknis-teoreettinen yhdenmukaisuus takaa hoitotyön luotettavuuden, mutta pirstoessaan kokonaisuuden tarkasti määritelyihin osiin se Buberin (1962a, 100) mukaan unohtaa ihmisen kokonaisvaltaisena persoonana. Heideggerin (1986) mukaan tässä on kyse ns. ”*laskevasta tai laskelmoivasta ajattelusta*” (das rechnende Denken), joka ”*ei ole koskaan hiljaa*”. Tästä syystä se ei kykene myöskään mahdollistamaan kokonaisuuden intuitiivista tarkastelua tässä ja nyt. Buber kuvaa tilannetta seuraavasti:

”...sen luotettavuus ylläpitää sinut, mutta jos sattuisit kuolemaan sen turviin, haudattaisiin sinut tyhjyyteen” (Buber 1962a, 100).

Akuutisti sairas, nopeaa lääketieteellistä apua tarvitseva ja vaivastaan sen turvin toipuva potilas kyllä selviytyy *tällä yhdenmukaisuuden liukuhihnalla*, mutta kuinka käy saattohoitovaiheeseen siirtyneen kuolevan potilaan? Jos potilas ja hoitaja eivät kohta toisiaan hoitosuhteessa, he eivät voi löytää *välillään olevaa* voimavaroja antavaa *elämäntietä*. Jäädessään vaille kohtaamisen yhteyttä he päätyvät Buberin kuvaamaan tyhjyyteen. (Lipponen 2002.)

Lähestyessään kuolemaa potilas on hyvin riippuvainen hoitajastaan. Tällaisessa tilanteessa hoitajan on helppoa toimia vallankäyttäjänä suhteessa potilaaseen. Buberin (1962a, 110) mukaan vallantahto kuuluu Minä-Se-suhteeseen. Millaisena näyttäytyy valtaa käyttävä hoitaja kuolevalle potilaalle? Hän on kaikkietävä ja holhoava. Hän pyrkii objektivoimaan kaiken ympärillään olevan ja on siten funktionaalisessa suhteessa sekä itseensä että potilaaseen.<sup>1</sup> Tällainen hoitaja saattaa tulkita jopa puhekyvyttömän kuolevan potilaan yöllisen rauhattomuuden ja jatkuvan kellon soittamisen kyvyttömyydeksi olla yksin tai jopa *huomion herättämiseksi*, joka on saatava loppumaan (Lipponen 1997, 2002, Utriainen 1999). Näin tehdessään hän alistaa jo muutenkin alistuneen potilaansa, jolla ei ole enää voimia vaikuttaa omaan tilanteeseensa. Pyrkiessään säilyttämään itseytensä potilas mieluummin kärsii kuin yrittää lähestyä hänet jo olemuksellaan *tyrmäävää* hoitajaa. On vain ”*tydyttävä kohtaloonsa*”, kunnes kuolema tuo

---

<sup>1</sup> Olennaista on huomata, että hoitosuhteen funktionaalisuudessa on kyse siitä, että hoidon tavoite määrittellään ulkoa käsin sekä potilaan että hoitajan suhteen.

helputuksen. Koska yhteyttä hoitajaan ei hoitosuhteessa synny, on mahdotonta löytää toisen ihmisen elämismailman avainta. (Lipponen 1997, 2002.)

## 2.6 Yhteenvedo kuolevan potilaan ja omahoitajan hoitosuhteesta dialogisen filosofian näkökulmasta tarkasteltuna

Kuolevia potilaita hoidetaan hyvin eritasoisissa ja erilaisissa hoitoyhteisöissä. Hyvän hoitosuhteen luominen edellyttää omahoitajalta hoitoyhteisöstä riippumatta niin teknistä osaamista kuin dialogin kaltaista kohtaamisen taitoa, sillä kuolevan potilaan todellisuudessa ne kytkeytyvät toinen toisiinsa erottamattomaksi kokonaisuudeksi (Lipponen 1997, 2002, ks. myös Kuuppelomäki 1996, Utriainen 1999, Mattila 2002).

Mahdollisuus löytää toisen ihmisen elämismailman avain aktualisoituu ainoastaan silloin, kun hoitaja löytää tasapainon arjen monologisuuden ja dialogin kaltaisten kohtaamisten välillä. Tasapainon etsiminen ei aiheuta yhteistyösuhteessa ongelmia niin kauan kun hoitajan toiminta pysyy froneettisena ja tämä froneettinen toiminta ohjaa hänen ymmärrystään eettisesti. Toiminta muuttuu ongelmalliseksi, jos hoitaja horjuttaa hoitosuhteen dialogista perustaa unohtamalla kriittisen hoitotyötä koskevan reflektionsa.

## 2.7 Aikaisempi kuolevan potilaan hoitoa koskeva tutkimus

Kuolevan potilaan hoitotyöhön liittyvää tutkimusta on tehty viime vuosina runsaasti. Tutkimuksen kohteena ovat olleet potilaat (Lipponen ja Sand 1993, Kuuppelomäki 1996, Lipponen 1997, Lindvall 1997, Jarrett and Payne 1999, Molander 1999a, Mattila 2002), omaiset (Lipponen ja Sand 1993, Kuuppelomäki 1996, Lipponen 1997, Jarrett and Payne 1999, Mäkinen 2002), hoitohenkilökunta (Kuuppelomäki 1991, 1996, Lipponen ja Sand 1993, Mäkinen 1996, Rittman et al. 1997, Molander 1999b, Hopkinson et al. 2003, de Araujo and da Silva 2004, Forest 2004, Mok and Chiu 2004, Huhtinen 2005), saattohoitokulttuuri (Costello 2001, Sand 2003) sekä kuoleman ilmiö teoreettisesta näkökulmasta (Aula 1993, Field and Copp 1999, Stewart et al. 1999, Larson and Tobin 2000, Lipponen 2002, Emanuel et al. 2004). Myös kuolevien potilaiden ja hoitajien vuorovaikutussuhteista on tehty lukuisia

tutkimuksia (Peräkylä 1990, Hakanen 1991, Kuuppelomäki 1996, Rittman et al. 1997, Ladd et al. 2000, Rancour 2000, Mattila 2001, Roman et al. 2001, Gordon 2003, Sasahara et al. 2003, de Araujo and da Silva 2004, Clover et al. 2004).

Hoitosuhteen filosofinen tarkastelu on hoitotieteessä jäänyt varsin vähäiseksi (esim. Lipponen 1997, Hopkinson et al. 2003). Dialoginen orientaatio vuorovaikutuksessa on kuitenkin herättänyt kiinnostusta muissa tieteissä kuten uskontoantropologiassa (Utriainen 1999), yhteiskuntatieteissä (Giddens 1995, Harre and van Lagenhove 1999, Kirmanen 1999, Mönkkönen 2002) ja kasvatustieteissä (Huhtinen 2005).

Sosiologian, sosiaalipsykologian ja sosiaalipolitiikan näkökulmista kuolevan potilaan ja hoitajan hoitosuhdetta kuvaavat tutkimukset ovat tuottaneet tietoa mm. erilaisten ihmiskuvien vaikutuksesta hoitosuhteeseen (Silverman 1987, 1997, Peräkylä 1990), erilaisista hoitoyhteisöistä ”kuoleman näyttämöinä” (Hakanen 1991) ja näiden näyttämöiden vaikutuksista kuolevien potilaiden ja hoitohenkilökunnan hoitosuhteisiin (esim. Molander 1999b). Tutkimuskohteena myös institutionaalinen asiantuntijapuhe (Drew and Heritage 1992, Filipp 1996, Sorjonen 1996, Peräkylä 1998) sekä subjektiviteetin tuottaminen sosiaalisissa käytännöissä (Fry 1990, Corr 1991-1992, Julkunen 1995, Dunahoo et al. 1996, Saarenheimo 1997, Granfelt 1998, Kainlauri 1998, Potter 1998, Tedre 1999, Gubrium and Holstein 2001) ovat kiinnostaneet erityisesti yhteiskuntatieteilijöitä.

Hoitotieteessä kuolevan potilaan hoitoa on tutkittu sekä kvantitatiivisesti että kvalitatiivisesti. Kvantitatiivisissa tutkimuksissa kiinnostusta ovat herättäneet esimerkiksi hoitajien asennoituminen kuoleviin potilaisiin (Roman et al. 2001) ja hoitajien kuolevien potilaiden laitoshoidossa kohtaamat vaikeudet (Sasahara et al. 2003). On myös tutkittu, onko kuolemasta, kuolemisesta ja surusta keskusteleminen tuntunut kuolevista potilaista ja heidän hoitajistaan ahdistavalta vai helpottavalta (Emanuel et al. 2004). Aineistonkeruumenetelmänä on käytetty strukturoitua kyselyä (Roman et al. 2001, Sasahara et al. 2003) tai haastattelua (Emanuel et al. 2004). Nämä tutkimusaineistot on analysoitu tilastollisin menetelmin.

Kvalitatiivisissa tutkimuksissa aineistoa on kerätty havainnoimalla (Peräkylä 1990, Costello 2001), puolistrukturoiduilla (Costello 2001, de Araujo and da Silva 2004) ja strukturoimattomilla haastatteluilla (Lindvall 1997, Jarrett and Payne 1999), syvähaastatteluilla (Hakanen 1991, Lipponen 1997, Molander 1999b, Hopkinson et al. 2003) ja narratiivisella haastattelulla (Molander 1999a). Joukossa on myös tutkittavien kirjoittamiin kertomuksiin (Rittman et al. 1997) ja kirjallisuuteen (Field and Copp 1999, Stewart et al. 1999, Ladd et al. 2000, Larson and Tobin 2000, Rancour 2000, Gordon 2003, Forest 2004) perustuvia tutkimuksia.

Yksilöhaastatteluja on joissakin tutkimuksissa yhdistetty myös muunlaisiin aineistonkeruun tapoihin kuten osallistuvaan havainnointiin (Costello 2001) tai strukturoituun kyselyyn (Kuuppelomäki 1996). On myös tutkimuksia, joissa tutkittavien kirjoittamat kertomukset ja kirjallisuus esiintyvät rinnakkain laadullisessa aineistossa (Utriainen 1999). Lisäksi muutamat tutkijat ovat tehneet omaperäisiä aineistonkeruuvälintoja. Esimerkiksi Sand (2003) kytki havainnointi- ja haastatteluaineistoihin erilaisia valokuva- ja leikemateriaaleja, päiväkirjoja, sanomalehtiartikkeleita ja virallisia asiakirjoja. Samoin Huhtinen (2005) täydensi tutkittavien kirjoittamia kehyskertomuksia ja päiväkirjoja eläytyvien rooliharjoitusten ja niiden pohjalta käytyjen opetus- ja ryhmäkeskustelujen tuottamalla materiaaleilla.

Kuolevan potilaan hoitoa käsittelevissä laadullisissa tutkimuksissa tutkimuskohteita on lähestytty monin eri tavoin. Esimerkiksi Costello (2001) sovelsi etnografista orientaatiota tutkiessaan kuolemista ja kuolemaa englantilaisilla vanhusten osastoilla. Grounded-theory-logiikalla toteutettu merkitysanalyysi paljasti, että sairaalakulttuuri lääketieteellisestä mallista peräisin olevine laitospolitiikoin, tapoineen, uskomuksineen ja ideologioineen vaikutti merkittäväällä tavalla iäkkäiden kuolevien potilaiden hoitokokemuksiin. Tämä näkyi ainoastaan fyysisten tarpeiden huomioimisena hoidossa. Myös Sandin (2003) laajasti ja monipuolisesti suomalaisissa saattohoitokodeissa toteutettavaa hoitoa tarkastelevan tutkimuksen lähtökohdat ovat etnografiassa. Tutkimus valaisee erityisesti hospice-ideologiaan perustuvan saattohoitokulttuurin erityispiirteitä ja tuo esille saattohoitokodit kodinomaisina ja puhuttelevina hoitoympäristöinä.

Hopkinson et al. (2003) puolestaan lähestyivät kuolevien potilaiden laitoshoidon fenomenologisesti. Syvähaastattelemalla hoitajia tutkijat pyrkivät tavoittamaan heidän eletyt kokemuksensa tarinoina ja kehittivät niiden tuottaman tiedon pohjalta kuolevien laitospotilaiden hoitoon soveltuvan ja hoitajien jaksamista tukevan mallin. Tutkijoiden mukaan tämä hoitamisen olemuksellisia piirteitä kuvaileva malli auttaa hoitajia ymmärtämään paremmin arjen käytännöissä esiin tulevia ja keskenään kilpailevia ideoita, arvoja ja uskomuksia.

Kiinnostavia olivat myös kuolevien potilaiden ja heidän läheistensä tuen ja avun tarvetta (Jarrett and Payne 1999) sekä saattohoitajina toimivien hoitajien hoitokokemuksia (Rittman et al. 1997) temaattisesti kuvailevat fenomenologiset tutkimukset. Vaikka tutkijat (Rittman et al. 1997) keräsivät tutkimusaineistonsa hoitajilta tarinoiden muodossa, he eivät kuitenkaan hyödyntäneet tarinallista otetta tutkimuksessaan laajemmin. Tehdyt valinnat perusteltiin tutkimuksen kysymyksen asetteluun yhteydessä, ja ne tuottivat kiinnostavia tuloksia hoitajien näkökulmasta. Voidaan kuitenkin kysyä, millaisiin tarinoihin tutkimuksessa esiin tulleet teemat mahtoivat liittyä. Olisiko hoitokokemusten synnyttämä näkökulma ollut erilainen, jos myös kuolevat potilaat olisivat olleet tarinoiden kertojina?

Kirjallisuuskatsaus toi esiin ainoastaan yhden kuolevan potilaan ja omahoitajan hoitosuhdetta käsittelevän hoitotieteellisen tutkimuksen, jonka metodisena lähestymistapana oli käytetty diskurssianalyysia (de Araujo and da Silva 2004). Tämän brasilialaisen tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida kuolevien potilaiden ja akuuttihoidon osastoilla työskentelevien hoitajien välistä vuorovaikutusta. Tutkimusaineisto kerättiin kymmeneltä erilaisen kokemustaustan omaavalta hoitajalta. Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin puolistrukturoitua haastattelua. Haastattelut nauhoitettiin ja kirjoitettiin puhtaaksi. Aineisto analysoitiin laadullisella sisällön analyysimenetelmällä siten, että tiedon luokitteluun sovellettiin temaattista kriteeristöä. Tämän lisäksi kaikki teemat ryhmiteltiin vielä saman sivumerkityksen<sup>1</sup> mukaan. Tutkimustuloksena esitetyt neljä kategoriaa selvensivät vuorovaikutuksen merkitystä kuoleville potilaille, kuoleman prosessissa ilmenneitä esteitä, tarvetta identifioida kuolevien potilaiden yksilöllisiä tarpeita sekä kykyä käyttää vuorovaikutusta työvälineenä kuolevien potilaiden hoidossa. Vaikka metodisena lähestymistapana oli tutkijoiden mukaan käytetty diskurssianalyysia, tutkimusaineisto analysoitiin teoriasidonnaisesti laadullisella sisällön analyysimenetelmällä. Sen sijaan terapeuttisuuteen viittaaminen vuorovaikutuksen sivumerkityksenä oli tutkimuksessa diskurssianalyttista. Selvittämättä jää, olisiko diskurssianalyysin käyttäminen myös haastatteluaineiston analyysimenetelmänä tuonut esiin erilaista tietoa vuorovaikutuksesta ja sen terapeuttisuudesta kuin sisällön analyysi. Lisäksi selvittämättä jää myös se, miten kuolevat potilaat itse olisivat käsitteellistäneet vuorovaikutuksen terapeuttisuutta ja miten heidän tulkintansa olisivat eronneet hoitajien vastaavista tulkinnoista. Kuolevan potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta ei tässä tutkimuksessa myöskään tarkastella dialogisen filosofian näkökulmasta.

Hoitotieteellisten tutkimusten tuloksissa on kuvattu myös kuolevan potilaan luottamuksen saavuttamisen merkitystä hoitosuhteessa hoitamisen ytimenä (Sand 2003, Ladd et al. 2000 ), ruumiillisen kosketuksen ja kosketetuksi tulemisen merkitysten tiedostamista hoitosuhteessa (Routasalo 1997), kuolevan potilaan ja omaisten selviytymistä tukevaa hoitohenkilökunnan toimintaa (Kuuppelomäki 1996, Lindvall 1997, Mäkinen 2002, Mäkinen et al. 1999, Jarrett and Payne 1999, Rancour 2000, Stewart et al. 1999) sekä kuoleman läheisyyden ja potilaan kuoleman hoitohenkilökunnassa herättämiä tunteita (Silfer et al. 1993, Hopkinson et al. 2003, Sasahara et al. 2003). Tutkimukset ovat tuottaneet tietoa myös kuolevan potilaan elämän paradoksaalisuudesta ja sen huomioonottamisesta hoitosuhteessa (esim. Lipponen 1997), hoitosuhteen vaikutuksesta kuolevan potilaan itsemääräämisoikeuteen (Aula 1993, Lipponen 1997, Ladd et al. 2000) sekä potilaan kokeman toivon ja toivottomuuden tunteista (Lindvall 1997, Rittman et al. 1997, Rancour 2000).

---

<sup>1</sup> *Salmen ja Linkomiehen (1967) mukaan käsitteen konnotaatio kantasana on latinan connotatio, joka tarkoittaa sanan sivu- tai lisämerkitystä.*

Uskontoantropologisessa (Utriainen 1999) tutkimuksessa on kuvattu teoreettisesti läsnäolon merkitystä saattohoitovaiheessa elävälle kuolevalle potilaalle ja hänen hoitajalleen sekä läsnäolon jännitteessä syntyvien ristiriitojen edellyttämää hoitajan tasapainon etsimistä. Omassa julkaisemattomassa lisensiaatintutkimuksessani (2002) olen soveltanut Buberin (1962a,b,c,d,e) dialogista filosofiaa saattohoidon ongelmiin. Tulokset ovat tuottaneet Utraisen tutkimuksen kanssa hyvin samansuuntaista teoreettista tietoa kuolevan potilaan ja hoitajan dialogisesta hoitosuhteesta.

Aikaisemmat tutkimukset ovat vastanneet moniin tärkeisiin kuolevan potilaan hoitoa koskeviin kysymyksiin. Niiden tuottaman tiedon perusteella voi kuitenkin todeta, että kuolevan potilaan ja omahoitajan hoitosuhteen tarkastelu dialogisen filosofian näkökulmasta vaatii vielä ilmiön yksityiskohtaisempaa selvittämistä empiirisen tutkimuksen avulla. Tässä tutkimuksessa olen käyttänyt aikaisempaa tutkimustietoa apunani lähinnä muotoillessani tutkimukseni teoreettisia lähtökohtia sekä tarkastellessani tutkimukseni tuottamia tuloksia.

Tämän tutkimuksen teoreettis-metodologisena lähestymistapana käytetty *episteeminen konstruktionismi*<sup>1</sup> ohjaa näkemään kuolevan potilaan ja omahoitajan hoitosuhteen sosiaalisesti rakentuneena toimintana. Verrattuna muihin hoitotieteellisessä tutkimuksessa paljon käytettyihin laadullisiin analyysitapoihin *diskurssianalyysin* avulla on mahdollista kiinnittää huomiota siihen, millaisia seurauksia hoitosuhteessa tuotettavalla puheella on *tilannesidonnaisena* toimintana ja millaista kuvaa potilaiden ja hoitajien erityyppiset puheet rakentavat hoitosuhteesta kohti kuolemaa elettäessä. Diskurssianalyysin käyttäminen hoitotieteessä voikin auttaa ymmärtämään elämän monimuotoisuutta olennaisesti rikkaammin kuin puheen tutkiminen faktanäkökulmasta. Diskurssianalyysin avulla on mahdollista selvittää, mikä on tärkeää kuolevan potilaan ja omahoitajan itsensä kannalta heidän käsitteellistäessään hoitosuhdetta.

---

<sup>1</sup> *Episteemisessä konstruktionismissa todellisuus ilmenee tutkijalle relativistisena.*

### 3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Etsin vastausta kysymykseen, millainen on kuolevan potilaan ja omahoitajan hoitosuhde. Lähestyn tätä kysymystä käyttäen apunani dialogista filosofiaa. Keskeinen näkökulma työssäni on kuolevan potilaan ja omahoitajan hoitosuhde ja sen toteutumisen ehdot, joita lähestyn saattohoitovaiheeseen liittyvinä ilmiöinä. Lähtökohtaolettamukseni on, että kuolevan potilaan hoitotyö on eettisesti perusteltua vain silloin, kun se antaa potilaalle mahdollisuuden elää hyvää elämää kohti kuolemaa ja säilyttää itseytensä loppuun asti. Näen hyvän elämän elämisen kohti kuolemaa ja itseyyden säilyttämisen loppuun asti ideaaleina, jotka voivat toteutua kuolevan potilaan ja omahoitajan välisessä dialogisessa hoitosuhteessa.

Osallistumalla tutkijana erilaisiin hoitotilanteisiin tarkoitukseni on havainnoida, miten hoitosuhde ilmenee kuolevan potilaan ja omahoitajan vuorovaikutuksessa<sup>1</sup> dialogisen filosofian näkökulmasta tarkasteltuna. Lisäksi tarkoitukseni on selvittää potilaita ja hoitajia haastatteleamalla, miten kuolevat potilaat ja heidän omahoitajansa jäsentävät ja merkityksellistävät (konstruoivat) vuorovaikutuksensa avulla hoitosuhdetta.

Tutkimustehtävät:

- 1) Minkälaisia ovat kuolevien potilaiden ja omahoitajien hoitosuhdetta koskevat kielelliset kuvaukset?
- 2) Minkälaiseksi kuolevan potilaan hoitotodellisuus näiden kuvausten pohjalta rakentuu dialogisen filosofian näkökulmasta tarkasteltuna?

---

<sup>1</sup> Tässä tutkimuksessa rajaan vuorovaikutuksen koskemaan ainoastaan hoitosuhteessa ilmenevää kielellistä vuorovaikutusta. Ei-kielellistä vuorovaikutusta hyödynnän tulkittessani kuolevien potilaiden ja heidän omahoitajiensa puheiden sävyjä.

## 4 METODOLOGISET VALINNAT JA TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

### 4.1 Sosiaalikonstruktivistinen lähestymistatapa

Tutkimuksen teoreettis-metodologisenä lähtökohtana on todellisuuden tulkinnallisuutta painottava *sosiaalinen konstruktivismi* (Gergen 1994). Sen peruspilareita ovat kriittinen asennoituminen itsestään selvänä pidettyyn tietoon, ymmärtämisen historiallinen ja kulttuurinen erityisyys, tiedon ylläpitäminen ja uusintaminen ihmisten välisissä sosiaalisissa vuorovaikutusprosesseissa sekä tiedon ja sosiaalisen toiminnan yhteenkietoutuneisuus (Burr 1995). Näin ollen arkielämä nähdään merkityksiä välittävänä ja kielen käyttö sosiaalista todellisuutta tuottavana, muuttavana ja uusintavana toimintakäytäntönä. Myöskään tulkinnat maailmasta eivät ole ainoastaan yksilöllisiä vaan aina myös jaettuina. (Berger & Luckmann 1967.) Muokkautuessaan sosiaalisissa vuorovaikutustilanteissa yksilölliset merkitykset ilmentävät pitkien historiallisten prosessien tuloksena syntyneitä ja kulttuurissa jo vakiintuneita tapoja jäsentää todellisuutta (Saarenheimo 1997, ks. myös Alasuutari 2001).

Mitä ymmärretään todellisuutta tuottavilla ja uusintavilla toimintakäytännöillä? Vuorovaikutustilanteissa todellisuutta tuotetaan osoittamalla vastavuoroisuutta niin kielellisessä kuin ei-kielellisessä kommunikaatiossa eli koskettamisessa, katseissa ja olemuksessa. Juuri näillä toiminnoilla toisesta ihmisestä tehdään ääritapauksissa joko kanssaihminen tai häneltä riisutaan pois hänen ihmisyytensä esineellistämällä hänet *keneksi tahansa*.<sup>1</sup>

Merkityksenannolle on ominaista myös *tilannesidonnaisuus* eli *kontekstuaalisuus*. Konteksti määrittää toiminnan ehdot eli sen, kenelle puhutaan, mitä ja miten puhutaan sekä miten puhetta tulkitaan eri tilanteissa. Puheen merkitykset rakentuvat ihmisten keskinäisissä vuorovaikutusprosesseissa. Kuvauksia asioista tuotetaan aina tietyissä tilanteissa, ja ne saavat merkityksensä näissä tilanteissa tuotetuista tulkinnoista. Puhuessaan kokemuksistaan ihmiset käyttävät erilaisia ilmauksia, joiden avulla he pyrkivät tekemään ymmärrettäväksi kokemuksiaan puheidensa vastaanottajille.

---

<sup>1</sup> Buberin (1962a, 79 - 81) mukaan ihminen on aina olemassa suhteissa Minä - Sinä ja Minä - Se. Tätä kaksitahoista maailmasuhdetta hän ilmentää sekä kommunikoidessaan että asennoituessaan toista ihmistä kohtaan. Toisaalta tämä suhde voi toteutua dialogisena vastavuoroisuutena, joka edellyttää avoimuutta toisen toiseudelle ja kiinnostusta toisesta omana itsenään. Toisaalta tämä suhde voi toteutua myös toista hyväksikäyttävänä monologisena esineellistämisenä, jolloin toinen on Heideggerin (1986, 127) mukaan kuka tahansa (das Man) eli kohde.



Konstruktionististen ajattelutapojen mukaan maailmaa voidaan merkityksellistää *eri tavoin puhutussa kielen käytössä ja kirjoituksissa*. Maailman voidaan nähdä rakentuvan episteemisesti kirjoitetussa kielessä tai vaihtoehtoisesti puhutun kielen voidaan ymmärtää heijastavan maailmaa ontologisesta näkökulmasta (Potter 1996b, Edwards 1997, Juhila 1999). Tämän tutkimuksen lähtökohdat ovat *episteemisessä konstruktionismissa* (Gergen 1994, 1999), jossa kielen käyttöä ja muuta merkityksiä välittävää toimintaa tarkastellaan perustavana osana ihmisten vuorovaikutuksellista todellisuutta.

Merkittävä osa vuorovaikutuksesta, jolla maailmaa konstruoidaan, tapahtuu juuri puhutun tai kirjoitetun kielen avulla. Kieli luo perustan ajattelulle. Ajattelu on luonteeltaan *”sisäistä puhetta”*, eikä sitä siksi nähdä puheesta erillisenä ilmiönä. Puhe ja ajattelu kytkeytyvät toisiinsa erottamattomasti. (Billig 2002.) Kieli on ihmisyhteisön tärkein merkkijärjestelmä, ja sen avulla arkielämän todellisuuden alueet kytkeytyvät mielekkääksi kokonaisuudeksi. (Berger & Luckmann 1967, Wittgenstein 1971, Potter & Wetherell 1987, Silverman 1997, Gergen 1999).

*Episteemisessä konstruktionismissa* kielenkäytön funktio ei ole vain sosiaalisen todellisuuden ilmiöiden kuvaaminen, vaan siihen liittyy aina olennaisena myös *merkitysten tuottaminen* erilaisissa sosiaalisissa prosesseissa. Ihmiset tekevät kielellisten kuvaustensa avulla tutkijalle ymmärrettäväksi sekä itseään että sosiaalista todellisuuttaan, joka konstruktionistien mukaan on relativistinen.<sup>1</sup> Toisaalta nämä kuvaukset perustuvat merkityksiin eli sosiaalisen todellisuuden ymmärrettäväksi tekemisen tapoihin, toisaalta kuvaukset rajoittavat sitä, millaisena sosiaalinen todellisuus voidaan vastaisuudessa ymmärtää. Kieltä analysoitaessa ei etsitä ontologisen konstruktionismin tapaan sosiaalisten merkitystulkintojen *”tuolla puolen”* olevia merkityksiä, vaan tutkimuksen kohteena on se sosiaalinen todellisuus, jota ihmiset vuorovaikutusprosesseissa rakentavat ja jolla he ilmentävät kulttuurissa vakiintuneita ja hyväksytyjä tapoja jäsentää kokemuksia. Näin ollen tieto ja sosiaalinen toiminta kietoutuvat kiinteästi toisiinsa. (Wittgenstein 1971, Potter & Wetherell 1987, Munhall 1993, Shotter and Gergen 1994, Burr 1995, Gergen 1999; ks. myös Jokinen et al. 1993, Juhila 1999, Suoninen 1999a, Alasuutari 2001.)

---

<sup>1</sup> Juhilan (1999) mukaan todellisuus näyttäytyy konstruktivistiselle tutkijalle suhteellisena. Tietoa tästä todellisuudesta on mahdollista saada siten, että tutkija ja tutkittava ovat tutkimuksessa interaktiivisesti yhteydessä toisiinsa.

## 4.2 Tutkimusaineisto ja sen kerääminen

Aikaisemmissa tutkimuksissani olen haastatellut kuolevia potilaita ja heidän omahoitajiaan ainoastaan saattohoitokodissa (Lipponen ja Sand 1993, Lipponen 1997). Tässä tutkimuksessa halusin laajentaa tarkastelunäkökulmaa myös muihin laitoksiin, koska valtaosa kuolevan potilaan hoitotyöstä tapahtuu varsinaisten saattohoitokotien ulkopuolella (ks. myös Sinnemäki ja Simonen 1995, Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) 2002, 2003). Tarkoitukseni ei kuitenkaan ollut kuolevan potilaan hoitotyön toteuttamisen vertaileminen eri laitosten ja osastojen välillä, vaan halusin ainoastaan saada tutkimukseeni mukaan erilaisia saattohoitoympäristöjä. Otin yhteyttä saattohoitokodin johtajaan ja muiden tutkimukseeni osallistuneiden laitosten ylihoitajiin neuvotellakseni heidän kanssaan tutkimuksen suorittamisesta ja sen edellyttämistä lupakäytännöistä. Valitsin tutkimukseen ylihoitajien ehdottamia<sup>1</sup> hoitoyhteisöjä ja -kulttuureja. Niissä tuotetuista puheista toivoin saavani kaipaamaani lisätietoa kuolevien potilaiden ja heidän omahoitajiensa hoitosuhteista, joita tarkastelen aineistolähtöisen ja tilannesidonnaisen diskurssianalyysin avulla.

Koska saattohoitovaihetta elävät potilaat ovat vakavasti sairaita, he ovat usein huonokuntoisia ja väsyneitä. Siksi potilaiden voimavarojen ja heidän oikeuksiensa kunnioittaminen oli lähtökohtani tutkimuksen suorittamiselle. Tutkimuksen eettisyyden takaamiseksi hankin ennen tutkimuksen aloittamista tutkimusluvut sekä tutkimuskohteena olevien organisaatioiden johdolta että niiden eettisiltä toimikunnilta. Koin myös, että aikaisemmat kokemukseni saattohoidosta kuolevien potilaiden omahoitajana, hoitotyön opettajana, henkilökunnan kouluttajana ja tutkijana auttaisivat minua lähestymään sekä omahoitajia että kuolevia potilaita ja luomaan luottamuksellisen suhteen välillemme (ks. myös Paavilainen ja Åstedt-Kurki 1997).

Tämän tutkimuksen aineistona ovat saattohoitokodissa, terveyskeskussairaalan sisätautien vuodeosastolla, vanhainkodin sairaalaosastolla sekä terveyskeskuksen vuodeosastolla saattohoitovaihetta elävien potilaiden ja heidän omahoitajiensa hoitotilanteiden havainnoinnit ja avoimet haastattelut (taulukko 1, s. 43).

---

<sup>1</sup> Tutkimusosastojen valintaa tehdessäni kävin keskusteluja laitosten ylihoitajien kanssa. Valintakriteerinä oli se, että osastoilla hoidettiin jatkuvasti saattohoitovaihetta eläviä potilaita.

Taulukko 1. Tutkimusaineiston kuvaus

	AINEISTON KERUUTAVAT	
TUTKIMUSPAIKKA JA TUTKITTAVA	HAVAINNOINNIT	AVOIMET HAASTATTELUT
<b>Saattohoitokoti</b>		
Kuoleva potilas		6 (18)
Omahoitaja		6 (6)
Hoitotilanne	6	
<b>Sisätautien vuodeosasto</b>		
Kuoleva potilas		1 (1)
Omahoitaja		1 (1)
Hoitotilanne	1	
<b>Vanhainkodin sairaalaosasto</b>		
Kuoleva potilas		2 (5)
Omahoitaja		2 (2)
Hoitotilanne	2	
<b>Terveyskeskuksen vuodeosasto</b>		
Kuoleva potilas		1 (1)
Omahoitaja		1 (1)
Hoitotilanne	1	
<b>YHTEENSÄ</b>	<b>10</b>	<b>20 (35)</b>

Hoitotilanne N = 10

Kuoleva potilas N = 10 (yhdeksän naista ja yksi mies; ikäjakauma 54 - 92 vuotta)

Omahoitaja N = 10 (kaikki naisia; ikäjakauma 26 – 58 vuotta)

Suluissa haastattelukertojen lukumäärä N = 35

Ennen varsinaisen aineistonkeruuvaiheen aloittamista informoin edellä mainitsemieni laitosten ja osastojen henkilökuntaa tutkimuksen suorittamisesta. Perustelin tarkastelunäkökulman rajaamista henkilökunnan osalta omahoitajiin sillä, että omahoitajat vastaavat potilaidensa kokonaishoidosta osastolla (Munnukka 1993, Surakka 2002, Toppinen 2002). Näin ollen he tuntevat parhaiten kuolevat potilaansa sekä heidän senhetkisen kuntonsa. Potilaiden tutkimukseen osallistumisen kriteereinä toin esille heidän

itsemääräämisoikeutensa loukkaamattomuuden sekä tutkimukseen osallistumisen täydellisen vapaaehtoisuuden (ks. myös Vehviläinen-Julkunen 1998, Leino-Kilpi 2003, Kuula 2006). Informaation saatuaan tutkimukseen lupautuneet omahoitajat (liitteet 2 ja 4) kysyivät omien potilaidensa osallistumishalukkuutta, lupaa havainnoitsijana toimivan tutkijan läsnäoloon hoitotilanteissa, haastattelujen suorittamiseen sekä havainnointitilanteiden ja haastattelujen nauhoittamiseen. Lisäksi he antoivat potilaille etukäteen tutustuttavaksi tutkijan laatiman tutkimusta koskevan potilastiedotteen (liite 1) ja kirjallisen suostumuslomakkeen (liite 3). Havainnointitilanteiden alussa varmistin vielä, että tutkimukseen osallistuvat potilaat ja omahoitajat olivat tietoisia tutkimuksen tarkoituksesta sekä edelleenkin halukkaita osallistumaan siihen. Kukaan heistä ei kieltäytynyt.

Ensimmäisen tutkimusaineiston keräsin havainnoimalla (liite 5) ja nauhoittamalla kymmenen erillistä kuolevan potilaan ja omahoitajan hoitotilannetta 19.5.2003 – 14.1.2004. Havainnoinnin toteuttamisajankohdista sovittiin etukäteen potilaiden ja omahoitajien kanssa. Tilanteet vaihtelivat tavanomaisista aamu- ja iltatoimista iltapäivän kahdenkeskisiin keskusteluhetkiin. Havainnointipaikkana oli kaikissa hoitotilanteissa yhden, kahden tai kolmen hengen potilashuone. Kestoltaan tilanteet vaihtelivat viidestätoista minuutista tuntiin. Yhteensä nauhoitettua havainnointiaikaa kertyi 7 tuntia 25 minuuttia. En voinut päättää etukäteen omaa havainnoitsijan rooliani, koska halusin hoitotilanteiden sujuvan mahdollisimman tavanomaisella ja luontevalla tavalla. Olin lähinnä tarkkailija, mutta tarvittaessa myös autoin omahoitajaa erilaissa hoitotoimissa.<sup>1</sup> Hoitotilanteiden havainnointi auttoi minua tutkijana tutustumaan potilaisiin ja hoitajiin sekä pääsemään sisälle erilaisiin tutkimusympäristöihin. Lisäksi se tuotti vuorovaikutuksellista tietoa kuolevien potilaiden ja heidän omahoitajiensa hoitosuhteista kuolemaa lähestyttäessä.

Toisen ja kolmannen tutkimusaineiston keräsin 22.5.2003 – 28.1.2004 haastatteleamalla erikseen samoja kuolevia potilaita ja heidän omahoitajiaan, jotka olivat olleet mukana jo hoitotilanteiden havainnointiaineistoa kerätessäni. Saatua luvan potilailta ja hoitajilta nauhoitin myös haastattelut. Kahden tiedonkeruumenetelmän samanaikainen käyttö tutkimuksessa merkitsi myös aineistotriangulaatiota (Kimchi et al. 1991, ks. myös Denzin 1988). Avointen haastattelujen aiheet (liite 6) asetin väljästi tutkimustehtävien perusteella, jotta

---

<sup>1</sup> Esim. Adler and Adler (1994) jakavat havainnoinnin neljään eriasteiseen osallistumiseen: 1) havainnointi ilman varsinaista osallistumista, 2) havainnoija osallistujana, 3) osallistuja havainnoijana ja 4) täydellinen osallistuja. Tutkijana koin itse liikkuvani havainnoijan roolissa ykkösen ja kakkosen välillä. Ks. myös Atkinson and Hammersley 1994.

haastateltavat voisivat kuvailla mahdollisimman vapaasti, luovasti<sup>1</sup> ja omin sanoin saattohoitovaiheessa todentuvia hoitosuhteitaan (ks. myös Fontana and Frey 1994; Cohen and Manion 1995). Etenin haastatteluissa täysin haastateltavien ehdoilla. Omahoitajien haastattelut sovitettiin heidän työvuoroihinsa ja muihin aikatauluihin parhaiten sopivilla tavoilla, ja ne kestivät keskimäärin tunnin. Potilaita haastatelllessani huomioin koko ajan heidän jaksamistaan ja toiveitaan sekä avustin heitä aamu- tai iltatoimissa ja ruokailussa. Kolmen potilaan kertahaastattelua lukuun ottamatta tapasimme muiden potilaiden kanssa useita kertoja heidän itse toivominaan aikoina. Haastatteluja kertyi yhteensä 35, ja ne vaihtelivat kestoltaan 20 minuutista aina kahteen tuntiin. Erityisesti vanhainkodin sairaalaosastolla potilaat tuntuivat nauttivan haastatteluista ja kuvasivat jälkeinpäin omahoitajilleen niiden olleen jopa terapeutisia.<sup>2</sup> Aineistonkeruu tapahtui tutkimusintressin ohjaamana, jolloin sitä oli mahdollista täydentää koko tutkimusprosessin ajan (Juhila 1999). Avointen haastattelujen avulla sain tietoa siitä, miten kuolevat potilaat ja heidän omahoitajansa jäsensivät ja merkityksellistivät hoitosuhteitaan ja minkälaisia olivat heidän hoitosuhteita koskevat kielelliset kuvauksensa.

## 4.3 Diskurssianalyysi ja analyysin toteuttaminen

### 4.3.1 Diskurssianalyysi

Tämän tutkimuksen tärkein analyysiväline on aineistolähtöinen diskurssianalyysi. Diskurssianalyysi voidaan määritellä kielen käytön ja muun merkityksiä välittävän toiminnan tutkimiseksi, jossa analysoidaan pikkutarkasti

---

<sup>1</sup> Fontana and Frey (1994) kirjoittavat haastattelusta eräänlaisena taiteen lajina tieteessä. Se edellyttää tekijältään luovuutta.

<sup>2</sup> Hosteinin ja Gubriummin (1995) mukaan sosiaaliseen konstruktionismiin perustuvassa haastattelussa niin haastateltava kuin haastattelija nähdään käsiteltävänä olevalle asialle merkityksiä antavana subjektina. Haastattelija aktivoi haastateltavaa tuomaan esille omaan kokemukseensa perustuvaa tietoa puheena olevasta ilmiöstä. Näin ollen haastattelun aikana asioille ja kokemuksille annetut merkitykset tuotetaan haastateltavan ja haastattelijan keskinäisessä vuorovaikutusprosessissa. Siten myös haastattelijan saamat vastaukset heijastelevat aina hänen läsnäoloaan ja tapaansa esittää haastattelukysymyksiä. Wittgensteinia (1971) tulkiten haastattelua voikin pitää haastattelijan ja haastateltavan välisenä kielipelinä. Näin ollen kieli ei ole irrallista, vaan se tulee ymmärrettäväksi vain siinä yleisessä yhteydessä, jossa kieltä käytetään. Kielipelit ilmentävät ja heijastavat Wittgensteinin mukaan tietynlaista elämänmuotoa eli kielen ja elämän perustumista sosiaalisiin sopimuksiin.

erilaisia tapoja tuottaa todellisuutta sosiaalisissa käytännöissä (Jokinen et al. 1993). Diskurssianalyysejä ei voi kuitenkaan pitää metodina samassa mielessä kuin esimerkiksi perinteistä kokeellista tai sisällönanalyyttistä metodologiaa (Potter and Wetherell 1987, Potter 2003). Se on enemmänkin väljä teoreettinen viitekehys,<sup>1</sup> jossa analyysin toteuttamiselle käytännössä ei ole olemassa tiukkoja sääntöjä vaan sitä voidaan soveltaa monin eri tavoin (Potter and Wetherell 1987, Potter 2003, Radley 2004, ks. myös Suoninen 1997, Jokinen et al. 2000). Diskurssianalyysi suuntaa huomion tutkimusaineistossa ilmenevän kielenkäytön rakenteellisiin ja toiminnallisiin puoliin, joista tutkija pyrkii löytämään yhtäläisyyksiä, eroja, poikkeuksia ja ristiriitaisuuksia (Potter & Wetherell 1987, Burr 1995, Potter 2003, ks. myös Juhila ja Suoninen 1999). Näin ollen analyysi on hyvin yksityiskohtaista ja pikkutarkkaa, ja siksi tutkimusaineiston ei tarvitse olla suuri. Pienikin aineisto voi tuottaa merkittäviä tuloksia (Potter 2003, ks. myös Suoninen 1997, Hirsjärvi & Hurme 2001).

Yleisesti ilmaistuna diskurssianalyyseissä on kysymys erilaisten puhetapojen erittelystä eli siitä, millaista toimintaa puhe (tai kirjoitettu teksti) on ja mitä sanoilla tehdään. Toisaalta siinä on kysymys ns. *kulttuurisista resursseista* eli kulttuurisesti hyväksytyistä puhetavoista, joihin ihmiset turvautuvat kielellisessä toiminnassaan tullakseen ymmärretyiksi vuorovaikutusprosesseissa muiden ihmisten kanssa (Gergen 1994). Toisin sanoen diskurssianalyyseissä ollaan kiinnostuneita siitä, miten erilaisia puheita tuotetaan, miten ne toimivat vuorovaikutusprosesseissa ja miten ne vahvistetaan (Potter ja Wetherell 1987, Nikander 1997, Forbat 2005).

Erilaisia vuorovaikutuksessa toistuvia puhetapoja voidaan kutsua joko *diskursseiksi* tai *tulkintarepertuaareiksi*.<sup>2</sup> Potterin (2003) mukaan niitä voi pitää eräänlaisina *diskurssianalyyttisinä työkaluina*, joiden avulla ihmiset rakentavat kuvauksia toiminnasta sekä jäsentävät ja merkityksellistävät ympäröivää sosiaalista ja fyysistä maailmaa. Tuotetut kuvaukset eivät kuitenkaan pysy

---

<sup>1</sup> Esimerkiksi Potterin ja Wetherellin (1987) mukaan diskurssianalyysiä on kehitelty samanaikaisesti usean eri tieteenalan piirissä kuten antropologiassa, filosofiassa, kirjallisuustutkimuksessa, kulttuuritutkimuksessa, lingvistiikassa, mediatutkimuksessa, psykologiassa ja sosiologiassa. Diskurssianalyysi poikkeaa myös keskusteluanalyyseistä, joka tänä päivänä on hyvin tunnettu ja käytetty analyysimenetelmä erityisesti sosiologian, sosiaalipsykologian, sosiaalipolitiikan, sosiaalityön ja kielitieteen piirissä.

<sup>2</sup> Potterin ja Wetherellin (1987) mukaan diskurssin ja tulkintarepertuaarin kattokäsite on merkityssysteemi. Merkityssysteemin käsite on peräisin Ferdinand de Saussurelta. Hän tarkasteli kieltä erottelujen tekemisen systeeminä, jossa sanojen merkitykset rakentuvat suhteessa toinen toisiinsa. Vaikka valtaosa sosiaalisesta vuorovaikutuksesta ja merkityksellistämisestä tapahtuu Potterin (2003) mukaan sanallisen kommunikaation keinoin, myös non-verbaalista kommunikaatiota (eleet, ilmeet, olemus) voidaan tarkastella merkityksellisenä.

samoina, vaan ne muuttuvat aina ajan, tilan ja kuvaajan muuttuessa (Jokinen ja Juhila 1999, Alasuutari 2001). Merkityksensä ne saavat siinä diskurssiivisessa kontekstissa, jossa ne esiintyvät (Burr 1995). Merkityksellistäminen on näin ollen kaikkialla ja jatkuvasti tapahtuvaa kulttuuri- ja tilannesidonnaista toimintaa (Jokinen ja Juhila 1999).

Tulkintarepertuaari organisoi kielellisen toimintayksikön hyvin systemaattisella tavalla. Asenteiden ja uskomusten tavoin se ei kuitenkaan ole luonteeltaan staattinen. Näin ollen myös erilaisten asenteiden ja uskomusten tutkiminen on aktiivisen toiminnan tutkimista (esim. Radley ja Billig 1996, Radley 2004). Repertuaarilla oikeutetaan esimerkiksi erilaisia tapahtumia, puolustellaan omaa tai toisten toimintaa, kevennetään tunnelmaa, suojaudutaan mahdolliselta kritiikiltä tai hankitaan uskottavuutta erilaisissa vuorovaikutustilanteissa.

Repertuaari selittää myös erilaisia rooleja ja normeja. Se kuvaa sosiaalista toimintaa aina jostakin näkökulmasta, jolloin samakin ilmiö voidaan selittää monin eri tavoin. (Potter and Wetherell 1987, Hautamäki 2002.) Puhuessaan ihmiset käyttävät aina jonkinlaista tulkintarepertuaaria (Potter and Wetherell 1987, Potter 2003). Esimerkiksi puhe hoitotyön asiantuntijuudesta on aina puhetta jollekulle jossakin kontekstissa. Asiantuntijuuteen liittyvät käsitykset ovat luonteeltaan ideologisia, ja niitä ylläpidetään laajemmissa sosiaalisissa diskursseissa,<sup>1</sup> jotka eivät ainoastaan uusinna ja muokkaa sitä, kuinka yksittäiset potilaat ja hoitajat asiantuntijuudesta puhuvat, vaan myös sitä, kuinka heidän tulisi siitä puhua. Näin ollen asiantuntijarepertuaari kertoo aina jotain myös siitä hoitotyön normatiivisesta maailmasta, jossa potilas ja hoitaja rooleissaan elävät ja toimivat. Tulkintarepertuaareja voikin pitää saman kielen ja kulttuurin riittävässä määrin jakavien toimijoiden käytettävissä olevana sosiaalisena resurssina, jolloin myös repertuaareja käyttävät ihmiset nähdään luontevasti sosiaalisen elämän aktiivisina osallistujina (Suoninen 1999a).

Diskurssianalyysi korostaa kielenkäytön seuraamuksia tuottavaa, toiminnallista luonnetta. Puheen seuraamuksellisuus koskee paitsi ympäröivää sosiaalista ja fyysistä maailmaa myös puhujia itseään. Diskurssin ja tulkintarepertuaarin lisäksi myös *subjektiposition* käsite on diskurssianalyttinen työkalu, joka korostaa merkityssysteemien valtaa määrittää puhujille tietyt asemat. (Potter 2003, ks. myös Jokinen ja Juhila 1999). Erilaisia repertuaareja käyttäessään puhujat asemoivat niin itsensä kuin muutkin toimijat erilaisiin positioihin. Repertuaarit eivät ole selkeästi toinen toisistaan erotettavissa olevia yksiköitä, vaan ne ovat yhteenkietoutuneita ja liikkeessä samoin kuin niihin liittyvät subjektipositiot (Gubrium and Holstein 1997).

---

<sup>1</sup> Käytän diskurssin käsitettä tässä tulkintarepertuaarin synonyymina.

Positiot ovat subjektin asemia, joita rakennetaan tai jotka rakentuvat prosessinomaisesti omanlaisikseen kussakin repertuaarissa. Esimerkiksi kuvatessaan toimintaansa omahoitaja voi vedota joko omiin luonteenpiirteisiinsä tai rooleihinsa ja käyttää molempia luonnehdintoja subjektipositionsa rakentamisen aineksina. Puheen tulkinnan kannalta molemmat kuvaamisen tavat ovat yhtä päteviä sekä itsen että oman toiminnan ymmärrettäväksi tekemisen tapoja omissa merkitysyhteyksissään (ks. myös Potter and Wetherell 1987).

Positiot ovat eläviä ja joustavia suhdekategorioita, jotka voivat muuttua toisiksi vuorovaikutustilanteiden edetessä (Jokinen ja Juhila 1999, Törrönen 2000). Muutokset voivat merkitä joko oman position vahvistamista tai vaihtoehtoisesti kilpailevan oman position heikentämistä (Potter 1996a, 2003). Itsensä rakentamisella on myös omat kulttuuriset rajansa, ja siksi kaikki subjektipositiot eivät ole yhtä mahdollisia. Positiot voivat lukkiutua erilaisissa arjen tilanteissa. (Potter and Wetherell 1987.) Esimerkiksi sairaalassa potilas ja hoitaja saattavat ottaa positionsa automaattisesti annettuina, jolloin potilas on hoidettavan ja hoitaja asiantuntijan positiossa.

Diskurssianalyttisen tutkimuksen keskeisiä kysymyksiä ovat *mitä- ja miten-kysymykset*. Nämä kysymykset koskevat perimmältään merkityksiä (Töttö 1997). Laadullisessa tutkimuksessa tavoitteena on etsiä merkityssuhteita ja ymmärtää niiden avulla, miksi ihmiset toimivat niin kuin toimivat. Myös teoreettisesti syvempään *miksi-kysymykseen* on mahdollista vastata, kun ensin selvitetään, miten puhutaan eli millaisia kulttuurisia merkityksiä jollekin ilmiölle tai tilanteelle annetaan ja mitä tästä merkityksenannosta seuraa sosiaaliseen käytännöön. (Hostein and Gubrium 1995, Gubrium and Holstein 1997, Juhila ja Suoninen 1999, Alasuutari 2001.)

Vaikka tämän tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa tärkeimpänä analyysivälineenä käytetään aineistolähtöistä diskurssianalyysia, sitä tarkennetaan tukeutumalla joihinkin retoriikan tutkimuksen argumentaatiovälineisiin (Pomeranz 1986, Billig 1987, Potter and Wetherell 1987, Potter et al. 1991, Drew and Heritage 1992, Edwards and Potter 1992, Fairclough 1992, Potter 1996a, Perelman 1996, Silverman 1997, Jokinen 1999a, Potter 2003). Potterin (1996a, 2003) mukaan retorinen argumentaatio on kaiken kielenkäytön olennainen ominaisuus ja se on vahvasti läsnä myös diskurssianalyysissa. Siksi onkin olennaista pohtia, mitä argumenteilla tilannesidonnaisesti tehdään. Kyseessä voi olla esimerkiksi kuulijan suostuttelu johonkin yhteiseen toimintaan metaforiseen ilmaukseen tukeutumalla (Perelman 1996), vastapuolen vakuuttaminen faktoja konstruoimalla (Potter 1996a, 2003), kaikkien yhteisesti hyväksymän toimintaperiaatteen konsensuksella vahvistaminen (Potter 1996a) tai asioiden objektivointi passiivimuotoon tukeutumalla (Fairclough 1992). Argumentointi onkin luonteeltaan vakuuttelevaa tai suostuttelevaa puhetta, jonka tavoitteena on sitouttaa puheen vastaanottaja esitettyyn argumenttiin. Se on myös yllätyksellistä, koska argumentin



vakuuttavuus määräytyy lopullisesti vasta vastaanottotilanteessa ja koska argumentaation vakuuttavuus koskee paitsi argumentin sisältöä myös niitä retorisia keinoja, joilla argumentaatiota pyritään tilannesidonnaisesti vahvistamaan (Langenhowe and Harre' 1995).

#### *4.3.2 Diskurssianalyysin toteuttaminen*

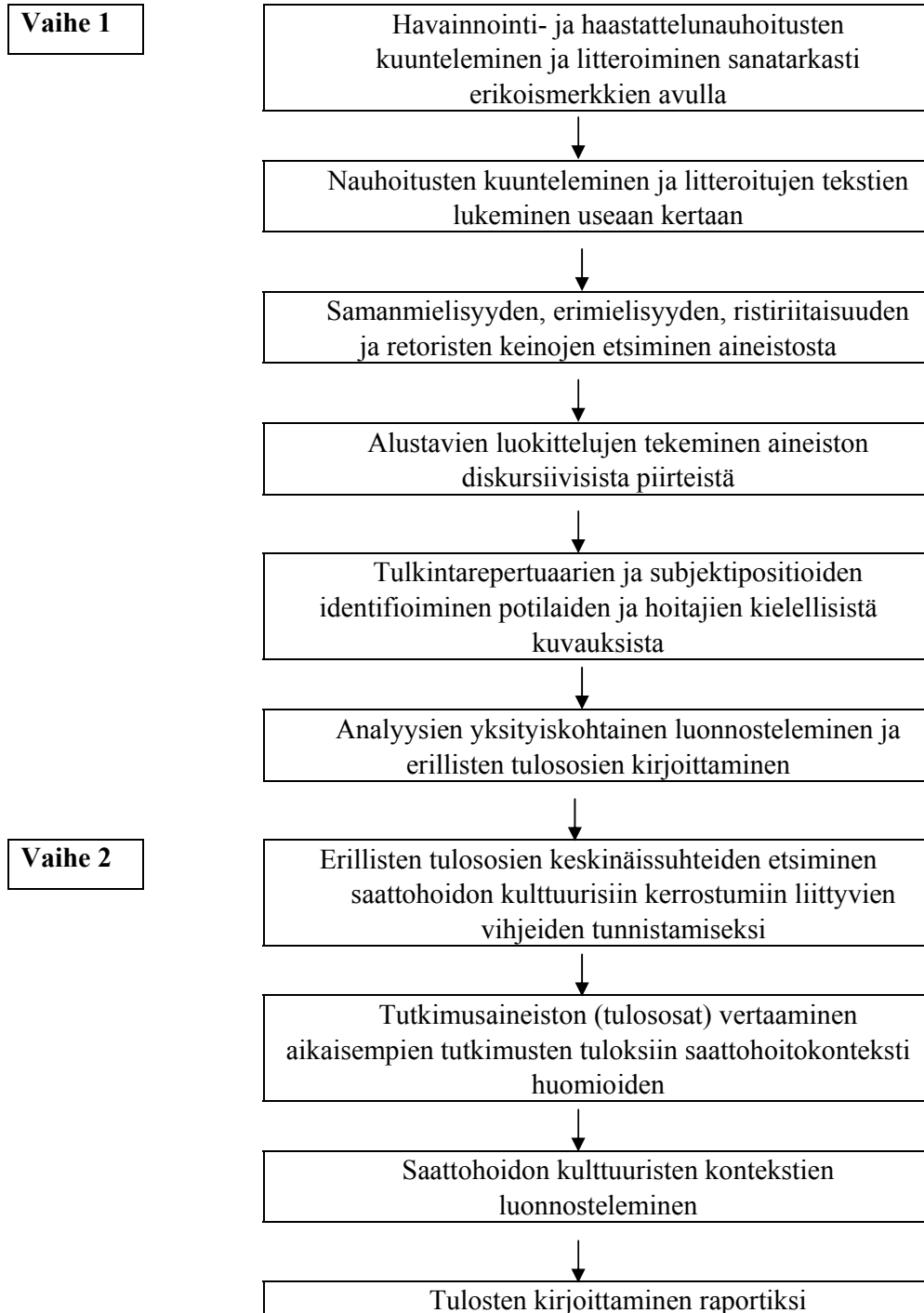
Kuvaan diskurssianalyysin vaiheittaista etenemistä tutkimuksessani ensin pelkistetysti kuvion 2. (ks. s. 50) avulla ja sen jälkeen sitä aukikirjoittaen. Kaksivaiheisen analyysin kuvaamisessa olen hyödyntänyt monista eri lähteistä saamiani ideoita (Potter & Wetherell 1987, Gergen 1994, Jokinen & Juhila 1996, Suoninen 1997, Gergen 1999, Jokinen et al. 1999, Potter 2003). Analyysin ensimmäisen, aineistolähtöisen vaiheen jatkumona luonnostelen saattohoidon kulttuurisen kontekstikehän Gergenin (1994) ajattelua mukaellen. Tässä vaiheessa lähestyn kuolevien potilaiden ja heidän omahoitajiensa hoitosuhteesta tuottamia kielellisiä kuvauksia uudelleen mutta nyt dialogisen filosofian näkökulmasta tarkastellen.

Diskurssianalyysin ensimmäinen, aineistolähtöinen vaihe eteni tutkimuksessani siten, että litteroin<sup>1</sup> ensin nauhoittamani havainnointi- ja haastatteluaineistot sanatarkasti erikoismerkkien avulla (liite 7), koska halusin saada muistiin tauot, naurahdukset, äänenpainot, huokaukset jne. Juuri erilaiset puheessa ilmenevät sävyt ovat merkityksellisiä merkityssuhteiden hahmottamisessa, koska äänensävy muuttaa käytettyjen käsitteiden merkityksiä (Silverman 1997, Seppänen 1998). Litterointia helpottivat myös välittömästi aineistonkeruutilanteiden jälkeen tekemäni tarkat päiväkirjamerkinnot. Potterin (2003) mukaan litterointi onkin jo itsessään tulkintojen tekemistä. Annoin myös tutkimukseen osallistuneille kuoleville potilaille keksityt nimet anonymiteetin turvaamiseksi. Samasta syystä kaikki hoitajat esiintyvät esittämässäni tekstikatkelmissa yleisesti omahoitajina. Analysoitavaa tekstiä kertyi yhteensä 322 sivua.

Litteroituja tutkimusaineistoja lähestyin siten, että kuolevien potilaiden ja omahoitajien käsitykset sekä heidän tekemänsä tulkinnat pääsisivät esille mahdollisimman muuttumattomina. Tutustuin kolmeen eri aineistooni aluksi kuuntelemalla nauhoja ja lukemalla litteroituja tekstejä läpi useita kertoja (Potter

---

<sup>1</sup> *Tutkimusaineiston litterointi ei ole vain tekstin sanatarkkaa purkamista, vaan se edellyttää litterointisymbolien käyttämistä. Litterointisymboleja valitessani tukeuduin John Heritagin (1996) ja David Silvermanin (2001) ajatuksiin erilaisten symbolien merkitsemistavoista.*



*Kuvio 2. Kaksivaiheisen diskursianalyysin eteneminen*

and Wetherell 1987, Silverman 1987, 1997). Analyysin kannalta kiinnostavimmat seikat paljastuvat harvoin ensimmäisellä lukemiskerralla

(Potter and Wetherell 1987, Potter 2003). Tiedostin myös omien käsitysteni vaikutukset konstruktionistisesti etenevän tutkimukseni kaikkiin vaiheisiin (ks. myös Potter and Wetherell 1987, Holstein and Gubrium 1995).

Analyysia aloittaessani jouduin pohtimaan, mikä on tutkimukseni analyysiyksikkö ja sen relevantti tulkintatausta. Saadakseni selville yksittäisen havainnointi- tai haastattelutilanteen vuorovaikutusrakenteen minun oli seurattava puhetta alustavasti valitsemastani tekstikatkelmasta eteen- ja taaksepäin, lisäksi suhteessa koko tilanteen sisältämään puheeseen ja viime kädessä myös koko yksittäiseen aineistoon. Luettuani tutkimusaineistoani yhä uudelleen ja uudelleen tekstistä alkoi erottua erilaisilla tavoilla saattohoidon käytännöissä aktualisoituvia puhetapoja. Näistä puhetavoista identifioin jokaisessa aineistossa erikseen tulkintarepertuaarit (liite 8) ja positiot (ks. taulukot 2-4). Kaiken kaikkiaan katkelmien valinta (441:stä 74 sisällöllisesti kuvaavinta katkelmaa), niiden kiinnittäminen tulkintataustaan ja aineistolähtöinen analyysi muodostivat aikaa vievän spiraalimaisen prosessin, jonka vaiheita on jälkeenpäin vaikeata erottaa yksityiskohtaisesti toisistaan. Kyse oli tämän tutkimuksen tuottaman tiedon perusteella tekemästäni parhaasta mahdollisesta tulkinnasta, ja samalla tulin sulkeneeksi pois muita mahdollisia tulkintoja. Tarkoitukseni ei tutkijana ollut pyrkiä esittämään tulkinnoistani mitään universaalia tulkintaa.

Keskeisintä analyysimenetelmää aineistolähtöistä diskurssianalyysia täydennän *retoriikka-analyysillä*. Tutkimukseni analyttisiä työkaluja ovat tulkintarepertuaari<sup>1</sup> ja subjektipositio. Repertuaari saattaa vaihtua kuolevan potilaan tai omahoitajan puheen sisällä tilannesidonnaisesti, eikä vaihdoksia repertuaarista toiseen ole aina mahdollista erottaa selvärajaisesti toisistaan. Repertuaarit esiintyvät kielellisissä kuvauksissa myös rinnakkain. Subjektipositiolla tarkoitan toimijaulottuvuutta eli sitä, että erilaiset repertuaarit tuottavat kuoleville potilaille ja omahoitajille toimijoina erilaisia asemia. Yhdessä katkelmassa positioita saattaa olla myös useampia kuin yksi. Seuraava havainnointiaineistosta erottamani esimerkkikatkelma kuvaa pärjäämisrepertuaariksi nimeämäni puhetapaa.

#### Esimerkkikatkelma 1

Omahoitaja: Mitä kerrotaan raportilla?

Hilkka: Nii-i. Juu tota noin ni, siinä se. Siinä se männee työn touhussa ja vaivoja valittaessa.

---

<sup>1</sup> Tulkintarepertuaarin rinnalla käytän myös käsitettä puhetapa. Tässä tutkimuksessa annan niille saman merkityksen.

- Omahoitaja: Ethän sää ikinä valita.
- Hilkka: Kyllä mää valitan, ku sille päälle tullee.
- Omahoitaja: Sää puhut ihan asiasta.
- Hilkka: Nii ja monta kertaa vierestä. Niin ei sitä sairas ihminen sekoilee vähän.
- Omahoitaja: No et sää koskaan sekoile. Tässäkin eri mieltä.
- Hilkka: Kyl se sekoilee.
- Omahoitaja: Kyllä niin terävä järki, kun voi olla.
- Hilkka: Nii.

Tutkijana olen kiinnostunut siitä, miten kuoleva potilas Hilkka ja hänen omahoitajansa asemoivat toimijoina itsensä erilaisiin positioihin pärjäämisrepertuaaria käyttäessään. Repertuaari ja positio eivät mene yhteen niin, että jokaista repertuaaria vastaisi yksi positio. Myös esimerkkikatkelmassa omahoitajan positio muuttuu Hilkan selviytymistä tukevasta hänen elämänsäasettelun arvostavaksi tulkintarepertuaarin pysicsessä kuitenkin samana.

Retoriikka-analyysia katkelmassa edustaa kategorisointi. Se on yksi keskeisimpiä kaikkea argumentaatiota koskevia retorisia strategioita, joiden avulla sosiaalista todellisuutta voidaan tuottaa ymmärrettävässä muodossa (Billig 1987, Potter and Wetherell 1987, Jokinen ja Juhila 1999, Potter 2003). Vuorovaikutustilanteessa annettu kuvaus luokittelee jonkin esineen, henkilön, tilanteen tai toiminnan tietynlaiseksi (Potter and Wetherell 1987). Näin ollen todellisuus ei kategorisoi itse itseään, vaan sen tekee kieltä käyttävä ihminen. Diskurssianalyyseissa kategorisointia voikin pitää kielellisenä resurssina, jonka avulla asioita on mahdollista merkityksellistää ja tulkita monin eri tavoin (Potter 1996a, 2003). Esimerkkikatkelmassa Hilkka luokittelee itsensä sairaaksi ihmiseksi. Vakava sairaus aiheuttaa voimattomuutta, jolle sairas itse ei mahda mitään. Siksi kuuluminen sairaiden joukkoon lieventää hallinnan velvoitetta, joka on omasta tahdosta riippumattoman ja kulttuurisesti hyväksyttävä<sup>1</sup> syy kokonaishallinnan menettämiseen pärjäämistä argumentoitaessa (ks. myös Suoninen 1992, Suoninen 1999b).

Diskurssianalyysi suuntaa huomioni erityisesti kuolevan potilaan ja omahoitajan kielenkäytön rakenteellisiin ja toiminnallisiin puoliin, joista tutkijana pyrin löytämään samanmielisyyttä, erimielisyyttä ja ristiriitaisuutta

---

<sup>1</sup> Wittgenstein 1971, huomautukset 202 ja 258 – 270. Ihminen voi käyttää vain omaan kulttuuriinsa kuuluvia kielipelejä.

kuvaavia ilmauksia. Esimerkkikatkelmassa esiin tuleva erimielisyys kumotaan hoitajan potilasta arvostavalla puheella.

Diskurssianalyttisen tutkimukseni pääpaino on saattohoidossa ilmenevien tilannesidonnaisten merkitysten (mitä) ja niiden tuottamisen tapojen (miten) erittelyssä. Kirjoitettuani tutkimustulokset raportiksi jatkoin analyysia siten, että integroin erilliset tulososat yhteen ja tein niistä loogisesti päättelemällä väljiä viittauksia kulttuuristen kerrostumien suuntaan Gergenin (1994) ajattelua mukaellen ja Buberin (1962a,b,c,d,e) dialogista filosofiaa tarkastelunäkökulmana käyttäen.

Kulttuuriseen ”kehään” kuuluu vuorovaikutusprosessissa merkityksellistyvä ”ydin”, jota ympäröivät osittain päällekkäiset kulttuuriset *kerrostumat* (Gergen 1994, ks. myös Juhila 1999). Tässä tutkimuksessa kehän ydin ja kerrostumat ovat saman saattohoitotodellisuuden osia ja niitä yhdistää kuolevien potilaiden ja omahoitajien välinen vuorovaikutus. Ydin on sidoksissa nykyisyyteen, kerrostumat edustavat menneisyyttä. Gergenin (1994) mukaan kulttuuriset kerrostumat ovat ihmisten kielen käytössä vakiintuneita ja toistuvia tapoja kuvata asioita. Ulommat kerrostumat ovat käytössä tulkintaresursseina, mutta samanaikaisesti niitä saatetaan myös kyseenalaistaa. Analyysi etenee yksittäisistä puhetilanteista kohti kulttuurisia kerrostumia. Löydökset ovat tutkijan tekemiä tulkintoja tutkittavien vuorovaikutuksesta ja niiden sisältämistä vihjeistä (Gergen 1999). Hoitotodellisuudessa vihjeet kehän kulttuurisista kerrostumista löytyvät niistä yksimielisyyttä tai ristiriitaa kuvaavista tavoista, joilla kuolevat potilaat ja omahoitajat käyttävät kerrostumia tulkintaresursseinaan argumentoidessaan eri kerrostumien suuntaan.

Tässä tutkimuksessa analyysini toinen vaihe eteni siten, että vertailin tutkimuksen kolmea erillistä tulososaa keskenään selvittääkseni, toistuvatko niissä käytetyt tulkintaresurssit eli löytyykö kehän kulttuurisista kerrostumista yhteisesti jaettua ja erilliset tulososat ylittävää tietoa. Tulkintaresurssien toistuminen vahvistaa eri kerrostumista tehtyjä tulkintoja, jolloin niitä voidaan aineistolähtöisessä tutkimuksessa pitää ns. ”yleistämisen avaimena”<sup>1</sup> (Gergen 1994, ks. myös Juhila 1999). Tein vertailuja myös aikaisempien tutkimusten tuloksiin. Eri aineistoista nousevien vihjeiden lisäksi käytin tulkintaresurssien tunnistamisessa apunani sitä, että olen itsekin kulttuurinen toimija. Sairaanhoidajana, hoitotyön opettajana ja tutkijana minulla on kokemusta ja tietoa sekä kuolevan potilaan hoidosta että hoitosuhteesta jaetusta yhteisestä tiedosta.

---

<sup>1</sup> Jokisen ja Juhilan (1996) sekä Juhilan (1999) mukaan vertailtavia tutkimusaineistoja voi yhdistää aiheen lisäksi myös samanlainen tapahtumaympäristö.

## 5 TUTKIMUSTULOKSET

### 5.1 Hoitotilanteissa ilmenevät kuolevien potilaiden ja omahoitajien tulkintarepertuaarit ja positiot

Kuolevien potilaiden ja heidän omahoitajiensa havainnointiaineistosta identifioin seuraavat tulkintarepertuaarit: muistelu-, pärjäämis-, sairaus-, minä-, arki- ja omahoitajarepertuaari. Näiden kuuden erilaisen puhettavan avulla *tulkitsin* potilaiden ja hoitajien merkityksellistävän saattohoitovaiheen hoitosuhteita.

Tietynlaista puhettavaa käyttäessään niin potilaat kuin hoitajatkin positioivat itsensä toimijoina kielellisiin kuvauksiinsa ja esiintyvät samassakin tulkintarepertuaarissa useammassa ja toinen toisilleen vastakkaisessa positiossa. Esimerkiksi sairaudesta puhuessaan kuoleva potilas voi näyttäytyä sekä sairaudelle periksiantajana että hoitonsa kyseenalaistajana. Jotta kuolevien potilaiden ja heidän omahoitajiensa hoitotilanteissa käyttämistä puhettavoista ja niihin liittyvistä positioista saisi kokonaiskäsityksen, esitän tulkintarepertuaarit ja niitä vastaavat toimijoiden positiot tiivistelmänä taulukossa 2 (ks. s. 55). Omahoitajaa koskevat repertuaarit ja positiot tuon tässä taulukossa esille kursivoidulla tekstillä.

Taulukko 2. Tulkintarepertuaarien ja toimijoiden positioiden esiintyminen havainnointiaineistossa

Repertuaarit ja niiden tehtävät	Kuolevien potilaiden positiot	Omahoitajien positiot
<p><b>Muistelurepertuaari</b>  Uhrautuminen  Lapsuuden kokeminen</p> <p><i>Arvostuksen osoittaminen</i>  <i>Perhetaustan selvittäminen</i></p>	<p>Itseään arvostava  Huolenpitoa arvostava</p>	<p><i>Muistelemaan rohkaisija</i></p>
<p><b>Pärjäämisrepertuaari</b>  Laadun arvostaminen  Suoraan sanominen  Vanhaksi eläminen</p> <p><i>Vanhassa pitäytyminen</i>  <i>Suoruuden arvostaminen</i>  <i>Ikääntymisen ihaileminen</i></p>	<p>Periksiantamaton  Selviytyjä  Ikääntymistä vastaan kapinoiva</p>	<p><i>Elämäntilanteeseen sopeuttava</i>  <i>Elämänasennetta arvostava</i>  <i>Selviytymistä tukeva</i></p>
<p><b>Sairausrepertuaari</b>  Luovuttaminen  Elämänhallinta</p> <p><i>Myötäeläminen</i>  <i>Asiantuntijuuteen vetoaminen</i></p>	<p>Periksi antaja  Hoidon kyseenalaistaja</p>	<p><i>Empaattisesti eläytyvä</i>  <i>Tietäjä</i></p>
<p><b>Minärepertuaari</b>  Vanhenemisen näkyminen  Oman tahdon ilmaiseminen  Alistuminen</p> <p><i>Vanhuuden alkaminen</i>  <i>Oman tahdon tukeminen</i>  <i>Alistaminen</i></p>	<p>Ulkonäöstä huolestunut  Puolensa pitäjä  Alistuva</p>	<p><i>Ulkonäköön vetoava</i>  <i>Itsemääräämisoikeuden kannattaja</i>  <i>Vallankäyttäjä</i></p>
<p><b>Arkirepertuaari</b>  Tavallisen elämän eläminen  Oman tilan tuottaminen  Kotitilanteen huolestuttaminen</p> <p><i>Elämän rikastuttaminen</i>  <i>Elämään uudelleen aktivoiminen</i></p>	<p>Tavallista elämää arvostava  Itseään määräävä  Sairaudelle periksi antanut</p>	<p><i>Tunnekokemuksia jakava</i>  <i>Elämään suostuttelija</i></p>
<p><b>Omahoitajarepertuaari</b>  Asioiden sujuminen  Hoitajien vaihtuminen</p> <p><i>Luottamuksen luominen</i>  <i>Määrätyllä tavalla toimiminen</i></p>	<p>Yhteistyöhön luottava  Ajelehtija</p>	<p><i>Luottamusta rakentava</i>  <i>Tietäjä</i></p>

### 5.1.1 Muistelu

Muistelurepertuaaria käyttäessään kuolevat potilaat puhuvat arvostamiensa asioiden vuoksi *uhrautumisestaan* sekä muistelevat *lapsuuden kokemuksiin*. Aineistokatkelmassa Eila muistelee avantouintikokemuksiaan seuraavalla tavalla:

#### *Katkelma 1*

- Omahoitaja: Tuleeko kylmä? Pistänpö mää ikkunan kii?
- Eila: Ei mun o] kylmä yhtään. Ei (.) päinvaston. Sillähän mää tällain oon, etten mää pirä niitä pitkiä housuja, kun on aina kuuma.
- Omahoitaja: Niin sää oot nin kuumaverinen tää meirän avantohyppääjä.
- ...
- Eila: Aivan ihanaa. Kyllä mää aikanani sillan aluks ni. Eihän tuollaka aina ollu lämmin, ni lämpysenä ja sitten ei ollu lämpysyä vesiä. Pestiinkin aina se se sauna sitten, jotka viimeisenä kävi. ((Syvä huokaus.)) Myöhään töistä tuln, nin olin aina viimeisenä sitten. Pestiin aina porukalla sitten se sauna.

Potilas kieltää omahoitajaa sulkemasta ikkunaa ja toteaa, ettei hänellä ole kylmä. Päinvastoin hänellä on aina kuuma ja siksi hän ei halua pukeutua pitkiin housuihin. Pomeranzin (1986) mukaan ääri-ilmauksella on mahdollista korostaa kuvauksen kohteena olevan toiminnan säännönmukaisuutta. Kuultuaan potilaan vastauksen omahoitaja alkaa välittömästi tuottaa positiivista puhetta hänen palelemattomuudestaan ja toteaa hänen kuumaverisenä ihmisenä kuuluvan ”*avantohyppääjien*” joukkoon. Jokapäiväisessä yhteiselämässä tarvittava tieto onkin järjestäytynyt tietynlaisiksi kategorioiksi, joihin ihmiset voidaan erilaisten jäsenyyksiensä perusteella sijoittaa (Potter 1996a, ks. myös Billig 1987, Potter and Wetherell 1987, Jokinen ja Juhila 1999).

Omahoitajan innoittamana Eila alkaa muistella, kuinka saunominen ja avannossa käyminen oli aivan ihanaa, vaikka aina ei ollut edes lämmintä vettä. Sovittaakseen positiivisen kokemuksensa sisältämiä silloisista elinolosuhteista johtuvia hankaluuksia hän tukeutuu ajan jaksottamiseen. Retorisen aikaulottuvuuden esiintuominen on keino tuottaa mielikuvaa tulkintarepertuaarien välisten ristiriitaisuuksien sovittamisesta (Suoninen 1997, ks. myös Drew and Heritage 1992, Peräkylä 1998.) Sitten potilas alkaa itseään arvostavaan sävyyn vakuutella syvään huokaisten kuulumistaan myöhään töistä tullessiin ja aina viimeisenä saunomassa käyneisiin, joiden tehtävänä oli huolehtia lopuksi myös saunan pesusta. Aineistokatkelmaa tulkitsemalla voi



päätellä, että hallinnan vaikutelma saunomisen ihanuuden ja saunan pesun rasittavuuden välillä tuotetaan puheessa juuri aikaa jaksottamalla. *Itseään* avantouimariporukan jäsenenä *arvostavan positiossa* ilmaistu lause ”*pestiin aina porukalla sitten se sauna, jotka viimeisenä kävi*” sisältää päätelmän, että yhdessä suoritettu saunan pesu on avantouintikulttuuriin kuuluva arvo ja sen vuoksi kannattaa uhrautua. Päätelmä pitää sisällään sekä oman itsen että yhdessä tehtävän ruumiillisen työn arvostuksen.

Kuoleva potilas haluaa muistella myös lapsuudenkokemuksiaan. Muistelu auttaa häntä selviytymään eteenpäin vaikeassa elämäntilanteessa. Seuraavassa katkelmassa Laina muistelee omahoitajan muistuttamana omaa lapsuuttaan seuraavasti:

### *Katkelma 2*

Laina: Äiti syötti meille aina kalanmaksäöljyä.

Omahoitaja: No se ainakin vahvistaa. Oliko se pahanmakusta?

Laina: No eii. Otettiin lusikallinen.

Omahoitaja: Milläs niitä hampaita pestiin?

Laina: Suolavetellä.

Omahoitaja: Koskas sitte tuli ensimmäiset hammastahnat?

Laina: (.) Kun muistas?

Omahoitaja: Eikös teillä ollu iso sisarussarja?

Laina: Oli. (.) Seitsemän.

Omahoitaja: Se oli siellä Mouhijärvellä?

Laina: Joo.

...

Laina: Meilläkin vähä semmosta oli, että kavereita oli paljon.

Omahoitaja: Niin ku on isosta perheestä. Taas sillai sisarussarjaa, niin että on sielläkin niitä leikkikavereita.

Laina: Nii. Meillä oli siinä lähellä semmonen iso kallio, missä paljon leikittiin. Äiti aina sano,että älkää vaan purokko.

Omahoitaja: ((Naurahdus.)) Joo. (.)

Lapsuudesta muistuvat mieleen äidin syöttämä kalanmaksäöljy ja hampaiden pesu suolavedellä. Ensimmäisten hammastahnojen tuloa Laina ei muista, mutta äidin huolenpito isosta sisarusarjasta tulee mieleen. Korostaakseen perheen kokoa hän mainitsee vielä lasten tarkan lukumäärän. Täsmällisesti esitetty luku luo mielikuvaa ristiriidattomasta tiedosta (Pomeranz 1986, Potter et al. 1991, ks. myös Jokinen 1999b). Kavereita oli paljon, ja leikkipaikkana oli iso kallio kodin lähellä. Tässä puheessa potilas näyttäytyy äitinsä *huolenpitoa arvostavan* positiossa.

Muistelurepertuaaria käyttäessään myös omahoitajat identifioituvat aineistokatkelmissa kahdella eri tavalla. Hoitaja voi *osoittaa arvostavansa* kuolevaa potilasta rohkaisemalla häntä muistelemaan elämässä merkittäviä asioita. Toisaalta muistelemineen auttaa hoitajaa *selvittämään* potilaan *perhetaustaa*, jolloin myös ”sukupuu” täydentyy. Innostamalla potilasta kertomaan elämästään kumpikin omahoitaja näyttäytyy *muistelemaan rohkaisijan* positiossa.

### ***Yhteenvedo muistelurepertuaarin tuloksista***

Muistelurepertuaaria käyttäessään kuolevat potilaat puhuvat arvostamiensa asioiden vuoksi uhrautumisestaan ja muistelevat omia lapsuuden kokemuksiaan. Näissä puheissa painottuvat sekä kulttuurinen työn ja kovan yrittämisen että huolenpidon arvostus omassa eletyssä elämässä. Omaa tarinaa rakentaessaan potilas voi elää hetken menneisyydessä ja unohtaa parantumattoman sairautensa. Sen sijaan puheet aviollisesta uskollisuudesta, vanhana synnyttämisestä tai vanhempien tottelemisesta liittävät muisteluun vahvan moraalisen sävyn ja pohdinnan oikein elämisestä. Muistelupuheeseen kätkeytyvät vaikeat ja arkaluontoiset asiat kuten kaipaus tai pelko paljastuvat kuulijalle lähes huomaamatta ikään kuin vihjeinä, joihin potilas ei välttämättä ole vielä valmis tarttumaan. Edellä esitetyistä aineistokatkelmista käy ilmi, että muistelemineen on merkittävä osa hoitosuhteessa todentuvaa kuolemisen työtä.

Omahoitajien puheissa muistelemisella on pääsääntöisesti positiivisia seurauksia. Mennyttä elämää muistellessa hoitotoimenpiteiden suorittaminen helpottuu. Muistot auttavat myös ymmärtämään paremmin eletyn elämän nykyisyyteen jättämiä jälkiä ja tukemaan siten kuolevaa potilasta hänen omista lähtökohdistaan käsin.

#### ***5.1.2 Pärjääminen***

Eläminen kohti kuolemaa ei ole helppoa, ja selviytymistä tästä paradoksaalisesta todellisuudesta rakennetaan havainnointiaineistossa eri tavoin. Pärjäämisrepertuaaria käyttäessään kuolevat potilaat puhuvat *laadun*

*arvostamisesta, suoraan sanomisesta sekä vanhaksi elämisestä.* Omahoitajien pärjäämispuheissa paljastuvat *vanhassa pitäytyminen, suoruuden arvostaminen ja ikääntymisen ihaileminen.* Myös positiot vaihtuvat muistelurepertuaaria enemmän samankin katkelman sisällä. Seuraavassa aineistokatkelmassa Eilaa askarruttaa kysymys hyvistä kengistä.

### *Katkelma 3*

- Omahoitaja: ((Potilas on soittanut kelloa ja pyytänyt hoitajan apua päästäkseen vessaan. Jouduttuaan hetken odottamaan hän vaikuttaa hieman harmistuneelta.)) Mennään ilman muuta. Pääsee vauhtiin ensin. No ni. Pistä toi kenkä... vie tosta noin. Meneekö se sinne? ((Sitkeää yritystä, koska laitoksen kenkä ei ihan sopiva jalkaan. Materiaali näyttää kankealta ja kovalta.))
- Eila: Mennee. Täytyy tota poikaa pyytää tuomaan omat kengät. Ostaa.
- Omahoitaja: Paljon on omia.
- Eila: Kun mää tietäsin, mikkä on hyvät.
- Omahoitaja: Eikös sulla siä kotona semmoset tossut ollu?
- Eila: On niitä kaiken näkösiä. En mää muista ollenkan, mitä siä. Hyvin meni. Juu mun täytyy tossut ostaa, kun mää tietäsin minkälaiset.
- Omahoitaja: Käske poikas tuomaan kotoo niitä tossuja. Kotona kivoja tossuja ni.
- Eila: Niin taikka sitten ostaa mulle. Pehmoset. Mitä sää peittelet? ((Kysymys tulee hieman ärtyisään sävyyn.))

Aineistokatkelman perusteella voi päätellä, että potilas on päättänyt arvostaa kenkiensä laatua omahoitajan puheista välittämättä. Katkelman alussa Eila vielä ajattelee pyytävänsä poikaa tuomaan omat kengät kotoa, mutta tulee välittömästi toisiin ajatuksiin ja päättää ostaa uudet. Vain tieto siitä, minkälaiset kengät ovat hyvät, jää häntä askarruttamaan. Vakuuttaakseen kuulijana olevaa omahoitajaa uusien tossujen ostamisen tarpeellisuudesta potilas korostaa metaforisesti ilmaisten kotona olevien tossujen olevan ”*kaiken näköisiä*”. Metaforaa voi tarkastella ikään kuin vertauksena ilman kuin-sanaa. Sitä käytetään esimerkiksi suostuteltaessa kuulijaa johonkin yhteiseen toimintaan. (Perelmanin 1996, Kaakkuri – Kankuri 2003.) Potilas ei ollenkaan halua muistaa, millaisia tossuja kotona on. Lopulta Eilan puheen sävy muuttuu hyvin päättäväiseksi ja hän toteaa, että hänen täytyy ostaa pehmoiset tossut. Aineistokatkelmaa tulkitsemalla voi päätellä, että potilas on päässyt ratkaisuun ”*hyvien kenkien*” ongelmasta. Tässä puheessa Eila näyttäytyy *periksiantamattoman* positiossa.

Saman katkelman alussa omahoitaja kohtaa hetken vessaan pääsyä odottamaan joutuneen ja siitä harmistuneen Eilan. Hoitajan tukeutumisesta puheessaan me-retoriikan ja passiivin käyttöön voi päätellä, että hän haluaa tyynnyttää potilaan harmistumista ja päästä hänen kanssaan yhteisymmärrykseen. Konsensuksen tuottaminen onkin vahvinta silloin, kun retorisenä keinona käytetään kuulijan mukaan ottamista (Billig 1987, Edwards & Potter 1992, Juhila 1993). Asiantuntijat pyrkivät muokkaamaan puhettaan myös siten, että he säilyttivät neutraalin suhteen käsiteltäviin asioihin (Peräkylä 1995, 1998). Välittömästi tämän jälkeen omahoitaja kuitenkin pehmentää puheensa sävyä ja alkaa kannustaa potilaan sitkeältä näyttävää kengän jalkaanlaittoyritystä.

Eilan puhuessa kenkien ostamisesta omahoitaja vakuuttaa kannattavansa vanhoissa kengissä pitäytymistä toteamalla, että ”*paljon on omia*”. Potilaan kuitenkin jatkaessa pohdintaansa kenkien hyvydestä hoitaja esittää vastakysymyksen ”*eikös sinulla siellä kotona sellaiset tossut ollut*”. Vaikka Eila on asiasta eri mieltä, omahoitaja rohkaisee häntä käskemään poikaa tuomaan kotoa ”*niitä kivoja tossuja*”. Potilaan hieman ärtyneeseen sävyyn omahoitajalle esittämä peittelemistä koskeva kysymys osoittaa, että erimielisyys asiasta säilyy. Vaikka omahoitaja tuottaa itsensä tässä puheessa potilasta *elämäntilanteeseensa sopeuttavan* positiossa, hän ei tiedosta potilaan puheessa välittyvää toivetta nauttia uusien tossujen pehmeystä hetkellä, kun se vielä on mahdollista. Eilan ja hänen omahoitajansa puhe pärjäämisestä jatkuu myös seuraavassa aineistokatkelmassa puheenaiheen kuitenkin vaihtuessa.

#### *Katkelma 4*

- Omahoitaja: Mun mielestä sää oot aina ollu semmone, että sää et takeltele. Sää sanot aina ninku asiat o. Semmosia sais enemmänki olla. (.) Sais olla. Helppoo, kun toinen sanoo, mitä tota.
- Eila: Juu-u. Täälläkin huomaa noista hoitajista. Täällä on yks hoitaja. Se ei tykkää musta enkä mä tykkää siitä varmaan. Teiltä vanhoilta tekijöiltä käy toi kaikki nosteleminen paremmin ni. Se on sitten vähä semmosta tumpulaa sitten, että joko toisen tarvii taikka sitten. Muuten mennään niin.
- Omahoitaja: Ooks sää sanonu?
- Eila: En mä oo sanonu.
- Omahoitaja: Että tekee kipeetä.
- Eila: En mä o. E. En mä o sanonu, mutta nytkin kun tultiin saunasta nin tota, ne oli noita siistijöitä. Onneks osasin sanoo siistijöitä, nin (5) tulee sanottua vähä. Ne tossa sitten jutteli, mitä he jutteli. Omia asioitaan (.) ei se mulle kuulu

kenenkään juttelemiset, mutta nin toinen vaan sano, että hän rupeekin siivoon. Niin mää sanon, että miksette te siivonnu aikasempaa ennen kun mä tulin tänne. Siinä aikaa oli. Se ei tykänny hyvää, mutta sanon.

Omahoitaja: Se oli hyvä, että sää sanot.

...

Omahoitaja: ... Eila on semmonen, joka on tottunu kaikki tekeen niin...

Eila: [NII.NII.]

Omahoitaja: [Eri tavalla] niin siitä sitä näkee, että.

Eila: Semmosta tää on sitte.

Omahoitaja toteaa pitävänsä Eilaa ihmisenä, joka ”*ei takelte*”, koska hän sanoo asiat aina niin kuin ne ovat. Osoittaakseen arvostavansa potilaansa esimerkillisyyttä hoitaja vakuuttaa, että Eilan kaltaisia ihmisiä ”*saisi olla enemmänkin*” ja vetoaa vielä vuorovaikutuksen helppouteen. Tässä puheessa omahoitaja näyttäytyy potilaan *elämänasennetta arvostavan* positiossa.

Eila puolestaan vakuuttaa olevansa suorapuheisuudesta täysin samaa mieltä ja alkaa kertoa yleisesti hoitajista tekemiään huomioita. Huomiot ovat hänen omakohtaisia kokemuksiaan. Argumentteina ne saavat tehonsa siitä, että niitä on vaikea kumota (Edwards & Potter 1992, ks. myös Juhila 1993). Luokittelemalla hoitajat hoitotaidoista tekemiensä huomioiden perusteella ”*vanhoihin tekijöihin*” ja ”*tumpuloihin*” Eila ilmaisee käsityksensä siitä, miten hoitajan tulee toimia hoitosuhteessa.

Kysymyksellään ”*oletko sanonut*” omahoitaja rohkaisee potilasta kertomaan muillekin hoitajille, että taitamaton toiminta ”*tekee kipeätä*”. Vakuuteltuaan ensin, ettei hän ole sanonut, Eila alkaa tunnelmaa keventääkseen puhua siistijöiden toiminnasta. Hän ei ole saanut sanottua suoraan, miltä hoitaminen on hänestä tuntunut, mutta asia on jäänyt häntä harmittamaan. Pitkähkö tauko kesken puheen paljastaakin, että siistijöistä puhuminen on Eilalle vaikeaa. Silvermanin (1997) mukaan puheena olevan aiheen ongelmallisuutta voidaan korostaa pitämällä niin sanottu hiljainen painava hetki (ks. myös Tiittula 1992, Suoninen 1999b). Oikeuttaakseen harmistumisensa potilas vetoaa siistijöiden käytettävissä olleeseen aikaan ennen hänen huoneeseen tuloaan ja toteaa sitten ”*sanoneensa vähän*”, vaikka ”*hän ei tykännytkään hyvää*”. Omahoitaja vakuuttaa olevansa sanomisesta Eilan kanssa samaa mieltä ja jatkaa hänen suoraan sanomista arvostavaa puhettaan. Argumentointia vahvistetaan puolin ja toisin vielä päällekkäispuheella sekä voimakkaasti painotetuilla sanoilla, kunnes lopputulos on täydellinen konsensus asiasta. Myös Drew and Heritage (1992) toteavat, että päälle puhumalla ja sanoja painottamalla voidaan korostaa puhujien yhteisymmärrystä asiasta (ks. myös Tiittula 1992, Suoninen 1999b). Tässä

puheessa potilas toteutuu *selviytyjän* ja omahoitaja potilaan *selviytymistä tukevan* positiossa.

Seuraavassa katkelmassa iäkäs Hilikka kertoo omahoitajalle positiivisen mielen ja kovan ”*touhuamisen*” pitävän hänet virkeänä vakavasta sairaudesta huolimatta.

#### *Katkelma 5*

- Hilikka: Positiivinen mieli auttaa paljo ja kun touhuua hirveesti...  
...
- Omahoitaja: Nii kyllä mäa sanon, että kyllä moni sais ottaa hoitaja oppia ...
- Hilikka: Joo.
- Omahoitaja: ... elämänasenteesta mikä on, että kyllä määkin ihailen. Joo. Minä niin ihailen. Meidän tervaskanto oikeen. Nyt sä voisit tänne istua jo noin.
- Hilikka: Äitini eli kahdeksankymmentäneljävuotiaaks.
- Omahoitaja: Nii-i. Se on korekee ikä. Jätettäänkö se paita pois?
- Hilikka: Joo.= Ei mun asennettani kannata ihailia, että kyllä mäa kipunoin välillä hirveesti.
- Omahoitaja: Juu-u. Juu-u.]
- Hilikka: [Kyllä mäa sen tairon osaan.]
- Omahoitaja: No sekö se on se pitkä ikä, kun sää kipunoit välillä?
- Hilikka: Nii-i. Nii. Siskoni meni nuorena ja veljeni meni nuorena ja veljessäkin oli syöpä ninkun minussakin.
- Omahoitaja: Nii-i.

Hoitaja toteaa ihailevansa esimerkillisen potilaansa positiivista elämänasennetta ja vakuuttaa hänen kuuluvan osaston kunnioitusta herättävien ”*tervaskantojen*” joukkoon. Hilikka vastaa omahoitajan ihailuun korostamalla edesmenneen äitinsä korkeaa ikää. Tässä puheessa hän toteutuu *periksiantamattoman* positiossa. Lähes välittömästi potilas kuitenkin huomaa ymmärtäneensä hoitajan puheen väärin ja hänen positiossa muuttuu. Omahoitajan puheenvuoron jälkeen Hilikka alkaakin taukoa pitämättä vakuutella, ettei hänen asennettaan kannata ihailia, koska hän ”*kipunoi välillä hirveästi*”. Tässä puheessa potilas tuottaa itsensä *ikääntymistä vastaan kapinoivan* positiossa.

Omahoitaja on eri mieltä asiasta. Hän alkaa puhua ensin Hilkan puheen päälle, mutta potilaan vakuuttaessa osaavansa taidon kapinoida hän tarkentaa ymmärrystään kysymällä potilaalta ”*no sekö se on se pitkä ikä, kun sinä kipunoit välillä*”. Hilikka on asiasta samaa mieltä ja oikeuttaa kapinointinsa pitkään elämistä kohtaan vetoamalla jo nuorina kuolleisiin sisaruksiinsa. Pärjäämisestä huolimatta elämä ei ole ollut helppoa. Helpommalla olisi päässyt, jos olisi kuollut nuorena kuten sisar ja veli. Vanhaksi eläminen ei ole estänyt edes syöpään sairastumista. Se herättää Hilikassa kapinahenkisyyttä. Katkelman puheessa omahoitaja näyttäytyy potilaan *elämänasennetta arvostavan* positiossa.

### ***Yhteenveto pärjäämisrepertuaarin tuloksista***

Pärjäämistä rakennetaan edellä olevissa aineistokatkelmissa eri tavoin, ja positiot vaihtuvat samankin katkelman sisällä. Potilaiden puheissa ilmenevät positiivinen elämänasenne, suurpiirteisyys ja suorapuheisuus auttavat selviytymään ja jopa nauttimaan elämästä eletessä kohti kuolemaa. Joskus pitkään eläminen synnyttää kuitenkin kapinahenkisyyttä. Vaivoja on lupa valittaa eikä vakavaa sairautta tarvitse kuolemaa kohti eletessä enää puolustella. Se on omasta tahdosta riippumaton ja siten kulttuurisesti hyväksyttävä syy kokonaishallinnan menettämiseen.

Myös omahoitajien pärjäämispuhe tuo esiin saattohoitovaiheessa elämisen hämmentävän paradoksaalisuuden, joka vaatii tilannekohtaista herkkyyttä tuottaa kuolevan potilaan selviytymistä tukevaa puhetta. Potilaan positiivisten ominaisuuksien korostaminen, pitkään elämisen arvostaminen sekä rohkaiseminen omien kriittistenkin mielipiteiden avoimeen ilmaisemiseen auttavat kestämaan joskus hyvin epäoikeudenmukaisiltakin tuntuvissa elämäntilanteissa. Niin potilaan sitkeyttä kannustava puhe kipua tuottavien toimenpiteiden yhteydessä kuin suurpiirteinen ja vähättelevä suhtautuminen pieniin kolhuihinkin ovat myös hoitotilanteissa ilmeneviä omahoitajien tapoja tukea potilaan selviytymistä.

#### ***5.1.3 Sairaus***

Sairausrepertuaaria käyttäessään kuolevat potilaat puhuvat *luovuttamisesta* tai *elämänhallinnasta* ja heidän omahoitajansa *myötäelämisestä* tai *asiantuntijuuteen vetoamisesta*. Myös positiot saattavat vaihtua samankin katkelman sisällä ja olla toinen toisilleen vastakkaisia. Iäkäs Hilikka toteaa sairaudestaan seuraavaa:

### *Katkelma 6*

Hilkka: Onhan sitä sairautta. Mulla on paljo kuollu mun perheessäni. Siis koko perhe.

Potilas vakuuttaa kuulijoina oleville omahoitajalle ja tutkijalle ikään kuin luonnollisena asiana, että sairautta on. Sairauden olemassaolo onkin Hilkan tapauksessa kiistämätön tosiasia, joka kytkettynä puheeseen koko perheen kuolemasta vahvistaa väitteen vakavasti otettavuutta. Potterin (1996a) mukaan faktan konstruoinnissa on kyse huomion kohdistamisesta niihin resursseihin, joihin toimija tilanteisesti tukeutuu rakentaessaan omista kuvauksistaan tosiasioita. Tässä puheessa potilas näyttäytyy sairaudelle *periksiantajan* positiossa. Avantouintia vuosia harrastanut Eila puhuu myös voinnistaan aineistokatkelman osoittamalla tavalla:

### *Katkelma 7*

Eila: En mä en voi ny löylyjä ottaa, kun mä en pääse sinne ylös. Tää toinen polvi on ihan lepsu, mutta ei sille voi mitään eikä niille enää voi mitään. Se on sitä natinaa, mitä ne on. ((Eilan ääni on hyvin alakuloinen.))

Toinen hoitaja: ((Toinen hoitaja tulee potilashuoneeseen ja kohdistaa puheensa omahoitajalle.)) Sulle lisättiin sitä Panacodia. Mää toin tän nytte tähän sulle. Kun se tulee täst lähin sitte kuurelta, kahdeltatoista ja ilta kahdeksantoista. Mää paan tänne pöydälle.

Omahoitaja: Joo kiitos.

Eila: ((Eila katsoo epäluuloisen näköisenä omahoitajaa.)) Sitä lisättiin kai.

Omahoitaja: Joo. Sano, että lisättiin.

Eila: Kato mun on täältä ristiselkääni särkeny.

Omahoitaja: Älä ny. Onks sun pää ollu viä kipee?

Eila: Ei mun pää.

Omahoitaja: Sillon kotona ollessa oli nin kovin.

Eila: Niin oli. On käteni puhtaat. Mää pesin juuri tuolla. Onkoos tää ylimääräinen?

Omahoitaja: Se on semmonen, minkä lääkäri on lisänny, ni. Sulla ny sitten lisättiin Panacodia. Elikkä yks menee enemmän päivässä.



- Eila: Sitä mää just, että onko tää se ylimääräne?
- Omahoitaja: On. Hoitaja sen äsken toi ja sano.
- Eila: RISTISELKÄÄN SITTEN. ((Eilan ääni on sävyltään hyvin napakka.))
- Omahoitaja: Onks se uus asia se sun selkäkipu?
- Eila: Ei kyllä sitä on ollu, mutta välillä. Eilenkin oli kipee.
- Omahoitaja: On hyvä seurata, jos lääkettä lisätään, jos se auttaa.

Potilas toteaa alakuloisella äänellä, ettei hän voi enää saunoessaan ottaa löylyjä. Perustelut löytyvät Eilan omaan havaintoon perustuvasta kunnan heikkenemisestä. Hänen on myönnettävä se tosiasia, että toinen polvi on ”*ihan lepsu*”. Potterin (1996a) mukaan minämuotoisella puheella onkin omakohtaisesti havaittua tosiasiaa tehostava vaikutus. Voimat eivät enää riitä lauteille kiipeämiseen eikä löylyjen ottamiseen. Oikeuttaakseen periksi antamisensa Eila toteaa asian loppullisuutta korostaen, ettei asialle voi enää mitään. Myös tässä puheessa potilas toteutuu sairaudelle *periksiantajan* positiossa.

Kohdistamalla puheensa potilaan sijasta huoneessa olevalle omahoitajalle päivälääkkeitä jakava hoitaja ilmoittaa itsestään selvänä asiana, että kipulääkettä on lisätty. Luodakseen mielikuvaa ristiriidattomasta tiedosta hän luettelee ääneen lääkkeen antoajat. Heritagen (1997) mukaan asiantuntija ilmaisee aikaa jaksottamalla suorittavansa instituutionaalista tehtävää (ks. myös Peräkylä 1998). Omahoitaja ottaa tiedon vastaan, mutta potilaalle asia jää epäselväksi ja hän toteaa epäilevästi ”*sitä lisättiin kai*”. Vakuuttaakseen Eilaa asian paikkansapitävyydestä omahoitaja vetoaa toiseen hoitajaan, joka ”*sanoi, että lääkettä lisättiin*”. Potterin (1996a) mukaan asiantuntijana ilmaistu tosiasia ei vaadi mitään lisäperusteluita, koska kyseessä on puhujakategoriolla oikeuttaminen. Potilas ei kuitenkaan anna periksi sairaudelle, vaan pyrkii hyvin napakalta kuulostavalla puheellaan ristiselkäsärystä hallitsemaan ristiriitaista tilannetta tuottamalla itsensä lääkelisäyksen *kyseenalaistajan* positiossa.

Puheen polveiltua hetken kotona oloaikana vaivanneessa päänsärystä Eila alkaa uudelleen hämmästellä tapahtunutta lääkelisäystä. Nyt omahoitaja alkaa vakuutella potilasta vetoamalla lääkäriin, jonka puheella on vielä hoitajankin puhetta suurempi painoarvo ja jota ei siksi voi kyseenalaistaa. Sen oikeutuksena on lääketieteellinen tieto. Omahoitajan esittämistä vankoista perusteluista huolimatta Eila ei vielä kukaan luovuta vaan hoitajan on jatkettava vakuuttelua. Hallitakseen ristiriitaisena säilynyttä tilannettaan Eila rajaa kipulääkkeen tarvetta toteamalla napakasti ”RISTISELKÄÄN SITTEN”. Omahoitajan tarkentaessa, onko selkäkipu uusi asia, potilas oikeuttaa näkemyksensä vaivan tilapäisyydestä toteamalla, että ”*ei kyllä sitä on ollut, mutta välillä. Eilenkin oli kipeä*”.

Aineistokatkelmaa tulkitsemalla voi päätellä, että välttyäkseen uusilta selityksiltä omahoitaja alkaa puhua tapahtuneista tosiasioista yleisellä tasolla. Tämän katkelman puheessa omahoitaja näyttäytyy *tietäjän* positiossa.

Kuten seuraava aineistokatkelma osoittaa, hoitajat voivat samaa potilasta hoitaessaan puhua toinen toisilleen täysin vastakkaisilla tavoilla.

#### *Katkelma 8*

- Toinen hoitaja: Mää leikkaan tätä näin. ((Hoitaja leikkaa tiukkaa putkiverkkoa.))
- Omahoitaja: Mää pidän tätä päätä. Pistä se ny poikki siitä. Se kiristää. Meneekö toi käsi ny tosta?
- Toinen hoitaja: Kokeiles. Pistä vasen käsi ny. Vasen käsi. ((Toisen hoitajan ääni on komentava.))
- Omahoitaja: Tulee hoitajallekin niin hiki, että ...
- Toinen hoitaja: Kato. Ei sun tartte muuta, kun nostaa. ((Toisen hoitajan ääni on edelleenkin komentava.))
- Alli: Ei tartte kun nostaa, mutta täällä painaa kaikki ne niskaytimet. ((Potilas puhuu erittäin napakalla äänellä)).
- Omahoitaja: Painaa siellä pahasti.
- Toinen hoitaja: Tää on sillain, kun ajattelee. Sen pitäs olla kumminkin.
- Omahoitaja: Mutta se on kato, jos kädet pelaa ja liikkuu ja pää.

Toinen hoitaja ei ota lainkaan huomioon potilaan korkeasta iästä ja vakavasta sairaudesta johtuvaa voimien heikkenemistä, vaan hän pitää tiukasti kiinni omista toimintaperiaatteistaan. Myös Peräkylän (1998) mukaan vuorovaikutus muuttuu epäsymmetriseksi asiantuntijan asettuessa tietäjän rooliin. Omahoitaja sitä vastoin eläytyy Allin tukalaan tilanteeseen ja toteaa empaattisesti, että *"hoitajallekin tulee hiki"*. Koska toisen hoitajan puhe edelleenkin osoittaa, että hän tietää paremmin kuin potilas itse, mitä voi tehdä eikä edes puheen komentava sävy muutu, ristiriita jatkuu. Puolustaakseen potilastaan ristiriitaisessa tilanteessa omahoitaja toteaa toiselle hoitajalle Allin sanoja lainaten, että *"painaa siellä pahasti"* ja korostaa toimenpiteen onnistumisen edellyttävän sekä käsien että pään *"pelaamista"* ja liikkumista. Tässä katkelmassa toinen hoitaja toteutuu *tietäjän* ja omahoitaja *empaattisesti eläytyvän* positiossa.

Myös seuraavan aineistokatkelman omahoitajalle näyttää päiväjärjestyksestä kiinnipitäminen olevan tärkeää, kuten esimerkkikatkelma osoittaa:

## Katkelma 9

((Heli on ottanut hetki sitten kipulääkettä. Hengitys on edelleenkin nopeaa ja raskasta, ja potilaan ilme kertoo kipujen olemassaolosta.))

- Omahoitaja: Ok sä jaksanu hampaita pestä? ((Hoitajan kysymys näkyy potilaan kasvoilla hämmentyneenä ilmeenä.))
- Heli: Kyllä mää hampaat pesen. Jos vaikka lepäis vähä ensin. ((Potilas on voimaton, ja hänen on edelleen erittäin vaikea hengittää.)) Vähä tulee raikasta ilmaa.
- Omahoitaja: Nii.

Hengenahdistuksen jatkumisesta huolimatta omahoitaja kysyy Heliltä, onko hän jaksanut pestä hampaita. Kivuliaan ja voimattoman potilaan hämmentynyt ilme kertoo ristiriidan syntymisestä tilanteessa. Hän vastaakin omahoitajalle pesevänsä kyllä hampaansa, kunhan hän lepää vähän ensin. Tukeutumisen passiiviin voi puheessa tulkita tarkoittavan, että tilanne tuntuu potilaasta hyvin vaikealta ja hän haluaa asioiden mieluummin etenevän omalla painollaan. Omahoitaja huomaa puheensa Helissä synnyttämän ristiriidan ja pyrkii keventämään tilannetta toteamalla ”nii”. Aineistokatkelman perusteella voi päätellä, että puhe hospice-vapaudesta on vaarassa unohtua, jos hoitaja pitää liian tiukasti kiinni päiväjärjestyksestä. Tässä puheessa omahoitaja toteutuu *tietäjän* ja potilas sairaudelle *periksiantajan* positiossa.

## ***Yhteenveto sairausrepertuaarin tuloksista***

Sairausrepertuaaria käyttäessään kuolevat potilaat puhuvat joko luovuttamisesta tai elämänhallinnasta. Puhetapojen vastakkaisuus paljastaa hyvin ristiriitaisen suhtautumisen vaikeaan sairauteen ja sen oireisiin elletessä kohti kuolemaa. Tätä kuoleamisen työtä jokainen potilas tekee omalla yksilöllisellä tavallaan.

Lähes kaikkien edellä esitettyjen aineistokatkelmien potilaiden positioissa tapahtuu kesken katkelman muutos sairaudelle periksi antajasta hoidon kyseenalaistajaan ja päinvastoin. Vaihdos tapahtuu hoitotilanteessa puheena olevien asiasisältöjen muuttuessa esimerkiksi potilaan pohtiessa omaa jaksamistaan seuraavasti: ”*Huomasi, miten minä jaksan tai huomasi, miten minä en jaksa, mutta minä tunnen voimissani, että kuinka minä vielä jaksan.*” Saman paradoksaalisen puheen yhteenvetona todetaan oikeutetusti, että ”*ei ole niin yksinkertasta se elämä*”. Parantumaton sairaus ja lähestyvä kuolema ovat omasta tahdosta riippumattomia ja siten myös hallitsemattomia asioita.

Sairausrepertuaarissa tulevat esiin myös autettavana olemisesta johtuva masennus, erilaiset sairauden oireiden synnyttämät pelot sekä elämänhallinnan ympäristöstä johtuvat vaikeudet. Murehtimalla ei tilanne kuitenkaan muuksi

muutu. Silloin potilaiden puheet kivuttomuuden mahdollistamasta levollisesta unesta tai hyvän päivän toivomisesta ovat merkkejä jäljellä olevasta elämän voimasta.

Omahoitajan näkökulmasta puhe sairaudesta ilmenee hoitosuhteessa sekä myötäelämisenä että asiantuntijuuteen vetoamisena. Empaattisuus auttaa oivaltamaan, millaista apua ja tukea omahoitajana voi parhaimmillaan tarjota vaikean sairauden ja sen oireiden uuvuttaman potilaan elässä paradoksaalista elämäntilannettaan. Sekä potilaan kivut ja muut parantumattomasta sairaudesta aiheutuvat tuntemukset oikeuttava puhe että potilasta hoitotilanteessa puolustelevalle ja suojeleva puhe edellyttävät myötäelämisen taitoa. Voimavarojen hiipumisen tiedostava ja huomioonottava puhe esimerkiksi isoon makuupussiin menemisestä ja vetoketjun kiinni vetämisestä ilman pukemisen vaivaa, toiveiden kuuleminen ja päivän suunnitelmien kyseleminen sekä toivoa ylläpitävä puhe rohkaisevat potilaita läpikäymään rajua kamppailua vakavan sairauden kanssa.

Sen sijaan pitäytyminen tietäjän roolissa lisää hämmennystä ja turvattomuutta jo muutenkin ristiriitaisessa tilanteessa. Päiväjärjestyksestä kiinnipitämiseen tai tiettyjen toimintaperiaatteiden noudattamiseen velvoittava asiantuntijapuhe esineellistää vakavasti sairaan potilaan. Edellä esitettyjen aineistokatkelmien perusteella voi päätellä, että tietäjän positiossa omahoitajan puhe ilmenee usein passiivimuotoisena, jolloin asiat vain tapahtuvat omalla painollaan tai ovat tietynlaisia ilman, että niitä tarvitsee tarkemmin potilaille edes perustella. Tämänkaltaisen puheen voisi tulkita etäännyttävän hoitajaa vakavasti sairaasta potilaasta, jolloin hän kokee jäävänsä yksin.

#### 5.1.4 Minä

Minärepertuaaria käyttäessään kuolevat potilaat puhuvat kolmella eri tavalla. Puhe *vanhenemisen näkymisestä* kiinnittyy omasta ulkonäöstä huolehtimiseen ja iän määrittämiseen. Puolensa pitäminen ja rutiinilla hoitamisen vastustaminen edellyttävät sen sijaan puhetta *oman tahdon ilmaisemisesta*. Toisaalta vakavan sairauden olemassaoloon liittyy myös joko kuolevalle potilaalle luonteenomaisesta alistumistaipumuksesta ja arkuudesta tai hoitajan alistavasta toiminnasta johtuvaa kyvyttömyyttä pitää puoliaan. Silloin minäpuhe toteutuu *alistungisena*. Omahoitajat puhuvat vastaavissa hoitotilanteissa *vanhuuden alkamisesta*, potilaan *oman tahdon tukemisesta* sekä *alistungisesta*.

Konserttikokemustaan omahoitajalle kuvaileva Hilma puhuu itsestään seuraavan aineistokatkelman osoittamalla tavalla:

### Katkelma 10

- Hilma: Siä olis pitäny olla hiukset kammattuna. Ei ollu hiukset kammattuna. ((Potilaan ääni vaikuttaa alistuneelta.)) (5) Niin no se o. Mää oon tämmönen vanha mummo jo. Sekin voi hirastaa kuulle jonkun verran.
- Omahoitaja: Mikä vanha mummo?
- Hilma: No nii-i. Mää oon kuuskymppine. Eiks se vanha jo o? ((Potilas puhuu napakalla äänellä.))
- Omahoitaja: No mutta onko kuuskymppine? Olet keski-ässä.
- Hilma: Eiks viiskymmentä o keski-ikä?
- Omahoitaja: Viis-, kuus- ja vielä seittämänkymmentäki. Sitten vasta aletaan, ku aletaan puhumaan seittämänkymmentäviis viiva kaheksänkymmentä ni sillo aletaan puhumaan vanhasta. Et sinä edes näytä vanhalta.
- Hilma: No olkoon männeeks. Tunnut tietävän.

Ulkoisesta olemuksestaan huolehtimaan tottunut potilas vakuuttaa omahoitajalle ensin yleisesti, että konsertissa ”*olisi pitänyt olla hiukset kammattuna*”. Alistuneelta vaikuttavalla äänellä hän toteaa ikään kuin luonnollisena asiana, ettei asia näin kuitenkaan ollut. Pidettyään pitkähkön asian vaikeudesta viestittävän tauon hän kytkee puheensa hiuksista ikäkysymykseen. Hilma on aikaisemmin kertonut omahoitajalle pohtineensa vakavaan sairauteen käytettävien solumyrkkyhoitojen vaikutuksia hiuksiin, ja he ovat olleet yksimielisiä siitä, että Hilman hiusten kasvu on näyttänyt pysähtyneen. Tässä puheessa potilas näyttäytyy *ulkonäöstään huolestuneen* positiossa.

Hilma jatkaa hiusten kasvuun vaikuttavien tekijöiden pohdintaa. Oikeutusta kasvun hidastumiselle hän hakee nyt iästään korostamalla kuulumistaan ”*vanhoihin mummoihin*”, mihin omahoitaja vastaa esittämällä vastakysymyksen ”*mikä vanha mummo*”. Hilma ei kuitenkaan anna periksi, vaan kyseenalaistaa puolestaan hoitajan kysymyksen korostamalla nyt omaa ikäänsä vuosissa ja esittämällä sitten napakalla äänellä sitä koskevan vastakysymyksen ”*eikö se ole jo vanha*”. Tässä puheessa potilaan positio muuttuu *puolensa pitäjäksi*. Omahoitaja alkaa välittömästi tuottaa positiivista tulkintaa Hilman iästä kysymällä ”*no mutta onko kuuskymppinen*” ja vakuuttaa hänen ikänsä puolesta olevan vasta keski-ikäinen.

Potilaalla on vieläkin ristiriitaisia ajatuksia iästä, ja hän esittää omahoitajalle jälleen vastakysymyksen. Sovittaakseen ristiriitaa omahoitaja jatkaa puhettaan yleisellä tasolla ja korostaa viisi-, kuusi- ja vielä seittämänkymmentävuotiaidenkin kuuluvan keski-ikäisiin. Vasta

seitsemänkymmentäviisi- ja kahdeksankymmentävuotiaana aletaan puhua vanhasta ihmisestä. Lopuksi omahoitaja vielä toteaa, ettei Hilma edes näytä vanhalta. Potilaan lausahdus ” *no olkoon menneeksi* ” ilmaisee, että hän myöntyy hoitajan vakuutteluun, ja perustelut yksimielisyyden saavuttamiselle vahvistetaan toteamuksella ” *tunnet tietävän* ”. Tässä puheessa omahoitaja tuottaa itsensä potilaan *ulkonäköön vetoavan* positiossa.

Potilaan oma minä tulee esiin myös seuraavassa katkelmassa:

### *Katkelma 11*

Omahoitaja: Kurkkaanko mää pitääkö vaihtaa?  
Hilkka: Senkun kurkkaat. Märkä se on.  
Omahoitaja: Onko?  
Hilkka: On.On se märkä.VAIKO EI?  
Omahoitaja: o Nii. o Laitetaan kuiva sitten.  
Hilkka: No ni.

Omahoitajan kysyessä vaipanvaihtotarvetta potilas antaa hänelle luvan, mutta korostaa välittömästi itse tietävänsä, että ” *märkä se on* ”. Omahoitaja ei kuitenkaan luota Hilkan sanaan, vaan esittää hänelle epäilevän kysymyksen ” *onko* ”. Potilas ei alistu hoitajan tahtoon, vaan kumoo hänen kyseenalaistavan kysymyksensä toteamalla hyvin painokkaasti vaipan olevan märkä ja esittämällä vastakysymyksen ” *VAIKO EI?* ” Sovittaakseen syntynyttä ristiriitaa omahoitaja pehmentää ensin puhetyyliään toteamalla hiljaisella äänellä ” *nii* ” ja vakuuttaa sitten myöntävänsä Hilkan tahtoon. Sanat ” *no ni* ” sisältävät viestin, että potilas on tyytyväinen lopputulokseen. Tässä puheessa potilas toteutuu *puolensa pitäjän* ja omahoitaja *vallankäyttäjän* positiossa.

Oman tahdon ilmaiseminen voi tarkoittaa laitosympäristössä myös hoitorutiinien vastustamista, kuten seuraava aineistokatkelma osoittaa:

### *Katkelma 12*

Omahoitaja: Pitkähiasenko sää olisit halunnu, vaik on kesä?  
Eino: Ni.  
Omahoitaja: Ihan totta...Eikö tää kelpaa tää paita? Eiks tää olis ihan hyvä tää teepaita?  
Eino: ((Naurahdus)). Täytyyks se kelvata?

Omahoitaja: (.) Minkälainen se pitäis olla?

Eino: Mää sanon, että pitkähihane.

Omahoitaja: Pitkähihane. Minkä värine?

Eino: PUNANE.

Omahoitaja: Punane. ((Hoitaja vaikuttaa epäluukoiselta.)) Ei sellast meill ei Eino o. Sinisiä tai vihreitä, keltasia, vaaleen punasia. Siin väriskaala. Ni.

Eino: No tua punane.

Omahoitaja: Vaaleen punane? Tuanks mää sulle vaaleen punasen paidan?

Eino: JUU.

Omahoitaja: Loistavaa. ((Naurahdus)). Onks ny hyvät hihat? Täytyy sanoo likoille, että Eino haluaa pitkähihasen teepaidan tilalle.

Eino: ((Potilas näyttää tyytyväiseltä.)) Sano, että tuntuu.

Omahoitaja kyseenalaistaa potilaan esittämän toiveen toteamalla ”*pitkähihaisenkö sinä olisit halunnut, vaikka on kesä*”. Eino vastatessa myöntävästi omahoitaja ei anna periksi, vaan kaupittelee itse tuomaansa teepaitaa esittämällä potilaalle suostuttelevia kysymyksiä. Ristiriitainen tilanne alkaa naurattaa Einoa, ja hän vetoaa omahoitajan vallankäyttöön esittämällä kysymyksen ”*täytyyks se kelvata*”.

Hetkisen mietittyään omahoitaja vastaa esittämällä potilaalle tarkentavan kysymyksen ”*minkälainen sen pitäisi olla*”. Eino vakuuttaa voimakastahtoisesti jo sanoneensa, että sen pitää olla pitkähihainen. Omahoitaja ei vielä anna periksi potilaalle, vaan kysyy seuraavaksi pitkähihaisen paidan väriä. Eino vastaa hoitajalle painokkaasti, että paidan on oltava ”*PUNAINEN*”. Epäluuloiselta vaikuttava hoitaja toistaa ensin potilaan vastauksen, mutta jatkaa sitten potilaan vakuuttelua sovittelevaan sävyyn korostamalla paitojen ”*väriskalaa*”. Punaista paitaa ei osastolla ole. On vain sinisiä, vihreitä, keltaisia ja vaaleanpunaisia. Tässä puheessa potilas näyttyy *puolensa pitäjän* ja omahoitaja *vallankäyttäjän* positiossa.

Lopulta Eino tulee vakuuttuneeksi asiasta ja toteaa haluavansa vaaleanpunaisen paidan. Hoitajan on vaikea uskoa kuulemaansa, ja hän varmistelee asiaa esittämällä vielä paidan väriin liittyviä kysymyksiä. Potilas vastaa tyytyväisyyttään painottaen hoitajalle ”*JUU*”.

Omahoitajan annettua lopulta periksi potilaalle samanmielisyyttä löytyy. Säilyttääkseen kasvonsa hoitaja toteaa lyhyesti ”*loistavaa*”, naurahtaa ja kyselee Einolta vielä sovittelevaan sävyyn ”*hihojen hyvyttä*”. Silvermanin (1997)

mukaan eräs naurahduksen funktio on juuri vuorovaikutuksen sävyn keventäminen (ks. myös Heritage 1996). Hoitaja vakuuttaa myös sanovansa ”likoille”, että Eino haluaa pitkähihaisen paidan teepaidan tilalle. Tässä puheessa omahoitajan positio muuttuu *itsemääräämisoikeuden kannattajaksi*. Tyytyväinen ilme kasvoillaan potilas kannustaakin omahoitajaa sanomaan hänen toiveensa sellaisella tavalla, että se myös kuullaan. Edellä olevien aineistokatkelmien perusteella voikin päätellä, että kuolevan potilaan mahdollisuus ilmaista oma mielipiteensä ja tulla kuulluksi ei ole laitossympäristössä itsestään selvä asia.

Kuoleva potilas ei aina kuitenkaan jaksa tai osaa pitää puoliaan, kuten Hilman puhe omahoitajalle osoittaa:

### *Katkelma 13*

- Hilma: Musta tuntuu ohjelmaa olevan jo liikaakin. Ei kehtaa kieltäytyä, vaikka nukkumassa olis tossa sängyssä.
- Omahoitaja: Ai ne tulee herättämään.
- Hilma: Joo. Ku aina tullaan, että tus ny, tus ny tonne noi. Jos mää oon tossa pitkänäni, kyllä ne tulee siitakin pyytään, että tuuks ny tonne noi.
- Omahoitaja: Eihän niihin tarvitse osallistua, jos ei halua. Jos olet väsyny, niin sanot, että kiitos ei tällä kertaa.

Potilaalla on tunne, että ohjelmaa on ihan liikaa. Hän ei kuitenkaan arkana ihmisenä kehtaa kieltäytyä hoitajien tullessa kysymään, vaikka hän olisi jo sängyssä nukkumassa. Omahoitajan hämmästellessä ääneen herättämään tulemista Hilma korostaa vielä mukaan pyytämisen tapahtuvan säännönmukaisesti. Esteenä pyytämiselle ei ole edes vuoteessa ”*pitkänäänolo*”. Rohkaistakseen potilasta pitämään puolensa hoitaja vakuuttaa, ettei ohjelmiin suinkaan tarvitse osallistua, jos ei halua tai on väsynyt. Silloin potilaalla on lupa sanoa ”*kiitos ei tällä kertaa*”. Tässä puheessa potilas näyttäytyy *alistuvan* ja omahoitaja *itsemääräämisoikeuden kannattajan* positiossa.

Alistuvan potilaan kannalta tilanne on erilainen silloin, kun omahoitaja toimii seuraavan katkelman osoittamalla tavalla:

### *Katkelma 14*

- Omahoitaja: Kuivataan sitte. Tänään on 24. päivä kesäkuuta. Ni. Ooks sää kattellu kuule tonne ulos. Siä on kuule komeen näköstä. Sininen taivas ja ei taida tuullakkaan yhtään. Tulee hieno päivä. Jos se kesä ny vihdoja viimein alkaa, mitä on odotettu koko kesäkuu. Yhy. Kuitenkin päivät rupee kohta lyhenemään. Sitte me koitettas vaihtaa tää sun paita. Otetaanko me ensin sulta pois? Mää nostan tuolta niskasta.



Sää oot ihan hikine. Otetaan vaikka toi parempi käsi ensin. NOII. Sitten otetaan tää käsi. Noin. Ihan varovasti sitte. Hyvä. Sit pestään kainaloitaki. Koita nostaa käsiä ylös. (.) Jaksatko tota kättä nostaa? Tää on lämmintä vettä. Ei oo onneks vielä jäähtyny, vaikka mää oon menny edes takasi. (10) Suihkupäivä sulla onkin vasta sitte.

Heti aamupesujen alkaessa omahoitaja aloittaa turhan höpinän ”nimettömälle” potilaalle. Hän puhuu, kysyy loputtomasti ja painottaa välillä yksittäisiä sanoja. Potilaalla ei ole missään vaiheessa tilaisuutta vastata, eikä se näytä havainnoijan näkökulmasta tarkasteltuna olevan tarkoitukseen. Puhetta pesuista ja pukemisesta hoitaja tuottaa laajemman hoitajajoukon nimissä. Potilaalle esitettyyn kysymykseen vastausta odottamatta hän jatkaa turhaa höpinäänsä, kunnes se päättyy erittäin pitkään tilanteen ongelmallisuudesta viestittävään hiljaisuuteen. Raskasta tunnelmaa keventääkseen omahoitaja muistuttaa katkelman lopussa potilasta vielä osaston rutiineihin kuuluvasta ”suihkupäivästä” ja korostaa sen olevan ”vasta sitten”. Potilas ei puhu mitään eikä sano vastaan missään vaiheessa. Hämmentyneenä hän alistuu rutiinilla toimivan omahoitajansa hoitoon. Tässä puheessa potilas toteutuu *alistuvan* ja omahoitaja *vallankäyttäjän* positiossa.

### ***Yhteenveto minärepertuaarin tuloksista***

Puheet ulkonäköön ja ikään liittyvistä kysymyksistä sekä itsemääräämisoikeuden toteutumisesta ilmentävät omana itsenä olemisen merkityksellisyyttä potilaalle vakavasta sairaudesta huolimatta. Sen sijaan luonteenpiirteistä tai sairaudesta johtuva kykenemättömyys vastustaa rutiininomaista hoitoa ja sanoilla lannistamista liittyvät alistumispuheeseen. Rutiinipuheella hämmennetty potilas saattaa tilannesidonnaisesti alistua olemaan jopa äänetön ja nimetön hoidon kohde. Minärepertuaarissa kuolevat potilaat näyttäytyvät saman katkelman sisällä vain harvoin täysin vastakkaisessa positiossa.

Myös omahoitajan näkökulmasta minärepertuaari ilmenee toisaalta ymmärtävänä tukemisena ja kannustamisena, toisaalta alistamaan pyrkivänä vallankäyttönä. Esimerkiksi ulkonäöstä huolehtimiseen liittyvä puhe omasta kotoisesta aamutakista, permanentin ottamisesta, kynsien lakkaamisesta, kauneuden hoidosta tai hajuvesistä tukee naispotilaiden minuutta. Oman tahdon ilmaisemiseen tai omista oikeuksista kiinnipitämiseen kannustava puhe rohkaisevat potilaita pitämään puoliaan hoitoyhteisön tasavertaisina jäseninä.

Vastakohtana kannustavalle puheelle ilmenee omahoitajan potilasta alistava ja joskus jopa loukkaava puhe. Ikään kuin huomaamattaan hoitaja voi korjailla potilaan puhetta tai ilmaista, ettei hän luota potilaan sanaan. Harkitsematon puhe hämmentää potilasta, ja vallankäyttäjänä omahoitaja voi puheellaan jopa nolata potilaan esimerkiksi vastaamalla hänelle ”höpsis” tai kertomalla

potilashuoneessa muiden läsnäolijoiden kuullen, kuinka potilas pettää itseään esimerkiksi piilottamalla lääkkeet ruokaansa.

Alistamispuhe voi olla luonteeltaan potilaan olemassaolon mitätöivää turhaa höpinää. Puhe voi ilmetä myös rutiinihoitoon liittyvänä oman tekemisen jatkuvana raportointina hoitajan ehdoilla potilaan toiveista välittämättä. Vuorovaikutus toteutuu näissä hoitotilanteissa yksisuuntaisena, koska omahoitaja ei missään vaiheessa anna potilaalle tilaa vastata.

Alistamispuheelle on ominaista suostuttelu tai väkisin hoitaminen täysin orientoituneen potilaan vastusteluista huolimatta. Omahoitajan puheesta kuvastuu asiantuntijuus, ja alistajana hän ilmaisee tietävänsä paremmin, miten potilaan roolissa tulee milloinkin käyttäytyä. Omalta osaltaan myös laitospäiväjärjestyksineen asettaa rajoituksia potilaan minuudelle kohti kuolemaa eletessä.

### 5.1.5 Arki

Arkirepertuaaria käyttäessään kuolevat potilaat puhuvat tavallisen elämän elämisestä, oman tilan tuottamisesta sekä kotitilanteen huolestuttamisesta ja heidän omahoitajansa elämän rikastuttamisesta sekä potilaiden uudelleen elämään aktivoimisesta. Aineistokatkelmassa Hilka kertoo omahoitajalle seuraavaa:

#### *Katkelma 15*

- Omahoitaja: Oli täällä tänään mukava vapaaehtoistyöntekijä se Pekka.
- Hilka: Jaa miten niin mukava?
- Omahoitaja: Sehän on hirveen mukava.
- Hilka: = Niin on joo. ((Hilka näyttää hämmentyneeltä.)) Mikä sen on saannu mua kattomaan? En mä semmosta o tuntenu enne kun täällä on tutustunnu.
- Omahoitaja: Ni. Oikein semmonen miellyttävä.
- Hilka: Niin ja ihan tommosta normaalia asiaa juttelee.
- Omahoitaja: Nii-i.

Iltavuoron alkaessa omahoitaja on tullut tervehtimään potilastaan. Istahdettuaan nojatuoliin kiireettömän oloisena hän tuo esille Pekka-nimisen mukavan vapaaehtoistyöntekijän käynnin Hilkan luona. Tarkentavalla kysymyksellään potilas haluaa kuulla perusteluja, missä mielessä omahoitaja pitää

vapaaehtoistyöntekijää mukavana. Omahoitajan täsmennettyä määrittelyään hämmennyneeltä näyttävä Hilikka toteaa taukoa pitämättä olevansa omahoitajan kanssa samaa mieltä. Hän vakuuttaa arvostavansa vapaaehtoistyöntekijän mukavuudessa ennen kaikkea sitä, että hän juttelee ”*ihan normaalia asiaa*”. Omahoitaja on asiasta samaa mieltä. Tässä puheessa potilas näyttäytyy *tavallista elämää arvostavan* ja omahoitaja *tunnekokemuksia* potilaan kanssa *jakavan* positiossa.

Mitä sitten ovat ne tavalliset arkiset asiat, joista hoitosuhteessa kuolemaa kohti eletessä puhutaan? Iäkäs ja huumorintajuinen Alli on innokas Aamulehden lukija, ja hän puhuu omahoitajan kanssa mielellään vitseistä. Marja puolestaan seuraa uutisia päivittäin televisiosta, ja häntä askarruttaa joka kanavalla esillä ollut sairaalabakteeri. Myös hyvä kotiruoka kuten silakkapihvit ja perunamuusi kiinnostaa puheenaiheena huonosta ruokahalusta kärsivää Marjaa. Ilona sitä vastoin puhuu ylpeänä tyttärestään, joka on kiinnostunut terveydenhoitoalasta. Hilman puheenaiheet kiinnittyvät usein säätilaan ja vuodenaikoihin sekä osastolla työskentelevien remonttimiesten toimintojen seuraamiseen. Keskeisiä puheenaiheita ovat myös omaisten vierailut osastoilla tai potilaiden kokemukset kotona käynneistä.

Arkisista asioista puhumisen lisäksi vapaaehtoistyöntekijät ja omahoitajat rikastuttavat kuolevien potilaiden elämää monin eri tavoin. Kotona käyntejä suunniteltaessa ja toteutettaessa omahoitajan merkitys tunnekokemusten jakajana korostuu. Voimien heikentyessä puhe kotona vain ”*päiväselteään*” käymisestä ja lyhyellä aikataululla suunnittelemisesta rohkaisee esimerkiksi Heliä ja hänen omaisiaan nauttimaan kotikäynneistä edelleenkin. Eila puolestaan kuvaa yhteistä ulkoilukokemustaan vapaaehtoistyöntekijän kanssa omahoitajalle seuraavalla tavalla:

#### *Katkelma 16*

- Eila: Yks päivä mä olin tualla kans liikkeellä. Toissapäivänä mä olin liikkeellä, nin tota (.) siis mua vietiin tonne. Se sano se kauheen kiva rouva, joka mua viä. Se sano, että katto tua on alaston mies. Otti aurinkoo siä ruohikolla siä siellä niitteen talojen tykönä, kun tästä mennään yks muutama sata metriä. Se oli siellä sitten. Oli viltti ja makas.
- Omahoitaja: Ei tullu rajoja. ((Omahoitaja kuuntelee potilasta huvittuneen näköisenä.))
- Eila: Käveltiin vaan sitä tietä. Oltiin niin paljon kaukana, että me nähtiin se mies, mutta ettei siinä sitten mitään sen enempää. Semmosta.

Katkelman alussa potilas puhuu omahoitajalle liikkeellä olostaan, mutta korjaa välittömästi puhettaan toteamalla, että häntä ”*siis vietiin*” ulos. Mukava vapaaehtoistyöntekijänä toimiva rouva halusi jakaa Eilan kanssa kokemuksen epätavallisen auringonottajan näkemisestä läheisen kerrostalon nurmikolla. Omahoitaja kuuntelee potilaan kuvausta pilke silmäkulmassa ja toteaa neutraalisti, ettei tullut ”*rajoja*”. Päättääkseen puheen yhteisestä kokemuksesta vapaaehtoistyöntekijän kanssa Eila toteaa, ettei ”*siinä mitään sitten sen enempää*”. Tässä puheessa potilas toteutuu *tavallista elämää arvostavan* ja omahoitaja *tunnekokemuksia* potilaan kanssa *jakavan* positiossa.

Kuolevan potilaan arkeen kuuluu myös musiikki seuraavan aineistokatkelman osoittamalla tavalla:

#### *Katkelma 17*

- Omahoitaja: Tieks sää mihin mä oon aina kiinnittäny huomioo?
- Eila: Ni.
- Omahoitaja: Sulla soi aina musiikki.
- Eila: Eiks o ihanaa. Toi on toi sävelrario. Mää joskus kyllästyn. Mää sanonkin ittekseni aina, että mitä varten AINA NOITA SAMOJA, mutta sitten mä aattelin, että senhän saa kiinni. Nii.

Omahoitaja korostaa kiinnittäneensä huomiota potilaan huoneessa soivaan musiikkiin. Eilasta musiikki on ihanaa, vaikka hän vakuuttaa joskus myös kyllästyvänsä samojen kappaleiden toistumiseen. Sovittaakseen ristiriitaiset sisäisenä puheena toistuvat ajatuksensa hän toteaa, että voihan radion sulkea. Aineistokatkelmaa tulkitsemalla voikin päätellä, että Eila on sisäisessä puheessaan päätenyt ratkaisuun, jonka mukaan oman tilan tuottaminen on mahdollista musiikin avulla. Samoin kuin kotona ollessaan hän on edelleenkin vapaa päättämään, milloin hän haluaa kuunnella musiikkia ja milloin taas radion sulkeminen on parempi vaihtoehto. Tässä puheessa potilas näyttäytyy *itseään määrävän* ja omahoitaja *tunnekokemuksia* potilaan kanssa *jakavan* positiossa.

Arkirepertuaari voi ilmetä kuolevan potilaan ja omahoitajan hoitosuhteessa myös edellisistä aineistokatkelmista poikkeavalla tavalla, kuten seuraava katkelma osoittaa:

#### *Katkelma 18*

- Omahoitaja: Kuule oli puhetta siitä sinun kotonakäynnistä. Nyt kun sulla on hyvät voimat ja.

Hilma: Se o vaan, että jaksanko mää kävellä sinne ylös.

Omahoitaja: Joo. Se oli kolmas kerros. Se on kyllä vähän. Kuuleppa tuota (.) ja vaikka sillä lailla, miksi sitä sanotaan ((omahoitaja laittaa käsiä kultatuoliasentoon)), ku otetaan näi. KULTATUOLISSA miehes ja taksi vie. Ottavat sinut kultatuoliin ja kantavat.

Hilma: Hankalaa jos joku tulee niissä rapuissa vastaan.

Omahoitaja: Mutta tiekkö mitä, älä ajattele, mitä vois tulla. Kyllähän sitte se, joka tulee rapuissa vastaan, niin sivuuttaa teijät, että. Alappa miettimään, nyt kun sie oot niin hyvässä kunnossa ni.

Hilma: Jos mää lähren, niin mää jännitän.

Omahoitaja: Sinustako tuntuu, että sie jännittäisit?

Hilma: Saattaa olla.

Omahoitaja: Mutta jos kävisit vaan. Pannaan lääkkeet matkaan. Pannaan tarvittavat lääkkeet matkaan. Jos tullee vaikka kipua, ni. (.) Haluttaako sua lähtee kotona käymään?

Hilma: En mää oo sitä sillai ajatellu.

Omahoitaja: Joo-o.

Hilma: o Kun en mää tiä, mikä tilanne siä kotona o. o

Omahoitaja: Joo. Mitä siellä vois olla?

Hilma: Ollaanko siä sitte kotona ja ollaanko lähretty.

Omahoitaja: Oisko semmone mahdollista?

Hilma: Saattaa olla. (1).

Omahoitaja: Joo.

Hilma: Vaikka kyllähän se joka päivä soittaa, että ikävä on. Ja mikä se kuntokin on?

Omahoitaja: Miksikä?

Hilma: On sen kuntoki huonontunnu.

Omahoitaja: Huonontunnu. Joo. Niin tosi ihan. Toi on ihan totta. Hällä on niin paljo niitä sairauksia ittelläki, että. Tuossa just alon miettimään sitä kantamista. IHAN TOTTA. KYLLÄ. KYLLÄ. Sydämen vajaatoiminta, kilpirauhasen vajaatoiminta, COPD, astma, diabetes, kolesteroliarvot pielessä, että on kyllä totta. Kyllä. Kyllä. Katopa vain Hilma. En tullu äsken ajatelleeks. Ihan totta.

Omahoitaja alkaa aktivoida potilasta käymään kotona vetoamalla hänen hyviin voimiinsa. Hilman epäillessä jaksamistaan hoitajakin huomioi, että kyseessä on

kolmas kerros. Siitä huolimatta hän jatkaa potilaan suostuttelemista vakuuttamalla, että mies ja taksi ottavat hänet *”kultatuoliin ja kantavat”*. Ehdotus tuntuu Hilmaasta kuitenkin hankalalta. Sovittaakseen ristiriitaa omahoitaja toteaa, että *”älä ajattele mitä voisi tulla”* ja jatkaa potilaan aktivointia vetoamalla hänen tämänhetkiseen hyvään kuntoonsa.

Hilma ei halua lähteä käymään kotona. Perustellakseen vastustustaan hän vetoaa lähtemiseen liittyvään jännittämiseensä. Suonisen (1997) mukaan puhujan ei tarvitse viitata vahvohinkaan sääntöihin ehdottomina, vaan niitä voidaan täsmentää tilanteisesti ehtolauseella tuotetun poikkeuspuheen avulla. Omahoitaja ei anna vielääkään periksi. Sovittaakseen ristiriitaa hän ehdottaa potilaalle vain pelkkää pistäytymistä kotona ja tarvittavien kipulääkkeiden mukaan laittamista. Aktivoidakseen Hilmaa lähtemään hän esittää vielä kotiinlähöhalukkuutta tarkentavan kysymyksen.

Hilma ei ole kuitenkaan ajatellut kotona käymistä ja vakuuttaa hiljaisella äänellä olevansa tietämätön tilanteesta kotona. Omahoitajan tarkentaessa kysymyksellä *”mitä siellä voisi olla”* Hilma jatkaa puolestaan kysymällä *”ollaanko siellä sitten kotona ja ollaanko lähdeetty”*. Omahoitajan ihmetellessä, olisiko sellainen mahdollista, Hilma toteaa, että *”saattaa olla”*. Hoitaja ei kuitenkaan tartu potilaan tarjoamaan vihjeeseen. Niinpä potilas korjaa itse puhuttaan ja toteaa miehensä kunnan huononemisesta huolimatta soittavan ikävissään hänelle joka päivä. Omahoitaja sivuttaa Hilman pelot muuttamalla puheenaiheen koskemaan miehen terveysongelmia. Aineistokatkelman perusteella voikin päätellä, että vakavaan sairauteen sopeutunut Hilma on jo antanut periksi, mutta omahoitaja katsoo velvollisuudekseen aktivoida hänet uudelleen elämään. Tässä puheessa potilas toteutuu *sairaudelle jo periksi antaneen* ja omahoitaja potilaan *elämään suostuttelijan* positiossa.

### ***Yhteenveto arkirepertuaarin tuloksista***

Arkirepertuaari ilmenee kuolevien potilaiden elämässä kahdella toisilleen vastakkaisella tavalla. Leikinlasku ja puheet perheestä, kotona käyntiin liittyvistä kokemuksista, vapaaehtoistyöntekijöistä, lemmikkieläimistä, ajankohtaisista asioista, ruokailuun liittyvistä mieliteoista, saunomisesta sekä tavallisista arkisista laitosympäristön tapahtumista mahdollistavat normaalin arjen elämisen vakavasta sairaudesta huolimatta. Ulkoillessa jaetut yhteiset kokemukset sekä puhe musiikin tarjoamista mahdollisuuksista tuottavat iloa ja omaa tilaa eletessä kohti kuolemaa. Toisaalta arkipuhe sisältää myös päinvastaisen ulottuvuuden silloin, kun sairaudelle jo periksi antaneen potilaan omahoitaja ei huomaa potilaan puheen sisältämiä vihjeitä vaan sivuttaa ne puheenaihetta vaihtamalla.

Arkirepertuaaria käyttäessään myös omahoitajat kuvailevat potilaidensa elämän rikastuttamista. Kiireettömyys, joustavuus, huumorintaju sekä potilaan toiveiden huomioiminen lujittavat hoitosuhdetta ja lisäävät potilaan uskallusta jakaa sekä ilojaan että pelkojaan omahoitajan kanssa. Sen sijaan hoitajan yritykset aktivoida sairaudelle jo periksi antanutta potilasta jatkamaan elämäänsä eteenpäin eivät ota potilaita huomioon omien elämäntarinoidensa rakentajina. Edellä olevan aineistokatkelman perusteella voi päätellä, että suostuttelupuhe on omahoitajan keino sivuuttaa itse vaikeaksi kokemansa puheenaiheet.

### 5.1.6 Omahoitaja

Kuolevat potilaat puhuvat omahoitajarepertuaaria käyttäessään *asioiden sujumisesta* ja *hoitajien vaihtumisesta*. Vastaavasti omahoitajat puhuvat *luottamuksen luomisesta* ja *määrätyllä tavalla toimimisesta*. Aineistokatkelmassa oman kuolemansa läheisyyden hyvin tiedostava Heli kuvaa omahoitajan vaihtumiseen liittyviä ristiriitaisia tuntemuksiaan seuraavalla tavalla:

#### *Katkelma 19*

- Heli: Aha. Sull on niin pitkä päivä.
- Omahoitaja: Nii-i.
- Heli: Ja opitaan tunteen toisiamme.
- Omahoitaja: Nii.
- Heli: Noita nimiä ei tahro muistaa nii. Sillon kun mun mies soitti tänne illalla, kun oli kaatunu se yks morkku. Soitti, ett hän hakee sen. Hän sano, ett siä oli semmone.... Voi ei se on taas vaihtunu.
- Omahoitaja: Sää et muistanu.
- Heli: Ei ja mää aattelin, ett on taas vaihtunu.
- Omahoitaja: Nyt ei vaihdu enää.
- Heli: Nin tota se tuntu nin pahalta sitte. Ni. Sillon tuntu, että mä oon tuuliajolla täällä, kun se vaihtuu koko ajan. Ei vaihtuis (3) ihan hyvä. Se on niin kiva, kun saa jutella omahoitajan kans illalla sitte. Alkaa vähä asiat pyörii (.) sitte. Kyllä se helpottaa. Se on ihan kiva sitte. Toivotaan, että sä saat olla ny tässä. Eihän ikinä tiä, mitä sattuu. Kun on vuorotyö.
- Omahoitaja: Niin tietysti vapaapäiviä on, mutta kyllä mulla on nyt ihan työvuoroja.

Heli: Joo.  
Omahoitaja: Nyt ainakin näinä päivinä hyvin.

Ennen katkelman alkua potilaalle nimetty uusi omahoitaja on aamutoimien yhteydessä kertonut tekevänsä ylipitkän työvuoron ja luvannut poikkeilla päivän mittaan oman potilaansa luona. Heli huomioi omahoitajan maininnan työpäivän pituudesta ja alkaa välittömästi korostaa toinen toisensa tuntemaan oppimisen merkitystä. Suonisen (1992, 1997) mukaan puheella oppimisesta rakennetaan vaikutelmaa tilanteen hallintaan saamisesta. Potilaan puhe oppimisesta tuottaakin myönteistä vaikutelmaa siitä, että hän uskoo asioiden alkavan vähitellen sujua. Tässä puheessa potilas tuottaa itsensä *yhteistyöhön luottavan* positiossa. Lähes välittömästi positio kuitenkin muuttuu tuuliajolla *ajelehtijaksi* Helin alkaessa puhua nimien unohtamisesta sekä omahoitajan vaihtumiseen liittyvistä vaikeuksista. Jatkuva muutos tuntuu hänestä pahalta, ja epätietoisuus synnyttää tunteen tuuliajolla olemisesta. Keventääkseen ristiriitaista puhettaan potilas pitää hetken tauon ja toivoo, ettei omahoitaja vaihtuisi koko ajan. Position muuttuessa uudelleen *yhteistyöhön luottavaksi* Heli toteaa, että on niin mukavaa, kun saa jutella omahoitajan kanssa illalla. Asiatkin alkavat vähitellen sujua, ja yhdessäolo tuntuu helpottavalta. Oman varjonsa omahoitajuuden todentumiseen luo kuitenkin vuorotyöhön liittyvä epävarmuus. Vakuuttaakseen potilasta hoitosuhteen jatkuvuudesta hoitaja toteaa, että hänellä on nyt ainakin näinä päivinä työvuoroja. Tässä puheessa omahoitaja näyttäytyy *luottamusta rakentavan* positiossa.

Myös omahoitajan positio voi kesken puheen muuttua seuraavan aineistokatkelman kuvaamalla tavalla:

#### *Katkelma 20*

Omahoitaja: Onko sun tossa alhaalla vähän hankala.  
Heli: Tä?  
Omahoitaja: Onks sun täss alhaalla hankala istua? Se on aika matala toi palli.  
Heli: Sen verran matalalla jakkaralla pystyn istuun ja pärjään vaan.  
Omahoitaja: Joo. Mää oon vaan ihan täss lähellä.  
Heli: o Niin .o ((Potilaan ilme muuttuu vakavaksi.))  
Omahoitaja: ((Hoitaja hämmentyy potilaan vakavoitumisesta.)) Nin tota (2) mitä sää haluat? Haluaks sää ihan pyjaman housut.  
Heli: Joo mä voin olla ihan tässä.



- Omahoitaja: Sää voit olla aivan hyvin. Joo koska sulla ei nyt vieraita sitte tuu.
- Heli: Nii ja jos tulee, niin tulee sitten...
- Omahoitaja: Kotiväkee. Jos sun on mukavampi olla pyjamassa...
- Heli: ((Potilaan ilme on hämmentynyt.)) ...ANNA NE.
- Omahoitaja: Joo punaset pyjaman housut niin ilman muuta sitten tehään sillä tavalla.

Potilaan suihkutuolissa istuminen näyttää omahoitajasta hankalalta, ja hän perustelee havaintoaan vetoamalla ”*pullin mataluuteen*”. Potilaan vakuuttaessa pärjäämistään omahoitaja rohkaisee häntä jatkamaan aamupesuja toteamalla olevansa ihan lähellä. Tässä puheessa hoitaja toteutuu *luottamusta rakentavan* positiossa. Heli vakavoituu ja vastaa hyvin hiljaisella äänellä ”*niin*”. Potilaan olemuksen muuttuminen hämmentää hoitajaa. Keventääkseen tunnelmaa hän pitää pienen tauon ja alkaa kysellä, haluaako Heli ”*ihan pyjaman housut*”. Helin todettua voivansa ”*olla ihan tässä*” omahoitajan positio muuttuu *tietäjäksi* ja hän alkaa perustella pyjamassa olomahdollisuutta vetoamalla potilaan aikaisemmin esittämään toiveeseen, ettei nyt vieraita sitten tule. Hoitajan puheessa Helin toive vierailujen rajoittamisesta näyttäytyy eräänlaisena vaihtoehdottomuutena. Fairclough:n (1992) mukaan vaihtoehdottomuuspuheen funktiona on vakuuttaa, että tilanteessa on järkevää toimia vain määrättyllä tavalla (ks. myös Juhila 1993). Potilas vakuuttaakin, ettei vieraiden tulo vaikuta hänen pukeutumiseensa millään tavalla. Jos vieraita tulee, niin sitten tulee. Omahoitaja pitää kuitenkin tiukasti kiinni siitä, ettei vieraita tule, ja hän korjaa potilaan puhetta rajaamalla vierailijat kotiväkeksi. Hämmentyneeltä näyttävä Heli ei kuuntele omahoitajan aloittamaa lausetta loppuun, vaan sanoo painokkaasti ”*ANNA NE*”. Sovittaakseen syntynyttä ristiriitaa ja keventääkseen tunnelmaa omahoitaja myöntyy lopulta toimimaan potilaan toivomalla tavalla ja toteaa pehmentävään sävyyn ”... *ilman muuta sitten tehdään sillä tavalla*”.

Seuraavassa katkelmassa Heli puhuu omahoitajalle lapsenlapsensa syntymän odotuksesta.

#### *Katkelma 21*

- Heli: ((Tunnelma potilashuoneessa on jännittynyt.)) Siellä on viime yönä synnytetty ja nyt taas...((Potilas huokaa syvään.))
- Omahoitaja: Ei vielä saa onnitella (2) mummua. (5) Ne on isoja asioita mitä...

- Heli: Nii. (2) Se tuntuu jotenki sillai ni järkyttävältä, ku (2) ((itkua)) ...mää tunsin, ett mää oon huonoss kunnossa. Nii. Nii. ((Itkua.))
- Omahoitaja: Joo. Ja vielä se sitten....
- Heli: Nii. Ni. Ett kun se pikkune ny sitten. ((Itkua.)) (2) o En tiä.o Semmonen yhteensattumien summa. Ni.
- Omahoitaja: Joo. (2) Kyllä se tänään ny se vauva syntyy varmaan. Sitten on muutaman päivän siellä sairaalassa ja sitten sitten ne varmaan tulee tän kautta näyttämään sitä vauvaa sulle.
- Heli: Ni. Nii. ( ) Nii. (1).

Meneillään olevan synnytyksen korostaminen sekä huokaileminen kuvaavat potilashuoneen jännittyntä tunnelmaa. Keventääkseen ilmapiiriä omahoitaja toteaa, ettei ”*vielä saa onnitella*” ja harkittuaan hetkisen hän jatkaa ”*mummuu*”. Pitkähkön, sanomisen epävarmuudesta viestittävän tauon jälkeen omahoitaja jatkaa puhettaan korostamalla, että ”*ne on isoja asioita mitä...*” Tunnepitoinen lause jää kuitenkin kesken eikä hoitaja tiedä, miten jatkaa. Tauottamalla ilmaistu epävarmuus synnyttää kuvan ymmärtäväisyydestä, joka mahdollistaa vuorovaikutuksen lujittumisen (Tiittula 1992, Suoninen 1999b, Ruusuvuori ja Tiittula 2005).

Myös Helille asia on vaikea. Hän vakuuttaa oman tilanteensa tuntuvan ”*jotenkin järkyttävältä*” ja toteaa itkunsekaisella äänellä ”*kun mää tunsin olevani huonossa kunnossa*”. Lohduttaakseen itkevää potilasta omahoitaja sanoo ymmärtäväisesti lapsen syntymän odotukseen viitaten ”*ja vielä se sitten*”. Heli on samaa mieltä, ja sovittaakseen tilanteessa vallitsevaa epävarmuutta hän toteaa, että ”*kun se pikkunen nyt sitten*”. Puheensa syntymän ja kuoleman lähekkäisyydestä Heli päättää metaforiseen ilmaukseen ”*semmoinen yhteensattumien summa*”. Omahoitaja on samaa mieltä hänen kanssaan. Hetken harkittuaan hän yrittää vielä lohduttaa potilasta korostamalla tulevia vauvan syntymään, sairaalassa oloon ja vierailuun liittyviä tapahtumia. Tässä puheessa potilas näyttäytyy *yhteistyöhön luottavan* ja omahoitaja *luottamusta rakentavan* positiossa.

Myös omaa kuolemaansa ja kuoleman jälkeistä aikaa pohtiva Eila kertoo haudalla käymisestäään seuraavaa:

#### *Katkelma 22*

- Eila: Poika soitti just eilen, että mennään käymään hautausmaalla ja laitetaan se hauta kuntoon. o Mies siellä. o Mää otin vaan, otin vaan (2) otettiin vaan

ruohonhoito ja ((yskähdys)). Kun se on tossa Vatialassa, ni vien sitte kukkasen. ((Yskähdys.))

...

Eila: Kesähoito on aina ollu, oikeen kukkahoito, mutta ny mä sanon, ettei mitään kukkahoitoo. Se ruohohoito vaan, että sen vois pitää. (5) Sitten kun käy, niin viä.

Omahoitaja: Siä tulee sitten käytyä?

Eila: Se vaan on, että kun se on tua Vatialassa. Toi olis paljon likempänä tossa Kalevantiellä. Sillon ei päässy. ((Yskähdys.))...Sillon oli kauhee pula sillon justiinsa sillon kaksytneljä vuotta sitten...Juu. Se oli aivan täys sillon. (5) Kun ei ollu tota tietoo tämmösistä mistään. Kai nyt sitä olis voinu saarakki. Olis järjestänny ja sillai.

...

Omahoitaja: Ei tohon Vatialaan pitkä matka oo autolla.

Eila: Ei tohon ei autolla o], mutta minäkin olisin siinä Kalevankankaalla pyärällä käyny vaikka joka päivä.

Omahoitaja: No joo-o. ((Hoitajan ilme kertoo, että hän lopulta oivaltaa potilaan vihjeen.))

Eila: Mutta se oli sitä aikaa ja sille ei voi mitään. Se on siä nyt o. Munkin on tossa Kalevankankaalla. Se olis ollu ni mukavaa. Ei sille sitten voi mitään. ((Yskähdys. Potilas näyttää helpottuneelta.))

Potilas kertoo omahoitajalle hautausmaalle menemisestä pojan kanssa ja haudan kuntoon laittamisesta. Hän vakuuttaa, että he ovat yksimielisiä miehen haudan hoidosta. Puheen hiljeneminen, lyhyen tauon pitäminen sekä yskähteleminen viestivät kuitenkin puheenaiheen arkaluontoisuudesta. Oikeuttaakseen käyntinsä hautausmaalla Eila kertoo vievänsä sinne kukkasen.

Potilas puhuu myös haudan kesähoidosta ja korostaa sen olleen aina ”*oikein kukkahoitoa*”. Sovittaakseen omassa elämäntilanteessaan vallitsevaa ristiriitaisuutta Eila vakuuttaa nyt sanoneensa pojalleen ”*pelkän ruohohoidon*” pitämisestä ja toteaa pitkän, asian arkaluontoisuudesta viestittävän tauon jälkeen, että ”*sitten kun käy, niin vie*”. Omahoitajan esittäessä hautausmaalla käymistä epäilevän kysymyksen Eila toteaa ainoastaan pitkän matkan haittaavan ja jatkaa vakuutteluun toteamalla, ettei silloin päässyt lähemmäksi, koska lähihautausmaa oli ”*aivan täysi*” ja hautapaikoista oli ”*kauhea pula*”.

Pitkän, oman elämäntilanteen hallitsemattomuudesta kertovan tauon jälkeen Eila toteaa, ettei ”*ollut tietoa tämmösistä mistään*”. Tietoisena omasta

lähestyvistä kuolemastaan hän pahoittelee omahoitajalle, ettei hänen tullut tehtyä kaikkea hautapaikan saamiseksi lähempää. Pahoitteluun voi tulkita sisältyvän pelkoa siitä, käykö kukaan haudalla hänen kuolemansa jälkeen. Omahoitaja ei kuitenkaan huomaa Eilan puheen sisältämää vihjettä, vaan alkaa vähätellä matkan pituutta hautausmaalle. Perustellakseen omaa näkemystään Eila keskeyttää hoitajan puheen autolla käymisestä ja vakuuttaa, että pyörällä hänkin olisi käynyt haudalla vaikka joka päivä. Vaikka omahoitaja myöntyy asiaan, potilas toteaa pahoitellen ”*se on sillä nyt...sille ei voi mitään*”. Aineistokatkelman perusteella voi päätellä, että Eila olisi kuoltuaan halunnut tulla haudatuksi lähihautausmaalla olevien kuolleiden sukulaistensa lähelle. Huomatessaan hoitajan ilmeen hän tulee vakuuttuneeksi siitä, että omahoitaja lopultakin ymmärtää hänen vihjeensä. Tässä puheessa potilas näyttäytyy *yhteistyöhön luottavan* ja omahoitaja *tietäjän* positiossa.

### ***Yhteenveto omahoitajarepertuaarin tuloksista***

Omahoitajarepertuaari ilmenee edellä olevissa aineistokatkelmassa kahdella toinen toisilleen vastakkaisella tavalla. Asioiden sujumista ilmentävät kuolevien potilaiden puheissa toinen toisensa oppimaan tunteminen, olon helpottuminen sekä uskallus puhua hoitajalle lähestyvistä kuolemasta tai ajasta kuoleman jälkeen. Myös omahoitajan konkreettinen lähellä ja tukena oleminen tuottaa puhetta turvallisuuden tunteesta, olon mukavaksi tekemisestä sekä kiitollisuudesta. Toisaalta potilaiden puhe omahoitajan vaihtumisesta ja siihen liittyvästä jatkuvasta epätietoisuudesta paradoksaalisessa elämäntilanteessa paljastavat täysin vastakkaisen tunteen tuuliajolla olemisesta. Se ilmentää kuolevan potilaan ahdistusta ja pelkoja tilanteissa, joissa yhteyttä omahoitajaan ei löydy tai edes haluta löytää. Silloin hoitajan vastustaminen tuntuu potilaan ilmaisemana joskus ainoalta mahdollisuudelta selviytyä laitossympäristön vaatimuksista.

Omahoitajien puheissa luottamuksen luominen merkitsee vastavuoroisuutta, tukena ja turvana olemista sekä kiireettömyyttä kiireenkin keskellä. Samoin hoitajan avun tarvetta lieventävä tai vähättelevä puhe sekä kiireetön omatoimisuuteen kannustaminen auttavat kuolevia potilaita hyödyntämään omia jäljellä olevia voimavarojaan mahdollisimman pitkään. Vastakohtana luottamuksellista suhdetta rakentavalle puheelle ilmenee omahoitajan määrättyllä tavalla toimimiseen suuntautunut ja samalla potilaan mielipiteet ja toiveet mitätöivä puhe. Myöskään normeihin vetoaminen tai puheeseen kätkeytyjen vihjeiden sivuuttaminen eivät helpota oman kuolemistyönsä kanssa kamppailevan potilaan oloa. Sen sijaan omahoitajalle ne voivat olla keinoja selviytyä itselle vaikeista tilanteista.

## 5.2 Kuolevien potilaiden tulkintarepertuaarit ja positiot

Kuolevien potilaiden haastatteluaineistosta identifioin ammattitaito-, sairastamis-, kuolema- ja perherepertuaarit. Näiden neljän erilaisen puhettavan avulla tulkituin kuolevien potilaiden jäsentävän saattohoitovaiheessa todentuvia hoitosuhteitaan. Tietynlaista puhettavaa käyttäessään kuolevat potilaat asemoivat sekä itsensä että omahoitajansa samassakin tulkintarepertuaarissa erilaisiin positioihin taulukon 3 osoittamalla tavalla.

*Taulukko 3. Tulkintarepertuaarien ja toimijoiden positioiden esiintyminen kuolevien potilaiden haastatteluaineistossa*

Repertuaarit ja niiden tehtävät	Kuolevien potilaiden positiot	Omahoitajien positiot
<p><b>Ammattitaitorepertuaari</b> Potilaaseen suhtautuminen</p> <p>Tietäminen ja osaaminen</p>	<p>Lähemmäksi pääsevä Tutustumista toivova</p> <p>Asioiden sujumiseen luottava Apua odottava</p>	<p>Myötäelävä Vieraaksi jäävä</p> <p>Alansa hallitseva Keskenjättäjä ja valikoija</p>
<p><b>Sairastamisrepertuaari</b> Sairastaminen</p> <p>Paranemisen toivominen</p> <p>Kipujen pelkääminen</p>	<p>Sairastamisensa hyväksyvä</p> <p>Apua etsivä</p> <p>Pärjäämiseensä luottava</p>	<p>Sairaudesta kiinnostunut</p> <p>Suoraan sanoja Rohkaisija</p> <p>Rohkaisija</p>
<p><b>Kuolemarepertuaari</b> Kuoleman ajatteleva</p>	<p>Kivutonta kuolemaa toivova Luovuttaja</p>	<p>Kuoleman sivuuttava Kuolinhetkeä kysyvä</p>
<p><b>Perherepertuaari</b> Kotiutuminen</p> <p>Perheyhteyden arvostaminen</p> <p>Tuen vastaanottaminen</p>	<p>Apua tarvitseva</p> <p>Perheeseen tukeutuva</p> <p>Perhettä valmisteleva</p>	<p>Auttaja</p> <p>Perheen sivuuttava</p> <p>Tukiryhmästä puhuva</p>

### 5.2.1 Ammattitaito

Kuolevien potilaiden haastatteluaineistossa ammattitaitorepertuaari ilmenee hoitosuhteessa kahdella eri tavalla. Potilaat huomioivat sekä *omahoitajien suhtautumista potilaaseen* että *heidän tietämistään ja osaamistaan*. Tutkijan pyynnöstä Hilikka kuvailee omahoitajan suhtautumisesta potilaaseen tekemiään huomioita aineistokatkelman osoittamalla tavalla:

#### *Katkelma 1*

- Tutkija: Kuvaisitko, millaselta omahoitaja vaikutti, kun tapasit hänet ensimmäisen kerran?
- Hilikka: Minä kiinnitin siihen huomiota, miten hoitaja suhtautuu potilaaseen, että onko tollanen avomielinen. Ninku täytyy ollaki kuitenkin, että se sais vaivansa esitettyä. (.) Hän oli tavallaan mulle sellanen tuki ja turva ensin.
- Tutkija: Mistä se näkyy, että omahoitaja on avomielinen?
- Hilikka: Mää kiinnitän siihen huomiota, onko ne toimeliaita. Nii että jos on sellainen myötäeläjä, niin hän käy katsomassa ja kysymässä. Niin ja mutta sehän se on hullua, että kun täällä pitää auttaa niissä sängyllisissäkin asioissa, vaikka ei mitään semmosta erikoista sairautta olekaan ni (5). Ammattitaito näkyy jonkinnäköisenä tasaisuutena, että hän ei tiuski eikä... (.). Ihan normaalisti toivoo, että käyttäytyy.(5) Se on sairaanhoitajaks sopiva luonne. Hän ninku elää siinä potilaan mukana, mutta ei vain ruikuta. (.) Hän on kyllä semmonen, että sen huomaa. Hänet huomioi tästä porukasta. Niin. (.) Kyllä hänellä on aikaa. Kun on semmonen työ, joka vie aikaa, ni kyllä hän sen käyttää.
- Tutkija: Ja on aikaa jutella?
- Hilikka: [Nin on siihenkin aikaa] siinä työn ohessa jutella. (.) Se on läheisempi ja sitä pääsee lähemmäks.
- Tutkija: Kuvaisitko, mikä siitä hoitajasta tekee läheisen?
- Hilikka: No tiedä. Se kai miten hän suhtautuu potilaaseen. Kai se siitä riippuu paljon. Hän on sellainen (.) hän katsoo sen ninku velvollisuudekseen, että ei oota, että toiset mennee ensinnä, vaan hän todella lähtee.
- Tutkija: Pidät sen tyylisestä hoitajasta?
- Hilikka: Kyllä mä pidän. Hän onkin sellainen koko talon hoitaja, että hän suhtautuu varmaan kaikkiin samalla tavalla.
- Tutkija: Mites hän eroo muista hoitajista?

- Hilkka: Hän todella NÄYTTÄÄ sen, että minä olen hänen oma potilaansa.
- Tutkija: Miten hän sen näyttää?
- Hilkka: No niin siinäpä se onkin. Kyllä se vaan (3) koska hän tulee aina silloin, kun hän on töissä ja kirjoissa.

Potilas toteaa kiinnittäneensä huomiota omahoitajan tietynlaiseen avomielisyyteen. Hän perustelee sen olevan ehto, että potilas ylipäänsä voi saada vaivansa esitettyä. Pidettyään hetken tauon hän siirtää puheen koskemaan omaa hoitosuhdettaan ja vakuuttaa kuulijana olevalle tutkijalle omahoitajan tavallaan olleen hänelle itselleen ensin tietynlainen tuki ja turva.

Tutkijan tekemään omahoitajan avomielisyyden näkymistä tarkentavaan kysymykseen Hilkka vastaa puhumalla nyt hoitajista monikkomuodossa ja toteaa kiinnittävänsä huomiota heidän toimeliaisuuteensa. Ehtona sille, että hoitajaa voi pitää myötäeläjänä, Hilkka näkee *”katsomassa ja kysymässä käymisen”*. Lieventääkseen puhetaan itselleen vielä erityisen arkaluontoisesta asiasta hän korostaa yleisellä tasolla olevan hullua, että ilman minkään erikoisen sairauden olemassaoloa tietynlaisissa *”sängyllisissäkin asioissa pitää täällä auttaa”*. Toteamus päättyy pitkähköön edellä todettua puhetta keventävään taukoon. Sitten Hilkka jatkaa argumentointiaan vakuuttamalla tutkijalle ammattitaidon näkyvän *”jonkinnäköisenä tasaisuutena”*. Se tarkoittaa hänen mukaansa sitä, ettei ammattitaitoinen hoitaja *”tiuski”* potilaalle. Puhe päättyy Hilkan yleisesti ilmaisemaan toiveeseen, että hoitaja käyttäytyy *”ihan normaalisti”*.

Pitkähkön miettimistauon jälkeen potilas alkaa puhua uudelleen omahoitajastaan ja vakuuttaa hänellä olevan *”sairaanhoidajaksi sopiva luonne”*. Lieventääkseen aikaisempaa puhetaan hoitajan ammattitaidosta Hilkka toteaa, että omahoitaja tavallaan elää potilaan mukana eikä vain ruikuta. Korostamalla hoitajan tiettyjä ominaisuuksia hän vakuuttaa tutkijalle vielä uudelleen, että omahoitajan luonteen kyllä huomaa ja hänet huomioi myös osaston muiden hoitajien joukosta. Sitten Hilkka täsmentää, että omahoitajalla on aikaa ja hän myös käyttää aikaansa työssä oikein. Tutkijan tarkentaessa, onko hoitajalla aikaa jutella, Hilkka vakuuttaa innokkaasti päälle puhuen siihenkin olevan aikaa *”siinä työn ohessa”*. Omahoitaja on myös läheisempi kuin muut hoitajat. Hoitajan potilaaseen suhtautumista huomioivalla puhellaan Hilkka tuottaa itsensä omahoitajaa *läheemmäksi pääsevän* positiossa.

Tutkijan pyytäessä Hilkkaa kuvaamaan, mikä tekee hoitajasta läheisen, hän vakuuttaa hieman epäröiden sen jälleen riippuvan hoitajan suhtautumisesta potilaaseen. Omahoitajan kaltainen hoitaja katsoo lähtemisen todella velvollisuudekseen eikä odota toisten menevän ensin. Hilkka pitää myös omahoitajan tyylistä. Vakuuttaakseen kuulijana olevaa tutkijaa kyseisen hoitajan

toimintatavoista tekemiensä huomioiden todenperäisyydestä hän korostaa omahoitajan olevan ”sellainen koko talon hoitaja”, jonka hän ajattelee suhtautuvan varmasti kaikkiin potilaisiin samalla tavalla. Erona muihin hoitajiin Hilikka alkaa painokkaasti perustella omahoitajan todella näyttävän, kuka on hänen oma potilaansa. Pitkähkön tauon ja toteamuksen ”siinäpä se onkin” potilaan puheessa tulkitsen ilmaisevan, ettei ”tätä näyttämistä” ole suinkaan helppoa kuvailla. Perustellakseen puhettaan Hilikka vakuuttaa omahoitajan poikkeuksetta tulevan häntä hoitamaan ”aina töissä ja kirjoissa” ollessaan. Katkelman omahoitaja näyttäytyy potilaan puheessa *myötäelävän* positiossa.

Sen sijaan Helin esille tuomat huomioiden omahoitajan suhtautumisesta potilaaseen poikkeavat Hilkan puheista seuraavalla tavalla:

### *Katkelma 2*

- Tutkija: Palataan vielä siihen tulotilanteeseen? Kuvailisitko sitä?
- Heli: Hän sanoi, että mä oon sun omahoitajas ja se oli vähän semmonen pinnallinen kuitenkin. Me oltiin tossa aulassa ihan ja hän kerto sitten, että ihan sillai päällisin puolin tätä systeemiä täällä. Sano sitten, että nyt päästään omaan huoneeseen ja jutellaan siä lisää, että siihen vähä kuitenkin jäi semmonen. (3) Vastaanotti mut kuitenkin, mutta sillai jäi kuitenkin asioita. Jätetään seuraavaan, ja seuraavaan ja sillai. Sitten oli puhetta, että pidetään sitten se hoitopalaveri. Sekin sovitaan sitte myöhemmin. (4) Jäi ehkä pikkusen semmonen mieleen, että oliko hänellä kiire. Sitten ajattelin, että totta kai kun päästään tutustuun on sitten eri asia.
- Tutkija: No onko kuva muuttunut?
- Heli: Me on hirveen vähän tavattu. Hän valvo monta yötä ja hän ei ollu siinä hoitopalaverissa. Hän oli pitkällä sairauslomalla, että mun mielestä hän on jäänyt etäisemmäksi. Kyllä lappuja ja lippuja ja tätä täytys täyttää ja sitten hän ninku siirsi, että katotaas sitten ja katotaas sitten. Mulle tuli semmonen, että täällä ei oo minkäänlaista kiireen vaikutelmaa, mutta ehkä hänellä oli semmosia asioita, että hän ei olis ehtinyt niin hirveen hyvin paneutua sillä hetkellä. Tuli vähä ((potilas vaikuttaa pettyneeltä))semmonen...

Tutkijan pyynnöstä potilas alkaa kuvailla tulotilanteessa mukana olleen hoitajan sanoneen olevansa hänen omahoitajansa. Kyseisen tilanteen hän korostaa hoitajan esittäytymisestä huolimatta tuntuneen kuitenkin jossain määrin pinnalliselta, koska omahoitaja kertoi osaston ”systeemiä vain päällisin puolin” aulassa. Sitten Heli jatkaa argumentointiaan viittaamalla hoitajan lupaukseen omaan huoneeseen pääsemisestä ja ”jutteleminen” jatkamisesta siellä. Potilaille jää vähän epävarma



olo, ja siitä viestittää myös pitkäkö tauko. Lieventääkseen arkaluonteista puhettaan Heli toteaa, että vastaanottamisesta huolimatta asioita jäi joka tapauksessa puhumatta. Sitten hän palaa omahoitajan puheeseen asioiden aina vaan seuraavaan ja seuraavaan kertaan jättämisestä sekä hoitopalaverin pitämisestä ja senkin sopimisesta vasta myöhemmin. Heli pitää pitkäkön tauon, joka viestii omahoitajan puheen synnyttämästä epävarmuudesta. Sen jälkeen hän kertoo jääneensä pohtimaan, oliko hoitajalla kiire. Sitten hän vakuuttaa ajatelleensa ikään kuin luonnollisena asiana, että tutustuminen muuttaa hoitosuhteen erilaiseksi.

Tutkijan kysyessä, onko Helin kuva omahoitajasta muuttunut, hän toteaa heidän tavanneen ”*hirveän vähän*”. Puolustellakseen omahoitajaa hän kertoo hoitajan valvoneen monta yötä ja olleen pitkällä sairauslomalla, eikä hoitaja ollut myöskään hoitopalaverissa. Potilas korostaa etäisyyden tuntua kertomalla lisäksi, että hoitaja on siirtänyt jatkuvasti töitä tulevaisuuteen, vaikka hän itse ei ole kokenut osastolla ”*minkäänlaista kiireen vaikutelmaa*”. Katkelman puheessa hän tuottaa itsensä omahoitajaan *tutustumista toivovan* positiossa. Lieventääkseen kriittistä puhettaan Heli toteaa hoitajalla kenties olleen asioita, jotka estivät häntä paneutumasta hyvin potilaaseen sillä hetkellä. Argumentaationsa lopuksi hän haluaa kuitenkin oikeuttaa oman mielipiteensä ja toteaa, että ”*tuli vähän semmoinen*”. Helin tulotilannetta kuvailevassa puheessa omahoitaja näyttyy *vieraaksi jäävän* positiossa.

Myös Laina tuottaa puheellaan itsensä omahoitajaan *tutustumista toivovan* positiossa seuraavan aineistokatkelman osittamalla tavalla:

### *Katkelma 3*

- Tutkija: Kuvailisitko suhdettanne omahoitajaan?
- Laina: Mää en tiä oikein, kuka hän onkaan. On jäänyt vieraaks. (.) Mää toivosin, että hän kävis mua kattomassa. Juttelis. (.) Semmosta. Mää voisin puhua ihan kaikkia asioita sille hoitajalle, mitä mä ajattelen sillai (4). ((Laina näyttää murheelliselta.)) Ei semmosta suhretta koskaan oikeen tu.

Potilas ei edes osaa kuvailla omahoitajaansa tutkijan sitä pyytäessä, vaan toteaa hänen jääneen vieraaksi. Laina toivoo, että omahoitaja kävisi katsomassa ja juttelemassa hänen kanssaan. Silloin hän voisi puhua kyseiselle hoitajalle ihan kaikista mieltään askarruttavista asioista. Pitkäkön asian ongelmallisuudesta viestittävän tauon jälkeen murheelliselta näyttävä potilas vakuuttaa tutkijalle, ettei ”*sellaista suhdetta koskaan oikein tule*”. Lainan puheessa omahoitaja toteutuu *vieraaksi jäävän* positiossa.

Ammattitaitorepertuaari ilmenee kuolevien potilaiden haastatteluaineistossa myös omahoitajien *tietämisen ja osaamisen huomioimisena*. Aineistokatkelmassa Eila kuvaa omahoitajasta tekemiään huomioita seuraavasti:

#### *Katkelma 4*

- Tutkija: Kuvaisitteko sitä teidän hoitosuhdetta?
- Eila: Sen huomaa, että kyllä toi tietää ja osaa ja. Kyllä mä siihen luotan. (.) Luottaa, että asiat sujuu.

Tutkijan pyytäessä potilasta kuvailemaan hoitosuhdetta hän vakuuttaa kyllä huomaavansa, että omahoitaja tietää ja osaa asiansa. Häneen voi luottaa. Hoitosuhteesta puhuessaan Eila tuottaa itsensä *asioiden sujumiseen luottavan* positiossa. Omahoitaja näyttäytyy puheessa *alansa hallitsevan* positiossa. Myös Ilona kuvailee omahoitajan tietämisestä ja osaamisesta tekemiään huomioita seuraavan katkelman osoittamalla tavalla:

#### *Katkelma 5*

- Tutkija: Kuvaisitteko tarkemmin sitä teidän hoitosuhdetta?
- Ilona: Se on semmosta ninku normaalia juttelua, keskustelua. Kuitenki sitt kun sen tietää, ett toinen on ammatti-ihminen, nin tietää, että hänellä on varma tausta siihen kertoo just hoidosta ja kaikesta tämmösestä. Se on erittäin mukavaa.
- Tutkija: Joo.
- Ilona: Hän tietää suurin piirtein kaiken. ((Naurahdus.)) Kun mä vähän sanon, että jossakin tuntuu jotain, niin hän tietää heti, että jaaha, se on sitä ja sitä ja.
- Tutkija: Joo.
- Ilona: Mun mielestäni just sympatia potilasta kohtaan on tärkeetä ja sit just vankka ammattitaito, että tietää, mitä silloin on. (.) Tekninen puoli ja vielä ihmisenä mukava.
- Tutkija: Joo.
- Ilona: Sen tuntee, että valtava ammattitaito. Hallitsee alansa erittäin hyvin.

Tutkijan pyynnöstä potilas alkaa kuvailla hoitosuhdetta normaaliksi jutteluksi ja keskusteluksi. Omakohtaiseen tietämiseen vedoten hän vakuuttaa tuntuvan joka tapauksessa erittäin mukavalta, että ammatti-ihmisenä hoitaja osaa varman

taustansa avulla kertoa hoidosta ja kaikesta siihen liittyvästä. On tosiasia, että omahoitaja tietää ”suurin piirtein” kaiken. Kevennettyään puhettaan naurahtamalla Ilona kuvaa vielä esimerkin avulla hoitajan ammattitaidon luonnetta ja tietämisen tasoa. Autenttisuuden vaikutelmaa vahvistaa niitä kuvailevien piirteiden esille tuominen (Edwards and Potter 1992).

Ilona jatkaa argumentointiaan vakuuttamalla pitävänsä tärkeänä sekä omahoitajan potilasta kohtaan osoittamaa sympatiaa että hänen vankkaa, asiantuntevaan tietoon perustuvaa ammattitaitoaan. Sitten hän tekee edellä olevista huomioistaan vielä yhteenvetoa tiivistämällä sen sanoihin ”*tekninen puoli ja vielä ihmisenä mukava*”. Hoitosuhdetta kuvailevalla puheellaan Ilona tuottaa itsensä *asioiden sujumiseen luottavan* positiossa. Omakohtaiseen tuntemukseensa vedoten Ilona päättää argumentaationsa korostamalla vielä omahoitajan ammattitaidon ”*valtavuutta*”. Omahoitaja näyttäytyy aineistokatkelman puheessa *alansa hallitsevan* positiossa.

Kaikki hoitajat eivät kuolevien potilaiden puheista tekemiäni tulkintojen mukaan kuitenkaan hallitse alaansa joka suhteessa yhtä hyvin kuin Ilonan omahoitaja. Tutkijan pyynnöstä Hilikka jatkaa omahoitajasta tekemiensä huomioiden kuvailemista seuraavalla tavalla:

#### *Katkelma 6*

- Tutkija: Voitasko vielä palata siihen omahoitajaan? Kuvasit hänen hoitoaan hyväksi.
- Hilikka: ON. Kyllä hän on. Kaikki ei ole kyllä. Toiset on semmosia, ett ne ninku JÄTTÄÄ siihen ni. Odottaa, ett joku muu tulee ensinnä. Kyllä mää sen ymmärrän hyvin, kun tuolla menee ja nappia painetaan, ni siinä katsotaan, että kukas nyt lähtee. (3) Joskus saa painaa, mutta ei ne AINA pääse tulemaan. On muita kiirellisiä tapahtumia, mutta tuo vessaan (.) vessaan pääsy sekin on monta kertaa niin kiireellinen. Se joskus hermostuttaa, kun on kova kiire vessaan eikä pääse sänkystä pois. Ei tiedä, mitenkä siinä menettelis. En tiedä, kummalla on etuoikeus, kun on kovin sairas ja tarvitsis ehdottomasti jotain lääkettä vai se, joll on kiire vessaan.
- ...
- Hilikka: Kyllä hoitajat joskus sanoo, että he tuo alusastian. En minä sitä pahana pidä, mutta TULISIVAT OTTAMAAN SEN POIS.
- Tutkija: Nii-i.
- Hilikka: No kyllä ne yleensä. KUN TARPEEKS MONTA KERTAA SOITTAA, NIIN KYLL NE SITTEN

TULEEKIN. Kyllästyy kai siihen, kun aina vaan soittaa ja odottaa. Tälläkin kun joku soittokunta oli täällä, niin ne halus kuunnella sitäkin. Niin mää soitin ja soitin. No kyllä ne sitten loppujen loppuks kuulikin, mutta (.) ajatteli, että mull on alusastia, että mull ei hätä ole. Sen takia ne sen tarjoskin. Se on ninku turvalline. Joo. Niin enkä mää oo mestari tekemäänkään housuihin. ((Naurahdus.)) Kyllä se on (5) lorottaa tonne alle, että kyllä mää mieluummin meen vessaan, mutta minä on autettava täältä sängystä pois.

Potilas vakuuttaa tutkijalle painokkaasti omahoitajansa olevan kyllä hyvä. Korostaakseen oman hoitajansa poikkeuksellisuutta hän toteaa, etteivät kuitenkaan kaikki hoitajat ole hyviä. Osa heistä jättää työnsä kesken. Yksilöimättä puheellaan kyseisiä hoitajia Hilikka kuvaa aiemmin sanomaansa lieventävään sävyyn hyvin ymmärtävänsä kellonsoittoon vastaamaan lähtijän valikoimisen. Hetken tauon jälkeen hän vakuuttaa saavansa joskus painaa soittokelloa. Pelätessään kritisoivansa hoitajia liikaa hän toteaa lieventävään sävyyn, etteivät hoitajat muilta kiireiltään *”aina pääse tulemaan”*. Puheen jatkuessa ristiriitaisena Hilikka vakuuttaa myös vessaan pääsyn olevan *”monta kertaa niin kiireellinen”*. Sitten hän jatkaa argumentointiaan kuvaamalla joskus jopa hermostuvansa kiireisessä tilanteessa siihen, ettei hän pääse pois sängystä eikä tiedä menettelytapoja eikä myöskään osaa priorisoida potilaiden erilaisia tarpeita. Hilikka jääkin askarruttamaan kysymys, onko hänellä sittenkään oikeutta vaatia kiireellistä vessaan viemisapua, jos kovin sairas potilas tarvitsee samanaikaisesti jotain lääkettä. Katkelman puheessa hoitaja toteutuu töidensä *keskenjättäjän ja valikoijan* positiossa.

Haastattelun jatkuessa myöhemmin Hilikka korostaa hoitajien joskus sanovan, että he tuovat alusastian. Hän ei pidä sitä pahana asiana. Puheen synnyttäessä kuitenkin ristiriitaa Hilikka esittää painokkaalla äänellä hoitajille vetoimuksen alusastian poisottamisesta, mutta lieventää puhettaan välittömästi toteamalla heidän kyllä yleensä tulevankin. Tuleminen ei kuitenkaan tapahdu ehdoitta. Luodakseen mielikuvaa jatkuvasti toistuvasta toiminnasta Hilikka vakuuttaa painokkaasti, että tuleminen edellyttää *”tarpeeksi monta kertaa soittamisen”*. Tässä puheessa potilas näyttäytyy *apua odottavan* positiossa. Vakuuttaakseen kuulijana olevaa tutkijaa asiasta vielä lisää Hilikka kertoo, kuinka hoitajat halusivat kuunnella soittokunnankin esitystä ja antoivat hänen soittaa soittokelloa toistamiseen. Keventääkseen ristiriitaiseksi muodostunutta tilannetta Hilikka toteaa ajan jaksottamiseen tukeutuen hoitajien *”loppujen loppuksi”* kuitenkin kuulleen. Siitä huolimatta hän uskoo heidän ajatelleen, ettei hänellä alusastialla olevana ole mitään hätää. Omakohtaiseen kokemukseen tukeutuen Hilikka vakuuttaa hoitajien tarjonnan hänelle alusastiaa, koska se on turvallinen eikä hän myöskään itse koe olevansa *”mestari tekemään housuihin”*. Kevennettyään naurahtamalla puhettaan nolosta asiasta Hilikka pitää vielä pitkäköön asian arkaluonteisuudesta viestittävän tauon. Sitten hän ilmaisee

menevänsä mieluummin vessaan kuin käyttävänsä alusastiaa. Ristiriitaa sovittaakseen Hilikka toteaa vielä lopuksi sen tosiasian, että hänet on ”*autettava sängystä pois*”.

Myöskään kaikki Eilan tekemät huomiot hoitajien tietämisestä ja osaamisesta eivät ole myönteisiä, kuten seuraava katkelma osoittaa:

#### *Katkelma7*

- Tutkija: Kuvaisitteko sitä tilannetta, kun tulitte tänne osastolle?
- Eila: Omahoitaja oli vastassa juu. Kyllä se se sitten oli. Kyllä siihen luottaa voi. SE hommas mulle varvashoitajanki. Pienellä muistutuksella. Se niissä onkin noissa hoitajissa. Ne tuppaa aina välillä vähäsen. (.) Yks unohtaa yhtä ja toinen unohtaa toista.
- Tutkija: Minkäs siitä omahoitajasta sitten tekee luotettavan?
- Eila: Että puhuis asiallisesti ninku asiat on. Mää huomaan just noista tommosista, jotka on nyt tullu tänne ja muuta, nin ne on viä ninku epävarmoja.(.) Kyllä sen eron huomaa. En mää missään muussa huomaa, mutta justiiinsa toimenpiteet kaikki on nin noilta toisilta ni. Se on vähä toisenlaista. Näillä on sellaset rivakat otteet kaikessa. Sen huomaa, että kyllä toi tietää ja osaa ja...
- Tutkija: Onks muuten eroo?
- Eila: On sitten ne vastatulleet ei ne paljo puhu sitten. Kyllä toi omahoitaja ny aina sentään pikkusen juttelee ja muuta. (.) Se on ainoo, kun on aina niin kiire. Aina kiireellisesti tehdään kaikki. Täytys vähäsen keskittyä vähä enämpi sitten siihen potilaaseen (.) kaiketi, mutta kyllä sen kiireen sitten ymmärtää. (5) Kyllä vähä välillä unohtuukin yhreltä yhtä ja toiselta. Jaa siltä jäi se, sanotaan sitten vaan näköjään. Ja justiiinsa noi uudet ne tuppaa sitten vähäsen jättään. Joskus huomaa, että niillä on ninku kiire. Joudun (.) nappulaa paineleen. (4) Mää koitan aina karttaa, että mää en (.) heti, Mulle on SANOTTU, että mää en saa yksin lähtee. Mutta sitten mää aina ajattelen, että kyllä niillä kiireitä on.
- Tutkija: Tuleeko apu heti, kun kello soi?
- Eila: Ei se heti tuu. Välillä joutuu oottaa.

Tutkijan pyytäessä potilasta kuvailemaan osastolle tulotilannettaan hän kertoo hieman epäröiden omahoitajan olleen vastassa. Eila vakuuttaa voivansa kyllä luottaa hoitajaansa, koska hän ”*pienellä muistutuksella*” kutsui jalkahoitajankin.

Sitten hän alkaa puhua hoitajista monikossa ja tuo esille heidän ajoittaisen unohtelemisensa korostamalla ”*yhden unohtavan yhtä ja toisen toista*”.

Tutkijan kysyessä, mikä tekee omahoitajasta luotettavan, Eila toivoo hoitajansa puhuvan asioista asiallisesti niin kuin ne ovat. Sitten hän vakuuttaa huomaavansa vasta osastolle tulleiden hoitajien olevan vielä epävarmoja ja korostaa omakohtaiseen havaintoon tukeutuen näkevänsä kyllä eron hoitajien välillä. Lieventääkseen edellä sanomaansa Eila kertoo huomaavansa eron ainoastaan siinä, että juuri kokeneiden hoitajien kaikki toimenpiteet ja otteet ovat toisenlaisia painottaen niiden ”*rivakkuutta*”. Lisäksi hän vakuuttaa vielä omakohtaisesti huomaavansa, että kokenut hoitaja ”*kyllä tietää ja osaa*”.

Tutkijan kysyessä, onko hoitajien välillä muuta eroa, Eila määrittelee vastatulleet hoitajat vähäpuheisiksi verrattuna omahoitajaansa, jonka hän korostaa puhuvan aina ainakin vähän. Koska henkilökunnan arvosteleminen ei tunnu potilaasta sovelialta, hän alkaa harmitella ainoastaan yleisellä tasolla hoitajien ainaista kiirettä ja kaiken kiireellä tekemistä. Sitten Eila esittää hieman epäröiden vaatimuksen, että hoitajien pitäisi vähän enemmän ”*kaiketi*” keskittyä potilaaseensa. Lieventääkseen jälleen edellä sanomaansa hän vakuuttaa kuitenkin ymmärtävänsä hoitajien kiireen.

Pitkähkön asian arkaluonteisuudesta viestittävän tauon jälkeen potilas jatkaa yleisellä tasolla puhettaan hoitajien unohtelemisista ja toteaa omakohtaisesti huomioineensa heidän ylimalkaisesti sanovan ainoastaan ”*jaa siltä jäi se*”. Tällä puheella uudet hoitajat tuotetaan töidensä *kesken jättäjien ja valikojien* positiossa. Eila vakuuttaa myös ajoittain huomanneensa, että hoitajat näyttävät kiireisiltä ja hänen on pakko painella soittokelloa. Toteamus päättyy pitkähkөөn edellä todetun puheen arkaluonteisuutta lieventävään taukoon, ja Eila alkaa kertoa pyrkivänsä säännömukaisesti karttamaan soittokellon välitöntä soittamista. Hän vakuuttaa kuitenkin painokkaasti, että häntä on ehdottomasti kielletty lähtemästä yksin. Lieventääkseen jälleen arkaluonteista puhettaan hän toteaa ajattelevansa hoitajien kiireen olevan todellista. Katkelma päättyy tutkijan avun tulemistä tarkentavaan kysymykseen, johon Eila vastaa neutraalisti joutuvansa välillä odottamaan. Katkelman puheessa potilas toteutuu *apua odottavan* positiossa.

### ***Yhteenveto ammattitaitorepertuaarin tuloksista***

Kuolevien potilaiden haastatteluaineistossa puheet ammattitaidosta ilmenevät potilaiden tekeminä toinen toisilleen vastakkaisina huomioina toisaalta hoitajan potilaaseen suhtautumisesta, toisaalta hänen tietämisestään ja osaamisestaan.

Myötäelävällä omahoitajalla ajatellaan olevan sairaanhoitajaksi sopiva luonne. Sen potilaat kertovat näkevänsä jo hoitajan avomielisestä ja tasaisesta

olemuksesta. Myötäelävän omahoitajan korostetaan erottuvan myös muita hoitajia turvallisempänä ja läheisempänä, koska hänellä on aikaa olla lähellä, kuunnella ja puhua potilaalle tärkeistä asioista. Toimeliaana ihmisenä hän osaa käyttää aikaansa työssä oikein eikä odota kellon soidessa muiden lähtevän oman potilaansa luo. Hymyilevänä ja ystävällisyyttä viestittävänä ihmisenä hänet huomataan myös muiden hoitajien joukosta. Omahoitaja osoittaa olemuksellaan, kuka on hänen oma potilaansa, ja hyväksyy hänet sellaisena kuin hän on. Potilaiden puheista voi myös päätellä, että myötäelävä omahoitaja suhtautuu ”*koko talon hoitajana*” yhtä kunnioittavasti kaikkiin osastolla oleviin potilaisiin.

Kuolevien potilaiden puheissa omahoitaja voi todentua myös etäisenä ja vieraana. Vastaanottotilanteen pinnallisuus, omahoitajan ja potilaan harvat tapaamiset, kiireen viestittäminen tai töiden kiireellä tekeminen ja niiden jatkuva tulevaisuuteen siirtäminen, poissaolot hoitoneuvotteluista sekä pitkät sairauslomat ilman tietoa korvaavasta hoitajasta synnyttävät kuolevissa potilaissa epävarmuutta ja omahoitajasta etäällä olemisen tuntua. Siitä huolimatta tilanteen ajatellaan korjaantuvan, kun tulee aikaa tutustua omahoitajaan. Omahoitajalla on kenties asioita, jotka estävät häntä paneutumasta hetkellisesti potilaansa elämään.

Myös potilaiden puheet edellisistä omahoitajista tai omahoitajista yleensä liittyvät tilanteisiin, joissa omahoitajaa ei ole nimetty tai potilas ei tunne hoitajaa omahoitajakseen. Olipa syy suhteen toimimattomuuteen kumpi tahansa, omahoitajan läheisyyttä kaipaavat potilaat tuottavat puhetta yrityksestä olla omissa oloissaan, hoitajille vaivaksi olemisesta tai jopa fyysisenä vaivana ilmenevästä ”*sisältä päin jäätämisestä*”. Sen sijaan aineistokatkelmia tulkitsemalla voi päätellä, että edelliset tai kuvitellut omahoitajat idealisoituvat kuolevien potilaiden puheissa lempeinä, luotettavina ja turvallisina ihmisinä, joita on aina ikävä.

Puheet ammattitaidon näkymisestä kuvaavat potilaiden tekemiä tulkintoja siitä, miten omahoitaja suhtautuu potilaaseen sekä siitä, mitä hoitaja tietää ja osaa. ”*Teknisesti taitavana ja sympaattisena ihmisenä*” häneen voi luottaa. Alansa hallitsevan omahoitajan korostetaan varman taustansa ja vankan tietoon perustuvan ammattitaitonsa avulla osaavan kertoa potilaalle sekä hoidosta että kaikesta siihen liittyvästä ”*suurin piirtein kaiken*”. Puheilla teknisestä taitavuudesta halutaan korostaa hoitajien hoitotilanteissa esiin tulevien otteiden ja toimenpiteiden varmuutta ja turvallisuutta. Aineistoa tulkitsemalla voikin päätellä, että ruumiillisen kosketuksen merkitys korostuu erityisesti silloin, kun kuoleva potilas on vuoteeseen sidottu ja riippuvainen hoitajiensa jatkuvasta avusta.

Kaikki potilaiden huomioidut hoitajien tietämisestä ja osaamisesta eivät ole kuitenkaan yhtä hyviä. Erityisesti osastolle vastatulleita hoitajia kuvataan epävarmoiksi ja vähäpuheisiksi. Potilaiden tulkinnan mukaan he eivät ole ”*kaikista asioista selvillä*”. Toimenpiteet tehdään aina kiireellä ja potilaaseen

keskittymättä. Myös töiden keskenjättämisiä ja unohduksia tapahtuu. Hoitaminen näyttää potilaista hajanaiselta.

Kuolevien potilaiden puheissa paljastuu myös se, että apua joutuu odottamaan. Soittokellon loputtomalta tuntuva paineleminen alkaa hermostuttaa ja synnyttää tunteen töiden valikoimisesta. Potilasta on saatettu kieltää lähtemästä yksin liikkeelle, hän ei pääse omin avuin pois vuoteesta, tai hoitajien kiireessä potilaalle tuoma alusastia on unohdettu hakea pois, ja se alkaa tuottaa potilaalle kipua. Vaikka puheissa korostuu hoitajien kiireen ja työn paljouden ymmärtäminen, avun odottaminen tuntuu joskus hyvin epäoikeudenmukaiselta ja se pakottaa jopa kyseenalaistamaan erilaista apua tarvitsevien potilaiden etuoikeudet.

Edellä olevien aineistokatkelmien perusteella voikin päätellä, että kuolevat potilaat tekevät hoitosuhteessa tarkkoja huomiota omahoitajan ammattitaidosta. Sen merkitys potilaalle näyttää korostuvan eletessä kohti kuolemaa. Kuitenkaan kuolevat potilaat eivät valita, vaan he tyytyvät ottamaan hiljaisesti ja ymmärtäväisesti vastaan sen hoidon, mitä heille tarjotaan.

### 5.2.2 Sairastaminen

Sairastamisrepertuaaria käyttäessään kuolevat potilaat puhuvat vakavan sairauden *sairastamisesta, toivovat taudin paranemista sekä pelkäävät kipuja*. Kysyttäessä Hilikka kertoo puhuneensa omahoitajalle sairastamisestaan seuraavaan tapaan:

#### *Katkelma 8*

- Tutkija: Mainitsit tän sairautes.Ootko puhunu siitä omahoitajan kanssa?
- Hilikka: Juu. (.) Olen puhunu, että mää sairastan syöpää. Mulla on rintasyöpä. Niin että kun on se sairaus olemassa, mutta ei se ole siinä mielessä, että se nyt vaivais aina. Tässä nyt on etäpesäke tässä ((potilas osoittaa samalla tutkijalle kyseistä paikkaa)).
- Tutkija: Joo-o.
- Hilikka: Nii. Kyll siihen vähitellen ni (.) se on pakko hyväksyä.
- Tutkija: Nii-i.
- Hilikka: Ei sille voi mittää.
- Tutkija: Nii.



Potilas vastaa tutkijan kysymykseen ensin myöntävästi ”juu”. Pidettyään hetken tauon hän kertoo puhuneensa omahoitajalle sairastavansa syöpää ja tarkentaa sen vielä rintasyöväksi. Keventääkseen tunnelmaa hän toteaa yleisesti, ettei sairaus olemassaolostaan huolimatta kuitenkaan vaivaa hänen mieltään jatkuvasti. Sitten Hilka osoittaa tutkijalle etäispesäkkeen sijaintipaikkaa ja toteaa ikään kuin luonnollisena asiana sen ”olevan nyt tässä”. Sairaus on myös vähitellen pakko hyväksyä. Hilkan argumentaatio päättyy asian peruuttamattomuutta kuvaavaan toteamukseen ”ei sille voi mitään”. Tässä puheessa potilas tuottaa itsensä *sairastamisensa hyväksyvän* positiossa.

Myös Ilona on puhunut sairastamisestaan omahoitajansa kanssa seuraavan katkelman osoittamalla tavalla:

#### *Katkelma 9*

- Tutkija: Kerroit tästä sairaudestas. Ootteko omahoitajan kans puhuu siitä?
- Ilona: No tota hän on kiinnostunnu ninku tosta sairauden kulusta, että koska se on alkanu ja niin edelleen ja miltä tuntuu ja noin, että. (.) On hirveen kivast menny kaikki.
- Tutkija: Joo.
- Ilona: Sairaus on pikku hiljaa edenny. (.) jonkun verran, mutta ei nyt niin kauheesti. Mää oon niin hyvin pärjänny sitt kuitenkin. Joo. (.) Lääkkeitäkän ei oo paljon.

Potilas vastaa tutkijan kysymykseen kohdentamalla omahoitajan kiinnostuksen sairauden kulkuun, sen alkamisajankohtaan ja tuntemuksiin. Tällä puheella Ilona tuottaa hoitajansa *sairaudesta kiinnostuneen* positiossa. Hetken tauon jälkeen Ilona jatkaa argumentointiaan korostamalla kaiken sujuneen ”*hirveän kivasti*” ja alkaa kuvailla sairautensa nykytilaa toteamalla sen edenneen ”*jonkin verran*”. Lieventääkseen kuitenkin edellä sanomaansa hän toteaa, että ”*ei nyt niin kauheasti*”. Lopuksi Ilona esittää vielä uudelleen arvioin omasta tilanteestaan vakuuttamalla pärjänneensä kuitenkin hyvin eikä lääkkeitäkään ole kovin paljon. Tässä puheessa Ilona näyttäytyy *sairastamisensa hyväksyvän* positiossa.

Sairastamisrepertuaaria käyttäessään kuolevat potilaat myös kysyvät ja toivovat tautinsa paranemista. Aineistokatkelmassa Hilka kuvailee kokemuksiaan seuraavalla tavalla:

### *Katkelma 10*

Hilkka: Sitä kipulääkettä muutettiin. Mutta se oli niin kovaa, että sitten mää oikein oksensin. Palattiin entiseen lääkitykseen. Kun mää oon kysyny heiltä ((potilas on puhunut edellä lääkäristä ja omahoitajasta)), että paraneeko tää tauti, he on sanonu suoraan, että EI.

Potilas kertoo yleisellä tasolla tutkijalle hänelle aikaisemmin määrätyn kipulääkkeen muuttamisesta ikään kuin faktan luonteisena asiana. Silloin kun etäännytettyihin toimijoihin suhtaudutaan asiantuntijoina, heidän puheensa näyttäytyy lauseessa faktana (Fairclough 1992). Hilkka toteaa kuitenkin jännitteisesti, ettei lääkkeen vahvempaan vaihtaminen ollut suinkaan ongelmatonta, vaan se aiheutti hänelle oksentelua, ja faktuaalinen puhe entiseen lääkitykseen palaamisesta jatkuu jälleen yleisellä tasolla. Sitten Hilkka kertoo tutkijalle kysyneensä lääkäriltä ja omahoitajalta paranemismahdollisuuksia tämäntyyppisestä taudista ja toteaa painokkaasti heidän sanoneen suoraan, ettei se parane. Tässä puheessa potilas toteutuu sairastamiseensa *apua etsivän* positiossa, kun taas lääkäri ja omahoitaja tuotetaan totuuden *suoraan sanojien* positiossa.

Tautinsa paranemista toivoo seuraavassa katkelmassa Heli.

### *Katkelma 11*

Heli: Vasta sädehoito paransi oloa niin paljo, että jopa käytiin risteilyllä ja kylpylässä. Omahoitaja sano että menkää vaan. (.) Se tuntui ihanalta. Ainahan sitä ihminen toivoo. Minäkin etsin apua kaikkialta, luontaishoidoistakin.

Potilas vakuuttaa tutkijalle sädehoidon parantaneen oloa siinä määrin, että omahoitaja kannusti käymään risteilyllä ja kylpylässä. Pienen tauon jälkeen Heli kertoo sen tuntuneen ihanalta. Korostaakseen toivon olemassaolon merkitystä myös kuolemaa lähestyttäessä hän toteaa, että *”ainahan sitä ihminen toivoo”*. Katkelma päättyy Helin periksiantamattomuutta kuvaavaan ilmaukseen avun etsimisestä *”kaikkialta, luontaishoidoistakin”*. Tässä puheessa potilas tuottaa itsensä sairastamiseensa *apua etsivän* ja omahoitajansa menemään *rohkaisijan* positiossa.

Vakavan sairauden sairastamiseen liittyy myös erilaisia pelkoja, kuten seuraava katkelma osoittaa:

## Katkelma 12

Heli: Mää ninku pelkäsin sitä, ett kuin mä jaksan täällä hengittää. Mull ei siis kauheesti ollu siis muuta pelkoo, kun se vaan, että kuinka minä pärjään sen hapen kans. Sitten oli toi parveke. Se oli suuri asia ja isot hienot ikkunat, nin tota, kun mä aina sanon, että mulle sopii paremmin toi raitis ilma suoraan kun toi happi. Omahoitaja kehotti vaan, että käytät niin paljon raitista ilmaa kun suinkin. Opettelet vaan. Luotat ittees, että kyllä sä pärjääät sillä. Ja niin mä oon pärjänny. (.) Ja mää ninku voitin eka kerran pelkoni.

Heli kertoo tutkijalle pelänneensä osastolle tullessaan, kuinka hän jaksaa hengittää. Hän tarkentaa pelkoaan vielä toteamalla, ettei hän pelännyt ”muuta” kuin pärjäämistään ”sen hapen” kanssa. Sitten potilas alkaa luetella parvekkeen ja ikkunoiden hyviä ominaisuuksia ja vakuuttaa ikään kuin faktan kaltaisena asiana juuri raittiin ilman sopivan hänelle happea paremmin. Heli kertookin omahoitajan kehottaneen häntä yksinkertaisesti käyttämään raitista ilmaa niin paljon kuin suinkin. Pärjääminen vaatii ainoastaan opettelemista ja itseensä luottamista. Tällä puheella potilas tuottaa omahoitajansa pärjäämiseen *rohkaisijan* positiossa. Heli vakuuttaakin tutkijalle pärjänneensä. Pidettyään pienen tauon hän korostaa vielä lopuksi voittaneensa pelkonsa ensimmäisen kerran. Tässä puheessa potilas toteutuu *pärjäämiseensä luottavan* positiossa.

Tutkijan kysyessä myös Marja kertoo puhuneensa kipuihin liittyvistä peloistaan omahoitajansa kanssa.

## Katkelma 13

Tutkija: Kerroit pelkääväsi kovia kipuja. Ootko puhunu niistä omahoitajan kanssa?

Marja: Juu se kysyy kipunumeroo. On sanonu, että kipua ei tartte tuntuu. Täällä on niin ihanat hoitajat ja niin ihana toi lääkäri. He sano, että kipua ei tartte pelätä. Morffiinia saa, kun pienikin kipu tulee. Ilmottaa vaan kansliaan....

Tutkija: No onko ollu kipua?

Marja: Joo. Ei oo tota ollu. Mää en oo tarttenu sen jälkeen muuta. Ihan hieno asia se.

Potilas vakuuttaa omahoitajan kysyneen kipunumeroa ja sanoneen, ettei kipua tarvitse tuntea. Sitten Marja alkaa kehua osastonsa hoitajien ja lääkärin ominaisuuksia. Hän kertoo heidän sanoneen, ettei kipua tarvitse pelätä. Tällä puheella Marja tuottaa heidät pärjäämiseen *rohkaisijoiden* positiossa. Sitten hän

jatkaa puhettaan yleisellä tasolla ja vakuuttaa saavansa morfiinia jo pieneenkin kipuun ainoastaan ilmoittamalla asiasta kansliaan. Marjan argumentaatio päättyy toteamukseen, ettei kipua ole ollut eikä hän ole tarvinnut sen jälkeen muita lääkkeitä. Hän pitää sitä ”*hienona asiana*”. Tässä puheessa potilas näyttäytyy pärjäämiseensä luottavan positiossa.

### ***Yhteenveto sairastamisrepertuaarin tuloksista***

Kuolevien potilaiden haastatteluaineistossa sairastamisrepertuaari ilmenee hoitosuhteessa puheina sairastamisesta, taudin paranemisen toivomisesta sekä kipujen pelkäämisestä. Vakava sairaus on olemassa, ja vähitellen se on myös pakko hyväksyä. Elämää eletään päivä kerrallaan, vaikka ”seinä” ajoittain tuntuukin tulevan eteen.

Puhetta sairastamisesta tuotetaan hoitosuhteessa useimmiten yleisellä tasolla potilaiden omien tuntemusten ja sairauden etenemisen kuvauksina. Toisaalta sairaana eläminen masentaa ja avun löytäminen jäljellä olevaan elämään voi tuntua joskus lähes toivottomalta. Puheen sijasta on silloin helpompaa vaieta.

Sen sijaan puheissa taudin paranemisen toivomisesta paljastuu elämän paradoksaalisuus elettäessä kohti kuolemaa. Aineistokatkelmien perusteella voikin päätellä, että toivo paranemisesta elää potilaissa voinnin heikkenemisestä ja sairauden etenemisen tiedostamisesta huolimatta loppuun asti. Omalla tavallaan se kätkeytyy myös potilaan esittämiin taudin paranemista koskeviin suoriin kysymyksiin. Apua ollaan valmiita etsimään kaikkialta, jopa luontaishoidoista. Erityisesti omahoitajan yrittämään kannustava puhe on silloin vastaus potilaiden haluun jatkaa elämää samalla tavalla kuin ennenkin, ja se tuntuu ”*ihanalta*”.

Myös puheet erilaisista peloista ovat tavallisia saattohoitovaihetta elettäessä. Hengitysvaikeuksista kärsivä potilas saattaa pelätä selviytymistään ilman lisähappea. Pelkkä oleminenkin tuntuu ahdistavalta, kun pyörryttää eikä pysty pystyssä. Tavallisempaa on kuitenkin pelätä kovien kipujen ja tuskien ilmaantumista. Edellä esitetyistä aineistokatkelmista käy ilmi, ettei kipuja kuitenkaan tarvitse pelätä. Pärjäämisen tukijoina omahoitajat auttavat potilaita voittamaan pelkonsa sekä kannustavat heitä opettelemaan itseensä luottamista. Samoin heidän lääkkeen pyytämiseen rohkaiseva puheensa antaa potilaille uskallusta tuoda julki jo pienetkin kiputuntemuksensa sekä torjua niiden voimistumista jo ennakolta.

### 5.2.3 Kuolema

Kuolemarepertuaaria käyttäessään potilaat toisaalta *ajattelevat kuolemaa*, toisaalta heitä askarruttaa varsinainen kuolinhetki. Aineistokatkelmassa Heli kuvailee ajatuksiaan kuolemasta seuraavalla tavalla:

#### *Katkelma 14*

- Tutkija: Kerroit, että sä pelkää kuolemaa.
- Heli: Ni. ((Itkua.)) Ei mua se kuolema, kun ei olis hirveet kivut. Ni. Ni. (4) Ajattelen kuitenkin, että se on kaunis.
- Tutkija: Nii-i.
- Heli: Ni. Eihän kukaan tiä, että mitä se on. Sitä mää eniten o pelkään o, että on kipua.
- Tutkija: Toi näyttää kuitenkin sua helpottavan toi morfiini.
- Heli: Ni. Kun vaan nukkus... ((Itkua.))
- Tutkija: Ook sää jutellu omahoitajan kanssa näistä asioista?
- Heli: Meillä on tosiaan vielä kesken nämä (.) asiat sitte, että...

Itkuinen potilas on jo aikaisemmin kertonut tutkijalle pelkäävänsä kuolemaa. Hän korostaa, ettei varsinainen kuolema häntä pelota vaan ainoastaan ”*hirveät kivut*”. Pitkähkön asian vaikeudesta viestittävän tauon jälkeen hän ilmaisee kuitenkin ajattelevansa, että ”*kuolema on kaunis*”. Saadakseen tukea omalle ajattelulle Heli toteaa lisäksi, ettei kukaan tiedä, mitä kuolema on, ja vakuuttaa tunteisiin vetoavalla hiljaisella äänellä pelkäävänsä eniten kipua.

Heli myöntää olevansa samaa mieltä tutkijan kanssa morfiinin oloa helpottavasta vaikutuksesta ja toivoo metaforisesti ilmaisten voivansa ”*vaan nukkuu*”. Katkelman puheessa potilas näyttäytyy *kivutonta kuolemaa toivovan* positiossa. Itku keskeyttää puheen hetkeksi. Tutkijan kysyessä, onko Heli puhunut näistä asioista omahoitajan kanssa, hän vakuuttaa hieman epäroiden, että tietyistä asioista puhuminen heillä on vielä kesken.

Sen sijaan Hilikka on edellä kertonut tutkijalle kysyneensä omahoitajalta ja lääkäriltä suoraan tautinsa paranemista ja saanut siihen kielteisen vastauksen. Aineistokatkelmassa hän alkaa kuvailla ajatuksiaan kuolemasta seuraavasti:

## Katkelma 15

- Tutkija: Mitä siitä ((tauti ei parane)) ajattelet?
- Hilkka: No ajattelen, että se loppu tulee. Mulla on 90 vuotta jo iäkin puolesta, että ei pelota (10) paitsi, jos hirveet tuskat tullee.
- Tutkija: Nii. Apua on kuitenkin lähellä..
- Hilkka: Nii. Niin on.
- Tutkija: Voisitko kertoa, mitä te ootte omahoitajan kanssa puhunu näistä asioista?
- Hilkka: Ei se puhunu o. (1) Ei me o tämmöstä keskustelua käyty, mutta ne ei o kuitenkaan pannu mua täältä pois. ((Potilas näyttää huojentuneelta.))
- Tutkija: Jaa.
- Hilkka: (2) Olen minä ajatellu kuolemaa. (10) Minä oon ajatellu sitä niin paljon, ett sitt kaikki on (.) mull on ollut (.) meitä on viis ollut. Mää oon ainut, joka on elossa. Niin kaikki ovat nukkuneet pois. Heill on rauha nyt, että (.) haudan lepokammiossa. (2) Se on lepokammio.
- Tutkija: Ajatus tuntuu hyvältä?
- Hilkka: Nii. Kunnes sieltä kutsutaan sitten (5), että mihin sitten matka päättyy.
- Tutkija: Mitä ajattelet siitä?
- Hilkka: Että taivaaseen. Toivon ainakin niin. Ja toivon, että toisetkin pääsee. Kaikki päästään.

Omaan kuolemaansa metaforisesti viitaten potilas vakuuttaa tutkijalle ajattelevansa, että ”*se loppu tulee*”. Luodakseen kuvaa ajattelunsa ristiriidattomuudesta hän korostaa vielä numeerisesti omaa ikäänsä ja toteaa, ettei kuoleman lähestyminen häntä siinä mielessä pelota. Pidettyään erittäin pitkän asian arkaluonteisuudesta vihjailevan tauon hän esittää pelottomuutensa ehdoksi kuitenkin sen, ettei tule ”*hirveitä tuskia*”. Sitten Hilkka vakuuttaa tutkijalle, ettei omahoitaja ole puhunut hänen kanssaan näistä asioista eikä keskustelua kuolemasta ole käyty. Keventääkseen tunnelmaa hän toteaa huojentuneen näköisenä, etteivät he kuitenkaan ole ”*häntä panneet pois*” osastolta. Tällä puheella hoitaja tuotetaan *kuoleman* puheessaan *sivuuttavan* positiossa.

Pidettyään jälleen hetken tauon Hilikka jatkaa puhettaan kuoleman ajattelemisesta. Puhe synnyttää uuden, erittäin pitkän asian arkaluoteisuutta viestittävän taon. Sitten Hilikka alkaa ikään kuin punaista lankaa etsien vakuutella tutkijalle ajatelleensa paljon kuolemaa, omaa elossa oloaan sekä kaikkia pois nukkuneita sisarusiaan. Vaihtamalla sisarusten lukumäärän tarkastelu-ulottuvuutta kesken lauseen numeerisesta ei-numeeriseen Hilikka pyrkii saamaan vielä lisätukea omalle argumentaatiolleen. Myös Perelmanin (1996) mukaan siirtyminen määrällisistä eroista laadullisiin vaatii aina tietyn tyyppisen päätöksen tekemistä. Sitten Hilikka toteaa, että kaikilla hänen sisaruksillaan on nyt rauha. Pidettyään hetken tauon hän alkaa kuvata hautaa uskonnollisävyiseen metaforiseen ilmaukseen tukeutuen ”*lepokammiona*”. Ajatus tuntuu hänestä hyvältä ja hän uskoo ”*matkan päättyvän taivaaseen*”. Argumentaatio päättyy Hilikan esittämään koko sisarussarjan taivaaseen pääsemistä koskevan toiveeseen. Katkelman puheessa potilas näyttäytyy *luovuttajan* positiossa.

Kuoleman ajattelemisen lisäksi potilaita askarruttaa myös varsinainen kuolinhetki. Heli puhuu tutkijalle seuraavasti:

#### *Katkelma 16*

- Heli: Kun se kysy kuolinhetkee, niin sanoin omahoitajalle, että totta kai määhaluun, että oma väki on siinä (.) siinä sitten. Ni. Sillai, etten määhälää yksin. ((Itkua)). Ni. Semmosta kerittiin jutteleen. (.) Nii. (.) Se on vaan ne tilanteet, jos täytyy olla siä synnyttämässä. (.) Se on kauhee tilanne. Nii. (.) Määhälää on aatellu, että jos en määhälää konkreettisesti sitä vauvaa, niin kyllä määhälää nään sen kumminkin tuolta. ((Itkua.))
- Tutkija: Onks säähälää jutellu omahoitajan kans?
- Heli: Ei (.) ihan perheen kesken. Joo. Määhälää olin itte miettinny liian valmiiks taas jo kaikki. ((Naurahdus.)) Määhälää on jotenki (.) jotenki (.). No kun määhälää tiärän, kuinka kauhee päähälää siitä tulee. Ni. Kun tietäs mun mielipiteeni, mutta määhälää pistin vaan, ett miettikää ja keskustelkaa, miltä se teistä tuntuu. ((Heli alkaa puhua hyvin päättäväisesti.)) Mies sano, että hän haluaa oman hautapaikan mulle, että (.) aikanaan ninku hän pääsee siihen.
- Tutkija: Oliko hoitoneuvottelussa puhetta näistä asioista?
- Heli: Ei ollu, ei. (.) Se meni jotenkin puihin. Siä oli nin paljo asioita, että ei kaikkia millään jaksanu. ((Yskimistä.)) (1) Määhälää on sitä, että missä vaiheessa määhälää. En määhälää sitä jaksu, että täällä kauheen kauan. Kaikki tää. Ni. Haluaisin luovuttaa. Ni. ((Itkua.))

- Tutkija: Onko sulla tuskasempi olo kun aikasemmin?
- Heli: On. ((Itkua.)) Ni. Ei jaksa sitä omaa oloonsa. Ni. On Ei jaksais. En mä jaks, kun siihen ei oo mitään (.) helpotusta. Ni.
- Tutkija: Auttaako puhuminen?
- Heli: Kyllä sekin ehkä... (5) Kyllä se aina auttaa.
- Tutkija: Nii.
- Heli: En tiä, kuinka kauan sitä jaksaa. Ihminen ei ylen määrin jaksa. Kyllä se olis (.) sais vaan vaipua ja nukkua. Ni. ((Itkua)). Ei tässä o mitään järkee. Yhden päivän kerrallaan. Tähän saakka vielä päivä kerrallaan, mutta ei enää. Joo. Ei enää jaksa. Kun kaikki kysyy, että kuinka kauan. Nii.
- Tutkija: Sitä kun ei kukaan tiedä.
- Heli: Nii.

Potilas kertoo omahoitajan kysyneen häneltä kuolinhetkeä. Ikään kuin itsestään selvänä asiana Heli vakuuttaa sanoneensa hoitajalle, että *"totta kai"* hän haluaa yksinjäämistä välttääkseen *"oman väen olevan siinä"*. Itkun vähän tauottua hän toteaa ehtineensä juttelemaan asiasta omahoitajansa kanssa. Tällä puheella potilas tuottaa hoitajansa *kuolinhetkeä kysyvän* positiossa. Puheen jatkuessa hyvin epävarmana ja katkeilevana Heli tuo yleisellä tasolla esille kuolinhetkeä uhkaavat tilanteet, *"jos täytyy olla siellä synnyttämässä"*. Sitten itkuinen potilas alkaa kertoa tutkijalle ajatelleensa vielä syntymättömän vauvan konkreettista näkemistä. Puhe synnyttää voimakasta ristiriitaa, jota Heli pyrkii sovittamaan toteamalla itkuisella äänellä *"näkevänsä sen kumminkin tuolta"*.

Tutkijan kysyessä, onko potilas puhunut mieltään askarruttavasta asiasta omahoitajansa kanssa, hän vakuuttaa sen olleen esillä *"ihan perheen kesken"*. Hän toteaa itse *"mieltineensä liian valmiiksi taas jo kaikki"*. Tilannetta keventääkseen Heli naurahtaa, mutta puhe jatkuu kuitenkin hyvin epävarmana. Hän vakuuttaa tietävänsä, kuinka *"kauhea päähkäily"* siitä tulee. Ristiriitaisen tilanteen syntymistä välttääkseen Heli toivoo perheen tietävän mielipiteensä ja kertoo pistäneensä perheenjäsenensä miettimään ja keskustelemaan tuntemuksistaan. Sitten hän alkaa päättäväisesti kuvailla miehensä haluavan oman hautapaikan, johon hän itsekin aikanaan pääsee.

Tutkijan kysyessä, oliko näistä asioista puhetta hoitoneuvottelussa, Heli vastaa kieltävästi ja toteaa sen menneen jollakin tavalla *"puihin"*. Korostaakseen käsiteltävinä olleiden asioiden paljoutta hän toteaa, ettei *"kaikkia millään jaksanut"* puhua. Pidettyään hetken yskimistauon Heli kertoo itkuisella äänellä



vielä halustaan luovuttaa ja vakuuttaa tilanteen raskautta korostavaan sävyyn, ettei hän ”*jaksa kauhean kauan tätä kaikkea*”.

Tutkijan kysyessä, onko Helin olo tuskaisempi nyt kuin aikaisemmin, hän vastaa myöntävästi ja alkaa jälleen itkeä. Korostaakseen oman tilanteensa vakavasti otettavuutta potilas vakuuttelee yhä uudelleen, ettei hän ilman helpotusta jaksa omaa huononevaa oloaan. Tutkijan kysyessä, auttaako puhuminen, Heli vastaa ensin hieman epäillen senkin auttavan. Pitkähkön tilanteen vakavuudesta viestittävän tauon jälkeen hän korostaa puhumisen kuitenkin aina auttavan. Sitten Heli kyseenalaistaa itkuisella äänellä oman jaksamisensa rajoja ja laajentaa sen koskemaan myös ihmistä yleensä. Hän toivoo metaforisesti ilmaisten saavansa ”*vaan vaipua ja nukkua*”. Itkun vähän tauottua hän vetoaa tilanteen täydelliseen järjettömyyteen ja vakuuttaa jaksaneensa tähän asti vielä päivän kerrallaan. Oikeuttaakseen lopullisesti täydellisen voimattomuutensa hän toteaa jännitteisesti, ettei hän enää jaksa. Luovuttaminen on ainoa vaihtoehto vastata yhä uudelleen esitettävään kysymykseen ”*kuinka kauan*”. Katkelma päättyy potilaan ja tutkijan yksimielisyyteen siitä, että jäljellä olevaa aikaa ei kukaan tiedä. Katkelman puheessa potilas toteutuu *luovuttajan* positiossa.

Sen sijaan Laina ei ole pystynyt puhumaan kuolinhetkeen liittyvistä peloistaan osastolla kenellekään, kuten seuraava katkelma osoittaa:

#### *Katkelma 17*

- Laina: Kaikki sanoo, että se on hyvä, kun tänne pääsee. On kuoleman kans ninku paremmin sinut. (2) No oli se ninku. (.) Ei mua ny pelota. Täs aikasemmin kotona, kun mä aattelin sitä kuolinhetkee aina.
- Tutkija: Kuvaisitko tarkemmin, miten se sua pelotti?
- Laina: Ei yhtään tiä, minkälaista on kuolema.
- Tutkija: No ootko jutellu omahoitajan kanssa?
- Laina: No ei oikeestaan o kukaan jutellu, mutta muuten on helpottannu.
- Tutkija: Mikä siihen on vaikuttanu?
- Laina: En mä oikeen ossaa sanna. Oisko tää kumminkin semmonen hyvä ilmapiiri taikka sellane. Kaikista eniten pelottaa se epätietoisuus, kun ei tiä, mitä siinä kuolemassa tapahtuu. (1) Mää aina kun oon kuullu sitä, että täällä saa ninku apua.
- Tutkija: Nii.

Potilas oikeuttaa olonsa osastolla vetoamalla aluksi yleiseen, kyseiseen laitokseen pääsemistä koskevaan positiiviseen mielipiteeseen. Sitten hän perustelee asiaa vielä yleisellä tasolla toteamalla, että silloin *”on kuoleman kanssa paremmin sinut”*. Hetken tauon jälkeen Laina alkaa hieman epävarmasti vertailla nykyistä oloaan aikaisempaan. Hän vakuuttaa voittaneensa nyt pelkonsa, kun taas kotona ollessaan hän ajatteli omaa kuolinhetkeään säännönmukaisesti.

Tutkijan pyytäessä Lainaa kuvaamaan vielä tarkemmin kuolinhetkeen liittyvää pelkoaan hän korostaa yleisellä tasolla epätietoisuutta kuoleman luonteesta. Tutkijan kysyessä edelleen, onko hän jutellut asiasta omahoitajan kanssa, Laina vastaa faktuaaliseen sävyyn, ettei kukaan ole jutellut hänen kanssaan. Lieventääkseen arkaluontoista puhettaan Laina vakuuttaa olon kuitenkin muuten helpottuneen. Tutkijan kysyessä, mikä siihen on vaikuttanut, potilas toteaa, ettei *”hän oikein osaa sanoa”*. Laina ajattelee kuitenkin hyvän ilmapiirin auttaneen. Sitten hän jatkaa argumentointiaan yleisellä tasolla ja toteaa kuolemaan liittyvän epätietoisuuden pelottavan eniten. Pidettyään katkelman lopuksi vielä hetken tauon Laina palaa aineistokatkelman alussa esille tuomaansa yleisesti esitettyyn mielipiteeseen ja vakuuttaa kuulleensa säännönmukaisesti, että *”täällä saa apua”*. Tässä puheessa potilas toteutuu *kivutonta kuolemaa toivovan* positiossa. Sen sijaan omahoitaja tuotetaan katkelmassa *kuoleman* puheessaan *sivuuttavan* positiossa.

### ***Yhteenveto kuolemarepertuaarin tuloksista***

Merkityksellistäessään lähestyvää kuolemaansa potilaat puhuvat toisaalta kuoleman itsekseen ajattelemisesta ja mahdollisuuksistaan puhua kuolemasta omahoitajansa kanssa, toisaalta heitä askarruttavat varsinaiseen kuolinhetkeen ja kuoleman jälkeisiin tapahtumiin liittyvät kysymykset.

Puheissa kuoleman pelkäämisestä paljastuu kohti kuolemaa elämisen paradoksaalisuus. Kuoleman ajatellaan olevan kaunis, ja siksi sanan kuolema sijasta käytetään mieluummin erilaisia, usein uskonnollissävyyisiä kielikuvia. Puhutaan esimerkiksi viimeisestä hetkestä, lopun tai rauhan tulemisesta, pois nukkumisesta, haudan lepokammioon pääsemisestä tai matkan päättymisestä taivaaseen. Toisaalta potilaiden puheissa toistuu epätietoisuus siitä, mitä kuolema perimmältään on ja mitä siinä ihmiselle tapahtuu. Tietämättömyys synnyttää pelkoa, joka ei kuitenkaan ole varsinaista kuoleman pelkoa vaan enemmänkin siihen liittyvien kovien tuskien ja kipujen pelkoa. Morfiinin uskotaan kyllä tuovan hetkellistä helpotusta oloon, mutta kuoleman ja erilaisten pelkojen puhumalla purkamisen omahoitajan kanssa ei ole niinkään itsestään selvää. Puheet asioiden vielä kesken olemisesta tai kuoleman puheenaiheena kokonaan sivuuttamisesta kuvaavat potilaiden todellisuutta hoitosuhteessa. Pahimmillaan puhumattomuus saattaa synnyttää heissä jopa uudenlaisia,

esimerkiksi saattohoitovaiheen pitkittymiseen ja sen seurauksena hoidosta pois joutumiseen tai hoitopaikan vaihtumiseen liittyviä, uhkakuvia.

Sen sijaan potilaiden puheet varsinaisesta kuolinhetkestä liittyvät voimien vähenemisen ja kuoleman lähestymisen omakohtaiseen tiedostamiseen. Olon muuttuessa tuskallisemmaksi on aika luovuttaa. Edes järkeen vetoaminen ei auta. Kun ”mitään helpotusta ei ole saatavilla” ja ”kaikki” läheiset ”kysyvät kuinka kauan”, ainoa toive on enää ”vain vaipua ja nukkua”. Ennen lopullista luovuttamista on kuitenkin mietittävä ja puhuttava asiat niin valmiiksi kuin suinkin mahdollista.

Kuolinhetkestä puhuminen joko omahoitajan kanssa kahden kesken tai hoitoneuvottelussa antaa potilaille mahdollisuuden käydä läpi pelkojaan ja viimeisiä toiveitaan. Aina on kuitenkin myös asioita, joista voi puhua ainoastaan oman perheen kesken. Tärkeintä on silloin perheenjäsenten tietoiseksi tuleminen potilaiden kuolinhetkeä, hautapaikkaa ja hautajaisia koskevista mielipiteistä.

Kuolevien potilaiden puheissa myös pelkkä osastolle pääseminen voi merkitä kuolinhetkeen liittyvien pelkojen helpottumista. Käytännössä tämä tarkoittaa hyvän ilmapiirin synnyttämää tunnetta ikään kuin ”sinuiksi tulemisesta kuoleman kanssa”. Tietoisuus avunsaantimahdollisuuksista auttaa potilaita selviytymään kuoleman lähestyessä niissäkin tilanteissa, kun kuolinhetkestä puhuminen omahoitajan kanssa ei syystä tai toisesta onnistu. Yksin jääminen merkitsee silloin elämistä päivä kerrallaan tässä ja nyt, kun ei voi suunnitella eikä rakentaa mitään. Ainoastaan oma vointi kertoo kuoleman lähestymisestä.

### 5.3.4 Perhe

Perherepertuaari ilmenee kuolevien potilaiden haastatteluaineistossa kolmella eri tavalla. Potilaat puhuvat *kotiutumisesta*, *perheyhteyden arvostamisesta* sekä perheenjäsenten valmiuksista *ottaa vastaan tukea* kuoleman lähestyessä. Aineistokatkelmassa Hilikka kuvaa ajatuksiaan kotiutumisesta seuraavalla tavalla:

#### *Katkelma 18*

- Tutkija: Ootko ollu jo pitkään täällä?
- Hilikka: Oon tarvinnu apua jo pitkään. Kyll lääkäri mulle kerran sano, että olisin siinä kunnossa, että voisin lähteä kotiin, mutta kun mulla ei oo kotia. Mun perheessäni lapset on kaikki avioliitossa ja heillä on omat kotinsa. (.) Niin tuota he käy kaikki työssä. Ei he kerkiä mua hoitamaan ja (5) enkä mä pyörätuolissa (.) kun jouduin tähän pyörätuoliin,

mää en uskalla yksin kulkea oikein noita rappusia sun muita.

Tutkija: Niin.

Hilkka: Niin kyllä mä vuoteeseen pääsen, mutta en pääse ilman hoitajan apua pois. (5) Mää oon aatellu, että jos mää olisin totellu sitä lääkäriä ja lähteny kottiin, ni en mää siellä olis kerenny kun käydä kääntämässä. Kenenkä vaivoiks mää olisin lapsista ollu? Mää en yksin pärjää.

Tutkija: Nii.

Hilkka: (2) Mun on hyvä, että mää oon täällä. Se on kai tää makuuasento. Nii että sellaista se sitten on. Enkä mää niin paljo ole elämässäni sairastellu. (3) Tähän tuli (.) tähän toiseen rintaan (.) oikeeseen rintaan kova patti ja... ((Syvä huokaus.)) o Niin siitä se alko. o

Tutkijan kysyessä potilaan osastolla oloaikaan hän kuvailee tarvinneensa apua jo pitkään. Sitten hän kertoo ikään kuin faktan kaltaisena asiana lääkärin sanoneen hänelle, että hän voisi kuntonsa puolesta lähteä kotiin. Oikeuttaakseen lääkärin puheen synnyttämän hämmennyksen Hilkka toteaa, ettei hänellä ole kotia. Sitten hän jatkaa faktuaalista puhettaan kohdistamalla tutkijan huomion lastensa avioliittoihin ja heidän omiin koteihinsa ja vakuuttaa heidän työssäkäyvinä ihmisinä olevan estyneitä häntä hoitamaan. Pitkähkön asian arkaluonteisuudesta viestittävän tauon jälkeen hän korostaa vielä omaa avun tarvettaan toteamalla, ettei hän pyörätuoliin jouduttuaan uskalla ilman apua kulkea yksin rappusissa eikä muuallakaan.

Kotiinlähtöehdotuksen hämmentämä Hilkka jatkaa tutkijan vakuuttelua vetoamalla vielä siihen tosiasiaan, että hän pääsee kyllä vuoteeseen. Oikeuttaakseen avuntarpeensa hän toteaa, ettei hän kuitenkaan pääse ilman hoitajan apua pois vuoteesta. Pidettyään jälleen pitkähkön asian arkaluonteisuudesta viestittävän tauon Hilkka vakuuttaa ajatelleensa, että hän olisi ehtinyt käydä ainoastaan kääntymässä, jos hän olisi totellut kyseistä lääkäriä ja lähtenyt kotiin. Sitten hän esittää kysymyksen ”kenenkä vaivoiksi hän olisi lapsista ollut” ja toteaa, ettei hän yksinkään pärjää. Tässä puheessa hoitaja näyttäytyy *auttajan* positiossa.

Lyhyen tauon jälkeen Hilkka jatkaa argumentointiaan arkaluontoisesta asiasta korostamalla nyt osastolla oloaan hyvänä asiana ja tarkentaa hieman epäröiden hyväksi erityisesti makuuasentonsa. Sitten hän toteaa elämän olevan sellaista, vaikka hänkään ei ole paljon sairastellut. Pidettyään uudelleen lyhyen tauon Hilkan puhe muuttuu epävarmaksi ja katkeilevaksi. Hän alkaa kuvailla kovan patin tulemistä toiseen rintaan ja tarkentaa sen vielä oikeaksi. Puhe päättyy syvään huokaukseen, ja Hilkka toteaa asian vakavuutta kuvaavalla

hiljaisella äänellä lopuksi ”niin siitä se alkoi”. Aineistokatkelman puheessa Hilkka tuottaa itsensä *apua tarvitsevan* positiossa.

Kuoleva potilas tuo esille myös perheyhteyden merkityksen, kuten seuraava katkelma osoittaa:

### *Katkelma 19*

- Tutkija: Haluaisitko kertoa vielä jotain?
- Heli: No työhän on aina ollu mulle merkittävä asia. Mää kerkesin oleen 27 vuotta työssä. Työ on tärkeä ja perhe on toinen tärkeä. Mulla on tota kaks poikaa ja tyttö. Heit on kolme ja tyttö on nuorin ja kaks vanhinta on poikaa, (4) kaksvuotias lastenlaps ja toista odotellaan nyt just tässä. Olihan se sitten shokki se. Se tuli joulukuussa se sairastuminen. (.) Ni. (.) Olihan se ihan. (6) Kun sain tiedon tästä sairaudesta, heti ajattelin, että kuinkas voin mennä lääkäriin huomenna, kun minulla on työpäivä. Kai se oli niin kova shokki. Illalla vasta ajattelin asiaa ja totesin, etteihän minun tarvitse töihin mennäkään. Menen lääkäriille. (.) Tärkeänä asiana ajattelen myös perhettä, tukijoukkoa. Minulla on kolme lasta ja mies. Kohta tulee toinen lastenlapsi. Eikö elämä ole kummallaista, kun tämä lapsi meinasi syntyä jo kaksi kuukautta ennen aikojaan. Kai se ajatteli, että näkee vielä minut. (10). ((Kyyneleet valuvat potkin poskia.)) o Ei sekuitenkaan syntynyt. o
- Tutkija: Onko omahoitaja jutellut kanssasi perheestä?
- Heli: Ei ole. ((Nyyhkytystä.)) Se olisi tärkeää.

Tutkijan kysyessä, haluaisiko Heli kertoa hänelle vielä jotain, potilas alkaa korostaa pitkään kestäneen työssäolonsa sekä perheensä merkittävyyttä itselleen ja ryhmittelee lapsensa lukumäärän, iän ja sukupuolen mukaiseen järjestykseen. Pitkähkön tilanteen vakavuutta viestittävän tauon jälkeen Heli antaa tutkijan lisäksi ymmärtää, että kaksivuotiaalle lapsenlapselle odotellaan juuri tällä hetkellä sisarusta.

Sitten hän korostaa joulukuisen sairastumisen olleen shokki. Takelteleva puhe ja pitkä tauko ilmentävät jälleen tilanteen vakavuutta. Heli kertoo heti tiedon saatuaan ajatelleensa lääkäriin menomahdollisuuttaan työpäivänä ja kenties kovasta shokista johtuen todenneensa vasta illalla, ettei hänen tarvitsekaan mennä töihin, vaan hänhän menee lääkäriin.

Heli jatkaa puhettaan kolmelta lapselta ja mieheltä saamansa tuen tärkeydestä. Tuomalla uudelleen esille toisen lapsenlapsen odottamisen ja uhan

syntyä ennen aikojaan hän alkaa ihmetellä tutkijalle elämän kummallisuutta. Argumentaationsa lopuksi Heli toteaa syntymättömän lapsen ehkä ajatelleen näkevänsä vielä hänet ja alkaa itkeä. Erittäin pitkän tilanteen vaikeudesta viestittävän tauon jälkeen hän sanoo hiljaisella äänellä ”ei se kuitenkaan syntynyt”. Aineistokatkelman puheessa potilas näyttäytyy *perheeseen tukeutuvan* positiossa. Tutkijan kysyessä, onko omahoitaja jutellut Helin kanssa perheasioista, hän vastaa nyhkyttäen, ettei ole. Hänestä se olisi kuitenkin ”tärkeää”. Potilaan puheessa hoitaja tuotetaan *perheen* puheessaan *sivuuttavan* positiossa.

Myös Ilona kertoo arvostavansa perheeltä saamaansa tukea seuraavan aineistokatkelman osoittamalla tavalla:

### *Katkelma 20*

- Tutkija: Voisitko vielä kuvailla, miltä se hiustenlähtö susta tuntu?
- Ilona: No tietysti vähän tommoselta, ett aatteli että voi, mutta mun taustajoukot on kyllä nin hyviä. Kun mä valitin sit miehelleni, että mä oon ihan epätoivonen. Multahan lähtee hiuksetkin. Hän sano, ett mitäs toi ny meinaa. Jos muistat silloin syyskuussa, nin sehän tapahtu sama ja sehän kasvaa ja aika nopeesti oikeestaan. Mun mielestä peruukkikin on aika kallis laitos, mutta mä taidan sen ottaa. ((Naurahdus.)) Hän sano, että ilman muuta menet. On se naisihmiselle tärkeä. (3) Meill on hirveen hyvä semmonen perheyhteys.
- Tutkija: Ootko omahoitajan kans puhunu tästä perheyhteystä?
- Ilona: Ei me oo siis paljon puhuttu siitä, mutta meillä on hurja luottamus terveydenhoitoon. (4) Kyllä hyvä informaation on ja kaikki toimii. Kaikin tavoin varmistellaan.
- Tutkija: Nii.

Potilas on edellä kertonut sytostaattihoidon aiheuttamasta hiustenlähdöstä. Tutkijan pyytäessä häntä kuvailemaan vielä siihen liittyviä tuntemuksiaan Ilona korostaa ensin vähän päivitelleensä asiaa. Korostaakseen kuitenkin selviytymistään hän vakuuttaa ikään kuin faktan kaltaisena asiana taustajoukkojensa olevan hyviä. Sitten hän kuvaa valittaneensa miehelleen hiustenlähdöstä johtuvaa epätoivoaan ja vakuuttaa hänen vähätelleen asiaa ja lohduttaneen häntä muistuttamalla samanlaisesta tapahtumasta ja hiusten nopeasta kasvusta jo aikaisemmin syksyllä. Ilona kertoo ilmaisseensa myös mielipiteensä peruukin kalleudesta. Ikään kuin anteeksipyytäen hän tuo kuitenkin esille aikomuksensa ottaa sen. Kevennettyään epävarmalta kuulostavaa puhettaan naurahtamalla hän kertoo miehensä ikään kuin luonnollisena asiana

kehottaneen häntä menemään ja perustelleen yleisellä tasolla hiusten tärkeyttä ”naisihmiselle”. Lyhyen hiustenlähdön arkaluonteisuudesta viestittävän tauon jälkeen Ilona korostaa tukijalle heidän perheyhteytensä olevan ”hirveän hyvän”. Tässä puheessa potilas toteutuu *perheeseen tukeutuvan* positiossa.

Tutkijan kysyessä, onko potilas puhunut perheyhteydestä omahoitajan kanssa, hän vakuuttaa, etteivät he ole siitä paljoakaan puhuneet. Sivuuuttaakseen kiusallisen puheenaiheen Ilona siirtyy puhumaan ”hurjasta luottamuksesta terveydenhoitoon”. Pitkähkön asian ongelmallisuutta viestittävän tauon jälkeen hän palaa kuitenkin tutkijan esittämään kysymykseen ja alkaa yleisellä tasolla korostuneesti kiitellä informaation hyvyttä, kaiken toimivuutta ja asioiden kaikin tavoin varmistelemista. Katkelman puheessa hoitaja näyttäytyy *perheen* puheessaan *sivuuttavan* positiossa.

Kuolevalle potilaalle ei kuitenkaan riitä se, että hän ajattelee itse saavansa tukea perheeltään. Samanaikaisesti hän alkaa puhua perheenjäsenen valmiuksista vastaanottaa tarjolla olevaa tukea, kuten seuraava katkelma osoittaa:

#### *Katkelma 21*

- Tutkija: Kävikö sun perhees eilen?
- Heli: Joo. (.) kävi.. (.) Kaikki oli. (.) Ei paljo p... (.) Olen puhunut miehelle, että hän kyselisi täältä tukea. Täällä se olisi helposti saavutettavissa. (3) Omahoitaja vähä puhu, mutta ei hän tota vielääkään on ihan sillai valmis ei. Kun mä sain tietää, nin hän luuli, että mä kuolen heti. Ni. Siin oli semmone ensimmäine suuri järkytys. Ni. (2) Onhan tässä ollu aikaa valmistella. ((Naurahdus.)) Ni. Sillai. Sillai sitte. Ett sille jäi siä Pikonlinnassa vähä semmone pelko tai semmone joku, että (.). Ni.
- Tutkija: Yhy.
- Heli: Kyllä omahoitaja on tukiryhmästä puhunu. Ohjelmat on tossa pöydällä, mutta ehkä se on miehellä vaikeempi mennä tommoseen ryhmään kuitenkin. (3) Nii. Näin o. Näin o (.), että en tiä sitten ((syvä huokaus)).
- Tutkija: Yhy.

Helin puhe on hyvin epävarmaa ja katkeilevaa hänen vastatessaan tutkijan esittämään perheen vierailukäyntiä koskevaan kysymykseen. Sitten hän alkaa vakuutella puhuneensa erityisesti miehelleen osastolta helposti saatavissa olevan tuen kyselemisestä. Lyhyen tauon jälkeen Heli korostaa omahoitajan kyllä puhuneen vähän. Lieventääkseen puheensa synnyttämää epävarmuutta hän toteaa, ettei hänen miehensä ole vielääkään ihan valmis. Sitten Heli alkaa

kuvailla, että tieto hänen sairaudestaan järkytti miestä ensimmäisen kerran kovasti ja synnytti hänessä mielikuvan kuoleman välittömyydestä. Pidettyään jälleen hetken tauon hän jatkaa argumentointiaan vielä yleisellä tasolla ja toteaa, että *"onhan tässä ollut aikaa valmistella"*. Heli yrittää keventää vaikealta tuntuvaa tilannetta myös naurahtamalla. Tilanne ei kuitenkaan kevene, vaan puhe jatkuu epävarmana ja takkuisena potilaan korostaessa miehelle jääneen Pikonlinnassa pelkoa tai jotain sen kaltaista. Katkelman puheessa potilas näyttäytyy perheenjäsentä *valmistelevan* positiossa.

Sitten Heli vakuuttaa omahoitajan kyllä puhuneen ryhmästä. Lisäksi hän korostaa ohjelmienkin olevan pöydällään. Lieventääkseen jälleen puheen synnyttämää epävarmuutta potilas toteaa tämän kaltaiseen ryhmään menemisen olevan kuitenkin miehelle vaikeampaa. Sitten hän pitää lyhyen tauon ja puhe muuttuu hyvin hajanaiseksi. Katkelman lopussa Heli huokaa syvään ja toteaa epävarmuutta ilmaisten, että *"en tiedä sitten"*. Tässä puheessa hoitaja toteutuu *tukiryhmästä puhuvan* positiossa.

### ***Yhteenvedo perherepertuaarin tuloksista***

Perherepertuaaria käyttäessään kuolevat potilaat puhuvat kotiutumisestaan, perheyhteyden arvostamisesta sekä perheenjäsenten valmiuksista ottaa vastaan tukea kuoleman lähestyessä.

Puheissa kotiutumisesta paljastuu kohti kuolemaa elämiseen liittyvän avun tarpeen tunnustaminen. Lääkärin kotiinlähtöehdotusta ei voi totella, koska omaa kotia ei enää ole. On myös pakko tunnustaa, ettei yksin *" pärjää "*. Lastenkaan vaivoiksi ei halua mennä, eivätkä he kiireiltään edes ehtisi hoitamaan. Ainoaksi vaihtoehdoksi jää laitoksessa hoidettavana olemisen nöyrä hyväksyminen.

Vakavaan sairauteen sairastuminen on kova shokki, josta ei selviä ilman perheen tukea. Puheet perheestä tuki- tai taustajoukkona kuvaavat perheyhteyden merkittävyyttä kuolevalle potilaalle. Tukijoukossa jokaisella perheenjäsenellä on oma tärkeä paikkansa. Oma paikka löytyy myös syntymättömälle lapsenlapselle elämän ja kuoleman lähestyessä toistensa rajapintaa.

Perheeltä saatavan tuen merkitys konkretisoituu jokapäiväisessä elämässä potilaiden tuntiessa epätoivoa sairauden ja sen hoitojen aiheuttamista seurauksista olemuksessaan. Potilaiden puheista voikin päätellä, että läheinen perheenjäsen osaa huomioida jopa ulkonäön merkitystä *"naisihmiselle"*. Tämän kaltainen ymmärrys tulee esiin esimerkiksi potilaiden kuvaamissa perheenjäsenten kalliin peruukin ostamiseen kannustavissa puheissa.

Perheyhteydestä puhuminen omahoitajan kanssa on potilaiden puheista tehtyjen tulkintojen mukaan joko harvinaista tai sitä ei ilmene lainkaan. Sitä



pidetään kuitenkin tärkeänä. Aineistokatkelmien perusteella voi päätellä, ettei ”puhumattomuus” näytä horjuttavan kuolevien potilaiden ja heidän perheenjäsentensä luottamusta terveydenhoitoon. Edelleenkin uskotaan informaation hyvyteen ja kaiken toimimiseen.

Kuoleman lähestyessä on ajateltava myös perheenjäsenten selviytymistä. Puheilla osastolta helposti saatavissa olevan tuen kyselemisestä rohkaistaan erityisesti kuolemanpelosta kärsiviä perheenjäseniä etsimään tukea laitoksesta. Luonteeltaan tuki voi olla puhumista omahoitajan kanssa tai osallistumista tukiryhmään. Potilaiden puheista voi kuitenkin päätellä, että tuen vastaanottaminen on vaikeampaa varsinkin miespuolisille perheenjäsenille. Valmisteleminen kuoleman kohtaamiseen vaatii aikaa, eikä lopputulosta voi pitää varmana.

## 5.3 Omahoitajien tulkintarepertuaarit ja positiot

Omahoitajien haastatteluaineistosta identifioin neljä laajaa tulkintarepertuaaria, jotka ovat vuorovaikutus-, ammatillisuus-, ympäristö- ja oppimisrepertuaari. Näiden puhetapojen avulla tulkitsin omahoitajien merkityksellistävän saattohoitovaiheeseen liittyviä hoitosuhteitaan. Tietyllä tavalla hoitosuhteesta puhuessaan omahoitajat asemoivat itsensä ja kuolevat potilaansa samassakin tulkintarepertuaarissa erilaisiin positiioihin taulukon 4 osoittamalla tavalla.

*Taulukko 4. Tulkintarepertuaarien ja toimijoiden positioiden esiintyminen omahoitajien haastatteluaineistossa*

<b>Repertuaarit ja niiden tehtävät</b>	<b>Omahoitajien positiot</b>	<b>Potilaiden positiot</b>
<b>Vuorovaikutusrepertuaari</b> Elämäntilanteen huomioiminen  Hoitosuhteen toimiminen	Elämäntilannetta arvioiva  Hoitosuhdetta arvioiva	Kuoleva  Hyvä potilas Hankala potilas
<b>Ammatillisuusrepertuaari</b> Yhteyden syntyminen  Asiantuntijuuden korostaminen	Luottamusta luova  Rutiinilla toimiva	Hoitajaan luottava  Hoidon kohde
<b>Ympäristöreperuaari</b> Potilaan taustaan tutustuminen  Sairaalassa hoitaminen  Osastolle kotiutuminen	Muutoksen näkijä  Rutiinilla toimiva  Kotiutumista epäroivä	Sairauden muuttama  Hoidon kohde  Osastolle kotiutuva
<b>Oppimisrepertuaari</b> Kuolevan hoitajaksi sopiminen  Kuolemasta puhuminen  Omien rajojen tunnistaminen	Muutoksen oivaltava  Puhumista prosessoiva  Auttamiseen sitoutuva	Sopivuuden osoittava  Prosessin herättäjä  Autettava

### 5.3.1 Vuorovaikutus

Omahoitajien haastatteluaineistosta tekemiäni tulkintojen mukaan hoitajat kertovat vuorovaikutusrepertuaaria käyttäessään toisaalta *huomioivansa* kuolevan potilaan *elämäntilannetta*, toisaalta he arvioivat *hoitosuhteen toimivuutta*. Tutkijan kysyessä, millainen potilas on, omahoitaja alkaa kertoa niin potilaan olemuksessa ilmenevistä sanattomista kuin hänen hoitotilanteissa tuottamistaan sanallista viesteistä seuraavan aineistokatkelman osoittamalla tavalla:

#### Katkelma 1

Tutkija: Kun sää ensimmäisen kerran tapasit oman potilaan, mihin sää kiinnitit huomioon?

Omahoitaja: Ensimmäisenä kun mä tapaan hänet, niin millanen tää potilas on, onks tää huonokunttonen tai mitä sairastamista on, on hän kenties sokissa tästä sairastumisestaan, kuolevan olonen vai oks hän jotenki kypsä tähän tilanteeseen. Mitä kaikkee sieltä tulee, mää meen vähän, ett mä nään.

...

Paljon ulkonäkö kertoo siitä, että mitä ...(.) ...onks hän hirveen väsyny, että ei jaksa tavata ketään. Tälläseen kiinnitän huomioon. Jaksaa hän puhua ja...(.) Molemmiin puolin voi käyttää sitä semmosta vuorovaikutusta.

Tavatessaan oman potilaansa ensimmäisen kerran omahoitajan huomio kiinnittyy potilaan ulkoiseen olemukseen. Sen avulla hän tekee päätelmiä potilaan kunnosta, hänen sairauksistaan sekä psyykkisestä tilastaan. Olemus viestittää hoitajalle, onko potilas kenties vielä sairastumisen aiheuttamassa sokkitilassa, kuolevan oloinen vai metaforisesti ilmaisten ”kypsä” kohtaamaan oman elämäntilanteensa. Menemällä kuolevan potilaan luo ja näkemällä hänet omahoitaja voi päätellä, mitä kaikkea potilaan olemus kertoo.

Pidettyään lyhyen puheen sisältöä tarkentavan miettimistauon omahoitaja jatkaa potilaan olemukseen liittyvää argumentointiaan laajentamalla sen nyt koskemaan myös sanallista vuorovaikutusta. Potilaan ulkonäön perusteella hän tekee omakohtaisia huomioitaan sairauden aiheuttamasta voimattomuudesta. Vakavasta sairaudesta johtuva väsymys on hyväksyttävä syy olla tapaamatta muita ihmisiä sekä olla puhumatta heidän kanssaan. Tässä puheessa potilas näyttäytyy *kuolevan* positiossa. Lopuksi hoitaja vetoaa vielä aikaisemmasta puheestaan poiketen yleisellä tasolla sanattoman vuorovaikutuksen molemminpuoliseen käyttömahdollisuuteen. Aineistokatkelmaa tulkitsemalla voi päätellä, että hoitaja vakuuttaa voivansa myös omalla olemuksellaan viestittää

voimattomalle potilaalle ymmärtävänsä häntä. Katkelman puheessa omahoitaja toteutuu kuolevan potilaan *elämäntilannetta arvioivan* positiossa.

Omahoitajat kertovat haastattelijana olevalle tutkijalle myös siitä, mitä potilaat heille ihmisinä puhuvat. Tavallisia puheenaiheita ovat jokapäiväiset arkiset asiat, sairaus ja sen hoito, oma perhe ja ystävät, menneiden tapahtumien ja työnteon muistelemisen. Potilaat kyselevät usein myös hoitajien perhesuhteita ja kuulumisia. Puheenaiheiden luonne vaihtelee leikinlaskusta hyvin vakaviin aiheisiin. Seuraavassa aineistokatkelmassa omahoitaja vastaa tutkijan esittämään kysymykseen kuvailemalla oman potilaansa Lainan puheen sisältöä heidän tavatessaan ensimmäistä kertaa.

### *Katkelma 2*

Tutkija: Mihin sää siinä tilanteessa kiinnitit Lainassa eniten huomioon?

Omahoitaja: ... sitä kuuntelin, että miten Laina ninku itte puhuu siitä omasta sairaudesta ja mitä ajatuksia, että ne oli ninku semmoset. Se tuli ninku sillai ilmi, että Laina oli sillai ninku kuitenkin sen sairautens kans sillai ninku sinut, että se jo pitkään ninku sairastanu, ett sillä ninku ties, missä mennään. Ninku sano itekki, että tästä ei ninku paranekkaan, että sitten se ninku toive, että mahdollisimman kivuton loppuaika, ettei ninku kipuja. Niitä hän ninku pelkäski.

Tutkija: Puhuko hän näistä toiveistaan heti silloin tullessa?

Omahoitaja: HETI siinä. Joo. (.) Ett sitten kun tässä tämä aika on kulunu ni, ehkä hän nyt ninku vähemmä ninku puhuu sillai, että enemmän ninku tätä päivää ninku elää ja semmosia ninku pienempiä ninku murheita. Totta kai sillon vastaa ninku kysyy ninku suoraa, ett mitä ajatuksia ja minkälaisia mietteitä.

Omahoitaja kuuntelee potilaansa tapaa puhua omasta sairaudestaan ja siihen liittyvistä ajatuksista. Hän vakuuttaa tulleen ilmi, että Laina on ”*sinut*” sairautensa kanssa. Hän vahvistaa argumentointiaan viittaamalla vielä ”*pitkään kestäneeseen*” sairastamiseen ja sinä aikana vahvistuneeseen tietoon ”*missä mennään*”. Lisäksi omahoitaja vakuuttaa potilaan itse sanoneen, ettei sairaudesta parane, ja toivoneen mahdollisimman kivutonta loppuaikaa. Toiveen esittämisen taustalla on omahoitajan tulkinnan mukaan kipujen pelko. Tässä puheessa potilas tuotetaan *kuolevan* positiossa.

Tutkijan tarkentaessa toiveiden esittämisajankohtaa omahoitaja vahvistaa edellä sanomaansa painottamalla sanaa ”*HETI*”. Lyhyen kevennystauon jälkeen

hän siirtyy puhumaan nykyhetken muuttuneesta tilanteesta ja vakuuttaa Lainan puhuvan nyt vähemmän sairaudestaan kuin aikaisemmin. Potilas elää enemmän ”tätä päivää” ja murheet ovat pienempiä. Lopuksi omahoitaja toteaa ikään kuin luonnollisena asiana potilaan ”totta kai” vastaavan hänelle silloin, kun hän kysyy suoraan ajatusten ja mielteiden laatua. Omahoitaja näyttäytyy aineistokatkelman puheessa kuolevan potilaan *elämäntilannetta arvioivan* positiossa.

Omahoitajat puhuvat tutkijalle myös siitä, mitä hoidon alkuvaiheessa yhteistyössä potilaan ja usein myös lähiomaisen kanssa tehtävä ja perhetaustaa valaiseva sukupuoli voi heille paljastaa. Aineistokatkelmassa hoitaja vastaa tutkijan esittämään kysymykseen seuraavasti:

### *Katkelma 3*

- Tutkija: Teitteks te heti sitä sukupuuta silloin toisena päivänä?
- Omahoitaja: Teimme. Aivan heti teimme. (.) Teimme.
- Tutkija: Onnistuko se hyvin?
- Omahoitaja: Kyllä ja sitte Hilma oli ihan niin, että minä muistan eka kerran just silloin, kun tehtiin se sukupuukin, nin tuota (.) Hilma esimerkiksi niistä hänen veljistään, että he eivät pidä mitään yhteyttä. Sitte samoin kerto niistä ystäväistä, että ja kerto senkin, että hällä ninku ystävyysuhteet kaikki katkes, kun hän alko sairastamaan. Ne ninku ystävät tavallaan ninko hylkäs. Joo sen minä muistan, että minä ajattelin sitä, ettäkö on tämmönen kohtalo kuitenkin ja..., että tota Hilma on niin ujo ja näin. (.) Aika rankkaa.
- Tutkija: Kertoko hän elämästään muuta?
- Omahoitaja: Hyvin hyvin vähän. Hyvin vähän että odotas nyt, en muista enää sitä, että kertoko hän sitä, että montako vuotta hän on ollu Kallen kanssa (.) naimisissa. Muistankohan minä väärin, jos minä sanon, että yheksän vuotta. Ei pitempi avioliitto Kallen kanssa. Ja sitten sen hän kerto kans siitä sairaudesta. Hällähän on epilepsia lapsesta asti ja sillähän hän on koko elämän iän ollu eläkkeellä.
- Tutkija: Joo.
- Omahoitaja: Äidin kanssahan hällä ei ole (.) ainakin tämmösen käsityksen minä sain, että ei oikeen oikeen ole ollut o hyvät välit o. Että hyvin SUPPEASTI. Hyvin hyvin suppeasti (.) sitten pikkuhiljaa nyt on sitte tullu lissää.

Omahoitaja vakuuttaa tehneensä sukupuuta potilaansa kanssa aivan heti ja kertoo sen onnistuneen. Sitten hän alkaa muistella tarkemmin Hilmaa heidän tavatessaan ensimmäisen kerran juuri silloin, kun he tekivät sukupuuta. Siirtyessään puhumaan potilaan perhesuhteista omahoitaja pitää lyhyen tulevan puheenaiheensa arkaluonteisuudesta vihjailevan tauon. Hän korostaa Hilman kertoneen, etteivät hänen veljensä pidä mitään yhteyttä. Sairastamisen alkaessa myös potilaan kaikki ystävyysuhteet olivat katkenneet. Vakuuttaakseen tutkijaa Hilman vaikeasta elämäntilanteesta omahoitaja korostaa ystävien tavallaan hylänneen hänet ja vetoaa ujon Hilman rankkaan kohtaloon.

Tutkijan tarkentaessa, kertoiko potilas elämästään mitään muuta, omahoitaja toteaa ensin lyhyesti hänen puhuneen ”hyvin vähän”. Sitten hän alkaa hieman epäröiden muistella Hilman kertoneen avioliittovuosistaan Kallen kanssa sekä sairaudestaan. Hän korostaa potilaan sairastaneen epilepsiaa ”*lapsesta asti*” ja olleen siksi eläkkeellä ”*koko elämänsä iän*”. Tutkija ilmaisee olevansa samaa mieltä hoitajan kanssa potilaan kohtalosta. Tässä puheessa potilas tuotetaan *kuolevan* positiossa.

Katkelman lopussa omahoitaja kertoo saaneensa sellaisen käsityksen, ettei Hilmallä ole ollut oikein ”*hyviä välejä*” myöskään äitinsä kanssa. Tavallista hiljaisemmalla äänellä sanotut sanat paljastavat lausuman sisältämän arkaluonteisuuden. Sitten omahoitaja jatkaa edellä aloittamaansa tutkijan vakuuttelua Hilman puheen niukkuudesta täsmentämällä sen nyt painokkaasti ”*SUPPEAKSI*”. Sanojen painottamisen funktiona voi olla se, että puhuja pitää vahvasti mielipiteessään ja vakuuttaa sen luotettavuutta vuorovaikutustilanteessa (ks. esim. Drew and Heritage 1992, Suonisen 1999b). Hoitaja jatkaakin yritystään saada ujo potilas kertomaan enemmän elämästään. Kuvaa hoitajan sitkeydestä täydentää vielä hänen katkelman lopussa passiivimuodossa ilmaisemansa vuorovaikutuksen positiivista suuntaa kuvaava toteamus ”*pikkuhiljaa on sitte tullu lissää*”. Tässä puheessa omahoitaja näyttää kuolevan potilaan *elämäntilannetta arvioivan* positiossa.

Vuorovaikutus kuolevien potilaiden kanssa ei kuitenkaan ole aina ongelmatonta. Tutkijan kysyessä ilmenee asioita, joista potilaiden on vaikea puhua edes omahoitajalle, kuten seuraava esimerkkikatkelma osoittaa:

#### *Katkelma 4*

- |             |   |
|-------------|---|
| Tutkija:    | Minkälaisia asioita Marja haluaa sulle puhua?   |
| Omahoitaja: | Se puhuu hirveen paljon muista potilaista. Siin on tosi vaikeissa tilanteissa välillä ja kyllä se kertoo, jos on käyny vieraita ja sitte kivusta ja semmottesta ninkun että. Sitte tosiaan harvemmin tästä sairaudesta tai kuolemasta. SE on just semmosta, kun Marja sanoo, ett hän ei halua siitä |

puhua. Sitten ehkä ittekin joskus vähä yrittää jotain kautta ninku, että olis kiva tietää, mitä hän aattelee siitä ja kattoo , ett onko mieli muuttunu, mutta (.) ne sitten aina kääntyy jotenki sinne arkisempiin. Ja sitte toisaalta täytyy kunnioittaa, jos ei toinen halua siitä puhua. Ei sitä nyt voi väkisin aina jatkuvasti.

Tutkija: Mitä sää aattelet, miks hän ei halua puhua sairaudesta ja kuolemasta?

Omahoitaja: No tota en mä tiä. Ehkä se on se, mitä se on kertonukki. Tota hän on niin vihane siitä sairaudesta, ni hän ei halua puhua siitä. Hän haluaa elää vaan päivän kerrallaan. No eilen juteltiin just tosta syövästä ja siitä, kun sit on kauheesti suvussa syöpää ja kaikkee näitä ja se on nähny paljo näitä kuolevia omaisia, jokka on kuollu syöpään ja sitte tää oma mies ja aivokasvaimen. Ehkä hän on nähny. Mää luulen, että kyllä siä vaan semmonen pelko siä taustalla on, ett tota mitä tuleman pitää. Sitten tutkailee hirveesti näitä potilastovereita. Aina kysyy, missä se on, kun ei o näkyny kahteen päivään tai jotain ja aina kertoo just sitte, ett on laihtunnu. Sillai ninku sitä omaa kuolemaa ja sitä omaa sitte, että jos se sairaus etenee. Tarkastelee sitä ninku sitä kautta mun mielestä, että...(.) Toisten kautta.

Kokiessaan olevansa todella vaikeissa tilanteissa kuunnelleensa Marjan muita potilaita koskevaa puhetta omahoitaja alkaa puhua yleisellä tasolla. Vieraiden käynneistä ja kivusta potilaan on kyllä helppo kertoa. Sen sijaan sairaudesta tai kuolemasta hän ei halua puhua. Tämän jälkeen omahoitaja alkaa argumentoida tutkijalle omaa toimintaansa kyseisissä puhetilanteissa. Hän kertoo hieman epäröiden itsekkin joskus yrittävänsä selvittää, mitä Marja ajattelee kuolemasta ja onko hänen mielensä mahdollisesti muuttunut. Lieventääkseen arkaluonteisesta asiasta puhumistaan omahoitaja toteaa puheiden aina jollakin tavalla kääntyvän arkisempiin asioihin. Toisaalta hän painottaa potilaan puhumattomuuden kunnioittamista yleensä. Aineistokatkelmalla tulkitsemalla voi päätellä, että omahoitaja katsoo oikeudekseen potilaan kuolemasta puhuttamisen sillä ehdolla, ettei se tapahdu ”*väkisin aina ja jatkuvasti*”.

Tutkijan esittäessä Marjan puhumattomuuden syitä tarkentavan kysymyksensä omahoitaja toteaa ensin, ettei hän tiedä. Sitten hän jatkaa hieman epäröiden potilaan kertoneen, että tämä on vihainen sairaudelle eikä siksi halua puhua siitä. Sen sijaan Marja haluaa elää päivän kerrallaan. Omahoitaja uskoo, että puhumattomuuden taustalla on pelko tulevasta. Uskomustaan hän perustelee vetoamalla potilaan kanssa käymäänsä keskusteluun syövästä, sen runsaasta esiintymisestä suvussa sekä kuolevien omaisten näkemisestä. Nyt löytyy perusteluita myös Marjan muita potilaita koskevalle kiinnostukselle, sillä omahoitaja ajattelee hänen tutkailevan ”*näitä potilastovereita*” tarkastellakseen ”*toisten kautta*” sairautensa mahdollista etenemistä sekä omaa kuolemaansa.

Tässä puheessa potilas tuotetaan *kuolevan* positiossa. Katkelman omahoitaja näyttäytyy puheessa kuolevan potilaan *elämäntilannetta arvioivan* positiossa.

Omahoitajan puhe *hoitosuhteen toimimisesta* kietoutuu hänen huomioihinsa potilaan luonteenpiirteistä. Seuraavassa aineistokatkelmassa omahoitaja kertoo Hilkan ensimmäisestä tapaamisesta:

#### *Katkelma 5*

Omahoitaja: ... Ja tietenkin, hoitajahan on se, joka menee potilaan luo, esittäytyy ja luo sellasen hyvän hyvän suhteen, että hän on käytettävissä ja kaikin puolin ystävällinen.

...

Kun ensimmäisen kerran tapaa sen potilaan, nimenomaan sellanen avoin, että mä en salaa mitään potilaalta enkö peittele mitään asioita. Ihan käytän sitä sanaa, että auki. Ja sitte äänenkäyttö, että (.) ja vastaa niihin kysymyksiin, mitä potilas haluaa ja ja on sitte antaa mullekin, ett mä voin kysyä omia asioitani, kun tulee se sellanen suhde taas. Molemmin puolin voi käyttää sitä semmosta vuorovaikutusta. Sitte voi kysyä mitä vaan. Tulee sellanen luottamus. Mä pyrin heti semmoseen suhteeseen, mutta ei se aina, ei kaikki halua tosiaan puhua, niin sitt on samantekevää, onko ystävällinen vai ei, että sellasta mä oon ajatellu, että potilaat on jossain tietyssä vaiheessa siinä kuolemanprosessissaan, niin ei välttämättä halua keskustelua hoitajan kans. Ne saa sitten olla. Mut se ei oo mitenkään mun syyni välttämättä, vaan että se on heillä se sairastuminen ja kuolema ja...(.)

Tutkijan kysyessä omahoitajalta potilaan ensimmäiseen tapaamiseen liittyviä muistikuvia hän alkaa tuottaa puhetta vuorovaikutussuhteen luomisesta yleisellä tasolla. Ehdottomuutta ilmaisevalla sanalla ”*tietenkin*” omahoitaja vahvistaa puheensa synnyttämää faktuaalisuuden vaikutelmaa viitatessaan argumentissaan hoitajan velvollisuuteen mennä potilaan luo, esittäytyä ja luoda hyvä suhde. Hyväksi suhteen tekee hoitajan perustelujen mukaan ensinnäkin se, että hän on potilaan käytettävissä. Se ei hyvyyden perusteluna kuitenkaan vielä riitä, vaan hän jatkaa kuulijana olevan tutkijan vakuuttelua korostamalla suhteessa todentuvan ”*kaikinpuolisen ystävällisyyden*” merkitystä.

Puhuessaan yleisellä tasolla potilaan tapaamisesta ensimmäisen kerran omahoitaja alkaa arvioida suhteen onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä, joita hänen mukaansa ovat hoitajan avoimuus potilasta kohtaan sekä äänenkäyttö. Pidettyään pienen puheen sisältöä tarkentavan tauon hän jatkaa vakuutteluaan ja korostaa molemminpuolisen vuorovaikutuksen merkitystä hoitosuhteen



vakiintuessa. Luottamuksen syntyminen mahdollistaa sen, että potilaalta ”*voi kysyä mitä vaan*”. Omahoitaja vakuuttaa pyrkivänsä *heti*” tämänkaltaiseen suhteeseen. Lieventääkseen puhetaan hän toteaa kuitenkin sovittelevasti, etteivät ”*kaikki*” potilaat halua ”*aina*” puhua ja silloin on samantekevää, onko omahoitaja potilaalle ystävällinen vai ei. Oikeuttaakseen argumentaationsa hoitaja perustelee ajatteluaan vetoamalla vielä ”*sen*” kuolinprosessin tiettyyn vaiheeseen, jossa ollessaan potilaat eivät välttämättä halua puhua hoitajan kanssa. Toteamus ”*ne saa sitten olla*” synnyttää ristiriidan, jota sovittaakseen hoitaja vetoaa potilaiden sairastamiseen ja kuolemaan yrittäessään lieventää omaa tilannekohtaisesti syntynyttä syyllisyydentunnettaan. Tässä puheessa omahoitaja näyttäytyy *hoitosuhdetta arvioivan* positiossa. Aineistokatkelman perusteella voi myös päätellä, että puhumattomuutensa vuoksi kuolevat potilaat todentuvat katkelman puheessa *hankalien potilaiden* positiossa.

Omahoitajat puhuvat syyllisyydentunteistaan myös kuvatessaan suhteitaan omatoimisiin potilaisiinsa, kuten seuraavat aineistokatkelmat osoittavat:

#### *Katkelma 6*

Omahoitaja: Ei saa sanottua ninku sitte, ett tuu käymään tai näin. On se kyllä sillai kauheen kriittinen ninku mun suhteen ja sitä on monta kertaa puhuttu, ett täällä on monta muutakin potilasta. Helpostihan se tietysti, kun on omatoiminen, jää vähemmälle sitte (.) käynnit ja sitte vaan. Jos on tavallaan se aika, niin sitte menee. Marjaa nyt tietysti näkee tossa muutenki, kun se liikkuu ja puhuu ja on kahvilla tossa, ett sillai, mutta kyllä Marja on kauheen sillai. SANOO kyllä tosiaan, ninku asiat on. Kritisoi ja arvostelee munkin toimintaa.

#### *Katkelma 7*

Omahoitaja: ...on hirveesti omia taitoja vielä jäljellä, että pärjää.

...

...Ei o sillai. Enemmän se on just se, että siinä ninku pyörähtää ja sitten ninku tulee sanottua muutama sana. Joskus tuntuu, että tahtoo ninku jäädäkin sillai ninku huono... (.) vähän vähemmälle huomiolle, kun se ei tu ninku Lainalta itteltään se tarve ninku puhua ja keskustella asioista. Sitte jos sattuu sillai, ett on ninku iltavuorossa tai aamuvuorossa toisessa päässä, ni sillai joskus sitte tulee, että menee käymään ninku kysymään, ett mitä sulle kuuluu.

Omatoimisten potilaiden vähemmälle huomille jääminen aiheuttaa omahoitajissa syyllisyyttä, jota he pyrkivät sovittamaan puhumalla potilaalleen osastolla

olevista monista muista potilaista tai vetoamalla hoitajan tuntemuksiin, ettei potilaalla itsellään ole tarvetta puhua asioistaan.

Edellä olevien aineistokatkelmien perusteella voi päätellä, että potilaiden vähemmälle huomille jääminen on selvästi kummallekin omahoitajalle arkaluontoinen asia. Sitä osoittavat lyhyet tauot, epävarma, katkeileva tai painotettu puhe sekä tukeutuminen passiivin käyttöön. Epäyhtenäistä puhetta esiintyy tilanteissa, joissa merkityksenantojen arvoa punnitaan sosiaalisesti (Heritage 1996, ks. myös Suonisen 1999b). Sovittaakseen omaa sisäistä ristiriitaansa kumpikin hoitaja vetoaa yrityksiinsä irrottautua tilaisuuden tullen muusta hoitotyöstä ja mennä puhumaan ja kysymään potilaidensa kuulumisia. Marjan kriittisyys aiheuttaa omahoitajalle lisäpaineita, joita hän yrittää katkelman lopussa lieventää toteamalla potilaan suorapuheisena ihmisenä sanovan asiat niin kuin ne ovat. Näissä katkelmissa potilaat tuotetaan hoitajien puheissa *hankalien potilaiden* positioissa.

Kuolevan potilaan ja omahoitajan hoitosuhteen toimivuuteen vaikuttavana tekijänä hoitaja tuo esille myös oman persoonansa merkityksen seuraavan esimerkin osoittamalla tavalla:

#### *Katkelma 8*

Omahoitaja: Kun siihen vuorovaikutussuhteeseen tulee, ni kyselee, että onks sulla lapsia, oks sää naimisissa, että mää oon ihan käytettävissä heille täällä. Oon tajunnu, kun tätä työtä, että tää persoona on tosiaan mun väline. Oon käytettävissä potilaille, jotka tuolla on. Nin kauan, kun sit jaksaa tätä tehdä, että tässä työssä täytyy jotenkin pala ittestään antaa, että on kiinnostunu niistä potilaista ja työn tekemisestä.

Omahoitaja kertoo tutkijalle olevansa potilaiden käytettävissä ja vakuuttaa hoitotyötä tehdessään tajunneensa, että persoona on ”*tosiaan*” hänen työvälineensä. Hoitajan merkityksellistämänä potilaan käytettävissä oleminen tarkoittaa ”*palan itsestä antamista*” ja se vaikuttaa myös työssä jaksamiseen. Aikaisemmin sama omahoitaja on puhunut ”*aukiolemisesta*”, jonka aineistokatkelman perusteella tulkitsen tarkoittavan hänen persoonallista aitouttaan ilmaista vilpittömästi omia ajatuksiaan ja tunteitaan ollessaan vuorovaikutuksessa oman potilaansa kanssa. Katkelman puheessa hoitaja todentuu *hoitosuhdetta arvioivan* positiossa. Tutkijana jään kuitenkin miettimään, onko mahdollista, että hoitosuhteen toimiminen olisi ainoastaan sen varassa, mitä tunteita kuoleva potilas omahoitajassa kulloinkin herättää. Eikö koulutetulla hoitajalla pitäisi olla taito säädellä vuorovaikutusta tilannekohtaisesti heräävistä tunteista riippumatta?

Persoonan lisäksi hoitosuhteen toimivuuteen vaikuttavat omahoitajien kuvaamina myös niin sanotut henkilökemiat.

### *Katkelma 9*

- Tutkija: Mikä sun mielestä on tärkeitä teidän hoitosuhteessa?
- Omahoitaja: On nin monta tärkeitä asiaa. Kyllä se varmaan tämmönen henkilökemia siinä nyt tulee aika, että tullaanko me toimeen tai eikö tulla toimeen kaikkien kanssa. Toisen kans sitten tulee paremmin. On meidän sitten mahdollisuus vaihtaa, jos potilas ei tykkää hoitajasta. Meidän hoitajien meidän täytyy tykätä kaikista. ((Naurua.)) Sitä ei kysytä.
- ...
- Omahoitaja: En mä usko, että kaikkien kanssa on helppoo, koska kemiat kumminkin toimii, kun kaikki kumminkin ihmisiä ollaan, et joko ne henkilökemiat toimii tai sit ei, vaik olis kuinka.

Tutkijan kysyessä, mikä omahoitajan mielestä on tärkein asia hoitosuhteessa, hän korostaa niitä olevan monia. Hoitaja ei kohdenna puhettaan omaan potilaaseensa, vaan arvelee instituution edustajana henkilökemian olevan tärkeää vuorovaikutustilanteessa. Lisäksi viittaus ”*kaikkiin*” potilaisiin vahvistaa syntyneitä konsensusvaikutelmaa henkilökemian vaikutuksesta suhteiden toimivuuteen tai toimimattomuuteen. Aineistokatkelmaa tulkitsemalla voi päätellä, että omahoitaja oikeuttaa henkilökemiaan vetoamalla pidättäytymisensä vuorovaikutuksen tietoisesta säätelemisestä yksittäisissä potilaiden kohtaamistilanteissa. Käsitteen kemia voi silloin ajatella viittaavan ihmisen tahdosta riippumattomaan, suhteen toimivuutta määrittävään reaktioon. Hoitajan mukaan se antaa oikeutuksen myös vaihtaa hoitajaa, jos potilas ei pidä hänestä ihmisenä. Kevennettyään tilannetta naurahtamalla omahoitaja toteaa edelleen, että hoitajien velvollisuus on pitää kaikista potilaista. Sitä ei edes kyseenalaisteta. Aineistokatkelman perusteella voi jälleen päätellä, että omahoitaja käyttää henkilökemiaa epäonnistuneen vuorovaikutussuhteen itsestään selvänä perusteluna. Tässä puheessa omahoitaja näyttäytyy *hoitosuhdetta arvioivan* positiossa. Katkelman puheessa potilas tuotetaan *hankalan potilaan* positiossa.

Hoitosuhteen toimimista arvioidessaan kaikki haastatteluaineiston omahoitajat puhuvat myös palautteen antamisesta ja saamisesta. Esimerkkikatkelmassa hoitaja kertoo seuraavaa:

## Katkelma 10

Omahoitaja: Kun aattelee, kun ihan konkreettisesti menee sinne. Aamuvuoro alkaa, menee. Se on jotenkin niin tota, se on varmaan kaikkien hoitajien kohdalla, niin sanoo, että ompas kiva kun tulit ja hän aina ilmasee sen, että voi kun sää oot aina sitten nin tota hyväntuulinen. Eks sää koskaan väsy ja mä aattelen, että näinpäinkö se nyt menee ja. Mun pitäs ninku häntä tukee ja hän, että ekkö sää väsy ja sää aina jaksat olla näin ja rohkaseekin häntä siihen. Se on ollu sillai molemminpuolista. Tää on ninku meidän yhteistyötä, että kun sää oot tyytyväine, silloin me oltiin jo tehty ne sinunkaupatkin ni, että kun potilas on tyytyväine, niin mekin ollaan. Tää on molemmin puolista. Mää oon sitä aina sanonu hänen kohrallaan vallankin reilusti, ettei se o pelkästään. Töitä tehdään ihan sydämellä ja sillai ja sillai ehrolla, ett se tulee myös sulta se palaute. Eihän tätä muuten...((Huokaus.)) Ninkun hän itse aina humanistisena ihmisenä tuo, että mitenkä te jaksatte aina tehdä ja olla. Se on molemminpuolista, ett sitä saa ja ninku se tosiaan onkin, että jos ei siitä itte saa mitään, ei sitä jaksa. Se on vaan jotenkin ollu nin sillai. Semmosia pieniä asioita.

Katkelman omahoitaja kertoo ensin yleisesti ajattelevansa aamuvuoron alkaessa konkreettista potilashuoneeseen menemistä ja arvelee potilaan säännönmukaisesti ilmaisevan tyytyväisyytensä kaikkien hoitajien hyväntuulisuuteen ja väsymättömyyteen. Aineistokatkelman perusteella voi päätellä, että kuolevan potilaan puhe saa hoitajan ajattelemaan palautteen suuntaa, mutta samalla hän toteaa myös itse rohkaisevansa potilasta antamaan palautetta. Instituution edustajana hoitaja vetoaa molemminpuoliseen yhteistyöhön. Kun kuoleva potilas on tyytyväinen, myös hoitajat ovat oikeutettuja olemaan tyytyväisiä. Perustellakseen mielipidettään hän vakuuttaa sanovansa reilusti varsinkin katkelman potilaalle, että ehtona töiden sydämellä tekemiselle on se, että myös potilas antaa palautetta. Hoitajan vakuuttelu päättyy toteamukseen ”*eihän tätä muuten*”. Lause jää kesken ja huokaus sen jälkeen kertoo, että asia ei ole hoitajalle suinkaan ongelmaton. Hän vahvistaakin argumentointiaan vielä vetoamalla potilaan humanistisuuteen. Aineistokatkelmaa tulkitsemalla voi päätellä hoitajan perustelussaan vetoavan aluksi koulutuksessa omaksumaansa altruistisen hoitajan malliin, jonka mukaan potilaan hyvä asetetaan hoitajan hyvän edelle. Molemminpuoliseksi palautteen tekee hoitajan kuvauksessa se, että uhrautuessaan potilaansa puolesta hoitaja edellyttää, että myös hän on saava osapuoli. Jos hoitaja ei sen sijaan koe saavansa potilaalta palautetta, hoitotyötä ei jaksa tehdä. Aineistokatkelmaa tulkitsemalla voikin kysyä, oikeuttaako vetoaminen nimenomaan humanistisiin arvoihin hoitajaa vaatimaan vuorovaikutuksen onnistumisesta suoraa palautetta myös kuolevalta potilaalta. Eikö hoitaja silloin tarkastele katkelmassa kuvaamansa suhteen onnistumista ainoastaan omien aikomustensa ja tarkoitustensa näkökulmasta, jolloin suhteen onnistumisen lähtökohtana on hoitajan puheella tuottama *hyvän*

*potilaan positio?* Jäänkin tutkijana miettimään, tuottaako hoitaja potilaan automaattisesti aina hankalana tai jopa huonona potilaana silloin, kun potilas ei syystä tai toisesta anna hoitajalle palautetta tai kun palaute on huonoa. Tässä puheessa omahoitaja näyttäytyy *hoitosuhdetta arvioivan* positiossa.

### ***Yhteenveto vuorovaikutusrepertuaarin tuloksista***

Omahoitajien haastatteluaineistossa vuorovaikutuspuhe ilmenee toisaalta kuolevan potilaan elämäntilanteen huomioimisen, toisaalta hoitosuhteen toimimisen arvioimisena. Hoitosuhteen toimivuuteen ja luottamuksen syntymiseen liittyvissä puheissa korostetaan, että hoitajan on tärkeää ottaa potilas vastaan heti hänen tullessaan osastolle ja esittäytyä omahoitajaksi. Hänen velvollisuutensa on luoda hyvä hoitosuhde kuolevan potilaan kanssa. Suhteen hyvyys saa oikeutuksensa hoitajan käytettävissä olemisesta sekä hänen kaikinpuolisesta ystävällisyydestään. Myös potilaan taustan tuntemisesta on apua hyvän vuorovaikutussuhteen luomisessa.

Ulkonäköä tarkkailemalla tehdään päätelmiä potilaiden voinnista. Kuolevan potilaan halu puhua tai olla mieluummin puhumatta paljastuu hoitajalle kuuntelemalla. Puheenaiheet vaihtelevat humoristisesta leikinlaskusta ja hauskanpidosta vakaviin sairautta ja kuolemaa käsitteleviin aiheisiin. Kuuntelemalla potilaiden puhetta hoitajat ilmaisevat tulevaisuutensa tietoisiksi potilaille helpoista ja mieluisista sekä toisaalta heille vaikeista ja ahdistavista puheenaiheista. Toisaalta hoitajien puheissa paljastuvat myös heidän tekemänsä potilaiden olemusta ja puhetta koskevat virheelliset tulkinnat, sillä kuolevat potilaat saattavat kätkeä todelliset ajatuksensa, tunteensa ja murheensa muiden asioiden puhumiseen, puhumattomuuteen tai omatoimista selviämistä viestittävään olemukseen. Iloiselta, tasapainoiselta ja hyväkuntoiselta vaikuttava potilas voi sisimmässään kokea olevansa ”heitteillä” ilman omahoitajaa hoitajan tiedostamatta kuitenkaan todellista asiantilaa.

Hoitosuhteen toimivuutta arvioiva puhe on sidoksissa hoitajien potilaiden luonteenpiirteistä tekemiin päätelmiin. Näin ollen arviointipuheen lähtökohdaksi paljastuu se, toteutuuko potilas hoitosuhteessa hyvänä ja sopeutuvana vai hankala tai jopa huonona potilaana. Ensinnäkin kuolevan potilaan vaikeneminen tulkitaan ongelmaksi. Jos potilas ei puhu, on hoitajan mukaan yhdentekevää, onko omahoitaja potilaalle ystävällinen vai ei. Kyseinen tulkinta näyttää kumoavan hoitajien aikaisemmin esille tuoman hyvän hoitosuhteen edellyttämän kaikinpuolisen ystävällisyysvaatimuksen. Potilaan vaikenemiseen liittyvä puhe nostaa esiin myös sen hoitajissa synnyttämät syyllisyydentunteet, joita pyritään lieventämään puheilla potilaiden sairastamiseen ja kuolemaan liittyvästä haluttomuudesta puhua. Voiko kuitenkaan ajatella, että tietyissä kuolinprosessin

vaiheessa elävän potilaan vaikeneminen voisi oikeuttaa omahoitajan olemaan häntä kohtaan välinpitämätön?

Lisäksi omatoimisten potilaiden jääminen vähemmälle huomiolle herättää omahoitajissa syyllisyydentunteita, joita pyritään sovittamaan vetoamalla arkipäivän kiireeseen ja lupaamalla potilaille irrottautua hetkeksi muusta hoitotyöstä ja mennä kyselemään kuulumisia. Myös suorapuheisen potilaan hoitajaa ja hänen toimintaansa piikittelevään sävyyn kritisoiva puhe aiheuttaa hoitajalle omantunnontuskia ja pahaa mieltä. Varsinkin omasta roolistaan epävarma hoitaja tulkitsee itseensä kohdistuvan arvostelun hyvin vaikeaksi asiaksi. Hoitajan epävarmuus tulee esiin myös ristiriitaisina puheina hoitosuhteen toimivuudesta. Toisaalta potilaiden esittämä kritiikki tulkitaan hyväksi asiaksi ja se oikeutetaan vetoamalla siihen, että asioita tulee ajateltua silloin myös kuolevan potilaan kannalta.

Myös persoonallisuuden käyttäminen työvälineenä ja henkilökemioiden toimivuus ilmenevät hoitajien puheissa heidän arvioidessaan toimivaa hoitosuhdetta. Vetoaminen hoitajan persoonaan perusteltaessa suhteen toimimista tai toimimattomuutta herättää kysymyksen, voiko suhdetta rakentaa pelkästään kuolevan potilaan hoitajassa herättämien tunteiden varaan. Eikö omahoitajan kuuluisi osata säädellä vuorovaikutusta myös tilannekohtaisesti heräävistä tunteista riippumatta? Miten käy potilaan, jos häntä kohtaan voi tuntea vain inhoa? Haastatteluissa mainitun henkilökemian voi puolestaan tulkita tarkoittavan pidättäytymistä vuorovaikutuksen tietoisesta säätelemisestä hoitotilanteissa. Jälleen herää kysymys, voiko suhteen toimivuutta määrittää ihmisen tahdosta riippumaton ”kemiaan” viittaava reaktio. Hoitajien puheita tulkitsemalla voi kuitenkin päätellä, että henkilökemia nähdään faktan luonteisena ilmiönä ja siihen vedotaan erityisesti perusteltaessa hoitosuhteen epäonnistumista hankalan potilaan kanssa.

Sen sijaan hyvän ja sopeutuvan potilaan voidaan hoitajien mukaan edellyttää antavan palautetta myös hoitajille ja häntä jopa rohkaistaan siihen. Hyvä potilas kuvataan ihmisenä, joka sopeutuu heti hoitoon ja antaa hoitajille jatkuvaa palautetta heidän hyväntuulisuudestaan, väsymättömyydestään ja hyvästä hoidosta. Palautteen antamisen tulee olla molemminpuolista, ja se tulkitaan hoitajien puheissa ehtona töiden sydämellä tekemiselle ja työssä jaksamiselle. Palautteen molemminpuolisuuden perustana on pienien mutta tärkeiden asioiden hoitamisesta syntynyt luottamus. Entä sitten jos kuoleva potilas näyttäytyy hoitajien puheissa hankalana potilaana? Rohkaistaanko häntä silloin antamaan hoitajille palautetta? Jos potilaan palaute onkin huonoa, onko hän silloin hoitajien tulkitsemana hankala tai jopa huono potilas?

### 5.3.2 Ammatillisuus

Ammatillista repertuaaria käyttäessään omahoitajat puhuvat toisaalta *yhteyden syntymisestä* kuolevan potilaan kanssa, toisaalta he *korostavat* omaa *asiantuntijuuttaan*. Tutkijan pyytäessä omahoitajaa kuvailemaan hoitosuhdetta hän alkaa puhua ammatillisuudesta seuraavan katkelman osoittamalla tavalla:

#### *Katkelma 11*

- Tutkija: Miten kuvailisit teidän hoitosuhdetta?
- Omahoitaja: Tässä on nyt tullu esille, et mä oon aika avoin. Meen Hilkan luo, mitä sieltä tulee. Ammatillisuutta on se, et mä en halua olla mikään kylmä taikka kopee tai et mä olisin mikään vaikee lähestyttävä, vaan mun mielestä hyvä ammatillisuus on sitä, että on ystävällinen ja ilonen ja pystyy tekee sen työn ihan. Vaihdan vaipan nopeesti ja juttelen siinä samalla. Se on musta sitä hyvää ammattitaitoo, ni se ei tavallaan näy. Silti se asia tulee hoidettua ja se ihminen jää hyvälle mielelle tai ainakin kokee, että on huomioitu. (2)... mä oon käytettävissä. Tää on kuolevien hoitokoti, niin me ollaan potilasta varten. Kun potilaat tulee tänne, niin me ollaan tavallaan semmosia rinnalla kulkijoita ja sanotaan potilaille, et me kaikin puolin käytettävissä ja semmonen kunnioittava käytös kaikissa asioissa. Välttämättä ei tarvi puhua yhtään mitään. Saa olla sellanen, kun haluaa olla.
- ...
- Tutkija: Mikä sun mielestä on tärkeintä hoitosuhteessa?
- Omahoitaja: Se on mun mielestä semmonen lähtökohta se luottamus ja semmonen kunnioitus. Mää oon rehellinen. Se lähtee aina musta, et mä luon sen potilaaseen päin.

Omahoitaja kertoo jo aikaisemmin tulleen esille, että hän menee avoimena ihmisenä Hilkan luo kuulostelemaan ”*mitä sieltä tulee*”. Samanaikaisesti hän alkaa puhua ammatillisuudesta ja luokittelee kylmyyden, kopeuden ja vaikeasti lähestyttävyyden ominaisuuksiksi, joita hän ei halua liittää omaan ammatillisuuteensa. Hyvään ammatillisuuteen kuuluvia kriteereitä ovat hänen mielestään sitä vastoin hoitajan ystävällisyys, iloisuus ja taito tehdä työtä.

Hyvän ammatillisuuden yleisellä tasolla tapahtuvasta luonnehdinnasta omahoitaja siirtyy kuvailemaan konkreettisesti omaa toimintaansa ja tiivistää esittämänsä perustelut toteamukseen, että hyvä ammattitaito ei hänen mielestään ”*tavallaan näy*”. Kohdentamalla tutkijan huomion edellä kuvaamaansa vaipanvaihtotilanteeseen omahoitaja vakuuttaa, että ammattitaitoisen toiminnan näkymättömyydestä huolimatta ”*se asia*” tulee hoidettua ja hoidettavana oleva

ihminen jää hyvälle mielelle tai ainakin hän kokee tulleen huomioiduksi. Tässä puheessa kuoleva potilas toteutuu *hoitajaan luottavan* positiossa.

Pidettyään lyhyen puheen sisältöä tarkentavan tauon hoitaja kertoo olevansa potilaan käytettävissä. Laitoksen edustajana hän vakuuttaa, että kyseessä on nimenomaan kuoleville tarkoitettu hoitokoti. Se velvoittaa hoitajia olemaan potilasta varten. Hoitokotiin tulevien potilaiden rinnalla kulkijoina hoitajat myös sanovat potilaalle olevansa kaikin puolin hänen käytettävissään ja käyttäytyvänsä häntä kohtaan kunnioittavasti kaikissa asioissa. Korostaakseen myös huomaavansa eroja kuolevien potilaiden välillä omahoitaja toteaa yleisesti, ettei potilaan välttämättä tarvitse puhua yhtään mitään vaan hän saa olla oma itsensä.

Tutkijan tarkentaessa kysymyksellään, mikä omahoitajan mielestä on tärkeintä hoitosuhteessa, hän toteaa pitävänsä sen lähtökohtana omaan rehellisyyteensä perustuvaa luottamusta ja kunnioitusta. Luottamuksellisen suhteen luominen potilaan kanssa on aina hoitajan tehtävä. Tässä puheessa hoitaja näyttäytyy *luottamusta luovan* positiossa. Seuraavassa esimerkkikatkelmassa hoitaja tarkentaa tutkijan pyynnöstä ymmärrystään luottamuksesta hoitosuhteen keskeisenä elementtinä seuraavalla tavalla:

#### *Katkelma 12*

- Tutkija: Kuvasit luottamuksen olevan keskeinen elementti hoitosuhteessa. Mitä tarkemmin tarkoitat sillä?
- Omahoitaja: Ite on hoitaja, mutta ei oo mitenkään ihmisenä siinä yläpuolella, että minä oon tässä ammatissa näin ja mä tiedän. Vaan siis tää yhdeksänkymmentävuotias ihminen ((hoitajan äänessä on kunnioittava sävy)) tietää todennäköisesti enemmän elämästä kun minä ikänä. Ett mull on nää taidot auttaa häntä, ett mä voin laittaa kestopatettrin ja laittaa lapun haavalle ja hoitaa ja puhdistaa...(2) Siis hänelläkin on niin paljon elämää takana, että näähän on vaan yks osa, yks hetki tässä, että ei me voida mitenkään tietää näiden ihmisten elämää tai olemista kuin pienen hetken täällä.

Omahoitaja kertoo, että hän itse on hoitaja ja hän toimii ammatissaan tietyllä tavalla tietoisena toiminnastaan. Lieventääkseen puhettaan hän toteaa, ettei hän kuitenkaan ihmisenä ole millään tavalla potilaansa yläpuolella, ja perustelee kunnioittavaan sävyyn yhdeksänkymmentävuotiaan ihmisen todennäköisesti tietävän elämästä enemmän kuin hän itse voi koskaan tietää. Tässä puheessa potilas tuotetaan *hoitajaan luottavan* positiossa. Sitten hoitaja alkaa luetella hoitamisen taitojaan ja tuo esille mahdollisuutensa niiden avulla auttaa potilasta. Pidettyään lyhyen miettimistauon omahoitaja toteaa tosiasiana sen, etteivät hoitajat voi tietää näiden ihmisten eletystä elämästä ja olemisesta kuin yhden pienen hetken. Tässä puheessa hoitaja toteutuu *luottamusta luovan* positiossa.



Vaikka kuolevan potilaan ja omahoitajan yhteiset olemishetket ovat koko elämän näkökulmasta hyvin lyhyitä, ne voivat joskus toteutua hoitajien puheissa ainutlaatuisina, kuten seuraava katkelma osoittaa:

### *Katkelma 13*

- Tutkija: Kuvailisitko sitä tunnetta?
- Omahoitaja: Sillon kun jonkun kanssa sujuu oikeen hyvin, sillai kemiat pelaa, on kauheen helppo puhua kaikista asioista. Unohtuu, ett se toinen on potilas. Potilaasta näkyy se, että se luottaa. Se hymyilee mulle...Se näkyy kaikkeessa, ett synkkaa. Kaikkien kans ei synkkaa. Se on tunne. Sitä on vaikee kuvata. Siitä nauttii ittekki.
- ...
- Tutkija: Mistä se tunne tulee? Osaatko kuvata sitä?
- Omahoitaja: En tiedä mikä sen läheisyyden tuo ja sitten kun sen aivan tuntee. Se on aivan KÄSIN KOSKETELTAVAA. Sitä syytä minä en kyllä osaa sanoa, mutta se vain ON NIIN, että sen tuntee. Toinen ihminen jää semmoksi ja taas toinen semmonen hyvinkin semmonen läheisen tuntunen.
- Tutkija: Tuleeko se heti?
- Omahoitaja: Tulee. Se tulee heti. Sen melkein eka tapaamisesta tuntee. Ja se on tosiaan, että se on semmosta käsin kosketeltavaa ja se on vain. Sitä ei osaa...(2)
- Omahoitaja: ...On muutamia semmosia, jotka ihan selvästi muistaa... eikä se tartte olla OMA POTILAS. Niin ei se tartte olla oma potilas...Jotakin on, mitä ei...Ykskin oli eikä ole vielä pitkäkään aika, niin minä oikeen ittekin pysähdyin, että mitä siinä tapahtu. Ei mittään erikoista. En ainakaan huomannu, että olis. Se on vaan yhteys, joka syntyy. En minä osaa sitä kyllä sanoa eikä se ole iästä eikä mistään kiinni. Se vaan on ja se vain tulee ja pysyy.

Katkelman omahoitaja puhuu onnistuneesta hoitosuhteesta yleisellä tasolla. Hän vakuuttaa tutkijalle, että ”*kemioiden pelatessa*” on helppo puhua kaikista asioista ja ”*synkkaaminen*” näkyy kaikessa. Näkemystään hän perustelee toteamalla, että se, että toinen on potilas, unohtuu potilaan hymyilevien kasvojen kertoessa luottamuksen syntymisestä hoitajaan. Toisaalta on olemassa potilaita, joiden kanssa tätä vaikeasti kuvattavaa itsellekin nautinnollista tunnetta ei synny.

Tutkijan pyytäessä hoitajaa kuvaamaan, mistä tämä tunne tulee, omahoitaja alkaa puhua yhteyden syntymisestä läheisyyden tunteena. Painotetusti sanotuilla

sanoilla hän korostaa käsin kosketeltavan tunteen synnyttämää hämmennystä. Syytä tunteen syntymiseen hän ei kuitenkaan osaa sanoa. Sovittaakseen ristiriitaa hän toteaa painokkaasti läheisyyden tunteen syntymisen jonkun ihmisen kanssa vain olevan tosiasia toisen jäädessä vieraaksi. Katkelman puheessa potilas toteutuu *hoitajaan luottavan* positiossa.

Tutkijan tarkentaessa kysymyksellään läheisyyden tunteen syntymishetkeä omahoitaja vakuuttaa sen tulevan melkein ensimmäisestä tapaamisesta. Nytkään hän ei osaa kuvata tunnetta tarkemmin, vaan lause jää kesken. Pidettyään lyhyen miettimistauon hoitaja alkaa perustella, miksi hän muistaa muutamat potilaat ihan selvästi. Ensinnäkään tällaisen potilaan ei tarvitse olla oma potilas. Suhteessa on jotain, mikä pysähdyttää hoitajan miettimään tapahtunutta, eikä sen kuitenkaan tarvitse olla mitään erikoista. Kyseessä on vain syntyvä yhteys, jonka perimmäisiä syitä hoitaja ei osaa sanoa. Yhteys ”*vaan on, se vain tulee ja pysyy*”. Tässä puheessa omahoitaja tuottaa itsensä *luottamusta luovan* positiossa.

Tutkijan pyytäessä omahoitajaa kuvailemaan tarkemmin kuolevan potilaan konkreettista hoitamista hän kertoo seuraavaa:

#### *Katkelma 14*

- Tutkija: Millasta se on sitten se konkreettinen hoitaminen? Kuvailisitko sitä vähän tarkemmin?
- Omahoitaja: Kaikki kuuluu yhteen, mitä tehdään siinä. Jos aattelis näin karkeesti, että perushoito ja sitten on saattohoitopotilaan perushoito ja sitten se saattohoito, että ne olis eri asia. Kyllä se on sama asia, että en niitä mitenkään erottele, vaan se on sitä ihmisen kokonaisvaltasta hoitamista, johon kuuluu tää pistos ja hän tietää, että se laitetaan ja siinä jotenkin siinä välillä sitten jutellaan, kun keskityn pistämään sen, että en mitenkään erottele sitä, että sitten menen myöhemmin keskusteleen. Se on sitä kaiken aikaa. Kaikki kuuluu yhteen tasapainossa koko ajan... (2) Se on sitä hoitamista silloin kokonaisvaltasta, että mä oon siä käytettävissä heille, vaikka he ei ny tarviskan. Toisena kertana tarvii.

Hoitaja toteaa kaikkien potilaan hoitamiseen sisältyvien osa-alueiden kuuluvan yhteen, eikä hän edes karkeasti ajatellen näe perushoitoa, saattohoitopotilaan perushoitoa eikä saattohoitoa eri asioina. Perustellakseen näkemystään hän vakuuttaa, että kaikissa edellä mainituissa asioissa on kyse samasta ihmisen kokonaisvaltaisesta hoitamisesta. Tässä puheessa potilas toteutuu *hoitajaan luottavan* positiossa.

Hoitajan jatkaessa hoitamisen sisällön yksityiskohtaisempaa luonnehdintaa hänen puheestaan välittyvä vaikeus erottaa hoitamisen eri vaihteita. Toisaalta sitä

lisää hänen puheensa synnyttämä vaikutelma kaiken toiminnan samanaikaisesta ja tasapainoisesta yhteenkuuluvuudesta. Pidettyään lyhyen puheensa sisältöä tarkentavan tauon omahoitaja päättää argumentaationsa tiivistykseen kokonaisvaltaisen hoitamisen ytimeistä ja vakuuttaa olevansa näiden ihmisten käytettävissä heidän sitä tarvitessaan. Omahoitaja tuottaa itsensä katkelman puheessa *luottamusta luovan* positiossa.

Käyttäessään ammatillista repertuaaria omahoitajat *korostavat* myös omaa *asiantuntijuuttaan*. Seuraavassa aineistokatkelmassa hoitaja kuvailee tutkijan pyynnöstä hoitosuhdetta seuraavalla tavalla:

#### *Katkelma 16*

- Tutkija: Kuvailisitko sitä teidän hoitosuhdetta?
- Omahoitaja: Ammatillinen kohtaaminen on nyt tietysti just sitä, että koska mä nyt tunnen hänen taustansa ja mun pitää ottaa just ne huomioon siinä, kun mä häntä kohtaan. Kuitenkin se persoona, mikä mää oon, kuitenkin mää oon sitä täällä töissäkin. Me ollaan kuitenkin kaikki erilaisia ihmisiä. Mä otan hänet huomioon hänet semmosena kun hän on. En mä osaa sen enempää sanoa. (2) ((Omahoitaja näyttää epäröivältä)) No varmasti tulee niitä tilanteita. Tulee sanottua, että nyt tehdään näin. Ett tänäänkin kun oli suhkupäivä ja Eino ei olis halunnu lähteä sinne suihkuun, niin kyll me sit mentiin sinne suihkuun. Vaikka vähän ettei hän nyt haluais tai jaksais lähteä tai sillai...(3) Tämmösiä normaalia päiväjärjestyksiä.

Korostamalla omaa asiantuntijan rooliaan hoitaja alkaa eritellä ymmärrystään ammatillisesta kohtaamisesta. Hän toteaa sen *”olevan tietysti just sitä”*, että hän tuntee potilaansa taustan ja ottaa sen huomioon hänet kohdatessaan. Joka tapauksessa hän ajattelee säilyttävänsä oman persoonansa myös töissä ollessaan. Siitä huolimatta että kaikki hoitajat ovat erilaisia ihmisiä, hän ottaa potilaansa huomioon juuri sellaisena kuin hän on. Sen enempää hän ei osaa sanoa ammatillisesta kohtaamisesta.

Pidettyään lyhyehkön puheen arkaluonteisuudesta viestittävän tauon omahoitaja alkaa epäröivän näköisenä puhua yleisellä tasolla tilanteista, joissa hoitaja joutuu sanelemaan potilaalle tekemisen suunnan. Esimerkkinä hän mainitsee osaston rutiinotoimintoihin kuuluvan suihkupäivän ja vakuuttaa tutkijalle, että suihkuun mentiin Einon haluttomuudesta huolimatta. Lieventääkseen arkaluonteista puhettaan hoitaja alkaa vähätellä potilaan ilmaisemaa vastustusta. Lause jää kuitenkin kesken. Tilanteen ongelmallisuutta kuvaa myös omahoitajan hetkellinen vaikeneminen, jonka jälkeen hän toteaa suihkuun menon kuuluvan normaaleihin päiväjärjestyksiin eli laitossympäristön

rutiinotoimintoihin. Tässä puheessa hoitaja tuotetaan *rutiinilla toimivan* positiossa ja potilas *hoidon kohteena*.

Seuraavassa aineistokatkelmassa Mirjan omahoitaja kuvailee tutkijan pyynnöstä hoitosuhteessa tärkeinä pitämiään asioita.

### *Katkelma 17*

- Tutkija: Mikä sun mielestä on tärkeintä teidän hoitosuhteessa?
- Omahoitaja: Ne on ihan perusjuttuja. (.) No yks on ainakin se, että mun täytyy se ammatillisuus säilyttää. Ja tota... (hoitajan ääni kuulostaa epäröivältä) (.) no tietysti sitä yksilöllisyyttä niissä mittakaavoissa mihin pystytään toteuttaa ja tietysti toivoo, ettei ne potilaatkaan mee mihinkään henkilökohtaisuuksiin... No jos mää sinne ny meen aamust ensimmäisenä niin toki mää huomenet toivotan ensin ,etten mää sinne marssi kun myrskyn merkki. ((Naurahdus.)) Siit se melki meneekin sit sillai... Et haluaisko vai ei haluais, sit täytyy aina sitä arvaustekniikkaakin kuitenkin vähän käyttää...(4) Ryhmässä meillä on omat hoitajat. Ku kaks ryhmää on, niin kummassakin on omat hoitajat ja sit kaikki ryhmänhoitajat siell tekee sitä työtä, ettei se oo oikeestaan kenenkään yksittäinen sitten et kyl me ollaan kaikki siinä samassa hommass sitten. (5) Hieno tavotehan se on se omahoitajajärjestelmä, mut se ei toimi tämmöseenään, et kun siinä tarvis olla resursseja enemmän, tarvis olla henkilökuntaa, että sulla olis aikaa tehdä niit kirjallisi töitä ja kaikki se...Niih, kun jos niit esimerkiks oikein tekee niit hienoja tekstejä niin se vaatii aikaa. ((Naurahdus)) Et sekin on jo et, kun me ollaan jaettu kahteen osaan, ettei nyt oo koko osasto sentään kaikkien ihmisten hallussa.

Kohdentamatta puhetaan lainkaan omaan potilaaseensa omahoitaja tuo esille, että hoitosuhteessa ovat tärkeitä *"ihan perusjutut"*. Sitten hän alkaa eritellä, mitä hän niillä tarkemmin tarkoittaa. Hänen velvollisuutensa on hoitajana säilyttää ammatillisuus. Hetken epäröinnin jälkeen omahoitaja korostaa yleisellä tasolla myös yksilöllisyyden toteuttamisen merkitystä niissä mittakaavoissa kuin se suinkin on mahdollista ja tuo esille toiveen, etteivät osaston potilaatkaan menisi mihinkään *"henkilökohtaisuuksiin"*. Potilashuoneeseen aamulla menemisen ehtona hän korostaa ensin *"huomenien"* toivottamista ja vakuuttaa sitten vielä metaforisesti, ettei hän voi *"marssia sinne kuin myrskyn merkki"*. Kevennettyään puhetaan naurahtamalla hoitaja siirtyy puhumaan vuorovaikutuksen sujumisesta ja toteaa yleisesti, että *"arvaustekniikkaakin"* täytyy joka tapauksessa vähän käyttää. Tässä puheessa potilaat näyttävät *hoidon kohteina*. Aineistokatkelmaa tulkitsemalla voi myös päätellä, että hoitosuhteen

kuvaaminen yksittäisen potilaan kanssa on hoitajalle hyvin ongelmallista. Siitä viestittää myös pitkäkö tauko, jonka jälkeen hoitaja siirtyy puhumaan työnjaosta.

Hoitaja kertoo, että osasto on jaettu kahteen ryhmään, jossa kummassakin on omat hoitajat. Kaikki ryhmähoitajat tekevät samaa työtä, eikä kenelläkään heistä ole yksittäistä omaa potilasta. Pitkäköön asian ristiriitaisuudesta viestittävän tauon jälkeen hoitaja vakuuttaa tutkijalle, että omahoitajasysteemi on kyllä hieno tavoite. Sovittaakseen ristiriitaa hän vetoaa resurssien ja henkilökunnan puutteeseen sekä hienojen kirjallisten tekstien tekemisen edellyttämään aikaan ja toteaa, ettei se sellaisenaan toimi. Lieventääkseen ristiriitaista puhettaan omahoitaja naurahtaa ja vakuuttaa, ettei osasto kahteen osaan jakamisen jälkeen ole kuitenkaan ”*kaikkien ihmisten hallussa*”. Katkelman puheessa omahoitaja näyttää rutiinilla toimivan positiossa.

### ***Yhteenveto ammatillisen repertuaarin tuloksista***

Omahoitajien haastatteluaineistossa puheita hoitosuhteessa ilmenevästä ammatillisuudesta jäsennetään kahdella toisilleen vastakkaisella tavalla. Puheissa yhteyden syntymisestä korostuu sekä potilaan että hoitajan ihmisenä oleminen. Puheet hyvästä ammattitaidosta ilmentävät hoitajan ystävällisyyttä, iloisuutta ja taitoa tehdä niin sanottua ”*näkymätöntä*” hoitotyötä. Hoidettavana oleva ihminen voi näiden kriteereiden täytyessä kokea tulevansa autetuksi tai ainakin huomioiduksi, jäävänsä hyvälle mielelle ja voivansa toteutua hoitosuhteessa omana itsenään.

Luottamuksellisen suhteen luominen potilaaseen on omahoitajan tehtävä, ja se toteutuu hoitajien puheissa ”avoimin mielin ja korvin” potilaan luo menemisenä, ”*rinnalla kulkemisena*” sekä ”*rivien välistä lukemisena*”. Ammatissa toimiessaan hoitajat eivät voi kuitenkaan ihmisenä asettua potilaidensa yläpuolelle, vaan yhteyden syntymistä jäsennetään ennen kaikkea luotettavuutena, rehellisyytenä sekä toisen ihmisen ja hänen eletyn elämänsä kunnioittamisena.

Omahoitajat puhuvat siitä, miten koko elämän näkökulmasta potilaat ovat hoidettavina vain lyhyen ajan, mutta nuo yhteiset hetket voivat olla ainutlaatuisia. Toisen ihmisen potilaana oleminen unohtuu erityisesti silloin, kun hänen hymyilevät kasvonsa kertovat luottamuksen syntymisestä hoitajaan. Yhteyden löytymistä kuvaavissa puheissa korostetaan toisaalta hämmentävää, toisaalta käsin kosketeltavana todentuvaa läheisyyden tunnetta, joka ilmenee hoitosuhteessa heti ensitapaamisesta lähtien. Puheet yhteyden syntymisestä ikään kuin pysähdyttävät hoitajat miettimään tapahtunutta. Perimmäisiä syitä ilmiölle ei ole kuitenkaan mahdollista löytää. Siksi on vain todettava, että yhteys on, se tulee ja pysyy.

Kun yhteys on syntynyt, on vaikeaa tuottaa puhetta hoitamisen eri osaluista ja vaiheista. Puhe kokonaisvaltaisen hoitamisen ytimeä tarkentuu silloin kuolevan ihmisen käytettävissä olemiseksi hänen sitä tarvitessaan. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että *"kemioiden pelatessa"* on helppo puhua kaikista asioista ja *"synkkaaminen"* näkyy kaikessa.

Toisaalta puhe hoitosuhteessa ilmenevästä ammatillisuudesta ilmenee myös asiantuntijuuden korostamisena. Sekä hoitajan roolia että osaston rutiinitoimintoja korostavissa puheissa kuolevat potilaat toteutuvat hoidon kohteina. Hoitosuhteeseen liittyvä vallankäyttöpuhe oikeutetaan omahoitajien potilasta laajempaan tietopohjaan ja kokemukseen perustuvalla asiantuntijuudella sekä velvollisuudella säilyttää ammatillisuutensa hoitajana ristiriitaisissa hoitotilanteissa. Puhe suihkuun menemisestä osaston suihkupäivänä potilaan peloista ja vastusteluista välittämättä ilmentää kuolevan potilaan ja omahoitajan vuorovaikutussuhteen yksisuuntaista luonnetta.

Potilaan luottamus omahoitajaan tuotetaan puheissa itsestään selvänä asiana. Se mahdollistaa kivuista ja jokapäiväisistä asioista kertomisen. Sen sijaan potilaan vaikeus tuottaa huoliinsa ja murheisiinsa liittyvää puhetta synnyttää omahoitajissa hämmennystä ja saa aikaan puhumattomuuden syiden pohtimisen. Edellä olevia aineistokatkelmia tulkitsemalla voi päätellä, että tuomalla esille epäilynsä potilaan kyvyttömyydestä ilmaista itseään hoitajat ikään kuin puheillaan eliminoivat oman toimintansa vaikutukset huolista ja murheista puhumattomuuteen.

Oman roolin korostaminen hoitosuhteessa tulee esille myös hoitajien puheissa siitä, miten osastolla otetaan huomioon kaikki puolet kokonaisvaltaisesta hoitamisesta. Resurssien ja ajan riittämättömyyden vuoksi aikaa jää vain hyvään perushoittoon. Tosin perushoitoa tehdään niin hyvin, ettei siinä ole enää parantamisen varaa. Puheilla ajan ja resurssien riittämättömyydestä oikeutetaan myös se, että potilaiden henkisestä hyvinvoinnista huolehtiminen ja virikkeiden antaminen jäävät vähemmälle.

Hoitosuhteen arvioiminen vaikeutuu erityisesti silloin, kun osaston potilaille ei ole nimetty omahoitajia. Omahoitajajärjestelmää pidetään kyllä hienona tavoitteena, mutta sen toteuttamista ei vuorotyötä tehtäessä pidetä realistisena vähäisten aika- ja henkilökuntaresurssien vuoksi. Sen sijaan *"ryhmähoitajien"* toiminta oikeutetaan tuottamalla puhetta siitä, *"ettei koko osasto sentään ole kaikkien hallussa"*. Nykypäivän kiireeseen vetoavalla puheella selitetään myös kuolevan potilaan yksin jääminen.

### 5.3.3 Ympäristö

Puheillaan ympäristöstä omahoitajat merkityksellistävät toisaalta kuolevan potilaan taustaan tutustumista toisaalta sairaalassa hoitamista ja potilaiden osastolle kotiutumista. Tutkijan pyynnöstä omahoitaja kertoo oman potilaansa ensimmäisestä tapaamisesta kotona seuraavaa:

#### *Katkelma 18*

- Tutkija: Kuvaisitko, mihin sää kiinnität huomioon, kun sää ensimmäisen kerran tapaat oman potilaan kotona?
- Omahoitaja: Siihen ympäristöön, minkälainen ympäristö on. Lähinnä sitten kotisairaanhoitajana kiinnitän henkilöön ensimmäisenä huomiota, että mä opin tunteen tätä ihmistä...että mä hoitajana tunnen tän siellä hänen kotioloissaan. Millanen koti oli? Musta se on aika tärkeä asia, että mä oon päässy avartaan tätä omaa työtäni kotisairaanhoidossa.
- Tutkija: Miten sun työs on siellä kotona sitten avartunu?
- Omahoitaja: No sitä että tää ihminen on näyttäny mulle valokuvia. Millanen tää ihminen on ollu ennen sairastamista. Tää sairaushan muuttaa semmonen syöpäsairaus valtavasti ihmisiä. Nää on parantumattomasti sairaita nyt ja ne siirtyy hoitokotiin, kun tauti muuttuu. Ni se on mukava nähdä, minkalaisia ne on ollu ennen sairastumistaan. Koti aina kertoo paljon ihmisestä. Kyllä se on aika tärkeä mun mielestä nähdä. Aina se ei oo mahdollista, mutta mä oon päässy. ((Hoitajan puheesta välittyä arvostus.)) (2) SE SEMMONEN oma vapaus ja itsenäisyys mulla jäi tosiaan mieleen.

Aluksi hoitaja puhuu ympäristön ja sen olemuksen huomioimisesta. Kotisairaanhoitajana toimiessaan hän vakuuttaa kuitenkin kiinnittävänsä ensimmäisenä huomiota henkilöön oppiakseen tuntemaan hänet ihmisenä. Lisäksi hänestä on tärkeää tietää, millainen ihminen potilas on kotioloissaan ja millainen hänen kotinsa on. Korostaakseen omaa oppimistaan omahoitaja toteaa ikään kuin yhteenvetona pitävänsä tärkeänä asiana sitä, että hän on päässyt avartamaan omaa työtään kotisairaanhoidossa.

Tutkijan esittäessä työn avartumista tarkantavan kysymyksen hoitaja kertoo tämän ihmisen näyttäneen hänelle valokuvia ja vakuuttaa niiden kuvaavan juuri tämän ihmisen ihmisenä olemista ennen hänen sairastumistaan. Perustellakseen toteamustaan tutkijalle omahoitaja toteaa yleisellä tasolla syövän kaltaisen sairauden muuttavan ihmisiä valtavasti. Hän jatkaa vielä puhettaan ihmisistä yleensä ja korostaa näiden syöpää sairastavien ihmisten olevan nyt

parantumattomasti sairaita ja siirtyvän taudin muuttuessa hoitokotiin. Tässä puheessa potilas näyttäytyy *sairauden muuttaman* positiossa. Vaikka kodin näkeminen hoitajan mielestä on tärkeää, sen näkemään pääseminen ei kuitenkaan ole aina mahdollista. Oikeuttaakseen edellä olevan puheensa omahoitaja toteaa arvostavaan sävyyn kuitenkin itse päässeensä. Erityisesti hän vakuuttaa arvostavansa kotona potilaan omaa vapautta ja itsenäisyyttä. Omahoitaja toteutuu tässä puheessa *muutoksen näkijän* positiossa.

Potilaaseen kotioloissa tutustumisesta on hyötyä sekä potilaalle itselleen että omahoitajalle myös laitokseen tulovaiheessa aineistokatkelman osoittamalla tavalla:

### *Katkelma 19*

- Tutkija: Muistatko Eilan tulotilannetta?
- Omahoitaja: En ollu mukana. Sillä tavalla tietonen kuitenkin koko ajan, koska mä olin kotisairaanhoidossa aikasemmin. Kun Eila tuli, mää tiesin heti, missä mennään, millanen henkilö tää on. Sitten kun tutustuttiin, niin tietonen sitten, kun näki, tunnisti (.) tää on se kotisairaanhoitaja. Sillä tavalla sitä juttua tuli, kun tiesi, minkä kuntonen ja näkönen tää on. Semmonen etu mulla on siinä ollu.

Vaikka omahoitaja ei ollut mukana vastaanottotilanteessa, hän vakuuttaa tutkijalle toimineensa aikaisemmin kotisairaanhoidossa ja olleensa siksi koko ajan tietoinen potilaansa tilanteesta. Eilan tullessa laitokseen hän tiesi heti, missä mennään ja millaisesta henkilöstä on kyse. Sitten omahoitaja toteaa ikään kuin luonnollisena asiana myös potilaan tunnistaneen hänet tutuksi kotisairaanhoidajaksi. Ehtona puhumaan alkamiselle oli potilaan kunnon tietäminen ja ulkonäöltä tunteminen. Omahoitaja korostaa kotisairaanhoidajana olosta olleen ”*etua*” erityisesti hänelle itselleen. Tässä puheessa omahoitaja toteutuu *muutoksen näkijän* sekä potilas *sairauden muuttaman* positiossa. Kaikilla hoitajilla tätä etua ei kuitenkaan ole, kuten seuraava katkelma osoittaa:

### *Katkelma 20*

- Tutkija: Kuvaisitko sitä teidän hoitosuhdetta?
- Omahoitaja: Tärkeetä, ett muistaa mennä aamulla potilaan luo ja kysellä, mitä sieltä tulee(.) Vaikka joskus tuntuu, että menee sinne ja tekee ne tietyt toimenpiteet, mutta kyllähän sitä kuitenkin kyselee potilaalta toiveita ja mitä kuuluu päivänmittaan. (3) Sairaala kuitenkin (.) potilaita hoidetaan. Potilaat tykkää, että tehdään kuitenkin jotain, ett hoidetaan Se sairaala on paikka, mihkä tullaan saamaan



hoitoa, mutta ...sitten se, että hoitaja pysähtyy hetkeksi aikaa vierellekki.

Tutkijan pyytäessä omahoitajaa kuvailemaan hoitosuhdetta hän ei kohdenna puhetta lainkaan omaan potilaaseensa, vaan alkaa kertoa hoitamisesta yleensä. Hän vakuuttaa pitävänsä tärkeänä potilaan luo menemisen muistamista ja kuulumisten kyselemistä aamulla. Huoneeseen meneminen tuntuu hoitajasta kuitenkin joskus vain tiettyjen toimenpiteiden tekemiseltä. Lieventääkseen tehtäväkeskeistä puhetta hän toteaa kyllä päivänmittaan kyselevänsä myös potilaan toiveita ja kuulumisia. Sitten omahoitaja pitää lyhyen tauon tarkentaakseen puheensa sisältöä ja vetoaa siihen, että sairaala on kuitenkin paikka, jossa potilaita hoidetaan. Myös potilaat pitävät siitä, että heille tehdään jotain eli heitä hoidetaan. Sairaalaan tullaan samaan hoitoa. Se ei kuitenkaan riitä, vaan hoitaja toteaa edellä sanomaansa lieventävään sävyyn, että myös potilaan vierelle hetkeksi aikaa pysähtyminen on tärkeää. Katkelman puheessa omahoitaja näyttäytyy *rutiinilla toimivan* positiossa. Potilaat toteutuvat *hoidon kohteina*.

Seuraavassa esimerkkikatkelmassa myös Allin omahoitaja puhuu sairaalassa hoitamisesta.

#### *Katkelma 21*

- Tutkija: Kuvaisitko teidän hoitosuhdetta?
- Omahoitaja: Alli on aika monisairas ja tarvii niin paljon apua, niin ei siellä kotihoidon turvin sitte enää pärjänny. Hänen tilanteensa meni koko ajan vähän ninku alaspäin. Kyllä hän henkisesti on virkee, mutta noin fyysisesti hän tarvii niin paljon apua, että on sovittu, että hän jää nyt tänne osastolle...Ja sitten nää monet vaihdot ei oo hyväksi psyykkisen tilan takia eikä sitten tän fyysisenkään tilan takia, että kun tutut ympäristöt ja tutut hoitajat, niin hän pärjää paremmin sitten.
- Tutkija: Onks Alli tuonu mitään omaa tänne osastolle?
- Omahoitaja: Valokuvia tietysti (.) pöydällä. Pienethän ne on potilaspöydät. Tietysti omia vaatteita on kylläkin, jotka tykkää pitää omia vaatteita. Nin ne o ja omaa rahaa tietysti.
- Tutkija: Miten sitä säilytetään?
- Omahoitaja: Pisteään lukkojen taa. Omassa huoneessa kylläkin on tämmönen pieni lokero, mutta avain on hoitajilla. Tää on meidän talon tapa ja on parempi, että on tuolla lukkojen takana. (.) Ei mitään ongelmaa.

Tutkijan pyynnöstä omahoitaja kertoo monisairaana Allin tarvitsevan niin paljon apua, ettei hän olisi pärjännyt enää kotona kotihoidon turvin. Potilaan tilanne heikkeni, vaikka hän onkin henkisesti virkeä. Oikeuttaakseen puheensa laitoshoidon siirtymisen välttämättömyydestä hoitaja toteaa Allin fyysisen avuntarpeen olevan niin suuri, että yhteisellä päätöksellä on sovittu hänen jäämisestään osastolle. Monista vaihdoista on vain haittaa niin Allin fyysiselle kuin psyykkisellekin tilalle. Siksi hän pärjää paremmin, kun ympäristöt ja hoitajat ovat tuttuja. Katkelman puheessa potilas näyttäytyy *hoidon kohteena*.

Tutkijan kysyessä, onko Allilla osastolla mitään omaa, hoitaja kertoo ikään kuin luonnollisena asiana, että pöydällä on yleensä valokuvia, ja vetoaa potilaspöytien pienuuteen. Kytkemättä puhetaan mitenkään Alliin omahoitaja tuo esille potilaiden omien vaatteiden pitomahdollisuuden sekä oman rahan. Tutkijan kysyessä, missä rahaa osastolla säilytetään, omahoitaja vakuuttaa yleisesti, että se ”*pistetään lukkojen taakse*” potilashuoneessa olevaan pieneen lokeroon. Lieventääkseen arkaluontoista puhetaan potilaan rahankäytön valvonnasta omahoitaja toteaa, että lokeron avain on hoitajilla. Perustelut toiminnalle löytyvät siitä, että kyseessä on ”*talon tapa*” eikä se aiheuta minkäänlaista ongelmaa. Tässä puheessa omahoitaja näyttäytyy *rutiinilla toimivan* positiossa.

Laitosympäristöä on joskus alettava ajatella myös joidenkin potilaiden viimeisenä kotina, kuten seuraava aineistokatkelma osoittaa:

#### *Katkelma 22*

- |             |  |
|-------------|--|
| Tutkija:    | Kuvailisitko, miten Alli sun mielestä kokee olemisensa täällä osastolla?   |
| Omahoitaja: | Hänelläkin on oma osake olemassa, mutta hän kokee osaston kodikseen. Ajateltu viimeiseksi kodiksensa, että kyllä sen näkee, että tärkeä asia on. (4) Ilmeisesti meidän pitäs kuitenkin aatella näitä sillä lailla, että jossain mielessä tää on heidän koti. Koska monelle se on kuitenkin sitten se viimeinen paikka. Vaikka he on potilaita, mutta kuitenkin he on tavallaan kotona. Tuolla isossa neljän hengen huoneessakin on se yksityisyys aika pientä. |

Tutkijan pyynnöstä omahoitaja kertoo, että Allin osake on edelleenkin olemassa. Sovittaakseen oman kodin ja osaston kotina ajattelemisen välille syntyvää ristiriitaa hän toteaa Allin kuitenkin kokevan osaston kodikseen. Omahoitaja vakuuttaa kyllä näkevänsä, että laitoksen viimeisenä kotina ajattelemisen on potilaalle tärkeä asia. Pitkähkön asian vaikeutta viestittävän tauon jälkeen hän alkaa puhua potilaista yleensä ja toteaa epäroivään sävyyn, että ilmeisesti heidän hoitajien pitäisi ajatella laitosta jossakin mielessä potilaiden kotina. Osasto on kuitenkin monelle heistä ”*se viimeinen paikka*”. Oikeuttaakseen mielipiteensä

hän toteaa, että potilaana olostaan huolimatta he ”ovat kuitenkin tavallaan kotona”, vaikka yksityisyys isossa neljän hengen potilashuoneessa onkin aika pientä verrattuna kodin yksityisyyteen. Tässä puheessa omahoitaja näyttäytyy potilaan osastolle *kotiutumista epäröivän* positiossa. Hoitajan puheessa potilas puolestaan tulee esiin *osastolle kotiutuvan* positiossa.

### ***Yhteenveto ympäristörepertuaarin tuloksista***

Ympäristörepertuaaria käyttäessään omahoitajat puhuvat kuolevan potilaan taustaan tutustumisesta, sairaalassa hoitamisesta sekä potilaiden osastolle kotiutumisesta. Kotisairaanhoidossa toimineiden hoitajien puheissa kotiympäristön näkeminen ja potilaan ihmisenä tuntemaan oppiminen mielletään luontevaa vuorovaikutusta helpottavana tekijänä. Valokuvien ja viihtyisän kotiympäristön välittämä tieto ihmisenä olemisesta ennen vakavaan sairauteen sairastumista sekä kotiin liittyvä vapaus ja itsenäisyys ovat asioita, joiden merkityksestä potilaana olemiselle hoitaja voi tulla tietoiseksi vain työtänsä kotisairaanhoidossa avartamalla.

Puheilla siitä, miten työskentely kotisairaanhoidossa avartaa, korostetaan myös potilaan taustaan tutustumisesta syntyvää hyötyä niin kuolevalle potilaalle kuin omahoitajallekin. Sairauden edetessä tapahtuva siirtyminen laitospääntöön hoidettavaksi helpottuu huomattavasti kuolevan potilaan voidessa tunnistaa omahoitajansa heti tutuksi ja luottamusta herättäväksi kotisairaanhoidajaksi.

Puheet sairaalassa hoitamisesta paljastavat, että kuolevat potilaat tulevat sairaalaan ”saamaan hoitoa” ja he arvostavat hoitamista nimenomaan ”toimenpiteiden tekemisenä”. Vaikka hoitajatkin kertovat joskus kokevansa potilashuoneeseen menemisen vain tiettyjen toimenpiteiden suorittamisena, he korostavat ikään kuin itsestään selvänä asiana sitä, että muistetaan mennä potilaan luo heti aamulla ja kysellä päivän mittaan kuulumisia ja toiveita. Erityisesti monisairaalan ihmisen avuntarve on niin suuri, että hänen fyysisen ja psyykkisen tilansa ylläpitäminen edellyttää tutussa ympäristössä hoitamisen lisäksi myös tuttujen hoitajien vierelle pysähtymistä.

Potilaiden elämänpiirin rajautuessa omaan vuoteeseen ja vuodepöytänsä enää vain valokuvat ovat yhdyssiteinä elettyyn elämään. Omien vaatteiden käyttömahdollisuuteen sekä omaan rahaan liittyvä puhe paljastaa, että niiden olemassaoloa pidetään luonnollisena asiana. Edellä olevia aineistokatkelmia tulkitsemalla voi kuitenkin päätellä, että erityisesti potilaan rahan käyttöä on kuitenkin valvottava eikä se ”*talon tapana*” tunnu tuottavan ongelmaa ainakaan laitospääntöön toimivalle omahoitajalle.

Kolmas tapa, jolla omahoitajat puhuvat ympäristöstä, tuo esiin ajatuksen laitoksesta ”potilaiden kotina” ja ”viimeisenä paikkana”. Vaikka potilaat hoitajien puheiden mukaan kokevat osaston jossakin mielessä kodikseen, oman osakkeen tai talon olemassaolo merkitsee heille eräänlaista kiinnekohtaa jopa eletessä kohti kuolemaa. Hoitajien puheista paljastuu, että koti koetaan edelleenkin parhaaksi paikaksi, mutta ymmärrys voimien heikkenemisestä auttaa kuolevia ihmisiä sopeutumaan ja mieltämään jopa neljän hengen rauhattoman potilashuoneen viimeiseksi kodikseen.

### 5.3.4 Oppiminen

Puheillaan oppimisesta omahoitajat jäsentävät haastatteluaineistossa *sopivuuttaan kuolevan hoitajaksi, kuolemasta puhumista sekä omien rajojensa tunnistamista*. Tutkijan pyytäessä hoitajaa kuvailemaan hoitosuhdetta hän alkaa puhua aineistokatkelman osoittamalla tavalla:

#### Katkelma 23

Tutkija:	Kuvailisitko teidän hoitosuhdetta?
Omahoitaja:	On hyvin antosaa, että Hilkan kans tulee juttuu paljon, että haluaa paljon kertoa, kovin iäkäs ja haluaa kertoa kaikista menneistä asioista ja käydä niitä läpi ja aina tote... (.) siinä sitten jonku...(.), että se on levinny. (.) Hän puhuu suoraan ja huumorintajunen... Hän on hyvin tämmönen, puolet vanhempi kuin minä, nin kuitenkin semmonen asenne, ett määhän hältä opin. Ihmisiltähän saa hirveesti kuitenkin hoitajana. Nää potilaatki luo tämmösen keskusteluhetken. Se tunnelma tulee ninkun molemmin puolin tai oikeestaan se on koko ajan. Mä tierän, ett kun mä meen sinne.

Omahoitaja kertoo kokevansa hyvin antoisana menneiden asioiden läpikäymisen iäkkään Hilkan kanssa ja vakuuttaa hieman epäröiden suorapuheisen ja huumorintajuisen potilaan mainitsevan aina myös jotain sairauden leviämiseen liittyvää. Potilaan korkeasta iästä huolimatta hoitaja toteaa omaavansa asenteen, että hän on itse iäkkäältä potilaaltaan oppija. Puhe jatkuu yleisellä tasolla hoitajan perustellessa, että hän saa hoitajana toimiessaan ”*hirveästi*” ihmisiltä. Myös potilaat luovat tunnelmallisen ja molemmin puolin aistittavissa olevan keskusteluhetken. Sen hoitaja vakuuttaa tietävänsä ikään kuin luonnollisena asiana heti huoneeseen mennessään. Tässä puheessa omahoitaja näyttäytyy *muutoksen* toiminnassaan *oivaltavan* positiossa ja potilas omahoitajan saattohoitajaksi *sopivuuden osoittavan* positiossa.

Myös työssä asioita oivaltamalla voi oppia olemaan kuolevan potilaan omahoitaja, kuten seuraava katkelma osoittaa:

## Katkelma 24

- Tutkija: Kuvaisitko, miten kuoleman läheisyys sun mielestä vaikuttaa teidän hoitosuhteeseen?
- Omahoitaja: Se vaikuttaa paljon. On ihan eri asia olla täällä hoitajana, hoitaa kuolevia potilaita kuin olla akuuttipuolella. Täällä hoitajalta vaaditaan rauhallisuutta. Kyllä sen pian tietää, sopiiko tänne hoitajaks. Se on vähä ninku sisäänrakennettuna, mutta mä oon sitä mieltä, että sitä voi myös oppia. Kyllä mäkin oon oppinu. En mä oo enää sama, kun silloin kun mä tulin tänne. Sitä oppii oleen täällä. En mä esimerkiks enää mee potilashuoneeseen, kun kuolema on lähellä. Ennen me aina mentiin. Meitä saatto olla moniakin ja me pidettiin sitä jotenki itsestään selvänä, että siinä pitää istua ja vartioida. Ei me sitä edes ajateltu, että vois olla toisin. Nyt mä aina kysyn omaisilta. Mä sanon, että mä oon ihan lähellä, jos he tarvii. Mä annan heidän päättää, haluaako he olla keskenään. On varmaan sellasta sanottavaa, mikä voi jäädä sanomatta, jos siinä selän takana joku vartioi. Vieras se on omahoitajakin siinä tilanteessa. Ei siinä vartijoita tarvita. Nyt mä oon sen vasta oivaltannu.

Kytkemättä vastaustaan mitenkään omaan potilaaseensa omahoitaja toteaa tutkijalle kuoleman läheisyyden vaikuttavan paljon hoitosuhteeseen. Perustellakseen puhettaan hän vakuuttaa saattohoidon eroavan akuuttipuolella tehtävästä hoitotyöstä, koska kuolevan potilaan hoitajalta vaaditaan rauhallisuutta. Lisäksi hän tuo esille ikään kuin luonnollisena asiana hoitajan kyllä pian tietävän sopivuutensa saattohoitajaksi, koska kyse on ikään kuin sisäänrakennetusta tiedosta. Lieventääkseen edellä sanomaansa hän toteaa olevansa kuitenkin sitä mieltä, että kuolevan potilaan hoitajaksi ”*voi myös oppia*”. Hän vakuuttaa itsekin oppineensa ja olevansa nyt eri ihminen kuin osastolle tullessaan.

Korostaakseen vielä oppimistaan omahoitaja kertoo, ettei hän esimerkiksi enää mene potilashuoneeseen, kun kuolema on lähellä. Ennen hoitajat eivät kyseenalaistaneet potilashuoneeseen menemistä. He pitivät itsestään selvänä siellä istumista ja kuoleman vartioimista. Sen sijaan nyt omahoitaja vakuuttaa säännönmukaisesti kysyvänsä omaisilta tarvetta läsnäoloonsa ja antavansa heidän myös päättää, haluavatko he mieluummin olla keskenään. Muutosta omassa toiminnassaan hän perustelee vielä yleisesti toteamalla, että jotain tärkeää voi jäädä sanomatta jonkun vartioidessa siinä selän takana. Vasta nyt hän on oivaltanut, että ”*vieras se on omahoitajakin siinä tilanteessa eikä siinä vartijoita tarvita*”. Katkelman puheessa omahoitaja tuottaa itsensä *muutoksen* toiminnassaan *oivaltavan* positiossa ja potilaansa *sopivuuden osoittavan* positiossa.

Kuolemasta voi myös oppia puhumaan seuraavan aineistokatkelman osoittamalla tavalla:

#### *Katkelma 25*

- Tutkija: Kuvailisitko, miten sää koet kuolemasta puhumisen oman potilaan kanssa?
- Omahoitaja: Jokainen potilas herättää prosessin hoitajassa ja kun prosessia tarpeeksi käy, niin kypsyy. Varmaan tänä päivänä on helpompi puhua siitä kuolemasta, kun silloin kun mä oon aloittanu tän. Kun mä en tiennyt, mitä mä puhusin siitä, vaikka mua ei pelottanutkaan. Siihen täytyy kypsyä jollain lailla ja oppia käyttämään niitä oikeita sanoja potilaitten kanssa, ettei töksäyttele mitä tahansa.

Tutkijan pyytäessä omahoitajaa kuvailemaan kokemuksiaan kuolemasta puhumisesta hän kertoo jokaisen potilaan herättävän hoitajassa prosessin, jonka riittävä läpikäyminen johtaa kypsymiseen. Hoitaja vakuuttaa, että kuolemasta puhuminen on hänelle nyt helpompaa kuin töitä aloittaessa. Vaikka kuolemasta puhuminen ei pelottanut, se oli vaikeaa. Oppimista korostaakseen hän toteaa ikään kuin luonnollisena asiana, että kuolemasta puhumiseen ja oikeiden sanojen käyttämiseen täytyy jollakin tavalla kypsyä, ettei ”töksäyttele” potilaalle ”mitä tahansa”. Tässä puheessa omahoitaja toteutuu kuolemasta *puhumista prosessoivan* positiossa.

Myös kuolemasta puhumisen oikea ajoittaminen voi askarruttaa kokenuttakin hoitajaa, kuten seuraava katkelma osoittaa:

#### *Katkelma 26*

- Omahoitaja: Kuolemasta me puhumme loppujen lopuksi hyvin vähän (.) hyvin vähän. Ja ninkö Hilma sano sitä näin, että no se tulee kun tulee. Tullee se ilman ottamatta. Ja sitten kun kysyin, että haluak sinä ninkö puhua, niin tuota siihenkin hän sano, että se tulee ilman ottamatta. Sitä joskus ajattelee näin, että kyseleekö niistä murheista ja ajatuksista ja niistä luopumisista liikaa. Yritän olla tarkka, että jos alkaa Hilma enempi juttelemaan, mutta heti jos minä saan sen käsityksen muutamalla sanalla näin, niin sitten minä tiedän, että nyt ei ole oikea aika. (4) Minä ajattelen näin, että Hilma ei ole vielä kypsä siihen.

Omahoitaja vakuuttaa tutkijalle vähäisen kuolemasta puhumisen tapahtuvan yhteisymmärryksessä potilaan kanssa ja toteaa Hilman nimenomaan sanoneen, että kuolema ”*tulee kun tulee. Se tulee ilman ottamatta*”. Hoitaja kertoo myös

kysyneensä potilaan halukkuutta puhua ja saaneensa saman vastauksen. Joskus hän vakuuttaa jopa ajatelleensa, kyseleekö hän liikaa potilaan murheista, ajatuksista ja luopumisesta. Hän yrittää myös tarkasti huomioida, alkaako Hilma puhua kuolemasta enemmän. Lieventääkseen arkaluontoista puhettaan hän toteaa kuitenkin tietävänsä jo muutamasta sanasta, ettei ole oikea aika puhua. Pidettyään pitkähkön tilanteen ongelmallisuudesta viestittävän tauon omahoitaja vakuuttaa ajatelleensa, ettei Hilma ”ole vielä kypsä” puhumaan kuolemasta. Tässä puheessa omahoitaja näyttäytyy kuolemasta *puhumista prosessoivan* positiossa ja potilas *prosessin herättäjän* positiossa.

Vaikeneminen ei aina johdu potilaasta. Esteenä voi olla myös se, ettei hoitaja ole vielä oppinut puhumaan kuolemasta, kuten seuraava aineistokatkelma osoittaa:

#### *Katkelma 27*

- Tutkija: Mainitsit potilaan vihjeet. Kuvailisitko tarkemmin, mitä tarkoittit?
- Omahoitaja: No ei ne varsinaisesti (.) , no kaikkein ollut se... (.) , kun mää oon ollut vastavalmistunut melkein... (.) , niin vanha ihminen kysy multa minkäläistä se kuolema on ja... (.) no ku mää en nyt siihen suoralta kädeltä mitään osannut sanoa, ku vasta valmistunu...(.) , niin sit tää rouva vaihto itte puheenaihetta et niinkun...(.) .

Tutkijan pyytäessä omahoitajaa kuvailemaan tarkemmin aikaisemmin mainitsemiaan potilaan vihjeitä hän toteaa epäröiden, ettei kyse ollut varsinaisesti vihjeistä. Sitten hän kertoo vanhan ihmisen kysyneen häneltä ”*minkäläistä kuolema on*”. Omahoitaja jatkaa epävarmaa puhettaan korostamalla, ettei hän ”*melkein vastavalmistuneena*” osannut sanoa ”*suoralta kädeltä*” potilaalle mitään. Siksi rouva vaihtoi puheenaihetta. Tässä puheessa omahoitaja toteutuu kuolemasta *puhumista prosessoivan* positiossa ja potilas *prosessin herättäjän* positiossa.

Elettäessä kohti kuolemaa hoitajana oleminen edellyttää myös omien rajojen tunnistamisen oppimista seuraavan katkelman osoittamalla tavalla:

#### *Katkelma 28*

- Tutkija: Miten sä koet oman potilaan kuoleman?
- Omahoitaja: En mä voi sellaseen mennä, että suris ihan hirveesti kaikki. Ei jaksas muuten. On se erilaista sitten, jos on oma omainen kyseessä kuin et se on vieras. Ei kauheesti voi surra, mutta ystävällinen mää voin aina olla. (4) Kuolevan

potilaan hoitaminen edellyttää, että hoitaja jaksaa. Täällähän on työohjaus ja mahdollisuus keskustella, että jos tätä työtä tekee, niin tähän pitää kyllä sitoutuakin, että haluaa potilaita auttaa. Niillä on niin paljon kysymyksiä. Potilaat voi olla ahdistuneita, jos ei osaa vastata kysymyksiin. Hoitaja kenties pelkää kuolevia taikka on jotenkin semmonen itse ahdistunut, kun menee potilaan luo. Sairas ihminen on aika herkkä.

Omahoitaja vastaa tutkijan kysymykseen vakuuttamalla, ettei hoitotyötä jaksa tehdä, jos suree kaikkia potilaita ”ihan hirveästi”. Oman omaisen sureminen eroaa vieraan suremisesta, ja siksi potilasta ei voi kauheasti surra. Lieventääkseen edellä sanomaansa hän korostaa voivansa kuitenkin olla aina ystävällinen. Pidettyään pitkähkön asian vaikeudesta viestittävän tauon hoitaja perustelee vielä yleisellä tasolla kuolevan potilaan hoitamisen edellyttävän hoitajana jaksamista. Sitoutumista potilaiden auttamiseen helpottavat työnohjaus ja mahdollisuus keskustella. Kuolevilla potilailla on paljon kysymyksiä, ja he ahdistuvat, jos niihin ei osata vastata. Sairas ihminen on herkkä, ja hän huomaa, jos hoitaja pelkää kuolevia tai on itse ahdistunut potilaan luo menneessään. Tässä puheessa omahoitaja näyttäytyy potilaan *auttamiseen sitoutuvan* positiossa ja potilas *autettavan* positiossa.

Joskus myös omaisten kohtaaminen voi tuntua omahoitajasta raskaalta, kuten seuraava esimerkkikatkelma osoittaa:

### *Katkelma 31*

*Omahoitaja:* Omainen soitti ja sano, että hän ninku haluais tavata. Minä pidin ihan luonnollisena, että täällä. Hän ei halunnut tulla ja tehtiin töitten jälkeen kirjastoon rehvit ja istuttiin penkillä ja juteltiin. Hän kävi sitä heijän yhteistä elämää läpi. Ja varmaan meni pari tuntia ainakin siinä, kun me... Mutta että TÄYTYY sanoa ihan rehellisyyden nimissä niin, että täytyy oppia omat rajat ja sitte se, että työaikana. Kyllä kerran voi tehdä näin....Ei voi yhteen jäädä kiinni. Ei, ei.

Omahoitaja kertoo tutkijalle omaisen soittaneen ja halunneen tavata hänet. Hän toteaa pitäneensä luonnollisena asiana tapaamista osastolla. Omainen ei kuitenkaan halunnut tulla laitokseen, ja siksi he tapasivat kirjastossa töiden jälkeen. Hoitaja arvelee heidän istuneen penkillä ainakin pari tuntia omaisen käydessä läpi elettyä elämää. Sovittaakseen tilanteen synnyttämää ristiriitaa omahoitaja toteaa painokkaasti rehellisyyden nimeen vedoten, että on välttämätöntä oppia tuntemaan omat rajansa ja tavata potilaiden omaisia vain työaikana. Hän vakuuttaa, että ”kerran voi kyllä tehdä näin”. On kuitenkin



varottava jäämästä kiinni yhteen potilaaseen. Tässä puheessa omahoitaja tuottaa itsensä *auttamiseen sitoutuvan* positiossa ja potilaansa *autettavan* positiossa.

### ***Yhteenveto oppimisrepertuaarin tuloksista***

Oppimisrepertuaaria käyttäessään omahoitajat puhuvat sopivuudestaan kuolevan potilaan hoitajaksi, kuolemasta puhumisesta sekä omien rajojensa tunnistamisesta. Kuoleman läheisyys edellyttää hoitajalta erilaisia valmiuksia kuin toiminta akuuttihoitossa. Hoitaja tunnistaa sopivuutensa saattohoitajaksi hyvinkin pian, mutta vasta kokemusten karttuessa hän oppii oivaltamaan kuolevalle potilaalle ja hänen omaisilleen merkittäviä asioita.

Puheilla saattohoidon kasvattavasta luonteesta omahoitajat kertovat muuttuneensa myös ihmisinä verrattuna hoitajuutensa alkuvaiheisiin, jolloin kykenemättömyys priorisoida omia töitä herätti syyllisyydentunteita ja opetti muistamaan, että mitään ei saa kuolevaa potilasta hoidettaessa jättää huomiseksi.

Samoin valmiudet puhua kuolemasta tai ymmärtää potilaan puhumattomuutta syntyvät prosessissa, jonka läpikäyminen johtaa kypsymiseen. Puheilla kypsymisestä korostetaan, että tarpeeksi kuolemaa näkemällä ja kokemalla syntyy taito oppia toisaalta käyttämään oikeita sanoja potilaan kanssa kuolemasta puhuttaessa ja toisaalta taito vaieta potilaan niin toivoessa. Kuolema on olemassa, vaikka sitä ei ääneen sanota.

Sen sijaan kuolemasta puhumisen oikea-aikainen ajoittaminen ei ole helppoa kokeneellekaan hoitajalle. Hän puhuu ajattelevansa potilaan kypsyyttä ja sitä, kyseleekö hän liikaa murheista ja luovuttamisesta. Tällaiset puheet ilmentävät pitkään saattohoidossa työskennelleen hoitajan herkkyyttä aistia kuolevan potilaan puhumisvalmiudessa tapahtuvia muutoksia kuolemaa kohti eletessä.

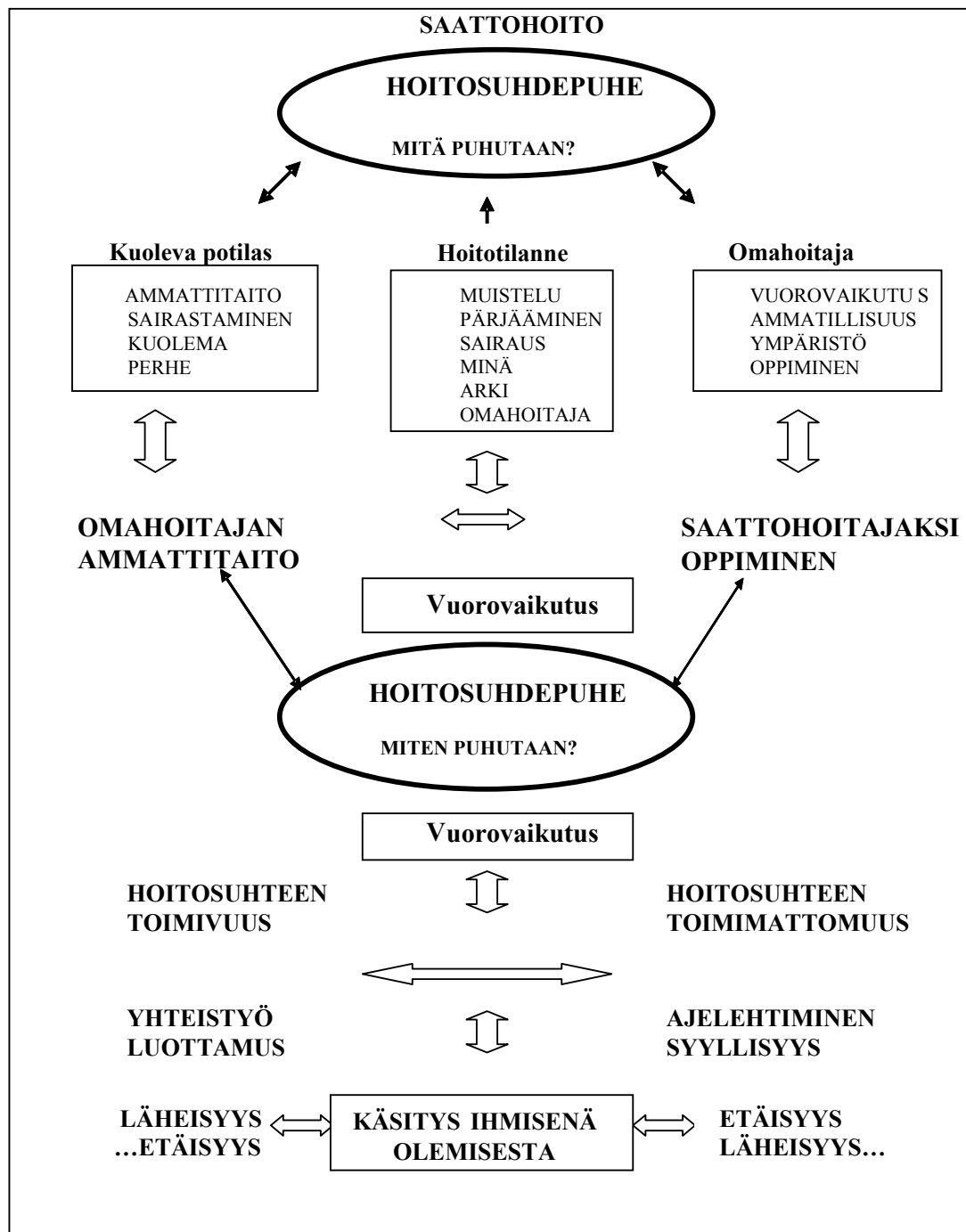
On myös opittava asettamaan rajoja omalle jaksamiselle. Saattohoitotyötä ei jaksata tehdä, jos omahoitaja suree kaikkia potilaita yhtä paljon kuin omaa omaistaan. Puheilla *”potilaasta vieraana”* hoitajat luonnehtivat eroa työssä ja yksityiselämässä tapahtuvan suremisen välillä. Vieraus ei kuitenkaan ole esteenä hoitajan ystävällisyydelle. Työnohjaus ja mahdollisuus keskustella muiden hoitajien kanssa antavat valmiuksia vastata sairaiden ihmisten esittämiin kysymyksiin sekä purkaa omia kuolemaan liittyviä pelkojaan ja ahdistuksiaan. Kuolevaa ihmistä ei jaksata auttaa työhön sitoutumatta ja omia rajoja tunnistamatta. Siksi omahoitajan on osattava olla lähellä mutta tarpeeksi kaukana.

## 5.4 Kuolevien potilaiden ja omahoitajien hoitosuhteelle antamat merkitykset

Analyysini ensimmäisen vaiheen eli tulososien 5.1. – 5.3. yhteenvetona ja samalla vastauksena ensimmäiseen tutkimuskysymykseen (ks. s. 39) esitän kuviossa 3 (ks. s. 147) kuolevien potilaiden ja heidän omahoitajiensa hoitosuhteelle antamat merkitykset.

Kuten kuvioista 3 voi päätellä, diskurssianalyysin avulla tuotetuista empiirisistä tuloksista nousevat keskeisiksi kuolevien potilaiden ja omahoitajien puheet omahoitajasta ja hänen ammattitaitoisesta toiminnastaan hoitosuhteessa. Ammattitaitoiseksi saattohoitajaksi ei tutkimustulosten mukaan kuitenkaan synnytä, vaan saattohoidossa tarvittavaa ammattitaitoa opitaan vähitellen käytännön hoitotilanteissa tapahtuvan oman oivaltamisen, työhön sitoutumisen ja ihmisenä kasvamisen myötä.

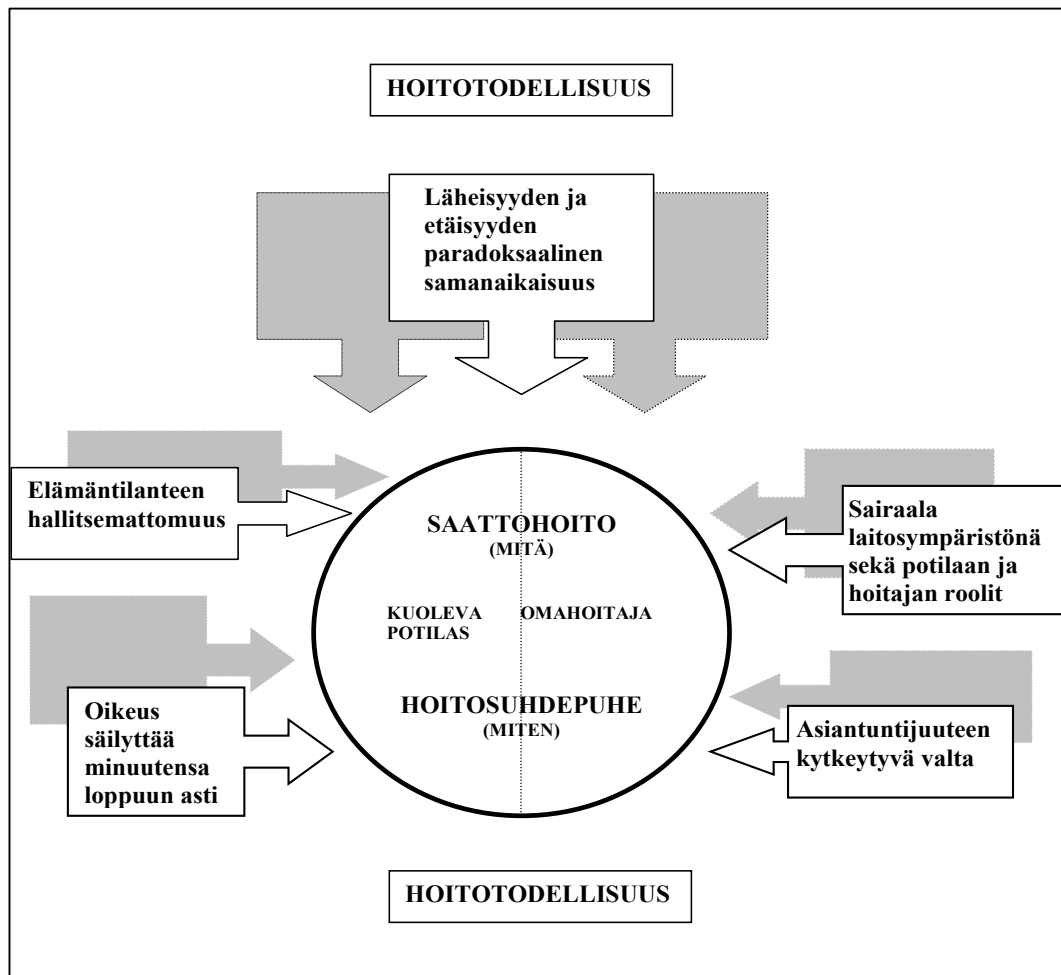
Kuolevien potilaiden ja omahoitajien puheet auttavat ymmärtämään myös sitä, miksi hoitosuhteessa toimitaan kuolemaa lähestyttäessä juuri niin ristiriitaisilla tavoilla kuin tutkimustulokset osoittavat. Tulosten mukaan hoitosuhteen toimivuus on sidoksissa ennen kaikkea potilaan ja hoitajan puheissa välittyvään käsitykseen ihmisenä olemisesta. Tämä käsitys puolestaan ratkaisee hyvin tilannesidonnaisesti ja monimerkityksisesti sen, milloin samakin hoitosuhde toteutuu kuolevan potilaan hoitotodellisuudessa läheisenä ja luottamuksellisena yhteistyönä, milloin taas etäisenä ”tuuliajolla” ajelehtimisena.



Kuvio 3. Kuolevien potilaiden ja omahoitajien hoitosuhteelle antamat merkitykset

## 5.5 Yhteisesti jaettua läheisyyttä ja etäisyyttä kuolevan potilaan hoitotodellisuudessa dialogisen filosofian näkökulmasta tarkasteltuna

Analyysini toisessa vaiheessa tarkastelen kuolevien potilaiden ja heidän omahoitajiensa hoitosuhteistaan tuottamaa puhetta Gergenin (1994) ajattelua mukaellen kuvion 4 osoittamalla tavalla. Etenen kehämäisesti yksittäisistä puhetilanteista saattohoitokulttuurissa jo vakiintuneisiin ja toistuviin tapoihin kuvata hoitosuhdetta.



Kuvio 4. Saattohoidon kulttuurinen kontekstikehä

Tutkimukseni pääpaino on kehän ytimessä edellä esittämieni kuolevan potilaan ja omahoitajan hoitosuhdetta koskevien tilannesidonnaisten merkitysten (mitä) ja

niiden tuottamisen tapojen (miten) erittelyssä. Ytimen ympäriltä löytyy enemmän tai vähemmän päällekkäisiä kulttuurisia kerrostumia,<sup>1</sup> jotka kuvaavat saattohoitokulttuurissa toistuvia jo vakiintuneita puhetapoja. Sekä ydin että kerrostumat ovat saman saattohoitotodellisuuden osia, ja niitä yhdistää kuolevien potilaiden ja omahoitajien välinen vuorovaikutus. Ydin edustaa nykyistä ja kerrostumat jo elettyä saattohoitotodellisuutta. Puheissaan niin potilaat kuin hoitajat käyttävät toisaalta näitä kulttuurisia kerrostumia tulkintaresursseinaan ja toisaalta he kyseenalaistavat niitä suunnan kulkiessa jatkuvasti ytimeistä kerrostumiin ja kerrostumista ytimeen päin.

### *5.5.1 Kuolevan potilaan hoitotodellisuus kulttuurisena kehänä*

Saattohoidon kulttuurisiin kerrostumiin liittyvien vihjeiden toistumista tarkastelemalla erotin viisi erilaista kuolevien potilaiden ja omahoitajien puheissaan käyttämää tulkintaresurssia. Saattohoitovaiheen hoitosuhteesta puhuessaan kuolevat potilaat vetoavat elämäntilanteen hallitsemattomuuteen sekä oikeuteen säilyttää minuutensa loppuun asti. Tarkastelunäkökulman siirtyessä kehällä enemmän omahoitajien toimintaan tulkintaresursseina painottuvat sairaala laitospäristönä, potilaan ja hoitajan roolit sekä asiantuntijuuteen kytkeytyvä valta. Sen sijaan läheisyyden ja etäisyyden paradoksaalinen samanaikaisuus läpäisee tulkintaresurssina koko saattohoitotodellisuuden kytkeytyen kaikkiin kuolevien potilaiden ja heidän omahoitajiensa puheissaan käyttämiin kerroksellisiin tulkintaresursseihin (ks. kuvio 4, s. 148). Seuraavaksi kuvaan dialogisen filosofian näkökulmasta saattohoidon kulttuuriselta kehältä löytämiäni potilaiden ja hoitajien puheissa vakiintuneiden tulkintaresurssien sisältöä.

### ***Elämäntilanteen hallitsemattomuus***

Kuolevien potilaiden ja omahoitajien puheissa pärjäämisestä, sairastamisesta, kuolemasta ja perheestä tulee esiin yhteisesti jaettu käsitys siitä, että parantumattoman sairauden ja lähestyvän kuoleman riippumattomuus omasta tahdosta on kulttuurisesti hyväksyttävä syy kokonaishallinnan menettämiseen. Se antaa kuolevalle potilaalle eräänlaisen *uhrin* leiman. Vaivoja on lupa valittaa eikä vakavaa sairautta tarvitse selitellä. Periksi ei kuitenkaan pidä antaa ja sairauden paranemista voi kysyä ja toivoa kuolinhetkeen asti.

---

<sup>1</sup> Kuviossa 4 sivulla 148 kuvaan saattohoitokulttuurissa vakiintuneiden sekä kuolevien potilaiden että omahoitajien vuorovaikutuksessa toistuvien puhetapojen kerroksellisuutta taustalla olevien harmaiden kuvioiden avulla.

Juuri toivon ja toivottomuuden samanaikaisuus<sup>1</sup> auttaa kuolevaa potilasta selviytymään. Toivoessaan jopa täydellistä paranemista hän ymmärtää parantumattoman sairauden olemassaolon ja vapautuu puhumaan siitä sekä elämästä yleensä. Tahtominen ei muuta tilannetta toiseksi.<sup>2</sup> Sen sijaan kunnan heikkeneminen vaatii tarkastelemaan asioita realistisesti. On järjeistettävä oma elämäntilanteensa, koska ”ihmeparantumista” ei tapahdukaan toivotulla tavalla. Tosiasiat on otettava tosiasioina.

Ei ole enää myöskään tarvetta paeta välienselvittelyä oman kuoleman kanssa. On surtava mennyttä elämää, jotta voi valmistautua kohtaamaan oman kuolemansa. Juuri surun<sup>3</sup> kokeminen ja sen jakaminen omahoitajan kanssa paljastaa kuolevalle potilaalle todellisen elämäntilanteen. Näin paljastuva ilmentää potilaan olemassaoloa maailmassa sekä hänen omaa elämänsuunnitelmaansa. Hän elää menneisyytensä varassa kohti omaa tulevaisuuttaan, kuolemaa. Heideggerin (1986) mukaan kuolema onkin täälläolon omin mahdollisuus. Eläminen kohti kuolemaa paljastaa täälläololle sen omimman olemiskyvyn. Näin ollen se on tässä itseänsä koskevassa

---

<sup>1</sup> Heideggerin (1986, 236) mukaan ihmisen toivottomuus ei riistä täälläoloa mahdollisuuksistaan, vaan se on ”yksi modus kohti mahdollisuuksia”. Täälläololla on aina jotain saatavaa, kunnes siitä on tullut ei-enää-täällä-olevaa.

*Hoitotyössä toivo liitetään yleensä tulevaisuuteen ja elämässä tapahtuviin muutoksiin. Se merkitsee vapautumista jostakin ja mahdollisuutta johonkin. Sen sijaan syöpää sairastavan ihmisen elämään toivo ja toivottomuus sisältyvät samanaikaisesti. Juuri taistelumieli ja tahto selviytyä auttavat potilasta säilyttämään toivonsa elämän jatkumisesta. (Ks. esim. Munnukka 1993, Lindvall 1995, 1998, Kylmä ja Vehviläinen - Julkunen 1997, Rittman et al. 1997, Molander 1999a,b, Rancour 2000, Mattila 2002.)*

<sup>2</sup> Esimerkiksi Varto (1996) kuvaa tahtoa valistuksen ideologian mukaisena järjen toimintatapana. Silloin sairaus voi osoittaa erinomaisella tavalla järjen mitättömyyden. Tahtominen ei tee ketään, varsinkaan kuolevaa potilasta, terveeksi, vaikka hän sitä kuinka haluaisi.

<sup>3</sup> Tarkoitan surulla tässä lähinnä Heideggerin (1986, 249 – 250) kuvaamaa huolen (Sorge) käsitettä. Huoli on täälläolon perusmuoto, ja ontologisesti Heidegger määrittelee sen olemiseksi jo itsensä edellä (maailmassa) olemisena (maailmansisäisesti) kohdatun olevan äärellä. Täälläolon kuolemaa voikin tarkastella olemismahdollisuutena, jossa sillä ei ole enää kykyä olla täällä. Olemiskykynä kuolema ei kykene sivuuttamaan tätä kuoleman mahdollisuuttaan. Juuri ontologisen mahdollisuutensa vuoksi kuoleminen perustuu huoleen. Huoli ja oleminen kohti kuolemaa liittyvät yhteen täälläolon jokapäiväisyydessä.

erityisessä mahdollisuudessa irrottautunut *kenestä tahansa* (das Man)<sup>1</sup> ja henkilöitynyt omaksi itsekseen eli juuri tietyksi kuolevaksi potilaaksi, sillä kuolema vaatii täälläoloa yksittäisenä ihmisenä.

Kuoleman lähestyessä potilaan on myös vähitellen myönnettävä itselleen, että mitään ei ole enää tehtävissä sairauden parantamiseksi. Vakavaan sairauteen alistumisessa piilee kuitenkin vaara tulla toisten alistamaksi eli Buberin käsittein ilmaistuna esineellistetyksi hoidon kohteeksi (Buber 1962b, 250-251, Buber 1962c, 401-405). Välineellisessä Minä-Se-suhteessa potilas voi aistia alistamisen hoitajan puheessa, olemuksessa, ilmeissä ja eleissä. Niitä voikin pitää tapoina tarkastella toista ihmistä maailmassa, jolle nykyhetkessä tapahtuva kohtaaminen jää vieraaksi. (Buber 1962a, 86.) Kunnon heikkeneminen lisää entisestään potilaan kyvyttömyyttä vaikuttaa omaan hoitoonsa. Itseytensä menetettyään hänen on vain tyydyttävä kohtaloonsa, ja samalla hoitopaikkakin tuntuu menettävän merkityksensä. Jos aikoo elää, on pakko alistua ottamaan vastaan hoitoa se aika, minkä kuolema odottaa.

Parantumattomaan sairauteen ja lähestyvään kuolemaan liittyvissä puheissa ilmenevä ristiriitaisuus paljastaakin kuolevan potilaan elämäntilanteesta toteutuvan hämmentävän paradoksaalisuuden, jossa ilmenevät samanaikainen tahto hallita omaa elämää menettämättä itseyyttään, parantumattoman sairauden myöntäminen itselleen sekä alistuminen sairauden vakavuuteen ja armottomuuteen. Vastaava käsitys jaetaan myös monien aikaisempien empiiristen tutkimusten tuloksissa (Peräkylä 1990, Hakanen 1991, Kuuppelomäki 1996, Lipponen 1997, 2002, Lindvall 1997, Huhtinen 2005). Yhteisesti jaetuista tulkinnoista poiketen Sand (2003) liittää väitöskirjassaan elämäntilanteen paradoksaalisen hallitsemattomuuden lähinnä saattohoidon alkuvaiheeseen ja kuvaa kuolevien potilaiden elämää saattohoitokodissa hyvinkin seesteisenä.

Myöskään omahoitajan ei ole helppoa kohdata tätä paradoksaalisuutta hoitosuhteessa, koska kuoleva potilas on erityisen herkkä tekemään havaintoja hänestä jo ensitapaamisesta lähtien. Myönteisenä ja turvallisena koettu sairaalaan tulotilanne vaikuttaa merkittävästi hoitosuhteen muotoutumiseen ja potilaan kokemukseen kohdatuksi tulemisesta (ks. myös Mattila 2001, Lipponen 2002). Tämä kohtaaminen vaatii omahoitajalta tilannekohtaista herkkyyttä tuottaa parantumattomasti sairaan ja kuolemaa lähestyvän potilaan selviytymistä tukevaa puhetta. Juuri puhuessaan hoitaja ilmentää potilaalle käsitystään ihmisenä olemisesta (Lipponen 1997, 2002). Sitä voikin pitää dialogisen kohtaamisen perusehtona, koska se sisältää hoitosuhdetta koskevat ontologiset ja eettiset

---

<sup>1</sup> Heidegger 1986, 263. Ks. myös s. 15.

ratkaisut.<sup>1</sup>

Tämän tutkimuksen valossa omahoitajien tavat puhua kuoleville potilaille voivat olla keskenään hyvinkin ristiriitaisia. Selviytymisen tukeminen ilmenee joko empaattisena myötäelämisenä tai etäisyyttä luovana asiantuntijuuteen vetoamisena. Vastaavanlainen tulkinta kuolevan potilaan kohtaamisesta tulee esiin myös Molanderin (1999b) tutkimustuloksissa. Molander kirjoittaa hoitosuhteen ”kaksinapaisuudesta”. Sen ääripäät ilmenevät toisaalta empaattisena eläytymisenä saatettavaan, toisaalta viileänä etäisyytenä ja kylmänä rutiinina. Mattilan (2001) tutkimuksessa myös sairaudestaan toipuvat sisätauti- ja kirurgisten osastojen potilaat kuvaavat läheisyyden ja etäisyyden ilmenemistä vuorovaikutuksessa hoitajien kanssa. Tämän tutkimuksen mukaan potilas ja hoitaja kohtaavat toisensa läheisessä hoitosuhteessa ensisijaisesti ihmisinä. Sen sijaan etäiseksi jäävä hoitosuhde koetaan epäaitona ja apua torjuvana. Kuolevan potilaan hallitsemattomassa elämäntilanteessa hoitajan mahdollisuudet käyttää valtaa ja manipuloida potilasta ovat kuitenkin huomattavasti suuremmat kuin hoidettaessa paranevia potilaita.

### ***Kuolevan potilaan oikeus säilyttää minuutensa loppuun asti***

Puheissa muistelemisesta, omasta minästä, arjen elämisestä sekä ympäristöstä niin potilaat kuin hoitajatkin tuottavat yhteisesti jaettua tulkintaa kuolevan potilaan oikeudesta säilyttää minuutensa loppuun asti. Myös tämän tutkimuksen lähtökohtaolettamuksissa itseyden säilyttäminen ja hyvän elämän eläminen kohti

---

<sup>1</sup> *Ontologisilla ja eettisillä ratkaisuilla tarkoitan hoitajan ihmistä, elämää ja maailmaa koskevia perusolettamuksia. Niiden muotoutumiseen vaikuttavat yksittäisen hoitajan kohdalla paitsi hoitotyön koulutus ja sosiaalistuminen tietynlaiseen hoitoyhteisöön aina myös hänen oma käytännöllinen harkintansa. Fronesis mahdollistaa itsen kohtaamisen (soolo), joka esimerkiksi Ollilan (1993) mukaan on tärkeä edellytys toisen (duetto) ja kolmannen (kuoro) kohtaamiselle. Toisen ja kolmannen kohtaaminen edellyttävät itsen kohtaamista, ja tämä voi toteutua joko eettisenä tai epäeettisenä. Kolmannella Ollila tarkoittaa kohtaamisprosessin kontekstuaalisten, tiedostamattomien ja ”esiin ilmaantuvien” tekijöiden kokonaisuutta, jonka vaikutus erityisesti hoidollisessa kohtaamisessa muodostuu hyvin merkittäväksi. Toisen kasvoissa voi nähdä tuon kolmannen, ja samalla eettinen vastuu Toiselle laajenee koskemaan myös laajempaa kysymystä oikeudenmukaisuudesta. Kolmas luo ilmapiiriä, jossa elämme. Soolon ollessa eettinen kuorokin toimii eettisesti. Tähän perustuu Ollilan mukaan kohtaamisetiikan mukainen ja myös hoitotyössä välttämätön yhteisöllisyys.*



kuolemaa nähdään hoitotyön ideaaleina eli hoitotyölle suuntaa antavina ideoina.<sup>1</sup> On mahdotonta ajatella, että eläminen kohti kuolemaa voisi olla hyvää, ellei potilas voisi tuntea säilyttävänsä itseyytensä loppuun asti. Vaikka oikeus itseyden säilyttämiseen on terveydenhuollon lainsäädäntöön ja eettisiin ohjeistoihin perustuva normi,<sup>2</sup> kuolevan potilaan ja omahoitajan hoitosuhteessa sen toteutuminen sävyttyy tilanteisesti kuitenkin hyvin ristiriitaisilla tavoilla.

Mitä käsitteellä minuuks perimmältään ymmärretään? Yksilön suhteen omaan olemiseensa voi ajatella perustuvan hänen tietoisuuteensa omasta itsestään. Mikä sitten synnyttää tietoisuuden itsestä? Heideggerin (1986) mukaan täälläolon (Dasein) olemismuotoon kuuluu, että se jollakin tavalla ymmärtää itsensä omassa olemisessaan. Tämä antaa mahdollisuuden toisaalta olla oma itsensä ja

---

<sup>1</sup> *Lähtökohtaolettamusteni moraaliset perustelut löytyvät hoitotyön etiikasta, jossa erilaisten oikeudellisten ja moraalisten normien ja sääntöjen muodossa kuvataan, mikä on oikein ja mikä väärin sairaanhoitajan harjoittaessa ammattiaan (esim. Kalkas 1996b). Lisäksi eettinen erityisosaaminen, jota kuolevan potilaan hoitotyökin edustaa, on kuvattu erillisten ohjeistojen ja suositusten muodossa. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) kuolemaan eettisenä kysymyksenä (2002) sekä saattohoitoon (2003) liittyvistä ohjeistoista löytyvät nämä kuolevan potilaan hoitoa ja kohtelua tarkentavat suositukset. Näiden suositusten mukaan saattohoitovaihetta elävän potilaan elämä on eettisesti hyvää silloin, kun omahoitajan toimintaa ohjaa ideaali eli pyrkimys kuolevan potilaan parhaaseen mahdolliseen hoitoon. Tämä ideaali sisältää myös sekä kansainvälisissä (ks. esim. Kalkas ja Sarvimäki 1996) että kansallisissa (Suomen sairaanhoitajaliitto 1996) sairaanhoitajan eettisissä ohjeissa julkilausutut vastuullisesti toimivan ammatinharjoittajan toimintaperiaatteet, joiden perusarvoja ovat ihmisarvo, itsemääräämisoikeus, integriteetti sekä oikeudenmukaisuus. Kuolevan potilaan itsemääräämisoikeudesta säädetään myös laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (1992) ja siihen tehdyssä täsmennyksessä. Tämän lain mukaan myös kuolevan potilaan tulee saada vaikuttaa omaan jäljellä olevaan elämäänsä siten, että hän osallistuu kaikkiin omaa hoitoaan koskeviin ratkaisuihin ilmaisemalla hoitotahtonsa. Näin ollen kuolevan potilaan hoitaminen edellyttää myös omahoitajalta valmiutta pohtia hoitosuhteessa todentuvan hyvän elämän elämisen sekä itseyden säilyttämisen lähtökohtia. Yksittäisen omahoitajan kohdalla tämä tarkoittaa tietoiseksi tulemistä oman asiantuntijuuden normatiivisten rajojen olemassaolosta sekä niiden vaikutuksesta hoitosuhteeseen eletessä kohti kuolemaa (Lipponen 2002).*

<sup>2</sup> *Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) kuolemaa eettisenä kysymyksenä (2002) ja saattohoitoa (2003) koskevissa ohjeistoissa todetaan tärkeimmät saattohoitoa koskevat normit ja ohjeistot: Euroopan Neuvoston ihmisoikeussopimus ETS 164/1990, biolääketiedesopimus ETS 164 /1997, Suomen perustuslaki 731/1999, Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, Ammatinharjoittamislaki 559/1994, Kansanterveyslaki 66/1972, Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989, Lääkintöhallituksen terminaalihoidon koskeva ohjekirje No 3024/02/1980, kansainväliset (1973) ja kansalliset (1996) sairaanhoitajan eettiset ohjeet.*

toisaalta olla *kuka tahansa* (das Man) eli erkaantua itsestään. Nämä mahdollisuudet valitaan itse tai vaihtoehtoisesti niihin ajaudutaan. Siksi olemassaolokysymystä voidaan selvittää vain oman *eksistoin* avulla. Näin saavutettua tietoisuutta omasta itsestä Heidegger kutsuu *eksistenttiseksi ymmärrykseksi* (Heidegger 1986, 125-128).

Kysymys minuudesta nostaa esiin myös filosofisen antropologian perinteisen metafysiikan vastaisen yrityksen ymmärtää ihmisen *"henkisyttä"* juuri sellaisena kuin se näyttäisi elämässä toimivan. Jo Plessner näki hengen ihmisten (persoonien) välillä mahdollistavan oman identiteetin löytymisen (Laine 1989, ks. myös Laine 1993). Vaikka Buber ei hyväksynyt Plessnerin ajatusta yhteisöllisyydestä eli persoonien välisestä me-maailmasta, hänenkään mielestään filosofian lähtökohtana ei voi olla ainoastaan autonominen Minä, vaan ihminen voi tulla Minäksi ainoastaan Sinän kautta Minä-Sinä-suhteessa (Buber 1962a, 83-85). Persoonaksi tulemisen edellytyksenä on silloin juuri tuon yksilön rajoitetun minuuden ja yksilöllisen kokemismaailman ylittäminen. Heidegger puolestaan tarkoittaa tällä kanssaolemista,<sup>1</sup> joka kuuluu maailmassa olemiseen. Taylorin (1995) mukaan se tapahtuu kanssakäymisessä itselle merkittävien toisten (significant others) kanssa. Jotta ihminen ylipäättään voi määritellä minuutensa, hän tarvitsee puhetta eli kieltä. Kanssaolemisessa puhe ikään kuin jaetaan. Dialogisessa *"kanssaolemisessa"* juuri kieli tekee ihmisestä toimivan, kykenevän ymmärtämään minuuttansa siten, että hänen on mahdollista joko hyväksyä tai hylätä muiden ihmisten meissä muodostamia näkemyksiä.

Tässä tutkimuksessa kuolevien potilaiden puheista käy ilmi, että minuuden säilyttämistä pidetään oikeutena loppuun asti. Omaa subjektiviteettia rakennetaan siten, että saattohoidon diskursiivissa puheikäytännöissä syntyneitä kokemuksia peilataan elettyyn elämään, kotiympäristössä elämiseen ennen laitokseen siirtymistä sekä omaan persoonaan. Subjektiviteetin tuottamisen sosiaalisissa käytännöissä tuovat tutkimuksissaan esille myös Silverman (1987), Peräkylä (1990), Saarenheimo (1997), Potter (1998) ja Gubrium and Holstein (2001). Ihmisyksilöä ei heidän mukaansa voi tarkastella valmiiksi määriteltynä tietynlaisia psykologisia ominaisuuksia omaavana olentona, vaan juuri diskursiivinen puhumiseen ja ymmärtämiseen liittyvä käytäntö tuottaa subjektin (ks. myös Foucault 1980).

Muistelupuheissa oikeutta oman minuuden säilyttämiseen rakennetaan siten, että korostetaan kovaa työntekoa, itsenäistä yrittämistä, uhrautumista, oikein elämistä ja huolenpitoa. Kuolevien potilaiden arvostamina asioina ne ilmentävät heidän käsityksiään hyvin eletystä ja joskus jopa sankarillisesta elämästä (ks.

---

<sup>1</sup> Heideggerin (1986, 125) mukaan *"elävä vastavuoroinen toisten tunteminen"* on riippuvaista siitä, missä määrin oma täälläolo (*Dasein*) on ymmärtänyt itsensä eli missä määrin olemuksellinen kanssaoleminen muiden kanssa on paljastanut itseään.

myös Fry 1990, Corr 1991, Nores 1993, Dunahoo et al. 1996, Saarenheimo 1997, Molander 1999a). Hoitotilanteissa tapahtuva muisteleminen auttaa myös omahoitajia ymmärtämään eletyn elämän nykyisyyteen jättämiä jälkiä ja tukemaan siten potilaita heidän omista lähtökohdistaan käsin elettyä kohti kuolemaa.

Subjektiviteetin rakentamisesta on kyse myös silloin, kun kuolevat potilaat peilaavat minuutensa säilyttämistä omassa kotiympäristössä toteutuvaan vapauteen ja itsenäisyyteen ennen laitospäristöön siirtymistä. Sairauden etenemiseen liittyvästä voimien heikkenemisestä huolimatta juuri minuuden säilyttäminen tekee elämisestä elämisen arvoista (ks. myös Lipponen 1997). Vastaava käsitys tulee esiin myös Tedren tutkimustuloksissa. Hän kirjoittaa kotiympäristössä toteutuvista ”hoivan sanattomista sopimuksista”, jotka määrittävät kodin yksityiseksi sekä siellä asuvan ihmisen itse itsestään huolehtivaksi ja itseään määrääväksi. Viime kädessä kodin yksityisyyttä säätelee avun tarvitsijan henkilökohtainen elämäntilanne. (Tedre 1999, ks. myös Julkunen 1995, Granfelt 1998, Kainlauri 1998) Kun kotona ei enää selviydy ja laitokseen on pakko siirtyä, omaa elämää halutaan jatkaa mahdollisimman normaalilla ja kodinomaisella tavalla. Vaikka ymmärrys voimien heikkenemisestä auttaa kuolevaa potilasta vähitellen sopeutumaan ja pitämään jopa neljän hengen rauhatonta potilashuonetta viimeisenä kotinaan, ajatus oman kodin tai muun omaisuuden omistamisesta lujittaa uskoa oikeuteen säilyttää minuutensa loppuun asti. Myös omahoitaja voi ymmärtää syvemmin sekä minuuden säilyttämisen että sen menettämisen merkityksen kuolevalle potilaalle, kun hän näkee tämän kotiympäristön ja oppii tuntemaan potilaan tietynlaisena ihmisenä ennen kuin tämä siirtyy laitoshoidon. Vastaavanlaiseen tulokseen päätyy tutkimuksessaan myös Tedre (1999).

Tässä tutkimuksessa kuolevat potilaat rakentavat subjektiviteettiaan peilaamalla minuutensa säilyttämistä myös omaan persoonallisuuteensa. Esimerkiksi Ahlman (1953) rinnastaa persoonallisuuden käsitteeseen ”*varsinainen minä*”, jolla hän tarkoittaa itsensä moraalisisessa mielessä löytänyttä ihmistä. Ihminen voi tulla tietoiseksi itseystään tuntiessaan esimerkiksi jonkin suhtautumistavan ”*syvimmän minuutensa*” mukaiseksi. Tämä arvokas on kytkeytynyt ja päässyt esiin hänen varsinaisessa minuudessaan. Silloin ihmisen on mahdollista tuntea ja tunnistaa vastaavanlaista arvokasta myös toisissa ihmisissä, heidän varsinaisissa minuuksissaan. Juuri tämänkaltainen tunne on toisia ihmisiä kohtaan tunnetun rakkauden ja kunnioituksen perustana. (Ahlman 1953.) Rakkaus ja toisen ihmisen kunnioittaminen kuuluvat myös Minä-Sinä-suhteen kaltaisiin ihmissuhteisiin, joita kuolevan potilaan ja omahoitajan hoitosuhde parhaimmillaan myös tässä tutkimuksessa edustaa.

Myös potilaiden puheet ulkonäöstä huolehtimisesta paljastavat, että minuuden säilyttäminen on merkittävää erityisesti naisena olemiselle kuoleman läheisyydestä huolimatta. Tämä näkökulma ei tule selkeästi esille aikaisemmissa

kuolemaa käsittelevissä tutkimuksissa. Esimerkiksi Utriainen (1999) kirjoittaa naisesta kuolevan hoitajana, mutta hän ei varsinaisesti tarkastele kuolevana naisena olemista. Feminiininen ei hänen mukaansa liity kuolemaan, vaan kuolevan hoitajana toimimiseen ja sen edellyttämään läheisyyteen. Jos kuolevan potilaan naisena olemista ei hoitosuhteessa huomioida, voiko kuoleva potilas tuntee säilyttävänsä minuutensa loppuun asti?

Puheissa vuorovaikutuksesta, omahoitajasta, ammattitaidosta ja oppimisesta niin potilaat kuin hoitajatkin tuottavat yhteisesti jaettua tulkintaa sairaalasta laitosympäristönä ja asiantuntijuuteen kytkeytyvästä vallasta. Samalla tarkastelunäkökulma siirtyy edellisiä tulkintaresursseja enemmän omahoitajan toimintaan hoitosuhteessa.

### ***Sairaala laitosympäristönä sekä potilaan ja hoitajan roolit***

Saattohoidon institutionaalinen<sup>1</sup> laitosympäristö rajaa puheiden esittämipaikkana sekä tulkintaresursseja että potilaiden ja hoitajien tapoja käyttää niitä. Tietoisuuteni tutkijana tästä kohtaamisympäristöstä näkyy siinä, että olen nimennyt toiminnan sairaalassa<sup>2</sup> tapahtuvaksi saattohoidoksi ja sen osapuolet kuoleviksi potilaiksi ja omahoitajiksi. Kyse ei kuitenkaan ole vain minun tiedostani, vaan ennen kaikkea edellä esittämistäni tutkimustuloksista on luettavissa se, millä tavalla nämä osapuolet ovat asettuneet laitosympäristössä omiin rooleihinsa. Buberin (1962a, 81) mukaan sosiaaliset roolit ovat monologisen elämän perusmuotoja. Niissä toimiessaan niin kuoleva potilas kuin omahoitajakin on *kuka tahansa*, jos hän vain kykenee käyttäytymään sekä

---

<sup>1</sup> Buber 1962a, 106. Buberin mukaan instituutio on jossain määrin järjestäytynyt ja harmoninen struktuuri, jossa tärkeinä pidettyjä asioita hoidetaan yhteisymmärryksessä, ks. myös Peräkylä 1998, Bourdieu 1998, Scott 1995, Horton & Hunt 1984. Peräkylä näkee instituutioina tietyt yhteiskunnan viralliset järjestelyt, joihin hän katsoo myös terveydenhuollon kuuluvan. Instituutiona se nojaa lainsäädäntöön ja sen toimintaan liittyy muodollisten sääntöjen rajoittama päätöksentekoa ja seuranta. Bourdieu sen sijaan kuvaa perhettä esimerkkinä sosiaalisista instituutioista. Hänen mukaansa instituutiota voikin tarkastella yhteisen todellisuuden yhteisöllisenä rakennusperiaatteena, jolloin sen sisältämien sosiaalisten suhteiden olemassaolo perustuu ennen kaikkea niiden yhteiseen tunnustamiseen. Myös Horton ja Hunt käyttävät perhettä esimerkkinä määriteltessään instituutiota. Sosiaalisten suhteiden lisäksi he painottavat yhteisten arvojen, normien, ideaalien sekä käyttäytymismallien merkitystä. Scott puolestaan korostaa instituution normatiivisen rakenteen saavan aikaan pysyvyyttä sosiaalisessa käyttäytymisessä. Nämä määritelmät soveltuvat hyvin myös sairaalaan instituutiona.

<sup>2</sup> Utraiasen (1999) mukaan myös saattohoitokoti on selkeästi sairaala, jossa kuolevat nähdään potilaina ja heihin suhtaudutaan hyvin pitkälti ongelmanratkaisukeskeisesti. (Ks. myös Costello 2001.)

roolinsa että hoitoyhteisössä vakiintuneiden sääntöjen ja määräysten edellyttämällä tavalla.<sup>1</sup>

Potilaan ja hoitajan rooleissa tuotetut puheet laitosympäristössä hoitamisesta paljastavat yhteisesti jaetun kulttuurisen käsityksen siitä, että sairaalaan tullaan saamaan hoitoa ja tässä hoitamisessa arvostetaan ennen kaikkea tiettyjen teknisten toimenpiteiden tekemistä. Toimenpiteet edustavat sitä konkretiaa, joka luo paradoksaaliseen elämäntilanteeseen hallinnan vaikutelmaa (ks. myös Lipponen 2002). Vaikka kummankin osapuolen puheissa vedotaan hoitajan tietämiseen ja osaamiseen, niiden näkyvyyttä painotetaan hoitosuhteen toimivuuden kannalta eri tavoilla. Toimenpiteiden hallinta merkitsee hoitajille niiden *näkyvyyttä* hoitotilanteissa vuorovaikutuksen korostuessa, kun taas potilaat arvostavat konkreettisen hoitotyön *näkyväksi tekemistä* vuorovaikutuksen jäädessä aluksi enemmän taustalle. Billig (1988) näkee tämänkaltaiset arkielämän ristiriitaisuudet myönteisessä valossa, koska juuri näkökulmien vastakkaisuus mahdollistaa ajattelun ja toimii siten myös lähtökohtana dialogisuudelle. Tämän tutkimuksen tulokset osoittavat, että laitosympäristössä toimivan hoitajan tekninen taitavuus luo juuri näkyvyytensä vuoksi luottamusta herättävän perustan, johon kuolevan potilaan on helppo tarttua ja jolle kohtaamista voidaan hallitsemattomassa elämäntilanteessa rakentaa. Myöskään Mönkkösen (2002) mukaan pelkkä puhetaito ei takaa dialogista kohtaamista. Vuorovaikutussuhteessa siihen tarvitaan aina jonkinlainen oikeutus, joka voi perustua esimerkiksi ihmisten suhteellisen pysyviin toimintatapoihin. Kirmasen (1999) mukaan puheen merkityksen ylikorostamisella saatetaan joskus jopa sulkea tarkastelun ulkopuolelle sellaisiakin merkityksiä, jotka eivät aina tule esiin vuorovaikutuksessa. Onko kysymys kulttuurisesta resurssista, jota voitaisiin hyödyntää laajemminkin hoitotyön käytännössä?

Hoitajan tekninen taitavuus ei yksinään takaa sitä, että kuoleva potilas voisi säilyttää minuutensa laitosympäristössä. Institutionaalisessa vuorovaikutuksessa on kyse ennen kaikkea kuolevan potilaan ja omahoitajan kohtaamisesta *rooleissa*, mikä on luonteeltaan yksisuuntaista eli monologista (Buber 1962a, 81). Tässä tutkimuksessa kohtaamisen yksisuuntaisuudesta kertoo esimerkiksi hoitajan tukeutuminen puheessaan neutraloivan passiivimuodon käyttöön. Sen avulla hänen on helppo perustella vaikeatkin asiat potilaalle, mutta

---

<sup>1</sup> Vrt. Tönnies 1935. *Ihmisen yksisuuntaista ja molemminpuolista suhtautumista toiseen ihmiseen voi verrata myös käsitepariin Gesellschaft (seurallisuus) – Gemeinschaft (yhteisö, yhteiskunta, yhteisyys), jotka Tönnies on määritellyt kirjassaan Gemeinschaft und Gesellschaft. Käsite Gemeinschaft merkitsee rakentavaa ja aitoa yhdessä elämistä. Sitä voi verrata yhteisyyteen, joka syntyy Minä-Sinä-suhteessa ihmisten avautuessa toisilleen. Gesellschaft puolestaan tarkoittaa ohimenevää ja näennäistä elämää, joka sopii Minä-Se- suhteeseen.*

samanaikaisesti etäisyys heidän välillään kasvaa.<sup>1</sup> Vastaava käsitys hoitohenkilökunnan tukeutumisesta neutraloivaan puheeseen laajemminkin terveydenhuollossa tulee esiin myös aikaisemmissa tutkimuksissa (ks. esim. Drew and Heritage 1992, Peräkylä 1998, Mäkinen 2002). Sorjosen (1996) mukaan myös yleislääkärit tukeutuvat passiivin käyttöön välttääkseen moraaliseksi tulkittavissa olevia kannanottoja keskustellessaan potilaidensa kanssa vastaanottotilanteissa (vrt. Dryden and Mytton 1999).

Näihin potilaan ja hoitajan Minä-Se-maailman ”roolipuheisiin”<sup>2</sup> kytkeytyy myös eri tavoin tulkittuja oikeuksia ja velvollisuuksia, joihin vetoamalla voidaan puolin ja toisin säädellä kohtaamisen luonnetta hoitosuhteessa toisilleen hyvinkin ristiriitaisilla tavoilla (ks. myös Harre’ and van Langenhove 1999). Tämän tutkimuksen tuloksista ilmenee, että itsemääräämisoikeuden kannattajana hoitaja rohkaisee kuolevaa potilasta pitämään puoliaan hoitoyhteisön tasavertaisena jäsenenä. Sen sijaan valtaa käyttävänä alistajana hän ilmaisee tietävänsä paremmin, miten potilaan roolissa tulee käyttäytyä. Silloin laitosympäristö päiväjärjestyksineen ja rutiinotoimintoineen rajoittaa kuolevan potilaan oikeutta säilyttää minuutensa loppuun asti. Hoitajan persoona ratkaisee, voiko kuoleva potilas näyttäytyä hoitosuhteessa puolensa pitäjänä vai hoitajan tahtoon alistuvana hoidon kohteena.

### ***Asiantuntijuuteen kytkeytyvä valta***

Vaikka hoitajan keskeinen tehtävä saattohoidossa on kuolevan potilaan omahoitajana toimiminen, potilas ja hoitaja eivät voi kohdata toisiaan aidossa Minä-Sinä-yhteydessä. Buberin (1962a) mukaan sen estää hoitosuhteen laatu. Koska hoitajalla on ammattikoulutukseen perustuva asiantuntijuutensa, potilaan ja hoitajan hoitosuhde ei voi kehittyä täydeksi molemminpuolisuudeksi edes eletessä kohti kuolemaa.

---

<sup>1</sup> Buberin ( 1962a, 86 – 99) mukaan keinojen maailma on esineellistä Minä-Se-suhteen maailmaa. Se on arkipäiväinen ja käytännöllinen maailmamme sisältäen ajan, tilan, kausaalisuuden ja intentionaalisuuden ulottuvuudet. Kokeminen kuuluu Minä-Se-suhteeseen, sillä siinä pyrkimyksenä on maailman haltuunottaminen ja siitä mielikuvan tekeminen. Kokemisen suunta on aina aktiivisesti Minuun päin ja Minun ehdoillani. Siksi ihmisellä, joka kokee, ei ole paikkaa maailmassa, sillä kokeminen tapahtuu hänen sisällään eikä hänen ja maailman välissä. Minä-Se-suhde ilmentääkin menneisyyden maailmaa, joka jää vaille nykyhetkessä tapahtuvaa kohtaamista. (Ks. myös Diamond 1967.)

<sup>2</sup> Heidegger 1986, 124. Heideggeria tulkiten sairaanhoitaja ja potilas ovat ”kaukana itsestään” roolia esittäessään. Mahdollisuus itsensä avaamiseen ja sulkemiseen perustuu juuri ihmisen ontologiseen perusrakenteeseen eli olemiseen toisen kanssa. Ks. myös Klemola 1998.

Mihin hoitajan asiantuntijuuteen kytkeytyvä valta sitten perustuu? Hoitotyössä se syntyy hänen tiedollisesta ja taidollisesta auktoriteettiasemastaan suhteessa potilaaseen (ks. myös Giddens 1995). Hoitosuhteessa myös kuoleva potilas tunnistaa tämän tulkintaresurssin. Tästä kertoo esimerkiksi se, että hän hyvin harvoin asettuu vastustamaan omahoitajansa asiantuntemusta. Potilas voi hoitajien kiireeseen ja suureen työmäärään vetoamalla selittää sitä, että joutuu odottamaan apua epäoikeudenmukaiselta tuntuvalla tavalla ja että työt jäävät kesken tai asiat unohtuvat hoitajilta. Hän myös uskoo, että toimimatonkin hoitosuhde korjaantuu ajan oloon. Kuoleva potilas saattaa jopa yrittää miellyttää kiireistä hoitajaa kätkemällä todelliset ajatuksensa, tunteensa ja murheensa epäoleellisista asioista puhumiseen, vaikenemiseen tai omatoimista selviytymistä viestittävään olemukseen (ks. myös Filipp 1996, Kuuppelomäki 1996, Lipponen 1997, 2002). Vastaava käsitys hoitajien kiireestä tulee esiin myös Mattilan (2001) ja Mäkisen (2002) tutkimuksissa. Huomatessaan hoitajien kovan työpaineen edes sairauden oireista kärsivät potilaat eivät kerro hoitajille vaivoistaan, vaan he jäävät odottamaan suotuisampaa hetkeä avun pyytämiseen. Sen sijaan Sandin (2003) tutkimuksessa kuolevat potilaat kertovat saavansa aina tarvitsemaansa apua kiireisiltä hoitajilta, vaikka he toisaalta toteavat välttelevänsä hoitajien häiritsemistä ja yrittävät hyvän ja vaivattoman potilaan roolissa selviytyä sekä omin avuin että perheen tuella. Ristiriitainen puhe paljastaa kuolevien potilaiden alistumisen laitospäristön ehdoilla tapahtuvaan hoitoon.

Hoitosuhteen toimivuutta arvioidessaan myös omahoitajat vetoavat velvollisuuteensa luoda hyvä suhde kuolevan potilaan kanssa. Hoitosuhteen hyvyys oikeutetaan hoitajan luottamuksellisella, toista ihmistä ja hänen elettyä elämänsä kunnioittavalla asenteella ja hyvä potilas määrittellään hoitoon sopeutuvaksi. Hoitosuhteen toimivuudesta annettavan palautteen odotetaan olevan molemminpuolista ja potilasta jopa rohkaistaan sen antamiseen. Positiivisen palautteen tulkitaankin olevan ehto töiden sydämellä tekemiselle ja hoitajan työssä jaksamiselle. Yhtenevä käsitys positiivisen palautteen antamisesta tulee esille myös Sandin (2003) tutkimustuloksissa. Hän kirjoittaa hyvien ja vaivattomien potilaiden antaneen hoitajilleen ”loistoarvostelut”. Näyttää siltä, että alistuessaan hyvän potilaan rooliin kuoleva ihminen ei todennu omana itsenään. Hän ei uskalla tuoda esiin omia toiveitaan, vaan miellyttääkseen hoitajaansa mieluummin alistuu, vaikenee ja jää yksin (ks. myös Hakanen 1991, Clover et al. 2004). Buberia (1962a, 81) tulkiten omahoitajan subjektiivisuus muodostuu näin ollen esteeksi kuolevan potilaan Sinänä kohtaamiselle. Hoitajan luomassa mielikuvien maailmassa potilas ei saa olla oma itsensä, vaan hänet määrittellään jo etukäteen tietynlaiseksi kuolevaksi potilaaksi. Tämänkaltaisessa hoitosuhteessa kaikki mitä on, on hoitaja-Minän määräämää. Toisen eli kuolevan potilaan kohtaaminen ei silloin ole mahdollista, eikä sitä edes pidetä tärkeänä.

Samoin hoitosuhteen toimimattomuutta selitetään vetoamalla hoitajien potilaiden luonteenpiirteistä tekemiin päätelmiin tai yhteensopimattomiin

henkilökemioihin.<sup>1</sup> Keskeiseksi ongelmaksi nousee silloin jo etukäteen hankalaksi leimatun potilaan vaikeneminen (vrt. Silfver et al. 1993). Omahoitajalla ei kiireen keskellä näytä olevan aikaa tai edes halua pysähtyä kuuntelemaan rooliinsa sopeutumaton potilasta. Hän pelkää kenties itse enemmän hiljaisuutta tai sitä, ettei hän osaa vastata potilaan esittämiin kysymyksiin (ks. myös Utriainen 1999, Mönkkönen 2002). Vaikeneminen herättää hoitajassa ennen kaikkea syyllisyydentunteita, joita hän pyrkii lieventämään vetoamalla potilaiden elämäntilanteen hallitsemattomuudesta johtuvaan haluttomuuteen puhua tai kyvyttömyyteen ilmaista itseään (vrt. Molander 1999b). Samalla hoitajan huomio kääntyy seikkoihin, jotka ohjaavat tarkastelemaan sekä potilasta että omaa itseä ulkoapäin. Jos potilaan ja hoitajan elämä on pelkkää omakohtaista kokemista ilman jaettua yhteistä, he eivät Buberin mukaan kohtaa toisiaan maailmassa olevina kokonaisvaltaisina persoonina. Silloin kokemus säilyy vain heissä, ei heidän ja maailman välissä, sillä maailmalla ei ole osuutta kokemukseen. Buber vertaakin ihmisen elämää tien kulkemiseen ja toteaa, että kohdatessamme meitä vastaan kulkevan ihmisen tunnemme vain oman osamme tiestä. Hänen osansa elämme ainoastaan kohtaamisessa. Jos potilas ja hoitaja eivät kohtaa tosiaan, he eivät voi löytää välillä olevaa voimavaroja antavaa elämäntietä. Silloin heidän ympärillään aukeaa ainoastaan Buberin kuvaama tyhjyys. (Buber 1962a, 100.)

Hankalalta potilaalta ei odoteta eikä häntä myöskään rohkaista antamaan hoitajalle palautetta, koska kuolevan potilaan hoitajaa kritisoiva puhe koetaan hyvin vaikeana. Lisäksi ristiriitaisissa hoitotilanteissa vedotaan hoitajan oikeuteen käyttää valtaa. Vallankäyttöpuhe oikeutetaan vetoamalla hoitajan asiantuntijuuteen sekä hänen velvollisuuteensa säilyttää ammatillisuutensa hoitajana. Buberin (1962a, 110) mukaan valta kuuluu Minä-Se-suhteeseen. Vallankäyttäjänä omahoitaja on kaikkietävä ja holhoava. Hän pyrkii objektiivomaan kaiken ympärillä olevan ja on siten esineellistävissä suhteessa sekä itseensä että kuolevaan potilaaseen. Samalla hän alistaa jo muutenkin alistuneen potilaansa, jolla ei ole enää voimia vaikuttaa omaan tilanteeseensa. Pyrkinessään säilyttämään minuutensa kuoleva potilas mieluummin kärsii kuin yrittää lähestyä hänet jo olemuksellaan tyrmäävää hoitajaa. Koska yhteyttä hoitajaan ei hoitosuhteessa synny, jää myös hyvän elämän ideaali toteutumatta.

### ***Läheisyyden ja etäisyyden paradoksaalinen samanaikaisuus***

Tulkintaresurssina läheisyyden ja etäisyyden paradoksaalinen samanaikaisuus läpäisee koko saattohoitotodellisuuden kytkeytyen kaikkiin edellä kuvattuihin kuolevien potilaiden ja heidän omahoitajiensa puheissaan käyttämiin

---

<sup>1</sup> Saarenheimon (2003) mukaan henkilökemia tarkoittaa arkipsykologista ajattelumallia, jonka mukaan vuorovaikutus joko sujuu tai ei suju riippuen osapuolten ”kemioiden” yhteensopivuudesta. Ks. myös Dunderfelt 1998.



kerroksellisiin tulkintaresursseihin. Puheissa ammattitaitoisesta hoitamisesta ja omahoitajasta tämä paradoksaalisuus näkyy erityisesti potilaiden ja hoitajien tavoissa vaihtaa positioita kesken samankin tulkintarepertuaarin.

Kuolevien potilaiden voinnin heiketessä ja heidän joutuessaan ”vuoteeseen sidotuiksi” fyysisen kosketuksen merkitys hoitosuhteessa korostuu. Potilaat tulevat entistä riippuvaisemmaksi omahoitajistaan ja heidän ammattitaidostaan. Vastaava käsitys tulee esiin myös Utraisen (1999) tutkimustuloksissa. Hän kirjoittaa saattohoitopotilaan ”*ruumiin vaiheistumisesta*”. Sairaalassa fyysinen ruumiillisuus korostuu, mutta se latautuu alusta alkaen myös erilaisilla laitosympäristön rytmiin ja potilaiden seurantaan liittyvillä sosiaalisilla merkityksillä. Kuolevan ihmisen ei tarvitse enää pelätä eikä hävetä sitä, että hänen ruumiinsa tarvitsee elääkseen ja kuollakseen toisia ihmisiä eli hoitajia. (Ks. myös Routasalo 1997, Costello 2001, Saarenheimo 2003, de Araujo and da Silva 2004, vrt. Toombs 1993.) Tämän tutkimuksen mukaan potilaille ei kuitenkaan riitä, että omahoitaja on vain teknisesti ammattitaitoinen. Otteiden ja toimenpiteiden synnyttämä varmuus ja turvallisuus luovat ainoastaan perustaa, jolle luottamuksellista kohtaamista voidaan rakentaa. Todellisesta ammattitaidosta kertoo vasta hoitajan teknisen taitavuuden ja läheisyyttä viestittävän myötäelämisen samanaikainen ilmeneminen hoitosuhteessa. Tällaisen omahoitajan selitetäänkin olevan muiden hoitajien joukosta erottuva ihminen, joka hyväksyy myös potilaansa sellaisena kuin hän on - omana itsenään. Jos omahoitajaa ei sen sijaan ole nimetty tai hän jää potilaalle syystä tai toisesta etäiseksi, kuvitelluista hoitajista puhuminen tai entisten omahoitajien idealisoiminen ovat kuolevien potilaiden keinoja selviytyä ja tyydyttää läheisyyden kaipuutaan hallitsemattomassa elämäntilanteessa. Puheet kuvitelluista hoitajista muistuttavat myös Lipposen ja Sandin (1993) tutkimuksessa esiin tullutta mallia hyvästä hoitajasta, jota kuolevat potilaat kehittelevät ajatuksissaan. Sen elementteinä toimivat abstrakti malli täydellisestä ihannehoitajasta, todelliset hoitajat sekä tilanteet, joissa hoitotoiminnot todellisuudessa tapahtuvat. Se on kuvitteellinen ja jatkuvasti käytännön hoitotilanteissa täydentyvä eräänlainen suhteiden ja ominaisuuksien verkosto, johon potilaat vertailevat kokemuksiaan omahoitajista.

Voidakseen auttaa kuolevia potilaita saattohoidossa toimivat omahoitajat tarvitsevatkin erityisvalmiuksia.<sup>1</sup> Puheilla saattohoitajaksi kasvamisesta

---

<sup>1</sup> Myös Mok and Chiu (2004) ja Hopkinson et al. (2003) kirjoittavat tutkimuksissaan hoitajien saattohoidossa tarvitsemista erityisvalmiuksista. Mok and Chiu korostavat tutkimustuloksissaan hoitajan persoonallisuuden ja hoitotaitojen samanaikaisuutta kuolevan potilaan hyvinvoinnin turvaamiseksi. Hopkinson et al. kehittivät puolestaan saattohoidon olemuksellisia puolia kuvailevan mallin tavoitteenaan helpottaa kuolevien laitospotilaiden hoidossa toimivien hoitajien työssä jaksamista. Mallin avulla hoitajien on mahdollista oppia uusi tapa ymmärtää saattohoitoon liittyviä kokemuksiaan, jolloin he voivat itse paremmin. Silloin myös heidän potilaansa saavat laadukkaampaa hoitoa.

selitetään hoitosuhteessa tarvittavan ammattitaidon prosessinomaista kehittymistä. Vain kasvamalla hoitaja voi oppia oivaltamaan oman sopivuutensa saattohoitajaksi sekä ymmärtämään läheisyyden ja etäisyyden paradoksaalista samanaikaisuutta eletessä kohti kuolemaa (ks. myös Lipponen 1997, 2002, Utriainen 1999).

Buberin (1962a, 120) mukaan ihmisellä on Minä-Sinä-yhteyden alkuperään perustuva kutsumus<sup>1</sup> todelliseen olemisen yhteyteen. Hänen on vastattava kutsuun, ja voidakseen tehdä sen hänen on opittava ottamaan välimatkaa omistamista ja valtaa janoavaan Minä-Se-maailmaan. Buberin kuvaamasta kutsuun vastaamisesta voi löytää yhteneviä piirteitä Heideggerin ”silleen jättämisen” asenteen kanssa.<sup>2</sup> Kummankaan filosofin mukaan kohtaamisen päämäärää ei tiedetä ennalta, vaan se syntyy vasta kohtaamistilanteessa. Voidakseen vastata kutsuun on ”*muutettava paitsi päämäärää myös kulkemisen laatua*” (Buber 1962a, 149). Näin ollen omahoitajan dialoginen suhde potilaaseen voi todentua ainoastaan silloin, kun hän oppii luopumaan yrityksistään määrittää päämäärää potilaansa kohtaamiselle eikä näe toista vain välineenä pyrkiessään omiin päämääriinsä. (Buber 1962a, 85.) Vasta kyetessään luopumaan vallanhalustaan hän onnistuu vastaamaan Toisen (kuolevan potilaan) kutsuun. Samalla omahoitaja voi ymmärtää molemminpuolisen yhteyden merkityksen omalle kasvulleen ja oivaltaa, että myös hänen kuolevat potilaansa kasvattavat häntä. (Buber 1962a, 88.)

Tässä tutkimuksessa yhteyden löytyminen hoitosuhteessa merkitseekin hämmäntävää ja käsin kosketeltavana toteutuvaa läheisyyden tunnetta. Se pysähdyttää hoitajan miettimään tapahtunutta, mutta perimmäistä syytä ilmiölle on mahdotonta löytää. Yhteys on, se tulee ja pysyy, ja samalla puhe kokonaisvaltaisen hoitamisen ytimestä tarkentuu kuolevan ihmisen käytettävissä olemiseksi hänen sitä tarvitessaan. Tätä yhteyttä ei kuitenkaan synny kaikkien potilaiden kanssa, ja siksi myös etäisyyden ja vierauden tunteet kuuluvat saattohoitoon. Kuolevan potilaan hoitajana jaksaminen edellyttääkin omien rajojen oppimaan tuntemista. Toisinaan etäännyttäminen voi olla hoitajalle ainoa keino selviytyä vaikeasta tilanteesta. Jos etäisyys sen sijaan jää kuolevan potilaan

---

<sup>1</sup> *Kutsumuksella tarkoitan Heideggerin (1986) esille tuomaa situationaaliseen hetkeen liittyvää froneettista eli käytännölliseen järkeen perustuvaa herkkyyttä kuulla toisen ihmisen kutsu ja vastata siihen.*

<sup>2</sup> *Buber 1962a, 120, Varto 1991. ”...jättäytyminen on ajattelun olemukseen kuuluva tahdosta riippumaton piirre, joka toteutuu, kun ihminen hylkää pyrkimyksensä tietää...luopuessaan subjekti-objekti-asetelmasta ihmiselle on luonnollista kuunnella sitä alkuperäistä yhteenkuuluvuutta, joka ihmisen ja todellisuuden välillä on, onhan ihminen joka tapauksessa aina ensin osa todellisuutta ennen kuin hän irrottautuu siitä tiedon tekniikoillaan.”*

ja omahoitajan yksinomaiseksi tunteeksi, saattohoito toteutuu ainoastaan teknisenä ja ulkokohtaisena tehtävien suorittamisena ja kuolevasta potilaasta tulee esineen kaltainen hoidon kohde. Silloin vallankäyttäjänä toteutuva omahoitaja alistaa pelokkaan tai vastustelevan potilaansa toimimaan laitossympäristön rutiinien edellyttämällä tavalla vuorovaikutussuhteen jäädessä yksisuuntaiseksi.

### *5.5.2. Läheisyys ja etäisyys kuolevan potilaan hoitotodellisuudessa*

Kuolevan potilaan ja omahoitajan hoitotodellisuudessa jatkuvasti ilmenevä läheisyyden ja etäisyyden paradoksaalinen samanaikaisuus muistuttaa Buberin (1962a, 93-94) kuvaamaa ”olemisen alkuperäistä ja jakamatonta yhteyttä”, josta syntyy sanaparien Minä-Sinä ja Minä-Se ”henkinen todellisuus luonnonmukaisena liittyneisyytenä ja erottautumisena”.<sup>1</sup> Kehittyvä ihminen liukuu vähitellen tästä luonnonmukaisesta maailmaan liittyneisyydestä henkiseen liittyneisyyteen eli yhteyteen. Luonnonmukainen maailmaan liittyneisyys säilyy hänessä kuitenkin läpi elämän eräänlaisena yhteyden apriorisuuteen perustuvana ”salaisena toivekuvana”, jota Buber konkretisoi tukeutuen vanhaan juutalaiseen myyttiin. Tämän myytin mukaan ihminen tietää kaiken ollessaan äitinsä kohdussa, mutta unohtaa sen syntymänsä hetkellä. (Buber 1962a, 94-96.) Onko niin, että dialogin kaltaisessa hoitosuhteessa, jossa Minä-Sinä-ideaali suuntaa arvona omahoitajan suhdetta potilaaseen, kuoleva ihminen voi jollakin tasolla tavoittaa tämän alkuperäisen<sup>2</sup> liittyneisyytensä? Ajatustani tukee Levinasin (1987) läheisyydestä ”alkuperäisenä kielenä” esittämä ajatus. Hän näkee sen ilman sanoja ja lauseita toteutuvana ”puhtaana kommunikaatiivisena kosketuspintana”, jonka välityksellä olemme toistemme kanssa. Näin ollen omahoitaja voi saada aavistuksen tästä salaisesta toivekuvasta tulkitessaan lähellä kuolemaa elävän potilaan sanattomia viestejä. Olemus, asennot ja läheisyyden tarve ilmentävät potilaan kaipausta palata ”luontoäidin kohtuun”.

---

<sup>1</sup> Buberin mukaan ihmisen tietoisessa elämässä on kyse ainoastaan kosmisen olemisen paluusta inhimillisenä tulemisena. Niinpä perussanaparien Minä-Sinä ja Minä-Se vastakkaisuus kuuluukin nimettömässä totuudessaan luomiseen.

<sup>2</sup> Alkuperäisellä liittyneisyydellä tarkoitan tässä ihmisen kosmista liittyneisyyttä. Siitosen (2002) mukaan ihmisen syntymän ja kuoleman välille muodostuva elinkaari on ainutlaatuinen tapahtumasarja maailmassa, jossa omaa elämää suhteutetaan niin läheisten kuin muidenkin ihmisten elämään. Oma elämä puolestaan on osa elämän laajempaa prosessia, kasvi- ja eläinkuntaa sekä lopulta osa maailmankaikkeutta. Kuitenkin tarkastelemme itseämme ja todellisuuttamme vain minäkohtaisesta näkökulmasta, mikä merkitsee, että olemme yksilöitä kaikista yhteisöllisistä sidonnaisuuksistamme huolimatta. Ihminen ei voi muistaa syntymäänsä, eikä hän tule kokemaan omaa kuolemaansa. Elämä on rajallinen, mutta ihmisen kokemukentässä elämä ja elämän todellisuus ovat läsnä tietyllä tavalla rajattomina.

Kuolevan potilaan todellisuuden kannalta keskeisten merkitysten ja ainutlaatuisen elämäntarinan paljastuminen vapauttaa sekä potilaan että hoitajan kohtaamaan toisensa tasavertaisina ihmisinä hoitosuhteessa. Kun potilas luottaa hoitajaansa, hän voi hyväksyessään oman lähestyvän kuolemansa turvallisesti ”taantua lapsen tasolle”. Tätä taantumaa viestittää hoitajalle erityisesti potilaan asento, joka muistuttaa aika ajoin sikiöasentoa. Dialogin kaltaisessa hoitosuhteessa ei myöskään hoitaja pelkää potilaansa läheisyyttä. Kun ”*reitti*” alkaa olla selvä, menettää puhe vähitellen merkityksensä ja jäljelle jää ainoastaan dialogisen kosketuksen ja läheisyyden elämää ylläpitävä voima. ”*Keppi ja kengät*” on asetettu lähtövalmiiksi paikoilleen. (Lipponen 2002.) Omassa konkreettisuudessaan niiden voi tulkita kertovan kuolevan potilaan salaisesta toiveesta palata takaisin ”*olemisen alkuperäiseen ja jakamattomaan kosmiseen yhteyteen*” (Buber 1962a, 93-100). Edellä kuvatun kaltaisen läsnäolon kokeminen jättää myös kuolevan potilaan omahoitajalle kaipauksen Minä-Sinä-yhteyteen, joka antaa hänelle voimia kestää yhä uudelleen yllättäen eteen tulevat, hetkittäiset ja vaativat kohtaamistilanteet. Kuten Buber toteaa:

”Kohtaamiset eivät järjesty osaksi maailmaa, mutta jokainen on merkki maailman järjestyksestä (Buber 1962a, 100).”

Kuolevan potilaan hoitaminen ei kuitenkaan ole pelkkää kohtaamista, vaan ammatillisena suhteena se vaatii omahoitajalta taitoa jatkuvaan tasapainoiluun hoitotyön normatiivisissa rajoissa todentuvien Minä-Sinä- ja Minä-Se-suhteiden välillä (ks. myös Lipponen 2002).

Koska hoitava yhteys on Buberin (1962a) kuvaamien terapiasuhteiden tavoin yhteensopimaton täyden molemminpuolisuuden kanssa, myös kuolevan potilaan hoitaminen edellyttää omahoitajalta sekä kohtaamisessa elämistä että vetäytymistä. Vetäytymisellä tarkoitan tässä hoitajan kykyä olla kuormittamatta kuolevaa potilasta omilla henkilökohtaisilla huolilla ja murheillaan. Hoitosuhde ei ole enää ammatillinen, jos potilas alkaa kokea tapahtumat hoitajansa näkökulmasta.

Hoitavan kohtaamisen todentuessa omahoitaja on parhaimmillaan auttaessaan kuolevaa potilasta löytämään merkityksilleen uuden yleisyystason tai vaihtoehtoisen tavan ymmärtää maailmaa (ks. esim. Varto 1994). Mahdollistuuko muutos, riippuu täysin potilaasta, sillä kohtaamisessa ei suinkaan ole kyse toisen puolesta elämisestä vaan ainoastaan vaihtoehtoisen tien osoittamisesta. Potilaan mukaan tämä merkitsee ”*empaattista ymmärtämistä*” tai ”*mahdollisuuksien tietämistä*” (ks. myös Lipponen 1997, 2002). Kuolevan potilaan hoitotyössä toimivaa omahoitajaa voikin verrata Hammarsjöldin (1984) kuvaamaan tiennäyttäjään. Voidakseen näyttää toiselle tien se on tunnettava ensin itse. Tiennäyttäjän tärkein tehtävä on osoittaa erilaisia vaihtoehtoja, mutta hänkään ei valitse toisen puolesta. Tiennäyttäjän tavoin myös omahoitaja kulkee kuolevan potilaan vierellä ohjaten ja tukien silloin, kun eläminen kohti kuolemaa

synnyttää kärsimystä ja pelkoa. Suuntaa ei vaikeuksien ilmaantuessa muuteta vaan tarvittaessa pysähdytään lepäämään. Tien näyttäminen onkin parhaimmillaan kuolevan potilaan auttamista löytämään kaipauksensa kohde. Omahoitajalta se vaatii ennen kaikkea nöyryyttä, sillä kuolevaa ihmistä ei voi auttaa, ellei itse ole tietoinen samoista asioista kuin autettava. Siksi kuolevaa ihmistä onkin etsittävä sieltä, missä hän juuri sillä hetkellä on (Buber 1962a, 100).

Auttaminen tietä näyttämällä ei kuitenkaan merkitse sitä, etteikö tavoitteiden ja päämäärien asettaminen myös kuolevan potilaan hoitotyössä olisi mahdollista tai kuuluisi hoitajan velvollisuuksiin. Tavoitteita asettaessaan hänen on koko ajan oltava selvillä hoitamisen suunnasta ja tarkoituksesta. Omahoitajan tehtävä on puuttua tilanteeseen hetkellä, jolloin kuoleva potilas ei vointinsa huononemisen vuoksi enää kykene löytämään omaa tietään. Silloinkaan hän ei saa unohtaa, että hoitaminen on tien osoittamista. Tasapainoilemalla Minä-Sinä- ja Minä-Se-suhteiden välillä omahoitajan on mahdollista kuulla kuolevan potilaan toiveet ja ymmärtää niiden paradoksaalinen merkitys eletessä kohti kuolemaa (ks. myös Lipponen 2002).

Jos omahoitajalta sen sijaan puuttuu kyky ymmärtää tätä läheisyyden ja etäisyyden samanaikaisuutta hoitotyössä ja hän arvostaa ainoastaan asiantuntijuuteen perustuvia teknisiä taitoja, hänen tapansa tarkastella toista ihmistä estää häntä tiedostamasta kuolevan potilaan todellisuuden kannalta keskeisiä merkityksiä ja elämäntarinaa. Hän tyytyy ainoastaan keräämään yksittäisiä, potilaan hyvän elämän ja itseyden säilyttämisen kannalta täysin merkityksettömiä yksittäistietoja. Esineellistäessään näin potilaansa mitään sanomattomaksi hoidon kohteeksi omahoitaja etäännyy ”*keneksi tahansa*” ja jää tässä jokapäiväisyyden roolissaan vaille dialogisen kohtaamisen elämää ylläpitävää voimaa.

Kuten hoitaminen myös potilaana oleminen vaatii taitoa. Ei ole itsestään selvää, että ihminen osaa tai haluaa olla potilas edes kuoleman lähestyessä. Kenties hän ei ole koskaan aikaisemmin ollut sairas tai hänen kokemuksiinsa potilaana olemisesta sisältyy yksinomaan pelkoja ja turvattomuutta. Myös kuolevalta potilaalta saattaa puuttua vastaanottamisen kyky, jota esimerkiksi Eriksson (1989) kutsuu nöyryyden taidoksi. Toisaalta potilaan on myönnettävä itselleen oikeus olla hoidettavana ja oivallettava, että hoitamiseen sisältyy vielä kuoleman lähestyessäkin sekä toivoa että ennalta aavistamattomia mahdollisuuksia. Toisaalta kuolevalla potilaalla on oltava oikeus kieltäytyä hoidosta niin halutessaan. Näin ollen kuolevalla potilaalla tulee olla mahdollisuus sekä edetä että perääntyä maailmassa, jossa hoitaminen tapahtuu. Tämä konkretisoituu ainoastaan omahoitajan kyetessä säätelemään läheisyyttä ja etäisyyttä hoitosuhteessa eli tasapainoilemaan normatiivisissa rajoissa todentuvien Minä-Sinä- ja Minä-Se-suhteiden välillä. Kuolevan potilaan näkökulmasta tämä tasapainoilu näyttäytyy eräänlaisena omahoitajan

toteuttamana ”*rinnalla kulkemisena*”, joka mahdollistaa itseyden säilyttämisen ja hyvän elämän elämisen kuolemaa lähestyttäessä.

## 6 POHDINTA

### 6.1 Tutkimuksen tulosten tarkastelu

Palaan tässä alaluvussa esittämiini tutkimustehtäviin sekä niitä sivujuonteena täydentäviin eettisiin lähtökohtaolettamuksiin. Pohdin, millaisia vastauksia olen tutkimukseni avulla löytänyt ja millaisia päätelmiä löytämieni tulosten perusteella on mahdollista tehdä.

#### ***Kuolevien potilaiden ja omahoitajien hoitosuhteelle antamien merkitysten moninaisuus ja tilannesidonnaisuus lähestyvän kuoleman kontekstissa***

Tällä tutkimuksella halusin selvittää, *minkälaisia ovat kuolevien potilaiden ja heidän omahoitajiensa hoitosuhdetta koskevat kielelliset kuvaukset ja minkälaiseksi kuolevan potilaan hoitotodellisuus näiden kuvausten pohjalta rakentuu dialogisen filosofian näkökulmasta*. Sekä havainnointiaineiston että kuolevien potilaiden ja omahoitajien haastatteluaineistojen diskurssianalyttinen tulkinta toi esiin *läheisyyden ja etäisyyden samanaikaisuuden kaikkia hoitosuhteelle annettuja merkityksiä jäsentävänä tulkintaresurssina*. Erityisesti tämä hoitosuhteen kaksitahoisuus paljastuu potilaiden ja hoitajien käyttämien tulkintarepertuaarien sisältämien näkökulmien vastakkaisuudessa (ks. taulukot 2-4).

Kuten tutkimukseni teoreettista lähtökohdista ilmenee, myös Martin Buber (1962a, 122) pohtii dialogisessa filosofiassaan ihmissuhteiden kaksitahoisuutta. Osalla ihmisistä on hänen mukaansa enemmän persoonan piirteitä, osalla taas minäkeskeisyys painottuu enemmän. Eroa näiden kahden välillä on lähes mahdotonta mitata, sillä toisen ihmisen Sinänä kohtaaminen on erittäin vaativaa (Ollilan 1993). Arjen kohtaamistilanteissa tämä vaativuus tulee esiin erilaisina suhtautumistapoina. Suhtautuminen toiseen ihmiseen voikin hoitosuhteessa olla joko toisen huomioonottavaa ja läheistä tai sen vastakohtana toista alistavaa ja etäistä. Vaikka molempia Buberin (1962a) esille tuomia suhtautumistapoja tarvitaan, mahdollisuus löytää toisen ihmisen elämismailman avain toteutuu ainoastaan löydettyäessä tasapaino dialogin kaltaisten kohtaamisten ja arjen monologisuuden välille. Buberin (1962a) ajattelua soveltaen kuolevan potilaan hoitaminen edellyttääkin omahoitajalta läheisyyden ja etäisyyden samanaikaisuutta, koska jokainen toiseen osapuoleen vaikuttamaan pyrkivä yritys on ”riippuvainen molemminpuolisuudesta eikä se voi koskaan tulla täydeksi”. Tasapainon etsiminen tämän kaksitahoisuuden välille ei aiheuta kuolevan potilaan ja omahoitajan hoitosuhteessa ongelmia niin kauan kun

omahoitajan toiminta pysyy käytännöllisen järjen ohjaamana eli froneettisena<sup>1</sup> ja tämä käytännöllinen järki ohjaa hänen ymmärrystään eettisesti. Kuolevan potilaan näkökulmasta toiminta muuttuu ongelmalliseksi vasta silloin, jos omahoitaja horjuttaa hoitosuhteen dialogista perustaa unohtamalla reflektoida<sup>2</sup> kriittisesti saattohoidossa toteuttamaansa hoitotyötä.

Tämän tutkimuksen kysymyksenasettelua ohjaava sosiaalikonstruktionistinen näkökulma ohjasi näkemään kuolevan potilaan ja omahoitajan hoitosuhteen sosiaalisesti rakentuneena toimintana. Painottaessaan kokemuksille annettavien merkitysten moninaisuutta ja tilannesidonaisuutta se ei estä kuolevien potilaiden ja heidän omahoitajiensa hoitosuhteisiin liittämien myönteisten ja kielteisten kokemusten samanaikaista esille tulemistä kuolemaa lähestyttäessä. Päinvastoin konstruktionistisessa tutkimusotteessa juuri puheiden sisältämät ristiriitaisuudet otetaan vakavasti.

Diskurssianalyysin avulla tuotettuja empiirisiä tuloksia ja samalla vastauksia ensimmäiseen tutkimuskysymykseen ovat kolmesta eri aineistosta identifioimani tulkintarepertuaarit. Pohdin analyysissäni myös sitä, millaista kuvaa kuolevista potilaista ja heidän omahoitajistaan puhujina nämä erilaiset repertuaarit rakensivat saattohoidon eri konteksteissa. Vertailin ensimmäisen analyysivaiheen tuloksia aikaisempiin tutkimustuloksiin. Loogiseen päättelyyn perustuvan vertailun tulokset vastasivat toiseen tutkimuskysymykseeni tuomalla esille saattohoitokulttuurissa jo vakiintuneita ja toistuvia puhetapoja (ks. kuvio 4, s. 148). Empiirisenä tutkimusmenetelmänä diskurssianalyysin käyttö luonnollisesti rajasi sitä, mitä tässä tutkimuksessa saatiin selville. Hoitotieteessä paljon käytetyistä kokeellisesta ja sisällönanalyttisestä metodista poiketen diskurssianalyysin avulla oli mahdollista selvittää, mikä hoitosuhteessa oli tärkeää erityisesti kuolevien potilaiden ja omahoitajien itsensä kannalta. Tämän tutkimuksen tuloksista tehtyjä tulkintoja ei voitu suhteuttaa aikaisempiin kuolevan potilaan ja omahoitajan hoitosuhdetta käsitteleviin hoitotieteellisiin diskurssianalyttisiin tutkimuksiin, koska niitä ei ole tehty. Ainoastaan yhdessä kansainvälisessä hoitotieteellisessä tutkimuksessa<sup>3</sup> teoriasidonnaisella sisällön analyysillä tuotettujen teemakategorioiden sisältöjä tulkittiin konnotatiivisesti eli etsittiin niiden sisältämiä kulttuurille ominaisia sivumerkityksiä. Yhteismitallisuutta löytyi kuitenkin muilla tieteenaloilla tehtyjen joko saattohoitoa tai yleensä hoitotyötä eri näkökulmista käsittelevien diskurssianalyttisten tutkimusten kanssa.

---

<sup>1</sup> Ks. s. 24.

<sup>2</sup> Reflektiolla tarkoitan tässä hoitajan kriittisyyttä suhteessa omaan kielenkäyttöönensä ja sen mahdollisesti tuottamiin seurauksiin.

<sup>3</sup> Ks. s. 37.



Se miten saattohoitoideologian mukainen ”täyden elämän eläminen loppuun asti” hoitosuhteessa toteutuu, näyttää tämän tutkimuksen tulosten mukaan kulminoituvan kaikissa aineistoissa potilaiden ja hoitajien puheisiin omahoitajasta ja hänen ammattitaitoisesta toiminnastaan. Jo potilaiden tulotilanteissa omahoitajasta tekemät huomiot vaikuttavat hoitosuhteen toimivuuteen (ks. myös Lipponen 1997, Mattila 2001). Näyttäytymällä joko luottamusta rakentavana tai rutiininomaisesti toimivana tietäjänä omahoitaja viestittää kuolevalle potilaalle käsitystään ihmisenä olemisesta.<sup>1</sup> Hoitajan positio tekee ymmärrettäväksi myös sen ristiriidan, joka tulee esiin yhteistyöhön luottavan ja ajelehtivan potilaan välillä. Nämä hoitosuhteen toimivuutta ilmentävät positiot eivät välttämättä ole toinen toisensa poissulkevia, vaan tilanteesta riippuen ne voivat kuvata samankin yksilön potilaana tai hoitajana rakentumista. Myös Peräkylä (1990) pohtii tutkimuksessaan saattohoidossa työskentelevän hoitohenkilökunnan ja kuolevien potilaiden vuorovaikutuksen toimivuutta. Repertuaarien ja positiodien sijaan hän jäsentää tutkimuksensa tulokset neljään eri kehykseen sekä niille ominaisiin identiteetteihin.<sup>2</sup> Pohtiessaan eri kehysten ja identiteettien keskinäisiä suhteita myös Peräkylä päätyy johtopäätökseen, jonka mukaan hoitohenkilökunnan ihmiskäsitysten moninaisuudesta ja tilannesidonnaisuudesta johtuen kuolevan potilaan hoidossa ei ole olemassakaan ristiriidatonta vaihtoehtoa. Eri kehysten ja identiteettien synnyttämä samanaikainen läheisyys ja etäisyys voidaankin tulkita ongelman sijasta voimavaraksi konkreettisesti saattohoitotodellisuudessa silloin, kun hoitajat kykenevät tuottamaan rutiininomaisella toiminnallaan sosiaalista järjestystä tilanteissa, joissa heidän kognitiivinen ja kulttuurinen ymmärryksensä ei ole johdonmukaista (Peräkylä 1990). Peräkylän tavoin myös Sand (2003) kuvaa tutkimustuloksissaan saattohoitotyöntekijöiden tilannekohtaiset ja häilyvärajaiset identiteetit: asiantuntija, aktivoija, suojelija ja lohduttaja. Peräkylän ja tämän tutkimuksen tuloksista poiketen Sand korostaa tuloksissaan kuitenkin pääsääntöisesti vain henkilökunnan identiteettien positiivisia

---

<sup>1</sup> *Käsityksellä ihmisenä olemisesta tarkoitan omahoitajan ihmistä, elämää ja maailmaa koskevia ontologisia ja eettisiä perusolettamuksia. Niiden muotoutumiseen vaikuttavat yksittäisen hoitajan kohdalla paitsi hoitotyön koulutus ja sosiaalistuminen tietynlaiseen hoitoyhteisöön aina myös hoitajan oma käytännöllinen harkinta eli fronesis. Fronesis mahdollistaa itsen kohtaamisen, joka esimerkiksi Ollilan (1993) mukaan on tärkeä edellytys toisen ja kolmannen kohtaamiselle.*

<sup>2</sup> *Peräkylän (1990) mukaan kehykset (käytännöllinen, lääketieteellinen, maallikko- ja psykologinen kehys) ovat toimintakokonaisuuksia, joilla ylläpidetään erilaisia todellisuksia. Näin ollen näen kehyksen käsitteen tässä tutkimuksessa tutkintarepertuaarin synonyymina. Kehys puolestaan määrittää ne vuorovaikutukseen osallistujien ominaisuudet, velvollisuudet ja oikeudet, joita he olettavat sekä toisillaan että itsellään olevan. Peräkylä nimeää sekä henkilökunnan että potilaiden identiteetit seuraavasti: toimiva subjekti/kohde, tietävä ja toimiva subjekti/kohde, tunteva ja kokeva subjekti/tunteva ja kokeva subjekti, tietävä ja toimiva subjekti/tunteva ja kokeva subjekti psykologisen tiedon ja ohjailun kohteena.*

ulottuvuuksia kuten tuen antamista ja tarjoamista, vahvistamista, rohkaisemista ja vapauttamista. Tulkitseen näidenkin ulottuvuuksien takana kuitenkin piilevän ajatuksen sosiaalisesta järjestyksestä kuoleman läheisyyden synnyttämässä myös hoitajalle ristiriitaisessa tilanteessa.

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan kuolevan potilaan omahoitajaksi ei synnytä vaan opitaan. Puhe saattohoitajaksi *oppimisesta* paljastaa näennäisesti kapean mutta todellisuudessa kaikkiin aineistoihin tavalla tai toisella lonkeroituvan kysymyksen *ihmisenä olemisesta*. Saattohoitajaksi sopivuutensa omahoitaja voi oivaltaa ainoastaan suostumalla refleктоimaan oman toimintansa vaikutuksia potilaansa elämään kuolemaa lähestyttäessä. Hoitajan puheissa vuorovaikutuksesta paljastuu lopulta se, miten potilaiden puheet *sairastamisesta, kuolemasta ja perheestä* tulevat arjen tilanteissa tulkituiksi. Myös Utraisen (1999) mukaan kuolevan potilaan näyttäytyminen hoitajalle merkityksellisenä toisena on mahdollisuus, jonka avulla käsitys ihmisenä olemisesta voi laajeta kohti toisenlaista, hoitajastaan niin monella tavalla riippuvaista subjektia.

Ihmisenä olemisen näkökulmasta myös *vuorovaikutuspuheeseen* kytkeytyvällä muistelupuheella on merkittäviä seurauksia sekä kuolevalle potilaalle että hänen omahoitajalleen. Osana hoitosuhteessa toteutuvaa kuolemisen työtä muistelu merkitsee potilaalle keinoa vakuuttua menneen elämänsä arvosta. Muistelulla voi olla jopa parantavaa tai terapeutista voimaa, sillä puheellaan kuoleva potilas välittää hoitajalleen sitä, mitä hän pitää tärkeänä omassa elämässään niin hyvässä kuin pahassa mielessä (Lindqvist 2003, de Araujo & da Silva 2004, vrt. Saarenheimo 1997). Lindqvistin tavoin havaitsin jopa murteiden korostuvan potilaiden puheissa heidän muistellessaan merkittäviä tapahtumia elämässään.

Muistelemaan rohkaisemisesta on hyötyä myös omahoitajalle. Konkreettisten hoitotoimenpiteiden helpottumisen lisäksi muistojen merkityksen ymmärtäminen auttaa hoitajaa arvostamaan potilasta ja tukemaan häntä hänen omista lähtökohdistaan käsin *hoitoympäristöstä* riippumatta. Saarenheimo (1997) nostaa tutkimuksessaan esille muistelufunktion linkittymisen ihmisen arkipuheen muihin funktioihin ja peräänkuuluttaa näiden suhteiden problematisoinnin merkitystä. Tässä tutkimuksessa tutkimustilanteet edustivat nimenomaan kuolevan potilaan ja omahoitajan hoitosuhteeseen liittyvää arkipuhetta. Aineistoissani potilaiden puheet muistelemisesta kytkeytyivät erityisesti puheisiin *pärjäämisestä ja minästä*. Vaikka kuolema lähestyy, erityisesti naisena oleminen ja siihen liittyvä vanhenemisen pelko säilyvät keskeisinä potilaan identiteettiin vaikuttavina kysymyksinä. Sen sijaan hoitohenkilökunta jäsentää muistelemisen yhteyttä vanhenemiseen tukeutumalla lähinnä ”arkiteorioihin” ja nekin näyttävät heidän puheessaan pääsääntöisesti arjen monologeina.

*Myötäelävänä ja alansa hallitsevana* omahoitajalla on toisaalta valmiudet puhua tai vaieta syyllistymättä, toisaalta ymmärtää potilaansa puhumattomuutta häntä kuitenkin syyllistämättä. Potilaan puheen sisältämien vihjeiden sivuuttaminen sekä puhumattoman potilaan leimaaminen hankalaksi tai jopa huonoksi ovat sitä vastoin oman toimintansa vaikutuksia vielä refleктоimattoman *rutiininomaisesti toimivan* hoitajan keinoja selviytyä vaikeaksi kokemistaan tilanteista. On paljon helpompaa vedota kiireeseen, henkilökemioiden toimimattomuuteen tai yhteensopimattomiin persooniin kuin myöntää oma puutteellisuutensa ja syyllistyä. Sen sijaan kuoleva potilas ei pettymyksistään huolimatta pidä sopivana omahoitajansa toiminnan arvostelemista, vaan pyrkii lähes loputtomasti ymmärtämään ja puolustelemaan hoitajaansa vetoamalla hänen kiireisiinsä, idealisoimalla tai kuvittelemalla hänet ”mallihoitajaksi” tai jopa etäännyttämällä puheensa koskemaan terveydenhuoltoa ja sen toimivuutta yleensä. Sosiaaliset käytännöt ja erityisesti erilaiset kielenkäyttötavat ovatkin sidoksissa seuraussuhteisiin, joita tavallisessa arkielämässä ei edes huomata (Bourdieu 1977). Tällaiset käytännöt ja niihin liittyvät oletukset muotoutuvat laitosympäristössä ennen kaikkea potilaiden ja hoitajien rooleihin kytkeytyvien valtasuhteiden mukaisesti (Peräkylä 1995, ks. myös Giddens 1995). Siksi ristiriitaiset sosiaalisen todellisuuden tulkinnat saavat saattohoidon käytännöissä herkästi muita vahvemman jalansijan juuri kuolevien potilaiden ja omahoitajien erilaisissa positioissa.

Saattohoitokulttuuria kuvaava ajatus ”kun ei ole enää mitään tehtävissä, on vielä paljon tehtävissä” näyttääkin tämän tutkimuksen tulosten mukaan olevan sidoksissa ennen kaikkea omahoitajaan ja hänen valmiuteensa tarkastella kuolevan potilaan ihmisenä olemista. Jos yhteys syntyy kuolevan potilaan ja omahoitajan välille hoitosuhteessa, *hoitoympäristö* menettää merkityksensä ja saattohoito toteutuu ideologiansa mukaisesti *monimerkityksellisenä ja tilannesidonnaisena* yksilön arvon ja vapauden kunnioittamisena.

### ***Itseyden säilyttäminen ja hyvän elämän eläminen kuolevan potilaan ja omahoitajan hoitosuhteessa saattohoitokulttuuria ohjaavina eettisinä ideaaleina***

Tämän tutkimuksen lähtökohtaolettamuksissa *itseiden säilyttäminen ja hyvän elämän eläminen kohti kuolemaa* nähdään saattohoitokulttuuria ohjaavina eettisinä *ideaaleina*.<sup>1</sup> Yleisellä tasolla elämän saattohoitovaiheessa ajatellaankin olevan hyvää ainoastaan silloin, kun kuoleva potilas voi tuntea säilyttävänsä itsemääräämisoikeutensa loppuun asti. Tämä ideaalinen ajatus on julkilausuttu niin terveydenhuollon lainsäädännössä kuin saattohoitoa ja sairaanhoitajan

---

<sup>1</sup> Ks. s. 153.

ammattiharjoittamista kuvaavissa eettisissä ohjeistoissa. Näin ollen eettisinä ideoina esittämäni lähtökohtaolettamukset sisältävät sekä oikeudellisen että moraalisen saattohoidon toteutumista määrittävän normin. Myös saattohoitokulttuuria ohjaavasta ajatuksesta ”kun ei ole enää mitään tehtävissä, on vielä paljon tehtävissä” voi tunnistaa nämä samat normit ja ideaalit.

Miten nämä eettiset ideaalit sitten toteutuvat käytännön hoitotilanteissa? Tässä tutkimuksessa tulkitsen ”täyden elämän elämisen loppuun asti” olevan sidoksissa ennen kaikkea omahoitajaan ja hänen valmiuteensa tarkastella kuolevan potilaan ihmisenä olemista. Oikeudellisena ja moraalisenä normina ideaalit antavat kyllä suunnan hyvän toteutumiselle hoitosuhteessa, mutta toteutuuko saattohoito läsnäolona, ja kenen ehdoilla sen katsotaan olevan läsnäoloa (ks. myös Utriainen 1999)? Olennaista onkin huomata, että hoitosuhde on ammatillinen suhde ja siinä toteutuu yhteisyys, jolla on tietty suunta ja tarkoitus (Buber 1962e, 819). Suhteen on pysyttävä yksisuuntaisena, koska ainoastaan omahoitaja voi kokea suhteen molemmat puolet ja elää yhteiset tilanteet myös potilaansa näkökulmasta. Sitä vastoin suhde ei ole enää hoidollinen, jos kuoleva potilaskin kykenee eläytymään omahoitajansa tarkoituksiin ja kokemuksiin. Siksi tulkitsen juuri hoitajan dialogisen asenteen<sup>1</sup> ratkaisevan, toteutuuko hoitosuhde saattohoitovaiheessa läheisenä (dialogisena) vai etäisenä (monologisena).

Ihmisenä olemisen näkökulmasta läsnäolo näyttää tässä tutkimuksessa muuttuvan dialogin kaltaiseksi Minä-Sinä-yhteydeksi silloin, kun omahoitaja oivaltaa saattohoidon kasvattaneen häntä ihmisenä. Ihmisenä kasvaminen merkitsee *froneettista herkkyyttä* oivaltaa kuolevalle potilaalle merkittäviä asioita<sup>2</sup> hoitosuhteessa. Samalla kaikki ulkoinen antaminen ja saaminen muuttuu Toisen ihmisen Sinänä kohtaamiseksi, joka merkitsee ihmisyyden kunnioittamista eli toisen ihmisen huomioon ottamista ja hyväksymistä sellaisena kuin hän on - omana itsenään – ei vain kuolevana potilaana ja omahoitajana. Dialogisuuden maaperään juurtuu myös luottamus.

Omahoitajien mukaan kuolevan potilaan auttamiseen ei kuitenkaan voi sitoutua, ellei opi tunnistamaan oman jaksamisensa rajoja. Kuoleman kohtaaminen on monella tavalla kuormittavaa, eikä huonosti jaksava hoitaja kykene auttamaan (ks. myös Lindqvist 2003). Omahoitajien kuvaamana omien rajojen tunnistaminen johtaakin vähitellen potilaan kohtaamistilanteessa tarvittavaan kykyyn ”*olla lähellä mutta tarpeeksi kaukana*”. Näin ollen tämän

---

<sup>1</sup> Ks. s. 27.

<sup>2</sup> Hoitosuhdetta pohtiessaan Varto (1994) kuvaa laatua keskeiseksi merkityskokonaisuudeksi ihmisen elämämaailmassa. Se ei ole yksittäisistä tiedoista muodostuva kooste vaan merkityskokonaisuus, johon toisen ihmisen kokeminen asettuu hänen kokiessaan jotain.

tutkimuksen lähtökohtaolettamuksina ilmaisemieni eettisten ideaalien toteutumisen hoitosuhteessa mahdollistaa juuri etäisyyden ja läheisyyden samanaikaisuuden hyväksyminen.

Läheisyytenä ilmenevä läsnäolo voi toteutua tai muuttua hoitotilanteissa myös pelkäksi etäiseksi rutiinitehtävien suorittamiseksi tai asiantuntijuuden korostamiseksi. Tässä tutkimuksessa kyseinen muutos tulee esiin erityisesti *omahoitaja-* ja *ammattitaitopuheisiin* kytkeytyvissä *sairaus-* ja *sairastamispuheissa*. Tulkintani mukaan kuolevien potilaiden puheet sairastamisesta kapeutuvat omahoitajien puheissa lähinnä asiantuntijapuheeksi sairaudesta ja sen lääketieteellisestä kivunhoidosta. Oikeutusta *asiantuntijuudelle* haetaan ammattistatuksesta tai vaihtoehtoisesti valta-asema verhoillaan passiivimuotoiseen puheeseen tai me-retoriikkaan (Billig 1987, Jokinen 1999b). Vaikka kieli on vallankäytölle elintärkeä, kielenkäytön yhteys vallankäyttöön tunnustetaan kuitenkin vain harvoin tilannesidonnaisessa vuorovaikutuksessa (Fairclough 1997). Hoitajan auktoriteettiasenteesta kertova institutionaalinen puhe johtaakin kuolevan potilaan esineellistymiseen pelkäksi *hoidon kohteeksi*. Näissä tilanteissa eivät myöskään lähtökohtaolettamuksina ilmaisemani eettiset ideaalit voi toteutua.

Pohtiessani asiantuntijuuteen kytkeytyvän vallan vaikutuksia eettisten ideaalien toteutumiseen en voi sivuuttaa myöskään kysymystä omahoitajan sidoksisuudesta edustamansa sairaalaorganisaation ideologiaan. Myös kaikki tähän tutkimukseen osallistuneet saattohoitoa toteuttavat hoitoyhteisöt asettavat omat odotuksensa omahoitajan saattohoitoon orientoitumiselle. Koska ne kaikki edustavat julkisia instituutioita, niiden tapa tarkastella ihmistä ja maailmaa perustuu lainsäädäntöteitse määriteltyyn tehtävään yhteiskunnassa. Yhteiskunnan kannalta myös saattohoito on keino niin sanottujen terveystoimittisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Keskeisenä tavoitteena tuodaan esille kuolevan potilaan oikeus *ihmisarvoiseen kohteluun* ja *parhaaseen mahdolliseen hoitoon* hoitoympäristöstä riippumatta (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2002, 2003).

Sitoutuessaan tekemään tämän hoitoideologian mukaista hoitotyötä omahoitaja on aina myös oman organisaationsa edustaja, halusipa hän sitä tai ei. Viime vuosina tämä situationaalinen sitoutuminen onkin ollut luonteeltaan enemmän kohtalonomaista. Vaikka hoitajapula on tällä hetkellä työvoimapolitiittinen tosiasia, taloudellisten resurssien niukkuus estää hoitoorganisaatioita vakinaistamasta jopa pitkäaikaisia sijaisiaan sekä perustamasta uusia hoitotyön vakansseja. Tässä tutkimuksessa kuolevien potilaiden puheissa korostunut *kiireinen työtahti* sekä *omahoitajien vaihtuminen* koetaan esteinä saattohoitoideologian mukaisten koko hoitajakson ajan kestävien hoitosuhteiden muodostumiselle. Epävarmaan hoitosuhteeseen liittyvää yksinäisyyttä ja turvattomuutta kuvataan potilaiden puheissa päämäärättömänä *”tuuliajolla ajelehtimisena”*. Edellä olevan perusteella voikin todeta, että omahoitajan

situaation rakennetekijöiden faktuaalisuudella on hyvin ratkaiseva vaikutus dialogisuuden ja samalla hoitotyön eettisten ideaalien toteutumiseen ammatillisessa kohtaamisessa.

Kuten tämänkin tutkimuksen tulokset osoittavat, saattohoitotodellisuutta kuvataan ideaalitasolla yhdenlaisena, mutta todeksi se eletään usein varsin toisenlaisena. Lindqvistin (2003) mukaan saattohoidon idealisoituminen voikin johtaa ”vahingolliseen kaksijakoistumiseen”. Samaistumista totaalisesti puheella tuotettuihin eettisiin ideaaleihin voidaan tulkintani mukaan kuitenkin estää refleктоimalla saattohoidossa elettyjä todellisia tilanteita sekä hoitamisen päämääräksi asetettua paradoksaalista hyvää. Johtuvatko ideaalien ja todellisuuden väliset ristiriidat kenties saattohoitoideologian vajavaisesta sisäistämisestä vai kenties liian korkealle asetetusta tavoitteesta? Utraisen (1999) mukaan saattohoitopuheissa ilmenevä ristiriitaisuus konkretisoituu pohdittaessa kysymystä läsnäolosta. Eikö kuoleminen ja kuolema kaikessa raadollisuudessaan olekaan niin hyväksyty asia kuin saattohoidossa halutaan ajatella? Viestiikö esimerkiksi lehtien mielipidepalstoilla aika ajoin käytävä keskustelu aktiivisen eutanasian laillistamismahdollisuudesta saattohoitoideologiaa uhkaavasta yhteiskunnallisen moraalin höltymisestä? Lindqvistin (2003) tavoin näenkin kuoleman eräänlaisena suurennuslasina, joka paljastaa saattohoidosta päättävän, hoitavan ja hoidettavan ihmisen keskeneräisyyden.

## 6.2 Tutkimuksen eettisyys

Hoitotieteellisen tutkimuksen tekeminen on inhimillinen prosessi, jonka eri vaiheisiin liittyy myös eettisten kysymysten syvällistä pohdintaa. Keskeisiä kriteereitä tutkimuksen eettisyyttä arvioitaessa ovat mm. aihevalinta ja sen merkitys hoitotyön kannalta, tutkijan yhteistyö niin tutkimusorganisaatioiden kuin tutkittavien kanssa sekä tutkimustulosten avoin ja rehellinen kuvaaminen tutkimusta raportoitaessa. (esim. Munhall 1993, Vehviläinen-Julkunen 1998, Karjalainen et al. 2002, Leino-Kilpi 2003, Kuula 2006.)

Kuolevan potilaan viereltä katsottuna ihmisenä oleminen näyttäytyy minulle tutkijana monipolkuksena elämän ja kuoleman rajankäyntinä. Inhimillisen koskettavuutensa vuoksi saattohoidon tutkiminen on erittäin vaativaa ja voimia kysyvää. Miksi kuitenkin valitsin juuri kuolevan potilaan ja omahoitajan hoitosuhteen tarkastelun tutkimusaiheekseni? Vaikka olen tutkinut kuolevan potilaan hoitotyötä jo monissa aikaisemmissa opinnäytetöissäni (1993, 1997, 2002), aihepiiri ei vaativuudestaan ja raskaudestaan huolimatta ole jättänyt minua rauhaan. Kuoleamisen kokonaisvaltaisuus ja lopullisuus koskettavat saattohoitovaiheessa samalla tavalla sekä potilasta että omahoitajaa ja tekevät heidän hoitosuhteestaan niin hoitotieteellisesti kuin filosofisesti kiinnostavan.

Hoitoympäristöstä riippumatta saattohoito toteutuu suurelta osin vuorovaikutuksessa kuolevan potilaan ja omahoitajan välillä. Tähän suhteeseen kätkeytyy mahdollisuus löytää toisen ihmisen elämismailman avain, jonka avulla teot ja puheen sisältämät sanat saavat oikean tulkintayhteyden. Pidän tämän yhteyden näkyväksi tekemistä oikeutettuna erityisesti siksi, että tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä kuolevan potilaan hoitotyötä vielä nykyistäkin potilaslähtöisempään ja siten myös inhimillisempään suuntaan.

Tässä tutkimuksessa halusin tuoda esille kuolevan potilaan ja hänen omahoitajansa omia käsityksiä hoitosuhteen tilannesidonnaisesta toteutumisesta. Laadullinen tutkimusote antoi mahdollisuuden selvittää, mikä on tärkeä nimenomaan potilaan ja hoitajan itsensä kannalta.

Tutkimuksen teoreettis-metodologisena lähtökohtana sosiaalinen konstruktionismi ohjasi näkemään kuolevan potilaan ja omahoitajan hoitosuhteen sosiaalisesti rakentuneena toimintana. Diskurssianalyysin käyttö analyysitapana mahdollisti huomion kiinnittämisen puheiden seurauksiin eli puheella tehtävään toimintaan sekä siihen, millaista kuvaa nämä erilaiset puheet puhujasta itsestään hoitosuhteessa rakensivat. Koska puhe nähdään diskurssianalyysissä kontekstuaalisena toimintana, analyysin avulla oli mahdollista tuoda esille kohti kuolemaa elämisen monipolkuisuus eri tavalla kuin puhetta faktanäkökulmasta tutkittaessa. Valitsemallani tutkimusotteella ei ole myöskään aikaisemmin tehty hoitotieteellisiä saattohoitoa käsitteleviä tutkimuksia, jotka kuvaisivat, mikä hoitosuhteessa on tärkeää sekä kuolevalle potilaalle että omahoitajalle heidän itsensä kannalta.<sup>1</sup> Näin ollen diskurssianalyysimenetelmän soveltaminen tähän hoitotieteelliseen tutkimukseen tuntui tutkimussuunnitelmaa laatiessani sekä luontevalta että uutta luovalta.

Jouduin pohtimaan valitsemani tutkimusotteen merkitystä myös esittämieni eettisten lähtökohtalettamusten näkökulmasta. Näiden olettamusten tarkoituksena oli tässä tutkimuksessa kulkea ikään kuin ”eettisenä sivujuonteena” varsinaisia tutkimustehtäviä täydentämässä. Aikaisemmin tekemieni saattohoitoa käsittelevien opinnäytetöiden (1993, 1997, 2002) synnyttämään esiymmärrykseen<sup>2</sup> perustuen oletin, että kuolevan potilaan

---

<sup>1</sup> Kirjallisuuskatsauksen mukaan diskurssianalyysia oli käytetty ainoastaan yhdessä kansainvälisessä saattohoitoa käsittelevässä hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Brasilialaiset de Araujo and da Silva (2004) olivat tutkineet kuoleman kohtaamista akuuttihoitossa työskentelevien sairaanhoitajien näkökulmasta. Hoitajia haastatteleamalla kerätty aineisto oli analysoitu teoriasidonnaisella sisällön analyysimenetelmällä. Diskurssianalyysia tutkimuksessa edusti sisällön analyysin tuloksena tuotettujen teemakategorioiden konnotatiivinen tulkinta.

<sup>2</sup> Ks. s. 153.

hoitotyö on eettisesti perusteltua vain silloin, kun se antaa potilaalle mahdollisuuden elää hyvää elämää ja säilyttää itseytensä loppuun asti. Hyvän elämän elämisen kohti kuolemaa ja itseytensä säilyttämisen loppuun asti näin ideaaleina, jotka voivat toteutua kuolevan potilaan ja omahoitajan välisessä dialogisessa hoitosuhteessa. Koska tutkimusote toi esille potilaan ja hoitajan omat käsitykset tilannesidonnaisesti toteutuvassa hoitosuhteessa, myös lähtökohtaolettamuksiin vastaaminen tässä tutkimuksessa mahdollistui.

Aineistonkeruuvaiheessa esille tulleiden tietojen luottamuksellisuus ja tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden identifiointiin liittyvät kysymykset ovat keskeinen osa tutkimuksen eettisyyden arviointia (Polit and Hungler 1997, Vehviläinen-Julkunen 1998, Karjalainen et al. 2002, Leino-Kilpi 2003). Tähän tutkimukseen osallistuneiden kuolevien potilaiden ja heidän omahoitajiensa nimet olivat vain henkilökunnan ja tutkijan tiedossa, koska tutkimukseen lupautuneet omahoitajat kysyivät omien potilaidensa osallistumishalukkuutta saatuaan ensin itse informaation tutkimuksesta. Lähestymällä potilaita heidän omahoitajiensa kautta halusin varmistaa, että potilaat jaksoivat senhetkisen vointinsa puolesta osallistua tutkimukseen. Samalla he saivat enemmän harkinta-aikaa ja mahdollisuuden pohtia osallistumistaan vielä läheistensäkin kanssa. Omahoitajat antoivat potilailleen etukäteen tutustuttavaksi myös tutkimusta ja sen tarkoitusta koskevan tiedotteen sekä suostumuslomakkeen. Havainnointi- ja haastattelutilanteita aloittaessani varmistin vielä uudelleen, että potilaat ja hoitajat olivat tietoisia tutkimuksen tarkoituksesta sekä erityisesti omista tutkimukseen liittyvistä oikeuksistaan ja velvollisuuksistaan.<sup>1</sup>

Suojellakseni tutkittavieni yksityisyyttä keräsin itse myös tutkimusaineistoni. Aineistoa litteroidessani ja aineistokatkelmia raporttiin valitessani käytin myös erilaisia koodi- ja peitenimimerkintöjä. Samasta syystä en kerro myöskään tutkimukseeni osallistuneiden laitosten nimiä enkä liitä näiden laitosten eettisten toimikuntien myöntämiä lupalomakkeita tutkimusraporttiini (esim. Redshaw et al. 1996). Tutkimukseeni osallistuneille kuoleville potilaille ja omahoitajille kerroin jo ennen tutkimuksen aloittamista omasta vaitiolovelvollisuudestani sekä siitä, että säilytän keräämäni tutkimusaineistot huolellisesti vain omaa käyttöni varten ja hävitän ne tutkimusraportin valmistumisen jälkeen.

Tunnelmat havainnointitilanteissa ja haastattelujen aikana olivat ajoittain hyvinkin tiiviitä, ja ne vaihtelivat vitsien kertomisesta katkeriin itkunpurkauksiin. Erityisesti kuolevat potilaat pohtivat elämäänsä hyvin syvällisesti ja paljastivat tutkijalle monia kielteisiäkin kokemuksiaan. Myös potilaiden puheet luopumisesta sekä heidän esittämänsä toiveet tutkijan

---

<sup>1</sup> Omahoitajan päätökseen osallistua tutkimukseen vaikuttaa erityisesti se, näkeekö hän ammattinsa kehittämisen oman ammattikuntansa velvollisuutena (esim. Suomen sairaanhoitajaliitto 1996, Leino-Kilpi 2003).



uudelleen tapaamisesta osoittivat luottamuksellisen suhteen syntymistä tutkittavien ja tutkijan välille. Aikaisemmat myönteiset kokemukseni kuolevien potilaiden haastattelemisesta sekä saattohoitoa koskeva kiinnostukseni antoivat minulle voimia ja rohkeutta kohdata nämä myös minua syvällisesti koskettaneet havainnointi- ja haastattelutilanteet.

Myös tutkimustulosten raportoiminen edellyttää tutkijalta rehellisyyttä, avoimuutta sekä pyrkimystä mahdollisimman suureen objektiivisuuteen (Vehviläinen-Julkunen 1998, Leino-Kilpi 2003, Hirsjärvi ja Hurme 2001). Onko tutkijan kuitenkaan mahdollista pysyä täysin objektiivisena laadullista tutkimusta tehdessään? Tässä tutkimuksessa koin niin hoitotilanteita havainnoidessani kuin kuolevia potilaita ja omahoitajia haastatellessani jo pelkän läsnäolon vaikuttaneen tutkimuksen kulkuun.<sup>1</sup> Tällä tarkoitan tietoisiksi tulemistani asenteideni, tunteideni ja käyttäytymiseni vaikutuksista omien tutkijan positioideni rakentumiseen. Vaikka tavoitteeni oli pyrkiä toimimaan mahdollisimman objektiivisesti tutkimusaineistoa kerätessäni, tämän tutkimuksen aineistokatkelmissa esiintyvistä, potilaille ja heidän omahoitajilleen eri tilanteissa esittämistäni, jälkeensä joskus vähän johdatteleviltakin tuntuvista kysymyksistä voi päätellä näyttäytymiseni erilaisissa positioissa. Myös Burr (1995, 160) toteaa, ettei edes tutkija voi toimia ilman positiota tutkimusta tehdessään. Näin ollen on tärkeää tiedostaa se tosiasia, että tutkijan haastateltaville tekemät kysymykset ovat aina enemmän tai vähemmän johdattelevia (esim. Hirsjärvi ja Hurme 2001, Ruusuvuori ja Tiittula 2005, Tienari et al. 2005). Tässä tutkimuksessa haastateltavien vastauksista voi päätellä, miten he ovat ymmärtäneet puheena olevat asiat ja tutkijan tarkoitusperät. Vaikka tiedostin nämä seikat, en kuitenkaan lähtenyt erikseen analysoimaan omia tutkijan positioitani, vaan päädyin ainoastaan refleктоimaan niiden vaikutuksia sekä tutkittaviin että tutkimukseni kulkuun kirjoittamalla koko tutkimusprosessin ajan muistiin analyysin luotettavuuden kannalta merkittäviä huomioita.

Diskurssianalyttisen tutkimukseni tulosten muotoutuminen raportoitavaan muotoon oli aikaa vievä prosessi. Tutkittavien näkökulmasta tutkimuksella saavutettavan hyödyn pitää olla aina suurempi kuin siihen liittyvät riskit (esim. Vehviläinen-Julkunen 1998, Kitcher 2001). Erityisen tärkeää on suojella herkästi haavoittuvia ryhmiä, joihin tämänkin tutkimuksen kuolevat potilaat sijoittuvat.

---

<sup>1</sup> *Potterin (2003) sekä Juhilan ja Suonisen (1999) mukaan diskurssianalyysia tekevä tutkija ei voi olla omiin tutkimusaineistoihinsa nähden ulkopuolinen, koska hän tekee aineistojensa toimijoiden tavoin työtään kielen maailmassa. Lisäksi tutkimustulokset ovat syntyneet tutkijan kielen avulla aineistosta tuotettuina tulkintoina. Sellaisenaan ne ovat omalta osaltaan mukana myös rakentamassa sosiaalista todellisuutta. Vaikka todellisuuden rakentaminen haastattelutilanteessa on pääsääntöisesti kielellistä, ruumiillisina olentoina niin haastattelija kuin haastateltava tekevät toisistaan tulkintoja myös ulkonäön ja käyttäytymisen perusteella (esim. Tienari et al. 2005).*

Siksi jouduin miettimään hyvin tarkasti, miten voisin tutkimusraporttissani parhaiten tuoda esille kuolevien potilaiden ja heidän omahoitajiensa itsensä kannalta hoitosuhteessa tärkeitä asioita loukkaamatta kuitenkaan heidän anonymiteettiaan. Tämän varmistamiseksi käytin esittämässäni aineistokatkelmissa potilaista keksittyjä nimiä. Samoin kaikki hoitajat esiintyvät raporttissani ainoastaan omahoitajina. Yksittäisistä havainnointitilanteista ja haastatteluista olen valinnut raporttiini vain eripituisia katkelmia. Lisäksi nämä katkelmat esiintyvät kolmessa eri tulososassa jakautuneena erilaisiin tulkintarepertuaareihin. Koska aineistokatkelmissa esiintyvät puheet ovat ainutkertaisia, niistä saattaa löytyä tutulta tuntuja piirteitä. Tutkimukseen osallistuneiden potilaiden ja omahoitajien tunnistaminen voi kuitenkin olla näennäistä ja perustua ainoastaan uskomuksiin aineistokatkelmissa esille tulevien puheiden sisällöistä. Koska tutkijan velvollisuus on pohtia kriittisesti tutkimuksesta ja raportoinnista aiheutuvia seurauksia tutkimukseen osallistuneille, annoin tutkimukseni tulososat vielä ennen raportin kirjoittamista erään tutkimuksessani mukana olleen organisaation esimiehen luettavaksi ja kommentoitavaksi. Hän ei yrityksistään huolimatta tunnistanut aineistokatkelmista eikä niiden tulkinnoista yhtään organisaatiossaan toimivaa omahoitajaa eikä heidän potilaitaan.

### 6.3 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen toteuttamista ja luotettavuuden arviointia ei voi tarkastella toisistaan erillisinä tapahtumina, koska laadullisella tutkimusmenetelmällä tehdyssä tutkimuksessa arviointi kohdistuu tutkijan tutkimuksessaan tekemiin persoonallisiin valintoihin ja ratkaisuihin. Näin ollen keskeinen luotettavuuden kriteeri on tutkija itse ja hänen rehellisyytensä. (Denzin 1994, Eskola ja Suoranta 1998.)

Myös tutkijan henkilökohtainen tapa lähestyä tutkittaviaan vaikuttaa merkittävästi laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen. Tutkittavien tuleekin olla tietoisia tutkimuksen tarkoituksesta sekä siitä, mitä tutkimuksen tekeminen merkitsee heille itselleen yksilöinä ja yhteisön jäseninä. (Nieminen 1998.) Tätä tutkimusta aloittaessani pidin tutkimukseeni osallistuneiden hoitoyhteisöjen henkilökunnille informaatiotilaisuudet, joissa kerroin tutkimukseni tarkoituksesta ja toteuttamistavoista. Kun omahoitajat olivat tehneet osallistumispäätöksensä, he kysyivät omien potilaidensa halukkuutta osallistua tutkimukseen. Vasta saatuani potilaiden kirjalliset suostumukset aloitin havainnoinnit ja haastattelut osastoilla. Koska tavoitteeni oli tarvittaessa osallistua myös hoitoon, pukeuduin näitä tilanteita varten hoitajan suojavaatteisiin. Suojavaatteen ansiosta kuolevat potilaat unohtivat nopeasti sen, että olin tutkija, ja suhtautuivat minuun samalla tavalla kuin hoitajiin. Yhteistyön käynnistymistä ja luottamuksellisen ilmapiirin syntymistä helpotti omalta osaltaan myös se, että tutkimukseen osallistuneet

hoitoyhteisöt olivat minulle jo ennestään tuttuja. Olin toiminut niissä aikaisemmin hoitotyön opettajana, henkilökunnan kouluttajana ja saattohoidon tutkijana.

Vuosien varrella karttuneet tutkimusaineistojen keräämiseen liittyvät kokemukseni edesauttoivat tämän tutkimuksen kannalta riittävän<sup>1</sup> ja totuudellisen tiedon saamisessa. Saattohoidossa käsiteltävien asioiden luonne edellytti jo omalta osaltaan luottamuksellisten suhteiden luomista tutkittaviin.

Laadullisen tutkimuksen arviointikäytännöissä ilmenee runsaasti kirjavuutta. Sitä aiheuttavat esimerkiksi laadullisen tutkimuksen vertaaminen määrälliseen tutkimukseen sekä laadullisen tutkimuksen toisistaan poikkeavat paradigmat, jotka perustuvat erilaisiin epistemologisiin, ontologisiin ja metodologisiin lähtökohtiin (Denzin and Lincoln 1998). Tässä tutkimuksessa todellisuuden tulkinnallisuutta painottava *sosiaalinen konstruktio* kyseenalaistaa sen, että tutkimusmenetelmät takaisivat tieteelliset tosiasiat ehdottomina totuuksina. Diskurssianalyttisessä tutkimuksessa tulkinnoille ei tavoitella universaalien faktan asemaa vaan tulkintojen totuudellisuuden ajatellaan olevan pätevää ainoastaan tietyn ”kielipelin” sisällä (esim. Wittgenstein 1971, Kvale 1995). Tässä tutkimuksessa tarkoitukseni oli tuottaa keräämiäni havainnointi- ja haastatteluaineistojen tarkkaan analysointiin perustuvia tulkintoja kuolevien potilaiden ja heidän omahoitajiensa hoitosuhdetta koskevista kielellisistä kuvauksista. Diskurssianalyysin avulla tuotetun tiedon luotettavuutta voidaan arvioida tulkintojen *vakuuttavuuden* ja *johdonmukaisuuden* sekä tulosten *käyttökelpoisuuden* perusteella (Potter 1996a, 2003, ks. myös Juhila ja Suoninen 1999). Käytän näitä kriteereitä tarkastellessani tutkimukseni luotettavuutta.

Puheen tarkastelussa aineistolähtöisen analyysin ja tutkijan tekemien tulkintojen luotettavuus liittyy olennaisesti tutkijan uskollisuuteen ja nöyryyteen aineistojaan kohtaan. Siksi tutkijan tulee empiirisesti tuotettua puhetta analysoidessaan pysytellä mahdollisimman lähellä alkuperäisiä aineistojaan (Potter 1996a, 2003). Tätä varmistaakseni keräsin itse kaikki kolme aineistoani. Jokaisen yksittäisen aineistokeruutilanteen jälkeen purin nauhoittamani havainnointi- tai haastattelupuheen välittömästi tekstimuotoon ja litteroin<sup>2</sup> sen sanatarkasti (ks. liite 7) erikoismerkkien avulla. Nauhoitettua tekstiä litteroidessani tein myös ensimmäisiä alustavia tulkintoja aineistostani. Puheen

---

<sup>1</sup> Juhila ja Suoninen (1999) tuovat esille diskurssianalyysin työläyden. Diskurssianalyysissa aineistoa kerätään tavallisesti tutkimusintressin ohjaamana ja sitä voidaan tarvittaessa täydentää tutkimusprosessin kuluessa. Jos tutkimusaineisto on laaja, tutkijan on mahdollista rajata analysoitavaksi aineistonosaksi vain edustavimmat tapaukset aineistosta.

<sup>2</sup> Liitteessä 7 esittelemiäni litterointimerkkien valintaa ohjasivat sekä asettamani tutkimustehtävät että analyysi-intressini.

olennaiset sisällöt ja samalla analyttisesti kiinnostavimmat asiat rakennetaan juuri tekstissä esiintyvien sanavalintojen, tauotusten ja painotusten avulla (esim. Silverman 1997). Aineistoa kerätessäni kirjasin yksityiskohtaisia huomioitani myös tutkijan päiväkirjaan. Näiden päiväkirjamerkintöjen avulla minun oli litterointivaiheessa mahdollista vielä uudelleen varmistaa, että olin ymmärtänyt nauhalta kuulemani puheet oikein. Päiväkirjamerkinnät ovat tärkeä dokumentti myös tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa, koska niiden avulla on mahdollista palata yksityiskohtaisesti tutkimusprosessin eri vaiheisiin ja todentaa tehtyjen huomioiden paikkansapitävyys. Kaiken kaikkiaan koin aineiston keruu- ja litterointivaiheet työläiksi, aikaa vieviksi ja erittäin vaativiksi.

Laadullisen tutkimuksen luonteen mukaisesti aineistolähtöistä päättelyä ei pyritä toteuttamaan ensisijaisesti oikeilla menetelmävalinnoilla (vrt. määrällinen tutkimus), vaan päättely on tutkijan tulkintaan perustuvaa aineiston analyysia (esim. Eskola ja Suoranta 1998). Voidakseni osoittaa analyttisten tulkintojeni vakuuttavuuden minun oli Potteria (1996a, 2003) tulkiten mahdollista käyttää apunani erilaisia keinoja. Ensinnäkin kiinnitin huomiota siihen, millaiseksi kielelliseksi teoksi kuoleva potilas ja omahoitaja puhettaan tietyssä tilanteessa yhdessä rakensivat. Haasteelliseksi tämän tulkinnan teki erityisesti se, että minun oli oman ymmärrykseni asemasta tukeuduttava nimenomaan potilaan ja hoitajan tilannesidonnaisesti ilmaisemaan ymmärrykseen. Tulkitsin esimerkiksi omahoitajan puheenvuoron kielellisenä tekona kuolevan potilaan alistamiseksi silloin, kun potilas ja hoitaja sen sellaiseksi yhdessä puheellaan rakensivat.<sup>1</sup> Myös alkuperäisestä oletuksesta poikkeavat ajatukset nähdään aineistolähtöisen diskurssianalyysin luotettavuutta ja vakuuttavuutta lisäävinä tekijöinä, koska ne paljastavat vuorovaikutuksellisia ja kulttuurisia itsestänselvytyksiä (Silverman 1985). Minun olikin mahdollista tukeutua aineistossani kielenkäytön yleisten säännönmukaisuuksien luonnetta täsmentävien poikkeustapausten analysointiin. Tulkitsin esimerkiksi kuolevan potilaan omahoitajalle esittämät yllättävät vaatimukset kielellisinä tekoina, jotka johtivat omahoitajan ennalta arvaamattomiin vuorovaikutuksellisiin ongelmiin.<sup>2</sup> Lisäksi tutkimuksen lukijalle on annettava mahdollisuus arvioida, miten tulkintoihin on päädytty (Potter 1996a, 2003). Tämän varmistamiseksi pyrin kuvaamaan kaikki valitsemani aineistokatkelmat ja niistä tekemäni päättelypolut niin huolellisesti, että lukijan on mahdollista seurata päättelyäni ja kyetä arvioimaan, etteivät tulkintani perustu mielivaltaisiin poimintoihin aineistosta.

---

<sup>1</sup> Ks. *aineistokatkelma 11*, s. 70.

<sup>2</sup> Ks. *aineistokatkelma 12*, s. 70.

Aloittaessani analyysia tässä tutkimuksessa pyrin saamaan aineistoni<sup>1</sup> ensin hallittavaan muotoon. Yksittäisen havainnointi- tai haastattelutilanteen vuorovaikutusrakenteen selvittäminen<sup>2</sup> edellytti, että minun oli seurattava puhetta alustavasti valitsemastani tekstikatkelmasta eteen- ja taaksepäin, lisäksi suhteessa koko vuorovaikutustilanteen sisältämään puheeseen ja viime kädessä myös koko yksittäiseen havainnointi- tai haastatteluaineistoon. Luettuani tutkimusaineistoani useita kertoja tekstistä alkoi vähitellen erottua erilaisia ja eri tavoin saattohoidon käytännössä aktualisoituvia puhetapoja (ks. kuvio 2, s. 50). Näistä puhetavoista identifioin jokaisessa aineistossa erikseen kuolevien potilaiden ja omahoitajien tulkintarepertuaarit (ks. esimerkki analyysin etenemisestä liitteessä 8) ja subjektipositiot (ks. esimerkkikatkelma, s. 51, taulukot 2-4). Kaiken kaikkiaan erilaisten tekstissä esiintyvien kielenkäytön rakenteellisia ja toiminnallisia puolia parhaiten kuvaavien katkelmien valinta, niiden kiinnittäminen tulkintataustaan sekä aineistolähtöinen analyysi oli aikaa vievä spiraalimainen prosessi, jonka eri vaiheita on jälkeinpäin vaikeata erottaa yksityiskohtaisesti toisistaan.

Tutkijan tekemien tulkintojen *johdonmukaisuuden* arvioiminen edellyttää, että myös tutkimusraportissa esiintyy riittävästi alkuperäisaineistoa, josta tutkimuksen lukija voi tehdä omia päätelmiään (Potter 1996a, 2003). Tässä tutkimuksessa olen esitellyt jokaisessa tekemässäni analyysissä ensin tulkintojeni pohjana olevan havainnointi- tai haastattelukatkelman omassa kontekstissään ja välittömästi katkelman jälkeen siitä tekemäni tulkinnan. Tulkintani on kuitenkin vain yksi monista mahdollisuuksista, sillä jokaista katkelmaa voi tarkastella ja tulkita monella eri tavalla ja monesta eri näkökulmasta. Tarkoitukseni on herättää tutkimusraportin lukijan mielenkiinto ja saada hänet tekemään myös omia tulkintojaan esille tuomistani runsaslukuisista aineistokatkelmista.

Osoittaakseni analyyttisten tulkintojeni vakuuttavuuden minun oli suhteutettava tulkintani myös aikaisempaan diskurssianalyttiseen tutkimukseen (esim. Potter 2003). Aikaisemmat tutkimukset toimivat sekä löytämieni tulosten vertailukohtina että jatkotutkimuskysymysten suuntaajina. Dialogista filosofiaa apuna käyttäen lähestyin analyysini toisessa vaiheessa kolmesta erillisestä tulososasta löytämiäni tutkimustuloksia vertailemalla niitä loogiseen päättelyyn perustuen ensin keskenään ja sitten vielä aikaisempien, lähinnä diskurssianalyttisten tutkimusten tulosten kanssa. Koska valitsemallani tutkimusotteella ei hoitotieteessä ole aikaisemmin tehty kuolevan potilaan hoitoa

---

<sup>1</sup> Koska keräsin tutkimusaineiston itse, pystyin hyödyntämään analyysivaiheessa koko aineistoani. Leino-Kilven (2003) mukaan tutkijan mahdollisuus hyödyntää koko aineistoansa analyysia tehdessään lisää tutkimuksen tieteellistä luotettavuutta.

<sup>2</sup> Analyysiyksiköt edustavat tässä tutkimuksessa toistensa kanssa samanlaista toimintaa (puhetta). Toisiinsa nähden analyysiyksiköiden sisältämät toiminnot (puheet) ovat kuitenkin ainutkertaisia.

käsitteleviä tutkimuksia, jotka kuvaisivat, mikä hoitosuhteessa on tärkeää sekä kuolevalle potilaalle että hänen omahoitajalleen heidän itsensä kannalta, jouduin tulkintoja tehdessäni tukeutumaan lähinnä muissa tieteissä tehtyjen diskurssianalyyttisten tutkimusten tuloksiin. Tutkimusraportissa olen kuvannut kaksivaiheisen analyysini etenemistä yksityiskohtaisesti (ks. kuvio 2, s. 50). Näitä vaiheita seuraamalla lukijan on mahdollista arvioida analyysini etenemistä sekä tutkimukseni luotettavuutta.

Tutkimustulosten *käyttökelpoisuutta* pohtiessani minun on kyettävä osoittamaan, että tutkimukseni tuloksilla on relevanssia laajemminkin kuin vain analysoidussa aineistossa. Esimerkiksi Lincoln ja Guba (1985) puhuvat yleistettävyyden sijaan laadullisen tutkimuksen tulosten *siirrettävyydestä*. Tässä tutkimuksessa tuotetut kuolevien potilaiden ja heidän omahoitajiensa hoitosuhteita koskevat kielelliset kuvaukset edustavat saattohoidon tavanomaisissa hoito- ja vuorovaikutustilanteissa yhteistoiminnallisesti tuotettavaa sosiaalista todellisuutta. Juuri *yhteistoiminnallisuutensa* vuoksi diskurssianalyysiä voi pitää painotukseltaan *perustutkimuksellisenä*, jolloin sillä on itseisarvoa tiedon tuottajana (esim. Juhila ja Suoninen 1999). Tässä tutkimusraportissa kuvatun kaltaisten tilanteiden kirjo on saattohoidon käytännössä lähes rajaton. Siksi tulosten siirrettävyys ei voi koskea niinkään hoitosuhdetta kuvaavien puheiden sisältöjä tai kyseisten hoito- ja vuorovaikutustilanteiden ilmapiiriä, vaan ennen kaikkea kuolevien potilaiden ja omahoitajien kielenkäytön rakenteellisia, toiminnallisia sekä retorisia säännönmukaisuuksia.

Tutkimustulosten käyttökelpoisuutta pohtiessani pidin oleellisena, että valitsemani näkökulmat tuovat kuolevan potilaan ja omahoitajan hoitosuhteesta esille sellaisia puolia, joita tähänastisissa hoitotieteellisissä tutkimuksissa on käsitelty hyvin vähän tai ei ollenkaan. Diskurssianalyysin käyttäminen hoitotieteessä voikin auttaa ymmärtämään elämän monimuotoisuutta saattohoitovaiheessa olennaisesti rikkaammin kuin puheen tutkiminen fakthanäkökulmasta. Tutkimustulokset paljastavat erityisesti sen, mikä on tärkeää kuolevan potilaan ja omahoitajan itsensä kannalta heidän käsitteellistäessään hoitosuhdetta elämänläheisesti. Tutkimuksen kohteena oleva kielellinen toiminta on kuitenkin aina ainutkertaista ja ennustamatonta, eivätkä tutkittavat asiat näin ollen voi tulla perin pohjin selvitettyiksi. Vaikka toimijat tulkintoja perustelleessaan tukeutuvat kulttuurisiin resursseihinsa, he orientoituvat toinen toistensa puheisiin tilannesidonnaisesti. Siksi näen tutkimustulokseni lähinnä perustellusti muotoiltuina saattohoitotodellisuuden rakentumista koskevinä tilannesidonnaisina tulkintoina. Toivon näiden tulkintojen kuitenkin avaavan uusia mahdollisuuksia yhteiselle ymmärrykselle saattohoidon käytännöissä ja synnyttävän vielä nykyistäkin potilaslähtöisempää hoitoa.

## 6.4 Jatkotutkimusaiheet

Kuolevan potilaan ja omahoitajan hoitosuhteessa *hyvä hoito ja itseyden säilyttäminen* merkitsevät jatkuvaa tasapainoilua läheisyyden (dialoginen Minä-Sinä-maailma) ja etäisyyden (monologinen Minä-Se-maailma) paradoksaalisessa samanaikaisuudessa. Hoitosuhdetta koskevat käsitykset ovat hyvin moninaisia, ja ne vaihtelevat tilannesidonnaisesti. Samalla paljastuu filosofian ja etiikan pelkän tiedon ylittävä toiminnallisuus. Näin ollen Sokrates oli oikeammassa kuin aavistammekaan, kun hän esitti, että se, joka väittää tietävänsä hyvän, mutta ei toimi sen mukaan, ei oikeastaan tiedäkkään hyvää. Tutkimustuloksia ei voi yleistää, mutta ne voivat toimia niin hoitotieteellisen kuin filosofisen keskustelun virittäjinä hoitotyön koulutuksessa ja käytännössä sekä lähtökohtana jatkotutkimuksille.

Suomalaisen väestön ikääntyessä myös moni nykyisistä saattohoidossa toimivista hoitotyöntekijöistä vanhenee ja jää eläkkeelle. Mistä löytyvät lähitulevaisuudessa ne hoitajat, jotka arvostavat ikääntymistä ja sitoutuvat toimimaan entistä vanhempien ja sairaampien potilaiden saattohoitajina? Samanaikaisesti valtakunnan tasolla käynnissä olevat eettistä päätöksentekoa koskevat keskustelut terveydenhuoltoon suunnattujen taloudellisten edellytysten heikkenemisestä ja aktiivisen eutanasian laillistamismahdollisuuksista<sup>1</sup> heijastelevat suomalaisessa yhteiskunnassa tällä hetkellä vallitsevia kuolemaa ja saattohoitoa koskevia arvoristiriitoja. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan viimeaikaisissa saattohoitoa koskevissa kannanotoissa<sup>2</sup> tämä yhteiskunnallisen eriarvoistumisen uhka tuodaankin esille erityisesti saattohoidon oikeudenmukaista saatavuutta vaarantavana ja kuolevan ihmisen arvottomuuden tunnetta lisäävänä tekijänä. Onko kuolevien potilaiden hoitomahdollisuuksien oikeudenmukaiselle toteutumiselle tässä maassa vielä lähivuosinakin riittävästi tahtoa ja varaa? Miten tämä olemassa oleva uhka nähdään hoitotyön koulutuksessa ja käytännössä?

Vain harva hoitotyön koulutusohjelmassa opiskeleva tai vastavalmistunut sairaanhoitaja on tänä päivänä kiinnostunut kuolevan potilaan hoitotyöstä. Tämä on varsin ymmärrettävää, koska kuolema, siihen kytkeytyvät filosofiset kysymykset ja saattohoito ovat nuorille ihmisille vaikeita teemoja ja niiden ymmärtäminen vaatii kypsymistä ja reflektointiaikaa. Väestön ikääntyessä kuoleman kohtaamisesta tulee lähitulevaisuudessa kuitenkin arkitodellisuutta lähes jokaiselle hoitotyöntekijälle hoitoympäristöstä riippumatta. Onko hoitajalla

---

<sup>1</sup> Suomessa ei ole tällä hetkellä aktiivisen eutanasian hyväksyvää lainsäädäntöä. Eduskunnan tulevaisuusvaliokunnan tekemän esiselvityksen (8/2004) mukaan näyttää kuitenkin siltä, että eutanasian hyväksyminen on saamassa yhä laajempaa kannatusta.

<sup>2</sup> Kuulemistilaisuus eduskunnan tulevaisuusvaliokunnassa 8.12. 2004.

valmiuksia kohdata kuoleva ihminen, jos hänellä ei ole ollut aikaa ja mahdollisuutta pohtia omaa ihmisenä olemistaan ja sen merkitystä hoitosuhteen toteutumiselle eikä myöskään omaa suhdettaan kuolemiseen ja kuolemaan? Näenkin, että saattohoitoon sitoutuvan ja ammattitaitoisen hoitohenkilökunnan kouluttamisesta tulee eriasteista koulutusta järjestäville tahoille lähitulevaisuudessa merkittävä haaste, jota kannattaa lähestyä myös tutkimuksen keinoin.

Vaikka muistelun hoidollinen merkitys on tullut esille jo aikaisemmissakin tutkimuksissa (esim. Molander 1999a) varsinkin perhehoitotyön näkökulmasta, olisi kiinnostavaa selvittää, miten muistelua voitaisiin hyödyntää terapeuttisena elementtinä hankalaksi koettujen tai erityisen ahdistuneiden potilaiden ja heidän läheistensä tukemisessa hoitosuhteen luomisen kannalta merkittävästä hoitotulotilanteesta lähtien. Myös elämänsä muistelevan kuolevan potilaan omia käsityksiä ihmisenä olemisesta olisi haasteellista tutkia erityisesti hoitotyön filosofian näkökulmasta.

Tulevaisuuden uhkakuvien huomioonottaminen tekee myös saattohoidon käytännön edelleen kehittämistä ja siihen liittyvästä tutkimuksesta entistä haasteellisempää. Tätä käsillä olevaa kuolevien potilaiden ja heidän omahoitajiensa omia käsityksiä hoitosuhteesta ja sen toimivuudesta kuoleman läheisyydessä valottavaa tutkimusta voidaan hyödyntää niin hoitosuhteen kuin yleisemmällä tasolla omahoitajuudenkin kehittämiseen paitsi varsinaisissa saattohoitokodeissa myös kaikissa muissa saattohoitoa toteuttavissa hoitoyhteisöissä. Tämän tutkimuksen herättämänä jatkotutkimushaasteena olisi myös erittäin kiinnostavaa tutkia, miten kuolevista potilaista ja heidän läheisistään puhutaan erilaissa osastojen raportointitilanteissa, hoitoneuvotteluissa tai hoitokertomusten sanallisissa kuvauksissa. Kyseiset tilanteet ovat osa saattohoidon sosiaalista käytäntöä ja institutionaalista kohtaamista, jonka tutkimiseen esimerkiksi tässä tutkimuksessa käytetty aineistolähtöinen diskurssianalyysi soveltuisi varsin hyvin. Diskurssianalyysin merkittävin anti on siinä, että sen avulla voidaan kiinnittää huomiota puheiden seurauksiin. Seurausten ymmärtäminen onkin tärkeää, koska tulevaisuuden saattohoitopotilaat ovat entistä koulutetumpia ja kriittisempiä oman hoitonsa suhteen. He osaavat ilmaista hoitotahtonsa ja vaatia oikeuksiaan.



## LÄHTEET

Adler PA and Adler O (1994): Observational Techniques. In: Handbook of Qualitative Research, 377 – 392. Eds. N K Denzin and Y S Lincoln, Sage Publications, Thousand Oaks, London.

de Araujo M M T and da Silva M J P ( 2004): Communication with dying patients of intensive care units nurses in Brazil. *Journal of Clinical Nursing* 13 (2), 143 – 149.

Alasuutari P (2001): Laadullinen tutkimus. Vastapaino, Tampere.

Ahlman E (1953): Ihmisen probleemi. Johdatus filosofisen antropologian kysymyksiin. WSOY, Porvoo.

Arnold E (1999a): Professional Guides to Action in Interpersonal Relationships. In: *Interpersonal Relationships. Professional Communication Skills for Nurses*, 24-39. Eds. E Arnold and K Underman Boggs, W B Saunders Company, Philadelphia.

Arnold E (1999b): Structuring the Relationship. In: *Interpersonal Relationships. Professional Communication Skills for Nurses*, 80-106. Eds. E Arnold and K Underman Boggs, W B Saunders Company, Philadelphia.

Arnold E (1999c): Developing Therapeutic Communication Skills in the Nurse-Client Relationship. In: *Interpersonal Relationships. Professional Communication Skills for Nurses*, 209-239. Eds. E Arnold and K Underman Boggs, W B Saunders Company, Philadelphia.

Atkinson P and Hammersley M (1994): Ethnography and Participant Observation. In: Handbook of Qualitative Research, 248 - 261. Eds. N K Denzin and Y S Lincoln, Sage Publications, Thousand Oaks, London.

Aula U (1993): Kuolema polkuna minuuteen. Kuoleva potilas kokonaisvaltaisena ja eettisenä olentona terminaalihoidossa. *Lisensiaatintyö. Hoitotieteen laitos, Tampereen yliopisto, Tampere.*

Berger B and Luckmann T (1967): *The Social Construction of Reality. A Treatise in the Sociology of Knowledge.* Penguin Books, Harmonds, England.

Berkhout A J M B, Boumans N P G, van Breukelen G P J, Abu-Saad H H and Nijhuis F J N (2004): Resident-oriented care in nursing homes: effects on nurses. *Journal of Advanced Nursing* 45 (6), 621-632.

Billig M (1987): *Arguing and Thinking. A Rhetorical Approach to Social Psychology.* University Press, Cambridge.

- Billig M (1988): *Ideological Dilemmas*. Sage, London.
- Billig M (2002): Discursive, Rhetorical and Ideological Messages. In: *Discourse Theory and Practice*, 210 -221. Eds. M Wetherell, S Taylor and S J Yates, Sage Publications, London.
- Boitshwarelo T (2003): The Phenomenon of Primary Nursing: Beyond the Ordinary. *Creative Nursing*, 9 (1), 12 – 14.
- Bourdieu P (1977): *Outline of a theory of practice*. University Press, Cambridge.
- Bourdieu P (1998): *Järjen käytännöllisyys*. Vastapaino, Tampere.
- Buber M (1962a): Ich und Du. In: *Werke. Schriften zur Philosophie*, 77-170. Ed. M Buber, Kösel-Verlang, Verlag Lambert Schneider, München.
- Buber M (1962b): Die Frage von den Einzelnen. In: *Werke. Schriften zur Philosophie*, 215-288. Ed. M Buber, Kösel-Verlang, Verlag Lambert Schneider, München .
- Buber M (1962c): Das Problem des Menschen. In: *Werke. Schriften zur Philosophie*, 307-407. Ed. M Buber, Kösel-Verlang, Verlag Lambert Schneider, München.
- Buber M (1962d): Beiträge zu einer Philosophischen Anthropologie. In: *Werke. Schriften zur Philosophie*, 411-502. Ed. M Buber, Kösel-Verlang, Verlag Lambert Schneider, München.
- Buber M (1962e): Reden über Erziehung. In: *Werke. Schriften zur Philosophie*, 783-832. Ed. M Buber, Kösel-Verlang, Verlag Lambert Schneider, München.
- Burnard P (1997): Why care? Ethical and spiritual issues in caring in nursing. In: *Caring. The Compassion nad Wisdow of Nursing*, 32-44. Eds. G Brykczynska and A Arnold, Member of the Hodder Headline Group, London.
- Burr V (1995): *An Introduction to Social Constructionism*. Routledge, London.
- Carter H, MacLeod R, Brander P, McPherson K. (2004): Living with a terminal illness: patients' priorities. *Journal of Advanced Nursing* 45 (6), 611-620.
- Clover A, Browne J, McErlain P and Vandenberg B (2004): Patient approaches to clinical conversations in the palliative care setting. *Journal of Advanced Nursing* 48 (4), 333-341.

- Cohen L and Manion L (1995): *Research Methods on Education*. Roudledge, London.
- Costello J (2001): Nursing older dying patients: findings from an ethnographic study of death and dying in elderly care wards. *Journal of Advanced Nursing* 35(1), 59 – 68.
- Corr C A (1991-1992): A task based approach to coping with dying. *Omega* 24(2), 81-94.
- Denzin N K (1988): Triangulation. In: *Educational research, methodology, and measurement*, 511 – 513. Ed. J P Keeves, *An International Handbook*, London.
- Denzin N K (1994): The art and politics of interpretation. In *Handbook of qualitative research*, 500 - 515. Eds. N K Denzin and Y S Lincoln, Sage Publications, Thousand Oaks, London.
- Denzin N K and Lincoln Y S (1998): Introduction: Entering the field of qualitative research, 1-18. In: *Collecting and interpreting qualitative materials*. Eds. N K Denzin and Y S Lincoln, Sage Publications, Thousand Oaks, London.
- Diamond M (1967): "Dialogue and Theology", 235-247. In: *The Philosophy of Martin Buber*. Eds. P A Schilpp and M Friedman, *The Library of Living Philosophers*, Vol. XII, Open Court, Cambridge University Press, Cambridge.
- Drach - Zahavy A (2004): Primary nurses' performance: role of supportive management. *Journal of Advanced Nursing* 45 (1), 7 – 16.
- Drew P and Heritage J (1992): Analyzing talk at work: an introduction. In: *Talk at work. Interaction in Institutional Settings*, 3-65. Eds. P Drew and J Heritage, Cambridge University Press, Cambridge.
- Dryden W and Mytton J (1999): *Four Approaches to Counselling and Psychotherapy*. Roudledge, London.
- Dunahoo C L, Geller P and Hobfoll S E (1996): Women's coping: Communal versus individualistic orientation, 183-204. In: *Handbook of work and health psychology*. Eds. M J Schabracq, J A M Winnubst and C L Cooper, John Wiley & Sons, Chichester.
- Dunderfelt T (1998): *Henkilökemia. Yhteistyö erilaisten ihmisten välillä*. WSOY, Juva.
- Edwards D (1997): *Discourse and Cognition*. Sage, London.

- Edwards D and Potter J (1992): *Discursive Psychology*. Sage, London.
- Elias N (1993): *Kuolevien yksinäisyys*. Tammerpaino Oy, Tampere.
- Emanuel E J, Fairclough D L, Wolfe P and Emanuel L L (2004): Talking with terminally ill patients and their caregivers about death, dying and bereavement: is it stressful? Is it helpful? *Archives of Internal Medicine* 164 (18), 1999 – 2004.
- Eriksson K (1989): *Caritas-idea*. SHKS, Hämeenlinna.
- Eriksson - Piela S (2003): Tunnetta, tietoa vai hierarkiaa? Sairaanhoidon moninainen ammatillisuus. *Acta Universitatis Tamperensis* 929. Tampereen yliopisto, Sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos, Tampere.
- Eskola J ja Suoranta J (1998): *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Vastapaino, Tampere.
- Fairclough N (1992): *Discourse and Social Change*. Polity Press, Cambridge.
- Fairclough N (1997): *Miten media puhuu*. Vastapaino, Tampere.
- Field D and Copp G (1999): Communication and awareness about dying in the 1990s. *Palliative Medicine* 13 (6), 459 – 468.
- Filipp S-H (1996): Motivation and emotion. In: *Handbook of the psychology of aging*, 218-235. Eds. J E Birren and K W Schaie. Academic Press, San Diego.
- Fontana A and Frey JH (1994): Interviewing. The Art of Science. In: *Handbook of Qualitative Research*, 361-376. Eds. N K Denzin and Y S Lincoln, Sage Publications, Thousand Oaks, London.
- Forbat L (2005): *Talking about care. Two sides to the story*. The Policy Press, Bristol.
- Forest P K (2004): Being there: the essence of end-of-life nursing care. *Urologic Nursing* 24(4), 270 – 274.
- Foucault M (1980): *Tarkkailla ja rangaista*. Otava, Helsinki.
- Friedman M (1988): *Martin Buber's Life and Work. The Early Years, 1878-1923*. Wayne State University Press, Detroit.
- Fry P S (1990): A factor analytic investigation of home-bound elderly individuals' concern about death and dying and their coping responses. *Journal of Clinical Psychology* 46(6), 737 – 748.

Gergen K.J. (1994): Realities and Relationships - Soundings in Social Construction. Harvard University Press, Cambridge.

Gergen K J (1999): An Invitation to Social Construction. Sage Publications, Thousand Oaks, California.

Gergen K J (2002): Self - Narration in Social Life. In: Discourse Theory and Practice, 247 - 260. Eds. M Wetherell, S Taylor and S J Yates. Sage Publications, London.

Giddens A (1995): Elämää jälkitraditionaalisessa yhteiskunnassa. Kirjassa Nykyajan jäljillä, 83-152. Toim. U Beck, A Giddens ja Scot Lash. Vastapaino, Jyväskylä.

Gordon G H (2003): Care not cure: dialogues at the transition. Patient Education & Counselling 50 (1), 95 – 98.

Granfelt R (1998): Kertomuksia naisten kodittomuudesta. Suomalaisen kirjallisuuden seura & raamattutalo. Pieksämäki.

Gubrium J F and Hostein J A (1997): The New Language of Qualitative Method. Oxford University Press, New York.

Gubrium J F and Hostein J A (2001): Introduction: Trying Times, Troubled Selves. In: Institutional Selves; Troubled Identities in a Postmodern World, 1-20. Eds. J F Gubrium and J A Hostein, Oxford University Press, New York and Oxford.

Hakanen J (1991): Kuoleman kolme näyttämöä: Etogeeninen tarkastelu. Helsingin yliopiston sosiaalipsykologian laitoksen tutkimuksia, Yliopistopaino, Helsinki.

Hammersjöld D (1984): Kännekohtia. Otava, Keuruu.

Harre'R and van Langenhove L (1999): Positioning Theory. Blackwell, Oxford.

Hautamäki T (2002): Tuberkuloosin ja aidsin kulttuuriset merkitykset. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, Sosiologian ja sosiaalipolitiikan laitos, Tampere.

Hegyvary S T (1991): Yksilövastuinen hoitotyö. Hygieia, Kirjayhtymä, Helsinki.

Heidegger M (1984): Was heisst Denken? Max Niemeyer Verlag, Tübingen.

Heidegger M (1986): Sein und Zeit. Max Niemeyer Verlag, Tübingen.

- Heritage J (1996): Harold Garfinkel ja etnometodologia. Gaudeamus, Helsinki.
- Heritage J (1997): Conversation analysis and institutional talk: analyzing data. In: Qualitative analysis: issues of theory and method. Ed. D Silverman, Sage, London.
- Hirsjärvi S ja Hurme H (2001): Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino, Helsinki.
- Holst M, Sparrman S, Berglund A. (2003): The dialogical relationship. Meetings in palliative nursing in somatic wards. *Vard I Norden. Nursing Science and Research in the Nordic Countries* 23 (2), 46 – 49.
- Holstein J and Cubrium J F (1995): The Active Interview. *Qualitative Research Methods*, Vol. 37. Sage Publications, Thousand Oaks, California.
- Hopkinson J B, Hallet C E and Luker K A (2003): Caring for dying people in hospital. *Journal of Advanced Nursing* 44(5), 525 – 533.
- Horton P and Hunt C (1984): *Sociology. International Student Edition*, McGraw-Hill International Book Company, Singapore.
- Huhtinen A (2005): Epävalmiin ajassa ja hetkessä valmiina. Tutkimus kuolevan kohtaamiseen kasvamisesta. *Acta Universitatis Lapponiensis* 82, Lapin yliopisto, Rovaniemi.
- Häggman-Laitila A (1994): Terveysthuollossa asioineiden mielikuvia ja kokemuksia potilaana olemisesta. *Hoitotiede* 6(2), 89-91.
- Janhonen S (1999): Dialoginen vuorovaikutus tutkimuskohteena: Yksilöllisellä ja jaetulla tiedostamisella kohti potilaslähtöistä hoitoa. *Hoitotiede* 11(6), 334-339.
- Jarrett N and Payne S (1999): ‘Someone to talk to’ and ‘pain control’: what people expect from a specialist palliative care team. *Palliative Medicine* 13 (2), 139 – 144.
- Jokinen A (1999a): Diskurssianalyysin suhde sukulaistraditioihin. Kirjassa *Diskurssianalyysi liikkeessä*, 37 – 53. Toim. A Jokinen, K Juhila ja E Suoninen, Vastapaino, Tampere.
- Jokinen A (1999b): Vakuuttelevan ja suostuttelevan retoriikan analysoiminen. Kirjassa *Diskurssianalyysi liikkeessä*, 126 – 159. Toim. A Jokinen, K Juhila ja E Suoninen, Vastapaino, Tampere.

Jokinen A ja Juhila K (1996): Merkitykset ja vuorovaikutus. Poimintoja asunnottomuuspuheiden kulttuurisesta virrasta. Acta Universitatis Tamperensis A 510, Tampereen yliopisto, Sosiaalipolitiikan laitos, Tampere.

Jokinen A ja Juhila K (1999): Diskurssianalyttisen tutkimuksen kartta. Kirjassa Diskurssianalyysi liikkeessä, 54 - 97. Toim. A Jokinen, K Juhila ja E Suoninen, Vastapaino, Tampere.

Jokinen A, Juhila K ja Suoninen E (1993): Diskursiivinen maailma: teoreettiset lähtökohdat ja analyttiset käsitteet. Kirjassa Diskurssianalyysin aakkoset, 17 - 47. Toim. A Jokinen, K Juhila ja E Suoninen, Vastapaino, Tampere.

Jokinen A, Juhila K ja Suoninen E (1999): Diskurssianalyysi liikkeessä. Vastapaino, Tampere.

Jokinen A, Suoninen E ja Wahlström J (2000): Miten tavoittaa auttamistyön ydintä? Kirjassa Auttamistyö keskusteluna. Tutkimuksia sosiaali- ja terapiatyön arjesta, 15 – 33. Toim. K Jokinen ja E Suoninen, Vastapaino, Tampere.

Juhila K (1993): Miten tarinasta tulee tosi: Faktuaalistamisstrategiat viranomaispuheessa. Kirjassa Diskurssianalyysin aakkoset, 151 – 188. Toim. A Jokinen, K Juhila ja E Suoninen, Vastapaino, Tampere.

Juhila K (1999): Kulttuurin jatkuvasti rakentuvat kehät. Kirjassa Diskurssianalyysi liikkeessä, 160 - 198. Toim. A Jokinen, K Juhila ja E Suoninen, Vastapaino, Tampere.

Juhila K ja Suoninen E (1999): Kymmenen kysymystä diskurssianalyysistä. Kirjassa Diskurssianalyysi liikkeessä, 233- 252. Toim. A Jokinen, K Juhila ja E Suoninen, Vastapaino, Tampere.

Julkunen R (1995): Feministiseen analyysiin. Kirjassa Naiset yksityisen ja julkisen rajalla, 15 – 28. Toim. L Eräsaari, Raija Julkunen ja Harriet Silius, Gummerus, Helsinki

Kaakkuri - Knuutila M-L (2003): Retoriikka. Kirjassa Argumentti ja kritiikki, 233 – 272. Toim. M-L Kaakkuri-Kankuri, Gaudeamus, Helsinki.

Kainlauri A (1998): Kohtaamisia kotityön näyttämöillä. Kirjassa Kohtaamisia sosiaali- ja terveystalouden areenoilla, 182 – 198. Toim. R Haverinen, L Simonen ja I Kiikkala, Raportteja 221, Stakes, Jyväskylä.

Kalkas H (1996a): Hoitotyö ja arvot. Kirjassa Hoitotyön etiikan perusteet, 76-96. Toim. H Kalkas ja A Sarvimäki, WSOY, Juva.

Kalkas H (1996b): Hoitotyön etiikan perustekijät. Kirjassa Hoitotyön etiikan perusteet, 97-107. Toim. H Kalkas ja A Sarvimäki, WSOY, Juva.

Kalkas H ja Sarvimäki A (1996): Sairaanhoidajien eettiset ohjeet. Kirjassa Hoitotyön etiikan perusteet, 204, liite 3a. Toim. H Kalkas ja A Sarvimäki, WSOY, Juva.

Karjalainen S, Launis V, Pelkonen R ja Pietarinen J (2002): Tutkijan eettiset valinnat. Gaudeamus, Helsinki.

Kimchi J, Polivka B and Stevenson J (1991): Triangulation: Operational definitions. Nursing Research 40, 364 – 366.

King U (1993): Women and Spirituality. Voices of Protest & Promise. MacMillan, London.

Kirmanen T (1999): Pelko lapsen maailmassa. Kirjassa Hegelista Harre'en, narratiivista Nudistiin, 271-296. Toim. J Eskola. Kuopion yliopiston selvityksiä E, Yhteiskuntatieteet 10, Kuopion yliopisto, Kuopio.

Kitcher P (2001): Science, Truth and Democracy. Oxford University Press, Oxford.

Klemola T (1998): Ruumis liikkuu - Liikkuuko henki? Fenomenologinen tutkimus liikunnan projekteista. Väitöskirja. Filosofisia tutkimuksia Tampereen yliopistosta, Vol. 66, Tampereen yliopisto, Tampere.

Koistinen P (2003): Hoivan arvoitus. Vastapaino, Tampere.

Kokkonen M, Rissanen S, Kylmä J, Miettinen S, Pelkonen M (2004): Toivottomuus ja omahoitajasuhde masentuneen potilaan arvioimana sairaalahoidon aikana. Hoitotiede 16(1), 14 -24.

Krishnasamy M (1996): Social support and the patient with cancer; a consideration of the literature. Journal of Advanced Nursing 23, 757-762.

Kupiainen R (1992): Huomioita Heideggerin kääntämisestä. Kirjassa Fenomenologinen vuosikirja. Filosofisia tutkimuksia Tampereen yliopistosta, 193-212. Toim. J Varto, Vol XXXVII, Tampereen yliopisto, Tampere.

Kuula A (2006): Tutkimusetiikka: aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Vastapaino, Tampere.



Kuuppelomäki M (1991): Iäkkään syöpäpotilaan terminaalihoidon eri hoitoyksiköissä sairaanhoitajien kokemana. Licensiaatintutkimus. Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen laitos, Turun yliopisto, Turku.

Kuuppelomäki M (1996): Parantumaton syöpä sairastavien potilaiden kärsimyskokemukset ja selviytymistä tukevat toiminnot. Turun yliopiston julkaisuja sarja C 124, Turun yliopisto, Turku.

Kuuppelomäki M (2002): Kuolevan potilaan emotionaalinen tukeminen - sairaanhoitajien näkökulma. *Hoitotiede* 14 (3), 117- 128.

Kvale S (1995): The social construction of validity. *Qualitative Inquiry* 1 (1): 19 – 40.

Kylmä J (2000): Dynamics of hope in adult persons living with HIV/AIDS and their substantive theory. *Kuopio University publications E, Social Sciences* 85, Kuopion yliopisto, Kuopio.

Kylmä J ja Velviläinen - Julkunen K (1997): Hope in nursing research: A meta-analysis of the ontological and epistemological foundations of research on hope. *Journal of Advanced Nursing* 25 (2), 364 – 371.

Ladd R E, Pasquerella L and Smith S (2000): What to do when the end is near: ethical issues in home health care nursing. *Public Health Nursing* 17(2), 103 – 110.

Laine T (1989): Feuerbach - Scheler - Plessner. Tekstejä filosofisen antropologian historiasta. *Filosofian laitoksen julkaisuja* 40, Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.

Laine T (1993): Aistisuus, kehollisuus ja dialogisuus. Ludwig Feuerbachin filosofian lähtökohtia ja niiden kehitysnäkymiä 1900-luvun antropologisesti suuntautuneessa fenomenologiassa. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and social Research* 96, Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.

Laine T (1994): Ihmisen kokonaisuuden ongelma filosofisen antropologian historiassa. Kirjassa *Ihmisen mallit. Symposiumi filosofisesta antropologiasta*, 67-77. Toim. T Laine, *Filosofian laitoksen julkaisuja* 62, Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.

Laine T ja Kuhmonen P (1995): Filosofinen antropologia. Ihmisen kokonaisuutta etsimässä. *Gummerus, Saarijärvi*.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8. 1992 / 785. Suomen säädöskokoelma, Helsinki.

- Langenhowe L van and Harre' R (1995): Cultural Stereotypes and Positioning Theory. *Journal of Theory of Social Behaviour* 24: 4, 359 – 372.
- Larson D G and Tobin D R (2000): End-of-Life conversations: evolving practice and theory. *JAMA* 284 (12), 1573-1578.
- Latimer E (1991): Caring for seriously ill and dying patients: the philosophy and ethics. *Canadian Medical Association Journal* 144 (7), 859-864.
- Leino T, Pusa H, Vilminko M ja Holli K (1996): Tamperelaisten syöpäpotilaiden viime vaiheen hoito. *Duodecim* 9: 755 - 763.
- Leino-Kilpi H (1990): Hyvän hoitamisen arviointiperusteet. *Lääkintöhallituksen julkaisuja* 163, Helsinki.
- Leino-Kilpi H (2003): Hoitotyöntekijä ja tutkimusetiikka. Kirjassa *Etiikka hoitotyössä*, 284-298. Toim. H Leinokilpi ja M Välimäki, WSOY, Juva.
- Leino-Kilpi H ja Vuorenheimo J (1992): Potilas hoidon laadun arvioijana. *Sosiaali- ja terveyshallitus. Raportteja* 68, Valtion painatuskeskus, Helsinki.
- Levinas E (1987): *Die Spur des Anderen*. Verlag Karl Alber, Freiburg.
- Levinas E (1996): *Etiikka ja äärettömyys*. Keskusteluja Philippe Nemon kanssa. Gaudeamus, Tampere.
- Lincoln Y and Guba E G (1985): *Naturalistic Inquiry*. Sage, California.
- Lindqvist M (1978): *Terapia inhimillisenä kasvutapahtumana kristinuskon näkökulmasta*. Sairaanhoidon vuosikirja XV, SHKS, Helsinki.
- Lindqvist M (1999) *Keskeneräisyyden puolustus*. Otava, Helsinki.
- Lindqvist M (2002): *Etiikan näkökulma kuoleman kohtaamiseen hoidossa*. Kirjassa *Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa*, 19-24. *ETENE - julkaisuja* 4, Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Lindqvist M (2003): *Ole hyvä*. Otava, Helsinki.
- Lindvall L (1995): *Toivo syöpään sairastuneen arkielämässä*. *Hoitotiede* 7(5), 223-232.
- Lindvall L (1997): *Syöpään sairastuneen kokemuksia toivosta ja toivottomuudesta: fenomenologinen tutkimus sytostaattihoidon saavien syöpäpotilaiden toivon ja toivottomuuden kokemuksista*. *Acta Universitatis Ouluensis D* 433, Oulun yliopisto, Oulu.

- Lindvall L (1998): Toivo syöpään sairastuneen kokemuksena. *Hoitotiede* 10 (2), 110-114.
- Lindvall L (2001): Jos saisi vain elää...Toivon kokemuksen ulottuvuuksia. *Hoitotiede* 13 (3), 107-178.
- Lipponen V (1997): Potilaan tahdon toteutuminen potilaan ja hänen perheenjäsenensä näkökulmasta tarkasteltuna. Pro gradu-tutkielma, Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos, Tampere.
- Lipponen V (2002): Kuolevan potilaan hyvä hoito. Dialogisen hoitosuhteen filosofinen tarkastelu. Lisensiaatti-tutkielma (julkaisematon), Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos, Tampere.
- Lipponen V ja Sand H (1993): Hyvän hoidon viesti kuolevan potilaan hoidossa potilaan, omaisen ja hoitajan näkökulmasta tarkasteltuna Pirkanmaan Hoitokodissa. Tampereen terveydenhuolto-oppilaitoksen julkaisusarja A, Tutkimus ja kehittäminen, Tampere.
- Lövgren G, Engström B and Norberg A (1996): Patients' Narratives Concerning Good and Bad Caring. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 10, 151-156.
- MacIntyre A (1985): *After Virtue. A Study in moral theory.* Duckworth, London.
- Mattila K-P (2002): Syöpäpotilaan palliatiivisen hoidon keskeiset eettiset ongelmat. Suomalaisen teologisen kirjallisuusseuran julkaisuja 235. Suomalainen teologinen kirjallisuusseura, Helsinki.
- Mattila L-R (2001): Vahvistumista ja tunnekokemuksen jakamista. *Acta Universitatis Tamperensis* 816, Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos, Tampere.
- Mok E and Chiu P C (2004): Nurse - patient relationship in palliative care. *Journal of Advanced Nursing* 48 (5), 475-483.
- Molander G (1999a): Askel lyhenee, maa kutsuu. Yli 80-vuotiaiden kuolema eletyn elämän valossa. Suomen Mielenterveysseura. Kuntoutuksen edistämisyhdistys. Helsinki.
- Molander G (1999b): Työnä kuolemaan hoitaminen. Mistä voimavarat? Suomen Mielenterveysseura, SMS- Julkaisut, Helsinki.
- Montgomery C (1993): *Healing through communication: The practice of caring.* Sage, London.

Morse J M, Bottorf J L and Hutchinson S (1995): The Paradox of Comfort. *Nursing Research* 44, 14-19.

Morse J M, Solberg S M, Neander W L, Bottorff J L and Johnson J L (1996): Concepts of Caring and caring as a Concept. In: *Philosophical and Theoretical Perspectives for Advanced Nursing Practice*, 261-273. Ed. J W Kenney, Jones and Bartlett Publishers, Sudbury.

Munhall P L (1993): Ethical Considerations in Qualitative Research. In: *Nursing Research. A Qualitative Perspective*, 395-408. Eds. P Munhall and C Oiler Boyd, National League for Nursing Press, New York.

Munnukka T (1993): Tehtävien hoidosta yksilövästaiseen hoitotyöhön. *Acta Universitatis Tamperensis A* 375, Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos, Tampere.

Munnukka T (1997): Hoitamaan oppiminen ja opettaminen. *Acta Universitatis Tamperensis* 579. Tampereen yliopisto, Opettajankoulutuslaitos, Hämeenlinna.

Mäkinen A, Kivimäki M, Elovainio M and Virtanen M (2003a): Organization of nursing care and stressful work characteristics. *Journal of Advanced Nursing* 43 (2), 197 – 205.

Mäkinen A, Kivimäki M, Elovainio M, Virtanen M and Bond S (2003b): Organization of nursing care as a determinant of job satisfaction among hospital nurses. *Journal of Nursing Management* 11, 299 – 306.

Mäkinen B, Välimäki M ja Katajisto J (1999): Hoitajien käsityksiä kuolemasta ja kuolevan potilaan omaisen tukemisesta. *Hoitotiede* 11 (3), 109-118.

Mäkinen B (2002): Iäkkään potilaan omaisena erikoissairaanhoidossa, Omaisen, lääkärin ja sairaanhoitajan näkökulma. *Acta Universitatis Turkuensis C* 183, Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos, Turku.

Mäntymies L (2000): Hospice ei ole rakennus vaan näkemys. Kirjassa: *Saattohoito*, 195-218. Toim. K Aalto, Kirjapaja, Helsinki.

Mönkkönen K (2002): Dialogisuus kommunikaationa ja suhteena. Vastaamisen, vallan ja vastuun merkitys sosiaalialan asiakastyön vuorovaikutuksessa. *Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet* 94, Kuopion yliopisto, Sosiaalitieteiden laitos, Kuopio.

Nieminen H (1998): Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Kirjassa *Hoitotieteellinen tutkimusmetodiikka*, 215 - 221. M Paunonen ja K Vehviläinen-Julkunen, WSOY, Juva.

- Nikander P (1997): Diskursiivinen käänne sosiaalipsykologiassa. *Psykologia* 32, 404 - 414.
- Noddings N (2003): *Caring. A femine approach to ethics and moral education.* University of California Press, Ltd, London.
- Nores T (1993): Olemassaolokokemus. Naisvanhuspotilaan olemassaolokokemusta koskeva käsitteellinen ja empiirinen analyysi. Akateeminen väitöskirja, Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos, Kirjapaino Pika Oy, Turku.
- Ollila M-R (1993): *The Ethics of Rendezvous. Morality, Virtues ja Love.* Acta Philosophica Fennica 54, Helsingin yliopisto, Helsinki.
- Paavilainen E and Åstedt-Kurki P (1997): The client-nurse relationship as experienced by public health nurses: Toward better collaboration. *Public Health Nursing* 14, 137 – 142.
- Pelkonen R (2002): Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa. Kirjassa *Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa*, 25-26. ETENE - julkaisuja 4, Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Perelman C (1996): *Retoriikan valtakunta.* Vastapaino. Tampere.
- Peräkylä A (1990): *Kuoleman monet kasvot. Identiteettien tuottaminen kuolevan potilaan hoidossa.* Vastapaino, Tampere.
- Peräkylä A (1995): *AIDS counselling. Institutional interaction and clinical practice.* Cambridge University Press, Cambridge.
- Peräkylä A (1998): *Istitutionaalinen keskustelu.* Kirjassa *Keskusteluanalyysin perusteet*, 177 - 203. Toim. Liisa Tainio, Vastapaino, Tampere.
- Platon (1999): *Teokset II. Euthydemos.* Otava, Keuruu.
- Pontin D (1999): Primary nursing: a model of care or a philosophy of nursing? *Journal of Advanced Nursing* 29, 584 – 591.
- Polit D F and Hungler B P (1997): *Nursing research. Principles and Methods.* JB Lippincot Company, Philadelphia.
- Pomeranz A (1986): *Extreme Case Formulation. A Way of Legitimizing Claims.* *Human Studies* 9, 219 – 229.

- Potter J (1996a): *Representing Reality. Discourse, Rhetoric and social Construction*. Sage, London.
- Potter J (1996b): *Constructionist approaches: Theoretical background*. In: *Handbook of qualitative research methods for psychology and the social sciences*. Ed. J E Richardson, British Psychological Society, Leicester.
- Potter J (1998): *Cognition as Context (Whose Cognition?)* *Research on Language and Social Interaction* 31(1), 29 – 44.
- Potter J (2003): *DA & DP – Conflicts and Commonalities*. Luennot Tampereen yliopistossa 15 – 17.12. 2003. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Potter J and Wetherell M (1987): *Discourse and social psychology – Beyond attitudes and behaviour*. Sage Publications, London.
- Potter J, Wetherell M and Chitty A (1991): *Quantification Rhetoric – Cancer on Television*. *Discourse & Society* 2(3), 205 – 219.
- Puhakainen J (1995): *Kohti ihmisen valmentamista. Holistinen ihmiskäsitys ja sen heuristiikka urheiluvallennuksen kannalta*. Tampereen yliopisto, TAJU, Tampere.
- Raatikainen R, Miettinen T, Karppi P (2001): *Omaisten arviointia kuolevan potilaan hoidosta*. *Hoitotiede* 13 (1), 30 – 42.
- Radley A (2004): *From case to experience: portrayal of patients*. Luennot Tampereen yliopistossa 29.12. 2004, Tampereen yliopisto, Tampere.
- Radley A and Billig M (1996): *Accounts of health and illness: Dilemmas and representations*. *Sociology of Health and Illness* 18, 220 – 240.
- Rancour P (2000): *Those tough conversations*. *American Journal of Nursing* 100 (4): *Critical Care Extra*: 24HH, 24JJ, 24LL. (8 ref.).
- Rauhala L (1992): *Humanistinen psykologia*. Yliopistopaino, Helsinki.
- Redshaw M E , Harris A, Baum J D (1996): *Research ethics committee audit: differences between committees*. *Journal Medical Ethics* 22 (2), 78-82.
- Rigby A, Leach C and Greasley P (2001): *Primary nursing: staff perception of changes in ward atmosphere and role*. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 8, 525 – 532.

- Rittman M, Paige P, Rivera J, Sutphin L and Godown I (1997): Phenomenological study of nurses caring for dying patients. *Cancer Nursing* 20(2), 115-119.
- Ritter J (1971): *Historisches Wörterbuch der Philosophie*. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt.
- Roman E M, Sorribes E and Ezquerro O (2001): Nurses attitudes to terminally ill patients. *Journal of Advanced Nursing* 34(3), 338 – 345.
- Routasalo P (1997): *Touch in the nursing care of elderly patients*. Turun yliopiston julkaisu. Sarja D, osa 258. Turun yliopisto, Turku.
- Ruusuvuori J ja Tiittula L (2005): Tutkimushaastattelu ja vuorovaikutus. Kirjassa *Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus*, 22 – 56. Toim. J Ruusuvuori ja L Tiittula, Vastapaino, Tampere.
- Saarenheimo M (1997): *Jos etsit kadonnutta aikaa. Vanhuus ja oman elämän muisteleminen*. Vastapaino, Tampere.
- Saarenheimo M (2003): *Vanhuus ja mielenterveys. Arkielämän näkökulma*. WSOY, Helsinki.
- Salmi J W ja Linkomies E (1967): *Latinalais-suomalainen sanakirja*. Otava, Helsinki.
- Sand H (2003): *Sateenkaaren päässä löytyy kultaa. Tutkimus suomalaisesta saattohoidosta*. Acta Universitatis Tamperensis 919, Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos, Tampere.
- Sandküler H J (1990): *Europäische Enzyklopädie zu Philosophie und Wissenschaften*. Felix Meiner Verlag, Hamburg.
- Sarvimäki A ja Stenbock-Hult B (1992): *Caring*. SHKS, Helsinki.
- Sarvimäki A (1996): *Ihmisarvo ja ihmisoikeudet. Kirjassa Hoitotyön etiikan perusteet*, 58-74. Toim. H Kalkas ja A Sarvimäki, WSOY, Juva.
- Sasahara T, Miyashita M, Kawa M and Kazuma K (2003): Difficulties encountered by nurses in the care of terminally ill cancer patients in general hospitals in Japan. *Palliative Medicine* 17 (6), 520-526.
- Scott W R (1995): *Institutions and Organizations*. Sage Publications, Inc, California.

Seedhouse D (2000): Practical Nursing Philosophy. The Universal Ethical Code. John Wiley & Sons, Ltd, New York.

Seppänen E-L. (1998): Vuorovaikutus paperilla. Kirjassa Keskusteluanalyysin perusteet, 18 – 31. Toim. L Tainio, Vastapaino, Tampere.

Shotter J and Gergen K (1994): Series blurb. In Constructing the Social, 49 – 53. Eds. T R Sarbin and J I Kitsuse, Sage, London.

Siitonen A (2002): Elämän rajallisuudesta. Kirjassa Kuoleman filosofia, 45 – 52. Toim. T Kiiskinen ja S Pihlström, Filosofisia tutkimuksia Helsingin yliopistosta 1, Käytännöllisen filosofian laitos, Helsingin yliopisto, Helsinki.

Silfer P, Lauri S ja Leino-Kilpi H (1993): Hankala potilas – kuka hän on? Empiirinen tutkimus hoitohenkilökunnan käsityksistä. Turun yliopisto, Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, Tutkimuksia ja raportteja A: 2, Turku.

Silverman D (1985): Qualitative Methodology and Sociology. Describing the Social World. Aldershot, Gower.

Silverman D (1987): Communication and Medical Practice. Social Relations in the Clinic. Sage Publications Ltd, London.

Silverman D (1997): Discourses of Counselling. HIV Counselling as Social Interaction. Sage Publications, Thousand Oaks, California.

Silverman D (2001): Interpreting Qualitative Data. Methods for Analysing Talk, Text and Interaction. Sage Publications, London.

Sinnemäki A ja Simonen L (1995): Mitä kolmessa vuodessa tapahtui? Hyvä kuolema - projekti kymmenessä kunnassa. Kirjassa Hyvä kuolema, 15-31. Toim. L Simonen, Stakes, Sosiaali – ja terveystieteiden tutkimus - ja kehittämiskeskus 1995, Tutkimuksia 59, Gummerus, Saarijärvi.

Sorjonen M-L (1996): On response forms *joo* and *niin* in Finland. Väitöskirja, University of California, Los Angeles.

Stein E (1989): On the Problem of Empathy. Sister Teresa Benedicta of the Gross Disalced Carmelite 1891-1942. Third Revised Edition, Translated by Waltraut Stein, Ph.D. ICS Publications, Washington.

Stewart A L, Teno J, Patrick D L and Lynn J (1999): The concept of quality of life of dying persons in the context of health care. Journal of Pain & Symptom Management 17(2), 93 – 108.



Suomen sairaanhoitajaliitto (1996): Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. SSL, Helsinki.

Suominen T (1994): Rintasyöpöpotilaitten kokemukset hoidosta eivät ole samanlaisia kuin hoitajien näkemykset tästä asiasta! Aiheuttaako tämä tarvetta lisäpohdinnalle? *Hoitotiede* 6 (3), 127-132.

Suoninen, E.(1992): Perheen kuvakulmat. Diskurssianalyysi perheenäidin puheesta. Tampereen yliopisto, Sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos, Tutkimuksia, sarja A, Nro 24, Tampereen yliopiston jäljennepalvelu, Tampere.

Suoninen E (1997): Miten tutkia moniäänistä ihmistä? *Acta Universitatis Tamperensis* 580. Tampereen yliopisto, Sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos, Tampere.

Suoninen E (1999a): Näkökulma sosiaalisen todellisuuden rakentumiseen. Kirjassa *Diskurssianalyysi liikkeessä*, 17-36. Toim. A Jokinen, K Juhila ja E Suoninen, Vastapaino, Tampere.

Suoninen E (1999b): Vuorovaikutuksen mikromaiseman analysoiminen. Kirjassa *Diskurssianalyysi liikkeessä*, 101-125. Toim. A Jokinen, K Juhila ja E Suoninen, Vastapaino, Tampere.

Surakka T (2002): Eettisiä näkökulmia kuolevan potilaan hoitoon ja omaisten kohtaamiseen. Kirjassa *Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa*, 44-45. *ETENE - julkaisuja* 4, Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Swanson K M (1996): Empirical Development of a Middle-range Theory of Caring. In: *Philosophical and Theoretical Perspectives for Advanced Nursing Practice*, 274-284. Ed. J W Kenney, Jones and Bartlett Publishers, Sudbury.

Taylor C (1995): *Autenttisuuden etiikka*. Gaudeamus, Helsinki.

Tedre, S. (1999): Hoivan sanattomat sopimukset. Tutkimus vanhusten kotipalvelun työntekijöiden työstä. Joensuun yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja 40, Sosiaalipolitiikan laitos, Joensuun yliopisto, Joensuu.

Terminaalihoidtoa koskevat ohjeet 14.4. 1982 / 3024 / 02/ 80. Lääkintöhallitus, Helsinki.

Theunissen M (1984): *The Other*. Studies in the Social Ontology of Husserl, Heidegger, Sartre and Buber. *Der Andere: Studien zur Sozialontologie der Gegenwart*. The MIT Press, London.

Tienari J, Vaara E ja Meriläinen S ( 2005): Yhteisyyden rakentuminen haastattelussa. Kirjassa Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus, 103-124. Toim. J Ruusuvaara ja L Tiittula, Vastapaino, Tampere.

Tiittula, L. (1992): Puhuva kieli. Suullisen viestinnän erityispiirteitä. Loimaan kirjapaino Oy, Loimaa.

Toppinen P (2002): ETENE:n selvitys terveydenhuollon käytössä olevista saattohoito-ohjeista. Kirjassa Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa, 33-36. ETENE - julkaisuja 4, Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Toombs S K (1993): The meaning of illness. A phenomenological account of the different perspectives of physician and patient. Kluwer Academic Publisher, Boston.

Tulevaisuusvaliokunta. Teknologian arviointeja 20 (2004): Suomen terveydenhuollon tulevaisuudet. Skenaariot ja strategiat palvelujärjestelmän turvaamiseksi. Esiselvitys. Eduskunnan kanslian julkaisu 8, Helsinki.

Tuomi J (1997): Suomalainen hoitotiedekeskustelu. Studies in Sport, Physical Education and Health 51, Jyväskylän yliopisto, Terveystieteen laitos, Jyväskylä.

Turunen H (1997): Hoidollisen vuorovaikutuksen oppiminen - kokemuksen tutkimusmetodinen tarkastelu. Lisensiaatintutkielma, Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos, Kuopio.

Tönnies F (1935): Gemeinschaft und Gesellschaft. Hans Buse Verlag, Leibzig.

Törrönen J (2000): Subjektiaseman käsite empiirisessä sosiaalitutkimuksessa. Sosiologia. 37, 243-255.

Töttö P (1997): Pirullinen positivismi. Kysymyksiä laadulliselle tutkimukselle. Jyväskylän yliopiston julkaisusarja n:o 41, Yliopistopaino, Jyväskylä.

Utriainen T (1999): Läsna, riisuttu, puhdas. Uskontoantropologinen tutkimus naisista kuolevan vierellä. Suomalaisen kirjallisuusseuran Toimituksia 751, Suomalaisen kirjallisuuden seura, Helsinki.

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (2002): Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa. ETENE - julkaisuja 4, Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (2003): Saattohoito. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. Työryhmäraportti. ETENE – julkaisuja 8, Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Varto J (1991): Heidegger ja salaisuus. Kirjassa Silleen jättäminen. Gelassenheit, 3-17. Toim. M Heidegger, Suomeksi tulkinnut Reijo Kupiainen, Filosofisia tutkimuksia Tampereen yliopistosta, Vol XIX, Tampereen yliopisto, Tampere.

Varto J (1994): Filosofinen ihmiskäsitys ja toiseus. Kirjassa Dialogissa - matkalla mahdollisuuteen, 83-113. Toim. J Lehtovaara ja R Jaatinen, Tampereen yliopisto, Tampereen opettajankoulutuslaitoksen julkaisuja, Tampere.

Varto J (1996): Lihan viisaus. Tampereen yliopisto, TAJU, Tampere.

Vehviläinen – Julkunen K (1998): Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Kirjassa Hoitotieteellinen tutkimusmetodiikka, 26-34. M Paunonen ja K Vehviläinen - Julkunen, WSOY, Juva.

Wilson L (1998): Death and Dying. In: Nursing Knowledge & Practice. A Decision-Making Approach, 449-476. Eds. M Mallik, C Hall and D Howard, Baillière Tindall, London.

Wittgenstein L (1971): Philosophische Untersuchungen. Suhrkamp Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main.

Åstedt-Kurki P (1992): Terveys, hyvä vointi ja hoitotyö kuntalaisten ja sairaanhoitajien kokemana. Acta Universitatis Tamperensis, Ser A, Vol 349, Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos, Tampere.

Åstedt-Kurki P (1995): Religious devotion as a dimension of well-being: a challenge for the development of professional nursing. Clinical Nursing 4 (4), 387-396.



**POTILASTIEDOTE**

12.3. 2003

**Arvoisa potilas**

Pyydän ystävällisesti Teitä osallistumaan tutkimukseen, jossa selvitetään saattohoitovaihetta elävän potilaan ja omahoitajan hoitosuhteen toteutumista. ... eettinen toimikunta on antanut tutkimuksesta myönteisen lausunnon.

Tutkimuksen tarkoituksena on saada tietoa siitä, millaisena saattohoitovaihetta elävä potilas ja omahoitaja kokevat hoitosuhteen toteutuvan. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä kuolevan potilaan hoitotyötä käytännössä. Toivon, että myönnätte minulle luvan seurata hoitotilanteessa omahoitajan / potilaan kanssa käytävää keskustelua. Lisäksi pyydän saada haastatella Teitä ja nauhoittaa keskustelumme ääninauhalle.

Ennen tutkimuksen aloittamista Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Teillä on oikeus missä vaiheessa tahansa kieltäytyä tutkimuksesta, syytä siihen ilmoittamatta. Kieltäytymisenne ei vaikuta hoitonne laatuun eikä kohteluunne osastolla. Haastattelussa antamanne vastaukset ovat luottamuksellisia. Niitä käytetään vain tutkimustarkoituksessa ja tutkija on sitoutunut hävittämään haastatteluaineiston heti tutkimuksen valmistuttua. Antamanne tiedot käsitellään osana laajempaa tutkimusaineistoa, ja tutkimus julkaistaan väitöskirjana Tampereen yliopiston hoitotieteen laitoksella. Väitöskirjan ohjaajana toimii professori Päivi Åstedt-Kurki. Valmistuttuaan tutkimus on luettavissa tällä osastolla. Osaston henkilökunta ei osallistu vastausten käsittelyyn. Tuloksia esitettäessä potilaan / omahoitajan henkilöllisyys säilyy salassa.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja, vastaan mielelläni.

Tutkija:

Varpu Lipponen  
terveystieteiden lisensiaatti, yliopettaja, tohtoriopiskelija  
puh. 040-7217877  
e-mail: [varpu.lipponen@piramk.fi](mailto:varpu.lipponen@piramk.fi)

**TIEDOTE OMAHOITAJALLE**

12.3.2003

**Arvoisa omahoitaja**

Pyydän ystävällisesti Teitä osallistumaan tutkimukseen, jossa selvitetään saattohoitovaihetta elävän potilaan ja omahoitajan hoitosuhteen toteutumista. ... eettinen toimikunta on antanut tutkimuksesta myönteisen lausunnon.

Tutkimuksen tarkoituksena on saada tietoa siitä, millaisena saattohoitovaihetta elävä potilas ja omahoitaja kokevat hoitosuhteen toteutuvan. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä kuolevan potilaan hoitotyötä käytännössä. Toivon, että myönnätte minulle luvan seurata hoitotilanteessa omahoitajan / potilaan kanssa käytävää keskustelua. Lisäksi pyydän saada haastatella Teitä ja nauhoittaa keskustelumme ääninauhalle.

Ennen tutkimuksen aloittamista Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Teillä on oikeus missä vaiheessa tahansa kieltäytyä tutkimuksesta, syytä siihen ilmoittamatta. Haastattelussa antamanne vastaukset ovat luottamuksellisia. Niitä käytetään vain tutkimustarkoituksessa ja tutkija on sitoutunut hävittämään haastatteluaineiston heti tutkimuksen valmistuttua. Antamanne tiedot käsitellään osana laajempaa tutkimusaineistoa, ja tutkimus julkaistaan väitöskirjana Tampereen yliopiston hoitotieteen laitoksella. Väitöskirjan ohjaajana toimii professori Päivi Åstedt-Kurki. Valmistuttuaan tutkimus on luettavissa tällä osastolla. Osaston henkilökunta ei osallistu vastausten käsittelyyn. Tuloksia esitettäessä potilaan / omahoitajan henkilöllisyys säilyy salassa.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja, vastaan mielelläni.

Tutkija:

Varpu Lipponen  
terveystieteiden lisensiaatti, yliopettaja, tohtoriopiskelija  
puh. 040-7217877  
e-mail: [varpu.lipponen@piramk.fi](mailto:varpu.lipponen@piramk.fi)

**SUOSTUMUS**

**SAATTOHOITOVAIHETTA ELÄVÄN POTILAAN JA OMAHOITAJAN  
HOITOSUHTEEN TOTEUTUMISTA SELVITTÄVÄ TUTKIMUS**

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa saattohoitovaihetta elävän potilaan ja omahoitajan hoitosuhteen toteutumista selvittävästä tutkimuksesta ja mahdollisuuden esittää siitä tutkijalle kysymyksiä.

Ymmärrän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 2003

**Suostun osallistumaan tutkimukseen:  
vastaanottaja:**

**Suostumuksen**

\_\_\_\_\_

potilaan allekirjoitus

\_\_\_\_\_

tutkijan allekirjoitus

\_\_\_\_\_

nimenselvennys

\_\_\_\_\_

nimen selvennys

\_\_\_\_\_

potilaan henkilötunnus

\_\_\_\_\_

osoite

**SUOSTUMUS**

**SAATTOHOITOVAIHETTA ELÄVÄN POTILAAN JA OMAHOITAJAN HOITOSUHTEEN TOTEUTUMISTA SELVITTÄVÄ TUTKIMUS**

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa saattohoitovaihetta elävän potilaan ja omahoitajan hoitosuhteen toteutumista selvittävästä tutkimuksesta ja mahdollisuuden esittää siitä tutkijalle kysymyksiä.

Ymmärrän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 2003

**Suostun osallistumaan tutkimukseen: Suostumuksen vastaanottaja:**

\_\_\_\_\_

omahoitajan allekirjoitus

\_\_\_\_\_

tutkijan allekirjoitus

\_\_\_\_\_

nimenselvennys

\_\_\_\_\_

nimen selvennys

\_\_\_\_\_

omahoitajan henkilötunnus

\_\_\_\_\_

osoite



**KUOLEVAN POTILAAN JA OMAHOITAJAN HOITOTILANTEEN  
HAVAINNOINTIKOhteet:**

- Aloittaako potilas vai hoitaja puheen hoitotilanteessa ja miten aloitus tapahtuu?
- Mitä hoitotilanteessa puhutaan?
- Miten hoitotilanteessa puhutaan?
- Millainen on potilaan ja hoitajan hoitosuhteen *laatu*?
- Miten hoitosuhteen *laatu* näkyy sanallisessa ja sanattomassa vuorovaikutuksessa?
- Miten vuorovaikutus etenee hoitotilanteessa?
- Miten kuoleman läheisyys tulee esiin potilaan ja hoitajan sanallisessa ja sanattomassa vuorovaikutuksessa?
- Miten hoitotilanne päätetään?

**KUOLEVAN POTILAAN JA OMAHOITAJAN AVOIMEN  
HAASTATTELUN TEEMARUNKO:**

- vuorovaikutus potilaan ja hoitajan kohdatessa toisensa ensimmäistä kertaa
- hoitosuhteen sisältö
- hyvä hoitosuhde ja siihen vaikuttavat tekijät
- kuoleman läheisyyden vaikutus hoitosuhteeseen

## HAVAINNOINTI- JA HAASTATTELUPUHETTA LITTEROITAESSA KÄYTETYT ERIKOISMERKIT:

Litteroinnissa eli aineistojen purkamisessa nauhalla oleva teksti pyrittiin tässä tutkimuksessa siirtämään paperille kaikkine sävyineen mahdollisimman alkuperäisessä muodossa. Koska litteroinnissa on kyse elävän puheen kuvauksesta, pilkut, pisteet ym. saavat eri merkitykset kuin tavallisessa kirjoitetussa tekstissä.

<i>kursiivi</i>	Haastattelijan puhe
(.)	Lyhyt, puheessa erottuva tauko
(2)	Pitempi tauko, jonka sekuntimäärä suluissa
=	Tauon puuttuminen sanojen tai puheenvuorojen välillä
o hiljaa o	Hiljaa sanottu kohta
ISOT KIRJAIMET	Voimakkaalla äänellä sanottu kohta
[ ]	Puheenvuoron yhteydessä päällekkäispuheen alku- ja loppukohta.
	Voi merkitä myös epäselvää kohtaa.
(( ))	Analysoijan huomiot on sijoitettu tuplasulkeisiin

Otteen lopussa: puhujan keksityt nimikirjaimet/kp = kuoleva potilas ja/oh = omahoitaja, havainnointi/haastattelupäivämäärä.

**Esimerkki kuolevan potilaan ja omahoitajan hoitotilanteiden havainnointiaineiston analyysin etenemisestä**

**Alkuperäisilmaukset:**

**1) Katkelma 1/N (= nainen); KP (= kuoleva potilas = HE) -> nimetty myöhemmin Hilkakksi**

OH: Sitä vois kysyä ...kin, mikä se konsti on, että pysyy nuorena.

KP: No eii. ((Naurahdus.))

OH: Sä oot ollu täällä kauan niin siis samannäkösenä, virkeenä ja että mikä on ikä ni, tuntuu että ihmiset, se vanheneminen ninku pysähtyy.

KP: Ei o ku yhdeksänkymmentä mun ikä.

OH: Nii-i.

KP: Positiivinen mieli auttaa paljo ja kun touhuua hirveesti...

....((sama katkelma jatkuu))

**2) Katkelma 1/N (= nainen); OH (= omahoitaja)**

OH: Nii kyllä mää sanon, että kyllä moni sais ottaa hoitaja oppia ...

KP: Joo.

OH: ... elämänasenteesta mikä on, että kyllä määkin ihailen. Joo. Meidän tervaskanto oikeen. Nyt sää voisit tänne istua jo noin.

Hilkka: Äitini eli kahdeksänkymmentäneljävuotiaaks.

Omahoitaja: Nii-i. Se on korekee ikä. Jätetäänkö se paita pois?

-> positiivinen elämänasenne auttaa pysymään nuorena (KP, K1)

-> pitkään elämisen arvostaminen (KP, K3)

-> kapinoinnin tunteita pitkään elämistä kohtaan (KP, K1)

-> esimerkillinen iäkäs ihminen (OH, K1, K27)

-> jne.

**Nimetty pärjäämisrepertuaariksi (Pärjäämistä kuvaavia sanoja tekstissä edustavat: tervaskanto, viimeiset mohikaanit, kristalli jne. )**

\* **KP** (= kuoleva potilas) 1) positiivinen asenne elämään ja ikääntymiseen  
2) kapinoinnin tunteita ikääntymistä kohtaan jne.

\* **OH** (= omahoitaja) 1) ikäihmisen arvostus ja kunnioitus jne.