

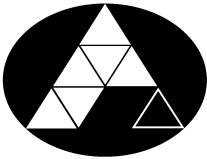
POHJOIS-KARJALAN AMMATTIKORKEAKOULU  
Hoitotyön koulutusohjelma

Anssi Hapuli

POTILAIEN KOKEMUKSIA MIESHOITAJISTA  
HOITOTILANTEISSA

Opinnäytetyö  
Toukokuu 2012

 <p>POHJOIS-KARJALAN AMMATTIKORKEAKOULU</p>	<p><b>OPINNÄYTETYÖ</b> <b>Toukokuu 2012</b> <b>Hoitotyön koulutus-</b> <b>ohjelma</b> Tikkarinne 9 80200 JOENSUU p. (013) 260 6600</p>
<p>Tekijä Anssi Hapuli</p>	
<p>Nimeke Potilaiden kokemuksia mieshoitajista hoitotilanteissa.</p> <p>Toimeksiantaja Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu/ Sosiaali- ja terveysalan keskus</p>	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Vuonna 2008 perus- ja lähihoitajia oli Suomessa reilut 50 000. Naiset hallitsivat kyseistä ammattiryhmää noin 95 prosentilla, kun taas miehiä oli ammattiryhmässä noin 5 prosenttia. Sairaanhoitajia vuonna 2008 oli vajaa 50 000, joista naissairaanhoitajia noin 93 prosenttia ja miessairaanhoitajia noin 7 prosenttia.</p> <p>Opinnäytetyöni tutkimustehtävinä oli kuvata potilaiden kokemuksia mieshoitajista hoitotilanteissa ja havainnoida eroja mies- ja naishoitajien välillä hoitotilanteissa. Tutkimuksesta saadun tiedon avulla voidaan kartoittaa sukupuoliroolien merkitystä hoitotyön tilanteissa ja lisätä tietoutta tulosten avulla mieshoitajuuden merkityksestä hoitotyön ympäristössä. Tällä tavoin tutkimuksestani saatua tietoa voidaan hyödyntää myös hoitotyön opetuksessa.</p> <p>Toimeksianto on Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan keskukselta. Tutkimus on toteutettu kvalitatiivisella tutkimusotteella ja aineisto kerättiin teemahaastattelulla kesä- heinäkuussa 2011 ja tammi- helmikuussa 2012. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.</p> <p>Kokemukset mieshoitajista olivat positiivisia. Tuloksissa ilmeni, että potilaat pitivät mieshoitajia ammattitaitoisina ja mieshoitajan fyysiset ominaisuudet koettiin positiivisena seikkana. Mieshoitajat erosivat luonteeltaan, fyysisiltä ominaisuuksiltaan ja teknisiltä taidoiltaan naishoitajista. Intimiteetin suojan toteutuminen koettiin tärkeänä, mutta toissijaisena, kun akuutti tarve hoidolle on suuri. Mielenkiintoinen jatkotutkimusaihe voisi olla potilaiden suhtautumiserot mieslääkäreiden ja mieshoitajien välillä.</p>	
<p>Kieli suomi</p>	<p>Sivuja 38 Liitteet 4 Liitesivumäärä 5</p>
<p>Asiasanat potilas, mieshoitaja, kokemukset</p>	

 <p data-bbox="363 405 783 454">NORTH KARELIA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES</p>	<p data-bbox="930 232 1358 483"><b>THESIS</b> <b>May 2012</b> <b>Degree Programme in Nursing</b> Tikkarinne 9 FIN 80200 JOENSUU FINLAND Tel. 358-13-260 6600</p>
<p data-bbox="312 517 485 584">Author Anssi Hapuli</p>	
<p data-bbox="312 651 1034 719">Title Patient experiences on male nurses in nursing situations</p> <p data-bbox="312 757 1485 831">Commissioned by North Karelian University of Applied Sciences/Centre for Social Services and Health Care</p>	
<p data-bbox="312 837 427 864">Abstract</p> <p data-bbox="312 909 1458 1048">In 2008, the basic and practical nurses in Finland was more than 50 000. Women dominated that trade group by about 95 per cent, while the men were in the occupational group of about 5 per cent. Nurses in 2008 was just under 50 000, of which female nurses from around 93 per cent and male nurses about 7 per cent.</p> <p data-bbox="312 1093 1469 1272">My thesis research tasks were to describe patient experiences on male nurses and observe any differences between male and female nurses in nursing situations. The knowledge gained through this research can help identify the significance of gender roles in nursing situations, and to increase awareness of the significance of male nurses in a nursing environment. In this way, data from this study may also be utilized in nursing instruction.</p> <p data-bbox="312 1317 1497 1451">The assignment is from the North Karelia University of Applied Sciences, Centre of Social and Health Care. The study was conducted by using a qualitative research approach and the data was collected through thematic interviews in June- July 2011 and January- February 2012. The data were analyzed using inductive content analysis.</p> <p data-bbox="312 1496 1497 1742">Experiences with male nurses were positive. The results showed that the patients thought male nurses were professional and the physical characteristics of the male nurses were seen as a positive factor. The differences between male and female nurses were in nature, physical features and technical skills. The fulfillment of intimacy protection was considered important, however, secondary when a need for acute care is great. An interesting follow-up study could be the difference in attitudes between male doctors and male nurses.</p>	
<p data-bbox="312 1800 443 1868">Language Finnish</p>	<p data-bbox="1023 1800 1321 1899">Pages 38 Appendices 4 Pages of Appendices 5</p>
<p data-bbox="312 1912 730 1980">Keywords patient, male nurse, experiences</p>	

# SISÄLTÖ

<b>1 JOHDANTO .....</b>	<b>5</b>
<b>2 MIESHOITAJUUS HOITOTYÖSSÄ NYKYPÄIVÄNÄ.....</b>	<b>6</b>
2.1 MIES LÄHI- TAI SAIRAANHOITAJANA .....	6
2.2 MIESHOITAJAN AINOKAISUUS .....	8
2.3 MIESHOITAJIEN KOKEMUKSIA SAIRAANHOITAJUUDESTA JA POTILAISTA.....	9
<b>3 POTILAIEN KOKEMUKSIA HOITAJISTA .....</b>	<b>10</b>
<b>4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....</b>	<b>11</b>
4.1 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT .....	11
4.2 TUTKIMUSMENETELMÄ.....	12
4.3 AINEISTON KERÄÄMINEN .....	12
4.4 AINEISTON ANALYSOINTI .....	15
4.5 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS.....	16
4.6 TUTKIMUKSEN EETTISYYS .....	18
<b>5 TUTKIMUSTULOKSET .....</b>	<b>19</b>
5.1 POTILAIEN KOKEMUKSIA MIESHOITAJISTA HOITOTILANTEISSA .....	19
5.1.1 MIESHOITAJIEN AMMATTITAITO .....	19
5.1.2 MIESHOITAJIEN PERSOONALLISUUS OSANA HOITOTYÖTÄ.....	20
5.1.3 INTIMITEETIN SUOJAN KOKEMINEN.....	22
5.1.4 HOITOTYÖN FYYSISYYS .....	23
5.2 MIESHOITAJIEN JA NAISHOITAJIEN EROT POTILAIEN KOKEMANA .....	24
<b>6 POHDINTA.....</b>	<b>26</b>
6.1 YHTEENVETO TULOKSISTA .....	26
6.2 OMA OPPIMINEN.....	30
6.3 TYÖN HYÖDYNNETTÄVYYS JA JATKOTUTKIMUSAIHEET .....	30
<b>LÄHTEET .....</b>	<b>32</b>
<b>LIITTEET .....</b>	<b>34</b>

## LIITTEET

<b>Liite 1</b>	<b>Toimeksiantolomake</b>
<b>Liite 2</b>	<b>Teemahaastattelurunko</b>
<b>Liite 3</b>	<b>Analyysipolku- malli</b>
<b>Liite 4</b>	<b>Saatekirje/Suostumuslomake</b>

## 1 JOHDANTO

Tilastokeskuksen työssäkäyntitilaston mukaan ammattiryhmät ovat voimakkaasti jakaantuneet sukupuolen mukaan miesten ja naisten töihin. Vuonna 2008 joka kolmas työskenteli ammattiryhmissä, joissa samaa sukupuolta olevia oli 90 prosenttia tai enemmän. Ammattiryhmissä, joissa miehiä ja naisia on lähes saman verran (40–60 prosenttia), työskenteli vain 14 prosenttia työllisistä. Naisista 29 prosenttia työskenteli ammattiryhmässä, jossa naisia oli 90 prosenttia tai enemmän. Suurimpia naisammattiryhmiä olivat erilaiset hoiva- ja hoitoalan ammatit, kuten lähihoitajat, sairaanhoitajat sekä lastenhoitajat. Vuonna 2008 perus- ja lähihoitajia oli Suomessa reilut 50 000. Naiset hallitsivat kyseistä ammattiryhmää noin 95 prosentilla, kun taas miehiä oli ammattiryhmässä noin 5 prosenttia. Sairaanhoitajia vuonna 2008 oli vajaa 50 000, joista naissairaanhoitajia noin 93 prosenttia ja miessairaanhoitajia noin 7 prosenttia. (Työssäkäyntitilasto 2008. Tilastokeskus.)

Opinnäytetyöni tutkimustehtävinä oli kuvata potilaiden kokemuksia mieshoitajista hoitotilanteissa ja havainnoida eroja mies- ja naishoitajien välillä hoitotilanteissa. Tutkimuksesta saadun tiedon avulla voidaan kartoittaa sukupuoliroolien merkitystä hoitotyön tilanteissa ja lisätä tietoutta tulosten avulla mieshoitajuuden merkityksestä hoitotyön ympäristössä. Tällä tavoin tutkimuksestani saatua tietoa voidaan hyödyntää myös hoitotyön opetuksessa. Toimeksianto on Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan keskukselta (liite 1).

## **2 MIESHOITAJUUS HOITOTYÖSSÄ NYKYPÄIVÄNÄ**

### **2.1 MIES LÄHI- TAI SAIRAAHOITAJANA**

Hoitotyö käsitteenä käsittää kaiken sen, mitä sosiaali- ja terveystieteiden ammattilainen tekee edistääkseen ihmisen, asiakkaan tai potilaan hyvinvointia ja terveyttä. (Kalkas & Sarvimäki 1996, 76.) Hoitotyössä sovelletaan arvoja ja ammattitaitoa käytäntöön yksittäistä potilasta hoidettaessa. Nämä arvot ja ammattitaitovaatteet perustuvat Suomen sairaanhoitajaliiton ja kansainvälisen sairaanhoitajaliiton eettisiin ohjeisiin, hoitotyön kansalliseen tavoite- ja toimintaohjelmaan sekä sosiaali- ja terveysministeriön osaamisvaatimukseen. (Kristoffersen & Nortvedt & Skaug 2006, 16- 17.)

Tässä opinnäytetyössä keskeisinä hoitaja- käsitteinä tarkoitan ammattinimikkeitä, joihin kuuluvat sairaanhoitaja ja lähihoitaja. Rajauksen lähtökohtana on näkemys siitä, että mieshoitajat toimivat hoitosuhteessa potilaan kanssa nimenomaan näiden ammattinimikkeiden kautta. Selvitän käsitteitä yleisesti. En selvitä mieshoitaja- käsitettä tarkemmin, koska katson, ettei käsitteiden välillä ole muuta eroa kuin hoitajan sukupuoli.

Sairaanhoitaja on korkeimmin koulutettu hoitotyön asiantuntija, jonka tekemä hoitotyö perustuu hoitotieteeseen. Sairaanhoitajan tehtäviin kuuluu sairauksien ehkäiseminen ja hoitaminen, terveyden edistäminen ja ylläpitäminen ja kärsimyksen lievittäminen. Sairaanhoitajien työssä asiantuntijoina korostuvat potilaslähtöisyys, terveyskeskeisyys ja erityisesti hoidon kannalta kokonaisvaltainen ajattelutapa. Sairaanhoitaja työskentelee sairaanhoitajan eettisten ohjeiden mukaisesti. Eettisten ohjeiden tarkoituksena on tukea sairaanhoitajien eettistä päätöksentekoa heidän päivittäisessä työssään. Ohjeet ilmaisevat sairaanhoitajien ja muiden terveydenhuollossa työskentelevien lisäksi myös väestölle sairaanhoitajan perustehtävän yhteiskunnassa ja hänen työnsä periaatteet. (Sairaanhoitajaliitto ry. 2011.) Tilastokeskuksen työssäkäyntitilaston (2008) mukaan vuonna 2008 sairaanhoitajia oli vajaa 50 000, joista naissairaanhoitajana toimi noin 93

prosenttia ja miessairaanhoitajana noin 7 prosenttia. Sairaanhoitajia työskentelee muun muassa sairaaloissa, terveyskeskuksissa, kuntoutuslaitoksissa ja yksityisellä sektorilla (Työ- ja elinkeinotoimisto 2008).

Suomessa sairaanhoitajaksi voi kouluttautua ammattikorkeakoulussa hoitotyön koulutusohjelmassa. Sairaanhoitajan (AMK) tutkinnon laajuus on 210 opintopistettä ja sen suorittaminen kestää ajallisesti kolme ja puoli vuotta. Opintoihin kuuluu perus- ja ammattiopintoja, vapaasti valittavia opintoja, ammattitaitoa edistävää harjoittelua sekä opinnäytetyö. (Opetus- ja kulttuuriministeriö 2011.) Satakunnan ammattikorkeakoulu (2006) on luokitellut hoitotyön koulutusohjelmaan vaadittavat sairaanhoitajan kompetenssit seuraavasti: asiakkuusosaaminen, terveyden edistämisen osaaminen, kliininen osaaminen, päätöksenteko-osaaminen sekä ohjaus- ja opetusosaaminen. Lisäksi sairaanhoitajan ammatinharjoittamisoikeutta säätelee 28.6.1994/559 voimaan tullut laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä.

Lähihoitaja avustaa, tukee, ohjaa ja hoitaa potilaita muun muassa sairaaloissa, terveyskeskuksissa, vanhainkodeissa, kotisairaanhoidossa ja avohoidossa. Työ on kokonaisvaltaista hoitamista, sairauksien ennaltaehkäisemistä ja terveyden edistämistä. Lähihoitaja osallistuu hoitotoimenpiteisiin ja avustaa esimerkiksi lääkäreitä. Työssä korostuu potilaan auttaminen arkipäivän perustarpeiden hoidossa. Lähihoitaja työskentelee lähihoitajan eettisten ohjeiden mukaisesti. (Työ- ja elinkeinotoimisto. 2008.)

Suomessa lähihoitajan tutkinto on kolmivuotinen toisen asteen ammatillinen perustutkinto, jonka laajuus on 120 opintoviikkoa. Ammatillisiin perustutkintoihin kuuluu vähintään 20 opintoviikkoa työssäoppimista työpaikoilla, joista hankittu osaaminen osoitetaan ammattiosaamisen näytöillä. (Opetus- ja kulttuuriministeriö 2011.) Opetushallituksen sosiaali- ja terveysalan ammatillisten perustutkintojen perusteita koskevan määräyksen (2010) mukaan lähihoitajan tutkintoon on sisällytettävä vähintään 29 opintoviikkoa työssäoppimista ja 5 opintoviikkoa yrittäjyyttä. Työssäoppimisen tavoitteena on tukea erityisesti työelämässä vaadittavaa tietoa ja osaamista. Lähihoitajan työn kompetensseja ovat vuorovaikutustaidot, ongelmanratkaisukyky, eettinen vastuullisuus, taloudellisuus, havainnointikyky, tilanteiden tunnistamis- ja arviointikyky ja kriittinen päätöksenteko. Työssä erityisen tärkeää on ihmisen kunnioittaminen ja

toimiminen sosiaali- ja terveysalan ammattietiikan mukaisesti. (Tiilikkala 1995, Viitalan 2008, 12 mukaan.) Vuonna 2008 perus- ja lähihoitajia oli Suomessa reilut 50 000. Naiset hallitsivat kyseistä ammattiryhmää noin 95 prosentilla, kun taas miehiä ammattiryhmässä oli noin 5 prosenttia (Työssäkäyntitilasto 2008, Tilastokeskus).

## 2.2 MIESHOITAJAN AINOKAISUUS

Ainokaiseksi kutsutaan henkilöä, joka työskentelee sukupuolensa ainoana tai lähes ainoana edustajana työpaikalla, jossa muut ovat vastakkaista sukupuolta. Ainokaiset ovat työpaikalla helposti silmätikkuna, heihin kiinnitetään muita enemmän huomiota heidän erilaisuutensa (sukupuolen) tähden. Huomion kohteena oleminen voi olla henkisesti raskasta, varsinkin jos siihen liittyy ristiriitaisia vaatimuksia työn suorittamisen suhteen. Ainokainen voi reagoida häneen kohdistuvaan huomioon joko yrittämällä tehdä sukupuolensa mahdollisimman näkymättömäksi tai toisaalta korostamalla sitä. Monesti ainokaiset itse vähättelevät sukupuolen merkitystä ja korostavat kykyjen ja taitojen merkitystä työn suorittamisessa. (Kauppinen & Toropainen 1987, Lammi 1992, 7 mukaan.)

Lammi (1992, 29) pohtii katsauksessaan ainokaisaseman etuja ja haittoja. Tutkimusten mukaan ainokaisena oleminen näyttäisi olevan miehille helpompaa kuin naisille. Ainokaismiehet otetaan yleensä hyvin vastaan työpaikalla. Miesainokaista ei kuitenkaan välttämättä aina suosita. Miehet jäävät monesti työpaikan epävirallisten ystävyysverkostojen ulkopuolelle, koska he eivät ole kiinnostuneita samoista keskustelunaiheista kuin naiset. Naistyötoverit saattavat myös odottaa miehen hoitavan työpaikalla kaikki raskaimmat ja ikävimmät työtehtävät.

Niemi (2002) kertoo artikkelissaan, että sairaanhoitajuus yhdistetään yleensä naisellisiin ominaisuuksiin. Monet ajattelevat, että kaikki sairaanhoitajat ovat naisia. Miesten määrä sairaanhoitajina on kuitenkin nousussa. Miehillä, jotka toimivat sairaanhoitajina, keski-ikä on alhaisempi kuin naisilla. Keski-ikä erot kertovat toivottavasti siitä, että ala kiinnostaa miehiä koko ajan yhä enemmän. Miehet ovat selvästi näkyvä vähemmistö hoitotyössä. Monesti mieshoitaja on se ainokainen, jota pidetään kuin kukkaa kämmenellä.



Niemen (2002) artikkelissa on haastateltu myös naissairaanhoitajia. He kertovat kokemuksiaan mieshoitajista työparina. Eräs naissairaanhoitaja sanoo, että naiset ovat työssä paljon joustavampia kuin miehet. Hän lisää, että hänen mielestään miehet hakeutuvat työpaikkoihin tai - tehtäviin, joissa on sykettä tai muuta nostetta. Hän on kuitenkin sitä mieltä, että hoitotyössä tarvitaan molempia sukupuolia. Toinen haastateltava naissairaanhoitaja kertoo, että miehet kritisoivat helposti rutiineja ja ovat suoran toiminnan tekijöitä. Hänenkin mielestään mieshoitajien ja naishoitajien erilaiset näkemykset ja ajattelutavat täydentävät hyvin toisiaan.

### **2.3 MIESHOITAJIEN KOKEMUKSIA SAIRAANHOITAJUDESTA JA POTILAISTA**

Puntalo (2005, 22 - 23) on tutkinut opinnäytetyössään, miten miessairaanhoitajat kokevat sopivansa sairaanhoitajiksi. Tutkimukseen osallistuneet miessairaanhoitajat toivat positiivisina asioina esiin erityisesti luonteenpiirteet. Miessairaanhoitajat kokivat itsensä avoimiksi ja sosiaalisiksi ihmisiksi sekä ennakkoluulottomiksi hoitajiksi. Ammattiin sopivuuden kannalta haastateltavat mainitsivat luonteenpiirteinä jämähäköyden ja joustavuuden. Positiivisina ja työtä helpottavina luonteenpiirteinä he kokivat kärsivällisyyden ja rauhallisuuden. Haastateltavat toivat esiin myös potilasnäkökulman. Kaikki olivat jossain työnsä vaiheessa tulleet torjutuksi hoitotehtävissä. Kyseessä oli joka kerta ollut vanhempi naissukupuolen edustaja. Itse he eivät kokeneet tätä ongelmaksi, eivätkä loukkaantuneet torjutuksi tulemisessa vaan yksinkertaisesti kuittasivat tilanteen hakemalla naishoitajan paikalle. Yleisesti palaute kuitenkin oli ollut positiivista potilailtakin.

Niemi (2002) on pyrkinyt havainnollistamaan erään miessairaanhoitajan kokemuksia mieshoitajuudesta. Heti opiskeluajoista lähtien miessairaanhoitaja oli joutunut työpaikkakiusaamisen kohteeksi, eikä ainokaisena olo ollut helppoa. Toisessa paikassa kaikki oli mennyt mainiosti. Yleensäkin sopeutuminen naisvaltaiselle alalle ei ole helppoa. Yhtenä syynä tähän on ajatusmaailmojen erilaisuus mies- ja naishoitajien välillä. Kaksi miessairaanhoitajaa kertoi myös kokeneensa vuosien aikana lähentelyyrityksiä sekä potilaiden että työntekijöiden taholta. Tilanteet eivät kuitenkaan ole eskaloituneet rempseän suhtautumisen ansiosta. Rosqvist (2003, 99) on viitannut Åstedt-Kurkeen, Isolaan ja Tammentiehen (2001) pyrkiessään tuomaan esille

nimenomaan huumorin myönteistä merkitystä hoitosuhteessa. Esimerkiksi intiimihygienian hoitoon liittyvissä hoitotoimenpiteissä huumorin käyttämisellä voitaisiin yrittää vähentää stressiä ja jännittyneisyyttä. Åstedt-Kurki, Isola, Tammentie ja Kervinen (2000) kuitenkin painottavat, että huumorin ilmenemistä hoitosuhteessa tulisi vielä selvittää laajemmin erityisesti potilaiden näkökulmasta. Samaisessa tutkimuksessaan Rosqvist (2003, 99) mainitsee myös Niukan (2002) tutkimuksen, jonka mukaan tilanteet, joissa ollaan tekemisissä potilaan intimitetin kanssa, esimerkiksi intiimihygienian hoidossa avustaminen, myös sairaanhoitajat kokivat olonsa tyytymättömiksi, väsyneiksi ja jännittyneiksi. Asia voi siis olla kiusallinen sekä potilaalle että hoitajalle.

### **3 POTILAIDEN KOKEMUKSIA HOITAJISTA**

Rosqvist on tutkinut vuonna 2003 pro gradu-tutkielmassaan potilaiden kokemuksia henkilökohtaisesta tilastaan ja sen säilymisestä sisätautien vuodeosastoilla. Tutkimuksessa yli puolet potilaista (N=250) arvioi voivansa vaikuttaa omaa kehoa koskeviin hoitotoimenpiteisiin. Noin joka kymmenes tutkimukseen osallistuneista potilaista ei kuitenkaan voinut omasta mielestään vaikuttaa lainkaan kehoaan koskeviin hoitotoimenpiteisiin. Hoitotoimenpiteiden vaikuttamattomuuden tunteeseen nähtiin johtavan muun muassa huonon mielialan tai negatiiviset tuntemukset, alistuminen tilanteeseen, potilaan ikä ja hoitotyöntekijöiden ammattitaitoon luottaminen. (Rosqvist 2003, 95 - 96.)

Hoitotoimenpidetilanteisiin vaikuttamisen lisäksi Rosqvist (2003, 98 - 100) havaitsi tutkielmassaan, että noin neljännes potilaista koki merkityksellisenä, että heitä hoitavat hoitotyöntekijät ovat samaa sukupuolta. Erityisesti naiset näyttivät arvostavan samaa sukupuolta olevaa hoitotyöntekijää. Tutkimuksessa osa potilaista koki erityisesti intiiminä koetun hoidon kiusallisena, minkä katsottiin johtuvan nimenomaan vastakkaisesta sukupuolta olevasta hoitotyöntekijästä. Toisaalta, arvioitaessa saman sukupuolen tärkeyttä hoitotilanteessa, erityisesti kokemattomuus vastakkaisesta sukupuolesta osoittautui naispotilaiden kohdalla merkitseväksi. Osa tutkimukseen osallistuneista miespotilaista koki puolestaan samaa sukupuolta olevien

mieshoitotyöntekijöiden intiimit hoitotoimenpiteet ja kosketuksen epämiellyttävänä tai jopa vastenmielisenä. Lisäksi miespotilas saattoi epäillä mieshoitotyöntekijän seksuaalista suuntautumista. Kokemuksiaan miespotilaat olivat perustelleet muun muassa omilla periaatteillaan, ennakkoluuloillaan, estoillaan ja naishoitotyöntekijöiden kosketuksen näppäryydellä. Arvioitaessa tutkimuksen kokonaisuutta on kuitenkin otettava huomioon, että suurimmalle osalle potilaista hoitotyöntekijän sukupuolella ei loppujen lopuksi ollut merkitystä, koska hoitotyöntekijät tekivät vain omaa työtään koskiessaan potilasta.

Saksan (2007, 31) opinnäytetyö käsittelee psykiatrisen osaston mieshoitajien vaikutusta potilaisiin. Saksa korostaa omien tutkimushavaintojensa pohjalta esimerkiksi kuinka mieshoitajat tuovat osastolle rauhallisuutta omalla läsnäolollaan. Tutkijan kuvailemat aidot hoitotilanteet tuovat hyvin esille eräästä näkökulmasta sen, mikä vaikutus hoitajan sukupuolella voi olla hoitosuhteessa.

## **4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS**

### **4.1 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT**

Opinnäytetyöni tutkimustehtävinä oli kuvata potilaiden kokemuksia mieshoitajista hoitotilanteissa ja havainnoida eroja mies- ja naishoitajien välillä hoitotilanteissa. Tutkimuksesta saadun tiedon avulla voidaan kartoittaa sukupuoliroolien merkitystä hoitotyön tilanteissa ja lisätä tietoutta tulosten avulla mieshoitajuuden merkityksestä hoitotyön ympäristössä. Tällä tavoin tutkimuksestani saatua tietoa voidaan hyödyntää myös hoitotyön opetuksessa. Toimeksianto on Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan keskukselta (Liite 1).

## 4.2 TUTKIMUSMENETELMÄ

Tutkimus toteutetaan kvalitatiivisella eli laadullisella tutkimusotteella. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään muun muassa kuvaamaan jotain ilmiötä tai tapahtumaa, ymmärtämään tiettyä toimintaa ja antamaan teoreettisesti mielekäs tulkinta jollekin ilmiölle. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85- 86.) Tuomen ja Sarajärven (2009, 28) mielestä laadullista tutkimusta on mielekästä kutsua ymmärtäväksi tutkimukseksi. Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on myös todellisen elämän kuvaaminen. Vaikka todellisuus on moninainen, kvalitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena on tutkia kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. (Hirsjärvi & Remes & Sajavaara 2009, 161.)

Koska tutkimukseni tutkimustehtävänä on nimenomaan kuvata ja selittää potilaiden yksilöllisiä kokemuksia, on perusteltua käyttää laadullisen ja ymmärtävän tutkimuksen keinoja. Tutkijana koin myös, että potilaiden kokemuksia on mahdollista tutkia parhaiten laadullisen tutkimuksen empiirisestä näkökulmasta, joka perustuu nimenomaan potilaiden kokemuksiin.

## 4.3 AINEISTON KERÄÄMINEN

Laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää, että henkilöt, joilta tietoa kerätään, tietävät tutkittavasta ilmiöstä mieluusti mahdollisimman paljon tai heillä on kokemusta asiasta. Tässä mielessä tiedonantajien valinnan tulee olla harkittua ja tarkoitukseen sopivaa. Myös tutkimusraportissa on kerrottava, miten tiedonantajien valinta on harkittu ja miten valinta täyttää tarkoitukseen sopivuuden kriteerin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85- 86.)

Tutkimuksessani käytin aineistonkeruumenetelmänä haastattelua. Haastattelun etu on ennen kaikkea joustavuus. Haastattelijalla on mahdollisuus toistaa kysymys, oikaista väärinkäsityksiä, selventää ilmausten sanamuotoa ja käydä keskustelua tiedonantajan kanssa. Haastattelussa kysymykset voidaan myös esittää siinä järjestyksessä kuin tutkija katsoo aiheelliseksi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71.)

Tutkimuksen alussa tutkija joutuu usein kohtaamaan kysymyksen, kuinka monta haastattelua tarvitsen? Haastatteluita tarvitaan juuri sen verran kunnes tutkimusta varten on saatu materiaalia tarpeeksi. Joskus lukumäärä voidaan korvata ilmiöllä nimeltä saturaatio eli kylläntyminen. Saturaatiossa henkilöitä haastatellaan niin kauan, että uusilta haastateltavilta ei saada enää uutta tietoa, joka edistäisi tutkimusta. Käytettäessä saturaatiota, tutkijan täytyy itse tulkita se hetki, jolloin uutta tietoa ei enää saada ja haastatteluita ei enää tarvita. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 58-60.)

Yhtenä tutkimukseni lähtökohtana oli nähdä ihmiset subjekteina ja mahdollistaa heille itseään koskevien asioiden esille tuonti mahdollisimman vapaasti. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 35.) Tästä johtuen valitsin erilaisten haastattelumenetelmien joukosta puolistrukturoidun haastattelumenetelmän, jota kutsutaan teemahaastatteluksi. Teemahaastattelussa edetään tiettyjen etukäteen valittujen, keskeisten teemojen mukaan, joista muodostetaan tarkentavia kysymyksiä haastateltavalle. Teemahaastattelun tavoitteena on löytää merkitykselliset vastaukset tutkimustehtävien kannalta. Tutkimustehtävien lisäksi etukäteen valitut teemat pohjautuvat aikaisempiin tutkimuksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75.) Keskeisten teemojen mukaan etenevä haastattelu tuo paremmin kuuluviin haastateltavien mielipiteet ja ajatukset sekä vapauttaa haastattelijan tietystä näkökulmasta tutkimusta tehdessä. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 48.)

Hirsjärvi ja Hurme (1995, 15) toteavat, että teemahaastattelussa haastattelijalla on mahdollisuus tulkita haastattelun kysymyksiä ja hän voi tarvittaessa motivoida haastateltavaa. Haastattelijalla on myös mahdollisuus tehdä syventäviä lisäkysymyksiä ja säädellä aineiston järjestystä. Teemahaastattelu haastattelumenetelmänä sallii syvälliset pohdiskelut asioista ja on kokonaisuutena joustava menetelmä haastattelun tekoon. Haastattelun aikana oli selvästi havaittavissa, että haastateltavien oli helppo kertoa aiheesta teemojen kautta. Teemoista nousevien kysymyksien tiedusteluun oli mahdollisuus tarkentavien kysymyksien avulla, joita tarvittaessa tehtiin haastattelun edetessä.

Haastatteluteemojen suunnittelu on tärkeimpiä vaiheita teemahaastattelun käytössä. Teema-alueuuttelo muodostaa haastattelurungon ja siihen perustuvat myös tutkimuksen haastattelukysymykset (Liite 2). Itse haastattelussa ne ohjaavat keskustelua ja toimivat

haastattelijan muistilistana. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 66.) Teemat ja tarkentavat kysymykset laadittiin sellaisiksi, että ne antaisivat haastateltavalle mahdollisimman paljon väljyyttä vastauksiin ja omaa vapautta kertoa kokemuksistaan mieshoitajiin liittyvissä asioissa.

Hirsjärvi ja Hurme (2000, 184) korostavat, että teemahaastattelu ei ole vain pääteemojen esittämistä, eikä tutkija voi varautua ennalta kaikkiin lisäkysymyksiin. Tutkijana huomioin Hirsjärven ja Hurmeen (2000, 184) näkemyksen luomalla muutamia tarkentavia kysymyksiä teemahaastattelun pääteemojen lisäksi, rajoittamatta kuitenkaan haastateltavien omaa kerrontaa. Konkreettisesti kerronnan rajoittamattomuus näkyi haastatteluiden litterointivaiheessa.

Tässä opinnäytetyössä kohderyhmänä olivat henkilöt, jotka olivat joskus olleet hoidettavana vuodeosastoilla tai muilla osastoilla, joilla työskentelee mieshoitajia. Hoitosuhteen täytyi olla myös riittävän pitkä, jotta ajatuksia ja kokemuksia oli ehtinyt syntyä. Opinnäytetyötäni varten haastattelin viittä henkilöä (N=5), joiden antamien haastatteluiden pohjalta olen laatinut tutkimustulokset. Haastateltavien henkilöiden sukupuolijakauma oli 4 naista ja 1 mies. Kohderyhmäni henkilöt valikoituivat potilasjärjestöjen kautta, joista tiedustelin halukkaita henkilöitä opinnäytetyön haastatteluita varten. Haastateltavien löytämisessä sain apua kyseisten potilasjärjestöjen yhteyshenkilöiltä, joilla oli parempi tuntemus potilaistaan. Heidän oli näin ollen helpompi tavoittaa haastateltavat henkilöt. Myös haastateltaville henkilöille oli luontevampaa saada tietää opinnäytetyöni aiheesta omilta yhteyshenkilöiltään. Haastateltavien valintaan vaikutti myös olennaisesti heidän kiinnostuksensa opinnäytetyöni aihetta kohtaan. Haastattelut suoritettiin teemahaastatteluiden kysymysten ja tutkimustehtävien pohjalta.

Tärkeitä seikkoja haastatteluiden kannalta ovat käytännön asiat, kuten paikka, ajankohta, välineistö ja haastattelun kesto. Haastattelutilan tulisi olla mahdollisimman rauhallinen ja turvallinen, jotta haastateltavan ja haastattelijan välille syntyisi hyvä kontakti. Ideaalinen haastattelupaikka olisi kotiympäristö tai vaikka haastateltavan koulun tila. Tällöin aikaa ei menisi siirtymiseen paikasta toiseen ja haastattelun teko olisi nopeampaa. Kommunikoinnin häiriöttömyys on myös tärkeää. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 73-74.) Haastateltavat saivat itse vaikuttaa haastattelutilan valintaan, joka

mahdollisesti haastateltavan kannalta mahdollisimman rauhallisen ja neutraalin ympäristön. Kaikki haastateltavat valitsivatkin itselleen tutun ja turvallisen ympäristön haastattelulle, esimerkiksi kodin tai työpaikan tilan. Ajankohtana haastatteluille valittiin arkipäivä, jolloin haastattelut tehtiin haastateltavan ja haastattelijan yhteispäätöksellä. Haastateltaville kerrottiin tutkimuksen kulusta, käsiteltävästä aiheesta sekä tietosuoja-asioista ennen haastattelun alkua. Haastattelut taltioitiin nauhurin avulla aineiston analysointia varten. Haastattelut olivat kestoaltaan 24 – 35 minuuttia, joista muodostui litteroitua haastattelumateriaalia yhteensä 42 sivua.

#### **4.4 AINEISTON ANALYYSINTI**

Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisissa tutkimuksissa. Se on yksittäinen metodi, mutta myös väljä teoreettinen kehys, joka on liitettävissä erilaisiin analyysikokonaisuuksiin. Sisällönanalyysin avulla voidaan tehdä monenlaista tutkimusta. Useimmat eri laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmät perustuvat sisällönanalyysiin, edellyttäen, että sisällönanalyysi tarkoittaa kirjoitettuja, kuultuja tai nähtyjä sisältöjen analyysieja väljänä teoreettisena kehyksenä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91.) Tiivistetysti sanottuna sisällönanalyysi kuvaa dokumenttien sisältöä sanallisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 107) Valitsin opinnäytetyöni analyysia varten laadullisessa tutkimuksessa yleisesti käytetyn sisällönanalyysin analyysimetodiksi.

Tässä opinnäytetyössä on käytetty induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysia, jonka avulla pystyttiin luomaan haastateltavien yksittäisistä lausunnoista ja ilmaisuista isompia yläkategorioita. Tutkimuksen tulokset nousevat näin ollen esiin nimenomaan aineistosta, eikä teoriasta. Seuraavassa kappaleessa esittelen tarkemmin aineistolähtöisen sisällönanalyysin vaiheita.

Nauhoitettujen haastatteluiden auki kirjoittamisen eli litteroinnin jälkeen aineistolähtöinen sisällönanalyysi sisältää kolme vaihetta. Ensimmäiseksi lähdetään liikkeelle aineiston pelkistämisestä. Siinä litteroidusta aineistosta etsitään tutkimustehtäviä kuvaavia alkuperäisilmaisuja, jotka tiivistetään pelkistetyiksi ilmaisuiksi. Toisessa vaiheessa aineisto ryhmitellään yhtäläisyyksien ja/tai eroavaisuuksien mukaan. Ryhmät nimetään tietyn teeman mukaisesti, jonka alle on sijoitettu teemaan liittyvät pelkistetyt ilmaisut. Kolmannessa vaiheessa teemoja

käsitteellistetään edelleen muodostamalla niitä yhdistäviä yläkategorioita ja näistä edelleen pääkategorioita. Kategorioiden yhdistämisen avulla mahdollistetaan vastauksien löytäminen tutkimustehtäviin. Tehdäkseen johtopäätöksiä aineistosta, tutkijan on pyrittävä ymmärtämään tutkittavia heidän omasta näkökulmastaan analyysin jokaisessa vaiheessa. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 110-115.)

Tässä opinnäytetyössä haastattelut litteroitiin tietokoneelle, jonka jälkeen tulostetuista haastattelumateriaaleista alettiin etsiä tutkimustehtävien kysymysten avulla alkuperäisilmaisuja (Liite 3). Alkuperäisilmaukset tiivistettiin tämän jälkeen vielä pelkistetyiksi ilmaisuiksi. Pelkistetyt ilmaisut kerättiin yhteen isolle paperiarkille ja niitä alettiin yhdistellä ala- ja yläkategorioiksi. Tämä mahdollisti edelleen aineiston käsitteellistämisen yhdistäviksi luokiksi.

#### **4.5 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS**

Puhuttaessa tutkimuksen luotettavuudesta tutkijat viittaavat usein käsitteisiin reliabiliteetti ja validiteetti, jotka edustavat erityisesti määrällisen tutkimuksen arviointikriteerejä (Nieminen 1997, 215). Koska laadulliselle tutkimukselle ei ole olemassa niin tarkkoja luotettavuuden arviointikriteerejä kuin määrälliselle tutkimukselle, voidaan laadullista tutkimusta tarkastella seuraavien laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteerien avulla: uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys (Kylmä & Juvakka 2007, 128- 129.)

Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen ja siitä saatavien tulosten uskottavuutta ja uskottavuuden osoittamista tutkimuksessa. Käytännössä se tarkoittaa, että tutkijan on huolehdittava, että tutkimuksen tulokset vastaavat tutkimukseen osallistujien käsityksiä tutkittavasta asiasta. Uskottavuutta voidaan lisätä keskustelemalla tutkimukseen osallistujien kanssa tutkimuksen eri vaiheissa tai keskustelemalla samaa aihetta tutkivien henkilöiden kanssa. Lisäksi on otettava huomioon tutkimustyön prosessointiin tarvittava aika, jotta tutkija pystyisi hyvin ymmärtämään tiedonantajien näkökulmia tutkittavasta asiasta. (Kylmä & Juvakka 2007, 128.) Uskottavuuden lisäämiseksi ja takaamiseksi olen pyrkinyt mahdollisimman avoimesti kuvailemaan ja perustelemaan valintojani tutkimukseni varrella.



Vahvistettavuus edellyttää tutkijalta koko tutkimusprosessin ajan huolellista tutkimuksen vaiheiden kirjaamista. Tarkoituksena on, että toinen tutkija pystyisi tarvittaessa pääpiirteissään seuraamaan tutkimuksen kulkua. (Yardley 2000, Kylmän & Juvakan 2007, 129 mukaan.) Tarkoituksena on kuvata esimerkiksi aineiston avulla tutkimuksen tuloksia ja tehtyjä johtopäätöksiä. Joskus vahvistettavuus- kriteeri tuo ongelmia laadulliseen tutkimukseen, koska aina eri tutkijat eivät päädy samaan tulkintaan. Eri tulkinnat eivät kuitenkaan tarkoita, että tutkimus olisi epäluotettava, vaan että tulkinnat tutkimuskohteesta lisäävät samanaikaisesti ymmärrystä tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. (Malterud 2001, Kylmän & Juvakan 2007, 129 mukaan.) Nieminen (1997, 215) tuo myös omassa tarkastelussaan esille, että tutkimuksessa tuotettu tulkinta on nimenomaan tutkijan persoonallinen näkemys tunteineen ja intuitioineen. Tuomi ja Sarajärvi (2009, 127) kuitenkin painottavat, että laadullinen tutkimus ei välttämättä ole laadukasta tutkimusta. Tavoitellessaan laadukasta tutkimusta, tutkijan on huolehdittava, että tutkimussuunnitelma on laadukas, valittu tutkimusasetelma on sopiva ja raportointi hyvin tehty. Tämä vaikuttaa suuresti myös vahvistettavuuteen. Tässä tutkimuksessa haastattelukatkelmat haastateltavien tarinoista todentavat tutkijan tekemiä tulkintoja ja lisäävät näin ollen myös luotettavuuden arviointia. Tutkimuksen luotettavuutta parantaa osaltaan myös tutkimustehtävien ja aikaisempien tutkimuksien pohjalta laadittu haastattelurunko.

Refleksiivisyys puolestaan edellyttää, että tutkijan täytyy tiedostaa omat lähtökohdat tutkimukseen ja sen tekemiseen liittyen. Refleksiivisyys vaatii tutkijan oman vaikutuksen arviointia aineistoon ja tutkimusprosessiinsa. Tutkimuksen lähtökohdat on myös kuvattava tutkimusraportissa. Tutkimuksen siirrettävyys vaatii tarpeeksi kuvailevaa tietoa tutkimukseen osallistujista ja ympäristöstä. Näiden avulla lukija voi päätellä, miten tutkimus on siirrettävissä muihin vastaaviin tilanteisiin. (Mays & Pope ym. 2000, Kylmän & Juvakan 2007, 129 mukaan.) Tämän tutkimuksen tutkimustulokset koostuvat viiden erilaisen henkilön kertomuksista ja kokemuksista. Tähän viitaten, on perusteltua korostaa, että tuloksia ei voida yleistää. Tulkinnat auttavat kuitenkin lukijaa ymmärtämään potilaiden kokemuksia ja tutkittavaa ilmiötä.

#### 4.6 TUTKIMUKSEN EETTISYYS

Eettiset ohjeet ammatillisissa ja akateemisissa yhteyksissä ovat tavanomaisia moraalisten periaatteiden muotoja. Seuraavat neljä ohjenuoraa ohjaavat induktiivisia tieteitä ja tutkimusta kohti tutkimuksellista päämäärää. Informed consent, joka tarkoittaa, että tutkimuksen kohteilla (tässä tapauksessa haastateltavilla) on oikeus tietää tutkimuksen luonteesta, johon he osallistuvat ja saada tietoa tutkimuksen seurauksista. Haastateltavien täytyy olla vapaaehtoisia osallistumaan tutkimukseen ja tämän suostumuksen täytyy perustua heille annettuun rehelliseen ja avoimeen tietoon tutkimuksesta. Osallistujille täytyy kertoa tutkimuksen kesto, menetelmät, mahdolliset riskit ja tutkimuksen tarkoitus tai tavoite. (Christian 2005, 144-145.) Edellä mainituista seikoista keskustelin haastateltavien kanssa ennen haastattelua ja haastateltavat allekirjoittivat suostumus- ja saatekirjeen (Liite 4), jossa kerrottiin haastattelun tarkoituksesta, tavoitteesta, haastateltavan oikeuksista ja salassapitoasioista. Vilppi tarkoittaa tarkoituksenmukaista vääristelyä ja on kaikkien eettisten ohjeiden mukaan kielletty. Yksityisyys ja luottamuksellisuus merkitsee sitä, että eettiset ohjeet vaativat, että haastateltavien henkilöiden tai haastatteluympäristössä olevien henkilöiden henkilöllisyys ei vaarannu. Tutkimuksen luottamuksellisuudesta täytyy myös antaa varmuus. Kaikki henkilökohtainen tieto täytyy olla varmassa ja suljetussa paikassa, jotta siihen ei pääse ulkopuolinen henkilö käsiksi. Tieto voidaan julkistaa vain, jos henkilön anonymiteetti säilyy. (Christian 2005, 144-145.) Anonymiteetin säilymisen varmistamiseksi tutkimusaineistossa ei ole mitään tietoja, joista voisi yksilöidä tai tunnistaa haastateltavia. Virheettömyys tarkoittaa tiedon oikeellisuuden ja tarkkuuden varmistamista ja on osaltaan myös tärkeimpiä periaatteita tutkimusta tehdessä. Tieto, joka on sisäisesti ja ulkoisesti pätevää, se on sekä empiirisesti että moraalisesti oikein. (Christian 2005, 144- 145.)

Tutkimuksen laatuun liittyy oleellisesti etiikka ja eettisyys. Hyvää tutkimusta ohjaa eettinen sitoutuneisuus. Tutkijan eettiset ratkaisut ja tutkimuksen uskottavuus kulkevat täysin yhdessä. Uskottavuuden perusta on, että tutkijat noudattavat hyvää tieteellistä käytäntöä ("good scientific practice"). (Tuomi & Sarajärvi 2009, 132.)

Nieminen viittaa Morsen (1991) ajatukseen siitä, että tutkimukseen valitaan niitä, jotka haluavat osallistua tutkimukseen ja jotka ilmaisevat itseään hyvin. Tämänkin tutkimuksen yhtenä lähtökohtana oli, että haastatteluun osallistuminen oli haastateltaville henkilöille vapaaehtoista. Heille annettiin mahdollisuus myös halutessaan keskeyttää haastattelu tai kieltäytyä tarvittaessa kokonaan haastattelusta. Haastateltavia henkilöitä lähestyttiin oman potilasjärjestön yhteyshenkilön kautta ja he ottivat yhteyttä halutessaan yhteyshenkilöön tai itse tutkimuksen tekijään. Haastateltaville henkilöille tiedotettiin tutkimuksen tarkoituksesta ja tavoitteesta sekä varmistuttiin vielä heidän halukkuudestaan osallistua tutkimukseen. Lisäksi haastateltaville kerrottiin, että haastatteluista saatua informaatiota ja tallenteita käsittelee ainoastaan opinnäytetyön tekijä luottamuksellisesti ja kaikkien eettisten ohjeiden mukaisesti. Kun tutkimustulokset on saatu kasaan ja tutkimus on valmis, tallenteet hävitetään.

## **5 TUTKIMUSTULOKSET**

Tässä opinnäytetyössä tutkimustehtävinä oli kuvata potilaiden kokemuksia mieshoitajista hoitotilanteissa ja havainnoida eroja mies- ja naishoitajien välillä hoitotyöhön liittyvissä tilanteissa. Yhdistävät kategoriat ovat tutkimustehtävät eli pääotsikot ja pääkategoriat ovat ala- ja yläluokista nousseita teemoja eli alaotsikot.

### **5.1 POTILAIDEN KOKEMUKSIA MIESHOITAJISTA HOITOTILANTEISSA**

#### **5.1.1 MIESHOITAJIEN AMMATTITAITO**

Haastatteluissa nousi keskustelun aiheeksi mieshoitajan ammattitaito ja ammattitaitoon liittyvät erikoispiirteet, joita haastateltavat olivat huomanneet. Erityispiirre, joka mieshoitajilla oli huomattu oli tekninen osaaminen ja siihen liittyvä varmuus. Mieshoitajien tekninen osaaminen korostui haastateltavien vastauksissa seuraavasti:

*”Mieshoitajia oli hakeutunut sillekin osastolle, ku siellä oli paljon sitä tekniikkaa, esimerkiksi kipupumppu --- ja miehet kun ne hallitsi siellä kaikki ne tekniset asiat, et sen huomasi kun se mieshoitaja vaan tuli ja laittoi sen ruiskun siihen kipupumppuun, et ei sen paljon mieltä tarvinnut.”*

*”Miehillä on tietysti vähän enemmän sitä teknisyyttä jo verissä ja muutenkin osaavat.”*

*”Siinä hoidon aikana oli vaikka minkälaista tekniikkaa, niin miehiltä se luonnistui paremmin.”*

Haastatteluista ilmeni myös, että mieshoitaja kutsuttiin usein ikään kuin varmistamaan jonkun teknisen laitteen toimivuus. Eräs haastateltavista toi esille negatiivisen asian eräästä mieshoitajasta, jossa hänen ammattitaitonsa laitettiin kyseenalaiseksi. Hoitajana hän oli ollut yleensä pätevä, ripeä ja varma, mutta varmuutta haastateltavan mielestä hänellä oli jo liikaakin.

*”Mietin kyllä jo, että onko mennyt jo liian pitkälle diagnooseissaan, onko lupa leikkiä lääkäriä. Hartiat on niin juntturassa, sanottiin ja Buranaa vaan suuhun. Parin viikon päästä leikattiin kaularangan pullistuma Kuopiossa. Tämä mieshoitaja saa hatunnostot yleensä, vaikkakin kuuntelutaito nyt puuttuikin.”*

### **5.1.2 MIESHOITAJIEN PERSONALLISUUS OSANA HOITOTYÖTÄ**

Haastateltujen henkilöiden kokemukset perustuivat myös mieshoitajien persoonallisten piirteiden varaan. Tärkeimpinä persoonallisuuden piirteinä haastateltavat mainitsivat huumorintajun, turvallisuuden, rauhallisuuden ja kannustavan työotteen.

*”Miusta monta kertaa on ollut se huumorintaju sellanen asia, joka on pelastanut tilanteen, et on saanut nauraa ja on sanonut jotain mukavaa ja hauskaa. Sillä tavalla olen nähnyt tärkeeks sen huumorin käytön.”*

*”Koin silleen, että ne mieshoitajat tuovat sitä huumoria siihen hoitotyöhön--- sillä tavalla tuli itelläkin mieli iloiseks, kun ne (mieshoitajat) käytti sitä huumoria.”*

*”Mieshoitajalla oli muuten hyvä huumori tai ainakin sellainen, joka puri minuun. Muistan selvimmin sen, että mieshoitaja sai minut nauramaan jutuillaan ja se oli aika tärkeätä näin jälkikäteen miettiessä.”*

*”Näillä mieshoitajilla oli monesti sellanen humoristinen asenne, joka oli hyvä asia tällaisessa intiimissä hoitotoimenpiteessä.”*

Opinnäytetyöni haastateltavat kertoivat mieshoitajan läsnäolon ja hoidon lisäävän turvallisuuden tunnetta heihin liittyvissä hoitotilanteissa. Tällaisia tilanteita olivat esimerkiksi hetket, jolloin fyysisen ja psyykkisen tuen tarve oli suuri.

*”Miehen olemuksesta välittyi myös jonkunmoinen turvallisuus, kun hän selitti isälleni ja minulle vakavat asiat suoraan. Isälleni hän puhui kuin mies miehelle loppuun saakka, joka mielestäni oli oikein.”*

*”Itse ainakin koin oloni hirveen turvalliseksi, kun he puhuivat asiat asioina, ni ei sit nokkaletkun (nenämahaletku) laittaminenkaan tuntunut enää niin ahdistavalta.”*

*”Mieshoitajissa oli niitä lämpimiä ihmisiä, jotka halus, että keskustellaan ja tutustutaan potilaaseen --- se yks mieshoitaja oli kyllä hyvin tajunnut kosketuksen merkityksen ihan sydänjuuria myöten ja sit sen kokonaisvaltaisuuden, et kun se tuli huoneeseen, niin se otti koko tilan haltuun, se niinku huomioi meidät kaikki.”*

Haastateltaville hoitajien rauhallisuus oli myös eräs tärkeä ominaisuus, jonka he mainitsivat. Mieshoitajilla oli aikaa jutella heidän kanssaan, kysellä kuulumisia ja

jutella aroistakin asioista. Rauhallisuus ja kiireettömyys koettiin siis tärkeäksi. Eräät haastateltavat kertoivat seuraavasti mieshoitajan rauhallisuudesta:

*”Mieshoitajilla se oli niin rauhallista, kun ne vaan tuli ja kertoi, että kyllä tästä kuule selvittää ja laittoivat vaan siinä ne piuhat --- yksikin mieshoitaja kun se vei minut sinne tutkimuksiin, niin se osasi sillä puheella rauhoittaa, kun se sanoi, että kyllä sie tästä paranet ja muutakin, ni se kyllä lämmitti mieltä.”*

*”Se nousi niinku heistä (mieshoitajista) esille sellanen rauhallisuus, et ei mitään turhaa hätäilyä ollut ja et he kuuntelivat mitä sanoin --- et se mikä kaaos siellä oli niin ne läsnäolollaan loivat sellasta rauhallisuutta.”*

*”Mulle jäi ainakin mieleen kuva ammattitaitoisesta, rauhallisesta miehestä --- mies selitti kulloinkin ihan rauhallisesti mitä tehdään ja niin edelleen...”*

### 5.1.3 INTIMITEETIN SUOJAN KOKEMINEN

Haastattelemilleni henkilöille intimiteetti ja sen suojan toteutuminen oli erittäin tärkeää hoitosuhteessa. Sen toteutuminen teki heidän mielestään myös hoitotilanteista ja hoitosuhteesta helpompaa. Naispuolisille haastateltaville intimiteetin suojan merkitys korostui enemmän verrattuna miespuoliseen haastateltavaan. Intimiteetin suojan merkitykseen liittyen haastateltavat kuvailivat kokemuksiaan seuraavasti:

*”En pitänyt siitä, että minua pestään, kauhistuttaa katetrointi, varsinkin jos sen tekee mies--- olen kieltänyt miesopiskelijoitakin tulemasta huoneeseeni, koska tiedän, että tutkitaan aika intiimisti.”*

*”Olen seisonut huoneessa rinta paljaana, jossa on piikit, jotka rajaavat syövän ja sitten huoneessa on rampannut mieshoitajia...se oli karmea kokemus.”*

*”Tiesin, et pitää kohta mennä alusastialle ja tiesin, että siel on mieshoitaja, ni odotin, et vaihtoivat vuoroa, ni pyysin sitten naishoitajan mieluummin...”*

Haastattelemani miespotilaan mielestä mieshoitaja voi aivan samalla tavalla suorittaa intiimejäkin toimenpiteitä siinä missä naishoitajakin. Sukupuolen merkitys oli tärkeämpää nuorempana, mutta vanhempana sillä ei ole enää merkitystä.

*”Tällä iällä en koe sitä hankalaksi enkä ajattele, että onko mies- vai naishoitaja--- nuorempana varmaan olis ollut väliä kumpi on, mutta ei enää, et jos saapi ajan, ni ihan sama kumpi hoitaa.”*

Haastateltavat toivat esille saman asian haastattelussa, jonka mukaan intimiteetin suojan kokemisen kynnyksen laskee, kun akuutti tarve hoidolle on olemassa. Suuren avun tarpeen hetkellä intimiteetin suojan kokeminen on toisarvoista. Tätä argumenttia henkilöt tukivat seuraavin sanoin.

*”Sitä ku oli niin avuton siinä, niin ilman muuta hyväksyin miehen hoitamaan siihen.”*

*”Se tärkein asia oli kuitenkin se, että kun on hätä niin sillä sukupuolella ei ole mitään merkitystä.”*

*”Vaikka en siis pidä yksityisyyteeni kajoamisesta, niin ihminen tottuu aika nopeasti vallitseviin olosuhteisiin, mukautuu ja suostuu.”*

#### **5.1.4 HOITOTYÖN FYYSISYYS**

Hoitotyö on fyysistä työntekoa sekä miehille että naisille. Mieshoitajien fyysiset ominaisuudet koettiin yhtenä positiivisena asiana. Fyysisyyttä pidettiin piirteinä, jota nykypäivänä hoitotyössä kaivataan enemmän. Aggressiiviset potilaat ja potilaiden nostelu koettiin sellaisiksi asioiksi, joissa mieshoitajat olivat sopivia auttamaan.

*”Siinä oli niinku vähän levoton potilas, niin se mieshoitaja hoiti kyllä hyvin sen tilanteen, kun kuitenkin oli fyysisesti vahvempi kuin ne muut vuorossa olevat naiset.”*

*”Vaikka siinä olikin vähän sellanen intiimi tilanne, ni se mieshoitaja oli jotenkin turvallisempi, ku sillä oli sitä voimaa, et pystyi tukemaan paremmin.”*

## **5.2 MIESHOITAJIEN JA NAISHOITAJIEN EROT POTILAIDEN KOKEMANA**

Haastattelujen edetessä ja niiden tuloksia tutkiessani huomasin, että potilaat pitivät naishoitajia tunteellisempina, empaattisempina ja hoitajina, jotka käsittelivät potilasta enemmän tunteella. Mieshoitajat koettiin vähemmän tunteellisina hoitajina, jotka tulevat huoneeseen ja hoitavat heille annetun tehtävän. Tätä argumenttia tukevat seuraavat haastattelukatkelmat:

*”Naishoitajat, niin niillä oli enemmän sitä tunnepohjaista, et myö ollaan täällä koko ajan ja tarkkaillaan siun vointia, et siulla ei ole mitään hätää -- mut sitten jotenkin mieshoitajat ei niin tunteella tee sitä työtä.”*

*”Siinä korostui niinku se, että miehet ei ole niin tunteellisia, et ne tekee sen työnsä ja piilottaa siihen huumorintajuu, mut siinäpä se.”*

*”Mielestäni naishoitajat ovat hoivaavampia kuin mieshoitajat, menevät ikään kuin syvemmälle ihmiseen. Mieshoitajat ovat enemmän sellaisia suoraviivaisia ja tekevät vaan sen työn --- naisilla on myös se tietty pehmeys, jota miehissä ei mielestäni ole.”*

*”Minua ainakin hoiti siellä naiset enemmän ja ne hoiti yleensä sellaset asiat, missä niinku juteltiin enemmän --- ja huomasi et miehissä oli enemmän siihen tekniseen puoleen kallistuvia ja naiset oli enemmän tunteellisuuteen kallistuvia”*



Naishoitajien empaattisuus ja tunteellisuus tuli enemmän esille verrattuna mieshoitajiin hoitotilanteissa, mutta poikkeuksiakin oli, jossa tilanne oli juuri toisinpäin.

*”Tää mieshoitaja oli niin sellanen rauhallinen ja jutteleva, et ihan eri kastia kuin ne naishoitajat, jotka kävivät siinä pyörähtämässä kiireellä.”*

*”Siellä oli yks naishoitaja kuka ei ikinä hymillyt ja mie en siltä ikinä halunnut pyytääkään mitään, mutta sitten ku tuli se mieshoitaja, ni siltä uskalsi pyytää mitä vaan ku se otti aina kaikki huomioon ja jutteli.”*

Tutkimustuloksista on havaittavissa, että varsinaiset erot mies- ja naishoitajien välillä olivat juuri edellä mainitut emotionaaliset erot ja osiossa *”Mieshoitajien ammattitaito”* kerrottu tekninen osaaminen. Myös fyysinen eroavuus mies- ja naishoitajien välillä huomioitiin. Potilaat kokivat, että heihin liittyvissä hoitotilanteissa mieshoitajat olivat varmempia teknisten laitteiden osajia ja hoitotyön teknisten laitteiden käyttäjiä.

Mieshoitajien ja naishoitajien väliset erot edellä mainittujen seikkojen lisäksi olivat käytännössä olemattomat haastateltavien mielestä. Potilaat kokivat suurimmat erot yksilötasolla. Kokemuksiin vaikuttivat hoitavan henkilön ammattitaito, persoona, luonne ja käyttäytyminen. Sukupuolten väliset erot olivat toissijaisia, mutta kuitenkin mieleenpainuvia. Sitä kautta ne olivat merkittäviä minun opinnäytetyölleni. Yksilöeroista haastateltavat kommentoivat seuraavaa.

*”Enemmän sitten merkitsee se, että onko se hoitaja ammattitaitoinen ja pätevä, et se on kyllä ihan persoonakysymys enemmänkin, et millainen hoitaja on.”*

*”Pitää rehellisesti sanoo, et en mie ole nähnyt siinä toimenpiteen suorittamisessa ammatillisesti mitään eroa, et jos on jotain eroja ollut, ni ne on sitten yksilöeroja --- niin se on ihan yksilöissä se ero, ei sukupuolissa. Tieto ja taito ratkaisee, et kuka o parempi, mut se ei ole sukupuolesta kiinni.”*

*”Minun mielestä se oli enemmän sellainen henkilökemia- kysymys, ei niinkään sukupuolikysymys (hoidon laatu).”*

## **6 POHDINTA**

### **6.1 YHTEENVETO TULOKSISTA**

Tutkimukseni tarkoituksena oli kuvata potilaiden kokemuksia mieshoitajista hoitotilanteissa. Kokemuksiaan haastateltavat peilasivat osastojaksojen aikana tapahtuneiden kanssakäymisten avulla.

Useassa haastattelussa nousi esille mieshoitajien taito teknistä taitoa vaativissa hoitotyön tehtävissä kun puhuttiin mieshoitajien ammattitaidosta. Potilaat kokivat, että mieshoitajat tarttuvat mielellään työaskareisiin, joissa tarvitaan teknisiä taitoja. Haastatteluista saadun tiedon perusteella voidaan todeta, että miehet todella työskentelevät osastoilla, joissa on paljon teknisiä laitteita.

Strömberg (2006, 73- 74) toteaa artikkelinsa loppupohdinnassa, että miehet työskentelevät useasti osastoilla, joilla työskennellään tekniikan parissa. Miehet ovat myöskin vahvistaneet asemaansa osastoilla, joilla ollaan tekemisissä teknisten välineiden kanssa. Strömbergin artikkelia tukee myös Saksan (2003, 7) opinnäytetyö, jossa hän viittaa Kärpän (2000) tutkimukseen. Sen mukaan mieshoitajat hakeutuvat fyysisesti rankkoihin ja teknistä osaamista vaativiin hoitotoimenpiteisiin.

Myös Toivolan (2009, 12) opinnäytetyössä mainitaan eri sukupuolten stereotypiat, joiden mukaan yleinen oletamus on, että miehet ovat automaattisesti kiinnostuneita tekniikasta. Tämä oli yleisenä oletamuksena myös haastatteluihin osallistuneilla henkilöillä. Mieshoitajien ammattitaito hoitotyöntekijänä koettiin muuten kokonaisuutena samanlaisena kuin naishoitajien ammattitaito.

Mieshoitajien persoonalliset piirteet ja niiden käyttö korostuivat suuresti haastatteluissa. Potilaat mainitsivat erinäisiä piirteitä, jotka olivat eniten nousseet esille mieshoitajissa.

Huumorintaju ja huumorin käyttö hoitotyössä nousivat esille tärkeinä luonteenpiirteinä mieshoitajilla. Rosqvistin (2003) tutkimuksessa viitataan Åstedt-Kurjen ym. (2001) tutkimustuloksiin, jonka mukaan huumorin käyttö, silloin kun se on sopivaa ja perustuu potilaan tuntemiseen, edesauttaa myönteisten merkitysten syntymistä hoitosuhteessa. Se myös vapauttaa ilmapiiriä ja potilaat kykenevät ilmaisemaan itseään vapaammin. Samaisesta tutkimuksesta käy ilmi, ettei vaikeakaan sairaus ole este huumorin käyttämiseksi ja sitä voi toteuttaa vaikka potilas itse ei siihen tekisi aloitetta. Haastattelemani henkilöt tukivat lausunnoillaan Åstedt-Kurjen ym. tutkimuksen tuloksia. Vaikka huumorin käyttöä pidettiin mainiona piirteinä hoitajassa, niin sen käyttämisen oikea ajoitus oikeassa tilanteessa vaatii sen käyttäjältä tilannetajua. Huumori ja sen käyttö olivat erityisen tärkeitä intiimeissä tilanteissa. Huumorin avulla voidaan monesti kiinnittää huomio muuhun kuin jäykkään ja epämiellyttävään toimenpiteeseen. (Åstedt-Kurki ym. 2001, Rosqvistin 2003, 99 mukaan.)

Esimerkeistä voidaan huomata, että huumorintaju ja huumorin käyttö koettiin tärkeimmäksi ja mieleenpainuvammaksi ominaisuudeksi, jota mieshoitajat toteuttivat hoitotyössään. Haastateltavien lausunnoista päätellen huumorin käyttö oikeissa asiayhteyksissä lievensi potilaan jännittyneisyyttä hoitotilanteessa. Huumori auttoi myös henkisesti raskaissa tilanteissa, joissa se kevensi tunnelmaa ja paransi potilaan henkistä jaksamista.

Saksa (2007, 36- 37) kertoo oman tutkimuksensa havainnoista, joiden mukaan miehille kuuluu usein turvallisuudesta vastaavan rooli. Tuo rooli ei rajoitu pelkästään fyysisen turvallisuuden varmistamiseen, vaan miehiä pidetään myös henkisen turvallisuuden takaajina. Tärkeimpänä tuota turvaa koettiin henkisellä tasolla. Näitä tutkimuksen tuloksia tukee myös haastattelemani henkilöiden lausunnot, joiden mukaan mieshoitaja toi osastolle turvallisuutta fyysisyydellään ja olemuksellaan. Turvallisuutena pidettiin henkistä tukea, kuin myös fyysistä konkreettista tukemista, jolloin vointi oli heikko sairauden tai hoitojen vuoksi. Mieshoitajan turvallisuudesta puhuttaessa tulee väkisinkin mieleen, että pelkkä fyysinen iso koko ei ole turvallisuuden tausta, vaan mieshoitajan järkähtämätön ja napakka luonne voi korvata fyysistä kokoa.

Potilaat kokivat mieshoitajan rauhallisuuden monessa muodossa hyväksi piirteeksi. Toisille se osaltaan toi turvallisuutta, toisille taas rauhallisuus korosti ammatillisuutta ja

ammattitaitoa. Hoitotyöntekijän kiireettömyys ja rauhallisuus tulevat esille myös Rosqvistin (2003) tutkimuksessa. Sen tutkimustulosten mukaan hoitajan kiire ja esimerkiksi kiireessä tapahtuva kosketus koettiin loukkaavana, jotkut kokivat sen jopa esineellistämisenä. Samaisessa tutkimuksessa Rosqvist (2003) on käyttänyt lähteenä Mattilan (2002) tutkimusta, josta käy ilmi, että potilas ei tuonut ilmi tuntemuksiaan tarpeeksi avoimesti, kun hoitaja oli rauhaton ja työskenteli kiireessä. Myös tämän tutkimuksen haastateltavat kertoivat rauhallisuuden helpottavan asioista puhumista ja madaltavan kynnystä pyytää apua. Rauhallisuus tuo monessa tilanteessa tunteen, että ihminen on paremmin läsnä. Kun ihminen on läsnä, se koetaan monesti jo sinällään tukevaksi tekijäksi. Varsinkin hoitotyössä läsnäolo ja tuki ovat isoja tekijöitä potilaan hoitoprosessissa. Mikkola (2006, 104) kertoo myös tutkimuksessaan tuen merkityksestä potilaan ja hoitajan välillä. Tutkimuksen yksi havainto on, että kun hoitajilla on kiire, vuorovaikutus jää vähemmälle ja potilaalle ei jää mahdollisuutta kertoa mieltä painavista asioista. Saksa (2007, 32) on myös omissa havainnoissaan pannut merkille sen, että mieshoitajat tuovat rauhallisuutta osastolle omalla olemuksellaan.

Intimiteetin suoja ja sen toteutumisen kokeminen potilaiden kannalta oli yksi tärkeimmistä kysymyksistä, joihin halusin vastauksen tämän tutkimuksen myötä. Hoitotyöntekijä kokee työssään monenlaisia suhtautumistapoja, miten ihmiset käyttäytyvät, kun heidän intimiteettinsä suojaa lähestyy joku ulkopuolinen. Tämän vuoksi intimiteettiin liittyvät kokemukset kiinnostavat minua tutkijana. Haastatteluiden tuloksista kävi ilmi, että intimiteetti ja sen suojan toteutuminen oli tärkeää naispuolisille potilaille, varsinkin kun hoitajana oli miespuolinen henkilö. Miespotilas piti intimiteetin suojaa tärkeänä seikkana, mutta omalla kohdallaan ei pitänyt sitä hoidon kannalta välttämättömänä. Hoitajan sukupuoli ei myöskään ollut hänelle kynnyskysymys. Myös Rosqvistin (2003, 97) tutkimuksen tuloksista käy ilmi, että naiset ja nuoret pitävät intimiteetin suojan toteutumista tärkeämpänä kuin miehet. Yksi tärkeimmistä havainnoista tästä aiheesta oli se, että akuutin hoidon tarpeen hetkellä intimiteetin suojan toteutuminen ja hoitajan sukupuoli olivat toisarvoisia seikkoja.

Rosqvistin (2003) tutkimus paljastaa, että osa miespotilaista koki miespuolisen hoitajan kosketuksen hoitotilanteessa vastenmieliseksi ja epämiellyttäväksi. He eivät halunneet miespuolisen hoitajan suorittavan intiimejä toimenpiteitä, vaan halusivat mieluummin naishoitajan suorittamaan hoitotoimenpiteet. Näitä miespotilaiden mielipiteitä

vahvistivat osaltaan estot, periaatteet ja stereotyyppinen ajattelu mieshoitajien seksuaalisesta suuntautumisesta. Haastattelemani miespotilaan mielipiteet ja ajatukset eivät kuitenkaan tukeneet Rosqvistin (2003) tutkimuksen tuloksia.

Aikojen alusta lähtien on pidetty normaalina asiana, että mies on fyysisesti useimmiten vahvempi kuin nainen. Poikkeuksia on runsaasti, mutta suurpiirteisesti ajateltuna näin on. Tämä toteamus nousi esille myös yhtenä ominaisuutena, jonka haastateltavat potilaat kokivat hyvänä seikkana mieshoitajassa. Fyysisyys on tarpeen potilaiden nostelussa ja esimerkiksi aggressiivisten henkilöiden hallinnassa. Voima ja fyysisyys tuovat turvallisuutta, jonka myös haastateltavat totesivat jo aiemmissakin kappaleissa. Havainnot eivät toki ilmennä, että naishoitajat olisivat heikkoja, ei todellakaan, vaan toteaa, että mieshoitajat voivat omalla fyysisyydellään antaa työyhteisölle suoritusvarmuutta joissakin hoitotyön tehtävissä.

On luonnollista, että miehet ovat fyysisesti vahvempia kuin naiset. Poikkeuksiakin yksilöissä kuitenkin on, mutta yleinen oletamus on tämä edellä mainittu. Haastatteluista tuli hyvin esille myös tämä seikka. Haastateltavien lausunnoista pystyi tulkitsemaan, että mieshoitajat toivat omalla fyysisyydellään varmuutta työskentelyyn hoitotyön saralla.

Empaattisuus ja tunteellisuus olivat seikkoja, jotka korostuivat vastauksissa, kun haastateltavat puhuivat eroista mies- ja naishoitajien välillä. Naishoitajat omaksuivat nämä edellä mainitut ominaisuudet, kun taas mieshoitajat olivat suoraviivaisempia työn suorittajia, jotka jättivät tunteellisuuden taka-alalle. On mieshoitajissa poikkeuksiakin runsaasti, mikä ilmeni usean haastateltavan kertomuksista. Aikaisemmissa kappaleissa mainitut tekninen osaaminen ja fyysiset ominaisuudet koettiin myös eroiksi sukupuolten välillä hoitotyössä. Tekninen osaaminen on kuitenkin ominaisuus, jonka myös naishoitajat omaavat yhä kehittyvässä maailmassa. Teknisyys lisääntyy ja sen hallitseminen ei katso hoitotyöntekijän sukupuolta.

Saksan (2007, 38) opinnäytetyössä hoitoalan työntekijät ovat vertailleet omien kokemuksiensa pohjalta mies- ja naishoitajien eroja. Miesten ajattelutapa koettiin yksinkertaisemmaksi kuin naisten. Siihen liittyen naisille ominainen empaattinen ajattelutapa poikkesi miehistä siten, että miehet siirsivät monesti tunteensa syrjään

työtehtävissä. Tämä osaltaan myös todentaa ja vahvistaa mies- ja naishoitajien välistä työpersoona-eroa hoitotyön kentällä.

## **6.2 OMA OPPIMINEN**

Teoriapohjan hankkiminen opinnäytetyötäni varten olikin odotettua haasteellisempaa, kun aloin tekemään tutkimustani. Huomasin, että mieshoitajuus aiheena on melko vähän tutkittu aihe. Siitä muodostui ensimmäinen haaste tutkimukseni teossa, koska muiden tutkimusten puuttuminen mieshoitajuus- aiheesta johti siihen, että tutkijana minun oli hankalampi peilata omia tutkimustuloksiani muihin tutkimuksiin. Onnistuin kuitenkin löytämään joitakin tutkimuksia, joita pystyin hyödyntämään tutkimuksessani.

Toisen haasteen opinnäytetyöni tekoon toi haastateltavien löytäminen. Havaitsin haastateltavia etsiessäni, että aihetta pidetään joltain osin vielä nykypäivänäkin tabuna. Omista hoitokokemuksista kertominen koettiin vaivaannuttavana, jopa kiusalliselta. Asiaa ei luultavasti helpottanut myöskään se, että haastattelijana toimi mies. Intiimeistä asioista ja hoitokokemuksista kertominen on ymmärrettävästi hankalaa ja kiusallista, eivätkä kaikki koe sitä soveliaaksi. Kun haastattelijana toimii mieshoitaja, niin haastattelun luotettavuutta voidaan arvioida myös tämän seikan kautta. Uskaltavatko henkilöt, jotka ovat suostuneet haastatteluun, kertoa rehellisesti mieshoitajiin liittyvistä kokemuksistaan? Kertovatko he todenmukaisesti kokemuksistaan ja jättävätkö he esimerkiksi negatiiviset kokemukset kertomatta? Näitä asioita mietin itsekkin tutkimukseni edetessä ja haastatteluja tehdessäni. Uskon kuitenkin, että kykenin luomaan mahdollisimman luotettavan ilmapiirin, että haastateltavat pystyivät kertomaan rehellisesti ja huolettomasti kokemuksistaan.

## **6.3 TYÖN HYÖDYNNETTÄVYYS JA JATKOTUTKIMUSAIHEET**

Opinnäytetyöni tuloksia voidaan käyttää hoitotyön opetuksessa hyväksi ja soveltaa näitä tuloksia puhuttaessa mieshoitajuudesta. Mieshoitajien määrä lisääntyy, joten tieto mieshoitajuudesta on tarpeen. Tutkimukseni toivottavasti selventää sukupuolen

merkitystä hoitotyössä ja avaa tuloksillaan uusia näkökulmia mieshoitajuuteen. Mielenkiintoinen jatkotutkimusaihe olisi tutkia potilaiden suhtautumiseroja mieslääkäreiden ja mieshoitajien välillä. Jatkotutkimusidea nousi esille haastateltavien kommentteista, joiden mukaan mieslääkärit hyväksytään melkein täysin, mutta mieshoitajat ovat vielä vieraampi käsite.

## LÄHTEET




- Christians, C., G. 2005. Ethics and Politics in Qualitative Research. Teoksessa Denzin, N. & Lincoln, Y (toim.) The Sage Handbook of Qualitative Research. Third edition. Sage Publications, Inc. USA, 139- 164.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu – Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki. Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 1995. Teemahaastattelu. Helsinki. Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 1988. Teemahaastattelu. Helsinki. Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S. & Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Hämeenlinna. Kariston Kirjapaino Oy.
- International Council of Nurses. Code of Ethics for Nurses. <http://www.icn.ch/about-icn/code-of-ethics-for-nurses/>. 20.5.2012.
- Kalkas, H. & Sarvimäki, A. 1996. Hoitotyön etiikan perusteet. Juva. Werner Söderström Osakeyhtiö.
- Kristoffersen, N. & Nortvedt, F. & Skaug E-A. 2006. Hoitotyön perusteet. Tanska. Narayana Press.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki. Edita Publishing Oy.
- L559/1994. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>. 8.6.2011.
- L785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. 16.4.2011.
- Mikkola, L. 2006. Tuen merkitykset potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa. Jyväskylä. Jyväskylä University Printing House.
- Morse, J.M. 1991. Qualitative nursing research: a free- for- all? Sage Publications, Thousand Oaks, 14-22.
- Niemi, H. 2002. Miessairaanhoitaja – tuo ihana ainokainen. Sairaanhoitaja – sjuksköterskan 6-7/2002, 50-51.
- Nieminen, H. 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa M. Paunonen & K. Vehviläinen-Julkunen. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva. WSOY. 215-221.
- Opetushallitus. Sosiaali- ja terveystieteiden ammattilisten perustutkintojen perusteet. 2012. [http://www.oph.fi/saadokset\\_ ja\\_ ohjeet/opetussuunnitelmien\\_ ja\\_ tutkintojen\\_perusteet/ammattilliset\\_perustutkinnot/sosiaali\\_ terveys\\_ ja\\_ liikunta\\_ ala](http://www.oph.fi/saadokset_ ja_ ohjeet/opetussuunnitelmien_ ja_ tutkintojen_perusteet/ammattilliset_perustutkinnot/sosiaali_ terveys_ ja_ liikunta_ ala)
- Opetus- ja kulttuuriministeriö. 2011. Ammattikorkeakoulutus ja sen kehittäminen. [http://www.minedu.fi/OPM/Koulutus/ammattikorkeakoulutus/opiskelu\\_ ja\\_ tutkinnot/?lang=fi](http://www.minedu.fi/OPM/Koulutus/ammattikorkeakoulutus/opiskelu_ ja_ tutkinnot/?lang=fi). 7.6.2011.
- Opetus- ja kulttuuriministeriö. 2011. Ammatillinen koulutus ja sen kehittäminen. [http://www.minedu.fi/OPM/Koulutus/ammattillinen\\_ koulutus/?lang=fi](http://www.minedu.fi/OPM/Koulutus/ammattillinen_ koulutus/?lang=fi). 7.6.2011.
- Perttula, J. & Latomaa, T. 2008. Kokemuksen tutkimus; Merkitys – Tulkinta – Ymmärtäminen. Rovaniemi. Lapin yliopistokustannus.
- Puntalo, P. 2005. Miessukupuolen taival hoitoalalle. . Diakonia- ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Rosqvist, E. 2003. Potilaiden kokemukset henkilökohtaisesta tilastaan ja sen säilymisestä sisätautien vuodeosastoilla. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen Pro gradu- tutkielma. <http://herkules oulu.fi/isbn9514269608/html/x114.html>. 23.1.2011.



- Saksa, S. 2007. Mieshoitajat psykiatrisella osastolla. Diakonia- ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Satakunnan ammattikorkeakoulu. 2006. Koulutusohjelmakohtaiset kompetenssit. <http://www.ncp.fi/ects/materiaali%20/Sairaanhoitajan%20kompetenssit%20052006.pdf>. 8.6.2011
- Sorvettula, M. 1998. Johdatus suomalaisen hoitotyön historiaan. Jyväskylä. Suomen Sairaanhoitajaliitto Ry.
- Suomen sairaanhoitajaliitto. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. [http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan\\_ty\\_ ja\\_hoitotyon/sairaanhoitajan\\_ty/sairaanhoitajan\\_eettiset\\_ohjeet/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty_ ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_ty/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/). 20.5.2012.
- Strömberg, H. 2006. Genus och teknik i sjukvården. Teoksessa Strömberg, H. & Eriksson, H. (toim.) Genusperspektiv på vård och omvårdnad. Författarna och studentlitteratur. 57- 75.
- Tilastokeskus. 2008. Suomen virallinen tilasto (SVT): Työssäkäynti. Ammatti ja sosioekonominen asema 2008. Liitetaulukko 1. Suurimmat naisten ammattiryhmät (naisia 90–100 % ammattiryhmästä) vuonna 2008. Helsinki: Tilastokeskus. [http://www.stat.fi/til/tyokay/2008/04/tyokay\\_2008\\_04\\_2010-12-03\\_tau\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/tyokay/2008/04/tyokay_2008_04_2010-12-03_tau_001_fi.html). 28.2.2011.
- Tahvanainen, H. & Nirkko, J. 2000. Hoitotyön muistot. Hämeenlinna. Suomalaisen kirjallisuuden seura.
- Toivola, M. 2009. ”Rohkeat ryhtyvät hoitajiksi”. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Tuomi, J. & Sarajarvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki. Tammi.
- Työ- ja elinkeinotoimisto. 2008. [www.ammattinetti.fi/web/guest/ammattit](http://www.ammattinetti.fi/web/guest/ammattit). 16.4.2011.
- Viitala, S. 2008. Työelämän vaatimusten huomioon ottaminen lähihoitajaopinnoissa. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Ammatillinen opettajakorkeakoulu. Kehittämishankeraportti. 8.6.2011.
- Åstedt-Kurki, P. & Isola, A. & Tammentie, T. 2000. Huumori hoidossa – henkilökunnan näkemyksiä huumorin käytöstä ja ilmenemisestä. *Hoitotiede* 12(6): 332 - 340.
- Åstedt-Kurki, P. & Isola, A. & Tammentie, T. & Kervinen, U. 2001. Importance of humour to client-nurse relationships and clients' well-being. *International Journal of Nursing Practise* 7(2): 119 - 125.

# LIITTEET

## Liite 1: Toimeksiantolomake

 POHJOIS-KARJALAN AMMATTIKORKEAKOULU	<b>OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTO</b>
<b>SOPIJAOSAPUOLET:</b>	
TOIMEKSIANTAJA <u>Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu/SoTe-alan keskus</u> Yhteystiedot: <u>Yhteyshenkilöt: Erja Moore ja Pertti Savelius</u> Sähköpostiosoite: <u>erja.moore(at)pkamk.fi, pertti.savelius(at)pkamk.fi</u> OPISKELIJA <u>Anssi Hapuli</u> Yhteystiedot: <u>Kalastajankatu 19 b 18 80110 Joensuu/puh. 0503052619</u>	
<b>TOIMEKSIANTOSOPIMUS:</b>	
Opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia ja selvittää potilaiden mielipiteitä ja ajatuksia mieshoitajista hoitotyön tilanteissa. Opiskelija hakee tutkimuksensa kohdejoukon potilasjärjestöjen kautta ja haastattelee heidät teemahaastattelun avulla ja analysoi haastattelumateriaalin. Tutkimus tehdään laadullisen tutkimuksen periaatteiden mukaisesti.	
Osapuolet ovat tänään sopineet toimeksiannosta seuraavaa: (esim. rahoitus, aikarajat, tekijänoikeudet)	
<b>Toimeksiantaja</b> Opinnäytetyön tutkimustuloksia voidaan hyödyntää hoitotyön opetuksessa.	
<b>Opiskelija(t)</b> Opiskelija esittelee opinnäytetyönsä tutkimustulokset opinnäytetyöseminaarissa toukokuussa 2011 ja opinnäytetyö julkaistaan Theseus- tietokannassa.	
Opinnäytetyön ohjaajana PKAMK:ssa toimii <u>Rajja Tanskanen ja Kirsi Sallinen</u>	
Päiväys ja allekirjoitukset	
<u>10.1.2011</u>	 Toimeksiantajan edustaja <b>Susanna Rosell</b> Johtaja
	 Opiskelija

**Liite 2: Teemahaastattelurunko****POTILAIKEN KOKEMUKSIA MIESHOITAJISTA  
HOITOTILANTEISSA**Teemahaastattelu

Teemahaastattelussa käytettävät kysymykset nousevat seuraavista tutkimustehtävistä:

1. Millaisia kokemuksia potilailla on mieshoitajista?
  - Minkälaisissa tilanteissa kohtaamiset ovat tapahtuneet?
  - Mitä niissä tilanteissa on tapahtunut?
  - Miltä kyseiset tilanteet ovat tuntuneet?
  
2. Eroavatko mieshoitajat ja naishoitajat toisistaan?
  - Mitä ajattelet mieshoitajista?
  - Mitä ajattelet naishoitajista?

## Liite 3: Analyysipolku- malli

Aluperäisilm.	Pelkistetyt ilm.	Alakategoria	Yläkategoria	Pääkategoria
<i>"Miusta monta kertaa on ollut se huumorintaju sellanen asia, joka on pelastanut tilanteen, et on saanut nauraa ja on sanonut jotain mukavaa ja hauskaa. Sillä tavalla olen nähnyt tärkeeks sen huumorin käytön."</i>	Huumorintaju sellainen asia, joka on pelastanut tilanteen.  Olen nähnyt tärkeeks sen huumorin käytön.	Pelastanut tilanteen.  Huumori tärkeää.	Huumorin ja oman persoonan käyttö hoitotyön tilanteissa tukee potilasta.	Mieshoitajan persoonallisuus.
<i>"Koin silleen, että ne mieshoitajat tuovat sitä huumoria siihen hoitotyöhön--- sillä tavalla tuli itelläkin mieli iloiseks, kun ne (mieshoitajat) käytti sitä huumoria."</i>	Tuovat sitä huumoria siihen hoitotyöhön. Tuli itselläkin mieli iloiseksi.	Huumorin tuominen hoitotyöhön.  Myötävaikuttaminen potilaaseen huumorin kautta.		
<i>"Mieshoitajalla oli muuten hyvä huumori tai ainakin sellainen, joka puri minuun. Muistan selvimmin sen, että mieshoitaja sai minut nauramaan jutuillaan ja se oli aika tärkeätä näin jälkikäteen miettiessä."</i>	Hyvä huumori. Ainakin sellainen, joka puri minuun. Sai minut nauramaan jutuillaan. Aika tärkeää näin jälkikäteen miettiessä.	Potilaan kanssa samanlainen huumori.  Naurun ja huumorin vaikutus hoitosuhteessa.		
<i>"Näillä mieshoitajilla oli monesti sellanen</i>	Humoristinen asenne. Hyvä	Huumori asenteena.		

<p><i>humoristinen asenne, joka oli hyvä asia tällaisessa intiimissä hoitotoimenpiteessä.”</i></p> <p><i>”He jotenkin ymmärs, että vähän voi vitsailla, et tuli sellanen olo, et eihän tässä mitään.”</i></p>	<p>intiimeissä toimenpiteissä.</p> <p>Vähän voi vitsailla, et tuli sellainen olo, että eihän tässä mitään.</p>	<p>Helpottaa intiimeissä toimenpiteissä.</p> <p>Vitsailu rauhoittanut.</p>		
---	--	--	--	--

#### **Liite 4: Saatekirje/ Suostumuslomake**

Arvoisa haastateltava

Opiskelen sairaanhoitajaksi Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulussa ja teen opinnäytetyötä aiheesta ”Potilaiden kokemuksia mieshoitajista hoitotilanteissa”. Opinnäytetyön tuloksia hyödynnetään mahdollisesti hoitotyön opetuksessa.

Te olette ystävällisesti lupautuneet osallistumaan opinnäytetyöni tekoon antamalla haastattelun. Haastattelut nauhoitetaan ja ne ovat täysin luottamuksellisia. Haastattelunauhoja käsittelee ainoastaan opinnäytetyön tekijä ja haastattelunauhat hävitetään opinnäytetyön valmistuttua. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista.

Opinnäytetyön on määrä valmistua keväällä 2013 ja sen tuloksia voi tiedustella opinnäytetyön tekijältä tai Theseus- tietokannasta.

Kiitos osallistumisestanne!

Anssi Hapuli  
Sairaanhoitajaopiskelija  
Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu  
[anssi.hapuli@edu.pkamk.fi](mailto:anssi.hapuli@edu.pkamk.fi)

Annan luvan käyttää antamaani nauhoitettua haastattelua opinnäytetyön tekoa varten edellä mainittujen ehtojen mukaisesti.

Paikka

Päivämäärä ja allekirjoitus

---