

SUPPORTIIVINEN VIESTINTÄ HOITOTYÖSSÄ

Sosiaalisen tuen tutkimusnäkökulmien tarkastelua

**Puheviestinnän lisensiaatintutkimus
Jyväskylän yliopisto
Viestintätieteiden laitos**

**Leena Mikkola
Syksy 2000**

Tiedekunta HUMANISTINEN	Laitos VIESTINTÄTIETEIDEN
Tekijä Mikkola Leena	
Työn nimi Supportiivinen viestintä hoitotyössä. Sosiaalisen tuen tutkimusnäkökulmien tarkastelua	
Oppiaine puheviestintä	Työn laji lisensiaatintutkimus
Aika syksy 2000	Sivumäärä 139 s.
Tiivistelmä - Abstract	
<p>Vuorovaikutussuhteilla ja viestinnällä on keskeinen merkitys sille, millaiseksi asiakkaan kokemukset terveydenhuollosta muodostuvat. Erityisesti potilaan saama tuki vaikuttaa hänen selviytymiseensä ja paranemiseensa. Hoitotyössä tuella onkin tärkeä merkitys hyvinvoinnin lisääntymiselle, ja riittävän tuen saaminen on yksi hoitotyölle asetetuista tavoitteista. Sosiaalinen tuki toteutuu tuen antajan ja tarvitsijan vuorovaikutuksessa siten, että se lisää yksilön hyvinvoinnin, selviytymisen ja hallinnan tunnetta. Puheviestinnän tutkimusalalla sosiaalinen tuki on se ilmiö, joka nivoo yhteen interpersonaalisen viestinnän ja terveysviestinnän tutkimuksen.</p> <p>Tutkimuksen tavoitteena on tarkastella sosiaalista tukea interpersonaalisen viestinnän näkökulmasta hoitotyön kontekstissa. Lähestymistavaltaan tutkimus on teoreettinen, ja siinä arvioidaan sosiaalista tukea kuvaavia käsitteitä sekä sosiaalisen tuen tutkimusnäkökulmia. Lisäksi tutkimuksessa tarkastellaan sosiaalisen tuen vaikutusmekanismeja sekä supportiiviseen viestintään vaikuttavia intra- ja interpersonaalisia tekijöitä. Hoitotyötä tarkastellaan suomalaisessa hoitotyön kulttuurissa osana potilaan selviytymis- ja mukautumisprosesseja.</p> <p>Sosiaalisen tuen keskeisinä tutkimusnäkökulmina voidaan pitää supportiivisen viestinnän ja havaitun tuen näkökulmia. Supportiivisen viestinnän näkökulmasta sosiaalista tukea lähestytään erityisesti viestintäkäyttäytymisen tasolla, jolloin tukea voidaan tarkastella tuen saajan ja tuen antajan välisessä viestinnässä tuen saajan ongelmatilanteen ja sen aiheuttamien tunteiden käsittelemisenä ja pohtimisena. Supportiivisen viestinnän lähestymistapa keskittyy nimenomaan viestintäkäyttäytymisen kuvaamiseen. Havaittu tuki liittyy tuen saajan kognitioihin. Havaitun tuen kokeminen, ei edellytä suoranaista tuen tarpeen osoittamista eikä myöskään tuen toteutumista viestintäkäyttäytymisen tasolla, vaan havaittu tuki on pikemminkin yksilöllinen konstruktio, joka perustuu vuorovaikutussuhteiden laatuun.</p> <p>Toistaiseksi sosiaalista tukea hoitotyössä on empiirisesti tutkittu lähinnä havaintojen tasolla, sen sijaan aktuaalista viestintää on analysoitu niukasti. Viestintäkäyttäytymisen tason jäntevämpi tarkasteleminen voisi selittää ja jäsentää merkittävällä tavalla aiempaa tutkimusta sekä tuottaa uutta tietoa hoitotyön käytäntöihin, joilla potilaan hyvinvointia pyritään lisäämään.</p>	
Asiasanat sosiaalinen tuki, supportiivinen viestintä, terveysviestintä, hoitotyö	
Säilytyspaikka	Jyväskylän yliopisto / Tourulan kirjasto
Muita tietoja	

SISÄLLYS

1 JOHDANTO

1.1 Tutkimuksen tavoitteet ja lähtökohdat	1
1.2 Terveysviestinnän tutkimuskenttä	5
1.3 Sosiaalisen tuen tutkimusnäkökulmat	9
1.4 Sosiaalisen tuen ja terveystiedon liittymäkohta	12

2 SOSIAALISTA TUKEA KUVAAVIA KÄSITTEITÄ

2.1 Sosiaalinen tuki ilmiönä – käsitteen määrittelyä	15
2.2 Sosiaalisen tuen tarkastelutasoja	20
2.2.1 Saatu ja havaittu tuki	20
2.2.2 Supporttiivinen viestintä	23
2.3 Lähikäsitteitä	25
2.4 Sosiaalinen tuki hyvinvoinnin funktiona ja resurssina	27

3 SOSIAALISEN TUEN VAIKUTUS SELVIYTYMISEEN JA HYVINVOINTIIN

3.1 Sosiaalinen tuki puskurina	30
3.2 Sosiaalinen tuki kiinnikkeenä	33
3.3 Sosiaalisen tuen suora ja epäsuora vaikutus hyvinvointiin	35

4 SOSIAALISEN TUEN MUODOISTA SUPPORTIIVISIIN SANOMIIN

4.1 Sosiaalisen tuen muodot	39
4.2 Supporttiiviset ilmaukset	41
4.3 Ongelma- ja tunnesuuntautuneet sanomat	44

5 SOSIAALINEN TUKEA VUOROVAIKUTUSSUHTEESSA

5.1 Sosiaaliseen tukeen vaikuttavat intrapersonaaliset tekijät	47
5.1.1 Tuen saajan yksilölliset tekijät	47
5.1.2 Tuen antamiseen vaikuttavat tekijät	50
5.2 Sosiaaliseen tukeen vaikuttavat interpersonaaliset tekijät	53
5.2.1 Supporttiivinen viestintä vuorovaikutussuhteessa	53
5.2.2 Autonomia vuorovaikutussuhteessa	55

6 SOSIAALISEN TUEN TUTKIMUSMENETELMIÄ

6.1 Havaitun ja saadun tuen mittaaminen	58
6.2 Laadullisia lähestymistapoja	61

7 HOITAJAN JA POTILAAN VUOROVAIKUTUS

7.1 Hoitajan ja potilaan vuorovaikutussuhde	64
7.2 Potilaan orientaatio ja viestintätaidot	67
7.3 Hoitajan orientaatio, yksilölliset piirteet ja viestintätaidot	71
7.4 Viestinnän vaikutukset ja funktiot hoitotyössä	75
7.4.1 Kipu, ahdistus ja fysiologiset tekijät	75
7.4.2 Hoitomyöntyvyys ja potilaan tyytyväisyys	77
7.4.3 Emotionaaliset reaktiot	80
7.4.4 Informaation välittyminen	81

8 SAIRASTUMINEN JA SELVIYTYMINEN

8.1 Sairastuminen kriisinä	84
8.2 Yksilölliset voimavarat ja mukautumisstrategiat	87
8.3 Sairauteen sopeutuminen ja sairaalahoito	91

9 JOHTOPÄÄTÖKSIÄ

9.1 Hyvinvointi ja vuorovaikutusprosessit	96
9.2 Havaittu tuki ja supportiivinen viestintä hoitotyössä	101
9.3 Potilaan selviytymiseen vaikuttavia tekijöitä	105
9.4 Tuen muodot, supportiiviset sanomat ja selviytyminen	112
9.5 Tutkimusmenetelmien pohdintaa	116
9.6 Tutkimuksen arviointia	120

KIRJALLISUUS	125
--------------	-----

1 JOHDANTO

1.1 Tutkimuksen tavoitteet ja lähtökohdat

Viestinnällä on keskeinen merkitys terveydenhuollossa. Se on perusprosessi, jonka kautta potilaalle syntyy käsitys sairaudesta, terveydestä ja niiden merkityksestä sekä yleisellä tasolla että hänen henkilökohtaisessa elämässään. Vuorovaikutus terveydenhuollon henkilöstön kanssa vaikuttaa niihin merkityksiin, joita asiakkaat terveydenhuollon tapahtumille ja tekijöille antavat. Asiakkaiden kokemukset näyttäisivätkin liittyvän suurelta osin interpersonaalisiin tekijöihin ja vuorovaikutukseen terveydenhuollossa. Viestintä edistää keskinäistä ymmärtämistä asiakkaan ja terveydenhuoltohenkilöstön välillä, ja se on keskeinen väline sekä terveyden edistämässä että hoitotyön toteuttamisessa. (Vehviläinen-Julkunen 1993, 11; Ruben 1993, 100; Thompson 1994, 708-713.)

Hoitotyön tavoitteena on tukea potilasta mahdollisimman hyvään terveyteen siinä tilanteessa, jossa potilas on (Perälä (toim.) 1998, 7). Terveys voidaan nähdä hyvinvoinnin jatkumona, joka toteutuu fyysisellä, psyykkisellä ja sosiaalisella ulottuvuudella. Hoitotyön näkökulmasta tämä tarkoittaa terveyden tukemista kaikilla eri ulottuvuuksilla. Vaikka laajan tavoitteen tulisi toteutua kaikkien potilaiden kohdalla, erityisen tärkeäksi terveyden moniulotteisuuden huomioiminen tulee silloin, kun potilas sairastaa vakavaa, pitkäaikaista tai fysiologisesti paranematonta sairautta. Hoitotyössä keskeiseksi nousevat kysymykset siitä, kuinka potilaan kärsimystä voidaan lievittää ja kuinka potilas sairautensa kanssa selviää jokapäiväisessä elämässä. Tärkeää on myös pohtia sitä, kuinka potilas voi selvitä sairastumisen aiheuttamasta kriisistä. Ammatillisen auttamisen ja biologisen terveydentilan rinnalla tärkeän aseman saa tällöin sairastuneen yksilöllisten selviytymis- ja mukautumisprosessien tukeminen. Terveysviestinnän näkökulmasta keskeiseksi kysymykseksi nousee se, millainen viestintä hoitavan henkilökunnan ja potilaan välillä on hyvinvointia tuottavaa ja potilaan selviytymistä edistävää.

Potilaan selviytyminen voidaan nähdä pyrkimyksenä parempaan terveyteen silloin, kun jokin fysiologinen, psyykkinen tai sosiaalinen tekijä uhkaa yksilön hyvinvointia. Niissä tilanteissa, joissa uhkana on fysiologinen sairaus, tavoite voidaan asettaa selviytymiseen sairauden kanssa. Yksilön selviytymisprosessiin vaikuttavat paitsi yksilölliset tekijät ja sairaus sinänsä myös sairastuneen saama sosiaalinen tuki. Sosiaalisella tuella tarkoitetaan sellaista verbaalista tai nonverbaalista viestintää, joka lisää yksilön selviytymisen resursseja ja hänen henkilökohtaista hallinnan tunnettaan. Tämä toteutuu siten, että vuorovaikutuksessa muiden kanssa yksilön käsitykset tilanteesta, omasta itsestään tai muista vuorovaikutustilanteen osapuolista sekä heidän keskinäisestä suhteestaan muuttuvat (Albrecht & Adelman 1987, 19).

Sosiaalista tukea on tarkasteltu erityisesti yksilön sosiaalisen verkoston ja hänen henkilökohtaisten vuorovaikutussuhteidensa näkökulmasta. Sosiaalisen tuen näkökulma on kuitenkin relevantti lähestymistapa myös ammatilliseen auttamistyöhön, hoitajan ja potilaan vuorovaikutukseen. Ensinnäkin sosiaalisen tuen on todettu vaikuttavan hyvinvointiin suoraan, ja toiseksi sillä on todettu olevan yhteyttä selviytymiseen stressaavista tilanteista (esim. Albrecht, Burleson & Goldsmith 1994). Potilaan mahdollisuus saada tukea on myös yksi hoitotyön keskeisistä tavoitteista (Perälä (toim.) 1998, 7).

Tuen saaminen vaikuttaa merkittävästi siihen, kuinka potilas voi selviytyä sairastumisen aiheuttamasta kriisistä ja kuinka hän mukautuu sairauteensa. Potilaan sairastamisprosessissa sairaalajakso liittyy yleensä sairauden akuuttiin tai kriittiseen vaiheeseen, jolloin tuen tarve on erityisen suuri. Hoitavan henkilökunnan tulisi tukea potilasta sairaalahoidon aikana, jolloin hänen mahdollisuutensa ylläpitää omia vuorovaikutussuhteitaan voi vaikeutua. Erityisesti sairaanhoitajat ovat avainasemassa sosiaalisen tuen suhteen. Heidän tulisi tarjota tukea potilaalle sekä suoraan että ilmaisten selkeästi sitä, että mahdollista tukea on saatavilla silloin, kun potilas sitä tarvitsee.

Sosiaalista tukea hoitotyön kontekstissa on tutkittu toistaiseksi lähinnä tarkastelemalla potilaan ja omaisten kokemuksia saamastaan tuesta sekä hoita-

jan käsityksiä potilaalle tai omaiselle osoitetusta tuesta. Näiden käsitysten on todettu usein olevan ristiriitaisia: näyttäisi siltä, että potilaat ja heidän omaisensa arvioivat saamansa tuen vähäisemmäksi kuin hoitajat arvioivat antamansa tuen (ks. esim. Eriksson 1996; Hietaranta & Jokinen 1989; Suominen 1994; Suominen & Laippala 1993). Hoitajat, potilaat ja omaiset näyttäisivät myös arvioivan tuen tarvetta eri tavoin, ja potilaiden käsitykset erityisesti emotionaalisten tekijöiden merkityksestä hoidossa näyttäisivät olevan ristiriitaisia hoitajan käsitysten kanssa (ks. esim. von Essen, Burström & Sjöden 1994).

Tutkimusten tuloksia potilaan ja hoitajan ristiriitaisista käsityksistä on selitetty moni tavoin. On arvioitu, etteivät hoitajan tavoitteet aina välity heidän toimintaansa (Aavarinne 1994; Poskiparta 1994) ja että hoitaja ja potilas ymmärtävät tuella eri asiaa (Suominen 1994). Toisaalta myös tutkimusmenetelmiä ja -näkökulmia, erityisesti tuen mittaamista on pidetty problemaattisena (esim. Callaghan & Morrisey 1993; Stewart 1993, 2-6). Sosiaalisen tuen tutkimiseen tulisikin pyrkiä löytämään uudenlaisia menetelmällisiä ratkaisuja, tuen käsitettä tulisi pyrkiä problematisoimaan ja operationaalisia käsitteitä tulisi tarkentaa. Tutkimuksen tulisi myös fokusoida lähemmin hoitajan ja potilaan välisiin viestintä- ja vuorovaikutusprosesseihin, joissa tuki toteutuu ja joiden kautta käsitykset tuesta muodostuvat. Aktuaalista viestintää hoitajan ja potilaan välillä on tarkasteltu toistaiseksi hyvin niukasti.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella sosiaalista tukea puheviestinnällisenä ilmiönä hoitotyön kontekstissa. Tutkimuksessa pyritään arvioimaan sosiaalista tukea kuvaavia käsitteitä sekä sosiaalisen tuen tutkimusnäkökulmia ja -menetelmiä, ja tarkastelemaan hoitotyötä sosiaalisen tuen näkökulmasta. Tutkimuksessa pyritään löytämään sellaisia tutkimusnäkökulmia, joissa sosiaalisen tuen tekijät integroituisivat hoitotyön ja potilaan selviytymisen tarkasteluun.

Tutkimuksessa integroidaan sosiaalisen tuen ja terveysviestinnän tutkimusnäkökulmat. Toistaiseksi sosiaalista tukea, hyvinvointia ja yksilön vuorovai-

kutussuhteiden merkitystä on tarkasteltu hyvinvoinnin osana erityisesti läheisissä ihmissuhteissa. Terveysviestinnän tutkimus sen sijaan on keskittynyt tarkastelemaan hoidonantajan ja asiakkaan vuorovaikutusta ensisijaisesti muista kuin ilmiöistä kuin tuesta käsin. Terveysviestinnän ja sosiaalisen tuen näkökulmien yhdistämisellä pyritään löytämään uudenlaisia näkökulmia terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tarkasteluun, ja tutkimuksessa pyritään erityisesti tarkastelemaan hyvinvoinnin sosiaalista ja psykologista ulottuvuutta. Tutkimus kiinnittyy siis sekä terveystieteen että sosiaalisen tuen tutkimustraditioihin, joskin jälkimmäinen painottuu tutkimuksessa voimakkaammin: tutkimus tarkastelee ilmiötasolla sosiaalista tukea, hoitotyö on tutkimuksen konteksti.

Hoitotyön ottaminen tarkastelun kontekstiksi tarkoittaa tutkimuksen fokuksimista hoitajan ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen. Hoitotyön konteksti on sosiaalisen tuen näkökulmasta erityisen kiinnostava siksi, että sosiaalinen tuki voidaan nähdä sekä hyvinvoinnin osana että viestinnän funktiona: hoitotyö toteutuu hoitajan ja potilaan välisessä vuorovaikutuksessa, jonka tavoitteena on nimenomaan potilaan hyvinvoinnin lisääminen. Näin ollen sosiaalisen tuen perusedellytykset ovat jo oletuksena hoitotyössä. Toisaalta sairastuminen ja sairaalahoito voidaan nähdä sellaisiksi kuormitustekijöiksi, jotka nostavat tuen tarvetta.

Hoitotyöllä tarkoitetaan tässä tutkimuksessa hoitoalan ammattitutkinnon suorittaneiden henkilöiden työtä, hoito puolestaan tarkoittaa potilaan saamaa ammatillista hoitoa. Tutkimuksessa tarkasteltava hoitotyö on lähinnä käytännön hoitotyötä, jota tarkastellaan osastohoidossa toteutuvina käytänteinä. Hoitajalla viitataan sekä sairaanhoitajiin, erikoissairanhoitajiin että perushoitajiin, hoitohenkilöstö puolestaan viittaa myös muihin terveydenhuollon ja lääketieteen ammattilaisiin. (Ks. Nousiainen 1998, 15.)

Hoitotyötä voidaan kuvata joko toimenpiteinä, joiden tarkoituksena on tukea lääketieteellistä hoitoa tai se voidaan ymmärtää vuorovaikutussuhteena, jolla on omat päämääränsä ja toimintatapansa (Krause & Salo 1992, 14). Sosiaali-

nen tuki hoitotyössä viittaa tässä tutkimuksessa nimenomaan siihen tukeen, jota potilaalle välittyy hoitajan ja potilaan vuorovaikutuksessa, hoitotoimenpiteet puolestaan liittyvät hoitajan tuottamaan ammatilliseen tukeen. Tämä erottelu on tutkimuksen kannalta keskeinen: ammatilliset hoitotoimenpiteet ovat hoitotyöhön välittömästi liittyvä seikka, sosiaalinen tuki hoitotyössä perustuu puolestaan viestintään hoitajan ja potilaan välillä. Vaikka potilas on riippuvainen hoitajan ammattitaidosta, sosiaalisen tuen näkökulma korostaa potilaan autonomiaa. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, etteikö hoitaja voi välittää sosiaalista tukea samanaikaisesti, kun hän huolehtii hoitoon liittyvistä toimenpiteistä. (Ks. Cobb 1976, 301.)

Tutkimuksessa pyritään tarkastelemaan psykologista ja sosiaalista hyvinvointia osana somaattista sairastamisprosessia. Tutkimus pyrkiikin tarkastelemaan erityisesti psykososiaalisen terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen mahdollisuuksia sairaalahoidossa. Tätä kysymystä lähestytään sekä hoitavan henkilökunnan ja potilaan välistä vuorovaikutusta ja viestintää kuvaavaa tutkimusta tarkastelemalla että sosiaalisen tuen tutkimuskirjallisuutta tarkastellen. Viestinnässä tutkimus fokusoii erityisesti potilaan havaitsemaan tukeen sekä supportiiviseen, selviytymisen resursseja lisäävään vuorovaikutukseen.

1.2 Terveysviestinnän tutkimuskenttä

Terveysviestinnän tutkimusta tarkasteleva tutkimus on lisääntynyt runsaasti viime vuosina, ja samalla terveystieteiden tutkimusala on kasvanut merkittävä viestintätieteiden tutkimusala. Voimakkaaseen kasvuun ovat vaikuttaneet sekä kansanterveydelliset ja taloudelliset seikat että asiakaslähtöiset pyrkimykset. Hoitokustannusten säästöön on etsitty mahdollisuuksia viestintää tehostamalla, ja toisaalta on korostettu potilaiden osallistumisen merkitystä ja terveydenhuollon demokratisoitumista. Myös hoitotieteen paradigman vahvistumisen voidaan katsoa kasvattaneen kiinnostusta terveydenhuollon viestintää kohtaan. Suomessa vuonna 1993 voimaan tullut laki potilaan oikeuksista

on toiminut eräänä tutkimusta motivoineena tekijänä; hoidon laatua on pyritty parantamaan viestintään panostamalla (Säädöskokoelma 785/1992).

Terveysviestinnällä tarkoitetaan sitä tutkimusaluetta, jolla tarkastellaan viestintä- ja vuorovaikutusprosessien sekä yksilön ja yhteisön hyvinvoinnin välisiä yhteyksiä. Terveysviestinnän tutkimusnäkökulma on ongelmakeskeinen: se pyrkii löytämään, tutkimaan ja ratkaisemaan terveydenhuoltoon ja terveyden edistämiseen liittyviä viestinnän kysymyksiä. Terveysviestinnän näkökulmasta viestintä nähdään perusprosessina, jonka kautta terveyden edistäminen toteutuu. (Kreps, Bonacuro ja Query 1998, 2-3.)

Terveysviestinnän tutkimuksessa voidaan nähdä kaksi erityistä tavoitetta, jotka muodostavat samalla kaksi toistaiseksi melko erillistäkin tutkimusnäkökulmaa. Ensinnäkin terveystieteiden tutkimuksella on terveyskasvatuksellinen intressi. Tämä tarkoittaa erityisesti vaikuttamiseen liittyvien kysymysten tarkastelemista terveyden edistämisen näkökulmasta. Toinen tavoite nivoutuu terveyden ja terveydenhuollon tuottamiseen liittyviin prosesseihin. Tästä näkökulmasta terveystieteiden tutkimus tarkastelee erityisesti terveyteen liittyvän informaation tuottamista ja välittymistä lähinnä interpersonaalisen viestinnän ja ryhmäviestinnän näkökulmasta. Tutkimuksen kysymyksiä ovat esimerkiksi hoidonantajan ja potilaan vuorovaikutussuhde, terveydenhuollon tiimien toiminta ja sosiaalinen tuki. (Kreps, Bonacuro ja Query 1998, 4-5.)

Terveystieteiden tutkimustradition katsotaan syntyneen 1970-luvun puolivälissä. Erityisesti terveystieteiden ja sosiologian tutkimuksesta alkoi jäsentyä terveydenhuollon vuorovaikutukseen fokusoivia näkökulmia, jotka siirtyivät viestintätieteiden tutkimuskentälle. Toisaalta myös lääketieteen tutkimuskentällä vahvistui intressi tarkastella viestinnän kysymyksiä. Näiden näkökulmien integroituminen viestintätieteisiin vakiinnutti terveystieteiden tutkimuksen omaleimaiseksi tutkimusalueekseen. (Kreps, Bonacuro ja Query 1998, 5-7).

Terveysviestinnän tutkimuksessa on pyritty löytämään niitä viestinnän tekijöitä, jotka vaikuttavat suoraan potilaan fyysiseen hyvinvointiin kuten kipuihin ja toipumiseen, sekä tekijöitä, jotka vaikuttavat hänen kognitioihinsa ja terveyskäyttäytymiseensä. Erityisen runsaasti tutkimuksissa on tarkasteltu potilaan tyytyväisyyttä ja hoitomyöntyvyyttä. Terveysviestinnässä on tarkasteltu myös esimerkiksi vallankäyttöä, informaation välittymistä, kielenkäyttöä sekä empatian osoittamista. Myös sosiaalista tukea on lähestytty osana yksilön hyvinvointia ja sairaudesta selviämistä, joskin sitä on hyvin harvoin tarkasteltu riippuvana muuttujana. Tarkasteltaessa terveysviestinnän tutkimuksia näyttää siltä, että erityisesti vaikuttamisen ja vallankäytön kysymykset ovat niitä, joihin terveysviestinnän tutkimus keskittyi tutkimuskentän hahmottuessa aina 1970-luvulta 1990-luvulle. Tällä hetkellä näyttäisivät korostuvan aiempaa voimakkaammin erityisesti informaation tuottamiseen ja toisaalta myös emotionaaliseen hyvinvointiin liittyvät kysymykset. (Ks. esim. Sallinen-Kuparinen 1989; Thompson 1984; 1994; 1998 sekä 2000.)

Terveysviestinnän tutkimuskentän vakiintumiseen ja muotoutumiseen on ollut tärkeä merkitys myös terveyskäsityksen muuttumisella, joka on tapahtunut osin limittäin ja osin riippumatta terveysviestinnän tutkimuksesta. Terveys ymmärrettiin pitkään ns. biomedikaaliseksi terveydeksi, jolloin terveys merkitsee biologisen sairauden puuttumista. Hoidon tavoitteena on tällöin biologisen sairauden parantaminen, mikä perustuu erityisesti lääkärin medikaaliseen taitoon. Viestinnän merkitys on välineellinen: sen avulla pyritään vahvistamaan diagnoosi ja välittämään hoito-ohjeet sen sijaan, että sitä tarkasteltaisiin laajemmin hyvinvointiin vaikuttavana tekijänä. (Ks. Zook 1994, 352-353.)

Terveyskäsityksen laajeneminen ns. biopsykososiaaliseksi käsitykseksi muutti myös suhtautumista viestintään. Terveyden biopsykososiaalinen malli sisällyttää terveyteen kuuluviksi myös psykologiset ja sosiaaliset tekijät biologisten tekijöiden ohella (Pettegrew & Logan 1987, 676; Zook 1994, 354). Sairautta pyritään tarkastelemaan kiinteänä osana sairastuneen koko elämäntilannetta ja kokemusmaailmaa, ja hoito ymmärretään sairauden parantamisen

sijasta sairastuneen yksilölliseksi ja kokonaisvaltaiseksi hoitamiseksi, joka toteutuu ensisijaisesti potilaan ja hoitohenkilökunnan vuorovaikutuksessa. Viestinnän merkitys terveydelle on laajempi, ja se voidaan nähdä osaksi hyvinvointia. (Pettegrew & Logan 1987, 679; ks. myös Krause & Salo 1992, 23; vrt. Zook 1994, 352-369.)

Terveyden suhdetta viestintä- ja vuorovaikutusprosesseihin on tarkasteltu pääasiassa kolmella tasolla: Joukkoviestinnän tutkimuksessa on tarkasteltu terveyteen ja sairauteen liittyvien teemojen käsittelyä mediassa, yhteisötasolla huomio on kiinnittynyt terveydenhuollon organisaatioiden kysymyksiin, ja interpersonaalisella tasolla on tarkasteltu lähinnä hoitohenkilökunnan ja asiakkaan kohtaamista terveydenhuollossa. (Leiwo, Timonen & Toivanen 1990; Sallinen-Kuparinen 1989.) Terveys- tai hoitoviestinnän tutkimuksessa fokus onkin ollut erityisesti hoidonantajan ja potilaan vuorovaikutuksessa, joskin omais- ja vertaissuhteita on tutkittu erilaisissa tuki- ja itsehoitoryhmissä (ks. Welch Cline 1999). Terveysviestinnän tutkimuskenttä voidaan kuitenkin nähdä erityisesti ammatillisen terveydenhuollon viestinnän tutkimuksena, jossa pääpaino on ollut asiakkaan ja terveydenhuollon henkilöstön kohtaamisessa.

Terveydenhuollon interpersonaalisen viestinnän tutkimusta on hallinnut varsinkin tutkimuskentän hahmottuessa lääkärin ja potilaan vuorovaikutussuhteen tutkiminen (ks. esim. Pettegrew & Logan 1987, 679; Sallinen-Kuparinen 1989; Thompson 1984 ja 1990; ks. myös Miller & Zook 1997). Vaikka hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutussuhde on hyvin keskeinen erityisesti sairaalahoidon aikana, siihen on toistaiseksi viestintätieteissä kiinnitetty huomiota yllättävän vähän. Hoitotiede toki tutkii hoitajan ja potilaan vuorovaikutusta, mutta sen näkökulma on kuitenkin hoitoprosessissa ja hoitokäytäntöjen kehittämisessä, ei varsinaisessa viestintäprosessissa (Krause & Kiikkala 1996).

1.3 Sosiaalisen tuen tutkimusnäkökulmat

Sosiaalisen tuen tutkimustraditio on lähestynyt terveyden ja hyvinvoinnin kysymyksiä ennen muuta yksilön henkilökohtaisten sosiaalisten suhteiden ja verkostojen näkökulmasta, ja se tarkastelee hyvinvointia erityisesti vuorovaikutussuhteista ja niistä saatavista resursseista käsin. Varhaisimmat havainnot hyvinvoinnin ja sosiaalisen ympäristön välisistä suhteista ovat jo sadan vuoden takaisia, jolloin Durkheim (1985, alkup. 1897) totesi vieraantumisen tunteen lisäävän itsemurhariskiä. Varsinaisesti sosiaalisen tuen tutkimustradition juuret voidaan juontaa kuitenkin 1930-luvun lopun sosiaali-psykiatriseen tutkimukseen.

Havainnot yksilön sosiaalisen ympäristön vaikutuksesta mielenterveyden ongelmiin herättivät 1930-1940 -lukujen vaihteessa kiinnostuksen tutkia yksilön hyvinvoinnin ja sosiaalisen ympäristön välistä yhteyttä (Gottlieb 1981). Erityisesti kiinnostuttiin yksilön sosiaalisesta verkostosta ja sen merkityksestä hänen psyykkiselle ja fyysiselle terveydelleen. Sosiaalisten suhteiden ja yhteisöllisyyden todettiin olevan yhteydessä hyvinvoinnin eri ulottuuksiin. Sosiaalisten kontaktien puuttumisen todettiin nostavan esimerkiksi tuberkuloosiin sairastuvuutta sekä synnytyskomplikaatioiden riskiä (Norbeck & Tilden 1983; Kumpusalo 1991, 18-19).

Omaksi tutkimustraditiokseen sosiaalisen ympäristön ja sen tuottamien hyvinvointivaikutusten tutkimus tiivistyi 1970-luvun alussa, jolloin sosiaalisen ympäristön tuottamia hyvinvointivaikutuksia alettiin kuvata nimenomaan sosiaalisen tuen käsitteellä. Samaan aikaan myös tutkimuksen volyyymi kasvoi runsaasti. Edelleen oltiin kiinnostuneita erityisesti sosiaalisen tuen ja erilaisten sairaustyyppien välisistä yhteyksistä: sosiaalisen tuella todettiin olevan vaikutusta mm. kokonaiskuolleisuuteen, vanhusten kuolleisuuteen sekä sydäninfarktikuolleisuuteen, sepelvaltimotautiin sairastuvuuteen ja kokonaissairastavuuteen. Sosiaalisen tuen todettiin vaikuttavan myös mielenterveyteen ja psykosomaattisiin oireisiin. (Kumpusalo 1991, 18-19; ks. myös Renfors & Keskinen 1996; Raitasalo, Mattila & Salokangas 1984.)

Sosiaalisen tuen ja terveyden keskinäisiä yhteyksiä tarkasteltiin pääasiassa yksilön henkilökohtaisten suhteiden ja vapaaehtoisten auttamisverkostojen perspektiivistä (Kumpusalo 1991). Tätä lähestymistapaa voidaan luonnehtia ns. verkostotraditioksi, jonka pääpaino on nimenomaan sosiaalisten suhteiden ja verkostojen hyvinvointia tuottavien vaikutusten tarkastelulla. Tutkimusperspektiivi palveli myös yhteiskunnallisen terveys- ja sosiaalipolitiikan intressejä. Tutkimuksella pyrittiin löytämään niitä sairastumisen ja sairastamisen riskitekijöitä, joihin voitaisiin vastata oikein suunnatuilla interventioilla (ks. esim. Cobb 1976). Sosiaalisen tuen primaaritasona nähtiin kuitenkin henkilökohtaiset suhteet, vaikka yhteiskunnallisten auttamisverkostojen merkitys korostuu silloin, kun muut tukiverkostot toimivat puutteellisesti (Kumpusalo 1991).

Sosiaalisen tuen verkostotradition tutkimuksissa keskeisiä kohderyhmiä olivat mielenterveyspotilaat, vakavan sairauden tai elämänmuutoksen tuottamaa stressiä kokevat sekä työelämässä toimivat. Näissä ryhmissä tarkasteltiin erityisesti stressin, elämäntavan ja hyvinvoinnin välistä suhdetta. Sosiaalisia verkostoja tarkasteltiin niiden koon, integraation ja kiinteyden, monitahoisuuden sekä vastavuoroisuuden ja symmetrian näkökulmasta. (Albrecht & Adelman 1984, 12.) Leimallista sosiaalisten verkostojen tutkimiselle oli epidemiologinen ote: survey-menetelmin pyrittiin selvittämään laajamittaisesti hyvinvoinnin riskitekijöitä, terveyden tilaa ja niiden yhteyttä sosiaaliseen ympäristöön (esim. Cobb 1976).

Sosiaalisen tuen verkostotraditio keskittyi pitkään tarkastelemaan sosiaalisen verkoston kvantitatiivisia ominaisuuksia kuten vuorovaikutussuhteiden määrää tai kontaktien useutta. Otetta pidettiin kuitenkin ongelmallisena, koska vuorovaikutussuhteiden laatua ei tutkimuksissa juurikaan huomioitu, mikä vaikeuttaa myös vuorovaikutuksen merkityksen arvioimista yksilön hyvinvoinnin selittäjänä. Erityistä kritiikkiä verkostotutkimukseen kohdistui siitä, ettei se ottanut huomioon yksilön kokemuksia omista vuorovaikutussuhteistaan. (Albrecht, Burleson & Goldsmith 1994, 423; Sarason, Sarason & Pierce 1990, 13.)

Havainnot siitä, että vuorovaikutuksen laatu ennustaa paremmin yksilön terveyttä kuin vuorovaikutussuhteiden määrä tai kontaktien tiheys, loi pohjaa uuden tutkimusnäkökulman muotoutumiselle, jonka pääpaino asettui yksilön kokemuksiin (Sarason, Sarason & Pierce 1990, 16-17). Sosiaalista tukea alettiin tarkastella ns. havaittuna tukena, jolla viitattiin siihen potentiaaliin tukeen, jota tukea tarvitseva havaitsee tai kokee olevan saatavilla, mikäli hän sitä tarvitsee (Dunkel-Schetter & Bennett 1990, 267). Ero aiempaan kvantifioivaan verkostonäkökulmaan oli selkeä: kontaktien määrän mittaamisesta siirryttiin tarkastelemaan yksilön kokemuksia ja havaintoja. Tukea tarkasteltiin tuen saajan tai tukea tarvitsevan käsityksenä siitä, että hänen vuorovaikutussuhteensa toimivat potentiaalisena tuen lähteenä, olipa tukea reaalisesti tai ei. (Callaghan & Morrisey 1993, 203.)

Havaitun tuen perspektiivistä kasvoikin nopeasti hallitseva lähestymistapa sosiaalisen tuen tutkimiseen: tutkimusten määrällä mitattuna eniten lienee tarkasteltu juuri havaittua tukea ja sen vaikutuksia yksilön terveydelle ja hyvinvoinnille. Sosiaalisen tuen tutkimusalueelle syntyi sosiaalitieteellisesti orientoituneen verkostotradition rinnalle uusi näkökulma, joka tarkasteli tukea erityisesti kognitiivisten tekijöiden näkökulmasta erilaisia psykometrisiä mittareita soveltaen. Tutkimusmenetelmiä on kuitenkin runsaasti kritisoitu, esimerkiksi useiden mittareiden reliabiliteettia ja validiteettia on pidetty ongelmallisena. Toisaalta tukea on mitattu usein akuutin stressiä aiheuttavan tilanteen kuten esimerkiksi sairaalassaolon jälkeen sen sijaan, että sitä olisi mitattu tilannekohtaisesti. (Ks. esim. Albrecht, Burleson & Goldsmith 1994, 423-424; Barbee & Cunningham 1995, 383; ks. myös Stewart 1993, 135-143; Tardy 1988.)

Tutkimusmenetelmien ohella kritisoitiin myös teoreettista lähtökohtaa: ongelmana pidettiin erityisesti sitä, että tuen antaja jää huomion ulkopuolelle, mikä vaikeutti tuen tarkastelemista vuorovaikutusprosessina. Mittareilla testattiin lähinnä sosiaalisen verkoston ominaisuuksia ja sosiaalisen verkoston koettua supportiivisuutta, mikä jätti näkökulman ulkopuolelle sekä viestintäkäyttäytymisen tason että tuen antajan. (Esim. Barbee & Cunningham 1995,

383; Ray 1993, 106-107.) Kritiikki teki tilaa kolmannen tutkimusnäkökulman syntymiselle sosiaalisen tuen tutkimuskenttään: tämän ns. vuorovaikutusnäkökulman vakiintumisen myötä sosiaalisen tuen tutkimustraditio on vankasti kiinnittynyt viestintätieteisiin.

Vuorovaikutusnäkökulma fokusoii niihin vuorovaikutusprosesseihin, joiden kautta tukea tuotetaan ja joissa supportiivisia merkityksiä syntyy (Albrecht, Burleson & Goldsmith 1994, 424). Vaikka sosiaalinen tuki oli ymmärretty alusta asti vuorovaikutussuhteiden ja sosiaalisen verkoston ominaisuudeksi, viestintäprosessin näkökulmasta sitä alettiin tarkastella vasta 1990-luvulle tultaessa. Tutkimuksissa tämä johti sekä tuen antajan viestinnän että viestintäkäyttäytymisen tason tarkastelemiseen.

1.4 Sosiaalisen tuen ja terveystiedon liittymäkohta

Terveystiedon tutkimus tarkastelee vuorovaikutuksen ja yksilön terveyden välisiä yhteyksiä, erityisesti sitä, kuinka hyvinvointia edistetään ja tuotetaan viestintäprosessien kautta. Terveystiedon tutkimus kiinnittyy melko selkeästi terveydenhuollon ammatilliseen kontekstiin, joka tarkoittaa sitä, että viestintää tarkastellaan niissä yhteyksissä, jotka liittyvät ammattilaisten ja asiakkaan välisiin kohtaamisiin. Terveystiedon tutkimus voidaan jakaa kahteen näkökulmaan, joista toiselle ovat leimallisia erityisesti terveyskasvatuksen ja vaikuttamisen teemat. Toinen näkökulma tarkastelee sitä, kuinka terveyttä tuotetaan ja edistetään erityisesti terveydenhuollon interpersonaalissa kohtaamisissa: tämä tutkimus kiinnittyy tähän jälkimmäiseen tavoitteeseen.

Sosiaalisen tuen tutkiminen tarkoittaa yksilön hyvinvoinnin ja hänen vuorovaikutussuhteidensa tarkastelemista. Näitä tekijöitä on tarkasteltu erityisesti henkilökohtaisissa vuorovaikutussuhteissa. Tutkimuksen määrällä mitattuna keskeisimpiä lienevät läheiset ihmissuhteet, erityisesti perhe-, pari- ja ystävyysuhteet. Tukea on tarkasteltu myös mm. organisaatioissa, joissa on tut-

kittu sekä hierarkkisia suhteita että vertaissuhteita. Myös erilaiset tuki- ja itsehoitoryhmät kuten potilasryhmät ovat olleet yksi sosiaalisen tuen tutkimuskohteista.

Sosiaalisen tuen tutkimustraditio jakautuu kolmeen lähestymistapaan: sosiaalisten verkostojen näkökulma kiinnittyy erityisesti yksilön sosiaalisen ympäristön tarkasteluun, havaitun tuen lähestymistapa korostaa yksilön psykologisia prosesseja ja vuorovaikutusnäkökulma lähestyy sosiaalista tukea viestintä- ja vuorovaikutusprosessien näkökulmasta. Tässä tutkimuksessa tarkoituksena on tarkastella sosiaalista tukea viestintäprosessina.

Sosiaalisen tuen ja terveystiedon yhtymäkohtana on yksilön hyvinvointi. Tutkimuksessa yhdistyy kaksi erilaista hyvinvoinnin ja viestinnän välistä suhdetta tarkastelevaa perspektiiviä. Terveystiedon näkökulmasta tutkimus kiinnittyy ammattilaisen ja avun tarvitsijan väliseen vuorovaikutukseen, sosiaalisen tuen näkökulmasta tutkimus tarkastelee sosiaalisen tuen välittymistä vuorovaikutuksessa. Toistaiseksi sosiaalista tukea on tarkasteltu viestintäprosessin näkökulmasta melko niukasti sellaisissa ammatillisissa konteksteissa, joissa toisella osallistujalla on ammatistaan määräytyvä velvollisuus antaa tukea. Varsinaisia ammattilaisen ja avun tarvitsijan keskinäistä viestintää selvitteleviä tutkimuksia ei sosiaalisen tuen tutkimustraditiosta lähtien ole juurikaan tehty, toisaalta terveystiedon näkökulmasta on harvoin ollut sosiaalisen tuen välittymisessä.

Sosiaalisen tuen ja terveyden välisten yhteyksien tutkiminen on haastavaa erityisesti siksi, koska sekä sosiaalinen tuki että terveys ovat moniulotteisia käsitteitä ja ilmiöitä, joita voidaan tarkastella useista näkökulmista. Molempia ilmiöitä voidaan tarkastella sekä käyttäytymisen että kokemuksen näkökulmasta, molempiin vaikuttavat lisäksi voimakkaasti sekä yksilölliset tekijät että tilannetekijät. Viestintä on se prosessi, joka välittää ja synnyttää merkityksiä tuesta ja hyvinvoinnista. Tutkimuksessa tarkastellaan terveyttä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin jatkumona, ja siinä korostuukin

erityisesti psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin näkökulma, yksilön kokemus omasta terveydestään.

Tutkimus jakautuu kahteen osaan. Ensiksi tarkastellaan sosiaalista tukea vuorovaikutukseen liittyvänä ilmiönä ja viestintäprosessina sekä tuen käsitteen, sen vaikutusmekanismien, tuen muotojen ja supporttiivisten sanomien ja interpersonaaliseen vuorovaikutukseen liittyvien tekijöiden näkökulmasta. Tutkimuksessa tarkastellaan myös sosiaalisen tuen tutkimusmenetelmiä. Tutkimuksen toisessa osassa kuvataan hoitotyötä sosiaalisen tuen kontekstina. Hoitotyötä lähestytään hoitajan ja potilaan vuorovaikutuksen merkityksiä ja tavoitteita tarkastelemalla sekä sairastumisen ja selviytymisen näkökulmasta. Johtopäätöksissä pyritään arvioimaan sosiaalisen tuen tutkimisen ongelmakenttää, ja luvussa etsitään sellaisia tutkimusnäkökulmia ja -menetelmiä, joiden avulla sosiaalista tukea hoitotyössä voitaisiin ymmärtää entistä paremmin.

2 SOSIAALISTA TUKEA KUVAAVIA KÄSITTEITÄ

2.1 Sosiaalinen tuki ilmiönä – käsitteen määrittelyä

Sosiaalisen tuen käsitteellä kuvataan sitä laajaa ja moniulotteista ilmiötä, joka kytkee yksilön hyvinvoinnin hänen vuorovaikutussuhteisiinsa. Ilmiötasolla käsitteen voidaan nähdä kuvaavan erityisesti kolmea tekijää. Ensinnäkin sosiaalisella tuella kuvataan niitä yksilön ja hänen sosiaalisen ympäristönsä välisiä kiinnikkeitä, jotka toteutuvat vuorovaikutussuhteissa. Toiseksi sosiaalisen tuen käsitteellä kuvataan niitä hyvinvointia edistäviä resursseja, jotka syntyvät ja välittyvät yksilölle vuorovaikutuksessa. Kolmanneksi sosiaalinen tuki viittaa siihen prosessiin, jossa tukea välittyy. Sosiaalisen tuen käsite viittaa siis sekä käsitysten ja kokemusten tasolla jäsenyviin yksilöllisiin konstruktioihin että vuorovaikutuksessa syntyviin voimavaroihin ja siinä toteutuvaan vaihtoon.

Albrecht ja Adelman (1987, 23) jakavat sosiaalista tukea kuvaavat määritelmät kolmeen eri lähestymistapaan: hyväksyntää korostavaan, hallinnan tunnetta korostavaan sekä sosiaalista vuorovaikutusta korostavaan lähestymistapaan. Tarkasteltaessa sosiaalista tukea hyväksytyksi tulemisen tunteen näkökulmasta ilmiön pääpaino on ollut yksilön havainnoilla ja kokemuksilla. Varhaisimmat sosiaalisen tuen määritelmät korostivat juuri tätä näkökulmaa eli yksilön käsitystä hyväksynnästä ja huolenpidosta (Albrecht, Sarason ja Goldsmith 1994, 420). Esimerkiksi Moss (1973, 237) määritteli sosiaalisen tuen subjektiiviseksi tunteeksi yhteenkuuluvaisuudesta, hyväksytyksi ja pidetyksi tulemisesta sekä tunteeksi tarvituksi tulemisesta kaikkienensa, ei siinä määrin, mihin yksilö pystyy. Cobb (1976, 300) puolestaan korostaa käsitystä tai tunnetta arvostetuksi tulemisesta ja kuulumisesta keskinäisen velvoitteiden verkostoon. Hänen mukaansa sosiaalinen tuki on yksilölle kohdistuvaa informaatiota siitä, että hänestä välitetään ja hänestä pidetään huolta, että hän on kunnioitettu ja arvostettu ja että hän kuuluu kommunikaatiota ja molemminpuolisia velvoitteita sisältävään verkostoon.

remmin. Peruskysymyksenä voidaan pitää siis sitä, nähdäänkö hyvinvointia tuottavaksi vuorovaikutussuhde sinänsä vaiko siitä saatavat voimavarat.

Hyväksynnän tunnetta ja hallinnan tunnetta korostavien lähestymistapojen rinnalla sosiaalista tukea on tarkasteltu myös sosiaalisen vuorovaikutuksen näkökulmasta (Albrecht & Adelman 1987, 23). Tällöin määritelmissä näkyy interpersonaalinen kehys, johon sisältyvät esimerkiksi palaute, merkitsevät siteet, viestintä sekä apua ja vahvistamista välittävä interpersonaalinen vuorovaikutus (Albrecht, Sarason ja Goldsmith 1994, 420-421). Kun varhaisissa määritelmissä yksilö näkyy tuen vastaanottajana ja sosiaalisen verkoston jäsenenä, interpersonalisesta näkökulmasta kysymys on vastavuoroisesta vaikuttamisesta. Vuorovaikutussuhde on se konteksti, jossa tukea tuotetaan.

Sosiaalista vaihtoa korostavissa määritelmissä keskeisellä sijalla ovat tuen erilaiset muodot ja funktiot. Esimerkiksi Kahn ja Antonucci (1980, 173) määrittelevät sosiaalisen tuen interpersonaaliseksi vaihdoksi, joka muodostuu 1) positiivisten tunteiden ilmaisusta, 2) tuen saajan näkemysten ja käsitysten oikeuttamisesta ja vahvistamisesta sekä 3) symbolisen tai materiaalsen avun tarjoamisesta. Funktionaalista lähestymistapaa edustavat myös esimerkiksi Silver ja Wortman (1980, Bäckmanin (1987, 119) mukaan), joiden mukaan sosiaalisen tuen osatekijöitä ovat 1) positiivisten vaikutusten ilmaiseminen, 2) samaa mieltä olemisen ilmaiseminen tai henkilön vakaumusten, mielipiteiden ja tunteiden oikeutuksen myöntäminen, 3) rohkaiseminen ilmaisemaan avoimesti vakaumuksia tai tunteita, 4) aineellisen avun antaminen sekä 5) tiedon välittäminen siitä, että vaikeuksissa oleva henkilö kuuluu keskinäisen avun ja molemminpuolisten velvoitteiden verkostoon tai järjestelmään.

Vaikka esimerkiksi Kahn ja Antonucci (1980) korostavat sosiaalisen tuen interpersonaalista ulottuvuutta, voidaan tuella heidän määritelmänään nähdä olevan samankaltaisia funktioita kuten esimerkiksi Cobb (1976) ne määrittelee. Keskeinen ero määritelmissä on se, että Cobb (1976) korostaa erityisesti yksilön näkökulmaa ja hänelle välittyvää informaatiota, sen sijaan Kahn ja

Antonucci (1980) kuvaavat sitä mekanismia tai prosessia, jossa informaatiota välittyy. Verrattuna vuorovaikutusta korostavia määritelmiä hallinnan tunnetta korostavaan lähestymistapaan, voidaan peruserona pitää sitä, että vuorovaikutusta korostavat määritelmät fokusoivat tuen välittymisen prosessiin, ja ne myös kuvaavat niitä tuen sisältöjä, joita tuessa välittyy. Hallinnan tunne voidaan puolestaan nähdä tuon vaihdon seurauksia, tuloksia tai funktioita kuvaavaksi.

Sosiaalista tukea kuvaavissa määritelmissä voidaan erottaa kaksi keskeistä ulottuvuutta, tuen funktio ja tuen välittymisen prosessi. Tuen funktio kuvaa sitä, millaisiin kognitiivisiin ja emotionaalisiin prosesseihin tuen avulla pyritään vaikuttamaan. Funktiot nivoutuvat selkeästi osaksi vuorovaikutuksen sisällöllistä tasoa, ja tukea onkin kuvattu erityisesti vuorovaikutuksessa välittyvän informaation laadun näkökulmasta. Tuen funktioina on pidetty erityisesti tiedon välittymiseen, välineelliseen ja konkreettiseen apuun sekä erilaisiin emotionaalisiin tekijöihin liittyviä piirteitä (Callaghan & Morrissey 1993, 203), ja esimerkiksi epävarmuuden vähenemistä (Albrecht & Adelman 1987). Tästä näkökulmasta myös hallinnan tunteen kasvaminen ja yksilön hyväksytyksi tuleminen tunteen voidaan ajatella olevan niitä funktioita, joita sosiaalinen tuki täyttää. Tarkasteltaessa sosiaalista tukea vuorovaikutuksen funktioista käsin voidaan siis tarkastella prosessin lopputuloksen ja tuen sisällön välistä suhdetta.

Esimerkiksi Kahnin ja Antonuccin (1980) määritelmässä informaation laatu voidaan nähdä sekä emotionaaliseksi että välineelliseksi tueksi, jotka välittävät yksilölle informaatiota siitä, että hän on hyväksytty. Näin ollen tuen saajan subjektiivinen tunne hyväksytyksi tulemisesta voi kasvaa.

Sosiaalisen tuen toinen tärkeä ulottuvuus on sen välittymisen prosessi. Lähestyttäessä tukea tästä näkökulmasta se voidaan ymmärtää viestintäprosessiksi. Vaikka monissa sosiaalisen tuen määritelmissä näkyekin vuorovaikutukseen ja interpersonaalisiin suhteisiin liittyviä tekijöitä (ks. esim. Albrecht & Adelman 1987, 23; Albrecht, Burleson & Goldsmith 1994, 421), niis-

sä korostuvat usein pikemminkin vuorovaikutuksen rakenteelliset tekijät kuin viestintäprosessi.

Viestintäprosessin käsittein sosiaalista tukea lähestyivät ensimmäisinä Adelman ja Albrecht (1987, 19), jotka määrittivät sosiaalisen tuen olevan "tuen saajien ja antajien välistä verbaalista ja nonverbaalista viestintää, joka vähentää epävarmuutta tilanteesta, itsestä, toisesta tai vuorovaikutussuhteesta ja toimii lisäten käsitystä henkilökohtaisesta hallinnasta elämäkokemusten keskellä". Tuen voidaan siis nähdä olevan tuen saajan itsehallinnan tai selviytymisen tunteen kasvamista, tilanteeseen liittyvän kontrollin kasvamista tai kognitiivisten ja/tai affektiivisten resurssien lisääntymistä, joka näkyy tuen saajan kognitioiden, emootioiden tai käyttäytymisen muuttumisena. (Albrecht & Adelman 1987, 19.)

Albrechtin ja Adelmanin (1987, 20-21) lähestymistapa korostaa tuen välittymisen prosessia, ja he kuvaavatkin sosiaalista tukea transaktionaaliseksi ja symboliseksi keskinäisen vaikuttamisen prosessiksi, joka muuttaa osallistujien kognitiivisia tai affektiivisiä tiloja ja käyttäytymistä. Tuen funktiona on epävarmuuden väheneminen. Albrecht ja Adelman (1987, ks. 22-26) nojaavat Bergerin ja Calabresen (1975) määritelmään epävarmuudesta, joka tarkoittaa luottamuksen puutetta kausaaliattribuutioiden tekemisessä. Sosiaalinen tuki näkyy siis lisääntyneenä mahdollisuutena tehdä attributionaalisia arvioita.

Albrechtin ja Adelmanin (1987) lähestymistapa on puheviestintätieteen näkökulmasta keskeinen jäsenyys sosiaalisesta tuesta. Useimmat viestintätieteiden näkökulmasta tehdyt tutkimukset pitävätkin lähtökohtaan tätä määritelmää. Problemaattisena voidaan pitää kuitenkin määritelmään sisältyvää epävarmuuden vähenemisen ulottuvuutta. Esimerkiksi Albrecht ja Goldsmith (1993) pyrkivät testaamaan sosiaalisen tuen epävarmuuden vähenemisen funktiota, mutta heidän aineistonsa ei tukenut oletusta, että sosiaalisen tuen positiivinen vaikutus ahdistuksen vähenemiseen välittyisi juuri epävarmuuden vähenemisen kautta. Ford, Babrow ja Stohl (1996) lähestyivät kriittisesti epävarmuuden vähenemisen oletusta, ja heidän tuloksensa viit-

taavatkin siihen, että joissakin stressaavissa tilanteissa epävarmuus voi olla myös hallinnan tunteen näkökulmasta tarkoituksenmukaista. Vaikka evidenssiä on vähän, se viittaa kuitenkin siihen, ettei epävarmuuden väheneminen ole itsestään selvästi se mekanismi, jonka kautta hyvinvointivaikutukset välittyvät.

Tässä tutkimuksessa sosiaalinen tuki määritellään *”verbaaliseksi tai nonverbaaliseksi viestinnäksi, joka lisää yksilön selviytymisen resursseja lisäämällä henkilökohtaista hallinnan tunnetta, joka voi toteutua siten, että yksilön käsitykset tilanteesta, omasta itsestään tai muista vuorovaikutuosapuolista tai heidän keskinäisestä suhteestaan muuttuvat”*. Sosiaalisen tuen funktioksi nähdään selviytymisen resurssien syntyminen, joka syntyy hallinnan tunteen lisääntyessä. Viestintäprosessi nähdään sosiaalisen tuen välittymisen ja ilmenemisen perusprosesseina, jota voidaan tarkastella sanomien rakentamisen ja vastaanottamisen näkökulmasta. Määritelmä ei sulje pois yksilön kokemusta hyväksytyksi tulemisesta ja tukea voidaan tarkastella myös yksilön käsityksenä ja kokemukseksi.

2.2 Sosiaalisen tuen tarkastelutasoja

2.2.1 Saatu ja havaittu tuki

Sosiaalista tukea voidaan ilmiötasolla kuvata erityisesti tuen funktioiden ja toisaalta vuorovaikutusprosessin näkökulmasta. Operationaalisella tasolla tukea on pyritty kuvaamaan erityisesti tukea tarvitsevan tai tukea saavan näkökulmasta. Tällöin tuki on määritelty joko saaduksi tai havaituksi tueksi riippuen siitä, painotetaanko yksilöllisten havaintojen ja käsitysten tasoa vai viestintäkäyttäytymisen ja toiminnan tasoa. Saadulla tuella viitataan vuorovaikutuksessa jollain tapaa realisoituneeseen tukeen, kun puolestaan havaittu tuki viittaa yksilön käsitykseen siitä, että tukea on saatavilla.

Havaittu tuki (perceived support) tarkoittaa sitä potentiaalista tukea, jota tukea tarvitseva havaitsee tai kokee olevan saatavilla, mikäli hän sitä tarvitsee (Dunkel-Schetter & Bennett 1990, 267; Sarason, Sarason & Pierce 1994, 95). Havaitun tuen käsite viittaa yksilön käsitykseen siitä, että hänellä on vuorovaikutussuhteita, jotka toimivat potentiaalisena tuen lähteenä. Tuen ei kuitenkaan tarvitse realisoitua vuorovaikutuksessa, eikä se edellytä sitä, että yksilö tarvitsisi tukea. Se ei myöskään edellytä, että vuorovaikutussuhteissa syntyisi todellista tukea silloin, kun yksilö sitä tarvitsee. Pikemminkin havaittu tuki voidaan ymmärtää yksilön käsitykseksi hänen vuorovaikutussuhteidensa supportiivisuudesta (Callaghan & Morrisey 1993, 203). Havaittua tukea onkin kuvattu myös saatavilla olevan tuen (available support) käsitteellä.

Saadulla tuella (received support) tarkoitetaan puolestaan sitä tukea, jota tuen saaja kokee ja huomaa todella saaneensa. Saatu tuki tarkoittaa sitä, että tuki realisoituu vuorovaikutuksessa ja että se on jollain tapaa tunnistettavissa käyttäytymisen tasolla. Kyseessä ei ole siis tuen saajan subjektiivinen käsitys vuorovaikutussuhteidensa luonteesta, vaan käyttäytymistä ja toimintaa kuvaava käsite. Saatuun tukeen liittyy kokemukseksi jäsentynyt havainto muiden osapuolten toiminnasta ja sen supportiivisuudesta. (Dunkel-Schetter & Bennett 1990, 269; Sarason, Sarason & Pierce 1990, 15-16.)

Sekä havaittu että saatu tuki viittaavat tuen vastaanottajan käsityksiin ja kokemukseen. Käsitteiden välinen ero perustuu siihen, mihin tuen saajan käsitykset kiinnittyvät. Saatu tuki on käyttäytymisen tasolla todentuvaa tukea, joka voidaan havaita ja osoittaa tuen antajan ja saajan vuorovaikutuksessa joko toiminnan tai viestinnän tasolla. Saatu tuki syntyy ja välittyy vuorovaikutuksessa tuen antajalta tuen saajalle. Esimerkiksi saatua tukea ovat ohjeet ja neuvot, joita tuen antaja antaa.

Havaittu tuki puolestaan on tuen saajan päätelmä, joka yleensä perustuu käsityksiin ja odotuksiin vuorovaikutussuhteiden luonteesta. Siihen voi jäsentyä viestintäkäyttämisen ja aiemman toiminnan pohjalta syntyneitä pää-

telmiä (Barnes & Duck 1994), mutta se voi perustua myös esimerkiksi yksilön suhteellisen pysyvään käsitykseen hyväksytyksi tulemisesta (Brock, Sarason, Sanghvi & Gurung 1998). Toisaalta siihen voi jäsentyä päätelmiä toisen osapuolen toiminnasta, vaikkei tämän intentio olisikaan supporttiivinen. (ks. Dunkel-Schetter & Bennett 1990, 267-275.) Havaitun tuen näkökulmasta pääpaino on siis yksilön havainnoissa potentiaalisesta tuesta. Tuki voi realisoitua esimerkiksi ystävältä saatuna lohtuna vaikeassa elämäntilanteessa, mutta on mahdollista, ettei tukea tarvitseva saakaan haluamaansa tukea. Silti hänellä voi olla käsitys ystävän supporttiivisuudesta, kunnes hänet jätetään huomiotta ongelmatilanteessa.

Sosiaalisen tuen operationaalistaminen saaduksi tai havaituksi tueksi ei ole ongelmatonta. Esimerkiksi Stewart (1993, 6) toteaa, ettei tutkimuksissa ole aina riittävästi eksplikoitu sitä, tarkastellaanko tukea saatuna vai havaittuna tukena, ja myös erilaisten mittareiden rakentaminen voi olla problemaattista. Toisaalta havaitun ja saadun tuen ero voi olla pieni myös ilmiötasolla. Kysymys on lähinnä siitä, miten ymmärretään yksilön kokemus saadusta tuesta tai toisaalta kognitiivinen konstruktio havaitusta tuesta. Vastaanottamisen prosessin näkökulmasta kysymys olisi lähinnä siitä, milloin havainto jäsentyy kokemukselliseksi tiedoksi. Havaittu ja saatu tuki ovat kaksi erilaista prosessia, joten niitä tulisi kuvata myös selkeästi erilaisina vuorovaikutusprosesseina.

Ilmiötason ongelman lisäksi myös ilmiöitä kuvaavat käsitteet voidaan nähdä hieman problemaattisiksi. Englanninkielinen käsite *perception* tarkoittaa sananmukaisesti havaintoa, mutta siihen sisältyy myös merkityksiä yksilölle jäsentyneestä käsityksestä. *Perceived support* tarkoittaa siis sananmukaisesti havaintojen pohjalta ymmärrettyä ja käsitettyä tukea, jonka voidaan ymmärtää viittaavan havaintoihin vuorovaikutussuhteista tai sosiaalisesta verkostosta. Suomen kielessä käsite havaittu tuki ei suoranaisesti kuvaa tällä tavoin jäsentynyttä kognitiota. Tässä on kuitenkin päädytty suomentamaan *perceived support* havaituksi tueksi. Esimerkiksi käsite koettu tuki (ks. esim. Kuusinen 1994) viittaa enemmän kokemukselliseen aspektiin, kun puoles-

taan havaitun tuen käsite on lähempänä kognitiivista käsitystä. Saatavilla olevaan tukeen sisältyy puolestaan implisiittisesti käsitys, että tukea on todella saatavilla, vaikkei havaittu tuki sitä edellytäkään.

2.2.2 Supporttiivinen viestintä

Sosiaalista tukea on tarkasteltu erityisesti tuen saajan käsityksinä ja kokemuksina joko havaitusta tai saadusta tuesta. Ongelmallista tuen saajan näkökulman voimakas painottuminen on siksi, että ensinnäkin tuen antajan näkökulma ja toiminta on jäänyt siinä huomiotta ja toiseksi se on myös vaikeuttanut sosiaalisen tuen ymmärtämistä vuorovaikutus- ja viestintäprosessina. Tuen antajan näkökulmaa korostava tutkimusote on liittynyt läheisemmin viestintäprosessin tarkasteluun erityisesti sanomien tuottamisen kannalta. Sosiaalinen tuki voidaankin ymmärtää annetuksi tai tarjotuksi tueksi, tai sitä voidaan kuvata supporttiivisen viestinnän käsitteellä.

Supporttiivisella viestinnällä tarkoitetaan sitä ”perusprosessia, jonka kautta yksilöt koordinoivat toimintaansa niissä kohtaamisissa, joissa he hakevat ja antavat tukea” (Albrecht, Burleson ja Goldsmith 1994, 421). Supporttiivisen viestinnän käsitteellä kuvataan siis viestintäprosessia, jossa tuen antamiseen ja saamiseen liittyviä sanomia ja merkityksiä tuotetaan, vaihdetaan ja tulkitaan. Supporttiivinen viestintä nähdään lähinnä intentionaalisenä ja strategisena toimintana, jota voidaan tarkastella viestintäkäyttäytymisen tasolla. Verrattuna esimerkiksi havaittuun tukeen, jossa pääpaino on yksilön käsityksessä omien vuorovaikutussuhteidensa supporttiivisuudesta, supporttiivinen viestintä viittaa selkeästi sellaiseen vuorovaikutusprosessiin, jossa pyritään ilmaisemaan sekä tuen tarvetta että tukea.

Supporttiivisen viestinnän tarkastelussa on korostunut erityisesti tuen antajan tai tarjoajan näkökulma ja hänen toimintansa viestintätilanteessa. Joskus supporttiivisten sanomien tuottamista kuvataan annettuna (enacted) tai tarjotun (provided) tuen käsitteellä. Niillä viitataan tukeen, jota tuen antaja

pyrkii välittämään tuen saajalle. Tuki käsitetään tällöin tuen antajan tavoitteeksi tai intentioksi, eli tuki perustuu antajan pyrkimykseen tarjota tukea tai apua. Antajan näkökulmasta tarkasteltuna tuki ei edellytä sitä, että saaja kokisi tai havaitsisi tukea, vaan kyse on pikemminkin mahdollisuudesta tulla autetuksi. (Dunkel-Schetter & Skokan 1990, 437.) Supporttiivista viestintäprosessia voidaan kuitenkin tarkastella myös tuen saajan tai tukea tarvitsevan viestinnässä, koska supporttiivisella viestinnällä kuvataan nimenomaan viestintäprosessia. Tuen saajan viestintää voidaan tarkastella esimerkiksi kuvaamalla sitä, kuinka tuen tarvetta ilmaistaan (Albrecht, Burleson & Goldsmith 1994, 421, 424).

Tutkimuskirjallisuudessa sitä vuorovaikutusta, jossa tuki toteutuu, kuvataan usein käsitteillä *communicating social support* tai *social support communication* (esim. Barbee & Cunnigham 1995; Albrecht & Adelman 1984 ja 1987). Näiden synonyyminä käytetään myös käsitteitä *supportive communication* tai *supportive interaction* (esim. Goldsmith 1995). Supporttiivisella viestinnällä viitataan siis siihen vuorovaikutukseen, jossa tukea pyritään välittämään. Tässä on päädytty käyttämään supporttiivisen viestinnän käsitettä erotukseksi sosiaalisen tuen käsitteelle. Supporttiivinen viestintä viittaa selvemmin intentionaaliseen supporttiivisten sanomien rakentamisen prosessiin, sosiaalinen tuki on käsitteenä laajempi.

Sosiaalinen tuki on se ilmiö, joka tuottaa hyvinvointia lisäämällä hallinnan tunnetta ja joka vaikuttaa yksilön minäkuvaan, käsitykseen toisesta ja käsitykseen vuorovaikutussuhteesta. Supporttiivinen viestintä sen sijaan on se viestintäprosessi, jossa tukea pyritään välittämään ja jota voidaan tarkastella toimintana viestintäkäyttäytymisen tasolla. Supporttiivinen viestintä voidaan nähdä sosiaalisen tuen muodoksi, sosiaalinen tuki sen sijaan voi käsittää ilmiönä myös yksilön havainnot ja yksilölliset kognitiot. Ilmiötasolla sosiaalinen tuki voidaan ymmärtää yläkäsitteeksi, joka viittaa kokonaisuudessaan siihen ilmiöön, jossa yksilön vuorovaikutussuhteet ja -prosessit tuottavat sekä suoraa hyvinvointia että hyvinvoinnin resursseja. Supporttiivinen vies-

tintä, koettu tuki, saatu tuki ja annettu tuki ovat lähestymistapoja sosiaali-
seen tukeen.

Sosiaalisen tuen käsite on vakiintunut tutkimuskirjallisuuteen, sen sijaan käsitettä supportiivinen viestintä ei suomenkielessä ole juurikaan aiemmin käytetty. Supportiivinen merkitsee tukea antavaa, ja käsitettä on toistaiseksi käytetty lähinnä psykoterapian yhteydessä. Supportiivisella eli tukea-antavalla terapialla tarkoitetaan sellaista terapiaa, jossa tarkoituksena on vahvistaa persoonallisuuden normaaleja toimintoja oireiden vaikutusta vastaan niiden syytä selvittämättä. Supportiivinen terapia eroaa dynaamisesta eli tulkitsevasta terapiasta, jonka tarkoituksena on puolestaan selvittää normaalia toimintaa häiritsevien tekijöiden luonnetta (Achté 1992, 13). Käsitteellä supportiivinen viitataan terapiassa siis nimenomaan siihen, että hoidolla pyritään vahvistamaan potilaan psyykeä; supportiivisuus tarkoittaa pyrkimystä tukea, hoitaa yksilön itsetuntoa ja tukea sopeutumista vaikeuksiin, jotka liittyvät ajankohtaisiin paineisiin, ristiriitoihin ja kriiseihin (Achté 1992, 14-16). Supportiivisuuden käsite viitattaessa viestintäprosessiin on relevantti ilmaisu myös käsitteen aiemman suomenkielisen käyttötarkoituksen näkökulmasta, ja se viittaa samaan merkitykseen.

2.3 Lähikäsitteitä

Terapeuttisen viestinnän käsitettä voidaan pitää sosiaalisen tuen ja supportiivisen viestinnän lähikäsitteenä. Terapeuttisella viestinnällä tarkoitetaan sellaista vuorovaikutusta, joka tarjoaa henkilökohtaista näkemystä tai uudelleenorientaatiota ja joka tuottaa helpotuksen tunnetta autettavalle (Kreps & Thornton 1992, 46-49; ks. myös May 1999). Supportiivisella ja terapeuttisella viestinnällä onkin samankaltaisia funktioita: esimerkiksi Kreps ja Thornton (1992) näyttäisivät pitävän terapeuttista ja supportiivista viestintää lähes yhtäläisinä prosesseina. Toisaalta terapeuttinen viestintä viittaa hyvin pitkälti yhteen keskeiseen supportiivisen viestinnän muotoon, emotionaaliseen tukeen. Käsitteenä terapeuttinen viestintä on kuitenkin problemaattinen. Tera-

pialla tarkoitetaan määrätietoista prosessia, jonka tavoitteena on parantaa yksilön psykologista terveyttä, sen sijaan supportiivinen viittaa selviytymisen resurssien saamiseen ja välittämiseen. Terapia on myös toimintamuotona sopimuksenvarainen, säännöllinen ja jatkuva. Sen sijaan sosiaalinen tuki on mihin tahansa vuorovaikutussuhteeseen potentiaalisesti liittyvä ilmiö. Tässä tutkimuksessa terapiaprosessi erotetaan niistä vuorovaikutusprosesseista, jotka syntyvät spontaanisti joko ammatillisessa kontekstissa tai yksityisissä vuorovaikutussuhteissa tai -episodeissa. (Ks. Burleson & Goldsmith 1998, 247.)

Sekä supportiivisen viestinnän että sosiaalisen tuen lähikäsitteinä on pidetty myös empatian käsitettä. Empatia tarkoittaa yksilön kykyä asettua toisen asemaan ja ymmärtää toisen vuorovaikutusosapuolen näkökulmia (esim. Thompson 1998, 43-44). Empatia sinänsä ei siis ole supportiivista viestintää, joskin empatiakykyä voidaan pitää supportiivisen viestinnän peruslähtökohdaksi ja empatian osoittamista keskeisenä supportiivisen viestinnän taitona. Empatian osoittaminen voi liittyä sekä supportiivisen viestinnän emotionaaliseen aspektiin että myös muihin supportiivisen viestinnän muotoihin. Empatian käsite ja empatiakyky ovat siis sidoksissa supportiiviseen viestintään, mutta eivät tarkoita samaa, vaikka empatian osoittamisella onkin supportiivisia funktioita.

Sosiaalista tukea on joskus kuvattu myös huolenpidon ja lohduttamisen käsitteinä. Huolenpidolla (caring) viitataan vuorovaikutukseen, jossa toinen osallistuja osoittaa tai hänen koetaan osoittavan "hyvää tahtoa" ja jossa hänen intentionsa ymmärretään olevan toiselle vuorovaikutusosapuolelle myönteinen (Teven & McCroskey 1997). McCroskeyn (1992, 110-111) mukaan käsitystä huolenpidosta luonnehtivat empatia, ymmärtäväisyys ja responsiivisuus. Nämä voidaan ymmärtää myös sosiaaliseen tuen ilmaisumuodoiksi. Huolenpidon voi nähdä erityisesti vahvistavan sosiaalista liittymistä ja vastavuoroisuutta ja se perustuu psykologiselle läheisyydelle. Lohduttamisella (comforting) viitataan erityisesti sellaisiin supportiivisiin ilmauksiin tai sanomiin, joiden intentiona on emotionaalisen kuormittumisen hallitse-

minen tai purkaminen (Burleson & Goldsmith 1998, 246-247; Klingbeil 1998). Sekä empatiaa, lohduttamista että huolenpitoa voidaan tarkastella emotionaalisen tuen osa-alueina. Ne eivät kuitenkaan kata koko sosiaalisen tuen tai supportiivisen viestinnän kenttää.

2.4 Sosiaalinen tuki hyvinvoinnin funktiona ja viestintäprosessina

Albrechtin ja Adelmanin (1987) määritelmää sosiaalisesta tuesta voidaan pitää viestintätieteiden näkökulmalle keskeisenä muotoiluna sosiaalisen tuen tutkimuskentässä. Erotuksena muille lähestymistavoille, joissa pääpaino on sosiaalisten verkostojen ominaisuuksissa tai yksilötason havainnoissa, fokus on nimenomaan viestintäprosessissa, ja määritelmässä korostuu käsitys sosiaalisesta tuesta informaation vaihtona ja merkitysten luomisena viestinnän merkkijärjestelmien kautta (ks. Frey, Botan & Kreps 2000, 27-28). Viestinnän tutkimuksessa sosiaalinen tuki ymmärretäänkin tällä hetkellä vuorovaikutusprosessiksi, jolle on ominaista auttaminen, lohduttaminen, hoitaminen ja apu. Samalla sosiaalista tukea tarkastellaan henkilökohtaisten suhteiden luomisen, säilyttämisen ja purkautumisen näkökulmasta sekä sosiaalisten verkostojen rakenteiden, ominaisuuksien ja funktioiden näkökulmasta. (Albrecht, Sarason & Goldsmith 1994, 421.)

Sosiaalisen tuen määrittelyperusteita voidaan arvioida monin tavoin. Ensinnäkin sosiaalisen tuen määritelmässä korostuu kulloisenakin aikana hallinnut tutkimusperinne. Sosiaalinen tuki on ymmärretty ja sitä on kuvattu esimerkiksi sosiaalisen verkoston ominaisuutena, tukea tarvitsevan havaintona tai vuorovaikutuksena tuen saajan ja antajan välillä. Näkökulmasta riippuen määritelmässä korostuvat joko tuen saajan havainnot ja kokemukset tai tuen antajan näkökulma ja vuorovaikutusprosessi (ks. esim. Albrecht, Sarason & Goldsmith 1994, 420-421). Tukea voidaan tarkastella siis joko yksilön havaintona ja käsityksinä tuen saatavuudesta tai määritellä se viestintäkäyttäytymisen tasolla toteutuvaksi (Stewart 1993, 6-7).

Sosiaalista tukea voidaan tarkastella myös tuen erilaisia funktioita korostaen. Määritelmässä painotetaan joko yksilöllisiä kiinnikkeitä tai tuen merkitystä selviytymiselle ja yksilön resursseille. Tällöin sosiaalinen tuki on määritelty sekä niiksi kiinnikkeiksi, joita sosiaaliset suhteet ylläpitävät ja luovat ja jotka liittävät yksilön osaksi yhteisöä, tai sosiaalinen tuki on määritelty selviytymiskeinoksi, joiden avulla yksilö selviytyy elämässä esiin tulevissa ongelmatilanteissa ja kriiseissä (esim. Albrecht & Adelman 1984, 8-11). Funktioita voidaan tarkastella myös vuorovaikutuksen sisällöllisinä funktioina, jolloin tukea lähestytään sen muodoista tai ilmenemistavoista käsin. Ilmiötasolla funktioina voidaan pitää esimerkiksi sosiaalisten kiinnikkeiden vahvistumista sekä itsearvostuksen ja selviytymisen resurssien kasvamista. Viestinnän sisällön tasolla tämä näkyy esimerkiksi positiivisen palautteen antamisena, kunnioituksen osoittamisena ja relevantin informaation jakamisena.

Sosiaalisen tuen määritelmiä voidaan arvioida myös siitä näkökulmasta, millainen näkemys viestinnästä niihin sisältyy. Frey, Botan ja Kreps (2000, 28) toteavat, että viestintää voidaan tarkastella joko informaatioperustaisesta tai merkityserustaisesta näkökulmasta käsin. Edelliselle on ominaista se, että viestintä nähdään informaation siirtymisen näkökulmasta. Tällöin viestintää luonnehtii paitsi intentionaalisuus myös se, että se perustuu erityisesti sanoman rakentamiseen ja on lähdeorientoitunutta. Jos supporttiivinen viestintä ja sosiaalinen tuki määritellään tuen antajan tavoitteista käsin (ks. esim. Dunkel-Schetter & Skokan 1990), voidaan sitä pitää myös nimenomaan käyttäytymisen tasolla näkyvänä toimintana. Merkityserusteinen viestintäkäsitys nojaa vastaanottajan prosesseihin ja merkityksenantoon. Vastaanottajakeskeiset lähestymistavat sosiaaliseen tukeen nojaavat pikemminkin tähän lähestymistapaan, tuen ymmärtäminen saaduksi tai havaituksi tueksi lähestyy siis merkityserustaista käsitystä, joskin näkökulmien erottelemisessa tulee olla varovainen.

Sosiaalisen tuen käsitteessä näkyy sekä ilmiön monimuotoisuus että tutkimuskentän laaja-alaisuus. Käsitteen määrittelemisen monimuotoisuutta onkin pidetty yhtenä sosiaalisen tuen tutkimustradition ongelmakohtana: kos-

ka ilmiötä kuvataan hyvin monin tavoin ja eri tasoisin käsittein, tutkimusten keskinäinen vertaaminen on vaikeaa. (esim. Stewart 1993; Albrecht, Sarason & Goldsmith 1994; Bäckman 1987; Callaghan & Morrisey 1993, 203; Kumpusalo 1991.) Määritelmät ovat joiltain osin myös epätarkkoja. Käsitteissä tulisi-kin selkeämmin erottaa se, millaisesta tuesta oikein on kyse.

3 SOSIAALISEN TUEN VAIKUTUS SELVIITYMISEEN JA HYVINVOINTIIN

3.1 Sosiaalinen tuki puskurina

Sosiaalista tukea tarkastelemalla on pyritty selvittämään ja kuvaamaan yksilön vuorovaikutussuhteiden ja hyvinvoinnin välisiä yhteyksiä. Sosiaalisella tuella näyttäisikin olevan positiivisia vaikutuksia terveydelle. Yksilön saama sosiaalinen tuki sekä vähentää sairastumisriskiä että edistää paranemista, ja se on henkilökohtaisten voimavarojen ohella yksi tärkeimmistä selviytymistä edistävästä tekijöistä. (Esim. Albrecht, Burleson & Sarason 1992, 149-150; Callaghan & Morrisey 1993, 204-205; Kumpusalo 1991, 18-19; Uutela 1994, 38-39.) Sosiaalisen tuen vaikutuksia hyvinvointiin voidaan kuvata tarkastelemalla sekä tuen psykologisista vaikutusmekanismeja että vuorovaikutuksessa välittyvää tukea ja supportiivista viestintää. Psykologisten vaikutusmekanismien näkökulmasta keskeistä on pohtia sitä, miten vuorovaikutuksessa todentuva tuki helpottaa yksilön sopeutumista erilaisiin vastoinkäymisiin ja miten se edistää yksilön selviytymistä elämän kriisitilanteissa. Vuorovaikutuksen ja viestintäprosessien näkökulmasta on tärkeää se, kuinka viestintäprosessit kytkeytyvät yksilön psykologisiin prosesseihin.

Sosiaalisen tuen on katsottu vaikuttavan yksilön hyvinvointiin kolmella tapaa: 1) säätelemällä ajatuksia, tunteita ja käyttäytymistä terveyttä edistävällä tavalla, 2) vaikuttamalla yksilön käsityksiin elämän merkityksellisyydestä sekä 3) edistämällä terveyttä edistävää toimintaa ja käyttäytymistä (Callaghan & Morrisey 1993, 205). Ongelmallista sosiaalisen tuen ja sen tuottamien hyvinvointivaikutusten tarkastelussa on kuitenkin se, että sekä sosiaalinen tuki ja terveys ovat moniulotteisia ilmiöitä, joiden keskinäisiä yhteyksiä on vaikeaa arvioida (Sarason, Burleson & Goldsmith 1994, 425). Terveysteen ja sen kokemiseen samoin kuin sosiaaliseen tukeen vaikuttavat monet tekijät. Näitä ovat esimerkiksi persoonallisuuden piirteet, yksilön arvomaailma, ikä, sukupuoli, elämäntilanne sekä myös kulttuuriset tekijät (esim. Callaghan & Morrisey 1993, 208; Uutela 1994, 39-40).

Sosiaalisen tuen vaikutusta yksilön hyvinvoinnille on selitetty teoreettisesti kahdella tapaa puskurivaikutuksen ja yleisvaikutuksen kautta. Puskurivaikutuksella (buffer effect) tarkoitetaan sitä, että sosiaalinen tuki toimii vaimentimena yksilön ja häntä kuormittavan stressitekijän välillä. Sosiaalinen tuki edistää selviytymistä kriisitilanteissa, helpottaa mukautumista elämänmuutoksiin, vähentää stressitekijöiden vaikutusta ongelmatilanteissa ja suojelee yksilöä hankalien tilanteiden läpikäymisessä (Cobb 1976, 302; ks. myös Renfors & Keskinen 1996; Uutela 1994).

Puskurivaikutus selittää sosiaalisen tuen vaikutusta tilanteissa, joissa jokin akuutti stressitekijä on läsnä. Sosiaalisen tuen nähdään siis olevan sidoksissa ongelmatilanteisiin, ja se toimii juuri niissä selviytymistä lisäten. Esimerkiksi sairauden kohdatessa yksilön saama tuki vähentää sairauden tuottamaa psyykkistä kuormitusta ja edistää sairauden kanssa selviytymistä. Puskurivaikutuksen mallista on käytettykin myös käsitettä selviytymismalli (coping model), jolla viitataan juuri kriisi- ja ongelmatilanteissa selviytymiseen. (esim. Callaghan & Morrisey 1993, 206; Albrecht, Burleson & Goldsmith 1994, 425; Stewart 1993, 35-38.)

Selviytymisellä (coping) kuvataan ihmisen sopeutumista ja kestämistä elämän vastoinkäymisissä. Lazaruksen (1991, 112) mukaan selviytyminen muodostuu kognitiivisista ja behavioraalisisista pyrkimyksistä hallita sisäisiä tai ulkoisia vaatimuksia, jotka yksilö arvioi kuormittaviksi tai jotka ylittävät yksilön resurssit. Yksilö pyrkii siis ajattelun tai toiminnan avulla hallitsemaan kuormittavaksi koettuja tilanteita tai tekijöitä. Selviytymiseen liittyy läheisesti arvioinnin (appraisal) käsite. Arvioinnilla tarkoitetaan yksilön kognitiivisia arvioita hänen itsensä ja ympäristön välisestä suhteesta, esimerkiksi stressaavasta tilanteesta. Se tarkoittaa tilanteen määrittelemistä ja merkityksen antamista, joka johtaa myös arvioihin siitä, miten tilanteessa voi toimia ja kuinka sitä voi pyrkiä hallitsemaan. Merkityksenantoa tilanteelle voidaan kutsua ensisijaiseksi arvioinniksi, toissijainen arviointi syntyy niistä päätelmistä, jotka perustuvat tilanteessa mahdollisten toimintatapojen

tunnistamiseen ja havaitsemiseen. Arviointi eroaa selviytymisestä siten, että arviointi tarkoittaa nimenomaan sitä, millainen päätelmä tilanteesta ja toiminnasta siinä jäsenyy. Selviytyminen tarkoittaa puolestaan sitä, mitä ihminen ajattelee ja kuinka hän toimii tilanteessa. (Lazarus 1991, 133-159; ks. myös Burleson & Goldsmith 1998, 253-258.)

Selviytymiseen liittyy kyky kohdata vaatimuksia sekä kyky ratkaista eteen tulevia ongelmia. Se riippuu sekä tilannetekijöistä että yksilöllisistä voimavaroista, ja se on myös merkittävästi sidoksissa arviointiprosessiin. (Kumpusalo 1991, 11; ks. myös Uutela 1994.) Selviytyminen voi olla ongelmakeskeistä, jolloin yksilö pyrkii vaikuttamaan suoraan ympäristön ja yksilön väliseen suhteeseen esimerkiksi ympäristön oloja muuttamalla. Esimerkiksi diabetekseen sairastuessaan yksilö voi ongelmakeskeisesti pyrkiä muuttamaan ruokavaliotaan. Selviytyminen voi olla myös kognitiivista selviytymistä, joka perustuu sisäiseen uudelleenkonstruointiin. Kognitiivinen selviytyminen ei muuta tilannetta, vaan tilanteen yksilöllistä merkitystä. Sairastunut voi pyrkiä sekä hankkimaan tietoa sairaudesta selviytymistään tukeakseen tai pyrkiä käsittelemään sairauteen liittyviä huolenaiheita siten, että sairastumiseen liittyvät huolet ja pelot otetaan haltuun. Kun asian merkitys muuttuu, muuttuu myös siihen kohdistuva emotionaalinen reaktio. Tätä muutosta on kuvattu uudelleenarvioinnin (reappraisal) käsitteellä. (Lazarus 1991, 112-115.)

Sosiaalisen tuen ja hyvinvoinnin yhteyttä on tarkasteltu runsaasti puskurivaikutuksen näkökulmasta (Callaghan & Morrisey 1993, 206). Sosiaalisen tuen puskurivaikutusta on tarkasteltu esimerkiksi työelämän stressitekijöiden (esim. Ellis & Miller 1994; Himle & Jayaratne 1991; ks. myös Miller, Stiff & Ellis 1988) sekä sairastuvuuden suhteen (ks. esim. Raitasalo, Mattila & Salokangas 1985; Uutela 1994). Sosiaalisen tuen puskurivaikutuksia tutkittaessa on usein mitattu terveyden ja havaitun tuen yhteyksiä stressitilanteessa. Tämä on ollut jossain määrin problemaattista, koska terveyden ja sosiaalisen tuen suhde on monisärmäinen, ja varsinaisia kausaalisuhteita on ollut hankala osoittaa. Erityisen vaikeana on pidetty vastoinkäymisten siis stressite-

kijöiden mittaamista (Callaghan & Morrisey 1993, 206-207; Uutela 1994, 37). Yksilöt kokevat samantyyppisen tilanteen eri tavoin, ja on vaikea arvioida esimerkiksi sairastumisen aiheuttamaa yksilöllistä kuormittumista.

3.2 Sosiaalinen tuki kiinnikkeenä

Yleisvaikutuksen (main effect) näkökulmasta sosiaalisella tuella on positiivisia vaikutuksia huolimatta siitä, liittyykö yksilön elämäntilanteeseen akuutteja stressitekijöitä vai ei. Tuki vaikuttaa hyvinvointiin positiivisesti olosuhteista riippumatta. Yleisvaikutusta on selitetty sillä, että sosiaaliset suhteet ja niihin liittyvä tuki luovat kiinnikkeitä (attachments), jotka vastaavat yksilön liittymisen tarpeisiin ja sitovat yksilön osaksi yhteisöä. Liittymissuhteet vaikuttavat positiivisesti erityisesti yksilön hyvinvointiin integroimalla hänet voimakkaammin osaksi yhteisöä ja vahvistamalla hänen hyväksynnän tunnettaan. Suoran vaikutuksen mallia kutsutaankin joskus myös liittymis- tai kiinnikemalliksi sosiaalisesta tuesta (attachment model). (esim. Albrecht, Burleson & Goldsmith 1994, 425; Callaghan & Morrisey 1993, 207; Stewart 1993, 35-38.)

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

tarjoaa myös yhden mahdollisuuden ymmärtää havaitun tuen merkitystä yksilön hyvinvoinnille (Callaghan & Morrisey 1993, 207).

Bowlbyn (1969) lähestymistapa selittää ennen muuta sitä psykologista perustaa, jolle supportiiviset vuorovaikutussuhteet rakentuvat. Teorian testaaminen on ollut jossain määrin hankalaa, koska se edellyttäisi pitkästä tutkimusta, jolla voitaisiin kuvata lapsuuden ja aikuisuuden liittymissuhteiden samankaltaisuutta. Toisaalta tulisi voida tarkastella myös lapsuuden turvallisten liittymissuhteiden ja aikuisiän kognitiivisten ja sosiaalisten taitojen välistä yhteyttä (Callaghan & Morrisey 1993, 207). Teorialle näyttäisi kuitenkin olevan myös empiiristä näyttöä (van Aken ja Asendorpf 1997; Cauce, Reid, Landesman ja Gonzales 1990; Mullis & Hill 1999).

Liittymissuhteiden ja havaitun tuen välistä yhteyttä ovat tarkastelleet esimerkiksi van Aken ja Asendorpf (1997), jotka tutkivat 11-12 vuotiaiden lasten vuorovaikutussuhteissaan saaman tuen ja itsearvostuksen välistä suhdetta. Heidän tuloksensa osoittivat, että lasten itsearvostuksen määrä on merkittävästi yhteydessä erityisesti vanhemmilta mutta myös koulutovereilta saatuun tukeen (havaittu tuki). Tutkimus näyttäisi vahvistavan käsitystä sosiaalisen tuen positiivisesta vaikutuksesta minäkuvaan. Mullis ja Hill (1999) tarkastelivat havaitun tuen ja liittymissuhteiden välistä yhteyttä. Heidän tuloksensa osoittivat, että havaittu tuki on yhteydessä siihen, millaiseksi kiintymyssuhde vanhempiin, erityisesti äitiin koettiin. Vahva kiintymyssuhde liittyi korkeaan havaitun tuen määrään. (Ks. myös Cauce, Reid, Landesman ja Gonzales 1990.)

Liittymisen teoriaa on sovellettu erityisesti läheisten ihmissuhteiden ja niiden kehittymisen tarkasteluun. Erityisesti on tarkasteltu ns. liittymistyylejä, jolla tarkoitetaan yksilöllistä mallia tai representaatiota itsestä ja muista vuorovaikutussuhteessa. Tyylit perustuvat käsitykseen siitä, kuinka responsiivisia muut vuorovaikutussuhteessa ovat ja kuinka tärkeäksi itsensä vuorovaikutussuhteessa kokee. Liittymistyylit kuvaavat erityisesti sitä, kuinka turvalli-

seksi yksilö kokee vuorovaikutussuhteet. (Ognibene & Collins 1998, 324-325; ks. myös Bowlby 1969.)

Ognibene ja Collins (1998) ovat tarkastelleet liittymistyylin vaikutusta yksilön havaitseman tuen määrään. Heidän tulostensa mukaan turvallinen tyyli on yhteydessä korkeaan havaitun tuen määrään. Turvallinen tyyli näyttäisi myös ennustavan sitä, että tukea tarvitseva hakee tukea aktiivisesti ongelmatilanteessa. Välttelevä tyyli on yhteydessä vähäiseen havaittuun tukeen. Huolestunut tyyli ennustaa sekä lähestymis- että välttelystrategioita tilanteissa, joissa yksilö tarvitsee sosiaalista tukea. Tulosten perusteella voidaankin olettaa, että sekä liittymistyyllillä että havaitun tuen määrällä on vaikutusta siihen, miten tukea tarvitseva toimii aktuaalisissa ongelmatilanteissa. (Ognibene & Collins 1998; ks. myös Pollina & Snell 1999). Liittymistyyllillä on todettu olevan merkitsevä yhteys myös siihen, millainen selviytymisstrategia stressitilanteessa valitaan (Birnbaum, Orr, Mikulincer & Florian 1997). Liittymissuhteet näyttäisivät siis selittävän yksilön toimintaa stressaavissa tilanteissa, ja ne ovat yhteydessä erityisesti havaittuun tukeen.

3.3 Sosiaalisen tuen suora ja epäsuora vaikutus hyvinvointiin

Sosiaalisen tuen selviytymismalli ja yleisvaikutuksen malli selittävät molemmat sosiaalisen tuen vaikutusta hyvinvointiin yksilötasolla. Molemmilla malleilla näyttäisi myös olevan selitysvoimaa. Tuella on puskurivaikutuksia silloin, kun yksilöt kokevat tarjolla olevan tuen olevan tarkoituksenmukaista niiden tarpeiden tyydyttämiseen, jotka nousevat heidän elämässään vaikuttavista stressitekijöistä ja niiden kohtaamisesta. Yleisvaikutusta tuella on puolestaan silloin, kun yksilön sosiaalisen verkoston laajuus ja integraatio vastaavat hänen tarpeitaan. (Albrecht, Burleson & Goldsmith 1994, 425.) Tuen vaikutuksia on selitetty psykologisin mekanismein, ja erityisesti puskurivaikutusta on tarkasteltu arvioimalla tuen eri muotojen vaikuttavuutta erilaisissa stressaavissa tilanteissa (ks. myös luku 4.1). Toisaalta yleisvaikutuksen mallia on tarkasteltu erityisesti sosiaalisten verkostojen ominaisuute-

na, ja sosiaalisen tuen ja liittymiskäyttäytymisen välisiä yhteyksiä on tarkasteltu erilaisissa sosiaalisissa suhteissa.

Tuen vaikutusmekanismeja voidaan tarkastella myös siitä näkökulmasta, millaiseen tukeen selviytyminen perustuu ja vaikuttaako tuki hyvinvointiin suoraan vai psykologisten mekanismien kautta. Komproe, Rijken, Ros, Winnubst ja Hart (1997) ovat tarkastelleet saadun ja saatavilla olevan (havaittu tuki) tiedollisen ja emotionaalisen tuen vaikutusta sekä psykologiseen hyvinvointiin että arviointi- ja selviytymiskäyttäytymiseen. Tutkimukseen osallistui rintasyöpäpotilaita, ja tutkimus toteutettiin käyttämällä viittä erilaista mittaria, joiden avulla tarkasteltiin tuen muodon, hyvinvoinnin ja selviytymisen välistä riippuvuutta.

Komproen, Rijkenin, Rosin, Winnubstin ja Hartin (1997) tutkimuksen tulokset osoittivat, että saatavilla olevalla tuella on suoraa vaikutusta psykologiseen hyvinvointiin, jota tutkimuksessa mitattiin depression määrällä. Saatavilla oleva tuki näyttäisi myös lisäävän tuen hakemista. Saatu tuki sen sijaan vaikuttaa hyvinvointiin sekä suoraan että arviointi- ja selviytymisprosessien kautta. Hyödyllisiä vaikutuksia sillä näyttäisi kuitenkin olevan erityisesti välittävien prosessien kautta. Saadun tuen suorat vaikutukset näyttäisivät olevan yhteydessä korkeampaan depression määrään, joskaan tulokset eivät selitä, miksi näin on.

Havaitulla tuella, siis yksilön käsityksellä siitä, että potentiaalista tukea on saatavilla, on todettu olevan merkittävä vaikutus yksilön hyvinvoinnille (esim. Callaghan & Morrisey 1993, 203). Havaitun tuen vaikutukset näyttäisivät välittyvän hyvinvointiin suoraan, ja selittävän hyvinvointia myös stressaavissa tilanteissa. Saadulla tuella, siis vuorovaikutuksessa toteutuneella tuella näyttäisi puolestaan olevan vaikutusta erityisesti psykologisten selviytymismekanismien kautta. Vuorovaikutuksessa syntyvä tuki laittaa liikkeelle arviointi- ja selviytymisprosessin, siis sen kognitiivisen prosessin, jonka tuloksena ympäristön ja yksilön suhde saa uudenlaisia merkityksiä (ks. Lazarus 1991). Vuorovaikutuksessa voidaan nähdä tällöin tapahtuvan

aktiivista resurssien tuottamista, ja nämä resurssit tarjoavat mahdollisuuden työstää stressitekijöitä sekä niihin liittyviä merkityksiä.

Komproen, Rijkenin, Rosin, Winnubstin ja Hartin (1997) tutkimuksen tulokset selittävät kiinnostavalla tavalla tuen eri tyyppien vaikutusta hyvinvointiin, joskin samaa asetelmaa voisi olla hyödyllistä testata edelleen. Jotta saatu tuki olisi tehokasta, sen tulisi laittaa liikkeelle nimenomaan ne kognitiiviset prosessit, joiden kautta selviytyminen lisääntyy.

Kiinnikemallin voidaan katsoa selittävän erityisesti yksilön käsitystä hänen sosiaalisen verkostonsa supportiivisuudesta, ja kokemusta sosiaalisten suhteiden integraatiosta, joka korostaa nimenomaan yksilön hyväksytyksi tulemisen tunnetta. Havaittu tuki liittyy erityisesti mielekkäisiin, vastavuorisiin vuorovaikutussuhteisiin yleensä, joskin sillä näyttäisi olevan merkitystä myös niissä tilanteissa, joissa erityiset stressitekijät ovat läsnä. Tulokset myös osoittavat, että havaitun tuen ja viestintäkäyttäytymisen välillä on yhteyttä, joka tässä tutkimuksessa se näkyi havaitun tuen ja tuen hakemisen välisenä riippuvuutena. (Ks. myös Ognibene & Collins 1998.)

Sosiaalisen tuen vaikutukset voivat siis olla suoria vaikutuksia tai kognitiivisten prosessien kautta välittyviä vaikutuksia ja ne voivat toteutua joko stressitilanteessa hyvinvointia lisäten tai näkyä yleisesti hyvinvoinnin osana. Vaikutusmekanismien yhteys tuen tyyppiin on kuitenkin monimutkainen, samoin ne välittävät viestintäprosessit ja psykologiset mekanismit, joissa tuki toteutuu. Esimerkiksi havaittu tuki voisi selittyä osaltaan samankaltaisten psykologisten arviointiprosessien kautta kuin saatu tukikin, arviointi kohdistuu vain eri asioihin.

Verrattaessa tuen erilaisia vaikutusmekanismeja on tärkeää nähdä paitsi ne psykologiset mekanismit, joiden kautta vaikutukset välittyvät myös ne viestintäprosessit, joissa tuki realisoituu. Havaittua tukea voidaan kuvata erityisesti viestinnän relationaalisella tasolla, kun sen sijaan saatu tuki näyttäisi olevan erityisesti aktiiviseen kognitiiviseen prosessointiin liittyvä

prosessi. Vuorovaikutuksen näkökulmasta kiinnostavaa on se, millaiset vuorovaikutussuhteisiin ja vuorovaikutussuhteen rakentamiseen liittyvät tekijät tuottavat havaittua tukea ja toisaalta, miten selviytymisen resursseja tuotetaan viestintäprosessissa supportiivisten sanomien ja tuen sisältöjen kautta.

4 SOSIAALISEN TUEN MUODOISTA SUPPORTIIVISIIN SANOMIIN

4.1 Sosiaalisen tuen muodot

Sosiaalisen tuen vaikutuksia yksilön hyvinvointiin on selitetty sekä yleisvaikutuksella että puskurivaikutuksella, jotka voivat toteutua joko saatuna tai havaittuna tukena erilaisten kognitiivisten ja emotionaalisten prosessien kautta. Tuella on erilaisia funktioita, ja se voi tuottaa hyvinvointia esimerkiksi lisäten hyväksynnän ja hallinnan tunnetta ja edistämällä selviytymistä. Näiden funktioiden toteutumisen on katsottu olevan sidoksissa erityisesti saadun tai havaitun tuen sisältöön, ja tuen sisältö onkin eräs keskeisistä tasoista, jolla tukea voidaan tarkastella. Sosiaalisen tuen vaikutuksia hyvinvointiin on tutkittu erityisesti tarkastelemalla tuen muotoa ja sen merkitystä tai vaikuttavuutta erilaisiin stressitekijöihin.

Sosiaalisen tuen keskeisinä funktioina voidaan pitää esimerkiksi ongelmanratkaisua, palautteen antamista, tiedon jakamista ja erilaisia emotionaaliseen aspektiin liittyviä funktioita. (Albrecht & Adelman 1984, 4-5; Callaghan & Morrisey 1993, 203; Goldsmith & Albrecht 1993; Kumpusalo 1991, 14; Stewart 1993, 141.) Näiden funktioiden pohjalta tuki on määritelty useimmiten emotionaaliseksi, instrumentaaliseksi, tiedolliseksi ja arviointiin liittyväksi tueksi (Callaghan & Morrisey 1993, 203; Stewart 1993, 141). Tutkimuksissa on tarkasteltu myös hengellistä tukea (Mäkinen, Välimäki & Katajisto 1999; ks. myös Kumpusalo 1991) ja aineellista tukea (Kumpusalo 1991), jonka voidaan ymmärtää toisaalta myös sisältyväksi instrumentaaliseen tukeen. Välineellisenä tukena voidaan pitää myöskin ammatillista tukea, jota tukea tarvitseva saa asiantuntijalta (Cobb 1976; Suominen 1994), sekä suoraa avun tarjoamista ja materiaalista tukea, joilla on todettu olevan positiivisia vaikutuksia stressistä selviämiseen ja stressin ehkäisemiseen (Himle & Jayaratne 1991).

Emotionaalisella tuella viitataan esimerkiksi kuuntelemiseen, rohkaisuun ja empatiaan. Synonyymeina emotionaaliselle tuelle käytetään myös käsitteitä henkinen tuki tai psykologinen tuki (Hietaranta & Jokinen 1989; Suominen

1994, 26). Myös käsitteillä rohkaisu tai auttaminen viitataan usein nimenomaan emotionaaliseen tukeen, ja monesti niillä tarkoitetaan lähes samaa (Jokinen 1995, 111). Emotionaalinen tuki voidaan kuitenkin ymmärtää yläkategoriaksi, johon sisältyy erilaisia ilmaisutapoja ja monentyyppistä vuorovaikutuskäyttäytymistä. Esimerkiksi lohduttamisella tarkoitetaan sellaista emotionaalisen tuen muotoa, jonka tavoitteena purkaa ja helpottaa emotionaalista kuormittumista (Burleson & Goldsmith 1998, 246-247).

Emotionaalinen tuki on vuorovaikutusta, joka auttaa hyväksymään ja ymmärtämään omia tuntemuksia ja joka lisää yksilön emotionaalisia resursseja (Sarason, Burleson & Goldsmith 1994, 426). Tutkimuksissa on pyritty selvittämään emotionaalisen tuen vaikutuksia tai merkitystä stressistä ja kriisitilanteista selviämiseen. Emotionaalisella tuella on osoitettu olevan vaikutusta esimerkiksi työuupumukseen, jossa emotionaalinen tuki toimii puskurina stressitekijöihin nähden (Ellis & Miller 1994), työhön sitoutumiseen ja työmotivaatioon (Ellis & Miller 1994; Zimmermann & Applegate 1992), sekä sairaudesta ja muista elämänkriiseistä selviämiseen (ks. esim. Stewart 1993). Arviointi liittyy läheisesti emotionaaliseen tukeen. Sillä tarkoitetaan viestintää, jonka perusteella yksilö voi tehdä päätelmiä omasta tilanteestaan, ja se perustuu siis yksilön vuorovaikutussuhteistaan saamaan palautteeseen ja vahvistaviin siteisiin (ks. Albrecht & Adelman 1984, 5).

Tiedollisella tuella tarkoitetaan sellaista informaatiota, joka on relevanttia tuen saajalle hänen ongelmatilanteessaan. Tiedollisen tuen merkitys on koettu erittäin suureksi monissa konteksteissa, ja esimerkiksi hoidon yhteydessä tiedollista tukea on pidetty tärkeänä, usein jopa tärkeimpänä tuen muotona (Jokinen 1995; Mäkinen, Katajisto & Välimäki 1999; Suominen 1994). Myös työperäisestä stressistä selviämiseksi tiedollisella tuella on keskeinen merkitys. Informationaalinen tuki on tehokasta erityisesti ongelmanratkaisutilanteissa, joissa tiedollisen tuen avulla on mahdollista vähentää ja hallita epävarmuutta sekä jäsentää käytettävissä olevaa informaatiota ja hahmottaa ongelman luonnetta (Himle & Jayaratne 1991).

Ellisin ja Millerin (1994) mukaan informationaalinen tuki vaikuttaa erityisesti henkilökohtaiseen hallinnan tunteeseen, ja sillä on positiivisia vaikutuksia mm. uupumukseen liittyvän depersonalisaation tunteen vähenemiseen. Keskeistä tiedollisen tuen ja stressin välisessä yhteydessä on se, että tiedollinen tuki kohdistuu niihin tekijöihin ja ongelmiin, jotka aiheuttavat stressiä. Pelkkä informaatio sinänsä ei lisää selviytymistä. Joskus informaatiolla voi olla jopa kuormitusta kasvattava vaikutus, ja liiallinen informaatio voi lisätä epävarmuutta sen sijaan että se vähentäisi sitä.

Stressitekijän ja tuen muodon välistä suhdetta on selitetty ns. optimaalisen sopivuuden mallilla, joka kuvaa erityisesti stressitekijän kontrolloitavuuden suhdetta tuen muotoon ja sisältöön. Mikäli tilanteessa vaikuttava stressitekijä on kontrolloitavissa, tehokasta on ns. toimintaa aktivoiva tuki, eli tiedollinen ja välineellinen tuki. Sen sijaan stressitekijän kontrolloimattomuus vaikuttaa tarvittavaan tukeen siten, että tehokkaammaksi muodostuu ns. huolenpitoa osoittava tuki (nurturance support), jolla tarkoitetaan emotionaalista ja liittymisen tunnetta lisäävää tukea. (Cutrona & Suhr 1992 ja 1994.) Optimaalisen sopivuuden malli selittää tuen tehokkuutta jossain määrin erilaisissa ongelmatilanteissa. Se selittää sitä kuitenkin vain yhdellä ongelman ulottuvuudella. Stressitekijän kontrolloitavuuden ohella myös stressitekijöille annetut yksilölliset merkitykset vaikuttavat merkittävästi siihen, millaisesta tuesta tuen saaja hyötyy.

4.2 Supportiiviset ilmaukset

Sosiaalisen tuen vaikuttavuutta on tarkasteltu erityisesti mittaamalla tukea tarvitsevan saaman tai havaitseman tuen muodon yhteyksiä erilaisiin stressitekijöihin tai koettuun hyvinvointiin. Viestintäkäyttäytymisen tasolla tuki on usein operationaalistettu erilaisiksi ilmaisumuodoiksi, ja tukea on tarkasteltu ilmausten frekvenssien mukaan esimerkiksi erilaisissa vuorovaikutussuhteissa (Alexander, Peterson ja Hollingshead 1999; Sullivan 1993). Ilmausmuotojen avulla on kuvattu esimerkiksi tuen hakemista ja supportiivista

käyttäytymistä ongelmanratkaisutilanteissa (esim. Barbee & Cunnigham 1995) sekä tarkasteltu tuen eri muotojen vaikuttavuutta (Cutrona & Suhr 1992; Rosenfeld, Richman & Bowen 1998). Tutkimuksissa tuen ilmaisumuotoja on kuvattu sekä aineistolähtöisesti että erilaisten koodausjärjestelmien pohjalta. (Burleson & Goldsmith 1998, 247-248.)

Tukea tarvitseva voi ilmaista tuen tarvettaan joko suoraan tai epäsuorasti ja monimerkityksellisesti. Barbee, Rowatt ja Cunnigham (1998, 282-284) jakavat tuen tarvetta ilmaisevan käyttäytymisen suoraan tai epäsuoraan verbaaliseen ja nonverbaaliseen viestintään. Suora verbaalinen tuen tarpeen ilmaisu on kysyminen tai tuen pyytäminen, joka tarkoittaa ongelmasta puhumista ja siihen viittaamista. Epäsuoria verbaalisia tapoja ilmaista tuen tarvetta ovat esimerkiksi vihjailu tai ongelmallisesta tilanteesta yleisellä tasolla valittaminen. Nonverbaalisina tuen tarpeen ilmauksina Barbee, Rowatt ja Cunnigham (1998, 282-284) pitävät esimerkiksi katsekontaktia, koskettamista ja itkua, epäsuorat nonverbaaliset ilmaukset viittaavat esimerkiksi huokailuun tai murjottamiseen. Tuen antaja voi vastata ilmaistuun tuen tarpeeseen joko ilmaisemalla tukea tai välttelemällä tuen ilmaisemista. Tilanteissa, joissa tuen tarvetta syntyy, ovat aina myös negatiiviset responsit mahdollisia, ja ne voivat syntyä esimerkiksi siitä, että tuen antaja kieltää tuen tarvitsijan ongelman (Goldsmith & Dun 1997).

Barbee ja Cunnigham (1995) ovat kehittäneet supportiivisen viestinnän koodausjärjestelmää (interactive behavior coding system) tarkastelemalla lähestymis- ja välttämiskäyttäytymistä sekä tunne- ja ongelmakeskeisiä toimintatapoja. Ongelmatilanteissa potentiaalisen tuen antajan viestintäkäyttäytyminen voidaan luokitella neljään erilaiseen responsiin: ratkaisukeskeiseen responsiin, lohduttamiseen, hylkäämiseen ja pakenemiseen. Ratkaisukeskeiset toimintamuodot ovat ongelmakeskeisiä ja lähestymishakuisia kuten kysyminen, ratkaisujen ehdottaminen, ehdotusten tekeminen ja perspektiivien tarjoaminen. Lohduttamiskäyttäytyminen tarkoittaa tunnekeskeistä lähestymiskäyttäytymistä kuten empatian osoittamista, kohteliaisuuden esittämistä ja rohkaisua. Hylkäämiskäyttäytymisellä Barbee ja Cun-

ningham (1995) viittaavat ongelmakeskeiseen välttämiskäyttäytymiseen kuten ongelman välttelyyn ja väheksymiseen sekä väärään sympatiaan. Pakeneminen tarkoittaa tunnekeskeistä välttämiskäyttäytymistä kuten verbaalista tai nonverbaalista välttelyä, ärsyyntymisen osoittamista tai esimerkiksi kehoitusta hillitä tunteita.

Cutronan ja Suhrin (1992) kehittämä *social support behavior code* (SSBC) perustuu positiiviseen supportiiviseen käyttäytymiseen. Koodausjärjestelmä sisältää 23 erilaista supportiivisen viestinnän ilmaisu- tai toimintatapaa. Nämä yksittäiset ilmaukset jakautuvat viiteen pääkategoriaan: 1) tiedolliseen tukeen, joilla tarkoitetaan neuvoja, ehdotuksia, avunpyynnön ehdottamista muualta, tilanpalautetta ja opastamista, 2) konkreettiseen apuun, jota ovat laina, suorat ja epäsuorat tehtävät, aktiivinen osallistuminen ja halukkuus auttaa, 3) arvostamisen osoittamiseen, joka viittaa kohteliaisuuteen, tuen saajan näkökulman validointiin ja syyllisyydestä vapauttamiseen, 4) tukiverkostoihin, joita kuvaavat uusiin ihmisiin tutustuttaminen, läsnäolo sekä muiden läsnäolosta muistuttaminen, 5) sekä emotionaaliseen tukeen, johon kuuluvat suhde, fyysinen affektiivisuus, luottamuksellisuus, sympatia, kuunteleminen, empatia ja ymmärtäminen, rohkaisu ja rukoileminen. Edelleen viisi pääluokkaa voidaan erottaa huolenpitoa osoittavaksi tueksi (luokat 3-5) ja toimintaa aktivoivaksi tueksi (luokat 1-2).

Koodausjärjestelmiä on käytetty arvioitaessa supportiivisen käyttäytymisen muotoja ja arvioitaessa esimerkiksi tuen tehokkuutta ja tarkoituksenmukaisuutta. Barbee ja Cunningham (1995) ovat pyrkineet tarkastelemaan vuorovaikutusprosessissa syntyviä supportiivisia responsseja tuen antajan ja tuen saajan välillä (ks. myös Barbee, Rowatt & Cunnigham 1998). SSBC on kehitetty puolestaan tuen muotojen vaikuttavuuden tarkasteluun, ja sillä on kuvattu supportiivisten ilmausten tehokkuutta erilaisten stressitekijöiden suhteen (Cutrona & Suhr 1992).

Ongelmallista ilmauskategorioihin perustuvien luokittelun käytössä on se, että ne jäävät helposti melko yleiselle tasolle. Toisaalta samanlainen käyt-

täytyminen voidaan tulkita monella tapaa. Goldsmith (1992) on koonnut yhteen tutkimustuloksia, joissa on tutkittu potilaiden käsityksiä siitä, millainen hoitajan käyttäytyminen on heidän näkökulmastaan avuliasta tai ei-avuliasta (helpful, unhelpful). Goldsmithin (1992) tarkastelemissa tutkimuksissa samankaltaiset käyttäytymistavat näyttivät toistuvan; helpottavana pidettiin esimerkiksi läsnäoloa, rohkaisua ja käytännöllistä apua sekä ymmärryksen osoittamista ja kuuntelemista, jotka usein yleisestikin tunnustetaan kulttuurisesti avun tai tuen muodoksi. Toisaalta esimerkiksi neuvominen ja tiedon antaminen oli tulkittu joissakin tutkimuksissa auttavaksi käyttäytymiseksi ja toisissa tutkimuksissa ne oltiin nähty ei-avuliaaksi toimintatavaksi. Tämä kuvaa paitsi sitä, millaisia merkityksiä yksilöt antavat esimerkiksi neuvomiselle toimintana ja käsitteenä, myös viestintätilanteeseen ja vuorovaikutusprosessiin liittyvien tulkintojen ja tilannetekijöiden merkitystä (ks. myös Goldsmith and Fitch 1997).

Goldsmith (1992) pitää tärkeänä, että supportiiviset ilmaukset erotetaan tehokkaista supportiivisista ilmauksista. Hän määrittelee supportiiviseksi sellaisen puheaktin tai tapahtuman, joka kulttuurisesti tunnustetaan avun tarjoamiseksi. Tällöin supportiivisten ilmausten tunnistaminen edellyttääkin kulttuurista käsitystä siitä, mitä pidetään supportiivisena. Problemaattista tietysti on se, että sanomasta voidaan arvioida sen supportiivista intentiota, muttei välttämättä sen tehokkuutta (Albrecht, Burleson & Goldsmith 1994). Erilaiset ilmaukset eivät vielä sinänsä selitä sitä, miten ja miksi ne vaikuttavat hyvinvointiin (Burleson & Goldsmith 1998, 246, 249).

4.3 Ongelma- ja tunnesuuntautuneet sanomat

Tarkasteltaessa supportiivista viestintää nimenomaan supportiivisten sanomien tuottamisen näkökulmasta, pääpaino on sen ymmärtämisessä ja tunnistamisessa, kuinka sanomia vuorovaikutusprosessissa tuotetaan. Verrattuna tuen muotojen tai ilmaisutyyppien tarkasteluun sanomien tuottamisessa fokus ei ole ilmauksen vaan sisällön tasolla, ja sanomia tarkastellaan suhtees-

sa sekä akuuttiin ongelmaan että sen tuottamiin emotionaalisiin reaktioihin.

Supportiivisten sanomien tuottamiseen liittyvä keskeinen jäsennys on jakaa supportiiviset sanomat ongelmakeskeisiin ja tunnekeskeisiin sanomiin. Supportiivista viestintää on analysoitu esimerkiksi vertailemalla näiden sanomien esiintyvyyttä potentiaalisesti supportiivisissa tilanteissa (esim. Jones & Burleson 1998). Goldsmith ja Dun (1997) tarkastelevat tunne- ja ongelmasuuntautuneiden sanomien lisäksi myös toimintasuuntautuneita supportiivisia ilmauksia. Ongelmakeskeisillä sanomilla tarkoitetaan sanoimia, joissa pyritään kuvaamaan, tunnistamaan ja arvioimaan erityisesti kuormittavaa tehtävää tai tapahtumaa. Tunnekeskeiset sanomat puolestaan ovat niitä, joissa tunnistaminen, arviointi ja kuvailu kohdistuvat ongelmaan kohdistuviin tai sen aiheuttamiin emotionaalisiin reaktioihin. Toimintasuuntautuneet sanomat kohdentuvat toimintavaihtoehtojen tunnistamiseen, arviointiin ja kuvailuun ongelmatilanteessa. (Goldsmith & Dun 1997.) Erityisen vaativana tuen muotona Burleson (1994) pitää tunnesuuntautuneita sanomia; hänen mukaansa toisen ongelmien ja tunteiden tunnistaminen, oikeuttaminen ja elaborointi vaatii parempia kognitiivisia taitoja ja viestintätaitoja kuin ongelmakeskeinen tuki.

Vuorovaikutuksen näkökulmasta tunnesuuntautunut selvitymisprosessi perustuu siihen, että asiasta puhuminen tarjoaa viitekehyksen, johon yksilö voi suhteuttaa omia ajatuksiaan ja tunteuksiaan. Näin ollen viestintä tarjoaa mahdollisuuden tunteiden uudelleenarviointiin. Prosessi perustuu erilaisten tunteiden ominaislaatuun. Esimerkiksi pelko ja ahdistus syntyvät usein tilanteissa, joissa yksilö kokee tilanteen epävarmana, monimerkityksellisenä ja kontrolloimattomana. Ahdistuksesta puhuminen tuottaa emotionaalista tukea, jonka avulla epävarmuus ja koettu uhka vähenee, hallinnan tunne kasvaa ja uhkaavasta tilanteesta voi löytyä ulospääsylväyliä. Toisaalta esimerkiksi epäonnistumiseen liittyvän häpeän ja nolouden tunnetta voidaan arvioida uudelleen vuorovaikutuksessa saadun rohkaisun, vahvistamisen ja hyväksynnän kautta. (Lazarus 1991, ks. myös Albrecht, Burleson & Goldsmith 1994; Burleson & Goldsmith 1998, 258-262.)

Tunteita voidaan vuorovaikutuksessa käsitellä vaikuttamalla myös niiden intensiteettiin. Vuorovaikutuksessa tunteiden intensiteettiin voidaan vaikuttaa sekä tunteita tuulettamalla että niitä etäännyttämällä (Albrecht, Burleson & Goldsmith 1994). Tunteiden tuulettamisella tarkoitetaan ylipääntään voimakkaiden tunteiden ilmaisemista. Tunteiden ilmaisuun rohkaiseminen mahdollistaa erityisesti negatiivisiksi koettujen tunteiden intensiteetin laskemisen, mikä puolestaan helpottaa tunteiden hallintaa ja käsittelemistä. Tunteiden etäännyttämisellä tarkoitetaan sellaista tunteista puhumista, jossa tunteita tarkastellaan objekteina ja jossa tunteet etäännyvät omasta itsestä. Esimerkiksi ongelmatilanteisiin liittyvän ahdistuksen käsitteleminen voi auttaa ymmärtämään omia tunteita. (Albrecht, Burleson & Goldsmith 1994.)

5 SOSIAALINEN TUKI VUOROVAIKUTUSSUHTEESSA

5.1 Sosiaaliseen tukeen vaikuttavat intrapersonaaliset tekijät

5.1.1 Tuen saajan yksilölliset tekijät

Sosiaalista tukea voidaan vuorovaikutussuhteessa tarkastella kolmesta keskeisestä lähtökohdasta käsin. Siihen vaikuttavat ennen kaikkea tuen antajan ja saajan intrapersonaaliset tekijät, heidän vuorovaikutussuhteeseensa liittyvät interpersonaaliset tekijät sekä tilannetekijät (Sarason, Pierce & Sarason 1990a, 496). Esimerkiksi tuen tarjoajan halukkuus ilmaista tukea riippuu tuen antajan ja saajan ominaisuuksista sekä heidän keskinäisestä suhteestaan. Myös ne stressitekijät, jotka ovat tilanteessa aktuaalisia, vaikuttavat tuen antajan käyttäytymiseen. Toisaalta tuen saajan päätelmät ovat voimakkaasti sidoksissa tilanteessa vaikuttaviin tekijöihin sekä osallistujien ominaisuuksiin ja keskinäiseen suhteeseen. (Dunkel-Schetter & Skokan 1990, 439-443.)

Supporttiiviseen viestintäprosessiin vaikuttavat intrapersonaaliset tekijät perustuvat osallistujien käsitykseen itsestään, muista ja ihmissuhteiden luonteesta yleensä. Nämä käsitykset ovat sidoksissa yksilön itsearvostukseen ja minäkuvaan sekä ajatukseen siitä, että saa osakseen huolenpitoa ja arvostusta. Näiden tekijöiden pohjalta syntyy hyväksytyksi tulemisen tunne (sense of acceptance). Hyväksytyksi tulemisen tunne, minäkuva ja itsearvostus vaikuttavat niihin odotuksiin, joita yksilöllä muiden viestintäkäyttäytymistä kohtaan on. Siten niillä on merkitystä myös sille, millaisia arvioita ja päätelmiä yksilö muiden viestinnästä tekee ja millaisia merkityksiä hän sanomille antaa. (Sarason, Pierce & Sarason 1990a, 500-501; ks. myös Bolwby 1969 ja 1980.)

Positiivinen minäkuva ja itsearvostus vaikuttavat yleensä siten, että tuen saajalla on stressitilanteessa taipumus tulkita toisen osapuolen viestintä supporttiiviseksi riippumatta toisen osapuolen alkuperäisestä intentiosta.

Positiivinen minäkuva ja itsearvostus liittyvät läheisesti tuetuksi tulemisen tunteeseen (sense of support), joka on yksilöllinen kokemus siitä, että saa tarvitsemaansa tukea ja että vuorovaikutussuhteet ovat potentiaalinen tuen lähde. Tuetuksi tulemisen tunne näyttäisi olevan suhteellisen pysyvä yksilöllinen piirre, joka ohjaa havaintojen tekoa toisesta osapuolesta sekä supportiivisten suhteiden luonteesta. (Brock, Sarason, Saghvi & Gurung 1998; Sarason, Pierce & Sarason 1990a, 500-502 ja 1990b, 105-110.)

Positiivisen minäkuvan ja pystyvyyden tunteen vaikutusta on tarkasteltu erityisesti suhteessa havaittuun tukeen. Turner, Pearlin ja Mullan (1998) tarkastelivat erilaisten taustatekijöiden vaikutusta omaishoitajan havaitsemalle emotionaaliselle tuelle ja hänen saamalle avulleen. Hoitajan oma hallinnan tunne, tunne siitä, että hän hallitsee kuormittavan ja vaativan hoitotilanteen ennusti erittäin merkittävästi hänen havaitsemansa tuen määrää (ks. myös Unger, Jacobs & Canon 1996). Positiivinen käsitys omista kyvyistä ja resursseista näyttäisi siis vaikuttavan siihen, kuinka supportiiviseksi yksilö vuorovaikutussuhteensa kokee eli positiivinen itsearvostus voi lisätä tuen havaitsemista. Havaitun tuen on todettu vaikuttavan positiivisesti myös tuen hakemiseen (Komproe, Rijken, Ros, Winnubst & Hart 1997). Vastaavasti negatiiviset odotukset, sekä heikko minäkuva ja itsearvostus voivat johtaa siihen, ettei tukea tarvitseva tunnista tai tulkitse supportiiviseksi tarkoitettua viestintää sellaiseksi. (Sarason, Pierce & Sarason 1990a, 500-502 ja 1990b, 105-110.)

Minäkuvaan liittyä läheisesti yksilön viestijäkuva, jolla on todettu olevan yhteyttä yksilön havaitsemaan tukeen. Query, Parry ja Flint (1992; ks. myös Query ja James 1989) ovat tarkastelleet sosiaalisen verkoston laajuuden ja viestintäkompetenssin itsearvioiden välistä suhdetta. Heidän tuloksensa osoittivat, että arvio omasta viestintäkompetenssista ennustaa sosiaalisen verkoston laajuutta. Omat viestintätaidot hyväksi arvioineet eivät olleet saamaansa tukeen tyytyväisempiä kuin ne, jotka arvioivat omat viestintätaitonsa heikoiksi, mutta he kokivat mahdollisuutensa saada tukea suuremmiksi kuin omat viestintätaitonsa heikoiksi arvioineet. Myös viestijäkuva näyt-

täisi olevan siis yhteydessä nimenomaan havaitun tuen määrään, vaikka se ei vielä kerrokaan siitä, että todellisten viestintätaitojen ja saadun tuen välillä olisi suoraa yhteyttä. (Ks. myös Bowlby 1969; Sarason, Pierce & Sarason 1990b, 107-108.)

Saadun tuen ja sosiaalisen verkoston välistä yhteyttä ovat tarkastelleet Rosenfeld, Richman ja Bowen (1998), jotka vertasivat kahden oppilasryhmän sosiaalisen verkoston laajuutta sekä siltä saadun tuen ja opintomenestyksen välistä yhteyttä. Tutkimukseen osallistuneet opiskelijat, jotka raportoivat saaneensa tukea laajalta verkostolta, hyötyivät myös enemmän saamastaan tuesta ja sillä oli merkitystä heidän opintomenestykselleen. Puolestaan ne opiskelijat, jotka kuuluivat opintomenestyksensä ja -motivaationsa vuoksi riskiryhmään raportoivat pienemmästä verkostosta ja kertoivat myös saadun tuen olevan vähäisempää. Tutkimuksessa kiinnostavaa on se, että juuri ne oppilaat, joiden opiskelumotivaatio oli korkeampi myös kertoivat saavansa enemmän tukea. Kyse voi olla siitä, kuinka yksilöt tulkitsevat potentiaalisesti supportiivisia sanomia tai siitä, että itseluottamus näkyy halukkuutena hakea ja pyytää tukea silloin, kun kokee tukea tarvitsevansa (ks. myös Rosenfeld & Richman 1999; Turner, Pearlin & Mullan 1998). Näin ollen yksilön turvallisuuden tunteella ja sosiaalisella verkostolla näyttää olevan merkitystä myös saadulle tuelle.

Sukupuolen merkitystä saatuun ja havaittuun tukeen on tarkasteltu melko niukasti, ja tutkittaessa sosiaalista tukea sukupuoli on ollut erittäin harvoissa tutkimuksissa riippuvana muuttujana. Joitakin viitteitä havaitun tuen eroista sukupuolten välillä on kuitenkin löydetty. Esimerkiksi Turnerin, Pearlinin ja Mullanin (1998) tutkimukseen osallistuneet omaishoitajina toimineet naiset kokivat tulosten mukaan enemmän havaittua emotionaalista tukea kuin omaishoitajina toimineet miehet. Ungerin, Jacobsin ja Canonin (1997) tutkimuksessa hallinnan tunne ennusti korkeaa havaitun tuen määrää erityisesti miesten kohdalla. Kun tarkastellaan sukupuolen merkitystä havaitulle tai saadulle tuelle, on toki muistettava, että sukupuoli on muuttujana monita-

hoinen, ja se saattaa helposti johtaa stereotyyppisiin tulkintoihin. (Ks. Goldsmith & Dun 1997.)

Tarkasteltaessa intrapersonaalisten tekijöiden merkitystä sosiaaliselle tuelle on tuki operationaalistettu usein havaituksi tueksi. Tutkimuksissa on pyritty mittaamaan havaitun tuen ja erilaisten intrapersonaalisten tekijöiden yhteyksiä ja vaikutussuhteita. Vaikka yksilöllisillä tekijöillä lienee suuri merkitys sille, kuinka tukea tarvitseva osoittaa tuen tarvettaan ja kuinka hän tulkitsee supportiiviseksi tarkoitettuja ilmauksia ja sanomia, ei intrapersonaalisten tekijöiden yhteyttä supportiiviseen viestintäprosessista tehtäviin tulkintoihin ole juurikaan tarkasteltu. Tutkimuksessa onkin jäänyt lähes huomiotta se, mikä aktuaalisessa viestinnässä tuottaa havaittua tukea (Miller & Ray 1994, 215). Tutkimuksissa tulisikin tarkastella näiden yksilöllisten tekijöiden ja viestintäprosessin välisiä yhteyksiä, ja intrapersonaalisia tekijöitä tulisi tarkastella enemmän myös suhteessa saatuun tukeen.

5.1.2 Tuen antamiseen vaikuttavat tekijät

Toistaiseksi melko vähän on kiinnitetty huomiota siihen, millaiset yksilölliset piirteet ja tekijät vaikuttavat siihen, kuinka tukea aktuaalisissa tilanteissa annetaan (esim. Barbee & Cunningham 1995, 383). Sen sijaan tuen antajaa tarkasteleva tutkimus on lähestynyt yleisempää prososiaalista käyttäytymistä tarkastelevaa tutkimusta. Tuen saajaa tarkastelevissa tutkimuksissa painopiste näyttää olevan tuen antajan tavoitteissa, intentioissa ja motivaatiossa, ja tutkimuksissa on selvitetty esimerkiksi sitä, milloin ja miksi joku antaa tukea (esim. Dunkel-Schetter & Skokan 1990, 442-444; ks. myös Ray 1993, 108-109). Toisaalta on tutkittu, miten tuen antajan omat henkilökohtaiset tukiverkostot ja taustayhteisö vaikuttavat tuen antamiseen ja tuen antajan resursseihin tarjota tukea (esim. Haines, Hurlbert & Beggs 1996; Miller, Stiff & Ellis 1988). Näitä resursseja ja niihin vaikuttavia tekijöitä on tarkasteltu sekä epävirallisten auttajien kuten auttamisen ammattilaistenkin kohdalla

(esim. Ellis & Miller 1994; Himle & Jayaratne 1991; Turner, Pearlin & Mullan 1998).

Sosiaalisen tuen tarpeeseen ja tuen antamiseen vaikuttavat monella tapaa ne stressitekijät, jotka ovat tilanteessa aktuaalisia. Näitä stressitekijöitä voivat olla esimerkiksi sairaudet, sekä ihmissuhteisiin ja työhön liittyvät tekijät. Stressitekijöitä voidaan arvioida jatkumolla sen mukaan, kuinka paljon ne kuormittavat stressiä kokevaa henkilöä, ja toisaalta sen perusteella, kuinka monimutkaisia tai helposti arvioitavia tekijät ovat. Voimakkaasti stressaavissa tilanteissa tukea tarjotaan enemmän verrattuna tilanteisiin, joissa stressitekijä arvioidaan lievästi kuormittavaksi. Esimerkiksi menettämiskokemukset kuten avioero tai läheisen kuolema näyttäisivät nostavan halukkuutta tuen tarjoamiseen. (Dunkel-Schetter & Skokan 1990, 439-440.)

Dunkel-Schetterin ja Skokanin (1990) mukaan tukea tarjotaan eniten tilanteissa, joissa stressitekijä on selkeästi arvioitavissa ja tunnistettavissa, ja joissa tukea tarvitseva ei itse pysty kontrolloimaan stressifaktoria esimerkiksi sairastumisestaan. Tuen tarjoamisen halukkuuteen vaikuttaa myös se, että tuen antaja kokee empatiaa tukea tarvitsevaa kohtaan ja että tuen antajalla on omakohtaista kokemusta kyseisestä stressitekijästä. Lisäksi Dunkel-Schetterin ja Skokanin (1990) mukaan vaikuttavat sekä normatiivinen paine tarjota tukea että tuen tarjoamisen vaivattomuus eli se, ettei tuen tarjoamisesta aiheudu tuen antajalle suurta vaivaa tai hankaluutta. (ks. myös Goldsmith & Dun 1997, 332-333.)

Jones ja Burlison (1998) ovat tarkastelleet tuen antajan tekemien attribuutioiden vaikutusta heidän antamaansa tukeen. Eläytymismenetelmää käyttäen he tuottivat neljä erilaista tilannetta, jossa stressin syy attribuoitiin joko tukea tarvitsevaan tai hänen ulkopuolelleen ja jossa stressin aiheuttaja oli joko helposti tai vaikeasti kontrolloitavissa. Tutkimukseen osallistuvia pyydettiin kirjoittamaan, mitä he sanoisivat tilanteessa tukea tarvitsevalle. Kertomukset analysoitiin koodaamalla kertomuksista tunne- ja ongelmakeskeisiä supportiivisia sanomia. Tulokset osoittivat, että stressin syyn attribuoiminen tuen

saajan ulkopuolelle tuotti enemmän tunnekeskeisiä sanomia kuin ongelmakeskeisiä. Ongelmakeskeisyys lisääntyi, kun stressin syy attribuoitiin tuen saajaan. Myös stressitekijän kontrolloitavuus vaikutti sanomien sisältöön: mikäli tuen saaja ei voinut vaikuttaa stressitekijään, tunnekeskeinen lähestymistapa lisääntyi. (Ks. myös Cutrona & Suhr 1992.)

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

Sekä Goldsmithin ja Dunin (1997) että Jonesin ja Burlesonin (1998) tulokset näyttäisivät tukevan Dunkel-Schetterin ja Skokanin (1990) käsityksiä tuen antajan motivaatiosta, mikäli ajatellaan, että tunnekeskeisten sanomien tuottaminen on vaativampi prosessi kuin ongelmakeskeisten sanomien tuottaminen tai mikäli ajatellaan sen heijastavan tuen antajan voimakkaampaa sitoutumista tilanteeseen (Burleson & Goldsmith 1998).

Goldsmith ja Dun (1997) tarkastelivat tutkimuksessaan myös sukupuolen merkitystä sosiaalisen tuen tarjoamiselle, ja he tutkivat, kuinka naisten ja miesten antama tuki eroaa toisistaan. Tutkimukseen osallistuneiden naisten supportiiviset responsit olivat pidempiä, ja koska he puhuivat enemmän, myös tunteista puhuttiin enemmän. Toisaalta samanaikaisesti naisten responsseihin sisältyi enemmän myös toimintasuuntautunutta sisältöä kuin

miesten. Sukupuolten välillä ei ollut eroa siinä, kuinka usein he kielsivät toisen osapuolen tunteet tai ongelman. Erot sukupuolten välillä tunne- ja ongelmakeskeisessä tuessa olivat hyvin pieniä, ja selittyivät siis viestinnän määrällä, eikä naisten antama tuki vastoin melko yleistä luuloa ollut tunnekeskeisempää kuin miesten antama tuki, mikä on. Arkikäsitys naisten empaattisuudesta ei tutkijoiden mukaan perustukaan tuen laatuun vaan pikemminkin sen määrään. Goldsmith ja Dun (1997, 330-331) korostavatkin, että yhtäläisyydet sukupuolten välillä ovat tärkeämpiä kuin erot ja että hedelmällisempää kuin tarkastella eroja supportiivisten ilmausten tasolla olisi tarkastella heidän eroavaisuuksiaan esimerkiksi motivaatiossa ja mahdollisuudessa tuen antamiseen.

5.2 Sosiaaliseen tukeen vaikuttavat interpersonaaliset tekijät

5.2.1 Supportiivinen viestintä vuorovaikutussuhteissa

Supportiivinen viestintä toteutuu interpersonallisessa vuorovaikutuksessa. Tuen antajan ja saajan keskinäiseen suhteeseen liittyvät tekijät määrittävätkin hyvin voimakkaasti sitä, kuinka tukea viestitään ja kuinka osallistujat arvioivat toistensa viestintä-käyttäytymistä. Tukea tarvitsevan odotukset tuesta ovat hyvinkin erilaisia riippuen esimerkiksi siitä, onko hänen suhteensa tuen antajaan ammatillinen vai onko kyseessä esimerkiksi perhe- tai ystävyssuhde. Vuorovaikutussuhteen laatu ja historia vaikuttavat monin tavoin supportiivisesta viestinnästä tehtäviin tulkintoihin (esim. Barnes & Duck 1994, 175-176; Goldsmith 1992, 273-274). Sosiaalisen tuen onkin todettu olevan hyvin suhd spesifiä siten, että sekä tuen muoto ja sen vaikutukset riippuvat siitä, mistä suhteesta on kysymys. (Brock, Pierce, Sarason & Sarason 1996).

Supportiivista viestintää on tarkasteltu erityisesti läheisissä ihmissuhteissa kuten ystävyys-, pari- ja perhesuhteissa, joissa sillä on todettu olevan merkittävä hyvinvointia tuottava vaikutus. Perhe- ja parisuhteissa tuen on todettu ennustavan tyytyväisyyttä suhteeseen, ja toisaalta tyytyväisyyttä

suhteeseen lisää havaittua tukea (Revenson & Majerovits 1990; Unger, Jacobs & Cannon 1996; ks. myös Barbee, Rowatt & Cunningham 1998). Läheisissä ihmissuhteissa saadun tuen on todettu myös vaikuttavan kriiseistä selviämiseen ja esimerkiksi sairauteen sopeutumiseen (Ducharme 1994; Gotcher 1995).

Perhe-, pari- ja ystävyysuhteissa saadun ja havaitun tuen merkitystä hyvinvoinnille on selitetty erityisesti läheisyydellä. Läheisyyden kasvaessa myös havaitun tuen on todettu lisääntyvän (Cutrona, Cohen & Igram 1990). Sarason, Pierce ja Sarason (1990a, 502-504 ja 1990b, 115-116) selittävät tätä sekä hyväksytyksi tulemisen tunteen lisääntymisellä että herkkyyden lisääntymisellä. Läheisyyden lisääntyessä osapuolten herkkyys toistensa tarpeille kasvaa, mikä puolestaan nostaa odotuksia tuesta. Tällöin kasvaa myös taipumus tulkita aktuaaliset vuorovaikutustilanteet supportiivisiksi. (Ks. myös Larose & Boivin 1997, 595.)

Barnes ja Duck (1994, 176) toteavat, että vuorovaikutus henkilökohtaisissa suhteissa vaikuttaa tukeen kolmella tapaa. Ensinnäkin se antaa yksilölle tietoa siitä, miten toinen osapuoli reagoi niissä tilanteissa, joissa hän mahdollisesti tukea tarvitsee. Toiseksi se mahdollistaa arviot siitä, millaiset resurssit toisella osapuolella on tukea antaa ja kolmanneksi se tuottaa tietoa siitä vuorovaikutuksen tavasta, joka on epävirallisen, suoran tai epäsuoran tuen antamisen konteksti. Läheisissä vuorovaikutussuhteissa tuen antaja myös tuntee toisen tarpeet, jolloin hän voi tarjota sellaista apua, joka on "räätälöity" juuri henkilön täsmälliseen tilanteeseen (Cutrona, Cohen & Igram 1990, 554).

Supportiivisella viestinnällä on todettu olevan hyvinvointia tuottavia vaikutuksia myös kollegiaalisissa suhteissa. Työtovereilta saadun tuen on todettu vaikuttavan positiivisesti työssä jaksamiseen, stressin sietämiseen, työtyytyväisyyteen ja työmotivaatioon. Työhön liittyvistä stressitekijöistä selviytymisessä kollegiaalinen tuki näyttäisi olevan tehokkaampaa kuin esimerkiksi perheeltä saatu tuki. (Esim. Ellis & Miller 1994, 78-81; Zimmermann

& Applegate 1992.) Työtovereilta saadun tuen merkitystä on selitetty yhteisillä kokemuksilla ja taustalla. Kun tukea saadaan henkilöltä, jonka kanssa tuen saajalla on jotain yhteistä, tuki koetaan tehokkaaksi. Toisaalta myös statukseltaan ylempänä olevilta, kuten esimiehiltä saadun tuen on todettu olevan tehokasta työhön liittyvistä stressitekijöistä selviytymisessä. (Albrecht & Adelman 1984, 6-8; Ray 1994, 106.) Yhteinen tausta voi vaikuttaa myös siten, että tuen antaja tunnistaa tuen tarpeen helpommin kuin muut vuorovaikutuskumppanit, ja se voi vaikuttaa myös niihin attribuutioihin, joita tilanteessa syntyy (ks. Jones & Burleson 1998). Yhteisellä taustalla voi olla merkitystä myös sille, kuinka sitoutuneeksi tuen antaja itsensä tilanteessa kokee (Goldsmith & Dun 1997, 333-334). Erityisen tärkeä yhteinen konteksti ja tausta on silloin, kun stressitekijä poikkeaa merkittävästi arkikokemuksista (Albrecht & Adelman 1984, 7).

5.2.2 Autonomia vuorovaikutussuhteessa

Vuorovaikutussuhteeseen liittyy läheisyyden lisäksi myös erillisyyttä; esimerkiksi parisuhteissa joudutaan ratkaisemaan yksilöllisyyden ja yhteisyyden kysymyksiä. Sosiaalisen tuen näkökulmasta vuorovaikutussuhteisiin, erityisesti läheisiin vuorovaikutussuhteisiin vaikuttaa merkittävästi tasapaino keskinäisen riippuvuuden ja toisaalta henkilökohtaisen autonomian ja kontrollin välillä (Cutrona & Suhr 1994, 115). Toisaalta vuorovaikutussuhteille on tyypillistä se, että niihin sisältyy ristiriitaisia tavoitteita ja vallankäyttöä, joita interpersonallisessa viestinnässä joudutaan ratkomaan ja hallitsemaan (Goldsmith 1992; Zimmermann & Applegate 1994).

Vuorovaikutussuhteeseen sisältyvät interpersonaaliset konfliktit vaikuttavat sekä tuen antamiseen että tarjotusta tuesta tehtäviin päätelmiin. Niissä suhteissa, joihin liittyy voimakkaita interpersonaalisia ristiriitoja, mahdolliset supportiiviset pyrkimykset voidaan tulkita toisin kuin tuen antajan alkupe-
räinen intentio on. Tällaisissa vuorovaikutussuhteissa tuki voi myös pikem-
min lisätä stressiä kuin vähentää sitä. Potentiaalinen tuki saatetaan tulkita

jopa konfrontaatioksi, eikä tuen toteutumiselle ole edellytyksiä vaikka tuen antajan intentio olisikin supportiivinen (Sarason, Pierce & Sarason, 1990b, 503), esimerkiksi interpersonaalisiin suhteisiin liittyvä kilpailu voi vaikuttaa negatiivisesti sekä tuen tarjoamiseen, supportiivisesta viestinnästä tehtäviin tulkintoihin että havaittuun tukeen (ks. Himle ja Jayaratne 1991).

Myös interpersonaaliseen suhteeseen liittyvä vallankäyttö voi tehdä tuen pyytämisestä ja tarjoamisesta problemaattista: tuki voi olla myös vallankäytön väline. Ray (1993) on tarkastellut sosiaalisen tuen dysfunktioita, ja vallankäytön lisäksi hän näkee problemaattisena myös sen, että tukea käytetään potentiaalisena hyödykkeenä ja vaihdon välineenä. Tuen tarjoaja voi esimerkiksi hankkia vastineeksi haluamiaan toimintatapoja. Tuki voi aiheuttaa myös kiitollisuudenvelkaa, ja siihen voi liittyä informaation vastavuoroiseen vaihtoon liittyviä odotuksia. Kun tuki muuttuu dysfunktionaaliseksi, se pikemminkin lisää yksilön riippuvuutta kuin tukee hänen autonomiaansa.

Goldsmith ja Fitch (1997) ovat tarkastelleet normeja ja vuorovaikutussuhteen merkitystä supportiivisista sanomista tehtyihin tulkintoihin tarkastelleessaan neuvojen antamista supportiivisena viestintänä. Goldsmithin ja Fitchin (1997) mukaan neuvominen voidaankin tulkita monella tapaa; toisaalta se välittää merkityksiä siitä, että toinen on avulias ja välittävä, toisaalta neuvominen voidaan tulkita asioihin sekaantumisenä, joka uhkaa autonomiaa ja minäkuva. Neuvomiseen liittyvä rehellisyys voidaan nähdä kannustavana, mutta myös suorasukaisuutena ja erimielisyyden osoittamisena riippuen hyvin pitkälti siitä, kuka neuvoo.

Adelman ja Frey (1997, 51-57) näkevät tällaisena autonomiaa ja tukea tarvitsevan omaa tilaa uhkaavana tilanteena myös sen, että auttaja on "liian innokas" osoittamaan tukea. Heidän tutkimassaan hoivayhteisössä erityisesti ulkopuoliset auttajat eivät aina tunnistanee tuen tarpeen määrää, vaan pyrkivät auttamaan enemmän kuin on tarpeen. Tällaisessa tilanteessa "hyvä tarkoitus" voi uhata autettavan itsenäisyyttä ja erillisyyttä, sen sijaan että se

toimisi autonomiaa tukevana ja tuen saajan henkilökohtaista tilaa kunnioittavana vuorovaikutuksena.

Goldsmith (1992 ja 1994) toteaaakin, että tuen tarjoaminen ja pyytäminen on aina myös kasvoja uhkaava tilanne, jossa molempien osapuolen kasvojen säilyttäminen tulee samalla tavalla keskeiseksi kuin tuen antaminen. Näin ollen tehokkaiden supportiivisten viestien rakentamisen tulisi perustua sekä supportiiviseen intentioon että kasvojen säilyttämisen strategioihin, jotta supportiivisella viestinnällä voisi olla positiivista vaikutusta tuen saajan hallinnan tunteeseen ja minäkuvaan.

6 SOSIAALISEN TUEN TUTKIMUSMENETELMIÄ

6.1 Havaitun ja saadun tuen mittaaminen

Sosiaalisen tuen tutkimustraditio on monitieteellinen, ja tukea on tarkasteltu runsaasti erityisesti lääketieteen, sosiaalitieteiden ja psykologian lähtökohdista. Tämä tieteenalatausta näkyy paitsi tutkimusnäkökulmien valinnassa myös tutkimusmenetelmissä. Sosiaalista tukea on viime vuosiin asti tarkasteltu lähinnä tilastollisin menetelmin, ja erityisesti yksilön näkökulmaa korostava havaitun tuen tutkimusnäkökulma näkyy erilaisten mittareiden ja instrumenttien käytössä. Edelleen sosiaalisen tuen tutkimuskentällä tarkastellaan sosiaalisen tuen ja esimerkiksi sairastavuuden välisiä yhteyksiä lähinnä survey-asetelmin. Tutkimusalueen sisäisen koherenssin puute näkyy sekä sosiaalisen tuen ilmiötason määritelmässä, operationaalisissa käsitteissä että menetelmien valinnassa ja kehittämisessä.

Saadun ja havaitun tuen mittaamiseksi on kehitetty runsaasti erilaisia strukturoituja kyselyitä ja mittareita (ks. Stewart 1993). Tardy (1988, 348-349) on analysoinut näitä instrumentteja, ja hän jakaa ne viiteen ryhmään sen mukaan, mikä on niiden keskeisin fokus. Tardyn (1988) mukaan sosiaalista tukea on pyritty mittaamaan tarkastelemalla 1) sosiaalisen tuen suuntaa, jolloin mitataan joko annettua tai saatua tukea, 2) sosiaalisen tuen laatua, mikä tarkoittaa joko saadun tai havaitun tuen mittaamista, 3) sosiaalisen tuen funktionaalista tai strukturaalista luonnetta, jolloin on tarkoitus joko kuvata tukea tai arvioida tyytyväisyyttä tukeen, 4) sosiaalisen tuen sisältöä eli tuen ilmenemis- tai ilmaisumuotoja sekä 5) sosiaalista verkostoa eli sosiaalisen tuen lähdettä.

Tardy (1988) toteaa, että jokainen mittari ottaa kantaa näihin kaikkiin viiteen ulottuvuuteen, vaikka niiden keskeisin fokus olisikin jossain erityispiirteessä. Erityisen runsaasti sosiaalista tukea on tarkasteltu tuen laadun näkökulmasta, ja tukea on tarkasteltu runsaasti tuen saajan havaittuna tukena. Havaittua tukea on kuvattu lähinnä kuvaamalla sen saatavuutta ja erilaisia ilmenemis-

muotoja kuten emotionaalista tai tiedollista tukea sekä niiden vaikutuksia hyvinvointiin. (Stewart 1993, 29.)

Sosiaalisen tuen erilaisia mittareita on kritisoitu runsaasti. Ongelmallisena on pidetty sitä, että tutkimuksissa on lähdetty usein luomaan instrumenttia alusta sen sijaan, että olisi pyritty kehittämään jo olemassa olevia eteenpäin, ja määrätietoinen instrumenttien kehittämistä ja testaamista on tehty hyvin vähän (Tardy 1988, 348; Stewart 1993, 135-139). Erityisen problemaattisena on kuitenkin pidetty sosiaalisen tuen operationaalistamisesta johtuvia ongelmia. Sosiaalisen tuen operationaaliset käsitteet ovat olleet yhteensopimattomia, mikä vaikeuttaa tutkimustulosten vertailua ja arviointia. Esimerkiksi Stewart (1993, 6) toteaa, ettei tutkimuksissa riittävästi eksplikoida sitä, mitataanko tukea havaittuna vai saatuna tukena eli tarkastellaanko tukea kognitiivisena ilmiönä vai käyttäytymisen tasolla. Samaan mittariin voi myös sisältyä osioita, jotka itseasiassa mittaavat tukea eri tasoilla (ks. esimerkiksi Kuusinen 1994). Callaghan ja Morrissey (1993) pitävät riittämätöntä ja epätarkkaa käsitteen määrittelyä koko tutkimusalueen suurimpana ongelmana. Operationaalisten käsitteiden luomisen ongelma heijastelee heidän mukaansa sitä, ettei sosiaalista tukea ole pystytty määrittelemään riittävän selkeästi ilmiötasollakaan.

Vaikka sosiaalisen tuen mittaamista on pidetty ongelmallisena, ei mittareita ole juurikaan verrattu toisiinsa. Bass ja Stein (1997) ovat kuitenkin testanneet kahta sosiaalisen verkoston mittaamiseksi luotua instrumenttia, sosiaalisen verkoston luetteloa (Social Network List) ja sosiaalisen tuen kyselyä (Social Support Questionnaire). Heidän vertailussaan SNL:n tulokset kuvasivat yksilön sosiaalisen verkoston suuremmaksi kuin SSQ, mutta SSQ osoitti suurempaa tyytyväisyyttä havaitun tuen määrässä kuin SNL. Tutkijat selittävät eroja esimerkiksi sillä, että mittareiden instruktiossa kuvattu ystävyys-suhteen luonne tai tapaamisten arvioitu useus ohjaavat ajattelemaan erityyppisiä ihmissuhteita ja niissä saatavaa tukea.

Vaikka Bass ja Stein (1997) ovat varovaisia tulostensa suhteen, voidaan pitää ilmeisenä, etteivät mittarit ole vaihdettavissa toistensa kanssa. Erilaisilla mittareilla voidaan siis saada hyvinkin ristiriitaisia tuloksia, joskin tulokset ovat toki suuntaa antavia. Tutkimustulosten arviointi on kuitenkin vaikeaa, koska tuloksiin saattavat vaikuttaa sekä todelliset olosuhteet että mittausvirhe. Mittaritutkimusta onkin kritisoitu runsaasti sen reliabiliteetin ja validiteetin ongelmista, joka johtuu sekä operationaalisista käsitteistä että mittausten testaamisen puutteesta (Stewart 1993).

Sosiaalisen tuen mittaamista on pidetty ongelmallisena myös siksi, että tutkimusote on ollut yksipuolisen introspektiivinen, mikä on jättänyt tuen antajan ja vuorovaikutusprosessin huomiotta, eivätkä ne kuvaa tilannetta, vaan tuen saajan käsitystä tai kokemusta tilanteesta. Toisaalta niiden ongelmiana, erityisesti stressaavia elämäntilanteita tarkasteltaessa, on ollut niiden retrospektiivisyys, jolloin kokemuksia on mitattu vasta akuuttia stressiä tuottavan tilanteen jälkeen (Callaghan & Morrisey 1993; Barbee & Cunningham 1995; Sarason, Pierce & Sarason 1990a)

Kaikkein keskeisimpänä ongelmana on sosiaalisen tuen tarkastelussa pidetty kuitenkin sitä, ettei vuorovaikutuskäyttäytyminen ja yksilöiden toiminta ja heidän välisensä vuorovaikutus näy riittävästi tutkimuksessa. Vaikka yksilön kokemuksilla ja havainnoilla on tärkeä merkitys supportiivisessa viestintäprosessissa, tulisi myös käyttäytymisen tason näkyä tutkimuksessa. Esimerkiksi Callaghan ja Morrisey (1993, 208) tulevat kriittisessä katsauksessaan siihen tulokseen, että havaitun tuen mittaaminen tulisi entistä määrätietoistemmin pyrkiä linkittämään aktuaaliseen supportiiviseen vuorovaikutukseen. Sarason, Pierce ja Sarason (1990a, 497) puolestaan toteavat, että sosiaalista tukea tulisi tarkastella sekä observoimalla vuorovaikutusta että määrittelemällä molempien vuorovaikutusosapuolien havaintoja. Heidän mukaansa pelkkiin kokemuksiin (havaintoihin) nojaaminen jättää osan vuorovaikutukseen vaikuttavista tekijöistä huomiotta, ja erityisesti tuen antajan intentiot jäävät helposti tuen saajan tulkinnan varaan.

6.2 Laadullisia lähestymistapoja

Sosiaalisen tuen vuorovaikutusnäkökulmasta tutkimuksen tulisi kohdentua erityisesti viestintäprosessin tarkasteluun. Tutkimuksissa ovat monet merkityksen antoon keskeisesti vaikuttavat tekijät kuitenkin jääneet hyvin vähälle huomiolle. Erityisesti kulttuuriin, kontekstiin ja viestintätilanteeseen vaikuttavia tekijöitä on tarkasteltu toistaiseksi hyvin vähän (Goldsmith & Fitch 1997). Näiden tekijöiden tutkimiseksi on viime vuosina pyritty soveltamaan erityisesti laadullisia menetelmiä, joissa pääpaino on ollut sekä viestintäprosessin analysoimisessa että osallistujien kokemusten tarkastelussa. Kokemuksia on pyritty tarkastelemaan aineistolähtöisesti sen sijaan että niitä olisi mitattu erilaisin strukturoiduin mittarein. Laadullisten menetelmien soveltaminen sosiaalisen tuen tutkimiseen on noussut paitsi tarpeesta tarkastella viestintäprosessia ja käyttäytymisen tasoa myös naturalistisen paradigman vahvistumisesta puheviestinnän tutkimuksen kentällä yleisemminkin (ks. esim. Frey, Botan & Kreps 2000).

Sosiaalista tukea on tarkasteltu monin erilaisin laadullisin lähestymistavoin, erityisesti näyttäisi vahvistuneen etnografinen ote, jossa kulttuuri on viitekehys supportiivisen viestinnän kuvaamiselle. Etnografisessa tutkimuksessa pyritään löytämään niitä eksplisiittisiä ja implisiittisiä oletuksia, jotka ohjaavat toimintaa ja vuorovaikutusta tietyssä kulttuurissa (Frey, Botan & Kreps 2000, 259), ja tutkimusotteelle on tyypillistä intensiivinen osallistuvaan havainnointiin ja haastatteluun perustuva aineiston keruu (Grönfors 1985).

Etnografista lähestymistapaa ovat sosiaalisen tuen tarkastelemisessa soveltaneet esimerkiksi Adelman ja Frey (1997), jotka tutkivat vuorovaikutusta AIDSia sairastavien hoivayhteisössä. Sosiaalista tukea he tarkastelivat yhteisöllisenä prosessina osana luonnollisen ryhmän toimintaa, ja aineiston keruuta varten tutkijat toimivat yhteisössä useiden vuosien ajan. Adelmanin ja Freyn (1997) tulokset kuvaavat hoivakodin vuorovaikutusta sekä sosiaalisen tuen toteutumista tuossa vuorovaikutuksessa.

Myös Goldsmith ja Fitch (1997) ovat käyttäneet etnografista lähestymistapaa tutkimuksessaan, jonka tarkoituksena oli kuvata neuvomista sosiaalisen tuen muotona. Tutkijat keräsivät aineistoa havainnoimalla ja kirjaamalla ylös luonnollisia neuvontatilanteita sekä haastatteleamalla tuen saajaa tilanteen jälkeen. Menetelmän avulla Goldsmith ja Fitch (1997) pyrkivät löytämään niitä kulttuurisia sääntöjä, jotka määrittävät sitä, milloin neuvot ja neuvominen koetaan supportiiviseksi ja mitkä tekijät vaikuttavat siihen, että neuvominen koetaan puolestaan negatiiviseksi, eli vallankäytöksi, asioihin sekaantumiseksi ja uhaksi autonomialle.

Etnografiseen menetelmään kuuluu olennaisena osana vuorovaikutuksen ja viestinnän havainnointi, ja sen avulla voidaan selvittää, kuinka sosiaalista tukea pyritään välittämään. Se perustuu siis viestintäkäyttäytymisen tarkastelulle, joskin etnografiaan kuuluvat olennaisena osana myös haastattelut, joissa pyritään selvittämään sitä, kuinka yhteisön (kulttuuriin kuuluvat) jäsenet tulkitsevat toimintaa ja tapahtumia. Etnografian lähtökohtana on kuitenkin selkeästi se, että käyttäytymistä havainnoidaan luonnollisessa kontekstissa, ja analyysi perustuu siis käyttäytymisen analysoimiseen.

Myös keskusteluanalyysi perustuu aktuaalisen viestinnän tarkasteluun. Sen lähtökohta on etnometodologiassa, jonka tavoitteena on kuvata arkipäivän keskusteluja, joiden kautta todellisuutta jäsennetään (Frey, Botan & Kreps 2000, 259-260). Bovino (1999) on analysoinut HIV-potilaan ja hänen äitinsä välistä vuorovaikutusta keskusteluanalyysin avulla, jotka potilas itse nauhoitti ja tutkija transkriboi. Tutkimus kohdentui nimenomaan sosiaaliseen tukeen arkikeskusteluissa. Keskusteluaineiston pohjalta tutkija tuli tulokseen, ettei tukea juurikaan välitetty, mutta potilasta haastateltaessa nousi esiin tämän oma käsityksensä, joka oli päinvastainen tutkijan tekemiin päätelmiin nähden.

Sekä etnografian että keskusteluanalyysin näkökulmasta pyritään tarkastelemaan sitä, mitä vuorovaikutuksessa todella tapahtuu. Sen sijaan eläytymismenetelmän tarkoituksena on kuvata sitä, mitä tutkittavat pitävät poten-

tiaalisissa tilanteissa todennäköisenä, toivottavana tai olettavana ja miten he oletetussa tilanteessa toimisivat. Kiinnostavaa on se, että eläytymismenetelmää ja sen sovelluksia on käytetty viime vuosina melko runsaasti aineistonkeruumenetelmänä tarkasteltaessa sosiaalisen tuen välittämistä ja supporttiivista viestintää. Varioimalla erilaisia potentiaalisesti supporttiivisia tilanteita on tarkasteltu esimerkiksi tuen antajan attribuutioiden merkitystä supporttiivisten sanomien sisältöön (Goldsmith & Dun 1997; Jones & Burleson 1998) sekä tukea tarvitsevan toivomia responsseja ongelmatilanteessa (Clark & Delia 1997; Ford, Babrow & Stohl 1997). Menetelmä tarjoaakin yhden mahdollisuuden tarkastella sitä, millaiset tekijät vaikuttavat siihen, miten supporttiivisia sanomia pyritään tuottamaan. Toisaalta on mahdollisuus tarkastella myös sitä, millaisia odotuksia erilaisissa tilanteissa toisten käyttäytymiseen kohdistuu.

Sosiaalista tukea tarkastelevissa tutkimuksissa ei juurikaan ole käytetty haastattelua itsenäisenä aineistonkeruumenetelmänä, vaan haastattelut ovat liittyneet esimerkiksi eläytymismenetelmällä tuotettujen tarinoiden keräämiseen tai etnografiseen lähestymistapaan. Jokinen (1995) on soveltanut haastatteluun ns. tuetun mieleenpalauttamisen -menetelmää. Menetelmän perusajatuksena on se, että tallenteen katsominen palauttaa osan niistä tuntemuksista ja tunnekokemuksista, joita osallistujat ovat kokeneet tallentamisen tekohetkellä. Jokinen (1995) käytti apunaan videotallennetta hoitotilanteista, joihin osallistui hoitaja, astmaa sairastava lapsi ja vanhempi tai vanhemmat. Videotallenteen tutkija katsoi yhtä aikaa vanhempien kanssa ja hän haastatteli vanhempaa tallenteen katsomisen jälkeen. Koska tutkimuksen tavoite oli kuvata nimenomaan vanhempien kokemusta, ei vuorovaikutuksen analyysia tutkimuksessa raportoitu.

7 POTILAAN JA HOITAJAN VUOROVAIKUTUS

7.1 Hoitajan ja potilaan vuorovaikutussuhde

Viestinnällä on potilaan näkökulmasta keskeinen merkitys sille, millainen kokemus hänelle terveydenhuollosta ja sairaalasta muodostuu. Potilaan arviot hoidon laadusta perustuvat nimenomaan interpersonaalisiin suhteisiin potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä, ja vuorovaikutuksen laatu vaikuttaa siihen, millainen käsitys potilaalle saamastaan hoidosta syntyy (esim. Fosbinder 1994, 1085; Haverinen 1998). Myös sairaalassa olostaan potilaat näyttäisivät muistavan erityisesti vuorovaikutukseen liittyviä seikkoja. Ruben (1993, 100-104) on tutki sairaalasta kotiutuneiden kirurgisten potilaiden mieleenpainuneinta positiivista tai negatiivista tapahtumaa sairaalajakson ajalta. Lähes puolet vastanneista (47 %) mainitsi jonkun viestintään tai interpersonaaliseen suhteeseen liittyvän tapahtuman tai tilanteen. Hoidon tekniseen puoleen kuten esimerkiksi tutkimuksen suorittamiseen tai lääkahoitoon liittyi vain noin neljännes vastauksista (27 %), vaikka kyse oli kirurgisesta hoidosta, joka on luonteeltaan hyvin operatiivista.

Potilaat näyttäisivät muistavan sairaalajaksoltaan erityisesti hoitajaan liittyviä tapahtumia ja asioita (Ruben 1990, 63). Potilaan ja sairaanhoitajan välinen vuorovaikutussuhde onkin potilaalle ensisijaisen tärkeä, koska potilaan vuorovaikutus hoitajan kanssa on sairaalassa olon aikana yleensä runsaampaa kuin lääkärin kanssa ja koska hoitajalla on tällöin vastuu potilaan hyvinvoinnista. Siirtyminen funktionaalisesta tehtäväkeskeisestä hoitotyöstä yksilövastuiseen hoitotyön toimintamalliin on entisestään lisännyt potilaan vuorovaikutusta saman hoitajan kanssa. Yksilövastuiseen hoitotyön toimintamallin taustalla on pyrkimys parantaa hoidon jatkuvuutta, kokonaisvaltaisuutta ja yksilöllisyyttä. Hoitotyön lähtökohtana on potilas, jolle nimetään omahoitaja. Hoitoa ei siis ositeta erillistehtäviksi, vaan omahoitaja vastaa potilaan tarpeenmukaisesta hoidosta koko hoitojakson ajan. Yksilövastuinen hoitotyö lisää hoitajan ja potilaan vuorovaikutusta, mikä toimii pohjana

myös hyvän hoito- ja vuorovaikutussuhteen rakentamiselle. (Henkilöjohtaminen sairaalaosastolla 1997, 8-9.)

Hoitosuhde on keskeinen käsite tarkasteltaessa sekä hoidon laatua että potilaan tyytyväisyyttä saamaansa hoitoon (Fosbinder 1994, 1085; Leino-Kilpi 1991, 200-201). Hoitosuhteella tarkoitetaan hoitajan ja potilaan välistä ammatillista auttamissuhdetta, jonka kautta potilas pyrkii kohti terveyttä ja hyvinvointia silloin, kun suhde potilaan ja hänen hyvinvointinsa välillä on jollain tavalla ongelmallinen tai häiriintynyt. Hoitosuhteen perusta on siis apua tarvitsevan terveysongelmissa, ja se toteutuu hoidonantajan ja asiakkaan vuorovaikutussuhteessa (Leino-Kilpi 1991, 201-202.)

Leino-Kilven (1991, 203) mukaan potilaan ja hoitajan välistä suhdetta voidaan kuvata sekä instrumentaalisenä suhteena että intentionaalisenä suhteena. Instrumentaalilla suhteella viitataan hoitajan ammatillisia päämääriä palvelemaan vuorovaikutussuhteeseen. Hoitosuhteen kautta hoitaja saa aikaan tuloksia, jotka näkyvät potilaan terveydentilassa, ja vuorovaikutusta käytetään välineenä hoidon tavoitteiden saavuttamiseksi. Intentionaalinen suhde viittaa potilaslähtöiseen suhteeseen: hoitosuhde nähdään potilaan terveyteen liittyvien intentioiden palvelijaksi. Tällöin vuorovaikutus ja hoitosuhde nähdään osana potilaan selvitymis- tai hallintastrategiaa. Nämä strategiat liittyvät kiinteästi potilaan tapaan pyrkiä hallitsemaan omaa suhdettaan terveyteensä sekä käsittelemään terveysongelmia.

Potilaan osallistumismahdollisuuksia päätöksentekoon ja omaan hoitoonsa on pidetty keskeisenä hoitotyötä säätelevänä periaatteena (esim. Leino-Kilpi 1991; Perälä (toim.) 1998, 12-13). Tämä ei kuitenkaan toteudu aina toivotulla tavalla (esim. Partanen, Perälä & Turunen 1998). Esimerkiksi Suomisen, Leino-Kilven ja Laippalan (1994) rintasyöpäpotilaiden kokemia osallistumismahdollisuuksia tarkastelleeseen tutkimukseen osallistuneet potilaat kokivat omat osallistumismahdollisuudet vähäisiksi. Tutkimukseen osallistuneet hoitajat puolestaan arvioivat potilaiden osallistumismahdollisuudet suuremmiksi kuin potilaat itse. Tutkijat arvioivat, että erityisesti terveyden-

huollon organisaatio rajoittaa potilaiden osallistumismahdollisuuksia. Organisaatio voikin tuottaa käytäntöjä ja toimintamalleja, jotka vaikeuttavat yksilöllisen hoidon mahdollisuuksia. Tällaisia voivat olla esimerkiksi ajan puute ja tiettyjen asioiden läpikäyminen tietyssä vaiheessa hoitoa. Myös hoitajan ja potilaan välisen vuorovaikutuksen institutionaalinen, ammattirooleja korostava kehys, voi ohjata potilasta omaksumaan passiivisen sairaanroolin. (Liimatainen, Kettunen & Poskiparta 1996, 81-82; ks. myös Leino-Kilpi 1991, 202.)

Vaikka potilaan itsemääräämisoikeutta ja osallistumista päätöksentekoon pidetään tärkeänä, suomalaiselle potilaalle näyttäisi olevan kuitenkin ominaista se, että hän on ylipäättään vain vähän kiinnostunut itsemääräämisestä ja itsevastuusta. Leino-Kilven (1991, 205-206) mukaan potilaat näyttäisivät erityisesti toivovan sitä, että heistä huolehditaan. He näyttäisivät myös luottavan voimakkaasti hoitajan ammattitaitoon, mikä saa heidät pysyttämään traditionaalisessa potilaan roolissa. Ongelmallista tämä on silloin, mikäli potilaan huolenaiheet jäävät piiloon, eivätkä nouse esille sairaalahoidon aikana. Tämä riski näyttäisi joltain osin olevan todellinen. Leino-Kilpi, Kurittu ja Välimäki (1993) kartoittivat sisätautipotilaiden kokemuksia potilasoikeuslain sisältöalueista. Kyselyn osiot mittasivat, saiko potilas riittävästi informaatiota, oliko hänen saamansa kohtelu ja hoito hyvää, kuinka potilaan oikeudet itsemääräämiseen toteutuvat hoidossa ja kuinka tietoisia potilaat uudesta laista ovat. Juuri itsemääräämisen kohdalla tulosten hajonta oli suuri, ja tutkijat tulevatkin johtopäätökseen, että potilaat eivät osaa hahmottaa omia oikeuksiaan ja mahdollisuuksiaan osallistua omaan hoitoonsa.

Häggman-Laitila (1994, 84) on puolestaan selvittänyt temahaastatteluin, millaisia potilaana olemista koskevia käsityksiä terveydenhuollossa asioivilla on, millaisia potilaana olemisen kokemuksia heillä on sekä mitä potilaana oleminen potilaille merkitsee. Häggman-Laitilan (1994, 87-88) analyysissä nousivat esiin potilaana olemisen tavat: potilaat näkivät hyvän potilaan olevan oma-aloitteinen ja omatoiminen tai sopeutuva ja kuuliainen. Erityi-

sesti oma-aloitteisten potilaiden nähtiin tulevan kuulluiksi. Passiivisten ja kuuliaisten potilaiden tarpeet jäävät haastateltavien mukaan vähemmälle huomiolle. Haastatellut potilaat selittivät tätä sekä tilanteen outoudella että henkilökunnan kiireellä. Potilaat eivät myöskään halua olla vaivaksi tai he toivoivat voivansa keskustella kahden kesken, jota tilaisuutta potilaalle ei kuitenkaan tullut.

Leino-Kilven (1991) kuvaus potilaan näkökulmasta lienee edelleen relevantti, vaikka viimeisten kymmenen vuoden aikana hoitotyössä onkin pyritty toteuttamaan entistä vahvemmin yksilökeskeistä lähestymistapaa. Organisaatioon ja sen kulttuuriin liittyvät tekijät muuttuvat hitaasti. Tarkasteltaessa Häggman-Laitilan (1994) potilashaastatteluiden tuloksia ja toisaalta potilas-oikeuslaista tehtyä selvitystä (Leino-Kilpi, Kurittu ja Välimäki 1993), näyttää ilmeiseltä, että potilaan oma orientaatio ja aktiivisuus määrittävät keskeisesti sitä, millaiseksi hänen roolinsa muodostuu. Potilaalla oleva tieto ja toisaalta esimerkiksi hänen asenteensa vaikuttavat voimakkaasti siihen, kuinka hänen oikeutensa toteutuvat (ks. myös Partanen, Perälä & Turunen 1998, 124-126). Problemaattisia kulttuuriset tekijät ovat erityisesti niissä tilanteissa, joissa potilaan sairaus vaikuttaa hänen kykynsä ja haluunsa toimia aktiivisesti. Esimerkiksi moniin somaattisiin sairauksiin liittyvä masennus voi lisätä tätä riskiä.

7.2 Potilaan orientaatio ja viestintätaidot

Potilaan ja hoitajan vuorovaikutukseen vaikuttavat monet tekijät kuten potilaan ja hoitajan rooli- ja viestintäodotukset sekä heidän viestintätaitonsa. Vuorovaikutukseen heijastuvat myös asiakkaan aiemmat kokemukset hoitoorganisaatiosta, ja toisaalta siinä näkyy hoitajan rooli ja asema työryhmässään ja henkilökunnan jäsenenä. (Liimatainen, Kettunen & Poskiparta 1996, 82.) Esimerkiksi osastohoidossa useaan otteeseen olleella potilaalla on kulttuurista tietoa sairaalan toimintatavoista, jolloin hänen erilaisille asioille ja vuorovaikutustilanteille antamansa merkitykset voivat olla hyvinkin erilaisia

verrattuna ensi kertaa hoitoon tulevaan. Vastaavasti hoitajan toiminnassa näkyy esimerkiksi hänen työhistoriansa, joka määrittää osaltaan hoitajan toimintaa ja suhtautumista potilaaseen (esim. Silfver, Lauri & Leino-Kilpi 1993).

Hoitajan ja potilaan vuorovaikutukseen vaikuttavat monella potilaan yksilölliset piirteet ja asenteet. Yhtenä keskeisenä tekijänä voidaan pitää potilaan suhtautumista hoidonantajaan ja hoitoon yleensä. Vehviläinen-Julkunen (1994) on tarkastellut terveydenhoitajan ja asiakkaan piirteitä lastenneuvolassa. Hän haastatteli sekä asiakkaita että hoitajia neuvolakäynnin jälkeen. Asiakkaiden haastattelujen perusteella heidät voitiin jakaa neljään tyyppiin: 1) ei-sitoutuneisiin, 2) kiinnostuneisiin, mutta ujoihin, 3) kiinnostuneisiin, mutta pettyneisiin sekä 4) halukkaisiin ja vastuutaottaviin asiakkaisiin. Tyypit erottuivat toisistaan kuvaamiensa asenteiden ja käyttäytymisen tasolla: halukkuus osallistua aktiivisesti keskusteluun neuvolakäynnillä ja omien osallistumismahdollisuuksien kokeminen olivat ne keskeiset tekijät, jotka erottelivat asiakastyyppejä.

Potilaan suhtautuminen hoitoonsa ja hoidonantajaan perustuu suurelta osin hänen käsitykseensä terveydestä ja mahdollisuuksista vaikuttaa siihen. Kuusinen (1994, ks. s. 64-68) on kuvannut neljää yksilöllistä itsehoito-orientaatioita, jotka ovat autonominen, ulkoaohjautuva, horjuva ja autonomiaa puolustava itsehoito-orientaatio. Kuusinen (1994) tutki sekä teemahaastatteluin että erilaisin mittarein niitä psyykkisiä tekijöitä, jotka itsehoito-orientaatioihin vaikuttavat. Autonomiselle orientaatiolle oli tyypillistä asiakkaan autonominen motivaatio-orientaatio, ulkoaohjautuvalle puolestaan runsas kontrolliorientaatio. Autonomiaa puolustavalle orientaatiolle oli tyypillistä näennäisautonomian runsaus ja oppositioasenne, ja horjuvalle puolestaan epäassertiivisuus (Kuusinen 1994, 161.)

Potilaan sairaus, sosiaaliset tekijät sekä potilaan asenteet ja käyttäytyminen heijastuvat vuorovaikutukseen ja näkyvät sen kautta myös hoitajan tunteissa ja toiminnassa (Silfver, Lauri ja Leino-Kilpi 1993, 35-38). Hoitajan kokemuk-

set asiakkaasta hoitotilanteessa vaikuttavat merkittävästi siihen, kuinka hoitaja pyrkii vuorovaikutustilanteessa toimimaan, kuinka hän potilasta lähestyy ja kuinka vuorovaikutus potilaan kanssa rakentuu. Esimerkiksi Vehviläinen- Julkunen (1993, 14) haastatteleminen hoitajien tyytyväisyys vuorovaikutukseen perustui erityisesti äidin persoonallisuuteen ja käyttäytymiseen, lapsen käyttäytymiseen sekä hoitosuhteen jatkuvuuteen.

Silfver, Lauri ja Leino-Kilpi (1993) tarkastelivat, millaisia potilaaseen liittyviä tekijöitä hoitajat pitävät hankalana. He selvittivät myös, millaisia tunteita hankalaksi koetut potilaat herättävät ja miten hankalaksi koetut potilaat vaikuttavat hoitajan toimintaa. Tutkimus toteutettiin kyselylomakkeella sisätautien ja kirurgian osastoilla.

Silfver, Lauri ja Leino-Kilpi (1993, 38-40) kysyivät erityisesti työskentelystä pitkäaikaispotilaan sekä psyykkisesti sairaan ja kuolevan potilaan kanssa. Sosiaaliin tekijöihin liittyen kysymyksiä esitettiin potilaan iästä ja sukupuolesta, kulttuuritaustasta, sosiaalisesta asemasta ja koulutuksesta sekä potilaan perhesuhteesta. Myös potilaan asenteet ja käyttäytyminen vaikuttavat hoitotyöhön. Tutkimuksessa kysyttiin myös kokemuksia hoitotyöstä silloin, kun potilas on sekava, levoton ja muistamaton, sopeutumaton ja yhteistyökyvytön, alkoholisoitunut, masentunut ja itsetuhoinen, pelokas ja ahdistunut, valittava ja vaativa tai aggressiivinen.

Silfverin, Laurin ja Leino-Kilven (1993, 51-103) tuloksissa nousi esille se, että hankalaksi koetulle potilaalle on tyypillistä oireiden liioittelu; puolet tutkimukseen osallistuneista hoitajista (51 %) piti tätä tyypillisenä. Kyselyyn sisältyneiden avointen kysymysten vastauksissa hoitajat tulkitsivat tämän johtuvaksi esimerkiksi potilaan leimautumisesta ja myös kyvyttömyydestä ilmaista itseään. Hoitajaan potilaan käyttäytyminen heijastuu sekä tunteiden että toiminnan tasolla. Tutkimukseen osallistuneet hoitajat katsoivat sopimattomaksi tuntea kielteisiä tunteita potilasta kohtaan, ja lähes viidesosa (17 %) hoitajista kokikin, että on hyvä välttää hankalaksi kokemaansa potilasta. Toisaalta viidesosa (22 %) tutkimukseen osallistuneista oli sitä mieltä, että

hankalaksi koettua potilasta hoidettiin paremmin kuin muita potilaita. Hoitajien toimintamalleiksi hankalan potilaan kanssa muodostuvat siis joko välttäminen tai pakonomainen hoitaminen ja tunteiden hillintä.

Verrattaessa Silfverin, Laurin ja Leino-Kilven (1993) tutkimien hoitajien ja Häggman-Laitilan (1994, ks. edellinen luku) haastatteleminen potilaiden kokemuksia näyttää ilmeiseltä, että hankalaksi potilaaksi näyttäytyy huomiota vaativa ja omaa tilannettaan korostava potilas. Sekä organisaatiosta, työpaineesta että potilaan käyttäytymisestä johtuvat seikat vaikuttavat helposti potilaan leimautumiseen. Potilaalle huomion vaatiminen voi kuitenkin olla myös esimerkiksi tunteiden ja ahdistuksen ilmaisemista, tuen tarpeen ilmaisemista ja jopa omista oikeuksista kiinnipitämistä tilanteessa, jossa potilas ei löydä muita ilmaisukeinoja.

Potilaan viestintätaidot vaikuttavat suurelta osin siihen, kuinka hän voi toteuttaa omia tavoitteitaan oman hoitonsa suhteen. Potilaiden saamalla koulutuksella ja ohjauksella näyttäisi olevan positiivinen vaikutus erityisesti informaation hankkimisen taitoihin. Cegala, McClure, Marinelli ja Post (1999) ovat tarkastelleet potilaan saaman etukäteisohjannan merkitystä lääkärin ja potilaan väliselle viestinnälle vertaamalla kolmea potilasryhmää. Tutkijat muodostivat ryhmät, joista ensimmäinen sai 14-sivuisen ohjelehden postitse pari päivää ennen vastaanotolle tuloa, toinen ryhmä sai parin sivun tiivistelmän katsottavaksi odotushuoneessa ja kolmas ryhmä ei saanut mitään etukäteisohjainta. Vastaanottotilanteet nauhoitettiin, ja analysoitiin. Tulokset osoittivat, että potilaat, jotka saivat ohjelehtisen luettavakseen kotiin ennen lääkärin tapaamista, pyrkivät tehokkaammin saamaan informaatiota, antoivat tarkempaa tietoa oireistaan ja tekivät enemmän yhteen-vetoja varmistaakseen lääkäriltä saamaansa tietoa verrattuna kahteen muuhun ryhmään. He myös saivat enemmän yksityiskohtaista tietoa omasta terveydentilastaan. Samansuuntaisia tuloksia saivat myös Socha McGee ja Cegala (1998) tarkastellessaan potilaan saaman henkilökohtaisen viestintä-opastuksen vaikutusta potilaan toimintaan. Koulutus perustui sekä kysymisen taitojen että informaation todentamisen taitoihin harjaannuttamiseen.

Koulutuksella näytti olevan vaikutusta erityisesti informaation hankkimiseen, kuten suorien ja epäsuorien kysymysten tekemiseen, ymmärrystä testaaviin ilmauksiin, informaation käyttökelpoisuuteen, sekä informaation mieleenpalauttamiseen.

7.3 Hoitajan orientaatio, yksilölliset piirteet ja viestintätaidot

Hoitajan toimintaa ja käyttäytymistä ohjaa hänen orientaationsa hoitotyöhön, joka määrittää myös suhtautumista potilaaseen. Vehviläinen-Julkunen (1994, 12-13, ks. edellä) haastatteli äitiysneuvolassa työskenteleviä terveydenhoitajia. Haastattelussa hoitajia pyydettiin kuvaamaan edellistä tapaamista äidin kanssa ja kertomaan oman työnsä lähtökohdista. Aineiston perusteella terveydenhoitajat voitiin jakaa orientaatioltaan kolmeen luokkaan: 1) niihin, joille perheet olivat tärkein asia, 2) niihin, jotka pyrkivät tasapainottelemaan lastenneuvolan ohjeiden ja perheen tarpeiden välillä sekä 3) niihin, jotka pitivät ohjeita keskeisellä sijalla. Erityisesti työkokemus ja sitoutuneisuus nimenomaan lastenneuvolatyöhön näytti vaikuttavan siihen, kuinka terveydenhoitaja työhönsä orientoitui. Lyhyen aikaa neuvolassa työskennelleet pitivät ohjeita tärkeinä. Sitoutuneisuus näkyi perheen tarpeiden korostamisena.

Terveysneuvontaa sairaalassa ovat tarkastelleet Liimatainen, Kettunen ja Poskiparta (1996), jotka arvioivat kuvanauhoilta terveysneuvontatilanteita. He tunnistivat aineistostaan kolme erilaista terveysneuvontatyyppeä eli hallitsevan, osallistuvan ja konsultoivan hoitajan. Hallitsevalle neuvojalle oli tyypillistä se, että vuorovaikutussuhde muodostui subjekti-objekti –suhteeksi, jossa hoitaja oli hallitseva asiantuntija ja potilas vastaanottaja. Neuvontamateriaalilla oli tilanteissa hallitseva osuus, ja neuvonnan lähtökohtana olivat organisaation tarpeet. Osallistuvan terveysneuvojan toiminnassa vuorovaikutuksessa rakentui subjekti-subjekti –suhde, jossa molemmat osallistujat olivat osallistuvan asiantuntijan roolissa. Materiaalin merkityksenä oli tukea neuvontaa ja neuvonnan lähtökohtana olivat sekä potilaan että

organisaation tarpeet. Konsulttineuvoja lähti subjekti-subjekti lähtökohdasta: hoitaja asettautui käytettävissä olevan asiantuntijan rooliin ja potilas oli refleктоivan asiantuntijan osassa. Neuvonnan lähtökohtana olivat erityisesti potilaan tarpeet, ja materiaali oli sivuosassa. Neuvonnan luonne vaihteli riippuen neuvontatyypistä: hallitseva tyyppi luennoi, osallistuva neuvonta oli luonteeltaan vapaata keskustelua ja konsultoivassa neuvonnassa korostui kuunteleminen. Verrattaessa Liimataisen, Kettusen ja Poskiparran (1996) tuloksia Vehviläinen-Julkusen (1994) kuvaamiin tyyppeihin ovat tulokset hyvin samansuuntaisia. Keskeistä hoitajan orientaatiossa näyttäisikin olevan hänen suuntautumisensa joko potilaslähtöiseen tai organisaation toimintatapoihin kiinnittyvään lähestymistapaan.

Myös hoitajan yksilöllisillä piirteillä on merkitystä potilaan kokemuksiin ja hoitotilanteiden jäsentymiseen. Esimerkiksi Vehviläinen-Julkusen (1994, ks. edellä) haastatteleminen äitien tyytyväisyys neuvolakäyntiin perustui erityisesti terveydenhoitajan piirteisiin, ja haastateltavat kuvasivat hyvää terveydenhoitajaa ystävälliseksi, positiiviseksi, taitavaksi ja luotettavaksi. Tärkeää äideille oli myös hoitajan suhtautuminen lapseen sekä hoitosuhteen jatkuvuus. McCroskey (1992) kuvaa opettajan "tehokkuutta", joka muodostuu sekä oppilaan käsityksestä opettajan kompetenssista että persoonallisuudesta (character). Samat arviointiperusteet näyttäisivät vaikuttavan myös päätelmiin hoidon antajasta ja hänen luotettavuudestaan. Voisi olettaa, että myös hoitajan "tehokkuus" muodostuu näistä tekijöistä.

Fosbinder (1994) on pyrkinyt selvittämään, mitä potilaat pitävät tärkeänä hoitajan toiminnassa ja millaiset interpersonaaliset taidot nousevat potilaan näkökulmasta keskeisiksi. Tutkimusaineiston keruu tapahtui havainnoimalla hoitotilanteita ja haastatteleamalla potilaita tilanteiden jälkeen. Haastatteluissa potilaat kuvasivat erityisesti hoitajan vuorovaikutustyyliä, ja Fosbinder (1994, 1087) toteaa, että potilaiden kommentit fokusoituivat pikemminkin hoitajan interpersonaaliseen kompetenssiin kuin hoitajan toimintaan.

Aineiston analyysissä Fosbinder (1994, 1087) tunnisti potilaan näkökulmasta neljä vuorovaikutuksen perusprosessia, joita hän kuvaa hoitajan interpersonaalisen kompetenssin osa-alueina. Nämä osa-alueet ovat 1) kääntäminen (translating), 2) tutustuminen (getting to know you), 3) luottamuksen luominen (establishing trust) ja 4) suhteen syventäminen (going extra mile). Kääntämisellä Fosbinder (1994, 1087-1089) viittaa informoimiseen, selittämiseen, opastamiseen ja opettamiseen, siis ammatillisen tiedon välittämiseen potilaalle. Tutustumiseen sisältyy esimerkiksi hymyileminen tai henkilökohtaisten tiedon jakaminen. Luottamuksen luomista kuvaa mm. myötäeläminen ja tarpeiden ennakoiminen, suhteen syventämistä luonnehtii ystävänä oleminen ja perushoidon ylittävä tekeminen.

Fosbinder (1994) kuvaa niitä interpersonaalisen kompetenssin osa-alueita, joita potilaat pitävät tärkeinä hoitajan toiminnassa. Problemaattista lähestymistavassa on se, että hän käyttää sekä vuorovaikutustyylin, kompetenssin ja taitojen käsitettä kuvaamaan samaa ilmiötä, tai ainakin käyttää niitä hieman horjuvasti. Fosbinderin (1994) haastattelemat potilaat kuvaavat hoitajan toimintaa ja viestintäkäyttäytymistä, joskin taitavaa toimintaa. Myös Fosbinderin (1994) kuvaama kategoria "suhteen syveneminen" on viestintäkompetenssin näkökulmasta ongelmallinen: taitojen näkökulmasta voisi olettaa että esimerkiksi luottamuksen luominen ja suhteen syventäminen edellyttävät samanlaisia vuorovaikutustaitoja.

Ruben (1990, 60) jakaa hoitotyössä tarvittavat puheviestintätaidot kolmeen ryhmään: informaation siirtämiseen liittyviin taitoihin, suhteen kehittämisen ja ylläpitämisen taitoihin sekä hoitomyöntyvyyden saavuttamisen taitoihin. Kun on arvioitu eri taitojen keskeisyyttä sairaanhoitajan työssä, on toisaalta informaation siirtämiseen liittyviä ja toisaalta suhteen kehittämisen ja ylläpitämisen taitoja pidetty keskeisinä sairaanhoitajien viestintätaitoina (ks. Thompson 1994, 701-702). Taitojen keskeisyys toki perustuu myös esimerkiksi hoitajan tehtävään ja sairaanhoidon erityisalaan.

Dickson, Hargie ja Morrow (1989, 70-123) jakavat hoitajan viestintätaidot aloitteenteon taitoihin (initiating skills) ja reagoitaitoihin (responding skills). Aloitteenteon taidoiksi he määrittelevät kysymisen ja selittämisen taidot, vuorovaikutuksen avaamisen ja lopettamisen taidot sekä asertiivisuuden. Nämä taidot ovat keskeisiä erityisesti niissä tilanteissa, joissa vuorovaikutus on hoitajalähtöistä ja joissa hoitaja hallitsee vuorovaikutuksen kulkua. Reagoitaitoina Dickson, Hargie ja Morrow (1989, 70-101) pitävät nonverbaalisen viestinnän taitoja, vahvistamista, reflektoinnin eli palautteen antamisen taitoa, sekä kuuntelemisen ja itsestä kertomisen taitoja. Reagoitaitaidot ovat pääpiirteiltään taitoja, joita hoitaja käyttää reagoidessaan muiden viestintään ja aloitteisiin, ja niillä on keskeinen merkitys erityisesti hoitosuhteen luomiselle.

Taitojen keskeisyyttä tarkasteltaessa voidaan havainnoinnin eli kuuntelemisen ja nonverbaalisen viestinnän vastaanottamisen taitoja pitää hoitotyössä keskeisinä. Ne korostuvat erityisesti sekä potilaan asenteiden tunnistamisessa että potilaan psyykkisten ja emotionaalisten tilojen arvioinnissa. Havaintoihinsa perustuen hoitaja tekee päätöksiä esimerkiksi informaation tai tuen antamisesta. Von Essen, Burström ja Sjöden (1994) ovat tutkineet hoitajien ja potilaiden käsityksiä potilaan kokeman ahdistuksen ja depression määrästä sekä emotionaalisen aspektin tärkeydestä hoitotyössä. Tutkijat käyttivät kahta erilaista mittaria, joilla he vertasivat potilaan ja häntä hoitavan hoitajan arviota 1) potilaan ahdistuksen ja depression määrästä sekä 2) erilaisten tekijöiden tärkeydestä hoitotyössä.

Hoitajan ja potilaan käsitykset potilaan emotionaalisesta tilasta eivät tulosten mukaan kohdanneet eli hoitajien ja potilaiden käsitysten välillä ei ollut korrelaatiota. Myös emotionaalisten tekijöiden tärkeyttä mitattaessa hoitajien ja potilaiden arvioissa oli diskrepanssia: erityisesti lohduttamisen kohdalla potilas-hoitaja -parin käsitykset lohduttamisen tärkeydestä erosivat selkeästi, eli tässä tutkimuksessa potilaat arvioivat lohduttamisen tärkeämmäksi kuin hoitajat. Poskiparta (1994) on tarkastellut hoitajien käsityksiä omista vuorovaikutustaidoistaan ja niiden kehittämisestä. Hän toteaa tutkimukseen osal-

listuneiden hoitajien tiedostaneen yksilön emotionaalisen tuen tarpeen, sekä kasvun ja kehittymisen edistämisen keskeisyyden, mutta toiminnan tasolla nämä eivät aina näkyneet. Kysymys voi olla taitojen puutteesta (ks. Aavarinne 1993).

Von Essenin, Burströmin ja Sjödenin (1994) tulokset vahvistavat aiempia tuloksia siitä, että hoitajan ja potilaan käsitykset depressiosta ja ahdistuksesta poikkeavat toisistaan. Tutkijat tulkitsevat tämän johtuvan erityisesti siitä, etteivät hoitajien tekemät havainnot potilaan emotionaalisesta tilasta ole tarkkoja. He tulevatkin siihen johtopäätökseen, että hoitajia ja muuta henkilökuntaa tulisi kouluttaa havaitsemaan ja tunnistamaan potilaiden tunneilmaisuja. Se, että hoitajat arvioivat väärin potilaan tunnetiloja, saattaa johtua myös siitä, että potilaat eivät ilmaise tunteitaan tai ettei potilaalla ole tilaisuutta tunteistaan puhumiseen. Hoitajien tulisi myös oppia kysymään potilailta heidän tunteistaan ja toisaalta kehittää omia reagoitaitojaan.

7.4 Viestinnän vaikutukset ja funktiot hoitotyössä

7.4.1 Kipu, ahdistus ja fysiologiset tekijät

Hoitoviestinnän, siis hoidonantajan ja potilaan välisen viestinnän tutkimusta on ensisijaisesti motivoinut halu löytää niitä vuorovaikutukseen liittyviä tekijöitä, jotka heijastuvat yksilön hyvinvointiin joko suoraan tai välittävien kognitioiden kautta. Viestintää hoitotyössä onkin pyritty tarkastelemaan erityisesti sen vaikutusten näkökulmasta, ja näitä vaikutuksia on pyritty arvioimaan sekä fysiologisten, kognitiivisten että emotionaalisten vaikutusten näkökulmasta. Erityisen keskeisenä prosessina hoitoviestinnässä on tarkasteltu informaation välittymistä.

Hoitoprosessiin liittyvän viestinnän vaikutuksia potilaan fyysiseen hyvinvointiin on pyritty tarkastelemaan sekä fysiologisia ja lääketieteellisiä tekijöitä arvioiden että potilaan kognitiivisia tekijöitä arvioiden. Lääkäriin vas-

taanottotilanteessa fysiologisia vaikutuksia on pyritty mittaamaan esimerkiksi verenpaineen ja sykkeen avulla (ks. Thompson 1994, 713). Keskeisin fysiologinen tekijä, jota hoitoviestinnän tutkimuksissa on pyritty arvioimaan ja mittaamaan, on kipu. King (1991; ks. myös Thompson 1990, 39; 1994, 712-713 ja 2000, 49) on yhteenvedossaan tarkastellut hoitoviestinnän, kivun ja ahdistuksen välistä suhdetta tarkastelevia tutkimuksia. Hoitajan viestinnällä on todettu olevan vaikutusta mm. potilaan kokemaan kipuun ja toimenpiteiden jälkeiseen pahoinvointiin. Erityisen tärkeä merkitys on todettu olevan preoperatiivisella ohjauksella. Jos potilas saa riittävästi informaatiota ja opastusta ennen leikkausta, hän myös toipuu nopeammin.

Potilaan kokema kipu on yhteydessä hänen ahdistukseensa. Ahdistuksen on todettu lisäävän potilaan kipuja, ja toisaalta koettu kipu lisää ahdistuneisuutta. Hoitohenkilökunnan sisällöltään sopivalla ja oikein ajoitetulla viestinnällä voidaan vaikuttaa myönteisesti molempiin. Kivuista puhuminen, erityisesti rehellisen ja realistisen informaation saaminen, vähentää potilaan epävarmuutta ja pelkoa ja sitä kautta myös ahdistuneisuutta ja kivun kokemista. Puhumalla potilas saa tilanteen haltuunsa. Ennen toimenpiteitä saatu opastus vaikuttaa ennen muuta siihen, kuinka potilas kipuunsa reagoi, mutta sen on todettu vähentävän myös operaatioiden jälkeistä kipulääkkeiden tarvetta. (King 1991, 128-131; ks. myös Thompson 1994, 712-713.)

Janisin (1985) mukaan postoperatiivisiin fysiologisiin ja emotionaalisiin reaktioihin voidaan vaikuttaa keskustelemalla mahdollisista selviytymisstrategioista potilaiden kanssa etukäteen. Tämä johtaa aktiiviseen stressin vähenemiseen ja sitä kautta potilaan sopeutumiseen. Stressin vähentäminen (stress inoculation) on prosessi, jossa potilas oppii käsittelemään leikkauksen tuottamaa ahdistusta. Janis (1985, 334-335) suosittelee, että potilaan kanssa keskusteltaisiin niistä henkilökohtaisista resursseista ja kyvyistä, joita hänellä on ja jotka edistävät hänen paranemistaan. Potilasta tulee kannustaa myös kehittämään omia henkilökohtaisia selviytymisstrategioita, joiden avulla hän voi käsitellä esimerkiksi kipuja. Emotionaaliseen valmistautumiseen tulisi olla riittävästi aikaa jo ennen leikkausta. Mikäli potilas ei tunnista operaati-

oon liittyviä riskejä, häntä tulisi valmistaa ymmärtämään myös niitä: rohkaisemisen rinnalla on tärkeää saada relevanttia tietoa myös riskitekijöistä.

Nonverbaalisella viestinnällä, erityisesti koskettamisella on nähty olevan positiivisia vaikutuksia useimpien potilaiden pelkojen ja kipujen vähenemisessä. Tämä johtunee ainakin osittain kognitiivisista ja affektiivisista tekijöistä, mutta on mahdollista, että koskettamisella on myös neurofysiologisia vaikutuksia. Koskettaminen voi joissain tilanteissa myös lisätä hoitajan ja potilaan läheisyyttä ja sitä kautta johtaa verbaalisen viestinnän lisääntymiseen. Tämä riippuu kuitenkin voimakkaasti mm. hoitosuhteen laadusta. (King 1991, 128-133; Thompson 1990, 40.) Koskettamiseen vaikuttavat myös kulttuuriset ja yksilölliset tekijät. Esimerkiksi puhekuulttuuriin liittyvät normit, hoitajan ja potilaan henkilökohtainen suhtautuminen koskettamiseen sekä yksilöllisten reiviirien kokeminen heijastuvat siihen, miten koskettaminen koetaan ja millaisia vaikutuksia sillä on. Myös ikä sekä hoitajan ja potilaan sukupuoli vaikuttavat siihen, miten runsaasti koskettamista hoitotyöhön sisältyy, millaisia potentiaalisia merkityksiä siihen liittyy ja millaisia vaikutuksia sillä on (ks. esim. Gabbard-Alley 2000, 160-162; Routasalo & Isola 1998).

7.4.2 Hoitomyöntyvyys ja potilaan tyytyväisyys

Viestinnän vaikutuksia voi monissa tapauksissa olla vaikeaa arvioida potilaan fyysisen terveydentilan perusteella, koska terveyteen vaikuttavat myös monet viestinnästä riippumattomat seikat. Vaikutuksia on pyritty sen vuoksi tarkastelemaan muiden muuttujien, kuten potilaan asenteen muutoksen, ahdistuneisuuden tason, itsearvostuksen ja hallintatahon (locus of control) näkökulmasta. Keskeisiä vaikutusta mittaavia käsitteitä ovat olleet erityisesti tyytyväisyys sekä hoitomyöntyvyys ja hoito-ohjeiden noudattaminen. (Korsch 1989, 6-7; Sallinen-Kuparinen 1989; Thompson 1994, 708-712)

Hoitomyöntyvyydellä tarkoitetaan sitä, että potilas noudattaa saamiaan hoito-ohjeita (esim. Burgoon, Pfau, Parrott, Birk, Coker & Burgoon 1987). Se on siis potilaan toiminnassa näkyvä hoitoviestinnän tulos, ja sitä voidaan arvioida potilaan käyttäytymisen perusteella (Leiwo, Timonen & Toivanen 1990, 31). Hoitomyöntyvyyden on todettu liittyvän mm. potilaan saaman informaation tarkkuuteen, selkeyteen ja olennaisuuteen. Hoitomyöntyvyyden saavuttaminen edellyttää kuitenkin myös hoitosuhteeseen liittyvien tekijöiden kuten läheisyyden ja tasavertaisuuden sekä relationaalisen viestinnän huomioimista. Pelkkä informaatio ei yleensä johda hoitomyöntyvyyteen. (esim. Burgoon, Pfau, Parrott, Birk, Coker & Burgoon 1987; Vivian & Wilcox 2000; ks. myös Gabbard-Alley 1995, 40-41; Thompson 1994, 710-712.)

Hoitomyöntyvyyttä ja hoito-ohjeiden noudattamista on tutkittu erityisesti lääkärin ja potilaan vuorovaikutussuhteessa (ks. esim. DiMatteo & Lepper 2000; Thompson 1994, 710-712). Myöntyvyyttä hoitajan ja potilaan vuorovaikutuksessa ei juurikaan ole tutkittu sairaalakontekstissa. Vivian ja Wilcox (2000) ovat tarkastelleet hoitomyöntyvyyttä sen sijaan kotisairaanhoidossa, ja he pyrkivät kuvaamaan, miten hoitaja ja heidän potilaansa viestivät saavuttaakseen myöntyvyyteen liittyvät tavoitteet. Vivian ja Wilcox (2000) havainnoivat sairaanhoitajan kotikäyntejä, ja he myös haastattelivat sekä hoitajia että heidän potilaitaan. Hoitajat pyrkivät vaikuttamaan potilaan hoitomyöntyvyyteen opettamisen ja opastuksen muodossa, jota seurasi kysymysvastaus -osio. Tarkoituksena oli varmistaa informaation välittyminen ja ymmärtäminen, jota tuettiin myös kirjallisella materiaalilla. Myöntyvyyttä hoitajat pyrkivät vahvistamaan myös antamalla palautetta hoito-ohjeiden noudattamisesta sekä tarjoamalla optimistista rohkaisua. Hoitomyöntyvyyteen ei pyritty vaikuttamaan yksittäisten käskyjen, pyyntöjen tai ohjeiden avulla, vaan pikemminkin opastus nivoutui käyntiin potilaan ja tilanteen mukaan. Haastatteluissa hoitajat kertoivat pyrkivänsä huolehtivaan, empaattiseen, supportiiviseen ja hyväksyvään toimintaan. He pyrkivät myös jakamaan valtaa esimerkiksi rohkaisemalla potilaita päätöksentekoon.

Vivianin ja Wilcoxin (2000) kuvaamat kotisairaanhoidoon liittyvät hoitotilanteet kuvannevat melko hyvin hoitomyöntyvyyden syntymistä ja siihen pyrkimistä erityisesti terveysterveystilanteissa. Viestinnän tavoitteiden näkökulmasta niitä voidaan verrata myös lääkärin vastaanottotilanteeseen. Tutkijat korostavat johtopäätöksissä erityisesti relationaalisen viestinnän taitoja kuten myös lääkärin viestintää tarkasteleva tutkimus on korostanut (esim. Burgoon, Pfau, Parrott, Birk, Coker & Burgoon 1987). Hoitomyöntyvyyttä ja yhteistyötä onkin mahdollista arvioida nimenomaan hoitokeskustelujen kontekstissa. Sen sijaan esimerkiksi osastohoidon ja akuuttihoiton yhteydessä hoitomyöntyvyyden arvioiminen on ongelmallisempaa, koska potilaan mahdollisuudet vaikuttaa omaan hoitoonsa ja terveydentilaansa ovat rajallisia. Sairaalahoidossa hoitomyöntyvyys ei ole samalla tavoin omaehtoista hoito-ohjeiden noudattamista vaan pikemminkin sitä, että potilas toimii henkilökunnan antamien ohjeiden suuntaisesti.

Hoitomyöntyvyyden kannalta potilaan tyytyväisyyttä samaansa hoitoon on pidetty keskeinä tekijänä; tyytyväisyyden on katsottu olevan eräs hoitomyöntyvyyteen johtava tekijä. Potilaan tyytyväisyys syntyy niistä päätelmistä, joita hän tekee hoitoa antavan henkilön vuorovaikutustaidoista ja ammattitaidosta. Päätelmät ovat sidoksissa potilaan sairauteen ja hänen asenteisiinsa, sekä erityisesti siihen, missä vaiheessa potilas on sairauteen mukautumisen prosessissaan. (Korsch 1989, 7; Gabbard-Alley 1995, 41-44.) Viestinnän vaikutusta potilaan tyytyväisyyteen on tarkasteltu erittäin runsaasti. Erityisesti hoitajan tai lääkärin relationaalisen viestinnän taidot, ekspressiivinen viestintä ja potilaan saama tuki vaikuttavat keskeisesti potilaan tyytyväisyyden syntymiseen. (Burgoon, Pfau, Parrott, Birk, Coker & Burgoon 1987; Gotcher & Edwards 1990, 262; Thompson 1994, 708-710.)

7.4.3 Emotionaaliset reaktiot

Siitäkin huolimatta, että sairastumiseen ja sairaalahoitoon liittyy paljon huolenaiheita on hoitoviestinnässä tarkasteltu toistaiseksi melko vähän emootioita ja tunteita (Thompson 1998, 44). Larsson ja Starrin (1990) ovat tarkastelleet viestinnän sisällön vaikutusta potilaan emotionaalisiin reaktioihin. He tutkivat, kuinka yhteneviä hoitajan ja potilaan arviot potilaan ja hoitajan emotionaalista tilasta olivat hoitotilanteen jälkeen. Tutkimuksessa pyrittiin mittamaan siis empaattista ymmärtämistä. Tutkimus toteutettiin siten, että tutkittavilta pyydettiin hoitotilanteen jälkeen arvioita viestinnän sisällöstä, siis keskustelun aiheesta prosenttiosuuksina. Samalla he täyttivät emotionaalista tilaa mittaavan lomakkeen.

Larssonin ja Starrinin (1990) tulosten mukaan hoitajien ja potilaiden arviot potilaan emotionaalista tilasta osoittivat kohtuullista yhtäläisyyttä, samoin hoitajan ja potilaan arviot siitä, millaiseksi potilas arvioi hoitajan mielentilan. Molemmat tulokset osoittavat siis kohtuullista empaattista ymmärtämistä (vrt. von Essen, Burström & Sjärdén 1994). Potilaiden emotionaaliset reaktiot olivat positiivisempia silloin, kun hoitajan kanssa puhuttiin ns. jokapäiväisistä asioista, verrattuna keskusteluihin, joiden pääsisältönä olivat hoitoon liittyvät faktat (Larsson & Starrin 1990, 131-132). Tutkimuksessa tarkasteltiin empaattista ymmärtämistä myös hoitajakohtaisesti. Ne hoitajat, jotka osoittivat vahvaa empaattista ymmärtämistä puhuivat enemmän sekä ns. jokapäiväisistä asioista että henkilökohtaisista ja emotionaalisisista ominaisuuksista ja vähemmän hoitoon liittyvistä asioista.

Larssonin ja Starrinin (1990) mukaan taitava hoitaja käyttääkin hyväkseen jokapäiväisiä keskustelunaiheita päästäkseen keskustelussa emotionaalisen tasolle. Tunteiden ilmaisu edellyttää riittävän läheistä suhdetta ja turvallisuuden tunnetta, joiden syntymistä hoitaja voi edistää puhumalla myös muista kuin suoranaisesti hoitoon liittyvistä teemoista. Tutkimuksen aineisto on kerätty psykiatrisessa hoidossa, mutta varovasti tulosten voisi arvioida olevan yleistettävissä myös somaattiseen hoitoon.

Potilaan rauhoittelu ja hänen ahdistuksensa vähentäminen edellyttävät hoitajalta rehellisyyttä. Keinotekoinen iloisuus ja väärä vakuuttelu siitä, että kaikki on hyvin, pikemminkin lisäävät potilaan ahdistuneisuutta kuin vähentävät sitä. Potilas tulkitsee ne helposti vuorovaikutuksen välttämiseksi ja omien tunteidensa vähättelemiseksi. Realistisen informaation antaminen ja keskusteleminen myös epämiellyttävistä asioista puolestaan edistävät potilaan sopeutumista sairauteensa. (Gotcher 1995, 28; Thompson 1990, 41; ks. myös Janis 1985.) Gotcherin ja Edwardsin (1990, 262) mukaan syöpäpotilaan pelkojen vähenemisellä on positiivinen yhteys siihen, kuinka paljon potilaan sairaudesta puhutaan ja kuinka paljon potilas saa emotionaalista tukea.

Verrattaessa Larssonin ja Starrinin (1990) tuloksia Gotcherin ja Edwardsin (1990) johtopäätöksiin voidaan päätellä, että hyvän hoitosuhteen luominen edellyttää keskustelua muustakin kuin vain potilaan sairaudesta. Kun potilas kokee suhteen auttajaan intiimiksi ja turvalliseksi, hän on halukkaampi puhumaan tunteistaan ja kokemuksistaan hoitajalle. Kun emotionaalinen taso saavutetaan, potilas on valmis vastaanottamaan myös informaatiota sairaudestaan. Tällöin rehellinen ja suora keskustelu potilaan sairaudesta ja toisaalta potilaalle osoitettu supportiivinen viestintä nousevat vuorovaikutuksessa ensisijaisiksi ainakin pitkäaikaisessa ja vakavassa sairastamisprosessissa. Verrattaessa Larssonin ja Starrinin (1990) tuloksia von Essenin, Burströmin & Sjärdénin (1994, ks. 7.4) tuloksiin hoitajan ja potilaan käsityksistä potilaan ahdistuksen ja depression määrästä, on ilmeistä, että hoitosuhteen kesto luonnehtii voimakkaasti emotionaalisen ymmärtämisen ja tunnetilojen havaitsemisen tarkkuutta.

7.2.4 Informaation välittyminen

Hoitoviestinnän tavoitteista keskeisimpiä on riittävän ja oikean informaation saaminen. Ensinnäkin riittävän informaation saaminen on potilaan oikeus, ja toiseksi sillä on todettu olevan tärkeä merkitys potilaan hyvinvoinnille. Informaatiolla on vaikutusta esimerkiksi potilaan kokemaan kipuun ja

tyytyväisyyteen sekä hoito-ohjeiden noudattamiseen. Thompson (2000; ks. myös Thompson 1998) on tehnyt laajamittaisen yhteenvedon tutkimuksista, joissa on tarkasteltu tiedon välittymistä hoidonantajan ja potilaan välillä. Hän jakaa tutkimukset informaation vaihtoa ja välittymistä sekä tiedonsaannin vaikutuksia tarkasteleviin tutkimuksiin (Thompson 1998, 38-39). Informaation on todettu vaikuttavan esimerkiksi potilaan tyytyväisyyteen, paranemiseen, postoperatiivisiin oireisiin, matalaan verensokeriin sekä astman ja diabeteksen hoitoon. Informaation välittymistä on tarkasteltu sekä tiedon tarpeen näkökulmasta että tiedon välittämisen ja jakamisen näkökulmasta (ks. Thompson 2000, 5-7).

Informaation vaihtoa ja välittymistä tarkastelevassa tutkimuksessa huomiota on kiinnitetty erityisesti siihen, kuinka paljon potilaat osallistuvat, kuinka paljon informaatiota välittyy ja millaisia tiedon tarpeita potilailla on. Thompsonin (2000, 7-9) yhteenvedoa tarkasteltaessa näyttää potilaan tiedon tarpeen osalta keskeiseltä se, että tiedon laadulla on tärkeämpi merkitys kuin tiedon määrällä. Vaikka useissa tutkimuksissa on todettu, että potilaat haluaisivat hoidonantajalta usein enemmän informaatiota kuin saavat, on keskeistä huomata, että kyse on erityisesti yksityiskohtaisemman tiedon tarpeesta, joka koskee ennustetta, hoitoa, vaihtoehtoisia hoitomuotoja sekä hoidon mahdollisia sivuvaikutuksia. Informaation sisällön ohella myös informaation välittämisen tavalla on tärkeä merkitys. Esimerkiksi hoidonantajan supportiivinen lähestymistapa ja emotionaalisten tekijöiden huomioiminen vaikuttavat tärkeällä tavalla informaation välittymiseen (Thompson 2000).

Empiirisissä tutkimuksissa informaation välittymisen esteenä on pidetty erityisesti lääketieteellisen terminologian käyttöä. Vierasperäisten sanojen käyttö aiheuttaa helposti väärinymmärtämistä, mikä voi johtaa potilaan vieraantumiseen ja passiiviseen asenteeseen (Thompson 1994, 704). Hoitajat näyttäisivät tiedostavan melko hyvin kielestä johtuvia ongelmia ja pyrkivät välttämään ammatillista terminologiaa potilaan kanssa keskustellessaan (Poskiparta 1994, 213-215). Toisaalta kuitenkin esimerkiksi passiivin käytöllä, suostuttelevilla ja käskevillä ilmauksilla voidaan korostaa potilaan ja hoitajan

välisiä rooleja, erityisesti potilaan roolia tilanteen objektina, mikä voi olla myös tiedostamatonta (Liimatainen, Kettunen & Poskiparta 1996). Tiedon välittymisen näkökulmasta potilaasta tulee tällöin vastaanottaja; tiedon tärkeyden arviointi jää hoitajan vastuulle.

8 SAIRASTUMINEN JA SELVIYTYMINEN

8.1 Sairastuminen kriisinä

Sairastuminen tuottaa aina jossain määrin yksilöllistä kuormittumista, ja sairastumista voidaankin tarkastella kriisitekijänä. Kriisillä tarkoitetaan tilannetta, jossa muutos yksilön elämässä on niin uusi tai suuri, että tavanomaiset toimintatavat ovat riittämättömiä tilanteessa toimimiseksi. Kriisistä aiheutuu häiriötila, joka usein aiheuttaa myös negatiivisia tunteita kuten pelkoa, ahdistusta ja syyllisyyttä. (Moos & Schaeffer 1985, 9.) Kriisitilanteessa on aina kyse myös siitä, että yksilön perusoletukset omasta itsestä ja maailmasta muuttuvat. Kriisi uhkaa yksilön maailmankuvaa, ja pakottaa myös muuttamaan omia käsityksiä haavoittumattomuudesta, merkityksellisyydestä ja omasta arvosta. (Janoff-Bulman ja Timko 1987, 140-142.)

Kriisin suuruus riippuu monista tekijöistä. Sitä voidaan arvioida tarkastellen, kuinka suuri kriisin tuottama muutos on ja kuinka ennakoitavissa muutoksen aste on, sekä arvioiden sitä, mitä arvoja muutos järkyttää ja kuinka paljon. Kriisien ennakoitavuuden ja kontrolloitavuuden perusteella ne voidaan jakaa 1) ennakoitavissa ja jossain määrin kontrolloitavissa oleviin, 2) jossain määrin ennakoitavissa ja vähän kontrolloitavissa oleviin sekä 3) ei-ennakoitavissa oleviin ja ei-kontrolloitaviin tapahtumiin (ks. Saari 2000, 20-27). Vakava sairaus voidaan ymmärtää vaikeasti ennakoitavaksi ja vähän kontrolloitavaksi kriisiksi. Mahdollisuus sairastua vakavasti on toki jossain määrin todennäköistä jokaiselle, mutta ei siinä määrin oletettava kuin esimerkiksi ikäkausikriisin kohtaaminen. Vakavaan sairauteen kuuluu myös monia kontrolloimattomia piirteitä, eikä sen kulkua voida ennustaa vaikka siihen voidaankin jollain tasolla vaikuttaa.

Erilaisten elämänmuutoksien kuormittavuutta on arvioitu ns. elämänmuutosten pisteytysasteikolla (Social Readjustment Rating Scale) (Rahen (1989) mukaan Holmes & Rahe 1967; ks. myös Raitasalo, Mattila & Salokangas 1984, 70-71). Henkilökohtainen sairaus tai vamma asettuu tällä asteikolla kuor-

mittavuudeltaan keskitasolle erilaisten elämänmuutosten joukossa. Elämänmuutospisteillä alun perin pyritty kuvaamaan erilaisten elämänmuutosten kuormittavuutta ja niiden altistamista psykosomaattisille sairauksille. Niiden avulla voidaan kuitenkin myös kuvata esimerkiksi sairauden tuottamaa stressiä.

Kriisin kohtaaminen tapahtuu yleensä vaiheittain, vaikkei se välttämättä olekaan selkeärajanen lineaarinen prosessi. Ensimmäinen vaihe on ns. sokkivaihe, jonka tarkoituksena on suojata mieltä sellaiselta tiedolta, jota ei se vielä pysty kestämään ja vastaanottamaan. Suojautumisen psyykkisenä tarkoituksena on taata toimintakyky, vaikka suojautumiselle onkin tyypillistä myös lamaannuksen kokeminen. Yksilön reagointi tapahtuneeseen voi olla ylimitoitettua tai minkäänlaista reaktiota ei tunnu syntyvän. Sokkivaiheessa kyky tehdä päätöksiä puuttuu, ja sille on ominaista epäusko ja unenomaisuus, epätodellisuuden tuntu. Sokkivaihetta seuraa reaktiovaihe, jolloin yksilö tulee tietoiseksi siitä, mitä todella on tapahtunut. Yksilö reagoi tapahtumaan, kriisin syyhyn, mikä voi olla sekä fyysistä että psyykkistä reagointia. Kriisi nähdään uhkana entiselle ihmis- ja maailmankuvalle. Reaktiovaiheelle on tyypillistä myös syyllisyyden kokeminen. Koska sattumanvaraisuutta on vaikea kestää, pyritään löytämään syy tai syyllinen tapahtumaan. Reaktiovaiheen jälkeen alkaa työstämis- ja käsittelyvaihe, jolle ominaista on entisestä luopuminen ja suru, pelkojen ja traumojen työstäminen sekä uuden ennakoiminen ja siihen sopeutuminen. Kriisin kohtaamisen viimeisenä vaiheena voidaan pitää muuttunutta minäkäsitystä, sekä muuttunutta käsitystä muista ja maailmasta. (Saari 2000, 41-68; Cullberg 1993, 140-155; ks. myös Janoff-Bulman & Timko 1987, 154-155.)

Moos ja Schaeffer (1985, 10-13) lähestyvät elämänmuutoksen tai kriisin käsittelemistä sen vaatimien mukautumistehtävien näkökulmasta. He tunnistavat viisi keskeistä tehtävää, joista ensimmäinen on henkilökohtaisen merkityksen ja ymmärryksen luominen tilanteen yksilöllisestä merkityksestä. Toiseksi kriisissä tulee kyetä kohtaamaan todellisuus ja kyetä reagoimaan ulkoisen tilanteen vaatimuksiin. Kolmanneksi yksilön tulee kriisitilanteessa

pyrkä ja pystyä säilyttämään suhde niihin tärkeisiin henkiöihin kuten perheenjäseniin ja ystäviin, jotka voivat auttaa ja tukea kriisin läpikäymisessä. Neljäs mukautumistehtävä on kohtuullisen emotionaalisen tasapainon säilyttäminen, joka voi tapahtua käsittelemällä tilanteen tuottamia järkyttäviä tuntemuksia. Lisäksi yksilön tulisi pystyä säilyttää tyydyttävä minäkuva sekä hallinnan ja pystyvyyden tunne.

Yksilön tulee jollakin tasolla ratkaista kriisiin mukautumisen tehtävät kaikissa elämän kriisitilanteissa. Niiden keskeisyys vaihtelee kuitenkin sekä tilanteesta, yksilöllisistä tekijöistä että stressiä aiheuttavasta tekijästä. Kriisiin mukautuminen alkaa varsinaisesti siitä, kun yksilö reagoi tapahtuneeseen tai kriisin syyhyn (ks. Saari 2000, 53). Reagoidessaan tapahtumaan yksilö kohtaa ja ymmärtää vähitellen todellisuuden, ja hän alkaa antaa yksilöllisiä merkityksiä kriisiin liittyviin tekijöihin sekä kohtaa jollakin tapaa ulkoiset tekijät (ks. Moos & Schaeffer 1985, 10-11). Käsittelyvaiheessa yksilö vähitellen ratkaisee kriisin kohtaamiseen liittyviä mukautumistehtäviä.

Yksilöllisiä elämänkriisejä tarkasteltaessa ei kriisin kohtaamisessa ole keskeistä se, mitä on todella tapahtunut, vaan se millaisen merkityksen yksilö sille antaa. Yksilö ei reagoi elämässä vastaantuleviin stressitekijöihin kuten esimerkiksi sairauten tai onnettomuuteen sinänsä vaan myös niihin vaikutuksiin ja merkityksiin, joita stressin aiheuttaja tuottaa. Esimerkiksi syöpään sairastuneelle sairaus voi merkitä kuolemanpelkoa, pelkoa kivuista, huolta läheisten jaksamisesta, luopumista mielekkääksi koetusta työstä, epävarmuutta omasta identiteetistä ja parisuhteesta tai vaikkapa huolta yksi jäämisestä sairauden kanssa. Stressitekijöillä on siis aina sekä suoria että epäsuoria vaikutuksia yksilön ja myös hänen läheistensä elämään. Sekä tilannetekijät että yksilölliset tekijät vaikuttavat niihin merkityksiin, joita stressitekijä saa. Näistä merkityksistä puolestaan riippuu hyvin voimakkaasti esimerkiksi se, minkätyyppistä tukea yksilö tarvitsee. Tämän vuoksi stressitekijöitä tulisikin aina tarkastella kiinteänä osana yksilön koko elämäntilannetta (ks. Sarason, Pierce & Sarason 1990a, 498-500).

8.2 Yksilölliset voimavarat ja mukautumisstrategiat

Se, kuinka yksilö mukautumisessaan etenee ja kuinka hyvin hän voi sopeutua muuttuneeseen tilanteeseen, riippuu sekä yksilöllisistä voimavaroista, selviytymisstrategioista että yksilön saamasta tuesta. Kriisistä selviytymiseen vaikuttavat sekä elämässä esiin tulevat kuormitustekijät että yksilön henkilökohtainen ongelmien hallintakyky (Bäckman 1983; ks. myös Antonovsky 1980). Yksilön selviytymisresurssit muodostuvatkin sekä yksilöllisistä voimavaroista että yksilön saamasta tuesta. Psykkistä kuormittumista ehkäisevät erityisesti yksilön yleiset vastustusvoimavarat, joista yhtenä tärkeimmistä on pidetty koherenssin tunnetta (Antonovsky 1980). Koherenssin tunteella tarkoitetaan yksilön käsitystä siitä, että hänen sisäinen ja ulkoinen ympäristönsä ovat tasapainossa keskenään ja että ne ovat riittävässä määrin ennustettavia.

Antonovskyn (1980) mukaan koherenssi on yksilön globaalinen orientaatio, joka ilmaisee sitä, missä määrin yksilöllä on läpäisevä ja kestävä mutta dynaaminen itseluottamuksen tunne siihen, että yksilön sisäinen ja ulkoinen ympäristö ovat ennustettavissa ja että asiat sujuvat niin hyvin kuin on kohtuullisesti odotettavissa. (Antonovsky 1980, 110-114, 194-195; ks. myös Kumpusalo 1991, 11.) Koherenssin tunne muodostuu kolmesta osatekijästä. Ymmärrettävyydellä tarkoitetaan tunnetta siitä, että yksilö kykenee hallitsemaan omat sisäiset voimavaransa ja vuorovaikutuksen sosiaalisen ympäristön kanssa. Hallintakyky tarkoittaa tunnetta siitä, että käytettävissä olevat voimavarat ovat sellaisia, että niiden avulla voidaan vastata erilaisiin haasteisiin. Tarkoituksellisuudella kuvataan sitä, miten yksilö kokee oman elämänsä tarkoituksen ja kuinka hän haluaa käyttää voimavarojaan. (Antonovsky 1980.)

Koherenssin tunteen on todettu olevan yhteydessä yksilön koettuun terveyteen ja selittävän hyvinvointia (ks. esim. Lundberg 1996; Suominen, Helenius & Blomberg 1996.) Korkean koherenssin tunteen voi olettaa myös edistävän selviytymistä elämän kriisitilanteissa, jotka kuormittavat yksilöä. Kobasan

(1985) mukaan paineen alla selviytymiseen vaikuttavat erityisesti yksilön henkilökohtainen hallinnan tunne, sitoutuneisuus erilaisiin asioihin ja tehtäviin sekä se, kuinka stressaaviin elämän tilanteisiin suhtautuu, näkeekö sen haasteena vai uhkana. Näistä muuttujista muotoutuu yksilöllinen jämäkkyys (hardiness), joka edistää selviytymistä stressaavista elämänvaiheista. Jämäkkyys kuvaa siis yksilöllistä orientaatiota, jonka on todettu toimivan terveyttä edistävänä konstruktiona samoin kuin koherenssin tunteen. (ks. myös Blaney & Ganellen 1990; Kuusinen 1994, 21.)

Sekä koherenssin tunne että jämäkkyys kuvaavat yksilöllistä piirrettä, joka auttaa kestämaan elämän vastoinkäymisiä ja selviämään kriisien ja ongelmatilanteiden aiheuttamasta kuormituksesta. Käsitteisiin sisältyy samankaltaisia ulottuvuuksia, ja molemmilla kuvataan suhteellisen pysyvää yksilöllistä orientaatiota, joka toimii hyvinvointia ja terveyttä edistävästi. Koherenssin tunne ja jämäkkyys ovat yksilöllisiä voimavaroja, jotka helpottavat kriisistä selviytymistä (ks. esim. Blaney & Ganellen 1990, 301-302). Selviytymiseen vaikuttaa merkittävästi myös se, millaisia mukautumisstrategioita yksilö hallitsee ja voi käyttää selviytyäkseen. Sairauteen mukautuminen on aina yksilöllinen prosessi, johon vaikuttavat monet tilannetekijät yksilöllisten tekijöiden ohella. Tilannetekijöistä keskeisimpiä on se, millaisen merkityksen sairaus yksilön merkitysjärjestelmässä saa.

Mukautumisprosessin tavoitteena on elämänhallinta ja selviytyminen sairauden kanssa. Kuinka mukautumisprosessi etenee riippuu niistä yksilöllisistä strategioista, joiden avulla yksilö pyrkii kriisiin sopeutumaan. Moos ja Schaefer (1986, 13-19) jakavat selviytymiskeinot arviointi-, tunne- ja ongelmasuuntautuneisiin selviytymiskeinoin. Arviointisuuntautunut käyttäytyminen viittaa kognitiiviseen strategiaan, jonka avulla yksilö pyrkii ymmärtämään tapahtunutta ja löytämään siihen liittyviä merkitysrakenteita. Pääpaino on tapahtuman tarkastelussa, ja yksilö pyrkii luomaan tilanteessa uusia merkityksiä, toisaalta hän voi myös pyrkiä kieltämään tapahtuman (ks. myös Janoff-Bulman & Timko 1987, 142-147). Ongelmasuuntautuneiden keinojen avulla pyritään kohtaamaan kriisin konkreettiset seuraukset ja

vaikuttamaan niihin, sekä laajentamaan yksilön voimavaroja käsitellä kriisiä. Ongelmasuuntautuneessa selviytymisstrategiassa korostuu toiminta tilanteen ratkaisemiseksi, ja Moos ja Schaeffer (1987, 14-16) pitävät myös tuen hakemista ongelmasuuntautuneena selviytymisstrategiana. Tunnesuuntautunut strategia kohdistuu kriisitekijän aiheuttamiin tunteisiin, ja tunnesuuntautuneella strategialla yksilö pyrkii tasapainoon säätelämällä omia tunteitaan ongelmaa kohtaan. Hän voi säädellä tunteitaan joko tietoisesti tai niitä välttelemällä.

Toivanen ja Kyngäs (1999) ovat löytäneet Moosin ja Schaefferin (1985) kuvaamia strategioita tutkiessaan astmaa sairastavien lasten äitien selviytymiskeinoja. Toivanen ja Kyngäs (1999) haastattelivat äitejä, joita pyydettiin kertomaan lapsen sairastumiseen ja sairastamiseen liittyvistä kokemuksista ja niiden merkityksestä perheelle. Haastattelut analysoitiin sisällön analyysillä, ja tiivistettiin lopulta pääluokkiin, jotka vastasivat Moosin ja Schaefferin (1985) luokittelua. Toivasen ja Kyngäksen (1999, 25-27) haastatteleminen äitien arviointisuuntautuneita selviytymiskeinoja heidän mukaansa olivat passiivinen tilanteen hyväksyminen, sairauden kieltäminen ja aikaisemmat kokemukset, jotka viittaavat kokemuseräiseen taitoon hoitaa lasta itse. Pääpaino oli tilanteen tarkastelussa ja arvioinnissa. Ongelmasuuntautuneita keinoja olivat äitien saama tuki, sairauden aiheuttamien rajoitusten hyväksyminen, hoitovastuun jakaminen ja kantaminen sekä arkipäivästä nauttiminen, joilla pyrittiin selviämään esimerkiksi käytännön ongelmista. Tunnesuuntautuneita selviytymiskeinoja olivat tässä tutkimuksessa toivo ja tunteiden ilmaiseminen. Toivo paremmasta auttoi kestäämään tilannetta ja tunteiden ilmaisulla pyrittiin työstämään ja selkiyttämään omia ajatuksia.

Toivanen ja Kyngäs (1999, 25-27) tulevat johtopäätökseen, että sosiaalinen tuki on hyvin keskeinen selviytymiskeino. Heidän aineistossaan keskeiseksi nousivat erityisesti tiedollinen, emotionaalinen ja taloudellinen tuki. Terveystenhoitohenkilöstöltä saatiin erityisesti tiedollista tukea, emotionaalista tukea äidit saivat erityisesti lähipiiriltään. Sosiaalinen tuki lisää yksilöllisiä voimavaroja, joita äiti tarvitsee ja voi käyttää hyväksi selviytymisessään.

Sullivan ja Reardon (1986) ovat tarkastelleet koetun tuen ja hallintatahon vaikutusta rintasyöpään sairastuneiden selviytymistyyliin. He mittasivat sekä koettua tukea että hallintatahoa (locus of control) eli sairastuneen käsitystä siitä, voiko hän vaikuttaa terveyteensä vai ei. Näiden käsitysten yhteyttä mitattiin suhteessa selviytymistyyliin, joita selvitettiin avoimella kysymyksellä. Avoimet vastaukset luokiteltiin neljään luokkaan tilastollista analyysia varten, ja selviytymistyyleinä tutkimuksessa tarkasteltiin 1) kieltämistä, 2) taisteluhenkä, 3) stooalaista hyväksymistä ja 4) toivottomuutta tai avuttomuutta. Sullivanin ja Reardonin (1986) tulokset osoittivat, että tyytyväisyys tukeen ja terveyden hallintataho erottelivat rintasyöpäpotilaiden selviytymistyyliä. Erityisesti tyytymättömyys saatuun tukeen ja alhaiseksi koettu sisäinen hallintataho näyttivät olevan yhteydessä passiivisiin selviytymistyyliin eli toivottomuuteen ja stooalaiseen asenteeseen.

Sopeutumisprosessin eri vaiheissa yksilö on eri tavoin herkkä ilmaisemaan tuen tarvetta ja vastaanottamaan tukea. Myös yksilön tarvitseman tuen laatu riippuu siitä, missä kohtaa hän sopeutumisprosessissaan on. Kriisin käsittelemisessä tärkeää on kuitenkin puhuminen tosiasioista, kriisin aiheuttajasta sekä siihen liittyvistä ajatuksista ja tunteista (Saari 2000). Gotcherin (1995) mukaan vaikeaan sairauteen sopeutumiselle keskeinen merkitys näyttäisi olevan sillä, että sairaudesta puhutaan rehellisesti ja suoraan (ks. myös Janis 1985). Gotcher (1995) toteaa, että valheellinen positiivisuus koetaan pikemminkin vähättelyksi ja aiheen väistelemiseksi, eikä se tuota selviytymistä. Esimerkiksi lohduttaminen voi olla oman ahdistuksen välttämistä pikemminkin kuin todellista toivon ylläpitämistä.

8.3 Sairauteen sopeutuminen ja sairaalahoito

Ammatillisen hoito-organisaation tehtävänä on tarjota sellaista tukea, jota sairastunut ei lähiympäristöstään voi saada. Sairaalahoito liittyy usein sairauden akuuttiin vaiheeseen, jolloin sosiaalisella tuella on rauhoittava, turvallisuuden tunnetta lisäävä vaikutus, se antaa mahdollisuuden myös positiiviseen samaistumiseen; sosiaalisella tuella on tärkeä merkitys myös empaattisen ilmapiirin luomisessa (Kumpusalo (1991, 20).

Tuki hoitotyössä on tehokasta ja päämääräsuuntautunutta sairaanhoitajan ja potilaan vuorovaikutusta, joka auttaa potilasta mukautumaan kulloiseenkin stressitilanteeseen (Jokinen 1995, 111). Sairalahoidossa henkilökunnan tehtävänä on tukea potilasta mukautumisprosessissaan. Hoitohenkilökunnan tehtävänä on tarjota potilaalle lisävoimavaroja antamalla riittävästi informaatiota, rohkaisemalla ja tukemalla pelokasta ja masentunutta potilasta sekä auttamalla potilasta tiedostamaan ja hallitsemaan tunteitaan. Prosessin tuloksena potilaalla on riittävästi tietoa sairautensa hoidosta, ja hän oppii elämään sairautensa mukaisesti. Potilas voi myös oppia hyväksymään sairautensa. (Väätäinen & Krause 1988, 65-67.)

Vaikka sairaalahoito voi tarjota potilaalle välttämätöntä välineellistä tukea sekä sairastuneelle toivoa ja turvallisuuden tunnetta, siihen sisältyy mukautumisen kannalta myös riskinsä: se vaikeuttaa jokapäiväisten vuorovaikutussuhteiden ylläpitämistä, ja se voi estää myös henkilökohtaisten rutiinien säilymistä (ks. esim. Kuivalainen, Ryhänen, Isola & Meriläinen 1998). Sairalahoidon aikana päävastuu potilaan tukemisesta on hoitohenkilökunnalla, erityisesti sairaanhoitajilla, joilla on valmiudet antaa potilaalle tukea sekä ymmärryksen, emotionaalisen tuen että opastuksen muodossa (Suominen & Laippala 1993, 131; Thompson 1990, 41). Mukautumisprosessin tulisi kuitenkin tapahtua potilaan omien voimavarojen mukaan. Mukautumisprosessin tuloksia voidaan kuvata myös sopeutumisen käsitteellä, joka sisältää potilaan selviytymisen sairautensa kanssa ja sairauden hyväksymisen (Jokinen 1995, 111). Tärkeää olisi pohtia myös sitä, kuinka hoitohenkilökunta voisi

auttaa potilasta hänen omissa selviytymisstrategioissaan ja toisaalta tukea selviytymisstrategioiden löytämistä.

Tukea on hoitotyössä tarkasteltu melko runsaasti, ja useimmiten sitä on tarkasteltu havaittuna tukena. Suomisen (1994, 26) mukaan yksi keskeisistä hoitotyön tavoitteista on se, että potilas havaitsee tukea olevan saatavilla. Suominen (1994) näkeekin, että tuki hoitotyössä on hoitajan ja potilaan vuorovaikutuksessa syntyvä potilaan käsitys tuesta, joka lisää potilaan mukautumista sairauteen. Tukea hoitotyössä on tarkasteltu sekä tuen tarpeen että tuen laadun näkökulmasta. Tutkimuksissa on tarkasteltu myös tuen muotoja, erityisesti sitä, millaista tukea potilaat tai omaiset pitävät merkittävänä ja vaikuttavana.

Jokinen (1995) on tarkastellut astmaa sairastavien lasten vanhempien kokemuksia saamastaan tuesta. Hänen tarkoituksenaan oli selvittää, millainen vuorovaikutus koetaan tukea antavaksi. Hoitajan ja vanhempien välisestä vuorovaikutuksesta riippui se, kokivatko vanhemmat hoitotyön tukea antavaksi. Vanhemmat kokivat saaneensa tukea silloin, kun vuorovaikutus hoitajan kanssa oli hyvä ja kun vanhemmille ja lapsille syntyi luottamussuhde hoitajaan. Hyvänä vuorovaikutusta pidettiin silloin, kun hoitaja rohkaisi vanhempia puhumaan ja kysymään. Keskeisenä vuorovaikutuksen edistäjänä nähtiin myös kuuntelemisen taito. Hyväksi koettuun vuorovaikutukseen kuului myös arvostetuksi tulemisen tunne. Jokisen (1995) tutkimien vanhempien mielestä tieto oli tärkein tuen muoto, mutta myös käytännöllistä apua pidettiin tärkeänä tukena. Jokisen (1995) lähtökohtana on fenomenologinen lähestymistapa, jossa tuen saajan kokemukset painottuvat, näin ollen varsinaista viestinnän analysointia tutkimukseen ei sisälly, vaan painopiste on tuen saajan kokemuksessa ja sen raportoinnissa.

Väätäinen ja Krause (1988, 77-79) tutkivat kyselylomakkein sekä syöpään sairastuneiden psyykkisen tuen tarvetta että heidän kokemuksiaan tuesta. Vastanneista kaksi kolmasosaa ilmoitti kaipaavansa psyykkistä tukea, ja tuen tarve kasvoi sairauden edetessä. Vaikka vastanneet olivat tyytyväisiä hoi-

toonsa, he odottivat hoitavalta henkilökunnalta enemmän aikaa ja empaattista suhtautumista. Psykkistä tukea koki saaneensa 80 % vastanneista, joista hieman suurempi osa koki saaneensa enemmän tukea lääkäreiltä kuin hoitajilta. Tämän Väättäin ja Krause (1988, 77-79) katsovat selittyvän osaksi sillä, että potilas tekee hoitopäätökset nimenomaan lääkärin, ei sairaanhoitajan kanssa.

Suominen (1994, 49, 74-75; Suominen & Laippala 1993, 132-133) on tarkastellut potilaiden käsityksiä sairaanhoitajilta saamastaan tuesta. Tutkimuksessa tarkasteltiin tukea havaittuna tukena. Kolmasosa tutkimukseen osallistuneista potilaista koki, etteivät hoitajat olleet supportiivisia sairaalajakson aikana. Tarkastellessaan rinnakkain hoitajien ja potilaiden käsityksiä Suominen totesi niiden olevan hyvin ristiriitaisia. Tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajat olivat mielestään antaneet potilaille tukea, ja hoitajat arvioivat syöpäpotilaan sairaalajakson aikana saaman tuen jopa erinomaiseksi. Potilaiden havainnot tuesta eivät kuitenkaan olleet yhdenmukaisia hoitajan käsitysten kanssa. Suominen, Leino-Kilven ja Laippalan (1994) tulokset osoittivat, että hoitajat aliarvioivat potilaan resursseja ongelmanratkaisuun sukulaisten ja ystävien kanssa ja yliarvioivat omat resurssinsa auttaa potilasta sairaalahoidon aikana.

Tutkittaessa tuen saajan ja tuen antajan käsityksiä myös muissa kuin ammatillisissa suhteissa onkin todettu niiden usein olevan ristiriitaisia (esim. Jokinen 1995). Yleensä tuen antaja arvioi tuen suuremmaksi kuin tuen saaja (Sarason, Sarason & Pierce 1990, 15). Hoitajien ja potilaiden käsityksiä tutkittaessa on todettu, että erityisesti syöpäpotilaiden kohdalla hoitajien ja potilaiden käsitykset potilaiden emotionaalisen tuen tarpeesta poikkeavat toisistaan (von Essen, Burström & Sjöden 1994, 205). Yleisemminkin ristiriitaisia käsityksiä on erityisesti emotionaalisen tuen osuudesta (esim. Jokinen 1995).

Eriksson (1996) tarkasteli syöpäpotilaan omaisten mukautumisprosessissaan saamaa apua: hänen tutkimukseensa osallistuneista hoitajista lähes kaikki (96

%) pitivät tärkeänä sitä, että omaiset saavat emotionaalista tukea, kun omaisista emotionaalista tukea piti tärkeänä noin puolet tutkimukseen osallistuneista (52 %). Hoitajien ja omaisten arviot toteutuneesta emotionaalisesta tuesta erosivat myös merkittävästi. Omaisista vain 8 % katsoi, että he olivat saaneet runsaasti emotionaalista tukea, kun hoitajista 61 % arvioi omaisten saavan paljon emotionaalista tukea. Tiedon saannin osalta eroavuudet omaisten ja hoitajien välillä eivät olleet yhtä suuria, mutta samansuuntaisia. Omaisista alle 30 % arvioi saaneensa runsaasti tietoa, kun hoitajista noin 70 % arvioi omaisten saaneen runsaasti tietoa. Lähes kaikki omaiset ja hoitajat pitivät tiedon saamista tärkeänä.

Suominen ja Laippala (1993, 133-134) tulkitsevat hoitajien ja potilaiden ristiriitaisten käsitysten johtuvan erityisesti siitä, että potilaat ja hoitajat tarkoittavat tuella eri asiaa. Hoitajat viittaavat nimenomaan ammatilliseen tukeen ja potilaat pikemminkin sosiaaliseen tukeen tai psykologiseen tukeen. Tämän vuoksi tulisikin erityisesti tarkastella tuen käsitettä ja sen määrittelyä. Samalla pitäisi tarkemmin pohtia mm. tuen ajoittamista, tuen antamisen tapaa, tasoa ja kontekstia. Suomisen (1994) mukaan ongelmat hoitajien antaman tuen perillemenossa johtuvat ennen kaikkea ajankäytöstä, mutta myös kompetenssin puute voi vaikuttaa asiaan. Aavarinteen (1994) mukaan kyse voi olla myös siitä, että hoitajilla oleva tieto tuesta ei integroidu heidän toimintaansa käytännön hoitotyössä. Esimerkiksi Mäkinen, Välimäki ja Katajisto (1999, 115) toteavat, että arvioidessaan antamansa tuen määrää hoitajat voivat myös kuvata ideaalitulannetta eivät niinkään todellista toimintaa.

Hoitotyön kontekstissa tukea tarkastelevissa tutkimuksissa on samoja käsitteellisiä ja menetelmällisiä ongelmia kuin tuen tutkimisessa yleensäkin. Tutkimustulosten vertailua vaikeuttaa se, että tutkimuksessa tukea on tarkasteltu sekä havaittuna että saatuna tukena. Stewart (1993, 6) pitää erityisen ongelmallisena sitä, ettei aina riittävästi selvitetä, viitataanko havaittuun vai saatuun tukeen. Tutkimuksissa tulisikin tarkemmin määri-

tellä se, lähestytäänkö tukea kognitiivisesta vai käyttäytymisen lähtökohdasta, ja toisaalta tuen käsite tulisi määritellä täsmällisemmin.

Tutkimuksissa on selvitetty tuen vaikutuksia, ja runsaasti on tarkasteltu sitä, saako potilas tukea. Tulokset ovat tältä osin hieman ristiriitaisia, mikä voi johtua juuri käsitteellisistä ja menetelmällisistä ratkaisuista. Esimerkiksi Suominen (1994) puhuu viestinnästä vain informaation yhteydessä, ei lainkaan tuen yhteydessä. Jokinen (1995, 111) puolestaan toteaa, että tutkimuksessa käsitteillä emotionaalinen tuki, psyykinen tuki, auttaminen ja rohkaiseminen tarkoitetaan yleensä samaa asiaa. Toisaalta tutkimuksissa korostetaan ammatillista tukea, joka nähdään erityisesti informaation ja välineellisen avun tarjoamisena. Tarkasteltaessa tukea hoitotyön kontekstissa tuki tulisi nähdä ennen muuta viestintäprosessin näkökulmasta. Jotta tuella olisi haluttuja vaikutuksia potilaan hyvinvointiin, tulee se nähdä nimenomaan hoitajan ja potilaan välisessä vuorovaikutuksessa toteutuvaksi resurssien välittymiseksi.

9 JOHTOPÄÄTÖKSIÄ

9.1 Hyvinvointi ja vuorovaikutusprosessi

Sosiaalisen tuen tutkiminen kohdentuu yksilön vuorovaikutussuhteiden, viestintäprosessien ja hyvinvoinnin välisten yhteyksien tarkasteluun. Tutkimuskysymys on tärkeä, ja tutkimusalue on laaja. Sosiaalisen tuen tutkimustradition voidaan katsoa muotoutuneen omaksi tutkimusalueekseen viimeisten kolmenkymmenen vuoden aikana. Tutkimuskenttä on kuitenkin hajanainen, mikä johtuu sekä tutkimuskentän monitieteisyydestä että tutkitavan ilmiön moniulotteisuudesta. Sosiaalisen tuen käsitteellä kuvataankin, ei ehkä vain yhtä, vaan useita ilmiöitä. Sarason, Pierce ja Sarason (1990b, 97) toteavat, että sosiaalinen tuki on pikemminkin sateenvarjotermi, jonka alla tutkitaan hyvin monenlaisia ilmiöitä. Sosiaalisen tuen sateenvarjon alle mahtuu sekä kansanterveystieteellisesti orientoinutta epidemiologiaa, sosiologista yhteisöllisten rakenteiden ja psykologista yksilötekijöiden tutkimusta että interpersonaalisen viestinnän tarkastelua.

Sosiaalista tukea ilmiönä luonnehtii kaksi keskeistä tekijää. Ensinnäkin sosiaalinen tuki liittyy vuorovaikutussuhteisiin, ja se toteutuu yksilöiden välisessä vuorovaikutuksessa. Toiseksi sosiaalinen tuki on aina jollakin tapaa hyvinvointiin kiinnittyvää, ja sen perusfunktio on hyvinvointia tuottava. Sosiaalisen tuen erilaiset määritelmät ottavat ainakin implisiittisesti kantaa näihin molempiin ulottuvuuksiin. Sosiaalinen tuki nähdään joko vuorovaikutussuhteisiin rakenteellisesti liittyvänä ilmiönä, jolloin tukea tuottavaksi nähdään liittymissuhteiden olemassaolo sinänsä (esim. Moss 1973), tai se nähdään vuorovaikutusprosessissa syntyviksi kognitiivisiksi ja affektiivisiksi resursseiksi, jolloin vuorovaikutus on se prosessi, jossa tuki syntyy ja toteutuu (esim. Albrecht & Adelman 1987; Shumaker & Brownell 1984).

Sosiaalisen tuen hyvinvointiin vaikuttavana tekijänä on pidetty joko vuorovaikutus- tai liittymissuhteita sinänsä (esim. Cobb 1976; Moss 1973) tai näissä suhteissa syntyviä psykologisia, joskus myös konkreettisia selviytymisen

resursseja, jotka perustuvat esimerkiksi epävarmuuden jäsentämiseen ja hallintaan, toimintarepertoarin kasvamiseen tai emootioiden ymmärtämiseen ja hallintaan (esim. Albrecht & Adelman 1987; Kahn & Antonucci 1980; Shumaker & Brownell 1984). Kyseessä on kaksi erilaista yksilön hyvinvoinnin konstruktia. Sosiaalinen tuki määrittyy joko liittymissuhteiden tuottamaksi suhteellisen pysyväksi osaksi hyvinvointia, joka toteutuu perustarpeiden tyydyttämisenä ja syntyy kuulumisesta vuorovaikutussuhteiden verkostoon, tai se on vuorovaikutussuhteissa syntyvä hyvinvointiresurssi, joka helpottaa yksilöä saavuttamaan omat tavoitteensa.

Puheviestinnän tutkimuksen kannalta sosiaalista tukea on relevanttia lähes tyä vuorovaikutus- ja viestintäprosessien näkökulmasta, jolloin tuki on merkkijärjestelmien avulla toteutuva sanomien tuottamisen ja vastaanottamisen prosessi. Vaikka vuorovaikutussuhteisiin sisältyisikin rakenteellisesti hyvinvointia tuottavia tekijöitä, on vuorovaikutuksen näkökulmasta mielekästä tarkastella sitä, kuinka tämä hyvinvointi toteutuu merkkijärjestelmien ja interpersonaalisen viestintäprosessin tasolla. Sosiaalinen tuki tulisikin määritellä siten, että se ilmiötasolla selkeästi erottuu vuorovaikutussuhteen käsitteestä, jonka funktiona ovat sekä liittymissuhteet että niiden tuottama hyvinvointi. On problemaattista, jos sosiaalinen tuki jää käsitteen tasolla niin yleiseksi, ettei se eroa vuorovaikutussuhteesta sinänsä. Sosiaalisella tuella ei siis voida viitata vain perustarpeiden tyydyttämiseen, vaan sen pitäisi selkeästi erottua liittymissuhteen käsitteestä.

Sosiaalisen tuen on katsottu vaikuttavan hyvinvointiin sekä suoraan että välittävien kognitiivisten mekanismien kautta. Tuen on katsottu vaikuttavan hyvinvointiin sekä vaikuttamalla yksilölliseen käsitykseen elämän merkityksellisyydestä että säätelemällä ajatuksia, tunteita ja käyttäytymistä selviytymistä edistävällä tavalla (Callaghan & Morrissey 1993). Tuen hyvinvointivaikutuksia on selitetty sekä yleis- että puskurivaikutuksen kautta. Edellinen viittaa siihen, että sosiaalisella tuella on hyvinvointivaikutuksia tilanteesta riippumatta, sen sijaan puskurivaikutus viittaa tilanteeseen, jossa akuutti stressitekijä on läsnä. Toisaalta sosiaalisella tuella voi olla yleisvaikutusta

myös akuuteissa ongelmatilanteissa (esim. Komproe, Rijken, Ros, Winnubst & Hart 1997). Yleis- ja puskurivaikutus selittävät siis sitä, onko tuki ongelmatilanteissa negatiivisia vaikutuksia vaimentava mekanismi vaiko yleinen yksilöllinen voimavara. Yleisvaikutuksen malli kuvaa sosiaalista tukea sellaisena vuorovaikutussuhteisiin perustuvana konstruktiona, joka on yksilöllistä hyvinvointia tuottava, ja tästä näkökulmasta sosiaalisen tuen voitaisiinkin nähdä lähestyvän esimerkiksi koherenssin tunnetta tai jämykkyyttä, jotka ovat suhteellisen pysyviä yksilöllistä hyvinvointia tuottavia konstruktioita (ks. Bäckman 1983).

Sosiaalisen tuen vaikutusmekanismeja on voidaan tarkastella myös siitä näkökulmasta, onko sosiaalisen tuen vaikutus suoraa vaiko kognitiivisten mekanismien kautta välittyvää. Suora vaikutus tarkoittaa sitä, että sosiaalinen tuki edistää hyvinvointia sinänsä, epäsuora vaikutus puolestaan viittaa erilaisten selviytymis- ja arviointiprosessien välittämään vaikutukseen. Epäsuora vaikutus viittaa erityisesti uudelleenarviointiprosessiin, jonka tuloksena yksilölliset kognitiot muuttuvat. Suora vaikutus lähestyy ilmiötasolla yleisvaikutusta, jossa sosiaalinen tuki nähdään yhtenä hyvinvoinnin osatekijänä, joskaan suoran ja epäsuoran sekä yleis- ja puskurivaikutusten välistä suhdetta ei voida pitää yksiselitteisenä. Yleis- ja puskurivaikutus kuvaavat sitä, kuinka tuki vaikuttaa stressitekijöihin, suora ja epäsuora vaikutus puolestaan kuvaavat sitä, millaisin mekanismein tuen tuottamat hyvinvointivaikutukset välittyvät.

Puheviestintätieteen näkökulmasta keskeinen kysymys sosiaalista tukea tarkasteltaessa on se, kuinka viestintäprosessit nivoutuvat osaksi yksilön hyvinvointia ja kuinka hyvinvointi lisääntyy vuorovaikutuksessa. Tutkimuksen kohteena ovat tällöin erityisesti supportiivisten sanomien tuottaminen ja vastaanottaminen sekä viestintäprosessien kytkeytyminen osaksi yksilön kognitiivisia ja emotionaalisia prosesseja. Tämä edellyttää myös psykologisten vaikutusmekanismien huomioimista. Mikäli hyvinvoinnin lisääntymistä tarkastellaan ongelma- ja stressitilanteessa, ensisijaiseksi kysymykseksi muotoutuu se, millaiset viestintäprosessit tuottavat suoria ja epäsuoria

hyvinvointivaikutuksia.

Sosiaalisella tuella tarkoitetaan hyvinvoinnin lisääntymistä vuorovaikutuksessa. Tämä hyvinvoinnin kasvaminen toteutuu erilaisina funktioina joko yksilön hyväksynnän tunteen kasvamisen kautta tai erilaisten psykologisten resurssien lisääntyessä. Funktioista riippuen sosiaalinen tuki toteutuu erilaisissa muodoissa ja tuki saa erilaisia sisältöjä. Ilmiötasolla sosiaalinen tuki on viestintäprosessissa syntyvää hyvinvointia; operationaalisella tasolla sosiaalista tukea voidaan tarkastella joko viestintäkäyttäytymisen tasolla näkyvänä toimintana tai yksilön kognitioiden ja havaintojen tasolla. Sosiaalista tukea onkin tutkittu sekä kognitiivisena että behavioraalisenä ilmiönä. Tukea voidaan lähestyä joko tukea tarvitsevan havaintona hänen vuorovaikutussuhteistaan ja potentiaalisesta tuesta, tai sitä voidaan tarkastella jollain tapaa käyttäytymisen tasolla toteutuneena vuorovaikutusprosessina. Edellinen viittaa erityisesti havaitun tuen käsitteeseen, jälkimmäinen joko saadun tai tarjotun tuen käsitteisiin tai supportiiviseen viestintään.

Supportiivisella viestinnällä tarkoitetaan sellaista intentionaalista vuorovaikutusta, jossa tukea pyritään hakemaan ja välittämään. Tarjottu tuki perustuu tuen antajan intentioihin, saatu tuki perustuu joko toisen viestijäosapuolen intention tunnistamiseen tai tulkintaan siitä, että toisen toiminta ja käyttäytyminen on lisännyt omaa hyvinvointia. Saadun tuen tehokkuutta voidaan arvioida siten, että päätelmä syntyy viestintäkäyttäytymisen ja oman koetun hyvinvoinnin välisessä suhteessa.

Havaittu tuki on yksilöllinen konstruktio, joka viittaa nimenomaan kognitiiviselle tasolle. Toisaalta myös havaittu tuki perustuu aina jollain tapaa viestintäkäyttäytymiseen; päätelmät vuorovaikutussuhteen supportiivisuudesta perustuvat viestintään vuorovaikutussuhteessa, mikä tekee havaitun tuen prosessista hieman problemaattisen. Havaitun ja saadun tuen tai havaitun tuen ja supportiivisen viestinnän ero ilmiö- ja käsitetasolla voisikin asettua intentionaalisuuteen: supportiivinen viestintä voidaan nähdä intentionaalisena prosessina. Havaittu tuki sen sijaan ei edellytä auttamisen

intentiota, vaan havainto voi perustua moniin vuorovaikutuksen piirteisiin. Yksilön kokemina saadun ja havaitun tuen ero asettuu kokemuksen tasolle; saadussa tuessa yksilön havainnot jäsentyvät kokemukseksi tuesta, jolloin saatu tuki on jossain määrin tietoisempaa.

Supportiivisten viestintäprosessien hyvinvointivaikutukset näyttäisivät olevan sekä suoria että epäsuoria vaikutuksia (esim. Komproe, Rijken, Ros, Winnubst & Hart 1997), sen sijaan havaittu tuki näyttäisi vaikuttavan ennen muuta suoraan hyvinvointiin, ja myös sen vaikutukset liittyvät läheisemmin liittymissuhteisiin (esim. Callaghan & Morrisey 1993). Havaittua tukea näyttäisi myös selittävän yleisvaikutuksen malli.

Sosiaalista tukea voidaan siis tarkastella sekä viestintäkäyttäytymisen tasolla että kognitiivisella tasolla. Puheviestintätieteen näkökulmasta tulisi tarkastella näitä kumpaakin interpersonaalisisissa suhteissa toteutuva hyvinvointiprosessia. Interpersonaalisen viestinnän näkökulmasta supportiivisen viestinnän prosessit ovat erityisesti niitä, joissa fokus on viestintäprosessin ja yksilön kognitiivisten ja emotionaalisten prosessien yhteyksien tarkastelussa. On erityisen tärkeää selvittää tätä intentionaalista ja strategista sanomien rakentamista, joka tähtää avun, lohdutuksen ja tuen tarjoamiseen. Toisaalta on välttämätöntä pohtia sosiaalista tukea myös relationaalisella tasolla. Tällöin tarkastelu kohdentuu siihen, millaiset tekijät vuorovaikutussuhteessa synnyttävät merkityksiä ja tulkintoja siitä, että apua on saatavilla, millaiset vuorovaikutussuhteisiin ja vuorovaikutussuhteen rakentamiseen liittyvät tekijät tuottavat havaittua tukea ja toisaalta, miten selviytymisen resursseja tuotetaan vuorovaikutuksessa. Hyvin vähän on toistaiseksi kiinnitetty huomiota siihen, mikä vuorovaikutuksessa tuottaa havaittua tukea (Miller & Ray 1994).

9.2 Havaittu tuki ja supportiivinen viestintä hoitotyössä

Hoitotyö on ammatillista auttamistyötä, jonka tavoitteena on osoittaa potilaalle, että hän saa tarvitsemaansa tukea (Suominen 1994), ja jonka tarkoituksena on auttaa potilasta mukautumaan omaan sairauteensa (Jokinen 1995). Hoitotyöllä on siis sekä havaittuun tukeen että supportiiviseen viestintään liittyviä tavoitteita. Tuen saatavuuden näkökulmasta havaitun tuen syntymiseen johtavat mekanismit ovat ensisijaisia. Potilaan mukautumis- ja selviytymisprosessin näkökulmasta keskeisellä sijalla ovat ongelman prosessointiin liittyvät tekijät, jota supportiivisella viestinnällä voidaan edistää. Vaikka havaittua tukea on tarkasteltu ennen muuta yksityisissä vuorovaikutussuhteissa, erityisesti hoitotyön ja ammatillisen auttamisen näkökulmasta havaitulla tuella on keskeinen merkitys: havaitulla tuella on hyvinvointivaikutuksia, ja toisaalta potilaan omien sosiaalisten suhteiden ylläpitäminen voi esimerkiksi sairaalahoidon vuoksi olla hankalaa. Toisaalta erityisesti silloin, kun potilaan mukautumisprosessi ja selviytymisprosessi otetaan hoitotyön lähtökohdaksi, on välttämätöntä tarkastella myös sitä, miten selviytymistä lisätään hoitajan ja potilaan vuorovaikutuksessa. Puheviestinnän näkökulmasta se tarkoittaa supportiivisen viestinnän prosesseja, joita ei toistaiseksi ole suomalaisessa hoitokulttuurissa juurikaan tarkasteltu.

Tukea hoitotyössä on sen sijaan tarkasteltu melko runsaasti. Tutkimuksissa on esimerkiksi selvitetty sitä, mikä vuorovaikutuksessa koetaan supportiiviseksi (Jokinen 1995; ks. myös Goldsmith 1992), ja toisaalta on tarkasteltu tuen tarvetta ja arvioitu tyytyväisyyttä saatuun tukeen (Eriksson 1996; Suominen 1994). Tutkimuksissa on saatu tuloksia, joiden mukaan hoitavan henkilökunnan ja potilaan tai hänen omaistensa käsitykset tuen määrästä ovat hyvin eriäviä (esim. Eriksson 1996; Suominen 1994). Tämä voi johtua sekä tutkimusmenetelmistä, tutkittavien tuelle antamista erilaisista merkityksistä tai siitä, etteivät potilaan tuen tarve ja hoitajien tarjoama tuki todellakaan kohtaa hoitotyössä, eikä potilas koe tukea olevan riittävissä määrin saatavilla. Hoitotyön tulosten kannalta kysymys on oleellinen, ja sitä voidaan selittää myös supportiivisen viestinnän ja havaitun tuen funktioita ja vaikutusmekani-

nismeja tarkastelemalla.

Havaitulla tuella on todettu olevan suoria vaikutuksia hyvinvointiin, kun saatu tuki näyttäisi olevan tehokasta silloin, kun se vaikuttaa yksilöllisten selviytymis- ja arviointiprosessien kautta (Komproe, Rijken, Ros, Winnubst & Hart 1997). Hoitajan ja potilaan vuorovaikutuksessa havaittu tuki liittyy suuremmin siihen, että hoitaja on potilaan saatavilla ja että hän osoittaa riittävästi kiinnostusta potilasta kohtaan (ks. Jokinen 1995). Hoitotyön näkökulmasta tämä tarkoittaa sitä, että potilaalla on riittävästi mahdollisuuksia vuorovaikutukseen hoitajan kanssa. Se tarkoittaa myös sitä, että hoitajat ovat "saatavilla", näkyvillä ja läsnä.

Havaittu tuki perustuu potilaan käsitykseen huolenpidosta ja omasta merkityksellisyydestään, ja käsityksen tarjolla olevasta tuesta voisi päätellä perustuvan siis ensisijaisesti siihen, että potilas saa apua konkreettisesti ja että hoitava henkilökunta täyttää potilaan odotukset. Henkilökunnan kiire vaikuttaa juuri havaittuun tukeen, ja voi siis laskea potilaan tyytyväisyyttä tai vaikuttaa päätelmiin tuesta. Se myös laskee tuen määrää, mikäli tukea mitataan juuri havaittuna tukena (ks. Suominen 1994). Päätelmiin vaikuttavat toki myös potilaan attribuutiot: mikäli hän attribuoi hoitajan kiireen johtuvaksi esimerkiksi hoito-organisaatiosta, ei kiire automaattisesti laske havaitun tuen määrää. Potilaat voivat attribuoida syyn läsnäolon puutteesta muualle kuin hoitavaan henkilökuntaan, jolloin vähäinen läsnäolokin koetaan positiiviseksi. Sen sijaan esimerkiksi potilaan itsearvostukseen liittyvien negatiivisten tekijöiden kautta havaitun tuen määrä ja tyytyväisyys tukeen voi laskea merkittävästi.

Potilas ja hoitava henkilökunta voivat myös priorisoida eri tyyppistä tukea. Henkilökunnan aktiivisesti kuntouttava ote voi laskea havaitun tuen määrää silloin, kun potilas ei ole valmis kuntoutumaan tai hän kokee tarvitsevansa edelleen runsaasti apua: hoitohenkilökunta voidaan kokea määräilevänä, jopa epäystävällisenä tilanteessa, jossa potilas "nostetaan" sängystään mahdollisimman pian, vaikkei tämä vielä haluaisikaan. Henkilökunnan orientaa-

tio perustuu ennen muuta hoitoprosessiin, potilas puolestaan toimii tilannekohtaisesti ja saattaa siksi olla huolissaan pärjäämisestään. Tunne siitä, ettei hallitse omaa tilannettaan saattaa myös ohjata potilaan tulkintoja. Kun oma selviytymiskyky koetaan heikoksi, se heijastuu myös minäkuvaan ja itsearvostukseen. Tällöin syntyy riski siitä, ettei potilas tunnista hänelle tarjottavaa tukea tueksi tai että hänen päätelmänsä tuesta ja sen saatavuudesta suuntautuu negatiiviseksi, jolloin potilaan käsitys tuesta on erilainen kuin hoitavan henkilökunnan käsitys. (Ks. esim. Sarason, Pierce & Sarason 1990a).

Havaitulla tuella voi olla tärkeä merkitys sille, että potilas on tyytyväinen hoitoonsa ja tuntee olonsa turvalliseksi. Ongelmallista havaitun tuen kanalta on se, että hoitava verkosto katkeaa potilaan kotiutuessa, jota voidaan pitää kriittisenä vaiheena hoitoprosessissa. Jos hoitotyön lähtökohdaksi otetaan mukautumisprosessin tukeminen, supportiivisella viestinnällä ja saadulla tuella on keskeinen merkitys sille, kuinka potilas selviää, kun hän lähtee sairaalasta. Jos saatu tuki todella välittyy selviytymis- ja arviointiprosessien kautta, hoitohenkilökunnan supportiivisella viestinnällä on merkitystä mukautumisprosessin käynnistymiseen ja etenemiseen. Jos hoitotyö perustuu havaittuun tukeen ja vuorovaikutussuhteeseen ja ammatilliseen auttamiseen, se tuottaa positiivisia sairaalakokemuksia, muttei vielä takaa sitä, että uudelleenarviointiprosessi olisi käynnistymässä.

Näissä tilanteissa on riskinä myös laitostuminen. Mikäli potilaan selviytyminen perustuu havaittuun tukeen, ja hoitavasta henkilökunnasta tulee keskeinen tukiverkosto, saatavilla oleva tuki liukuu kauemmas kotiutumisen lähestyessä. Tähän liittyy prosessi, jossa potilaat "jarruttavat" omaa toimustaan. Hoitotyön haaste onkin löytää juuri niitä supportiivisen viestinnän muotoja, jotka tukevat potilaan selviytymistä, jolloin potilaalla on riittävät resurssit selviytyä ja jatkaa omaa mukautumisprosessiaan sairaalasta palaamisen jälkeen. Käytännön hoitotyössä on kyse potilaan omien resurssien aktivoinnista, ja sen osoittamisesta, ettei potilaan hyvinvointi perustu pelkästään ammatilliseen hoitoon vaan myös hänen omaan toimintaansa ja ajatteluunsa.

Havaittua tukea tulisi tarkastella pohtien, millaiset hoitajan viestinnän piirteet synnyttävät potilaalle käsityksen potentiaalisesta tuesta ja siitä, että hän saa tukea tarvitessaan. Toisaalta tutkimuksessa tulisi selvittää myös sitä, millaiset kulttuuriset, yksilölliset ja interpersonaaliset tekijät vaikuttavat siihen, ettei havaintoa tuesta potilaalle synny. Myös supportiivista viestintää pitäisi tarkastella kiinteänä osana sitä kontekstia, jossa tukea tuotetaan, ja tutkimuksessa tulisi huomioida ne kulttuuriset tekijät, jotka ohjaavat viestintää ja vuorovaikutuskäyttäytymistä. Supportiivisten sanomien tuottamista ja sosiaalisen tuen viestimistä tulisi tarkastella myös yksilöllisten tekijöiden ja vuorovaikutussuhteen näkökulmasta, sekä stressitekijän ja sille annettavien merkitysten näkökulmasta. Keskeistä olisi selvittää sitä, miten suomalaisessa sairaalakulttuurissa tukea tuotetaan ja mitkä kulttuuriset säännöt ohjaavat tuen antamista, pyytämistä ja saamista. Hyvinvoinnin näkökulmasta olisi tärkeää selvittää myös, mitkä kulttuuriset tekijät ehkäisevät supportiivista toimintaa, ja toisaalta millaisia tulkintasääntöjä muodostuu sen arvioimiseksi, mikä on supportiivista viestintää ja mikä ei.

Itsessään kiinnostava on tietysti myös se kysymys, toimiiko hoitotyö nimenomaan havaitun tuen lähteenä, jolla toki on merkittävä vaikutus potilaan paranemiselle ja toipumiselle, vai tuotetaanko hoitajan ja potilaan vuorovaikutuksessa myös aktiivista prosessointia siten, että supportiivista viestintää voidaan potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksesta havaita esimerkiksi ongelmanratkaisuprosesseina. Puheviestinnän näkökulmasta kiinnostava kysymys on siis kaikkienensa se, miten hoitajan ja potilaan vuorovaikutuksessa selviytymisprosessi näkyy ja millaisella viestinnällä hoitajat pyrkivät sitä edistämään. Tarkastelu palautuu supportiivisten sanomien tuottamiseen niissä tilanteissa, joissa potilas pyrkii puhumaan huolenaiheistaan tai ilmaisemaan huolestumistaan. Havaittu tuki perustuu läsnäoloon ja siinä tärkeää on huolenpidon osoittaminen, supportiivisessa viestinnässä keskeistä on ongelmasta keskusteleminen.

Supportiivisen viestinnän ja havaitun tuen välillä on hoitotyössä tärkeä ja monitahoinen yhteys, jota tulisi tarkastella tarkemmin kuin tähän mennessä

on tehty. Puheviestinnän tutkimukselle supportiivisen viestinnän ja havaitun tuen välisten prosessien selvittäminen on ensisijaisen tärkeä haaste. Se voi auttaa ymmärtämään tukea paitsi hoitokontekstissa myös muissa konteksteissa, ja sillä voi olla teoreettista merkitystä, mikäli tutkimus avaa näkökulmia vuorovaikutussuhteesta tehtävien päätelmien ja aktuaalisen viestinnän näkökulmien välille. Saatua tuki ja havaittu tuki varmasti perustuvat suurelta osalta siihen, miten supportiivista viestintää hoitajan ja potilaan vuorovaikutuksessa yleensä syntyy. Toisaalta havaitulla tuella on merkityksensä supportiivisten ilmausten tulkinnoille. Esimerkiksi Väättäisen ja Krausen (1988) tutkimuksen tulosten mukaan potilaat kokivat saaneensa lääkäriltä enemmän tukea kuin hoitajilta, mitä tutkijat selittivät sillä, että hoitopäätökset tehdään lääkärin kanssa. Tämä hoitopäätösten teko on aktiivinen ongelmanratkaisuprosessi, johon liittyy useinkin myös supportiivista vuorovaikutusta. Se heijastuu samalla myös päätelmiin havaitusta tuesta.

9.3 Potilaan selviytymiseen vaikuttavia tekijöitä

Potilaan selviytyminen ja sairauteen mukautuminen riippuu monella tapaa niistä yksilöllisistä tekijöistä, jotka säätelevät hänen suhtautumistaan terveyteen ja sairauteen, sairastamiseen ja paranemiseen. Selviytymiseen vaikuttavat paitsi kriisin luonne ja erilaisten kuormittavien tekijöiden määrä myös ongelma- ja stressitekijöille annetut merkitykset, joille yksilön omilla pysyvillä ja tilannekohtaisilla kognitioilla on keskeinen merkitys.

Keskeisinä selviytymiseen vaikuttavina yksilöllisinä tekijöinä voidaan pitää yksilön koherenssin tunnetta (Antonovsky 1980) ja jäämäkkyyttä (Kobasa 1985). Vahva koherenssin tunne ja korkea jäämäkkyys näyttäisivät olevan sellaisia suhteellisen pysyviä yksilöllisiä piirteitä, jotka toimivat salutogeenisesti eli hyvinvointia tuottavasti (Antonovsky 1980; Bäckman 1983). Kysymys on siis siitä, että yksilö säilyttää myös kriisitilanteessa käsityksensä elämänhallinnasta ja elämän kohtuullisuudesta ennustettavuudesta ja että hän näkee kriisit pikemminkin haasteina kuin uhkana. Toisaalta esimerkiksi

yksilöllinen itsehoito-orientaatio ja orientoituminen hoitosuhteeseen ohjaavat yksilön toimintaa ja ajattelua sairastumisen ja hoidon aikana sekä hoitosuhteessa (Kuusinen 1994; Vehviläinen-Julkunen 1993).

Koherenssin tunne ja jämäkkyys ovat suhteellisen pysyviä yksilöllisiä konstruktioita, hoito-orientaatioon vaikuttavat puolestaan sekä yksilölliset tekijät että tilannetekijät. Hallintatahoa voidaan pitää erityisesti tilannekohtaisena tekijänä, joka vaikuttaa siihen, kuinka yksilö ongelmatilanteisiin suhtautuu ja millaisia merkityksiä ongelma saa. Mikäli hallintatahon koetaan olevan sisäinen, eli yksilö kokee omalla toiminnallaan olevan vaikutusta tilanteeseen, hän näyttäisi valitsevan aktiivisia ja toiminnallisia selviytymisstrategioita kriisitilanteessa. Sen sijaan ulkoinen hallintataho näyttäisi johtavan passiivisten strategioiden valintaan kuten toivottomuuteen ja passiiviseen hyväksymiseen. (Sullivan & Reardon 1986.)

Yksilön orientaatio ja yksilölliset konstruktiot vaikuttavat hyvinvointiin ja selviytymiseen sekä suoraan että potentiaalisina resursseina. Toisaalta ne vaikuttavat suoranaisesti siihen, millaisia selviytymisstrategioita yksilö kriisitilanteessa valitsee ja voi valita. Kolmanneksi ne vaikuttavat myös siihen, millaisia päätelmiä yksilö muiden toiminnasta tekee ja kuinka suureksi hän esimerkiksi potentiaalisen tuen havaitsee.

Hyväksytyksi tulemisen tunne, positiivinen minäkuva ja itsearvostus näyttäisivät nostavan odotuksia tuesta, ja ne johtavat myös siihen, että päätelmät toisen osapuolen viestinnästä tulkitaan supportiivisiksi. Positiivinen itsearvostus voi siis sekä lisätä havaitun tuen määrää että supportiivisten ilmausten tulkitsemista supportiivisiksi (Sarason, Pierce & Sarason 1990a). Havaitun tuen määrä selittyy erityisesti sillä, millaisia tulkintoja yksilö toisten vuorovaikutuskäyttäytymisestä tekee. Myös saadun tuen määrän ja viestintäverkoston laajuuden on todettu olevan yhteydessä toisiinsa, ja itseluottamus voi heijastua myös halukkuuteen hakea tukea (Rosenfeld, Richman & Bowen 1998). Itseluottamuksen ohella myös turvallinen liittymistyyli näyttäisi vaikuttavan positiivisesti sekä havaitun tuen määrään että halukkuu-

teen hakea aktiivisesti tukea ongelmatilanteissa (Ognibene & Collins 1998). Mikäli yksilö kokee vuorovaikutussuhteet yleisesti ottaen turvallisiksi, hän on valmiimpi myös osoittamaan avun tarvettaan kuin vuorovaikutussuhteissaan huolestunut tai välttelevä.

Tunne siitä, että hallitsee ongelmatilanteen eli käsitys omasta kyvykkyydestä näyttäisi lisäävän sekä saadun että havaitun tuen määrää (esim. Turner, Pearlin & Mullan 1998). Pystyvyyden tunne liittyy olennaisesti siihen, että supportiivisissa tilanteissa on mahdollisuus säilyttää positiivinen minäkuva siitäkin huolimatta, että tarvitsee ja hakee tukea vuorovaikutuksessa. Hoitotyön käytännön kannalta onkin keskeistä se, että tuki toteutuu sellaisena tukena, joka säilyttää tukea tarvitsevan kasvot ja toisaalta tukee positiivista identiteettiä (Goldsmith 1992). Tilanteissa, joissa kuormitustekijät vaikuttavat erityisesti yksilön toimintakykyyn ja pystyvyyden tunteeseen kuten usein esimerkiksi kirurgisessa hoidossa, kasvojen säilyttäminen ja autonomian tukeminen ovat ensisijaisia tekijöitä, jotka vaikuttanevat myös tuen tehokkuuteen.

Ungerin, Jacobsin ja Cannonin (1996) tutkimuksen tuloksissa pystyvyyden tunteen merkitys korostui erityisesti miesten kohdalla. Vaikka sukupuoleen muuttujana tuleekin suhtautua varovaisesti, eikä sukupuoli välttämättä vaikuta siihen, kuinka tukea annetaan (Goldsmith & Dun 1997), voi sillä olla merkitystä tuesta tehtäville tulkintoille. Erityisesti tämän voisi nähdä pätevän sellaisiin kulttuureihin, joissa miesten rooliin liittyy selviytymisen ja pärjäämisen normi. Näissä tilanteissa problemaattista on se, että sairaus heijastuu erityisesti oman pystyvyyden tunteeseen, jolloin tarjottu tuki ei välttämättä synnytä haluttuja tulkintoja. Tämä voi myös estää yksilöä ilmaisemasta tuen tarvettaan. Olennaista hoitotyössä olisikin huomioida se, millaisia tulkintoja sairaus saa ja millaisia merkityksiä sairaudelle annetaan. Esimerkiksi sairauden mukanaan tuoma kyvyttömyys huolehtia niistä fyysisistä tehtävistä, joita potilaalle on kuulunut vaikuttaa negatiivisesti itsearvostukseen, joka puolestaan vaikuttaa tulkintoihin tuesta.

hoitavan henkilökunnan ja potilaan välisessä vuorovaikutuksessa tukea. Myös saadun tuen ja lisääntyneen depression välinen suhde on jo sinänsä kiinnostava seikka, joskin se voisi osittain selittyä nimenomaan oman kompetenssin koetun alhaisuuden ja negatiivisen minäkuvan välisenä yhteytenä. Saatu apu voi entisestään lisätä tunnetta omasta kyvyttömyydestä sen sijaan, että se toimisi selviytymistä lisäävänä tekijänä.

Problemaattista niissä tilanteissa, joissa potilaan itsearvostus laskee, on se, että se vaikuttaa myös halukkuuteen ja kykyyn hakea tukea. Häggman-Laitilan (1994) mukaan potilaat itse kokevat erityisesti aktiivisen potilaan tulevan kuulluksi sairaalahoidon aikana. Myös hoito-organisaatio saattaa vaikuttaa osallistumisen määrään, ja vaikeuttaa yksilöllistä hoitoa. Nämä tekijät yhdessä potilaan oman hoito-orientaation, sitoutuneisuuden ja vastuunottamisen sekä viestintätaitojen ohella vaikuttavat siihen, millainen rooli potilaalle vuorovaikutuksessa muodostuu. Tämä tarkoittaa usein myös sitä, että ne potilaat, jotka tarvitsisivat tukea eniten, ovat vaarassa syrjäytyä. Passiivisen ja kuuliaisen potilaan hoitaminen vaatiikin hoitajalta hyviä havainnoimisen taitoja, jotta hoitaja pystyy tekemään päätelmiä potilaan emotionaalista tilasta. Hoitajan tulisi tunnistaa myös epäsuoria huolenilmauksia. (Ks. von Essen, Burström & Sjöden 1994.)

Hoitajan ja potilaan vuorovaikutus perustuu ammatilliseen auttamisrooliin, tarkoittaa sitä, että hoitajalla on sellaisia auttamisen resursseja, joita potilas tarvitsee (Leino-Kilpi 1991). Tämä ammatillinen rooli voi sallia suuremman määrän auttamista ja tukea kuin henkilökohtainen suhde sallisi ilman, että se uhkaa potilaan autonomiaa, kasvoja ja pystyvyyttä. Koska hoitajalla on ammatillinen rooli, siihen voidaan katsoa kuuluvaksi myös tuen tarjoaminen, toisaalta suomalaisten potilaiden on todettu myös haluavan tulla autetuksi (Leino-Kilpi 1991).

Potilaan autonomian näkökulmasta on kuitenkin keskeistä se, ettei myöskään ammatillinen auttaminen ja hoitajan tarjoama tuki näyttäydy asiaan sekaantumiselta, vaan että potilas voi säilyttää oman reviirinsä ja itsemäärä-

misoikeutensa. Hoitajan ja potilaan vuorovaikutussuhteeseen liittyy samoja autonomian kysymyksiä kuin henkilökohtaisiin suhteisiin. Esimerkiksi liian innokas auttaminen voi tuntua potilaasta kiusalliselta. Kaikki potilaat eivät tarvitse samassa määrin esimerkiksi emotionaalista tukea, ja voi olla, että hoitava henkilökunta yliarvioi oman kykynsä auttaa samalla kun aliarvioi potilaan omien sosiaalisten verkostojen auttamiskyvyn (Suominen, Leino-Kilpi & Laippala 1994).

Ammatillisen auttamisen ongelmakohdaksi voi muodostua toisaalta se, että hoitavan henkilökunnan tarjoama tuki voi synnyttää riippuvuussuhteen tuen saajan ja tuen antajan välille. Tämä näkyy käytännössä niissä tilanteissa, joissa potilas "laitostuu". Tilanteissa, joissa potilas kokee saavansa runsaasti tukea hoitavalta henkilökunnalta, hänen selviytymisensä kiinnittyy juuri hänen saamaansa tukeen. Mikäli potilas kokee hoitavalta henkilökunnalta saamansa tuen tärkeäksi oman selviytymisensä kannalta, on mahdollista, ettei potilas pysty tai halua käsitellä omaa ongelmatilannettaan, vaan potilaalle muodostuu riippuvuussuhde. Vaikka potilas olisikin riippuvainen ammatillisesta tuesta, ei riippuvuus saisi perustua sosiaaliseen tukeen. Sosiaalisen tuen näkökulmasta potilaan autonomian tukeminen onkin keskeinen tehokkaan tuen kriteeri. Autonomia tarkoittaa tällöin nimenomaan päätöksenteon ja ongelmanratkaisun autonomiaa, jota hoitavan henkilökunnan tulisi pyrkiä tukemaan.

Eräs tapa tukea potilaan omaehtoista selviytymistä on potilaan valitseman selviytymisstrategian tukeminen. Moos ja Schaeffer (1986) jakavat selviytymisstrategiat tunne-, ongelma- ja arviointisuuntautuneeseen strategiaan, joiden voidaan nähdä itseasiassa vastaavan Lazaruksen (1991) kuvaamaa ongelmasuuntautunutta ja kognitiivista selviytymistä. Lazaruksen (1991) teoriaan sisältyvä kognitiivinen selviytyminen voi olla luonteeltaan joko kognitiivisiin tulkintoihin tai emotionaalisiin reaktioihin kiinnittyvää. Supporttiivisen viestinnän avulla on mahdollista tukea potilaan valitsemaa selviytymisstrategiaa tai myös pyrkiä vaikuttamaan selviytymiseen silloin, kun potilas ei onnistu luomaan itselleen tapoja selviytyä tai käsitellä sairauttansa. Tällainen

tilanne voi syntyä esimerkiksi silloin, kun potilaalle tyypillinen selviytymisstrategia ei ole tilanteessa toimiva tai relevantti.

Esimerkiksi ongelmasuuntautunut pyrkimys vaikuttaa olosuhteisiin voi häiriytyä silloin, jos potilaan terveydentila estää potilaan toiminnan. Tällöin tuki tarkoittaisi esimerkiksi uusien merkitysten etsimistä toimintakyvylle ja samalla uudenlaisten mahdollisten selviytymisstrategioiden etsimistä. Tuki on myös potilaan auttamista korvaavien strategioiden haltuun ottamisessa. Tutkimuksessa olisi tärkeää pohtia sitä, kuinka selviytymisstrategioita tuotetaan ja prosessoidaan hoitajan ja potilaan vuorovaikutuksessa, ilmeneekö aktiivista selviytymisprosessin suuntaamista ja millaisia strategioita pyritään tuottamaan. Kiinnostava kysymys on erityisesti se, liittyykö hoitoorganisaation kulttuuriin oletuksia esimerkiksi sopivista tai tarkoituksenmukaisista selviytymisen tavoista ja strategioista, ja näkyvätkö nämä hoitajan ja potilaan vuorovaikutuksessa.

Havaitun tuen tärkein ennustaja on potilaan oma itsearvostus, ja selviytymisen kannalta potilaan omat salutogeeniset konstruktiot ovat keskeisiä. Käytännön hoitotyön haasteena on tunnistaa myös näitä ilmiöitä. Kyse ei ole pelkästään esimerkiksi perhesuhteista tai sosiaalisista verkostoista: laajaan verkostoon kuuluvalla voi olla hyvin matala koherenssin tunne. Yleisemminkin potilaan maailmankuvan, esimerkiksi hengellisen vakaumuksen tunnistaminen voivat avata keskustelumahdollisuuksia, joiden kautta tukea on helpompi suunnata. Paitsi havaittua tukea hoitotyössä tulisi myös hyödyntää mahdollisuuksia tukea potilaan selviytymisstrategiaa, mikä tarkoittaa supportiivisten viestintäprosessien toteutumista hoitotyössä. Tämä voi toteutua hoitajan ja potilaan intentionaalisessa vuorovaikutussuhteessa, joka on väline potilaan terveysintentioiden tukemisessa (Leino-Kilpi 1991).

9.4 Tuen muodot, supportiiviset sanomat ja selviytyminen

Selviytymisprosessin voidaan katsoa tapahtuvan vaiheittain kriisin tuottamasta sokkivaiheesta reaktiovaiheen kautta kriisin käsittelemiseen. Selviytymisprosessin tuloksena käsitys omasta itsestä ja oman itsen suhteesta ympäristöön muuttuu (Cullberg 1991; Saari 2000). Yksilön tarvitsemalle tuelle, sen muodoille ja sisällöille on olennaista se, missä vaiheessa kriisin kohtaamista hän on.

Sokkivaiheen tarkoituksena on suojata yksilöä sellaiselta tiedolta, jota hän ei pysty käsittelemään tai vastaanottamaan. Tällöin havaitulla tuella on keskeinen merkitys, koska shokkivaiheessa ei aktiivista prosessointia tapahdu. Esimerkiksi tilanteessa, jossa potilas saa diagnoosin, hän ei saisi jäädä yksin, vaan hoitavan henkilökunnan läsnäololla tai jopa toisten potilaiden fyysisellä läsnäololla voi olla tärkeä merkitys. Hoitajan tarjoaman tuen tulisikin perustua juuri havaitun tuen mekanismien vahvistamiseen, läsnäoloon ja näkyvyyteen, ja yksilöllisten kiinnikkeiden vahvistamiseen tilanteessa, jossa maailma näyttää epävarmuutta ja epäloogisuutta. Hoitotyön näkökulmasta ja vuorovaikutuksen näkökulmasta tämä tarkoittaa erityisesti nonverbaalisten sanomien tuottamista ja fyysistä läsnäoloa.

Myös reaktiovaiheessa, jossa syntyvät ensimmäiset tulkinnat ja merkitykset kriisin syystä tai stressitekijästä, havaitulla tuella on tärkeä merkitys. Toisaalta myös supportiivisella viestinnällä, erityisesti tunnesuuntuneella tuella voi olla keskeistä merkitystä tilanteessa, jossa syntyy voimakkaita tunnereaktioita ja jossa esimerkiksi syyllisyyden ja epäoikeudenmukaisuuden tunteet ovat päällimmäisellä sijalla, vaikkei aktiivinen käsittelyprosessi vielä käynnistyisikään.

Cutronan ja Suhrin (1992) mukaan tuen tarkoituksenmukaisuutta ja tehokkuutta voidaan tarkastella stressitekijän hallittavuuden näkökulmasta. Tilanteissa, joissa stressitekijää ei voi kontrolloida, on heidän mukaansa tehokkainta huolenpitoa välittävä tuki. Tämän voisi katsoa olevan keskeistä myös

kriisin alkuvaiheessa, jota luonnehtii muutos ja hallinnan tunteen puute. Kriisin käsittelemisen vaiheessa keskeiseksi voidaan katsoa muodostuvan toimintaa aktivoivan tuen eli tiedollisen ja välineellisen tuen. Kriisin käsittelemisen vaiheessa keskeistä onkin realistisen informaation antaminen ja toisaalta myös tunteiden käsittelemiseen liittyvien funktioiden täytyminen. Juuri tässä vaiheessa potilas myös pyrkii muovaamaan omia selviytymisstrategioita, joiden löytämiseen ja tukemiseen hoitavan henkilökunnan tulisi suuntautua.

Toimintaa aktivoivaa tukea eli tiedollista ja välineellistä tukea voidaan pitää hoitotyön lähtökohtana aktiivisen käsittelemisen vaiheessa. Erityisesti hoitotyössä tiedollista tukea on pidetty jopa tärkeimpänä tuen muotona (ks. esim. Jokinen 1995; Mäkinen, Välimäki & Katajisto 1999). Tiedollisella tuella on osoitettu olevan tärkeää merkitystä stressistä selviytymiselle, ja sen on osoitettu olevan erityisen tärkeää sairauteen sopeutumiselle ja havaitulle tuelle (esim. Gotcher 1995) sekä esimerkiksi kipujen ja ahdistuneisuuden vähenemiselle (King 1991).

Vaikka tiedollinen tuki on keskeistä selviytymiselle, ei kuitenkaan kaikki informaatio ole välttämättä hyödyllistä, eikä informaation määrä sinänsä ole hyvinvointia tuottavaa (esim. Ford, Babrow & Stolz 1996). Olisikin tärkeää tarkastella sitä, millainen informaatio tuottaa selviytymistä sairauden kanssa ja millaisia tiedollisia vuorovaikutusprosesseja sairastamis- ja hoitoprosessin edetessä syntyy. Tutkimuksissa on toistaiseksi melko vähän pohdittu sitä, millainen tieto potilaalle on relevanttia ja kuinka tietoa tulisi antaa. Informaation, jota kriisitilanteessa tarjotaan, tulisi integroitua potilaan omaan tietojärjestelmään. Tietoa välitettäessä potilaalle tulisi antaa mahdollisuuksia myös oman käsitejärjestelmän uudelleen konstruointiin, koska kriisitilanteelle on ominaista se, että maailmankuvaa joudutaan muokkaamaan uudelleen. Vuorovaikutuksen ja viestinnän näkökulmasta kiinnostavaa onkin se, kuinka nämä tietorakenteet muokkautuvat hoitokeskusteluissa, ja millä tavalla informaatio toimii tukena ja auttaa hallitsemaan epävarmuutta.

Emotionaalinen tuki tarkoittaa vuorovaikutusta, joka auttaa ymmärtämään ja hyväksymään omia tunteita. Emotionaalisen tuen prosesseja on tarkasteltu erityisesti Lazaruksen (1991) arviointiteorian näkökulmasta. Teorian ydin on se, että tilanteelle tai stressitekijälle annetun merkityksen muuttuessa myös siihen kohdistuva emotionaalinen reaktio muuttuu. Tätä psykologista arviointimekanismia on sovellettu nimenomaan tunnekeskeisten sanomien tuottamisen tarkasteluun; uudelleenarvioinnin pohjalta on mahdollista tuottaa myös emotionaalisesti tehokkaita supportiivisia sanomia.

Vaikka arviointiteoriaa on sovellettu erityisesti emotionaalisen tuen tarkastelussa, myös tiedollinen tuki vaikuttaa samalla tavoin, samankaltaisten arviointi- ja uudelleen arviointiprosessien kautta. Kysymyksessä on merkitysten muuttuminen, mikä lisää yksilön resursseja tuottamalla ongelmatilanteeseen uusia tulkintoja, oikeuttamalla emotionaalisia reaktioita ja tuottamalla uusia näkökulmia. (Albrecht, Burleson & Sarason 1994.) Teoria antaa hyvän viitekehyksen sen ymmärtämiseksi, kuinka psyykkiset prosessit ja vuorovaikutusprosessit kietoutuvat toisiinsa selviytymistä lisäten. Se myös jäsentää emotionaalisen tuen ja toisaalta kognitiivisen, ongelmanratkaisuun liittyvän tuen yhtymäkohtia.

Tuen jakaminen tiedolliseen ja emotionaaliseen tukeen voi supportiivisten viestintäprosessien näkökulmasta olla epärelevanttia, erityisesti jos tiedollinen tuki nähdään informaation lisääntymisenä. Puheviestinnän tutkimuksen kannalta voisikin olla tarkoituksenmukaisempaa nähdä sosiaalinen tuki nimenomaan tunne- ja ongelma-keskeisenä sanomien rakentamisena sekä toimintaa aktivoivana tukena. Tunnekeskeinen tuki on tällöin vuorovaikutusta, joka suuntautuu emotionaalisten reaktioiden ymmärtämiseen ja tarkasteluun, ongelma-keskeinen tuki puolestaan perustuu tapahtuman tai tehtävän analysoimiseen ja aktiiviseen ongelmanratkaisuun. Toimintasuuntautunut tuki perustuu erilaisten toimintavaihtoehtojen tunnistamiseen. (Ks. Albrecht, Burleson & Goldsmith 1994; Goldsmith & Dun 1997.)

Tieto on yksi mahdollinen tukea tuottava tekijä yksilön selviytymisessä, ja se voi tuottaa sekä emotionaalista, ongelmakeskeistä että toimintakeskeistä selviytymistä. Tarkastelutavassa fokus siirtyisi siis tuen muodosta tuen funktioon. Näin ollen tuen funktiot myös selkeästi kiinnittyvät niihin psykologisiin mekanismeihin, jotka tuottavat hyvinvointia ja selviytymistä (ks. Burleson & Goldsmith 1998). Supporttiivisten sanomien näkökulmasta tulisi tällöin tarkastella erityisesti sitä, miten yksilö tietoa käsittelee ja millaisella tiedolla on supporttiivisia vaikutuksia. Puheviestinnän teorettisesta perustasta erityisesti vaikuttamisen ja suostuttelun teoriat voisivat tarjota näkökulmia, joiden avulla yksilön kognitioiden ja konstruktioiden muuttumista voisi selittää ja kuvata.

Vaikuttamista on tarkasteltu hoitoviestinnässä tähän asti lähinnä hoitomyöntyvyyden näkökulmasta. Hoitomyöntyvyyttä on tarkasteltu lähinnä siitä näkökulmasta, kuinka potilas motivoituu itsehoitoon ja ottaa vastuuta omasta paranemisestaan ja hoidosta. Lähtökohta on selkeästi ollut suostutteleva ja toimintaan motivoiva. Hoitomyöntyvyyttä on tarkasteltukin lähinnä viestinnän vaikuttavuuden näkökulmasta siten, että ollaan pyritty löytämään niitä hoitohenkilökunnan viestintätapoja, jotka lisäävät hoitomyönteisyyttä. Erityisen tärkeänä on pidetty relationaalisen viestinnän merkitystä ja toisaalta oman kompetenssin osoittamista. (Ks. esim. Thompson 1994.) Hoitomyönteisyyden tutkimuksessa on keskeinen huomio ollut hoidon antajan viestinnässä ja hänen viestintätaitojensa tarkastelussa. Hoitomyönteisyyden tutkimusta voidaanakin kritisoida siitä, että vaikka tavoitteena on potilaan hyvinvointi ja vaikka perspektiivi korostaa yhteistyötä ja viestinnän relationaalista aspektia, on se kuitenkin nähty melko yksisuuntaisena potilaan terveysasenteisiin vaikuttamisena.

Supporttiivinen lähestymistapa vaikuttamisen tutkimiseen tarkoittaisikin luopumista myöntyvyyden käsitteestä. Vaikuttamisen prosesseja voitaisiin pikemminkin tarkastella nimenomaan teorettisena perspektiivinä, joka auttaisi ymmärtämään niitä yksilöllisissä konstruktioiden tapahtuvia muutoksia, jotka vaikuttavat yksilön hyvinvointiin positiivisesti.

Vaikuttamisen teorian soveltaminen supporttiivisen viestinnän tarkasteluun edellyttää uudenlaista potilaan ja hoidon antajan vuorovaikutussuhteen ja tavoitteiden hahmottamista. Kyseessä ei ole siis hoitomyöntyvyyden lisääminen, jossa potilas motivoituu, vaan vaikuttaminen siihen, kuinka potilas konstruoi omia käsityksiään terveydestä ja omasta tilastaan. Tällöin lähtökohtana voisivat olla vaikuttamisen ja asenteen muutoksen kognitiiviset prosessit, mutta intention tulisi olla nimenomaan supporttiivinen. Hoitomyöntyvyydellä on toki merkitystä potilaan selviytymiselle, koska se edistää hänen toimintaansa oman terveytensä hyväksi. Sen sijaan asenteen muutoksella ja vaikuttamisen prosesseilla voitaisiin lisätä potilaan hyvinvointia ja selviytymistä suoraan kognitiivisella tasolla, jolloin kysymys on potilaan kognitiivisten konstruktioiden muuttumisesta vuorovaikutuksen seurauksena.

9.5 Tutkimusmenetelmien pohdintaa

Sosiaalista tukea on tarkasteltu runsaasti havaittuna tukena, jonka funktioita, esiintyvyyttä ja vaikutuksia on tutkittu erilaisin mittarein. Viestintäprosessin tarkasteluun lähestymistapa on kuitenkin riittämätön ja kapea. Tutkimusnäkökulma tarjoaa informaatiota yksilöllisistä kognitioista ja niiden välisistä yhteyksistä, mutta lähestymistapa on riittämätön selittämään esimerkiksi sitä, mistä havainnot syntyvät ja millaiset vuorovaikutukseen liittyvät tekijät vaikuttavat yksilöllisten havaintojen syntymiseen. Vaikka tukea mitattaisiin saatuna tukenakin, tutkimusnäkökulma jättää huomiotta varsinaisen viestintäprosessin ja tuen antajan näkökulman.

Havaittua tukea on tarkasteltu usein stressaavan tilanteen tai ongelman ratkeamisen jälkeen. Tällöin voi olla vaikeaa arvioida sitä, millaiset vuorovaikutukseen liittyvät tekijät itse asiassa ovat yhteydessä yksilöllisten havaintojen syntymiseen. Pikemminkin yksilölle muodostuu tilanteesta kokonaiskuva, johon vaikuttavat monet muutkin tekijät kuin viestintä, jolloin on vaikea arvioida esimerkiksi supporttiivisen viestinnän laatua ja erottaa se vaikkapa

potilaan saamasta ammatillisesta avusta.

Sosiaalista tukea tulisikin lähestyä tarkastelemalla ilmiötä siten, että tutkimusnäkökulma ottaa huomioon sekä kulttuuriset ja kontekstuaaliset tekijät että tilannetekijät. Monet laadulliset menetelmät antavat tähän mahdollisuuksia. Erityisesti etnografinen lähestymistapa näyttäisi voimistuneen viime vuosina juuri sosiaalisen tuen tutkimusmenetelmänä (esim. Adelman & Frey 199n; Goldsmith & Fitch 1997), toisaalta sanoman tuottamisen prosesseja on tarkasteltu eläytymismenetelmän avulla (esim. Goldsmith & Dun; Ford, Babrow & Stohl 1996). Osallistujien kokemuksia on pyritty kuvaamaan fenomenologisesta lähestymistavasta käsin (Jokinen 1995).

Etnografisella lähestymistavalla on kiistattomia etuja. Ilmiötä tarkastellaan kiinteästi osana sitä kulttuurista kontekstia, joka säätelee vuorovaikutuskäyttäytymistä ja ohjaa vuorovaikutuksesta tehtäviä päätelmiä. Osastohoittoon ja sairaalakulttuuriin liittyy runsaasti sellaisia tekijöitä, jotka erottavat sen esimerkiksi arkipäiväisistä puhetilanteista. Näin ollen on ensisijaisen tärkeää ymmärtää ja kuvata myös sitä kulttuuria, jossa sosiaalista tukea tuotetaan. Etnografiseen tutkimusmenetelmään kuuluu olennaisena osana havainnointi, jonka avulla voidaan kuvata toimintaa ja aktuaalista viestintäkäyttäytymistä. Tämä mahdollistaa nimenomaan viestintäkäyttäytymisen kuvaamisen sen luonnollisessa ympäristössään, ja tutkimuksessa voidaan kuvata tilanteita täsmällisesti sellaisina kuin ne käyttäytymisen tasolla syntyvät.

Havainnoinnin käyttämiseen aineistonkeruumenetelmänä kuuluu myös rajoituksia. Ensinnäkin havainnointi on ns. reaktiivinen menetelmä, jossa tutkijan toiminnalla ja läsnäololla on vaikutusta tutkittavien toimintaan. Vaikka toimijat tottuisivatkin melko pian havainnointiin, on havainnoijan läsnäololla aina vaikutuksensa. On ilmeistä, että esimerkiksi hoitajat tulevat hyvin tietoiseksi omasta viestintäkäyttäytymisestään silloin, kun heidän toimintaansa tarkkaillaan. Tarkkailulla saattaa olla positiivisia merkityksiä siten, että hoitaja pyrkii refleктоimaan omaa toimintaansa tilanteessa, mutta oman toiminn-

nan monitorointi voi vaikuttaa myös negatiivisesti tilanteessa siten, että hoitajan tarkkaavaisuuden fokus kääntyy potilaasta omaan itseän. Tällä on merkityksensä sekä tutkimusaineiston laadulle että tutkimuseettisille näkökohdille.

Potilaan näkökulmasta tutkija on läsnä tilanteessa, joka voi olla hyvinkin intiimi. Vaikka potilaat olisivat tottuneet sairaalassa ulkopuolisten läsnäoloon, tarkkailijan paikallaolo voidaan kuitenkin kokea kiusalliseksi. Ongelmallista tällöin on esimerkiksi se, että "kolmannen" osapuolen läsnäolo voi ehkäistä potilaan oma-aloitteisuutta ja vaikeiden asioiden esille ottamista; potilas haluaa ehkä keskustella hoitajan kanssa kahden kesken (ks. Häggman-Laitila 1994). Etnografinen tutkimus tai mikä tahansa havainnointiin perustuva tutkimus edellyttääkin sekä tarkkaa eettistä arviointia ennen osastolle menoa että tilannekohtaista arviointia siitä, milloin tutkija voi olla läsnä potilashuoneessa tai potilastilanteessa. Esimerkiksi niissä tilanteissa, jotka vaativat sairaanhoitajalta tarkkaa keskittymistä ja paneutuneisuutta voi olla tärkeää, että tutkija väistyy tilanteesta, jossa läsnäolo voi olla häiritsevä tekijä.

Havainnointi tarjoaa mahdollisuuden kuvata ja analysoida aktuaalista viestintäkäyttäytymistä. Sen sijaan osallistujien tulkinnat vuorovaikutustilanteissa, osallistujien omat käsitykset esimerkiksi stressitilanteesta, yksilölliset konstruktiot sekä heidän keskinäinen suhteensa jäävät väistämättä havainnoinnin ulkopuolelle tai vuorovaikutuksesta tehtävien päätelmien varaan. Yksilöllistä kokemusta ei voida tarkastella havainnoinnin avulla, vaan se edellyttää esimerkiksi haastattelun käyttöä. Havainnoinnin rinnalla tulisikin käyttää hyväksi haastattelua ja mahdollisuutta keskusteluun sekä hoitajien että potilaiden kanssa, jolloin päätelmät ilmiöstä ja tulkinnoista eivät perustu pelkästään tutkijan havaintoihin vaan myös osallistujien omiin käsityksiin tilanteesta (ks. Bovino 1999).

Haastattelumenetelmä antaa mahdollisuuden myös esimerkiksi havaitun tuen ja saadun tuen erittelyyn erilaisten haastattelukertomusten kautta. Sosi-

aalista tukea vuorovaikutusprosessina tarkasteltaessa haastattelussa tulisikin keskittyä keräämään paitsi informaatiota yksilöllisistä tulkinnoista myös kertomuksia sairaalassaolosta ja vuorovaikutustilanteista, jolloin on mahdollista ehkä myös eritellä havaitun ja saadun tuen prosesseja. Hyvin arvokasta tietoa voisi tarjota potilaan sairaalaproessin konstruoiminen ja kuvaaminen, jolloin tutkimuksen fokukseen asetuisi yksittäisen potilaan kohtaamiset hoitavan henkilökunnan kanssa. Toisaalta tutkimus voi jäsentyä myös esimerkiksi hoitajan kohtaamisista erilaisten potilaiden kanssa. Erilaiset aineistonkeruun tavat fokusoivat tutkimusta peruskysymyksen erilaisiin ulottuvuuksiin.

Aineistojen analyysissa olennaista on analyysin yksikkö ja lähestymistapa. Keskustelunanalyysia on käytetty hyväksi terveystutkimuksessa, mutta supportiivista viestintää keskustelunanalyysin avulla on tarkasteltu toistaiseksi erittäin vähän. Bovino (1999) on tutkinut aktuaalista supportiivista viestintää keskustelunanalyysilla. Vaikka keskustelunanalyysilla voidaan arvioida supportiivisten sanomien tuottamista ja keskustelun jäsentymistä, problemaattista on se, että keskustelunanalyysi jättää huomiotta suurelta osin sekä nonverbaalisen viestinnän että viestijöiden intentiot. Esimerkiksi Bovinon (1999) tutkimuksessa tutkijan johtopäätökset olivatkin voimakkaassa ristiriidassa tuen saajan käsitysten kanssa, joita tutkittiin haastattelemalla. Tämä sama ongelma koskee toki kaikkia tutkimusmenetelmiä, eli ulkopuolisen tarkkailijan havainnot tilanteesta voivat olla hyvin ristiriitaisia osallistujien omien käsitysten kanssa.

Supportiivisten ilmausten tarkasteleminen, analysointi ja luokittelu perustuu vuorovaikutusprosessin analyysiin. Lähestymistapa perustuu supportiivisten intentioiden tunnistamiseen ja siten potentiaalisten supportiivisten ilmausten koodaamiseen (ks. esim. Barbee & Cunnigham 1995; Cutrona & Suhr 1992). Koodausjärjestelmissä tarkastellaan yleensä supportiivisten ilmausten funktioita, ja analyysin yksikkönä on ilmaus, puheakti tai muu keskustelusta erotettava ajallinen tai teemallinen kokonaisuus. Ongelmallista on se, että ilmauskategorioiden rakentamisella pystytään kuvaamaan usein viestintä-

käyttäytymistä melko yleisellä tasolla, ja kategorioiden rakentaminen yksinkertaistaa vuorovaikutusprosessin kompleksisen luonteen (esim. Goldsmith 1995).

Supporttiivisten sanomien tuottamista voidaan tarkastella myös sisällön analyysin keinoin ja vuorovaikutusprosessin rakentumista kuvaamalla. Sanomien sisällöllisten funktioiden ja vuorovaikutusepisodien tasolla tarkasteleminen tarkoittaa lähinnä sitä, että pyritään tarkastelemaan sanoman sisältöä esimerkiksi suhteessa niihin psykologisiin mekanismeihin ja tulkitaprosesseihin, joiden välityksellä supportiiviset sanomat vaikuttavat hyvinvointiin. Sanomien rakentumista voidaan tarkastella niiden suuntautumisen näkökulmasta ja myös niiden intentioiden pohjalta. Esimerkiksi arviointiteorian perusteella supportiiviset sanomat tai vuorovaikutusprosessit voidaan jakaa ongelma-, tunne- ja toimintakeskeisiin sanomiin. (esim. Goldsmith ja Dun 1997; Jones & Burleson 1998.)

Suomalaisessa hoitokulttuurissa sosiaalista tukea ei ole tarkasteltu interpersonaalisen viestintäkäyttäytymisen näkökulmasta. Mikäli hoitotyön lähtökohtana on potilaan mukautumis- ja selviytymisprosessin tukeminen, on supportiivisen viestinnän analysoiminen paitsi perusteltua myös välttämätöntä. Tutkimusasetelmaa rakennettaessa tulisi erityisesti huomioida hoitotyö erityispiirteisenä kontekstinaan. Sosiaalisen tuen näkökulmasta tutkimusasetelman pitäisi puolestaan kattaa sekä kognitioiden että käyttäytymisen taso, jotta tutkimus pystyisi selittämään sekä yksilöllisiä havaintoja että niiden nivoutumista osaksi supportiivisia viestintäprosesseja.

9.6 Tutkimuksen arviointia

Tämän tutkimuksen tavoitteena on ollut tarkastella sosiaalista tukea kuvaavia käsitteitä sekä tutkimusnäkökulmia ja -menetelmiä hoitotyössä toteutuvan vuorovaikutuksen näkökulmasta. Tutkimuksessa pyrittiin arvioimaan sosiaalisen tuen käsitettä sekä ilmiötasolla että operationaalisena käsitteenä.

Tutkimuksen tarkoituksena oli myös kuvata niitä tekijöitä, jotka vaikuttavat sekä sosiaalisen tuen hyvinvointivaikutusten välittymiseen että siihen interpersonaaliseen viestintäprosessiin, jossa tuki toteutuu joko havaittuna tukena tai supportiivisena viestintänä. Sosiaalisen tuen toteutumista ja sen problematiikkaa pyrittiin kuvaamaan hoitotyön kontekstissa suhteessa hoitotyön tavoitteisiin ja käytäntöihin. Tutkimuksessa etsittiin niitä sosiaaliseen tukeen liittyviä ilmiöitä, jotka heijastuvat hoitajan ja potilaan vuorovaikutukseen. Tutkimuskysymystä lähestyttiin sekä sosiaalisen tuen tutkimuskirjallisuutta että terveystieteiden tutkimuskirjallisuutta tarkastelemalla.

Tutkimuksen lähtökohdat ovat puheviestinnän tutkimuksessa, joskin tutkimuskirjallisuutta tarkasteltiin niin psykologian, viestintätieteiden kuin terveys- ja hoitotieteiden alueilta. Monitieteellinen näkökulma on perusteltua sikäli, että myös sosiaalisen tuen tutkimusperinne on monitieteinen, ja yksilön hyvinvointia tarkastellaan eri tieteenalojen kentällä. Sosiaalisen tuen tutkimus ja teoreettiset perspektiivit perustuvat sekä psykologian ja sosiaali-tieteiden että viestintä- ja terveystieteiden lähtökohtiin. Jotta sosiaalista tukea voitaisiin ilmiötasolla tarkastella kattavasti, on välttämätöntäkin tarkastella sitä koko laajuudeltaan. Toisaalta tämä laaja perspektiivi voi tarkoittaa sitä, että jotkut näkökulmat jäävät liiaksi pinnalliselle tasolle. Sosiaalisen tuen tutkimuskentän koherenssin puute heijastuneekin joiltain osin tähän tutkimukseen fragmentaarisuutena.

Tutkimuksen toteuttamisessa olisi voinut olla tarpeen rajata joitakin ilmiöitä selkeämmin, ja tutkimuksessa olisi voitu syvällisemmin hyödyntää myös kuin suoranaisesti sosiaaliseen tukeen kiinnittyvää interpersonaalisen viestinnän teoriaa. Toisaalta tutkimuksessa olisi voitu myös valita joitakin rajattuja teoreettisia lähestymistapoja, joiden läpi sosiaalista tukea tarkastellaan. Näkökulman rajaamisella olisi voitu päästä hieman tarkempiin kuvauksiin esimerkiksi viestintäprosessien ja yksilöllisten kognitioiden tarkastelussa.

Tutkimuksessa on otettu esille joitakin teoreettisia malleja, joilla selviytymisen, hyvinvoinnin ja vuorovaikutuksen välisiä yhteyksiä on selitetty. Nämä

mallit ja teorit ovat sellaisia, joilla tutkimuskirjallisuudessa sosiaalisen tuen hyvinvointivaikutuksia on selitetty. Kaikilta osin ei tutkimuksessa ehkä ole näitä selitysmalleja riittävästi kyseenalaistettu. Keskeisimmän osan tutkimuksen teoreettisessa viitekehyksessä saa Lazaruksen (1991) arviointiteoriaan, johon myös supportiivisen viestinnän prosessien selittämisessä on voimakkaasti nojataan. Teoriaa olisi voitu tutkimuksessa problematisoida enemmän.

Lazaruksen (1991) arviointiteoria nojaa käsitykseen siitä, että emotionaaliset reaktiot perustuvat kognitiivisiin arvioihin tilanteesta. Tätä lähestymistapaa ei tässä tutkimuksessa, joskaan ei myös sosiaalisen tuen tutkimuskirjallisuudessa, ole kritisoitu. Tulevaisuudessa myös tämän teorian oletuksia olisi hyödyllistä arvioida tarkemmin erityisesti konstruktivistisen lähestymistavan näkökulmasta. Jatkotutkimuksessa tulisikin arvioida myös vaihtoehtoisia lähestymistapoja yksilöllisten konstruktioiden sekä emootioiden ja kognitioiden selittämiselle, ja arvioida niiden sopivuutta sosiaalisen tuen ja supportiivisten viestintäprosessien tarkasteluun.

Tutkimuksessa pyrittiin tarkastelemaan sosiaalista tukea osana hoitotyötä, joka nähtiin hoitajan ja potilaan vuorovaikutuksessa toteutuvana. Hoitajan ja potilaan välisen vuorovaikutuksen tarkastelussa tutkimus nojasi hyvin pitkälti suomalaiseen hoitoviestinnän empiiriseen tutkimuskirjallisuuteen. Tämä on perusteltua sikäli, että tarkasteltaessa hoitoviestintää tarkastelun on kiinnityttävä siihen kulttuuriseen kontekstiin, jossa hoito toteutuu. Tutkimus pyrkiin kuvaamaan niitä institutionaalisia ja kulttuurisia tekijöitä, jotka vaikuttavat sekä vuorovaikutukseen että sosiaalisen tuen toteutumiseen hoitotyössä.

Erityisesti hoitotyön käytänteiden ja toisaalta havaitun tuen ja supportiivisen vuorovaikutuksen välisten yhteyksien tarkastelu tuotti tutkimuksen hedelmällisimpiä tuloksia. Sosiaalisen tuen kysymysten tarkastelulla pystyttiin joiltain osin selittämään potilaan tukemiseen liittyvien ilmiöiden taustaa hoitotyön käytännössä. Toisaalta tarkastelu nosti esille useita tutkimuson-

gelmia ja -kysymyksiä, joiden tarkastelu voisi tuottaa tärkeää informaatiota paitsi hoitotyön toteuttamiseen myös sosiaalisen tuen vuorovaikutusprosessien ymmärtämiseen, selittämiseen ja kuvaamiseen. Tutkimuksessa ei pyritty muotoilemaan tarkkoja hypoteeseja, eikä kuvattavan ilmiön prosessiluonne soveltuisikaan tarkasteltavaksi tilastollisesti; pikemminkin esille nousseet kysymykset ovat luonteeltaan naturalistista tutkimusotetta vaativia.

Tutkimuksessa pyrittiin tarkastelemaan myös sosiaalisen tuen tutkimusmenetelmiä. Menetelmiä tarkasteltiin lähinnä esittelemällä niitä menetelmällisiä ratkaisuja, joita sekä havaitun tuen että supportiivisen viestinnän tutkimuksissa on tähän asti tehty. Menetelmien tarkastelu olisi voinut vankemmin ankkuroitua myös niihin tieteenfilosofisiin ratkaisuihin, joihin menetelmät pohjautuvat, ja tällaisenaan tutkimuksen menetelmiä tarkasteleva osio jääneekin hieman pinnalliselle tasolle. Tämä koskee toisaalta suurelta osin sosiaalisen tuen tutkimuksen koko kenttää: tutkimusmenetelmiä kritisoidaan runsaasti tutkimuskirjallisuudessa, mutta kritiikki ei näytä ankkuroituvan juurikaan tietenteoreettiseen ja –filosofiseen perustaan, ja osaltansa menetelmäkritiikki on toteavaa, ohuesti argumentoitua. Tulevaisuudessa tutkimusmenetelmien valintaa ja testaamista tulisi pohtia aiempaa syvällisemmin. Erityisen tärkeää olisi analyttisesti tarkastella sitä, millaisia supportiivisen viestinnän ja havaitun tuen prosesseja voidaan kuvata erilaisin menetelmin ja kuinka erilaisin menetelmin ilmiötä ylipäätään voidaan suhteuttaa toisiinsa.

Tämä tutkimus kiinnittyy paitsi sosiaalisen tuen tarkasteluun myös terveysviestinnän tutkimuskenttään. Terveysviestinnän tutkimuksen ydinkysymyksiä on se, mikä vuorovaikutuksessa on hyvinvointia ja terveyttä edistävää. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on ollut kuvata terveyden ja hyvinvoinnin lisääntymistä hallinnan tunteen, selviytymisen ja koetun terveyden näkökulmasta. Supportiivisen viestinnän ja sosiaalisen tuen näkökulma on terveysviestinnän tutkimusalueella keskeinen lähestymistapa erityisesti siksi, että se nostaa keskiöön yksilön psykologisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin. Toisaalta se myös kuvaa sitä ilmiötä, joka kytkee yksilön hyvinvoinnin hänen

vuorovaikutussuhteisiinsa, myös ammatillisessa ja institutionaalisessa vuorovaikutuksessa.

KIRJALLISUUS

- Aavarinne, H. 1994. Sairaanhoidon opiskelijoiden ohjauksellisten ja opetussellisten valmiuksien kehittyminen hoitotieteellisen tutkimuksen kohteena. *Hoitotiede* 6, 31–35.
- Achté, K. 1992. *Tukea antava psykoterapia*. Porvoo: WSOY.
- Adelman, M. B. & Frey, L. R. 1997. *The fragile community. Living together with AIDS*. Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- Albrecht, T. L. & Adelman, M. B. 1987. Communicating social support: A theoretical perspective. Teoksessa T. L. Albrecht, & M. B. Adelman (toim.), *Communicating social support*, 18–39. Newbury Park: Sage.
- Albrecht, T. L. & Adelman, M. L. 1984. Social support and life stress. *New directions for communication research. Human Communication Research* 11, 3–32.
- Albrecht, T. L., Burleson, B. R. & Sarason, I. 1992. Meaning and method in the study of communication and social support. An introduction. *Communication Research* 19, 149–153.
- Albrecht, T. L., Burleson, B. R., Goldsmith, D. 1994. Supportive communication. Teoksessa M. L. Knapp & G. R. Miller (toim.), *Handbook of interpersonal communication* (2nd ed.), 419–449. Thousand Oaks: Sage.
- Albrecht, T. L. & Goldsmith, D. 1993. The impact of supportive communication networks on test anxiety and performance. *Communication Education* 42, 142–158.
- Alexander, S. C., Peterson, J. L. & Hollingshead, A. B. 1999. Help at your keyboard: Support groups on the internet. Paper presented at the annual meeting of the National Communication Association. Chicago, November 1999.
- Antonovsky, A. 1980. *Health, stress, and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Barbee, A. P. & Cunningham, M. R. 1995. An experimental approach to social support communications: Interactive coping in close relationships. Teoksessa B. R. Burleson (toim.), *Communication Yearbook* 18, 318–413. Thousand Oaks: Sage.
- Barbee, A. P., Rowatt, T. L., & Cunningham, M. R. 1998. When a friend is in

- need: Feelings about seeking, giving and receiving social support. Teoksessa P. A. Andersen & L. K. Guerrero, (toim.), *Handbook of communication and emotion. Research, theory, applications, and contexts*, 281–301. San Diego: Academic Press.
- Barnes, M. K. & Duck, S. 1994. Everyday communicative contexts for social support. Teoksessa B. R. Burleson, T. L. Albrecht & I. G. Sarason (toim.), *Communication of social support. Messages, interactions, relationships, and community*, 175–194. Thousand Oaks: Sage.
- Bass, L. A. & Stein, C. H. 1997. Comparing the structure and stability of network ties using the social support questionnaire and the social network list. *Journal of Social and Personal Relationships* 14, 123–132.
- Berger, C. R. & Calabrese, R. J. 1975. Toward a developmental theory of interpersonal communication. *Human Communication Research* 1, 99–112.
- Birnbaum, G. E., Orr, I., Mikulincer, M. & Florian, V. 1997. When marriage breaks up – does attachment style contribute to coping and mental health? *Journal of Social and Personal Relationships* 14, 643–654.
- Blaney, P. H. & Ganellen, R. J. 1990. Hardiness and social support. Teoksessa B. R. Sarason, I. G. Sarason & G. R. Pierce (toim.), *Social support: An interactional view*, 297–318. New York: Wiley.
- Bovino, T. D. 1999. Mama's boy: A conversation analytic approach to supportive communication. Paper presented at the annual conference of the International Communication Association. May 1999, San Francisco.
- Bowlby, J. 1969. *Attachment and loss (vol. 1): Attachment*. London: The Hogart Press and the Institute of Pyscho-Analysis.
- Bowlby, J. 1969. *Attachement and loss (vol. 3): Loss*. New York: Basic Books.
- Braithwaite, D. O., Waldron, V. R. & Finn, J. 1999. Communication of social support in computer-mediated groups for people with disabilities. *Health Communication* 11, 123–152.
- Brock, D. C., Sarason, I. G., Sanghvi, H. & Gurung, R. A. R. 1998. The perceived acceptance scale: development and validation. *Journal of Social and Personal Relationships* 15, 5–22.

- Brock, D. G., Pierce, G. R., Sarason, I. G. & Sarason, B. R. 1996. Simultaneous assessment of perceived global and relationship-specific support. *Journal of Social and Personal Relationships* 13, 143–152.
- Burgoon, J. K., Pfau, M., Parrott, R., Birk, T., Coker, R. & Burgoon, M. 1987. Relational communication, satisfaction, compliance-gaining strategies, and compliance in communication between physicians and patients. *Communication Monographs* 54: 307–324.
- Burleson, B. B. 1994. Comforting messages: Significance, approaches, and effects. Teoksessa B. R. Burleson, T. L. Albrecht & I. G. Sarason (toim.), *Communication of social support. Messages, interactions, relationships, and community*, 3–28. Thousand Oaks: Sage.
- Burleson, B. R. & Goldsmith, D. J. 1998. How the comforting process works: Alleviating emotional distress through conversationally induced reappraisals. Teoksessa P. A. Andersen & L. K. Guerrero (toim.), *Handbook of communication and emotion. Research, theory, applications, and contexts*, 245–280. San Diego: Academic Press.
- Bäckman, G. 1987. *Yksilö, lähiympäristö ja terveys*. Porvoo: WSOY.
- Callaghan, P. & Morrissey, J. 1993. Social support and health: A review. *Journal of Advanced Nursing* 18, 203–210.
- Caplan, R. D., Robinson, E., French, J. R. Jr., Caldwell, J. R. & Skinn, M. 1976. *Adhering to medical regimens: Pilot experiments in patients education and social support*. Institute for Social Research, Michigan.
- Cauce, M. A., Reid, M., Landesman, S. & Gonzales, N. 1990. Social support in young children: Measurement, structure, and behavioral impact. Teoksessa B. R. Sarason, I. G. Sarason & G. R. Pierce (toim.), *Social support: An interactional view*, 64–94. New York: Wiley.
- Cegala, D. J., McClure, L., Marinelli, T. M. & Post, D. M. 1999. The effects of communication skills training on patients' participation during medical interviews. Paper presented at the meeting of National Communication Association. Chicago, November 1999.
- Clark, R. A. & Delia, J. G. 1997. Individuals' preferences for friends' approaches to providing support in distressing situations. *Communication Reports* 10, 115–122.

- Cobb, S. 1976. Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic medicine* 38, 300–314.
- Cohen, S. & Syme, S. L. 1985. Issues in the study and application of social support. Teoksessa S. Cohen & S. L. Syme (toim.), *Social support and health*, 3–22. Orlando: Academic Press.
- Cullberg, J. 1991. *Tasapainon järkkyyssä – psykoanalyttinen ja sosiaalipsykiatrinen tutkielma* (alkup. *Kris och utveckling*, suom. Mirja Rutanen). Helsinki: Otava.
- Cutrona, C. E. & Suhr, J. A. 1992. Controllability of stressful events and satisfaction with spouse support behaviors. *Communication Research* 19, 154–174.
- Cutrona, C. E., Cohen, B. B. & Igram, S. 1990. Contextual determinants of the perceived supportiveness of helping behaviors. *Journal of Social and Personal Relationships* 7, 553–562.
- Dickson, D. A., Hargie O. D. W. & Morrow, N. C. 1989. *Communication skills training for health professionals. An instructor's handbook*. London: Chapman & Hall.
- DiMatteo, M. R. & Lepper, H. S. 1998. Promoting adherence to courses of treatment: Mutual collaboration in the physician-patient relationship. Teoksessa L. D. Jackson & B. K. Duffy (toim.) *Health communication research. A guide to developments and directions*. Westport: Greenwood, 75–86.
- Ducharme, F. 1994. Conjugal support, coping behaviors and psychological well-being of the elderly spouse. *Research on Aging* 16, 167–190.
- Dunkel-Schetter, C. & Bennett, T. L. 1990. Differentiating the cognitive and behavioral aspects of social support. Teoksessa B. R., Sarason, I. G. Sarason & G. R. Pierce (toim.), *Social support: An interactional view*, 267–296. New York: Wiley.
- Dunkel-Schetter, C. & Skokan, L. A. 1990. Determinants of social support provision in personal relationships. *Journal of Social and Personal Relationships* 7, 437–450.
- Durkheim, E. 1985. *Itsemurha. Sosiologinen tutkimus*. (Alkup. *Le Suicide, étude de sociologie* (1897), vuoden 1930 laitoksen 6. painos 1979,

- suom. Seppo Randell). Helsinki: Tammi.
- Ellis, B. H. & Miller, K. I. 1994. Supportive communication among nurses: Effects on commitment, burnout, and retention. *Health Communication* 6, 77–96.
- Eriksson, E. 1996. A description of the help received by cancer patient's relatives in their adjustment. Turun yliopiston julkaisu. Sarja D, osa 219. *Medica – odontologica*. Turun yliopisto.
- Ford, L. A., Babrow, A. S. & Stohl, C. 1996. Social support messages and the management of uncertainty in the experience of breast cancer: An application of problematic integration theory. *Communication Monographs* 63, 189–207.
- Fosbinder, D. 1994. Patient perceptions of nursing care: An emerging theory of interpersonal competence. *Journal of Advanced Nursing*, 20: 1085–1093.
- Frey, L. R., Botan, C. H. & Kreps, G. L. 2000. Investigating communication. An introduction to research methods (second edition). Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Gabbard-Alley, A. S. 1995. Health communication and gender: A review and critique. *Health Communication* 7, 35–54.
- Gabbard-Alley, A. S. 2000. Explaining illness: An examination of message strategies and gender. Teoksessa B. B. Whaley (toim.), *Explaining illness. Research, theory, and strategies*, 147–170. Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- Goldsmith, D. 1994. The role of facework in supportive communication. Teoksessa B. R. Burleson, T. L. Albrecht & I. G. Sarason (toim.), *Communication of social support. Messages, interactions, relationships, and community*, 29–49. Thousand Oaks: Sage.
- Goldsmith, D. J. & Dun, S. A. 1997. Sex differences and similarities in the communication of social support. *Journal of Social and Personal Relationships* 14, 317–338.
- Goldsmith, D. J. 1995. The communicative microdynamics of support. Teoksessa Burleson, R. L. (toim.), *Communication Yearbook* 18, 414–433. Thousand Oaks: Sage.

- Goldsmith, D., 1992. Managing conflicting goals in supportive interaction. An integrative theoretical framework. *Communication Research* 19, 264–286.
- Goldsmith, D. J. & Fitch, K. 1997. The normative context of advice as social support. *Human Communication Research* 23, 454–476.
- Gotcher, J. M. & R. Edwards, 1990. Coping strategies of cancer patients: Actual communication and imagined interactions. *Health Communication* 2, 255–266.
- Gotcher, J. M. 1995. Well-adjusted and maladjusted cancer patients: An examination of communication variables. *Health Communication* 7, 21–33.
- Gottlieb, B. H., 1981. Social networks and social support in community mental health. Teoksessa B. H. Gottlieb (toim.), *Social networks and social support*, 11–42 Beverly Hills: Sage.
- Grönfors, M., 1985. *Kvalitatiiviset kenttätutkimukset*. Helsinki: Gaudeamus.
- Haines, V. A., Hurlbert, J. S & Beggs, J. J. 1996. Exploring the determinants of support provision: Provider characteristics, personal networks, community contexts, and support following life events. *Journal of Health and Social Behavior* 37, 252–264.
- Haverinen, R. 1998. Kriittisten palvelutapahtumien tutkiminen – kohti hyviä palvelukokemuksia? Teoksessa R. Haverinen, L. Simonen & I. Kiikala (toim.), *Kohtaamisia sosiaali- ja terveysalan areenoilla*, 82–98. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Raportteja 221/1998.
- Henkilöjohtaminen sairaalaosastolla. Henkilöstön näkökulma. Työ ja ihminen. Tutkimusraportti 8. Työterveyslaitos, Helsinki 1996.
- Hietaranta, E. A. & Jokinen, M. H. 1989. Syöpäpotilaan omaisen mukautumisprosessi. *Hoitotiede* 1, 12–18.
- Himle, D. P. & Jayaratne, S. 1991. Buffering effects of four social support types on burnout among social workers. Julkaisussa: *Social Work Research and Abstracts* [online], 1991, vol. 27, March 1991 [viitattu 20.1.2000]. Saatavilla [www-muodossa](http://www.muodossa)

- URL:<http://www.epnet.com/ehost/finland/login.html>.
- Holmes, T. H. & Rahe, R. H. 1967. The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research* 11, 213–218.
- Häggman-Laitila, A. 1994. Terveysthuollossa asioineiden mielikuvia ja kokemuksia potilaana olemisesta. *Hoitotiede* 6, 82–92.
- Janis, I. L. 1985. Stress inoculation in health care: Theory and research. Teoksessa A. Monat & R. S. Lazarus (toim.), *Stress and coping* (second edition), 330–355. New York: Columbia University Press.
- Janoff-Bulman, R. & Timko, C. 1987. Coping with traumatic events: The role of denial in light of people's assumptive worlds. Teoksessa C. R. Snyder & C. E. Ford (toim.), *Coping with negative life events*, 135–160. New York: Plenum Press.
- Jokinen, P. 1995. Astmaa sairastavien lasten vanhempien kokemukset saamastaan tuesta. *Hoitotiede* 7, 110–111.
- Jones, S. M. & Burleson, B. R. 1998. Causal attributions in the emotional support process: Effects on the production of comforting messages. Paper presented at the annual meeting of National Communication Association. New York, November 1998.
- Kahn, R. L. & Antonucci, T. C. 1980. Convoys over the life course: Attachment, roles and social support. Teoksessa P. B. Baltes & O. Brim (toim.), *Life span development and behavior*, 253–286.
- King, P. E., 1991. Communication, anxiety, and the management of postoperative pain. *Health Communication* 3, 127–138.
- Klingbeil, K. 1998. Relational idiosyncrasies: The nature of married couples' comforting communication. Paper presented at the meeting of National Communication Association. New York, November 1998.
- Kobasa, S. C. 1985. Stressful life events, personality and health. A. Monat & R. S. Lazarus (toim.), *Stress and coping* (second edition), 174–188. New York: Columbia University Press.
- Komproe, I. H., Rijken, M., Ros, W. J. G., Winnubst, J. A. M. & Hart, H. 1997. Available support and received support: different effects under stressful circumstances. *Journal of Social and Personal Relationships* 14, 59–78.

- Korsch, B. M., 1989. Current issues in communication research. *Health Communication*, 1: 5–9.
- Kräuse, K. & Kiikkala, I. 1996. *Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä*. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Krause, K. & S. Salo, 1992. *Teoreettinen hoitotyö*. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Kreps, G. L. & Thornton, B. C. 1992. *Health communication theory and practice (Second Edition)*. Prospect Heights: Waveland.
- Kreps, G. L., Bonacuro, E. W & Query, Jr. J. L. 1998. The history and development of the field of health communication. Teoksessa L. D. Jackson & B. K. Duffy (toim.), *Health communication research*, 1–16. A guide to developments and directions. Westport: Greenwood.
- Kuivalainen, L., A. Ryhänen, A. Isola & P. Meriläinen, 1998. Potilaan nukkuminen sisätautien ja kirurgian osastolla. *Hoitotiede* 10, 134–143.
- Kumpusalo, E. 1991. Sosiaalinen tuki, huolenpito ja terveys. *Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimusraportteja* 8/1991. Helsinki: VAPK.
- Kuusinen, K-L. 1994. *Psyykinen itsesäätely itsehoidon perustana*. Jyväskylän yliopisto.
- Larose, S. & Boivin, M. 1997. Structural relations among attachment working models of parents, general and specific support expectations, and personal adjustment in late adolescence. *Journal of Social and Personal Relationships* 14, 579–602.
- Larsson, G. & B. Starrin, 1990. Patient - nurse interactions: Relationships between person characteristics, empathy, content of communication, and patients' emotional reactions. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 4, 129–135.
- Lazarus, R. S. 1991. *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Leino-Kilpi, H. Good nursing care – the relationship between client and nurse. *Hoitotiede* 3, 200–207
- Leino-Kilpi, H., Kurittu, K. & Välimäki, M. 1993. Potilaan oikeudet sairaalassa. Empiirinen kartoitus potilasoikeuslain sisältöalueista. *Hoitotiede* 5, 162–171.

- Leiwo, M., A. Timonen & P. Toivanen, 1990. Terveysthuollon viestinnästä ja sen ongelmista. Helsingin yliopiston fonetiikan laitoksen monistetta No: 17. Helsingin yliopisto.
- Liimatainen, L., Kettunen, T. & Poskiparta, M. 1996. Hoitajan ja potilaan välinen terveysneuvonta sairaalassa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 33, 81–89.
- Lundberg, O., 1996. 'Sense of coherence' och befolkningens hälsa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 33, 265–273.
- May, S. K. 1999. Workers' control and identity during downsizing: The therapeutic management of emotion. Paper presented at the annual conference of National Communication Association. Chicago, November 1999.
- McCroskey, J. C. 1992. *An introduction to communication in the classroom*. Edina: Burgess.
- Miller, K. I. & Ray, E. B. 1994. Beyond the ties that bind: Exploring the "meaning" of supportive messages and relationships. Teoksessa B. R. Burleson, T. L. Albrecht & I. G. Sarason (toim.), *Communication of social support. Messages, interactions, relationships, and community*, 215–228. Thousand Oaks: Sage.
- Miller, K. I. & Zook, E. G. 1997. Care partners for persons with AIDS: Implications for health communication. *Journal of Applied Communication Research* 25, 57–74.
- Miller, K. I., Stiff, J. B., & Ellis, B. H. 1988. Communication and empathy as precursors to burnout among human service workers. *Communication Monographs* 55, 250–265.
- Moos, R. H. & Schaeffer, J. A. 1985. Life transitions and crises. A conceptual overview. Teoksessa R. H. Moos (toim.), *Coping with life crises. An integrated approach*, 3–28. New York: Plenum Press.
- Moss, G. E. 1973. *Illness, immunity, and social interaction*. New York: Wiley.
- Mullis, R. L. & Hill, E. W. 1999. Attachment and social support among adolescents. Julkaisussa: *Journal of Genetic Psychology* [online], 1999, vol. 160, December 1999 [viitattu 30.4.2000]. Saatavilla [www.muodossa URL:http://www.epnet.com/ehost/finland/login.html](http://www.epnet.com/ehost/finland/login.html).

- Mäkinen, B., M. Välimäki & J. Katajisto, 1999. Hoitajien käsityksiä kuolemasta ja kuolevan potilaan omaisen tukemisesta. *Hoitotiede* 11, 109–118.
- Norbeck, J. S. & Tilden V. P. 1983. Life stress, social support, and emotional disequilibrium in complications of pregnancy: A prospective, multivariate study. *Journal of Health and Social Behavior* 24, 30–45.
- Nousiainen, I. 1998. Osastonhoitajien ja ylihoitajien käsityksiä sairaanhoitajan työn osaamisalueista. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 1. Sosiaali- ja terveysala. Jyväskylä.
- Ognibene, T. C. & Collins, N. L. 1998. Adult attachment styles, perceived social support, and coping strategies. *Journal of Social and Personal Relationships* 15, 323–345.
- Partanen, P., Perälä, M.-L. & Turunen, H. 1998. Väestön kokemuksia itsemääräämisestä ja hoidosta terveydenhuollossa. Teoksessa R. Haverinen, L. Simonen & I. Kiikkala (toim.), *Kohtaamisia sosiaali- ja terveysalan areenoilla*, 121–134. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Raportteja 221/1998.
- Pelttari, P. 1997. Sairaanhoitajan työn nykyiset ja tulevaisuuden kvaalifikaatiovaatimukset. *Stakes. Tutkimuksia* 80.
- Perälä, M.-L. (toim.) 1998. The direction of nursing. A strategy for quality and effectiveness. *Stakes*.
- Pettegrew, L. S. & R. Logan, 1987. The health care context. Teoksessa C. R. Berger & S. H. Chaffee (toim.), *Handbook of communication science*, 675–710. Newbury Park: Sage.
- Pollina, L. K. & Snell Jr, W. E. 1999. Coping in intimate relationships: Development of the multidimensional intimate coping questionnaire. *Journal of Social and Personal Relationships* 16, 133–144.
- Poskiparta, M., 1994. Hoitajien itsearviointit vuorovaikutustaitoja kehitettäessä videotallenteita apuna käyttäen. *Hoitotiede* 6, 211–217.
- Query, J. L. & James A. C. 1989. The relationship between interpersonal communication competence and social support among elderly support groups in retirement communities. *Health Communication* 1, 165–184.

- Query, J. L., Parry, D. & Flint, L. J. 1992. The relationship among social support, communication competence, and cognitive depression for nontraditional students. *Journal of Applied Communication Research* 20, 78–94.
- Rahe, R. H. 1989. Recent life change stress and psychological depression. Teoksessa T. W. Miller (toim.), *Stressful life events*, 5-12. Madison: International Universities Press.
- Raitasalo, R., Mattila, V. J. & Salokangas, R. K. R. 1984. Sosiaalinen stressi ja sairastavuus. Teoksessa K. Achte, A. Pakaslahti & R. Rimón, R. (toim.), *Psykosomatiikka. Nykynäkemyksiä ja kliinisiä sovellutuksia*, 68–86. Helsinki: Otava.
- Ray, E. B. 1993. When the links become chains: Considering dysfunctions of supportive communication in the workplace. *Communication Monographs* 60, 106–111.
- Renfors, T. & Keskinen, S. 1996. Sosiaalinen tuki ja sen merkitys sydänsairauksissa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 33, 275–284.
- Revenson, T. A. & Majerovits, S. D. 1990. Spouses' support provision to chronically ill patients. *Journal of Social and Personal Relationships* 7, 575–586.
- Rosenfeld, L. B. & Richman, J. M. 1999. Supportive communication and school outcomes, part II: Academically "at-risk" low income high school students. *Communication Education* 47, 309–325.
- Rosenfeld, L. B., Richman, J. M. & Bowen, G. L. 1998. Supportive communication and school outcomes for academically "at-risk" and other low income middle school students. *Communication Education* 47, 309–325.
- Routasalo, P. & Isola, A. 1998. Touching by skilled nurses in elderly nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 12, 170–178.
- Ruben, B. D. 1990. The health caregiver - patient relationship: Pathology, etiology, treatment. Teoksessa E. B. Ray & L. Donohew (toim.), *Communication and health. Systems and applications*, 51-68. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Ruben, B. D., 1993. What patients remember: A content analysis of critical

- incident in health care. *Health Communication* 5, 99–112.
- Saari, S. 2000. *Kuin salama kirkkaalta taivaalta. Kriisit ja niistä selviytyminen.* Helsinki: Otava.
- Sallinen-Kuparinen 1989. *Terveys, viestintä ja terveydenhoitoviestintä.* Työterveyslääkäri 3, 14-19.
- Sarason, B. R., G. R. Pierce & I. G. Sarason 1990b. The sense of acceptance and the role of relationships. Teoksessa B. R. Sarason, I. G. Sarason & G. R. Pierce (toim.), *Social support: An interactional view*, 97–128. New York: Wiley.
- Sarason, B. R., I. G. Sarason & G. R. Pierce 1990. Traditional views of social support and their impact on assessment. Sivut teoksessa B. R. Sarason, I. G. Sarason & G. R. Pierce (toim.), *Social support: An interactional view*, 9–25. New York: Wiley.
- Sarason, I. G., G. R. Pierce & B. R. Sarason, 1990a. Social support and interactional processes: A triadic hypothesis. *Journal of Social and Personal Relationships* 7, 495–506.
- Shumaker, S. A. & Brownell A., 1984. Toward a theory of social support: closing conceptual gaps. *Journal of social issues* 40, 11–36.
- Silver, R. C. & Wortman, C. B. 1980. Coping with undesirable life events. Teoksessa J. Garber & M. Seligman (toim.), *Human helplessness: Theory and applications*, 279–340. New York: Academic Press.
- Silver, P., Lauri, S. & Leino-Kilpi, H. 1993. Hankala potilas – kuka hän on? Empiirinen tutkimus hoitohenkilökunnan käsityksistä. *Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:2 / 1993.* Turun yliopisto.
- Socha McGee, D. & Cegala, D. J. 1998. Patient communication skills training for improved communication competence in the primary care medical consultation. *Journal of Applied Communication Research* 26, 412–431.
- Stewart, M., 1993. *Integrating social support in nursing.* Newbury Park: Sage.
- Sullivan, C. F. & Reardon, K. K. 1986. Social support satisfaction and health locus of control: Discriminators of breast cancer patients' styles of

- coping. Teoksessa M. L. McLaughlin (toim.), *Communication Yearbook 9*, 707–722. Beverly Hills: Sage.
- Suominen, S., Helenius, H. & Blomberg, H., 1996. Koherenssin tunne koetun terveydentilan ennustajana. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 33, 7–15.
- Suominen, T. & P. Laippala, 1993. Breast cancer patients. The support given by nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 7, 131–134.
- Suominen, T., 1994. The nursing care of breast cancer patients: Perceived information, support, and participation. *Annales Universitatis Turkuensis, ser. D*, 144. Turun yliopisto.
- Suominen, T., Leino-Kilpi H. & Laippala, P. 1994. Breast cancer patients' perceived participation in health care: How do patients themselves and nurses assess this participation. *Nursing Ethics* 1, 113–126.
- Säädöskokoelma 785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992. 785/1992. Säädöskokoelma. Helsinki.
- Tardy, C. H. 1988. Social support: Conceptual clarification and measurement options. Tardy, C. H. (toim.), *A handbook for the study of human communication: Methods and instruments for observing, measuring, and assessing communication processes*, 347–364. Norwood: Ablex.
- Teven, J. J. & McCroskey, J. C. 1997. The relationship of perceived teacher caring with student learning and teacher evaluation. *Communication Education* 46, 1–9.
- Thompson, T. L. 1998. The patient/health professional relationship. Teoksessa L. D. Jackson & B. K. Duffy (toim.), *Health communication research. A guide to developments and directions*, 37–56. Westport: Greenwood.
- Thompson, T. L. 2000. The nature and language of illness explanations. Teoksessa B. B. Whaley (toim.), *Explaining illness. Research, theory, and strategies*, 2–41. Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- Thompson, T. L. 1984. The invisible helping hand: The role of communication in the health and social service professions. *Communication Quarterly* 32, 148–163.
- Thompson, T. L., 1990. Patient health care: Issues in interpersonal com-

- munication. Teoksessa E. B. Ray & L. Donohew (toim.), *Communication and health. Systems and applications*, 27–50. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Thompson, T. L., 1994. Interpersonal communication and health care. Teoksessa M. L. Knapp & G. R. Miller (toim.), *Handbook of interpersonal communication* (2nd ed.), 696–725. Thousand Oaks: Sage.
- Toivanen, M. & Kyngäs, H. 1999. Astmaa sairastavien lasten vanhempien selviytymiskeinot äitien kuvaamana. *Hoitotiede* 11, 22–30.
- Turner, H. A., Pearlin, L. I. & Mullan, J. T. 1998. Sources and Determinants of Social Support for Caregivers of Persons with AIDS. *Journal of Health and Social Behavior* 39, 137-151.
- Unger, D. G., Jacobs, S. B. & Cannon, C. 1996. Social support and marital satisfaction among couples coping with chronic constructive airway disease. *Journal of Social and Personal Relationships* 13, 123–142.
- Uutela, A. 1994. Stressi, siitä selviytyminen ja terveysseuraukset. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 31, 36–44.
- Van Aken, M. A. G. & Asendorpf, J. B. 1997. Support by parents, classmates, friends and siblings in preadolescence: Covariation and compensation across relationships. *Journal of Social and Personal Relationships* 14, 79–94.
- Vehviläinen-Julkunen, K., 1993. The characteristics of clients and public health nurses in child health services interactions. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 7, 11–16.
- Welch Cline, R. J. 1999. Communication in social support groups. Teoksessa L. R. Frey, D. S. Gouran & M. S. Poole (toim.), *Handbook of small communication*, 516–538. Newbury Park: Sage.
- Vivian, B. G. & Wilcox, J. R. 2000. Compliance communication in home health care: A mutually reciprocal process. *Qualitative Health Research* 10, 103–116.
- von Essen, L., L. Burström & P.-O. Sjöden, 1994. Perceptions of caring behaviors and patient anxiety and depression in cancer patient - staff dyads. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 8, 205–212
- Väätäinen, A.-M. & Krause, K. 1988. Syöpää sairastavan potilaan kokema

- psykkisen tuen tarve. Teoksessa S. Sinkkonen & M. Paunonen (toim.), *Sairaanhoidon vuosikirja XXIV*, 65–81. Helsinki: SHKS.
- Zimmermann, S. & Applegate, J. 1994. Communicating social support in organizations: A message-centered approach. Teoksessa B. R. Burleson, T. L. Albrecht & I. G. Sarason (toim.), *Communication of social support. Messages, interactions, relationships, and community*, 50–70. Thousand Oaks: Sage.
- Zimmermann, S. & Applegate, J.L. 1992. Person-centered comforting in the hospice interdisciplinary team. *Communication Research* 19, 240–264.
- Zook, E. G., 1994. Embodied health and constitutive communication: Toward an authentic conceptualization of health communication. Teoksessa S. A. Deetz (toim.), *Communication Yearbook* 17, 344–377. Thousand Oaks: Sage.