

**”Synnytys on semmoinen kokemus naisen elämässä,  
että sen muistaa niinkun aina.”**

Diskurssianalyttinen tarkastelu vastasyntyneiden äitien ja kättilöiden  
terveysneuvontatilanteista

Jaana Oksanen

Terveyskasvatuksen  
pro gradu-tutkielma  
Jyväskylän yliopisto  
Terveystieteen laitos  
Kevät 2000

## TIIVISTELMÄ

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO, Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta,  
Terveystieteen laitos, terveyskasvatus

OKSANEN JAANA: ”Synnytys on semmoinen kokemus naisen elämässä, että sen muistaa niinkun aina” Diskurssianalyttinen tarkastelu vastasyntyttäneiden äitien ja kättilöiden terveysneuvontatilanteista  
Pro gradu –tutkielma, 64 sivua.  
Kevät 2000

---

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata kättilöiden ja vastasyntyttäneiden äitien välisiä terveysneuvontatilanteita sairaalan naistentautien osastolla. Käytössä oli valmis tutkimusaineisto, joka oli kerätty väitöskirjaa varten vuonna 1993. Aineistosta nostettiin esille diskurssianalyysin keinoin tulkintarepertuaareja, niiden fokuksia, tunnustuspiirteitä ja rakenteita. Lisäksi aineistosta otettiin esiin kättilöille ja äideille nousseet identiteetit sekä kullekin repertuaarille muodostunut valtasuhde.

Terveysneuvontatilanteista nousi esiin kuusi luonteeltaan erilaista repertuaaria. Normaaliuden repertuaarissa ilmeni joitain äidin oudoksumia asioita tai tapahtumia, jotka kättilö pyrki neuvontatilanteessa normalistamaan lähes arkipäiväiseksi asiaksi. Suorituskeskeisyyden repertuaarissa kättilö antoi äidille myönteistä palautetta, kun äiti oli suoriutunut synnytyksestä tehokkaasti ja omatoimisesti. Keskeytymisen repertuaarissa kättilö katkaisi äidin puheen joko suoraan keskeyttämällä tai vaihtamalla kokonaan puheenaihetta. Lasten puolesta puhumisen repertuaarissa kättilö osoitti suurta ymmärrystä lapsia, usein vauvoja kohtaan ja näin hän osoitti empaattisesti ymmärtävänsä äidin tilannetta lapsen kautta. Kokemuksellisuuden repertuaarissa käsiteltiin äidin elämäntilannetta, johon lisäväriä toivat kättilön omakohtaiset kokemukset ja muistelmat vastaavasta elämäntilanteesta. Arkaluonteisuuden repertuaarissa äiti vastasi kättilön käsittelemiin arkaluonteisiin asioihin minimipalautteella.

Tutkimus vahvisti käsityksen siitä, että terveydenhuollon työntekijän ja asiakkaan välisissä neuvontatilanteissa on edelleen kehittämisen varaa. Toisaalta tutkimus antoi uudenlaisen näkökulman institutionaalisen vallan epätasaiseen jakautumiseen. Arkaluonteisuuden repertuaari osoitti, että vallan asymmetria voi olla vuorovaikutustilanteen luonteesta riippuen jopa välttämätöntä. Toivottavaa olisi, että diskurssianalyysi antaisi sysäyksen tutkia vuorovaikutuksellisia neuvontatilanteita syvällisemmin. Tutkimuksessa ilmeni, että keskusteluista tehtävät tulkinnat eivät ole aina aivan yksiselitteisiä. Tilanteen takaa mahdollisesti löytyvää todellisuutta tärkeämmäksi muodostuikin se, miten tehtyjen tulkintojen oikeellisuus perusteltiin.

Avainsanat: terveysneuvonta, äitiyshuolto, synnytys, kättilö, vuorovaikutus, valta.

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	PUNTARISSA SYNNYTYKSEN JÄLKEINEN TERVEYSNEUVONTA	3
	2.1 Äitiyshuollolle asetetut tavoitteet	3
	2.2 Terveysneuvonnan tavoitteiden ja asiakkaan tarpeiden vastaavuus	5
	2.3 Kätilön vastuullinen tehtävä terveysneuvojana	9
	2.4 Synnytyksen haasteellisuus osana terveysneuvontaa	13
3	TUTKIMUSTEHTÄVÄT	15
4	TUTKIMUSAINEISTON KUVAUS	16
5	DISKURSSIANALYYSI	17
6	SYNNYTYSKOKEMUSTEN REPERTUAARIT	21
	6.1 Normaaliuden repertuaari	21
	6.2 Suorituskeskeisyyden repertuaari	24
	6.3 Keskeytymisen repertuaari	27
	6.4 Lasten puolesta puhumisen repertuaari	29
	6.5 Kokemuksellisuuden repertuaari	31
	6.6 Arkaluonteisuuden repertuaari	35
7	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	39
	7.1 Yhteenvedo	39
	7.2 Tutkimuksen pätevyys ja luotettavuus	46
	7.3 Jatkotutkimusaiheet	49
	LÄHTEET	51

## 1 JOHDANTO

Terveydenhuoltojärjestelmän ja asiakkaan välinen vuorovaikutus ja niistä aukeava hoitotyön arki ovat kiinnostavia tutkimuskohteita. Terveysneuvonnan kehittämisessä on hyvä tietää, millaista hoitotyön todellisuus on vuorovaikutuksen tasolla ja millaisia arkisia vuorovaikutuksen taitoja siinä vaaditaan ja käytetään. Tältä pohjalta vuorovaikutuksen laatua voidaan tarkastella realistisemmin. (Silverman 1996, 211-225.) Äitiyshuollossa terveydenhuoltohenkilöstöllä on tärkeä tehtävä tukiessaan äitiä uudessa elämäntilanteessa. He voivat hälventää monia synnytykseen ja äitinä olemiseen liittyviä epätietoisuutta aiheuttavia seikkoja muun muassa jakamalla tietoa, antamalla tukea ja hoitamalla erilaisia oireita ja vaivoja. Asiakkaan äitiys antaa terveydenhuollon ammattilaisille myös erinomaisen mahdollisuuden ennaltaehkäisevään terveydenhoitoon sekä äidin että koko perheen terveyden edistämiseen. (vrt. Vehviläinen-Julkunen ym. 1994, 1.)

Tutkimusten mukaan terveydenhuollon asiakkaat eivät ole saaneet tarpeitaan vastaavaa terveysneuvontaa hoitohenkilökunnalta. Tämä on näkynyt muun muassa siten, että esimerkiksi neuvontakeskustelut ovat olleet hoitajakeskeisiä ja ohjeita on jaettu rutiininomaisesti. (Heritage & Sefi 1992; Ruusuvoori 1994; Pihlajajarju 1996.) Koska neuvontakeskustelut on nähty olevan suorassa yhteydessä vuorovaikutustilanteen osapuolten välisiin valtasuhteisiin (Wahlström 1992, 37), olisi tärkeää tutkia mahdollisimman tarkkaan erilaisia puheyhteisöjä ja kielen käyttötapoja niissä, jotta voitaisiin löytää vallan toimintatavat ja ilmaisut sekä ottaa poliittista ja sosiaalista vastuuta niiden muuttamiseksi (Tainio 1994, 63).

Terveyttä edistävän sairaalan tulisi suuntautua sairauskeskeisyydestä terveyskeskeisemmäksi tarjoamalla malli ammatillisille terveyspalveluille. Tämä tulisi tapahtua siten, että sairaala valtuuttaisi nykyistä enemmän sekä potilaitaan että henkilökuntaansa (Tones 1996, 9-18). Käytännössä tämä merkitsee sitä, että myös terveysneuvonnan haasteena on siirtyä neuvojakeskeisyydestä asiakaskeskeisyyteen, jotta voidaan mahdollisimman hyvin huomioida asiakkaiden tarpeet ja toiveet sekä tehdä yhteisiä suunnitelmia niiden toteuttamiseksi (Burnard 1999, 94).

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia, miten ihmiset toteuttavat viralliseen instituutioon (sairaalan naistentautien osastoon) liittyviä identiteettejään synnytyksessä avustaneina kättilöinä ja vastasyntyttäineinä äiteinä. Tutkimus suoritettiin diskurssianalyysin keinoin kuudesta kättilön ja



vastasynnyttäneen äidin välisestä terveysneuvontatilanteesta tehdyistä litteroinneista. Litteroinneista tutkittiin niistä nousseita tulkintarepertuaareja, niiden fokuksia, tunnistuspiirteitä, rakennetta, äidille ja kätilölle näiden perusteella nousseita identiteettejä sekä kunkin repertuaarin valtasuhdetta. Näin selvitettiin, mitä kätilön ja vastasynnyttäneen äidin välinen vuorovaikutus ja palautteenanto voi käytännön tasolla olla, sillä kätilötyön alueelta vastaavaa tutkimusta ei ole aiemmin tehty. Aikaisemmista terveysneuvontaa koskevista tutkimuksista poiketen tämän tutkimuksen tulokset antavat aihetta pohtia institutionaalisia keskusteluja tapauskohtaisemmin ja jopa tasapainoisen valtasuhteen ideaalisuutta kyseenalaistaen.

## 2 PUNTARISSA SYNNYTYKSEN JÄLKEINEN TERVEYSNEUVONTA

### 2.1 Äitiyshuollolle asetetut tavoitteet

Äitiyshuolto on osa kansanterveystyötä, joka määrittellään kansanterveyslaissa seuraavasti: ”Kansanterveystyöllä tarkoitetaan yksilöön ja hänen ympäristöönsä kohdistuvaa terveydenhoitoa ja yksilön sairaanhoitoa sekä niihin liittyvää toimintaa, jonka tarkoituksena on väestön terveydentilan ylläpitäminen ja edistäminen. Kunnan tulee kansanterveystyöhön kuuluvina velvollisuuksina hyväksytyin toimintasuunnitelman rajoissa ylläpitää terveysneuvontaa, johon sisältyy äitiyshuolto.” (Onikki & Ranta 1995, 1668-1669.)

Lääkintöhallituksen ohjekirjeessä (1988) äitiyshuollon tavoitteeksi on kirjattu odottavan äidin, sikiön, vastasyntyneen ja perheenjäsenten parhaan mahdollisen terveyden turvaaminen. Koko perheen tulee voida tuntea raskaus, synnytys ja imeväisen hoito turvalliseksi ja perhe-elämää rikastuttavaksi kokemukseksi, joka luo otollisen pohjan lapsen terveelle kasvulle (Eskola, Hytönen & Komulainen 1990, 122). Koska äitiyshuolto on Suomessa järjestetty osaksi julkista terveydenhuoltojärjestelmää, on asiakkaalla käytännössä vähän mahdollisuuksia valita hoitava lääkäri, terveydenhoitaja tai kätilö. Asiakkaalla on tästä johtuen myös vähän valtaa päättää neuvolapalveluiden käytöstä tai valita synnytyspaikka ja synnytystapa (Ruusuvuori 1994, 2).

Käytännössä äitiyshuolto muodostuu Suomessa raskaana oleviin naisiin kohdistuvasta, äitiysneuvolassa tapahtuvasta säännöllisestä terveydenhoitajan ja lääkärin seurannasta ja mahdollisista erikoislääkäreiden tutkimuksista sekä hoidosta sairaalan äitiyspoliklinikalla tai osastolla. Suomalaisten äitien ja lasten alhainen kuolleisuus ja hyvä fyysinen terveys on usein nähty tehokkaan äitiyshuollon järjestelmän ansioksi. Äitiyshuollossa korostuvat perhekeskeisyys ja yksilöllisen hoitosuunnitelman tekeminen. Myös äitiyshuollon piiriin kuuluvien organisaatioiden välisen yhteistyön ja työnjaon on oltava suunnitelmallista ja jatkuvaa, jotta palvelut muodostaisivat aukottoman ja tasokkaan kokonaisuuden. (Eskola ym. 1990, 123; Kuronen 1994, 136.) Laajemmassa merkityksessä äitiyshuollon pyrkimyksenä on edistää tulevien vanhempien terveyttä ja hyvinvointia ja auttaa heitä omaksumaan myönteinen näkemys perhe-elämästä ja perheen roolista yhteiskunnassa. Ihmisten taipumus ylläpitää omaa terveyttään on kasvamassa ja näin ollen se vaatii terveydenhuollon henkilökunnalta lisääntyvää tietämystä ja enemmän tilaisuuksia ottaa osaa heidän terveyttään koskeviin päätöksiinsä. (Screening and Collaboration... 1996, 7-8.)

Suomalaiset tutkimukset (mm. Kuronen 1993; Simoila 1994) eivät kuitenkaan anna esimerkkejä siitä, että asiakkuus konkreettisesti toteutuisi kokonaisina perheinä tai yhteisöinä. Asiakkaat ovat äitiyshuollon palvelujen saajia, jotka usein määritellään perheiksi, mutta rajautuvatkin käytännössä lähinnä äideiksi. Asiakaslähtöisyyttä on pyritty toteuttamaan ottamalla terveystalvelujen käyttäjiä yhä enemmän mukaan erilaisiin laaturyhmiin sekä kysymällä heidän näkemyksiään toteutuneesta hoidon laadusta. Terveystalveluollossa on kuitenkin edelleen puute asiakaslähtöisistä hoidon laadun mittareista sekä käytänteistä; useissa organisaatioissa asiakaslähtöisyys merkinnee lähinnä tyytyväisyyskyselyjen organisointia. (Leino-Kilpi, Mäenpää & Katajisto 1999, 15.)

Äitiyshuollon palveluissa asiakaslähtöisyys merkitsee neuvonnan sisällön ajanmukaistamista sekä erityisryhmien nykyistä parempaa huomioonottamista. Stakesin vuonna 1994 (Vepsäläinen 1998a ja b) teettämä, lisääntymisterveydenhuoltoa koskeva tutkimus antaakin aihetta ajanmukaistaa asiakaslähtöisiä terveystalveluja. Tutkimus tehtiin 3 000:lle 18-44-vuotiaalle naiselle. Heiltä kysyttiin, miten terveystalvelut toimivat ja miten niitä tulisi kehittää. Kyselyn mukaan ensisynnyttäjät ja vähemmän koulutetut naiset hyötyvät äitiysneuvolapalveluista eniten. Eri ikäryhmiin kuuluvat ja hyvin koulutetut naiset kaipaavat erilaista tai eri lailla painotettua tietoa kuin he nykyään neuvoloista saavat. Kyselyn mukaan esimerkiksi raskauden kulkua käsitellään tarpeeksi, mutta raskauden ajan masennusta lähes puolet arvioi käsiteltävän riittämättömästi. Kolmasosan mielestä myös imetystä ja synnytyksen jälkeistä toipumista huomioidaan riittämättömästi. (Vepsäläinen 1998a ja b.)

Terveystalveluä edistävän työskentelytavan avaintemoja äitiyshuollossa, kuten yleensäkin terveystalveluollossa ovat kehitys asiantuntijalähtöisyydestä asiakaslähtöisyyteen, ohjeiden antamisesta tietoisten valintojen tukemiseen, yksittäisistä riskitekijöistä elämäntilanteen kokonaisuuteen sekä yksisuuntaisista syy-seuraussuhteista vastavuoroisten vuorovaikutussuhteiden tarkasteluun (vrt. Spellbring 1991). Näiden vaateiden keskellä olisi kuitenkin huomioitava, että asiakas ei välttämättä aina ehdi, osaa tai uskalla itse kysellä hoitoon liittyvistä asioista, vaan odottaa, että hänelle kerrotaan niistä. Tämän johdosta terveystalveluollossa henkilökunnan täytyy ymmärtää paitsi, kuka heidän asiakkaansa on, mutta myös se, miten asiakas käyttäytyy (Linden 1995; Krupat ym. 1999, 456). Kysymykset äitiyshuollon toiminnan luonteesta, siinä toimivien ammattiryhmien rooleista sekä äitiyshuollon organisaatiosta ovat yhteiskunnallisesti merkittäviä, ja antavat yleiseen keskusteluun vaihtoehtoisia tulkintoja esimerkiksi siitä, miten terveystalveluollossa valtasuhteet sekä lääketieteellinen diskurssi muovaavat äitiyshuollon asiakkaiden terveystalveluoltoa (Wrede 1996, 17).

Yhteiskunnallisella tasolla on kuitenkin merkillepantavaa, että kunnalliset päättäjät eivät juurikaan puhu terveydenhuollon ehkäisevästä työstä, kuten äitiyshuollosta, muutoin kuin taloudellisten säästötarpeiden yhteydessä. Tätä ehkäisevän työn peruspilaria pidetään joko itsestään selvänä tai kunnan ylin johto ei osaa riittävästi arvioida sen todellista merkitystä. Jos ehkäisevän terveydenhuollon merkitystä väestön terveyden edistämiseksi ei osata arvostaa, se häviää ja kunta menettää rakenteellisesti kestävä, väestön terveyttä edistävän voimavaran. (Perttilä 1998, 242.)

Äitiyshuolto, kuten siihen liittyvä terveysneuvontakin tulisi järjestää asiakkaiden tarpeet huomioon ottaen. Se tulisi suunnata yksilölliseksi tapahtumaksi kullekin sitä tarvitsevalle asiakkaalle erikseen siten, että siinä voisi toteutua koko hoitotyön prosessi; suunnittelu, toteutus, arviointi sekä päämäärien uudelleen asettaminen. Näin asiakkaita voitaisiin palvella mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. (vrt. Keller & Carroll 1994, 137.) Koska äitiyshuollossakin on kyseessä väestömme koko kirjo, on selvää, etteivät kaikkien sen palvelua tarvitsevien tarpeet voi olla samansuuntaisia. Tällöin äitiyshuollon työntekijöillä on velvollisuus selvittää, mitä heidän asiakkaansa jo tietävät tarvitsemistaan palveluista sekä myös kartoittaa, vastasivatko äitiyshuollossa tarjotut palvelut heidän odotuksiaan

## 2.2 Terveysneuvonnan tavoitteiden ja asiakkaan tarpeiden vastaavuus

Tässä tutkimuksessa terveysneuvonta ymmärrettiin synnytyksessä avustaneen kätilön ja vastasyntyneen äidin välisenä vuorovaikutuksena, jossa kätilö antaa ohjeita koko perheen tarpeet huomioon ottaen muun muassa lapsen hoidossa, kotona vastasyntyneen kanssa selviytymisessä sekä hygienia-asioissa. Olisi kuitenkin tärkeää, että terveysneuvontatilanteessa molemmat osapuolet toimisivat aktiivisesti ja vastavuoroisesti, jotta terveysneuvonnalle asetetut tavoitteet, olivatpa ne sitten tietoisuuden lisääminen tai tuen antaminen, voitaisiin yhdessä saavuttaa.

Palvelu- ja hoitotyön ominaisuuksia kartoitettaessa on korostettu tietynlaista neuvottelua ja sopimista. Hoitajan ja potilaan yhteistyö nojautuu yhdessä tehtyyn sopimukseen, jonka edellytyksenä on dialogi, auttamisen halu ja kyky kuulla palvelua tarvitsevan ihmisen näkökulmaa. Hoitotyö sisältää usein intiimejä tehtäviä, joissa korostuu keskustelun tärkeys ja herkkyys kuulla potilaiden toiveita. Fyysiseen hoitamiseen liittyvät tehtävät ovat hoitotyössä yleisiä ja vaativat

luottamuksellisuutta. (Rauhala 1994, 38.) Vuorovaikutustilanteissa toteutuvan asiakkuuden mahdollisuuksia voidaan jäsentää moninaisten ja monentasoisten puitetekijöiden kautta. On selvää, että kohtaamisten mahdollisuuksiin vaikuttavat asiakkuutta tuottavat yhteiskunnalliset tekijät kuten organisaatioiden kulttuuri, työtavat ja säännöt. Olisi kuitenkin huomioitava että kunnioitus, avautuminen sekä asiakkaan omien aikomusten esille tuominen toimivat yleensä terveysneuvontaa edistävästi. (Payne 1991, 9; Skelton 1997, 156.)

Terveysneuvonnan on nähty nykyään enemmänkin tapahtuvan ja muotoutuvan itse vuorovaikutustapahtumassa. Neuvojan päämääränä onkin ottaa huomioon asiakkaansa voimavarat ja suunnata näin terveyttä edistävää toimintaa asiakkaansa parhaaksi. Terveysneuvontaa ei nähdä kovinkaan hyödylliseksi, ellei se johda toimintaan. (Burnard 1999, 3.) Institutionaalisen puheen, johon sairaalassa tapahtuva terveysneuvonta nähdään liittyvän, osapuolilla saattaa olla erilaisia käsityksiä tilanteesta, hoidettavista tehtävistä ja niiden järjestyksestä, sekä siitä missä vaiheessa ollaan niitä monia tehtäviä, joista toinen voi olla toisen edellytys (vrt. Rostila 1997, 22-23). Näkemuserot terveysneuvonnan määrittelyssä johtuvat todennäköisesti terveysneuvonnan laadun kehittymisestä ajan myötä – nykyään neuvonnan onnistumisen lähtökohtana nähdään juuri asiakkaan omat voimavarat sekä omatoimisuus, jotta neuvonta voi johtaa tuloksiin.

Etenkin terveydenhuollon piirissä palveluiden laatua kyseenalaistava tutkimus on hyvin oikeutettua. Esimerkiksi se, että viime vuosikymmeninä on keskusteltu julkisuudessa tiheästi asiakaskeskeisyyden ihanteesta on epäilemättä tavalla tai toisella läsnä monissa ammatillisissa kohtaamisissa (Suoninen 1999b, 124). Palveluelinkeinoissa on usein painotettu, kuinka asiakas on aina oikeassa ja kuinka häntä tulisi kohdella mahdollisimman hyvin, jotta hän käyttäisi kyseisiä palveluja toistekin. Sosiaali- ja terveydenhuollon puolella tähän ei ole kuitenkaan ollut tarvetta. Jos asiakas on tarvinnut terveydenhuollon palveluja, hän on tullut vastaanotolle tai sairaalaan - olipa siellä millainen kohtelu hyvänsä. Vasta laman ja taloudellisten resurssien niukkenemisen myötä on herätty pohtimaan, mitä asiakkaat ja potilaat saavat vastineeksi verorahoilleen tai palveluista maksamalleen hinnalle. (Vepsäläinen 1998a, 3.)

Terveysneuvonnan tavoitteiden asettamisen kannalta on olennaista, miten terveysneuvoja ymmärtää asiakkaansa. Onko hän kaltaisemme toimiva, tunteva ja tahtova ihminen vai onko hän yleistetty kuva asiakkaan kategoriasta? Haetaanko asiakaspalautetta yksilölliseltä asiakkaalta, jolla on oma ainutkertainen elämäntilanteensa? Mikäli ihmiskuva asiakkaasta jää vain kohteeksi palvelutapahtumassa, on asiakkaan vaikea asettua palautetilanteessa subjektin asemaan ja kuvitella

voivansa tässä vaikuttaa, jos hän ei ole osallisena itse tapahtumassa. Tämä asettaakin haasteita tutkimaan ja arvioimaan erilaisia palautteen hankkimisen keinoja asiakkaalle muodostuvien identiteettien ja vuorovaikutuksen näkökulmasta. (Pohjola 1997, 171-176.) Juuri tähän haasteeseen on pyrittiin tällä tutkimuksella vastaamaan nostamalla esimerkkitapauksia toteutuneista terveysneuvontatilanteista ja analysoiden niitä.

Kanssakäyminen on ensisijainen työkalu, jota terveysneuvojat käyttävät levittäessään relevanttia ja vakuuttavaa terveysneuvontaa, joten lähes mikä tahansa asiakaskontakti tarjoaa tilaisuuden siihen. Toiminta on perustunut traditionaalisesti lähinnä yleiseen periaatteeseen; asiakkaalla on ollut oikeus tietää, mitä toimenpiteitä hänelle tehdään, hänellä on ollut oikeus myös esittää henkilökohtaisia kysymyksiä ja saada niihin asianmukaiset vastaukset. Terveysneuvontatilanteissa tapahtuneen ohjauksen tavoitteet tuli olla täsmällisiä. Tämä vaati hoitotyöntekijältä perusteellista perehtymistä asiakkaan tietoihin, taitoihin, odotuksiin ja elämäntilanteeseen. Asiakas, joka ymmärsi hoidollisen tilanteensa ja siihen liittyvät toimenpiteet, kykeni parempaan yhteistyöhön hoitonsa kannalta, mikä edelleen johti positiiviseen asennoitumiseen terveydenhoitoa kohtaan. (Laitakari 1989, 128-129; Kreps & Thornton 1992, 122.)

Nykyään neuvonnan päämääränä on kuitenkin korostaa asiakkaan henkilökohtaisen vastuun lisääntymistä elämäänsä luodessaan. Asiakkaan on tehtävä valintoja, jotka mahdollistavat hänet toimimaan, tuntemaan ja ajattelemaan tehokkaasti. Ne vaativat kapasiteettia kokea ja ilmaista tunteita, ajatella järkevästi sekä toimia siten, että päämäärät voidaan saavuttaa. Neuvonnan katsotaan olevan tehokkainta, kun se mahdollistaa asiakkaan selviytymisen hoitosuhteen päätyttyäkin. Täten neuvonnan tärkeimmäksi päämääräksi nousee oma-apu (self-helping), jolloin asiakkaasta tulee itsensä neuvoja. Hoitajan ei tule tehdä ratkaisuja potilaan puolesta vaan tukea häntä omaehtoisessa päätöksenteossa. (Nelson-Jones 1997, 7.)

Aikaisemmat terveydenhuollon asiakkaisiin liittyvät vuorovaikutustutkimukset ovat keskittyneet selvittämään, miksi potilaat eivät ole olleet hoitomyöntyväisiä tai eivät ole noudattaneet saamiaan lääketieteellisiä neuvoja (Ley 1988). Painopiste onkin ajan myötä siirtynyt asiakaslähtöisemmäksi ja hoitotyöntekijät ovat saaneet lisääntyvässä määrin koulutusta vuorovaikutustaitoihinsa. Tämän tyyppisen koulutuksen tarkoituksena on ollut opettaa työntekijöitä esimerkiksi kysymään avoimia kysymyksiä, joilla voidaan houkuttaa esiin asiakkaan näkemykset ja havainnot koetusta terveydestä ja terveyskäyttäytymisestä. Monet terveyden edistäjät voivat asiakkaidensa kanssa

hyötyä neuvontatekniikoista, joissa painotetaan kuuntelun taitoa ja pyritään välttämään johdatteluvia kysymyksiä. (Naidoo & Wills 1998, 211-212.)

Hoitajien ja potilaiden neuvontatilanteissa esiintynyttä terveysneuvontaa ja vuorovaikutusta on selvitetty tutkimalla niiden olemusta koulutustarveanalyysinä hoitajien vuorovaikutustaitojen kehittämiseksi. Tutkimuksen tulokset osoittivat, että potilailla on tietoa terveysneuvonnan sisältöinä olevista asioista, kun taas hoitajilla esiintyi epävarmuutta tiedollisessa asiantuntijuudessa. Neuvontatilanteissa hoitajat eivät riittävästi selvittäneet tai hyödyntäneet potilaiden tietämystä. (Poskiparta 1997.) Potilaalle on kuitenkin tärkeää, että hänelle välittyy kokemus hoitajan yrityksestä ymmärtää häntä ja että hoitaja on aidosti kiinnostunut hänestä yksilönä, persoonana. Tämä mahdollistuu kohtaamistilanteissa, kun hoitaja ja potilas käsittelevät yhdessä potilaan tilannetta ja pyrkivät yhteisiin mielikuviiin ja tulkintoihin. Potilaan turvallisuuden tunteen kokemisen kannalta on tärkeää, että hoitaja ottaa potilaan tosissaan, on kiinnostunut potilaan tuntemuksista ja kuuntelee häntä (Heikkinen 1997, 142).

Äitiyshuollon terveysneuvontaa on kritisoitu erityisesti siitä, ettei se vastaa asiakkaidensa yksilöllisiä tarpeita ja tietotasoa, vaan on liian samanlaista kaikille (Rautava 1989). Terveysneuvonnan tulisi turvata asiakkaiden hakema neuvo ja apu, eikä heitä pitäisi kohdella tasapäistään tai tahtonsa vastaisesti (Naidoo & Wills 1998, 115). Tutkimustieto kuitenkin osoittaa, että terveysneuvontaa ei useinkaan suunnitella asiakkaiden elämäntilanteisiin soveltamisen kautta vaan asiakkaalle annetaan tietty tietopaketti tauti- tai riskiryhmän mukaan eli sama tauti/riski – sama tietopaketti. Terveysneuvontaa on asiantuntijapiireissä kritisoitu myös sen pelottavuudesta, syyllistävydestä, ahdistavuudesta ja holhoavuudesta (Aarva 1995, 103). Enemmän tulisikin painottaa neuvontatyön eettistä vastuuta, mikä merkitsee itsemääräämisoikeuden ja valinnanvapauden merkityksen oivaltamista (Häggman-Laitila 1997). Kuten aiemmin tuli esille, terveysneuvoja kehoitetaan nykyisin kohtaamaan asiakkaansa ”tyhjänä tauluna” ja selvittämään ajan kanssa hänen tilanteensa; tekemättä etukäteen mitään arvioita asiakkaan elämäntilanteesta (Burnard 1999, 93).

Terveystieteiden alan työntekijöiltä edellytetään vuorovaikutustaitoja suhteessa työtovereihinsa ja asiakkaisiinsa esimerkiksi raporteja pidettäessä sekä vastaanotettaessa asiakkaan tilaan ja edistymiseen liittyvää tietoa. Heidän odotetaan tarjoavan tukea, huomiota ja kannustusta, antavan asiakkaalle tietoa hänen tilastaan ja toimivan neuvojina. Haasteena hoitajan työssä onkin kuunnella, hyväksyä, tutkia ja olla antamatta valmiita vastauksia ja ratkaisuja, sillä asiakkaan tyytyväisyyttä

lisää, jos hän löytää ongelmalleen oman merkityksen ja ratkaisun. Näin ollen hoitajan tehtävänä on paradoksaalisesti auttaa asiakastaan oikean ratkaisun löytämisessä. Tässä onkin hoitotyön vaikeus; toisaalta seisoa taka-alalla ja toisaalta neuvoa tarpeen tullen. (Burnard 1987, 381; Purtilo & Haddad 1996, 163.)

### 2.3 Kätilön vastuullinen tehtävä terveysneuvojana

Äitiyshuollossa kätilö auttaa asiakasta terveysneuvonnan keinoin kokemaan sukupuolisuuden luonnollisena ja persoonallisuutta rikastavana tekijänä. Kätilö vastaa raskaana olevan naisen ja syntyvän lapsen hoidon tarpeen arvioinnista, hoidon suunnittelusta, toteutuksesta ja kokonaishoidon arvioinnista. Hän ohjaa äidin tarvittaessa lisätutkimuksiin ja hoitoon sekä auttaa sosiaaliturvaan liittyvissä kysymyksissä. Äitien kanssa keskustellaan terveystottumuksista ja niiden puutteista ja ongelmista. Heille laaditaan myös yksilöllinen suunnitelma terveysneuvonnasta ja sovitaan työnjaosta muun hoitohenkilökunnan kesken. Näin vältetään turhilta toistoilta ja varmistutaan siitä, että ongelmiin todella puututaan. Ihanteellisimmassa tapauksessa lapsensa parasta haluava äiti on valmis hoitamaan myös itseään mahdollisimman hyvin kyetäkseen hoitamaan itse lastaan. (Eskola ym. 1990, 157; Laiho 1991, 83.)

Äitiyshuollon organisaatioiden erilaisista lähtökohdista riippuen kätilö vastaa vanhempien valmentamisesta synnytykseen ja uuden perheenjäsenen vastaanottamiseen saakka. Hän hoitaa itsenäisesti alateitse tapahtuvat säännölliset synnytykset ja osallistuu epäsäännöllisten synnytysten (kuten keisarileikkaus) hoitoon yhdessä lääkärin kanssa. Kätilö huolehtii myös vastasyntyneen hoidosta sekä äidin hoidosta ja kuntoutuksesta synnytyksen jälkeen ja vastaa jatkohoidon suunnittelusta. Hän ohjaa vanhempia perhesuunnittelua ja lapsen hoitoa koskevilla kysymyksillä ja antaa sekä monipuolista terveys- että perhekasvatusta. Sopivin henkilö keskustelemaan synnytystapahtumasta äidin kanssa katsotaankin olevan synnytyksen hoitanut kätilö (Sairaalaliitto 1990, 11). Kätilön tehtävänä on auttaa koko perhettä sopeutumaan uuden perheenjäsenen tuomaan muutokseen ja siten pyrkiä lujittamaan perheen sisäisiä suhteita. (Laiho 1991, 84.)

Terveyspalvelujen laatuun on kuitenkin syytä suhtautua kriittisesti, sillä tutkimusten (mm. Suominen 1994; Lehtonen 1998) mukaan hoitohenkilökunnalle asetettujen tehtävien onnistuminen käytännössä ei olekaan itsestään selvää. Käsitys ”normaalista äitiydestä”, ja sen ohella parisuhteesta



ja perheestä nähdään usein hyvin perinteisenä ja jäykkänä. Tullessaan äidiksi naisen odotetaan omaksuvan uudenlainen hoivaava lapsi- ja perhekeskeisempi suhtautuminen omaan elämäänsä. Tutkimusten (mm. Holm 1994, 155; Kuronen 1994, 135-141) mukaan naisia ei äitiyshuollon terveyspalveluissa juurikaan kannusteta uudensuuntaisiin käytäntöihin eivätkä he myöskään itse nosta tällaisia mahdollisuuksia ja vaihtoehtoja esiin. Myös englantilaisessa haastattelututkimuksessa äidit (N=141) toivoivat enemmän ohjausta vanhemmuuteen kasvussa (Gould 1986).

Asiakkuuden korostaminen assosioi usein herkästi asetelmaan, jossa asiakas on ”ruorissa”. Esimerkiksi sanonta ”asiakas on aina oikeassa” ja tunnettu asiakaskeskeisyyden idea tukevat tätä assosiaatiota. Asiakkaaksi nimeäminen ei kuitenkaan toimi statukset kääntävänä tekijänä automaattisesti missä tahansa keskustelutilanteessa. Esimerkiksi asetelmassa asiakas-ammattilainen tai asiakas-ekspertti asiakas on mahdollista ajatella myös ei-tietävänä osapuolena. (Suoninen 1999b, 116.) Englannissa on tutkittu kotona vierailevien terveysneuvojien (health visitors) ja äitien välistä terveysneuvontaa ja ohjeiden antamista ensimmäisellä lapsen syntymän jälkeisellä neuvojan kotikäynnillä on selvitetty. Tulosten mukaan terveysneuvoja jakeli ohjeitaan rutiininomaisesti siitäkin huolimatta, ettei ollut näyttöä niiden tarpeellisuudesta. Tämän englantilaisen tutkimuksen mukaan vanha ensisynnyttäjien käsitys siitä, että terveysneuvojat ovat ”vauvaeksperttejä” saa tukea. Terveysneuvojaa ei välttämättä nähdä läheisenä henkilönä, jonka kanssa on turvallista jakaa lastenhoitoon liittyviä ongelmia, vaan valitettavan usein hänet voidaan rinnastaa terveyteen ja vauvanhoitoon erikoistuneeseen ulkopuoliseen asiantuntijaan. (Heritage & Sefi 1992, 359-416.)

Hoitohenkilökunnan ja potilaan välisiä hoitokeskusteluja on määritelty institutionaaliksi keskusteluiksi, joissa tavoitteena on potilaan ja hoitotyöntekijän yhteistyö. Eräässä sisätautiosastoilla videoidussa ja havainnoidussa tutkimuksessa ammattihenkilö kuitenkin toimi hoitokeskusteluissa asiantuntijana, asiakas taas oli asiantuntija omaa elämäänsä koskevissa asioissa. Institutionaalinen keskustelu oli sidoksissa valtaan, auktoriteetteihin, erikoisosaamiseen ja tavoitteelliseen toimintaan. Tulosten mukaan hoitokeskustelut olivat hoitajakeskeisiä ja teknisiin toimintoihin painottuvia. Hoitajat puhuivat keskustelun aikana selvästi enemmän kuin potilaat, valitsivat puheenaiheen ja tekivät paljon kysymyksiä, mutta kysyivät vain harvoin potilaan omaa mielipidettä. (Pihlajajarju 1996.) Samantyyppistä institutionaalista asiantuntijajohtoisuutta on huomattavissa myös tässä tutkimuksessa esiintyneiden kättilöiden toimintatavoissa (ks. Taulukko 1 s. 42). On selvää, että kättilöllä on synnytyksestä hoidollista tietoa enemmän ja aikaisemmin kuin vastasyntyttäneellä äidillä. Äidillä on puolestaan tuoretta ja kokemuksellista tietoa synnytyksestä. Kättilön tiedollisen asiantuntijuuden ja potilaan kokemuksellisen asiantuntijuuden

yhteensovittaminen ja hyödyntäminen on yksi terveysneuvontatapahtuman ydinkysymyksistä. (vrt. Bennett & Alison 1996, 25-29; Charles & Gafni 1997, 683) Se, että neuvontatyötä äitiyshuollossa tekevät lähes yksinomaan naiset, ei näin ollen riitä takaamaan asiakaskeskeistä toimintatapaa ja naisasiakkaiden tarpeiden ja toiveiden toteutumista (Abbott & Sapsford 1990).

Institutionaalisessa keskustelussa toimijoiden ajatellaan toteuttavan virallisiin instituutioihin liittyviä roolejaan, kuten kättilön ja vastasyntyttäneen äidin roolia. Näihin rooleihin sisältyy tiettyjä tehtäviä, joita osapuolet suorittavat keskustelun aikana puhumalla (vrt. Peräkylä 1997). Institutionaaliseen keskusteluun onkin liitetty edellä jo osoitettu vuorovaikutuksellinen epäsymmetrisyys (Drew & Heritage 1992; Peräkylä 1997). On kuitenkin huomattava, että vaikka asymmetria on yleisnimitys monenlaiselle kommunikatiiviselle epätasapainolle, ei sen olemassaolo sinällään tee vuorovaikutuksesta yksiselitteisesti epäonnistunutta. Joissain tapauksissa asymmetria on suorastaan tarpeellinen piirre. Jotkut potilaat haluavatkin ylläpitää hoitosuhteen asymmetriaa, sillä he saattaisivat tuntea olonsa epämukavaksi ilman sitä. He nimenomaan haluavat ammattihenkilön tietävän paremmin ja ovat pahoillaan, jos päätöksenteko ulottuu heidän osakseen. (Linell & Luckmann 1991; Gwyn & Elwyn 1999, 439.)

Lastensuojelutyötä työntekijöiden ja heidän asiakkaidensa välisenä vuorovaikutuksena tutkinut Oranen (1997) on kiinnittänyt erityisesti huomiota siihen, minkälaiseen asemaan tietty puhumisen tapa asettaa puhujan ja puheen vastaanottajan ja mihin puhe asettaa toiminnan subjektin (Oranen 1997, 10). Tässäkin tutkimuksessa oli tarkoituksena kuvata tällaista ”palapelin rakentamista”, jolla vastasyntyttäneen äidin ja kättilön puheen eri elementtejä kuvaten (ks. Taulukko 1 s. 42) pyrittiin muodostamaan käsitystä siitä, minkälaisia tulkintarepertuaareja puhujat käyttivät ja mitä näiden repertuaarien käytöstä seurasi.

Valtuuttavan (empowering) terveysneuvonnan seurauksena asiakas on kykenevä tekemään itsenäisesti päätöksiä saavuttaakseen terveydelleen asettamansa tavoitteet. Kättilön tarjoaman terveysneuvonnan tarkoituksena on tällöin tarjota mahdollisuus tietojen ja taitojen sekä asiakkaan korkean itseoivaltamisen (self-awareness) yhdistelmään, jossa otetaan huomioon asiakkaan arvot ja tarpeet niin, että hän voi itse määritellä ja saavuttaa asettamansa päämäärät. (vrt. Feste 1992, 925; Feste & Anderson 1995, 140.) Potilaan osallisuus päätöksentekoihin lisää hänen tyytyväisyyttään ja parantaa hoitotuloksia. Tämä on selvinnyt, kun on tutkittu päätösten hyväksyvyyttä ja niissä kiinni pitäytymistä suhteessa hyväksytyyn hoitosuunnitelmaan. (Gwyn & Elwyn 1999, 437)

Valtuuttamisen prosessissa on kuitenkin jouduttu kohtaamaan ongelmia, jotka liittyvät terveydenhuollon työntekijöiden muuttuneisiin rooleihin. Usein heidän koulutuksensa ja heihin kohdistuneet rooli-odotukset ovat perinteisesti suuntautuneet asiakkaiden elämäntilanteen parantamiseen (Feste 1992, 922). Terveydenhuollon piirissä työskentelevät saattavatkin usein tietää, mikä on parasta asiakkaan hoidollisen tilanteen kannalta, mutta he eivät kuitenkaan voi tietää, mikä on parasta asiakkaan elämäntilanteen kannalta (Anderson, Funnell, Barr, Dedrick & Davis 1991, 585). Terveysneuvojien tulisikin nähdä itsensä useammin omien voimavarojen tunnistamisen ja käyttöönottamisen avustajina kuin terveyden opettajina ja asiantuntijoina (Liimatainen, Poskiparta & Sjögren 1999, 105).

Asiakastyötä tekevien naisten kuvauksissa on tutkittu olevan kolmenlaisia suhteita asiakkaisiin: elämäkokemukseen perustuva auttamissuhde, tasavertaisuutta korostava kaverisuhde ja asiantuntijuuteen perustuva palvelusuhde (Järvinen 1993, 69-74). Vastasyntyneen äidin ja kättilön terveysneuvontatilanteen voidaan myös olettaa sisältävän tekijöitä kaikista näistä kolmesta tyypistä vieläpä niin, että saman tilanteen aikana diskurssit saattavat vaihdella elämäkokemuksellisuuden ja asiantuntijuuden välillä.

Yhdyn Andersonin ym. (1991, 587) sekä Raeburnin ja Rootmanin (1998, 19) käsityksiin, ettei terveysneuvojien tulisi turvautua enää vanhanaikaisesti etäisen ammattilaisen tai ekspertin rooliin. Kättilöiden tulisi omaksua tietynlainen kanssakulkijan (fasilitator) asema, jossa on valmis jakamaan tietojaan ja taitojaan asiakkaidensa niitä tarvitessa. Rutiininomainen työtapa ei juuri anna sijaa neuvontasuhteen ainutlaatuisuudelle. Myös Burnard (1999, 94) on korostanut, että terveysneuvonnan haasteena on siirtyä neuvokeskeisyydestä asiakaskeskeisyyteen. Kättilön tulee tarjota tukea ja neuvoja sekä huolehtia sekä äidin että vastasyntyneen hyvinvoinnista (vrt. Naidoo & Wills 1998, 151).

Määriteltäessä yleisesti termiä terveysneuvonta, tullaan usein ajatelleeksi sen merkitsevän tietojen jakamista. On kuitenkin muistettava, että asiakkaat eivät ole objekteja, jotka järkiperäisesti muuttaisivat käytöstään ja toimisivat annettujen ohjeiden ja neuvojen mukaisesti. Terveysneuvoja on fasilitaattori ja mahdollistaja (enabler) pikemminkin kuin asiantuntija, jonka tulisi neuvojen jakamisen sijaan työskennellä asiakkaansa kanssa määrittelemällä yhdessä heidän tarpeensa ja toimimalla yhdessä kohti asetettuja päämääriä (Naidoo & Wills 1998, 69-70). Neuvojan olisi myös itse opetettava aktiiviseksi kuuntelijaksi (active listener) (ten Kroode 1998, 47-52).

Kuten edellä mainitut epäkohdat osoittivat, terveysneuvonnassa ei aina ole jäsentynyttä, asiakkaan osallistumista mahdollistavaa prosessia. Erityisesti vuorovaikutukseen liittyvät tilannetekijät, kuten niin sanotut rutiinitehtävät, ajan puute ja tilanteiden kiireellisyys estävät hoitajia huomioimasta asiakkaita päätöksenteossa. Ero hoitajien käsitysten ja todellisen käyttäytymisen välillä saattaa olla osoitus hoitotyön monimutkaisesta prosessista, johon liittyvät vuorovaikutus ja yhteistyö. (vrt. Kim 1990.) Koska kuitenkin hoitajilla on mahdollisuus muotoilla ne keinot, joilla he terveysneuvontaansa käytännön tasolla toteuttavat, on heillä myös vastuu huomioida asiakkaansa osuus siinä (vrt. Piper & Brown 1998, 388).

## 2.4 Synnytyksen haasteellisuus osana terveysneuvontaa

Vaikka useimmat suomalaiset lapset syntyvätkin suunniteltuina ja toivottuina, liittyy lapsen syntymään ja vanhemmuuteen kuitenkin monia erilaisia tunteita, jotka vanhemmat kokevat usein hämmentävinä ja yllättävinä. Raskautta ja lapsen odotusta on tästä syystä kuvattu myös kriisitapahtumana. (Vehviläinen-Julkunen 1994, 1.)

Synnytykokemus on jokaiselle perheelle hyvin omakohtainen kokemus, eikä se välttämättä vastaa kovin hyvin synnytystä ulkopuolisina seuranneiden havaintoja. Useissa tutkimuksissa onkin todettu, etteivät kätilön ja synnyttäneen äidin arviot muun muassa synnytyksen fyysisestä ja psyykkisestä rasittavuudesta, kivuliaisuudesta ja pelottavuudesta vastaa selvästi toisiaan. Synnytyksen jälkeisinä päivinä ja viikkoina tulisi sekä äidillä että isällä olla mahdollisuus keskustella kokemuksistaan. Keskustelu synnytystä hoitaneen kätilön kanssa on tarpeellista etenkin, jos synnytykseen on liittynyt jotain poikkeavaa. Potilaspapereihin on syytä tutustua yhdessä ja kätilön tulisi selittää niissä esiintyvät merkinnät ja hoitoratkaisujen perustelut sekä vastaa äidin esittämiin kysymyksiin. (Eskola & Hytönen 1997, 423-424.)

Ruusuvuori (1994) on tarkastellut haastattelututkimuksessaan kymmenen suomalaisen ensisynnyttäjän kokemuksia ennen ja jälkeen synnytyksen. Synnyttäjien puheissa nousi esille jännitteitä synnytyksen asiantuntijajohtoisuuden ja omien tuntemusten mukaan toimimisen sekä toisaalta lääketieteellisen teknologian käytön ja synnytykseen puuttumattomuuden välillä. Jännitteiden leikkauspisteeksi kohosivat synnyttäjän ruumiilliset tuntemukset synnytysprosessin aikana. Ensisynnyttäjien puheissa oli havaittavissa prosessi, jossa vallitsevaan

asiantuntijakeskeiseen ja teknologian käyttöä painottavaan, kovaan tieteelliseen diskurssiin sulautuu aineksia synnyttäjakeskeisemmistä pehmeämpien arvojen vastadiskursseista. (Ruusuvuori 1994b, 174-181.) Näin ollen synnyttävät äidit näkivät synnytyksen hyvin lääketieteellisenä ja sen eksperttiyteen liittyvänä tapahtumana, vaikka sen tulisi olla mitä luonnollisin tapahtuma ihmisen elämässä (vrt. Caraher 1998, 55).

1990-luvun puolivälin naistutkijat ovatkin voimakkaasti kritisoineet lääketiedettä äitiyden haltuunotosta, jonka on väitetty sivuuttaneen naisen omat tarpeet, kokemukset ja tietämyksen. Raskauden ja synnytyksen hoidon käytäntöjen ja niihin liittyvän teknologian on nähty tekevän naisesta toimenpiteiden passiivisen kohteen, objektin. Näin ollen lääketiede ja äitiyshuolto sen merkittävänä osana, on nähty varsin voimakkaasti naisten äitiyden määrittelijänä ja kontrolloijana. (mm. Kuronen 1994, 135-136.) Tämä asettaa runsaasti haasteita eettisesti oikein toteutetulle synnytyksen jälkeiselle terveysneuvonnalle, jonka seurauksena vastasyntynyt äiti voisi tuntea olevansa arvokas omana itsenään, eikä pelkästään synnyttäjänä. Koska synnyttäneet äidit ovat pääosin nuoria ja synnytystä ei voi rinnastaa sen sairaalan seinien sisäpuolella tapahtuvasta luonteesta huolimatta sairaudeksi, on perusteltua olettaa, että synnyttäneet äidit haluavat asiakkaina olla yleisesti enemmän mukana heitä koskevassa päätöksenteossa.

Usein kättilöt tapaavat synnytystapahtuman ainutlaatuisuuden vuoksi asiakkaansa vähimmillään vain kerran elämässään. Tämän vuoksi kättilöiden saattaa olla vaikea ymmärtää, miten kunkin vastasyntäneen äidin terveys suhteutuu hänen jokapäiväiseen elämäänsä. Toisaalta tämän tiedostaminen olisi tekijä, joka auttaisi kumoamaan informatiivisia esteitä asiakkaan ja terveysneuvojan välillä, minkä seurauksena heidän keskeisellä vuorovaikutustilanteella olisi mahdollisuus kehittyä (vrt. Naidoo & Wills 1998, 260-261). Synnytystapahtuman luonne koskettaa sekä koko perhettä yhteisönä että äidin yksilöllisyyttä naisena, jolloin kättilöllä on vaativa tehtävä toteuttaa terveysneuvontaa kaikki osapuolet huomioon ottaen. Tämä on kuitenkin mahdollista, kun kaikki tilanteeseen osallistuvat henkilöt sopivat yhdessä terveysneuvonnassa käsiteltävistä asioista ja niiden laajuudesta.

### 3 TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella äitien ja kätilöiden välisiä terveysneuvontatilanteita ja kuvata, miten he toteuttivat identiteettejään vastasyntyttäneinä äiteinä ja synnytyksessä avustaneina kätilöinä. Kätilöiden ja vastasyntyttäneiden äitien välisistä terveysneuvontatilanteista tehtyjä litterointeja tarkasteltiin diskursiivisen analyysin keinoin ottamalla esille aineistosta nousseita tulkintarepertuaareja ja niiden valtasuhde sekä niitä fokuksia, tunnistuspiirteitä ja rakennetta, josta kukin repertuaari rakentui.

Aineistosta nostetuina suorin lainauksin havainnollistettiin niitä tapoja, joilla sekä kätilö että vastasyntyttännyt äiti muodostivat puheellaan oman institutionaalisen asemansa osana terveysneuvontatilannetta. Kun tarkasteltiin kielenkäyttöä ja vuorovaikutusta sairaalassa, oli kyseessä osapuolten edustamat identiteetit kyseisen organisaation edustajana ja asiakkaana. Tutkittaessa aineiston tekstejä kontekstuaalisina esiintyminä ei oltu kiinnostuneita siitä, millainen puhujan todellinen minä on vaan kysyttiin, millaisia ”miniä” kätilöt ja vastasyntyttäneet äidit puhuivat esiin ja millaisia identiteettejä he rakensivat terveysneuvontatilanteissa. Tutkimuksen tavoitteena oli terveysneuvontakeskustelujen kuvauksen ja analysoinnin avulla saada lisää ymmärrystä siihen, mitä äitiyshuollon terveysneuvonnallisissa vuorovaikutussuhteissa voidaan aineiston perusteella tulkita tapahtuvan.

#### 4 TUTKIMUSAINEISTON KUVAUS

Tutkimusaineistona oli osa Marita Poskiparran (1997) vuonna 1993 väitöskirjaansa varten keräämää tutkimusaineistoa. Tutkittuun kuuteen kätilöiden vastasyntyneille äideille toteuttamaan terveysneuvontatilanteeseen osallistui kolme eri kätilöä ja kuusi vastasyntyntänyttä äitiä. Tutkimukseen osallistuneet kätilöt ja äidit olivat vapaaehtoisia ja he olivat antaneet kirjallisen suostumuksensa aineiston tutkimuskäyttöön. Terveysneuvontatilanteiden tutkimusaineisto oli videoitu ja litteroitu. Neuvontatilanteissa oli läsnä synnytyksessä avustanut kätilö, vastasyntyntänyt äiti sekä videokamera. Tutkija poistui huoneesta ohjaustilanteen ajaksi. Nauhoitukset tapahtuivat sairaalan naistentautien osaston potilashuoneissa, osaston kanslioissa tai osastonhoitajan huoneissa.

Koin hoitajan ja potilaan välisen vuorovaikutuksen ja siihen liittyvien tekijöiden kiinnostavaksi tutkimuskohteeksi ja tarkoitukseni jäsenyi tutkia niitä diskursiivisia repertuaareja, jotka aineistosta tulkintani perusteella nousivat. Terveysneuvontatilanteita oli koko alkuperäisessä tutkimusaineistossa toteutettu sairaalan eri osastoilla, joista valitsin mielenkiintoni mukaan synnytysosaston aineiston. Näin aineisto-osuuteni videoitut terveysneuvontatilanteet, mutta käyttämäni tutkimusaineisto perustui kirjallisiin litterointeihin. Luin litteroituja neuvontakeskusteluja useaan kertaan etsien aineistosta nousevia vastauksia asettamiini tutkimustehtäviin. Aineisto sisälsi puheelle ominaisia piirteitä, kuten taukoja, katkoksia ja päällepuhumista. Naistentautien osaston terveysneuvontatilanteista tehtyjen litterointien pituus vaihteli 7 liuskasta 17 liuskaan; käyttämäni aineiston keskimääräiseksi litteroinnin pituudeksi muodostui reilut 11 sivua. Yhteenlaskettujen sivujen määräksi kertyi kaikkiaan 70 sivua.

## 5 DISKURSSIANALYYSI

Tutkimuksessa lähestyttiin kättilöiden ja vastasyntyttäneiden äitien välisiä terveysneuvontakeskusteluja diskurssianalyttisestä näkökulmasta käsin. Diskurssianalyysi on laadullista tutkimusta ja sen lähtöajatuksena on ilmiöiden moninaisuuden ja ainutkertaisuuden tunnustaminen. Tutkittavat aineistot nähdään kokonaisuuksina, joidenkin sisäisesti loogisten rakenteiden ilmentymänä, ja itse tutkimustehtävä on näiden logiikkojen kuvailemista ja tulkintaa. Aineistot käsitetään ikään kuin näytteiksi tutkimuksen kohteena olevasta kielestä ja kulttuurista. (Alasuutari 1993, 22-23, 38, 68-71.)

Tutkimuksessa ei tarkastelun keskeiseksi kohteeksi näin ollen otettu yksilöä, vaan tilanteessa rakentuneet sosiaaliset käytännöt. Tarkastelu paikantui tällöin esimerkiksi kättilön ja vastasyntyttäneen äidin kielen käyttöön eri tilanteissa ja niihin laajempiin merkityssystemeihin, joita he toiminnoillaan hetkellisesti tuottivat. Minän olemuksen erittelemisen sijasta kiinnostus kohdistui minän rakentamisen/rakentumisen prosesseihin, esimerkiksi siihen, miten ja millaiset minät rakentuivat toisaalta kättilölle ja toisaalta vastasyntyttäneelle äidille heidän keskinäisen terveysneuvontatilanteensa kuluessa. (vrt. Lindroos 1992, 80; Jokinen ym. 1993, 37.) Vuorovaikutuksen tutkimisen lähtökohdat edellyttävät, että aineisto on aidosta tilanteesta, ei niinkään tutkimuksen tarpeita varten järjestetystä puhekielen tallentamistilanteesta. Tutkimuksen tavoitteena oli siis vuorovaikutuksen, ei tuotoksen kuvaaminen. (vrt. Nuolijärvi 1990, 127.) Analysoiduissa terveysneuvontatilanteissa täyttyivät edellä mainitut kriteerit, sillä tutkitut vuorovaikutustilanteet olivat sairaalan jokapäiväisiä toimintoja, joista tarkoituksena oli tarkastella kättilön ja vastasyntyttäneen äidin välistä vuorovaikutusta.

Keskeistä merkitysten muotoutumisessa on vuorovaikutuksen kulku. Niitä vuorovaikutuksen ominaisuuksia, jotka ovat lausumien tulkinnan kannalta olennaisia, kutsutaan vuorovaikutuskonteksteiksi. Tässä tutkimuksessa se merkitsi sitä, että kun analysoidut aineistokohdat olivat keskustelupuheenvuoroja, oli niitä analysoitava suhteessa koko terveysneuvontakeskustelun kulkuun. Puheenaiheiden rajaukset, kannanotot ja keskustelijoiden väliset suhteet eivät siis olleet autonomisia, vaan rakentuivat ja tarkentuivat toisiinsa suhteutuen keskustelun edetessä. (Jokinen ym. 1993, 31; Fairclough 1997, 78.)



Ennen varsinaisten tutkimustulosten esittämistä on paikallaan täsmentää muutamia analyysimenetelmässä käytettyjä termejä, jotka esiintyvät kautta koko tulososuuden. Analyysin suorittamiseksi ei ollut mitään mekaanista menettelytapaa edetä aineistosta tuloksiin, vaan siitä etsittiin eroja ja yhtäläisyyksiä sekä asetettiin oletuksia tekstin funktioista sekä vaikutuksista ja pyrittiin tunnistamaan erilaisia repertuaareja. **Repertuaareilla** tarkoitetaan suhteellisen ristiriidattomia kielellisiä resursseja, jotka sisältävät rajatun määrän sanastoa ja ilmaisuja. Repertuaari voi olla vaikkapa sanontatapa, käsite- tai asiakokonaisuus, jonka ilmaukset käyvät sisällöllisesti yhteen. Nämä ovat tulkinnallisia, sillä niiden avulla ihmiset muodostavat käsityksensä maailmasta. (Jokinen & Juhila 1991, 4.)

Puhetilanteen osallistujien erilainen asema suhteessa puheeseen asettaa heidät paitsi eri osallistujaroleihin myös tiettyihin diskurssi-identiteetteihin (discourse identities). **Diskurssi-identiteetti** on väljä yläkäsite, joka määriteltiin tarkoittamaan niitä oikeuksia, velvollisuuksia ja ominaisuuksia, joita kättilö ja vastasynnyttänyt äiti tuottivat itse itselleen, toisilleen tai muut toimijat olettivat hänelle. Identiteetit muotoutuivat omanlaisikseen kussakin diskurssissa ja repertuaarissa. Nykyään pidetäänkin selvänä, että ihmisellä on monia identiteettejä tai hänen identiteettinsä koostuu monista osasista, joiden merkitys vaihtelee tilanteen mukaan. (vrt. Jokinen ym. 1993, 38-39; Seppänen 1997, 161; Kivikuru 1998, 322-323.) Osapuolten kuvaukset ilmenivät tavoilla, jotka tukivat heidän institutionaalisia asemiaan ja tehtäviään.

Kielen käyttö mielletään usein pelkäksi asioiden kuvaamiseksi. Kaikilla lausumilla kuitenkin aina paitsi kuvataan jotakin, myös tehdään jotakin. Lausumat siis sekä väittävät jotain todellisuuden luonteesta että rakentavat samalla todellisuutta. Kielen käytön seurauksia tuottava luonne (funktionaalisuus) on analyttisesti erityisen olennainen. Kyse on kiinnostuksen kohdistamisesta siihen, mitä kielen käyttäjä milläkin ilmaisullaan kulloinkin tekee ja tulee tuottaneeksi. Erilaisten kielikuvien käyttö on aina enemmän tai vähemmän toimintaa tai käytäntöä koskevaa. Analyysissä olikin mahdollista keskittyä tarkastelemaan sitä, mitä tilannekohtaisia **funktioita** kielellisellä teolla kulloinkin oli. Funktiolla ei välttämättä tarkoiteta toimijan itsensä tarkoittamaa vaikutusta. Huomio kiinnitetään pikemminkin siihen, mitkä funktiot olivat potentiaalisina läsnä tai esiintyivät vuorovaikutussuhteissa. (vrt. Jokinen ym. 1993, 41-42.)

Diskurssianalyysissa spekulatiivisuus tulee mukaan kuvioihin tutkijan käyttäessä aineiston tulkinnassa apuna omaa kulttuurista pääomaansa, jolloin analyysi ikään kuin laajenee aineiston ulkopuolelle tutkijan pyrkiessä suhteuttamaan tuloksiaan laajempiin sosiaalisiin instituutioihin tai

kulttuuriin (Jokinen ym. 1993, 229). Olisi tärkeää, että diskurssianalyttinen tutkimus ei jäisi irralliseksi osaseksi, vaan se kuvailisi sitä sosiaalista todellisuutta, joka saa tutkimuksen tuloksena aikaan uusia merkityksiä. Käytetyssä diskurssianalyysissa aineiston analysointi ei jäänyt diskursiivisen variaation tai pelkän valtakamppailun paikantamiseen, vaan sen tarkoituksena oli myös osoittaa kielen käytön seurauksellisuus, eli mitä tekstissä tultiin tuottaneeksi, minkälaisia merkityksenannon ja toiminnan mahdollisuuksia tekstissä avattiin ja mitä suljettiin – minkälaisia tulkintoja teksti houkutteli tuottamaan (vrt. Jokinen ym. 1993, 21). Diskurssianalyttisessä tutkimuksessa kieltä ei siten pidetä ainoastaan reittinä kielen ”takana” sijaitsevaan ”oikeaan” todellisuuteen, esimerkiksi todellisiin tapahtumiin, kognitiivisiin prosesseihin tai asenteisiin, vaan kielen käyttö nähdään itsessään luovana, konstruktivisena toimintana. Kaikki kielen käyttäminen onkin erilaisten versioiden rakentamista todellisuudesta. (Potter & Wetherell 1989, 146-156; Suoninen 1992; Jokinen, Juhila & Suoninen 1993, 24-29.)

Jokainen konkreettinen keskustelu tapahtuu ainakin yhden diskurssin määrittelemänä, mutta keskustelijat voivat tapahtuman aikana keskustella useankin diskurssin puitteissa, kuten käytössä olleesta tutkimusaineistosta oli mahdollista todeta. Itse asiassa moni konkreettinen sananvaihto voitiin nähdä kaupankäyntinä tai neuvotteluna siitä, minkä diskurssin säännöillä keskusteltiin. Jokaiseen diskurssiin sisältyi valtaa, merkityksiä ja toimintavaihtoehtoja. Puhetta tarkkailtaessa kiinnitettiin huomiota myös ydinsanoihin. Sanavalinnat ja useat kielitieteelliset merkit osoittivat diskurssin valintaa. (Wahlström 1992, 37; Uusitalo 1995, 89.) Kieltä käytettäessä annetaan aktiivisesti merkityksiä havaintojemme kohteille eli niitä merkityksellistetään, jolloin sanojen sosiaalinen tulkinta voi syntyä (Radley & Billig 1996).

Eräs diskurssianalyysissä keskeinen ja jo esille tullut seikka on yksilön tapauksessa hänen asemansa ja **valtansa** siinä ryhmässä, joka on hänelle tärkeä (Tamminen 1993, 96-97). Tässä tutkimuksessa vallan jakautumisen analysoiminen merkitsi sitä, että teksteistä pyrittiin etsimään niitä elementtejä, joiden avulla tulkintoja tuotettiin ja toisaalta vaihtoehtoisia tulkintoja kyseenalaistettiin. Lisäksi kiinnostus suuntautui siihen, miten näitä hegemonisiksi eli hallitseviksi muodostuneita diskursseja uusinnettiin ja millä tavoin muita diskursseja voitiin käyttää tukemaan itsestäänselvinä pidettyjä merkityksiä. (vrt. Jokinen ym. 1993, 96-97.) Näin ollen analysointi sisälsi ajatuksen vallan mahdollisesti epätasaisesta jakautumisesta yhteiskunnallisten toimijoiden kesken, jolloin kiinnostuttiin paitsi kielestä, myös siitä minkälaisia toimijapositioneja kielen ja vuorovaikutuksen rakenteet tukivat kullekin yhteiskunnalliselle toimijalle ja mitä siitä toimijan kannalta seurasi. (Valtonen 1998, 99.)

Aluksi käytettävissä olevaa kirjalliseen muotoon litteroitua tutkimusaineistoa keskityttiin analysoimaan etsien aineistosta nousevia tulkintarepertuaareja, niiden fokuksia, tunnistuspiirteitä, rakennetta ja identiteettiä suhteessa keskustelun kulkuun. Näiden seikkojen lisäksi kiinnostuttiin kuitenkin selvittämään myös vuorovaikutustilanteen osapuolten, kättilön ja vastasyntyttäneen äidin, välisiä valtasuhteita osana vuorovaikutusta. Koettiin pelkästään myönteisenä, että diskurssianalyyseissa tarkan tutkimussuunnitelman etukäteen määrittelemisen ei ole välttämätöntä, vaan sen on mahdollista laajeta ja muuttua tarkastelun aikana. Näin tutkimuksessa oli mahdollista säilyttää tietty joustavuus. (vrt. Suoranta 1991, 414.) Terveysneuvontatilanteista taltioituja videonauhoitteita käytettiin lähinnä vain vuorovaikutussuhdetta rakentavien seikkojen täsmentämiseksi. Näitä olivat esimerkiksi puhujien välinen etäisyys ja kasvojen ilmeet.

Analysoinnissa valtaa ei nähty yksilöiden ominaisuutena eikä diskursseja tulkittu myöskään ulkopuolelta käsin määrittäväksi voimaksi. Kiinnostus kohdistuikin siihen, miten valtasuhteet tuotettiin sosiaalisissa käytännöissä: millaisia subjektipositioita niissä tuotettiin molemmille osapuolille. (Fairclough 1992, 12-36; Mills 1997, 88.) Vaikka aiemmin teoriaosassa esiintyi, että vuorovaikutussuhteen asymmetria on asiakkaan näkökulmasta suorastaan toivottavaa (ks. Luku 2.3 s. 11), on Rubenin (1993, 107) näkemys vallasta sävyllään pessimistinen. Hänen mukaansa neuvojan ja neuvottavan sekä hoitajan ja potilaan välistä suhdetta voisi luonnehtia epäsymmetriseksi, koska siinä asiantuntemus ja valta ovat jakautuneet usein epätasaisesti. Vaikka kyseenlaisissa suhteissa molemmilla osapuolilla nähtäisiinkin olevan yhteinen päämäärä, tulevat he silti harvoin yhdessä jakaneeksi näkemyksiään kokemastaan todellisuudesta.

## 6 SYNNYTYSKOKEMUSTEN REPERTUAARIT

Tutkimustulokset antoivat selvyttä siihen, miten synnytyksen kulusta puhuttiin sekä äidin että hoitajan näkökulmasta sekä minkälaiset valtasuhteet eri repertuaareihin heidän välillään olivat. Seuraavassa esitetään aineistosta nousseita suoria lainauksia kursivoidusti. Analysoitaessa suoria sitaatteja teksteistä ja keskusteluista niille rakennetaan diskurssianalyttisen kehys, jolloin ne tulevat tutkimusraportissa sijoitetuksi uudenlaiseen vuorovaikutukselliseen yhteyteen (Leudar & Antaki 1996). Lyhenteet *H* merkitsevät hoitajan ja *Ä* äidin vuorosanoja. Ne aineistokohdat, jotka olivat merkityksellisiä juuri kyseisten repertuaarien tunnustuspiirteiden tunnistamisessa, korostettiin paksunnetusti.

### 6.1 Normaaliuden repertuaari

Normaaliuden repertuaariksi nimetyille repertuaarille oli tyypillistä äitejä kummastuttavat, hieman epäselvät tilanteet. Esimerkkitapauksissa oli kyse joistakin äidin tai vauvan terveyteen tai hyvinvointiin liittyvistä asioista, jotka eivät vastanneet aivan yleisenä pidettyä ihannetilaa. Kätilö kuitenkin pyrki puheessaan normaalistamaan (vrt. Suoninen 1993, 129) tilanteet täysin arkipäiväisiksi rutiinisasioiksi. Normaalistaminen tarkoittaa vetoamista siihen, että kokonaishallinnan puute on niin yleistä, että se oikeastaan kuuluu asiaan (Jokinen ym. 1993, 145). Sacksin (1984) mukaan normaalistamisessa on kyse kulttuurillemme ominaisesta pyrkimyksestä ”nähdä kaikki näyttämöt, joissa on mukana, olivatpa ne sitten millaisia tahansa, tavallisina näyttämöinä”. Kätilön reaktio oli normaalistaa asiantiloja korostaen sen säännöllisyyttä (vrt. Potter 1996).

**Esim. 1** H: *”Tässä on ensin tää pikkuinen lappu, missä on vauvan painot ja pituudet ja päänympärykset ja – onks siinä mitään sulle epäselvää?”*

Ä: *”No ei, noista pisteistä mää just ajattelin, että – että **oliks se tosta väristä tuli toi?**”*

H: *”Joo, ensin annetaan minuutin iässä pisteet ja sitten 10 minuutin iässä. Ja yheksän pistettä sai minuutin iässä ja silloin siners sen verran jalkapohjat, että siitä se yks piste. Että jos sinertää, vaikka se on kuinkakin normaalia ja fysiologista, ihan semmoista tavallista, niin tota siitä useesti se piste menee siitä sinerryksestä.”*

Ä: "Joo."

H: "**Mutta sitten 10 minuutin iässä ei oo enää ollu ees sinerrystä yhtään. Että sitten on saanu 10 pistettä. Eli erittäin hyväkuntoinen vastasyntynyt. Tavallisimmat pisteet taitaa olla jotain 9, 9 ja 10... Että tosiaan hyvä-, hyväkuntoinen on ollu. Ja tuo räikkä on se kuulokoe...**"

Esimerkissä 1 kättilö vetosi puheessaan tilanteen normaaliuteen ja fysiologisuuteen, kun vauva ei sinerryksestä johtuen ollut aivan "täyden kymppin vauva". Kättilön vetoomus tapauksen normaaliuteen näkyi hänen kertomallaan, jonka mukaan käytäntöön kuuluu, ettei vauva useinkaan saa täysiä APGAR-pisteitä. Kymmenen minuutin päästä synnytyksestä vauvassa ei kuitenkaan enää havaittu sinerrystä, jolloin vauvasta muodostui kättilön mukaan "erittäin hyväkuntoinen vastasyntynyt".

**Esim. 2** H: "*Haluatko sää ite tätä vielä kattoo... Oisko sulla siitä vielä mielessä mitään...*"

Ä: "*No tossa tietysti, kun lastenlääkäri kävi eilen ja tota – tutki ja sillein niinkun tuli mieleen tossa, että eihän tossa – ei varmaan huomannu, niin kun sillä on semmoinen synnynnäinen toi ...ei lonkkavika vaan lonkka on irti niinkun toinen – että joutuis tyynyä pitäään. Niin eihän tossa synnytyksessä, ei siinä huomannu mitenkään sitä.*"

H: "Ei."

Ä: "*Niin ettei se, ett se on ihan – mistä se johtuu? Mulla jäi siltä lääkäriltä kysymättä sillei?"*

H: "*Joo monella on se käsitys, että se niinkun synnytyksessä jotenkin lonksahtaa pois paikaltaan. Mutta se ei oo niin, vaan se niinkun kohdussa, vallankin tyttövauvoilla niin se – mutta että kyllä joskus poikavauvoillakin... Kun tytöillä muutenkin on lantio sen mallinen. Niin tota – se jollain tavalla kasvaa vähän niinkun pois sieltä, ett se ei oo ihan kohallansa... Joo se on yleisin vaiva melkein, mitä noilla pienillä voi olla.*"

Ä: "*Joo, mä kuulin sitten noilta muilta äideiltä, ett se on tytöille niinkun semmoinen...*"

H: "*Pikkuisen vielä yleisempi, joo...*"

Se, että väitettä ei esitetty "omissa nimissä" vaan puhuja toimi ainoastaan argumentin välittäjänä – ikään kuin raportoi vain jotain yleisesti tiedettyä (kuten esimerkissä 2 tyttöjen lantion muoto) tai jonkun toisen sanomaa – oli tapa tuottaa neutraalisuutta ja välttää joutumista selityksenantovelvolliseksi. (Potter 1996, 142-149.) Ehkäpä kättilöllä oli myös tarkoituksenaan

rauhoitella äitiä, ettei ole syytä huoleen, vaikka vauvan lonkan irtoaminen saattaa kokemattomalle kuulostaakin vakavalta.

Normaaliuden tulkintarepertuaarissa **fokukseksi**, repertuaarin polttopisteeksi, nousivat useimmin tilanteet, jolloin synnytykseen liittyi jotain ehkä tavallisuudesta poikkeavaa (ks. Lukua 2.4 s.13), mikä huolestutti vastasyntyntänyttä äitiä, mutta jotka olivat kuitenkin kättilön mielestä aivan normaaleja asioita. Tunnistuspiirteinä normaaliuden repertuaarissa olivat kättilöiden normaaliutta puolusteleva sanasto ”*ihan normaalia, kuuluu asiaan*” ja niin edelleen, sekä vetoaminen asiantiloihin yleensä. On kuitenkin huomattava, että vaikeiden asioiden rinnastaminen tavanomaisiin työtehtäviin voi estää vaikeiden asioiden kohtaamista ja käsittelemistä (Andre, Aspegren & Berglöf 1998, 1547-1552).

- Esim. 3** H: ”*Tässä on myös tommoinen tietoo rintasyövästä, se on ihan vaan – ihan vaan tietoisu jaetaan.*”  
 Ä: ”*Joo, joo – just.*”  
 H: ”*Jaetaan tota äideille sitten, mutta siihen asiaan ei varmaan tässä vaiheessa jaksa kovin suuresti paneutua, mutta siitä on olemassa video, jos haluaa tuolla kattoo sen.*”  
 Ä: ”*Joo.*”

Viimeisessä esimerkissä tunnustuspiirteenä oli huomattavissa kättilön puheesta tietoisuuden jakaminen passiivissa sekä videon katseluehdotus yksikön kolmannessa persoonassa – hän ei viitannut suoranaisesti juuri kyseiseen äitiin. Tässä tilanteessa kättilö käsittelee vastasyntyntänyttä äitiä mahdollista toimintaa suorittaneena henkilönä, ei niinkään läsnäolleenä. Asioiden objektivointi, subjektin jättäminen implisiittiseksi, kuten ”*tietoisu jaetaan*” ja ”*video, jos haluaa tuolla kattoo sen*” voitiinkin nähdä eräänä keskeisenä kielenkäyttöön kietoutuvana vallankäytön muotona (Fairclough 1992, 158-160), olihan kättilön puhetapa lukijan näkökulmasta melko tasapäistävä. Kolmannessa persoonassa viittaaminen taas jätti lausuman avoimemmaksi kuin toisen persoonan käyttäminen, joka puolestaan olisi suunnannut lausumaa voimakkaasti yhdelle kuulijalle. Suoraan henkilöön viittaamisen välttäminen on katsottu olevan suomen kielelle ominainen tapa. Sen ilmenemismuodoista on eniten käsitelty passiivilla viittaamista, jota on selitetty nimenomaan kohteliaisuuskeinoksi. (Yli-Vakkuri 1986, 87-88; Seppänen 1997, 176.)

Kuitenkin Shore (1986) toteaa, ettei henkilöviittauksen välttäminen ole aina ilman muuta kohteliaisuutta. Se sävy, minkä epäsuoruus viittaukselle antaa, liittyy aina viittauksen sisältöön ja puhetilanteeseen. Tulkinnassa oli siis otettava konteksti huomioon, jolloin tulkittiin, että kättilön päätarkoituksena ei ollut viimeisessä esimerkissä olla ainoastaan kohtelias. Puhetilanteessa käytävän asiayhteyden huomioon ottaen kyseessä oli ilmeisesti juuri asioiden normalistaminen. Koska rintasyöpä nähdään yleisesti uhkaavana ja synnytyksen ilosävytteisen luonteen vuoksi kaukaisenaikin terveysneuvonnan aihepiirinä, kättilö puhui siitä etäisemmin, eikä kohdistanut valistustaan suoranaisesti vastasyntyneeseen äitiin.

Normaaliuden repertuaarin tunnistuspiirteet viittasivat siihen, että kättilö pyrki antamaan äidille mielikuvan kyseen olleen lähes ihannetilasta. Normaaliuden repertuaarin rakennetta lainauksissa luonnehti kysymys-vastaus-sarjat, joissa epävarma äiti kysyi kättilöltä tietoja vauvansa tilaan liittyen, joihin kättilö vastasi perusteellisesti. Kyseisen repertuaarin identiteeteiksi nostettiin epävarma ja huolestunut äiti ja kokenut (vrt. Heritagen ja Sefin ”vauvaekspertti” Luvussa 2.3 s. 10) kättilö. Äidin ja kättilön valtasuhde nähtiin olevan sikäli epätasapainossa, että repertuaarissa äiti turvautui kättilön hänelle suomiin tietoihin. Kättilö taas sai vuorovaikutustilanteessa esittää ammattitaitonsa suoman tietouden suhteellisen suvereenisti.

## 6.2 Suorituskeskeisyyden repertuaari

Suorituskeskeisyyden tulkintarepertuaarille luonteenomaiseksi muodostuivat kättilön kannustavat sanat synnytystapahtumaa muisteltaessa. Kun synnytys oli jossain suhteessa sujunut hyvin, sai äiti kättilöltä myönteistä palautetta onnistuneesta ja tehokkaasta suorituksestaan. Ehkä juuri työn jännittävyys ja innostuneisuus ja siihen sitoutuminen auttoivat hoitajaa näkemään mahdollisuuksia jokapäiväisissä tilanteissa (Baldwin & Price 1994, 38). Repertuaarissa esiintyvien ääri-ilmaisujen avulla terveysneuvontatilanteen osapuolet voivat korostaa niitä piirteitä, joita kuvauksen kohteena olevaan asiaan haluttiin liittää (Pomerantz 1986; Potter 1996, 187-190; Hester 1998, 144-146). Niillä oli mahdollista joko maksimoida tai minimoida kuvauksen kohteen joitakin piirteitä.

**Esim. 1**     Ä: ”Se (=ponnistamisen tarve) oli kyllä, se oli kaikista kauhein siinä. Mutt sitten kun pääs ponnistamaan, niin ei se sitten enää.”

K: ”Helpotti sitten...”

Ä: ”Helpotti sitten, kun sai tehdä jotakin.”

K: *"Ihan totta, joo – hyvin sää jaksoit, vaikka koko yön siinä touhustit ja teit töitä."*

Ä: *"Niin, joo – vaikka tuntu välillä, että ei niinkun – ei jaksa, mutta sisulla vaan."*

K: *"Ihan totta..."*

Touhuaminen ja työn tekeminen *"koko yön"* rakensi kuvan äidistä, joka nukkumiseen ja lepoon liitettävästä vuorokauden ajasta huolimatta jaksoi kuitenkin sisukkaasti synnyttää. Synnytyksessä uurastaminen oli edellisestä lainauksesta päätellen kuitenkin äidille mieluisaa, sillä hän itse toi puheessaan esille *"ponnistamaan pääsemisen"* mahdollisuuden ja sen, että *"sai tehdä jotain"*. Äiti myös korosti sitaatin lopussa, että vaikka välillä hänen uskonsa tuntui pettävän auttoi hänen *sisukkuutensa* kuitenkin jaksamaan synnytyksen loppuun saakka.

**Esim. 2** K: *"Elikä yheksän tuntia kaiken kaikkiaan sitten kesti se niinkun se avautumisvaihe sitten...Kolme yli viiteen aloit sitten tavallaan niinkun ponnistamaan. Ja sitten ensimmäisellä ponnistuksella sieltä jo tulikin sitten."*

Ä: *"Se oli kyllä nopee."*

K: *"Ja oikein hienosti, hienosti ponnistelit...Ja veessähän sää tykkäsit olla – ammeessa."*

Esimerkissä 2 kättilö kehui puheessaan äidin hienoa urakointia, kun vauva tuli pitkään kestäneen avautumisvaiheen päätteeksi ulos jo äidin ensimmäisellä ponnistuksella. Kannustusta suorituskeskeisyyteen kuvasi kättilön kommentissa se, että hän painotti kahdesti peräkkäin äidin ponnistelun hienoutta.

**Esim. 3** H: *"Ett tää oli kaiken kaikkiaan ihan upee – upee juttu. Se oli hyvä siinä, kun se vauva oli syntyny, kun sä kysyit, että tässäks se on? Nytkö se on syntyny? Tässäkö se nyt on? Nytkö tää on ohi? Sä olit niinkun ihan."*

Ä: *"Niin, joo ei sitä niinkun."*

H: *"Ja itehän sä otit valokuvankin siitä lapsesta."*

Ä: *"Ei mutt se meni kyllä niin, ett tuntu, että ei oo niinkun mitään. Kun sanotaan, että se on 10 000 metrin juoksua vastaava joku synnytys, ei mulla kyllä sillä lailla, että – siis voimat oli heti; kun sai yhden yön nukkua, niin sitt oli jo ihan hyvä olla."*

H: *"Joo. Ja kävellenhän sä tulit tuolta synnäristäkin."*

Ä: *"Joo ja ihan se seuraava päivä oli jo semmoinen hyvä."*



Synnytyksen onnistuminen ”*kaiken kaikkiaan upeasti*” rakensi synnytystapahtumasta paljon totaalisemman ja täydellisemmän kuin mitä pelkkä upeasti olisi ollut. Kätilön tilanteen ”hehkutus” antoi vaikutelman siitä, että synnytystapahtuma oli suorastaan erikoislaatuinen, kun äidillä oli synnytettyään vielä voimia ikuistaa tilanne kameralle sekä kävellä omin jaloin ulos synnytyssalista. Esimerkissä 3 myös äiti täydensi kätilön innostusta antamalla äidille positiivisia voimavaroja verraten synnytystä hauskesti kestävyyslajiin, josta hän kuitenkin koki suoriutuneensa ilman suurempia voimien uhrauksia.

Suorituskeskeisyyden repertuaarissa fokukseksi nousivat synnytystilanteet, joissa äiti suoritti todellisen fyysisen urakan nopeasti. Tunnistuspiirteiksi kyseiselle repertuaarille nousivatkin äidin toiminnan erinomaisuutta kuvaavat sanat. Repertuaarin rakenne ilmeni edellä olevista kolmesta esimerkistä, joissa äidin kommentit olivat asioidentiloja myönteleviä, kun taas kätilön puhetyyli oli asioiden kulkua vuolaasti kuvaava ja innostuneempi. Vastapuolen asemaa vahvistettiin muun muassa osoittamalla korostetusti samanmielisyyttä tai käyttämällä välittömiä hyväksymisen ilmauksia (vrt. Kangasharju 1991, 220). Repertuaarista nousivat osapuolten identiteeteiksi ihaileva kätilö ja sankari-äiti. Valtasuhteet vaihtoivat normaaliuden repertuaarin kanssa paikkojaan siten, että vastasyntynyt äiti nousi vuorovaikutussuhteessa onnistuneella suorituksellaan pääosaan ja kätilö palkitsi hänet hyväksyvin kommentein.

Vaikka suorituskeskeisyyden repertuaarin lainaukset antoivatkin tilanteista hyvin positiivisen kuvan, ilmaistaan kuitenkin aito välittäminen, osallistuminen ja auttaminen viettämällä potilaan kanssa aikaa, joka ei ole niin sanotusti tehtäväorientoitunutta (Montgomery 1993, 43-44; Johnson, Friend & MacDonald 1997, 85). Tämä arvopainotteinen näkökulma on käänteinen aineistosta nousseen repertuaarin kaltaiselle tehokkuusajattelulle, jossa merkittävänä nähtiin suoritettut tehtävät ja niihin käytetty aika. Korostamalla asiakkaan itsearviointia ja –kontrollia auttaa itse itseään, voitaisiin terveyttä edistävissä toimenpiteissä päästä kuitenkin tehokkaammin asetettuihin päämääriin (Heim 1995, 151; Ryn & Heaney 1997, 691). Äidin itsearvioinnille ei kuitenkaan kyseisessä repertuaarissa juuri annettu tilaa.

### 6.3 Keskeytymisen repertuaari

Keskeytymisen repertuaarille oli tyypillistä äitien puheenvuorot, jotka kättilö keskeytti joko asiaa tarkentamalla tai kokonaan puheenaihetta vaihtamalla. Keskeyttämistä on tutkittu ilmiönä, joka paljastaa jotain pienryhmässä tapahtuvasta vuorovaikutuksesta. Erityisesti keskeyttämisen on oletettu liittyvän dominointiin ja vallankäyttöön. Kollock, Blumstein ja Schwartz (1985) ovat väittäneetkin, että keskeyttäminen on varmin tapa todeta vallankäytön jakautuminen keskustelun osanottajien kesken; se jolla on enemmän valtaa, keskeyttää aina useammin. Vaikkakin keskeyttämistä onkin yleisesti pidetty epäkohteliaana tapana ottaa puheenvuoro haltuunsa, on Hakulinen (1991, 174) kuitenkin korostanut, että keskeytyksiä on olemassa monentyyppisiä, sellaisiakin, jotka ovat myös äänessäolijan mieleen.

- Esim. 1** H: *"Istuma-asennossako sää mieluummin imetät?"*  
 Ä: *"Joo. Mää en oikein makuultaan löyvä sillai, että oikeeta asentoo."*  
 H: *"No sillei passaat tyynyjä taikka muuta, että se on niinkun rentona..."*  
 Ä: *"Ehkä sitten pikkasen isompana voi..."*  
 H: *"No mää nämä lappuset sulle kanssa annan vielä..."*

Esimerkistä 1 jäi vaikutelma, että äiti olisi saattanut jäädä kaipaamaan kättilöltä neuvoja paremman imetysasennon löytämiseen, mutta kättilö ehti vaihtaa jo puheenaihetta ja siirtyi asialistalla eteenpäin.

- Esim. 2** H: *"Tää täytettiin heti siinä synnytyksen jälkeen. Tässä on tavallaan niinkun ne ensihetken tiedot heti vauvasta. Ett saatte muistoks tän; painot, pituudet, lämmöt heti – ett se oli ihan hyvä siinä heti synnytyksen jälkeen, niin toi lämpö. Konakin oli se k-vitamiinipiikki, minkä vauva sai siinä."*  
 Ä: *"Niin se sai jonkun piikin, oliko se..."*  
 H: *"Joo joo – ja räikällä testataan kuuluo. Se on semmoinen puuhelistin..."*

Esimerkissä 2 kättilön puhetyyli oli hieman ulkoistavaa; hän ei maininnut synnytystapahtuman osanottajista vaan puhui passiivissa ja teititellen. Äiti puuttui kättilön puheeseen halutessaan tarkentaa tietouttaan vauvan saamasta injektioista. Kättilö ei kuitenkaan jäänyt tarkentamaan asiaa vaan kiirehti asialistalla eteenpäin siirtyen vastasyntyneen aistitesti-tietoihin.

- Esim. 3** H: *"Kävit sää silloin suihkussa, jaksoiks sää hyvin nousta siinä, kun X (=kättilön nimi) ompeli?"*
- Ä: *"Sen jälkeen – kävin, joo – kävin."*
- H: *"Joo – eikä ollu huimausta?"*
- Ä: *"Ei pahemmin ollu, että..."*
- H: *"Joo, ei se (=hemoglobiini) varmaan paljoo sitten oo laskenu."*

Edellisessä (esimerkissä 3), kuten muissakin keskeyttämisen repertuaarin esimerkeissä tuli esiin, tilanne, jossa kättilö useimmiten kysyi äidiltä jotain asiaa, kuten esimerkissä 3, jaksamista. Äiti vastasi kysymykseen, mutta kättilö vastausta juuri kuuntelematta siirsikin mielenkiintonsa toisaalle, mikä aiheutti meneillään olleen keskustelutilanteen keskeytymisen. Esimerkin 3 alussa kättilö käytti myös kaksoiskysymystä kysymällä kaksi perättäistä kysymystä samassa lauseessa, jolloin äiti vastasi vain ensimmäiseen kysymykseen, minkä johdosta kättilö joutui esittämään uuden jaksamista tiedustelevan kysymyksen.

Keskeytymisen repertuaarissa fokuksiksi nousivat keskustelutilanteet, joissa vastasynnyttänyt äiti joko alkoi kertoa jostain asiasta, jonka kättilö keskeytti tai äiti halusi kiinnostuksen kohteenaan olevasta asiasta lisätietoja, mutta kättilö ennätti jo vaihtaa keskustelutilanteen seuraavaan puheenaiheeseen. Puheenaiheen vaihtaminen on Vuchinichin (1990, 133) mukaan positiivisessa mielessä yksi hyvin tavallinen keino ratkaista verbaali konflikti. Tunnistuspiirteiksi kyseiselle repertuaarille nousivat kättilön myöntävä ”kuittaus” äidin aloittamalle lauseelle ja tätä seuraava puheenaiheen vaihtaminen. Keskeytymisen repertuaarin rakenne ilmeni äidin ja kättilön peräkkäisinä puheenvuoroina, jotka kättilön osalta olivat keskeyttämisiä tai päällepuhumista. Repertuaarista nousseet osapuolten identiteetit nähtiin olevan keskeyttävä kättilö ja keskeytetty äiti. Näin ollen kättilö päätti, millä alueilla äidillä oli valtaa ja tämän mukaisesti kättilö käsitteli tai jätti käsittelemättä tietyt, äitiä kiinnostaneetkin aihepiirit (vrt. Caraher 1998, 52).

Onnistuneen vuorovaikutuksen edellytyksenä on kuitenkin yhteinen kieli ja kuunteleminen. Jotta viestintä voi onnistua, kättilön tulisi luoda yhteinen tila itsensä ja äidin välille. Tilan tulisi olla riittävän suuri, jotta äidin viesti voisi muodostua vastaanotettavaksi. Tuota tilaa ei siis pidä täyttää omalla puheella ja selityksillä, jotka saattaisivat tukahduttaa äidin mahdollisuudet ilmaista itseään ja toisaalta ottaa vastaan kättilön antamat vastaukset. Molemmat vuorovaikutussuhteen osapuolet huomioiva vastavuoroisuus (reciprocity) nähdään välttämättömänä elementtinä

vuorovaikutussuhteita ylläpidettäessä. (vrt. Neufeld & Harrison 1995, 353; Eskola & Puustinen 1996, 56.) Esimerkkilauseet sisälsivät myös kättilön puolelta johdattelevien kysymysten esittämistä, kuten *"istuma-asennossako?"*, joihin kättilö oletti jo ilmeisesti kuulevansa tietyn suuntaisia vastauksia. Tällaisilla esiolettamuksilla tarkoitetaan lauseen sisältäviä, piilotettuja väittämiä, jotka esitetään itsestään selvinä (Leiwo, Luukka & Nikula 1992, 93).

Vaikka edellä lainatut puherepliikit saattavat lukijasta näyttää äidin näkökulmasta katsottuina epäkohteliailta, on mahdollista, etteivät kättilöt toimineet kyseisin tavoin tarkoituksella. Kyseessä saattoi olla heidän vuosien myötä rutinoitunut tyylinsä käsitellä asiakokonaisuudet kerrallaan ja välillä tarkentaen. On myös todennäköistä, että heidän aikansa suorittaa terveysneuvonta oli hyvin rajallinen, jolloin he joutuivat priorisoimaan ja tiivistämään läpikäytäviä asiakokonaisuuksia. Ohjauksen puutetta perustellaan yleisesti juuri ajan puutteella ja kiireellä (Sairaalaliitto 1990, 10). Näin ollen hoitajaa ympäröivä työpaikan toimintafilosofia voi vaikuttaa kättilön kanssakäymisen luonteeseen. Moni kättilö on ehkä joutunut sosiaalistumaan hierarkkiseen ja byrokraattiseen organisaatioon. (vrt. Trnobranski 1994, 736.)

#### 6.4 Lasten puolesta puhumisen repertuaari

Lasten puolesta puhumiseksi nimetylle repertuaarille oli tyypillistä kättilön ilmauksissa lapsiin, yleensä vauvoihin, kohdistuva empaattisuus. Empaattinen kuuntelu teki mahdolliseksi samalle aaltopituudelle pääsemisen vastasyntyneen äidin kanssa (vrt. Kalliopuska 1995, 12). Tilanteissa kättilö ja äiti keskustelivat unen tarpeesta, vastasyntyneen ulkoiluttamisesta talvella sekä imetysasioista. Keskusteluissa esiintyi vastasyntyneille tyypillisiä inhimillisiä piirteitä, jotka kättilö kuittasi empatialla ja ymmärtämyksellä lasta kohtaan.

**Esim. 1**     K: *"Mites nukkuukos se teidän toinen laps päiväunet?"*  
               Ä: *"Ei nuku – päivälleen lopetti, kun minä jäin äitiyslomalle."*  
               K: *" No niin, hän aatteli, että nyt otetaan kaikki irti."*

Esimerkissä 1 kättilö tiedusteli ensimmäisen lapsen unentarvetta. Kun ilmeni, ettei esikoinen enää nukukaan päiväunia, kättilö asettautui lapsen asemaan ajatellen lapsen hyötyneen äidille oikeutetusta lomasta. Ääri-ilmaisujen käyttö ilmeni myös esimerkissä 1, jossa sitä käytettiin toiminnan oikeuttamiseen (vrt. Jokinen 1999, 151). Esimerkissä äiti koki itsensä väsyneeksi; lapsi lopetti

päivälleen päiväunensa. Kätilökin jatkoi ääri-ilmaisujen sarjaa ajatellen lapsen ottavan äidin lomasta *kaiken irti*.

**Esim. 2** K: *"Ja ulkoiluttamisesta, että – no tässä on pari viikkoo, mutta varmaan pikkusen aikasemmin, että riippuu vähän säästä. Jos on kova pakkaneen, ett 10 astetta on se raja; pakkasraja mutta jos on hirveen tuulista, niin vaikka ei ois kun muutama aste pakkasta, niin ei kannata viiä, ett se tuuli on niinkun pahempi."*

Ä: *"Joo."*

K: *"Niinkun itsestäänkin tietää, että se tuntuu, menee ihan luihin ja ytimiin."*

Konsensuksen tuottaminen on vahvinta silloin, kun puhuja vetoaa sellaisiin kulttuurisiin näkemyksiin tai toimintatapoihin, joiden ajatellaan olevan kaikkien tai ainakin hyvin suuren joukon jakamia itsestään selvyiksiä (Jokinen 1999, 139). Tämä näkyi esimerkissä 2 kätilön lauseessa *"niinkun itsestäänkin tietää"* ja myös esimerkissä 3 *"mutta ne vauvat vaatii sen nautiskelun"*. Tällaisen argumentaation on nähty tukahduttavan vaihtoehtoiset äänet, sillä on vaikeaa vastustaa näkemystä, jonka annetaan ymmärtää olevan kaikkien yhteisesti hyväksymä totuus (Jokinen 1999, 139). Tämä näkyikin aineistolainauksissa äidin vastatessa kätilön lauseisiin lyhyesti myöntäen *"joo"*.

**Esim. 3** Ä: *"Se (= vastasyntynyt) imee ihan napakasti, mutt se – että mulla tulee maitoo varmaan niin reilusti nyt, koska tuntuu, että mulla on nyt niin jämähtäny, noussu tosiaan maito, että... Sen ei tarvii sen eteen niin hirveesti tehdä töitä. Ett se on viis minuuttii, niin se on tyytyväinen ja sitt se kattelee ja nukahtaa tosiaan."*

K: *"Ja yleensä se onkin, ett se ensimmäinen viis, kymmenen minuuttia on sitä oikeen sitä varsinaista imemistä ja sitten se loppu on semmoista nautiskelemistä."*

Ä: *"Niin justiin."*

K: *"Mutta ne vauvat vaatii sen nautiskelun."*

Esimerkin 3 kaltainen *"vaihtoehdottomuuspuhe"* rakensi vain yhdestä vaihtoehdosta ja toimintatavasta mahdollisen tai järkevän ja tukahdutti siten tehokkaasti alleen vaihtoehtoiset artikulaatiotavat (vrt. Jokinen 1999, 140). Tekstilitteraatioiden perusteella vaihtoehdottomuus nousi esiin esimerkissä 3 siten, että kätilö toi puheessaan esille, että *"vauvojen vaativan sen nautiskelun"*, jolloin vauvojen toiminta muodostui oikeutetuksi ja äidille ei jäänyt muuta vaihtoehtoa kuin tyytyä tilanteeseen.

Lasten puolesta puhumisen repertuaarissa fokuksiksi nousivat lapsen hoitamiseen liittyvät tilanteet, joissa tuli ilmi joitain lapsille erityisleimallisia asioita, joihin kättilö suhtautui empatiaa rakentavasti. Tunnistuspiirteiksi repertuaarille nousivat lapsen elämänvaiheeseen liittyvien tapojen ymmärtämistä kuvaavat sanat ”*vauvat vaatii sen nautiskelun*” ja pyrkimys asettautua lapsen asemaan ”*hän aatteli...*”, ”*itsestäänkin tietää, että...*”. Terveysneuvonnan onnistumisen kannalta onkin tärkeää juuri empatian rakentaminen, jolloin neuvoja todella kykenee ymmärtämään asiakkaansa elämäntilannetta. Empaattinen neuvonta nähdään onnistuneimmillaan, kun se on spontaania ja saumatonta. (vrt. Burnard 1999, 86.) Repertuaarin rakenne ilmeni edellä lainatuista kolmesta tilanteesta, joissa äiti kertoi puheessaan lapsensa tavoista, joihin kättilö empaattisesti ilmensi ymmärtävänsä lapsen käytöksen. Repertuaarista nousi osapuolten identiteeteiksi toteava äiti ja empaattinen kättilö.

Empaattisen kuuntelemisen neuvontatilanteessa nähtiin lähentävän vuorovaikutuksen osapuolia toisiinsa, samalla hierarkiat madaltuivat uuden avoimuuden ansiosta (vrt. Kalliopuska 1995, 14). Kättilön ja äidin välinen valtasuhde oli nähdäkseni suhteellisen symmetrinen, sillä tilanne ei sisältänyt vallankäytöllisiä ristiriitaisuuksia vaan asiat käsiteltiin lähinnä ymmärtävällä ja toteavalla tasolla. Toisaalta ensiksi nostettu esimerkki jätti tulkinnan varaan äidin yksimielisyyden kättilön kanssa. Äiti muisti selvästi esikoisensa jättäneen päiväunet hänen jäädessään äitiyslomalle. Vuorovaikutuskontekstista oli kuitenkin tulkittavissa, että äiti olisi lomalle jäätyään viettänyt mielellään myös rauhaisaa aikaa päivällä esikoisen nukkuessa. Näin ei kuitenkaan käynyt ja kättilön suhtautuminen asiaan oli lähinnä lapsen puolustusta ”*otetaan kaikki irti*”. Äiti ei kuitenkaan käynyt kritisoimaan kättilön näkemystä vaan tyytyi tapahtuneeseen. Oli viitteitä siitä, että kättilö ja äiti rakensivat tilannetta hyvin pitkälle yhteistyönä eikä toiminnan rajoituksiin liittyvä epäsymmetria johtanutkaan vuorovaikutuksellisiin ristiriitoihin (vrt. Raevaara 1996, 357-374).

## 6.5 Kokemuksellisuuden repertuaari

Kokemuksellisuuden repertuaarille oli luonteenomaista vastasyntyneen äidin ja kättilön keskustelut tapahtumista tai asioista, joista kättilölläkin saattoi olla omakohtaisia kokemuksia, jotka hän toi vuorovaikutustilanteessa avoimesti esille. Kun kättilö suostui kohtaamaan vastasyntyneen äidin aidosti, vuorovaikutussuhdetta voi luonnehtia läheisemmäksi yhteisen ihmisyyden kokemukseksi ja samalla vuorovaikutustilanteen osapuolilla oli mahdollista päästä myös lähemmäksi omaa itseään (vrt. Peura & Brommels 1999, 54).

- Esim. 1** K: *"Onks tää (= rintojen omatoiminen tarkkailu) muuten sillai tuttu asia?"*  
 Ä: *"On, on – mää oon tuota neuvolan puolelta jostain kyllä saanu sen (= ohjelapun), että kun vaan tosiaan tulis tavaks, että se olis säännöllistä. Kyllä tulee aina silloin tällöin tutkittua, mutta tuota että..."*  
 K: *"Joo se tahtoo olla kaikilla..."*  
 Ä: *"Unohtuu kuitenkin..."*  
 K: *"Ite kullakin tässä."*

Esimerkissä 1 kävi selville, että siitäkin huolimatta, että äidillä oli kyllä tietoa rintojen omatoimisesta tarkkailusta, tuli hän silti konditionaali-puheellaan *"tulis tavaks, olis säännöllistä"* osoittaneeksi sen, ettei se kuitenkaan ole muodostunut hänelle vielä rutiinitavaksi. Kätilö puuttui ongelmaan jo ennen kuin äiti ehtii lopettamaan sanomansa verraten tavan unohtumisen yleisyyteen ja jopa koskemaan myös häntä itseään.

- Esim. 2** K: *"Ja sulla ei tuota paino-ongelmaa ookaan niinkun tässä meikäläiselläkin on. Ett silloin piti niinkun sitä kattoo, ettei syöny semmoista kovin lihottavaa sitten."*  
 Ä: *"Siitä jää niin helposti."*  
 K: *"Niin kauheen helposti. Niin sulla ei oo sitä ongelmaa ollukaan."*

Kätilö toi esimerkissä 2 hauskesti esille itseään koskettaneesta paino-ongelmasta ja vetosi siihen, että synnytyksen jälkeen tulee helposti lisäkiloja, eikä synnytystä edeltäviin mittoihin ole helppoa laihtua takaisin. Kätilö kuitenkin halusi korostaa, että juuri kyseisessä terveysneuvontatilanteessa mukana olleella äidillä ei kyseisestä ongelmasta ollut pelkoa.

- Esim. 3** K: *"Vedä hihasta tai lahkeesta. Ja just varsinkin siihen synnytykseen, jos on niinkun vielä semmoisia aukkoja, että mitä niinkun tehtiin ja miksi tehtiin ja miten mää olin siinä. Ne on kyllä ihan hyvä sillei kysyä, että siihen ei jää semmoista aukkoja, koska nää – synnytys on semmoinen kokemus naisen elämässä, että sen muistaa niinkun aina. Että aina muistaa sen, että mitä se kätilö sano ja miks se sano, niin että ne kannattaa kysyä. Ettei jää sellaista painamaan mieltä."*  
 Ä: *"Joo."*  
 K: *"Ett joku muu tapahtuma ehkä sairaalassa niin voi mennäkin ihan sillei, mutta synnytys on sellainen, että – että sitä ei..."*

**Esim. 4** K: ” *Ja muutenkin puhtaudesta huolehtiminen; suihkussa käynti ainakin kerran, tai kerran päivään. Että nyt kun se hormonitoiminta muuttuu, niin **kauheesti hikoiluttaa ja...Sitä tuntee itensä vähän semmoiseksi nuhjuseks.** Niin kyllä se pesullakäynti virkistää, ett se vaan, että rintoja ei tarvitse paljon pestä ja hangata, kun ne kuivuu, voihan sitä kainaloita huljutella ja sillei. No sitten tosta ravinnosta; **monipuolista ruokaa niinkus tiedät...** ”*

Sekä esimerkeissä 3 että 4 kättilö toi esille todella empaattisen suhtautumistavan äitiin pyrkimällä asettautumaan äidin asemaan ”*sitä tuntee itensä vähän nuhjuseks*”. Kättilö osoitti empaattisuuttaan kehottamalla äitiä kysymään epäselviksi jääneistä asioista vedoten synnytyskokemuksen ainutlaatuisuuteen ”*ett joku muu tapahtuma ehkä...mutta synnytys*” ja mieleenpainuvuuteen ”*sen muistaa niinkun aina*”.

**Esim. 5** K: ”*...on ihan hyvä muistaa se lepo, että siinä on kuitenkin, kun yöllä joutuu syöttämään ja nousemaan, niin sitten jos ei saa kunnolla nukuttua ja tulee sitä univelkaa, niin sitä käy hyvinkin semmoiseksi äkäiseksi. Se vaan sitten niinkun vaikuttaa kaikki kaikkeen, että maidoneritykseen ja sitt sitä on kiukkunen kaikille.*”  
 Ä: ”*Joo se on ihan totta.*”  
 K: ”*Että jos vaan on sellainen hetki, niin mene ihmeessä maate, ja jos saisit vaikka nukkumaan vielä sen toisenkin, että kyllä ne pyykki ja siivoukset siellä oottaa. Ne ei kyllä valitettavasti karkaa sieltä.*”  
 Ä: ”*Se on kyllä totta.*”

Esimerkissä 5 kättilö korosti vastasyntyttäneen äidin levon tärkeyttä vedoten yhteisesti koettuun mielentilaan, äkäisyyteen ja kiukkuisuuteen, mitä voi ilmetä paljon univelan seurauksena.

Kokemuksellisuuden tulkintarepertuaarissa fokukseksi nousivat tilanteet, joissa käsiteltiin äidin synnytykselliseen elämäntilanteeseen liittyviä asioita, joista kättilöllä saattoi itselläänkin olla omakohtaisia kokemuksia, jotka hän nosti puheessaan esiin. Itsestä puhuminen rohkaisi vastavuoroiseen, syvällisempään ja avoimempaan keskusteluun, pintaa syvemältä koettujen elämysten ja kokemusten vaihtoon toisen kanssa (Kalliopuska 1995, 64), mikä ilmeni hauskesti ensimmäisestä lainauksesta, jossa kättilö ja äiti jatkoivat omalla puheenvuorollaan edellä mainitun lauseen, jolla osoittivat yhteisymmärrystä ja ”*samassa veneessä olemista*”. Tyypillistä yhdessä



muistelemiselle olikin se, että osallistujat toistivat toistensa lausumia ja tukivat toisiaan (Londen 1997, 71). Vastavuoroisuus nähdään tärkeänä terveyttä edistävässä kanssakäymisessä, sillä oppimista tapahtuu puhumalla omista kokemuksista ja kuuntelemalla toisten kokemuksia. Itseilmaisu on yleistä, kun tuntee olevansa kunnioitettu ja hyväksyty. (Arnold ym. 1995, 310; Neufeld & Harrison 1995, 349.) Tämän huomioiminen terveysneuvontatilanteissa on tärkeää, sillä on helpompi saada kannatusta argumentille, jonka esittäjä nauttii luottamusta kuin sellaiselle väitteelle, jonka esittäjää pidetään jollakin tavoin arveluttavana henkilönä (Jokinen 1999, 132-133).

Valtasuhteisiin liittyen, hoitajan kohdatessaan asiakas tekee tulkintaa hoitajan olemuksesta ja mahdollisuudesta lähestyä häntä. Kiireetön, rauhallinen, ystävällinen, valoisa, äidillinen ja varma hoitaja koetaan yleisesti turvallisuutta luovana hoitajana. Hoitajan varmuus liittyy hänen ammattitaitoonsa, sillä kun asiakkaalle välittyy tunne, että hoitaja osaa työnsä ja on ammattitaitoinen, asiakas kokee olevansa turvassa ja uskaltaa heittäytyä hoidettavaksi. Ohjaus ja neuvonta ovat myös osa ammattitaitoa, sillä asiakas kokee tärkeänä saamansa ohjauksen niin omasta tilastaan kuin jatkotoimenpiteistäkin. Samoin hoitotoimenpiteiden yhteydessä asiakas odottaa hoitajalta tarkkaa selostusta siitä, mitä tämä tekee. Näin asiakas voi säilyttää oman subjektisuutensa olematta vain toimenpiteen kohde, objekti, minkä on nähty lisäävän asiakkaan kokemaa turvattomuutta. (Heikkinen 1997, 139-140.)

Kokemusten jakamisen tyyppisessä vertaispuheessa kätilö tukeutui mahdollisesti omiin henkilökohtaisiin elämäkokemuksiinsa, minkä tunnistuspiirteinä olivat viittaukset arkipäiväiseen elämismaailmaan *"kyllä ne pyykit ja siivoukset siellä oottaa"* sekä yksikön ensimmäisen persoonan käyttäminen *"silloin piti (kätilön itsensä) kattoo, ettei syönyt lihottavaa"* (vrt. Oranen 1997, 14). Rakenteeltaan kokemuksellisuuden repertuaari oli peräkkäinen siten, että molemmilla osapuolilla oli lupa käyttää puheenvuoronsa ja jakaa kokemuksensa toisen kanssa. Vertaispuheessa työntekijän asiantuntijaidentiteetti tuntui katoavan, ja hän asettui ikään kuin samalle tasolle asiakkaansa kanssa, ystävän tai tuttavän positioon. Vertaispuheessa työntekijä paljasti omaavansa samoja kiinnostuksen kohteita ja toimintatapoja kuin asiakaskin. (Oranen 1997, 14.) Identiteeteiksi kyseiselle repertuaarille nousi molemmille neuvontatilanteen osapuolille ystävä-kätilö ja -äiti. Valtasuhte oli tässäkin repertuaarissa ilmeisen tasapainoinen, mikä saattoi johtua tilanteista ilmenneistä kätilön ja äidin välisestä "kohtalotoveruudesta".

## 6.6 Arkaluonteisuuden repertuaari

Arkaluonteisuuden repertuaarille oli tyypillistä keskustelutilanteet, joissa kätilö joko odotti äidin vastaavan esittämäänsä asiaan tai kysyi äidiltä suoria kysymyksiä, joihin äiti kuitenkin tyytyi vastaamaan hyvin lyhyesti, vain muutamalla sanalla. Repertuaarin fokuksiksi nousivat keskustelutilanteet, joissa läpikäytiin äidin kannalta arkaluontoisia asioita, kuten tietty toimenpide, hygienia-asiat tai synnytyksen aikainen runsas vuoto. Kätilön tarkoituksena oli todennäköisesti käydä niihin liittyvät asiat läpi, mutta tilanne vaikeutuikin yleensä äidin antamaan minimipalautteeseen, asioiden toteamiseen muutamalla sanalla. Tunnistuspiirteiksi repertuaarille nousivat siten äidin lyhytsanaiset vastaukset kätilön esittämiin asioihin.

- Esim. 1** H: *"Niin sullahan olikin se toimenpide..."*  
 Ä: *"...Niin."*  
 H: *"Joo nyt mää unohinkin, joo että nyt sitten voit tänään aloittaa ihan..."*  
 Ä: *"Niin."*  
 H: *"Ja onks sulla kotona rautatabletteja jäljellä?"*  
 Ä: *"On."*  
 H: *"Sää voit niitä syyvä sitten."*  
 Ä: *"Joo."*

Esimerkistä 1 voi huomata, miten kätilö ehkä jäi odottamaan äidin kertovan jotain kokemastaan toimenpiteestä. Äiti kuitenkin tyytyi ainoastaan myöntämään tapahtuneen, jonka seurauksena kätilö hauskasti heittäytyi hajamieliseksi ja kertoi unohtaneensa asian. Tilanteen luonteva eteneminen katkesi vielä, kun äiti keskeytti *"niin"* –repliikillään kätilön aloittaman lauseen. Tämän seurauksena kätilö jatkoi tilannetta ehdottamalla rautatablettien syömistä. Tämän kätilö kuitenkin esitti pehmenneemminkin *"sää voit"* sen sijasta, että hän olisi sanonut esimerkiksi *"syö niitä"*.

- Esim. 2** H: *"Niin että sitä (=vuotoa) voi jo välillä olla jo tulematta ja sitten taas tulla"*  
 Ä: *"Niin, joo."*  
 H: *"Ett se on vähän semmoista."*  
 Ä: *"Joo."*  
 H: *"Mutt pitäis sitt loppua sinne jälkitarkastukseen..."*

Ä: ”*Joo.*”

H: ”*Ja sitten nämä puhtausasiat, ne on varmaan aika selvät sulle.*”

Ä: ”*Joo.*”

Esimerkissä 2 kätilö kertoi synnytyksen jälkeisestä vuodosta, joihin äiti jälleen vastasi hyvin lyhyin kommentein. Kätilö ehkä huomasi liikkuneensa äidin intimiteettirajalla ja heitti ilmoille kansantajuisemman fraasin ”*se on vähän semmoista*”. On mahdollista, että äiti koki jälkivuotoasiat niin henkilökohtaisiksi, että osoitti lyhyillä kommenteillaan, ettei ollut halukas jatkamaan kyseisen aiheen käsittelyä. Kätilö ilmeisesti tajuasi asian herkkyyden ja tiivisti sanomansa todeten äidin olleen jo tietoinen käsitellystä aiheesta ”*ne on varmaan aika selvät sulle*”, jonka äiti kuittasi ilmeisen oikeaksi päättelyksi.

**Esim. 3** H: ”*... Onko sulla ollu mitään rintatulehuksia taikka semmoisia?*”

Ä: ”*Ei oikein, että joskus on niinkun pikkaisen ollu tukossa, mutt sitten...*”

H: ”*Sää muistat sen, että kuumalla vedellä tiputtelee niitä ja jos sitt tulee niitä tulehuksia, niin se on tärkeätä, että rinnat täytyy saaha tyhjäksi.*”

Ä: ”*Joo.*”

H: ”*Se on vähän kivuliasta kyllä se homma sitten. Toivotaan nyt, ettei tuu, ett piät lämpöisenä vaan.*”

Ä: ”*Joo.*”

Esimerkissä 3 tuli ilmi tilanne, jossa äidillä oli ollut riski sairastua rintatulehdukseen. Kätilö puuttui asiaan yllättävän kärkevästi vedoten tyyliin ”*sää muistat*”, jonka jälkeen kätilö alkoi valistamaan äitiä aiheesta vastaisuuden varalle. Katkelma tuo lukijalle helposti mieleen äiti/lapsi -asetelman, jossa äiti sormeaan heristäen ojentaa lastaan viisailla neuvoillaan. Alettuaan puhumaan rintatulehdus-asiasta, kätilöllä saattoi olla ennakko-olettamus, että äiti ei ollut joutunut henkilökohtaisesti kokemaan tulehdusta, sillä kätilö esitti kysymyksen kielteiseen sävyyn ”*onko sulla ollu mitään?*”, mikä olisi ehkä helposti houkutellut vastaamaan kysymykseen kielteisesti.

**Esim. 4** H: ”*Joo – ja kaikki meni siihen (=synnytykseen) asti, mutt sitten tuli reilummasti tuota vuotoa ja siinä tuli sitten vähän... Sitten jouduttiin laittaa tota nesteenkorvaamista ja että se Ringer Steril laitettiin sen takia sitten kun vuoto oli ollu, niin korvaamaan tuota verenvuotoa ja sitten taas se toinen tippa mikä oli siinä rinnalla, niin se oli kohtua supistavaa tarkoitus laittaa... Ja sillä sitten asettukin ne*

*vuodot, että...Ja hemoglobiini susta otettiin eilen, se oli 114 ja nyt oli tän päivän, niin 99. Sää et varmaan tota vielä kuullukaan?"*

Ä: *"En."*

H: *"Ett siinä on ollu varmasti semmoinen litran vuoto sitten. Sitten kaiketi – niinkun oli arveltu eilenkin. Mutta että tuo korjaantuu kyllä yleensä rautalääkityksellä. Niitä voi syödä kolmekin tablettia päivässä tota Retaferia ja voidaan vaihtaa sitten mahaystävällisempään, jos tuntuu, ettei kestä."*

Ä: *"Joo."*

Esimerkissä 4 läpikäytiin synnytystilannetta, jossa äidillä oli normaalia synnytystä suurempi verenhukka, jolloin jouduttiin turvautumaan korvaaviin valmisteisiin. Tilanteesta teki arkaluonteisen juuri sen totutusta poikkeaminen. Kättilö ei kuitenkaan sortunut kertoessaan normaalistamaan tilannetta, mistä oli esimerkkinä hänen sanomansa *"jouduttiin"*. Kättilö kertoi tilanteen faktat konkreettisesti, joihin vastasyntyttänyt äiti vastasi lyhyesti myöntäen. Katkelmasta kävi ilmi, että äiti kuuli asiasta vasta ensimmäistä kertaa *"sää et varmaan tota vielä kuullukaan?"*, joten oli ymmärrettävääkin, että hän ei ollut heti sanavalmis ja halusi ehkä läpikäydä tilannetta mielessään.

Edellä olevilla esimerkeillä ja niiden tulkinnoilla on pyritty osoittamaan, että erilaiset vuorovaikutustilanteiden vaikeudet ja varovaisuudet voivat toisinaan olla vuorovaikutustaitojen olennainen osa, vaikka ne saattoivat äkkinäisesti silmäillen vaikuttaa rutiinin puutteelta tai vallan epätasaisesti jakautumiselta (Suoninen 1999b, 121). On selvää, että tilanteissa kättilö käytti äitiin verrattuna moninkertaisesti enemmän puheenvuoroja ja ne olivat pituudeltaankin aivan eri luokkaa kuin äidin lyhyet lausumat. Jotta vuorovaikutustilanne kuitenkin pääsi tällaisen vuorottelun jälkeen jatkumaan, oli kättilön ymmärrettävästi otettava asia haltuunsa ja käydä arkaluonteisuudestakin huolimatta tärkeinä pitämänsä asiat läpi.

Sosiaaliset statukset otetaan usein sellaisina, ettei hierarkkisesti ylemmän tarvitse selitellä sanomisiaan tai muita tekemisiään samassa määrin kuin alemman. Näin ollen molemmat vuorovaikutuksen osapuolet voivat olla tuottamassa epätasaista vallanjakoa orientoitumalla ikään kuin luonnostaan tällaiseen käytäntöön. (Suoninen 1999a, 30.) Arkaluonteisuuden repertuaarin rakenne ilmeni kättilön ja äidin peräkkäisinä puheenvuoroina, joista oli kuitenkin huomattava, että kättilöllä ne olivat runsaasti pidempiä kuin äidin puheenvuorot. Repertuaarista nousseet osapuolten identiteetit nähtiin olevan aktiivinen kättilö ja vetäytyvä äiti. Äitiä ei kuitenkaan nimetty

vuorovaikutuksellisesti passiiviseksi, sillä hän oli sikäli läsnä mukana vuorovaikutuksessa, että vastaili kättilön kysymyksiin. Arkaluonteisuuden repertuaari nähtiin olevan aikaisempien repertuaarien valtasuhteisiin verrattuna hyvin erilainen. Repertuaari oli räikeän selvästi asymmetrinen siten, että siinä kättilö nautti huomattavaa valtaa, mutta mikä teki valtasuhteen analysoinnin mielenkiintoiseksi, olikin se, että äiti lyhyin kommentein ”ruokkikin” vallan epätasaista jakautumista.

## 7 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

### 7.1 Yhteenveto

Tässä tutkimuksessa kuudesta terveysneuvontatilanteesta nousi esiin kuusi tulkintarepertuaaria, jotka nimettiin normaaliuden, suorituskeskeisyyden, keskeytymisen, lasten puolesta puhumisen, kokemuksellisuuden sekä arkaluonteisuuden repertuaareiksi (ks. Taulukko 1 s. 42). Tarkastelun kohteena olleet terveysneuvontakeskustelut olivat luonteeltaan erilaisia, sillä jokaisella vuorovaikutustilanteella oli oma tunnelmansa ja käsiteltyihin asioihin puututtiin tilanteesta riippuen eri tavoin. Yhteistä tilanteiden rakenteelle oli kuitenkin se, että ne etenivät yleensä siten, että aluksi kätilö ja äiti kävivät läpi synnytyksen kulkua ja vauvan ensitietoja. Tämän jälkeen siirryttiin kotiutus- ja lastenneuvola-asioissa huomioitaviin seikkoihin, kuten vauvan hoitoon sekä äidin hygieniaan ja hyvinvointiin liittyviin tekijöihin.

Mikko Oranen (1997) on tarkastellut tutkimuksessaan lastensuojelun työntekijöiden ja asiakkaiden keskusteluja ja tunnistanut työntekijöiden puheen perusteella neljä erilaista tulkintarepertuaaria (virastopuhe, psykososiaalinen puhe, terapiapuhe ja vertaispuhe) ja asiakkaiden puheen perusteella kolme erityyppistä tulkintarepertuaaria (itsenäisyyspuhe, asiantuntijapuhe ja erottautumispuhe), joiden kautta työntekijöiden ja asiakkaiden suhteet muodostuivat. Tämän tutkimuksen analyysissä ei jaettu kätilön ja äidin puheita osapuolten kannalta katsottuna erillisiksi repertuaareiksi, sillä kutakin repertuaaria oli täysin mahdollista tarkastella molempien osapuolten näkökulmasta. Orasen (1997) kuvaamia elementtejä oli kuitenkin tunnistettavissa myös tässä tutkimuksessa käytetyn aineiston terveysneuvontakeskusteluissa.

Normaaliuden repertuaarin jäsentävinä elementteinä olivat tilanteet, jotka huolestuttivat äitiä, mutta jotka olivat kätilön näkökulmasta normaaleja. Kätilö pyrki puheessaan normalistamaan epäselvät asiat, mikä ilmeni passiivissa tai yksikön kolmannessa persoonassa puhumisena sekä normaaliutta tukevana sanastona. Normaaliuden repertuaarissa identiteeteiksi nousivat kätilön kokeneisuus ja asiantuntemus, toisaalta äidin epävarmuus ja huolestuneisuus. Valtasuhde osapuolten kesken jakautui epätasaisesti, sillä äiti joutui epävarmuutta kokiessaan turvautumaan kätilön asiantuntemukseen. Myös Järvinen (1993) on tutkimuksessaan nostanut (ks. Luku 2.3 s. 12) esille palvelusuhteen, joka perustuu asiantuntijuuteen (Järvinen 1993, 69-74).

Normaaliuden repertuaari sivusi myös Orasen (1997) virastopuhetta, jossa työntekijälle rakentui instituutiota edustavan asiantuntijan identiteetti. Työtehtävissä kytketään helposti havainnot ammatilliseen pätevyYTEEN ja edustettavan organisaation arvostukseen, joka voi johtaa siihen, että vuorovaikutustilanteissa nousevat korostetusti oma ammatillinen itsetunto ja organisaation edut (Harmainen 1991, 33). Toisaalta normaaliuden repertuaarissa oli myös huomattavissa Orasen (1997) asiantuntijapuheen piirteitä, tosin käänteisesti, sillä normaaliuden repertuaarissa kättilö nousi selkeästi asiantuntijaksi, kun taas Orasella (1997) asiakas ilmaisi olevansa tietoinen puheenaiheena olevan asian logiikasta.

Suorituskeskeisyyden repertuaarissa keskustelun alla olivat synnytystilanteet, joissa äiti oli kättilön mielestä suorittanut fyysisen urakan todella nopeasti. Tämä oli perusteltavissa äidin erinomaisuutta kuvaavina sanoina, joita kättilö innostuneena ja vuolaana jakeli. Äidin kommentit olivat lähinnä myöntelevällä tasolla. Identiteeteiksi suorituskeskeisyyden repertuaarille nousivat ihailevan kättilön ja sankari-äidin identiteetit. Valtasuhteessa siis äiti ”nostettiin jalustalle” ja kättilö oli hyväksyvänä osapuolena. Repertuaarin myönteistä puolta korosti sen myönteinen ilmapiiri, jossa osallistumisen ja vaikuttamisen tasavertainen mahdollisuus toteutui ja jonka myötä molempien osapuolten usko omiin kykyihin kasvoi (vrt. Leskinen, Koskinen-Ollonqvist, Puska & Vertio 1999).

Suorituskeskeisyyden repertuaari sivusi jälleen Orasen (1997) itsenäisyyspuhetta käänteisesti siten, että siinä korostettiin yksilön itsenäisyyttä ja omaa vastuuta, mutta ei niinkään puhujan omasta näkökulmasta, kuten Orasella (1997) asiakas, vaan kättilön näkökulmasta – kättilö korosti äidin toiminnan itsenäiseksi. Toisaalta suorituskeskeisyyden repertuaarissa oli nähtävissä osasia myös Orasen (1997) psykososiaalisesta puheesta siten, että molemmissa työntekijä toimi keskustelua ohjaavana ja puhetta luonnehtivat melko läheiset sosiaaliset suhteet. Suorituskeskeisyyden repertuaari sivusi myös Forsbergin (1994) esittämää psykososiaalista tulkintatapaa, sillä olivathan kättilön kannustavat sanat myös eräänlaista ”psyykkausta” äidin jaksamiselle (Forsberg 1994, 60).

Keskeytymisen repertuaarille olivat tunnusomaisia äidin puheenvuorot, jotka kättilö kuitenkin keskeytti tai vaihtoi kokonaan puheenaihetta. Tämä ilmeni terveysneuvontakeskusteluissa kättilön ja äidin peräkkäisinä puheenvuoroina, joissa kättilö keskeytti äidin aloittaman puheen ja vaihtoi puheenaihetta tai puhui päälle. Identiteeteiksi kyseisessä repertuaarissa nousivatkin keskeyttävän kättilön ja keskeytetyn äidin identiteetit. Valta jakaantui repertuaarissa jälleen epätasaisesti siten, että kättilöllä oli tilanteissa enemmän valtaa kuin äidillä. Keskeytymisen repertuaarille ei löytynyt Orasen (1997) tutkimustuloksista muuta yhtymäkohtaa kuin terapiapuheen päällepuhuminen.

Lasten puolesta puhumisen repertuaarissa oli havaittavissa samoja elementtejä kuin sekä Orasen (1997) että Forsbergin (1994) psykososiaalisessa puheessa niiltä osin, että molemmissa oli huomattavissa viittauksia myös muihin perheenjäseniin. Tässä tutkimuksessa tämä tarkoitti muihinkin kuin vastasyntyneeseen äitiin liittyvää sanastoa sekä viittauksia perheenjäsenten välisiin suhteisiin. Molemmissa puheissa oli myös huomattavissa, että työntekijä toimi keskustelua ohjaavana ja strukturoivana ihmissuhteiden asiantuntijana (Forsberg 1994, 60; Oranen 1997, 12).

Kokemuksellisuuden repertuaari vastasi läheisesti Orasen (1997) nostamaa vertaispuhetta, jossa työntekijä tukeutui mahdollisesti omiin henkilökohtaisiin elämäkokemuksiinsa. Keskustelun rakenne poikkesi asymmetrisistä repertuaareista siten, että työntekijä kommentoi asiakkaan puhetta ja asetti omat puheenvuoronsa asiakkaan kommentoitaviksi. (Oranen 1997, 14.) Samoja elementtejä tässä tutkimuksessa nostettujen tutkimustulosten kanssa oli huomattavissa myös Järvisen (1993) sekä elämäkokemukseen perustuvasta auttamissuhteesta että tasavertaisuutta korostavasta kaverisuhteesta (Järvinen 1993, 69-74).

Ingrosson (1993, 11-27) mukaan viime kädessä olennaisinta terveyden edistämässä on se, miten toimijan ja asiakkaiden välinen vuorovaikutus ymmärretään. Institutionaalisella tasolla vuorovaikutuksen osapuolilla on olemassa tietyt asemat ja niihin saattaa liittyä keskustelua olennaisesti jäsentävää epätasapainoa, kuten tutkimuksen repertuaarien valtarakenteita tarkasteltaessa voi huomata. Viime kädessä kukin yksittäinen vuorovaikutustilanne uusintaa ja vahvistaa, joskus vähän muuttaakin käsityksiä yhteiskunnallisista käytänteistä – tässä tapauksessa kätilöiden ja vastasyntyneiden äitien välisestä valtasuhteesta (vrt. Fairclough 1989).



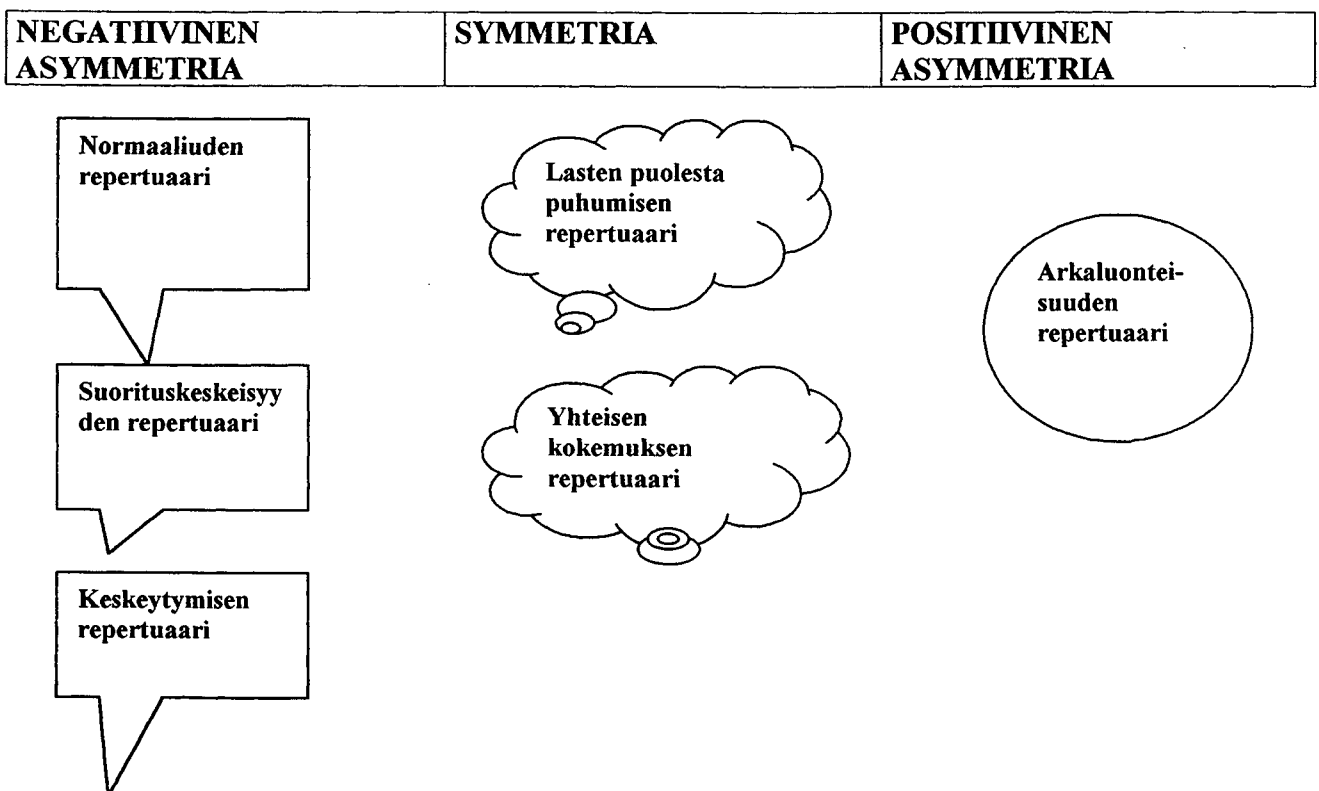
Taulukko 1. Terveysneuvontatilanteista välityneet tulkintarepertuaarit

Tulkintarepertuaari	Normaaliuden repertuaari	Suorituskeskeisyyden repertuaari	Keskeytymisen repertuaari	Lasten puolesta-puhumisen repertuaari	Kokemuksellisuuden repertuaari	Arkaluonteisuuden repertuaari
Fokus	Tilanteet, jotka huolestuttavat äitiä, mutta jotka ovat kättilölle normaaleja	Syntyystilanteet, joissa äiti on suorittanut fyysisen urakan nopeasti	Äidin puheenvuorot, jotka kättilö keskeyttää tai vaihtaa puheenaihetta	Lastenhoitotilanteet, joihin kättilö suhtautuu empaattisesti	Tilanteet, joissa käsitellään äidin elämäntilanteeseen liittyviä asioita, joista kättilöllä saattoi olla omakohtaisia kokemuksia	Tilanteet, joissa läpikäydään äidille arkaluonteisia asioita
Tunnistuspiirteitä	Normaaliutta puolusteleva sanasto ja vetoaminen asiantiloihin yleensä, passiivin ja yks. 3. persoonan käyttö	Äidin toiminnan erinomaisuutta kuvaavat sanat	Kättilön "kuihtaus" äidin puheelle ja puheenaiheen vaihtaminen	Lapsen tapojen ymmärtämiseen liittyvät toteamukset, pyrkimys asettautua lapsen asemaan	Viittaukset arkipäiväiseen elämismaailmaan ja yks. 1. persoonan käyttö	Äidin lyhytsanaiset vastaukset kättilön esittämiin asioihin ja kysymyksiin
Rakenne	Kysymys-vastaus sarjat	Äidin kommentit myönteleviä, kättilön puheet innostuneita ja vuolaita	Kättilön ja äidin peräkkäiset puheenvuorot kättilön keskeytyksillä ja päällepuhumisilla	Äiti kertoo lapsen taivoista, jotka kättilö ilmaisee ymmärtävänsä	Molemmat käyttävät peräkkäisesti puheenvuoronsa ja jakavat samalla kokemuksensa	Peräkkäiset puheenvuorot, joissa kättilöllä pidempia lauseita, äidillä lyhyempiä
Identiteetti	Epävarma/huolestunut äiti & kokenut kättilö	Ihailtava kättilö & sankari-äiti	Keskeyttävä kättilö & keskeytetty äiti	Toteava äiti & empaattinen kättilö	Ystävällisyys- & -äiti → "kohtaloverit"	Aktiivinen kättilö, vetäytyvä äiti
Valtasuhde	Kättilöllä suvereeni osa, äiti turvautuu kättilöön; asymmetrinen	Äiti pääosassa, kättilö hyväksyjän asemassa; asymmetrinen	Kättilöllä enemmän valtaa kuin äidillä; asymmetrinen	Suhteellisen symmetrinen	Tasapainoinen, symmetrinen	Asymmetrinen, mitä äidin lyhytsanaisuus edesauttaa

Tutkimuksen tulosten merkitysten kannalta hyvin käännteentekeväksi muodostui arkaluonteisuuden repertuaari. Muut viisi repertuaaria keskittyivät lähinnä tukemaan aikaisempaa tutkimustietoa, kun taas arkaluonteisuuden repertuaari antoi runsaasti aihetta pohtia vuorovaikutustilanteiden valtasuhteita laajemmin (ks. Kuvio 1 alla). Muun muassa Hakulinen (1991, 182) on todennut, että institutionaalisella tasolla keskustelijoilla on tietyt asemat ja niihin saattaa liittyä keskustelua olennaisesti jäsentävää asymmetriaa. Tämä seikka tuli esille tutkimuksen teoriataustassa jo aiemminkin, mutta merkittävää oli arkaluonteisuuden repertuaaria tulkittaessa havaita, että vuorovaikutuksen osapuolten asymmetrinen valta-asetelma ei välttämättä olekaan aina negatiivista.

On olemassa arkaluonteisia tilanteita, joihin vuorovaikutuksen toinen osapuoli ei mielellään osallistu, mutta jotka on kuitenkin läpikäytävä tilanteen vaatimalla tavalla. Tilanteen eteenpäin saattamiseksi on välttämätöntä, että toinen vuorovaikutuksen osapuolista nauttii enemmän vallasta kuin toinen, sillä muuten tilannetta ei voitaisi jatkaa ja tärkeitä asioita saattaisi jäädä läpikäymättä. Tässä tutkimuksessa tällaiselle asymmetriselle vallalle annettiin nimitys **positiivinen asymmetria**. Perinteinen, kielteinen nimitys vallan epätasaiselle jakautumiselle nimettiin tässä tutkimuksessa **negatiiviseksi asymmetriaksi**, sillä siinä vallan epätasainen jakautuminen johti helposti osapuolet eriarvoiseen asemaan, minkä ilmeneminen ei hyödyttänyt vuorovaikutussuhteen etenemistä.

KUVIO 1 Tutkimuksen repertuaarit suhteessa positiiviseen ja negatiiviseen vallan asymmetriaan.



Asiakassuhteista tiedetään, että ylhäältä-alaspäin suuntautunut, asiantuntijalähtöinen toiminta voi synnyttää asiakkaisissa turhautumista, voimattomuutta ja heikkoa toimintaorientaatiota (Fulton 1997, 529-536). Eri puheyhteisöillä on kullakin omat norminsa säätelemässä puhuttelutavan valintaa ja sitä, mitkä seikat siinä pitää ottaa huomioon. Tutkimuksessa analysoidussa aineistossa puhujan ja puhuteltavan yhteisöllisen aseman lisäksi puhetilanteissa vaikuttivat monet muutkin tekijät, kuten tilanteen luonne ja keskustelun sävy sekä puhujien aikomukset ja suhtautuminen toisiinsa. Myös puhuttelutavat samojen puhujien kesken vaihtelivat tilanteesta toiseen, jopa saman keskustelun kuluessa. Ne heijastivat keskustelun sävyä ja sen vaihteluja.

Vuorovaikutuksen asetelmaa on mahdollista korjailla vuorovaikutusprosessin kuluessa kanssatoimijalta saadun vastaanoton perusteella (Suoninen 1996). Epätasaisesti jakautuneista valtasuhteista huolimatta vuorovaikutustilanteita ei kuitenkaan tule näennäisesti muokata asiakaskeskeisemmiksi tai keskustelunomaisemmiksi vain asymmetrian peittämiseksi, koska se saattaa tuhota perusasetelman, jolloin äiti ei ehkä tulekaan autetuksi (vrt. ten Have 1991, 138-163). Enemmän olikin kyse siitä, miten kättilö ja äiti olisivat voineet paremmin jakaa ja ymmärtää toistensa kerrontaa, koska molemminpuolinen ymmärrys tilanteesta, hoidon ja neuvonnan realiteeteista on välttämätöntä (vrt. Carnes & Brownlee 1996, 145-151).

Terveyden edistämisen alueella on ollut vaikeaa tehdä tasapainoista arviointia interventioden vaikuttavuudesta. Tämä on usein johtunut vaikuttavuuden analysoinneissa käytettävistä erilaisista menetelmistä (van Driel & Keijsers 1997, 7). Ehkäisevän terveydenhuollon merkitystä vastaanottavassa ja herkässä perheen elämänvaiheessa, kuten synnytyksessä, ei voi koskaan korostaa liikaa. Toiminta, jolla tuetaan suomalaisten perheiden itsenäisyyttä ja omatoimisuutta, on parasta mahdollista ehkäisevää terveydenhoitoa, jonka tulokset näkyvät vuosien kuluttua. Valitettavasti ehkäisevän terveydenhuollon, kuten terveysneuvonnan, merkitys ei ole heti mitattavissa prosentteina ja tilastoina etenkin kireinä taloudellisina aikoina, jolloin tutkimieni terveysneuvontatilanteiden aineistonkeruu tapahtui. Äitiyshuolto ja lasten terveydenhuolto tulisi kuitenkin turvata myös vaikeassa taloudellisessa tilanteessa, koska sinne suunnatulla toiminnalla voitaisiin parhaiten vaikuttaa myönteisesti väestön terveydentilaan. (vrt. Vehviläinen-Julkunen & Teittinen 1993, 45-46.)

Muutos jollain terveydenhuollon osa-alueella ei ole muusta yhteiskunnasta tai terveydenhuollon kokonaisuudesta irrallinen prosessi. Se ei myöskään ole pelkästään seurausta yhteiskuntapoliittisesta toiminnasta, vaan se on myös syvästi kulttuurinen prosessi. Äitiyshuollossa

tapahtuvat muutokset heijastavat ja ovat tulosta niin yhteiskunnassa kuin kulttuurissa yleisemminkin käynnissä olevista prosesseista. Mielenkiintoiseksi juuri äitiyshuollon tekee se, että siinä yhteiskunnallinen instituutio kohtaa vastasyntyttäneen äidin konkreettisesti ja monitasoisesti. (Wrede 1996, 17.)

Terveysneuvojilla, jotka työskentelevät asiakkaiden kanssa, on koulutuksen myötä lisääntynyt tietämys siitä, että asiakkaan osallisuuden huomioon ottaminen on ensiarvoisen tärkeää tehtäessä tarpeiden arviointia. Kuitenkin käytännön hoitotyötä on usein kritisoitu siitä, että se on liian joustamatonta ja rutiininomaista; työsuoritteita tehdään liian usein asiakkaille kuin heidän **kanssaan**. Asiakkaiden ajatusten, tunteiden ja kokemusten ymmärtämisellä tulisikin olla enemmän painoa hoitotyön vuorovaikutustilanteissa. Sellaisten periaatteiden, kuten palkitsemisen ja palautteen antamisen oppiminen ovat osoittaneet lisääntyntä tehokkuutta terveyden edistämisen prosesseissa. Kuitenkaan niitä ei ole riittävästi huomioitu. Uudenlainen neuvoja-asiakas-suhde, joka perustuu tasa-arvoon ja tiedon jakamiseen voi olla vaikea haaste niille työntekijöille, jotka ovat tottuneet työskentelemään perinteisen statuksensa mukaisesti. Haasteena terveydenhuollossa ja hoitotyössä on siis edelleenkin vastata tulevaisuuden trendiin, joka painottaa asiakkaan ensiarvoisuutta hoitotapahtumassa. (Naisbitt & Aburdene 1990, 307; Kok, van den Borne & Mullen 1997, 19; Naidoo & Wills 1998, 173, 211.)

Terveyden edistämisen parissa työskentelevien pitäisi määritellä ja myös kritisoida omia toimintatapojaan yhtä ankarasti kuin muidenkin terveyden saralla työskentelevien (Speller, Evans & Head 1997, 215). Kuitenkin terveyden edistämisen alueiden erilaisuus ja pitkien aikojen vaikutukset ovat osoittaneet, että sopivien työmenetelmien kehittäminen on ollut tuskallisen hidasta (Nutbeam, Smith & Catford 1990, 85). Useat terveyden edistämiseen kohdistuneet kriittiset kannanotot ovat suuntautuneet siihen, että se on keskittynyt liikaa tiettyihin sairauksiin sekä enemmänkin sairauden ehkäisyyn kuin terveyden edistämiseen (Caraher 1998, 50). Kuitenkin käytössä olleesta aineistosta sai käsityksen, että kyseisissä terveysneuvontatilanteissa oli ilahduttavasti kyse terveyttä edistävästä tai ylläpitävästä terveysneuvonnasta. Muutamissa sairautta ehkäisevissä puheenvuoroissa käsiteltiin joitain yksilöllisiä sairauksia, joista äiti halusi lisätietoa tai jotka muuten nousivat keskustelun kuluessa esille. Tämä terveysneuvonnassa havaittu painotus terveyttä edistävään toimintaan saattoi johtua siitä, että sairaala -kontekstista huolimatta vastasyntyttäneitä äitiä ei nähty niinkään perinteisessä potilaan asemassa vaan enemmän asiakkaana (vrt. Caraher 1998, 53).

## 7.2 Tutkimuksen pätevyys ja luotettavuus

Tutkimus perustui kuuteen kättilön äidille toteuttamaan terveysneuvonta-tapaukseen sairaalan naistentautien osastolla. Tämän pienen aineistomäärän turvin tarkoituksena ei ollut antaa yleistettävää tietoa siitä, mikä on äitiyshuollon terveysneuvonta-käytäntö sairaaloissa yleensä. Tutkimuksessa julkituodun aineiston varassa lukijan on kuitenkin mahdollista koetella, kuinka esitetyt aineistotulkinnat tekevät oikeutta itse puhujien puheenvuorojen yksityiskohdissa ilmenneille analyyseille. Vuorovaikutuksen tapahtumia selvittämällä osoitettiin, kuinka käytössä olleen tutkimusaineiston kättilöt ja vastasyntyttäneet äidit toteuttivat identiteettejään kyseisissä terveysneuvontatilanteissa.

Useimmiten tutkija kerää oman havaintoaineistonsa. Tällainen empiirinen tietoa sisältää välitöntä tietoa tutkimuskohteesta, ja siksi sitä nimitetään primaariaineistoksi. Tutkijan ei kuitenkaan ole välttämätöntä kerätä itselleen uutta aineistoa tutkimusta tehdäkseen. On myös mahdollista saada käyttöön muiden keräämää aineistoa, sekundaariaineistoa. Nimenomaan laadullisesta tutkimuksesta kiinnostuneilla on käytettävissään ehtymätön määrä valmiita aineistoja. (Hirsjärvi ym. 1997, 185; Eskola & Suoranta 1998, 90.) Monissa tapauksissa onkin järkevää turvautua sekundaariaineistoon sen sijaan, että keräisi kokonaan uutta (Ehrnrooth 1990, 39).

Valmiin aineiston määrä vaihtelee paljon ja joskus ongelmaksi muotoutuukin se, että aineistoa on tarjolla liikaa, ja siksi sitä joutuu keräämään valikoiden ja kriittisesti. (Syrjälä & Numminen 1988, 115.) Tietoja on usein myös muokattava, yhdisteltävä ja tulkittava, jotta tiedot tulisivat vertailukelpoisiksi (Hirsjärvi ym. 1997, 188). Käytössä olleen valmiin aineiston luotettavuuden arvioimiseksi oli tärkeää olla hyvin perillä aineistonkeruun vaiheisiin liittyneistä tekijöistä, koska tutkimuksessa käytetty aineisto ei ollut itse kerättyä.

Alkuperäisessä tutkimusaineistossa oli käytetty aineistonkeruu –menetelmänä muun muassa terveysneuvontatilanteiden videointia. Videoaineistolle on esitetty kaksi tärkeää etua ja tutkimuksellista resurssia; saatavan tiedon runsaus ja aineiston pysyvyys. Informaatiomäärä on videolle kerättyinä paljon suurempi kuin suorassa havainnoinnissa. Toinen videoaineiston suuri etu on sen pysyvyys, jolloin videonauhat mahdollistivat tapahtumien mieleen palauttamisen niin usein kuin oli välttämätöntä. (Viitanen 1997, 57.) Tutkimukseen käytetty aineisto nähtiin videoituina, mutta koska nauhoitustilanteessa oli käytetty vain yhtä videokameraa ja nauhuria, ei esimerkiksi kättilön ja äidin sanattomasta viestinnästä ollut mahdollista tehdä tarkkoja ja luotettavia havaintoja.

Sen sijaan videotallenteiden näkeminen antoi enemmän käsitystä vuorovaikutuksen luonteesta, johon toivat väriä vastasyntyttäneen äidin ja kätilön erilaisten äänenpainojen ja kasvojen ilmeiden havainnointi, mitä ei olisi ollut mahdollista tehdä pelkkiä litterointeja lukemalla. Kertovathan ilmeet, eleet ja myös tilan käyttö jotain kyseisten keskustelujen ominaispiirteistä (vrt. Nuolijärvi 1990, 128).

Tulkintojen sisäinen koeteltavuus kattaa aineistoanalyysin uskottavuuteen liittyvät perusteluvaatimukset. Tärkeää on, että tutkimus kertoo riittävän selkeästi ne periaatteet, joita noudattaen aineistoa tutkimusasetelman varassa tulkitsemalla päädyttiin juuri niihin tuloksiin, jotka tutkimuksessa esitettiin, eikä joihinkin toisiin tuloksiin. (Heiskala 1990, 244.) Tutkimuksessa oli myös huomioitava tutkijan subjektiivisuus (Swanson-Kauffman & Schönwald 1988), mikä tässä tutkimuksessa merkitsi sitä, että tulkintoja tehneellä henkilöllä ei itsellään ollut takanaan vankkaa kätilötyön kokemusta, vaan sairaanhoitaja –koulutuksen suoma oppimäärä. Tällöin on ollut toisaalta mahdollista, että kätilöiden ammattikuva ei ollut täysin selkiintynyt, mikä saattaisi johtaa mahdollisiin eriäviin tulkintoihin kätilökunnan kanssa. Toisaalta tietty ammatillinen kokemattomuus ja rutiinin puute saattoi olla etuna huomaamaan toteutuneiden terveysneuvontatilanteiden epäkohtia. Tutkimusaineisto oli terveysneuvonnallista kätilöiden ja vastasyntyttäneiden äitien yksilöllistä ja kokemuksellista tietoa ja sellaisenaan ainutlaatuista. Tutkimustulokset syntyivät kuitenkin esitettyjen tulkintojen perusteella. Tutkimustehtävä pyrittiin tuomaan selkeästi esille ja sen huomioon ottaen myös ne tulokset, jotka tutkimusaineistosta tulkintojen perusteella nousivat.

Yleistettävyyteen pyrkivään, klassiseen tieteelliseen käsitykseen sisältyy periaate siitä, että tutkijan tulee subjektina olla korvattavissa kenellä tahansa muulla (Heinämaa 1993, 23-24). On syytä korostaa, että toinen tutkija voisi mahdollisesti saada saman aineiston ja tutkimustehtävien avulla erilaisia tuloksia, mutta tämän vuoksi olikin tärkeää tuoda esille ne periaatteet, joilla esitettyihin tuloksiin päädyttiin. Näin ollen esimerkiksi yleistämisestä puhumisen voisi diskurssianalyttisessä tutkimuksessa unohtaa ja keskittyä siihen, miten tutkimuksessa osoitettiin analyysin tulosten suhteutettavuus eli se, miten tulokset voitiin katsoa kertovan juuri tästä ”muusta” tai ”laajemmasta” oman aineiston lisäksi. Tutkimuksessa tuli siten osoittaa juuri kyseisen diskursiivisen käytännön toimivan sen spesifissä ympäristössään sekä selvittää, miten kyseessä oleva käytäntö rakentui. Tällöin on perusteita väittää, että sama malli on mahdollinen myös muissa ympäristöissä. (vrt. Peräkylä 1995, 48.) Jos todellisuuden ymmärretään olevan vain yhdenlainen, siitä ei voi väitellä (Juhila & Suoninen 1999, 250). Kielellisessä toiminnassa ei oikeastaan ole muuta mahdollisuutta

kuin asettua jollekin kannalle ja yrittää argumentoida mahdollisimman tehokkaasti tämän kannan puolesta (Edwards ym. 1995).

Eräs tutkimuksen luotettavuuden perusteluvaatimus on riittävän aineistomäärän esittäminen tulkinnan tukemiseksi ja tulkintasääntöjen eksplikoinnille. Toisaalta esityksen pitäminen mielekkäällä tavalla luettavissa olevana taas rajoittaa aineiston esittämistä. (Heiskala 1990, 244.) Jokaisesta nousseesta repertuaarista pyrittiin esittämään vähintään kolme esimerkkilainaus tulkintojen perusteeksi. Kullekin repertuaarille olisi löytynyt lukuisia muitakin niitä tukevia suoria lainauksia, mutta koska ne eivät tulkinnan perusteella tarjonneet mitään uutta tulosten analysoinnin kannalta, jätettiin ne esityksen ulkopuolelle.

Kolmas tulkinnan sisäiseen koeteltavuuteen kuuluva perusteluvaatimus on tulkinnan suhteuttaminen aineistolle mahdollisesti tarjoutuviin vaihtoehtoisin tulkintoihin (Heiskala 1990, 244). Tuloksissa tuotiin esille aineistokatkelmista nousseita muita vaihtoehtoja, kuten normaaliuden repertuaariin liittynyt mahdollinen kohteliaisuus (ks. Luku 6.1 s. 23-24). Tällöin pyrittiin aikaisemman tutkimustiedon varassa perustelemaan, miksi kilpailevaa vaihtoehtoa ei kuitenkaan tulkittu jostetun repertuaarin veroiseksi.

Vaikka diskurssianalyysissä kaihdetaankin ihmisten toimintaa selittäviä teorioita, ei analyysi suinkaan ole teorialonta. Sen korostaminen, että analyysissä lähdetään liikkeelle kielellisistä aineistoista, oli tässäkin tutkimuksessa hyvin teoreettinen lähtökohta. Näin ollen aineistolähtöisyys ei tarkoittanut diskurssianalyysissä teoriattomuutta. (vrt. Juhila & Suoninen 1999, 249.) Eräänä diskurssianalyttisenä esimerkkinä on sosiaalityöntekijöiden puhetta tarkasteltu diskurssianalyttisessä tutkimuksessa, missä puheesta tunnistettiin viisi erilaista tulkintatapaa (psykososiaalinen, juridis-byrokraattinen, perhekokemuksellinen, käytännöllinen ja ulkoisiin piirteisiin nojautuva tulkintatapa), joiden kautta käsitykset perheestä konstruoituivat. Nämä sosiaalityöntekijän käytössä olevat perhettä koskevat tulkintatavat olivat keskenään kerrostuneita, ne kaikki voivat olla samanaikaisesti yhdessä ja samassa asiakastilanteessa työntekijän käytössä. (Forsberg 1994, 60.)

Myös avohuollon lastensuojelutyöntekijöiden ja asiakkaiden keskusteluja on tutkittu neuvotteluna siitä, minkälaiseksi asiakkuus ja työntekijöiden ja asiakkaan suhde muodostui. Tarkastelun välineenä käytettiin diskurssianalyysia, jonka mukaisesti kiinnitettiin huomio siihen, minkälaisia tulkinnallisia resursseja, tulkintarepertuaareja, keskustelijat käyttivät. Työntekijöiden puheen

perusteella löytyi neljä tulkintarepertuaaria, jotka nimettiin virastopuheeksi, psykososiaaliseksi puheeksi, terapiapuheeksi sekä vertaispuheeksi. (Oranen 1997, 3-25.) Tämän tutkimuksen pohdintaosuudessa on otettu kyseinen tutkimus tarkempaan tarkasteluun ja vertailtu saatuja tuloksia kyseisiin tutkimustuloksiin. Institutionaalisista vuorovaikutuspuheista on mahdollista löytää mielenkiintoisia yhtymä- ja vertailukohtia - olivatpa sitten kyseessä näinkin toimintatavoiltaan erilaisissa organisaatioissa käytävät vuorovaikutustilanteet.

### 7.3 Jatkotutkimusaiheet

Tärkeänä tutkimushaasteena näkisin jatkossa kiinnittää yhä enemmän huomiota myös isiin äitiyshuollon asiakkaina ja pohtia siten perhekeskeisempiä toimintamuotoja. Tässä tutkimuksessa oli mahdollista huomata, että äiti nähdään yhä edelleen liian usein äitiyshuollon ainoana asiakkaana, vaikka etenkin synnytyksessä on kyse koko perhettä koskevasta tapahtumasta. Tämä herätti ajatuksen, olisiko tänä sukupuolten välistä tasa-arvoisuutta korostavana aikana syytä kiinnittää koko äitiyshuolto-termiin enemmän huomiota; nimelläänhän se jo ohjaa päättämään, kuka nähdään palvelun saajana. Olisi myös aiheutta tutkia, miten synnyttäneet äidit itse näkevät esimerkiksi sairaalan organisatoristen tekijöiden määrittävän heille osoitettua terveysneuvontaa; onko terveysneuvonta äitien näkökulmasta heitä palvelevaa vai organisaation toiminnan jatkumisen ja mahdollisten rutiinien kannalta välttämätön suorite.

Suomalaisessa yhteiskunnassa äitiys ei ole kokonaisvaltainen määritys, joka rajaisi muut identiteetit ja elämänalueet ulkopuolelle. Äitiyden normiksi on muodostunut työssäkäyvä äiti (Julkunen 1995, 60). Sairaalatyöntekijöiden äitiyteen suuntautumista tutkinut Annika Lillrank (1991) on osoittanut, miten sairaalan hierarkiassa naiset suuntautuivat äitiyteen ja perheeseen sitä selvemmin, mitä alempana hierarkiassa he olivat (Lillrank 1991, 9). Äitiyshuollon puolelta olisi tämä huomioiden mielenkiintoista tietää, miten nykyisissä terveysneuvontatilanteissa otetaan huomioon äitien työssäkäynti ja sen suhde muihin elämänalueisiin kuten äitiyteen ja parisuhteeseen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuudesta ja sen olemuksesta keskustellaan tänä päivänä sekä tutkijoiden että alan ammattilaisten keskuudessa paljon. Asiakkaan oma rooli palveluiden määrittäjänä ja oman elämänsä parhaana asiantuntijana korostuu keskusteluissa aiempaa voimakkaammin. Viranomaisvallan, järjestelmäkeskeisyyden ja asiantuntijavallan ongelmia



asiakassuhteen kannalta on paikannettu ansiokkaasti monissa tutkimuksissa (esim. Arnkil 1991, Riikonen 1992, Pohjola 1993, Seikkula 1994). Asiakaslähtöisyyden ja kumppanuuteen perustuvan asiakastyön siirtäminen tutkimuksesta ja tavoitekielisestä retoriikasta käytännön arkityöhön on kuitenkin vasta alussa (Lehtonen 1998, 8). Tässä tutkimuksessa ilmenneen positiivisen vallan asymmetrian kautta olisi hedelmällistä tietää, esiintyykö sitä mahdollisesti myös muissa yhteiskunnan organisaatioissa ja minkälaisissa tilanteissa.

Ammatillisen osaamisen tasolla terveyden edistämisen merkitykset syntyvät yksittäisten työntekijöiden työtavoista (Perttilä 1998, 242). Tutkimus vahvisti näkemyksen siitä, että asiakkaan ja työntekijän välisessä vuorovaikutuksessa on huomattavissa selviä tilanteita, joissa asiakkaan tarpeet ja työntekijän toteuttama terveysneuvonta eivät kohtaa. Toisaalta tulokset antoivat myös uutta näkökulmaa siitä, miten erilaisin tavoin hoitotyöntekijät toisaalta antoivat asiakkaan ymmärtää olevansa arvokas omana itsenään, mutta tarkemmin tarkasteltaessa kyse saattoikin olla kannustus tehokkuuteen ja suorituspainotteisuuteen. Nämä ovat usein seikkoja, joita työntekijä tai asiakas eivät edes huomaa toteuttavansa, mutta jotka ovat kuitenkin huomion arvoisia asioita. Tavoitteena terveysneuvonnan kehittämisessä tulisi olla herätellä hoitotyöntekijöitä pohtimaan omia työtapojaan ja motiivejaan työtään toteuttaessaan. Ehkäpä tätä kautta koulutuksen antamat evästyksiset tulisivat läheisemmiksi ja sitä kautta osaksi terveysneuvonnan jokapäiväistä käytäntöä.

## LÄHTEET

- Aarva, P. 1995. Terveysvalistus – kannustusta vai ahdistusta? *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 32, 103-111.
- Abbott, P. & Sapsford, R. 1990. *Health Visiting: Policing the Family?* Teoksessa P. Abbott & C. Wallace (toim.) *The Sociology of the Caring Professions*. London: The Falmer Press, 120.
- Alasuutari, P. 1993. *Laadullinen tutkimus*. Tampere: Vastapaino.
- Anderson, R.M., Funnell, M.M., Barr, P.A., Dedrick, R.F. & Davis, W.K. 1991. Learning to empower patients. Results of professional education. Program for diabetes educators. *Diabetes Care* 14 (7), 584-590.
- Andre, M., Aspegren, K. & Berglöf, B. 1998. Läkare måste utbildas i att ge svåra besked. *Läkartidningen* 14, 1547-1552.
- Arnkil, E. 1991. Keitä muita tässä on mukana? Viisi artikkelia verkostoista. *Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimusraportteja* 23. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Arnold, M.S., Butler, P.M., Anderson, R.M., Funnell, M.M. & Feste, C. 1995. Guidelines for facilitating a patient empowerment program. *The Diabetes Educator* 21 (4), 308-312.
- Baldwin, D.R. & Price, S.A. 1994. Work excitement: The energizer for home health care nursing. *Journal of Nursing Administration* 24 (9), 37-42.
- Bennett, M. & Alison, D. 1996. Discussing the diagnosis and prognosis with cancer patient. *Postgrad Medical Journal* 72, 25-29.
- Burnard, P. 1987. Spiritual distress and the nursing response: Theoretical considerations and counselling skills. *Journal of Advanced Nursing* 12, 381.
- Burnard, P. 1999. *Practical Counselling and Helping*. New York: Routledge.

Caraher, M. 1998. Patient education and health promotion: Clinical health promotion – The conceptual link. *Patient Education and Counseling* 33, 49-58.

Carnes, J.W. & Brownlee, J.Jr. 1996. The disclosure of the diagnosis of cancer. *Cancer Screening and Diagnosis* 80 (1), 145-151.

Charles, C. & Gafni, A. 1997. Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (Or it takes at least two to tango). *Social Science and Medicine* 44, 681-692.

Drew, P. & Heritage, J. 1992. Analyzing talk at work: An introduction. Teoksessa P. Drew & J. Heritage (toim.) *Talk at Work. Interaction in Institutional Settings*. Cambridge: Cambridge University Press, 3-65.

van Driel, W.G. & Keijsers, J.F.E.M. 1997. An instrument for reviewing the effectiveness of health education and health promotion. *Patient Education and Counseling* 30, 7-17.

Edwards, D., Ashmore, M. & Potter, J. 1995. Death and furniture: The rhetoric, politics and theology of bottom line arguments against relativism. *History of the Human Sciences* 8 (2), 25-49.

Ehrnrooth, J. 1990. Intuitio ja analyysi. Teoksessa K. Mäkelä (toim.) *Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta*. Helsinki: Gaudeamus, 30-41.

Eskola, K., Hytönen, E. & Komulainen, S. 1990. *Äitiyshuolto ja naistentautien sairaanhoito*. Juva: WSOY.

Eskola, K. & Puustinen, R. 1996. *Puhe, puukko, pilleri. Johdatusta terveystieteiden työhön*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Eskola, K. & Hytönen, E. 1997. *Naisen elämä ja hoitotyö*. Juva: WSOY.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere: Vastapaino.

Fairclough, N. 1989. *Language and Power*. London: Longman.

- Fairclough, N. 1992. *Discourse and Social Change*. Cambridge: Polity Press.
- Fairclough, N. 1997. *Miten media puhuu*. Tampere: Vastapaino.
- Feste, C. 1992. A practical look at patient empowerment. *Diabetes Care* 15 (7), 922-925.
- Feste, C. & Anderson, R.M. 1995. Empowerment: From philosophy to practice. *Patient Education and Counseling* 26, 139-144.
- Forsberg, H. 1994. Yksi ja monta perhettä. Tutkimus sosiaalityöntekijöiden perhetulkinnoista sosiaalitoimistotyössä. *Stakesin tutkimuksia* 42. Helsinki: Stakes.
- Fulton, Y. 1997. Nurses' views on empowerment: A critical social theory perspective. *Journal of Advanced Nursing* 26, 529-536.
- Gibson, C.H. 1995. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing* 21, 1201-1210.
- Gould, D. 1986. Locally organised antenatal classes and their effectiveness. *Nursing Times* 82 (45), 59-61.
- Gwyn, R. & Elwyn, G. 1999. When is a shared decision not (quite) a shared decision? Negotiating preferences in a general practice encounter. *Social Science & Medicine* 49, 437-447.
- Hakulinen, A. 1991. Erään haastattelun anatomia. Teoksessa T. Lehtinen & S. Shore (toim.) *Kieli, valta ja eriarvoisuus*. Helsingin yliopisto. Suomen kielen laitoksen esitelmää 18. kielitieteen päiviltä.. Helsinki: Yliopistopaino, 166-186.
- Harmainen, J. 1991. Yhteistyön vaikeuksia. *Perheterapia* 2, 33.
- ten Have, P. 1991. Talk and Institution: A Reconsideration of the "Asymmetry" of Doctor-Patient Interaction. Teoksessa D. Boden & D.H. Zimmerman (toim.) *Talk and Social Structure*. *Studies in Ethnometodology and Conversation Analysis*. Oxford: Polity Press, 138-163.

- Heikkinen, R-L. 1997. Miten kohtaaminen hoitotyössä rakentuu? Teoksessa T. Laine (toim.) *Hoitava kohtaaminen*. Tampere: Tammerpaino Oy, 139-142.
- Heim, E. 1995. Coping-based intervention strategies. *Patient Education and Counseling* 26, 145-151.
- Heinämaa, S. 1993. Paikka tutkimuksessa. *Naistutkimus* 4, 22-36.
- Heiskala, R. 1990. Tulkinnan koeteltavuus ja aikakauslehtien analyysi. Teoksessa K. Mäkelä (toim.) *Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta*. Helsinki: Gaudeamus, 242-263.
- Heritage, J. & Sefi, S. 1992. Dilemmas of advise: Aspects of the delivery and reception of advice in interactions between health visitors and first-time mothers. Teoksessa P. Drew & J. Heritage (toim.) *Talk at Work. Interaction in Institutional Settings*. Cambridge: University Press, 359-416.
- Hester, S. 1998. Describing "deviance" in school: Recognizably educational psychological problems. Teoksessa C. Antaki & S. Widdicombe (toim.) *Identities in Talk*. London: Sage, 133-150.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. *Tutki ja kirjoita*. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Holm, U.M. 1994. Begreppet moderskap – En deskriptiv och normativ analys. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*. 31 (2), 151-161.
- Häggman-Laitila, A. 1997. Health as an individual's way of existence. *Journal of Advanced Nursing* 25, 45-53.
- Ingrosso, M. 1993. Becoming sensitive to health. Effectiveness and learning in health education and promotion. *Arch Hellenic Medicine* 10 A, 11-27.
- Johnson, B., Friend, S & MacDonald, J. 1997. Nurses' changing and emerging roles with the use of unlicensed assistive personnel. Teoksessa S. Moorhead (toim.) *Nursing Roles. Evolving or Recycled?* London: Sage Publications, 78-89.

Jokinen, A. & Juhila, K. 1991. Diskursseja rakentamassa. Näkökulma sosiaalisten käytäntöjen tutkimiseen. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan laitoksen tutkimuksia A 2.

Jokinen, A. 1999. Vakuuttelevan ja suostuttelevan retoriikan analysoiminen. Teoksessa A. Jokinen, K. Juhila & E. Suoninen: Diskurssianalyysi liikkeessä. Tampere: Vastapaino, 126-159.

Jokinen, A., Juhila, K. & Suoninen, E. 1993. Diskurssianalyysin aakkoset. Tampere: Vastapaino.

Juhila, K. & Suoninen, E. 1999. Kymmenen kysymystä diskurssianalyysistä. Teoksessa A. Jokinen, K. Juhila & E. Suoninen: Diskurssianalyysi liikkeessä. Tampere: Vastapaino, 233-252.

Julkunen, R. 1995. Työ, äitiys ja itsenäisyys. Teoksessa M. Sorvettula (toim.) Naisen terveys: Hyvän elämän strategiset mitat. Helsinki: Kirjayhtymä, 53-75.

Järvinen, R. 1993. Vuorovaikutusta ja tilannetajua. Asiakastyö naisten työkuulttuurin jäsentämänä. Tampereen yliopisto. Sosiologian laitoksen lisensiaatintyö.

Kalliopuska, M. 1995. Sosiaaliset taidot. Helsinki: Edita.

Kangasharju, H. 1991. Neuvottelu keskusteluna. Piirteitä ja vuorovaikutusstrategioita. Helsingin kauppakorkeakoulu. Kielten laitoksen tutkimuksia B-112. Helsinki: Helsingin kauppakorkeakoulun kuvalaitos.

Keller, V.F. & Carroll, J.G. 1994. A new model for physician-patient communication. Patient Education and Counselling 23, 131-140.

Kim, H.S. 1990. Collaborative decision making in nursing practice. A theoretical framework. Teoksessa: P. Chinn (toim.) Advances in Nursing Theory Development. London: Aspen Systems Corporation, 271-283.

Kivikuru, U. 1998. Identiteetit viestinnässä. Samastumisen ja erottautumisen kierre. Teoksessa U. Kivikuru & R. Kunelius (toim.) Viestinnän jäljillä. Näkökulmia uuden ajan ilmiöön. Juva: WSOY, 319-338.

Kok, G., van den Borne, B. & Mullen, P.D. 1997. Effectiveness of health education and health promotion: Meta-analyses of effect studies and determinants of effectiveness. *Patient Education and Counseling* 30, 19-27.

Kollock, P., Blumstein, P. & Schwartz, P. 1985. Sex and power in interaction: Conversational privileges and duties. *American Sociological Review* 50, 34-46.

Kreps, G.L. & Thornton, B.C. 1992. *Health Communication. Theory & Practice*. 2. painos. Illinois: Waveland Press Inc.

ten Kroode, H.F.J. 1998. Active listening to cancer patients' stories. *Neth. Journal Medical* 53 (2), 47-52.

Krupat, E., Irish, J.T., Kasten, L.E., Freund, K.M., Burns, R.B., Moskowitz, M.A. & McKinlay, J.B. 1999. Patient assertiveness and physician decision-making among older breast cancer patients. *Social Science & Medicine* 49, 449-457.

Kuronen, M. 1993. Säännöllistä seuranta ja ohjausta vanhemmuuteen. Tutkimus äitiys- ja lastenneuvolan toimintakäytännöistä. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan laitoksen lisensiaatintyö.

Kuronen, M. 1994. Äitiysneuvolan normaaliäitiys. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2, 135-143.

Laiho, A. 1991. Viisaista vaimoista nykyajan kättilöiksi. Kättilökoulutus Suomessa 175 vuotta. Kättilöopisto. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Laitakari, J. 1989. *Terveyskasvatuksen suunnittelu*. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Lehtonen, A. 1998. Läheisyyttä asiakastyöhön: Asiakastyöjaoston loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 10. Helsinki: Stakes.

Leino-Kilpi, H., Mäenpää, I. & Katajisto, J. 1999. Pitkäaikaisen terveysongelman sisäinen hallinta: potilaslähtöisen hoidon laadun arviointiperustan kehittäminen. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskusraportteja 229. Helsinki: Stakes.

Leiwo, M., Luukka, R-L. & Nikula, T. 1992. Pragmatiikan ja retoriikan perusteita. Jyväskylän yliopisto. Viestintätieteiden laitoksen julkaisuja 8.

Leskinen, L., Koskinen-Ollonqvist, P., Puska, A. & Vertio, H. 1999. Terveysbarometri 1999. Ajankohtaiskatsaus kuntien ja järjestöjen terveyden edistämiseen. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisusarja 6.

Leudar, I. & Antaki, C. 1996. Discourse participation, reported speech and research practices in social psychology. *Theory & Psychology* 6 (1), 5-29.

Ley, P. 1988. *Communicating with Patients – Improving Communication, Satisfaction and Compliance*. London: Croom Helm.

Liimatainen, L., Poskiparta, M. & Sjögren, A. 1999. Terveystieteiden edistämisen lähestymistavat terveysalan ammattikorkeakouluopetuksen haasteena. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 36, 99-110.

Lillrank, A. 1991. Kvinnors dilemma i välfärdsstaten; Att arbeta och sköta sjukt barn. *Naistutkimus-Kvinnoforskning*, 4 (1), 7-13.

Linden, M. 1995. Muuttuva syövän kuva ja sen kokeminen: Potilaiden ja ammattilaisten tulkintoja. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research* 112. Jyväskylän yliopisto.

Lindroos, R. 1992. Teoksessa T. Gröhn & J. Jussila (toim.) *Laadullisia lähestymistapoja koulutuksen tutkimuksessa*. Helsinki: Yliopistopaino, 80.

Linell, P. & Luckmann, T. 1991. *Asymmetries in Dialogue: Some Conceptual Preliminaries*. Great Britain: Harvester Wheatsheat. Barnes & Nobles Books. Bpcc Wheatons Ltd, Exeter.



- Londen, A-M. 1997. Kahden- ja monenkeskinen keskustelu. Teoksessa L. Tainio (toim.) Keskusteluanalyysin perusteet. Tampere: Tammer-paino, 56-74.
- Lääkintöhallituksen ohjekirje. 1988. Äitiyshuolto terveystieteissä 2. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Mills, S. 1997. Discourse. The New Critical Idiom. London: Routledge.
- Montgomery, C.L. 1993. Healing Through Communication. Newbury Park, CA: Sage.
- Naidoo, J. & Wills, J. 1998. Health Promotion. Foundations for Practice. London: Baillière Tindall.
- Naisbitt, J. & Aburdene, P. 1990. Megatrends 2000: Ten New Directions for the 1990s. New York: William Morrow.
- Nelson-Jones, R. 1997. Practical Counselling & Helping Skills. Text and Exercises for the Lifeskills Counselling Model. 4. painos. London: Cassell.
- Neufeld, A. & Harrison, M.J. 1995. Reciprocity and social support in caregivers' relationships: Variations and consequences. *Qualitative Health Research* 5(3), 348-365.
- Nuolijärvi, P. 1990. Teoksessa K. Mäkelä (toim.) Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Helsinki: Painokaari Oy, 127.
- Nutbeam, D., Smith, C. & Catford, J. 1990. Evaluation in health education. A review of progress, possibilities and problems. *Journal of Epidemiology and Community Health* 44, 83-89.
- Onikki, H. & Ranta, H. 1995. Teoksessa H. Onikki & H. Ranta (toim.) Suomen laki 2. Mikkeli: Länsi-Savo Oy, 1668-1669.
- Oranen, M. 1997. ”Semmonen pikkunen huoli”. Diskurssianalyttinen tutkimus lastensuojelun arviointikeskusteluista. *Janus: Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti* 5 (1), 3-25.

- Payne, M. 1991. *Modern Social Work Theory. A Critical Introduction*. Hong Kong: Macmillan.
- Perttilä, K. 1998. Terveyden edistämisen puhekäytännöt kunnissa. Miten kunnalliset päättäjät ymmärtävät terveyden edistämisen. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 35, 229-244.
- Peräkylä, A. 1995. *AIDS Counselling: Institutional Interaction and Clinical Practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Peräkylä, A. 1997. Institutionaalinen keskustelu. Teoksessa L. Tainio (toim.) *Keskusteluanalyysin perusteet*. Tampere: Vastapaino, 177-203.
- Peura, A. & Brommels, M. 1999. Tietoa, tukea ja toivoa. Lääkäreiden näkemyksiä syöpädiagnoosin kertomisesta. Helsingin yliopisto. *Kansanterveystieteen laitoksen julkaisuja M166*. Helsinki: Yliopistopaino, 54.
- Pihlajaharju, S. 1996. *Hoitokeskustelu. Sairaanhoidajan ja potilaan välisen hoitosuhteen analyysi*. Oulun yliopisto. Suomen ja saamen kielen ja logopedian laitoksen lisensiaatintyö.
- Piper, S.M. & Brown, P.A. 1998. The theory and practice of health education applied to nursing: A bi-polar approach. *Journal of Advanced Nursing* 27, 383-389.
- Pohjola, A. 1993. Asiakas sosiaalityön määrittäjänä. Teoksessa R. Granfelt, H. Jokiranta, S. Karvinen & A. Pohjola (toim.) *Monisärmäinen sosiaalityö*. Helsinki: Sosiaalityön keskusliitto, 26-39.
- Pohjola, A. 1997. Asiaa asiakkaalta. Teoksessa T. Salmela (toim.) *Autetaanko asiakasta - palvellaanko potilasta?* Juva: WSOY, 171-176.
- Pomerantz, A. 1986. Extreme case formulation. A way of legitimizing claims. *Human Studies* 9, 219-229.
- Poskiparta, M. 1997. *Terveysneuvonta, oppimaan oppimista. Videotallenteet hoitajien terveysneuvonnan ilmentäjinä ja vuorovaikutustaitojen kehittämismenetelmänä*. Jyväskylän yliopisto. Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta.

- Potter, J. & Wetherell, M. 1989. *Discourse and Social Psychology*. London: Sage.
- Potter, J. 1996. *Representing Reality. Discourse, Rhetoric and Social Construction*. London: Sage.
- Purtilo, R. & Haddad, A. 1996. *Health Professional and Patient Interaction*. 5. painos. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Radley, A. & Billig, M. 1996. Accounts of health and illness: Dilemmas and representation. *Sociology of Health & Illness* 18 (2), 220-240.
- Raeburn, J. & Rootman, I. 1998. *People-Centred Health Promotion*. London: John Wiley & Sons.
- Raevaara, L. 1996. Puheenaiheiden esittely ja jatkaminen lääkärin vastaanotolla. *Virittäjä* 100 (3), 357-374.
- Rauhala, P-L. 1994. *Hoiva ja hoito ammattina*. Porvoo: WSOY.
- Rautava, P. 1989. *Health Education in the Finnish Maternity Health Care System. Evaluation of Effectiveness*. Lääkintöhallituksen julkaisuja 14. Turku.
- Riikonen, E. 1992. *Auttamistyön ongelmakäsitykset ja haastattelukäytännöt; Ongelmakielestä kompetenssikieleen*. Helsinki: Kuntoutussäätiö.
- Rostila, I. 1997. *Keskustelu sosiaaliluukulla. Sosiaalityön arki sosiaalitoimiston toimeentulokeskusteluissa*. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan laitoksen akateeminen väitöskirja. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.
- Ruben, B.D. 1993. What patients remember: A content analysis of critical incidents in health care. *Health Communication* 5 (2), 99-112.
- Ruusuvuori, J. 1994. Mitä synnyttävien naisten puhe kertoo synnytyksestä? *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 31, 174-181.

Ryn, M. & Heaney, C.A. 1997. Developing effective helping relationships in health education practice. *Health Education & Behaviour* 24 (6), 683-702.

Sacks, H. 1984. On doing "being ordinary". Teoksessa M. Atkinson & J. Heritage (toim.) *Structures of Social Action: Studies in Conversation Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press, 416-429.

Sairaalaliitto 1990. Tehtäväkeskeisyydestä tarpeisiin pohjautuvaan hoitoon: Synnytysvuodeosaston hoitokäytännön kehittäminen Keski-Suomen keskussairaalassa. Ulpu-projektin osaraportti 2. Helsinki.

Screening and Collaboration in Maternity Care: Guidelines 1995. 1996. STAKES. National Research and Development Centre for Welfare and Health. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Seikkula, J. 1994. Sosiaaliset verkostot, ammattiauttajan voimavara kriiseissä. Helsinki: Hygienia.

Seppänen, E-L. 1997. Osallistumiskehikko. Teoksessa L. Tainio (toim.) *Keskusteluanalyysin perusteet*. Tampere: Vastapaino, 156-176.

Shore, S. 1986. Onko suomessa passiivia. *Suomi* 133. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.

Silverman, D. 1996. *Discourses of Counselling. HIV Counselling as Social Interaction*. London: Sage.

Simoila, R. 1994. Terveystenhoitajan työn kehitys, ristiriidat ja työorientaatiot. *Stakesin tutkimuksia* 48. Helsinki.

Skelton, A.M. 1997. Patient education for the millennium: Beyond control and emancipation? *Patient Education and Counselling* 31, 151-158.

Spellbring, A.M. 1991. Nursing's role in health promotion. *Nursing Clinics of North America* 26 (4), 805-814.

Speller, V., Evans, D. & Head, M.J. 1997. Developing quality assurance standards for health promotion practice in the UK. *Health Promotion International* 12 (3), 215-224.

Suominen, T. 1994. Rintasyöpäpotilaitten kokemukset hoidosta eivät ole samanlaisia kuin hoitajien näkemykset tästä asiasta! *Hoitotiede* 6 (3), 127-132.

Suoninen, E. 1992. Perheen kuvaelmat: Diskurssianalyysi perheenäidin puheesta. Tampereen yliopisto. *Sosiologian ja sosiaalipsykologian laitoksen tutkimuksia sarja A* 24.

Suoninen, E. 1993. Mistä on perheenäidit tehty? Haastattelupuheen analyysi. Teoksessa A. Jokinen, K. Juhila & E. Suoninen: *Diskurssianalyysin aakkoset*. Tampere: Vastapaino, 115-132.

Suoninen, E. 1996. ”Tietysti sitäkin, mutta toisaalta” – Perheterapeuttinen identiteettineuvottelu. *Janus: Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti* 4 (2), 131-156.

Suoninen, E. 1999a. Näkökulma sosiaalisen todellisuuden rakentumiseen. Teoksessa A. Jokinen, K. Juhila & E. Suoninen: *Diskurssianalyysi liikkeessä*. Tampere: Vastapaino, 17-36.

Suoninen, E. 1999b. Vuorovaikutuksen mikromaiseman analysoiminen. Teoksessa A. Jokinen, K. Juhila & E. Suoninen: *Diskurssianalyysi liikkeessä*. Tampere: Vastapaino, 101-125.

Suoranta, J. 1991. Piilekö kasvatus kielessä? – Diskurssianalyysistä kasvatustieteellisenä lähestymistapana. *Kasvatus. Suomen kasvatustieteellinen aikakauskirja* 5-6. 22. vuosikerta.

Swanson-Kauffman K. & Schonwald E. 1988. *Paths to Knowledge: Innovative Research Methods for Nursing*. New York: National League for Nursing.

Syrjälä, L. & Numminen, M. 1988. Tapaustutkimus kasvatustieteessä. Oulun yliopisto. *Kasvatustieteiden tiedekunnan tutkimuksia* 51.

Tainio, L. 1994. Vallan analyysiä kielen näkökulmasta. *Naistutkimus* 7 (4), 62-64.

Tamminen, R. 1993. *Tiedettä tekemään!* Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tones, K. 1996. The anatomy and ideology of health promotion: Empowerment in context. Teoksessa A. Scriven & J. Orme (toim.) Health Promotion. Professional Perspectives. London: Macmillan Press Ltd, 9-18.

Trnobranski, P.H. 1994. Nurse-patient negotiation: Assumption or reality? Journal of Advanced Nursing 18, 733-737.

Uusitalo, H. 1995. Tiede, tutkimus ja tutkielma. Johdatus tutkielman maailmaan. 2. painos. Porvoo: WSOY.

Valtonen, S. 1998. Hyvä, paha media. Teoksessa A. Kantola, I. Moring & E. Väliverronen (toim.) Media-analyysi. Tekstistä tulkintaan. Helsingin yliopisto. Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus. Tampere: Tammer-Paino Oy, 99.

Vehviläinen-Julkunen, K. & Teittinen, M. 1993. Tietoa, tukea, varmuutta synnytykseen ja vanhemmuuteen: Pienryhmätyöskentely Lapinlahden äitiysneuvolassa. Raportteja 81. Helsinki: Stakes.

Vehviläinen-Julkunen, K., Lauri, S., Laine, T., Peni, R., Beaton, J. & Gupton, A. 1994. Naisten synnytysodotukset ja synnytykseen valmistautuminen. Pitkittäistutkimus naisten käsityksistä synnytyskivuista, tilanteen hallinnasta ja päätöksenteosta sekä saamastaan tuesta synnytyksessä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen tutkimuksia ja raportteja. Sarja A6.

Vepsäläinen, M. 1998a. Asiakas arvostaa aikuismaista kohtelua. Dialogi 2, 3.

Vepsäläinen, M. 1998b. Neuvolan palvelu tyydyttää, mutta sisältö kaipaa uudistusta. Dialogi 2, 15.

Viitanen, E. 1997. Fysioterapian ammattikulttuuri terveyskeskuksissa. Tampereen yliopisto. Terveystieteen laitoksen akateeminen väitöskirja. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Vuchinich, S. 1990. The sequential organization of closing in verbal family conflict. Teoksessa A.D. Grimshaw (toim.) Conflict Talk. Sociolinguistic Investigations of Arguments in Conversations. Cambridge University Press, 118-138.

Wahlström, J. 1992. Merkitysten muodostuminen ja muuttuminen perheterapeuttisessa keskustelussa. Diskurssianalyttinen tutkimus. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research nro 94. Jyväskylä: Jyväskylän yliopiston monistuskeskus and Sisäsuomi Oy.

Wrede, S. 1996. Äitiyshuollon arvioinnista: Terveys sosiologinen näkökulma. Teoksessa S. Sainio (toim.) Lapsen hankinta ja terveydenhuolto. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen seminaariraportti. Aiheita 21. Helsinki: Stakes, 15-21.

Yli-Vakkuri, V. 1986. Suomen kieliopillisten muotojen toissijainen käyttö. Turun yliopisto. Suomalaisen ja yleisen kielitieteen laitoksen julkaisuja, 28. Turku.