

Maija Gerlander

Jännitteet lääkärin ja potilaan
välisessä viestintäsuhteessa



JYVÄSKYLÄ STUDIES IN HUMANITIES 3

Maija Gerlander

Jännitteet lääkärin ja potilaan
välisessä viestintäsuhteessa

Esitetään Jyväskylän yliopiston humanistisen tiedekunnan suostumuksella
julkisesti tarkastettavaksi yliopiston Villa Rana rakennuksen Blomstedt-salissa
kesäkuun 18. päivänä 2003 kello 12.



JYVÄSKYLÄ 2003

Jännitteet lääkärin ja potilaan välisessä viestintäsuhteessa

JYVÄSKYLÄ STUDIES IN HUMANITIES 3

Maija Gerlander

Jännitteet lääkärin ja potilaan
välisessä viestintäsuhteessa



JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

JYVÄSKYLÄ 2003

Editors
Maarit Valo
Department of Communication, University of Jyväskylä
Pekka Olsbo and Marja-Leena Tynkkynen
Publishing Unit, University Library of Jyväskylä

URN:ISBN:978-951-39-7939-3
ISBN 978-951-39-7939-3 (PDF)
ISSN 1459-4331

ISBN 951-39-1451-8
ISSN 1459-4323

Copyright © 2003, by University of Jyväskylä

Jyväskylä University Printing House, Jyväskylä 2003

ABSTRACT

Gerlander, Maija

Tensions in the doctor-patient communication and relationship

Jyväskylä: University of Jyväskylä, 2003, 228 p.

(Jyväskylä Studies in Humanities

ISSN 1459-4323; 3)

ISBN 951-39-1451-8

English summary

Diss.

The purpose of the present study is to explore tensions in doctor-patient communication from a theoretical and an empirical point of view. Communication in the doctor-patient relationship is by its very nature tensional. Further, it is likely give rise to misunderstandings and ambiguity.

The theoretical framework of the study combines three perspectives:

- a) Zygmunt Bauman's view on love or gift and exchange as extreme and main motives of social relationships causing tension especially in those relationships which involve both role-based and personally-based elements, such those as between a doctor and a patient.
- b) relational dialectics developed by Leslie Baxter and Margaret Montgomery which receives the greatest emphasis in the study.
- c) the ideas presented by Michael Billig et al. on the problematic nature of expertise in human relations which is shown in oscillation between the impersonality of the medical expert and the equality of the friend.

These theoretical approaches form the dialectical frame of reference for the study of doctor-patient communication and relationship.

Based on the earlier research on relational dialectics and an analysis of the data the following relational tensions were identified: dialectic of relational closeness-distance, expressiveness-protectiveness or privacy, autonomy-interdependence, predictability-surprise and judgement-acceptance. The study describes empirically how each of the identified relational tensions is manifested or constructed in the doctor-patient relationship. The empirical data consists videotaped medical encounters (n=26) and tape-recorded interviews with doctors (n=5) as well as patients (n=25)

The dialectical framework is regarded as a relevant basis for the study of the doctor-patient communication because it gives room for taking notice of the different meanings of communication procedures and features without regarding some of them as self-evidently negative or things to be avoided. Further, the dialectical framework, with relational dialectics in its core, is treated as a general social theory through which doctor-patient communication and relationships can be extensively examined.

Keywords: relational dialectics, doctor-patient communication, doctor-patient relationship, health communication

Author's address Maija Gerlander
Näreikkötie 13
40800 Vaajakoski, Finland

Supervisor Professor Maarit Valo
Department of Communication
University of Jyväskylä, Jyväskylä, Finland

Reviewers Docent Antti Uutela
National Public Health Institute
Helsinki, Finland

Docent Pekka Isotalus
Department of Phonetics
University of Helsinki, Helsinki, Finland

Opponent Docent Antti Uutela
National Public Health Institute
Helsinki, Finland

SISÄLLYS

ESIPUHE

1	JOHDANTO	11
1.1	Työn tavoitteet	12
1.2	Käsiteratkaisut	15
1.2.1	Suhde ja viestintä: muna ja kana	15
1.2.2	Potilas, asiakas, kuluttaja vai potilaskuluttaja?.....	18
1.3	Lääkäri-potilasviestintä viestintätieteen tutkimuskohteena	20
1.4	Lukuohjeita	24
2	TUTKIMUSMENETELMÄ	26
2.1	Empiirinen aineisto	26
2.1.1	Haastatteluaineiston analyysi.....	30
2.1.2	Kuvanauhoitetut vastaanottokäynnit.....	31
2.2	Dialektinen ote tutkimusmenetelmällisenä valintana	32
3	PERUSMOTIIVIEN JÄNNITE JA ASiantuntijan DILEMMA	34
3.1	Rakkauden ja vaihdon jännite	34
3.1.1	Paikan hakua sosiaalisten suhteiden kentässä	34
3.1.2	Vaihtosuhteen ohittamattomuus.....	45
3.1.3	Ei-henkilökohtaisten suhteiden henkilökohtaistuminen	50
3.2	Ihmisiä kohtaavan asiantuntijan dilemmat	53
3.2.1	Yhteiskunnallisten arvojen ristiriitaisuus	53
3.2.2	Ystävällisen asiantuntijan paradoksi.....	56
3.2.3	Asiaankuulumaton ystävyys.....	59
4	RELATIONAALINEN DIALEKTIikka	64
4.1	Keskeiset teoreettiset lähtökohdat	64
4.1.1	Vastakohtaisuus tai jännitteisyys	66
4.1.2	Missä jännitteet sijaitsevat?	68
4.1.3	Henkilökohtaisten suhteiden jännitteet	69
4.1.4	Jatkuva muutos	71
4.1.5	Jännitteiden yleistettävyys	73
4.2	Aikaisempi tutkimus asiantuntija-asiakassuhteen dialektiikasta	74
4.3	Esitys lääkäri-potilassuhteen jännitteiksi.....	77
4.4	Koonti: Lääkäri-potilassuhteen dialektinen viitekehys	84
5	RELATIONAALISEN VÄLIMATKAN DIALEKTIikka: HENKILÖVIITTAAMINEN JA MUUSTA PUHUMINEN	87
5.1	Henkilöviittoaaminen vuorovaikutuksessa.....	87
5.2	Neljä relationaalista strategiaa	92
5.3	Kliininen tutkimus: etäisyyden ja läheisyyden ristivetoa	94

5.4	Lääkäri ja kaksi erilaista vastaanottokeskustelua.....	98
5.4.1	Sinuttelua ja läsnäoloa – teitittelyä ja poissaoloa.....	98
5.4.2	Potilas Kaukosen käynti.....	100
5.4.3	Potilas Tuttusen käynti.....	104
5.5	Lähentävä ja etäännyttävä muusta puhuminen	108
6	KERTOMISEN JA SUOJAAMISEN DIALEKTIikka:	
	KUN LÄÄKÄRI KERTOO ITSESTÄÄN	116
6.1	Itsestäkertominen relationaalisena viestintänä.....	117
6.2	Lääkärin itsestä kertominen potilassuhteessa.....	119
6.3	Miten potilaat vastaavat lääkärin itsestäkertomiseen?	124
7	AUTONOMISUUDEN JA RIIPPUVAISUUDEN DIALEKTIikka:	
	POTILAAN OSALLISTUMINEN	128
7.1	Valittu näkökulma.....	128
7.2	Potilaan osallistuminen ja yhteinen päätöksenteko tavoitteina	129
7.3	Potilaat ja osallistuminen päätöksentekoon	131
7.4	Mitä viestintätieteellisissä tutkimuksissa on tarkoitettu potilaan osallistumisella?	137
7.5	Lääkäri ja yhteinen päätöksenteko	138
7.6	Ongelman ratkaisu ja päätöksenteko	141
7.7	”Pitää kysyä” – ”ei tarvitse tietää”: tietämisen jännitteistä maastoa	143
8	ENNUSTETTAVUUDEN JA YLLÄTYKSELLISYYDEN DIALEKTIikka: INTERAKTIIVISUUDEN LAATU JA DIALOGIN MAHDOLLISUUS	150
8.1	Lähtökohtia käsittelyyn.....	150
8.2	Interaktiivista ja näennäisinteraktiivista.....	151
8.3	Kysymyssarja: ei pahaa etteikö myös hyvää	155
8.4	Ennustettavuuden ja yllätyksellisyden jännitettä ylläpitävät käytänteet	160
8.5	Aittoa dialogia?	162
9	ARVIOINNIN JA HYVÄKSYMISEN DIALEKTIikka:	
	POTILAAKSI PÄÄSEMINEEN	171
9.1	Tulosityn vakuuttaminen	172
9.2	Käytänteiden tuntemisen velvollisuus.....	179
9.3	Epäilyksi tai loukatuksi tuleminen.....	180
10	POHDINTA JA TUTKIMUKSEN ARVIOINTI	184
10.1	Haasteita lääkäri-potilassuhteen ja -viestinnän tutkimukselle.....	184
10.1.1	Viestinnän ideaalit	184
10.1.2	Kontekstuaalisuus ja valta	187
10.2	Tutkimuksen luotettavuus.....	191

10.2.1 Validiteetin arvioinnin lähtökohdat	191
10.2.2 Teoreettisten ratkaisujen validiteetti	193
10.2.3 Aineisto ja sen analyysi	195
10.2.4 Tutkijan rooli	197
10.3 Jatkotutkimusaiheita	199
SUMMARY.....	203
LÄHTEET	209

ESIPUHE

Lääkäri-potilasviestintä on ollut yksi terveysviestinnän tutkituimmista aiheista. Näin ollen siinä ei ole sitä välitöntä kutsuvuutta, jota vähemmän tutkitut aiheet tarjoavat. Myös kantavan tutkimustehtävän muotoutuminen voi viedä yllättävän paljon aikaa. Kun aloin perehtyä puheviestintätieteessä tehtyihin lääkäripotilasviestinnän tutkimuksiin ja tarkastella tutkimustietoa suhteessa omiin ja lähimmäisten kokemuksiin, huomasin useamman kerran, että tutkimuksesta välittyvä näkemys ei vastannut kokemuksia tai että joitakin oleellista niistä jäi huomiotta. Työskentelyn edetessä tuntuman varainen näkemys alkoi muotoutua kysymykseksi siitä, millaisesta suhteesta puhutaan, kun puhutaan lääkärin ja potilaan välisestä viestintäsuhteesta, millaisena sitä on tarkasteltu puheviestintätieteessä ja mitä siitä sanovat lääkärit ja heidän potilaansa. Tästä kiinnostuksesta on tämä työ lähtenyt liikkeelle vuosia sitten.

Professori Matti Leiwoa kiitän siitä, että päädyin terveysviestinnän ja lääkäri-potilasviestinnän äärelle muiden aihetarjokkaiden joukosta. Professori Maarit Valoa kiitän työn ohjaamisesta ja suuresta avusta työn päätökseen saattamisessa. Professori Aino Salliselle olen kiitollinen kannustuksesta työn ratkaisevassa vaiheessa. Väitöskirjani esitarkastajat dosentti Pekka Isotalus ja dosentti Antti Uutela antoivat kannustavaa ja kriittistä palautetta työstäni. Kiitän lämpimästi heitä siitä.

Sisällöllisestä ja henkisestä tuesta työn alkuvuosina kiitän "tiedepiiriämme" eli Anne Alannetta, Tiina Liimataista ja Eeva Takalaa. Ilman yhteistä perehtymistämme tutkimuksen ja opetuksen kysymyksiin olisin nyt montaa ajatusta ja oivallusta köyhempi. Lisäksi uskoni kollektiivisuuteen tutkimustyössä ja sen merkitykseen tieteellisen tiedon rakentumisessa todellistui entisestään. Erityisesti kiitän Saila Poutiaista ja Eeva Takalaa käsikirjoitukseni ongelmallisten osien lukemisesta ja niistä saamastani arvokkaasta palautteesta. Tarja Kettusta haluan kiittää yhteistyöstä terveysviestinnän alueella. Teija Lukkarille olen sydämestäni kiitollinen kaikenkattavasta tuesta ja jakamisesta. Kiitoksen ansaitsevat myös kaikki ne viestintätieteiden laitoksen työtoverit, joiden kanssa olen arkea elänyt ja saanut yhdessä myös nauraa.

Työn kieliasua on huoltanut Vesa Jarva, ja englannin kielisen osuuden on tarkistanut Michael Peacock. Pertti Snellman ja Seppo Pesonen auttoivat aineiston keräämisen teknisten ongelmien ratkaisemisessa, ja työn painokuntoon saattamisessa avustivat Pekka Olsbo ja Marja-Leena Tynkkynen. Kiitän heitä siitä.

Tutkimukseen saamastani taloudellisesta tuesta kiitän Koneen säätiötä, Jyväskylän yliopistoa, humanistista tiedekuntaa ja viestintätieteiden laitosta. Suomalaiselle Konkordia -liitolle ja viestintätieteiden laitokselle kiitos saamistani kongressimatka-avustuksista. Työskentelymahdollisuuksien tarjoamisesta kiitän viestintätieteiden laitosta ja Jyväskylän yliopistoa. Erityisen lämpimän kiitoksen yhteistyöstä ansaitsevat tutkimukseen osallistuneet lääkärit ja heidän potilaansa sekä järjestelyissä avustanut lääkärikeskusten henkilökunta.

Olen vilpittömän kiitollinen Arille ja lapsilleni Sannille ja Iirolle. He ovat olleet sopivan lähellä, mutta myös riittävän kaukana, niin että eivät menettäneet ote-
taan elämän iloisein asioihin edes työn useina varjoisina vuosina. Kiitän, että he
pitivät puolensa.

Kiitän myös vanhempiani Eevaa ja Erkkiä, veljiäni Marttia ja Teuvoa ja eri-
tyisesti kaksoissisartani Eija-Mariaa sekä mummoani Mariaa, joka ei ole enää
täällä.

Vaajakoskella toukokuun 22. päivänä 2003

Maija Gerlander

1 JOHDANTO

Lääkärin ja potilaan kohtaaminen on aihe, joka herättää usein keskustelua ja tunteita. Potilaiden lääkärisäkäyntikertomuksista voi kuvastua, että heillä on erilaisia käsityksiä siitä, millainen suhde lääkäri-potilassuhde on. Joku menee lääkäriin kuin autonkorjaajalle odottaen, että ”kone saadaan kuntoon”. Toinen suhtautuu lääkäriin tuttavanaan, kolmas näkee lääkäriissä vanhempansa ja joku pitää lääkäriä asiakaspalvelijana. Käsitusten kirjavuus kertoo lääkäri-potilassuhteen moniaineisuusudesta, mutta se viittaa myös mahdollisiin konflikteihin sekä suhteessa ilmeneviin jännitteisiin. Esimerkiksi potilaiden ja lääkäreiden erilaiset käsitykset siitä, miten suhteessa toimitaan ja mitä toiselta osapuolelta odotetaan, ovat yleinen konfliktien lähde lääkäri-potilassuhteessa (Vanderford, Stein, Sheeler & Skochelak 2001). Ei siis ole ihme, jos lääkäri-potilassuhdetta on usein kuvattu konflikteja ruokkivaksi ja ongelmalliseksi.

Potilaiden erilaiset käsitykset lääkäri-potilassuhteesta ilmentävät osaltaan lääkäri-potilassuhteessa tapahtuneita muutoksia. Lääkäri-potilasviestinnän tutkimuksissa suhteen muuttumista on pidetty esillä ja sitä on myös tavoiteltu viimeisten 20 vuoden ajan. Perinteisistä biomedikaalis-paternalistisista lääkäri-potilassuhteista, joissa potilas on nähty passiivisena objektina, on siirrytty ja haluttu siirtyä kohti suhteita, joissa korostuu potilaan osallistuminen ja yhteinen päätöksenteko. Viimeisimpinä esille ovat nousseet kuluttajakeskeiset tai konsumeristiset lääkäri-potilassuhteet (ks. Gwyn 2002, 90). On esimerkiksi esitetty, että yksityisessä terveydenhoidossa suunta on ollut kohti epävirallisempaa ja kuluttajamaisempaa lääkäri-potilassuhdetta (Wiles & Higgins 1996). Konsumeristisuus eli lääkäri-potilassuhteen näkeminen potilaan oikeuksia ja hänen markkina-arvoaan korostavana kuluttajasuhteena on noussut esille viime vuosina lääkäri-potilasviestinnän tutkimuksissa.

Muutos lääkäri-potilassuhteissa ei kuitenkaan ole näin suoraviivainen. Todellisuudessa samaankin lääkäri-potilassuhteeseen sisältyy elementtejä eri malleista, kuten paternalistisesta lääkärikeskeisyydestä ja yhteistyöstä. Erilaisen suhdemallien olemassaolosta syntyy jännitteitä, jotka ilmenevät vuorovaikutuksessa ja osapuolten kokemuksissa. Jännitteistä kertoo esimerkiksi se, että tutkimuksissa on saatu toistuvasti tulokseksi, että osa potilaista ei halua osallistua aktiivisemmin päätöksentekoon ja pitää lääkärikeskeistä mallia itselleen so-

veltuvimpana. Tilanne voi olla myös niin, että lääkäri pyrkii nostamaan esille potilaan ongelman psykososiaalisia tekijöitä (esimerkiksi stressi tai uupumus), mutta potilas haluaakin turvautua biomedikaaliseen kehykseen ja ratkaisuun (Vanderford, Stein, Sheeler & Skochelak 2001, 278). Vaikka lääkäri-potilassuhteet näyttäytyvät tasavertaisempina kuin ennen, niin silti traditionaaliset vuorovaikutusasetelmat eivät ole kadonneet minnekään.

Voidaan ajatella, että on olemassa tekijöitä, jotka estävät siirtymistä äärimmäiseen kuluttajamaisuuteen mutta jotka myös estävät lääkärin ja potilaan tasavertaista kumppanuutta ja yhteistä päätöksentekoa. Tällaisia ovat Wilesin ja Higginsin (1996, 352) mielestä esimerkiksi lääkäri-potilassuhteen perusluonne, erilaiset terveydenhoidon institutionaaliset rakennetekijät sekä lääkärin valta. Tältä pohjalta katsottuna lääkäri-potilassuhde näyttäytyy suhteena, johon sisältyy vastakkaisiin suuntiin vaikuttavia voimia tai ristiriitaisia elementtejä, jotka synnyttävät jännitteisyyttä.

Tässä tutkimuksessa lääkäri-potilassuhteen tai -viestintäsuhteen (näitä käsitteitä tarkastellaan luvussa 1.3) jännitteet ovat sekä teoreettinen että empiirinen tutkimuskohde.

1.1 Työn tavoitteet

Kaikkiin sosiaalisiin suhteisiin voidaan nähdä sisältyvän jännitteisyyttä, mutta tässä työssä jännitteisyys nähdään lääkäri-potilassuhteen ominaisena luonteena. Työn tavoitteena on perustella tätä lähtökohtaa ensinnäkin teoreettisesti. Siinä pyritään selvittämään, miten lääkäri-potilassuhteeseen sisältyviä ja siinä ilmenviä jännitteitä ja jännitteisyyttä voidaan teoreettisesti lähestyä ja sitä kautta myös ymmärtää ja selittää. Tähän tavoitteeseen pyritään rakentamalla erilaisista teoreettisista näkökulmista koostuvaa viitekehystä, jota kutsutaan dialektisesti suuntautuneeksi viitekehyyksi eli lyhyemmin dialektikseksi viitekehyykseksi. Dialektinen-käsitettä käytetään sen *yleisessä merkityksessä* viittaamassa vastakkaisten voimien tai suuntausten ilmenemiseen tai olemassaoloon. Dialektisuutta ei siis ankkuroida mihinkään tiettyyn filosofiseen suuntaukseen, esimerkiksi Hegelin tai Kantin näkemyksiin dialektiikasta. Lisäksi dialektiikan ydin on tässä työssä vastakohtien välisissä jännitteissä, ei vastakohdissa sinänsä.

Jännitteet tutkimuskohteena tarkoittaa sitä, että tutkimuksen teoreettisten näkökulmien on pystyttävä käsittelemään ristiriitaisia elementtejä tai voimia. Lisäksi niitä on pystyttävä soveltamaan sosiaalisen suhteen ja sen viestinnän tarkasteluun. Tämän tutkimuksen kolmea teoreettista näkökulmaa yhdistää jännitteisyyden tai dilemmattisuuden periaate sekä se, että niiden kaikkien fokus on ihmisten välisissä suhteissa joko suoraan tai siihen välittömästi vaikuttaen. Dialektisen viitekehyyksen teoreettisina näkökulmina käsitellään

- a) *sosiaalisten suhteiden päämotiivien vaihdon ja rakkauden välistä jännitettä* (Bauman 1990/1997), ja sen ilmenemistä lääkäri-potilassuhteen kal-

taisissa suhteissa. Vaihdon ja rakkauden motiivien välisen jännitteen ajatellaan kuvastavan lääkäri-potilassuhteen jännitteistä dynamiikkaa.

- b) *relaationaalista dialektiikkaa* (Baxter & Montgomery 1996), joka käsittelee myös suhteiden perusdynamiikkaa, mutta viestinnällisemmästä näkökulmasta. Työn keskeisenä tavoitteena on relaationaalista dialektiikkaa soveltaen nimetä ja kuvata lääkäri-potilassuhteen relaationaalisia jännitteitä. Tämän vuoksi relaationaalinen dialektiikka on myös työn teoreettinen päänäkökulma
- c) *ihmissuhdeasiantuntijaa koskettavaa ideologista dilemmaa*, joka nousee demokraattisuuden ja tasa-arvoisuuden ja toisaalta asiantuntijuuden ylläpitämisen välisestä ratkaisemattomasta ristiriidasta, mikä konkretisoituu jännitteinä lääkärin ja potilaan väliseen viestintäsuhteeseen (Billig ym. 1988). Tämä ihmissuhdeasiantuntijan ideologinen dilemma ja sitä ilmentävä ystävällisen asiantuntijan paradoksi liittää lääkäri-potilassuhteen yhteiskunnalliseen kontekstiin. *Dialektisen viitekehyyksen esittäminen ja lääkäri-potilassuhteen relaationaalisten jännitteiden nimeäminen ja kuvaaminen* on tämän työn tärkein tavoite.

Työn empiirisenä tavoitteena on kuvata työssä nimettyjä relaationaalisia jännitteitä käytännössä eli työssä tarkastellaan sitä, miten relaationaaliset jännitteet ilmenevät tai rakentuvat lääkärin ja potilaan välisissä viestintäprosesseissa sekä lääkäreiden ja potilaiden kokemuksissa tai käsityksissä. Näin ollen empiirisessä tarkastelussa tuodaan myös esille merkityksiä, joita lääkärit ja potilaat liittävät tiettyihin jännitteitä ilmentäviin viestinnällisiin käytänteisiin tai piirteisiin. Kerättyyn haastattelu- ja kuvanauha-aineistoon sekä tutkimuskirjallisuuteen tukeutuen siis osoitetaan, miten kuvattujen relaationaalisten jännitteiden kautta voidaan tarkastella ja on mielekästä tarkastella lääkärin ja potilaan välistä viestintäsuhdetta. Luvusta 4.4 käy ilmi, mitä ovat lääkäri-potilassuhteen relaationaaliset jännitteet ja millaisten viestinnällisten piirteiden tai käytänteiden kautta niitä tarkastellaan.

Dialektisen tai dialogisen näkökulman soveltaminen lääkäri-potilassuhteen tarkasteluun ei ole sinänsä uutta. Bahtinilaista näkökulmaa ovat tutkimuksissaan soveltaneet esimerkiksi Engeström (1999), joka tarkasteli väitöskirjassaan mm. lääkärinvastaanottokeskustelujen moniäänisyyttä nimeämiensä sosiaalisten äänien näkökulmasta, ja Puustinen (2000), jonka työ käsitteli lääkärin ja potilaan vuorovaikutusta Bahtinin dialogisen merkkiteorian valossa. Tämän tutkimuksen keskeisintä näkökulmaa, relaationaalista dialektiikkaa, ei kuitenkaan ole vielä sovellettu lääkäri-potilassuhteen tarkasteluun, vaikka se on nähty tutkimuksellisesti kiinnostavana. Esimerkiksi Rimal (2001, 93-94) ehdottaa seuraavasti:

"Our study of physician-patient interactions could benefit immensely if we draw from extant work on interpersonal relationships. In a broad theoretical context, we could ask about the extent to which dialectics in the physician-patient interaction mirror those documented in other (e.g. intimate) interpersonal relationships. For example, what are some of the dialectics or tensions faced by both physicians and pa-

tients and what strategies do they use to negotiate a mutually acceptable resolutions?”

Kuten huomataan, tämä tutkimus pyrkii vastaamaan suurimpaan osaan Rimalin esille nostamista kysymyksistä. Lisäksi uudenlaisen sovellusalueen myötä työhön liittyy myös viestintätieteen teorian arvioimisen ja edelleen kehittelyyn liittyviä tavoitteita.

Vaikka tämä tutkimus on viestintätieteen osa-alueen, terveystieteen, tutkimusta, sillä on myös viestintätieteen ydintasoja koskettavaa kantavuutta. Viestintätieteen intellektuaalista rakennetta käsitellyt Powers (1995) pohtii konteksti- ja tilannespesifien tutkimusalueiden (kuten terveys, laki, uskonto ja opetus) merkitystä ja suhdetta yleisempiin tieteenalan ydinkysymyksiä edustaviin tutkimusalueisiin. Tällaisia ovat viestiin, viestijään, viestijän ja viestin suhteeseen ja viestinnän eri tasoihin liittyvät kysymykset. Powersin (1995, 211) mukaan konteksti- tai tilannespesifin tutkimuksen, kuten terveystieteen oikeutus perustuu siihen, että se

- lisää ymmärrystä viestinnästä tietyssä kontekstissa ja
- edistää viestinnän ydinalueisiin liittyvien teorioiden kehittelyä toimimalla niiden sovelluskohteina. Toisaalta viestinnän ydinteorioiden soveltaminen spesifeihin konteksteihin voi myös johtaa niiden uudelleenarviointiin, mikäli ne esimerkiksi osoittautuvat riittämättömiksi selittämään tai kuvaamaan spesifin kontekstin elementtejä.

Tämä tutkimus liittyy molempiin edellä esitettyihin tavoitteisiin, koska siinä pyritään tekemään ymmärrettäväksi viestintää tietyssä kontekstissa mutta siinä myös sovelletaan henkilökohtaisten suhteiden tarkastelussa käytettyä relationaalista dialektiikkaa uudenlaiseen kontekstiin. Tähän soveltamiseen sisältyy myös aiemman teoreettisen jäsenyyksen arvioimista ja edelleen kehittämistä kyseiseen kontekstiin soveltuvaksi. Näin ollen työ on tietyn viestinnän erityisalueen tutkimusta, mutta se suuntautuu myös viestintätieteen ydintasoille.

Otteeltaan ja tavoitteiltaan tätä työtä voi luonnehtia sekä teoreettis-käsitteelliseksi että empiiriseksi työksi, vaikka teoreettis-käsitteellinen näkökulma työssä korostuu. Niiniluoto (1980, 16) pitää teoreettis-käsitteellisen tutkimuksen tehtävinä a) problematisointia eli erilaisten tieteenalalla esitettyjen käsitysten kyseenalaistamista, b) eksplikointia eli epäselvästi tai epäsuorasti ilmaistujen käsityksen selvittämistä ja muotoilua ja c) argumentointia eli aikaisempien tulosten ja käsitysten pätevyuden arvioimista esittämällä perusteluja ja vastaperusteluja. Tässä työssä näistä tehtävistä tavoitellaan ennen kaikkea argumentointia ja eksplikointia.

Yleisesti kuvattuna luvut 3–4 ovat ensisijaisesti teoreettis-käsitteellistä tarkastelua, kun taas relationaalisia jännitteitä käsittelevissä luvuissa 5–9 tarkastelu pohjautuu keskeisesti empiiriseen aineistoon. Kuten tutkimuksen tavoitteista voi päätellä, empiirisen tarkastelun tehtävänä on kuvata ja havainnollistaa relationaalisten jännitteiden sisältöä ja ilmenemistä. Kuitenkin myös työn teoreettisissa luvuissa 3 ja 4 käsitellyn nostetaan kuvaavia aineisto-esimerkkejä.

1.2 Käsiteratkaisut

1.2.1 Suhde ja viestintä: muna ja kana

Käytän työssäni käsitteitä *lääkäri-potilassuhde* ja lääkärin ja potilaan välinen *viestintäsuhde*, jonka ymmärrän synonyymiseksi ilmauksen *lääkäri-potilasviestintä ja -suhde* kanssa. Pääasiassa tukeudun viestintätieteellisen kirjallisuuden tavoin käsitteeseen lääkäri-potilassuhde. Kuitenkin esimerkiksi työn otsikossa ja myös muualla tekstissä käytän käsitettä viestintäsuhde korostamaan näkemystä suhteen viestinnällisestä luonteesta. Lääkäri-potilassuhde nähdään tässä työssä perus- eli ontologiselta luonteeltaan viestinnälliseksi: viestinnässä toteutetaan suhteeseen liittyviä tavoitteita ja tehtäviä ja siinä myös määritellään suhteen luonnetta ja ilmennetään sen laatua. Viestintä puolestaan ymmärretään dialektisen hengen mukaisesti jännitteiden kautta, ei konsensusta korostavana jakamisena, kuten useimmissa tutkimuksissa. Tällöin myös suhteen nähdään olevan jännitteissä. (Ks. Baxter & Montgomery 1986, 235.)

Koska se, miten tässä työssä ymmärretään viestintäsuhde ja suhde, pohjautuu käsitykseen siitä, millainen on viestinnän ja suhteen yhteys, käsittelen seuraavaksi lyhyesti tätä teemaa.

Relationaalisuutta, dialogisuutta ja sosiaalisuutta korostavissa viestintäteoreettisissa näkökulmissa suhteen ja viestinnän (kielen) yhteys nähdään kiinteänä ja suhde nähdään ennen kaikkea viestinnällisesti. Relationaalisessa viestinnässä on kysymys juuri suhteiden tarkastelemisesta. Relationaalisen viestinnän perusidean mukaan viestinnässä on aina mukana myös relationaalinen ulottuvuus, jossa määrittäyty toimijoiden välisen suhteen luonne ja suhde on siis viestinnän tulosta (ks. esim. Littlejohn 2002, 235). Rogersin (1998, 70) mukaan relationaalisesta näkökulmasta suhteet ovat muuttuvia, eläviä muotoja, jotka luodaan osapuolten välisessä vuorovaikutuksessa. Yhdenmukaisesti myös Baxter ja Montgomery (1996, 4) kiteyttävät Bahtinin dialogismiin pohjaavan relationaalisen dialektiikan fokuksen olevan ystävyysuhteiden, aviosuhteiden ja perhesuhteiden viestinnällisessä ilmenemisessä (the communicative enactment). He laajentavat viestinnällistä näkökulmansa ulottumaan kaikkialle sosiaaliseen elämään, joka heidän mukaansa toteutuu ja elää ihmisten välisissä viestinnällisissä käytänteissä. (Tämä lähtökohta on liitettävissä sosiaaliseen konstruktionismin perusajatukseen todellisuuden sosiaalisesta rakentumisesta (ks. Berger & Luckmann 1967)).

Näkemykset eroavat siinä, miten vahvasti viestinnällisenä suhde nähdään. Jos suhde määritellään omaa ja toisen käyttäytymistä koskeviksi odotuksiksi, jotka ovat muotoutuneet osapuolten välisessä vuorovaikutuksessa (ks. Littlejohn 2002, 235), tällöin suhde ymmärretään keskeisesti kognitiiviseksi, vaikkakin kognitioiden syntyminen perustuu vuorovaikutukseen. Suhde voidaan määritellä myös osallistujien konstruoinnin kautta: suhde on olemassa silloin, kun osallistujilla on tunne siitä, että he ovat suhteessa toisen kanssa (Duck 1988, 2).

Sosiaalisen viestinnän teorian kehittäjälle Sigmanille (1995; 1998) suhde on erityisen vahvasti viestinnällinen. Hän (1995, 190) määrittelee suhteen sosiaaliskulttuuriseksi merkityskategoriaksi, jonka tietyssä kulttuurissa olevat jäsenet todellistavat viestissään toistensa kanssa. Tällöin he tuottavat suhteen toistensa välille sekä myös suhteeseen liittyvät oikeudet ja velvollisuudet. Sigmanin (1995, 190) mukaan ei siis voida ajatella, että viestintä saisi alkunsa olemassa olevasta suhteesta (toisin sanoen suhde olisi ennen viestintää olemassa oleva entiteetti), vaan pikemminkin suhde on jatkuvassa *käyttäytymisen tai viestinnän virrassa oleva paikka tai sijainti*, jolloin viestintä on ensisijainen ilmiö, jossa ja josta suhde aktualisoituu. Tällöin yksilöä ja persoonaa ei ajatella perinteisessä mielessä psykologisesta näkökulmasta kognitiivisena tiettyjä piirteitä omaavana persoonallisuutena vaan diskursiivisesti viestinnässä rakentuvana merkitysklusterina: toimijat eivät siis ole viestinnän tuottajia vaan tuotteita (ks. Sigman 1995, 189). (Samankaltainen näkemys sosiaalisen identiteetin ensisijaisuudesta autonomiseen yksilöön verrattuna sisältyy myös relationaaliseen dialektiikkaan (ks. Baxter & Montgomery 1998)).

Viestinnällisestä näkökulmasta sosiaaliset suhteet eivät myöskään ole pysyviä entiteettejä tai tiloja, vaan dynaamisia prosesseja, jotka muotoutuvat sosiaalisen yhteisön odotusten ja menettelytapojen mukaan (Sigman 1995, 190). Niistä neuvotellaan aina tietyssä kulttuuris-sosiaalisessa viitekehyksessä, johon sisältyy henkilöitä, valtaa ja suhdetta koskevia rajoitteita (Sigman 1995, 191; ks. Fitch & Sanders 1994). Näin ollen suhteet ovat luonteeltaan kulttuurisia konstruktioita. Kulttuurista näkökulmaa edustaa esimerkiksi Fitch (1998) tarkastellessaan interpersonaalista ideologiaa, jolla hän tarkoittaa persoonaa, suhdetta ja viestintää koskevia kulttuurisia premissejä, joita ihmiset käyttävät muotoillessaan toimintatapoja toisiaan kohtaan ja tulkitessaan toistensa toimintaa. (Kulttuurisesta tarkastelusta suhteisiin ks. myös Carbaugh 1994; Fitch 1994; Wilkins 2000.)

Näin ollen meillä on tietyn kulttuurin tai yhteisön jäsenenä tietoa siitä, milloin määrittelemme suhteen juuri tietynlaiseksi, esimerkiksi ystävyysuhteeksi, parisuhteeksi tai hoitosuhteeksi, millainen viestintäkäyttäytyminen merkitsee tietynlaisessa suhteessa olemista ja mitä tietyssä suhteessa olevilta odotetaan (käyttäytymisnormit, oikeudet, velvollisuudet). Tätä kaikkea suhteeseen liittyvää tietoa me käytämme toimiessamme sekä tulkitessamme ja arvioidessamme toistemme tai omaa toimintaamme tietyssä suhteessa. Esimerkiksi tulkittaessa ja arvioitaessa suomalaista lääkäri-potilassuhdetta arvioinnin taustalla on yleinen sosiaaliskulttuurinen tieto kyseisen suhteen luonteesta (millainen lääkäripotilassuhde on) ja niistä normatiivisista odotuksista, miten kummankin osapuolen on hyvä toimia, miten he saavat tai miten heidän pitää suhteessa toimia. On muistettava, että kulttuurinen määrittely ei tarkoita yhtä, yhdenmukaista määrittelyä, vaan siihen voi kuulua erilaisia ja jopa ristiriitaisia määrittelyjä.

Sosiaalisen kontekstin ja viestinnän yhteys on vastavuoroinen, eli sosiaalista kontekstia koskeva tieto otetaan huomioon neuvotellessa ja määriteltäessä suhdetta ja toisaalta viestinnässä tuotetaan aina uudestaan tietty kulttuurisen ja sosiaalisen kontekstin piirteet. Näin ollen tutkimuksellisesti voidaan tarkastella

viestintään vaikuttavia kontekstitekijöitä (diskurssianalyttisissä tutkimuksissa puhutaan esimerkiksi reunaehdoista), mutta toisaalta näkökulmana voi olla kontekstin tuottaminen ja uusintaminen vuorovaikutuksessa. Myös sosiaaliset identiteetit (diskurssianalyttisessä otteessa käytetään usein termejä *positio*, *diskurssikehys*) katsotaan viestintäprosessin tuotteiksi, jolloin niitä ei pidetä staattisina ominaisuuksina (ks. Goodwin & Duranti 1992). Tästä näkökulmasta viestintäprosessien voidaan sanoa tuottavan lääkärin ja potilaan välisen suhteen ja ylläpitävän institutionaalista vuorovaikutusta (Drew & Heritage 1994, 4; Hopper 1995), mutta myös suhteen konteksti vaikuttaa siihen, miten siinä viestitään.

Vaikka suhde nähdäänkin viestinnällisesti rakentuneena, vahvemmin kuten Sigman tai heikommin kuten Duck (1988), tämä ei kuitenkaan tarkoita, että viestintä ja suhde olisivat samanlaisia. Suhteen ja viestinnän erilaisuutta pohtii mm. Sigman (1995, 192), jonka mukaan niissä on kyse eritasoisista ja erilaisista prosesseista: "...the behavioral units and their structural arrangements that engender face-to-face interaction are not the same as those that engender relationships". Sosiaalinen suhde ja viestinnässä rakentuva suhde perustuvat erilaiseen selitysjärjestelmään: sosiaalisten suhteiden, kuten ystävyys- ja parisuhteen tai esimies-alaisuuden, taustalla vaikuttaa sosiaalinen järjestys (*social order*), kun taas viestintäsuhteen, kuten puhujan ja kuulijan, kysyjän ja vastaajan tai esiintyjän ja yleisön välinen suhde, pohjautuu viestintäprosessiin sisäiseen järjestykseen (*interactional order*). Taustalla olevien prosessien erilaisuus tulee esimerkiksi esille, kun ryhdytään määrittelemään viestintäsuhteen ja sosiaalisen suhteen alkamista ja päättymistä. Viestintäsuhteen (esim. puhelinkeskustelun) alkaminen ja päättymisen on yleensä hyvin selkeää, mutta sosiaalisen suhteen alkamisen ja päättymisen rajat ovat erittäin liukuvia. Esimerkiksi ystävyys- tai parisuhteen alkaminen tai päättymisen voi tuntua lähes mahdottomalta määrittellä. Myöskään lääkäri-potilassuhteen alkamisen ja päättymisen määrittelyminen ei ole ongelmattonta. (Sosiaalista suhdetta ja viestintäsuhdetta erottavista piirteistä ks. lisää Sigman 1995, 193–195.)

Näin sosiaalinen suhde ei ole sama kuin viestintäsuhde, vaikka ne ovatkin kietoutuneet vahvasti toisiinsa. Vaikka sosiaalisen suhteen olemassaolo ei ole sidottu viestintäprosessin toteutumiseen, se on kuitenkin riippuvainen siitä (Sigman 1995, 190–191). Jos suhde ymmärretään vahvasti viestinnällisenä, ontologisesti viestintäprosessiin kytkeytyvänä, vaikkakaan ei samana ilmiönä, tällöin jonkinlainen suhde toteutuu *aina* osanottajien välille. Näin ollen lääkärin ja potilaan välille syntyy relationaalinen suhde myös kertakäynneillä.

Suhde voidaan ymmärtää siten, että siihen kuuluvat tietty jatkuvuus ja osapuolten henkilökohtainen, vastavuoroinen tieto toisistaan tai erityiset odotukset toisten ja omaa käyttäytymistä kohtaan, mitkä puolestaan ovat pitkälti toistuvien viestintäprosessien tulosta (ks. esim. Valo 2000). Jatkuvuuden lähtökohdasta katsottuna ensikohtaamisissa ei voisi olla kyse suhteesta eikä siis jostaista lääkäri-potilaskohtaamista voida pitää lääkäri-potilassuhteena. Lääkäri-potilassuhde toteutuisi jatkuvissa lääkäri-potilaskontakteissa, mutta ei kertakäynneillä. Näin ollen aina eri lääkäriellä käyvällä ihmisellä voisi olla monta hoi-

tosuhdetta mutta ei välttämättä yhtään lääkäri-potilassuhdetta. Se, muuttuuko jokainen jatkuva hoitosuhde lääkäri-potilassuhteeksi, riippuisi siitä, millaista jatkuvuutta ja henkilökohtaista tietoa pidetään riittävänä lääkäri-potilassuhteen syntymiseksi. Tällaista suhteen ymmärtämistä kuvaa esimerkiksi suomen kielien suhde-sana, joka implikoi osapuolten välistä pitempää tuttavuutta ja affektiivis-emotionaalisesti virittyntä yhteyttä. Tässä tutkimuksessa lääkäri-potilassuhteen määrittely ei kuitenkaan perustu jatkuvuuteen. Sen sijaan keskeistä on tavoitteellisuus.

Professionaalis-institutionaalisissa asiantuntija-asiakaskohtaamisissa on otettava huomioon myös niiden perustuminen tiettyyn tavoitteeseen, kuten potilaan ongelman selvittämiseen tai oppijan ohjaamiseen. Esimerkiksi Duck ja Pittman (1994, 680–681) näkevät, että instrumentaalisuus (suhteen tavoitteellisuus) on indeksoitavuuden (suhteen nimeäminen) ja essentiaalisuuden (viestintä suhteen muotona) ohella yksi suhteen toteutumisen funktioista, ja siten sitä voidaan pitää myös yhtenä näkökulmana suhteen määrittelyssä. Näenkin, että lääkärin ja potilaan kohtaamisessa syntyy heti ensihetkestä lähtien suhde, jossa keskeistä on tietoisuus suhteen tavoitteellisuudesta ja sen tehtävästä. Tällöin lääkäri-potilassuhde päättyy, kun yhteistä tehtävää ei ole joko siksi, että tehtävä on saatu hoidettua tai siksi, että jompi kumpi osapuoli ei enää sitoudu yhteiseen tavoitteeseen.

1.2.2 Potilas, asiakas, kuluttaja vai potilaskuluttaja?

Jo tutkimuksen alussa huomasin horjuvani kahden käsitteen välillä: nimesin terveystalouden käyttäjää vaihdellen potilaaksi ja asiakkaaksi. Kumpikaan käsitteistä ei tuntunut selkeästi toista paremmalta. Potilas vai asiakas -pohdinnassa tulevat hyvin esille käsitteen merkitykseen liittyvät ongelmat. Käsitteiden kantavat mukanaan muitakin merkityksiä kuin vain sitä, jota termin käyttäjä tarkoittaa tai preferoi. Yhtenä syynä luoda uusia käsitteitä on juuri halu irrottautua vanhaan käsitteeseen sisältyvistä, ongelmallisiksi koetuista merkityksistä.

Potilas on hyvin ongelmallinen käsite, koska se viittaa sairauteen terveyden ja paranemisen sijasta ja implikoi vastaparikseen välttämättömän suhteen terveydenhoidon ammattilaiseen. Merkityssisällöltään siihen kuuluu Sharfin ja Streetin (1997, 4) mukaan potilaan näkeminen myöntäväisenä ohjeiden ja hoitojen vastaanottajana eikä aktiivisena toimijana.

"..the etymological symbolism of the term seems to work against a revised notion of a person with health concerns who strives to form a more collaborative partnership with a physician or other clinician, taking an active role in his or her own medical care decision making." (Sharf & Street 1997, 4).

Negatiiviset merkitykset ovat tarttuneet potilas-käsitteeseen paljolti lääkäri-potilassuhteeseen liitetystä ongelmasta, kuten esimerkiksi lääkärin ehdottomasta auktoriteettiasemasta ja potilaan alistamisesta. Potilas-sana on saanut kantakseen tällaisen lääkäri-potilassuhteen sisältöä.

Perinteistä, passiivista potilaan roolia on yritetty kiertää käyttämällä potilas-sanan sijasta sellaisia käsitteitä kuin *asiakas* (client), *kuluttaja* (health care consumer), *kumppani* (fellow) tai *partneri* (partner). (Englannin kielessä on käytetty myös sanaa citizen, jota suomen kielessä vastaisi sana kansalainen tai kuntalainen. Meillä ei kuitenkaan ole käytetty kyseistä käsitettä.) Kuitenkin myös näiden käsitteiden käytössä on sisällöllisiä ongelmia. Kuluttaja ja asiakas viittaavat ekonomistiseen ajatteluun: terveydenhoito on samanlainen rahassa arvioitava kulutushyödyke ja -palvelu kuin mikä tahansa rahalla ostettava asia. Kuluttaja tai asiakas valitsee itselleen sopivan toteutuksen ja toteuttajan tarjolla olevista vaihtoehdoista. Perustehtävän, potilaan hoitamisen ja lääkitsemisen sijasta keskeisimmäksi suhdetta määrittäväksi piirteeksi tulee rahallinen vaihto- ja hyötysuhde, jota kautta hoitosuhteet rinnastuvat muihin asiakaspalvelusuhteisiin. Sharfin ja Streetin (1997, 4) mukaan asiakas- ja kuluttaja-käsitteiden ongelma on se, että niihin ei sisälly esimerkiksi hyvinvoinnin fenomenologista ulottuvuutta, terveyteen ja sairauteen liittyviä kokemuksia eikä hoitosuhteeseen kuuluvaa emotionaalista tai humanistista dynamiikkaa.

Terveydenhoidon palveluja käyttävää henkilöä ei kuitenkaan voida pitää samalla tavalla kuluttajana kuin esimerkiksi kauneuspalveluja käyttävää henkilöä, koska terveysterveystyöpalvelut eivät ole kulutushyödykkeitä sanan varsinaisessa merkityksessä (Tuorila 2000, 34). Kuluttaja-käsitteen käyttöä rajoittaa myös se, että palveluksia tarvitseva ei välttämättä aina ole siinä kunnossa, että hän voisi aktiivisesti osallistua hoidosta päättämiseen, eikä hän välttämättä siihen tiedollisesti pysty (Tuorila 2000, 34–35). Kuitenkaan potilaasta puhuminen ei sovi enää Tuorilan (2000, 35) mielestä terveydenhoitopalvelujen käyttäjän kuvaamiseen, ei varsinkaan yksityisellä puolella. Tästä syystä Tuorila (2000, 35) käyttää omassa tutkimuksessaan yksityisen terveydenhoidon käyttäjästä käsitettä potilaskuluttaja, jossa potilaan asiantuntijavaltaan sitoutunut rooli sulautuu yhteen valinnanvapautta ja määräysvaltaa korostavan kuluttajan roolin kanssa. Tämä on hänen mukaansa tarpeellista, koska perinteinen potilas-käsite pakottaa yksityisen terveystyöpalvelun käyttäjän rooliin, joka ei hänelle enää sovi. Tätä kuvaa se, että yksityisen terveydenhoidon käyttäjä on kuluttajansuojalain piirissä toisin kuin julkisen sektorin käyttäjä. Toisaalta pelkästään kuluttajasta puhuminen puolestaan loisi haasteita, joihin yksityinenkään terveydenhoito ei pysty vastaamaan (Tuorila 2000, 35.) Tuorilan (2000, 45) mukaan potilasmaisuus ja kuluttajamaisuus voidaan kuvata jatkumona, jossa yksittäisen potilaskuluttajan paikka vaihtelee eri tekijöiden mukaan.

Partneri tai kumppani -käsitteet eivät puolestaan ole vakavasti otettavia vaihtoehtoja terveydenhoitokontekstissa (ks. esim. Sharf & Street 1997, 5), sillä ne tuovat väistämättä mukanaan merkityksiä, jotka liitetään niiden totuttuun käyttöyhteyteen. Partneri-käsitettä käytetään laajasti arkisessa viestinnässä puhuttaessa esimerkiksi seksipartnereista (ja nykyisin myös EU-projekteihin etsitään partnereita), ja parisuhteen osapuolista käytetään usein termiä kumppani. Tässä työssä olen päättänyt käyttämään potilas-käsitettä huolimatta siihen liittyvistä ongelmallisuuksista. Perustelen ratkaisuni seuraavasti:

- Lääkäri-potilassuhde on toimiva käsite viitattaessa yleisesti tietynlaisen suhteen prototyyppiin.
- Se on myös vakiintuneisuudessaan tunnusmerkittävämpi ja arkiempi muoto kuin esimerkiksi lääkäri-asiakas- tai lääkärikuluttajapotilassuhde, joita käytettäessä halutaan *korostaa* potilaan roolin erityistä puolta.
- Se myös noudattaa käännöksenä paremmin englanninkielisiä, viestinnän kirjallisuudessa yleisesti käytettyjä termejä "doctor-patient communication" tai "physician-patient communication". Jos kuitenkin viittaamassani kirjallisuudessa on käytetty esimerkiksi ilmausta "health care provider - client communication", olen kääntänyt sen alkuperäistä merkitystä paremmin kuvaavaksi hoidonantaja-asiakasviestinnäksi.
- Koska pääkiinnostuksen kohteena ei ole *yksityinen* terveydenhoito sinänsä, en tässä työssä käytä käsitteitä potilaskuluttaja tai potilasasiakas, vaikka niiden käyttö toisenlaisessa tutkimusasetelmassa (ks. Tuorila 2000) on relevantimpaa kuin potilas-käsitteen.

Jotta lukija saisi käsitystä viestintätieteessä tehdystä lääkäri-potilasviestinnän tutkimuksesta, luonnehdin sitä seuraavaksi lyhyesti. Tarkastelu koskee nimenomaan viestintätieteellistä tutkimusta, ei esimerkiksi sosiologiassa tai lääketieteen piirissä tehtyä lääkäri-potilasviestinnän tutkimusta.

1.3 Lääkäri-potilasviestintä viestintätieteen tutkimuskohteena

Hoidonantajan ja asiakkaan välinen viestintä on ollut yleisin terveysviestinnän tutkimuskohde (ks. Atkin & Marshall 1996, 480; Thompson 1998, 37)¹. Eniten tutkimuksissa on selvitetty lääkärin ja potilaan välistä viestintää. Kun puheviestintätieteellisessä kirjallisuudessa mainitaan interpersonaalinen terveysviestintä (ks. Thompson 1994) tai interpersonaalinen konteksti terveysviestinnän tutkimuksessa, tarkoitetaan terveydenhoidon asiantuntijan ja asiakkaan välistä viestintää, ja usein erityisesti vielä lääkäri-potilasviestintää (ks. Kreps 1988a; Kreps & Thornton 1992; Thompson 1994). Viime vuosina lääkäri-potilaskeskeisyys on vähentynyt ja myös muunlaiset hoidonantaja-asiakassuhteet sekä hoidonantaji-

¹ Thompsonin (1994) sekä Krepsin ja Thorntonin (1992) kuvauksissa interpersonaalinen viestintä terveydenhoidossa tarkoittaa nimenomaan terveydenhoidon ammattilais-asiakassuhteita. Lisäksi alueelle kuuluvat myös hoidonantajien väliset dyadisuhdet, vaikka niitä ei alueen tutkimuskirjallisuudessa juuri mainitakaan. On muistettava, että hoidonantaja-asiakastilanteet eivät välttämättä ole dyadisista. Rooliajattelua soveltaen eri osapuolia voi olla kaksi, mutta määrällisesti osallistujia voi olla kolme, esimerkiksi tilanteissa, joissa on potilas ja hänen lähiomaisensa sekä yksi ammattilainen. Asiakkaiden ja asiantuntijan välinen viestintä on jäsennettävissä myös kahden tai useamman ryhmän tai jopa kulttuurien väliseksi viestinnäksi.

en keskinäiset suhteet ovat nousseet interpersonaalisen terveystiedon tutkimuksen kohteiksi.

Lääkäri-potilasviestinnän sijoittaminen interpersonaalisen terveystiedon alueelle on sisältänyt ajatuksen, että lääkäri-potilasviestintä ja -suhde ymmärretään interpersonaalisina. Niiden pitäminen interpersonaalisina ei kuitenkaan ole ristiriidatonta. Esimerkiksi Burgoonin (1992, 103) mukaan terveydenhoidon ammattilaisen ja asiakkaan välistä viestintää ei voida pitää luonteeltaan interpersonaalisena. Myös Watsonin ja Galloisin (1998, 343) mielestä terveydenhoidon ammattilaisen ja asiakkaan välisen viestinnän tarkasteleminen pelkästään interpersonaalisena viestintänä on ongelmallista. Näkemys interpersonaalisuudesta riippuu luonnollisesti siitä, miten interpersonaalinen viestintä määritellään.

Esimerkiksi jos interpersonaalinen viestintä ymmärretään vallitsevan, *psykologisen paradigman* mukaisesti, tällöin lääkäri-potilasviestintä ja -suhde eivät ole lähtökohdallisesti interpersonaalisia. Psykologinen paradigma määrittelee viestinnän interpersonaalisuuden sen mukaan, miten *henkilökohtaista tai yksilöllistä tietoa* viestin lähettäjä käyttää viestinnässään (Berger & Bradac 1982; Miller & Stenberg 1975). Jos hän tukeutuu kulttuuriseen tai sosiologiseen tietoon, viestintä on ei-interpersonaalista, mutta jos hänen viestinnällinen ennakoitinsa perustuu psykologiseen tai henkilökohtaiseen tietoon, viestintä on interpersonaalista (Miller & Steinberg 1975, 22). Interpersonaalinen viestintä toteutuu, kun viestinnässä on päästy henkilökohtaiselle tasolle, sosiaalisten roolien välisestä viestinnästä persoonien väliseen viestintään.

Psykologisen näkökulman dominoivuus interpersonaalisen viestinnän tutkimuksessa (ks. Roloff & Anastasiou 2001, 53) on tarkoittanut sitä, että lääkäri-potilassuhteen kaltaiset suhteet ovat jääneet tavallisimmin alueen ulkopuolelle. Vaikka jokapäiväisessä elämässä julkiset ja muodolliset kohtaamiset ovat yleensä läheisiä ihmiskontakteja yleisempiä (Cupach & Spitzberg 1994, 317), niiden nimeäminen ei-interpersonaaliseksi on vähentänyt niiden tutkimuksellista merkitystä (Roloff & Anastasiou 2001, 53).

Kaikkein käytetyin teoreettinen lähtökohta lääkäri-potilasviestinnän tutkimuksessa on ollut terapeuttisen viestinnän malli. Terapeuttisen viestinnän malli perustuu humanistiseen psykologiaan, jonka keskeiset edustajat ovat Krepsin, Bonaguron ja Queryn (1998, 6) mukaan Ruesch (1963), Bateson (Ruesch & Bateson 1951) ja erityisesti Rogers (esim. 1967). Kaikki edellä mainitut korostivat terapeuttisen viestinnän merkitystä psykologisen terveyden edistämisessä. Heidän edustamallaan humanistisella näkökulmalla on ollut keskeinen vaikutus siihen, miten ja mistä näkökulmasta hoidonantaja-potilasviestintää on tarkasteltu ja myös arvioitu (Kreps, Bongaru & Query 1998, 6).

Rogersin terapeuttinen malli, kuten monet muutkin terapeuttisen viestinnän mallit, on kehitetty psykoterapian alueella, mutta sitä on sovellettu suoraan myös terveydenhoidon ammattilaisten ja asiakkaiden välisen suhteiden tarkasteluun (ks. esim. Ong 1995). Kun terveystiedon kirjallisuudessa käsitellään terapeuttista viestintää, tarkoitetaan juuri rogersilaisen, henkilökeskeisen terapiamallin piirteitä ilmentävää viestintää. Kreps ja Thornton (1992, 49, 51) ni-

meävät Rogersiin (1967) tukeutuen terapeuttisen viestinnän piirteiksi empatian, luottamuksen, rehellisyyden, vahvistamisen (confirmation) ja välittämisen, joita he pitävät myös tehokkaassa hoidonantaja-asiakasviestinnässä tarvittavina taitoina.

Terapeuttisen mallin periaatteita noudattavasta viestinnästä on tullut myös asiakaskeskeisen viestinnän normatiivinen malli: jos hoidonantaja haluaa olla asiakaskeskeinen, hänen viestintänsä tulee olla terapeuttisen mallin periaatteiden mukaista (ks. Northouse & Northouse 1998, 13). Myös Ong (1995, 904) toteaa, että hyvä lääkäri-potilassuhde on monissa tutkimuksissa määritelty nimenomaan terapeuttisten piirteiden perusteella.

Terapeuttisen viestinnän mallin ja yleensä humanistisen näkökulman soveltamista lääkäri-potilasviestinnän tutkimukseen voidaan luonnehtia normatiiviseksi. Tämä näkyy Burgoonin (1992, 103) mielestä siinä, että viestinnän tavoitteena terveydenhoidon kontekstissa on nähty altruistisen, prososiaalisen käyttäytymisen hyväksyttävyyden ja toivottavuuden ja samalla tavoiteltava viestijä-prototyyppi on määritetty avoimeksi, lämpimäksi ja huoltapitäväksi, lähimmäissuhteen kaltaiseksi. Tällainen viestijäprototyyppi ei Burgoonin käsitysten mukaan ole luonteenomainen hoitosuhteissa, ja sen vaikutus on jopa niiden luonnetta vääristävä. Myös Parks (1995, 485) ajattelee, että henkilökohtaisten ja läheisten suhteiden luomisen korostaminen hoitokonteksteissa saattaa olla vahingollista toiminnan tavoitetta ajatellen.

Humanistinen näkökulma näkyy lääkäri-potilasviestinnän tutkimuksissa myös niissä malleissa ja metaforissa, joiden avulla lääkäri-potilassuhdetta ja -viestintää on analysoitu ja myös arvioitu. Useimmiten lääkäri-potilassuhteet on tutkimuksissa jaettu neljään, paternalistiseen, kuluttaja-, yhteistyö- ja vetäytyneeseen malliin (Roter & Hall 1992; Roter 2000). Kukin malli eroaa toisistaan keskeisesti viestinnän piirteiden perusteella. Tavoiteltavaksi lääkäri-potilassuhteen malleiksi ovat nousseet yhteistyötä ja yhteistä päätöksentekoa korostavat mallit (ks. Emanuel & Emanuel 1994; Rimal 2001; Smith 1989), joiden pohjalta lääkäri-potilassuhdetta on kuvattu terapeuttisena resurssina (Måseide 1991, 548).

Barker ja Bento (1995) suhtautuvat kriittisesti humanistisiin lähestymistapoihin ylipäättään viestintätutkimuksissa. Ne ovat heidän (1995, 224) mukaansa rajoittavia, koska viestintä nähdään niissä keinona, jonka avulla luodaan uutta yhteisyyttä, yhteenkuuluvuutta sekä positiivisissä utopioita. Tällöin humanistisissa lähestymistavoissa ei keskeisintä olekaan tutkia sitä, miten asiat ovat, vaan sitä, miten niiden pitäisi olla (Barker & Bento 1995, 224). Tutkimuksista tulee eksplisiittisen normatiivisia.

Tämän tutkimuksen yhtenä lähtökohtana on ollut se, että siinä otetaan etäisyyttä ideaaleihin, juuri siksi että niiden kautta lääkärin ja potilaan välinen viestintäsuhte näyttäytyy vain suhteessa siihen, mitä tavoitellaan, eivätkä ne anna tilaa tutkia ilmiötä sellaisena kun se on. Siksi tässä tutkimuksessa on lähdetty kehittämään teoreettista lähestymistapaa, joka ei ole ilmeisen normatiivinen. (Lääkäri-potilasviestinnän ideaaleihin palataan luvussa 10.)

Viestintätieteellinen lääkäri-potilasviestinnän tutkimus, kuten terveysviestinnän tutkimus yleensä, on ollut leimallisesti ongelmakeskeistä: tutkimusten tavoitteena on ollut identifioida ongelmia ja ehdottaa erilaisia viestintästrategioita niiden ratkaisemiseksi (Cegala, McNeilis, McGee & Jonas 1995; Kreps 1992; Sharf & Street 1997). Tyypillisimmin terveysviestinnän tutkimukset ovat olleet korrelatiivisia vaikutustutkimuksia: niissä on etsitty viestintään liittyviä tai viestinnällisiä tekijöitä, jotka vaikuttavat hoidon ja toiminnan tuloksellisuuteen. Esimerkiksi lääkärin viestintäkäyttäytymisen ja potilaan tyytyväisyyden ja hoitomyöntyvyyden (compliance) väliset yhteydet ovat olleet selvästi suosituimmat tarkastelukohteet lääkäri-potilasviestinnän tutkimuksessa (Donohew & Ray 1990, 47; Thompson 1995, 708). Kuitenkin, runsaasta tutkimuksesta huolimatta, tutkimustulokset viestinnän ja tyytyväisyyden välillä ovat olleet ristiriitaisia. Myös tulokset viestinnän ja hoitomyöntyvyyden yhteyksistä ovat jääneet laihoiksi. Niin tarpeellista kuin ongelmien nimeäminen ja ratkaiseminen onkin, Sharfin ja Streetin (1997, 3) mielestä liiallinen ongelmalähtöisyys on kaventanut tutkimuksellista näkökulmaa. Tutkimuksen kohteina ovat olleet ongelmiksi nimetyt tai kehitettävänä pidetyt asiat, eivät viestintäprosessit tai ilmiöiden luonne sinänsä.

Lääkäri-potilasviestinnän ja myös terveysviestinnän tutkimusta onkin kritisoitu fragmentaariseksi, ateoreettiseksi ja reduktionistiseksi (Thompson 1994, 716; Zoppi & Epstein 2002, 375–376). Fragmentaarisuus näkyy siinä, että tutkimuksissa tarkasteltaviksi on valittu yksittäisiä suhteen segmenttejä tai viestintäprosessin tai -rakenteen piirteitä, esimerkiksi lääkärin kysymysstrategia, lääkäri-potilassuhteen tyyppi tai tietty tulosmuuttuja. Lisäksi tutkimuksista on puuttunut yleinen, kattava teoreettinen viitekehys (Zoppi & Epstein 2002, 375), mikä osaksi johtuu juuri tutkimuksen ongelmakeskeisyydestä.

Tutkimusten ongelmalähtöisyyteen sopii myös se, että erityisen runsaasti on kehitelty lääkäri-potilasviestinnän analyysijärjestelmiä, joiden avulla pyritään saamaan mahdollisimman tarkkaa, ensisijaisesti määrällistä tietoa lääkäri-potilasviestinnän sisällöstä. Koodausjärjestelmien kehittäjät ovat asettaneet tavoitteekseen luoda menetelmiä, joiden avulla voidaan diagnosoida lääkäri-potilasviestinnän tilaa, erityisesti potilaskeskeisyyden toteutumista. Kuitenkaan ei ole pystytty pääsemään yhteisymmärrykseen siitä, miten tulisi kehittää luotettava koodausjärjestelmä, joka ylittäisi yksittäisen tutkijan intressit ja ottaisi huomioon laajempia yhteyksiä. Eri analyysijärjestelmillä saadut tulokset ovat usein ristiriitaisia. Esimerkiksi tutkittaessa samaa aineistoa eri koodausjärjestelmät antoivat päinvastaisia tuloksia: toisella menetelmällä tarkasteltuna vuorovaikutus oli lääkärikeskeistä, ja toisella analysoituna se näytti potilaskeskeiseltä (Rimal 2001, 90). Tämä kertoo osaltaan aiheen tutkimuksen metodologisista ja tutkimusasetelmallisista ongelmista.

Lääkäri-potilassuhdetta kuvaavien tyyppiluokitusten lisäksi teoreettisina jäsentäjinä on käytetty erilaisia lääkäri-potilasviestintää kuvaavia malleja. Thompson (2001, 53) mukaan useat mallit perustuvat lääkäri-potilasviestinnän tutkimuksen läpikäymiseen ja sen pohjalta tehtyyn synteesiin. Esimerkiksi Ongin (1995) malli mukaillee yleisiä viestinnän prosessimalleja tarkastelemalla lää-

käri-potilasviestintään liittyviä tausta- tai syöttö-, prosessi- ja tulosmuuttujia². Erilaisia viestinnän muuttujia integroiva on myös Fredericksonin (1993) kehittelemä informaation prosessimalli. Prosessimallit toimivat hyvin esimerkiksi korrelatiivisissa tutkimusasetelmissä, kun tavoitteena on tarkastella taustamuuttujien, prosessimuuttujien ja tulosmuuttujien välisiä yhteyksiä. Kuitenkin mallien soveltaminen jää helposti pinnalliseksi, mahdollisen ilmiö- tai muuttujakentän kuvaamiseksi, ilman tarkempaa paneutumista niiden luonteeseen tai niiden väliseen dynamiikkaan. Ne eivät juurikaan tarjoa teoreettisia selityksiä sille, miten ja miksi jotkut piirteet korreloivat keskenään, eikä niitä käyttäen päästä tutkimaan ilmiöiden toteutumista viestinnässä. Cegala, McGee ja McNeilis (1996) puolestaan yhdistivät tutkimustietoa vuorovaikutuksen empiiriseen analyysiin, minkä tuloksena he kehittivät lääkärin ja potilaan viestintäkompetenssia koskevan mallin.

1.4 Lukuohjeita

Johdannon jälkeen työ etenee teoreettisesti painottuneista luvuista kohti empiirisiä osuuksia ja työn arviointia. Luku kaksi käsittelee tutkimusmenetelmää. Siinä kuvataan tutkimusaineisto ja sen analysointi sekä taustoitetaan dialektista otetta tutkimusmenetelmällisenä valintana. Tutkimusaineistoa ja sen käsittelyä koskevan luvun voi yhtä hyvin lukea lukujen 3 ja 4 jälkeen pohjustamaan yksittäisten relationaalisten jännitteiden käsittelyä eli lukuja 5–9.

Luvussa kolme tutkitaan lääkäri-potilassuhteen jännitteistä lähtökohtaa ja lääkärin asiantuntijuuteen sisältyvää dilemmaa. Siinä käsitellään sosiaalisten suhteiden ristiriitaisia motiiveja ja kohtaamisen kahdenlaista laatua, Zygmunt Baumanin näkemysten pohjalta, sekä lääkäriin asiantuntijana kohdistuvia ristiriitaisia arvoja (Billig ym.), jotka konkretisoituvat ystävällisen asiantuntijan paradoksissa.

Luvussa neljä käsittelee relationaalisen dialektiikan lähtökohtia ja aikaisempaa tutkimusta sekä arvioin niitä lääkäri-potilassuhteen näkökulmasta. Tämän jälkeen kuvaan lääkärin ja potilaan suhteen relationaalisia jännitteitä ja kuvaan niiden sisältöä. Luvuista 3 ja 4 muodostuu tutkimuksen dialektinen viitekehys, joka on kootusti esitettyinä luvun 4 lopussa. Dialektinen viitekehys avautuu kokonaisuudessaan paremmin, jos siihen palaa vielä relationaaliin jännitteisiin (luvut 5–9) perehtymisen jälkeen.

Seuraavissa luvuissa 5–9 kuvaan ja pohdin nimeämieni relationaalisten jännitteiden – relationaalisen välimatkan, kertomisen ja suojaamisen, autonomisuuden ja riippuvaisuuden, yllätyksellisyyden ja ennustettavuuden ja arvioinnin ja hyväksymisen – ilmenemistä lääkäri-potilassuhteessa. Näissä luvuissa

² Taustamuuttujia Ongin (1992, 914) systeemisessä mallissa ovat mm. kulttuuri, suhde-tyyppi ja sairauden piirteet; prosessimuuttujia instrumentaalinen ja affektiivinen viestintäkäyttäytyminen ja tulosmuuttujia tyytyväisyys, hoitomyöntyvyys ja tiedon muistaminen ja ymmärtäminen sekä terveydentila.

konkretisoidaan tutkimusaineiston analyysin pohjalta, miten tiettyjä viestinnällisiä käytänteitä ja niille annettuja merkityksiä voidaan tulkita ja tehdä ymmärrettäviksi kuvattujen relationaalisten jännitteiden avulla.

Tutkimuksen pohdintaa ja arviointia -luvussa tarkastelen kahta lääkäri-potilasviestinnän tutkimuksen teemaa, lääkäri-potilasviestintään ja -suhteeseen liittyviä ideaaleja sekä kontekstuaalisuutta ja valtaa. Pohdin mm. ideaalisten tavoitteiden haastetta lääkäri-potilasviestinnän tutkimukselle ja kontekstitekijöiden, kuten ajan, huomioonottamisen merkitystä tutkittaessa viestintää lääkäri-potilassuhteessa. Työn arvioinnissa käsittelemä aluksi validiteetin arvioimisen lähtökohtia, minkä jälkeen tarkastelen tämän tutkimuksen luotettavuutta, sen teoreettisia ja tutkimusmenetelmällisiä ratkaisuja. Lopuksi esitän tutkimuksen pohjalta nousevia keskeisiä jatkotutkimusmahdollisuuksia.

2 TUTKIMUSMENETELMÄT

2.1 Empiirinen aineisto

Tutkimusaineisto koostuu pääasiassa lääkäreiden ja heidän potilaidensa haastatteluista ja kuvanauhoitetuista vastaanottokäynneistä. Lisäksi mukana on yhden vastaanottokäynnin analyysiaineistoa. Tutkimusaineiston keräämistä varten oli saatu kyseisen alueen sairaanhoitopiirin eettisen toimikunnan lupa.

Keräsin aineiston kahdella yksityisellä lääkäriasemalla vuosien 1994 ja 1996 välisenä aikana. Tutkimukseen osallistuivat ensinnäkin ne lääkärit, jotka halusivat lähteä siihen mukaan, ja toiseksi ne heidän potilaansa, joilla oli vastaanotto sovittuina tutkimuspäivinä ja jotka suostuivat kuvanauhoitukseen tai haastatteluun. Potilaat allekirjoittivat kirjallisen suostumuksen ja lisäksi jokainen heistä sai tutkimusta koskevan esitteen, jossa oli informaatiota tutkimuksesta sekä vastuullisen tutkijan yhteystiedot. Taulukossa 1 on esitetty tutkimukseen osallistuneet potilaat, ja siitä käyvät myös esille potilaiden tunnistuskoodit: lääkäriin viittaava iso kirjain A, B, C, D tai E yhdistettynä numeroon, esimerkiksi C1. Lääkäreistä käytän yleiskoodia L tai spesifimmin La, Lb, Lc, Ld ja Le.

TAULUKKO 1 Tutkimukseen osallistuneet potilaat

Potilaan tunnus	Kuvaus	Käyntikerta	Kuvanauhoitus	Haastattelu
A1	iäkäs mies	1.	on	on
A2	keski-ikäinen nainen	1.	on	on
A3	nuori mies	2.	on	on
A4	lapsi (ja äiti)	1.	on	ei
A5	nuorehko mies	1.	on	on
B1	nuori mies	1.	on (ei kuvaa, vain ääni)	on

TAULUKKO 1 (jatkuu) Tutkimukseen osallistuneet potilaat

Potilaan tunnus	Kuvaus	Käyntikerta	Kuvanauhoitus	Haastattelu
B2	keski-ikäinen nainen	1.	on (ei kuvaa, vain ääni)	on
B3	iäkäs nainen	useita	on (ei kuvaa, vain ääni)	on
B5	keski-ikäinen mies	1.	on	on
B6*	iäkäs nainen	2.	on	on
B7	iäkäs mies	useita	on	on
B8	iäkäs nainen	1.	on	ei
B9	iäkäs nainen	useita	on	on
B10	keski-ikäinen mies	useita	on	on
B11	nuorehko nainen	useita	on	on
B12	keski-ikäinen mies	1.	on	on
B13	keski-ikäinen mies	1.	on	ei
B14 (*sama kuin B6)	iäkäs nainen	useita	on	on
B15	keski-ikäinen mies	2.	on	on
C1	nuorehko nainen	1.	on	on
C2	keski-ikäinen nainen	1.	on	ei
D1	keski-ikäinen nainen	useita	on	on
D2	lapsi (ja äiti)	1.	on	on
D3	lapsi (ja äiti)	1.	on	ei
D4	keski-ikäinen nainen	1.	ei	on
D5	lapsi (ja äiti)	1.	on	on
E1	keski-ikäinen mies	useita	on	on
E2	keski-ikäinen nainen	1.	on	on
E3	lapsi (ja äiti)	1.	on	on
E4	keski-ikäinen nainen	1.	on	on

Taulukossa 1 on esitetty vain ne käynnit, joista on saatu *joko haastattelu- tai kuvanauhamateriaalia* (n=30). Kuten siitä käy ilmi, joidenkin potilaiden käynneistä on sekä haastattelu- että täydellinen kuvanauhamateriaali (n=21). Joistakin on kuvanauhamateriaalia, mutta ei haastattelua, koska potilas ei halunnut haastattelua tai häneen ei lukuisista yrityksistä huolimatta saatu enää yhteyttä. Joista-

kin käytettäväksi jäi vain haastattelu, koska kuvanauhoitus epäonnistui täysin tai potilas suostui vain haastatteluun. Pääosa tutkimuksessa mukana olleista potilaista on keski-ikäisiä tai iäkkäitä naisia, miehiä oli mukana 11.

Haastatteluaineisto koostuu 25:stä potilaille tehdystä puhelinhaastatteluis- ta ja viiden lääkärin teemahaastatteluista. Kaksi lääkäreistä (d ja e) oli yleislää- käreitä ja kolme (a, b ja c) erikoislääkäreitä. Litteroin kaikki haastattelut ja mer- kitsin muistiin kielellisen sisällön lisäksi myös huomattavia taukoja, painotuk- sia ja päällekkäispuhetta. Litteroitavaksi valitsemisani vastaanottokäynneissä kiinnitin huomiota myös katsekäyttäytymiseen, eleisiin ja ilmeisiin. Tekstissä olevissa esimerkeissä esiintyy seuraavia yleisesti käytettyjä merkintätapoja:

L;(La)	lääkäri; esim. lääkäri a
P;(A5)	potilas; potilas A5
T	tutkija
[]	päällekkäispuhe
(.); (4)	lyhyt tauko; tauon pituus sekunteina
<u>Kuka</u>	painokkaasti lausuttu
=	puheessa ei taukoa
(nauraa)	litteroijan kommentteja, esim. lääkäri kirjoittaa, naurua
(--)	epäselvä kohta
...	tekstiä puuttuu
(↘)	katse alas
(↔)	katsekontakti
(→)	katse toiseen

Potilaat päätin haastatella puhelimitse, koska halusin tehdä haastattelut mah- dollisimman pian vastaanottokäynnin jälkeen, jotta yksittäisestä käynnistä muistettaisiin tärkeimmät piirteet, ja koska suurin osa potilaista asui kauempa- na. Potilaiden kasvokkaishaastattelut olisivat vaatineet liikaa resursseja. Puhe- linhaastattelujen pituus vaihteli 15:sta 40:neen minuuttiin. Lääkäreiden teema- haastattelut tehtiin joko lääkäreiden työhuoneessa keskellä työpäivää esimer- kiksi lounastauolla tai ennakolta varattuna vastaanottoaikana (lääkäri c, d, ja e) tai työpäivän jälkeen muualla varatussa tilassa (lääkäri a ja b). Kestoltaan haas- tattelut vaihtelivat tunnista puoleentoista tuntiin.

Potilaiden puhelinhaastatteluissa käsitellyt teemat olivat

a) spesifiä käyntiä koskien:

- yleisvaikutelma lääkärissä käynnistä ja lääkäristä
- vuorovaikutus vastaanottotilanteessa (millaista keskustelu oli, miten lääkäri otti potilaan huomioon, asioiden käsittelyn riittä- vyys, potilaan oma osallistuminen)
- valmistautuminen
- käynnin tuloksellisuus

b) yleensä lääkäri-potilasviestintää ja -suhdetta koskien:

- odotukset vuorovaikutuksen suhteen

- odotukset lääkärin ja potilaan toiminnan suhteen
- potilaan osallistuminen päätöksentekoon tai yhteinen päätöksenteko
- hankalat tai epämiellyttävät asiat
- lääkärin ammattitaidon sisältö
- mieleen jäänyt vastaanottokäynti

Lääkäreiden teemahaastatteluihin puolestaan sisältyivät seuraavat teemat:

- a) lääkärin työn kuva, ammattitaidon ulottuvuudet ja siinä tapahtuneet muutokset
- b) vastaanottotilanne:
 - odotukset omaa toimintaa kohtaan
 - odotukset potilaan toimintaa kohtaan
 - ongelmat, viestintäongelmat
 - onnistunut vastaanottokäynti
- c) lääkäri-potilassuhteen luonne
- d) vuorovaikutus vastaanottotilanteessa:
 - vuorovaikutuksen tehtävät ja tavoitteet omalla kohdalla
 - erimielisyydet
 - potilaiden osallistuminen päätöksentekoon

Onnistuneita kuvanauhoitettuja vastaanottokäyntejä kertyi kaikkiaan 26, joista 21:stä saatiin mukaan myös sitä koskeva potilashaastattelu. Tutkimusprojektin alkuvaiheessa tavoitteena oli kerätä myös aineistoa lääkäreiden itsenäisistä analyysistä ja tutkijan ja lääkärin yhteisanalyysistä. Itsenäisessä analyysissä lääkärin olisi pitänyt omalla ajallaan katsoa ja kommentoida (nauhalle) ainakin yhtä kuvanauhoitettua vastaanottotilannetta. (Katsomisen ja tarkastelun ohjaamiseksi olin tehnyt kirjalliset ohjeet menettelytavasta sekä esimerkkejä mahdollisista tarkasteltavista asioista.) Yhteisanalyysi-istunnoissa puolestaan tutkijan ja lääkärin tarkoituksena oli yhdessä katsoa vastaanottokäyntiä ja keskustella siitä. Tällainen menettely osoittautui melko pian lääkäreiden kannalta liikaa aikaa vieväksi ja siitä luovuttiin. Kuitenkin lääkäri b:n kohdalla itsenäistä ja yhteisanalyysiaineistoa ennätettiin kerätä ja koska se osoittautui sisällöllisesti rikkaaksi, sitä päätettiin myös käyttää tutkimuksessa, havainnollistavana materiaalina. Analyysimateriaali koski potilaan B5 vastaanottotilannetta. Koska myös potilas B5 oli halukas katsomaan vastaanottokäyntinsä, toteutin myös hänen kanssaan yhteisanalyysitilaisuuden. Litteroin em. analyysimateriaalin ja otin sen mukaan tutkimusaineistoon. Näin ollen potilaan B5 käyntiä koskevaa materiaalia on aineistossa mukana runsaasti. Siihen kuuluu potilaan puhelinhaastattelun ja kuvanauhoitetun käynnin lisäksi lääkäri b:n itsenäinen kuvanauhoituksen analyysi sekä lääkärin ja tutkijan sekä potilaan ja tutkijan yhteisanalyysi. Tutkimukseen osallistuneiden yksityisyyden turvaamiseksi olen muuttanut kaikki kuvanauha- ja haastatteluaineistossa esiintyneet ihmisten, organisaatioiden ja paikkojen nimet.

2.1.1 Haastatteluaineiston analyysi

Lähdin lukemaan potilaiden puhelin- ja lääkäreiden teemahaastatteluja ilman erityisiä etukäteiskategorioita, joiden suhteen aineistoa tarkastelin, vaikka esitetyt haastattelukysymykset ja oman mielenkiinnon kohteet luonnollisesti olivat analyysin ohjenuorina, varsinkin alkuvaiheessa. Jäsenneetyt teemat eivät siis olleet vastauksia yksittäisiin kysymyksiin, vaan niitä saatettiin käsitellä monessa eri haastattelun kohdassa. Lisäksi analyysiyksikkö, jossa teemaa käsiteltiin, voi olla yhtä hyvin puheenvuoro, lausuma kuin pidempikin haastattelukatkkelma.

Haastattelujen analyysissä sovelsin Coffeyn ja Atkinsonin (1996, 32–51) haastatteluaineiston analysoinnin eri vaiheita sopivaksi arvioimallani tavalla. Ensin erottelin haastatteluaineistosta laajoja, yleisempiä teema-alueita, jollaisiksi muotoutuivat tässä tutkimuksessa:

- lääkärin ja potilaan välinen suhde: sitä koskevat kuvaukset, määrittelyt ja luonnehdinnat
- viestintää ja vuorovaikutusta koskevat kuvaukset: esimerkiksi millaisiin vuorovaikutuksen piirteisiin kiinnitettiin huomiota, mitä pidettiin toivottavina ja mitä puolestaan vältettävänä
- potilaan osallistuminen ja yhteinen päätöksenteko.
- lääkärin ammattitaito. Lääkärin ammattitaitoa en kuitenkaan käsittele tässä työssä, koska olen käsitellyt sitä jo aiemmin; ks. Gerlander (1998) ja Gerlander ja Takala (1997).

Analyysin seuraavassa vaiheessa ryhdyin etsimään yleisiin teemoihin kuuluvia, mahdollisia alakategorioita. Tällaisia ovat esimerkiksi lääketieteellinen ja muu osaaminen (lääkärin ammattitaidon alakategorioita), potilaan oikeudet ja velvollisuudet (potilaan osallistuminen) ja suhde muihin sosiaalisiin suhteisiin (lääkäri-potilassuhde). Kiinnitin huomiota haastateltavien puheessaan tuottamiin erilaisuuksiin ja yhtäläisyyksiin. Esimerkiksi potilaat tekivät puheessaan eroja julkisen ja yksityisen terveydenhoidon, ammattitaitoisen ja ei-ammattitaitoista lääkärin, erityisen ja tavallisen lääkäri-potilassuhteen ja lääkäri-potilassuhteen ja muiden suhteiden välillä. Laajempien teemojen alle kuuluvia alakategorioita analysoin tarkemmin sen perusteella, millaisia ulottuvuuksia niihin liittyi, ja näin saatiin kuvattua aineistossa esiintyvää sisällöllistä kirjoa. Haastatteluaineiston analyysin perusta on siis temaattisessa analyysissä, eli poimin sekä lääkärin että potilaan haastatteluista ne kohdat, joissa käsiteltiin tiettyä teemaa, kuten potilaan osallistumista, yhteistä päätöksentekoa, viestintää vastaanottotilanteessa tai lääkäri-potilassuhdetta. Lisäksi haastatteluissa kiinnitin huomiota myös lääkäreiden ja potilaiden puheessa esiintyviin metaforiin. Esimerkiksi lääkäri saattoi kuvata viestinnän asemaa työssä lapioksi tai vedeksi, jota ilman ei voi "uida", tai potilas saattoi rinnastaa vastaanoton autonhuoltotoimiin. Tämän jälkeen tarkastelin analyysin tuloksia suhteessa tämän tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin.

2.1.2 Kuvanauhoitetut vastaanottokäynnit

Kuvanauhoitusta varten osalta potilaista oli jo ennakkoon, heidän lääkäriaikaa varatessaan, kysytty alustavasti halukkuutta osallistua tutkimukseen. Kun potilas istuutui ilmoittautumisensa jälkeen odottamaan vuoroaan, esittäydyin, kerroin tietäväni alustavasta suostumuksesta ja kysyin tämänhetkisiä ajatuksia osallistumisen suhteen. Kerroin tutkittaville lisää tutkimuksesta ja annoin heille siitä kertovan paperin. Osa potilaista kieltäytyikin, kuten oli odotettavaa. Pyrin tekemään kieltäytymisen heille mahdollisimman helpoksi. Erityisesti korostin sitä, että kieltäytymisellä ei ole mitään vaikutusta heidän asioimiseensa. Kielteisen vastauksen jälkeen jäin vielä usein keskustelemaan vuoroaan odottavan kanssa. Niille, jotka suostuivat tutkimukseen, kerroin siitä lisää ja osa heistä kyseli aktiivisesti. Lopuksi pyysin heiltä kirjallisen suostumuksen tutkimukseen sekä kysyin lupaa seuraavan päivän puhelinhaastatteluun. Kerroin myös tutkimukseen suostuneille, että kuvanauhoitus voidaan heidän halutessaan esimerkiksi kokonaan keskeyttää vastaanoton aikana tai toimia niin, että vain ääni tallentuu kliinisten tutkimusten aikana. Lääkäreille olin neuvonut etukäteen, mistä kuvauksen saa keskeytettyä tai suunnattua sivuun.

Kuvanauhoituksessa käytin pientä videokameraa, jonka sijoitin lääkärin työhuoneessa olevalle pöydälle, jossa oli muitakin instrumentteja. Kamera sulautui tavallaan laitteeksi muiden laitteiden joukkoon, ja vaikka potilaat näkivät sen, se ei heidän sanojensa mukaan kiinnittänyt huomiota ja "unohtui" heti aloituksen jälkeen. Monesti tilanne ja siinä toimiminen vie toimijoiden huomion niin täydellisesti, ettei edes hetkittäinen kameran huomaaminen vaikuta siihen, miten tilanne etenee. Näin ollen videointi tuskin on kovinkaan paljon vaikuttanut lääkärin ja potilaan toimintaan. Panin kuvauksen käyntiin yleensä potilaan tullessa huoneeseen, jonkun kerran jo ennen potilaan ja lääkärin tuloa, ja sen jälkeen poistuin huoneesta odottamaan vastaanottokäynnin päättymistä ja potilaan poistumista.

Kuvanauhoitetuista vastaanottokäynneistä valitsin tarkemman analyysin kohteeksi sellaiset käynnit, joihin potilaiden tai lääkäreiden haastattelupuheessa tai itse kuvanauhoitetussa tilanteessa liittyi jotakin erityistä, ristiriitaista tai negatiivisesti tai positiivisesti huomion kiinnittänyttä. Näin kokonaan litteroitaviksi valikoituivat käynnit A3, A5, B5, B11, B12, C1, D1, E1, E2 ja E4. Huomion kiinnittäminen tällaisiin vastaanottokäynteihin on perusteltua, koska jännitteet ilmenevät usein epäjatkuvuuksina, outouksina tai erityisyyksinä viestinnässä. Esimerkiksi Baxter ja Montgomery (1997, 347) toteavat, että dialektinen dynamiikka, joka muutoin saattaisi jäädä implisiittiseksi, tulee esille juuri sekavissa ja epäjatkuvissa tilanteissa. Jännitteiden tarkastelu on tietynlaisten jälkien etsimistä ja erilaisten äänien esiin nostamista. Jälkinä toimivat ristiriitaisuudet, säröt, konfliktit ja ambivalenttisuudet, jotka ilmenevät ihmisten ajattelussa, selityksissä ja tulkinnoissa, vuorovaikutusprosessissa ja tieteellisessä kirjallisuudessa.

2.2 Dialektinen ote tutkimusmenetelmällisenä valintana

Tutkimusmetodologisesti dialektinen tutkimus ei ankkuroidu yksinomaan tiettyyn tutkimustraditioon vaan käyttää hyväkseen sekä tulkitsevia tai laadullisia lähestymistapoja että perinteisempää, kvantitatiivisesti orientoitunutta otetta (Baxter & Montgomery 1997, 346). Lisäksi oleellisempaa kuin aineiston keräämisen ja analysoinnin menetelmävalinnat on se, että erilaiset näkökulmat pääsevät esille eikä niitä pidetä yksilöiden ainutlaatuisina piirteinä vaan relationaalisina, yksilöiden välisen suhteen ilmiönä (Montgomery & Baxter 1998, 175–176). Valituilla tutkimusmenetelmillä pitäisi olla herkkyyttä ”kuunnella” sekä samankaltaisuuksia (eli ”yhteisiä ääniä”) että yhden osallistujan näkemyksiin sisältyviä ristiriitaisuuksia ja säröjä (Montgomery & Baxter 1998, 175). Dialektisen tutkimuksen kurinalaisuus ei määrity sen täydellisyyden tai eheyden (completeness) tai yhtenäisyyden (consistency) mukaan, kuten monissa muissa lähestymistavoissa, vaan pikemminkin sen kautta, miten siinä onnistutaan kuvaamaan ja koordinoimaan erilaisia, toisiinsa sopimattomia näkökulmia (Pearce & Chen 1989). Kiteyttäen Montgomery ja Baxter (1998, 176) toteavat: ”Whatever method is chosen, however, must capture the intrinsic dialectical quality of polyvocality.”

Dialektiseen näkökulmaan sisältyvällä moniäänisyydellä perustelen myös tämän tutkimuksen tutkimusmenetelmällistä kirjoa: aivan samoin kuin dialektisuus antaa tilaa ilmiöiden monitahoisuuksille, sama monitahoisuus koskee myös tutkimusmenetelmiä. Tutkimusmenetelmällisesti tämä tarkoittaa sitä, että analysoinnin kohteeksi voidaan ottaa esimerkiksi ihmisten selontekoja, jotka voidaan kerätä hyvin erilaisista lähteistä, kuten haastatteluista, päiväkirjoista tai itseanalyyyseistä (ks. Denzin & Lincoln 2000; Ellis & Flaherty 1992). Dialektisia ääniä voidaan tarkastella myös lähestymällä vuorovaikutustapahtumaa eri tavoin, esimerkiksi analysoimalla vuorovaikutusprosessia (VanLear 1991), sosiaalisia ääniä (Engeström 1999), haastattelua (Baxter & Widenman 1993) tai soveltamalla diskurssianalyttisiä menetelmiä (esimerkiksi identifioimalla tulkintarepertuaareja tai merkitysavaruuksia) tai osallistuvaa havainnointia. Myös erilaiset kulttuurituotteet, kuten elokuvat ja kirjallisuus, voivat olla tarkastelun kohteena.

Lisäksi dialektisessa tutkimuksessa voidaan yhdistellä erilaisia aineistoja, joiden kautta erilaiset äänet ilmentävät suhteen erilaisia jännitteitä. Esimerkiksi Rawlins (1992) käytti tutkimuksessaan lähteinä kaunokirjallisuutta, sosiaaliteollista tutkimustietoa sekä ystävyysuhteen osapuolten haastatteluja tutkiakseen ystävyysuhteen dialektiikkaa. Erilaisten aineistojen käyttäminen sopii Baxterin ja Montgomeryn (1997) mielestä hyvin dialektisen näkökulman periaatteisiin, koska dialektiset periaatteet eivät koske pelkästään tarkasteltavaa ilmiötä vaan myös tutkimusta ja tutkijaa.

Myös tässä tutkimuksessa relationaalisten jännitteiden tarkastelemisessa tukeudutaan erilaisiin tutkimusaineistoihin: lääkäreiden ja potilaiden haastatteluihin, kuvanauhoitettuihin vuorovaikutustilanteisiin (vuorovaikutusaineisto)

sekä joissain yhteyksissä myös viestintätieteelliseen tutkimuskirjallisuuteen, josta esille nostetaan tieteenalalla vallitsevia tai ristiriitaisia ääniä. On muistettava, että aineiston luonne, esimerkiksi yksilöhaastattelu, ei tarkoita sitä, että jännitteiden tutkimus olisi yksilökeskeistä. Myös suhdetason jännitteitä ja ilmiöitä voidaan tarkastella yksilöiden kuvausten ja kertomusten kautta (ks. esim. Bochner, Ellis & Tillmann-Healy 1998; Rawlins 1998), siitä näkökulmasta, miten yksilöt kuvaavat suhdetta ja siinä toimimista.

3 PERUSMOTIIVIEN JÄNNITE JA ASIAANTUNTIJAN DILEMMA

Erityisesti postmodernismia koskevasta teoretisoinnistaan tunnettu Zygmunt Bauman on käsitellyt postmodernin ajan ilmiöiden ambivalenttisuutta ja ulottanut tarkastelunsa koskemaan myös ihmisten välistä kanssakäymistä ja yhdessä- tai läsnäolon laatua. Näitä hän on pohtinut myös asiantuntija-asiakassuhteen, esimerkiksi terapeutin ja asiakkaan, näkökulmasta. Tutkin tässä luvussa Baumanin (1990/1997) esittämien sosiaalisten suhteiden päämotiivien, vaihdon ja rakkauden, kautta lääkäri-potilassuhteen paikkaa sosiaalisten suhteiden kentässä sekä pohdin näiden motiivien olemassaoloa ja ilmenemistä lääkäri-potilassuhteessa.

Tämän jälkeen lähestyn lääkäri-potilassuhdetta lähtökohtanani Michael Billigin ym. (1988) kuvaama ihmissuhdeammattilaisten työhön liittyvä dilemmaattisuus, joka juontaa juurensa yhteiskunnassa vallitsevista ristiriitaisista arvoista. Käsitteelyni pohjautuu keskeisesti Billigin, Condorin, Edwardsin, Ganen, Middletonin ja Radleyn Ideological dilemmas -teoksessa (1988) esittämiin näkemyksiin. Näkökulma on siis lääkärin toimintaan liittyvässä dilemmaattisuudessa, joka vaikuttaa väistämättä lääkärin ja potilaan välisen viestintäsuhteen luonteeseen. Erityisesti dilemmaattisuus ilmenee ystävällisen asiantuntijan paradoksissa ja rajanvedossa ystävyysmahdollisuuteen.

3.1 Rakkauden ja vaihdon jännite

3.1.1 Paikan hakua sosiaalisten suhteiden kentässä

Zygmunt Bauman (1990) käsittelee teoksessaan Sosiologinen ajattelu (1990/1997) sosiaalisia suhteita ja niiden sijoittumista sosiaalisten suhteiden jatkumolle. Hän asettaa kaikki sosiaaliset suhteet kahden ääripään tai päämotiivin, rakkauden (lahja) ja vaihdon (raha) välille, mitä hän (1990, 116) kuvaa seuraavasti:

"Rakkaus ja vaihto ovat ääripäitä katkeamattomalla janalla, jolle kaikki ihmisten väliset suhteet voidaan paikantaa. Kumpaankin ääripäähän liittyvät omat odotukset, oma käsitys siitä, millainen on täydellinen asiantila - ne ohjaavat näin toimijoiden käyttäytymistä omaan, erityiseen suuntaansa."

Taustalla vaikuttavan päämotiivin perusteella Bauman (1990, 116–118) jakaa sosiaaliset suhteet henkilökohtaisiin ja ei-henkilökohtaisiin. Henkilökohtaisuutta erottelevina piirteinä hän kuvailee, Parsonsien nimeämiä (1951) mallimuuttujia soveltaen, seuraavat neljä:

- *ominaisuus-suoritus*. Henkilökohtaiset suhteet jäsentyvät ensisijaisesti sitä kautta, keitä ja mitä me olemme toisillemme, kun taas ei-henkilökohtaisissa suhteissa vain vaihdettavalla (palvelu tai raha) on väliä.
- *partikularismi*(yksittäinen, ainutlaatuinen)–*universalismi* (yleiset periaatteet, käyttäytymiskoodit). Ero on siinä, ovatko toimijat toisilleen ainutlaatuisia yksilöitä vai tietyn ryhmän edustajia.
- *diffuusi-erityinen*. Henkilökohtaisissa suhteissa osapuolten keskinäinen välittäminen, kiinnostus toisiaan ja toisen asioita kohtaan kattaa kaiken, mutta ei-henkilökohtaisissa suhteissa toisen osapuolen kiinnostus koskee vain tiettyä asiaa. Esimerkiksi pankinjohtajan kiinnostuksen kohteena ovat ne asiat, jotka kuvaavat lainanhakijan kykyä maksaa mahdollinen laina takaisin.
- *affektiivisuus-affektiivinen neutraalius*. Ei-henkilökohtaiset suhteet eivät kosketa osapuolia: toista ei sinänsä inhota tai hänestä ei pidetä, vaikka osapuolten välille saattaakin useiden kohtaamisten jälkeen syntyä kiintymystä. Baumanin (1990, 118) mukaan tunteet eivät yleensä ole erottamaton osa ei-henkilökohtaisia suhteita, vaikka ne ovat ratkaisevia henkilökohtaisissa suhteissa. Tunteet eivät hänen ajattelussaan kuulu ei-henkilökohtaisiin suhteisiin.³

Sovellettaessa näitä ulottuvuuksia lääkäri-potilassuhteeseen huomataan, että se sijoittuu kaikkien niiden suhteen jonnekin välimaastoon. Lääkärin ja potilaan kohtaamista kehystää suoritettava tehtävä. Kuitenkin jo lääkäriä valittaessa – mikäli se on mahdollista – tai pitkäaikaisissa hoitosuhteissa myös henkilökohtaiset ominaisuudet voivat nousta merkittäviksi. Tällöin suhde liukuu henkilökohtaisempaan suuntaan. Lääkäri-potilassuhde voidaan nähdä samalla kertaa

³ Hyvin samansisältöisiä kriteereitä on esitetty myös interpersonaalisen viestinnän kirjallisuudessa. Läheisiin ihmissuhteisiin on katsottu sisältyvän seuraavat kriteerit: osapuolten korvaamattomuus (irreplaceable), riippuvuus toisistaan (interdependent), suhteen erityisyys sen osapuolille (particular), suhteen yksilölliset normit (individualistic rules), sentimentaalisuus (sentimentality) ja suhteesta saatavat sisäiset palkkiot (intrinsic rewards). Tyypillisesti läheisinä ihmissuhteina on pidetty pari- ja ystävyysuhdetta. Vastakohtaksi läheisille suhteille asetetaan tavallisesti julkiset suhteet, jollaisina pidetään toisilleen tuntemattomien, arkisten tuttavien ja kollegojen välisiä suhteita. Niitä puolestaan voidaan luonnehtia korvattaviksi, autonomisiksi, universaaleiksi, normatiivisiksi, käytännöllisiksi ja pääasiassa ulkopuolisiin palkkioihin perustuviksi. (Ks. Adler, Rosenfeld, Towne & Proctoctor 1998.)

sekä ryhmien että tiettyjen yksilöiden välisenä, mikä näkyy myös viestinnässä. Selvää on myös se, että yksittäiset lääkäri-potilassuhteet voivat erota suuresti toisistaan: jokin suhde voi olla hyvin vahvasti universaali, erittäin kohdennettu ja neutraali, kun taas toinen suhde on huomattavasti yksilöllisempi. Lääkäriin ja potilaan välisen keskustelun kohteena ovat spesifit asiat, lääkäriin tulosyyn tai potilaan senhetkinen tilanne, mutta keskustelun aiheet voivat ulottua käsittelemään laajemmin potilaan elämäntilannetta ja tunteita. Lääkäri-potilassuhteet eivät perustu henkilökohtaiseen välittämiseen ja kiintymykseen, mutta kuitenkin tunteet kietoutuvat monin tavoin hoitoprosessiin. Potilas on usein huolissaan omasta tilastaan ja saattaa pelätä tutkimuksia tai lääkäreitä. Potilaan tunne-reaktiot voivat tuntua lääkäriltä ahdistavilta, ja lääkäri voi kokea, että häneltä odotetaan välittämistä ja sen osoittamista vuorovaikutuksessa. Tunteisiin ja niiden esittämiseen ja tulkitsemiseen sisältyy lääkärin ja potilaan viestintäsuhteessa säröisyyttä, jännitteisyyttä. (Emotionaalisuudesta lisää s. 39–40.)

Baumanin (1990, 133) mukaan juuri suhteiden perusmotiivien, rakkauden ja vaihdon, välinen jännite, toisiaan täydentävyys ja yhteensovittamattomuus tekevät suurelta osin sosiaalisista suhteista moniselitteisiä. Kuitenkin Bauman (1990, 133) toteaa: "Mallin kaltaista puhdasta suhdetta tapaa äärimmäisen harvoin elämässä, missä ihmisten väliset suhteet ovat poikkeuksetta moniselitteisiä. Niitä ei voida tyydyttää samanaikaisesti mutta ei myöskään erillään."

Jännitteisyyden, vastakkaisuuden ja moniselitteisyyden voidaan olettaa olevan vahvinta erityisesti sellaisissa suhteissa, jotka asettuvat jatkumon keskivaiheille. Ne eivät siis ole henkilökohtaisia ihmissuhteita mutta eivät täysverisiä asiakassuhteitakaan, eli ne toteutuvat henkilökohtaisen ja julkisen maailman välimaastossa. Bridge ja Baxter (1992) puhuvat sekasuhteista (blended relationships), joissa ylittyvät ja sekoittuvat sekä rooleihin (ammattiin ja asemaan liittyvät) että henkilökohtaisuuteen pohjaavien suhteiden elementit. Tällaisia suhteita ovat juuri ihmissuhdeammattilaisten ja asiakkaiden väliset suhteet, esimerkiksi hoitotyössä, sosiaalityössä ja opetuksen ja koulutuksen alueella perinteiset opettaja-oppijasuhteet mutta myös uudenlaiset mentori- ja tuutorisuhteet. Tyypillisesti näissä suhteissa on mukana sekä tehtävän suorittaminen ja taloudellinen palkinto että toisesta välittäminen ja toisen kunnioittaminen.

Lääkäri-potilassuhteen jännitteisyyttä tai moni-ilmeisyyttä kuvastavat myös potilaiden haastatteluissa esiintyneet erilaiset luonnehdinnat lääkärin ja potilaan välisestä suhteesta, jonka he rinnastavat johonkin toiseen sosiaaliseen suhteeseen. Potilaat kuvasivat kokemaansa *tiettyä* lääkäri-potilassuhdetta mm.

- a) henkilökohtaiseen suhteeseen viittaavilla ilmauksilla (veliveljelle, kumppani, kaveri, tuttava)
 - "Et sitä on niinku veliveljelle" tai "osasi tulla kumppaniks" (A1).
 - "Melekeen sitä et ois niinkun kaverilleen puhunut" (A3).
 - "Kun on niin pitkään käyny tulee semmonen, myöskin tuttavallinen suhde" (B9).
- b) viittaamalla vanhempi-lapsi -tyyppiseen suhteeseen (hierakkinen perhesuhde)

- Esimerkiksi haastateltu nainen (D1), jolla oli pitkään jatkunut hoitosuhde tutkimuksessa mukana olleen lääkärin kanssa, viittasi tuntemaansa orpouteen seuraavasti: "niinku, tunsin jääväni vähän orvoksi kun hän oli useamman kuukauden, virkavapaalla pois..." Tämä kuvastaa potilaan emotionaalista riippuvuutta lääkäristä.
- c) hengenheimolaisuutena
 - "Vähän niinku hengenheimolaisia ollaan" (useamman kerran käynyt mies, B10). Ilmauksen voidaan tulkita kuvastavan osapuolten välistä laadullista yhteyttä, joka voi olla hyvin spesifiä, tiettyyn asiaan (esim. ammattiin) liittyvää tai samantapaista huumorintajua. Kuitenkin hengenheimolaisuuden kokeminen ylittää suhteen roolipohjaisuuden. Näin ollen hengenheimolaisuuden tulkinta-kehyksessä käyty vuorovaikutus rikkoo odotuksenmukaisen lääkäri-potilasviestinnän normeja.

Kun potilaat puhuivat lääkärin ja potilaan välisestä suhteesta *yleisellä tasolla*, sitä assosioitiin

- d) muodollisiin hierarkiasuhteisiin (virkamies-asiakas, esimies-alainen)
 - Lääkäri on "niin kuin joku muu tahansa virkamies" (B9).
 - "Et sä oot siinä niinkun alaisena ja hän niin kuin esimiehenä" (E1).
- e) asiakaspalvelusuhteisiin (asiakaspalvelija, yhteiskunnan palvelija)
 - "He on myös asiakaspalvelussa" (D1).
 - "Eikös se ole niinkun, yhteiskunnan palvelija" (B2).
- f) vieraaseen ihmiseen
 - "Kuitenkin ihan vieras ihminen." (C1). Tässä esille tuli lääkärin ja potilaan lähtökohdallinen vieraus, joka on vahvinta ensimmäisessä kontaktissa mutta joka voi myös säilyä vahvana piirteenä useista käyntikerroista huolimatta. Näkemys vieraudesta vaikuttaa luonnollisesti siihen, millaista viestintää suhteessa pidetään sopivana ja minkä koetaan rikkovan suhteelle asetettuja odotuksia.

Lääkäri-potilassuhteen moni-ilmeisyyttä kuvastavat myös lääkäreiden puheessa esiintyneet lääkäriä (ja sitä kautta myös lääkäri-potilassuhdetta) kuvaavat seuraavanlaiset luonnehdinnat:

- a) Vanhemmille ihmisille lääkäri voi olla vieläkin tuomari tai jumala.
 - T: no onks sitte, oot sä huomannu että niinku lääkärin rooliin liittyvät odotukset olis niinku muuttunu mitä yleisesti on?
 - L: joo kyllä varmaan että vanhempi väki vieläkin saattaa sanoa kun ne tulee että minkälaisenha tuomion niinku lääkäri antaa että lääkäri oli niinku tuomarin ja jumalan ja nimismiehen kanssa jotenkin samassa veneessä että. (Lb)
- b) Nuoremmille lääkäri on konsultti tai asiantuntija, joka neuvoo.

- L: ...nuorempi väki nin kyllä ne aika lailla asennoituu siihen että lääkäri on asiantuntija jolta tullaan kysyy neuvoja (- -) siinä sitten tietysti vähän erikäisten on erilaiset nää odotukset ja toiveet (La)
- L: et tommoset nuoremmat ihmiset niin ne lähestyy lääkäriä enemmän niinku konsulttia niitten kanssa voi helpommin neuvotella ja keskustella, toisaalta ne sitten vaatiikin enempi, niille ei riitä välttämättä vakioselitykset ne tietää niin paljon, niissä on aivan selviä tiedollisia eroja, eri ryhmissä (Le)

c) Lääkäri saisi olla patriarkaalinen isähahmo, joka suojelee potilasta.

- T: no millanen on sun mielestäs lääkärin ja asiakkaan suhde miten sä sitä mielelläs luonnehtisit, millasesta tämmösestä vuorovaikutussuhteesta on kysymys tai ihmissuhteesta?
- L: ois kiva jos jos lääkärin rooli olis siinä sais olla pikkusen semmosta patriarkaalisuuttakin koska silloin se suojelee varmaan potilasta ylilyönneiltä mutta toisaalta siinä pitää olla semmosta neuvottelun varaakin että jos potilas on oikeassa ni hän kokee että se asia jonka hän on esittäny tulee hyväksytyksi ja huomioiduksi
- T: mitä sä tarkotat patriarkaalisuudella?
- L: että se on vähän niiku semmonen isähahmo se lääkäri semmonen periaatteessa semmonen hyväntahtonen ja ymmärtäväinenkin et se on kuitenkin sen verran tiukka että se pitää niinku piuhat käsissään jotenkin mutta ei niin että se aiheuttaa vihaa tai uhmaa (Lb)

Viimeisessä esimerkissä lääkäriä voisi verrata kasvattajaan, joka pitää ohjat itsellään: hän tietää, minne mennään, ja ohjaa ystävällisesti mutta selkeästi tilanetta, mutta antaa tilaa sen verran ohjattavalle, ettei tämä ryhdy kapinoimaan ja uhmaamaan.

Edellä olevien kirjaviiden, sekä henkilökohtaisia että työ- ja palvelusuhteita sisältäneiden kuvausten pohjalta on ymmärrettävää, jos lääkäri-potilassuhteen yksiselitteinen kuvaaminen tai määrittely on vaikeaa. Seuraavan lääkärin lausahdus kuvastaa lääkäri-potilassuhteen määrittelyn vaikeutta ja viittaa suhteen moniulotteisuuteen:

- T: millanen susta on niinkun lääkärin ja asiakkaan välinen suhde
- L: se on jännä. mä oon miettiny sitä kyllä aika paljon että, et ei sitä voi tolleen sanoo et se on tällanen vaan se on kyllä hyvin erilainen, erilainen ja se riippuu, riippuu tietenkin sen käynnin luonteesta (- -) niin se, niin kun se on voi olla mitä vaan...(Le)

Myös Portmann (2000, 4) toteaa, että lääkäri-potilassuhteen kuvaaminen ainoastaan yhdellä metaforalla (esimerkiksi rippi-isä (confessor), ystävä, vanhempi, konsultti tai asiantuntija) tai mallilla on riittämätöntä, koska terveydenhoidon kompleksisuus sekä moraaliset periaatteet ja säännöt pakottavat monitahoisempaan ja laajempaan ajatteluun.⁴

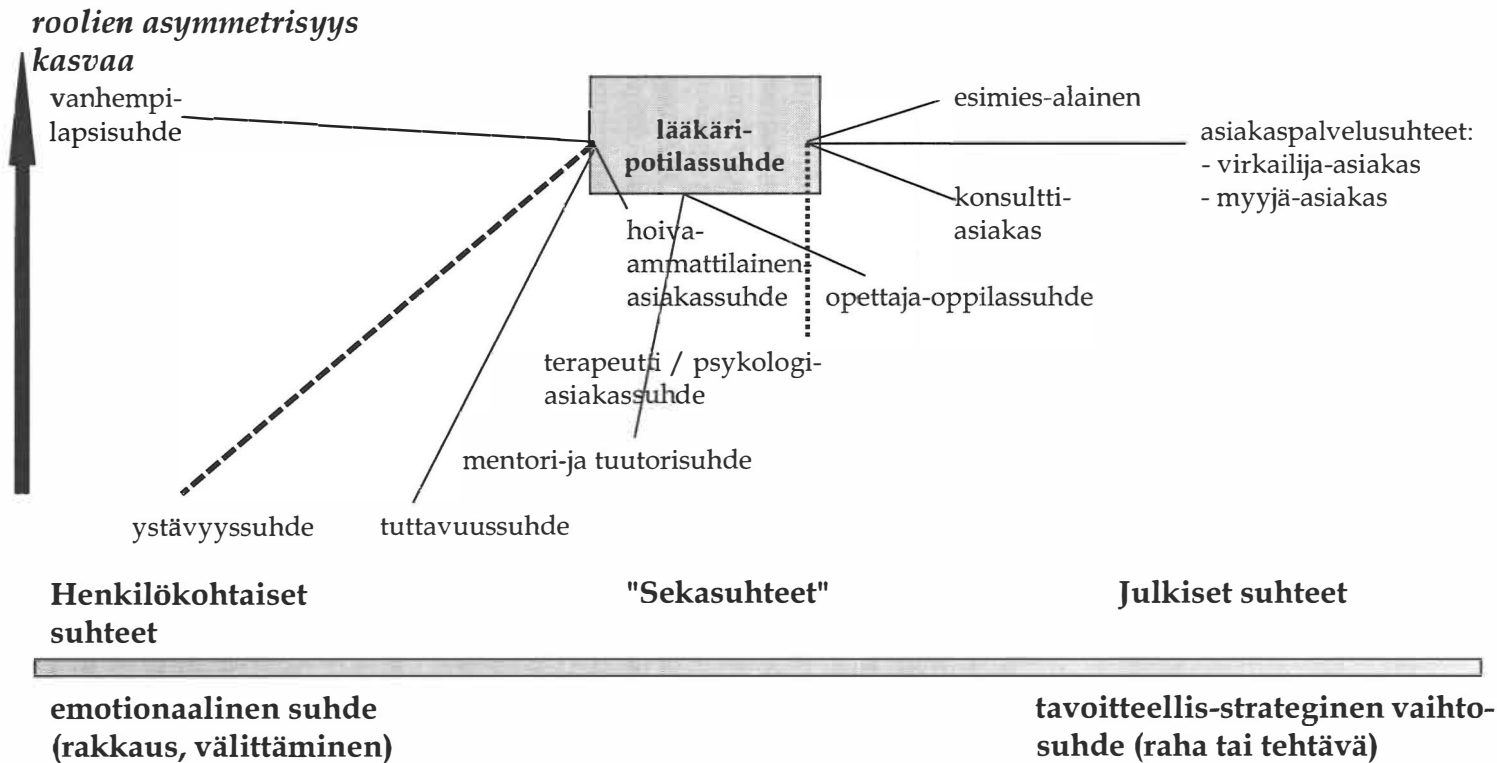
Lääkäri-potilassuhteen moni-ilmeisyys tulee esille kuviossa 1, jossa sille on haettu paikkaa sosiaalisten suhteiden kentässä. Kuvioon on asetettu lääkäri-

⁴ Sen lisäksi, että erilaiset metaforat kuvastavat lääkäri-potilassuhteen moni-ilmeistä luonnetta, niiden voidaan nähdä viittaavan myös siihen, että potilailta on erilaisia käsityksiä itsestään, lääkäristä ja vuorovaikutuksesta lääkäri-potilassuhteessa. Heillä olisi siis erilaisia relationaalisia skeemoja eli vuorovaikutussuhteen kognitiivisia struktuureja, jotka vaikuttavat siihen, mitä tilanteessa havaitaan, mitä odotetaan omalta ja toisen toiminnalta ja miten tilanteessa toimitaan. (Ks. Baldwin 1992; Salmivalli 2002.)

potilassuhteen kuvaamisen kannalta merkityksellisenä pidetyt sosiaaliset suhteet kaksikulotteiseen kenttään, jossa ensisijaisin "paikallistaja" on Baumanin pohjaten rakkautta tai välittämistä korostavan emotionaalisen suhteen ja vaihtoa kuvaavan tavoitteellisen-strategisen vaihtosuhteen välinen ulottuvuus. Tämän ulottuvuuden perusteella sosiaaliset suhteet ovat eroteltavissa julkisiin suhteisiin, henkilökohtaisiin suhteisiin ja tämän tutkimuksen kannalta erityisesti kiinnostaviin, välille jääviin ns. "sekasuhteisiin", joita voidaan pitää ihmissuhdeammattilainen-asiakassuhteina. Toinen, vertikaalisesti "paikallistava" ulottuvuus on roolipohjaisuus, joka mukailee pitkälti jakoa epätasa-arvoisuuden ja tasa-arvoisuuden välillä: mitä eriytyneemmässä ja asymmetrisemmässä asemassa osapuolet ovat toisiinsa, sitä "korkeammalla" suhde on.

Sosiaalisten suhteiden kenttä on dynaaminen, eli suhteiden paikat elävät ja voivat muuttua, kenttään voi syntyä uusia suhteita, tai niitä voi myös kadota. Joidenkin "sekasuhteiden" sijoittumista on erityisen vaikea kuvata, koska ne toteutuvat niin suurella alueella (terapeutti-asiakas, myös opettaja-oppilas) tai koska ne uutuutensa vuoksi ovat sisällöllisesti epämääräisempiä, kuten tuutorija mentorisuhteet sekä erilaiset valmennussuhteet. Esimerkiksi Roberts (2000, 156) mukaan mentorisuhde voi olla joko formaali tai henkilökohtainen riippuen siitä, onko se ns. suunniteltu vai luonnollinen.

Huomattavaa kuviossa 1 on lääkäri-potilassuhteen assosioituminen koko sosiaalisten suhteiden kentän alueeseen, mutta kaikkein vahvimmin kirjavaan ns. sekasuhteiden ryhmään. Ne suhteet, jotka toimijat puheessaan liittivät lääkäri-potilassuhteeseen tai joiden kautta he kuvasivat sitä, on yhdistetty lääkäri-potilassuhteeseen yhtenäisellä mustalla viivalla. Yhtenäinen viiva kuvastaa suhteiden assosioitumista toisiinsa, mutta tiheä katkoviiva lääkäri-potilassuhteesta terapeutti/psykologi-asiakassuhteeseen puolestaan kuvastaa sitä, että ne voidaan nähdä myös olennaisesti erilaisina. Esimerkiksi potilas C1 teki seuraavasti eroa lääkäri-potilassuhteen ja psykologi- tai terapeutti-asiakassuhteen välille: "en odotakaan et...se [lääkäri] ois mulle mikään kauheen terapeutti tai psykologi".



KUVIO 1 Lääkäri-potilassuhde sosiaalisten suhteiden kentässä

Branch (2000, 4) näkee, että terapeutti-asiakassuhteeseen hyvin verrattavissa oleva psykiatrin ja potilaan kohtaaminen on lähtökohdiltaan erilainen kuin lääkäri-potilassuhde. Psykiatri tai psykoterapeutti ei voi toimia aitona persoonana potilassuhteissa, vaan hän on koko ajan asiantuntija. Sen sijaan lääkäriellä on aitoja tunteita, jotka hän voi ilmaista tietyssä määrin. Lääkäri ei myöskään ole samalla lailla transferenssin kohteena kuin psykiatri tai terapeutti, vaan hän on aito ihminen, oikea ystävä ja potilaan auttaja (Branch 2000, 4). Branchin ajattelun pohjaten voidaan väittää, että esimerkiksi yleislääkäri pystyy psykiatria ja terapeuttia enemmän toimimaan hoitosuhteissaan omana itsenään ja "aitona persoonana", koska hän voi tietyssä määrin irrota lääkärin roolistaan, mitä puolestaan psykiatri tai terapeutti ei pysty tekemään. Tältä pohjalta voidaan kyseenalaistaa psykiatri- tai terapeutti-potilassuhteen näkeminen lähtökohdiltaan lääkäri-potilassuhdetta tasavertaisempana, henkilökohtaisempana tai aidompana, jos ajatellaan, että mahdollisuus toimia "aitona persoonana" on henkilökohtaisten ja tasavertaisten suhteiden ontologinen ominaisuus. Näin nähtynä lääkäri-potilassuhde sijoittuisi lähemmäksi henkilökohtaisia suhteita kuin terapeutti-asiakassuhde.

Myös viestinnän fokuksen voidaan katsoa erottavan näitä suhteita. Gerlander ja Takala (1997) näkevät psykologi-asiakas- ja lääkäri-potilasviestinnän pohjimmaisen erilaisuuden siinä, että vastaanottokeskustelun pääkohde on yleensä potilaan keho, sen toiminta tai siihen liittyvät tuntemukset ja tunteet, mutta psykologi-asiakasviestinnän kohteena ovat viestintäprosessissa syntyneet merkitykset ja tulkinnat. On tärkeää muistaa, että ihmissuhdeammattilais-asiakassuhteet eivät ole mikään yhtenäinen ryhmä, vaan kuhunkin niihin liittyviä omia erityispiirteitään, tietyistä yhteisistä ominaisuuksista huolimatta.

Erilaiset hoito- ja terapiasuhteet ovat ongelmallisia kuvattavia, koska suhteiden välisistä eroavuuksista, ylipäättään niiden erotettavuudesta, ja samankaltaisuuksista esitetään täysin ristiriitaisia näkemyksiä. Esimerkiksi Szasz (1988) ja Howard (1992) ovat sitä mieltä, että terapiaa (counseling and psychotherapy) ei voida erottaa muista interpersonallisista aktiviteeteista tai suhteista, kuten ystävyyydestä, opettamisesta tai harjoittamisesta (training). Toteutuvathan ystävyysuhteessa monella tavoin samat peruspiirteet kuin rogersilaisen mallin mukaisessa henkilökeskeisessä terapiassa eli aitous, empatia ja varaukseton hyväksyntä. Terapia- ja ystävyysuhteen välisen rajan hämärtymistä ei ole nähty pelkästään hyvänä. Sen on katsottu vahingoittavan molempia suhteita, varsinkin psykodynaamisessa terapiassa, jossa suhteen epäluonnollisuus on terapeutin edellytys (Feltham 1995, 10). Toisaalta terapeutti-asiakassuhdetta on pidetty myös perustavanlaatuisesti erilaisena kuin ystävyysuhdetta. Kuviossa vahva katkoviiva lääkäri-potilassuhteesta ystävyysuhteeseen kuvastaa sitä, että lääkäri-potilassuhde on kyseenalaista nähdä ystävyysuhteen kaltaisena, varsinkin suomalaisessa kulttuurissa. Rajanveto ystävyteen tulee esille tutkimuskirjallisuudessa, mutta myös potilaiden ja lääkäreiden haastatteluissa. (Pohdin ystävyys-teemaa tarkemmin luvussa 3.2.3.)

Jos sekasuhteita luonnehtii suurempi tavoitteellisuus ja strategisuus kuin henkilökohtaisia suhteita, niin julkisiin suhteisiin verrattuna erona on puoles-

taan suurempi emotionaalisuus. Siirryttäessä julkisista asiakaspalvelusuhteista kohti ihmissuhdeammattilaisten ryhmää asiantuntijalta odotetun ihmissuhdeosaamisen tai viestinnällisen osaamisen luonne muuttuu. Kun julkisen palveluammattilaisen, esimerkiksi konditoriamyyjän tai kampaajan, työssä positiivinen lähikohteliaisuus riittää usein keskeiseksi viestinnälliseksi osaamiseksi, niin esimerkiksi terveydenhoitoammattilaiselta odotetaan lisäksi vakavasti ottamisen ja välittämisen osoittamista ja potilaan emootioihin vastaamista.

Emootiot, niiden esittäminen ja vastaanottaminen, erottavat ihmissuhdeammattilais-asiakassuhteita julkisista palvelusuhteista ja yhdistävät henkilökohtaisiin suhteisiin. Yleensä ei odoteta, että lakimies tai edes hammaslääkäri yrittäisi saada selville asiakkaansa tunteita (Lupton 1996, 168), mutta terveydenhoidon asiantuntija-asiakassuhteilta sitä odotetaan. Jo Parsons (1951, 435) pohti lääkärin professionaalisen roolin ja siten myös lääkäri-potilassuhteen ongelmallisuutta muihin sosiaalisiin suhteisiin verrattuna. Ongelmallisuuden ydin on Parsonsin mielestä juuri emotionaalisuudessa, joka liittyy tilanteen fyysisyyteen, vaikeidenkin tunteiden kokemiseen ja kohtaamiseen sekä potilaan yksityisasioiden tuntemiseen ja joka tekee suhteesta haavoittuvan. Myös Lupton (1994, 59) toteaa, että lääkäri-potilassuhteelle ominaista fyysistä ja psykologista haavoittuvuutta tavataan harvoin muissa sosiaalisissa suhteissa.

Suhteen haavoittuvuus vaikuttaa myös siihen, millaista luottamus on lääkäri-potilassuhteessa. Luptonin (1996, 141) mukaan luottamusta lääkäri-potilassuhteessa luonnehtii aina ambivalenssi, epävarmuus, ahdistuneisuus ja riskin tunne, koska suhteeseen sisältyy niin paljon haavoittuvuutta ja riippuvuutta. Luottamus ei siis perustu molemminpuoliseen toisensa tuntemiseen eli avoimuuteen ja itsestäkertomiseen kuten henkilökohtaisissa suhteissa (Giddens 1990; Lupton 1996). Luottamus ei myöskään ole aina vapaaehtoinen valinta, vaan kuten Cassell (1991, 75-76) toteaa, se on pikemminkin pakko: "Sick persons - are people who are forced to trust". Erityisesti vakavasti sairailta ei ole muuta vaihtoehtoa kuin luottaa lääkäriin (Lupton 1996, 164). Seuraavassa esimerkissä potilas kuvaa sokeaa luottamusta lääkäriin ja siihen liittyvää emotionaalista riippuvuutta, mitä hänen puheessaan ilmentää selkeästi metaforinen ilmaus "heittäytyä lääkärin haltuun".

- P:on paljon semmosia asioita kun sä potilaana menet lääkärin luokse että sä oot ihan niinkun pihalla, et sää, et sää pysty sanomaan että, muuta kun sen että jos sun silimissä on joitain vikaa, et pysty sanomaan mitä vikaa niissä on ja mistä se johtuu ja, ja mitä sille pitäis tehdä. sama se noitten muittenkin sairauksien kanssa
- T: yhym.
- P: että että, kyllä se niinkun melkein on, on, jätettävä, heittäydtyvä siihen lääkärin haltuun eikä niinkun, kuva-, yritettävä kuvata se oma, oma tuntemuksensa ja ne, se se oma fiilinkinsä niinkun, tarkimmalla mahdollisella tavalla josta se auttais sitä lääkäriä pääsemään siihen diagnoosiin. (E1)

Toisaalta tunteet ja niiden ilmaiseminen tulevat terveydenhoitokonteksteissa tulkituiksi myös tavoitteellisuuden ja strategisuuden kautta, eli emotionaalinen ulottuvuus, välittäminen ja kiintymyksen tunteet asetetaan aina vahvemmin tai heikommin strategisen toiminnan yhteyteen. Tästä seuraa tunteiden aitouden

arvioiminen, mitä ilmentävät esimerkiksi seuraavanlaiset hoidonantajan ystävällisyyttä selittäneet potilaiden kommentit: "hymyilee, jotta tulisin uudestaan" tai "ei hän oikeasti välittänyt, vaikka näyttikin kiinnostuneelta". Näissä kommentteissa ystävällisyyden nähdään kumpuavan strategisesta, tavoitteen saavuttamisen ja taloudellisen hyödyn näkökulmasta eikä kiinnostuksesta toista kohtaan ihmisenä tai persoonana.

Erityisesti tämä koskee hoidon ammattilaista, joka usein pyrkii esittämään myönteisiä tunteita, vaikka tuntisi päinvastoin. Seurauksena on emotionaalinen dissonanssi. Tämä tunteiden kokemisen ja niiden ilmaisemisen välinen ristiriita liittyy keskeisesti ihmissuhde- tai vuorovaikutusammattilaisten työhön. Emotionaalista dissonanssia palveluammattilaisten työssä ovat käsitelleet mm. Ashforth ja Tomiuk (2000) ja terveydenhoidossa Erickson ja Wharton (1997). Emotionaalisen dissonanssin hoitamista ajatellaan usein ammattitaito-kysymyksenä: kompetentti terveydenhoidon ammattilainen pystyy työssään kontrolloimaan ja hallitsemaan omia tunteitaan tehtävän hoitamisen ja tilanteen normien edellyttämällä tavalla. Kysymys on siis professionaalisten kasvojen ylläpitämisestä, joka auttaa peittämään ja hallitsemaan esimerkiksi vihan tunteita (Bolton 2001, 92). Emotionaalista dissonanssia lisää osaltaan vielä se, että hoito- ja palvelualan ammattilaisilta vaaditaan Boltonin (2001, 93) mukaan "hymyilevien ystävällisten kasvojen" esittämistä.

Tunteiden hallintaan kuuluu myös potilaan tunteiden vastaanottaminen. Esimerkiksi Smithin ja Kleinmanin (1989, 61) mukaan tiede ja tieteellisyys on yksi lääkäreiden usein käyttämä tunteiden hallintastrategia. Tätä kuvaa seuraava lääkäri e:n näkemys:

"...varmaan aika iso osa lääkäreistä on, on tavallaan sillä lailla, ikäänkuin, ne ikäänkuin naamioitu sen eläältä, sen tieteen taakse. se on aika, monesta, monen ihmisen mielestä hirveen pelottavaa joutua niinkun esmes tekemisiin jonkun, täytyy tunnistaa se suru ja täytyy kestää suru ja tuska ja kateus ja ahdistus ja sellaset asiat, mustasukkasuus" (Le)

Se, miltä lääkäri siis suojaa itseään, ovat nimenomaan potilaiden tunteet, niiden vastaanaminen ja niiden herättämät omat tunnereaktiot. Toisaalta tapa suhtautua ja vastata potilaan tunteisiin voi olla myös sosiaalistumisen tulosta. Baker, Yoels ja Clair (1996) väittävät, että lääkäriopiskelijat oppivat opiskeluaikanaan pitämään tunteita, sekä omiaan että potilaiden, käytännön hoitotyön esteinä tai haittoina (ks. Good 1994). Kun he oppivat lääketieteellisen näkökulman ja lääketieteen katseen, mikä tarkoittaa biomedikaalisen mallin soveltamista fysiologispohjaisiin sairauksiin, he oppivat erottelemaan potilaiden ruumiin ja kehon heidän sosio-emotionaalisesta puolestaan. Näin he omaksuvat myös neutraalin, objektiivisen suhtautumistavan, mihin viittaa myös lääkäri b:n seuraava kuvaus:

"joku kerto että että tässä nyt on vähän niinku surkeesti ku äiti kuoli aamulla tai jotakin muuta ja purskahtaa itkuun ni se on ihan luonnollista että ei muuta ku sanotaan että senkus itkette että tää nyt kuuluu tähän elämäntilanteeseen että, ja jos joku on hirmu hermostunu ja harmissaan jostakin asiasta ni jos sillä on niinku useimmiten sillä on joku hyvä syy ni mitäs siinä muuta voit ku todeta että ikävä jos oot näin ko-

kenut että, ei se selittelemällä siitä sen kummemmaks muutu järkevä asennoituminen" (Lb)

Bauman käsittelee yhdessä olemisen kahta erilaista modaliteettia, *toisen rinnalla tai kanssa olemista* (being-with) ja *toista varten olemista* (being-for), joiden ratkaisevana erona on niihin liittyvä emotionaalinen sitoutuneisuus. Tämä liittyy ne myös vaihdon ja välittämisen tematiikkaan. Toisen rinnalla tai kanssa olemisen on fragmentaarista ja episodista. Se syntyy, kun osapuolet kiinnittävät huomionsa toisiinsa, ja heistä tulee näin kohtaamisen osapuolia. Kanssaolemisen modaliteettissa vastavuoroinen tai keskinäinen riippuvuus perustuu aiheeseen eli topiikkiin, mikä puolestaan sekä synnyttää riippuvuutta että rajaa sen relevanssia. Esimerkiksi taidenäyttelyssä kohdanneet ihmiset keskittyvät puhumaan taideteesta tai työvoimatoimistossa asioivat työhön tai koulutukseen liittyvistä asioista. Osapuolet eivät kuluta itseään kohtaamisessa enempää kuin asian hoitaminen vaatii, eivätkä he myöskään ota toisesta osapuolesta esille enempää kuin tehtävän suorittaminen edellyttää. Osapuolet tuovat itsestään esille vain tietyn, tarpeellisen osan, joten tällaisessa kohtaamisessa korostaminen tai salaaminen on yhtä oleellista kuin peittäminen, ja sitoutuminen on yhtä tärkeää kuin sitoutumattomuus. Näin ollen Bauman kutsuu tätä yhdessäolon modaliteettia näennäiseksi kohtaamiseksi (mis-meeting) (1995, 51.)

Sen sijaan olemiseen toista varten (being-for) kuuluu kokonaisvaltaisuus ja jatkuvuus: se on vastuullisuutta toisesta, mikä tekee myös itsestä ainutlaatuisen ja korvaamattoman. Toista varten olemisen modaliteetti ei ole deterministinen, todennäköisyyteen perustuvan kehityksen tulos. Se ei ole tietoinen, haluttu valinta, vaan yllätyksellinen, suhteeseen tunkeutuva laatu. Näin ollen se ei voi seurata rinnalla olemista. Toista varten olemista Bauman (1995) kuvaa täytenä kohtaamisena, erotuksena näennäiskohtaamisesta. Baumanin (1995, 62) mukaan juuri emotionaalinen sitoutuneisuus siirtää rinnalla olemisen toista varten olemiseksi. Tämä siirtyminen merkitsee kolmea asiaa:

- a) Se merkitsee välinpitämättömyyden tai yhdentekevyyden päättymistä: toiset eivät ole enää kuin esineitä
- b) Se vetää toisen rajallisuuden (finitude) ja stereotyyppisen varmuuden maailmasta määrittelemättömyyden, kysymisen ja avoimuuden maailmaan
- c) Se vapauttaa toisen sovinnaisuuden, rutiinin, normatiivisesti syntyneen monotonisuuden maailmasta ja siirtää hänet maailmaan, jossa ei ole universaaleja sääntöjä sovellettavaksi. Ne säännöt, joita sovelletaan, ovat avoimen spesifejä, suhteessa syntyneitä ja muotoutuneita.

Vaikka kohtaaminen hoidonantaja-asiakassuhteissa asettuu rinnalla olemisen modaliteettiin (tästä näkökulmasta lääkäri a:n toteamus, että lääkäri on "vierellä kulkija, jolla on tarkkaavat silmät ja korvat ja auttava käsi", ilmentää hyvin episodista ja fragmentaarista, tehtävään perustuvaa yhdessä olemista), on aiheellista pohtia, missä määrin niissä kuitenkin tavoitellaan toista varten olemista tai ammattilaisten odotetaan rakentavan senkaltaista yhteyttä. Lääkäriin ja

potilaan kohtaaminen on myös laadultaan näennäiskohtaamista, ei persoonien välistä kohtaamista, kuten Vetlesen (1993, 202) kuvaa.

Rakkauden ja vaihdon jännite sekä siihen sisältyvä kysymys olemisen modaliteetista voidaan nähdä *lääkäri-potilassuhteen ontologisena jännitteenä*, koska se käsittelee lääkäri-potilassuhteen perusluonnetta ja vastaa kysymykseen, mistä ja millaisesta suhteesta puhutaan, kun puhutaan lääkäri-potilassuhteesta ja -viestinnästä.

3.1.2 Vaihtosuhteen ohittamattomuus

Purtilo ja Haddad (1996, 234) kuvaavat osuvasti lääkäri-potilassuhteen jännitteisyyttä todetessaan, että sitä ei saa pitää erheellisesti ystävytenä eikä liikeasiana, mikä toisaalta merkitsee myös sitä, että ystävyys ja kaupallisuus kietoutuvat suhteen määrittämiseen ja siinä toimimiseen. Aikaisemmin todettiin, miten välittäminen ja empatia ovat olleet keskeisesti esillä lääkäri-potilassuhteen ja viestinnän tarkasteluissa ja miten ne on nähty myös lääkäri-potilassuhteen ja viestinnän normatiivisina tavoitteina. Jos lääkäri-potilassuhde nähdään "sekasuhteena", niin myös vaihdon motiivit ovat olennaisesti mukana hoidonantaja-asiakaskohtaamisissa. Itse asiassa hoitamisen käsitteeseen liittyy kaksoismerkitys, joka kuvastaa, miten vahvasti vaihdon tematiikka on kietoutuneena välittämiseen.

Postmodernistisessä ajattelutavassa hoitaminen näyttäytyy tai se on mahdollista ymmärtää luonteeltaan paradoksaalisena ilmiönä. Hoitamisessa on sekä antamisen ulottuvuus että diskursiivinen puoli, joka väistämättä pyrkii kontrolloimaan ja kategorisoimaan kohteensa eli hoitamisen (Fox 1995, 122). Hoitamiseen siis kuuluu ensinnäkin toisesta välittäminen ja huolenpitäminen (*caring for someone*) (Thomas 1993, 666), joka nousee rakkaudesta, jaloudesta, luottamuksesta ja mielihyvästä (Fox 1995, 108). Tässä Foxin (1995, 108) mukaan toteutuu tai ilmenee hoitaminen lahjana. Toisaalta hoitaminen on myös jonkun hoitamista (*caring about someone*), mikä näkökulma tuo mukanaan hoidon käsitteellistämisen ja teoreettisen tarkastelun. Tämä synnyttää hoitamisen tieteellisen tarkastelun, mikä puolestaan luo valta- ja auktoriteettiasemaa niille, jotka hoitavat (Gardner 1992, 251). Gardner näkeekin, että hoitaminen on paradoksaalista, koska se toisaalta perustuu arvonantoon, huolehtimiseen ja toisen tukemiseen mutta toisaalta myös hoitokäytänteiden kodifioimiseen ja tieteellisen tiedon formulointiin, jotka puolestaan oikeuttavat ammattilaisten auktoriteettia ja valtaa.⁵

Kuitenkin myös hoitamiseen "lahjan antamisen" merkityksessä sisältyy antajan valtaa suhteessa lahjan saajaan eli potilaaseen, koska lahjan saaminen edellyttää jotakin vastinetta (Lupton 1996, 165), ja tämä johtaa valta-asemien epätasapainoon. Myös Bauman (1995, 63) näki toista varten olemisen valtasuhteena, koska modaliteettina se merkitsee myös vastuuta toisesta ja oman toi-

⁵ Vastaavanlainen kahtalaisuus eli jako toisaalta lääketieteelliseen tietoon ja osaamiseen ja toisaalta sosiaaliseen, ihmissuhdeosaamiseen näkyy myös lääkärin tai yleisemminkin ihmissuhdeasiantuntijoiden ammattitaitoa koskeissa kuvauksissa.

minnan vaikutuksista toiseen. Vastuussa oleminen puolestaan on pohjimmiltaan aina valtasuhde, koska se, jolla on vastuu, on aina vahvempi (Bauman 1995, 64). Valta, dominoivuus ja kontrolli kietoutuvat hoitamiseen myös välittämässä ja sen osoittamisessa.

Luptonille (1996, 165) lääkäri-potilassuhde on selkeä vaihtosuhte, jossa lääkärin toiminta on nähtävä ennen kaikkea ammatillisen tehtävän ja rahanvaihdon näkökulmasta ja jossa myös potilaan toimintaan kohdistuu odotuksia. Hän toteaa: "In the medical encounter, caring is mediated overtly through professional duty and the exchange for money rather than through the love of an intimate relationship, but the patient's gratitude, docility and compliance are also expected".

Hoitamisen kaksimerkityksisyys tarkoittaa myös sitä, että hoiva ja auttaminen ovat arvolatautuneita käsitteitä. Tämä tulee ilmi silloin, kun hoitamisesta aletaan puhua kontrollointina, rangaistuksena tai liiketoimintana auttamisen ja huolenpidon sijasta (Beckman 1982, 23). Vaikka hoitamisesta puhutaan useimmiten auttamisena ja välittämisenä, on sen taloudellinen puoli varsinkin yksityisessä terveydenhoidossa kiistaton.⁶ Vahva tietoisuus kahden motiivin olemassaolosta ilmenee esimerkiksi seuraavassa haastatteluotteesta, jossa potilas pohtii yksityisen terveydenhoidon kaksoisluonnetta: toisaalta hoitamista ja välittämistä, mutta toisaalta myös liiketaloudellisiin realiteetteihin pohjautumista. Säännöllisiä seurantakäyntejä voidaan tarkastella kummastakin näkökulmasta.

- P: että voi joku toinen lääkäri, ni se, sinne menee jonkun astman takia ni eihän se sano että sitten seuraava käynti silloin ja silloin että, (lääkärin nimi) aina sanoo että sitten tapaamme silloin ja silloin
 T: joo, et haluaa seurata niitä
 P: =niin se seuraa niinku jatkuvasti
 T: joo, joo
 P: mutta siin on tämä, tää bisneshomma kans samalla (nauraa, mihin tutkija yhtyy) (3) haluaa seurata (nauru jatkuu) (.) tuo rahaa joka kerran, niin lääkäriasemalle ku lääkäriillekin
 T: yhym, niinhän se on
 P: yhym, se näissä on niinku ainut negatiivinen näissä yksityislääkäreissä(.) (rupes) nauramaan, mä (lääkärin nimi) sanonki siitä ku (lääkärin nimi) sano että kau-, että (.) potilaita on ollu paljon, et on ollu kiireitä että hän on vähän myöhässä, ni mä vaan siihen lohkasin että kauppa on käyny, [oon ite] kaupallisella alalla,
 T: [naurahtaa]
 P: ni se sano että näinhän se on, tässä pitää ajatella myös tätä puolta (B10)

Potilas viittaa puheessaan seuraavaan vastaanottotilanteessa lääkärin kanssa käymäänsä keskusteluepisodeihin, jossa yksityisen terveydenhoidon taloudellinen luonne nousi keskustelun aiheeksi.

Hoitaja (H) on tullut huoneeseen kysymään lääkäriltä ohjeita, mitä yllättäen tulleele potilaalle tehdään. Potilas (B10) istuu lääkäriä B vastapäätä, hieman sivuttain.

H: arvaa onko meillä ruuhka tuossa

⁶ Julkisen terveydenhoidon kustannukset mietityttävät myös potilaita. Esimerkiksi valtakunnallisessa sanomalehdessä (HS 10.1.2000) uutisoitiin, että potilaat potevat huonoa omaatuntoa hoitonsa kalleudesta.

- L: arvaan
(Hoitaja ja lääkäri keskusteleval potilaan tilanteesta. Kun keskustelu on ohi ja hoitaja on todennäköisesti lähdössä pois, lääkäri kohottaautuu tuolissaan ja sanoo humoristis-juhmalliseen sävyyn.)
- L: Leena, on ihanaa että on ruuhkaa (hymyilee ja katsoo hoitajaan)
- H: tiedätkö mitä se tietää (nauraa)
(sekä lääkäri että potilas nauravat)
- P: kauppa käy (katsoo papereitaan)
(lääkäri ja potilas nauravat)
- L: lama on opettanu mutkin asennoitumaan tiedäks sä asioihin eri lailla (katsoo nauraen potilasta, potilas katsoo papereitaan)
- P: kyllä, se on ihan hyvä, se tekee sellasta kaikkee (selaillee papereitaan)

Tällaista toiminnan metatason käsittelemistä voidaan pitää poikkeuksellisena, sillä vastaanottotilanteessa ei yleensä nosteta suoraan esille tekemisen taloudellista puolta eli tässä tapauksessa lääkärin (ja yksityisen organisaation) rahan ansaitsemista. Näin tehdessään sekä lääkäri että potilas nostavat esille lääkärin ja potilaan välisen suhteen kaksijakoisen perustan: se ei ole vain ihmissuhde, jossa välitetään, vaan sen taustalla ovat sekä medikaaliset että taloudelliset tavoitteet. Itse asiassa edellisessä esimerkissä lääkäri tekee aloitteen hoitamisen taloudellisen puolen tarkasteluun kommentoidessaan ruuhkaa humoristisesti "ihanana asiana". Lääkäri ei myöskään sivuuta potilaan "kauppa käy" -tulkintaa vaan hyväksyy sen kertomalla omasta muuttuneesta asennoitumisestaan ruuhkiin ja niiden taloudelliseen puoleen. Huomattavaa on myös, että toiminnan kaupallisuudesta keskustellaan humoristisesti, leikilliseen sävyyn. Tämä on tyypillistä uhkaaviksi ja vaikeiksi koetuissa tilanteissa. Huumori on kuin suoja, jonka varjossa vaikeisiin asioihin voidaan viitata, mutta niitä ei haluta nostaa vakavamman keskustelun aiheeksi. Rahasta puhuminen hoitotyön yhteydessä on koettu vaikeaksi, osittain siksi, että hoitaminen on nähty kutsumustyönä, jonka aitoutta ja arvoa rahan koetaan jollain tapaa rikkovan. Hoitamisen arvioiminen rahassa on auttamisen ja välittämisen arvioimista rahassa, mitä on ollut vaikea sovitaa ihmisen kokonaisvaltaista huomioonottamista ja aitoa kohtaamista korostaviin periaatteisiin.

Myös Portmannin (2000, 2) mukaan huolimatta siitä, että lääkäri-potilassuhde pyrkii *olemaan jotakin muuta*, siinä on olennaisesti kysymys rahan ja palvelun vaihtamisesta. Portman näkeekin lääkäri-potilassuhteen sopimuluonteen samankaltaisena aviosuhteen kanssa: kumpikin perustuu ainutlaatuisiin velvollisuuksiin ja on syntynyt yhteisen halun pohjalta, kumpikaan ei ole pakollinen, kumpikin edellyttää osapuolilta halua neuvotella, ja kummassakin suhteessa molempien osapuolien täytyy saada itselleen jotakin. Kuitenkin lääkäri-potilassuhdetta, samoin kuin aviosuhdetta, halutaan ajatella kutsumuksen tapaisena liittona tai lupauksena – ei taloudellisena sopimuksena. Tämä puolestaan johtaa helposti välttämään esimerkiksi negatiivisten asioiden, kuten hoidon tehottomuuden, hoitovirheiden ja kuoleman, käsittelemistä ja ajattelemista. (Portman 2000, 2.) Näin ollen Portmannin mielestä lääkäri-potilassuhteen ajattelu taloudellisena sopimuksena helpottaisi huonoista ja ikävistä asioista puhumista, koska lääkärin ei enää tarvitsisi pyrkiä säilyttämään turvallisuuden ja loputtoman optimismin illuusiota. Viestinnällisesti tällainen orientoituminen tarkoittaa avoimuuden lisääntymistä ja suhteen vaihtoon liittyvien (taloudellis-

ten) lähtökohtien eksplikoimista. Potilaalta vaadittaisiin kuluttajamaisempaa suhtautumista, minkä jotkut saattaisivat kokea heitteille jättämisenä.

Potilaan näkökulmasta vaihteluvuuden korostuminen, mikä yksityisessä terveydenhoidossa tarkoittaa konkreettista rahan antamista ja sille vastikkeen saamista, voi nostaa potilaan asemaa lääkäri-potilassuhteessa ja tehdä siitä - hieman paradoksaalisesti - potilasta huomioonottavamman ja vastavuoroisemman. Maksaessaan omasta käynnistään potilas voi tuntea olevansa tasavertaisempi osapuoli: hän on antanut konkreettisen panoksensa, jonka nojalla hänen on helpompi vaatia hoitojärjestelmältä aikaa ja huomioonottamista. Yksityisestä sairaanhoidosta maksava potilas lunastaa tai ostaa itselleen lääkäriltä aikaa, oikeuden olla tuntematta huolta oman käyntinsä turhuudesta⁷ ja oikeuden saada parempaa palvelua ja kohtelua, suurempaa huomioonottamista ja välittämisen osoittamista kuin vertauskohdaksi asettuvalla julkisella puolella. Tässä suhteessa voidaan sanoa, että yksityisen terveydenhoidon maksava potilas on tasavertaisemmassa asemassa kuin julkisella puolen potilas. Iso-Britanniassa tehdyssä haastattelututkimuksessa saatiin tulokseksi, että useimmat yksityispuolen potilaat kokivat kontrolloivansa hoitoaan enemmän ja että heillä oli lääkärin kanssa tasavertaisempi ja miellyttävämpi suhde kuin julkisella puolella (Wiles & Higgins 1996, 349). Myös Thorogood (1992, 33) päätelee yksityisen terveydenhoidon potilaita koskeneessa haastattelututkimuksessaan, että näkyvä ja suora vaihteluvuus eli raha lisää potilaiden tasavertaisuuden ja kontrollin tunnetta vastaanottotilanteessa. Samansuuntaisia näkemyksiä esiintyi myös tässä tutkimuksessa, kun potilaat tekivät puheessaan eroa julkisen terveydenhoidon (useimmiten terveyskeskuksen) ja yksityisen terveydenhoidon välillä. Esimerkiksi yksityiseen terveydenhoitoon hakeutumista perusteltiin paremmalla ja erikoistuneemmalla palvelulla.

- P: minoon ainakin tullu siihen tulokseen että mitä mä tarviin vähän erikoisempaa palvelua ni minä käyn yksityisellä, maksan enempi ja saan hyvän palvelun (A5)
- P: no tuota vaikka mulla ei oo omakohtasta kokemusta mutta tuota mä oon ajatellu asian näin, et sen kerran kun jos mä jouvvun lääkäriin ni, en mä meekkään terveyskeskukseen. et mä oon aatellu, en mää tiijä, mulla on varmaan väärä peri- ajatteluperiaate mutta oon aatellu että tuota, et et, sen kun noin rahala korvaa ite ni siinä yleensä ottaen minä ainakin näin aattelen et siinä saa paremman palvelun. en tiijä mutta näin minu-, minun päässä (E2)

Yksityisen terveydenhoidon palvelua pidettiin Tuorilan (2000, 75) tutkimuksessa parempana ja valittiin siksi, että tutkimusta ja hoitoa saatiin nopeemmin kuin julkisella puolella. Lisäksi vastaanottoaika saatiin nopeasti ja sisälle päästiin ilman liian pitkää odottamista. Yksityisen valintaa perusteltiin myös potilaan paremmalla huomioonottamisella:

⁷ Jotkut haastatelluista potilaista mainitsivat pelkäävänsä tulevansa leimatuiksi "tyhjänvalittajiksi". Tämä ei ole mitenkään harvinaista; Punamäen ja Kokon (1995) tutkimuksessa yksi tyypillinen potilaiden ilmaisema huoli oli pelko siitä, että heidän vastaanotolle tulossyynsä arvioidaan turhaksi.

- T: onks sun mielestä sitten, oot oot sä käyny muuten yksityisillä, yksityisellä puolella, et onko siinä mitä eroo sitte
- P: siin on ihan selvä ero siinä että, lääkärin huomioonottaminen tuommonen myötämielisyys ni se näkyy heti, heti niinku tavallaan ni mä oon käyny tässä (aseman nimi ja hoitaneen lääkärin nimi) minun mielessä on hänestä ni oikein hyvän, kuvan (A5)
- P: et tuota, vähän semmosta, ylimalkasuutta täällä, sillä mä niinkuin hakeuduin tänne yksityislääkäripuolelle että, et siellä ehkä suhtaudutaan asioihin, asioihin niinku vakavammin ku mitä täällä tehään, (sanotaan vaan että) katotaanpa nyt että jos se siitä (B2)

Huomioon ottaminen ja ystävällisyys yhdistettiin kuitenkin yksityisen hoito toiminnan taloudelliseen luonteeseen: jos ei ole potilaita, ei ole leipääkään, eli hoitava henkilöstö joutuu ottamaan potilaan huomioon oman toimeentulonsa takia.

- T: mistähän se johtus sitte että että yksityisellä puolella olis sitte, sun kokemukset ehkä on ollu myönteisempiä
- P: jos se johtuu siitä rahasta (A5)
- P: et sillä tavalla, tavallaan se niinku vastaanotto on, on aika lailla erityyppistä yksityisillä, mutta toisaalta sitten sen ymmärtää että hehän tekee sitä niinku siinä mielessä työkseen että jos, jos ei oo asiakkaita niin työt loppuu (A3)

Tällaisten hoidon rakenteellisten seikkojen yhteyttä vuorovaikutukseen ei ole kovin paljoa tutkittu. Suomessa on mm. selvitetty hoitopaikan valintaan vaikuttaneita syitä (Käyhkö 1997) ja yksityisten terveydenhoitopalvelusten käyttäjien oikeuksien toteutumista (Tuorila 2000). Silverman (1987) vertasi tutkimuksessaan lääkäri-potilasviestintää yksityisellä ja kahdella julkisen sairaalan klinikalla: yleisesti yksityisellä puolella lääkäri-potilaskeskustelut osoittautuivat tasavertaisemmiksi ja potilaat käyttivät enemmän valtaa kontrolloidakseen keskustelun kulkua kuin julkisella puolella, vaikka myös viimeksi mainitulla puolella yksittäiset keskustelut saattoivat olla yhtä tasavertaisia. Vaihteluvuuden mukanaan tuomaa tasavertaisuutta kuvastaa myös se, että panos (raha) voi antaa potilaalle myös enemmän uskoa omiin viestinnällisiin oikeuksiin: hän voi esimerkiksi helpommin sanoa oman mielipiteensä ja hänelle annetaan enemmän tilaa vuorovaikutuksessa, kuten seuraavan esimerkin miespotilas kuvaa.

- T: onks yksityisellä puolella ja sitten tämmösellä terveyskeskuspuolella sun mielestä eroo näissä asioissa
- P: on
- T: minkälaista
- P: no, mitä mä oon huomannu, siis yksityiset on huomattavasti avoimempia (.) eli heille pystyy huomattavasti helposti sanomaan oman mielipiteensä asiasta, et. mä en tiijä mistä se sitten johtuu, ei se nyt tietysti kaikkien terveyskeskuslääkäreitten kohdalla oo mutta aika moni terveyskeskuslääkäri tuntuu olevan sellanen että, ne sanoo oman asiansa ja piste. siihen ei jää niinku suunvuoroa ollenkaan itelle, missään asiassa. (A3)

Thorogood (1992, 31-32) toteaa tutkimuksessaan, että yksityisen terveydenhoidon potilaat eivät välttämättä edes osta erityisiä taitoja tai osaamista, vaan he ostavat aikaa ja yksilöllistä huomiota eli lääkärin vuorovaikutusosaamista ja potentiaalista vuorovaikutustilaa. Raha siis vahvistaa kuluttaja-potilas-

identiteettiä, minkä puolestaan voidaan ajatella lisäävän potilaiden uskallusta vaatia lääkäriltä henkilökohtaisuutta ja välittämistä ilmentävää käyttäytymistä.

Teoreettisesti ajateltuna yksityisen terveydenhoidon potilailla olisi suurempi valta vaikuttaa siihen, millaiseksi lääkäri-potilassuhde muotoutuu. Voidaan myös olettaa, että kaupallisen ulottuvuuden takia lääkärit olisivat herempiä tiedostamaan potilaiden vuorovaikutusta ja suhteen luonnetta koskevia odotuksia. Wiles ja Higgins (1997, 352) toteavatkin, että lääkärit ovat hyvin tietoisia siitä, että tuttavallisen henkilökohtaiseen suhteeseen pyrkiminen on myös heidän kannaltaan taloudellisesti rationaalisin strategia. Heidän (1997, 353) mielestään lääkäreiden kannattaa myös tavoitella juuri tuttavallista mutta ei kuluttajamaista suhdetta, koska tällöin he pystyvät paremmin ylläpitämään omaa dominoivaa asemaansa, joka kuluttajamaisessa potilassuhteessa olisi uhatumpi ja vaarassa tulla kyseenalaistetuksi.

3.1.3 Ei-henkilökohtaisten suhteiden henkilökohtaistuminen

Lääkäri-potilassuhteiden maailmassa näyttäisi siis vaikuttavan erilaisia tekijöitä, jotka korostavat niiden henkilökohtaistumista. Baumanin (1997/1990, 121) mukaan suurin osa kanssakäymisestä tapahtuu nykyisin ei-henkilökohtaisissa suhteissa, minkä seurauksena henkilökohtaisten suhteiden tarve tulee entistä pakottavammaksi ja ajankohtaisemmaksi. Henkilökohtaisista suhteista tulee siis "pula". Lisääntynyttä henkilökohtaisuuden tarvetta Bauman (1995, 20) selittää länsimaisen ihmisen eksistentiaalisella irrallisuudella tai individualismilla ja yksilöllisen identiteetin rakentamisella, joita on paradoksaalisesti mahdollista saavuttaa vain sosiaalisten suhteiden, sosiaalisen vahvistuksen ja hyväksynnän kautta. Kuitenkin lisääntynyttä sosiaalisten suhteiden tarvetta tyydyttämään sopivia ovat ns. "love-without-love" -tyyppiset korvikesuhteet, joissa voidaan toteuttaa rakkauteen ja välittämiseen liittyviä funktioita sitoutumatta suhteeseen (kantamatta vastuuta toisesta osapuolesta) ja ilman vastavuoroisuuden odotuksia. Tämä selittäisi Baumanin (1991, 205) mukaan erilaisten psykologisten ohjaus- ja terapiapalvelujen käytön suurta suosiota.

Samanlaista kehitystä kuvaa myös Feltham (1995, 21), jonka mukaan kiihtyneessä, muuttuvissa ja vieraantuneissa länsimaisissa nykyhteiskunnissa erilaiset professionaaliset kontaktit merkitsevät monille funktionaalisesti ystävyyssuhdetta. Ei-henkilökohtaisten suhteiden henkilökohtaistumisen paine on jo koskettanut asiakaspalveluammattilaisten joukkoa pankeissa, apteekkeissa, yritysten tai (hoito-) organisaatioiden puhelinvaihteissa tai ilmoittautumispisteissä sekä erilaisissa palvelupisteissä. Niissä toimivat kohtaavat yhä enemmän asiakkaita, jotka haluavat vain "keskustella jonkun kanssa" ja odottavat, että jollakulla olisi heille aikaa.

Postmodernin ajan ystävyyssuhteita on kuvattu fragmentaariseksi tai eriytyneiksi. Ihmisillä on erilaisia ystävyyssuhteita, jotka pohjautuvat erilaisiin aktiviteetteihin ja mielenkiinnon kohteisiin (Misztal 1998, 179). Misztal (1998, 185–186) pohtiikin, onko postmodernin ajan joustavista, ennustamattomista, informaaleista ja tasavertaisista ystävyyssuhteista tullut malli erilaisille roolipohjaisille suhteille, koska myös niissä nykyisin tavoitellaan joustavuutta, informaali-

suutta, keskinäistä mukautumista ja ymmärrystä. Tällainen roolipohjaisten suhteiden muutos tarkoittaa siis niiden entistä vahvempaa personaalistumista.

Myös Ehnrothin (2000, 76) kuvailemassa, amerikkalaisuuteen liitettyssä, positiivisen lähikohteliaisuuden tyyliissä (eli positiivisia myötätunnon eleitä ja keskustelukumppanille jatkuvan myönteisen palautteen antamista korostavassa tyyliissä) on yhtenevyyttä Baumanin ei-henkilökohtaisten suhteiden henkilökohtaistumisen kanssa. Lähikohteliaisuuden tyyli on Ehnrothin (2000, 77) mukaan tehty "oloihin, jossa rahamääräinen transaktio on kulttuurivaihdon perusmuoto". Se on globaalisti vahva ja leviävä vuorovaikutustyyli, mikä puolestaan johtaa siihen, että "kaikkia tulevan maailman sivilisaation jäseniä kannustetaan, kurssitetaan ja pian myös kasvatetaan positiiviseen lähikohteliaisuuteen". Mutta, kuten Ehnroth (2000, 76) toteaa, läheisyyden ja aitouden ilmaiseminen ei välttämättä paljasta emotionaalisen tai eettisen sitoutumisen lajia: kun vuorovaikutus päättyy, katoaa usein myös hetki sitten käsin kosketettavalta vaikuttanut aitous ja läheisyys.

Baumanin (1990, 121) mukaan tällaisesta kehityksestä seuraa se, että ns. ei-henkilökohtaisilta suhteilta ryhdytään odottamaan yhä henkilökohtaisempaa luonnetta:

"Toistuvasti on havaittu, että mitä riippuvaisempia olemme ihmisistä, joista meillä on vain epämääräistä ja sattumanvaraista tietoa, ja mitä lyhyempiä ja pikaisempia kohtaamisemme ovat, sitä suurempi taipumus meillä on laajentaa henkilökohtaisten suhteiden kenttää, sovittaa vain henkilökohtaisiin suhteisiin sopivia odotuksia väkisin kanssakäymiseen, josta suoriuduttaisiin parhaiten pitämällä se persoonattomana."

Tämän kehityksen voi olettaa lisäävän epätietoisuutta siitä, miten em. suhteissa tulisi toimia, sekä lisäävän ristiriitaisia, omaan ja toisen viestintäkäyttäytymiseen liittyviä odotuksia. Tämä merkitsisi myös ei-henkilökohtaisen ja henkilökohtaisen välisen jännitteen korostumista ja vahvempaa esille tulemistä vuorovaikutuksessa.

Henkilökohtaistumisen paine näkyy myös ihmissuhdetyötä tekevien osaamista koskevissa virallisissa esityksissä, sillä onhan ns. pehmeä osaaminen tai vuorovaikutusosaaminen keskeinen osa näissä ammateissa toimivien työtä, ja sen painoarvo näyttäisi vain kasvavan tulevaisuudessa (Rauste-von Wright & von Wright 1994; ks. myös Gerlander & Takala 2000). Ylipäätäänkin viestinnän merkitys modernissa tai postmodernissa asiantuntijuudessa on aikaisempaa korostuneempi jo siksin, että keskustelevuus ja vuorovaikutus kytketään asiakaslähtöisyyteen (Eriksson 2002, 167; Sarangi & Roberts 1999, 33). On selvää, että ihmissuhdeammattilaisilta odotetaan Ehnrothin kuvaamaa positiivista lähikohteliaisuutta tai ammatillista kohteliaisuutta ja juuri siitä valitetaan, kun lääkäreitä moititaan käytöstapojen puutteesta. Kuitenkin hoidonammattilaisilta odotetaan yleensä enemmän kuin lähikohteliaisuutta. Heidän tulisi osoittaa aitoa välittämistä ja vastaamista syvempiin emotionaalisiin tarpeisiin. Henkilökohtaistumisen paine ihmissuhdeammateissa tarkoittaa myös niitä. Esimerkiksi seuraavassa esimerkissä potilas aloittaa ammattitaitoisen lääkärin kuvaamisen

juuri potilaan syvemmästä huomioon ottamisesta ja kiinnostumisen osoittamisesta ja etenee sitten lääketieteelliseen osaamiseen.

- T: millanen lääkäri teijän mielestänne on pätevä et mitä, mitä te vaaditte siltä että vois sanoo että lääkäri on pätevä, ammattitaitonen
- P: no ainakin se että, suhtautuu siihen niinku se ois (naurahtaa) tämmönen, ihan oma erikoistapauksensa ja on kiinnostunu ja, ja tuota, hänellä on myöskin sitte (- -) esittää tätä lääkitystä ja muuta et mitä ne vaikuttaa ja, ja tuota (.) osaa tuoda, sen sillä tavalla esille että potilas rupee uskomaan (nauraa) et näin pitää tehdä että tästä jotain hyötyä (B9)

Luptonin (1996, 161) mielestä interpersonaalisen dimension merkitys ihmishuhtammateissa on korostunut viime vuosina, mikä näkyy esimerkiksi siinä, että lääkärin odotetaan pystyvän viestimään, kuuntelemaan ja keskustelemaan potilaan ongelmista yhä uudestaan ja uudestaan sekä tunnistamaan potilaan syvemmät emotionaaliset tarpeet vastaanottotilanteissa. Tämä sopii hyvin laajempaan länsimaissa vallitsevaan oletukseen, että läheisiin ihmishuhteisiin sisältyy intensiivinen asioista puhuminen ja ongelmista ja tunnetiloista neuvottelemine. Interpersonaalistuminen liittyykin Foucaultin (1978, 59) kuvaamaan tunnustavaan yhteiskuntaan (confessing society), jossa pidetään toivottavana, jopa velvollisuutena, tunnustaa asioita eli kertoa ongelmista, kokemuksista ja tunteista. On oletettavaa, että yhä useimmat lääkärin vastaanotolla asioivat potilaat odottavat henkilökohtaisempaa viestintää ja välittämisen osoittamista ja että he myös arvioivat lääkärin toimintaa näiden odotusten pohjalta. Tämä merkitsee myös jännitteisyyttä, jota kuvastaa osaltaan Vanderfordin (2001) ym. tekemä tutkimus. He (2001, 270) saivat tulokseksi, että lääkäreiden mielestä monet potilaat vaativat personaalisempaa suhdetta kuin mitä lääkärit pitivät mahdollisena tai sopivana. Näyttäisi siltä, että lääkäri-potilassuhteissa henkilökohtaistavien piirteiden tärkeyttä tullaan korostamaan ja ei-henkilökohtaisia piirteitä pyritään peittämään tai sivuuttamaan. Lisäksi, kuten aikaisemmin todettiin, yksityisessä terveydenhoidossa tai hyvinvointipalveluissa interpersonaalistumiselle on myös taloudellinen perusta.

Baumanin (1990; 1991) mukaan kaikissa ensisijaisesti vaihtoon perustuvissa suhteissa juuri vaihto, kuten rahallinen korvaus, tekee niistä persoonattomia ja tekee mahdolliseksi "rakastamisen ilman rakkautta", illuusion siitä, että välitetään. Esimerkiksi terapiasuhteessa asiakas voi keskittyneesti "kantaa huolta itsestään ja jakaa huolen uhraamatta ajatustakaan ihmiselle, jonka palveluksia on ostanut ja joka on siksi ottanut, osana liiketointa, vastuulleen kuuntelemisen velvollisuuden. Potilas ostaa myös illuusion siitä, että häntä rakastetaan." (Bauman 1990, 127; 1991, 205.) Illuusion ostaminen merkitsee toisaalta myös painetta sen luomiseen. Terapeutin tai muun ihmishuhtammattilaisen tehtävänä on luoda illuusiota jostakin sellaisesta, mitä terapiu- tai usiakassuhde ei aidosti voi koskaan olla, kuten epäitsekästä välittämisestä toisesta ihmisestä hänen itsensä takia.

Tällainen illuusion luomisen tavoite korostaa suhdeulottuvuuden merkitystä ja sen henkilökohtaista laatua, mutta samalla sen voidaan nähdä myös kuvastavan "sekasuhteissa" vallitsevaa perusluonnetta, jännitettä välittämisen ja

vaihdon välillä. Sekä illuusion luomisen tärkeys että Baumanin näkemys länsimaisen ihmisen yhä suuremmasta tarpeesta etsiä yhä enemmän funktionaalisia rakkauden korvikkeita suhteista, jotka eivät sido häntä vastavuoroisuuteen eivätkä jatkuvuuteen, tukevat ajatusta, että henkilökohtaistumisen paine lisääntyy ihmissuhdeammateissa. Se näkyy myös ammateissa toimivien käyttäytymiseen kohdistuvissa odotuksissa: ihmissuhdeasiantuntijalta odotetaan henkilökohtaisuutta ilmentävää käyttäytymistä.

Edellä on esitetty näkemyksiä sosiaalisten suhteiden ristiriitaisista motiiveista, ei-henkilökohtaisten suhteiden personalisoitumisesta ja henkilökohtaisiin suhteisiin liittyvien odotusten soveltamisesta ei-henkilökohtaisiin suhteisiin sekä illuusion luomisesta. Ne löytävät vastakaikua Michael Billigin (ym.) esittämistä näkemyksistä ihmissuhdeasiantuntijan työn dilemmaattisuudesta, jota käsitellään seuraavassa luvussa.

3.2 Ihmissuhdeasiantuntijan dilemmat

3.2.1 Yhteiskunnallisten arvojen ristiriitaisuus

Billigin ym. (1988, 6) lähtökohtana on ajattelun näkeminen *aina* dialogisena. Dialogisuuden lisäksi he painottavat myös ajattelun dilemmaattista ja sosiaalista luonnetta, mikä tekee siitä myös sosiaalista (Billig & al. 1988, 6). Ajattelun dilemmaattisuus syntyy sosiaalisen tietoon, kuten odotuksiin, arvoihin ja normeihin, sisältyvistä ristiriitaisista ja vastakkaisista elementeistä, jotka itse asiassa tarjoavat ihmisille materiaalia, jonka kautta he voivat keskustella, ajatella ja argumentoida. (Billig & al. 1988, 8)⁸. Ajattelun sosiaalisuus, kollektiivisesti muodostuneet merkitykset, edustavat Billigille (ym.) ideologisuutta, mikä voi olla elettyä ideologiaa (mikä tarkoittaa samaa kuin kulttuuri) tai intellektuaalista ideologiaa. Molempiin sisältyvät olennaisena osana ratkaisemattomat, dilemmattiset elementit.

Ideologisen ajattelun ristiriitaisuuksien lähteet ovat monenmuotoisia. Ne voivat sijoittua ideologian "sisään", eli olla esimerkiksi oppijärjestelmän (esim. liberalismiin tai kapitalismiin) sisäisiä tai sitten asettua käytännön ja ns. opillisen ajatusjärjestelmän välille (Billig & al. 1988, 26), kuten käytännön toiminnan ja siihen liittyvän tieteellisen teorian ollessa ristiriidassa keskenään. Ideologisia ristiriitoja voidaan siis tarkastella vallitsevien arvojen ja yksilöiden toiminnan välisenä kysymyksenä. Ideologia-käsitteen käyttäminen näin laajassa merkityksessä on poikkeuksellista, mistä seuraa, että sen merkitys jää myös epäselväksi. Tässä työssä en kuitenkaan keskity syvemmin ideologia-käsitteen tarkasteluun,

⁸ Ideologiset dilemmat pohjautuvat sosiaalipsykologi Michael Billigin aikaisempaan teokseen *Arguing and Thinking: a rhetorical approach to social psychology* (1996), jossa hän tarkastelee ajattelun ja argumentoinnin retorista luonnetta.

vaan ajattelun, eli ideologisen ajattelun, dilemmaattisuuteen ja sen seuraamuksiin.

Ideologiset dilemmat, joita ihmissuhdeasiantuntijat joutuvat työssään kohtaamaan, tekevät asiantuntijan ja asiakkaan, kuten lääkärin ja potilaan, välisestä suhteesta ja vuorovaikutuksesta pohjimmiltaan ambivalenttisen. Ambivalenttisuus syntyy siitä, kun kulttuurissamme vallitsevat erilaiset aatteet, arvot, normit ja teoreettiset jäsenyykset joutuvat konfliktiin keskenään. Näin ollen myös professionaalien ja ei-professionaalien suhteeseen kohdistuu eri lähteistä nousevia ristiriitaisia arvoja ja normeja, jotka tulevat esille esimerkiksi toimintaan kohdistuvien odotuksien ristiriitaisuutena. Juuri tästä syntyy dilemmaattinen asetelma esimerkiksi lääkärin ja potilaan väliseen suhteeseen.

Billig ym. (1988) näkevät, että länsimaisissa nyky-yhteiskunnissa on kaksi keskeistä ristiriitaisiin suuntiin vaikuttavaa arvoperustaa tai ideologiaa, jotka ovat olennaisia asiantuntijan ja ei-asiantuntijan suhteen ymmärtämiseksi. Ne ovat demokraattisuuteen ja liberalismiin pyrkiminen sekä asiantuntijan arvovallan, auktoriteetin arvostaminen. Demokraattisuuden ydintä ovat ihmisten tasa-arvoisuus ja siihen liittyen lainsäädännössä kansalaisille taatut erilaiset oikeudet. Epätasa-arvo ja epädemokraattisuus puolestaan ovat vältettäviä, kielteisiä asioita (ks. Billig & al. 1988, 65). Esimerkiksi terveydenhoitoa koskeva v. 1992 säädetty laki potilaan asemasta ja oikeuksista pohjautuu juuri demokraattisuuden edistämisen periaatteisiin. Kuitenkin demokratiaa arvostavat yhteiskunnat ovat luoneet omat professiojärjestelmänsä ja legitimoineet esimerkiksi koulutuksen ja tutkintojen kautta sen, mitä tiettyssä professionissa toimivalta edellytetään. Näin ollen länsimaisissa yhteiskunnissa toisaalta myös arvostetaan ja kunnioitetaan asiantuntijoita ja professionaaleja, minkä vastineeksi heiltä myös odotetaan sen mukaista toimintaa (Billig ym. 1988, 66).

Asiantuntijuuteen kohdistuvista odotuksista kertoo esimerkiksi potilaan toteamus "Lääkärihän tässä on asiantuntija" tai opiskelijan määrittely "Sinähän tässä olet opettaja, sano sinä miten asia on". Vaikka siis lääkärin ja opettajan kaltaisten professionaalisten asiantuntijoiden eli professionaalien arvovaltaa kritisoidaan, niin toisaalta heidän odotetaan toimivan asiantuntijan tavoin ja puolustavan, ylläpitävän asiantuntijuuttaan toiminnassaan. Ollakseen erikoistunutta tieteellistä tietoa soveltava professionaali, asiantuntijan on esimerkiksi osoitettava pitävänsä hallussaan sellaista tietoa, joka ei ole maallikoiden hankittavissa. Tätä Rinne ja Jauhiainen (1988, 29–31) nimittävät tiedon mysteerioksi. Myöskään kokemuksellisesti samalle tasolle asettuminen asiakkaan kanssa ei kuulu asiantuntijuuden rakenteeseen. Jos esimerkiksi lääkäri ryhtyisi kertomaan omia kokemuksiaan, potilas voisi kokea asian jopa loukkaavana ja omaa asiaansa väheksyvänä.

Tästä syntyy Billigin ym. (1988) mukaan ratkaisematon ristiriita - dilemmaattisuus tasavertaisuuden ja tasa-arvoisuuden tavoittelun ja toisaalta asiantuntijuuden ylläpitämisen välillä. Lääkärin toiminnassa tämä ristiriitaisuus ilmenee sellaisten kysymysten olemassaolona, kuin miten osoittaa olevansa asiantuntija ja rakentaa lääketieteellistä asiantuntijuutta, mutta miten luoda myös tasavertaisempi suhde potilaisiin ja toimia potilaskeskeisemmin. Näin ollen

eksperttien, professionaalinen ja maallikoiden välille syntyvä suhde ja vuorovaikutus ei ole ensisijaisesti tasa-arvoista vaan nimenomaan ambivalenttista. Vaikka demokratiaa pyrittäisiin toteuttamaan, ei epätasa-arvoisuutta tuottavia piirteitä kuitenkaan voida vuorovaikutuksesta kokonaan hävittää, vaan siinä voidaan havaita ristiriitaisesta lähtökohdasta juontuvia piirteitä. Tällaista tilannetta Wetherell, Stiven ja Potter (1987) kuvaavat käsitteellä, joka vapaasti käännettynä tarkoittaa epätasa-arvoista tasa-arvoisuutta ("unequal egalitarianism")

Myös Måseide (1991, 553) pohtii lääkärin työhön kuuluvia ongelmia, jotka ovat samansuuntaisia Billigin ym. kuvaaman dilemmaattisuuden kanssa. Måseiden mukaan lääkärit joutuvat kohtaamaan väistämättömiä, rakenteen ja prosessin yhdistämiseen liittyviä ongelmia, jotka syntyvät siitä, kun institutionaalisuuteen perustuvaa lääketieteellistä tietoa ja kompetenssia integroidaan käytäntöön. Lääkäri joutuu tällöin sukkuloimaan professionaalisen diskurssin, moraalisen diskurssin ja muiden elämään liittyvien diskurssien välillä, mikä aiheuttaa ristiriitaisia vaatimuksia käytännön toiminnalle (Måseide 1991, 553).

Samankaltaiseen asiantuntijuuden ja tasavertaisen lähimmäisyyden dilemmaan viittaa Branch (2000, 4), joka ajattelee, että yleislääkäri joutuu työssään liikkumaan edestakaisin kahden tehtävän välillä: toimimaan lääkärinä sekä osoittamaan empatiaa ja emotionaalista tukea. Branchin (2000, 4) mukaan lääkärinä toimiminen on lääketieteellisen tiedon käyttämistä potilaan asian diagnosoimiseksi ja hoitamiseksi. Se voidaan erottaa "ei-lääkärin" roolista, jolloin toimitaan "aitona persoonana" ja "oikeana ystävänä ja auttajana", joka antaa emotionaalista tukea ja osoittaa empaattisuutta. Huomattavaa Branchin näkemyksessä on jyrkkä jako lääkärin ja ei-lääkärin roolin välillä ja näihin rooleihin liittyvä sisältö. Lääkärin rooli ei sisällä empatian ja välittämisen kaltaista osaamista, jolloin niiden osoittaminen vuorovaikutuksessa tarkoittaa lääkärin roolista "pois siirtymistä". Itse asiassa tämä tarkoittaa samaa kuin näkemys, että interpersonaalinen viestintä toteutuu vain aitojen persoonien välillä, jolloin lääkärinpotilasviestintä olisi interpersonaalista vain silloin, kun lääkäri on siirtynyt lääkärin roolistaan pois.

Ihmissuhdeasiantuntijan dilemma ilmenee vuorovaikutuksessa erilaisissa piirteissä ja prosesseissa. Tarkasteltavaksi voidaan esimerkiksi nostaa ne keinot ja tavat, joilla ihmissuhdeasiantuntija pyrkii luomaan vaikutelmaa tasa-arvoisemmasta ja läheisemmästä, ikään kuin tuttavien, tai jopa ystävien, välisestä suhteesta. Billig ym. (1998, 68) toteavatkin, "What would be more egalitarian as sharing with friends". Wetherell, Stiven ja Potter (1987) mainitsevat mm. seuraavia tasavertaisuutta ilmentäviä keinoja tai tapoja:

- Kohteliaisuusmaksimien käyttäminen, joilla signaloidaan yhteistyöhalukkuutta.
- Ei käsketä suoraan vaan käskyt verhotaan kysymysten muotoon, jolloin ne uhkaavat vähemmän vastaanottajan kasvoja (negatiivinen kohteliaisuus).
- Kohteliaat kutsut ja pyynnöt.

- Etunimen käyttäminen, jolla luodaan yksisuuntaista läheisyyttä.
- Jakamisen ja yhteisen tekemisen ajatuksen esille nostaminen.
- Demokraattisen semantiikan käyttäminen: me-muodot, jotka myös korostavat jakamista ja yhteistyötä.

Ihmissuhdeasiantuntijan viestintä on epäsuoraa. Asiakasta ei käsketä suoraan, vaan käskyt naamioidaan esimerkiksi liioitellun humoristiseen sävyyn, mutta kuitenkin asiakkaan odotetaan toimivan niiden sisällön, perusviestin mukaisesti (ks. Billig & al. 1988, 68–69). Näin ollen asiantuntijalta vaaditaan taitoa verhoata auktoriteetti- ja asiantuntija-asemansa demokraattisempaan ilmiasuun. Tämä ei kuitenkaan poista, eikä sen tarkoitukseen ole poistaa, lähtökohdallista asymmetristä, epätasavertaisuutta: Epätasarvoisen tasa-arvoisuuden ilmaiseminen vaatii "Delicate semantics and syntax are required to express the unequal egalitarianism" (Billig & al. 1988, 70).

Dilemmaattiseen asetelmaan siis kuuluu se, että samalla kun asiantuntijan ja asiakkaan välistä eroa uusinnetaan jatkuvasti, koko ajan toistuu myös yhteistyön tarpeellisuuden ja asiantuntijuuksien täydentävyyden idea (ks. Vuorinen & Helasti 1997, 58). Usein korostetaan esimerkiksi lääkärin lääketieteellisen asiantuntijuuden (medical perspective) ja toisaalta potilaan oman asiansa ja kokemustensa asiantuntijuuden (lay perspective) täydentävyyttä ja nimetään lääkärin ja potilaan välinen toiminta yhteistyöksi. Yhteistyön ohella lääkärin ja potilaan suhdetta kuvataan mm. kumppanuudeksi tai molemminpuoliseksi suhteeksi (ks. esim. Roter 2000). Tästä huolimatta ihmissuhdeammattilaisen ja asiakkaan välinen suhde on avoimen epätasa-arvoinen.

Myös se, että demokraattisuuteen pyrkiminen ja tasa-arvoisuuden ilmentäminen nähdään asiantuntijan eikä asiakkaan tehtävänä, korostaa asetelman pohjimmaista epätasa-arvoisuutta. Billig ym. (1988, 75) toteavat: "Thus the very enactment of equalization – the democratically polite tones of 'shall we share' – belongs to the rational authority, and inequality, of expertise." Esimerkiksi haastatteluissa jotkut potilaat kuvasivat lääkäri-potilassuhteessa tapahtunutta muutosta nimenomaan niin, että lääkärit ovat lähentyneet potilaita (eivätkä potilaat lääkäreitä) tai että lääkärin pitäisi ottaa potilas enemmän huomioon (eikä potilaan lääkäriä). Tämä osaltaan osoittaa sitä, miten tasa-arvoisuutta ilmentävät tai rakentavat teot toimivat arvovaltaan perustuvassa järjestelmässä, ja että ne saattavat myös tukea ja uusintaa sitä, vaikka ne tuovat siihen myös dilemmaattisuutta.

3.2.2 Ystävällisen asiantuntijan paradoksi

Modernin asiantuntijuuden ambivalenttisuus havainnollistuu Billigin ym. (1988) mukaan konkreettisesti ystävällisen asiantuntijan -paradoksissa, joka tulee selvästi esille lääkärin ammatissa. Mertonin (1976) mukaan keskeinen tai dominoiva rooliodotus on, että lääkäri toimii objektiivisesti ja tieteellisen neutraalisti. Kuitenkin pelkästään näihin periaatteisiin nojaavaa lääkäriä pidettäisiin huonona. Lääkäriin kohdistuu demokratian ja tasa-arvoisuuden hengessä myös vaatimuksia ihmissuhdeosaamisen, sosiaalisten taitojen tai joidenkin mielestä

jopa ystävyiden osoittamisen suhteen (ks. Merton 1976). Tätä Billig ym. (1988, 76) kuvaavat seuraavasti:

“...it is a part of the role of the doctor that the doctor should be something other than a doctor. There is the requirement that the doctor *should also be a friend*. [...] However, the doctor *is neither really nor merely a friend, but must act as if a friend*. The friendly face which greets the patient in the surgery must convey that the doctor and patient *might be friends*, if only they did not have to meet in such a formal setting.[...]”

Lääkärin on siis toimittava ikään kuin olisi ystävä, eli Baumanin sanoja mukailen: hänen tulee luoda illuusiota ystävydestä, joka ei kuitenkaan ole mahdollista hoitokontekstissa, mutta saattaisi toteutua epävirallisessa kontekstissa. Tämä johtaa siihen, että hyvän lääkärin täytyisi pystyä yhdistämään lääketieteelliseen auktoriteettiin tasavertaisena ystäväenä olemisen helppous.

Tähän voidaan soveltaa Eräsaaren (1997) esittämää metaforaa "värähtelevästä" asiantuntijuudesta, joka täytyy rakentaa kussakin asiakastilanteessa aina uudestaan. Tällaiseen temporaaliseen, vuorovaikutustilanteessa rakentuvaan asiantuntijuuteen kuuluu myös edellä kuvattu lääketieteellisen asiantuntijuuden ylläpitämisen ja lähelle tulemisen problematiikka.

Ihmissuhdeammateissa ystävyiden osoittamisen vaatimus on ambivalenttinen (ks. esim. Merton 1976). Jos asiantuntija on liian ystävällinen, hänen oikeutensa toimia asiantuntijana vaarantuu, mutta jos hän on liian tekninen, hän ei pysty luomaan riittävän läheistä ja luotettavaa suhdetta. Ihmissuhdeammattilaisen työhön kohdistuva jännite tulee esille esimerkiksi tunteiden hallinnassa ja esittämisessä. Toisaalta professionaalisuuden ylläpitämiseen liittyy tiettyjen tunteiden hallinta ja esittämiseen liittyvien normien noudattaminen, mutta toisaalta ihmissuhdeammattilaiselta odotetaan myös välittämisen osoittamista. Täytyy siis pystyä osoittamaan välittämistä ja tunteitaan professionaalisesti, mutta välittämistä ja tunteiden osoittamista ei saisi olla liikaa, niin että suhteen luonne vaarantuisi ja se alkaisi muistuttaa liikaa henkilökohtaisia suhteita. Esimerkiksi sairaanhoitajat etsivät työssään tasapainoa välittämisen ja huolehtimisen ja professionaalisen käytöksen ylläpitämisen välillä (ks. esim. Bolton 2001; Lawler 1991).

Tätä lääkärin tasapainoilua tasa-arvoisuuden ja asiantuntijan arvovallan vaatimusten välillä Billig ym. (1988, 77) kuvaavat *toimimisena arvovaltaisesti ystävällisellä tavalla*. Tällainen asetelma, jossa asiantuntijana toimimiseen kietoutuu sekä siihen olennaisesti sisältyvä epätasa-arvoisuus että ihmissuhteisiin liitetty tasa-arvoisuus ja -vertaisuus, on käytännössä ratkaisematon, koska *ratkaisemattomuus kuuluu ideologisen dilemman luonteeseen*.

Ihmissuhdeasiantuntija-asiakassuhteessa toteutuva tasavertaisuus on osa asiantuntijuutta. Siitä ei koskaan voi tulla täydellistä, vaan sen tehtävänä on toimia, Billigin ym. (1988, 76) sanoin, *muunnoksena epätasa-arvoisesta tasa-arvoisuudesta*. Lisäksi tasa-arvoisuutta viestivä toiminta voi tuottaa uudenlaista epätasa-arvoisuutta. Ei ole sanottu, että henkilökohtaistuminen lääkäripotilassuhteessa johtaisi laadullisesti tasa-arvoisuuden lisääntymiseen, vaan se saattaa tuottaa uusia epätasa-arvoisuuden ilmentymiä, joita on ehkä aikaisempaa hankalampi havaita verhotumman luonteensa vuoksi. Esimerkiksi ystävä-

lisyyttä ja persoonallista lämpöä viestivän lääkärin mielipidettä on useimmiten vaikeampi vastustaa tai kyseenalaistaa kuin etäisemmän tai epäystävällisemmän.

Ystävällisyys ja yhdessä tekemisen retoriikka ymmärretään helposti varsinaisesta asiantuntijatyöstä irrallisiksi kohteliaiksi käytöstavoiksi tai henkilövaikutelman luomiseksi, joka ei toiminnan tuloksellisuuden kannalta ole kovin merkittävää. Kuitenkaan tästä ei ole kysymys. Se että ammattilaisen pyrkimystä voidaan luonnehtia "ikään kuin olisimme ystäviä" -suhteeksi, ei tarkoita sitä, että ihmissuhdeammattilainen-asiakassuhteet olisivat kylmiä, pinnallisia tai epäaitoja tai että ammattilaiset "näyttelisivät" niissä välittämistä. Billigin ym. (1988, 78) mielestä ystävällisyyden viestiminen ei nouse vain asiantuntijan halusta esittää itsensä miellyttävänä, vaan siitä, että hän seuraa toiminnassaan syvempää *ystävällisyyden ideologiaa*, joka ei välttämättä ole harkittua. Vaikka esimerkiksi lääkärin hymy saattaisi näyttää pinnalliselta, ei välttämättä ole kysymys ulkokohtaisuudesta tai näyttelemisestä sinänsä. Sen sijaan lääkäri on omaksunut näkemyksen, että sellainen on korrekti, rationaali ja tehokas tapa toimia hoitosuhteissa, ja hän kokee potilaiden vaativan ystävällisyyden osoittamista merkinä erityisestä asiantuntijuudesta. (Billig & al. 1988, 79.) Myös Anderson (1986, 87) ajattelee, että lääkärit eivät useinkaan toimiessaan tietoisesti tavoittele viestinnän (ja suhteen) henkilökohtaistamista eivätkä valitse tiettyjä persoonallistamisstrategioita. Ystävällisyys-ideologian mukaisesti ystävällisyys on osa lääkärin persoonallisuutta, jolloin ystävällinen lääkäri on persoonallisempi kuin ei-ystävällinen. Jos ystävällisyys on osa asiantuntijuutta, tällöin se tasavertaisuudestaan huolimatta on osa epätasa-arvoistavaa rakennetta, esimerkiksi persoonallista järjestelmää.

Ystävällisen asiantuntijan paradoksia voidaan verrata siihen, miten Gardiner (1998) tarkastelee ystävyysuhdetta mentorisuhteen perustana.⁹ Hän (1998, 78) toteaa, ettei ole olemassa mitään yleistä näkemystä siitä, mitä ystävyys merkitsee formaalissa kontekstissa, joten ei myöskään ole olemassa malleja siitä, miten ystävyys informaalina käsitteenä on sovellettavissa mentoroinnin formaaliin järjestelmään. Gardiner (1998, 83) pohtii informaalisen ystävyysuhteen ja mentorisuhteen läheisyyttä ja toteaa, että ne eivät pohjimmiltaan ole kovin erilaisia, sillä molempiin kuuluvat positiiviset tunteet, emotionaalinen läheisyys, relationaalisten tarpeiden tyydyttäminen ja myönteiset tulokset. Mentorintuhteissa ystävyys on erityisen tärkeä näkökulma erityisesti naisille, joten he pyrkivät soveltamaan ystävyysmallia myös persoonallisiin mentorintuhteisiin (Gardiner 1998, 83-84).

Kuitenkin henkilökohtaisen ystävyysmallin (personal friendship) käyttämisen mentoroinnin formaalisissa kontekstissa liittyy jännitteitä, koska mentorin pitäisi pystyä ottamaan etäisyyttä sekä itseensä että mentoroitavaan (Gardiner 1998, 78). Mentorilta siis odotetaan myös puolueettomuutta ja persoonallista objektiivisuutta, missä suhteessa mentorintuhte on samanlainen kuin lääkäri-potilassuhte tai monet ohjaussuhteet. Informaalisen ystävyysmallin sijasta

⁹ Gardiner (1998, 77) määrittelee mentoroinnin auttamisstrategiaksi, jolla tuetaan sekä yksilön persoonallista että henkilökohtaista kasvua kahdenkeskisessä, erityissuhteessa.

Gardiner (1998, 84) suosittelee *professionaalisen ystävyysmallia*, joka soveltuu hänen mielestään paremmin mentorisuhteen tarkasteluun ja kuvaamiseen kuin informaalin ystävyysmalli, koska se ottaa paremmin huomioon mentorisuhteelle ominaisen kaksitahoisen luonteen, eli henkilökohtaisuuden ja formaaliuden, ja lisäksi se tarjoaa suhteeseen enemmän stabiiliutta.

3.2.3 Asiaankuulumaton ystävyys

Tarkennuksena Billigin ym. käsittelemään ystävä-lääkäri -paradoksiin tuon tässä luvussa esille, mitä tutkimukseen osallistuneet potilaat ja lääkärit puhuivat ystävyystyöläis-suhteesta. Ystävyysnäkökulma ihmishuhtesuhteeseen on perusteltua ainakin kahdesta syystä. Ensinnäkin on muistettava ystävyyskäsitteen ja yleensä ystävyysuhteiden kulttuurisidonnaisuus. Meillä ystävyys näyttäisi olevan pohjoisamerikkalaiseen kulttuuriin verrattuna kapeampi ja kriteereiltään vaateliaampi käsite: ystävyysuhteelta edellytetään esimerkiksi pitkäkestoisuutta. Kaksi tai kolme kertaa tavattua ihmistä ei yleensä kutsuta vielä ystäväksi, mikä sen sijaan on mahdollista yhdysvaltalaisessa kulttuurissa. Misztal (1998, 186–187) toteaa, että amerikkalaiset ja australialaiset kutsuvat ystäväksi henkilöä, jota eurooppalaiset pitävät vain tuttavanaan. Yhdysvaltalainen potilas voinee myös kutsua lääkäriään ystäväksi. Esimerkiksi Ellingsonin ja Buzzanellin (1999) tutkimuksessa pohjoisamerikkalaiset naispotilaat kuvasivat myönteistä lääkäri-potilassuhdetta ystävä- ja ystävyyskäsitteillä. Wiles ja Higgins (1996, 347–348) raportoivat monien yksityispotilaiden kokeneen suhteensa lääkäriin vastavuoroisena ystävyysuhteena mm. seuraavasti: "it's almost as if they [doctors] can become a friend". Kuitenkin suomalaisessa kulttuurissa siihen, että lääkäriä sanottaisiin ystäväksi ja lääkäri-potilassuhdetta ystävyysuhteeksi, suhtaudutaan epäilevämmiin ja poissulkevampiin kuin amerikkalaisessa kulttuurissa.

Kulttuurisidonnaisuudestaan huolimatta näkemys ystävyysuhteen (tai vastaavan) ylittämättömästä rajasta ihmishuhtesuhteissa voidaan nähdä myös *ontologisena*, ei vain termin kulttuurisiin merkityksiin ja niiden eroihin perustuvana asiana. Tämä myös vahvistaa ystävyysnäkökulman relevanssia lääkäri-potilassuhteen ja muidenkin "sekasuhteiden" luonnetta tai laatua tarkasteltaessa. Buber (1965) tuo tähän keskusteluun mukaan kysymyksen suhteiden normatiivisista rajoista, niiden ontologisesta (ominaisesta) luonteesta. Buber (1965, 99–101) väittää, että jos hoitosuhteelle ominainen yksisuuntaisuus jostakin syystä muuttuisi, tämä tarkoittaisi käytännössä hoitosuhteen luonteen rikoutumista (tätä asiaa tarkastellaan perusteellisemmin Aitoa dialogia? -luvussa). Buber (1965, 99) ilmaisee asian sanoen "if it loses one-sidedness, it loses essence". Tästä seuraa suhteen päättymisen hoitosuhteena tai sen muuttuminen – ystävyysuhteeksi. Ystävyys on siis hoitosuhteen kannalta joko-tai-valinta.

Haastateltujen puheessa ystävyys nousi esille kahdesta eri näkökulmasta: voisiko lääkäri-potilassuhde olla ystävyysuhteeksi ja mitä ystävä-potilaiden hoitamiseen liittyy lääkärin kannalta. Niin potilaiden kuin lääkäreidenkin puheesta oli selvästi tulkittavissa, että lääkärin ja potilaan kanssakäymistä ei voi verra-

ta ystävien väliseen tapaamiseen, vaan ne ovat selvästi erillään pidettäviä suhteita, *joiden kuuluu ollakin sellaisia.*

- P: mä tarkotan, tarkotan en en nyt, nyt mä sanon sen jotenkin varmaan (.) mä tarkotan sillä lailla et niinkun että, lääkärin niinkun, on, on hyväkii että lääkäri on lääkärin roolissa tietyllä lailla mut siinä semmonen inhimillinen tekijä on sitten siinä kohdatessa asia- tai potilas
- T: niin se on siinä kanssa
- P: =mukana niinkun
- T: joo.
- P: mut niinkun mä en tarkota sitä että, ei se nyt oo sama kun sä meet jonkun hyvän ystävän kanssa juttelee, siis se on, se on eri tilanne ja se kuuluu olla sellanenki että (E3)
- P: joo no kyllä siis kuitenkin mä itse tuota vaikka kuin hän on ystävällinen ja näin mutta tuota tottakai siinä on semmonen mää- määrätty tuota välimatka siltikin vaikka kuin vois sinutella ja tällä tavoin näin mutta kyllä siinä tietenkun on on on se välimatka että kyllä mä nyt silti vaikka aina, aina että hän on todella tavattoman ystävällinen ja näin mutta sitten se, sitten ehkä menis, lipsahtas pikusen ehkä, ehkä jo väärälle puolelle sillai että mä en tuota, oletakaan että ihan niin pitkälle siinä sillai mennään (D1)

Jos suhde jostakin syystä muuttuisi ystävyysuhteeksi, se merkitsisi hoitosuhteen ehtojen romuttumista tai ainakin niiden joutumista vahvasti kyseenalaisiksi. Ystävyys- ja hoitosuhteen samanaikaista mahdottomuutta ja väärälle puolelle lipsahtamisen seuraamuksia kuvasi lääkäri e seuraavasti:

- T: niin onks siinä selvää rajaa vai miten tää niinkun asettuu suhteessa ystävyysuhteisiin tai läheisiin tuttaviin, eikö ne kuitenkin oo aika erilaisia suhteita.
- L: kyllä ne minusta on hirmu erilaisia suhteita. elikkä sanotaan että potilaalle, mä en aseta mitään vaatimuksia enkä rajoituksia enkä ninkun. elikkä potilaanahan käy paljon sellaisia ihmisiä joiden kanssa ei ikinä vois ystävyystyä, toisaalta käy kyllä myös sellasia että joskus tekisi mieli, sanotaan että mullakin on ehkä tällä hetkellä yksi sellanen, sellanen, ehkä niitä on vuosien varrella ollu niinku luokkaa viis, sellanen potilas että mun tekis mieli. mä joskus aattelen kun mä olen metsässä kävelemässä että voi ku ois kiva kun mä voisin soittaa sille ja jutella sen kanssa, mutta mä en kuitenkaan voi sitä tehdä koska, koska mä oon sen hoitava lääkäri, et jos se ehdottais mulle että lähenks mä elokuviin tai, tai, jotain niin mä lähtisin mut että mä en, mä en voi sitä ehottaa
- T: oisko se sitten jos hän ehottais sulle että lähettäs elokuviin ja sä lähtisit niin luuletko että se muuttas sitten sitä
- L: kyllä se sillon tietenkun menis siinä se hoitosuhde. mutta se on just siinä että että mä, mä en niinku voi ottaa häneltä sitä hoitosuhdetta pois et jos hän itte päättäis että, että muutetaan.

Vaikka haastateltu lääkäri siis haluaisi ystävyystyä jonkun potilaan kanssa, hän ei voi itse tehdä aloitetta, koska silloin hän riistäisi potilaalta hoitosuhteen: ystävyysuhteeksi muuttunut suhde ei voi olla hoitosuhde. Lääkäri näkee, että hän ei voi ottaa hoitosuhdetta pois, jos potilas haluaa sitä jatkaa, jolloin suhteen määrittely on potilaan käsissä. Potilaalla on siis valta ja oikeus ensisijaisesti määrittellä suhteen luonne, vaikka ajateltaisiinkin, että lääkäriillä on hoitosuhteen sisällä suuremmat mahdollisuudet ja tehtävän mukanaan tuoma valta säädellä tilanteen kulkua. (Tulkintakehyksestä riippuen, potilas ei siis ole pelkäämään vaikuttamisen ja toimenpiteiden ja kontrollin kohde, vaan hän pystyy

myös vaikuttamaan suhteen luonteeseen, ja voidaan ajatella, että hänellä on josain määrin jopa ensisijainen oikeus määritellä suhteen rajat.) Erona ystävyys-suhteeseen lääkäri näkee esimerkiksi sen, että lääkäri ei aseta potilaille mitään vaatimuksia ja rajoituksia suhteen alkamiseen toisin kuin ystävyys-suhteissa. Tästä seuraa, että potilaana on myös sellaisia ihmisiä, joiden kanssa lääkäri ei ikinä voisi ystävystyä.

Kiinnostaviksi nousevat sellaiset viestintäteot, joita käyttäessään lääkäri ja potilas liikkuvat henkilökohtaisen suhteen rajan läheisyydessä. Tällöin todennäköisesti tietoisuus suhteiden välisen liukuvan rajan olemassa olosta lisääntyy, ja ajankohtaisiksi tulevat kysymykset siitä, mikä on tämän suhteen luonne, missä suhteiden raja osallistujilla sijaitsee tai minkä yli ei missään tapauksessa mennä. On oletettavaa, että jotkut viestintäteot tulkitaan ehdottomiksi rajan ylityksiksi. Esimerkiksi, jos lääkäri ehdottaisi tapaamista vapaa-ajalla, tällä teolla hän siirtäisi suhteen asiantuntija-asiakaskontekstista henkilökohtaisten suhteiden maailmaan. Myös liiallinen kiinnostuminen toisen henkilökohtaisista asioista voi tehdä suhteen rajat näkyviksi.

Lääkäri-potilassuhteen rajamaastossa kulkemisesta kertoo esimerkiksi "ylikiinnostuneen lääkärin" tapaus, jossa lääkäri potilaan mielestä reagoi poikkeuksellisen innokkaasti potilaan yksityisasioihin, joilla ei varsinaisen asian käsittelyn kannalta ollut mitään merkitystä.

- P: ...jotain mietin joihinkin yksityiselämän asioihin että avioliittooni ja muihin hän ehkä niinku, en tiijä johtuko se nyt sitten tästä tutkimuksesta vai onko hän semmonen luonteeltaan että, ehkä niinku ylireagoikin sitten niin pirteesti tuolai, ehkei jotenkin ne ollu niin tilanteeseen silleen niin keskeisiä, enemmän semmosia omia stressejä (- -) ehkä jopa musta tuntu että johonkin ehkä vähän ylireagoikin että ei lääkärit yleensä niistä sitten sen kummemmin kysykään että ehkä ne jollain kanssa hymähdyksellä., joo. (- -) jos suorastaan niin, "aijaa", "että kuinka pitkään" ja niin, et ehkä jossain kohdissa tämmöstä peri-, yksityiselämään, et siinä musta tuntu että ne meni vähän niinku silleen, niinku ajattelee lääkäreitä keskimäärin niin niinku meni jopa yli silleen niinku kiinnostuksessa et tuota
- T: joo
- P: eihän ne (- -) tästä...niinku hyvin kiinnostuneita tämmösestä asiasta missä kuitenkin ihan vieras ihminen tulee (C1)

Lääkärin viestintäteon tulkitseminen rajan ylittäväksi kuvastaa potilaan näkemystä siitä, millaista lääkärin toiminta saa olla ja millainen lääkärin ja potilaan välisen suhteen tulisi olla. Koska kyseessä on "vieras ihminen", ei myöskään ole uskottavaa, että lääkäri olisi todella kiinnostunut potilaan yksityisasiosta ja hänellä olisi todella syytä kysellä niistä innokkaasti. Suhteen luonne ei siis tee oikeutetuksi tällaista viestintää, vaan se näyttäytyy potilaalle outona ja epäaitonakin.

Jos ystävyys-suhteeseen siirtymistä pidetään mahdottomana, voidaan olettaa, että myös ystävä-potilaiden hoitaminen on ristiriitaista. Ammattimaisuuden säilyttämisen hankaluudet tulevat esille ennen kaikkea tuttava- tai ystävä-potilaiden kohdalla, kuten lääkäri b seuraavassa otteessa toteaa:

- T: entäs tutut, puoli tutut, tutut et niinku niitten suhteen
 L: siin on aina se, siin on aina sit se et tuttuja kanssa että ei kukaan oo profeetta omalla maallaan niikun tiijet ni, ni se hoito ei oo niin tehokasta niitten sellasten kaa sit se kärsii et siinä täytyy tietosesti tuttuja ja ystäviä kans ni ni tuota yrittää repästä itsensä siitä vähän niinku ystävyys-suhteesta irti ja käsitellä sitä kansalaista ku ketä tahansa et se tulis kunnolla tutkittua ja hoidettua muuten ne jää heitteille (Lb)

Ilmauksella "ei kukaan ole profeetta omalla maallaan" lääkäri viittaa siihen, että hoitosuhteen tehokkuus helposti kärsii tuttava-potilassuhteissa. Laadukkaan hoidon takia lääkärin olisi pystyttävä irtautumaan tuttavuus- ja ystävyys-suhteista, jotta hän voisi tutkia potilasta ikään kuin ketä tahansa. Mielenkiintoista onkin se, että tuttavuus voidaan nähdä riskinä eikä pelkästään etuna hoitotilanteessa, sillä tarjoaahan se toisaalta usein lääkärin käytettäväksi sellaista tietoa, jota ei yleensä ole saatavilla ja joka voi diagnoosin tekemisessä sekä hoitopäätöksestä neuvottelemisessä olla erittäin arvokasta. Edellisessä esimerkissä lääkäri vaatii itseltään toimimista ensisijaisesti asiantuntijana ja vasta toissijaisesti tuttavana tai ystäväenä. Lääkärin puheessa kuvastuu pyrkimys neutraaliuteen ja objektiivisuuteen ja sitä kautta tasapuolisuuteen: jokaista potilasta olisi pystyttävä tutkimaan ja hoitamaan samalla tavalla, katsomaan "laadukkaalla, potilaasta toiseen samantasoisella katseella".

Lääkärin puheeseen sisältyvä ajatus, että ystävyys-suhte voi heikentää hoidon laatua, koska ystävällä on vaara joutua hoidollisesti heitteille, on kiinnostava. Sen logiikka on päinvastainen kuin voisi olettaa: ystävää ei siis tutkita-kaan paremmin kuin muita. Se, mikä tekee ymmärrettäväksi tällaista menettelyä, on suhteen emotionaalisuus. Jos lääkärin ja potilaan välillä vallitsee ystävyys-suhte, se voidaan nähdä toista varten olemisena, jossa osapuolten välistä suhdetta luonnehtii emotionaalisuus ja vastuullisuuden ainutlaatuisuus. Kuitenkin hoitotilanteessa lääkäri ja potilas joutuisivat siirtymään emotionaalisesti "huonompaan", yleiseen, stereotyyppiseen ja konventionaaliseen toisen kanssa olemiseen, johon kuuluu erilaisten sääntöjen ja periaatteiden mukaan toimiminen. Aikaisempi ainutlaatuinen suhte pitäisi siis vaihtaa yleiseen säännönmukaisuuteen. Tällainen siirtyminen ei useinkaan liene kitkatonta. Tästä syystä on ymmärrettävää, jos tuttavuus ja sen mukanaan tuoma erityisyys (erityistieto) eivät asiantuntijan näkökulmasta välttämättä helpota, vaan vaikeuttavat hoitotyötä.

Jännitteisyys tuttavien tai ystävien hoitamisessa syntyy siitä, onko toiminnan ja suhteen kehiksenä ensisijaisesti olemassa oleva tuttavuus- tai ystävyys-suhte vai asiantuntija-asiakassuhte ja miten nämä eri suhteet toteutuvat kohtaamisen aikana. Lääkäri voi miettiä, millaiset viestintäteot auttaisivat potilasta ymmärtämään, että vastaanottotilanteessa toiminnan ensisijaisena kehiksenä on asiantuntija-asiakassuhte, jos potilas viestinnässään pohjaa ystävyys-suhteen taustalle ja vetoaa siihen lähtökohtana. Kuitenkin myös tuttavuuden tai ystävyys-suhteen olisi jotenkin ilmennyttävä vuorovaikutuksessa, sillä tuskin kokonaan voidaan heittäytyä toimimaan "ikään kuin oltaisiin toisilleen tuntemattomia". Potilas puolestaan voi tietoisesti pyrkiä pitämään viestinnässään tuttavuus- tai ystävyys-suhteen taka-alalla. On oletettavaa, että suomalaisessa kulttuurissa

lääkäri-potilassuhde voi muuttua läheiseksi, mutta ei kuitenkaan ystävyys-
suhdeksi, ja jos suhde on alkujaan ollut tuttavuus- tai ystävyys-
suhde, siitä on vaikea saada toimivaa hoidonantaja-asiakassuhdetta.

4 RELATIONAALINEN DIALEKTIikka

4.1 Keskeiset teoreettiset lähtökohdat

Viimeisten kahden vuosikymmenen aikana dialektinen näkökulma on noussut esille interpersonaalisen viestinnän tutkimuksessa ja tarjoaa perinteisten tutkimusotteiden rinnalle toisenlaista lähestymistapaa interpersonaalisten suhteiden ja niiden viestinnän tarkasteluun. Puheviestintätieteen alueella dialektista näkökulmaa ovat 1990-luvulla käsitelleet ja kehittäneet erityisesti Baxter ja Montgomery (Baxter 1988; 1990; 1993; Baxter & Montgomery 1996; 1997 ja Montgomery & Baxter 1998), jotka käyttävät kehittämästään näkökulmasta käsitettä relationaalinen dialektiikka (relational dialectics). Baxter ja Montgomery (1996, 4) nimeävät relationaalisen dialektiikkansa tarkastelun kohteeksi viestinnän henkilökohtaisissa suhteissa. Ylipäättään puheviestinnällisessä tutkimuksessa dialektista näkökulmaa on kehitetty ja tarkasteltu nimenomaan pari-, perhe- ja ystävyysuhteissa¹⁰.

Relationaalisen dialektiikan ydinajatus on, että henkilökohtaiset suhteet perustuvat viestinnässä ilmenevien ja siinä syntyvien vastakkaisten voimien dynaamiselle vuorovaikutukselle. Tämä ristiriitaisten voimien välinen jatkuva dialogi puolestaan tekee suhteista dynaamisia, sosiaalisia entiteettejä. (Baxter & Montgomery 1996, 6.)¹¹ Relationaalisessa dialektiikassa on siis kyse suhteen dy-

¹⁰ Esimerkiksi Bochner ym. (Cissna, Cox & Bochner 1990; Ellis & Bochner 1992) ovat tarkastelleet viestintää perheessä avoimuuden ja sulkeutuvuuden, erilaistumisen ja integroitumisen ja pysyvyyden ja muutoksen jännitteiden avulla. Altmanin ym. (1981; 1990; 1992) tavoitteena on ollut luoda holistinen kokonaisuus yhdistämällä interpersonaaliset prosessit (esim. läheisyys, itsestä kertominen), fyysinen ja sosiaalinen ympäristö sekä temporaaliset piirteet. Rawlins (1989;1992;1994) puolestaan on tarkastellut ystävyysuhteissa ilmenevien jännitteiden vaihtelua, mitä hän selittää ystävyysuhteen tyypillä ja asteella, kulttuurisilla tekijöillä sekä yksilön henkilökohtaisilla ominaisuuksilla. Convillen (1991) esittämässä dialektisessa näkökulmassa (relational transitions model) pyritään ymmärtämään henkilökohtaisten suhteiden kehittymistä yhdistämällä dialektisuuteen strukturaalista lähestymistapaa. Myös Baxterin (1988; 1993) ja Baxterin ja Montgomeryn (1996; 1997) tutkimusten kohteena ovat olleet henkilökohtaiset suhteet.

¹¹ Baxter ja Montgomery (1996) erottavat relationaalisen dialektiikan käsitteen marxilaisesta dialektisesta materialismista, joka korostaa yhteiskuntaluokkien välisiä taloudellisia suh-

namiikasta, johon suhteen rakenteet (esim. valta) ja viestintäkäytännöt pohjautuvat ja jota ne ilmentävät ja tuottavat.

Dialektisuus ei liity pelkästään suhteisiin, vaan relationaalisen dialektiikan näkökulmasta sosiaalinen elämä on loputonta ristiriitaisten tai vastakkaisten voimien välistä vuorovaikutusta (ks. Baxter & Montgomery 1996, 3). Dialektisuus nähdään siis koko ihmisen olemassaolon piirteenä. Samoin esimerkiksi Voegelin (1957) puhuu olemassaolon dialektisuudesta ("the tension of existence"), millä hän tarkoittaa sitä, että inhimillinen elämä voidaan kaikkein hedelmällisimminkin ymmärtää erilaisten jännitteiden (kuten tietämättömyys ja tietäminen; köyhyys ja rikkaus; sairaus ja terveys ja kuolema ja elämä) yhdistelmänä.

Relationaalisen dialektiikan perusidea on yhdenmukainen Bahtinin (1981; 1986) dialogismin kanssa. Samoin kuin Bahtin näkee dialogin moniäänisenä, samanaikaisesti yhdistävänä ja erottavana sekä eroihin ja yhtäläisyyksiin perustuvana, myös sosiaalisia suhteita kuvaavat erottavat ja yhdistävät voimat eli jännitteet ja niiden dialektiikka. Bahtinin moniäänisyys on siis yhdistettävissä relationaaliin jännitteisiin. Baxter ja Montgomery (1996; 1997; 1998) kutsuvatkin omaa näkökulmaansa *dialogisesti orientoituneeksi dialektiikaksi* (dialogically-oriented dialectics) erotuksena muista dialektisista tulkinnoista. Relationaalisen dialektiikan yhteys Bahtiniin on heidän (1996, 47) mielestään niin vahva, että he käyttävät sitä ja dialogismia toistensa synonyymeina. Ero Bahtinin dialogismiin on painotuksessa: kun Bahtin käsittelee yksilöä sosiaalisena olentona, niin relationaalinen dialektiikka painottaa suhdetta sosiaalisena entiteettinä (Baxter & Montgomery 1996, 47). Bahtinin ajattelussa dialoginen suhde on ensisijaisesti ilmausten välillä, siinä miten esitetty ilmaus asettuu dialogiseen suhteeseen kaikkiin muihin ilmauksiin nähden ja kutsuu esiin sen aikasempaan käyttöön liittyneet konnotaatiot ja merkitykset. Relationaalisessa dialektiikassa dialoginen suhde on osapuolten välisessä vuorovaikutuksessa. Bahtinin lisäksi Baxter ja Montgomery (1996) mainitsevat Billigin (1987; 1988) retorisen sosiaalipsykologian yhdeksi lähteeksi, johon heidän oma dialogis-dialektinen näkökulmansa perustuu.

Em. taustateoreetikkojen lisäksi Baxter ja Montgomery pohjaavat dialektiikkaansa Batesonin (1972) ja Watzlawickin, Beavinin ja Jacksonin (1967) kehittämään relationaaliseen näkemykseen viestinnästä, jonka mukaan viestit sisältävät aina sekä referentiaalista että relationaalista informaatiota. Relationaalisen näkökulman mukaan kaikissa viesteissä on sekä ns. asiaulottuvuus, jota edustaa viestin propositionaalinen sisältö, että suhdeulottuvuus, joka ohjaa viestin tulkintaa ja määrittelee puhujan suhdetta viestiin, omaan itseensä ja kuulijaan.

teita ja tuottamisen ja kuluttamisen välistä ristiriitaisuutta sosiaalisten suhteiden ja sosiaalisen vuorovaikutuksen perustana. Lisäksi relationaalinen dialektiikka on ontologista dialektiikkaa, joka eroaa Aristoteleen ja Platonin näkemyksiin pohjaavasta, totuutta ja tietämistä tarkastelevasta epistemologisesta dialektiikasta. Ontologiseksi Baxterin ja Montgomeryn edustaman dialektiikan tekee se, että siinä ristiriitaisuudet ja jännitteet nähdään luonnollisena viestinnän tilana ja viestintäkäyttämisen lähteenä (Mifsud & Johnson 2000, 93). Baxter ja Montgomery istuttavat dialogin dialektiseen traditioon, mitä myös kuvaa heidän käyttämänsä luonnehdinta dialoginen dialektiikka. (Dialogin ja dialektiikan suhteesta tarkemmin ks. esim. Kellett 1999.)

Lisäksi teoreettisia vaikutteita relationaaliseen dialektiikkaan ovat antaneet myös sosiaalinen konstruktionismi (ks. esim. Berger & Luckmann 1966, Gergen 1994 ja Shotter 1993) sekä postmodernistinen teoria.

Dialektista näkökulmaa ei voida pitää perinteisessä mielessä teoriana koherentteine käsitejärjestelmineen, kategorioineen ja aksiomineen, joista voisi vetää testattavia hypoteeseja, vaan paremminkin on kysymys *heuristisesta teoriasta*, jonka tavoitteena on orientoida havaintoja ja tarkastelua (Fitch 1998, 173), ja muutamista keskeisistä käsitteistä ja niihin liittyvistä oletamuksista koostuvasta metateoreettisesta näkökulmasta (Baxter & Montgomery 1997, 326). Dialektisen näkökulman ydinkäsitteitä ovat vastakohtaisuus tai jännitteisyys (contradiction), muutos (change), praxis ja kokonaisuus (totality). Vaikka nämä käsitteet yhdistävät dialektisia näkökulmia soveltavia tutkijoita, niiden sisällöissä voi olla suuriakin tulkintaeroja. Suurimmat niistä tulevat esille seuraavassa relationaalista dialektiikkaa tiiviisti esittelevässä ja arvioivassa osuudessa (luvut 4.1.1–4.1.4).

4.1.1 Vastakohtaisuus tai jännitteisyys¹²

Suhteisiin liittyvät jännitteet kuuluvat relationaalisessa dialektiikassa kaikkien sosiaalisten suhteiden perusolemukseen. Tämä tarkoittaa sitä, että jännitteisyys nähdään suhteiden *ontologisena piirteenä*. Lisäksi koska jännitteet nähdään henkilökohtaisten suhteiden olennaisina osina, ne eivät siis ole asiantiloja, joista tulisi päästä eroon tai joista ylipäätään voisi päästä eroon (Baxter & Simon 1993; Baxter & Widenmann 1993). Dialektinen jännite on aina läsnäoleva ja dynaaminen, mikä tarkoittaa myös sitä, että se ei ole koskaan ratkaistavissa (Baxter & Montgomery 1998, 8). Tässä suhteessa samankaltaisia ovat Billigin ym:n (1988) kuvaamat ideologiset dilemmat.

Dialektisella jännitteellä viitataan vastakohtien väliseen dynaamiseen yhteyteen, jota Baxter ja Montgomery (1997, 327) luonnehtivat "on-going, ever-changing interaction between the unified oppositions". Jännitteen muodostavat sellaiset vastakohdat, jotka ovat aidosti yhteen sopimattomia ja toisensa poisulkevia joko määritelmällisesti, loogisesti tai funktionaalisesti.

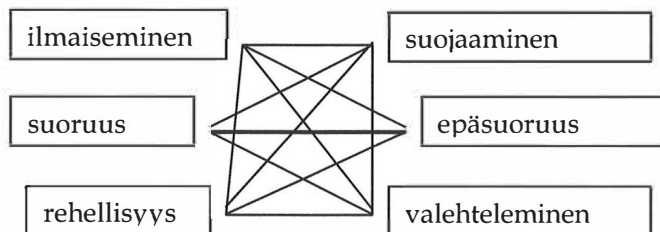
Suhteessa olevien vastakohtaisuuksien ajatellaan olevan riippuvaisia toisistaan. Tällöin ilmiön vastakohdan olemassaolo presupponoi sen esiintymistä: jotta etäisyys olisi merkityksellinen käsite, on oletettava myös läheisyyden olemassaolo. Lisäksi vastakohdat muodostavat kokonaisuuden, jossa ne toisensa "kieltäessään" ovat samalla riippuvaisia toisistaan (Baxter & Montgomery 1997, 327). Tämä tulee esille esimerkiksi siinä, että yksilö tarvitsee toisia rakentaakseen omaa autonomisuuttaan. Tähän riippuvaisuuteen perustuu myös *dialektisten jännitteiden sekä – että – ominaisuus*. Lisäksi vastakohtien välillä on jatkuva

¹² Tässä tutkimuksessa contradiction-termi on käännetty joko vastakohtaisuudeksi tai jännitteisyydeksi riippuen siitä, tarkoitetaanko lähinnä vastakohtaisia elementtejä vai vastakohtaisten elementtien välille syntyvää tilaa. Aina tällainen merkitysero ei ole kuitenkaan selkeästi nähtävissä. Jännitteisyys kuvaa dynaamista tilaa, joka syntyy kahden vastakohtaisuuden välille. Samaa tarkoittavat Baxter ja Montgomery käyttäessään ilmaisuja "interplay between the oppositional forces" tai "dialectical tension".

dynaaminen interaktio, eli ne samanaikaisesti hylkivät toisiaan ja vetävät toisiaan puoleensa. Onkin huomattavaa, että dialektisessa näkökulmassa on kyse ristiriitaisten piirteiden samanaikaisesta olemassaolosta¹³ (ks. esim. Baxter & Montgomery 1997, 327). Näin ollen esimerkiksi avoimuus ja sulkeutuvuus (closedness) nähdään suhteessa samanaikaisesti hoidettavina tehtävinä eikä toisistaan erillisinä, rinnakkaisina ilmiöinä.

Jännitteissä ei ole kyse pelkästään binaareista vastakohtapareista (esimerkiksi itsenäisyys ja riippuvaisuus), vaikka ne usein kuvataankin sellaisina myös dialektista näkökulmaa soveltavissa tutkimuksissa, vaan jännitteiden muodostamasta kompleksisesta kokonaisuudesta, josta Baxter ja Montgomery käyttävät nimitystä (1996, 30–31) "multivocal contradictions". Näin ollen tietyn piirteen ympärille voidaan rakentaa useita vastapareja, kuten varmuus ja uutuus, varmuus ja ennakoimattomuus ja varmuus ja jännittävyys. Kaikista niistä piirteistä, jotka liittyvät merkitykseltään tiettyyn jännitteeseen, muodostuu jänniteverkko tai solmu. Esimerkiksi avoimuuden ja sulkeutuvuuden välinen jännite laajentuu käsitteellisesti, kun sen katsotaan sisältävän myös sekä avoimuuteen että sulkeutuvuuteen assosioituvat lähikäsitteet (ks. Montgomery & Baxter 1998, 157). Jännitesolmu-ajattelua havainnollistaa kuvio 2, johon on merkitty avoimuuteen ja sulkeutuvuuteen sisältyviä piirteitä verkottuneina toisiinsa.

avoimuus-sulkeutuvuus



KUVIO 2 Avoimuus-sulkeutuvuus moniäänisenä jännitteiden verkkona

Näin ollen, kun tässä tutkimuksessa puhutaan esimerkiksi relationaalisen etäisyyden ja läheisyyden tai autonomisuuden ja riippuvaisuuden välisestä jännitteestä, yksinkertaisten vastakohtaparien sijasta ne tulee ymmärtää useiden vastakohtaisuuksien muodostamana solmuna. Jännitteiden verkottumisesta seuraa siis se, että tarkasteltavaksi nousevat Baxterin ja Montgomeryn (1997, 340) mukaan pikemminkin jännitteiden väliset verkot tai jänniteperheet kuin yksittäiset jänniteparit. Erilaisten jännitteiden kimppuuntuminen tai verkottuneisuus ko-

¹³ Dialektinen näkökulma sekoitetaan joskus dualismiin, jossa myös tarkastellaan vastakohtaisuuksia. Eron dialektisuuteen on se, että dualismissa vastakohtat nähdään joko - tai -tyyppisesti, toisistaan irrallisina, paralleleleina ilmiöinä, kun taas dialektisessa näkökulmassa korostetaan vastakohtien välistä riippuvuutta ja vuorovaikutusta (ks. esim. Baxter & Montgomery 1996).

rosta dialektisuuteen liittyvää totaalisuuden periaatetta, jonka mukaan ilmiöt ovat ymmärrettävissä vain suhteessa toisiin ilmiöihin (ks. Rawlins 1989). Dialektisessa näkökulmassa totaalisuus ei kuitenkaan tarkoita kaikenkattavuutta tai aukottomuutta, koska mitään ilmiötä ei alati muuttuvassa todellisuudessa pystytä selittämään tai kuvaamaan täydellisesti.

Ajatuksena relationaalisten jännitteiden punoutuminen verkkokimpuiksi tuntuisi kuvaavan hyvin sitä, miten viestinnälliset ilmiöt kietoutuvat toisiinsa, mutta samalla se asettaa niiden teoreettiselle ja empiiriselle tarkastelemiselle melkoisia haasteita. Joudutaan ratkaisemaan, miten jännitteet identifioidaan ja nimetään, miten niitä kuvataan jännitekimppuina ja miten empiirisesti otetaan huomioon jännitteiden kimppuuntuminen. Analysoitaessa joudutaan väkisin pelkistämään ja valitsemaan jännitekimppusta tietty jännite, johon viitataan ja johon analyysissa syvemmin pureudutaan. Näin, vaikka sitä käsiteltäessä ajateltaisiin sen olevan osa suurempaa jännitekimppua

On muistettava, että kaikki tietyssä suhteessa nimetyt jännitteet eivät kuitenkaan ole yhtä vahvasti esillä, vaan osa niistä on etualalla ja siinä mielessä primaarisempia ja keskeisemmin esillä suhteen dialektisessa järjestelmässä kuin toiset (ks. Baxter ja Montgomery 1996; 1997, 331; 1998). Zorn (1995, 139) ajattelee myös, että jännitteen dialektisuus ei aina tule esille vuorovaikutuksessa esimerkiksi sen vuoksi, että jompikumpi jännitteen "päistä" (esim. kertominen, ilmaiseminen) on niin dominoiva, että se otetaan ns. annettuna näkökulmana. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, etteikö jännitettä olisi. Suhteen muuttuessa myös jännitteiden asema vaihtelee: etualalla olevien jännitteiden joutuessa taka-alalle ne eivät katoa, vaan tulevat esille toisten jännitteiden kautta, niihin verkottuneina. Lisäksi dialektiset jännitteet eivät ole riippuvaisia toimijoiden tiedostamisesta, mikä osaltaan tekee niistä ylyksilöllisiä, sosiaalisia ilmiöitä. Vaikka suhteen osapuolet saattavat olla tietoisia monista dialektisista dilemmoista ja pystyvät niitä esimerkiksi haastatteluissa kuvaamaan, niin dialektiset jännitteet voivat esiintyä osapuolten tiedostamatta mutta kuitenkin suhteeseen vaikuttaen (Baxter & Montgomery 1996, 15).

4.1.2 Missä jännitteet sijaitsevat?

Dialektisten jännitteiden "sijainnista" alueen tutkijat ovat esittäneet erilaisia näkemyksiä. Kysymys jännitteiden sijoittumisesta joko yksilötasolle tai suhdetasolle jakaa tutkijat kahteen eri ryhmään. Osa tutkijoista näkee jännitteiden sijaitsevan suhteessa: ne eivät ole yksilöön sijoitettavia ominaisuuksia tai piirteitä, vaan ne muodostuvat pikemminkin relationaalisten voimien kuin suhteen osapuolten välille (esim. Baxter & Montgomery 1993; Bochner 1998), osa puolestaan sijoittaa ne yksilötason ilmiöiksi (esim. Dindia 1998; VanLear 1998). Lisäksi Brown ym. (1998) ja VanLear (1998) näkevät, että jännitteet voidaan sijoittaa useille sosiaalisille tasoille, kuten yksilö-, suhde-, perhe-, ryhmä- ja kulttuuritasolle.

Erityisesti on kiistelty siitä, onko yksilö- ja suhdetason erottelu mielekästä ja mahdollista. Conville (1998) näkee erottelun tarpeettomana, koska yksilön toiminta vaikuttaa ja liittyy aina myös suhteeseen. Myös Baxter ja Montgomery

(1997, 338; 1998) hylkäävät yksilösuhde -jaon, koska heidän mielestään yksilöä ei ole olemassa autonomisena entiteettinä, vaan ensisijaisesti sosiaalisena (the dialogic self), vuorovaikutuksessa rakentuvana ja ilmenevänä eikä ns. ennakolta ja vuorovaikutuksesta erillään olevana (contained self). Näkemysten ero perustuu siis siihen, nähdäänkö yksilö kognitiivisena vai sosiaalisena entiteettinä. (Tätä kysymystä käsiteltiin myös johdannossa viestintää ja suhdetta käsitelleessä luvussa.)

Dialektisten jännitteiden ns. ”yhteisomistus” (ne ovat osapuolten yhteisiä, suhdetason ilmiöitä) ei kuitenkaan tarkoita sitä, että osapuolet kokisivat suhteen jännitteet samalla tavalla. Esimerkiksi suhteen toinen osapuoli voi haluta suurempaa itsenäisyyttä, kun taas toinen voi haluta säilyttää tai jopa lisätä yhteenkuuluvaisuutta, tai toinen voi kokea suhteen liian etäisenä ja toinen etäisyydeltään sopivana. On huomattavaa, että suhteen dialektiset *jännitteet eivät ole sama asia kuin interpersonaaliset konfliktit*, sillä jännitteet eivät väistämättä johda konflikteihin, vaikka ne voivat manifestoitua tai ilmentyä konflikteina. Näin konfliktien kautta voidaan päästä kiinni suhdetta kuvaaviin jännitteisiin. Ylipäätään Baxter ja Montgomery eivät pidä tarpeellisena erotella eritasoisia jännitteitä, kuten yksilöä, suhdetta ja yhteiskuntaa, toisistaan, koska heidän mielestään yksilö samoin kuin historiallis-sosiaalis-kulttuurinen konteksti tuotetaan ja uusinnetaan relationaalisesti, ihmisten välisissä suhteissa. Näin ollen erilaiset jännitteet ovat kuitenkin mitä syvimmissä mielessä relationaalisia, ihmisten välisiin suhteisiin ankkuroituneita.

Vaikka jännitteiden sijoittuminen eri tasoille on teoreettis-käsitteellisesti ongelmallista, niin analyttisenä työkaluna yksilö-, suhde- tai yhteiskunnalliskulttuurinen (esim. perhe, alakulttuuri, ammattikulttuuri, laajempi yhteiskunnallinen) taso voi olla toimiva, jos se auttaa ymmärtämään jännitteiden ilmenemistä ja niiden hoitamista. Institutionaalisten suhteiden kannalta kysymys suhteen ja kontekstin välisistä jännitteistä on oleellinen, koska ne kytkeytyvät monin tavoin institutionaaliin tavoitteisiin ja rakenteisiin.

4.1.3 Henkilökohtaisten suhteiden jännitteet

Henkilökohtaisten suhteiden jännitteet organisoituvat Baxterin (1993) mukaan kolmen perusdialektiikan ympärille: nämä ovat integraatio ja separaatio; stabiilius ja muutos sekä ilmaisu ja yksityisyys, jotka puolestaan ilmenevät sisäisinä eli suhteen sisällä syntyvinä ja ulkoisina eli suhteen ja sen kanssa vuorovaikutuksessa olevien laajempien systeemien rajapinnoille syntyvinä (ks. taulukko 2).

Suhteen sisäiset jännitteet ovat luontaisia, suhteeseen olennaisesti kuuluvia ilmiöitä (Baxter & Montgomery 1997, 332). Ulkoisia jännitteitä puolestaan syntyy silloin, kun sosiaalisen suhteen osapuolet pyrkivät sekä mukautumaan yhteiskunnassa vallitseviin tapoihin ja normeihin että rakentamaan ainutlaatuisia suhdetta.

TAULUKKO 2 Henkilökohtaisten suhteiden perusdialektiikat sisäisine ja ulkoisine jännitteineen (Baxter 1993)

Perusdialektiikka	integraatio-separaatio	stabiilius-muutos	ilmaisuuksisuus
Sisäiset	liittyneisyys-autonomisuus	ennustettavuus-uutuus	avoimuus-sulkeutuvuus
Ulkoiset	sisältyneisyys-eristyneisyys	konventionaalisuus-ainutlaatuisuus	paljastaminen-salaaminen

Kuten taulukosta 2 käy ilmi jännitteet avoimuuden ja sulkeutuvuuden samoin kuin ennustettavuuden ja uutuuden sekä liittyneisyyden ja autonomisuuden välillä ovat suhteen sisäisiä jännitteitä. Ulkoiset jännitteet liittyvät mm. kysymyksiin siitä, miten parisuhde integroituu ympäristöönsä tai eristäytyy siitä, miten odotuksenmukainen suhde on ja miten osapuolet tuovat suhdettaan esille sen ulkopuolisissa kontekstissa.

Myös Rawlinsin (1992, 7) ystävyys-suhteiden dialektiikkaan sisältyy sisäinen eli *interaktionaalinen dialektiikka* ja ulkoinen eli *kontekstuaalinen dialektiikka*. Kontekstuaalinen dialektiikka kuvastaa kulttuurisia käsityksiä, jotka sekä kehystävät tietyn ystävyys-suhteen vuorovaikutusta että tulevat siinä esille. Kontekstuaalinen dialektiikka siis kytkee viestintäsuhteen laajempiin kulttuuris-yhteiskunnallisiin ilmiöihin. Rawlins (1992, 7) sisällyttää siihen kaksi spesifiä jännitettä: suhteen *julkisen ja yksityisen sekä ideaalin ja reaalisen väliset jännitteet*. Julkisen ja yksityisen välinen jännite syntyy, kun suhteessa joudutaan hoitamaan sekä yksilöllisiä ja yksityisiä tarpeita että sosiaalisia tehtäviä. Ideaalin ja todellisuuden välinen jännite todellistuu silloin, kun ideaaleja ja odotuksia sovelletaan käytännön vuorovaikutustilanteissa, erityisesti silloin, kun vuorovaikutus on yllätyksellistä ja odotuksia rikkovaa.

Interaktionaalisella dialektiikalla Rawlins (1992) tarkoittaa puolestaan niitä vastakohtaisuuksia, joita syntyy hoidettaessa ja ylläpidettäessä suhdetta arjen toiminnoissa ja viestintätilanteissa. Interaktionaalisiksi jännitteiksi ystävyys-suhteissa hän (1992, 7) mainitsee *riippumattomuuden ja riippuvuuden, affektiivisuuden ja instrumentaalisuuden, arvioinnin ja hyväksynnän sekä ilmaisemisen (kertomisen) ja suojelemisen (kertomatta jättämisen)*.

Sisäiset ja ulkoiset jännitteet eivät ole irrallisia ilmiöitä, vaan integroituvat toisiinsa, aivan samoin kuin viestintä ja sosiaalinen kontekstikin. Tämä näkyy esimerkiksi tarkasteltaessa itsestä kertomista: kulttuurissa vallitsevat itsestä kertomiseen liittyvät konventiot vaikuttavat siihen, miten henkilökohtaisen suhteen osapuolet näkevät avoimuuden ja sulkeutuneisuuden (closedness) välisen dialektiikan omassa suhteessaan ja miten he arvioivat sitä (Baxter & Montgomery 1997, 332). Sisäisten jännitteiden tarkasteleminen jää helposti kapeaksi, ellei niiden tarkastelussa oteta huomioon suhteen sosiaalista kontekstia. Viimeisimmissä kirjoituksissaan Baxter ja Montgomery (1997; 1998) eivät enää erottele sisäisiä ja ulkoisia jännitteitä, vaan he puhuvat jännitteiden tarkastelusta sosiaalisessa kontekstissaan, mihin sisältyy ajatus kontekstuaalisten tekijöiden huomioon ottamisesta.

Sosiaalisen kontekstin huomioon ottaminen on olennaista tarkasteltaessa professionaalisia tai institutionaalisia suhteita, koska niissä – toisin kuin henkilökohtaisissa suhteissa – suhteessa toimimista määritetään usein vahvasti suhteen ulkopuolelta, esimerkiksi toiminnalle asetetuilla institutionaalisilla tavoitteilla, sitä koskevalla lainsäädännöllä (esim. laki potilaan oikeuksista) tai professionaalien toimintaa koskevilla eettisillä ohjeilla. Viestintään institutionaalis-professionaalisissa suhteissa vaikuttavat lisäksi myös monet kolmannet "osapuolet", joita lääkäri-potilassuhteessa ovat esimerkiksi potilaan lähiomaiset ja lääkärin työtä ohjaava hallinto erilaisine seurantajärjestelmineen. Nämä erilaiset ulkoiset tekijät vaikuttavat siihen, millaiset jännitteet nousevat lääkärin ja potilaan viestintäsuhteessa ensisijaisiksi ja mitkä jäävät taka-alalle, sekä siihen, mitkä puolet jännitteistä milloinkin korostuvat: painottuuko esimerkiksi läheisyys etäisyyttä enemmän tai onko kertomatta jättäminen kertomista odotuksenmukaisempaa tai tarpeellisempaa.

En tässä työssä nimeä erikseen lääkärin ja potilaan viestintäsuhteen sisäisiä ja ulkoisia jännitteitä, vaan ajattelen niiden kytkeytyvän vahvasti toisiinsa. Tällöin tarkastelun kohteena ovat relationaaliset jännitteet (professionaalis-institutionaalisessa) kontekstissa, aivan kuten Baxter ja Montgomery esittävät, eikä erottelua tarvita.

4.1.4 Jatkuva muutos

Suhteisiin kuuluva jännitteisyys eli vastakohtien välinen dynamiikka aiheuttaa sen, että suhde on aina liikkeessä ja että siinä itsessään vaihtelee stabiiliuden ja muutoksen välinen jännite. Muutos nähdään kuitenkin synnynnäisesti dialektisiin jännitteisiin kuuluvana ilmiönä eikä vältettävänä asiana. Vaikka alueen tutkijat eroavatkin siinä, mitä he ajattelevat muutoksen ennustettavuudesta ja mallinnettavuudesta, yhteistä on näkemys muutoksen spiraalimaisuudesta. Spiraalimaisessa näkemyksessä yhdistyvät sekä syklisyyteen sisältyvä toisteisuus että lineaarisuuteen liittyvä mahdottomuus palata identtisesti samaan lähtökohtaan, esimerkiksi vuorovaikutusprosessin kuluessa (ks. Baxter ja Montgomery 1998, 7). Dialektisten jännitteiden tarkastelun kannalta tämä merkitsee esimerkiksi sitä, että on mielekästä tarkastella *vuorovaikutuksen kuluessa* tapahtuvaa jännitteiden nopeaakin vaihtelemista. (Esimerkiksi tässä tutkimuksessa luvussa 5 relationaalisen välimatkan jännitettä analysoidaan siltä kannalta, miten henkilöön viittaaminen tilannekohtaisesti vaihtelee keskustelun kuluessa.)

Suhteessa tapahtuvien muutosten lähtökohtana tai syynä ei ole jonkinlaiseen tasapainoon tai systeemiseen homeostaasiin pääseminen, kuten esimerkiksi systeemiteoreettisissa näkemyksissä esitetään, vaan liike kohti jännitteiden "vastapoleja" pitää suhdetta koko ajan prosessissa. Spiraalimainen liike syntyy vastakohtien jatkuvasta kieltämisestä (ks. Baxter & Montgomery 1997, 329). Spiraalimaiseen näkemykseen suhteen etenemisestä sisältyy oletus, että jokin jää aina suhteessa puuttumaan ja tämä jokin asettuu tavoiteltavaksi, mikä johtaa muutokseen. Tasapainoteorioissa ei pystytä ottamaan huomioon tätä jännitteiden aiheuttamaa suhteiden spiraalimaista liikettä, joka kuitenkin on yksi keskeisistä dialektiseen näkökulmaan sisältyvistä olettamuksista.

Baxterin ja Montgomeryn (1997, 1998) esittämää näkemystä suhteiden muutoksen luonteesta on myös kritisoitu. Varsinkin kognitiivisesta näkökulmasta katsottuna kysymys yksilön tavoitteiden ja arvostuksen vaikutuksesta jännitteissä tapahtuviin muutoksiin (ja suhteessa tapahtuviin muutoksiin ylipäätään) ohitetaan kokonaan. Mikä on toimijoiden osuus tai merkitys? Ohjaavatko jännitteet toimijoita?

Zorn (1995) pitää kausaalisenä ajatusta siitä, että suhteen toteutuminen toisessa vastapoolissa synnyttää *automaattisesti* liikkeen tai pyrkimyksen kohti toista ääripäätä, jolloin kyseessä olisi jännitteen itsensä aiheuttama ja siihen sisältyvä muutos. Esimerkiksi tietyssä tilanteessa osallistujan kontekstuaalinen rooli voi sisältää vahvan mieltymyksen vain toiseen dialektisen jännitteen päistä tai pooleista. Jos kulttuuriin sisältyy vahva avoimuuden arvostaminen tietyissä sosiaalisissa suhteissa, tämä myös näkyy siten, että viestinnässä korostuvat avoimuutta rakentavat ja ilmentävät piirteet. Tämä ei kuitenkaan tarkoita, etteikö sulkeutuvuus voisi olla myös em. suhteessa joissakin tilanteissa tavoiteltavampaa. (Zorn 1995, 133.) Zornin (1995) mielestä dialektisten jännitteiden yleinen tendenssi, ainainen liike kohti jännitteen vastapoolia, ei yksin riitä kuvaamaan jännitteitä ja niiden dynamiikkaa. Myös yksilöiden arvostukset ja suhteen konteksti voivat edistää tai estää jännitteiden ilmenemistä ja vaikuttaa siten suhteessa tapahtuviin muutoksiin. Olen tässä asiassa samaa mieltä Zornin kanssa: esimerkiksi itseä koskevan tiedon kertomiseen liittyvät olennaisesti kontekstuaaliset ja suhteen luonteen tuottamat rajoitukset.

Muutos on siis sekä viestintäprosessiin sisältyvä ominaisuus että viestintään liittyvien rajoitusten ja suhteen historian tulosta. Otamme siis viestinnässämme huomioon erilaisia normatiivisia ja institutionaalisia käytänteitä, jotka tällöin rajoittavat sitä, millaisia valintoja viestinnässämme teemme. Näin ollen useamman kerran kohdanneen lääkärin ja potilaan aikaisempi viestintähistoria vaikuttaa siihen, miten suhteen osapuolet viestivät, ja samalla heidän viestintätekonsa ja sitä koskevat normit vaikuttavat siihen, millaiseksi heidän viestintänsä tulevaisuudessa muotoutuu.

Yksilön puuttumiseen kohdistuva kritiikki on kuitenkin Baxterin ja Montgomeryn ajattelun pohjalta epärelevanttia, koska heidän näkemystensä mukaisesti yksilö on ensisijaisesti vuorovaikutuksessa ilmenevä entiteetti eikä vuorovaikutuksesta erillinen, irrallaan tarkasteltava toimija. Tällöin myös yksilön arvostukset tulevat tarkasteltaviksi ensisijaisesti vuorovaikutuksessa tuotettuina ja siinä manifestoituvina ilmiöinä. Relationaalisia jännitteitä voidaan esimerkiksi tutkia tarkastelemalla yksilöiden käsityksiä ja kuvauksia suhteesta (esim. Fitch 1998; Rawlins 1992), mutta tulkitsemalla ne sosiaalis-kulttuurisen viitekehukseen kautta, pohjimmiltaan sosiaalisessa vuorovaikutuksessa syntyneiksi. Kuitenkaan yksilö, hänen tavoitteensa, odotuksensa ja motiivinsa ja niiden vaikutus suhteen jännitteisiin eivät katoa, vaikka relationaalisesta näkökulmasta katsottuna ne eivät olekaan oleellisia.

Relationaaliset jännitteet ovat kontekstuaalisia, historiaan, kulttuuriin ja aikaan kiinnittyneitä, samoin kuin sosiaaliset suhteetkin. On oletettavaa, että dialektiset jännitteet, jotka korostuvat tämän päivän suomalaisissa lääkärin ja

potilaan viestintäsuhteissa, ovat erilaisia kuin sata vuotta sitten, vaikka yhtäläisyyksiäkin todennäköisesti löydettäisiin. Relationaalisten jännitteiden historiallisuudesta mm. Rawlins (1992, 10–11) toteaa, että ystävyyssuhteissa julkisen ja yksityisen välinen jännite on painottunut eri tavoin eri aikoina. Aikana, jolloin korostettiin julkista puolta, kansalaisystävyyttä nähtiin tärkeänä yhteisön kannalta mutta yksityisiä ystävyyssuhteita pidettiin vähempiarvoisina, jopa halveksittavina niiden terapeuttisuusvivahteisuuden takia (Rawlins 1992, 11). Tällöin ystävyyden julkinen puoli oli korostetummin esillä. Nykyisin ystävyyssuhteissa painotetaan juuri niiden yksityistä puolta ja antia yksilölle, ei niinkään yhteisölle.

Ei myöskään ole olemassa tiettyä määrää jännitteitä, joka olisi löydettävissä henkilökohtaisista suhteista. Billigin (1987) mukaan se, millaisia jännitteitä suhteessa ilmenee, riippuu siitä, mitkä keskustelun aiheet ovat historiallis-kulttuuris-relaationaalista kannalta merkittäviä. Tällöin esimerkiksi lääkäripotilassuhdetta kuvaaviin jännitteisiin vaikuttavat yhteiskunnassa vallitsevat arvot, lääkäriin asiantuntijana kohdistuvat odotukset ja relationaalisesti tärkeät asiat, kuten millaisia asioita suhteessa käsitellään, miten hoitoprosessi on onnistunut tai mistä sairauden tai hoitoprosessin vaiheesta on kysymys.

Dialektisen näkökulman sisällä on hyvin erilaisia näkemyksiä jatkuvan muutoksen suunnasta – tai suunnattomuudesta – eli suhteen kehittämisestä. Dialektista ajattelua on oivallisesti integroitu traditionaaliseen suhteen kehittymistä kuvaaviin malleihin, joissa henkilökohtaisten suhteiden kuvataan kehittyvän kiinteämmiksi, ennustettavammiksi ja läheisemmiksi (esim. Brown & al. 1998; Conville 1991 ja VanLear 1998). Suhteen kehittämisellä on siis selvä suunta, vaikka siihen sisältyisikin jännitteiden mukanaan tuomaa muutosta ja dynaamista spiraalimaisuutta. Toisaalta dialektista muutosta, liikettä on pidetty niin perustavaa laatua olevana piirteenä, että traditionaalinen näkemys suhteen kehittämisestä on hylätty (esim. Baxter & Montgomery 1996, Bochner & al. 1998; Rawlins 1992). Esimerkiksi Montgomery ja Baxter (1998, 8) pitävät perinteistä käsitystä suhteen kehittämisestä monologisena, koska siihen sisältyy oletus ”yksisuuntaisesta, lineaarisesta, yleensä kvantitatiivisesta ja kumulatiivisesta muutoksesta kohti tiettyä ideaalia tai tavoiteltua päämäärää”. Yksisuuntaisen kehittymisen sijasta muutos voidaan nähdä monisuuntaisena, satunnaisena, moniäänisenä ja vailla selvää päämäärää. Montgomery ja Baxter (1998, 161) eivät puhu lainkaan suhteen kehittämisestä vaan dialogisesta kompleksisuudesta.

4.1.5 Jännitteiden yleistettävyys

Erilaisia näkemyksiä on esitetty siitä, onko olemassa kaikkiin suhteisiin ja konteksteihin yleistettävissä olevia, universaaleita perusjännitteitä ja mitä ne olisivat. Tutkijoiden näkemykset vaihtelevat myös sen suhteen, missä määrin on oleellista selvittää spesifien suhteiden dialektiikkaa. Brown ym. (1998, 138) nimeävät kolme perusdialektiikkaa, jotka heidän mukaansa on löydettävissä monista sosiaalisista yksiköistä aina yksilöistä kulttuureihin asti: liittyminen (engagement), tunne (affect) ja säätely (regulation). Hyvin samansisältöisiä ovat

VanLearin (1998) esittämät universaalit jännitteet riippumattomuus-yhteys, ilmaiseminen-rajoittaminen (expression-restraint) ja dominoivuus-kunnioittaminen.

Jotkut tutkijat puolestaan korostavat suhteiden erityisyyttä yleisyyden sijasta, jolloin he painottavat kullekin suhteelle ainutlaatuista dynamiikkaa (esim. Bochner 1998). Osa kannattaa kummankin näkökulman mukana pitämistä. Esimerkiksi Baxter ja Montgomery (1998, 6) ovat sitä mieltä, että vaikka tavoiteltaisiinkin kaikille samankaltaisille suhteille yhteisen dialektiikan selvittämistä, niin huomiota on kiinnitettävä myös kunkin suhteen erityispiirteisiin. Tällainen näkökulma on esimerkiksi Zornilla (1995), kun hän kuvailee ystävä-esimiessuhteiden jännitteitä. Hän soveltaa Baxterin (1990) nimeämiä henkilökohtaisten suhteiden jännitteitä (autonomisuus-liittyneisyys, ennustettavuus-uutuus ja avoimuus-sulkeutuvuus), mutta ottaa huomioon tarkasteltavan suhteen erityispiirteet nimeämällä uusia jännitteitä.

Baxterin (1988; 1990; 1993) dialektiset jännitteet on usein nähty henkilökohtaisten suhteiden perusjännitteiksi (ks. esim. Fitch 1998). Voidaan olettaa, että tietynä historiallis-kulttuurisena aikana toteutuville, samankaltaisille suhteille on yhteistä tietty perusdialektiikka, ”konventionaalinen” dialektiikka Convillen (1998) sanoin, mutta jokaisessa niissä on myös suhdekohtaisia jännitteitä ja jopa yksittäisille suhteille spesifiä dialektiikkaa. Näin ollen nykyajan professionaalis-institutionaalisissa viestintäsuhteissa, esimerkiksi lääkärin ja potilaan ja opettajan ja oppilaan välisissä, on todennäköisesti samoja perusjännitteitä.

4.2 Aikaisempi tutkimus asiantuntija-asiakassuhteen dialektiikasta

Relationaalista dialektiikkaa on sovellettu vähän institutionaalisen professionaalisten suhteiden tutkimukseen. Näin ollen aikaisempi tutkimus, johon tässä työssä lääkäri-potilassuhteen relationaalisen dialektiikan nimeämisessä ja kuvaamisessa tukeudutaan, sisältää vain Zornin (1995), Elligsonin ja Buzzanellin (1999) ja Rawlinsin (2000) tutkimukset.

Zorn (1995) tarkasteli kartoittavassa tutkimuksessaan sellaisten esimiesalaisyhteisten dialektiikkaa, joiden osapuolet olivat aikaisemmin työskennelleet työtovereina ja olleet läheisiä ystäviä. Hän halusi selvittää sitä, missä määrin dialektinen viitekehys soveltuu selittämään samanaikaisesti henkilökohtaisia ja hierarkkisia suhteita. Zorn (1995) identifioi osapuolten haastatteluista jännitteitä, jotka näyttivät olevan tällaisessa suhteessa keskeisiä. Lähtökohtanaan hänellä olivat Baxterin (1988, 1990) esittämät henkilökohtaisten suhteiden jännitteet, joita hän pyrki etsimään omasta haastatteluaineistostaan. Baxterin luokituksen mukaisia Zornin tarkastelemissa jännitteissä olivat autonomisuus-liittyneisyys, avoimuus-sulkeutuvuus ja uutuus-ennustettavuus. Lisäksi Zorn nimesi aineistonsa pohjalta *kaksi uutta jännitettä*, jotka ovat samanarvoisuus-

ylemyys (equality-superiority) sekä etuoikeuttaminen-yhdenmukaisuus (privilege-uniformity) ja jotka erityisesti luonnehtivat ystävällisyyden dialektiikkaa. Esimerkiksi samanarvoisuuden ja ylemyyden jännite ilmeni ystävällisyydessä siinä, että tasa-arvoisuutta ilmentävien viestien rinnalla esiintyi hierarkista asemaa korostavia viestintätekoja, kuten ohjeiden antamista ja arvioimista (ks. Zorn 1995, 139-140). Viidestä jännitteestä kaikki muut paitsi uutuuden ja ennustettavuuden jännite osoittautuivat merkittäviksi ja tärkeiksi em. suhteessa.

Yksi harvoja lääkäri-potilassuhteen dialektiikkaa käsitteleviä tutkimuksia on Ellingsonin ja Buzzanellin (1999) tutkimus. He löysivät rintasyöpää sairastavien naisten haastatteluista kolme pääteemaa, jotka tekivät parhaiten ymmärrettäväksi *potilaiden tyytyväisyyden* lääkäri-potilasviestintään. Teemat olivat kunnioittaminen, välittäminen ja lääkärin pätevyydestä tai asiantuntijuudesta vakuuttuminen. Erityisen mielenkiintoista Ellingsonin ja Buzzanellin tutkimuksessa on, kuinka merkityksellistä lääkärin asiantuntemuksesta ja pätevyydestä vakuuttuminen oli; se oli potilaan tyytyväisyydelle aivan yhtä oleellista kuin välittämisen ja kunnioittamisen osoittaminen.

Sisällöltään nämä teemat saavat vastakaikua Billigin ym:n (1988) mainitsemasta ihmissuhdeasiantuntijoiden työssä ilmenevästä dilemmasta. Kun Billig ym. puhuvat pyrkimyksestä olla asiantuntija, Ellingson ja Buzzanell pitävät olennaisena lääkärin asiantuntemuksesta tai pätevyydestä vakuuttumista. Tasavertaisuuden ja demokraattisuuden tavoittelun puolestaan voidaan ymmärtää liittyvän kunnioittamiseen (potilaan näkeminen päätöksentekoon ja tiedon prosessointiin pystyvänä) ja välittämiseen (potilaan kohteleva kokonaisuus ja hänen yksilöllisten tarpeidensa ja asioidensa huomioonottaminen).

Lääketieteellisen tietämyksen ja asiantuntijuuden ilmenemiseen lääkärin ja potilaan välisessä vuorovaikutuksessa on suhtauduttu hyvin vaihtelevasti. Monissa aiheita tarkastelevissa tutkimuksissa lähtökohtana on pidetty lääketieteellisen näkökulman dominoivuutta, mikä puolestaan on liitetty lääkärin valtaan ja paternalistiseen toimintaan. Tämän rinnalle on vaadittu potilaan äänen ja maailman esille nostamista, tasavertaista suhdetta lääkärin ja potilaan välille (kumppanuutta) ja potilaan osallistumista itseään koskevaan päätöksentekoon. Kuten aikaisemmin jo todettiin, tässä keskustelussa lääketieteellisen tietämisen ja asiantuntijuuden osoittamista on pidetty kielteisenä.

Ellingson ja Buzzanell lähestyvät lääketieteellistä asiantuntijuutta myönteisestä näkökulmasta. Siitä vakuuttuminen oli heille (1999, 167) jatkuva prosessi ja tilanteessa muuttuva ilmiö, joka on potilaan jatkuvan arvioinnin kohteena: "However, reassurance of expertise is more than participants' desire to have the "best" physician; it is also an ongoing assessment and assurance that the physician is dedicated to checking every possible medical angle for her." Lisäksi Ellingsonin ja Buzzanellin (1999, 167) mukaan asiantuntijuuden vakuuttaminen palvelee useita funktioita, kuten potilaan ja lääkärin roolien ja tehtävien erilaistumista (eli siis asymmetrisyyttä) ja luottamusta lääkäriin. Lääkärin näkökulmasta katsottuna asiantuntijuudesta vakuuttamisessa on ennen kaikkea kysymys siitä, miten lääkäri viestii asiantuntemustaan potilaalle. Siihen kuuluu

erilaisten hoitovaihtoehtojen selittäminen, mikä puolestaan auttaa potilasta kehittämään asiantuntemustaan oman tilanteensa suhteen sekä luottamaan lääkäriin. Vuorovaikutuksen aikana lääkärin asiantuntemuksesta vakuuttunut potilas luottaa siihen, että asiantuntemus kattaa kokonaisuudessaan hänen tilanteensa.

Näiden lääkäri-potilasviestintään sisältyvän kolmen pääteeman, kunnioittamisen, välittämisen ja asiantuntijuudesta vakuuttumisen, taustalta Ellingson ja Buzzanell (1999, 167) nimesivät kaksi ns. perusteemaa tai dynaamista jännitettä, jotka viime kädessä auttavat ymmärtämään potilaiden tyytyväisyyttä lääkäri-potilasviestintään. Kaikki kolme pääteemaa kietoutuvat yhteen ensimmäisessä jännitteessä *eli valtaa ja kontrollia koskevassa dialogissa*. Vallan ja kontrollin kysymykset tulevat esiin erityisesti päätöksenteossa: miten päätöksenteko tapahtuu, missä määrin potilas antaa päätöksentekovaltaa lääkärille ja missä määrin hän säilyttää kontrollin itsellään ja miten lääkäri antaa tilaa potilaan osallistumiselle. Ellingson ja Buzzanell (1999, 168) toteavat, että kontrollin jakaminen ja säilyttäminen ja siitä neuvottelemine vaikuttavat erittäin keskeisesti potilaan viestintätyytyväisyyteen. Toinen dialektinen jännite, *kontekstuaalisuus*, puolestaan liittyy siihen, miten potilaat näkivät hoitotoimenpiteiden ja toimimisen sijoittuvan laajempaan elämäntilanteeseen. Tällöin kontekstuaalisuuteen liittyvä jännite konkretisoitui siinä, miten lääkärin viestintä ja toimenpiteet integroituivat potilaiden arkielämään ja ihmissuhteisiin tai jäivät niistä irralleen. (Ellingson & Buzzanell 1999, 169.)

Koska opettaja-oppilassuhde voidaan joiltakin osin rinnastaa lääkäri-potilassuhteeseen, on oletettavaa, että myös opettaja-oppilassuhteen relationaaliset jännitteet ovat osin sovellettavissa myös lääkäri-potilassuhteen tarkasteluun. Rawlins (2000, 8) tarkastelee dialektisia jännitteitä opettajan näkökulmasta, opettajan tekojen ja viestinnän kannalta sekä ystävyyden näkökulmasta. Rawlins käyttääkin ilmaisua "teaching as a mode of friendship" ja päätyy nimeämään neljä ystävyyssuhdetta luonnehtivaa dialektiikkaa, jotka ovat hänen mielestään tunnusomaisia myös institutionaalis-professionaalille opettaja-oppilassuhteelle. Rawlinsin mainitsemat jännitteet ja niiden sisältö opettajan kannalta ovat:

- a) *Olla riippumaton-riippuvainen*. Tätä jännitettä kuvaa se, miten paljon vapautta oppimisprosessi sisältää ja milloin oppijat ovat valmiita itsenäiseen työskentelyyn.
- b) *Aito välittäminen-instrumentaalisuus*. Tässä kyse on välittämisen luonteesta: onko välittäminen itsessään aito päämäärä vai keino päästä johonkin (instrumentaalisuus).
- c) *Arviointi-hyväksyminen*. Opettajan tulee viestiä hyväksymistä ihmisenä, mutta toisaalta hänen tehtävänä on arvioida oppijoiden suorituksia ja oppimista.
- d) *Ilmaisemisen-suojaaminen*. Jännite sen välillä miten toisaalta ilmaista asioita rehellisesti ja avoimesti ja toisaalta suojata oppijaa loukkaavilta asioilta.

Rawlinsin nimeäminen jännitteiden sisällöt ovat eri laatuista siinä mielessä, että toiset niistä ovat selvästi viestinnällisempiä (ilmaiseminen ja suojaaminen, arviointi ja hyväksyminen), kun taas toisissa korostuu enemmän yksilö ja hänen suhtautumistapansa (riippumattomuus-riippuvaisuus, aito välittäminen-instrumentaalisuus). Jännitteet ovat myös eri laajuisia: riippumattomuus-riippuvaisuus on koko pedagogiseen prosessiin ja siinä tapahtuvaan päätöksentekoon liittyvä jännite (esim. milloin oppijat ovat valmiita itsenäiseen työskentelyyn, jolloin heille tarjotaan enemmän vapautta suhteessa opettajaan) kun taas ilmaiseminen-suojaaminen on ymmärrettävissä paljon kapea-alaisempana, viestintätekoa koskevana jännitteenä.

Lääkäri-potilassuhdetta voidaan tarkastella kaikkien em. jännitteiden avulla. Riippumattomuuteen ja riippuvuuteen liittyvät lääkäri-potilassuhteessa sellaiset teemat, kuin mitä on yhteinen päätöksen tekeminen, missä määrin potilas kykenee tai saa osallistua päätöksentekoon, millaista osallistumista lääkäri odottaa potilaalta ja mihin puolestaan potilas itse pyrkii.

Välittämisen ja instrumentaalisuuden välinen kysymys on olennainen myös lääkäri-potilassuhteessa, koska se ilmentää suhteessa vallitsevaa kaksitahoisuutta: pyrkimystä välittämiseen mutta myös tavoitteellis-strategisiin päämääriin. Voidaan siis kysyä, missä määrin välittäminen on päämäärä sinänsä ja missä määrin se on keino päästä haluttuun tavoitteeseen, kuten hoitomyöntyvyyteen tai tyytyväisyyteen, ja edelleen, missä määrin tunteet ovat aitoja.

Välittämiseen kytkeytyvät arvioinnin ja hyväksymisen teemat, jotka tulevat esille esimerkiksi tulossynn lääkröitävyyteen ja hoidon onnistumiseen liittyvissä kysymyksissä. Lääkärissä käynnin tarpeellisuuden arviointi on emotionaalisesti herkkä asia samoin kuin esimerkiksi sen arvioiminen, miten hyvin potilas on toteuttanut hänelle määrättyä hoitoa. Tähän jännitteeseen liittyvät olennaisesti potilaiden kokemukset torjutuksi, väheksytyksi tai vakavasti otetuksi tulemisesta. Rawlins (2000, 12-13) esimerkiksi toteaa, että välittäminen opettamisessa tarkoittaa sitä, että oppijoiden työt otetaan vakavasti ja heille asetetaan riittävän korkeita odotuksia. Lääkäri-potilassuhteeseen sovellettuna välittäminen ei siis ole pelkästään ystävällisyyden ja positiivisten tunteiden viestimistä vaan myös sitä, että lääkäri odottaa potilaalta sitoutumista omaan hoitoonsa.

Kertomisen ja suojaamisen välinen jännite on monella tapaa ilmeinen myös lääkäri-potilassuhteessa, ja se liittyy yksityisyyden ja julkisen alueen säätelyyn vuorovaikutuksessa. Seuraavassa luvussa nimeän ja kuvaan tarkemmin lääkärin ja potilaan välisen suhteen jännitteitä.

4.3 Esitys lääkäri-potilassuhteen jännitteiksi

Aikaisempi henkilökohtaisten suhteiden dialektinen tutkimus antaa pohjaa nimetä ja kuvata lääkäri-potilassuhteen dialektiikkaa. Kuitenkin on oletettavaa, että relationaaliset jännitteet ovat ainakin osin erilaisia kuin henkilökohtaisissa

suhteissa, koska lääkäri-potilassuhteen luonne ja sen monet piirteet ovat toisenlaisia: osapuolet ovat esimerkiksi monella lailla asymmetrisessä asemassa toisiinsa nähden (tieto, tehtävä, oikeudet, velvollisuudet) ja heidän orientaationsa ovat erilaiset. Tällaista erilaisuutta ei voida sivuuttaa tai häivyttää.

Osa jännitteistä koskettaa enemmän lääkäriä, koska hänelle tilanteessa lankeavaan rooliin kuuluu oikeus ohjata ja kontrolloida vuorovaikutusta ja tilanteen etenemistä. Näin ollen hän pystyy potilasta paremmin vaikuttamaan siihen, miten esimerkiksi päätöksenteko tapahtuu tai millainen relationaalinen välimatka suhteessa toteutuu. Aivan samoin esimerkiksi Rawlins (2000) toteaa opettaja-oppijasuhteen jännitteitä pohtiessaan, että strukturaalista tasavertaisuutta on mahdotonta saavuttaa. Sekä opettajalla että lääkäriellä on enemmän toimintamahdollisuuksia (oikeus ja myös velvollisuus) ohjata tilannetta, koordinoita toimintaa ja antaa ohjeita ja tehtäviä. Tätä kautta he vaikuttavat enemmän siihen, millaisiksi vuorovaikutus ja suhde muodostuvat ja siis myös siihen, millaisina relationaaliset jännitteet ilmenevät. Jännitteitä voidaan siis tarkastella toisen osapuolen näkökulmasta, kuten esimerkiksi Rawlins (2000), joka tarkastelee opettajien ja oppijoiden välistä opetussuhdetta opettajan näkökulmasta, tai Ellingson ja Buzzanell (1999), jotka konstruoivat lääkäri-potilasviestintää kuvaavat jännitteet potilaan tyytyväisyyden näkökulmasta.

Tavoitteeni ei ole esittää tyhjentävää kuvausta lääkäri-potilassuhteen relationaalisista jännitteistä, vaan puheviestinnän tutkimuskirjallisuuden ja tämän tutkimuksen tutkimusaineiston analyysin pohjalta nostaa esille jännitteitä,

- a) jotka ovat (tämän hetkessä historiallis-kulttuuris-sosiaalisessa kontekstissa) keskeisiä tarkasteltaessa lääkäri-potilassuhteen ja -viestinnän luonnetta
- b) ja jotka koskettavat kumpaakin osapuolta, mikä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että ne olisivat sisällöllisesti osapuolille samanlaisia.

Painotan jännitteiden viestinnällistä luonnetta eli sitä, että ne liittyvät viestintäprosessiin eivätkä yksilön ominaisuuksiin tai kognitiivisiin prosesseihin. Näin ollen lääkäri-potilassuhteen jännitteet ovat samalla myös lääkärin ja potilaan välisen viestintäsuhteen jännitteitä.

Osa lääkäri-potilassuhteen jännitteistä on tullu edellä jo käsitellyksi, mutta kertaan tässä yhteydessä myös niiden keskeisen sisällön, vaikka keskitynkin uusien jännitteiden tarkasteluun.

1) Ensimmäinen, *relationaalisen etäisyyden ja läheisyyden dialektiikka* ilmentää samanlaisuuden ja erilaisuuden, henkilökohtaisuuden ja ei-henkilökohtaisuuden, muodollisuuden ja epämuodollisuuden sekä epävirallisuuden ja virallisuuden välisiä ulottuvuuksia. Nimitän sitä myös *relationaaliseksi välimatkaksi tai relationaalisen välimatkan dialektiikaksi* tietoisena käsitteen toisteisuudesta¹⁴. Relationaalisessa välimatkassa on kysymys siitä, millaisina osallistujat (lääkäri

¹⁴ Relationaalisen jännitteen nimeäminen toisteisesti relationaaliseksi välimatkaksi perustuu jännitteen sisältöön. Relationaalinen, välimatkan määreenä, viittaa jännitteen ytimeen, joka on siinä, miten lääkäri ja potilas asemoituvat viestintäsuhteessa toisiinsa ja itseensä ja millaisen suhteen he tällöin laadullisesti rakentavat.

ja potilas) tulevat itse esille suhteessa, millaisena he määrittävät toisen osapuolen suhteessa itseensä. Näin ollen relationaalisen välimatkan jännite kuvastaa myös lääkärin ja potilaan *relationaalista identiteettiä*. Relationaalinen identiteetti viittaa Tracyn (2002, 19) mukaan osapuolten suhteen viestinnällisiin ominaisuuksiin, joista keskeisimpiä ovat läheisyys ja etäisyys sekä tasavertaisuus ja eriarvoisuus.

Relationaalinen välimatka on uusi jännite, jolla on yhtymäkohtia useisiin teoreettisiin konstruktioihin. Se ei siis *suoraan pohjautu* mihinkään tiettyyn aikaisemmissa tutkimuksissa esitettyyn jännitteeseen. Samanlaisuuden ja erilaisuuden ulottuvuus yhdistää sitä Zornin (1995) kuvaamaan samanarvoisuuden ja ylemmyyden -jännitteeseen mutta myös Baxterin ja Montgomeryn liittyneisyyden ja erillisyyden (connectedness–separateness) dialektiikkaan (ks. s. 81). Lisäksi sitä voidaan sisällöllisesti liittää

- a) viestinnän akkommodaatioteoriaan (CAT), jonka kaksi viestinnällistä perusstrategiaa ovat läheneminen eli konvergoituminen ja etääntyminen tai erilaistuminen eli divergoituminen (ks. esim. Giles, Coupland & Coupland 1991)
- b) ja pragmaattiseen kielentutkimukseen kuuluvaan kohteliaisuusteoriaan ja kasvojen säilyttämiseen (ks. Brown & Levinson 1978/1987; Piirainen-Marsh 1995).¹⁵

On kuitenkin pohdittava, mikä on relationaalisen välimatkan suhde näihin teorioihin sisältyviin käsitteisiin ja miksi on perusteltua nimetä uusi käsite, relationaalinen välimatka, eikä tukeutua esimerkiksi sosiaalista etäisyyttä tuottavaan ja ilmentävään positiiviseen ja negatiiviseen kohteliaisuuteen.

Kohteliaisuus perustuu ihmisten haluun välttää loukkaamista ja ylläpitää yhteistyötä ja sujuvaa vuorovaikutusta. Näin ollen vuorovaikutustilanteissa ihmiset orientoituvat toistensa negatiivisiin tai positiivisiin kasvoihin. Positiiviset kasvat viittaavat henkilön pyrkimykseen olla pidetty, arvostettu ja hyväksytty ja negatiiviset haluun ylläpitää omaa tilaa ja toimintavapautta. Koska osapuolten negatiiviset tai positiiviset kasvat ovat koko ajan uhattuina, niitä täytyy vuorovaikutuksessa ylläpitää ja suojella erilaisin viestinnällisin keinoin. Positiivisen kohteliaisuuden keinojen ajatellaan lähentävän ja yhdistävän osapuolia ja negatiivisen kohteliaisuuden nähdään ylläpitävän ja korostavan osapuolten välistä erilaisuutta ja etäisyyttä. Tutkimuksissa pyritäänkin kuvaamaan niitä viestinnällisiä keinoja, joilla kasvoja uhataan ja joilla uhkaa pyritään välttämään ja siitä neuvottelemaan (Piirainen-Marsh 1995, 24–25). Tarkasteltavina voivat olla esimerkiksi puhuttelukäytänteet sekä pyytämisen ja kysymisen strategiat.

Kohteliaisuutta on tarkasteltu myös lääkäri-potilasviestinnässä (ks. esim. Aronsson & Sätterlund-Larsson 1987) ja hoitotyössä (Spiers 1998). Kasvojen säi-

¹⁵ Relationaalisen välimatkan jännitettä ei pidä sekoittaa *yksilön viestintäorientaatioon* liittyvään vetäytymis-lähestymis-dimensioon (avoidance–approach -dimension). Sillä kuvataan yksilön sisäisiä emotionaalisia ja virittyneisyyden tiloja, joilla selitetään yksilön reaktioita esimerkiksi odotuksenvastaisiin tai odotuksenmukaisiin tilanteisiin (Burgoon & al. 1998).

lyttämisen ja ylläpitämisen ajatus soveltuu hyvin lääkäri-potilasviestintään, jossa molemmat osapuolet joutuvat orientoitumaan mm. lääkärin ammatillisiin kasvoihin ja potilaan pyrkimyksiin säilyttää kompetentin potilaan kasvot. Relationaalisen välimatkan jännitteen ilmiötä voidaan tulkita ja ymmärtää kohteliaisuuden ja kasvojen säilyttämisen ja ylläpitämisen näkökulmasta. Sisällöllisestä yhdenmukaisuudesta huolimatta kohteliaisuusteoria liittyy kuitenkin erilaiseen perusnäkemykseen viestinnästä ja yksilöstä kuin relationaalinen dialektiikka. Kohteliaisuusteoriassa korostetaan yksilön rationaalisia valintoja, hänen intentionaalista viestintäkäyttäytymistään, jolla hallitaan ja neuvotellaan kasvoja uhkaavia tilanteita. Viestintä on siis yksilön rationaalista, intentionaalista ja tavoitteellista toimintaa. Dialektisessa näkökulmassa korostetaan nimenomaan suhteen ja viestinnän ensisijaisuutta: relationaalinen jännite on olennaisesti ja perustavanlaatuisesti toimijoiden välisen suhteen ilmiö ja siten myös laadultaan viestinnällinen.

Myös viestinnän akkommodaatioteoria (CAT) perustuu yksilökeskeisyyteen. Siinä pyritään löytämään yhteys yksilön kognitioiden ja hänen viestintäkäyttäytymisensä välille. Vaikka konvergoituminen ja divergoituminen ovat ajatuksellisesti yhdenmukaisia lähenemisen ja etääntymisen jännitteen kanssa, niiden lähtökohtana on hyvin erilainen käsitys viestinnästä. Akkommodaatioteoria on pyrkinyt selittämään viestintäkäyttäytymisen konvergoitumista ja divergoitumista niiden taustalla olevilla psykologisilla, kognitiivisilla ja affektiivisillä prosesseilla. Esimerkiksi viestijöiden on ajateltu konvergoituvan eli lähentävän viestintäänsä toisiinsa, koska heillä on tarve samaistua, integroitua toisiinsa tai tulla sosiaalisesti hyväksytyiksi (ks. Giles, Coupland & Coupland 1991). Divergoitumisen syyksi on puolestaan esitetty halua lisätä sosiaalista etäisyyttä toiseen, tehdä toinen voimattommaksi tai "alistetummaksi" tai saada toinen muuttamaan viestintätyyliään (Street 1991, 135). Relationaalinen välimatka on kuvaileva käsite, jonka taustalla ei ole kohteliaisuusteorian ja akkommodaatioteorian kaltaista teoreettis-käsitteellistä perustaa. (Relationaalisen välimatkan käsitteen teoreettista validiteettia tarkastellaan luvussa 10.2.2.)

Relationaalista etäisyyttä tai läheisyyttä tuottavia ja ilmentäviä viestinnällisiä piirteitä on monia, kuten huumori, nauru, nonverbaalinen käyttäytyminen (hymy, katsekontakti, koskettaminen, tilan käyttö), puhuttelemine ja yleensä henkilön viittaaminen sekä käskeminen ja ohjaaminen. Koska kaikkien relevanttien piirteiden tarkasteleminen ei ole mahdollista yhdessä tutkimuksessa, keskityn tässä työssä kahteen viestinnälliseen käytänteeseen: henkilöviittaamiseen ja sosiaaliseen puheeseen (arkisemmin muusta puhumiseen). Pääpaino tarkastelussa on henkilöviittaamisessa. Henkilöviittaamisen valitsin tarkasteltavaksi ilmiöksi, koska se on yksi keskeinen viestintäkäytänne, jonka avulla määritellään ja rakennetaan suhdetta toiseen osapuoleen mutta ilmennetään myös oman läsnäolon intensiteettiä, henkilökohtaista etäisyyttä suhteessa. Näin ollen se on viestintäkäytänne, joka ilmentää ja tuottaa relationaalista välimatkaa.

2) *Kertomisen ja suojaamisen tai yksityisyyden dialektiikka.* Kertomisen ja suojaamisen tai yksityisyyden teemat kytkeytyvät lääkäri-potilassuhteeseen monesta näkökulmasta, jotka puolestaan liittyvät laajemmin julkisen ja yksityisen

väliseen tematiikkaan. Tässä jännitteessä on osin kysymys siitä, miten lääkäri ja potilas tulevat vuorovaikutuksessa esille yksityisinä ihmisinä, muina kuin lääkärinä ja potilaana, tai siitä, että heitä kutsutaan tulemaan esille sellaisina. Tässä mielessä kyse on samasta jännitteestä kuin Baxterin ja Montgomeryn kuvaama avoimuuden ja sulkeutuvuuden jännite. Kuitenkin kertomiseen ja suojaamiseen lääkäri-potilassuhteessa sisältyy henkilökohtaisuuteen liittymätön, lääketieteellisen tiedon kertomisen näkökulma, jonka vuoksi kyse ei ole pelkästään henkilökohtaisen tason avoimuudesta tai sulkeutuvuudesta.

Tässä jännitteessä tarkasteltavana voi siis olla *potilaan yksityisyyden säilyttäminen*, johon liittyy potilaan oikeus päättää itse, mitä ja miten hän kertoo. Henkilökohtaisten asioiden kertomiseen sisältyy aina riski, koska se paljastaa jotakin kertojan haavoittuvuudesta ja asettaa hänet alttiiksi arvostelulle (esim. elämäntapaa koskeviin kysymyksiin vastaaminen). Mutta toisaalta potilaan kertomiseen vaikuttavat myös eettis-moraaliset tiedon salaamista ja muuntelua koskevat kysymykset: potilaalta odotetaan, että hän kertoo lääkärille kaiken asian kannalta oleellisen, rehellisesti. *Lääkärin viestinnälle* potilaan yksityisyys asettaa kohteliaisuuden ja kunnioittamisen vaatimuksia (potilaan kasvojen säilyttämisen), mutta toisaalta lääkärin velvollisuutena on kysyä hyvin arkojakin ja intiimejä asioita (esim. alkoholin käyttö, ruokailutottumukset ja sukupuolielämä), mikäli se asian selvittämisen kannalta on tarpeellista.

Kertomisen ja suojaamisen jännite koskettaa lääkäriä myös silloin, kun hän joutuu miettimään, mitä hänen on kerrottava potilaalle tämän tilanteesta juuri tietyllä hetkellä. Lääkäri voi kokea ristiriitaa sen suhteen, että toisaalta hänen pitäisi kertoa potilaalle asioita rehellisesti ja avoimesti, mutta toisaalta olla kertomatta, mikäli se potilaan senhetkinen vastaanottokyky huomioiden (aikaisemmat tiedot, emotionaalinen tila) suojaa potilasta liialliselta tiedolta. Tällöin keskeistä tämän jännitteen hoitamisen kannalta on kertomisen ja kertomatta jättämisen ajoitus.

Harvemmin käsitelty näkökulma sen sijaan on tarkastella kertomisen ja suojaamisen jännitettä lääkärin itsestäkertomisen näkökulmasta: miten lääkäri toisaalta pyrkii säilyttämään omaa yksityisyyttään ja toisaalta tuo esille henkilökohtaisia asioitaan ja miten potilas reagoi lääkärin itsestä kertomiseen. Luvussa 6 käsittelen kertomisen ja suojaamisen jännitettä nimenomaan lääkärin itsestäkertomisen näkökulmasta.

3) *Autonomisuuden ja riippuvaisuuden* välinen jännite liittyy lääkärin ja potilaan vapauksiin hoitosuhteessa ja -prosessissa. Siinä on kyse heidän oikeuksistaan ja velvollisuuksistaan eli relationaalisista intresseistään suhteessa omaan ja toistensa toimintaan. Autonomisuus-riippuvaisuus -jännite onkin yksi näkyvimmin esillä olevista lääkäri-potilassuhteen relationaalisista jännitteistä, koska se liittyy läheisesti potilaan asemasta ja oikeuksista ja terveydenhoidon tilasta ja tulevaisuudesta käynnissä olevaan julkiseen keskusteluun. Jännitteenä siihen sisältyy monenlaisia näkökulmia. Ensinnäkin potilaan näkökulmasta siihen sisältyy jo se, miten paljon hänellä on vapautta valita lääkäriinsä eli astua tiettyyn lääkäri-potilassuhteeseen. Varsinaista hoitoprosessia ajatellen autonomisuuden

ja riippuvaisuuden jännite liittyy siihen, missä määrin potilas voi päättää osallistumisestaan päätöksentekoon, osallistuako aktiivisesti vai passiivisesti.

Lääkärille tämä jännite konkretisoituu kysymyksinä potilaan autonomisuudesta: lääkärin pitäisi toisaalta tukea potilaan autonomisuutta, oikeutta osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon, mutta potilasta ei myöskään saisi jättää liian yksin päätöksenteon kanssa. Lääkäri voi joutua myös rajoittamaan potilaan autonomisuutta, jos esimerkiksi potilaan vaatimukselle ei hänen mielestään ole lääketieteellisiä perusteita. Miten siis toimia niin, ettei aja potilasta autonomisuuteen, johon hän ei ole valmis, mutta ei myöskään pakota tai ohjaa potilasta sosiaaliseen riippuvuuteen. Tätä jännitettä ilmentää usein myös lääkärin huoli siitä, miten hänen pitäisi menetellä aktiivisen, oikeuksiaan vahvasti vaativan tai lääkärin toimintaa kyseenalaistavan potilaan kanssa.

Sisällöltään autonomisuuden ja riippuvaisuuden jännite on hyvin yhtenevä osapuolten toimintamahdollisuuksia kuvaavan Rawlinsin (2000) riippumattomuuden ja riippuvaisuuden jännitteen kanssa. Lisäksi sillä on yhtymäkohtia Ellingsonin ja Buzzanellin (1999) kuvaamaan valtaa koskevaan jännitteeseen. Sillä on myös vastaavuutta Baxterin ja Montgomeryn (1996) liittyneisyys-erillisyyden -jännitteeseen¹⁶, joka kuvaa henkilökohtaisessa suhteessa olevien välistä fyysistä, emotionaalista ja psykologista läheisyyttä tai yhteyttä sekä etäisyyttä, erilaistumista tai itsenäisyyttä: sitä, miten toisaalta halutaan liittyä toiseen, sulautua yhteen, mutta toisaalta säilyttää oma itsenäisyys. Baxter ja Montgomery nimittävät tätä myös läheisyyden dialektiikaksi, mikä kuvastaa jännitteen *emotionaalista sisältöä*. Näin ollen Baxterin ja Montgomeryn liittyneisyyden ja erillisyyden jännitteeseen sisältyy emotionaalinen riippuvaisuus tai riippumattomuus, joka on keskeinen dialektiikka henkilökohtaisissa ja läheisissä ihmissuhteissa, kuten myös suhteissa, joissa on elementtejä sekä ystävyyssuhteesta että esimies-alaisuudesta (ks. Zorn 1995, 135–137).

Kuitenkin tässä tutkimuksessa autonomisuus tai riippuvaisuus tarkoittaa ensisijaisesti osapuolten vapautta hoitoprosessissa, ei emotionaalista tilaa tai sitoutuneisuutta. On selvää, että myös lääkäri-potilassuhteisiin voi sisältyä oman itsen integriteettiin ja yhteensulautumiseen liittyvää jännitettä. Henkilökohtaisten suhteiden tavoin lääkäri-potilassuhteessa huolena voi olla liiallinen emotionaalinen riippuvaisuus. Tällöin on usein kysymys epämiellyttäväksi tai ongelmalliseksi koetusta suhteesta.

Lääkäri kohtaa väistämättä potilassuhteissaan sairautta, kärsimystä, kipua ja kuoleman pelkoa, sellaisia tunteita, jotka ovat vieraita esimerkiksi opettaja-oppilas- tai mentori- ja tuutorisuhteille. Hän voi joutua seuraavan esimerkin lääkärin tavoin pohtimaan, milloin hoitoprosessin kannalta on tarpeellista sallia ns. ei-toivottavaa emotionaalista riippuvuutta.

La: must tuntuu, tuntuu että, se voi usein olla se että ihmiset on niin ahdistuneita siitä sairaudestansa ja sit ne takertuu lääkäriin. semmosen mä koen hankalana.

¹⁶ Baxter ja Montgomery viittaavat kirjoituksissaan tähän jännitteeseen kahdella eri termillä: "connectedness-separateness" (liittyneisyys-erillisyyden) (Baxter & Montgomery 1996) ja "connection-autonomy" (yhteys/liittyminen - autonomia/riippumattomuus) (Montgomery & Baxter 1998).

T: millä lailla takertuu?

La: siis mulla on joitakin ihmisiä jotka mä an-, oon antanutkin että ne saaki soittaa mulle, ne saa tulla mun luokse silloin tuonne, ihan poliille, (nimi)polille, muutamia, viis- kuus, jol on tämmönen, niil on paha tauti ja ne on tavallaan sen vankina

T: niin

La: niin sit kun niille tulee paha olo, niille tulee jotain oireita, ne tulee vastaanotolle, aika lailla silleen, joko tuota sovitusti tai sitten ne saattaa soittaa ja tulla ihan suoraan ja ne on semmosia, vaikeasti sairaita ihmisiä joilla on krooninen sairaus ja ne tarvii tämmösen yhden ihmisen, yhden lääkärin joka tuntee ne, ettei mene siihen se aika että lääkäri lukee niitä (.) pi- pinoja että sen takia niinku sallii sen että ne niinku roikkuu minussa. varmasti jokaisella (xxx)lääkärilläkin (paikannimi) on joitakin tämmösiä, vaikka siellä on niinku periaate että kellään ei ole omia potilaita niin sanotusti, siellä puolella, mut että inhimillisyyssyistä niin pietään että, et saa pitää niinku tällä tavalla [...]mut tätä ei sallita kuin joillekin, joille se on nähty niiku että se on välttämätön jotta ne pysyy niinku silleen koossa ja (.) ne kokee elämänsä sen verran turvalliseks et ne uskaltaa niinku päivästä toiseen. ehkä se tulos on siinä että hän jaksaa mennä kotiin eikä tuu osastolle (nauraa)

=se vie voimia, joka kerran, melkein, siis ei kaikki kohdalla mut joittenkin kohdalla niin sitä oikein niinku aattelee kun näkee listalla nimen että ahaa. sit aattelee että onneks nää toiset on tämmösiä helppoja (nauraa)

Esimerkin lääkäri haluaa välttää emotionaalisia riippuvuussuhteita ja niiden syntyminen ja ylläpitäminen on oikeutettua vain, jos hoitoprosessin tavoitteet tai yleisinhimilliset syyt sitä vaativat. Emotionaalinen riippuvaisuus tuo lääkäri-potilassuhteisiin haavoittuvuutta, mitä muissa asiantuntija-asiakassuhteissa ei ole (Lupton 1996, 168). Luvussa 7 autonomisuus-riippuvaisuus -jännitettä tarkastellaan aiemman kuvauksen mukaisesti potilaan osallistumisen ja yhteisen päätöksenteon näkökulmasta.

4) Neljäs jännite, *ennustettavuus-yllätyksellisyys*, tarkoittaa varmuuden, tuttuuden tai ennustettavuuden ja epävarmuuden, uutuuden tai yllätyksellisyyden välistä dynamiikkaa. Institutionaalisissa suhteissa tätä jännitettä ilmentävät viestinnän rutiininomaisuus tai kaavamaisuus ja keskustelunomaisuus. Ennustettavuuden ja yllätyksellisyyden dialektiikkaa voidaan tarkastella näennäisinteraktiivisuuden ja interaktiivisuuden ja kaavamaisuuden ja spontaanisuuden näkökulmasta. Tämä jännite on ilmeinen juuri ns. sekasuhteissa, joissa kaavamaisuus pohjautuu niiden tavoitteelliseen, professionaalisiin-institutionaaliseen perustaan ja yllätyksellisyys ja aito dialogi puolestaan nousevat henkilökohtaisen alueen vapaasta keskustelusta. Näennäisinteraktiivisuuteen ja interaktiivisuuteen liittyen pohdin myös laajempaa kysymystä aidon dialogin mahdollisuudesta lääkärin ja potilaan viestintäsuhteessa. Siinä vuorovaikutuksen laadun lisäksi on kysymys myös siitä, miten osapuolet orientoituvat – ja miten heidän voidaan odottaa orientoituvan – toisiinsa. Yllätyksellisyyden ja ennustettavuuden dialektiikka johtaa lääkäri-potilassuhteen perusmotiivien ja luonteen äärelle, kuten luvussa ”Aitoa dialogia?” tullaan toteamaan.

5) Viides, *arvioinnin ja hyväksymisen välinen jännite* pohjautuu moniin institutionaalisiin konteksteihin sisältyvään moraaliseen ulottuvuuteen (ks. esim. Bergmann 1998; Heritage & Lindström 1998). Rawlins (2001) kuvasi, miten opettaja pyrkii viestimään hyväksyntää, hyväntahtoisuutta, jopa humoristisuutta oppijoihin kohtaan, mutta toisaalta hänen täytyy myös arvioida oppijoiden

oppimista ja heidän töitään, koska se kuuluu hänen ammatilliseen tehtäväänsä. Lääkäri kohtaa potilaan kanssa viestiessään samanlaisen jännitteen: myös hänen tehtävänä on osoittaa hyväksyvänsä potilas ihmisenä, mutta hänen on myös arvioitava potilaan ongelman vakavuutta ja hoidon tarvetta. Potilaille samoin kuin oppijalle on puolestaan tärkeää tulla hyväksytyksi sekä ihmisenä että oma asiansa kannalta. Potilas perustelee lääkärille tulosityytään ja oppija oppimissuoritustaan. Sekä potilaat ja oppijat että lääkärit ja opettajat pyrkivät erilaisin viestinnällisin tavoin hoitamaan arvioimisen ja hyväksymisen jännitettä.

Tässä tutkimuksessa arvioimisen ja hyväksymisen jännitteen ilmenemistä tarkastellaan ensinnäkin vuorovaikutuksen tasolla, tilanteissa, joissa potilaat pyrkivät viestimään oman tulkintansa tai näkemyksensä puolesta (esim. tekemään ongelmastaan lääkäritäivää) tai joissa lääkäri arvioi heidän toimintaansa. Lisäksi jännitettä käsitellään myös potilaiden kielteisinä kokemien lääkärissäkäyntien kautta.

4.4 Koonti: lääkäri-potilassuhteen dialektinen viitekehys

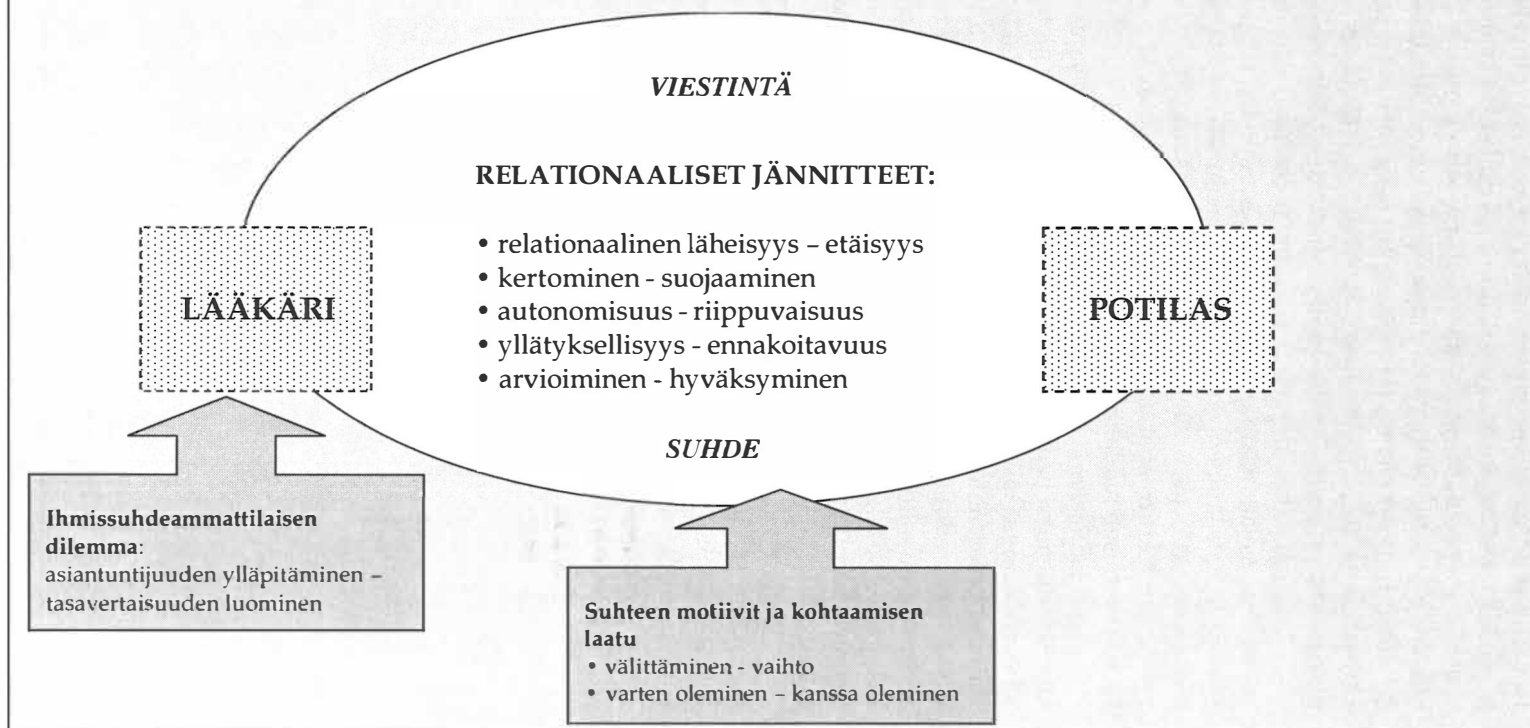
Jännitteisyys on ollut tämän työn punainen lanka aina jännitteisistä päämotiiveista ja ihmissuhdeasiantuntijuuteen sisältyvästä dilemmasta relationaalisten jännitteiden kuvaamiseen asti. Käsitellyt teoreettiset näkökulmat muodostavat yhdessä dialektisen viitekehysten, joka on kuviossa 3 asetettu laajempaan yhteiskunnallis-kulttuuriseen kontekstiin. Tähän kontekstiin sisältyy jännitteitä, joita tässä tutkimuksessa ovat a) yhteiskunnassa vallitsevat ristiriitaiset arvot ja b) jännite kulttuuristen ideaalien (käsitteet ja näkemykset siitä, millainen on hyvä lääkäri-potilassuhde) ja käytännössä syntyvien lääkäri-potilassuhteiden välillä. Yhteiskunnalliseen kontekstiin kuuluu myös ei-henkilökohtaisten suhteiden personaalistuminen, interpersonaalisen ulottuvuuden korostuminen ihmissuhdeammateissa ja laajempaan trendinä asiakaslähtöisyyttä korostava konsumeristisuus. Kaikki nämä tekijät vaikuttavat lääkäri-potilassuhteessa ilmeneviin jännitteisiin. Varsinaiseen dialektiseen viitekehukseen kuuluvat:

- a) Sosiaalisten suhteiden perusmotiivien, välittämisen (rakkauden) ja vaihdon välinen jännite ja siihen liitetty kanssa olemisen tai varten olemisen ("being-with" ja "being-for") modaliteetti. Nämä modaliteetit kuvastavat lääkärin ja potilaan kohtaamisen laatua.
- b) Ihmissuhdeasiantuntijan dilemma: miten säilyttää asiantuntijuutta ja samalla rakentaa tasavertaisuutta.
- c) Lääkärin ja potilaan viestintäsuhteen relationaaliset jännitteet.

YHTEISKUNNALLINEN JA KULTTUURINEN KONTEKSTI

Suhde kontekstissa:

- Yhteiskunnassa vallitsevat ristiriitaiset arvot: demokraattisuus ja asiantuntijuuden arvostaminen
- Kulttuuristen ideaalien (käsitykset, määritykset ja odotukset) ja käytännön välinen jännite
- Trendit: ei-henkilökohtaisten suhteiden personaalistuminen, interpersonaalisen ulottuvuuden korostuminen ihmissuhdeammateissa ja asiakaslähtöinen konsumeristisuus



Kuvio 3 Lääkäri-potilassuhteen dialektinen viitekehys

Lääkärinä ja potilasta kuvaavien neliöiden katkoviivoitus kuvaa sitä, että lääkäri ja potilas nähdään ensisijaisesti vuorovaikutuksessa syntyvinä sosiaalisina entiteetteinä tai positioina eikä siitä irrallisina, autonomisina yksilöinä. Teoreettiset näkökulmat liittyvät myös toisiinsa. Ensinnäkin välittämisen ja vaihdon jännite (ja siihen liittyvät olemisen modaliteetit) sekä relationaaliset jännitteet ovat lääkäri-potilassuhteen *olennaisia jännitteitä*. Näin ne ilmentävät lääkäri-potilassuhteen perusdynamikkaa ja siten myös sen ontologista laatua.

Relationaaliset jännitteet kuvastavat osaltaan välittämisen ja vaihdon tematiikkaa. Relationaalinen läheisyys, kertominen, riippuvaisuus, yllätyksellisyys ja hyväksyminen ankkuroituvat enemmän välittämiseen ja toista varten olemiseen, kun taas etäisyys, suojaaminen, autonomisuus, ennustettavuus ja arvioiminen korostavat enemmän vaihtoa tai tehtävää sekä sitä tukevaa toisen kanssa olemisen modaliteettia.

Toiseksi lääkäriä koskettava tasavertaisuuden ja asiantuntijuuden ylläpitämisen dilemma heijastelee vaihdon ja välittämisen motiiveja. Se on sama asia nähtynä vain lääkärin työstä käsin. Lisäksi se liittyy lääkärin ja sitä kautta myös lääkäri-potilassuhteen laajempaan kontekstiin tekemällä ymmärrettäväksi niitä vastakkaisia odotuksia ja vaatimuksia, joita yhteiskunta ristiriitaisine arvoineen asettaa ihmissuhdeasiantuntijoiden ja heidän asiakkaidensa väliselle vuorovaikutukselle. Lisäksi, kuten luvussa 4.1 todettiin, relationaalinen dialektiikka on saanut vaikutteita Billigin ym. ajattelun dilemmaattisuutta koskevista näkemyksistä.

Seuraavissa pääluvuissa (5–9) tarkastelen perusteellisemmin kutakin niistä ja kuvaamaan relationaalista jännitettä. Jokaisen luvun alussa kerron tarkemmin valitsemastani näkökulmasta, viestinnällisistä piirteistä, joiden kautta kutakin jännitettä lähestyn, sekä analysointitavasta, mikäli sitä on tarpeellista selvittää ymmärtämisen kannalta. Eri jännitteiden tarkastelutapa ei ole yhteismitallista. Kukin luku toimii omana itsenäisenä kokonaisuutenaan.

5 RELATIONAALINEN VÄLIMATKA: HENKILÖVIITTAAMINEN JA MUUSTA PUHUMINEN

5.1 Henkilöviittaaminen vuorovaikutuksessa

Kun puhe viestintätilanteessa liitetään läsnä oleviin ihmisiin, on kysymys henkilöviittaamisesta. Viittaaminen voi kohdistua toiseen, jolloin se on joko suoraa viittaamista (puhuttelemista) tai epäsuoraa, jolloin suoraa viittaamista kierretään tai se puuttuu kokonaan (esim. passiivimuodot). Viittaminen voi suuntautua myös itseen, suorasti tai epäsuorasti.

Fitchin (1998, 34) mukaan puhuttelu ja puhuttelumuodot ovat kaikkialla läsnä oleva kielellinen keino, jonka avulla puhujat hoitavat erilaisia interpersonaalisia tehtäviä. Sen lisäksi, että puhuttelun tehtävänä on viitata johonkin ihmiseen, samanaikaisesti se kutsuu esiin identiteettejä ja luo ja määrittelee viestijöiden välistä suhdetta. Se myös kuvastaa suhteen luonnetta sellaisten ulottuvuuksien avulla kuin läheinen–kaukainen; henkilökohtainen–professionaalinen tai tasavertainen–eri-arvoinen (Fitch 1998, 34). Kielitieteellisestä näkökulmasta henkilöviittaamista tarkasteleva Yli-Vakkuri (1986, 149) toteaa, että persoona-muotojen tehtävänä on ilmaista osallistujien emotionaalista ja sosiaalista etäisyyttä eli heidän asemaansa sosiaalisessa tai roolihierarkiassa sekä osapuolten suhtautumista toisiinsa ja puheenaiheeseen. Esimerkiksi Tiittula ja Nuolijärvi (2001) tarkastelivat tutkimuksessaan, miten presidenttiehdokkaat viittasivat toisiinsa television vaalikeskusteluissa ja siten rakensivat tietynlaista suhdetta toisiinsa.

Fitch (1998) asettaa puhuttelun myös laajempaan kulttuuriseen kontekstiin: hän näkee puhuttelukäytännöt yhtenä viestinnällisenä resurssina, jota tarkastelemalla päästään kiinni interpersonaalisen viestinnän ideologiaan eli minuutta (personhood), suhteita (relationships) ja viestintää koskeviin ontologisiin ja kulttuurisiin premisseihin. Puhuttelukäytännöt ja niihin liittyvät odotukset ja normit ilmentävät taustalla olevia, interpersonaalisiin suhteisiin liittyviä pre-

missejä. Näitä premissejä tietyn viestintäkulttuurin ihmiset käyttävät formuloissaan toimintatapoja toisiaan kohtaan ja tulkitessaan toistensa toimintaa.

Yleisesti puhuttelutavan valintaa säätelevinä tekijöinä pidetään valtaa ja solidaarisuutta (Brown & Gilman 1960). Kehityskulku on ollut vallan semantiikasta kohti 1900-luvun aikana esille nousutta solidaarisuuden semantiikkaa, jossa keskinäisellä sinuttelulla osoitetaan tuttuutta ja läheisyyttä ja teitittelyllä etäisyyttä ja vierautta (Hakulinen 1989, 195). Meillä Suomessa sinuttelun merkitys yhteiskunnalliseen tasa-arvoistumiseen ja demokraattisuuteen liittyvänä kielellisenä piirteenä nousi vahvasti esille 1970-luvulta lähtien (ks. Larjavaara 1999). Erityisesti huomattavaa oli sinuttelun leviäminen julkiseen kielenkäyttöön ja aikaisemmin virallisina pidettyihin viestintäkonteksteihin, kuten opeutukseen ja erilaisiin palvelu- ja hoitotilan-teisiin.

Puhuttelujärjestelmän on yleisesti nähty perustuvan yhteenkuuluvaisuuteen tai toisaalta sen puutteeseen: jos yhteenkuuluvaisuudelle on jonkinlaista perustaa (esim. työpaikka, asema), silloin osapuolet käyttävät tuttavallisia puhuttelumuuotoja, kuten sinuttelua, mutta jos yhteisyyden perustaa ei ole, käytetään muodollisempia puhuttelumuuotoja, kuten teitittelyä (ks. Leiwo, Luukka & Nikula 1992). Kuitenkin tämä periaate jää väljäksi, ja siten se jättää toimijoille liikkumatilaa tilannekohtaisiin ratkaisuihin. Tätä kuvastaa esimerkiksi seuraava lääkärin ja potilaan välistä vuorovaikutusta koskeva oppikirjan ohje:

“Tuntematonta aikuista ihmistä teititellään, ellei sinuttelusta erikseen sovita. Lapsia ja nuoria ihmisiä sinutellaan, mutta jos on yhtään epävarma asiasta, parasta on kysyä: “Sopiiko, että sinuttemme toisiamme?” (Pelkonen & al. 1995, 17.)

Voidaanko lääkäri-potilassuhteessa yhteenkuuluvuuden, ja siten myös sinuttelun, perustaksi ajatella yhteistä tehtävää eli potilaan ongelman selvittämistä ja hoitamista? Vallitseva lääkäri-potilassuhderetoriikkahan korostaa lääkärin ja potilaan yhteenkuuluvuutta, yhteistä tekemistä ja yhteistä päätöksentekoa, jonka henkeen sinuttelu sopii hyvin. Mutta toisaalta, jos tehtävää ei nähdä riittäväksi yhteenkuuluvuuden perustaksi, kuten ohje voitaisiin tulkita, teitittely olisi ensisijainen ratkaisu. Myös sinuttelusta sopiminen viittaa siihen, että toimijoiden välillä ei ole riittävää yhteenkuuluvuutta. Sinuttelun vastavuoroisuus ei sinällään osoita, että puhuttelu perustuisi toimijoiden väliseen yhteenkuuluvuuteen. Leiwo ym. (1992, 59) toteavat, että “asemaan perustuvalla puhuttelujärjestelmään liittyy olennaisesti oikeus tehdä sinunkauppoja, joka on suomalaisessa järjestelmässä säilynyt arvoltaan tai asemaltaan ylemmän oikeutena”. Sinunkauppojen tekeminen saa merkityksensä ja oikeutuksensa teitittelyyn perustuvassa valtajärjestelmässä, jolloin se myös osoittaa valtajärjestelmän olemassaolon, eli Wetherellin ym. (1987) mukaan: se on ei-autoritaarista toimintaa, joka vahvistaa autoritaarisen järjestelmän olemassaoloa.

Tilanteissa, joissa teitittelyä on pidetty ja pidetään odotuksenmukaisena puhuttelumuuotona, sinuttelu on osoitus läheisemmästä suhteesta toiseen ihmiseen, ja näin ollen sillä voidaan ilmaista suhteen erityisempää, tuttavallisempaa ja tasavertaisempaa luonnetta. Esimerkiksi seuraavassa haastatteluotteessa miespotilas nostaa esille sinuttelun itsensä ja lääkärin välistä vuorovaikutusta

luonnehtivana piirteenä, jonka hän yhdistää suhteen pitkäaikaisuuteen. Sinuttelu on näin ymmärrettävissä myös suhteen erityisyydestä kertovana merkinä, joka erottaa sen joko "tavanomaisista" tai lyhytkestoista lääkäripotilassuhteista.

- T: no tuota ni, ku ajattelet sitä eilistä vastaanottoa ni millasta se kes-, teidän välinen keskustelu oli
 P: se oli hyvin, kato ku myö ollaan monta vuotta käyty niin me ollaan tuota, ensiksii myö ollaan sinut toisillemme (B10)

Kysymys sinuttelusta tai teitittelystä voi olla jopa eri lääkärisukupolvia erotteleva piirre. Esimerkiksi lääkäri A näki haastattelussaan teitittelyn ja sinuttelun erottelevan eri lääkärisukupolvia siten, että vielä 80-luvun alussa ei sinuteltu, mutta sen jälkeen tilanne muuttui radikaalisti jopa niin, että sinuttelusta on tulut odotuksenmukaista.

- L: Nykyisinhän pitäisi sinutella ja minunkin pitäis opetella sinuttelemaan et siitä minä olen saanu, niinku sapiskaa et minä en niinkun osaa sinutella.
 T: Miks sun pitäs sinutella?
 L: Se niinkun kuuluu nykymaailman, tämmöseen.
 T: Onko se niinkun tärkeä merkki?
 L: Kyllä se varmaan on vaikka minä en oo siihen oppinu että. Varsinkin minua vanhemmat
 T: Mitä mieltä sinä sitten oot tämmösestä?
 L: Se on varmaan sellanen epäoleellinen asia, johon minä oon kasvanu siihen teitittelyvaiheeseen ja sattunu siihen, ja minua vähän nuoremmat lääkärit ne sinuttelee ihan järjestään eikä se oon niille mikään problema. (La ja T)

Asia voidaan tulkita niin, että lääkärin tekemä ero "sinuttelevan" nuoremman lääkärikunnan ja "teitittelevän" vanhemman lääkärikunnan välillä ilmentää puhuttelun perusteissa tapahtunutta muutosta. Tällöin vanhemmilla lääkärisukupolvilla sinuttelu (mikäli sitä ilmenee) perustuisi enemmän valtajärjestelmään (tätä kuvaisivat esim. sinunkaupat) ja nuoremmilla lääkäreillä sinuttelu viestisi tasavertaisempaa suhtautumista potilaaseen ja suhteen määrittämistä askelta henkilökohtaisemmaksi. Siinä missä sinuttelu lähtökohtana olisi tunnusmerkillistä "teitittelypolven" lääkäreille, teitittely olisi sitä "sinuttelupolven" lääkäreille.

Suomen kielelle ominaista on välttää suoraa viittaamista henkilöön eli kaihtaa minä ja sinä -pronomineja ja muita liian suoria viittaamiskeinoja, kuten nimellä puhuttelua (ks. Hakulinen 1989, 198-199). Keinoina on käytetty epäsuoria esitystapoja, kuten passiivia (katsotaanpas kurkkuun, otetaanpa paita pois) ja yksilön 3. persoonan käyttöä geneerisesti ilman pronomineja (saa mennä, nyt voi avata silmät). Passiivin avulla puhutaan etäisesti ja epähenkilökohtaisesti (Laitinen, 1995, 337). (On hyvä muistaa, että suomen kielessä passiivi on tekijämuotoinen ja ajatuksellisesti monikollinen, joten siinä mielessä on hieman harhaanjohtavaa sanoa passiivia persoonattomaksi.) Suomalaiselle puhekuulttuurille on Seppäsen (2000, 16) mukaan tyypillistä väljyys ja tulkinnanvaraisuus viitattaessa ihmisiin. Tämä tulee esille siinä, että meillä on monia ilmaisuja, joissa on epäselvää, kuuluuko puhuja itse viittauksen piiriin, tai jaettavista asioista

puhuttaessa, kuuluuko kuuntelija siihen. Usein epäsuora viittaaminen kutsuu kuulijan mukaan, kuten "pitäiskö nyt lähteä kotiin", mutta koska tekijää tai koki-
kijaa ei tämän tyyppisissä ilmauksissa mainita suoraan, vastuu viittauksen tul-
kitsemisesta jää viime kädessä kuulijalle. Esimerkiksi sallimista ilmaisevat mo-
daaliverbit (täytyy, voi, saattaa) ovat sellaisia, että niiden yhteydessä ei ole vält-
tämätöntä ilmaista kaikkia osallistujia. (Seppänen 2000, 16.)

Kun puhuttelukäytännöt ovat väljiä ja tulkinnanvaraisia, suhteen määrit-
telyn kannalta tämä tarkoittaa sitä, että sekä puhujalle että kuuntelijalle jää pal-
jon tilaa määrittellä suhteen luonnetta vuorovaikutuksen aikana. Tätä on pidetty
negatiivisena kohteliaisuutena eli puhujan haluna kunnioittaa ja olla uhkaamat-
ta kuulijan kasvoja. Kuitenkin Hakulisen (1987, 145–151) mukaan olisi liian suo-
raviivaista ajatella, että epäsuorassa puhuttelemisessa, kuten passiivin tai yksi-
kön 3. persoonan käyttämisessä, olisi aina kysymys kohteliaisuudesta.

Puhuttelemista on hedelmällisempää tarkastella dynaamisempänä, tilan-
nelähtöisempänä ilmiönä kuin joko-tai -tyyppisenä sinuttelu-teitittely-
kysymyksenä tai kohteliaisuutena. Aikaisemmin sitecrattu oppikirjaohje viittaa
myös siihen, että puhuttelemiseen ei voida antaa tyhjentävää ohjetta vaan se
muotoutuu tilanteesta riippuen. Hakulisen (1989, 196) mukaan puhuttelemisen
samojen osallistujien kesken voi vaihdella sekä tilanteesta toiseen että saman
keskustelun aikana, jolloin puhuttelemisen heijastelee keskustelun sävyjä ja sen
vaihtelua. Yli-Vakkuri (1986) puolestaan korostaa puhujan tavoitteiden vaiku-
tusta kielenkäyttöön. Hän (1986, 130) esittää, että kielellisten strategioiden va-
lintaan vaikuttavat merkitsevästi arvo- tai valtahierarkia mutta myös puhujien
utilitaariset ja affektiiviset intentiot, eli se, millaiseen suhteeseen he pyrkivät,
miten he suhtautuvat toisiinsa, asiaan tai tilanteeseen. Näin ollen sosiaalinen
asema tai rooli toimii jonkinlaisena kehyksenä, jonka sisällä puhuttelemisen
vaihtelee tilanetekijöiden, kuten osallistujien välisen suhteen, mukaan. Tätä
tilannekohtaista vaihtelua on Hakulisen (1989, 196) mukaan tutkittu vähän.

Relationaalisen dialektiikan näkökulmasta voidaan ajatella, että henkilö-
viittaamisen vaihtelu tietystä tilanteesta kuvastaa etäisyyden ja läheisyyden
dialektiikkaa. Viittaamismuotoja vaihtamalla, vaikkapa sinuttelemalla tai teitit-
telemällä tarpeen mukaan, puhuja voi Leiwon, Luukan ja Nikulan (1992, 61)
mukaan etäännyttää tai lähentää suhdetta, jolloin puhuttelua siis voidaan käyt-
tää tietoisesti omien tavoitteiden saavuttamiseen. Toiseen viittaamisen lisäksi
välimatassa tapahtuvia muutoksia ilmentää myös se, miten osallistujat viittaa-
vat itseensä. Jos itseen esimerkiksi viitataan epäsuorasti, persoonaa kiertäen,
tällöin itsestä tehdään tilanteesta vähemmän läsnäoleva. "Minä" ei tee, vaan
teot vain tapahtuvat ja ne tehdään. Oma itse häivytetään niin, että siihen on toi-
sen vaikea tarttua, joten se on myös toiselle saavuttamattomampi.

Tarkastelen tässä luvussa sitä, *miten lääkäri ja potilas viittaavat toisiinsa*.
Kiinnitän erityisesti huomiota viittaamisen suoruteen ja epäsuoruteen ja sen
kielelliseen muotoon. Lisäksi teen havaintoja viittaamisen viestinnällisestä kon-
tekstista, kuten vastaanottotilanteen vaiheesta ja viestintäteosta, johon puhutte-
lu liittyy (erityisesti käskemisestä).

Toiseen viittaamisen lisäksi kiinnitän huomiota siihen, *miten osapuolet viittaavat itseensä*. Miten ja missä määrin he tuovat omaa persoonaansa mukaan vuorovaikutukseen? Viitataan itseä esimerkiksi suoraan minä-pronominilla, jolloin oma läsnäolo tuodaan vahvasti esille aktiivisena tekijänä? Vai ”puhutel-laanko itseä” epäsuorasti passiivilla tai yksikön 3. persoonaa käyttäen, jolloin oma läsnäolo tietyssä persoonana ei ole yhtä vahvaa, eikä myöskään suhde asiaan yhtä henkilökohtainen?

Sovellan tutkimusmenetelmällisesti kahdenlaista näkökulmaa, karkeaa kvantifiointia ja laadullista analyysia. Kvantifioinnin perusteella voidaan tehdä yleisiä päätelmiä käytetystä henkilöviittaamisen strategiasta ja saadaan yleiskuva osapuolten välisestä suhteesta. Kvantifioiva tarkastelu tekee myös mahdolliseksi suhteuttaa karkeasti vastaanottotilanteita toisiinsa. Määrällisen tarkastelun rinnalle, sitä painotetummin, tuon konkreettisten vuorovaikutusesimerkkien avulla esille, millaista henkilöviittaaminen oli tietyssä vastaanoton vaiheessa (kliininen tutkimus) tai koko käynnin kulkua seuraten, ja miten se on kytkettävissä relationaalisen etäisyyden ja läheisyyden jännitteeseen. Analysoitavat tilanteet ovat kahdentyyppisiä: Ensimmäiseksi tarkastelen neljää vastaanottotilannetta (A5, B12, C1 ja E4), joissa kaikissa potilas on ensimmäistä kertaa kunkin neljän eri lääkärin luona. Toiseksi tarkastelen saman lääkärin (Lb) kahta (B12 ja B11), hoitohistorialtaan erilaista potilaskäyntiä.

Kvantitatiivista analysointia varten luokittelin litteroidusta aineistosta ensinnäkin em. vastaanottotilanteissa esiintyneet henkilöviittaukset Hakulisen (1989) kehittelemän koodausjärjestelmän pohjalta laatimani luokituksen mukaisesti. Ensimmäiseksi koodasin henkilöviittaukset sen mukaan, kohdistuuko viittaus kuulijaan, viittaako se inklusiivisesti sekä kuulijaan ja itseä vai kohdistuuko viittaus pelkästään itseä. Tämän jälkeen tarkastelin jokaista viittausta sen mukaan, oliko se suora vai epäsuora. Suorassa viittauksessa näkyi selvästi viittauksen kohde joko persoonapronominina (”te tulette”), persoonapäätteinä (”tulen”), omistusliitteenä (”kurkkusi”) tai puhuttelusanana (”kuule, poika”). Epäsuorista viittauksista koodasin kaikki ne tapaukset, joissa henkilöön viittava aines selvästi puuttui, kuten passiivissa tai passiivisissa rakenteissa (”asia on nyt hoidettu”), geneerisissä, ns. nollapersoonaisissa rakenteissa (”tätä pitää tutkia”, ”kannattaa tehdä niin”) tai elliptisissä ilmauksissa, joissa persoonapronomini on jätetty pois (”ei tarvitse kysyä”). Epäsuorien viittausten määrään on suhtauduttava kuitenkin suoria viittauksia varauksellisemmin niiden määrittelyn ongelmallisuuden takia. Aina ei voinut varmasti tietää, mistä puhuttelu tai itseä viittava elementti ”puuttui” eli missä se periaatteessa olisi voinut olla mukana (Hakulinen 1989, 200). Viimeisenä luokittelin viittaukset niiden muodon perusteella. Keskeisiä muotoluokkia olivat persoonapronomini, persoonapäätte, omistusliite, passiivi ja geneerinen muoto. Tämän koodauksen ansiosta esimerkiksi sinuttelumuodot voitiin erottaa teitittelymuodoista. Näin jokainen koodattu henkilöviittaus sai itselleen kolmiosaisen koodin, esimerkiksi ilmaus ”Te menette...” sai koodikseen KU (kuulija), SU (suora), prot (persoonapronomini, m.2). Tämän jälkeen laskin frekvenssit. On huomattavaa, että tarkastelen henkilöviittaamista enemmän lääkärin näkökulmasta, lääkärin vies-

tintäkäyttäytymisen piirteinä, koska lääkäri yleensä saa, tai hänelle annetaan mahdollisuus määritellä, ja ohjata suhteen luonnetta potilasta enemmän.

5.2 Neljä relationaalista strategiaa

Jo karkka kvantifiointi (taulukko 3) havainnollistaa sen, miten erilaista toiseen viittaaminen oli eri vastaanottokäynneillä.

TAULUKKO 3 Suora ja epäsuora toiseen viittaaminen* vastaanottotilanteissa

Käynti	Lääkäri: puhuttelu	Lääkäri: epäsuora viitt.	Suhde: suora-epäsuora	Potilas: puhuttelu	Potilas: epäsuora viitt.
A5	2	36	0.06	0	1
B12	41 (m. 2.p.; teitittely)	36	1.14	0	0
C1	40 (y. 2.p.; sinuttelu)	11	3.64	0	1
E4	111 (sinuttelu)	19	5.84	0	1

* inkluusiivista eli yhteisesti itseen ja kuulijaan kohdistuvaa viittaamista ei ole raportoitu tähän taulukkoon

Suoran ja epäsuoran suhdetta tarkasteltaessa lääkäri La eroaa selkeästi kaikista muista: hän viittasi potilaaseen koko ajan epäsuorasti, puhutteluja oli vain kaksi. Muilla lääkäreillä suoran viittaamisen eli puhuttelun määrä oli – absoluuttisesti ja suhteellisesti – merkittävästi suurempi. Sen sijaan suora viittaaminen oli laadullisesti erilaista: lääkärit c ja e toteuttavat samansuuntaista, sinuttelevaa strategiaa, ja lääkäri b noudatti linjanaan teitittelyä. Potilaat eivät puhutelleet lääkäreitä kertaakaan, ja epäsuoraakin viittaamista koodattiin hyvin niukasti.

Taulukon 2 karkean jakauman perusteella voidaan lääkäri b:n ja lääkäri a:n potilassuhteita kuvailla relationaaliselta välimatkaltaan etäisimmiksi. Lääkäri a:n runsaasta epäsuorasta viittaamisesta voidaan päätellä, että lääkäri pitää potilasta kauempana ja tekee hänestä henkilöittömämmän. Lääkäri b:n teitittely sen sijaan identifioi potilaan henkilökohtaisesti esille, vaikka se myös luo puhutteluvalinnan kautta eksplisiittisesti etäisyyttä. Lääkäri b on myös tässä tapauksessa potilastaan huomattavasti vanhempi, joten teitittelyn valinta ei voi liittyä potilaan ikään, itseä iäkkäämpien potilaiden kunnioittamiseen. Sinuttelevien lääkäreiden c:n ja e:n voidaan sanoa pyrkivän vähentämään relationaalista välimatkaa eli tulevan lähemmäs potilaitaan. Huomiota herättää lääkäri e:n muihin lääkäreihin verrattuna runsas suora viittaaminen: 85 % hänen viittauksistaan on suoraa kun esimerkiksi lääkäriillä c niitä oli 78 %, b:llä 53 % ja a:lla 5 %.

Suhteen laatua kuvastaa ja rakentaa myös lääkäreiden ja potilaiden viittaaminen itseensä (ks. taulukko 4).

TAULUKKO 4 Itseen viittaaminen vastaanottotilanteissa

Itseen viittaus Käynti	Lääkäri: suora itse viitt.	Lääkäri: epäsuora itse viitt.	Potilas: suora itse viitt.	Potilas: epäsuora itse viitt.
A5 (nuorehko mies)	5	2	37	12
B12 (nuorehko mies)	5 (7*)	3	43	18
C1 (nuorehko nainen)	2	3	63	11
E4 (keski-ikäinen nainen)	48	4	49	21

* 2 viittausta 7:stä esiintyi lääkärin puhussa potilaan mukana tullee lapselle.

Tutkimuksessa mukana olleista lääkäreistä osa pitää itseään etäämmällä ja henkilönä epämääräisempänä, ja toiset tuovat itseään henkilönä selvemmin esille. Taulukosta 3 voidaan havaita, että lääkärit eivät juurikaan viittaa itseensä suorasti, paitsi lääkäri e, joka viittaa itseensä huomattavasti enemmän kuin muut lääkärit. Muut viittaavat itseensä määrällisesti suurin piirtein yhtä paljon. Lisäksi huomattavaa on se, että suurimmassa osassa (41/48) lääkäri e:n itseen viittauksista on mukana minä-pronominin. Yleensä persoonapronominin mukana oleminen luo korostavaa sävyä (vrt. menen - minä menen), koska pronomini sitoo toiminnan suoraan ihmiseen. Näin ollen runsas itseen viittaaminen ja varsinkin minä-pronominin käyttäminen luo vaikutelmaa henkilön, kuten tässä lääkäri e:n, vahvasta henkilökohtaisesta läsnäolosta vastaanottotilanteessa.

Kiinnostavaa olisikin selvittää, millaisissa vastaanoton vaiheissa tai tilanteissa lääkärit tulevat useimmiten henkilönä esille. Liittykö se esimerkiksi muusta puhumiseen, joka viestintäkäytänteenä houkuttelee myös viittaamaan suoraan itseensä?

Potilaiden runsas itseen viittaaminen on odotuksenmukaista, koska heidän tehtävänä on kertoa omista tuntemuksistaan ja kokemuksistaan. Kuitenkin potilas C1 näyttäisi hieman eroavan muista suoran itseen viittaamisen suhteen: hänellä on sitä eniten sekä määrällisesti että myös suhteessa epäsuoran viittaamisen määrään. Tämä kuvastaa potilaan C1 vahvaa henkilökohtaista läsnäoloa vastaanottotilanteessa.

Karkean kvantitatiivisen analyysin pohjalta voitiin kuvata em. vastaanottokäyntien henkilöviittaamisen strategiaa, joka ei kuitenkaan kerro siitä, millaista henkilöviittaaminen konkreettisesti oli. Seuraavassa luvussa tarkastelen henkilöviittaamisen tilannekohtaista toteutumista em. vastaanottokäyntien yhden vaiheen, kliinisen tutkimuksen aikana. Valitsin kliinisen tutkimuksen tarkasteltavaksi vaiheeksi, koska se on vaihe, jossa relationaalisen etäisyyden ja läheisyyden välisen jännitteen voidaan olettaa tulevan esille.

5.3 Kliininen tutkimus: etäisyyden ja läheisyyden ristivetoa

Kliinisen tutkimuksen aikaista vuorovaikutusta kuvataan usein fraasimaiseksi tai konventionaaliseksi, ja ehkä tämän vuoksi se ei viestinnällisesti tunnu kovin kiinnostavalta tutkimuskohteelta. Kuitenkin relationaalisesta näkökulmasta myös rutiininomaisena pidetyssä vuorovaikutuksessa luodaan ja ylläpidetään osapuolten välistä suhdetta. Fraasi, kuten "katsotaan kurkkuun", myös suojelee osapuolia ylläpitämällä tiettyä välimatkaa. On helpompi toimia, kun on sopivan lähellä ja kaukana.

Käskeminen tai ohjaaminen fyysisen tutkimuksen aikana voidaan ymmärtää siten, että lääkäriellä on oikeus käskää potilasta ja potilaan tehtäviin kuuluu välittömästi toimia ja molemmat osapuolet jakavat tämän ymmärryksen. Silti sitä, miten fyysisen toimenpiteen aikana potilasta ohjataan ja käsketään, on relevanttia tarkastella relationaalisesta näkökulmasta. Sitä ei suinkaan tule päätellä neutraalin merkityksettömäksi siksi, että kyseessä on rutiininomainen tekeminen ja siihen liittyvä viestintä.

Etäisyyden ottamiseen liittyen Heath (1998) osoitti tutkimuksessaan, miten kliinisen tutkimuksen aikana potilaat pystyivät systemaattisesti objektivoidaan itsensä kohteeksi, jota tutkitaan ja käsitellään (eli asettamaan kehonsa lääkärin katseen alle, kuten Heath toteaa). Kuitenkin potilaat ja lääkärit pystyvät samanaikaisesti sekä objektivointiin (potilaat itsensä ja lääkärit potilaan) että ylläpitämään osallistumista henkilökohtaisella tasolla: "the practitioner, though the ways in which he looks at and handles the patient, treats the body as an object, whilst simultaneously orienting to the patient as a person". Tämä on tulkittavissa dialektisesta näkökulmasta siten, että impersonaalisuus ja formaalisuus eli etäisyys lisääntyy, mutta samanaikaisesti riittävää interpersonaalisuutta eli läheisyyttä pidetään yllä. Kliiniseen tutkimuksen vaiheeseen siirryttäessä ja sen loppuessa lääkärin passiivi ("kuunnellaanpas", "pannaan paita päälle") toisaalta häivyttää henkilöt taka-alalle, mutta samalla se esittää häivytetyt henkilöt ikään kuin yhteistoiminnallisina—yhdessä kuuntelevina tai pukeutuvina.

Lupton (1996) selittää puhuttelun epäsuoruutta ja passiivisuutta myös toiminnan emotionaalisuudella. Kliiniset tutkimukset ja potilaan kehon koskettaminen, esimerkiksi kuunneltaessa ja työnnettäessä potilaan kehon sisään erilaisia teknisiä välineitä, ovat toimia, jotka ovat läpeensä emotionaalisia (Lupton 1996, 165). Siksi on mahdollista, että käyttämällä passiivisia tai epäsuoria puhuttelumuotoja lääkärit hälventävät tai vähentävät em. toimiin liittyvää emotionaalisuutta ja myös varmistavat, että ne tulkitaan luonteeltaan impersonaalisina eikä personaalisina. Välttämistästrategia voi olla myös nonverbaalinen. Heathin (1998) mukaan lääkärit ja potilaat pyrkivät vähentämään ja hallitsemaan kliinisen tutkimukseen liittyviä epämiellyttäviä emotioita, kuten hämmentyneisyyttä, noloutta ja vaivaantuneisuutta, kääntämällä katseensa pois ja välttämällä katsekontaktia.

Seuraavaksi käsittelen tarkemmin kunkin yksittäisen vastaanottokeskustelun kliinisen vaiheen vuorovaikutusta henkilöviittaamisen näkökulmasta. Ensimmäisenä esimerkkinä on lääkärin (La) ja potilaan (A5) keskustelu.

- L: niin, että se ei oo heti huomenna se (hymyilee)
 P: (2) niin, en mä usko sitä, että
 L: joo. (2) just, ja tuo saahaan sillä ja *kuunnellaanpa sit* (käsiele kohti potilasta), *otetaan paita pois ja kuunnellaan* (Potilas nousee ylös ja ryhtyy samalla riisumaan) *ja mittaillaan nuo puhallukset ja verenpaineet* (lähtee liikkeelle taaksepäin, nousee ylös). (La ja A5)

Lääkärin lausuma "otetaan paita pois ja kuunnellaan" on muodoltaan ns. lääkärin passiivi, jonka selitetään usein rakentavan yhteistyön tunnelmaa. Yhteistyön vaikutelma syntyykin, jos tekemiseen voidaan ajatella liittyvän yhteistyötä, kuten "ojennetaanpa jalkaa" (lääkäri auttaa samalla ojentamisessa) (ks. Sorjonen 2001, 92), mutta jos tällaista merkitys yhteyttä ei ole, passiivin käyttö ei välttämättä synnytä yhteistyön vaikutelmaa. Siksi "otetaanpa paita pois" -tyyppinen lausuma, jossa toimintaan on vaikea kuvitella yhteistyötä (ellei lääkäri auta paidan poisottamisessa), on lähinnä konventionaalinen, neutraali ilmaus, joka saattaa pikemminkin lisätä välimatkaa kuin vähentää sitä.

Sorjosen (2001, 92) mukaan suorat käskymuodot ovat ohjailun perusmuoto fyysisen tutkimuksen aikana, eikä niissä yleensä synny ongelmia, vaan potilaat toimivat odotusten mukaisesti eli ryhtyvät välittömästi toimimaan. Lääkäri näkee käskemänsä toiminnan ikään kuin vastaanoton rutiinina, johon hän olettaa potilaan sitoutuvan vastaanotolle tullessaan (Sorjonen 2001, 92). Kliinisen vaiheen jatkuessa lääkäri (La) toimii tässä suhteessa epäodotuksen mukaisesti.

- L: (lähtee potilaan luo) (3) *sit pitäs käyvvä tähän istumaan* (vetää tuolin, potilas istuu) eli *viimeks on ollu siellä*, entisissä hommissa niin tuota
 P: vuonna yheksänkymmentä
 L: just joo (katsoo korvaan). *Sit siinä on ollu sairaslomia* sen reuman kanssa niinkö?
 P: joo, kyllä
 L: *katotaan nenän sisään* (katsoo). joo. *sano aa.* (potilas tekee, lääkäri katsoo suuhun)

Yllä olevassa katkelmassa huomiota kiinnittää lääkärin ilmaus "pitäs käyvvä tähän istumaan", joka on poikkeuksellinen, koska siinä lääkäri potilaaseen epäsuorasti viittaamalla ja verbin modaalimuotoa käyttäen ikään kuin jättää päättävältä potilaalle kliinisen tutkimuksen suorittamisessa. Odotuksen mukaisempaa olisi sanoa "käy tähän istumaan" tai "käykää tähän istumaan". Toisaalta lääkärin muusta toiminnasta (vetää tuolin, näyttää itse) voi päätellä, että hän odottaa välitöntä toimintaa. Myöhemmin, esimerkin viimeisellä rivillä, usean epäsuoran viittauksen jälkeen lääkäri sinuttelee tilanteessa ainoan kerran käskiessään potilasta "sano a". Hän ei jatka epäsuoralla tavalla "sanotaan a" tai "ja siten a", jotka tuntuisivat aiemman vuorovaikutuksen perusteella odotuksen mukaisemmilta.

Suora käskeminen toisaalta korostaa lääkärin kontrollivaltaa potilaaseen, ja siinä suhteessa sen voi katsoa etäännyttävän. Mutta toisaalta sinuttelu on tässä vastaanottokeskustelussa poikkeuksellista: lääkäri ei muuten kohdistaa puhetta

taan potilaalle henkilönä. Näin ollen vastaanottotilanteen kokonaisuutta ajatellen sinuttelun voidaan nähdä lähentävän osapuolia, varsinkin kun vuorovaikutus jatkuu yhteisellä naurulla. Lääkäri alkaa myös kerrata potilaan aikaisemmin kertomaa tilannetta ja nauraa, mihin potilas yhtyy. Lääkäriin nauru kutsuu potilasta nauramaan (Haakana 2001, 141). Tässä yhteydessä nauru lähentää potilasta ja lääkäriä, mutta se myös ohjaa huomiota pois toiminnasta, kliinisestä tutkimisesta, ja siten vähentää mahdollista tilanteen kiusallisuutta. Vastavuoroinen tai yhteinen nauru, leikinlasku, voi kasvojen suojaamisen lisäksi toimia myös osapuolia yhdistävänä, lähentävänä ja tasa-arvoistavana strategiana, jolloin niiden voidaan ajatella ainakin hetkittäin hälventävän rooleihin tai asemaan liittyvää asymmetrisyyttä ja sitä kautta myös vahvistavan tai tukevan henkilökohtaisia ja kasvoihin liittyviä tavoitteita. Näin on varsinkin konteksteissa, joissa on tärkeää osoittaa teknistä osaamista (Ragan 1990, 82). Ragan (1990, 82) toteaa: "play may help link the multiple, antithetical goals of our high-tech/high-touch society".

- L: ihottumiahan ei näkyny missään, näissä kohissa vähän [punotusta], mistä on (koskettaa potilaan yläkehoa, on potilaan takana)
 P: [joo] joo. mä oon ollu [rankametässä] tässä
 L: [joo] niin että nuo on siitä (koskettaa potilaan kehoa)
 P: niin
 L: ne on sitten ihan luonnollista (nauraen)
 P: (nauraa) kyllä, joo, nää on sieltä, joo
 L: *ei oo itse raavittu*
 P: ei
 L: joo
 P: eikä oo kissat (palaa paikalleen)
 L: =eiä oo kissakaan raapinu (palaa paikalleen) (La ja A5)

Kliinisen tutkimuksen jatkuessa lääkäri toteaa humoristisesti potilaan kehosta löytyneistä jäljistä "ei oo itse raavittu" ja esimerkin viimeisellä rivillä "eiä oo kissakaan raapinu". Kun potilaan epäsuora puhuttelemine tekee osallistujien välille tilaa ja väljyyttä, niin nauru ja huumori, johon kummatkin osapuolet osallistuvat, puolestaan lähentää heitä. Kuitenkin yhteinen nauraminen kliinisen tutkimuksen aikana voi myös etäännyttää, koska se voi viedä huomiota pois tilanteen arkaluontoisuudesta tai emotionaalisuudesta: tätä osoittaa se, että lääkäri jatkaa aiheen käsittelyä samalla, kun koskettaa potilaan paljasta kehoa. Westin (1984, 126) tutkimuksessa nauraminen oli harvoin lääkärin ja potilaan yhteistä, mikä puolestaan pikemminkin tuki lääkärin ja potilaan välisen vuorovaikutuksen asymmetrisyyttä kuin lievensi jännitystä tai vähensi sosiaalista välimatkaa. Lisäksi tässä nauraminen ilmiselvästi liittyy vastaanoton tietyn vaiheen päättämiseen tai siirtymiseen kliinisessä tutkimuksessa uuteen vaiheeseen (ks. Haakana 2001, 141–142): lääkäri palaa paikalleen ja siirtyy kirjoittamaan potilaalle tulevia papereita.

Kun edellisessä esimerkissä lääkäri a viittaa potilaaseen epäsuorasti, käyttäen perinteistä lääkärin passiivia, niin lääkäri c viittaa potilaaseensa tuttavallisemmin.

- L: *Mut pitäskö mejjän kattoo nytten et miltä näyttää* (katsoo potilasta; potilas ryhtyy nousemaan). *Riisu vaikka ihan kaikki ne alueet* mitkä on oirehtinu
 P: (puheesta ei saa selvää, on hiljaista)
 L: Niin ne vaihtelee niin kovasti (istuu pöydän ääressä)
 P: (naurahtaa) (Lc ja C1)

Katkelman ensimmäisessä puheenvuorossaan lääkäri c on tyyliältään tuttavallinen, puhekielinen ("pitäskö mejjän kattoo" vrt. "pitäisikö meidän katsoa"), potilaalle tilaa jättävä (verbin konditionaalimuoto) sekä yhteistä tekemistä korostava (suora inklusiivinen viittaus me-pronominilla), mikä synnyttää tasavertaisuuden ja läheisyyden vaikutelmaa: ikään kuin lääkäri kysyisi oikeasti potilaalta, pitäisikö heidän yhdessä katsoa tilannetta eli potilaan kehoa. Kuitenkin, kuten potilaan A5:n tapauksessakin, lääkärin jatkolauseesta "riisu vaikka..." käy ilmi, että ilmausta ei ole tarkoitettu kysymykseksi, jossa olisi neuvottelunvaraa, vaan käskyksi, jota lääkäri odottaa potilaan noudattavan välittömästi (ks. Sorjonen 2001). Vaikka-konjunktio ja sinutteleva verbimuoto kuitenkin pehmentävät käskemistä niin, että se on tulkittavissa ehdotukseksi. Myöskään potilas ei tulkitse ilmausta kysymykseksi, johon lääkäri oikeasti odottaisi potilaan vastusta, vaan käskyksi, joten potilas ryhtyy heti riisuuntumaan.

Relationaalisen välimatkan näkökulmasta tässä voi nähdä sekä käskemiseen ja välittömään tottelemiseen sisältyvää etäisyyttä (kuka voi käskeä ja ketä) että me-henkisyyden ja pehmenneen käskemisen synnyttämää läheisyyttä. Tässä esimerkissä lääkärin puheessa voidaan nähdä formaalisia ja informaalisia aineksia: formaaliutta edustaa kliininen tutkimus itsessään ja informaaliutta tapa, jolla lääkäri puhuu ja muotoilee käskynsä. Sarangi ja Roberts (1999b, 66) esittävätkin, että formaalin ja informaalin rekisterin integroituminen synnyttää hybridisyyttä, joka nousee taustalla olevien puhetaiposten jännitteisyydestä sekä niihin liittyvien arvojen erilaisuudesta.

Seuraavassa esimerkissä lääkäri e puolestaan noudattaa suoran sinuttelun strategiaa myös kliinisen tutkimuksen aikana.

- L: *otaks sä, saaks sä* paidan pois (kirjoittaa↓), *mä voin auttaa* jos
 P: *pitäskö se ottaa* pois
 L: *kyl se pitää* kun mä katon sen (kirjoittaa, kääntyy potilaaseen päin, nousee ylös). *mä voin auttaa sua* jos sun on vaikee saaha (Potilas nousee ylös).
 P: *joo*
 L: *jos sä istut* niin (potilas istuu) *otetaan ensin se terve* (lääkäri auttaa). *miten sinun yöt menee.*
 [...]

 L: *nyt pistetään* sitten taas (26). *sulla siis ei oo mitään astmatautia* [--]
 P: *joo ei oo* (pyörittää päätään)
 L: *mä laitan sulle* siihen vähän tehokkaamman (laittaa tavaroita pois, 4). *sä voit laittaa puseron päälle* (istuutuu) (4). *autanko.* (nousee ylös). *vedetään tää nyt tästä* (Le ja E4)

Alussa lääkäri e aikoo ensin pyytää potilasta ottamaan paidan pois, mutta kun hän muistaa potilaan ongelman, hän vaihtaa nopeasti modaliteettia mahdolliseksi ("saaks sä paidan pois"), ja osoittaa näin nopeaa tilannetajuaan. Huomattavaa katkelmassa on lääkärin käyttämä minä-sinä -puhe ("mä voin auttaa sua", "mä laitan sulle"), mikä tuo molemmat osapuolet tilanteeseen henkilökohtaisesti

läsnäoleviksi sekä kytkee potilaan ja lääkärin läsnäolon suhteessa toisiinsa. Tutkimuksen aikana lääkäri ei myös viittaa potilaaseen ja itseensä passiivilla ("otetaan" ja "vedetään"), joiden implikoimalla yhteisellä tekemisellä on myös realistista perustaa, koska niiden voidaan nähdä edellyttävän kummankin osapuolen osallistumista. Näin relationaalista välimatkaa ajatellen tässä esimerkissä korostuvat suhteen läheisyyttä rakentavat viittaamisen elementit. Tämä ei siis tarkoita sitä, etteikö siinä olisi ollut etäisyyttä rakentavia piirteitä, sillä relationaalista etäisyyttä voidaan ilmentää myös nonverbaalisesti.

5.4 Lääkäri ja kaksi erilaista vastaanottokeskustelua

Tässä luvussa tarkasteltavaksi olen valinnut potilaiden B11 ja B12 vastaanottoikäynnit. Potilaalla B11 on pitkäaikainen hoitosuhde lääkäriin, ja potilaan B12 käynti on ensimmäinen. B11 on nainen ja B12 mies, iältään he molemmat ovat n. 30–40 -vuotiaita. Potilas B11 on jatkokäynnillä tai seurantakäynnillä, jonka aikana käydään läpi potilaan tilannetta ja lääkitystä. Potilas B12 on ensimmäisellä käynnillään, mutta ei viimeisellään, eli hän joutuu myöhemmin tapamaan lääkäri b:n useampiakin kertoja. Kuten aikaisemmassakin luvussa, tarkastelen henkilöviittaamista kummassakin tilanteessa ensin ns. yleisellä tasolla eli kvantitatiivisen analyysin pohjalta. Tämän jälkeen käsittelem kumpaakin vastaanottotilannetta laadullisesti erikseen ja nostan niistä pohdittavaksi kohtia, jotka ovat relevantteja relationaalisen välimatkan tuottamisen ja ilmentämisen näkökulmasta. Jotta lukijan olisi helpompi ajatella vastaanottotilanteita todellisten ihmisten käynteinä, käytän seuraavassa vastaanottokäyntien luonnetta mukaillen potilaasta B11 nimeä Tuttunen, potilaasta B12 Kaukonen. Lääkäri b:tä kutsun Lahtiseksi. Tarkastelu on myös esimerkki siitä, miten erilaisia saman lääkärin potilassuhteet voivat olla relationaaliselta välimatkaltaan – lähestyttiinpä niitä yleisellä tasolla tai tilannekohtaisesti.

5.4.1 Sinuttelua ja läsnäoloa – teitittelyä ja poissaoloa

Kuten taulukosta 5 ilmenee, vastaanottotilanteet eroavat toisistaan selvästi sen suhteen, miten osapuolet puhuttelevat toisiaan.

TAULUKKO 5 Toiseen viittaaminen

Viittaaminen toiseen	Lääkäri Lahtinen	Potilas Kaukonen	Lääkäri Lahtinen	Potilas Tuttunen
Suora viittaaminen	41	0	34	3
- y. 2. pronomini (sinä)	0		16	2
- y. 2. verbi	0		18	1
- m. 2. pronomini (te)	22		-	-
- m. 2. verbimuoto	18		-	-

(taulukko 5 jatkuu)

(taulukko 5 jatkuu)

Epäsuora viittaaminen	36	0	10	1
- geneerinen muoto	26		10	-
- passiivinen muoto	2			-
- muu (esim. ohipuhuttelu, ind.pronomini)	8			1
Inklusiivinen viittaus	8	0	10	2
- suora (me-pronomini)	5		7	2
- epäsuora (esim. passiivi)	3		3	0

Ensinnäkin potilas Tuttuseen lääkäri Lahtinen viittaa suurimmaksi osaksi suoraan, suoran ja epäsuoran puhuttelun suhde on 34:10, kun puolestaan potilas Kaukoseen hän viittaa suoraan ja epäsuorasti suunnilleen yhtä paljon (suhde 41:36; inklusiivisia muotoja ei ole otettu mukaan). Tuttusta lääkäri Lahtinen sinuttelee, ja hän käyttää usein persoonapronominia sinä, mikä korostaa suhteen henkilökohtaista luonnetta. Potilas Kaukosta lääkäri Lahtinen teitittelee aina suoraan puhutellessaan. Lääkärin epäsuorassa puhuttelussa huomio kiinnittyy passiivisiin ilmauksiin ja ohipuhumiseen, joita lääkäri käytti pelkästään potilas Kaukosen vastaanottokäynnillä (näistä tarkemmin luvussa 5.4.2). Odotuksenmukaisesti suurin osa lääkärin epäsuorasta viittaamisesta oli kummassakin tilanteessa geneeristä y. 3. persoonan käyttämistä (täytyy mennä) tai elliptisiä rakenteita (onko ollut särkyä, olisi hyvä ottaa jne), eikä lääkäri potilas Tuttuseen muulla tavoin epäsuorasti viitannutkaan. Potilas Tuttunen sen sijaan puhutteli lääkäriä kerran passiivisesti (tarkemmin luvussa 5.4.2).

Myös potilaiden viittaaminen lääkäriin oli toisistaan poikkeavaa. Potilas Kaukonen ei viitannut lääkäri Lahtiseen laisinkaan – ei suoraan eikä epäsuorasti – eikä hän myöskään viitannut inklusiivisesti eli esimerkiksi me-pronominilla itseensä ja lääkäriin. Potilas Tuttunen sen sijaan sinuttelee lääkäriä ja käyttää jopa persoonapronominia sinä. Lisäksi hän viittaa itseensä ja lääkäriin inklusiivisesti.

Lääkärin runsaampi epäsuora viittaaminen, teitittely ja potilaan viittamattomuus lääkäriin tai heihin molempiin tekevät lääkäri Lahtisen ja potilas Kaukosen välisestä viestinnästä ja suhteesta etäisemmän ja formaalimman kuin mitä ne ovat potilas Tuttusen ja lääkäri Lahtisen välillä.

TAULUKKO 6 Itseen viittaaminen

Itseen viittaaminen	Lääkäri Lahtinen	Potilas Tuttunen	Lääkäri Lahtinen	Potilas Kaukonen
Yhteensä	33	51	8	61
- suora (me-pronomini)	31	48	5 (7)	43
- epäsuora (esim. geneerinen, passiivi)	2	3	3	18

Jos tarkastellaan Lahtisen, Tuttusen ja Kaukosen itseensä viittaamista (taulukko 6) vastaanottokeskustelun aikana, niin havaitaan että, potilas Tuttusen kanssa keskustellessaan lääkäri Lahtinen viittaa suoraan itseensä huomattavasti

enemmän kuin potilas Kaukosen kanssa. Tästä näkökulmasta lääkäri siis myös toi itseään enemmän esille ja oli persoonana enemmän läsnä potilas Tuttusen vastaanottokäynnillä. Tuttunen ja Kaukonen viittasivat itseensä suurin piirtein yhtä runsaasti.

5.4.2 Potilas Kaukosen käynti

Puhuttelusana lähentää ja etäännyttää

Vastaanottotilanteen alussa lääkäri puhuttelee potilasta erityisellä puhutteluilmauksella "Repokankaan koulun poikia". (Tosin lääkäri ja potilas ovat vaihtaneet tervehdykset jo käytävässä ennen huoneeseen tuloaan, joten tarkkaan ottaen tilanne on alkanut jo siellä.) Puhutteluilmauksia voivat olla esimerkiksi nimellä puhuttelu ("Mitäs Makkonen tietää?"), tai puhuttelusanan, kuten kaveri tai ystävä, käyttäminen.

- L: *Repokankaan koulun poikia* (lääkäri istuutuu)
 P: joo, kyllä
 (lääkäri etsii papereita ja kääntyy kirjoittamaan)
 L: pistän vähän tänne ylös että ketä kaikkea mä sitten papereista, hajen. *Kaukonen Valtteri*. Onko teistä tehty vielä ihotestejä tai mitään muutakaan

Potilaan puhuttelemisen tällä tavoin on hyvin tuttavallinen aloitus. Siinä lääkäri nimeää potilaan tietyn asiakasyhteisön jäseneksi. Näin lääkäri osoittaa tuntevansa potilaan taustayhteisöä ja sitä kautta epäsuorasti jotakin myös potilaasta. Tällainen luo suhteeseen läheisyyttä. (Se, että joku tuntee lähipiiriimme kuuluvia ihmisiä, jo luo läheisempää suhdetta, sillä tällöin toinen ikään kuin tietää meistäkin jotakin.) Toisaalta keski-ikäisen miehen puhuttelemisen pojaksi kyseisessä kontekstissa, varsinkin heti keskustelun alussa, korostaa suhteen asymmetrisyyttä (tosin ei ehkä samalla lailla alentavasti kuin usein työttömyyden aikuiselle naiselle puhuttaessa). Lääkäri siis asettaa potilaan pojaksi ja itsensä ei-pojaksi, ja siinä hän käyttää lääkärin asemassa hänellä olevaa valtaa nimetä ja määritellä potilasta eri tavoin, myös tuttavallisemmin. On muistettava, että poijittelun tulkinta vaihtelee eri tilanteissa. Esimerkiksi "mitä pojat" -lausahdus miesporukassa, jossa puhuja laskee myös itsensä kuuluvaksi "poikiin", on tulkittavissa ko. kontekstissa pelkästään tuttavalliseksi, yhteenkuuluvuutta rakentavaksi viestintäteoksi.

Lääkäri jatkaa kuitenkin viittaamalla potilaaseen tämän koko nimellä, Kaukonen Valtteri, eli hän käyttää potilaasta 3. persoonan muotoa. Siinä ei ole kyseessä suora puhuttelu, vaan yhtä hyvin se voidaan ymmärtää viittauksena potilaaseen. Puhuttelu sen sijaan olisi, jos lääkäri kysyisi esimerkiksi: "Mitä Valtteri Kaukoselle kuuluu?" Lääkäri mainitsee potilaan nimen kirjoittaessaan sitä, hän ikään kuin puhuu ääneen sen mitä kirjoittaa, jolloin nimen mainitsemista ei ole tarkoitettu selvästi puhutteluksi. Näin tehdessään lääkäri antaa myös Kaukoselle mahdollisuuden hyväksyä tai hylätä nimensä paikkansapitävyys.

Vaikka tilanteen alussa lääkäri onkin maininnut Kaukosen nimen oikein, nimiasia tulee uudestaan keskustelun aiheeksi vastaanottotilanteen lopussa,

kun lääkäri sanoo Kaukosen nimen väärin ja Kaukonen korjaa sukunimensä oikeaan asuun. Myös tässä tilanteessa lääkäri puhuu ääneen sen, mitä hän on kirjoittamassa.

- L: joo tavataanhan me vielä huomenna (käsittelee papereita) jään kesälomalle, kateellaan sitten lomalta tultua
 P: (nyökkää)
 L: *Kaulanen* (kirjoittaa)
 P: =Kaukonen
 L: *Kaukonen*
 P: yhym

Potilaaseen hänen koko nimellään viittaamisessa onkin kysymys identifioimisesta ja varmistamisesta: lääkäri tunnistaa toisen osapuolen tietyksi potilaaksi. Tällainen viestintä on tietynlaisissa hoitotilanteissa hyvin tavallista ja tarpeellista, sillä sen funktiona on esimerkiksi varmistaa, että käynnin aikana käsitellyt ja tuotettavat asiakirjat yhdistyvät oikeaan ihmiseen. Informaation on kuljettava oikein hoidettaessa potilaan asioita organisaation sisällä tai lähetettäessä niitä koskevaa materiaalia muihin instituutioihin (esim. Kela, vakuutuslaitokset, toiset hoitolaitokset). Lääkärin vastaanottoa ajatellen odotuksenmukaisinta se on juuri ensimmäisissä kohtaamisissa, kuten Kaukosen tapauksessa. Relationaalista näkökulmasta katsottuna potilaaseen viittaaminen – ei siis puhuttelu – koko nimellä hänen läsnä ollessaan luo relationaalista etäisyyttä, koska siinä potilas asetetaan ulkopuolella olevaksi kohteeksi, josta lääkäri ja potilas puhuvat eikä henkilöksi, jolle puhutaan tai jopa puhuu.

"Ottakaapas paitaa päältä..."

Relationaalisen välimatkan näkökulmasta kiinnostavaa potilas Kaukosen käynnissä on se, miten lääkäri puhuttelee häntä ohjatessaan tai määrätessään häntä tekemään jotakin. Tavallisimmin käskeminen sijoittuu fyysisen tutkimuksen vaiheeseen.

- L: *ottakaapas* paitaa päältä niin kuunnellaas pikkusen sydäntä ja keuhkoja↓ (siirteele papereitaan)
 P: (rupeaa heti riisuutumaan)
 L: (nousee ylös, kävelee potilaan luo) siinä on vaaka (sanoo pojalle). *Nouskaapas seisomaan. Ottakaapa* oikein syvä sisään ja ulos (kuuntelee) (5) isä hengittää taitavasti, osaatkos säkin (pojalle) (lääkäri puheesta ei saa selvää, käy hakemassa välineen, palaa potilaan luo, joka oli ehtinyt istuutua)
 L: *nouskaas seisomaan*

 L: olkaa hyvä ja *laittakaapa päälle* (kirjoittaa, vilkaisee potilasta nopeasti)

Lääkäri käyttää suoraa käskymuotoa (m.2. persoona, teitittelymuoto), mikä tukee lääkäri Lahtisen valitsemaa, etäisyyttä pitävää tai korostavaa linjaa. Huomiota kiinnittää lääkärin käyttämä pa-päätte, joka lieventää ja pehmentää käskemistä. Kuitenkin s:llinen "tuleppas tänne" tai teitittelevät "nouskaapas"-tyyppiset ilmaukset puolestaan korostavat asymmetristä asemaa tuomalla ilmaukseen ripauksen käskevyyttä ja ohjaavuutta, ja näin ne samalla luovat etäi-

syyttä. Mitenkään merkityksetöntä ei ole se, että potilas Kaukonen käyttää pasmuotoa vastatessaan lääkärin kysymykseen.

- L: klomynaalinasaalia on(↘)
 P: kyllä sitä on (↔)
 L: riittääkö se syksyyn (↘)
 P: *enpäs tiedü* sitä
 L: (ryhtyy kirjoittamaan) yhym, *tehdäänpäs* varalta resepti

Puheessaan potilas vielä painottaa kyseistä elementtiä, mikä vahvistaa sen konfrontoivaa sävyä ja viestii ärsyyntymisestä. Vastauksessaan lääkäri Lahtinen peilaa potilaan ilmaisua käyttämällä samanlaista pas-päätettä "tehdäänpäs". Näin sanoessaan lääkäri neutraalistaa potilaan kommentin tai sivuuttaa siihen sisältyvän mahdollisen ärtymyksen. Lisäksi passiivinen ilmaus korostaa tekemisen yhteistä luonnetta, vaikka reseptin tekeminen jos mikä voi kuulua ainoastaan lääkärin tehtäviin. Näin lääkärin toiminta pyrkii lähentämään osapuolia.

Käskey- ja kysymyslauseisiin liittyy myös seuraavanlainen korostava tepronominin käyttäminen.

- L: "tulittekos te tänne siksi kun..."
 L: "...tarttettekos te nyt sitten niitä, tarttettekos te nyt niitä (lääkkeen nimi), onkos teillä..."
 L: "niin, te tuotte sen kun tuutte tuota, (puuhailee paperien kanssa), te tuutte, esimes huomenna voitteko tulla niihin verikokeisiin ni, voisitte tuoda tullesanne (alkaa kirjoittamaan)

Näissä esimerkeissä persoonapronominin "te" käyttäminen ei kuitenkaan ole tulkittavissa pelkkänä kohteliaisuutena vaan se on hyvin osoittavaa ja jyrkän käskevää, mikä entisestään etäännyttää lääkärinä potilaasta ja samalla suoraan uhkaa potilaan negatiivisia kasvoja (ts. lääkärin toiminta korostaa hänen auktoriteettiasemaansa). Käskylauseessa persoonapronominin käyttäminen antaa viestille helposti määräävän, jopa uhkaavan sävyn ("Sinä menet ja teet...").

Persoonatonta oirepuhetta

Potilas Kaukosen vastaanottokäynnin anamneesivaiheen vuorovaikutus tarcoitti lyhyttä, nopeaa kysymistä ja niihin hyväksyvää tai hylkävää vastaamista.

- L: onko aivastelua
 P: no ei nyt kovasti (laskee pojan alas)
 L: =vesinuhaa
 P: ei
 L: limaa nielussa
 P: (raapii päätään) ajoittain joo, pitkittynyttä flunssaa
 L: =silmiem kutinaa (vilkaisee potilasta), [kirvelyä]
 P: [joskus on]
 L: (.) onko nielussa oireita (kirjoittaminen jatkuu, välillä saattaa vilkaista potilasta, muutoin katse papereissa)
 P: joo, kyllä joskus

Lääkärin kysymykset olivat hyvin elliptisiä: niistä oli karsittu pois kaikki henkilökohtaistavat tai henkilöihin viittaava, ja tyypistetyimmillään niissä oli vain yksi sana edustamassa kokonaista kysymyslausetta. Relationaalisesti tässä voidaan nähdä osapuolten etääntyvän sekä toisistaan että itsestään. Etäisyyttä luo se, että vuorovaikutuksessa molemmat ikään kuin tarkastelevat jotakin potilaasta irrallaan olevaa asiaa, joka vain on eikä kuulu kenellekään. Oireista puhutaan liittämättä niitä persoonaan (nenä meni tukkoon - vrt. sulla oli nenä tukossa tai sun nenä oli tukossa). Kuten aikaisemmin on jo mainittu, oireiden tai potilaan ruumiin tilaa tai osia koskevista havainnoista tai arvioista puhutaan usein epäsuorasti, kytkemättä niitä kehenkään henkilöön, vaikka tilanteessa puhe tietenkin tulkitaan potilaaseen liittyväksi. Oireista puhumiseen ei siis kuulu personaalistaminen, ja toisaalta juuri persoonattomuus auttaa usein niistä puhumisesta. On helpompi puhua arkaluontoisista oireista ikään kuin itsekään katselisi tai havainnoisi niitä itsestään irrallaan olevina ilmiöinä. Näin ollen tällainen puhe tuottaa hyvin tarpeellista etäisyyttä.

Myös potilas Tuttusen vastaanottokäyntiin kuului oirepuhetta, mutta ei lähimainkaan samassa määrin kuin Kaukosen käynnillä. Tämä johtuu siitä, että perinpohjainen oireiden kartoitus oli jo tehty aikaisemmillä käynneillä, eikä siihen ollut enää tarvetta samassa laajuudessa kuin ensimmäisellä vastaanottokäynnillä.

Arka asia vaatii välimatkaa

Kuten taulukosta 5 kävi ilmi, lääkäri Lahtisen epäsuorassa viittaamisessa oli myös kaksi passiivista rakennetta. Usein passiivia käytetään epämiellyttävissä tai hankaliksi koetuissa tilanteissa, joissa se voidaan ymmärtää negatiivisena kohteliaisuutena. Näissä tilanteissa suora viittaaminen olisi ehkä toista loukkaavaa tai voisi asettaa hänet muuten epäedulliseen valoon (esim. jos hän ei ole tehnyt jotakin). Seuraavassa esimerkissä lääkäri kyselee Kaukosen asuintalosta.

- L: [onko] ollu kroonisaa vesivaurioita niin että vesi ois kestäny pitkään niissä
 P: ei vaan vesi on tullu vaan läpi, vesikatosta ja (- -)
 L: koska se oli (paperit)
 P: pari vuotta sitten
 L: *korjattiinko heti*
 P: kyllä
 L: *uusittiinko* siellä ne villatkin sitten (potilas)
 P: ei uusittu, ne vain kuivattiin
 L: (2) *ne kuivatettiin* oikein reilusti (↘)
 P: joo (hiljaa)

Kun lääkäri kyselee potilas Kaukosen asuintalon tilasta ja sille tehdyistä korjauksista, hän ei kysy "korjasitteko sen heti" tai "uusitteko siellä...", vaan passiivisesti "korjattiinko" ja "uusittiinko". Näin lääkäri jättää henkilöimättä sen, mitä potilas on mahdollisesti tehnyt tai jättänyt tekemättä, ja asia voidaan selvittää niin, että tekijät ovat taka-alalla.

Samoin kuin lääkäri ohjaa potilaan lääkkeiden käyttöä, hän ei kohdistu ohjaustaan suoraan potilaalle henkilönä, joka on käyttänyt lääkkeitä satunnaisesti, vaan ilmaisee asian geneerisesti (yksikön 3. persoona). Näin lääkäri jättää poti-

laalle tilaa. Lisäksi geneerinen kannattaa-verbi tekee myös tilaa potilaalle, koska se jättää potilaan entisen, satunnaisen käytön, myös mahdolliseksi valinnaksi, vaikka tarjoaakin lääkärin esittämää muutosta (ks. Sorjonen 2001, 104).

- L: ...tunnetekos te hajut hyvin (palaa hakemaan uutta välinettä, palaa potilaan luo, joka seisoo)
 P: no kyllä mä huomaan että heikentynyt on hajuaisti
 L: *kannattasko sitä lomudalia käyttää* vähän säännöllisemmin että olis tuo limakalvo paremmassa kunnossa
 P: ai jaa. ympäri vuoden vai

"Me tapaamme vielä": jatkuvuuspuhe lähentää

Vastaanottotilanteen loppupuolelle sijoittuu tulevaisuuteen suuntaava, inkluusiivisen me-pronominin käyttäminen:

- L: joo *tavataanhan me* vielä huomenna (käsittelee papereita) jään kesälomalle, *katellaan* sitten lomalta tultua
 P: (nyökkää)
 L: näin. Kiitoksia ja elokuuhun sitten, elokuun puoli välin jälkeen *jutketuun* (...)
 P: just kyllä

Lääkäri Lahtisen puhe synnyttää yhteistä tulevaisuutta, se viittaa eteenpäin aikaan, jolloin lääkäri ja potilas Kaukonen tapaavat. Tällainen jatkon esille nostaminen synnyttää läheisyyttä.

5.4.3 Potilas Tuttusen käynti

Potilas Tuttusen vastaanottokäynti ei alakaan potilaan tilanteen käsittelemisellä, vaan lääkärin puheella omasta perheestään ja lääkärin työpaikan työkiireistä. (Tätä koskevaa puheen olen tunnistettavuussyistä jättänyt pois. Lääkärin itseskertomisen yhteydessä käsittelen esimerkkiä lisää luvussa 6.)

- L: *meidän tyttö ni, kirjoitti ylioppilaaks ja, ja se haki kaikennäköisiin paikkoihinse kävi yläasteella konekirjoituskurssin ja*
 P: yhyym
 L: (kääntyy pöydän ääreen kaivelemaan papereitaan) ja, vastoin kavereittensa suosituksia, mutta nyt hän kirjoittaa vähintään yhtä hyvin puhtaaks *mun sane-lua* kun, kun viralliset konekirjoittajat ja[...] ei hetkinen, onhan se, tehty, täs on sivu yks kautta neljä tää on, juu tää on lähetetty kaheskymmenes seittemäs kuudetta, onhan se tehty, ja myös tervalaan on lähtenyt asiasta lähete

Keskustelun fokus on alussa lääkärissä eikä potilaassa, jolloin lääkäri tulee heti tilanteen alussa henkilökohtaisesti läsnäolevaksi. Kertoessaan itsestään lääkäri viittaa myös itseensä persoonapronomineja käyttäen, jotka vahvistavat henkilökohtaisen läsnäolon vaikutelmaa. Lääkärin kertominen liittyy tilanteeseen siinä mielessä, että lääkäri etsii samalla potilas Tuttusta koskevia papereita saadaakseen selville, onko asia hoidettu ja ovatko tämän paperit lähteneet eteenpäin. Itsestä ja työyhteisöstä kertominen ikään kuin liittyy etsintään, mutta samalla lääkäri tarjoaa potilaalle tietoa omasta yksityiselämästään sekä työyhteisönsä toiminnasta ja vie suhdetta henkilökohtaisempaan suuntaan.

- P: mitäs se tarkoittaa, tarkottaaks se sitä että mie meensinne käymään
 L: sinne tulee sitten syksyllä kutsu ja *toiveenani* on että ne tekis limakalvoaltistustestit niin että voitais, todentaa se ammattitauti
 P: joo, just. Ja sitten se vaikuttaa siihen et kuka [maksaa]
 L: [maksaa]
 P: niitä
 L: se vaikuttaa siihen
 P: joo
 L: se vaikuttaa siihen. Aika iso paperi siitä tuli, neljä sivua (katsoo paperia)
 P: yhym
 L: *mä oon yrittänyt siinä (lukee paperia) (.) siinä tota, (katsoo paperia) tein siitä niin hyvin kuin osasin* (laittaa paperin kuoreen)
 P: yhym (nyökkää)

Lääkäri on tehnyt potilasta koskevan lausunnon, josta hän haluaa kertoa potilaalle. Katkelmassa lääkäri viittaa suoraan itseensä persoonapronomina käyttäen ("mä oon yrittänyt, tein ...osasin"), jolloin hän nostaa itsensä persoonana ja aktiivisena toimijana esille. Puheenvuoron funktio on myös mielenkiintoinen: siinä lääkäri tavallaan selittää omaa tekemistään ja omaa uppoutumistaan tehtävään ("tein niin hyvin kuin osasin") ja hakee sille potilaan hyväksyntää. Tällöin hän, asettuessaan selitysvolvollisen asemaan, jopa asettaa itsensä potilas Tuttusen "alapuolelle".

Minä – sinä, sinä – minä -puhetta

Lääkäri Lahtisen ja potilas Tuttusen vuorovaikutuksessa huomiota kiinnittää seuraavanlainen persoonapronominien käyttö samassa lauseessa.

- L: mä ostan sulta niistä kopiot (katsoo potilasta)
 L: sitä mä kuuntelen sun keuhkot
 L: sä voisit soittaa mulle tähän numeroon kun tää on aina mulla, annatko sen
 T: joo et se pätee siihen uuteenkin satsiin mitä mie sain sulta silloin kesäkuun lopussa

Lääkärin tällainen puhe ilmentää henkilökohtaista läsnäoloa ja aktiivista toimijuutta: se olen minä, joka ostan kopiot tai kuuntelen keuhkot. Kun lääkäri näin kohdistaa puheensa henkilökohtaisesti potilaalle, hän kutsuu myös potilaan esiin henkilönä. Lahtinen ja Tuttunen ovat molemmat henkilöinä suhteessa toisiinsa. Huomattavaa on myös vastavuoroisuus: potilas Tuttunen käyttää kerran samanlaista ilmausta. Potilaan viestintätekonä tällainen osapuolten symmetrisoiminen on poikkeuksellista.

Kliininen tutkimus lähentymisen hengessä

Potilas Tuttusen käynnillä henkilökohtaisuus, lähentyminen, näkyy myös niin rutiininomaisessa toiminnassa kuin kliinisessä tutkimuksessa (henkilöviittauksen vaihtelua ensikäynneillä tarkasteltiin luvussa 5.3).

- L: katotaanpa kurkkuun
 P: no katotaan (puhallukset)
 L: *sitä mä kuuntelen sun keuhkot mut mä laitan täneteen tähän* (sulkee videokameran kuvan)
 P: joo (nauraa)
 L: sopii
 P: sopii

- L: (tutkii)
L: hengitätkö suun kautta (tutkimus jatkuu, potilaan hengityksen ääniä)

Kliinistä tutkimusta tehdessään lääkäri Lahtinen henkilökohtaistaa tekemisensä niin vahvasti kuin se yleensä voidaan kielellisesti henkilökohtaistaa: hän toteaa, että "mä kuuntelen sun keuhkot". Tämä ilmentää erilaista relationaalista läheisyyttä kuin vastaava ilmaus potilas Kaukosen tilanteessa: "Ottakaapas paitaa päältä niin kuunnellaas pikkasen.." Katkelmassa potilas vahvistaa lääkärin puheenvuoroa toistamalla lääkärin kehotuksen: "No katotaan." Näin tehdessään hän asettaa lääkärin puheenvuoron ikään kuin ehdotukseksi, jonka hän potilaana hyväksyy ja lähtee siihen eksplisiittisesti mukaan. Potilas Tuttusen em. vastaus tuo keskusteluun humoristisuutta, mikä syntyy vastauksen ei-odotuksenmukaisuudesta. Odotuksenmukaista olisi vastata toimimalla välittömästi.

Etäisyyden ottamista vaikeassa aiheessa

Tuttusen ja Lahtisen keskustelussa on myös yksi selvästi vaikea aihe. Seuraavassa katkelmassa käy ilmi, miten molemmat osapuolet ottavat toisiinsa lisää etäisyyttä pystyäkseen käsittelemään hankalaa asiaa.

- L: onko *sulla* minkälaiset lääkkeet käytössä
P: mulla on, tällä minä pesen, humidosella, sitten tätä (näyttää) ja sitten tää mikä kun mä kävin silloin kesäkuun alussa ja sit mie sain reseptin ostaa tätä lisää (kumartuu tutkimaan laukkuaan ja nostelee tavaraa laukustaan pöydälle, antaa lääkärille)
L: [reseptillä on]
P: [mulla on tähän] resepti, ja siihen ei vain ollu, ne apteekissa ihmetteli siinä ei ollu tätä ohjetta (antaa jälleen lääkärille) mut ilmeisesti pätee tää, yks, suihke per aamu ja ilta (katsoo laukkuunsa)
L: (katsoo lääketä) joo, yks suihke yks viitva kaks kertaa vuorokaudessa
P: joo et se pätee siihen uuteenkin satsiin mitä mie sain *siulta* silloin kesäkuun lopussa
L: onkohan ne reseptit mukana
P: ei
L: (2) oliko se niin huono käsiälä että ne ei ymmärtäny mitä [mä]
P: [tuota] ne ei vissiin lukenu siinä ensinkään, se oli se ku mulla oli ne kaikki mahdolliset lääkkeet yhdellä kertaa, niin ne oli jääny epähuomiossa...

Potilas Tuttunen kertoo kesäkuussa saamastaan reseptistä ja etsii samalla laukustaan ko. lääkepurkkia. Hän antaa lääkkeen lääkärille ja toteaa lääkkeen annosteluohjeen puuttumisen: "siihen ei vain ollu...." sekä myöhemmin uudelleen: "ne ei vissiin lukenu siinä ensinkään." Huomattavaa on, että kun potilas puhuu reseptistä puuttuneista ohjeista, mutta hän ei sano missään yhteydessä suoraan, että lääkäri Lahtinen ei ollut kirjoittanut reseptiin annosteluohjetta, vaan kätkee lääkärin persoonan passiivin taakse. Sen sijaan potilas selittää tapahtunutta myös viittaamalla suoraan itseensä: "ku mulla oli ne kaikki mahdolliset lääkkeet yhdellä kertaa..." Näin hän ottaa osittain syyn ohjeiden puuttumisesta omalle kontolleen: koska hän oli tuonut kaikki lääkkeet yhdellä kertaa, on ymmärrettävää, että lääkäri unohtaa jotakin.

Lääkäri viittaa epäsuorasti potilaaseen kysyessään "onkohan ne reseptit mukana", kun aikaisemman keskustelun perusteella odottaisi lääkärin sanovan

suoraan: "Onkohan sulla ne reseptit mukana." Myös lääkäri jättää kaikenlaisen personoinnin pois: hän ei personoi potilasta eikä omaa itseään. Lääkäriin epäsuora viittaaminen potilaaseen tekee tilaa potilaalle, jolloin hän ei jää millään lailla hankalaan tilanteeseen, vaikka hän ei olisi muistanutkaan ottaa keskustelun aiheena ollutta reseptiä mukaan. Lääkäri siis suojelee potilaan negatiivisia kasvoja.

Lääkäri ei myöskään viittaa itseensä suoraan kysyessään "oliko se niin huono käsiala", johon potilas vastaa myös tekijän kiertäen, epäsuorasti: "ne ei vissiin lukenut siinä..." Näin siis sekä lääkäri itse että myös potilas ottavat molemmat etäisyyttä lääkäriin. Tässä yhteydessä viittaamisen epäsuoruus on ymmärrettävissä keskusteluaiheesta: kysymyksessä on lääkärin tekemättä jättäminen, mikä on hänen kannaltaan harmillinen asia. Hakulisen (1986, 208–210) mukaan geneerinen muoto "joku" puhutellessa tai viitattaessa itseen liittyy usein arkaluontoisiin asioihin. Kun geneerinen ilmaus ei toista puhutellessa esiinny konventionaalistuneissa sanonnoissa (täytyy, voi, pitää jne.), sitä käytetään usein kuulijan kasvoja uhkaavissa akteissa, kuten eriyvän mielipiteen ilmaisemisessa, torjuttaessa leikinlaskua. Uhkaavaa on myös mitä suurimmassa määrin puhe toisen osapuolen tekemättä jättämisestä.

Verhottua käskemistä ja käskemisen pehmentelyä

Relationaalisen välimatkan näkökulmasta lääkärin tehtäviin kuuluva suora käskeminen tai ohjaaminen tuo väistämättä lääkäri-potilassuhteeseen etäisyyttä. Kuitenkin lääkäri voi muotoilla käskyt kohteliaiksi pyynnöiksi tai muuten pehmentää niitä. Näin toimii lääkäri Lahtinen potilas Tuttuselle puhuessaan: hän ei käske potilas Tuttusta suoraan (esim. "mene käymään..") , vaan hän pukee käskynsä tai määräyksensä konditionaaliin "Aloittaisitko toinen kahdeksatta", "Menisitkö käymään het sinne", "Sä voisit soittaa mulle", "Sä voit tulla", tai retorisen kysymyksen muodossa: "Käytkö sitten" (vrt. käyte). Näin hän ylläpitää tasavertaisempaa suhdetta - tai ainakin mielikuvaa siitä.

Lääkäri tukeutuu tilanteessa todennäköiseen tulkintavaihtoehtoon eli siihen, että hänen ehdotuksensa tulkitaan kuitenkin käskyiksi, vaikka ne olisivat esitetty ehdollisessa muodossa. Tällöin lääkäri myös luo kuvaa tasavertaisemmasta suhteesta kuin suhde onkaan.

Seuraavassa esimerkissä käy ilmi, miten lääkäri Lahtinen roolinsa mukaisesti myös tukeutuu odotuksenmukaiseen tottelemiseen tasavertaisen suhteen esillä pitämisestä huolimatta.

- L: niin tota, nyt on moraalinen velvollisuus minusta kyllä ottaa, ottaa se, kuva. *menisitkö käymään het sinne, onko sulla muita suunnitelmia nyt.*
 P: no mulla on semmosen suunnitelma, mulla on tuolla kaverit oottamassa kahvilla et me lähetään Retrettiin mukaan
 L: nyt heti
 P: yhym
 L: aha, no käytkö sitten tuossa Resetissä ottamassa se, poskiontelokuva

Toisaalta potilas Tuttunen kyseenalaistaa lääkärin käskyn ehdottomuuden: hän haluaa tarkistaa, onko asiassa neuvottelunvaraa, eli ovatko lääkärin ehdollisessa muodossa esitetyt käskyt ("menisitkö" ja "käytkö") todellisia vai retorisia.

- P: *Sää haluaisit nähä sen nyt*
 L: *niin, kun mä jään huomenna lomalle.* Sä voisit soittaa mulle tähän numeroon kun tää on aina mulla, annatko sen (2) se on muuten varmaan kiva siellä Retretissä, mä kävin siellä viime kesänä ja, vaikka mä en oo harrastanutkaan noita maalaustaiteita ni, kyl mä sanon että se oli virkistävä reissu, et jotenkin, jotenkin se tonne, hypothalamukseen vaikutti edullisesti (naurahdus)
 P: niin sehän tässä on toiveena (potilas merkitsee kynällä jotakin paperiin) onks se yks yheksän vai yks nolla

Potilas Tuttunen osoittaa kysymyksensä suoraan lääkärille. Näin sinutteleamalla potilas ensinnäkin lähentyä lääkäriä sekä kutsuu hänet esiin tahtovana ja haluavana henkilönä. Potilas Tuttunen ei asemoi lääkäriä anonyymiksi asiantuntijaksi, vaan esittää hänet "sinänä", jonka haluamisen ehdottomuuden hän haluaa selvittää. Tähän lääkäri vastaa symmetrisesti ja yhtä henkilökohtaisella tasolla suoraan, itseensä viitaten (joo, kun mä jään huomenna lomalle). Kyseisen keskustelun jälkeen lääkäri vielä kertoo omia hyviä kokemuksiaan Retretistä, jonne potilas oli myös menossa. Näin hän sekä pehmentää äskeisen kääskynsä ehdottomuutta että luo henkilökohtaista yhteenkuuluvuutta potilaan kanssa. Tätä tarkastelen lähemmin itsestäkertomisen yhteydessä.

5.5 Lähentävä ja etäännyttävä muusta puhuminen

Lääkäri-potilasviestinnän tutkimuksissa on usein käytetty viestinnän jaottelua sosiaaliseen ja instrumentaaliseen tai tehtäväkeskeiseen¹⁷. Sosiaalinen puhe, eiläketietecellinen puhe, tai arkisesti, muusta puhuminen, on totuttu sijoittamaan lääkärin viestinnän luokituksissa affektiivisen tai sosioemotionaalisen viestinnän alueelle, ja sen tehtävänä vuorovaikutuksessa on nähty mm. positiivisen lääkäri-potilassuhteen rakentaminen ja ylläpitäminen (ks. McNeilis 2001; Ong 1995; Roter & Larson 2001) eli sen tavoitteet on nähty relationaalisina. Roterin ja Hallin (1992) luokittelussa sosiaalisella keskustelulla, jollaisena muusta puhumista voidaan pitää, tarkoitetaan tervehdyksiä, henkilökohtaisia ja sosiaalisia sekä perhettä koskevia (ei psykososiaalisia) kommentteja, arkista keskustelua eli small talk -tyyppistä jutustelua (ks. Hall, Roter & Katz 1988; Roter, Hall & Katz 1988). Sosiaalinen keskustelu on erotettava siitä, että lääkäri kyselee usein potilaan sosiaalisesta tilanteesta ja psyykkisestä vireydestä, kuten elämäntilanteesta, ihmissuhteista ja tunteista, arvioidessaan potilaan terveydentilaa ja hänen mahdollisuuksiaan toteuttaa hoito-ohjeita. Tällöin ko. aiheista puhuminen perustuu hoidollisiin tavoitteisiin. Mannisen (1997, 118–119) mukaan puheella arkielämästä sairaalapotilaat tarkoittivat keskustelemista muustakin kuin hoitoon ja sairauteen liittyvistä asioista. Muusta puhuminen on siis viestintä-

¹⁷ Jakoa sosiaaliseen ja tehtäväpuheeseen on kritisoitu keinotekoisuudesta: voidaan esimerkiksi ajatella, että kaikissa viestintäakteissa on mukana myös relationaalinen tai sosiaalinen ulottuvuus tai että sosiaalisesta puheesta voidaan saada myös varsinaisen asian tulkinassa oleellista informaatiota. On selvää, että tällainen jaottelu on jossain määrin relevantti ainoastaan tavoitteellisissa, tehtäväkeskeisissä viestintäsuhteissa, joissa viestintää voidaan karkeasti jaotella tehtävään liittyväksi tai liittymättömäksi.

episodi, jota on hankala tarkasti määrittellä. Usein siihen sisältyy esimerkiksi lääkärin itsestäkertomista, jota käsitellään luvussa 6.

Rajanveto sosiaalisen ja instrumentaalisen puheen välillä on kuitenkin siinä mielessä ongelmallista, että muusta puhumiseen liittyy usein myös hoidollista tavoitteellisuutta. Se voi rauhoittaa potilasta ja lisäksi siitä hoidonantaja voi saada tärkeää tietoa potilaan elämästä, mikä tekee ymmärrettävämmäksi esimerkiksi potilaan välitöntä suhtautumista asioihin. Erityisesti sairaalaa ajatellen muusta puhuminen on myös tasa-arvoistavaa, koska se tuo sinne potilaan siviilimaailman ja sen asiat ja estää sen, että kaikki toiminta ja viestintä koskisi vain maailmaa, jota potilas ei tunne.

Sosiaalinen keskustelu on nähty useimmiten positiiviseksi, lääkäriä ja potilasta toisiinsa lähentäväksi ja ilmapiirin vapauttavaksi. Andersonin (1986, 84) mukaan sosiaalinen puhe on keino personalisoida suhdetta eli tehdä siitä "enemmän" kuin tavallinen hoidonantaja-potilassuhde. Vaikka yleisellä tasolla nähtynä sosiaalinen puhe luo osapuolten välille relationaalista läheisyyttä, sitä voidaan tarkastella dialektisesta näkökulmasta sekä lähentävänä että etäännyttävänä. Itse asiassa jo käsitteenä se ilmentää ei-sosiaalisen ja sosiaalisen maailman välistä jännitteisyyttä lääkäri-potilasviestinnässä. Roter ja Hall (1992, 91) toteavat, että on olemassa kynnyks tai raja, jonka alapuolella pysyvä sosiaalinen keskustelu tulkitaan myönteiseksi, usein potilaan huomioonottamiseksi, mutta sen ylittävää keskustelua ei pidetä suotavana tai toivottavana. Liiallinen "niitänäitä"-tyyppinen keskustelu voidaan jopa tulkita lääkärin välinpitämättömyydeksi ja pinnalliseksi suhtautumiseksi (Roter & Hall 1992, 90), ja luottamus lääkäriin ja hänen ammattitaitoonsa alkaa horjua, mikä merkitsee relationaalista etäännyttämistä. Sosiaalisen puheen määrän lisäksi myös puheen sisältö vaikuttaa siihen liittyviin seuraamuksiin. Osapuolia etäännyttävää voi olla myös aiheeltaan vääränlainen muusta puhuminen. Tätä kuvaa tutkimusaineistossa esimerkki, jossa lääkäri kysyi potilaan mielestä liian henkilökohtaisia asioita, joilla ei ollut potilaan asioiden hoitamisen kannalta merkitystä.

- L: Entä se stressiasia, mites se. Onks samanlaista [ollu]
 P: [se on] suhteellista. Mä oon oikeestaan tässä kymmenen vuotta opiskellu koko ajan työn ohessa, et onhan mulla nyt niinku, on ollu paljon, kaikenlaista ja häitä suunnitteilla ja [potilas puhuu nopeasti ja hiljaa] (potilas nostaa papereita, katsoo lopussa alas hymyilee)
- L: häitä suunnittelet ?
 P: niin (potilas katsoo lääkäriä ja naurahtaa).
 L: ai jaa, joo. mut, sä kerroit, lapsia sulla on? (viittaa potilaaseen kädellä)
 P: mulla on yksi lapsi, mä oon noin kymmenen vuotta sitten ollu naimisissa lyhyen aikaa oikeestaan oon ollu kymmenen vuotta yksinhuoltajana
 L: joo. onkos hän kymmenen vuotias, melkeen jo
 P: yheksän, (katsoo pois päin ja alaviistoon)
 L: no niin, [hän on niin iso jo]
 P: [ei hän] itseasiassa, tarkalleen ottaen kaheksan ja puoli (potilas katsoo alas)
 L: joo, no niin.
 P: (puhuu hiljaa...)
 L: [ahaa, vai niin. ihan kiva]
 P: (puhuu hiljaa) opiskella ja opiskella ja tuota, sillä mä oon tätä miettiny stressiä et yleensä jos mä oon väsyny niin tuota monasti ni maha rupeaa oireilemaan nopeasti (nostaa katseen lääkäriin) (- -) pikemminkin että tuota sit tulee happosuutta (Lc ja C1)

Potilaan reaktiot (tauko, pään painaminen alas, aikaisempaan puheenvuoroon nähden hiljaisempi ääni) ilmentävät sitä, että hän kokee vastaamisen vastenmielisenä tai vaikeana. Kysymällä potilaan henkilökohtaisista asioista (häistä) lääkäri saattaa pyrkiä osoittamaan kiinnostustaan potilasta kohtaan ja luomaan läheistä ilmapiiriä. Lääkäri voikin nähdä viestintätékonsa pelkästään harmittomana "human interest" -tyyppisenä puheena. Myös potilaan puheesta käy ilmi, että hän ei ole kokenut lääkärin toimintaa miellyttävänä.

- P: ...et ehkä jopa musta tuntu että johonkin ehkä vähän ylireagoikin että ei lääkärin yleensä niistä sitten sen kummemmin kysykään että ehkä ne jollain kanssa hymähdyksellä., joo. (- -) jos suorastaan niin, "aijaa", "että kuinka pitkään" ja niin, et ehkä jossain kohdissa tämmöstä (peri...) yksityiselämään, et siinä musta tuntu että ne meni vähän niinku silleen, niinku ajattelee lääkäreitä keskimäärin niin niinku meni jopa yli silleen niinku kiinnostuksessa et tuota
- T: joo
- P: eihän ne kuitenkaan tästä ole niinku hyvin kiinnostuneita tämmösestä asiasta missä kuitenkin ihan vieras ihminen tulee (C1)

Potilas kuvaa lääkärin toimintaa poikkeukselliseksi verrattuna lääkäreihin yleensä, mikä tässä yhteydessä on nimenomaan kielteistä erilaisuutta. Lääkäri on mennyt kyselemisessään sen rajan ylitse, johon lääkäri-potilassuhde oikeuttaa. Osapuolten vieraus toisilleen, kuten potilas toteaa, tekee kiinnostuneisuudesta epäuskottavaa ja siten myös siihen vastaamisesta epämiellyttävää. Muusta puhuminen uhkasi em. tapauksessa myös potilaan yksityisyyttä ja pakotti hänet tasapainoilemaan kertomisen ja kertomatta jättämisen kanssa. Potilas kuitenkin vastaa, koska kysymys vaatii parikseen vastauksen ja koska kysymyksen esittäjä on lääkäri, jolle vastaanotto-keskustelussa annetaan kysymisen oikeus.

Aineistoon sisältyi yksi vastaanottokeskustelu, jossa muusta puhuminen selvästi ylitti tai rikkoi lääkäri-potilassuhteen rajoja. Siinä keskustelussa mentiin niin pitkälle, että tilanteen perusroolijako muuttui päinvastaiseksi: lääkäri-asiantuntijasta tuli asiakas ja maallikko-asiakkaasta asiantuntija. Esimerkissä muusta puhuminen kyseenalaistaa tilanteen ensisijaisen määrittelyn eli lääkärin vastaanottokäynnin.

- L: te ootte tietokoneitten kanssa tekemisissä (ryhtyy kirjoittamaan)
- P: joo, ja yleensä kaiken mitä siihen liittyy
- L: yhyh, ohjelmistojen ja
- P: kyllä (.) sain tänään justiin lotuksen
- L: nin
- P: organisaattori amipron ja uuden yks, kaks, kolmosen freelansin
- L (lääkäri nostaa katseen papereista) joo, friilansin kakkonenko
- P: mitä
- L: freelans windows kakkonenko se on vai mikä versio [se on]
- P: [joo], se on se uusin, freelans mikä nyt on, eiks se kakkonen oo, mä normaalisti käytän maikrossoftin tuotteita, wordiä ja, harvemmin enää kyllä wordiä tullut käytettyä patea tai jotain semmosta käytän. mielenkiintosta kattoo ku siitä niin paljon puhutaan siitä lotuksesta että minkalainen se amipro on ja
- L: amiprohan on maailman paras tekstin käsittely ohjelma (nostaa katseen, kasvoilla nauru)
- P: (.) no joo, se on makuasia.
- L: (naurahdus)
- P: oon se kyllä kieltämättä, se on ihan hyvä
- L: se on hirmu helppo, käyttää

- P: se on totta
 L: mun mukulani (3) rupesivat tekemään, esitelmänsä ja koulutyönsä sillä ja tar-, se oli joku viiden minuutin demo minkä mä niille annoin ja siitä se lähti
 P: no, eihän siinä oikeestaan tarvii mittään
 L: ei
 P: ne on painonapeilla kaikki
 L: yhyim, se on niin ku, siihen tyyliin kun, olla pitää
 P: ja siihen vielä iso näyttö ni
 L: näyttö ei oo iso, ison näytön tarttis kyllä
 P: aha, minkalaisen
 L: seittämäntoisttuumasen
 P: riittääkö se
 L: kyllä se mulle varmaan riittää, kakskytykkönen olis jo, (katsoo potilasta) varmaan aika iso (Lb ja B5)

Vastaanottokäynnillä keskustelu siirtyy pitkäksi aikaa pois potilaan käynnin syystä, lääkärin kiinnostuksen kohteisiin, jolloin myös lääkärin ja potilaan roolit vaihtuvat radikaalisti, koska muita rooleja ei ylläpidetä rinnalla tai esillä aktiivisesti.

Muusta puhumiseen liittyy tavallisesti viittauksia muihin rooleihin sekä siirtymistä niihin varsinaisten lääkäri-potilasroolien pysyessä kuitenkin rinnalla. Esimerkiksi lääkäri ja potilas voivat hoitotoimenpiteen aikana keskustella kestävyysjuoksusta alan harrastajina. Tällöin lääkärin ja potilaan roolit ovat vuorovaikutuksessa taka-alalla, vaikka muussa toiminnassa ne ovat etualalla. Kokonaan lääkärin ja potilaan rooleista on tilanteessa vaikea luopua. Molemmat osapuolet kuvasivat tällaista roolien vaihtumista oudoksi.

- P: aika skeptinen tilanne siinä mielessä istuu tuossa penkillä, olla niinku potilaana ja kuitenkin niinku myymässä et (mahtaa miettiä) tai siin sanotaan et mieltä sitä mut et se niinku pyörii vaan tuol jotenkin, et se ei oo niiku puhdas myyntitilanne, et se (-) vähän eri lailla

Lääkäri näki tilanteen niin, että hän lääkärinä luopui omasta asiantuntijanroolistaan, minkä potilas puolestaan otti vastaan.

"kliininen perustutkimus on tehty ja siirrytään taas käsittelemään potilaan työhön liittyviä asioita, hänen käsityksiään udellaan erilaista asioista joilla ei potilaan lääkärissä käynnin suhteen ole mitään relevanssia ja jossa tilanteessa itse asiassa lääkäri on luopunut omasta asiantuntijanroolistaan konsultanttina ja laittanut potilaan asiantuntijaksi eli konsultantiksi. Tämä small talk -episodi käydään läpi potilaan pukeutuessa. Tähän konsultaatioon meni luvattoman paljon aikaa noin 5 minuuttia, tosin sen piti myös potilaankin intressejä, sillä aktiivisena myyntimiehenä hän esitteli laatutuotteitaan" (ote lääkärin B itseanalyysistä)

Potilaiden näkemyksissä sosiaalisen puheen asemasta ja merkityksestä lääkäri-potilassuhteessa esiintyikin ristiriitaisuutta tai jännitteisyyttä. Ensinnäkin muusta puhumista kuvattiin puhumisena, jossa molemmat, lääkäri ja potilas, voivat puhua ihan mistä vaan ja johon molemmat myös osallistuivat. Muusta puhuminen liitettiin myös suhteen tavallista henkilökohtaisempaan luonteeseen, kuten seuraavassa esimerkissä.

"puhuttiin kaikesta maan ja taivaan välillä, joo. koska hän oli nyt lähössä justiin kesälomalleki nin, nin tuota, tietenkinhän se riippuu potilaastakin ja ja meillä on niin monta vuotta tää lääkärisuhde oli, mä kun en jännitä yhtään häntä (naurahtaen) nin, nin tuota siinä sitten aina poiketaan asiastakin joskus." (B6)

Muusta puhumiselle annetaan edelliseen esimerkin kaltaisessa puheessa lääkäri-potilassuhdetta sinänsä ja sen laatua kuvaava sisältö. Tällöin sitä tarkastellaan nimenomaan relationaalisesta, suhdetasosta käsin. Esimerkissä potilas liittää muusta puhumisen suhteen pitkäaikaisuuteen sekä omaan jännittämättömyyteensä, mitkä myös korostavat kyseisen lääkäri-potilassuhteen erityisyyttä, koska yleinen näkemys haastatelluilla potilailla oli se, että yleensä ihmiset jännittävät lääkärisäkäyntiä.

Myös seuraava miespotilaan (B5) kuvaus siitä, että hän ensimmäisellä käynnillään voi puhua ihan mistä vaan, korostaa toteutuneen lääkäri-potilassuhteen erityisyyttä.

"niinku sanoin, aikasemmin en oo kyl tämmöstä lääkäriä nähny ainakaan jos voi niinku puhua ihan mistä vaan, se ei tarvii olla niinku just jostain kurkkukivusta tai kuumeesta tai jostain muusta, jotka nyt totta kai kuuluu siihen ja niistä täytyy puhua mut et (- -) et voi todella puhua niinku ihan vaikka aidan seipäistä välillä". (B5)

Lupa rikkoa asiapuheodotuksia ensitapaamisesta lähtien on potilaalle ainutlaatuinen: hän on saanut aikaisempiin lääkärikäynteihinsä verrattuna poikkeuksellisen suuren viestinnällisen tilan ja siten mahdollisuuden vaikuttaa interaktion kulkuun ja sisältöihin sekä tilanteessa syntyviin rooleihin, sekä omaansa että lääkärin. Kummankin em. potilaan puheen perusteella muusta puhuminen on viestinnällinen piirre, joka sisältyy osapuolten välille syntyneeseen tai syntyneessä olevaan spesifiin relationaaliseen koodiin eli suhdetta koskevaan erityiseen tai sille ominaiseen viestintätapaan, joka erottaa sen ko. henkilön muista vastaavista lääkäri-potilassuhteista.

Toisena näkökulmana esille nousi muusta puhumisen tarpeellisuus. Useat potilaat pitivät puhumista muistakin kuin lääketieteellisistä asioista tarpeellisenä tai toivottavana sen hyödyllisyyden perusteella. On oletettavaa, että monet potilaat, samoin kuin useat tässä tutkimuksessa haastatellut, näkevät muusta puhumisen funktiona ennen kaikkea lievittää potilaan pelkoa ja jännitystä ja luoda turvallista ilmapiiriä, joiden tavoiteltavana seurauksena potilas rohkaistuisi puhumaan. (Vastaavanlainen tavoite toistuu tutkimushaastattelukirjallisuudessa, jossa haastattelijaa kehoitetaan haastattelutilanteen alussa luomaan turvallinen ja positiivinen ilmapiiri, mikä poistaa haastateltavan mahdollista jännitystä.

- T: sit monta kertaa oon kuullu että ihmiset puhuu että olis kiva että puhutaan muustakin ihan muistakin asioista ku tämmösistä, suoraan siitä että mikä on vikana niin mitä mieltä sä semmosesta oot?
- P: joo, varmaan siinä mielessä ainakin sillon jos (.) niin varmaan se laukaisi sitä jännitystä sillon just laukasee jos siinä muutakin puhutaan
- T: miten lääkärin pitäisi toimia?
- P: (2) lääkärin pitäis varmaan silleen monesti niinkun, ensinnäkin kattoo niinkun potilas kun menee sinne että minkälaisessa mielentilassa se on, pystyykö se esimerkiksi vastaanottaa kuinka paljon niinkun, näitä ohjeita ja neuvoja, ja sit-

ten kysellä niinkun potilaaltaki että niinku sekin uskaltaisi kysyä, ja jos on joku semmonen tauti mikä on niinku vähän arkaluontonen ettei oo sillon tuota muita sivuoureita et se uskaltas niinkun avautua niinkun silleen rohkeemmin, et pitäs niinkun saaha silleen vaikka ihan muustakin puhua siinä ku siitä taudista et vähän niinkun saaha joku rentoutumaan tai vapautumaan jos joku jännittää (E2)

- T: no siitä että, miten sit lääkärin pitäs teijän mielestä toimia, te sanoitte jo että vähän niiku et se ois ihan hyvä että ei oo niin virallinen, oisko muuta toivomuksia miten pi[täs toimia
- P: [no semmosia] että siinä nyt puhuttas jottain muutakin eikä ihan sitä virallista että, että siinä voitas vähän niinku puhua semmosta minun mielestä ainakiin vähän niinku, semmosta vitsiäkii (B3)
- P: et se niiku keventää sitä tunnelmaa koska, en mä tiedä, must tuntuu että monet ihmiset kuitenkin jännittää sitä lääkärissä käyntiä, niin siin on niinku (hyvä) puhuu muistakin asioista kun vaan pelkäästään siitä, oli se sitten tauti tai vika tai syy mikä se nyt sitten onkin (B5)

Huomattavaa jännityksen lieventämistä ja rentoutumista tavoittelevassa puheessa (ks. em. esimerkit) on se, että sosiaalista puhetta ei nähdä merkityksellisenä itse suhteen kannalta, vaan sen kautta, millaisia hyviä vaikutuksia sillä voi olla potilaan (affektiivisen) tilaan ja sitä kautta potilaan toimintaan. Potilas voi esimerkiksi rohkaistua puhumaan, mikä edistää informaation saamista ja potilaan asian selvittämistä ja hoitamista. Vaikka muusta puhuminen kytkeytyykin tässä hoitamisen tavoitteisiin, niin rentoutumisesta ja jännityksen lievenemisestä voi tietenkin seurata myös relationaalista lähenemistä.

Toisaalta on myös niitä potilaita, jotka eivät kaipaa sosiaalista puhetta ja pitävät sitä miespotilaan (B1) tavoin small talk tai "lässyn lässyn" -puheena.

- T: no mites pitäs muuten suhtautua asiakk-, siis potilaaseen tai asiakkaaseen (.) jotkut kato toivoo sitä et keskusteltas muutakin asioita
- P: niin no emmä..
- T: kaipasit sä sitä
- P: e:n mä semmosta small talkia tai lässyn lässä siinä oikeen kaipaa että, et kyllä se mulle riittää kun se homma siinä seleviää ja puhutaan asiasta (B1)

Kielteinen suhtautuminen muusta puhumiseen tulee esille myös seuraavan potilaan (D1) puheessa, kun hän kutsuu sitä "lämpimikseen puhumiseksi".

- T: mitä se vois tarkoittaa se muusta puhuminen
- P: en mä, en mä niinku omalta kohaltani sellasta kaipaa ja sitäpaitsi kun tietää kuitenkin et heil on myös aikataulut, ne on sidottu tuota aina ne potilaidenkin ajat sillai, ei se ois mukava jos se kauheesti menee, menee aikataulut eivät pidä paikkaansa itse kukin niinku laskee määrätyn ajan mennäkseen sinne jos kesken työpäivän lähtee ja näin, niin tuota en mä välttämättä, se jo pitkittäis sitä jos ei, eikä lääkärikään oikein pystyis laittaa aikatauluja jos, jos ei tiedä yhtään sitte mitenkä pitkään tossa selvittelään muutakin kuin itse sitä asiaa minkä takia sinne on tultu että, että en mä nyt oikein, oikein sitä ainakaan omalta kohdalta sillai, mutta tietysti joskus justiin jos se, olotila on muutenkin sellanen on, on kauttaaltaan väsyny ja ja on monennäköstä semmosta että ei meinaa osata oikein itsekään nyt tuoda sitä kunnolla sitä olotilaa esille niin sillon on hyvä jos hän siitä vähän kyselee ja kattelee että mikä ja mistä tää vois johtuu ja sillai sitä yritetään saada selville että mikä tääl on taustalla, sillon tietysti tarvitaan enemmänkin siihen vähän, vähän sivulauseenkin puhumista mutta en mä nyt välttämättä muuten aina, aina niinku oletas että, ei tarvii välttämättä ihan il-

moista alottaa (nauramme). no kyllähän se siihen jos esmes on väsyny ja muuta näin ni, onko siinä tulee vähän esille että onko siellä ollu viikko raskas työpaikalla vai oisko kotona jotain sillai (poikkiteloin) että muuta, tuleehan siinä hiukan tällasta sit semmosessa tilanteessa jos me ei nyt ihan esitellä että mul on nyt tässä käsi poikki ja tätä pitäs kattoo. että, että sillä lailla, että oikeestaan vähän tilanteen mukaan, mutta ei tarvii niinku sanotusti lämpimikseen puhua mittään joka kerta että pääsee asiaan, minun mielestäni (D1)

"Lämpimikseen puhumisen" tarpeettomuutta potilas perustelee sillä, että se vie helposti aikaa varsinaisen asian käsittelyltä ja se saattaa pidentää vastaanottojen pituutta ja siten sotkea aikatauluja eli aiheuttaa haittaa sekä potilaan asian käsittelylle että instituution toiminnalle. Oikeutettua muusta puhuminen on potilaan D1 mukaan silloin, kun asian selville saamisen takia on tarpeellista kysellä potilaan mielialaa ja sen hetkistä elämäntilannetta, jolloin ei oikeastaan ole kysymys muusta puhumisesta. Potilas siis arvioi muusta puhumista nimenomaan asian hoitamisen näkökulmasta, aivan samoin kuten sitä jännityksen lieventämisellä perustelevatkin tekevät.

Ajatus muusta puhumisesta lääkärin vastaanotolla voi olla myös potilaalle vieras, vaikka hän periaatteessa näkisikin sen mahdollisena:

- T: mitä se sun mielestä tarkoittaa kun kun osa ihmisistä toivoo, että puhuttas muutakin kun sitä virallista asiaa
 P: niin, joo, kyllä varmaan ois ihan hyvä
 T: kaipaat sä semmosta, mitä se sitten onkin?
 P: joo, niin, en muuten koskaan oo tullu ajateltua tuota
 T: joo
 P: kyllähän se tietenkkin, mutta yleensä se on rajallista se aika
 T: joo
 P: mutta tuota, eihän se varmaan mitenkään hassumpi, hassumpi ajatus ois (D4)

Tällainen kielteinen ja varautunut suhtautuminen muusta puhumiseen viittaa siihen, että arkisen maailman esilletuomista ja sen kautta henkilökohtaisemman suhteen luomista ja ylläpitämistä sinänsä ei pidetä tarpeellisena eikä tavoiteltavana lääkäri-potilassuhteessa.

Ylipäättään arkisen puheen, muusta puhumisen tarpeellisuus näyttäisi potilaiden mielestä liittyvän vahvasti asiaan, jolloin se oikeastaan ei ole edes muusta puhumista. Jollei *yhteyttä asiaan* pystytä näkemään edes siinä mielessä, että jännitys vähenee tai kertominen vapautuu, tällöin näkemys siitä, että sosiiaalinen puhe luo relationaalista läheisyyttä, ainakin kyseenalaistuu. Wilkins (2000) on väitöskirjassaan pohtinut asiapuhetta suomalaista viestintäkulttuuria kuvaavana terminä. Hän (2000, 7) toteaa, että asiapuhe on Suomessa alati läsnä oleva viestintätyyppi monissa julkisissa viestintätilanteissa, esimerkiksi opetus- tai hoitokonteksteissa. Wilkins (2000, 13) näkee, että ilmaus "tyhjä puhe" (tyhjän puhuminen), jolla viitataan usein small talk -tyyppiseen puheeseen, kuvaa sitä, että puheella ei julkisissa konteksteissa ole muuta relevanttina pidettyä funktiota kuin asia. Osapuolten välisen suhteen luominen ei voi olla "asiaa", joten se määrittyy aina toissijaiseksi. Muusta kuin asiasta puhuminen merkitsee puolestaan keskustelun siirtymistä pois odotuksenmukaisista, tärkeistä ja oleellisista asioista. Wilkins esittää, että suomalaisessa viestintäkulttuurissa asiapu-

he, sen erilaiset ilmaisutavat ja toteutuminen vuorovaikutuksessa, määrittelee keskeisesti ihmisten välisiä suhteita julkisissa tilanteissa.

Wilkinsin näkemykset ovat sovellettavissa lääkäri-potilasviestintään. Lääkäri ja potilas puhuvat ensisijaisesti asian kautta, he asemoivat itsensä suhteessa asiaan ja kumpikin pitää huolta omien informaatio- tai asiakasvojensa (informational faces) säilymisestä, jotta tilanne tulee odotuksenmukaisesti hoidetuksi. Potilas on usein huolissaan siitä, onko hänen asiansa riittävä syy vastaanottokäynnille, joten hän pyrkii heti tilanteen alussa vakuuttamaan lääkärin asiansa tärkeydestä (ks. esim. Ruusuvuori 2000). Asiakasvoista huolehtimiseen viittaa myös se, että potilaat pitävät tärkeinä sitä, että heidän asiansa "on otettu vakavasti" ja että he kokevat "asian olevan hoidossa". Lääkärin asiakasvot puolestaan konkretisoituvat tilanteen hallinnassa, oman asiantuntemuksen esilletuomisessa ja oman tietämättömyyden hallinnassa (tarkoittaa usein sen peittämistä). Vuorovaikutustilanteessa lääkäri ja potilas pitävät huolta myös toistensa asiakasvojen säilymisestä. Jos keskustelussa siirrytään ei-asiapuheeseen, se voidaan nähdä aina jossain määrin asiapuhediskurssin rikkomisena. Tällöin kiinnostavaksi nousevatkin mm. lääkäreiden ja potilaiden muusta puhumista koskevat tulkinnat ja se, mitä muusta puhuminen heille merkitsee. Milloin se toimii merkinä suhteen erityisyydestä verrattuna ns. tavallisiin lääkäri-potilassuhteisiin tai milloin se murentaa lääkärin tai potilaan asiantuntijuutta?

6 KERTOMISEN JA SUOJAAMISEN DIALEKTIikka: LÄÄKÄRI KERTOO ITSESTÄÄN

Kertomisen ja suojaamisen dialektiikka liittyy lääkäri-potilasviestintään silloin kun a) lääkäri kertoo potilasta koskevaa informaatiota potilaalle, b) potilas kertoo itseään koskevista asioista ja c) lääkäri kertoo itsestään. Tässä luvussa tarkastelen lääkärin itsestäkertomista kertomisen ja suojaamisen ja siten myös yksityisen ja julkisen välisen jännitteen näkökulmasta. Tarkastelun kohteena ovat lääkärin itsestäkertomisen käytänteet ja niihin liittyvät ristiriitaisuudet ja rajoitukset, jotka tulevat esille tutkimuskirjallisuudessa, haastattelupuheessa tai vuorovaikutuksessa. Koska itsestäkertomista voidaan lähestyä eri tavoin, ennen varsinaisen aiheen käsittelyä määrittelen, millaisena itsestäkertominen nähdään tässä tutkimuksessa.

On kuitenkin muistettava, että itsestäkertominen voi ilmentää myös muita relationaalisia jännitteitä, kuten läheisyyden ja etäisyyden dialektiikkaa. Onhan yksi itsestä kertomisen funktioista juuri lähemmän suhteen rakentaminen¹⁸. Lääkärin itsestäkertominen liittyy läheisesti myös edellä käsiteltyyn muusta puhumiseen. Vaikka tarkkaa eroa em. viestinnän piirteiden välille ei voida tehdä, niin kuitenkin muusta puhumisesta liikutaan enemmän neutraaleissa, yleisissä asioissa, kuten säässä tai ajankohtaisissa aiheissa, joihin sisältyy niukasti

¹⁸ Itsestäkertomisella voi olla vuorovaikutuksessa monia eri syitä (tai tavoitteita), kuten

- purkautuminen (tärkeät tai kuohuttavat tapahtumat).
- reflektiivinen, kuten omien käsitysten, uskomusten, mielipiteiden tai tunteiden selvittäminen. Tätä tavoitellaan esimerkiksi terapiasuhteissa.
- vahvistaminen: itsestä kertomalla etsitään kuulijan vahvistusta ja hyväksyntää omalle näkemykselle itsestä.
- vastavuoroisuus: toisen itsestäkertomiseen vastataan itsestäkertomisella
- itseä koskevan vaikutelman muodostaminen: halutaan vaikuttaa itsestä syntyvään vaikutelmaan.
- suhteen ylläpitäminen ja kehittäminen.
- sosiaalinen vaikuttaminen: itsestäkertomalla haetaan kontrollia toisiin tai pyritään auttamaan toista (esimerkiksi erilaiset tukiryhmät, jossa jäsenten itsestäkertominen tukee toisia jäseniä).
- manipulointi: itsestäkertomista voidaan käyttää strategiana, jolla pyritään tiettyihin päämääriin (ks. Rosentfeld 2000, 9).

tai ei lainkaan henkilökohtaista informaatiota. Näin ollen itsestäkertomisen voidaan sanoa liittyvän selvemmin kertomisen ja suojaamisen jännitteeseen kuin muusta puhumisesta.

6.1 Itsestäkertominen relationaalisena viestintänä

Tyypillisesti itsestäkertominen on nähty viestintänä, jossa yksilö kertoo toiselle verbaalisesti itseään koskevaa informaatiota tunteistaan, ajatuksistaan ja kokemuksistaan (Derlega & al. 1993; Rosenfeld 2000), ja jonka sisältämää tietoa on epätodennäköistä saada selville muista lähteistä (Holtgraves 1990, 192; Pearce & Sharp 1973). Tällainen määrittely jättää itsestäkertomisen alueen laajaksi, mitä jotkut viestinnän tutkijat ovat kritisoineet. Itsestäkertomista onkin rajattu tarkoittamaan nimenomaan yksityisen, intiimin ja riskitiedon kertomista toiselle, pinnallisen, julkisen ja ei-henkilökohtaisen itseä koskevan tiedon sijasta (esim. Dindia 1997, 412). Esimerkiksi Goodstein ja Reinecker (1974, 51) ovat sitä mieltä, että itsestäkertomisen tutkimuksen ja teoretisoinnin tulee koskea nimenomaan yksityisen, intiimin informaation kertomista itsestä, koska muutoin itsestäkertominen menettää merkityksensä liian yleisenä ja epäselvänä käsitteenä. Kuuli-ajan kannalta nimittäin voidaan myös ajatella, että kaikki, mitä puhuja puhuu, kertoo jotakin hänestä eli on ns. itsestä kertomista (ks. Berger & Bradac 1982; Rosenfeld 2000).

Läheisyys tai syvyys on nähty itsestäkertomisen keskeisenä ulottuvuutena. Vaikka itsestäkertominen onkin liitetty läheisyyteen, on muistettava, että ne eivät vastaa toisiaan: läheisyys on vain yksi itsestäkertomisen ulottuvuus. Itsestään voi kertoa myös hyvin pinnallisesti pysytellen niukan henkilökohtaisella tasolla. Muina itsestäkertomisen ulottuvuuksina on tarkasteltu mm. intentionaalisuutta, kertomisen määrää, kertomisen positiivisuutta ja negatiivisuutta sekä rehellisyyttä tai täsmällisyyttä (Holtgraves 1992; Wheelles & Grotz 1976).

Kuten edellisestä käsittelystä käy ilmi, itsestäkertomista on tyypillisesti lähestytty *yksilön rationaalisena ja tarkoituksellisenä viestintätekonä* eli on oletettu, että yksilö tietoisesti päättää antaa informaatiota itsestään (Baxter & Sahlstein 2000, 292). Kuitenkin jos minä (self) nähdään vuorovaikutuksessa toisten kanssa ja toisten kautta rakentuvana eli sosiaalisena tai dialogisena (ks. Baxter & Montgomery 1996; Gergen 1994), tällöin huomio siirtyy siihen, mitä vuorovaikutuksessa tapahtuu, mitä siinä ymmärretään tapahtuvaksi ja miten sitä kuvataan. Silloin itsestäkertominen, sekä päämääränä tai käyttäytymisenä, nähdään pikemminkin osapuolten välillä tapahtuvana prosessina, jossa sosiaaliset suhteet (ja minät) konstruoituvat ja ilmenevät, kuin pelkästään yksilön kontrolloimana ilmiönä (Baxter & Sahlstein 2000, 293). Tämä jättää enemmän tilaa ilmiöiden viestinnällisen luonteen tarkastelulle eli esimerkiksi sille, että me kerromme – tai jätämme kertomatta – ja meille kerrotaan, ja että me rakennamme sekä toisten kanssa että toisten tekemänä (ks. Baxter & Sahlstein 2000, 295). Näin ollen esimerkiksi hoidonantajan ja asiakkaan välisissä vuorovaikutustilanteissa

kertominen ja kertomatta jättäminen määrittelee ja luo tilannetta sekä osapuolten välistä suhdetta (ks. Kernberg 1996).

Vaikka tarkastelen itsestäkertomista tässä tutkimuksessa lääkärin näkökulmasta, näen *itsestäkertomisen ensisijaisesti relationaalisena viestintänä*, jolloin samalla kun puhuja ns. antaa tietoa itsestään, hän myös määrittelee keitä "me" olemme: "Self-disclosure as relational communication is conceptualized as the system of behaviors and perceptions *that function to define where partners stand in relation to each other*" (Cline 1982, 2). Itsestäkertominen ei siis ole pelkästään puhujaan liittyvä tai hänen henkilökohtainen, harkittu ja tavoitteellinen viestintätekonsa, vaan se sisältää myös sosiaalisen suhteen ja viestijöiden sosiaalisen minän rakentumisen.

Kun puhuja kertoo henkilökohtaisista asioistaan, relationaalisesta näkökulmasta katsottuna hän kertoo myös muista sosiaalisista yhteisöistä tai ryhmistä, joihin hän kuuluu, kuten parisuhteesta, perheestä, tuttavuus- tai työsuhteista. Itsestäkertomisen kautta nämä asettuvat myös suhteessa puhujaan ja kertovat hänen sosiaalisista rooleistaan. Samoin myös reagoitaessa itsestäkertomiseen ei reagoida pelkästään sen sisältöön, vaan myös siihen, mitä itsestäkertominen sanoo suhteesta ja suhteen tulevaisuuteen liittyvistä implikaatioista (Derlega & al. 1993). Dindian (1997, 416) mukaan itsestäkertominen konstituoii ehdotuksen suhteen läheisyydestä: kertomalla intiimiä tietoa samalla ehdotetaan myös suhteen määrittelyä läheiseksi, minkä sitten toisen reaktio vahvistaa tai hylkää. Tästä näkökulmasta onkin kiinnostavaa, miten esimerkiksi potilas reagoi lääkärin kertomaan henkilökohtaiseen informaatioon tai miten lääkäri potilaan.

Kontekstitekijät vaikuttavat itsestäkertomisen vuorovaikutukselliseen luonteeseen ja siihen, miten sitä vuorovaikutuksessa tulkitaan. Tämä näkyy esimerkiksi itsestäkertomisen henkilökohtaisuuden arvioimisessa. Opetustilanteessa opettajan perhettään koskeva henkilökohtainen informaatio tulkitaan erityisenä verrattuna samaan informaatioon tuttavien välisessä epävirallisessa jutustelussa, lääkäri-potilaskontaktissa potilaan kertomaa arkaluontoista informaatiota pidetään tavallisena ja odotuksenmukaisena, mutta se, että lääkäri sanoo olevansa samanikäinen kuin potilas tai pitävänsä koirista, tulkitaan todennäköisesti henkilökohtaisemmaksi kuin jos sama informaatio esitettäisiin arkisessa keskustelussa. Sama itseä koskeva tieto koetaan siis henkilökohtaisempaan tuntemattomien välisessä tai institutionaalisessa vuorovaikutuksessa kuin läheisessä suhteessa tai epävirallisessa keskustelussa. (Holtgraves 1990, 193). On siis oletettavaa, että institutionaalis-professionaalisissa suhteissa osapuolten itsestäkertomista säätelevät erilaiset odotukset ja normit kuin yksityisissä viestintäsuhteissa.

6.2 Lääkärin itsestäkertominen potilassuhteessa

Terveystieteiden ammattilais-asiakasviestinnässä itsestäkertomista on käsitelty lähes pelkästään asiakkaan itsestäkertomisena ja siltä kannalta, miten ammattilainen voi edistää sitä. Esimerkiksi Northouse ja Northouse (1998, 49) määrittelevät itsestäkertomisen merkitsevän terveydenhoitokontekstissa erityisesti potilaan *omia tunteitaan koskevaa* kertomista, eli itsestäkertominen nähdään sisällöltään hyvin rajattuna. Parrot, Duncan ja Duggan (2000) kokoavat artikkelissaan organisatorisia, kulttuurisia, henkilökohtaisia ja viestinnällisiä piirteitä, jotka heidän mukaansa uhkaavat potilaiden yksityisyyttä ja vähentävät heidän halukkuuttaan kertoa itseään koskevia asioita. Kaikkein merkityksellisimpänä Parrot ym. (2000, 147) pitävät hoidonantajien sensitiivisyyttä omaa viestintäänsä kohtaan. Hoidonantajan olisi tiedostettava, että hänen viestintänsä vaikuttaa siihen, mitä potilas kertoo hoidonantajalle: kertooko hän esimerkiksi asian kokonaisuudessaan vai karsiiko siitä jotain. Potilaan (itsestä)kertomisen on esitetty olevan tärkeää potilaan kannalta, koska sen on katsottu

- lieventävän potilaan emotionaalista jännitystä ja ahdistusta,
- tarjoavan potilaalle mahdollisuuden saada palautetta omista tunne-reaktioistaan ja
- edistävän ongelman ratkaisemista ja auttavan potilasta tarkastelemaan tilannettaan objektiivisemmin (Northouse & Northouse 1998, 53).

Hoidonantajan itsestäkertominen asiakkaille tai potilaille tai toisille hoidon asi-antuntijoille on sen sijaan ollut (ymmärrettävästikin) tutkimuksissa ja alan kirjallisuudessa vähemmän esillä.

Lääkärin itsestäkertomisessa keskeistä on sen sopivuus ja tarpeellisuus. Lääkärin itsestä kertomiseen liittyvä oletus on, että lääkäri ei pidä kertoa potilaalle omista kokemuksistaan ja tunteistaan (Lupton 1996, 168). Esimerkiksi Billings ja Stockle (1989, 23) neuvovat lääkäriä välttämään henkilökohtaisen informaation kertomista, koska lääkäri ei voi ennustaa potilaan reaktiota eikä myöskään sitä, miten informaatio vaikuttaa lääkäri-potilassuhteeseen. Lääkäri voi heidän (1989, 23) mukaansa kertoa valikoituja asioita itsestään huolellisesti valituissa erityistapauksissa, joissa henkilökohtainen informaatio voisi vahvistaa suhdetta. Itsestäkertomisen tulisi siis olla hoitoprosessin kannalta perusteltua, sitä edistävää ja tukevaa.

Smith-Dupren ja Beckin (1996, 83–84) mukaan lääkäriin itsestäkertomisen voidaan nähdä vähentävän potilaan itsestäkertomisen kasvoja uhkaavaa luonnetta, koska tällöin potilaan ajatukset ja huolenaiheet eivät näyttäyty tyhminä tai irrationaalisina vaan oikeina, normaaleina ja järkevinä. Smith-Dupre ja Beck (1996, 84) toteavat, että lääkäriin itsestäkertominen ilmentää yhteistyöhakuisuutta, mikä tarkoittaa samalla myös lääkäriin pyrkimystä tulla lähemmäksi potilasta. Lääkäriin itsestäkertomisen oikeutus tulee siitä, että se edistää potilaan itses-

täkertomista ja auttaa lääkäriä ymmärtämään potilasta (Northouse & Northouse 1998, 58). Näin ollen Northouse ja Northouse (1998, 58) ajattelevat, että lääkärin viestinnässä tulisi olla *jonkin verran* vastavuoroista itsestäkertomista, mutta siten, että *vuorovaikutuksen fokus pysyy koko ajan potilaassa* eikä siirry lääkäriin. Vaikka lääkäri siis kertoisi itsestään, toiminnan pitäisi liittyä käsiteltävään potilaan asiaan. Tällöin voidaan puhua *terapeuttisesti perustellusta itsestäkertomisesta*.

Terapeuttista itsestäkertomista on esimerkiksi se, että lääkäri kertoo itsensä tai perheensä hoito- tai lääkkeen käyttökokemuksia potilaalle.

- L: yhym, mä oon väliin jopa vii- viime aikoina tehny sitä, että perustellu jotakin, jotkut pel- pelkää kortisonivoiteita, mä oon sanonu et tiijätkö, mä käytän tätä samaa ni puoltoista vuotiaalle tyttäreille, et sil tavalla. *ahaa*, joo, et tulee joku tämmönen niinku käytännön esimerkki ja mä aattelin että se vois niinku vähän avartaa sitä ajatusta siinä sitte. et sit mä oon miettiny vaan jälkeinpäin et tuota, mut mä, en mä oo kokenu pahana sitä. (Lc)

Tällaisessa tilanteessa lääkäri on kaksoisroolissa: hän puhuu samaan aikaan sekä lääketieteen ammattilaisena että lääkkeen käyttäjänä. Seuraavassa esimerkissä lääkäri puolestaan kertoo potilaalle, miten hän ratkaisi mitella-ongelman kotioloissa vastaavassa tilanteessa:

- L: niin. nythän se tietysti kaikkein paras olis, tosiaan mä oon joskus tehny kotona ni, ihan sellasesta isosta huivista siitä saa ihan hyvän (kirjoittaa)
 P: joo
 [keskustelua katkaistu]
 L: siitä sai tosi hyvän mitellan (kirjoittaa)
 P: joo (Le ja E4)

Kummassakin esimerkissä lääkärin itsestäkertominen toimii myös myönnyttämis- tai vaikuttamiskeinona, jota käyttäen lääkäri perustelee tietyn menettelyn toimivuutta (huivi) tai pyrkii vaikuttamaan tiettyyn lääkeaineeseen (kortisoniin) liittyviin liiallisiin pelkoihin. (Asiantuntijan omaa kokemusta on käytetty paljon vaikuttamiskeinona esim. mainonnassa: lastenhoitaja, joka kertoo oman lapsensa hoitamisesta, koetaan yleensä luotettavampana kuin hoitamiseen täysin perehtymätön henkilö.) Lääkäri voi hyvinkin tietoisesti käyttää tätä keinoa päämääränsä saavuttamiseen, kuten lääkäri c, mutta usein itsestäkertominen ei välttämättä ole tiedostettua toimintaa (itsestäkertomisen tiedostamisesta ks. Rosenfeld 2000).

Selkeän terapeuttisen itsestäkertomisen lisäksi lääkärin itsestäkertominen voi olla myös suhdetta ylläpitävää. Lääkäri voi esimerkiksi tehdä itsensä ja potilaan jonkin asian suhteen samankaltaiseksi, eli hän voi jossain määrin identifioitua potilaaseen. Samankaltaisuus voi olla hyvin "pinnallistakin", mutta tehdä silti suuren vaikutuksen, kuten seuraavassa esimerkissä

- P: siinä tulee silloin semmonen (.) läheisempi suhde minun ym- mielestäni, läheisempi suhde siihen lääkäriin kun tuota se puhuu muutakin asiaa siinä välissä ku se esimes niinku edellisellä kerralla, kävin silloin ni tuota ku se kysy ku se täytti niitä papereita kysy mikä on miun ikä, mie sanoin että (vuosien lukumäärä) on mittarissa niin se sano että myö ollaankin samanikäisiä miehiä (nauraen) (B15)

Yhteisyyttä ja samankaltaisuutta rakentavat myös lyhyet, jotakin yhteistä jaettavaa esille nostavat kommentit. Seuraavassa katkelmassa potilas kuvailee asuinalueensa topografiaa, joka on myös lääkärille tuttu:

- P: se kaisankuja menee just sinne messualueelle jatkuu kävelytiena
 L: (lääkäri nyökyttelee) joo, messualueella mä kävin aikoinaan (laittaa kynän taskuun, kääntää paperin ja tyrkkää tuolinsa taaksepäin ja lähtee liikkeelle)
 P: hmm, me käytiin kans joskus aikoinaan (Lb ja B5)

Puheessaan lääkäri osoittaa tuntevansa potilaan asuinseutua, ja tuntemisen ilmaiseminen, olipa kyseessä esimerkiksi käynti samassa paikassa tai tilaisuudessa, rakentaa läheisyyttä, koska osapuolet osoittavat jakavansa jotakin. Lääkärin itsestäkertominen päättää edellisessä esimerkissä myös vastaanoton yhden vaiheen: tämän jälkeen lääkäri lähtee hakemaan tutkimusvälineitä ja ryhtyy tutkimaan potilasta. Potilaan vastaus "hmm, me käytiin kans joskus *aikoinaan*", kun hän vielä toistaa lääkärin käyttämän sanan, vielä korostaa heidän välistä yhteisyyttään. Näin myös potilas viestinnässään identifioituu lääkäriin eikä päinvastoin, kuten useimmiten tapahtuu.

Vaikka esimerkiksi Smith-Dupre ja Beck (1996) kuvailevatkin lääkärin itsestäkertomista hoitosuhdetta tukevana ja osapuolia lähentävänä, siihen liittyy myös ristiriitaisia aineksia, jopa haitallisiksi koettuja seuraamuksia, kuten seuraavasta esimerkistä käy ilmi.

- T: oot sä niinkun tietosesti miettiny sitä just että itsestäsi, semmosia henkilökohtasia asioita (- -)
 L: [joo] se on semmonen aika vaikee juttu, nimittäin jos sä jossain vaiheessa sitä, must tuntuu että nuorempana on aika äkkiäkin niinkun mietti sitä että sanooko että mustkin on tuntunu tuolta tai, tai että mä tiedän, et mun laps on tehny kans jotain tollasta, mut sitten ihmiset ei oikein, must tuntuu et ne ei oikein tykkää siitä jos lääkäri niinkun tavallaan latistaa sen ihmisen oman ongelman sillä että sanoo että, et jollain muullakin on sillä lailla tai näin. en mä tiedä mut mä oon tullu niinkun tähän tulokseen, et mä oon, mä oon varmaan tullu aika varovaiseks siinä asiassa (Ld ja T)

Huomattavaa lääkärin puheessa on se, että hän ensinnäkin pitää henkilökohtaisten asioiden kertomisena sitä, että hän kertoo omista samankaltaisista kokemuksistaan tai omien perheenjäsentensä toiminnasta: hän ei siis kerro tarkemmin kokemuksistaan, ainoastaan viittaa niiden olemassaoloon. Jo tällainen *samankaltaisten kokemusten olemassaolon kertominen* murentaa lääkärin mielestä potilaan henkilökohtaisen asiantuntijuuden aluetta. Tämä on ymmärrettävissä niin, että lääkärin kertoma samankaltaisuus vie potilaan kokemukselta ainutlaatuisuutta ja tekee siitä tavanomaisen. (Henkilökohtaisissa suhteissa vastaanlainen toisen kokemuksen mitätöinti tapahtuu usein siten, että toinen vastaa toisen kertomaan "panemalla hieman paremmaksi".) Jos lääkäri asettuu samaan rooliin kuin kuka tahansa tuttava, se voi vähentää potilaan luottamusta lääkärin ammattitaitoon ja uhata siten hoitosuhteen olemassaoloa. Näin lääkärin itsestäkertominen voi myös heikentää hoitosuhdetta.

Lääkärin itsestäkertomisen kaksitahoisuus tulee esille myös tarkasteltaessa sen suhdetta empatiaan. Lääkärin itsestäkertomisen voidaan nähdä osoittavan empatiaa (ks. esim. Smith-Dupre & Beck 1996), jota pidetään hoitoprosessia tukevana ja suhteen luottamuksen kannalta oleellisena asiana. Kuitenkin lääkäriin itsestäkertomiseen sisältyy myös empatian toinen puoli eli potilasta hallitsevan ja siten hoitosuhdetta vesittävän empatian mahdollisuus. Buber (1962) tekee selvän eron *empatian ja dialogisen kohtaamisen välillä*. Buberin mukaan empatia on välittömän elämismaailman abstrahoimista nykyisestä tilanteesta. Abstrahoivassa empatiassa projisoimme omia tunteitamme empatian kohteeseen, siirämme itsemme kuvitteellisesti *toisen paikalle* (Buber 1962, 802), korvaamme esimerkiksi toisen kokemukset omillamme. Näin ollen hyvistä tarkoituksista huolimatta empatia voi olla toisen muotoilemista itsemme mukaisiksi, pahimmillaan toisen esineellistämistä (Värrö 1997, 72-73), hänen kokemustensa halluunottoa ja niiden pakottamista omien kokemustemme kaltaisiksi.

Tässä tulee esille itsestäkertomisen vastavuoroisuuteen lääkäripotilassuhteessa liittyvä jännite: vastaanottotilanteessa itsestäkertomiseen liittyy vastavuoroisuuden periaate. Dindia (2000, 33) toteaa, että itsestäkertomiseen pyritään aina vastaamaan eli se on vastavuoroista kaikenlaisissa sosiaalisissa suhteissa, ei vain henkilökohtaisten suhteiden alkuvaiheessa, kuten usein on ajateltu. Vaikka itsestäkertomisen vastavuoroisuus on normatiivista, kuitenkin se ei ole vaihtelematonta tai automaattista (Dindia 2000, 28). Se ei ole välttämättä puheenvuoro puheenvuorosta -tyyppistä, jossa toisen itsestäkertomista seuraisi heti toisen vastaavanlainen teko, vaan vastavuoroisuus voi toteutua keskustelun aikana. Kuitenkin suhteissa, joissa vastavuoroisuutta ei odoteta, toisen osapuolen itsestäkertominen luo epätasapainoisen suhteen, mikä lisää potentiaalisia ongelmia. Tämä on tilanne myös lääkäri-potilassuhteessa.

Jokainen lääkäri ratkaisee aina jotenkin, mitä hän pitää itseä koskevana henkilökohtaisena informaationa potilassuhteissa ja miten ja milloin hän sellaista tietoa kertoo. Ratkaisut voivat olla etukäteen tietoisesti harkittuja tai vuorovaikutustilanteessa "automaattisesti" ratkaistuja. Esimerkiksi oma-aloitteisesta itsestäkertomisesta luopuminen ja niukka reagoiminen ovat lääkäri A:n periaatteita. Seuraavassa esimerkissä hän kuvaa menettelyään allergisten potilaiden kanssa.

- L: mulla on itelläni koira (nauraa). se auttaa tämmöstä empatiaa tässä asiassa (nauraen). en mä yleensä kerro että mullakin on koira. [...]se oli varmaan lähinnä semmonen esimerkki että tämmösiä niinku hyvin neutraaleita asioita. minä kyllä kerron jos potilas kyselee multa mutta mä pyrin koko ajan kääntää sen niinku toisin päin et minä rupeen kyselee ja hän vastaa (La)

Puheensa perusteella lääkäri välttelee vähäistenkin itseään koskevien tietojen kertomista, myös sellaisten, jotka voisivat lisätä potilaan luottamusta ja ymmärryksi tulemisen kokemusta. Lääkäri ei esimerkiksi kerro, että hänellä itsellään on koira, kun hän keskustelee potilaan kanssa, joka saattaa joutua hävittämään koiransa. Lääkäri siis kokee empatiaa, mutta hän ei halua tehdä sitä vuorovaikutuksessa verbaalisesti näkyväksi. Nonverbaaliset kanavat hänellä on tietysti käytettävissään. Lisäksi, jos potilas kysyy lääkäriltä henkilökohtaisia asioita,

tämä pyrkii kääntämään keskustelun aina odotuksenmukaiseksi eli niin että lääkäri kysyy potilaalta eikä potilas lääkäriltä.

Tällainen menettely voidaan nähdä lääkärin pyrkimyksenä hallita ja ylläpitää institutionaalista kehystä, jossa interaktiopiirit tai -identiteetit ja suhde toteutuvat. Erilaisten kehysten avulla puhuja voi ohjata kuuntelijan tulkintoja, viestille mahdollisesti annettavia merkityksiä. Kehys on relationaalinen käsite, metaviesti, siinä mielessä, että se osoittaa, miten toimijoiden välinen suhde on ymmärrettävä. (Ribeiro 1996, 182.) Kontekstuaaliset vihjeet, joilla kehyksiä signaloidaan, ovat usein hyvin implisiittisiä tai hienovaraisia, esim. paralingvistisia ja prosodisia piirteitä (Goffman 1981) tai muita nonverbaalisia vihjeitä (Kendon 1990). Ne voivat olla myös hyvin selkeitä, kuten aiheen vaihtaminen. Kun tai jos kehys vaihtuu, muuttuvat myös toimijoiden interaktiopiirit ja interaktiotavat, ja samalla syntyy toisenlainen todellisuus (Ribeiro 1996, 182).

Mishlerin (1984, 107) mukaan potilaat ehdottavat usein poikkeamista institutionaaliseen kontekstista tuomalla esille "siiviliasioita", epävirallisia, kokemusmaailmaansa liittyviä interaktiopiiritä tai -paikkoja. Koska lääkärit hyväksyvät harvemmin potilaiden tarjoaman arjen näkökulman, he useimmiten keskeyttävät potilaan puheen (Ribeiro 1996, 181) tai muutoin ohjaavat keskustelun haluamaansa suuntaan, pois henkilökohtaisesta kehyksestä takaisin institutionaaliseen.

Erittäin vahvoja kehysten siirtymistä implikoivia viestintätekoja ovat potilaiden lääkäreille tekemät *henkilökohtaiset* kysymykset, joita tämän tutkimuksen aineistossa ei esiintynyt. Kysymystähän pidetään itsessään jo toisen osapuolen kasvoja uhkaavana, koska se velvoittaa vastaamaan. Esimerkiksi kysyessään lääkäriltä henkilökohtaisen kysymyksen (kuten "onko teillä lapsia?") potilas rikko kahta lääkärin ja potilaan välisen vuorovaikutuksen normia (normeista ks. esim. Frankel 1984; West 1983). Ensiksi hän vaihtaa tai muuttaa diskurssi-rooliaan eli kysyjä-vastaaaja -asetelmaa, ja toiseksi hän siirtää puheenaiheen oman asiansa käsittelystä lääkärin henkilökohtaisiin asioihin, jolloin hän haastaa lääkärin astumaan muuhun kuin lääkärin rooliin (Ribeiro 1996, 180). Tällainen muu sosiaalinen rooli voi olla vanhemman, samanikäisen sama sukupuolta olevan, samasta ongelmasta kärsivän tai juhannuksen tai vaikkapa joulun viettäjän rooli.

Henkilökohtainen kehys tarkoittaa myös symmetrisempää asetelmaa ja asiantuntija-asiakassuhteen jäämistä taka-alalle, jolloin siihen siirtyminen rikko lääkäri-potilassuhteen lähtökohdallista etäisyyttä. Myös edellisen esimerkin lääkäri sanoo toimivansa, kuten Ribeiron (1996, 180) mukaan tapana on, eli lääkäri keskeyttää pikaisesti tämän ohimenevän läheisyyden hetken ja palauttaa kehysten institutionaaliseksi. Vaikka Ribeiro näkee paluun institutionaaliseen kehykseen negatiivisena, koska se kertoo hänelle institutionaalisen kehysten ylivallassa henkilökohtaiseen (potilaan) kehykseen nähden, niin kehysten palautuminen - mikäli se tarkoittaa lääkärin itseään koskevan informaation kertomatta jättämistä - voi myös tietyissä tilanteissa merkitä juuri tilan antamista potilaan asiantuntemukselle ja siten *potilaan aseman vahvistamista*.

6.3 Miten potilaat vastaavat lääkärin itsestäkertomiseen?

Kuten aikaisemmin todettiin, itsestäkertominen edellyttää vastavuoroisuutta. Näin ollen lääkärin itsestäkertominen vaatii potilasta reagoimaan jollain tavalla, ja siten myös potilas osallistuu kertomisen ja suojaamisen välisen jännitteen hoitamiseen. Tämä näkyy siinä, missä määrin potilas tukee ja vahvistaa lääkärin kertomista (yksityisen maailman esille tuomista) ja missä määrin hän toisaalta suojaa lääkärin yksityisyyttä eli tukee suhteen julkis-virallista luonnetta. Pohdin esimerkkitapausten kautta potilaiden reagoimista lääkärin itsestäkertomiseen.

Potilaat eivät voi toisaalta välttyä vastavuoroisuuden vaateelta, mutta toisaalta tilanteen luonteen huomioon ottaen, he eivät voi kuitenkaan osallistua siihen samalla tavoin kuin henkilökohtaisissa suhteissa.

- L: nyhän se tietysti kaikkein paras olis, tosiaan mä oon joskus tehny kotona ni, ihan sellasesta isosta huivista siitä saa ihan hyvän (kirjoittaa)
- P: joo
- L: (4) mä taidan olla sen verran vanhempi että, on kukkahuivia (kirjoittaa, nauraa)
- P: (hymyilee) ei taijja olla semmosta
(4)
- L: ei mullakaan ite asiassa enää oo mutta pitkään oli (kirjoittaa)
- P: enää ei tuu piettyä
- L: yhym (kirjoittaa) (Le ja E4)

Yllä olevassa esimerkissä lääkäri neuvoo potilasta tekemään sidoksen tavallisella huivilla, jolloin hän tukeutuu omaan kokemukseensa: "mä oon joskus tehny kotona..." Tämä voidaan ymmärtää itsestäkertomisena, koska kyseessä on tieto, jota potilas ei muista yhteyksistä voi saada. Tämän jälkeen lääkäri jatkaa huiviasiaa siirtymällä omiin kokemuksiinsa. Ensin hän suhteuttaa (rinnastaa) itseään potilaaseen sanomalla "olen sen verran vanhempi". Tätä myös voidaan pitää itsestäkertomisena, vaikka tällainen tieto voidaan päätellä myös itse tilanteesta. Tällainen lääkärin tekemä vertailu luo suhteeseen henkilökohtaisuutta, vaikka siinä onkin kyse lääkärin ja potilaan erilaisuuden (ikäeron) toteamisesta.

Kun lääkäri kertoo kukkahuivistaan ja nauraa, hän siirtää samalla keskustelun fokuksen potilaan ohjaamisesta itseensä, omiin kokemuksiinsa. Tähän potilas vastaa hymyllä, ei naurulla, jolloin hän osoittaa lääkärille huomioivansa lääkärin kertoman asian ja naurun *menemättä siihen kuitenkaan mukaan*, sekä vastaa asiallisesti: "ei taijja olla semmosta." Potilaan vastaus saa lääkärin siirtymään nopeasti takaisin asiaan ja kirjoitustehtäviin. Kuitenkin potilas jatkaa huivikeskustelua vastaamalla lääkärin edellistä puheenvuoroa mukailien "enää ei tuu piettyä". Näin potilas vahvistaa lääkärin itsestäkertomista ja osoittaa osallistuvansa aiheen käsittelyyn. Hän ei kuitenkaan kysy lääkäriltä suoraan mitään asiaan liittyvää, eikä hän myöskään osoita kommenttiaan suoraan lääkärille (esim. "et enää pidä", "sinun ei tule enää pidettyä"), vaan valitsee epäsuoran, geneeriseen ilmauksen ("enää ei tuu pidettyä"). Voidaan sanoa, että potilas osallistuu lääkärin itsestäkertomiseen, mutta toisaalta myös pitäytyy julkis-virallisella tasolla eli ylläpitää lääkärin yksityisyyttä.

Seuraavassa keskusteluesimerkissä lääkäri puolestaan pyytää potilasta osallistumaan itseään koskevan asian kertomiseen:

- P: (- -) mä oon ollu reissussa ympäri suomee, tääl on tota nää mun (selaillee papeireita, avaa yhden) peffit, juhannusaattoilta puuttuu koska
- L: ymmärrän (hymyilee, naurahtaa)
(molemmat nauravat, potilas katsoo ikkunasta ulos)
- L: se on luonnollista (nauraen)
- P: olin kyllä ihan kotona mutta kerta kaikkiaan nukahin ennen kuin muistin (katsoo syliinsä) en ollu ees kovasti humalassa, olin ehkä juonut puoli pulloa viiniä
- L: (katsoo papereihin) mäkin vietin semmosen juhannuksen että en oo aikoihin viettäny, se oli niin radikaali tempu että en muista aikoihin tehneeni. Tiedäks mitä mä tein juhannuksena (nostaa katseensa potilaaseen)
- P: (.) no aikoihin, sit se jotakin epätavallista
- L: ni
- P: suursiivous
- L: mä en tehny mitään
(Potilas alkaa nauraa)
- L: mä en lähteny mihkään, mä menin nukkumaan (nauraa)
- P: joo (✓)
- L: vähän niinkun sinä (lääkäri ryhtyy kirjoittamaan)
- P: yhym
(hiljaisuus, lääkäri kirjoittelee)
- L: minusta se oli paras juhannus aikoihin (siirtää papereita, jatkaa lukemista) (Lb ja B11)

Esimerkissä lääkärin puhe omasta juhannuksen vietostaan on vastavuoroista edellä käsitellylle potilaan juhannukselle, mikä sinänsä ei ole kovin tavallista vastaanottotilanteissa. Lisäksi nimenomaan lääkäri on kohtauksessa ilmeisen humoristinen, mitä voidaan pitää poikkeuksellisena. Suomalaisia terveyskeskuslääkäreitä tutkinut Haakana (2001, 138) toteaa, että lääkärit tuovat harvoin naurun aiheita esille vastaanotollaan.

Lääkärin ja potilaan suhdetta ajatellen huomattavaa lääkärin puheessa on se, että hän tekee potilaan ja itsensä juhannuksesta erikoisen ("mäkin vietin semmosen juhannuksen että en oo aikoihin viettäny"), vaikka potilas ei puheessaan omaansa erikoisena kuvaakaan. Näin lääkäri siis tekee itsestään ja potilaasta samankaltaisempia kuin mitä aikaisempi vuorovaikutus antaa aihetta ymmärtää. Voidaan myös ajatella, että lääkäri omasta juhannuksestaan puhuesaan suojelee potilaan kasvoja, lieventää potilaan mahdollisesti tuntemaa häpeää tai arkailua oman juhannuksensa suhteen.

Itsestään puhuessaan lääkäri siirtyy samaan rooliin kuin potilas aikaisemmassa puheessaan eli juhannuksenviettäjäksi. Hän identifioituu potilaaseen, ja samalla lääkärin ja potilaan suhde siirtyy henkilökohtaisemmalle tasolle. Reaktioistaan - tauko ennen vastaamista ja vastaustapa - päätellen potilas yllättyy lääkärin kysymyksestä, joka pakottaa potilaan vastaamaan eli arvailemaan lääkärin juhannuksenviettotapaa. Potilaan on siis osallistuttava lääkärin itsestäkertomiseen omalla ehdotuksellaan. Potilas vastaa naurulla lääkärin "paljastukseen" ja osoittaa siten olevansa mukana lääkärin itsestäkertomisessa. Tämän jälkeen potilas ja lääkäri nauravat yhdessä lääkärin epätavalliselle juhannuksenviettotavalle. Potilaan nauru on ainoa oikea reaktio tai vastausvaihtoehto lääkärin paljastukseen, ja yhteisnauru kruunaa lääkärin kertomuksen. Toi-

saalta lääkäri ja potilas ovat myös rakentaneet paikkaa yhteiselle naurulle ryhtyessään puhumaan juhannuksenvietosta. Aiheena se ruokkii humoristisuutta ja naurua. Näin lääkäri on tavallaan varma siitä, että potilas on valmis nauramaan (ks. Haakana 2001, 140).

Esimerkissä on huomattavaa, että potilas ei oma-aloitteisesti kysy lääkäriltä tämän juhannuksesta eikä hän myöskään kerro omasta juhannuksestaan enää lisää. Myöntelemällä lyhyesti lääkärin puheenvuoroja (kursiivilla merkityt kohdat) potilas lähinnä kuittaa kuulleensa ne. Tämä on vastaanottotilanteessa luontevaa käyttäytymistä, mutta esimerkiksi epävirallisissa keskusteluissa tällaiseen toisen itsestäkertomiseen osallistuttaisiin todennäköisesti kysymällä asiasta tarkemmin ja kommentoimalla sitä kantaaottavammin. Institutionaalinen konteksti säätelee ja asettaa rajoituksia lääkärin itsestäkertomiselle, joiden mukaan myös edellisen esimerkin potilas toimii ja joita hän myös osaltaan toiminnassaan tuottaa. Potilas suojelee lääkärin yksityisyyttä, ja samalla omaansa, sekä tukee lääkärin ammatillista roolia. Näin potilas osallistuu lääkärin yksityisyyden rajojen määrittelemiseen ja hoitamiseen. Tämä on osoitus myös siitä, miten lääkäri-potilasvuorovaikutuksessa käytetään samoja viestintäresursseja tai -muotoja kuin arkipäivän keskusteluissa, mutta institutionaalisisessa kontekstissa ne saavat erilaisia merkityksiä, jolloin ne siis myös tuottavat erilaisia asioita (Arminen 2001, 452–454). Voidaan sanoa, että itsestäkertomista säätelevät institutionaalisisissa suhteissa erilaiset prosessit kuin henkilökohtaisissa suhteissa.

Itsestäkertomisella lääkäri voi myös kontrolloida vuorovaikutusta niin, että potilaan on vaikeaa nostaa keskusteltavaksi hoitoon liittyvä asia, jonka lääkäri haluaa hoidettavan tietyllä tavalla, kuten seuraavassa esimerkissä:

- L: niin tota, nyt on moraalinen velvollisuus minusta kyllä ottaa, ottaa se, kuva. menisitkö käymään het sinne, onko sulla muita suunnitelmia nyt.
 P: no mulla on semmonen suunnitelma, mulla on tuolla kaverit oottamassa kahvilla et me lähetään retrettiin mukaan
 L: nyt heti
 P: yhym
 L: aha, no käytkö sitten tuossa [laitoksen nimi] ottamassa se, poskiontelokuva
 P: sää haluaisit nähä sen nyt ?
 L: niin, kun mä jään huomenna lomalle. Sä voisit soittaa mulle tähän numeroon kun tää on aina mulla, annatko sen (2) se on muuten varmaan kiva siellä retre-tissä, mä kävin siellä viime kesänä ja, vaikka mä en oo harrastanutkaan noita maalaustaiteita ni, kyl mä sanon että se oli virkistävä reissu et jotenkin, jotenkin se tonne, hypothalamukseen vaikutti edullisesti (naurahdus)
 P: niin sehän tässä on toiveena (Lb ja B11)

Kertomalla omista kokemuksistaan, jotka liittyvät samaan paikkaan kuin mihin potilas on menossa, lääkäri siirtää puheen pois siitä, että hän on vaatinut potilasta menemään välittömästi röntgeniin, vaikka potilaalla on ollut sovittu meno. Vaatiessaan lääkäri on asiantuntijan roolissaan, joka oikeuttaa hänet käskemään potilasta ja antamaan määräyksiä. Suhteessa korostuu tällöin toisen kontrolloiminen ja hierarkkisuus. Siirtyessään puhumaan Retretistä lääkäri kuitenkin vaihtaa kehystä henkilökohtaisten kokemusten maailmaan, mikä rakentaa samanlaisuutta ja symmetriaa potilaaseen: olet menossa sinne, missä minäkin olen käynyt ja mistä minä pidin. Kuvaillemalla positiivisia kokemuksiaan ja tai-

teen katsomisen vaikutuksia lääkäri rakentaa myönteistä, tulevaisuuteen viittaavaa ilmapiiriä: hyvää ja virkistävää on luvassa myös potilaalle. Tästä lääkärin kertomisesta potilaan olisi vaikeaa palata keskustelemaan röntgenkuvan ottamisen välttämättömyydestä. Hän joutuisi viemään keskustelun ja myös suhteen takaisin hierarkkiseen kehykseen ja kyseenalaistamaan lääkärin esittämän vaatimuksen mennä heti röntgeniin. Näin ollen ei ole yllättävää, että potilas pysyy henkilökohtaisessa kehyksessä eli jatkaa samasta aiheesta ja samanhenkisesti toivomalla tulevalta matkaltaan virkistävyttä.

7 AUTONOMISUUDEN JA RIIPPUVAISUUDEN DIALEKTIKKAA: POTILAAN OSALLISTUMINEN

7.1 Valittu näkökulma

Autonomisuus-riippuvaisuus on institutionaalis-professionaalisissa suhteissa väistämätön jännite, jota pitävät yllä näille suhteille ominaiset asymmetrisyydet – tiedon ja tietämisen (kuka saa osoittaa tietävänsä ja mitä) ja osallistumisen asymmetria – ja niihin kytkeytyvät osapuolten erilaiset oikeudet ja velvollisuudet. Siinä on kysymys osapuolten riippuvaisuudesta toisiinsa, heidän pyrkimyksistään ylläpitää ja tuoda esille omaa oikeuttaan ja itsenäisyyttään sekä tilan antamisesta toisen määrittely- ja itsenäisyyspyrkimyksille. Lääkärin toimintaan kohdistuvat kysymykset, missä määrin potilas tulisi ottaa mukaan päätöksentekoon, pitäisikö häntä siihen houkutella ja mikä puolestaan on lääkärin autonomista aluetta ja miten ylläpitää sitä. Potilas puolestaan joutuu ratkaisemaan sen, miten hän osallistuu asiansa käsittelemiseen vai osallistuuko siihen lainkaan ja jättää päätöksenteon kokonaan lääkärin tehtäväksi.

Osallistuva potilas haluaa vaikuttaa asiansa käsittelemiseen ja siinä suhteessa hän pyrkii autonomisuuteen. Lääkärin toiminnan kannalta lääkäri, joka antaa tilaa potilaan osallistumiselle, samalla tekee päätöksenteon potilaasta riippuvaisemmaksi. Asioista yksin päättävä lääkäri toimii autonomisesti. Osallistumaton potilas puolestaan jättää päätöksenteon lääkärille, mikä korostaa hänen riippuvaisuuttaan lääkäristä. Kuitenkaan jako ei ole käytännössä näin yksioikoinen. Potilaan osallistumattomuus ei välttämättä merkitse riippuvaisuutta, vaan se voi myös ilmentää potilaan itsenäisyyttä. Osallistumalla mahdollisimman vähän potilas hallitsee itseään koskevaa informaatiota, ja sitä kautta hän voi pyrkiä turvaamaan omaa koskemattomuuttaan ja autonomisuuttaan. Autonomisuuden ylläpitäminen voi ilmetä myös esimerkiksi hoito-ohjeiden noudattamattomuutena.

Tässä luvussa tarkastelen autonomisuuden ja riippuvaisuuden jännitettä potilaan osallistumisen ja yhteisen päätöksenteon kannalta. Tällöin liikutaan osallistumisen ja osallistumattomuuden, aktiivisuuden ja passiivisuuden, kont-

rollihakuisuuden ja kontrollista luopumisen sekä ennen kaikkea tietämisen ja sen osoittamisen oikeuden kysymyksissä. Lähestyn autonomisuuden ja riippuvaisuuden jännitettä kahdesta näkökulmasta.

- a) Ensiksi tarkastelen potilaan osallistumista yhteisen päätöksenteon näkökulmasta. Siinä tulee esille käsitteellisten jäsenysten, lääkäreiden ja potilaiden kokemusten sekä ideaalin välinen jännitteisyys. Käsitteelen sitä, millaisena lääkäreiden ja potilaiden puheessa kuvataan potilaan mukana olemista päätöksenteossa, ja pohdin näitä kuvauksia suhteessa viestintätieteellisessä tutkimuskirjallisuudessa esitettyihin näkemyksiin. Tarkastelen lääkäreitä ja potilaita ryhmänä, en yksittäisinä lääkäri-potilaspareina. En siis tutki tietyn lääkärin ja hänen potilaidensa näkemyksiä suhteessa toisiinsa.
- b) Lähestyn jännitettä myös aktuaalisen vuorovaikutuksen tasolla. Autonomisuuden ja riippuvaisuuden jännite ilmenee ymmärrettävästi sellaisissa tilanteissa, joissa osapuolet joutuvat kohtaamaan ja asettamaan tietämisen rajoja ja osoittamaan tietämisen oikeutta. Tällaisia ovat esimerkiksi tilanteet, joissa potilas esittää diagnoosiehdotuksen eli oletuksen vaivansa aiheuttajasta, joissa hän pyytää tai vaatii lääkäriltä tiettyä hoitoa tai lausuntoa, tai joissa lääkäri ja potilas näkevät eri tavoin asian neuvoteltavuuden. Kuvaan esimerkkien avulla, miten vuorovaikutusta näissä tilanteissa voidaan ymmärtää autonomisuuden ja riippuvaisuuden jännitteen näkökulmasta.

7.2 Potilaan osallistuminen ja yhteinen päätöksenteko tavoitteina

Kun aikaisemmin lääkäri-potilasviestinnän tutkimukset painottuivat lääkärin viestintäkäyttäytymisen tarkastelemiseen, viime vuosina suuntaus on ollut yhä enemmän potilaaseen (ks. Rimal 2001; Stewart 1995). Potilasta korostava näkökulma on noussut esille paljolti kritiikkinä lääkärikeskeisen tutkimuksen kapealaisuutta ja sen rajoituksia kohtaan. Tämä puolestaan on Rimalin (2001, 95) mielestä johtanut siihen, että monet potilaskeskeiset tutkimukset perustuvat potilaan aseman voimaantumisen malliin (patient empowerment-model), jossa lääkäri ja potilas nähdään keskinäisessä vuorovaikutuksessa toimivina tasavertaisina kumppaneina.

Samansuuntainen näkemys vallitsee myös viestintätieteellisissä tutkimuksissa, joissa lääkäri-potilassuhdetta ja -viestintää kuvataan yhteisenä tekemisenä: yhteisymmärryksenä, yhteistyönä, yhteisenä tai jaettuna päätöksentekona tai neuvotteluna (ks. esim. Ballard-Reisch 1990; Haug 1994; Kreps 1992; Ong & al. 1995, 905). Samanlainen potilaskeskeisyyden tavoite esiintyy yleisesti hoitoalan käytänteitä käsittelevässä kirjallisuudessa (ks. esim. Jaatinen 1996; Viitanen 1999). Yhdessä tekemisen henki on mukana myös hoitamista koskevassa juridiikassa, sillä laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1993) korostaa yhdessä te-

kemisen ja yhdessä päättämisen tavoiteltavuutta. Kokkonen (1997) tulkitsee lain sisältöä seuraavasti:

"Hoidon on tapahduttava potilaan ja terveydenhuoltohenkilöstön keskinäisessä yhteisymmärryksessä. Yhteisymmärrys voidaan saavuttaa vain aidossa vuorovaikutuksessa. Tämän vuoksi on hyvä, että terveydenhuoltohenkilöstön koulutuksessa on alettu vakavasti panostaa ihmissuhdetaitojen ja vuorovaikutuksen opetukseen." (Kokkonen 1997, 75.)

Vaikka em. näkemys onkin yleisesti hyväksytty, siihen sisältyy kuitenkin ongelmallisia kohtia, kuten mitä tarkoittaa "keskinäinen yhteisymmärrys", joka saavutetaan vähintään yhtä hämärän käsitteen, "aito vuorovaikutus", avulla. Kukkola (1997, 6) puolestaan kuvaa väitöskirjassaan hoidonantajan ja potilaan toimintaa samansisältöisesti: "Yhdessä potilaan kanssa hän [hoidonantaja] suunnittelee ja toteuttaa hoidon sekä sopii jatkotoimenpiteistä". Samassa hengessä lääkärin ja potilaan toiminta ja viestintä kuvataan lääkäreille tarkoitettussa Potilaan tutkiminen -teoksessa:

"Kun lääkäri on ensin tehnyt itselleen selväksi, mitä tutkimuksia tarvitaan, hän kertoo ja perustelee ne potilaalleen. Lääkäri ja potilas ovat nyt samassa veneessä, ongelma on yhteinen, ja molemmat pyrkivät yhdessä ratkaisemaan. [...] Hoito suunnitellaan samalla tavalla yhteistyönä. Lääkäri perustelee, mitä hoidetaan, miksi ja miten. [...] Lääkäri pitää siis tutkimuksen langat omissa käsissään, mutta siten, että potilas tuntee olevansa juonessa mukana." (Mustajoki & al. 1994, 13–14.)

Kiinnostavaa tässä kuvauksessa on se, että vaikka lääkärin ja potilaan suhde kuvataan siinä yhteistyönä, jossa yhteistä ongelmaa pyritään yhdessä ratkaisemaan, niin implisiittisesti siihen sisältyy ajatus, että lääkäri on se joka toimii (kertoo ja perustelee, pitää langat käsissään) ja potilaan tehtäväksi jää ymmärtäminen ja mukana oleminen. Varsinkin viimeinen lause herättää kysymyksiä siitä, mitä yhteistyöllä mahdollaan tarkoittaa. "Pitää langat omissa käsissään" ja "tuntee olevansa juonessa mukana" voidaan ymmärtää myös niin, että kyseessä on ikään kuin yhteinen päätöksentekeminen.

Vastaavanlaista ikään kuin -toimintaa liittyy myös opetustilanteeseen: Moilasen (1996, 42) mukaan taitava opettaja ei useinkaan käytä näkyvää pakkoa saadakseen oppijat opiskelemaan, vaan hänen toiminnassaan strategisuus on piilossa ja kommunikaatio on "savuverho, jonka suojissa vaikuttaminen tapahtuu". Samalla tavalla yhteisymmärrys ja yhteinen päätöksenteko voivat toimia lääkäri-potilasviestinnässä retorisisa savuverhoina.

Viestinnän tutkimuksissa on toistuvasti raportoitu tulokseksi, että potilaat osallistuvat vastaanottotilanteen interaktioon huomattavasti lääkäreitä vähäisemmin sekä ajallisesti että puheenvuorojen määrän suhteen (esim. Roter & Hall 1992; Roter & al. 1997). Ei siis ole mitenkään yllättävää, että potilaan aktiivinen osallistuminen ja lääkärin ja potilaan välinen yhteistyö, yhteinen päätöksenteko, on tutkimuksissa nostettu tarkastelun kohteeksi, johon vaikuttavia ja jota estäviä tekijöitä selvitetään ja joihin pyritään koulutuksella vaikuttamaan (Ballard-Reisch 1990; Roter 2000; Young & Klinge 1996). Yhteistyöstä on siis tullut normatiivinen tavoite ja ammatillinen ideaali sekä tutkimuksessa että koulutuksessa. Rimal (2001, 95) toteaaakin, että moniin potilaan osallistumista

tarkasteleviin viestinnän tutkimuksiin sisältyvät seuraavat implisiittiset lähtökohtaoletukset:

- Potilaat eivät osallistu aktiivisesti päätöksentekoon.
- Potilaat haluaisivat osallistua enemmän päätöksentekoon tasavertaisina osapuolina.
- Heidän pitäisi haluta osallistua siihen enemmän.

Julkinen puhe eli viralliset lausunnot, oppikirjat ja osin myös tutkimuskirjallisuus pitävät esillä yhteisen päätöksenteon ja potilaan aktiivisemmän osallistumisen näkökulmaa. Jos asiaa tarkastellaan toimijoiden näkemysten ja arkisen toiminnan tasolla, julkinen kuvaus saa odotetusti rinnalleen osittain samoja mutta myös ristiriitaisia ja vastakkaisia aineksia sisältäviä kuvauksia. Seuraavaksi tarkastelen, millaisia näkökulmia potilaan päätöksentekoon osallistumisen kysymyksiin nousi esiin tähän tutkimukseen osallistuneilta potilailta ja lääkäreiltä.

7.3 Potilaat ja osallistuminen päätöksentekoon

Potilaiden haastattelupuheessa oli toisistaan poikkeavia mutta myös toisiaan tukevia tapoja ymmärtää potilaan osallistumista päätöksentekoon. Ensimmäinen esimerkki edustaa tapaa, jossa potilas jättää lääkärin arvioitavaksi hoitoa koskevat ratkaisut ja sen, millä lailla potilas voi olla mukana päätöksen tekemisessä.

- T: mitä tarkoittaa se kun kuulee että pitäis potilas ottaa mukaan siihen päätöksentekoon
- P: jaa, tuota, kyllä se vähän riippuu siitäkin mikä on aina tilanne, mitkä oireet on kysymyksessä elikkä, elikkä tuota tietysti lääkäri asiantuntijana tekee niitä ratkaisuja mutta tietysti on on jos ne on rankkoja ratkasuja niin sitten olis hyvä että siitä, siitä osittain puhuttais tietysti potilaallekin että täs on tämmöstä ja tää näyttää nyt tältä ja tältä ja mikä, mikä tunne sulla itsellä on jos siinä tällaiseen päädytään ni, ni, ehkä se minusta tuntuu siltä että se vähän riippus siitä mikä, mikä vaiva on ja missä se on ni, ni sen mukaan sitten et vois vähän jotain, jutella sitten potilaan olotilasta että miltä se nyt todella tuntuu että kun nää antas oireet vähän tänne päin suuntaa niin tuntuuks susta itsestä ihan nyt yhtään siltä että tää pitäis paikkansa tai jotain siis, valikoikoon sit lääkäri sanansa mutta, mutta e:n mä nyt usko että aina kaikkeen. jos mä en kerta oo kunnolla siitä tietonen niin mitäs mä menisin siitä valittaa että eihän tuo nyt noin ole, oot aivan väärässä. hänellä on oma alansa ja mulla on omani mutta tietenkin toisaalta sitä potilasta tuota, tietysti on hyvä ensin kuunnella tehköön sitten niitä ratkasujaan. (D1)

Potilaan ottaminen mukaan päätöksentekoon tarkoittaa potilaan tilanteenmuokaista, harkittua informoimista: *lääkäri kertoo, mitä katsoo tarpeelliseksi, ja kysyy potilaan tuntemuksia päätöksen suhteen*. Tarpeellisuuden lääkäri arvioi tilanteen, vaivan laadun ja ratkaisun vakavuuden perusteella. Potilaan kuvauksessa on selkeä jako: lääkäri on asiantuntija, joka tekee ratkaisut, ja potilaalla on oma

alueensa. Tämän vuoksi potilaan ei kannata valittaa, väittää lääkärin näkemyksiä vääriksi ja siten kyseenalaistaa lääkärin lääketieteellistä asiantuntemusta ja asiantuntija-asemaa. Potilaan tehtävä päätöksenteossa on tiedon vastaanottaja, joka voi kysyttäessä esittää tuntemuksiaan ratkaisun suhteen, mutta ei sinänsä vaikuttaa niihin.

Toinen potilashaastattelussa esille tullut tapa, jolla potilas voi olla mukana päätöksenteossa, oli lääkärin tekemän diagnoosin ja potilaan tuntemusten välisen yhteyden etsiminen.

- T: no mitä sun mielestä tarkoittaa sit sellanen kun puhutaan siitä että pitäis potilas ottaa mukaan päätöksentekoon
- P: niin no se tarkoittaa tietysti sitä että, että tuota, potilaalle kerrotaan ensinnäkin se diagnoosi minkälainen lääkäri, minkälaisen lääkäri on tehny ja sitten yritetään niinkun kattella mitä niitä, niitä tuota, tavallaan niinkun lankoja yhteen elikkä että miten potilas tuntee, onko sillä diagnoosilla ja niillä tuntemuksilla mitään yhteistä, ja sen jälkeen tavallaan voitais niinkun yhdessä olla sitten yhtämieltä siitä että joo, tää on niinkun mulle kaikkein parasta ja näin meidän pitää menetellä
- T: joo
- P: sitähän tää niinkun tietenkin tarkoittaa, sitä sä ajat takaa että, oltas niinkun yhtä mieltä siitä että, että tuota se, päätös mikä siinä nyt sitten tehdään sen hoidon suhteen niin on sille potilaalle kaikkein parasta
- T: joo, joo
- P: ettei se ois pelkästään vaan tän lääkärin kanta eli potilas myöskin, omalla pienellä asiantuntemuksellaan ja ainakin niillä tuntemuksilla mitä se lääkäri ei sen potilaan puolesta voi tuntee. tää on muuten minusta merkillinen asia, siis tää on minusta erittäin hyvä pointti, tän kerran yheltä lääkäriltä kuulin elikkä siis se että, lääkäri ei voi tietää miltä susta tuntuu, se vain voi olettaa
- T: joo, niinpä
- P: aivan. niin ne siinä mielessä, ne ne tässä päätöksentecossa ne potilaan tuntemukset, ne on aika tärkeitä asioita (E1)

Vaikka tässäkin esimerkissä potilas puhuu yhtä mieltä olemisesta, niin silti kysymys on ensisijaisesti lääkärin toiminnasta: *lääkäri kertoo diagnoosin potilaalle ja sen jälkeen pyrkii yhdistämään potilaan tuntemukset tekemäänsä diagnoosiin. Yhteyden löytäminen merkitsee yhteyden etsimistä lääketieteellisen maailman ja potilaan tuntemusten maailman välille. Yhteys voidaan ymmärtää tässä kausaalisen selittämisenä, vaivan ja siihen liittyvien oireiden kytkemisenä toisiinsa, mikä on lääkärin asiantuntijuuden vahvaa aluetta. Mm. Raevaara (2000, 2; 2001; 141) toteaa, että diagnostinen päättely ja oireiden syiden esille tuominen katsotaan lääkärin tehtäväksi, mihin molemmat orientoituvat vastaanottotilanteessa. Potilaan osallistumisen alue on omien tuntemusten kertominen, minkä haastateltava näkee "potilaan pienenä asiantuntemuksen alueena". Kun potilaan tuntemusten mukaan ottaminen diagnoosiin on onnistunut eli lääkäri on eksplikoinut sen, koska potilas ei siihen useinkaan pysty, lääkärin suunnittelema hoito hyväksytään. Silloin siitä on tullut yhteisesti hyväksytty, ja lääkäri ja potilas voivat yhdessä olla "yhtä mieltä siitä, mikä potilaalle on parasta".*

Seuraavassa esimerkissä potilas pohtii, millaisissa tapauksissa päätöksentekoon mukaan ottaminen olisi hyvä asia eli siis toivottavaa.

- T: kun nykyisin puhutaan siitä, että pitäis potilas ottaa mukaan päätöksentekoon ni mitä se sun mielestä tarkoittaa

- P: no kyllä, kyllä varmasti jossakin tapauksessa on ihan hyvä. et mä lähinnä nyt aattelen tämmösissä, kroonisemmissa jutuissa, et et mä luulen että selkeyttää sen kuitenkin sitä potilaan osallistumista sit että se niinsanottu tiimityöskentely, niin musta se ois hirveen hyvä. siinä on hoitava lääkäri ja mahdollisesti joku erikoislääkäri tai jumppari tai mikä kellekin sit riippuu tietysti mitä tarvittas.
- T: joo, et se semmosessa tosi hyvä oliskin.
- P: ja tietysti, se varmaan joutus sitten, mutta tietysti jos nyt aattelee että, tulis joku ihan vaka-, semmonen vakava juttu jossa on leikkauksia tai tai muita hoitoja, nin kyllä minusta se olis tärkeä että niistä etukäteen ois tietoo ja sitten, tietysti sitten myös niistä haittatekijöistä että mitä, mitä niistä hoidoista seuraa.
- T: joo, et voi sitten niinkun tehdä päätöksiä just sen mukaan
- P: ei varmaan tietysti kaikki semmosta kaipaakaan (E3)

Esimerkissä potilas ei kuitenkaan vastaa siihen, mitä päätöksentekemiseen mukaan ottaminen tarkoittaa, vaan hän pohtii missä tapauksissa se olisi hyvä asia. Hän liittää sen kroonisten sairauksien hoitamiseen ja tiimityöskentelyyn¹⁹. Myöhemmästä puheesta voidaan päätellä, että myös tämä potilas näkee potilaan osallistumisen päätöksentekoon potilaan informoisena, *ennakkotiedon* antamisena vakavista asioista, kuten leikkauksista ja hoidoista ja niihin liittyvistä haittatekijöistä.

Potilaan osallistuminen päätöksentekoon voitiin ymmärtää myös potilaan näkökulman pyytämisenä:

- T: No liittykö tuo nyt siihen jotenkin sellaseen kun puhutaan että potilaan pitä saaha enemmän osallistua tähän hoitopäätöksen tekemiseen, tuo se että, mitä se tarkoittaa tämmönen..
- P: niin, kyl se tietenkin niinkun tavallaan (.) tavallaan on, ja sitten tosiaan ku mä ton [pojan nimi] kanssa käyvvään siellä sairaalassa hirveen paljon niin kyllä ne niinkun aina kysyy niinkun esmes multa, et kuinka monta kertaa, [pojalla] on hirveen paljon lääkkeitä, et kuinka monta kertaa mä niinkun päivässä mielummin, siis minä annan niitä, ei niinkun lääkäri sano että sä annat kuus kertaa päivässä vaan se kysyy multa et miten niikun mun ois helpompi ne annostella hänelle, hää itte on kato niin pieni vielä ettei pysty, et mun mielestä se on ainakin niinkun hyvä. (D4)

Tässä esimerkissä lääkäri selvittää hoidon toteuttamista potilaan elämismaailmaan ja hänen toimintamahdollisuuksiinsa liittyen kysymällä potilaan mielipidettä. Potilaan osallistuminen hoitopäätöksen tekemiseen yhdistyy lääkärin aktiiviseen toimintaan: hän vetää potilasta mukaan päätöksentekemiseen ja tukee tämän autonomisuutta.

Edellisten esimerkkien perusteella voidaan kiteyttää, että tähän tutkimukseen osallistuneiden potilaiden puheessa potilaan mukaan ottaminen päätöksentekoon merkitsi mm. potilaan harkittua informointia, lääketieteellisten ja koettujen oireiden ja tuntemusten välisten yhteyksien eksplikointia sekä potilaan mielipiteen kysymistä hoidon toteuttamiseen liittyvissä asioissa. Ennen kaikkea

¹⁹ Aiempien tutkimustulosten perusteella ongelman luonne vaikuttaa sekä tietämiseen että osallistumishalukkuuteen niin, että varsinkin kroonisesti sairastavat haluavat erityisesti tietää sairautensa lääketieteellisestä luonteesta ja he myös ovat aktiivisempia osallistumaan kuin akuutisti sairastuneet. Tämä johtuu todennäköisesti siitä, että heillä oli enemmän kokemusta terveydenhoitojärjestelmästä, jolloin he osasivat paremmin toimia sen normien ja sääntöjen mukaisesti (Lidz, Meisel, Osterweiss ym. 1983).

korostui se, että potilaan osallistuminen ymmärrettiin lääkärin aktiivisuudeksi, erityisesti tiedon antamisessa. Näin ollen edellä olleiden haastatteluesimerkkien perusteella voidaan sanoa, että päätöksenteossa mukanaoleminen ei tarkoita välttämättä osallistumista vaan tietämistä ja kuulemista, sitä että lääkäri kertoo esim. diagnoosin ja tuntemusten yhteyksistä, hoito-operaatioista, haittatekijöistä tai hoidon seuraamuksista. Potilaan osallistuminen oli enemmänkin ymmärtämistä, vastaanottavaa osallistumista, kuin aktiivista, omiin asioihin vaikuttamaan pyrkivää. Informaation jakaminen ei kuitenkaan välttämättä johda yhteiseen päätöksentekemiseen (Charles, Gafni & Whelan 1997, 683). Aiheellisesti voidaan väittää, että yhdessäkään näistä esimerkkitapauksesta ei ole kyse vielä yhteisestä päätöksenteosta, ei ainakaan Youngin ja Klinglen esittämässä merkityksessä (ks. luku 7.4).

Aiemmissa tutkimuksissa on todettu, että vaikka melkein kaikki potilaat haluavat informaatiota, kaikki eivät silti halua osallistua päätöksentekoon (Beisecker & Beisecker 1990, Blanchard & al. 1988; Sutherland & al. 1989). Meredithin (1993) tutkimuksessa potilaat suhtautuivat varauksellisesti kysymykseen, pitäisikö potilaiden osallistua enemmän hoitopäätöksen tekoon. Osa haastatelluista vieroksui vahvasti ajatusta, että päätöksenteko jätettäisiin heidän harteilleen:

"Immediate reactions were guarded, in some cases, where patients shied away from the suggestion that decisions about 'which kind' of surgery they needed could be left to them." (Meredith 1993, 319).

Sen sijaan kun päätöksentekoon osallistumisella tarkoitettiin sitä, että kirurgin (lääkärin) tulee kertoa potilaan ongelmaan ja sen hoitoon liittyvät edut ja haitat ja että potilaalla on viime kädessä oikeus päättää, mikä heille on oikein, useimmat olivat asiasta samaa mieltä (Meredith 1993, 319). Lidzin, Meiselin, Osterweissin ym. (1983) tutkimuksessa puolestaan vain 10 % kahden sairaalan ja yhden avoklinikan potilaista otti aktiivisesti osaa päätöksentekoon ja suuri osa uskoi, että toimenpiteestä päättäminen oli lääkärin vastuulla. Selvästi voidaan havaita, että Meredithin (1993) raportoimat tulokset ovat hyvin samansuuntaisia tässä tutkimuksessa haastateltujen potilaiden kuvausten kanssa.

Huomattavaa on myös se, että tutkimuksissa saadut tulokset siitä, miten paljon potilaat haluavat osallistua päätöksentekoon, vaihtelevat melkoisesti tutkimuksesta toiseen (Deber 1994; Llewellyn-Thomas, McGreal & Thiel & al. 1991). Vaihtelu johtuu osaksi siitä, että osallistuminen on määritelty tutkimuksissa hyvin eri tavoin, ja Deberin (1994, 423) mukaan myös siitä, että niissä ei ole erotettu toisistaan, onko kyse halusta tietää vai halusta osallistua, olla vastuussa päätöksenteosta. Halu tietää ei kuitenkaan ole sama asia kuin halu osallistua.

Potilaiden haluttomuuteen kertoo omia odotuksiaan, mielipiteitään ja toiveitaan viittaa esimerkiksi lääkäri c, kun hän kuvaa tilanteita, joissa hän on kysynyt potilaiden odotuksia lääkärissä käynnin ja sieltä odottamansa avun suhteen.

L: tavallaan pitäis enemmänkin kysyä suoraan. jos mä aattelen ittee et mäkin menisin jonnekin (2) ni se vois olla ihan kivakin et toinen kysyis, en mä ainakaan

kattos yhtään pahana sitä, toisaalta enemmän ehkä pitäis tehdä niin että kun on kartotettu siin tilannetta ni vois kysyä no että tuota, mitä sä muuten ite alun perin ajattelit ja tai sitten jossakin vaiheessa kyllä, oon viime aikoina kysynyt kyllä joltakin ihan sitä että, mutta minkälaista apua sä niinku odottaisit mutta aika monet (sanovat) että enhän mä: tiedä näitä asioita, mää tuln sen takia tänne että sä tiedät, että se tulee taas tämmönen, (-) ehkä se vähemmän innostaa kysymään sitte jatkossa sitte (Lc)

Potilaiden näkökulma on lääkäri c:n mielestä useimmiten se, että lääkäri on se, jonka tulee asia tietää, eikä heidän tarvitse tuoda omia näkemyksiään esille. Näin potilaat siis vetäytyvät myös heille tarjotusta osallistumismahdollisuudesta.

Potilaiden varauksellinen suhtautuminen aktiivisempaan osallistumiseen ilmeni myös heidän näkemyksistään siitä, pitäisikö lääkärin pyrkiä saamaan potilas osallistumaan enemmän esimerkiksi kysymällä suoraan potilaan mielipidettä. Muutama potilas kannatti ehdottomasti lääkärin suoraa kysymistä, mutta useimmat suhtautuivat varauksellisesti ja epäillen, ja joillekin ajatus oli ilmeisen vieras. Seuraavaksi tuon esille joitakin esimerkkejä:

- *Lääkärin pitäisi kysyä potilaan mielipidettä, mutta tietyin rajauksin.*

Esimerkiksi akuuteissa asioissa potilaan mielipidettä ei tarvitse kysyä, vaan rajoittua sellaisiin tapauksiin, joissa on olemassa jonkunlaisia vaihtoehtoja.

- T: no olisko hyvä jos lääkäri kyselisi asiakkaan mielipiteitä
 P: no kyllä tietysti jonkun, jonkunlaisia vaihtoehtoja (3)
 T: niin
 P: et kun niitä kuitenkin on olemassa että, et sitten varmasti niinkun ihmiset on sillä lailla erilaisia että, voi olla että joku haluaaaki jonkun, jonkunlaisen muun, jos ei nyt oo joku akuuttijuttu jossa on ihan selvää että siinä on ensimmäisenä nämä, nämä niinkun lääkkeet ja muutkin kiireelliset jutut että (E3)

- *Varauksellinen tai epäuskoinen suhtautuminen asiaan.*

Potilas epäilee lääkäreiden asennoitumista, halukkuutta kysyä potilaan näkemyksiä.

- T: ... no pitäskö lääkärin teijan mielestä ni tuota, yhy, kysyä niinku asiakkaalta tai potilaalta mielipidettä kans että, että ei vaan niinku sano suoraan et mitä tehdään vaan, vaan niinku kysellä vähän toiseltakin sitten
 P: joo se ois varmasti ihan hyvä jos osaa, osaa sillä tavalla, asennoitua (naurahaen) että kysyy että no, että onko tämä nyt näin, haluaako toinen tehdä näin vai, vai oisko joku muu konsti (B9)

- *Voi kysyä varmistautuakseen ymmärtämisestä.*

Potilas yhdistää kysymisen lääkärin psykologiseen taitavuuteen, jota hän ei ilmiselvästi näe lääkäreillä yleensä olevan, ja mainitsee kysymisen silloin mahdollisena menettelynä, jos potilas ei puhu mitään.

- T: pitäskö lääkärin niinkun esimes aktiivisesti kysellä, potilaan mielipidettä vai luottaa siihen että hän sanoo sen jos on niinku sanoakseen
 P: jaa siinä va-, vaaditaan jo vähän psykologin taitoja lääkäriltä (naurauen) että huomaa et minkälainen henkilö on mutta tuota, miks ei jos ei potilas niinku mitään virka, ni miks ei oon ihan hyvä kysyäkin että onko ymmärtäny esmes

kaikki asiat mitä on selittänyt tai jotain tämmöstä. saa, saa potilaankin vähän, vähän puhumaan (A3)

- *Minä olen niin huono vastaamaan.*

- T: no pitäskö lääkärin kysellä asiakkaan mielipiteitä, esmes mitä lääketta mahollisesti toivoo tai hoito-ohjeista tai miten hoidetaan niin pitäskö kysyä
 P: no mä oon ainakin niin huono, jos multa pitäs kysyä ni mä en ainakaan ossaa ni tosissaan kun sitä ei niin kauheesti niitä lääkäreitä oo tarvinnu että pystys tietää ees että minkälaista. ei ainakaan, mä en ainakaan (E2)

Potilas melkein kavahtaa ajatusta, että lääkäri kysyisi hänen mielipidettään. Hän tuo esille oman "huonoutensa" vastaajana. Näin ollen hän kokisi mielipiteen kysymisen todennäköisesti kasvojaan ja kompetenttiuttaan potilaana uhkaavana. Monet potilaskeskeisyyttä korostavat viestinnän tutkimukset perustuvat potilaan vallan vahvistamisajatukseen, ja siihen perustuen potilaita pyritään kouluttamaan aktiivisemmiksi osallistujiksi (ks. Rimal 2001). Kuitenkin halluttomuus osallistua tai osallistumisen vieraus ei selity ilmeisestikään pelkästään viestintätaitojen puutteella. Jos potilas ei pidä oman mielipiteensä kertomista sopivana tai potilaalle kuuluvana viestintätekona (mitä kuvastaa esim. se, että siitä voidaan kieltäytyä, vaikka lääkäri mielipidettä kysyisikin), tällöin hän voi kokea mielipiteen kysymisen vallankäyttönä, jopa pakottamista sellaiseen, mihin hän ei pysty tai halua.

Gwyn (2002, 91) toteaa, että monet potilaat haluavat säilyttää asymmetrisyyden ja siten myös selkeän tehtäväjaon itsensä ja lääkärin välillä. He haluavat, että lääkäri tietää parhaiten ja vastustavat kaiken päätöksenteon siirtämistä itselleen. He näkevät päätöksenteon lääkärin tehtävänä ja palauttavat sen hänelle. Vuorovaikutuksessa tämä näky Gwynin (2002, 91) mukaan esimerkiksi siinä, että potilas voi osoittaa tulkitsevansa lääkärin yhteistyötä rakentavat teot, kuten mielipiteen kysymisen, hypoteettisina tai retorisisina, ei todellisina kysymyksinä. Potilaan toiminta perustuu ajatukseen, että lääkäri ei voi oikeasti kysyä potilaan näkemystä, koska lääkäri kuitenkin tietää, mikä on parasta.

Gwyn (2002, 91) pohtii, voidaanko oikeastaan puhua jaetusta tai yhteisestä päätöksenteosta vai onko paremminkin kyse yhteisestä päätöksestä, joka on tehty sillä ehdolla, että potilaan näkemykset ovat ainakin yhdenmukaisia hänen oman parhaansa eli viime kädessä lääkärin määrittelemän parhaan kanssa. Näin ollen yhteiseen päätöksentekoon sisältyy ainakin implisiittisesti oletus suostuttelemisesta tai vaikuttamisesta. Samansuuntaisen näkemyksen esittää Silverman (1997) luonnehtiessaan potilaan parasta tavoittelevaa päätöksentekoa suostutteluksi

7.4 Mitä viestintätieteellisissä tutkimuksissa on tarkoitettu potilaan osallistumisella?

Tässä yhteydessä on syytä lyhyesti pohtia kysymystä, mistä puhutaan kun puhutaan potilaan osallistumisesta. Viestintätieteellisissä tutkimuksissa potilaan osallistumisella on voitu tarkoittaa melkein mitä tahansa, esimerkiksi tiedon vaihtamista (Beisecker & Beisecker 1990) tai lääkärin näkemyksen kyseenalaistamista (ks. Haug & Lavin 1983). Jos osallistuminen nähdään tiedon vaihtamisena, joka tutkimuksissa on operationaalistettu tarkoittamaan sitä, miten paljon (määrällisesti) lääkärin ja potilaan viestinnästä on analysoitaessa luokiteltu tiedon antamisen ja saamisen kategorioihin, se redusoituu hyvin kapea-alaiseksi. Potilaan osallistuminen näyttää hyvänä esimerkiksi silloin, jos lääkäri kysyy paljon ja potilas vastaa jokaiseen kysymykseen "kyllä" tai "ei", tai jos potilas käyttää monta puheenvuoroa oman tilansa kuvaamiseen. Vuorovaikutuksen laadusta tai prosessista tällainen määrällinen tarkastelu ei kuitenkaan anna paljoa informaatiota. Se ei myöskään kerro sitä, miten päätöksenteko on sisällöllisesti muotoutunut. Muutenkin informaation antamisen tai saamisen rajaaminen viestinnästä on vaikea, jopa mielivaltainen tehtävä, sillä informatiivisuuden voidaan nähdä kietoutuvan kaikkiin viestintätekoihin.

Joissakin tutkimuksissa osallistuminen on tarkoittanut potilaan osallistumisen laajentamista ja lisäämistä lääkärin kontrolloiman toiminnan kehyksissä (Wennberg 1990). Young ja Klingle (1996, 32) määrittelevät potilaan osallistumisen siten, että potilas hankkii aktiivisesti tietoa ja osallistuu omaa tilannettaan koskevaan yhteiseen päätöksentekoon yhtä vastuullisena osapuolena kuin lääkäri.

„..patient participation is conceptualized as a situation in which the patient uses communication to actively seek information and participate in mutual decision-making with health professionals regarding his or her medical condition and treatment. In a collaborative relationship, the patient must work with the physician as a team and take equal responsibility for his or her own medical care.” (Young & Klingle 1996, 32.)

Potilaan osallistuminen ei ole Youngille ja Klinglelle (1996) vain tiedon hankkimista ja antamista vaan ennen kaikkea yhteisesti jaettua vastuuta ja jaettua päätöksentekoa, jossa potilaan aktiivisuus kysyä ja tuoda esille omaa näkemystään ja mielipiteitään ovat keskeisiä viestintätekoja. Youngin ja Klinglen tasavertaisen vastuunoton ja päätöksenteon kriteereiden täyttäminen on vaativa tavoite. Se edellyttää sitä, että lääkärin on oltava potilaan käytettävissä oleva tiedon lähde, sillä potilas tarvitsee useimmiten lääkäriä pystyäkseen ymmärtämään diagnoosin, arvioimaan eri hoitovaihtoehtojen välisiä etuja ja haittoja sekä valitsemaan itselleen parhaan mahdollisen vaihtoehdon. Jotta potilas pystyisi toimimaan tasavertaisesti, lääkärin on usein huolehdittava aktiivisesti potilaan tietämyksestä.

Jos se, mitä potilaan osallistumisella tutkimuksissa tarkoitetaan, vaihtelee radikaalisti, tällöin yleinen vaatimus osallistumisen lisäämiseksi jää epämääräi-

seksi, koska se ei kerro sitä, millaisia viestintätekoja tai viestintäkäyttäytymistä vaaditaan lisättäväksi eikä näin ollen myöskään anna mahdollisuutta arvioida, miten realistisista tai idealistisista piirteistä on kysymys. Olisi siis tarkasteltava yhteisen päätöksenteon rajoja, sen soveltamista ja seurauksia käytännön toimintaan. Tähän liittyen olennainen on Deberin (1994, 425) kysymys, tukevatko tutkimustulokset yhteisen päätöksenteon ideaalia.

7.5 Lääkäri ja yhteinen päätöksenteko

Aivan samoin kuin potilaat myös lääkärit näkivät yhteisen päätöksentekemisen vahvasti informaation antamisen ja asian ymmärtämisen näkökulmasta. Lääkäri a kuvaa omaa toimintaperiaatettaan toistuvasti yhdessä tekemistä painottaen termin: hän pyrkii yhdessä potilaan kanssa löytämään ja sopimaan hoitolinjasta, yhdessä ymmärtämään ja sitten yhdessä päättämään. Tämän vastakohdaksi hän asettaa kaikenlaisen pakkosyöttämisen (ts. lääkärin yksinvaltaisen määräämisen).

- T: joo, joo. sitten tota tota, niin millasia, pystyt sä nimeämään, et millasia tomosia hoitoon liittyviä periaatteita sulla on, kun sä vastaanotolla toimit, mitkä on tavallaan semmosia periaatteita mihin sä pyrit.
- L: no ainakin se on yks periaate, nää ei missää tärkeysjärjestyksessä, että niinku pyrin niinku yhdessä potilaan kanssa löytämään sen, ja sopimaan sen hoitolinjan. että niinku vaan pakkosyötä potilaalle lääkkeitä tai (.) mitään tämmöstä, niinku väkisin vaan niinku että yhdessä ymmärretään se asia ja sitten päätetään että, näin me tehdään (La)

Näin ilmaistuna lääkärin toiminta näyttää erittäin potilaskeskeiseltä ja hän vaikuttaa sisäistäneen yhteisen tekemisen tavoitteen. Kuitenkin haastattelun edetessä käy ilmi, että esimerkiksi yhdessä ymmärtämisen sisältö ei ole kovin vuorovaikutuksellista eikä niin muodoin yhteistä tai jaettavaa. Yhdessä ymmärtäminen kun tarkoittaa lääkärin taitoa selittää asiat potilaalle niin hyvin, että tämä *tietää*, miksi hänen pitää toimia siten kuin lääkäri on sanonut, eli potilas motivoituu toimimaan (noudattamaan lääkärin ohjeita).

- T: miten se on, toi on vaikee toi yhdessä ymmärretään
- L: niin elikkä se pitää osata selittää se asia, et miks laitetaan et hän tietää et miks pitää nyt laittaa nenäsumutetta tai ottaa astmasumutteita
- T: joo
- L: et niinku (.) motivoituu silleen ymmärryksen kautta (La)

Lääkäri a:n mielestä ymmärtäminen lääkärin ja potilaan kohtaamisessa on siis tietämistä ja sen mukaan toimimista, jolloin ymmärtäminen ilmenee hoito-ohjeiden noudattamisena, eli siten kuin hoitomyöntyvyys on perinteisesti ymmärretty. Jos potilas ei toimi ohjeiden mukaan, hän ei ole ymmärtänyt (eikä siis tiennyt) miten tehdä, jolloin lääkäri ei ole osannut *selittää asiaa riittävän hyvin*.

- T: mistä sä tiedät et hän on tietyllä lailla ymmärtäny
 L: siitä varmaan ku seuraavan kerran tulee ja (nauraa) kertoo mitenkä meni. sit huomaa että apua mä olen niin huonosti selittäny että hän onkin ottanu sitä oirelääkettä silloin kun on pitäny ottaa sitä tulehdusta hoitavaa lääkettä tai muuta vastaavaa sit ei voi muuta kun sanoo että anteeks nyt mutta yritetään vielä uudestaan (naurahtaa) (.) kyllä näinkin käy (La)

Yhteistyön ja potilaan osallistumisen ymmärtäminen nimenomaan asioiden kertomisena potilaalle välittyy myös seuraavasta lääkäri b:n puheesta, jossa hän korostaa järjestelmällistä ja järkeen vetoavaa toteamista ja selittämistä eteenpäin vievänä toimintatapana.

- L: Et jos sää haluat saada tänpäivän ihmisen *johonkin hommaan mukaan niin sun pitää niinku ens todeta sille sen kanssa että on ongelma*, joku ongelma esimerkiksi on tämmöinen keuhkovika ja että on olemassa asioita, jotka vaikuttaa siihen pahentavasti esimerkiksi tupakka ja se on ehkä jo aiheuttanut jonkun tietyn mitatun toiminnanhäiriön ja joka pystytään ehkä osottaan että niinku päästäs eteenpäin hoidollisesti ja keuhkojen toiminnan kannalta ni on niinku tärkeätä sen ihmisen kannalta että se tupakanpolto loppuu. Silloin kun *edetään näin loogisesti ja järkevästi* ja ei niinku tehdä kenestäkään tyhmää tai typerää ja niin pois päin niin sit siinä päästään ihan eri lailla eteenpäin (Lb)

Näin ollen lääkäreiden a ja b puhe on samansuuntaista kun potilailla, jotka korostavat informaation saamista. Voisi ajatella, että monen lääkärin ja potilaan käsitys yhteisestä päätöksenteosta ja potilaan osallistumisesta siihen ovat hyvinkin yhteensopivia. Autonomisuuden ja riippuvaisuuden välisen dialektiikan näkökulmasta olennainen kysymys on se, mitä pidetään yhteisen päätöksenteon kohteena lääkäri-potilassuhteessa. Esimerkiksi lääkärit asettivat puheessaan rajoja yhteiselle päätöksen tekemiselle: kaikki asiat eivät suinkaan ole yhtä lailla neuvoteltavissa olevia ja yhdessä tehtävissä.

- T: ku jotkut on sitä mieltä että lääkäri on se joka päättää ja asiakas on sitten se joka toteuttaa
 L: joo, mä ainakin karistan sen tällaset niinkun tavallan et, harhakuvat aika äkkiä täytyy niinkun sanoo et mä päätän tietenkin minkä lääkkeen mä määrään ja jotain muutakin mä päätän ihan selkeesti ja otan kantaa ja teen diagnoosin ja näin mutta, ne on niinkun niistä jotka ei oo keskustelun varasia asioita ollenkaan mutta tota, mutta mutta, sitte, sitte se että miten se hoito toteutetaan ja ja että kuinka paljon on minun vastuulla ja kuinka paljon asiakkaan vastuulla ni se on sitten pitkältikin keskustelunvaranen asia (Ld)
 T: puhutaan että potilas pitäis ottaa mukaan päätöksen tekoon, mitä se tarkoittaa
 L: no mulle se tarkoittaa sitä että, että mä kerron ne tosiasiat ja, tavallaan yleenshän ei ole olemassa yhtä hoitoa. tietysti jos jollakin on poskiontelotulehdus niin mä kysyn onko sulla lääkeaineallergioita tai oot sä raskaana ja päätän minkä lääkkeen mä kirjoitan et en mä siitä neuvottele, että se ois aika loputonta, mut et jos se on joku semmonen asia jolla on niinkun pitkän tähtäimen merkitystä ihmiselle ni kyllä ilman muuta mun mielestä potilas pitääkin ottaa siihen päätöksentekoon koska silloin se ihminen sitoutuu siihen, siitä täytyy tuntua että myös minulta on kysytty, ei voi muut ihmiset päättää että mitä mun elämällä tehdään. ja silloin kun siinä on ite sieltä perustasolta mukana ja miettimässä sitä miten tämä kannattais nyt näistä vaihtoehtoista tehdä ja sitten valitsee niistä jotakin ja joidenkin, ja yleenshän siinä se on tiimi tavallaan että siinä pohditaan yhdessä sitä ja sitten mä voin vaikka sanoa että mun mielestä tää ois, tää ois sun kohdalta kaikkein paras vaihtoehto mutta että näillä on se ero ja et kumpi susta itestä tuntuis, tuntuis paremmalta. ja silloin ihmisestä tuntuu eri-

laiselta että tuntuu että on kysytty ja tuntuu että sitä on helpompi noudattaa.
(Le)

Ensinnäkin lääkäreiden mielestä neuvottelun ja siten yhteisen päätöksenteon alaisia eivät olleet selkeät tapaukset (esim. poskiontelotulehdus), diagnoosin tekeminen ja lääkkeen valinta. Nämä tehtävät tai asiat kuuluvat selkeästi lääkärin asiantuntemusta ajatellen lääketieteellisen osaamisen alueelle. Keskustelunvaraisina asioina lääkärit mainitsivat hoidon toteuttamisen ja vastuunjakamisen sen toteuttamisesta, eli lääkäri e:n mukaan: yleensä ottaen sellaiset asiat, joilla on pitemmän ajan merkitystä potilaalle. Tällaisia ovat tyypillisesti krooniset, jatkuvaa hoitoa vaativat sairaudet, kuten astma, diabetes ja sydän- ja verisuonisairaudet ja syöpä. Näissä tapauksissa lääkäri e pitää välttämättömänä, että lääkäri ottaa potilaan mukaan päätöksentekoon, koska silloin potilas myös sitoutuu tehtyihin päätöksiin. Lääkäri e korostaa potilaan tuntemuksen huomioonottamista: kun potilas tuntee, että häneltä on kysytty, hänestä on myös helpompi noudattaa valittua päätöstä. Toisaalta potilaan tunne siitä, että häneltä on kysytty, ei välttämättä tarkoita sitä, että potilaalta olisi esimerkiksi todella kysytty mielipidettä tai että potilas olisi sen sanonut. Myöskään tiimityöksi nimitetty toiminta ei välttämättä merkitse sitä, että potilas olisi todella osallistunut päätöksentekoon.

Kuitenkin myös yleensä lääkärin päätöksenalaisina olevissa asioissa, kuten lääkityksessä, saattaa avautua tilaa potilaan päätöksenteolle.

- L: joo, joo. et aika paljohan justiin esimerkiks antibiootihoidosta vaikka ne on niinkun lääkkeitä ja aika selviä asioita niin niissähän on aika paljon keskustelun varaa kuitenkin
- T: yllättävää
- L: yllättävää on mut näin se on et (- -) antibioottia vai ei, että että tässä on ehkä yleensä ihmisten tietoisuus muuttunu että ne ei niinkun, ennenhän oli tää että aina piti saada antibiootti mut et nyt on usein niin päin että vaikka olis niinkun selvä tarve, niin tota noin ni (naurahtaa), sekin pitää perustella monta kertaa
- T: et miks
- L: niin, niin just joo että se on. ja sit justiin on niin että pitkittyneet hengitystietulehduksiin joissa ei varmaan kukaan osaa sanoa missä vaiheessa nyt on ihan pakko panna se antibiootti ja missä vaiheessa tota noin ei välttämättä vielä ehkä, siin musta on se sauma jossa on keskustelun varaan. et joillekin uskallan kirjoittaa reseptin ja sanon että kato jos ei se lämpö rupee laskemaan niin sitten otat ja näin mut sekin edellyttää että tuntee sen potilaan aika hyvin ja tietää että näin (Ld)

Lääkitykseen liittyvän päätöksenteon avaamiseen liittyy kuitenkin suhdetta koskevia edellytyksiä. Tiettyjen sairauksien lääkityksessä (esim. antibiootit) on keskustelunvaraa, mutta se riippuu esimerkiksi lääkäri-potilassuhteen laadusta, kuten lääkäri d tottaa. Näin ollen keskusteltavaksi ja yhteisen päätöksenteon kohteeksi tarjoutuvat asiat vaihtelevat, eivät vain ongelmasta, vaan myös potilaasta riippuen.

Potilaiden puheessa puolestaan juuri lääkitys nousi esille spesifinä asiana, jota koskevaan päätöksentekoon potilaiden tulisi saada osallistua. Tällä perusteella voidaan olettaa, että lääkitys on asia, jossa autonomisuus-riippuvaisuus -

jännite nousee selkeästi esille lääkäri-potilassuhteessa, kuten seuraavasta potilaan haastattelupuheesta käy ilmi:

- P: joo kun mä meinaan kuulin tässä, kaverille oli käyny ihan samalla lailla, et meni keuhkoihin, tai niihin putkiin asti sitten, tää pitkittyny yskä niin minä sitten aattelin tietenkkin että minähän kysyn heti ni minut tyrmättiin suurella, et e:i, ku kyllä se otetaan tää neste- niinkun nesteen kautta, mikstuurana että
- T: eiks sulle perusteltu sitä et miksi sun ehdotus ei käy
- P: ei, naama oli sen näkönen että (naurahtaa), ei, ei sieltä tullu mitään muuta kun että ei
- T: mitä sä luulet et minkä takia se tyrmättiin niin
- P: no, olinko mä taas sitten (lyhyt naurahdus) hänen mielestään hyökkäävä, en osaa sanoa.
- P: Näin mä niinkun aattelin että se oli niinkun, tyhmänä esitin, et käviskö tämän, mut oishan mulle voitu sanoo et ei tämmöseen tautiin anneta tälläst, senkiin mä olisin niinkun ymmärtäny paremmin kun sen että tyrmätä heti että, eihän sitä nyt tälläst (D4)

Lääkärin reaktio potilaan yritykseen laajentaa kontrolliaan koskemaan myös lääkitystä oli potilaan mukaan jyrkän ehdoton. Tällaista reaktiota voidaan selittää juuri siten, että potilas liikkui rajan yli, ongelmanratkaisun alueelle. Jos potilas oli vielä esittänyt asian liian suoraan, hyökkäävästi, kuten potilas itse asiaa kuvaa, hän ei ole jättänyt tilaa lääkärin päätöksenteolle vaan pyrkinyt itse määräämään lääkityksensä. Seuraavaksi käsitellään lyhyesti ongelman ratkaisun ja päätöksenteon välistä yhteyttä Deberin (1994) esittämien näkemysten kautta.

7.6 Ongelman ratkaisu ja päätöksenteko

Sen lisäksi, että potilaan osallistumista selvittävässä tutkimuksissa on osallistuminen määritelty hyvin kirjavasti, Deberin (1994, 426) mielestä usein myös sekoitetaan keskenään ongelman ratkaisu ja päätöksen tekeminen. Potilaan osallistumista ajatellen on erittäin oleellista erottaa neuvottelun ulkopuolelle jätettävät ja neuvottelunvaraiset asiat toisistaan. Tähän on kiinnittänyt huomiota esimerkiksi Deber (1994), jonka mielestä tutkimuksissa tulisikin ongelman ratkaiseminen erottaa päätöksenteosta.

Lääketieteellisen ongelman ratkaisemiseen, johon kuuluu ongelman nimeäminen, hoitovaihtoehtojen määrittely ja eri lopputulosten todennäköisyyksien arvioiminen, ei sinänsä tarvita potilaan osallistumista. Mutta kun on valittava mahdollisista vaihtoehdoista, jolloin joudutaan tarkastelemaan hyötyjä ja haittoja sekä puntaroimaan arvoja, joita päätöksenteossa on otettava huomioon, potilaan osallistuminen on tarpeellista:

"Problem solving thus requires that the problem solver have a set of skills and a knowledge base that enable him or her to identify the alternatives and the probability of each outcome. Such tasks do not require patient of public involvement. Knowledge of the alternatives, however, does not dictate what action should be taken. Values and preferences must be ascertained when discussion making comes into play." (Deber 1994, 426.)

Asiantuntijaa siis tarvitaan nostamaan esille ne vaihtoehdot, joiden suhteen potilas joutuu ottamaan kantaa. Lisäksi hänen tulisi esittää, myös ne vaihtoehdot, joita hänen mielestään asiakkaan ei tarvitse ajatella. (Potilas siis tietää, millä perusteella jotakin vaihtoehtoa ei hänen tapauksessaan oteta huomioon.)

Deberin mielestä potilaan aktiivisuus ei saisi ulottua ongelmanratkaisuun – siis sellaisiin kysymyksiin, kuten millaista tietoa potilasta tulisi kerätä, millaiset lääkevaihtoehdot ja annostus tulevat kysymykseen, millaisia tutkimuksia pitäisi tehdä – vaan nimenomaan hoitovaihtoehtoja ja hoitolinjasta päättämiseen, jotka lääkärin on tehtävä yhdessä potilaan kanssa.

"It is important to distinguish this rationale for patient involvement in decision making, with clinician responsibility for performing the problem-solving tasks, from some of the claims of the patients' rights movement, which define involvement as also including an active patient role in the problem-solving tasks." (Deber 1994, 426).

Deber (1994, 426) ehdottaakin, että kun jaetaan potilaan osallistuminen ongelman ratkaisemisen ja päätöksenteon komponentteihin, voidaan paremmin tarkastella sitä, mikä edellyttää potilaan osallistumista. Tämä sisällöllinen sekaannus voisi selittää myös tutkimusten vaihtelevia tuloksia ja tulkintoja potilaiden osallistumishalukkuudesta. Haluttomuutta osallistua lääketieteelliseen ongelman ratkaisuun ei pitäisi tulkita haluttomuudeksi osallistua päätöksentekoon. Deberin (1994, 427) näkemys on, että potilaat haluavat lääkärin vastaavan ongelman ratkaisusta, mutta haluavat ottaa aktiivisesti osaa päätöksentekoon. Tämän tutkimuksen aineiston perustella ei kuitenkaan voida pitää selvänä, että potilaat haluaisivat osallistua aktiivisesti myöskään hoitolinjoista tai hoitovaihtoehtoja päättämiseen.

Deber (1994) kiinnittää huomioita potilaiden osallistumista selvittäneisiin tutkimuksiin, joissa hänen mielestään on kysytty nimenomaan halukkuutta osallistua ongelmanratkaisuun, mutta johtopäätelmät on tehty ajatellen osallistumista yleensä. Esimerkiksi Beiseckerin ja Beiseckerin (1990) laatimassa mittarissa potilaan osallistumista mitanneet osiot ulottuivat myös (lääketieteellisen) ongelman ratkaisemisen alueelle, kuten mitä lääkkeitä käytetään, millainen annostus on ja pitäisikö potilaan päästä tutkimuksiin.

Jotta potilas pystyisi osallistumaan päätöksentekoon, hänellä pitäisi olla riittävästi tietoa päätöksentekemisen pohjaksi. Tämä puolestaan asettaa erityisesti lääkärin viestinnälle vaatimuksia. Lääkärin olisi pystyttävä selittämään potilaan ymmärtämällä tavalla ongelman lääketieteellinen diagnoosi, sen hoitamiseen liittyvät vaihtoehdot, niiden edut, riskit ja odotetut lopputulokset, jotta potilas pystyisi arvioimaan olemassa olevia vaihtoehtoja ja sitten keskustelemaan niistä lääkärin kanssa tai tekemään itsenäisen harkitun päätöksen hoitonsa suhteen (ks. esim. Stevenson, Barry, Britten, Barber & Bradley 2000).

Päätöksenteon ajatuksellinen erottaminen ongelmanratkaisusta kyllä selkiyttää potilaan ja lääkärin tehtävärooleja ja määrittelee potilaan osallistumisen laajuutta. Tällöin esimerkiksi voidaan paremmin arvioida, missä määrin lääkäri tekee mahdolliseksi potilaan osallistumisen, mutta samalla herää myös kysymys, missä määrin lääkäri sittenkään voi sulkea pois esimerkiksi lääkeaineisiin tai niiden annosteluun liittyviä kysymyksiä. Potilaat, varsinkin kroonisesti sai-

rastavat, haluavat usein osallistua myös lääkkeen määräämiseen ja sen annosteluun.

7.7 "Pitää kysyä" – "ei tarvitse tietää": tietämisen jännitteistä maastoa

Potilaiden odotukset oman osallistumisensa suhteen kuvastavat myös osallistumiseen liittyvää problematiikkaa. Kysyin potilailta myös sitä, minkä he kokivat omaksi velvollisuudekseen vastaanottotilanteessa. Kysymys oli monille potilaille ilmeisen vaikea, eikä heistä osalle tullut haastattelutilanteessa mieleen yhtään velvollisuutta:

- T: no mitä sun mielestä potilaan pitäis toimia tämmöissä vastaanottotilanteessa?
Onks potilaalla jotain velvollisuuksia?
P: (5) velvollisuuksia
T: tai ehkä miten pitäis toimia, et olis hyvä potilas
P: (5) jaaha, nytpä tuleekin kinkkinen juttu (D4)

Kuitenkin niiden puheesta, joiden tulkittiin vastanneen kysymykseen, nousi esille kaksi keskeisintä potilaan velvollisuutta: oman asian rehellinen ja yksityiskohtainen kertominen sekä kysyminen, joka on aktiivisemmän osallistumisen vaatimus. Erityisesti epäselvien asioiden kysymistä pidettiin potilaan velvollisuutena, siksi että ne eivät jää vaivaamaan mieltä tai harmittamaan jälkeensä.

- T: yhym. no mikä sun mielestä olis sitten niinku, potilaan, tavallaan velvollisuus tai miten hänen, mikä ois hänen niinku tehtävänsä tässä et se sujus tommonen vastaanotto hyvin
P: no ainakin kysyä kaikkee mitä tulee mieleen
T: joo
P: yhym
T: joo
P: ettei sit niinku jälkeenpäin taivastella että ku ei se sitä sanonu eikä sitä sanonu et jos kerta itelä on jotain epäselvää ni silloha pitää ite kysyä (B11)
T: no tuota, voiks sun mielestä sitten kertoa ihan, ihan muutakin mitä mieleen, mieleen sitten nousee
P: minusta (.) siis monta kertaahan nää muut mitkä nousee mieleen, ni on just niitä epävarmuustekijöitä mitkä (.) kiusaa
T: joo
P: elikkä siellä voi olla joku kasvaimen pelko
T: joo, joo
P: tai joku muu ja, että jos sen sitten kysyy että siellähän ei oo kasvainta ni se, tai sitten jos se ei tuu muuten ilmi ni tuota, ni se niinku helpottaa et se voi sitten, jos ei sitä saa kysytyä ni se kiertää ja kiertää mielessä ja, sitten sitä kiertää toiselle lääkärille ja muuta tällästä (- -) et kyl mun mielestä (.) niistähän sitten kylä jos tarpeeks tutulla lääkärillä käy us-, kovin usein näitä (.) valittamassa tällä tavalla ja puhuu omat mielensä niin sitten kyllä sitten helposti saa sen luulevaisen, nimen. (A2)
P: ja tosiaan mahdollisimman tarkkaan yrittää kysellä sen, se että, et mitä on mielessä, et kai-, kaikki mikä vähänkän askarruttaa tulis kysytyä ja uskaltais kysyä että ei ois sitä että en mä, voinko mä nyt tommosta kysyä (B2)

Potilaan on siis kysyttävä oman mielenrauhansa takia, kielteisinä koettujen tunteiden vähentämisen vuoksi, eikä niinkään siksi, että hänen pitäisi tietää asiasta muista syistä. Toisaalta, vaikka potilaat korostivat tietämisen tarvettaan, he voivat nähdä asian myös niin, että heidän ei tarvitse tietää.

- T: sait sä esimerkiksi kysyttyä sen mitä sä ajattelit taikka
 P: joo, kyllä mä nyt siinä yritinkin kysyä ja sekin jäi vielä ku että ku se oli sillä tutkaimella katonu noi nenäontelot ja, pyörittiköhän se sitten siinä päätänsä ja sitten mä kysyin että oliko hyvä vai huono asia
 T: niin
 P: niin sitten, mulle jäi vähän epäselväksi ku se sano sitten siihen jotainkin että, mitä mä en oikeestansa kuullu
 T: niin
 P: ja tuumasin vaan että no, ehkä mun ei tarvii tietääkää täs vaihees että mikä on diagnoosi (- -)
 T: sä et kysynyt sitä siinä
 P: en mä sitten enää koska me sitten edettiin siinä jo niin lujaa tahtia (B1)
 P: ...monen lääkärin kanssa joskus tulee semmonen tunne että ei niinku mielellään sitten sano sitä mitä ajattelee että, ajattelee vain että no, kyllä se varmaan paremmin tietää ku minä (E3)

Kun potilas (B1) ei saanut selvää lääkärin vastauksesta, hän *ei kysy uudestaan*, vaan selittää asian sillä, *ettei hänen ehkä tarvitsekaan tietää* omasta diagnoosistaan vielä siinä vaiheessa. Potilas peittää kuitenkin erimielisyytensä sillä, että lääkäri tietää asioita paremmin. Tällä tavoin potilas voi myös selittää omaa osallistumattomuuttaan ja siten luovuttaa vastuun lääkärille.

Kummankin esimerkin potilas päättää jättää osallistumatta vuorovaikutukseen: toinen ei uudista kysymystään, johon ei saanut riittävää vastausta, ja toinen ei tuo esille omaa asiaansa ollenkaan. Kummankin osallistuminen olisi tarkoittanut sitä, että lääkärin olisi pyydetty eksplikoimaan tietämistään. Tilanteissa, joissa potilaalla olisi lisää kysyttävää tai potilas ei ole lääkärin kanssa samaa mieltä, hän voi edellä mainittujen potilaiden tavoin päätyä mieluummin osallistumattomuuteen kuin ryhtyä haastamaan lääkärin tietämistä tai pyytää lääkärää selittämään uudestaan. Kummassakin esimerkissä keskustelu jäi toteutumatta. Voidaankin puhua *verhotusta dialogista* (veiled dialog) eli sisäisestä tai kuvitellusta, toteutumatta jääneestä keskustelusta, joka liittyy erityisesti hankalina ja ongelmallisina koettuihin tilanteisiin.

Punamäki ja Kokko (1995) selvittivät tutkimuksessaan terveyskeskuspotilaiden mainitsemia syitä tulla vastaanotolle ja heidän selityksiään omille vaivoilleen. Punamäki ja Kokko pystyivät jäljittämään tutkimuksessaan myös merkkejä verhotuista keskusteluista, joissa potilaat käsitelivät nimenomaan omien oireidensa tulkintaan liittyviä kysymyksiä. Tällöin potilaat esimerkiksi

- puolustivat omaa tulkintaansa ja hoitoonhakeutumispäätöstään mahdollista "turhaan tulemisen" kritiikkiä vastaan,
- pohtivat maallikkojen ja professionaalien työnjakoa, sitä kuka on kykenevä tulkitsemaan oireiden vakavuutta ja kenellä on oikeus päättää lääkärissä käynnin aiheellisuudesta ja

- käsittelivät verhotuissa dialogeissa oman tulkintansa (maallikko) ja professionaalisen tulkinnan välistä konfliktia (Punamäki & Kokko 1995, 50-51).

Punamäki ja Kokko (1995, 59) havaitsivat myös haastattelemiensa terveyskeskuspotilaiden puheessa kaksoissidoksen, joka voidaan ymmärtää autonomisuuden ja riippuvaisuuden välisenä dialektiikkana. Toisaalta potilaat vaativat oikeutta tehdä itse diagnoosinsa ja käyttää lääkärin asiantuntemusta hyväkseen arvioituttaakseen oman diagnoosinsa osuvuutta, mutta toisaalta potilaat osoittivat arkuutta kertoa ajatuksiaan, tunteitaan ja omia selityksiään lääkärille ja siinä mielessä tuoda oma osuutensa yhteiseen käsittelyyn (Punamäki & Kokko 1995, 59-60). Tätä potilaat selittivät Punamäen ja Kokon (1995, 60) mukaan lääkärin kunnioittamisella ja arvostamisella, huolella siitä, että he loukkaavat lääkärin tunteita, epäuskolla lääkärin aitoon kiinnostukseen ja arvostukseen heidän näkemyksiinsä sekä työnjaolla: ei ole potilaan tehtävänä diagnosoida ja selittää, sillä "lääkärillehän siitä maksetaan eikä minulle".

Näin potilas (kuten em. esimerkeissä) antaa lääkärille ensisijaisen oikeuden tietää, mitä hän ei useinkaan mielellään kyseenalaista tai vaadi tarkennettavaksi. Potilas asettaa tällöin ensisijaiseksi tehtäväkseen luottamisen. Potilaalla ei ole muuta vaihtoehtoa kuin luottaa asiantuntijan toimintaan, hänen asiantuntemukseensa ja työmoraaliinsa, siihen, että asiantuntija tietää, mitä tekee, eikä määrää turhia tutkimuksia (toiminta on siis rationaaliala). Näin ollen potilaan ei tarvitsekaan tietää, mitä tutkimukset ovat ja mitä niissä tehdään, kuten potilas toteaa: *"ja toisaalta sitte, kai sitä nyt ihmisen pitää luottavaisin mielin mennä johonkin tutkimukseen, et kai ne tietää mitä ne tekee"* (B11). Näin ollen potilaan aktiivinen osallistuminen voidaan nähdä (ja kokeakin) myös luottamussuhteen kyseenalaistamisena.

Seuraavassa esimerkissä potilas perustelee verhottua keskustelua eli omaa osallistumattomuuttaan.

- P: niin siis totta kai jos ei palvelu miellytä mua silloin jos mä sen itte maksan niin mullahan on oikeus kyllä (- -) elikkä vaihtaa paikkaa. aivan varmasti teenkin, jos se ei miellytä
- T: ootsä, ootsä joutunu muuten koskaan suoraan niinku, suoraan ollu eri mieltä jonkun lääkärin kanssa, asiasta (- -).
- P: niin tota
- T: sä oo sanonu hänelle et sä oot eri mieltä. vai onks se vaan se että jos ei sit niinkun, sit vaihtaa lääkäriä
- P: njoo, useimmiten en mä nyt (2) koskaan, mä oon niin köykäsellä, touhulla jäällä silloin jos mä meen kertomaan lääkärille et miten pitää työ tehdä, koska se varmasti kuitenkin tietää sen paremmin. se että miten se ottaa sen asian esille ja mitä se kysyy ja mitä taustatietoja se ottaa ni sehän on hänen ongelmansa. mut kyl se varmasti jos mä rupeen niinku taistelee hänen kanssaan jostain, niinku oon eri mieltä, hänen diagnoosistaan tai jostain niin sehän on ihan matti ja maija et mä jään toiseks
- T: (nauraa)
- P: (naurahtaa itsekin) hullua alkaa niinku tuulimyllyy vastaan taistelee, et jos se ei miellytä niin sit mä vaihdan lääkäriä
- T: just joo [oot niin tehny]
- P: [se on ihan yksinkertasta] (B5)

Potilas korostaa puheessaan syvää ja olennaista kompetenssikuilua, jonka ylittämisestä potilaan ei kannata haaveillakaan ja jonka vuoksi on turhaa olla eri mieltä lääkärin kanssa. Potilaan puheesta kuultaa vahva epäily potilaan osallistumisen mahdollisuuksiin: ehdotusten tekeminen tai mielipiteen esittäminen on ikään kuin taisteluun asettumista lääkärin tietämystä vastaan, jossa potilas liikkuu "köykäisellä touhulla jäällä" (eli lääkärin asiantuntemuksen alueella). Tässä "taistelussa" potilaalla ei ole mitään mahdollisuuksia, joten asetelma on mieletön kuin don Quijotella: "on hullua alkaa niinkun tuulimyllyy vastaa taistelee". Tällöin ainoaksi tavaksi vaikuttaa oman asiansa käsittelemiseen ja osoittaa itsenäisyyttään on lääkärin vaihtaminen, mikä yksityisellä puolella onnistuu usein kivuttomammin kuin julkisella.

Potilaat siis ylläpitävät lääkärin autonomisuutta. Tämä tulee esille esimerkiksi siinä, että potilaat pitävät potilaan aloitteellisuutta ja aktiivisuutta herkästi lääkärin asiantuntemuksen loukkaamisena, tai kuten potilas B1, uhkana lääkärin itsetunnolle.

- T: pitäskö olla esmes ehdotuksia hoito-ohjeista tai toimenpiteistä itellä
 P: ai niinku että potilas ehdottas lääkärille
 T: niin, kyllä, tai siis periaatteessa et monillahan voi olla et niillä on joku semmonen sairaus minkä kanssa ne niinku iänkaiken, ja niillä voi olla hyvinkin tietosia siitä et, kaikenlaisista uusist jutuista, mitä on olemassa, niin onko, oisko se niinku suotavaa (2)
 T: et siellä esittelis sitten omia näkemyksiä
 P: niin no en mä tiedä ehkä, nyt niin paljon lääkäristä riippuu että minkälainen itsetunto lääkärillä on että kestääkö se sitä että potilas sanoo että mitä täs nyt tehdään ja ehdottaa lääkkeitä että mitkä on hyviä, mitä on ollu lehdissä että (B1)

Kysymys ei ole siitä, kuka tietää, vaan siitä kenellä on lupa tai oikeus tietää ja vaatia tietämistä. Drew'n (1991) mukaan tiedon asymmetriaa rakentaa keskustelijoiden suuntautuminen siihen, mitä kunkin osallistujan kuuluu ja on oikeus tietää, ei se, mitä keskustelijat tietävät tai eivät tiedä. Näin ollen se, jonka ei kuulu tietää tai joka osoittaa tietämättömyyttään, asettuu riippuvaiseksi toisesta. Raevaaran (2000, 212) mukaan "lääkärin ja potilaan viestinnässä kumpikin osapuoli suuntautuu siihen, että lääketieteellisen tiedon hallitseminen kuuluu lääkärille". Lääkärin tehtävänä on myös esittää ongelmaa koskeva kausaalinen selittäminen (Gill 1998).

Mitä autonomisuus-riippuvaisuus -dialektiikka voisi tarkoittaa tai miten sitä voisi lähestyä vuorovaikutuksen tasolla? Voidaan olettaa, että se ilmenisi selvästi tilanteissa, joissa potilaan tai lääkärin tietäminen ja tietämisen oikeudet kohtaavat toisensa. Yksi tällainen tilanne on se, kun potilas esittää keskustelussa diagnoosiehdotuksen. Raevaaran (2000) mukaan potilaat kyseenalaistavat lääkärin diagnoosin tai hoitoehdotuksen silloin, kun heidän oma kompetenssinnsa potilaana on uhattuna (esim. heidän kertomustaan ja asiaansa ei pidetä vakuuttavana tai riittävänä). Tällaisissa tilanteissa potilas joutuu astumaan lääkärin tietämisen ja asiantuntemuksen alueelle (Young ja Klinge pitävät tällaista tekoa esimerkkinä potilaan voimaantumisesta). Potilaiden diagnoosiehdotukset ovat vastaanotolla poikkeavaa, ei-odotuksenmukaista toimintaa. Se, miten potilas tässä tilanteessa toimii, on ymmärrettävissä autonomisuuden ja riippuvai-

suuden jännitteen kautta. Oman osallistumisen rajoilla liikkuminen näkyy potilaan tavassa esittää ehdotuksensa.

- P: se on jännä, se on nyt toivottavasti taas, pulmicort vaikuttaa, oisko pikkasen parempi nyt mutta tuota (puhuu hiljaa), *tuntuu että ku ihan niinku se ois sijoiltaan*. yöllä varsinkin ni
- L: vähän tossa katoin kun mä koitin että se on niin arka, mut jos se ei oo heti et jos se menee sijoiltaan niin sehän tulee heti kipeeks että se menee lukkoon [silloin] heti
- P: [niin](2) ja yöllä varsinkin, päivällä jotenkin mä, et viime yönä mäkään en nukkunu oikeestaan (1) tunti tai kaks (katsoo lääkäriä), ku se koski vaikka ois missä asennossa pitäny
- L: joo (laittaa lääkettä, ei katso)
- P: vaikka miten päin
(5)
- L: toisaalta se on niin, siinä on viis lihasta (käy kaapilla), jotka muodostaa semmosen kiertävän kalvon sinne jotka sitä yläraajaa liikuttaa ni, nin ni, (1) sulla on siinä niin *monta* lihasta siinä ärtyny että, et jos se ois sijoiltaan niin se ois tietysti sitä ei silloin pysty oikein liikuttamaan mut se, se on vähän eri lailla kyllä silloin yleensä arka (kaapilla), tietenkin jos se (tulee kaapilta potilaan etupuolelle) (Le, E4)

Esimerkissä potilas toimii juuri Raevaaran (2000, 211) kuvaamalla tavalla: hän muotoilee diagnoosiehdotuksensa tasapainoilemalla vähättelyn (hiljaa puhuminen, epävarmuus) ja toisaalta asian perustelemisen (kova kipu, mikään asento ei ole hyvä) suhteen. Vähättelyllä varaudutaan oman ehdotuksen sivuuttamiseen tai kumoamiseen, mutta toisaalta perustelemalla ja kuvailemalla ehdotusta omaan kokemukseen tai tuntemuksiin vedoten rakennetaan ja ylläpidetään oman näkökulman ja tietämisen oikeutusta. Oma kokemus asetetaan lääkärin tietämyksen rinnalle. Lisäksi esittäessään diagnostista päättelyä potilaat muotoilevan ehdotuksensa usein kysymykseksi, jolloin he merkitsevät itsensä tietämättömiksi ja jättävät lääkärille lääketieteellisen tietämisen ja viimeisen sanan paikan (Raevaara 2000, 211). Näin potilas suuntautuu omaan institutionaaliseen tehtäväänsä, eli hän on maallikko lääkäriin nähden, mutta toisaalta osoittaa olevansa myös aktiivinen, kompetentti ja asiansa käsittelyyn osallistuva. (On huomattavaa, että oman tietämisen oikeuden lisäksi diagnoosiehdotuksilla pyritään myös saamaan hyväksyntä lääkäriin tulositylle ja omalle kokemukselle. Näin ne ilmentävät samalla myös hyväksymisen ja arvioimisen jännitettä, jota käsitellään luvussa 9.)

Lääkärin tietämisen ensisijaisuus tulee Raevaaran (2000) mukaan esiin osapuolten suuntaumisessa. Sekä lääkärit että potilaat suuntautuvat siten, että lääkäri voi jättää potilaan ehdotuksen tai kannanoton huomiotta ilman, että kumpikaan osoittaisi tällaisen menettelyn vaativan selittämistä tai perustelemista (Raevaara 2000, 213). Se on odotuksenmukaista toimintaa. Kiinnostava on myös Raevaaran (2000, 213) päätelmä, että lääkärit välttävät osoittamasta, että potilaan käsitykset ongelmasta olisivat olleet mukana diagnostisessa päättelyprosessissa tai ongelman ratkaisussa. Lääkärit siis pitävät yllä omaa riippumattomuuttaan potilaan toiminnasta: se ei kelpaa lääketieteellisen päättelyn ainekseksi. Kuten Raevaara (2000, 213) toteaa, tässä on selvä ero verrattuna esimerkiksi terapeutteihin ja ohjaajiin, jotka pyrkivät nimenomaan osoittamaan, että

heidän formulointinsa perustuvat asiakkaan esittämiin tulkintoihin ja käsityksiin.

Jos lääkäri toimisi vastaavalla tavalla, sen voitaisiin ymmärtää uhkaavan luottamusta ja asiantuntijuuden ylläpitämistä. Ne olisivat vaarassa, jos lääkäri *osoittaisi* tukeutuvansa potilaiden käsityksiin eli olevansa riippuvainen potilaan käsityksistä. Siitä syntyisi helposti vaikutelma epäpätevästä lääkäristä, joka ei tiedä ja jonka käsiin potilas ei voisikaan tarvittaessa luottavaisena jättäytyä.

Seuraavassa esimerkissä autonomisuuden ja riippuvaisuuden jännite liittyy lääkityksestä päättämiseen. Lääkäri tietää, että potilas haluaisi jatkaa lääkitystään, mutta lääkärin mielestä sen jatkamiseen ei ole enää perusteita. Lääkärillä ja potilaalla on pitkäaikainen, tiivis hoitosuhde, jossa potilas yleensä osallistuu paljon, kertoo tuntemuksistaan ja kokemuksistaan. Kyseistä vastaanotto-keskustelua on hallinnut potilas, joka on kertonut yksityiskohtaisesti kuulumisiaan. Lääkäri on osallistunut keskusteluun lähinnä kuulijana ja myötäilijänä. Vastaanottotilanteen loppupuolella lääkäri kuitenkin ottaa lääkityksen lopettamisen esille (puheenvuoro 7).

- 1 L: semmosta, mut onks sulla, mites lääkkeitä? (↔)
- 2 P: no se on nyt se teldanex oli että, ei kun anteeks ku se oli tyratsol (käsiele)
- 3 L: tyratsol joo (→)
- 4 P: niin tuota nythän se oli niin että kun ne ei kerta sitä enää valmista
- 5 L: niin, [niin justiinsa] (nyökkäys)
- 6 P: [et mitenkäs sen kanssa] nyt, mulla on neljä niitä tabletteja
- 7 L: niin joo, joo et nyt mä, mä nyt, musta tää näyttää siltä (→) et mä mielelläni tekisin nyt niin että katottas et miten sä pärjää jos et sä ota koko tyratsolia
- 8 P: joo (↘)
- 9 L: että tuota
- 10 P: siis että jätettäs [kokonaan pois (↘)]
- 11 L: [jätetään] se kokonaan pois (nyökkäys), mut se tuota emborbol, tietenkin se menee [samaa] tapaan ku ennen (nyökkäys, ↔)
- 12 P: [samalla] (nyökkäys)
- 13 P: no kuinkas kauan tuo tauko on vai [onko se..., me seurailaan.]
- 14 L: [een], ee.i kun me mieti-, me katotaan, seurataan, meidän täytyy ottaa vaan vähän nopeemmin nyt tietenkin nää kontrolliarvot että että nyt ollaan, hetkinen helmikuussa (↘, katsoo paperiin) niin otettasko tuossa pääsiäisen (↔) jälkeen
- 15 P: niin jos heti
- 16 L: joo, joo niin
- 17 P: tai huhtikuun alkupuolella
- 18 L: huhtikuun alkupuolella (nyökkytelee) niin se on siinä (käsiele) ihan maaliskuun lopussa kun aattelee sillä lailla et se olis kuutisen viikkoo suunnilleen nyt tästä
- 19 P: =ottas sitten että (↘)
- 20 L: =niin katotaan, ni ei me, ei siinä yhäkkii tapahdu mitään sulla oli niin pieni se vaan se puolikas ollukkii että tuota
- 21 P: joo (mietteliäs sävy, nyökäytys)
- 22 L: se ei niinkun, en mä usko että sillä on iso ero, koska tää nyt näyttää siltä että tää tilanne on, on kumminkin hyvä, näin (osoittaa kynällä papereita, ↔)
- 23 P: (katsoo sivulle, papereihin) joo, (hiljaa jotakin)
- 24 L: niin katotaan ja, et sä nyt niitten lääkkeitten perään niin kauheen innokas oo ollu (hymyilee, ↔)
- 25 P: [niin] vähä-, vähän niinkun, ihan tulee semmonen olo että (pyörittää päätään, katsoo ylös) mite- jotenkin niinkun semmonen (käsiele) olevinaan semmonen turva kun oli sitten, tiesi että tällästä sit aattelee että jos ni se auttaa mutta
- 26 L: =ei mut on siitä kato kyllä sit on eri lääkkeitä ja täytyy, sit täytyy mieltä se asia ihan (käsiele), ihan taas eri lailla jos, jos jotain tarttee mutta on ihan perusteltua (nyökkytelee) [kokeilla] (↔)

- 27 P: [et siihen niinkun tottus], sanotaan nyt näin ja sitten, mut kerta tuota, kun se nyt noin vähälle meni niin silloihan se olis sitä paljon että se on parempi (↔)
- 28 L: kyllä, justiinsa
- 29 P: että että tuota [ei sitä välttämättä]
- 30 L: [ja tässä on nyt sillä lailla] se tilanne että tää on enemmän niinkun alakantissa (näyttää paperiin) nää arvot (↔) kun yläkantissa et sen takii siin on
- 31 P: =noin päin (nyökkää)
- 32 L: niin, et siin on varaa, varaa nyt vaikka vähän noustakkin (näyttää kynällä paperiin) (↔)
- 33 P: kyllä, hyvä
- 34 L: ja tuota, ja me seurataan sitä asiaa, ja tietenkin vointia seurataan (naurahtaa, nyökyttelee koko ajan)myös jos siinä tulee jotain mut että myös katotaan nää veriarvot nyt sitten aika pian (nyökyttelee) uudestaan
- 35 P: joo, mulla oli, justiin ne oli, ne oli noussu tuota tai siis oli hyvät nyt se senkka (Ld, D1)

Katkelmassa ilmenee, miten lääkäri rajoittaa potilaan osallistumista: hän keskeyttää potilaan (puheenvuoro 14), eikä anna tämän jatkaa lääkitystä koskevaa puhettaan. Lääkäri pitää puheenvuoron vahvasti itsellään – toisin kuin keskustelun alkupuolella. Lisäksi hän korottaa ääntään eikä ota katsekontaktia potilaaseen. Tämän jälkeen potilas vähentää osallistumistaan ja kommentoi välillä hyvin lyhyesti ("joo"; pv 21 ja 23) sekä puhuu hiljaisemmalla äänellä. Lääkäri suosittelee potilasta vetoamalla siihen kokemustietoon, mitä hänelle on syntynyt potilaan suhtautumisesta lääkitykseen: "et sä nyt niitten lääkkeitten perään niin kauheen innokas oo ollu..." (pv 24). Näin lääkäri vaatii potilasta pysymään rationaalisesti aikaisemmassa linjassaan. Jos potilas ei pysy, hän toimii epärationaalisesti, vastoin aikaisempia tapojaan.

Potilas kuitenkin haastaa tämän tulkinna ja tuo esille eriävän näkemyksensä lääkityksen suhteen (pv 25). Tehtävä on hänelle vaikea, mikä näkyy epävarmuutena (sanojen hakemisena) puheenvuoron alussa {"niin, vähä-, vähän niinkun, ihan tulee semmonen olo että (pyörittää päätään, katsoo ylös) mitejotenkin niinkun semmonen"}. Tämän jälkeen potilas vetoaa lääkkeen henkilökohtaiseen merkitykseen, sen antamaan turvallisuuden tunteeseen. Näin potilas asettaa lääkkeen henkilökohtaisen merkityksen ja siihen liittyvän tietämyksensä lääkärin tietämyksen rinnalle. Tätä potilaan tietämistä lääkäri ei voi kumota tai argumentoida vääräksi. Esimerkin lääkäri ratkaisee tilanteen niin, että hyväksyy potilaan haluaman lääketieteellisen näkökulman eli lääkkeen käyttämisen, mikäli tarvetta on (pv 26). Näin potilas saa säilytettyä mahdollisuuden käyttää tulevaisuudessa jotakin lääkettä, mikä ilmiselvästi tyydyttää potilasta, koska tämän jälkeen hän osallistuu tehdyn (lääkärin tekemän) päätöksen *perustelemiseen* ("mut kerta tuota, kun se nyt noin vähälle meni niin silloihan se olis sitä paljon että se on parempi..", ks. pv 27–33).

8 ENNUSTETTAVUUDEN JA YLLÄTYKSELLISYYDEN DIALEKTIikka: INTERAKTIIVISUUDEN LAATU JA DIALOGIN MAHDOLLISUUS

8.1 Lähtökohtia käsittelyyn

Meredith (1993, 320) kuvaa lääkäri-potilasviestintää ulkoiseksi dialogiksi naamioituneeksi kysymis-vastaamissessioksi, jossa on kyse *ikään kuin keskustelusta*, ei oikeasta keskustelusta tai varsinaisesta dialogista. Meredithin näkemys on tulkittavissa siten, että lääkärin ja potilas eivät oikeasti keskustele, vaan vuorovaikutus on pääasiassa ennustettavien, tiettyjen toisiaan seuraavien viestintätekojen tuottamista. Näin ymmärrettynä kuvaus ilmentää yllätyksellisyyden ja ennustettavuuden välistä jännitettä. Aitoon dialogiin tai keskusteluun sisältyy yllätyksellisyyttä ja spontaanisuutta, mutta "ikään kuin keskustelu" voidaan yhdistää ennustettavaan, kaavamaiseen vuorovaikutukseen.

Tässä työssä ennustettavuuden ja yllätyksellisyyden jännitettä tarkastellaan interaktiivisuuden näkökulmasta, johon liittyy myös kysymys aidosta dialogista. Interaktiivisuutta käsitellään yhden lääkäri-potilasviestinnän tunnusomaisena pidetyn käytänteen, lääkärin kysymisen, avulla. Kysymisen vuorovaikutuksellisen tarkastelun lisäksi esille tuodaan potilaiden lääkärin kysymiseen liittämiä merkityksiä. Ne kuvastavat potilaiden kokemaa interaktiivisuutta, sitä, miten interaktiivisuuden laatua arvioidaan ja millaisia seuraamuksia voidaan liittävää tietynlaiseen interaktiivisuuteen.

Aidon dialogin käsittely keskittyy siihen, mitä tutkimuskirjallisuuden perusteella voidaan sanoa aidon dialogin tai dialogisen suhteen mahdollisuudesta lääkärin ja potilaan välisessä viestintäsuhteessa. Näin ollen näkökulma aitoon dialogiin on teoreettinen. Vaikka käsitelen dialogia useiden eri dialogifilosofien ja dialogia pohtineiden tutkijoiden näkemysten kautta, keskityn niihin, joihin interpersonaalisen viestinnän tutkimuksissa on eniten tukeuduttu, eli Rogersiin

(esim. 1961; 1967)) ja Buberiin (1923; 1965)²⁰ sekä opetusta dialogisena suhteena tarkastelleen Burbulesin (1993) näkemyksiin. Kaikki em. tutkijat sekä dialogia ymmärtämisen näkökulmasta tarkasteleva Gadamer (1982), johon tekstissä myös viitataan, sijoittavat dialogin ihmisten välille, vuorovaikutukseen, eivätkä ilmausten välille sinänsä, kuten Bahtin.

8.2 Interaktiivisuuden ja näennäisinteraktiivisuuden vaihtelua

Interaktiivisuus on viestintäprosessin laatua kuvaava jatkumo. Ihmisten välisissä viestintäsuhteissa se tarkoittaa sellaisten dynaamisten piirteiden ilmenemistä, joita pidetään ja jotka koetaan interaktiivisiksi. Tällaisia laatuja ovat esimerkiksi osallistuminen eli kognitiivinen, psykologinen tai behavioraalinen yhteys vuorovaikutuksessa, vuorovaikutuksen helppous ja luonnollisuus tai vaikeus ja kömpelyys, keskinäisyys (näkemykset yhteydestä, samankaltaisuudesta, vastaanottavuudesta ja ymmärtämisestä) sekä myös spontaanisuus ja odotuksenmukaisuus. (Burgoon & al. 2002, 660.)

Yksi näkökulma osallistumiseen on se, missä määrin viestit kytkeytyvät toisiinsa ja erityisesti se, miten myöhemmät viestit liittyvät aikaisempiin. Rafaeli ja Sudweeks (1997, 3) sekä Sassi (1994) tarkastelevat interaktiivisuutta vastaamisen eli reaktion laadun perusteella. Jos vastausreaktiota ei ole, on kyseessä ei-interaktiivinen viestintätapahtuma. Näin tapahtuu esimerkiksi sivuutettaessa toinen tietoisesti tai tiedostamatta. Vastaus puolestaan voi olla pelkkä reaktio aikaisempaan sanomaan (näennäisinteraktiivinen) tai aito vastaus (interaktiivinen), joka ottaa jollakin tavalla huomioon aikaisemman keskustelun. Aito interaktiivisuus perustuu merkityksen antamiseen, kun taas näennäisinteraktiivisuus edellyttää vain jonkinlaisen havaittavan reaktion. Vastausreaktion perusteella viestintätapahtumaa voidaan pitää interaktiivisena, näennäisinteraktiivisena ja ei-interaktiivisena. On muistettava, että viestinnän muut piirteet voivat samanaikaisesti ilmentää interaktiivisuutta.

Vaikka jaottelu on karkea, se tarjoaa kuitenkin yhden analyttisen näkökulman interaktiivisuuden tarkasteluun. Lääkäri-potilasviestinnän kannalta kiinnostavaa tässä jaottelussa on juuri näennäisinteraktiivisuuden ja interaktiivisuuden toteutuminen. Miltä esimerkiksi näyttää seuraava katkelma lääkärin ja potilaan (B12) välisestä kanssakäymisestä interaktiivisuuden kannalta?

(Lääkäri kirjoittaa koko katkelman ajan ja katsoo alas papereihin. Katkelman aikana hän vilkaisee muutaman kerran potilasta. Kysymysten esittämissä on ripeä.)

- L: Minkälaisia oireita teillä nyt on? Onko nenä tukossa?
 P: njoo, ajoittain siitepölyaikaan
 L: onko aivastelua

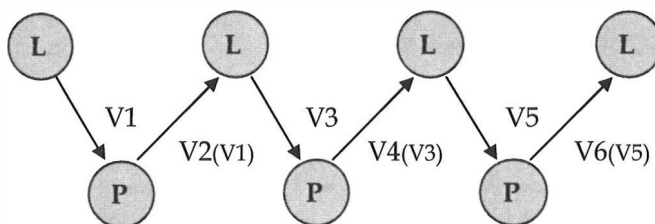
²⁰ Cissna ja Anderson (1994; 1998) ovat käsitelleet ja vertailleet Rogersin ja Buberin näkemyksiä dialogista heidän 1957 Michiganin yliopistossa, Buberin nimeä kantaneessa kongressissa, käymänsä julkisen keskustelun pohjalta.

- P: no eipä
 L: vesinuhaa
 L: limaa nielussa
 P: ajoittain, joo
 L: silmien kutinaa, kirvelyä
 P: joskus vähän
 L: onko nielussa, oireita
 P: kyllä joskus
 L: minkälaisia
 P: kipua ja semmosta, arkuutta kun tulehtuu toi kurkun takaosa
 L: onko poikkeavaa väsymystä esiintynyt
 P: eipä oo
 L: onko yskä vaivannu
 P: no ei oo tässä [viime aikoina]
 L: [onko] vinkunu, rohissu
 P: ei

Potilas (B12) kuvasi haastattelussa käymäänsä vuoropuhelua lääkärin kanssa seuraavasti:

- T: tota, ku ajattelet sitä teijän keskustelua nin, millasta sen sun mielestä oli
 P: no: se oli hyvin asiallista, ja tota (.) aika paljon niin että hän kysy ja mä sitten vastasin
 T: joo. jäikö siinä lääkärin käyttäytymisessä joku asia sulle erityisesti mieleen.
 P: (.) no:, ehkä sem-, semmonen kuva että hänellä oli niinku, tietyt, hm asiat mitä hän halus saada selville ja sitten hän, niinku johti sitä keskustelua että hän kysy ne, otti ne tietyt asiat selville eikä niinkään että hän ois sitten kysyny mun tuntemuksiani niistä asioista
 T: joo. no tuota, tun-, mitä mieltä sä oot siitä et ottiko hän sua huomioon, sitte
 P: no: kyllä mutta ehkä olis voinu enemmänkin ottaa
 T: joo, millä lailla
 P: no ehkä niinku, avoimempia kysymyksiä että olis sitten voinu enemmän kertoa, ja hän ois enemmän kuunnellu että. se oli aika lyhyttä tää keskustelu, hän kysy että onko, teetkö näin, mä sanoin että en, teetkö näin, kyllä, teetkö, en, aika tän tyyppistä keskustelua oli paljon.

Kuten vuorovaikutusesimerkistä käy ilmi, lääkärin kysymykset ovat suljettuja, joihin vastaukseksi riittää on-ei -tyyppinen reaktio, valinta kahdesta vaihtoehdosta. Kysymykset eivät johda yhtä vastausreaktioita kauemmas, jolloin ne eivät ruoki jatkokeskustelua (Burbules 1993, 87). Gadamer (1982) tekee eron ilmeisten (apparent questions) ja aitojen tai oikeiden kysymysten (genuine questions) välille. Ilmeiset kysymykset rajaavat tarkasti oikean tai tyydyttävän vastauksen, mutta oikeissa kysymyksissä vastaamishorisontti jää avoimeksi, vaikka ei tietenkään rajattoman avoimeksi. Esimerkissä olevan lääkärin kysymyksiä voidaan pitää ilmeisinä kysymyksinä, joihin odotuksenmukainen vastaus on kysymyksen kohteena olevan tiedon hyväksyminen tai hylkääminen. Vuorovaikutus muistuttaa kyselylomakkeen täyttämistä, jossa seuraavaan kohtaan siirryttäessä ei tarvitse muistaa edellisen kohdan vastausta, vaan jokainen kysymys ja vastaus muodostavat oman kokonaisuutensa. Tämä havainnollistuu kuviossa 4, joka esittää esimerkissä kuvatun vuorovaikutuksen interaktiivisuutta. Kuvio on mukaeltu Rafelin ja Sudweecksin (1997) esittämästä interaktiivisuuden kuvauksesta.



KUVIO 4 Kuvaus lääkärin b ja potilas B5:n vuorovaikutuksen interaktiivisuudesta.

Sekä vuorovaikutusnäyte että potilaan luonnehdinta vastaanottotilanteen viestinnästä kuvaavat vuorovaikutusta, jota näyttäisivät pikemminkin luonnehtivan näennäisinteraktiivisuuden kuin aidon interaktiivisuuden piirteet.

Jos lääkäri ei havaittavasti reagoi potilaan vastauksiin, voidaan vuorovaikutusta *potilaan* näkökulmasta katsottuna pitää jopa ei-interaktiivisena. Esimerkiksi potilas (B1) kuvaa omaa vuorovaikutustaan lääkärin kanssa seuraavasti:

- P: mut siihen tuli semmonen liukuhihnamainen tunnelma ku kysymystä tuli vaan ja [niin] eikä kuulunu niinku mitään kommenttia. ku hän esitti kysymyksiä niin minä vastasin, niin ei mitään kommenttia vaan edettiin seuraavaan kysymykseen ja niitähän tuli siinä kaksikymmentä ainakin niitä kysymyksiä
- T: joo, miten sä oisit halunnu että se ois ollu fiksuä men-, menellä tai toimia
- P: no ei: kyllähän se tietysti ihan asiallista on että, lääkäri kysyy että mikä vaivaa
- T: niin
- P: mut se siinä vaan jäi niinku, ku mä nyt siinä oikein kiinnitin huomiota niin se vaan jäi kaivelemaan että minkä takia täytyy tehdä noin
- T: joo, oisko siihen joku ehdotus (.) (naurahdus) sulla, miten se ois
- P: no, vois vaikka sanoo kysymysten välillä että joo, ja jatkaa seuraavaan, vähän semmonen pehmeä lasku että tietää että kaveri kuuli mitä mä sanoin (B1)

Lääkäri ei potilaan puheen mukaan osoittanut mitenkään kuunnelleensa potilaan vastausta, vaan hän reagoi potilaan vastaukseen uudella kysymyksellä. Kuviossa 6 tämä näkyy siten, että potilaan vastausta V2v1 seuraa lääkärin kysymys uudesta asiasta V3 sen sijaan, että se liittyisi potilaan edelliseen viestiin V3[v2(v1)]. Potilas ei saa varmistusta viestinsä vastaanottamisesta. Hänen viestinsä häviää. Tällainen vuorovaikutus ei selvästi tyydyttänyt potilasta, eikä hän pystynyt löytämään sille selitystä. Viestiin vastaamattomuus kuvastaa kokemuksellista ei-interaktiivisuutta. On kuitenkin muistettava, että interaktiivisuus itsessään ei ole positiivista eikä negatiivista, vaan kielteisyys ja myönteisyys liittyvät interaktiivisuuden seuraamuksiin (ks. seuraavaa lukua 8.3), kuten esimerkiksi siihen, millaista positiota toiselle osapuolelle suhteessa tarjotaan.

Interaktiivisuuden perustella lääkäri-potilaskeskustelu voi toteutua *kvasi-keskusteluna* (ks. Drew & Heritage 1992, 27–29; Peräkylä 1995, 43–45), silloin kun vuorovaikutus on muodollista, tietyllä lailla etenevää ja erityisiä vuorovaikutuskäytänteitä noudattavaa. Kuitenkin lääkäri ja potilas tukeutuvat toisiinsa. Esimerkiksi lääkäri ja potilas voivat kertoa henkilökohtaisia asioitaan samoin kuin informaaleissa keskusteluissa, vaikka henkilökohtainen kertominen saakin erilaisia merkityksiä kuin esimerkiksi tuttavuussuhteissa. Lääkärin ja potilaan

vuorovaikutus ei ole formaalia samalla lailla kuin esimerkiksi uutishaastattelussa tai oikeusistunnossa, joihin liittyy vahvoja (esim. juridisia) rajoitteita (Drew & Heritage 1992, 23): esimerkiksi puheenvuorojärjestys on tarkasti säädelty ja siitä poikkeaminen johtaa sanktioihin.

Lääkärillä ja potilaalla on siis vuorovaikutuksessaan käytössään hyvin muodollisia "malleja", joita esimerkiksi aikaisemman esimerkin kysymysvastaus -sekvenssit kuvaavat, mutta he tukeutuvat myös vapaamuotoisen keskustelun piirteisiin, vaikka niiden käyttämiseen institutionaalisessa vuorovaikutuksessa voikin liittyä erityispiirteitä (ks. Arminen 2000, 454). Lääkäri ja potilas voivat siis vuorovaikutuksessaan siirtyä näennäisinteraktiivisista kysymysvastaus -sekvensseistä keskustelunomaiseen tyyliin ja takaisin (Drew & Heritage 1992, 39–40). Esimerkiksi seuraavassa katkelmassa lääkäri b ja potilas B5 keskustelevat molempien tuntemasta alueesta ja siellä sijaitsevasta myymälästä. Keskustelu muistuttaa tavallista arkikeskustelua, jossa kumpikin osapuoli esittää arvioitaan alueesta ja kommentoi toistensa puheenvuoroja tasaveroisesti. Vapaamuotoisen keskustelun päättää lääkäri, kun hän palaa takaisin varsinaiseen agendaan eli kysymään lisätietoja potilaan oireista.

- L: hm. (nyökyttelee) no, komeella paikalla (kääntää paperia)
P: no jaa, ei siitä näy kun mettää
(lääkäri kirjoittaa)
- L: on sekin parempi kun toi kruunukatu (kuiskaten, lopussa naurahtaen)
P: se on totta (2) näkee siellä lintuja (nauraa, nojautuu eteenpäin, liikuttaa tuolia)
- L: hmm
P: ja jäniksiä
L: ja toivottavasti myös asiakkaitakin. sinne vaan on niin, paha, osata
P: no en mä tiijä, kyl ne osaa sinne ihan hyvin mutta tuota, (meil ei ole siellä paljon asiakkaita), yleensä mä pyörin siellä jos on asiakkaita.
- L: hm, sielläkö tuota, se (riekko)myymäläkin on siellä (näyttää kynällä taaksepäin)
P: joo, tai oli, ei se enää
L: =vaan
P: se lopetettiin. se oli kolme vuotta
L: joo. sitä ei oo (paikannimi) oo enää. mihinkä sitä täällä tarvitaan?
L: joo. ne lähettää hesasta sitten paketteina tavarat
P: juu (.) pääsääntöisesti näin (nyökyttelee)
L: hm (.) just (kääntää paperia) (.) te ette, ole kokenut nenän tukkoisuutta, aivastelua vesinuhaa eli nokkako on aina auki
- P: joo, tai aina ja aina, eihän se tietenkään nuhassa oo auki. mut ei se kaua kyllä (nojautuu eteenpäin) (.) tukossakaan oo (nojautuu taaksepäin)
L: hmm
P: (yskäisee kerran) (.)
L: mites paino, onks se pysyny
P: ei oo

Lääkäri-potilasviestinnän kvasi-interaktiivisuutta ajatellen voidaan pohtia, milloin vastaanottotilanteen viestintä vertautuu Isotaluksen (1996, 50–51) scuraavaan luonnehdintaan tv-esiintyjän ja puhelimessa puhuvan katsojan välisen vuorovaikutuksesta: "keskustelu on sisällöltään ja etenemiseltään vahvasti toimittajan ohjaamaa ja säätelemää ja soittava katsoja on useimmiten pikemminkin reagoija kuin tasavertainen keskustelija." Isotalus pitää tällaista viestintää ei-interaktiivisena eli simulaatiivisena viestintänä.

Jos ajatellaan, että mediakontekstissa puhelimesta viestivän katsojan ja tv-esiintyjän välinen viestintä on lähinnä vuorovaikutuksen simuloimista, tällöin samankaltainen simulatiivisuus voi toteutua myös lääkärin ja potilaan välisessä viestintäsuhteessa, koska lääkäri voi tv-esiintyjän tavoin pääasiassa ohjata ja säädellä vuorovaikutusta, ja potilaalle jää mahdollisuus vain niukkaan reagointiin.

Vuorovaikutuksen simulatiivisuus ei kuitenkaan ole tuntematon näkökulma professionaalis-institutionaalissa suhteiden tarkastelussa. Muuan muassa opetustilanteen vuorovaikutuksen simulatiivisuus on herättänyt keskustelua. Mollenhauerin ja Rittelmeyerin (1978, 85) mukaan pedagogisen interaktion rakenne voitaisiin ainakin metaforisesti käsitteellistää käsitteen "simuloitu diskurssi" avulla. Simuloidussa diskurssissa opettaja käy diskurssia pedagogisessa tilanteessa ikään kuin itsensä kanssa, koska oppija ei siihen vielä kykene (Mollenhauer & Rittelmeyer 1978, 85). Simuloitu diskurssi ei siis toteuta praktisen diskurssin ehtoja²¹, koska diskurssi edellyttää konkreettista subjektien välistä keskustelua. Jos tavoitellaan aitoa ja pätevää diskurssia, se ei ole palautettavissa yhden subjektin "sisäiseksi" mentaaliseksi tapahtumaksi, Kivelä (1996, 86) toteaa ja muistuttaa, ettei simuloitua diskurssia ole mitenkään systemaattisesti käsitteellisesti eritelty, vaan se on jäänyt enemmän tai vähemmän metaforiseksi pedagogisen interaktion luonteen tematisointirytykseksi. Lääkäri-potilas-interaktiota ei kuitenkaan voida pitää samalla lailla simuloituna diskurssina kuin opettajan ja oppijan välistä vuorovaikutusta, koska lääkäri ei samassa mielessä käy keskustelua itsensä kanssa kuin opettajan voidaan ajatella käyvän.

Seuraavaksi käsiteltävät merkitykset, joita potilaat liittävät lääkärin runsaaseen kysymiseen, kuvastavat erityisesti kokemuksellista interaktiivisuutta (kognitiivista ja psykologista osallistumista) ja interaktiivisuuteen liitettyjä seuraamuksia.

8.3 Kysymyssarja: ei pahaa etteikö myös hyvää

Kuten aikaisemmissa kahdessa esimerkissä (s. 152–153) kävi ilmi, nopeatempoinen kysyminen herätti potilaissa negatiivisia tulkintoja. Lääkärin kysymistä kuvattiin liukuhinnamaiseksi, mihin sisältyy ajatus potilasta liukuhinnan yhtenä tapauksena tai kappaleena, ei tiettyä ihmisenä. Potilas näyttäytyy tällöin objektina.

On selvää, että runsas ja nopeatempoinen kysyminen kaventaa potilaan mahdollisuuksia vaikuttaa lääkärin toimintaan ja oman asiansa käsittelyyn. Potilaan vuorovaikutustila jää tällöin vähäiseksi ja osallistuminen on minimivas- tausten tarjoamista. Toisaalta edellisten esimerkkien potilaat eivät myöskään

²¹ Habermasilainen praktinen diskurssi edellyttää esimerkiksi sitä, että keskusteluun osallistujat ovat jo sosiaalistuneet tiettyyn elämismaailmalliseen kontekstiin ja heidän pitäisi pystyä arvioimaan oman elämismaailmansa rakenteita ja itsestään selvyyskäsitteitä (Kivelä 1996, 86). Tämä vaatii oppijoilta hyvää kompetenssia.

toiminnassaan kyseenalaista tai kiistä tällaista kysymistä esimerkiksi vastaamalla laajemmin. Kysymyssarjamainen asiankäsitteily syntyy siis myös lääkärin ja potilaan yhteistyönä. Raevaara ja Sorjonen (2001, 57–62) toteavat, että potilaat voivat vastata lääkärin kyllä/ei -kysymyksiin myös laajemmin antamalla lisätietoa tai käsittelemällä niihin sisältyviä oletuksia, ja siten he voivat halutessaan johdattaa keskustelua ja vaikuttaa sen interaktiivisuuteen. Laajemmin nähtynä potilaat siis tuottavat lääkärin kanssa yhdessä institutionaaliset käytänteet ja roolit orientoitumalla vuorovaikutuksessa institutionaalisten tavoitteiden saavuttamiseen (ks. esim. Arminen 2001, 445; Drew & Heritage 1992, 22).

Negatiivisten merkitysten rinnalle nousi potilaiden haastattelupuheesta myös toisenlaisia tulkintoja: nopeampoisesta kysymys-vastaamiskäytänneestä puhuttiin myös myönteisessä kehityksessä. Esimerkiksi "kysymyslitaniat" liitettiin rutiiniin positiivisessa mielessä, kuten seuraavan esimerkin nuoren miehen puheessa.

- T: millanen vaikutelma sulla siitä lääkärissä käynnistä jäi
 P: njoo, no tota, tota tota, lääkäriillä oli rutiinia
 T: millä lailla, mistä se näky
 P: no se näkyy siinä kysymyslitaniasa mikä sieltä lähti sitten tulemaan, ku oltiin, päästy siihen kohtaan että mikä vaivaa
 T: joo, toi oli toi rutiini on sellanen sana sen voi käsittää hyvällä tai pahalla, miten sää sen ymmärrät
 P: no se on ihan hyvä että kaverilla on rutiinia, et se tietää mitä kysyä (B1)

lääkälle naispotilaalle tarkka ja runsas kysyminen, mikä kyseisen lääkärin kohdalla tarkoitti tietyn kysymyssarjan esittämistä potilaalle, toimi puolestaan osoituksena lääkärin ammattitaidosta.

- T: onko hän teijän mielestä ammattitaitonen
 P: kyllä varmasti
 T: mistä se näkyy
 P: no minusta se näkyy heti tässä kyselemisessä ja
 T: yhyym
 P: ja ja, hän ottaa kaikki selville minkälaiset on kotiolot ja tämmösestä (sairauden nimi) kun on kysymys ja, minkälaisessa työssä on ollu ja
 T: joo
 P: ja hyvin tarkkaan
 T: joo
 P: ja mitä tutkimuksia on aikasempaan tehty ja missä on käyny (B6)

Lisäksi potilas voi nähdä runsaan kysymisen ja rajatun vastaamismahdollisuuden myös helpottavan omaa osallistumistaan, kuten seuraavassa esimerkissä iäkäs nainen kuvailee:

- T: tuota ni, millasta se keskusteleminen on siinä, siinä tilanteessa sitten että, just sanoit että hän kyselee paljon että onks se teistä ihan hyvä
 P: kyllä, koska (.) minä et kai sitä sillä lailla oo varautunu et ei osaa nyt ni (hyvähtää), kertoa sitä, kaikkea itsestään van, vaan että hän, hänellä on tietysti kun on ne litaniat siellä jo ennestään ni, ni hän niitä seuraa siinä ja samalla kyselee että onko nyt, onko nyt ollu tämmöstä ja tämmöstä, ja, ja siihen on sitten helppo vastata, että onko tahi ei (B9)

Suljetut kysymykset olivat potilaan mielestä hyviä, koska niihin on helppoa vastata dikotomisesti joko "on" tai "ei" eli valitsemalla toisen kahdesta ilmeisestä vaihtoehdosta. Lääkäriillä olevat "litaniat", joita hän seuraa, ovat potilaan mielestä hänen asiansa hoitamisen kannalta parempi vaihtoehto kuin se, että asioiden esille tuleminen olisi potilaan kertomisen varassa. (Näin usein onkin, sillä vain harva potilas pystyy itsestään kertomaan lääkärin mielestä relevantin informaation, kuten lääkäri b haastattelussaan totesi.) Esimerkin potilas jättää esille otettavat asiat täysin lääkärin päätettäväksi. Dikotomisessa kysymisessä potilas tietää, millainen vastaus on lääkärin mielestä riittävä, joten hänen on helppoa toimia tilanteessa odotuksenmukaisesti ja näin tuoda itseään esille kompetenttina potilaana. Potilas pitää kysymyslitanioita positiivisena varsinkin silloin, kun hänestä on vaikea kertoa itsestään omin sanoin tai kun hän ei osaa kertoa. Ne luovat turvallisuutta ja ennen kaikkea hallinnan tunnetta. Potilas ei jännitä niin paljon, kun hän tietää lääkärin huolehtivan oleellisten asioiden esille ottamisesta, eikä hänen tarvitse jännittää omaa osallistumistaan ja aktiivisuuttaan, vaan hän voi jättäytyä lääkärin huomaan. Onkin oletettavaa, että ne vanhemmat potilaat, jotka ovat tottuneet paternalistiseen lääkäripotilassuhteeseen ja vähäiseen osallistumiseen, sekä paljon jännittävät potilaat tai ne, joiden on vaikea puhuen ilmaista itseään, ovat sellaisia, että heille lääkärin runsas ja tarkkarajainen kysyminen sopii ja he kokevat sen hyvänä.

Lääkärin rutiininomainen ja runsas kysyminen asettuu myönteiseen tulkitakehykseen myös seuraavassa katkelmassa, jossa potilas kuvaa lääkärin viestintää ilmauksilla "ois opeteltu myyntikaava" tai "tulee niinku liukuhihnalla", jotka sellaisenaan ymmärretään yleensä vältettävänä toimintatapana. Puheessaan potilas kuitenkin kuvaa lääkärin toimintaa miellyttäväksi.

- T: no mä haluisinkin kysyä sitä mitä, millasena sä sitä keskustelua pidit, et jäikö siinä jotakin mieleen, siinä teidän keskustelussanne
- P: no itse asiassa mul on kyl se melkein koko keskustelu mielessä mut et, tarkenna vähän
- T: tarkoitan et jotakin siinä niinku et esmes millä tavalla se lääkäri sulle puhu, miten hän kysy sulta, ah, jättikö hän jotakin esmes oleellista kysymättä taikka (potilas naurahtaa) tämmösiä
- P: olikohan näin niinku, tää oli yks asia mikä mua niinku hymyilytti siinä
- T: niin
- P: et sielt tulee niinku liukuhihnalta ku ois opeteltu tämmönen myyntikaava, että tää nyt täs tulee kaikki nää kysymykset ja tuli kyl kaikki varmaan mitä on ja hyvin virallisesti ja, mun mielestä ihan sopivaa näin, ni hän ei, hänellä on semmonen aika jännä ääni, semmonen viel niinku vaikuttaa siihen et, on semmonen, miten sen nyt sanos, pehmeen käskevän hiljanen ääni, et siinä joutuu niinku tosiaan skarppina olemaan et hetkinen, kuulenko mä nyt varmasti oikein. se on ihan miellyttävää (B5)

Merkillepantavaa em. kuvauksessa on sen sisältämät ristiriitaiset elementit: toisaalta lääkärin toiminta hymyilyttää potilasta, jolloin hän ikään kuin asettuu kauemmas, tilanteen ja toiminnan ulkopuolelle ja arvioi sen peruslogiikkaa, myyntikaavamaisuutta. Kuitenkin hän oikeuttaa tällaisen toiminnan arvioimalla sen itselleen sopivaksi ja jopa miellyttäväksi ja osoittaa lähteneensä siihen toissaan mukaan. Tätä haastatteluotetta lukiessa mieleeni nousi erityisesti kysymys potilaan tarpeesta nähdä lääkäri-potilasviestintä ja -suhde positiivisesti.

Joissakin haastatteluissa potilaat selvästi tulkitsivat lääkärin toimintaa ja vuorovaikutusta koskevat kysymykset arvosteluna tai vikojen etsimisenä, jolloin he vastauksissaan saattoivat puolustaa ja oikeuttaa lääkärin toimintaa. Tällöin potilaat eivät nähdäkseen puolustaneet pelkästään lääkäriä vaan myös itseään ja "meitä" eli omaa lääkäri-potilassuhdettaan. He saattoivat kokea kysymykset uhkina lääkärin uskottavuudelle ja pätevyydelle ja sitä kautta uhkiksi omalle hoidolleen ja lääkärivalinnalleen. Lisäksi taustalla on saattanut vaikuttaa myös lojaalisuus lääkäriä kohtaan.

Mielenkiintoisesti em. potilas jalostaa kuvaustaan rutiininomaisesta kysymisestä yhdistämällä sen kahdenlaiseen tilanteen hallintaan (ks. seuraava esimerkki)

- P: tosin hyvin, hyvin täsmällinen ja, ja tota tämmönen johdonmukanen, se eteenpäin vieminen se asia niin siin ei niinku, tavannu paljon henkilöitä jotka tuntuu et joo, täs alkaa niinku tapahtuu, täs mennään niinku armeijassa eteenpäin sitä junaa ei pysäytä mikään, ja kuitenkin aletaan niinku poukkoileen asiasta toiseen ja, ja ja sit ku sä kerran poukkoilet se lähtee niinku ihan sivuraiteelle onks sulla, sulla on sellasia kokemuksia lääkärissä [käynneistä]
- T: [oon]
- P: joo
- T: joo
- P: vaik kuinka paljon et siel ei niinku, jos itte haluu että se, tai se menee niinku hyvin pitkälle sillai et sä joudut itte ohjaamaan sitä että se niinku menee sinne pääraiteelle täs oli kyl tosi päinvastoin vaik kuin yritti ihan kokeilin sitä et ottaa niinku ihan muuta puheenaiheita ni ei, kyl se palautu hyvin sillai pehmeesti ja todella näitisti siihen aiheeseen ja se niinku eteni se ote oli semmonen jämäkkä, mä ainakin pidin siitä todella paljon (B5)

Potilaan kuvauksesta voidaan identifioida joustavan johdonmukainen -lääkäri, joka pystyy kokonaisvaltaiseen hallintaan ja pintatasolla tai löyhästi hallitseva ns. " yhden raiteen" -lääkärin, joka osaa osa toimia vastaanotolla vain tietyllä, mekaanisella tavalla, ja joka menettää tilanteen hallinnan jos jotakin konseptiin sopimatonta tulee esille. Näin ollen haastatellun potilaan puheessa mekaanisen, rutiininomaisen kysymisen tai " opetellun myyntikaavan" vahvuus tai heikkous riippuu siitä, millaiseen hallintaan lääkäri pystyy ja miten jouhevasti hän osaa johtaa tilanteen "sivupoluilta" takaisin raiteilleen. Kysymyssarjamaisuutta voidaan lähestyä lääkärin kompetenssiin liittyen joustavana toimintana: tavoiteltavaa on, että malli ei vie lääkäriä vaan lääkäri mallia. Potilas oikeuttaa kuvansa "liukuhihnamaisen kysymisen" myös esittämällä sen *välttämättömyytenä, ammattilaisen tehtäviin kuuluvana*:²²

- T: no tuota ni, tuossahan paljon kyselee, että vaivasko sua se millään lailla
- P: ei, koska mun mielestä se on ihan oookoo, lääkäri on niinku oman alansa ammattilainen ja ihan samalla lailla jos mä teen jotain mun työhön liittyvää ja asiakas tulee niin kyllä minäkin kyselen jatkuvasti kaikkee koska enhän mä muuten voi tietää
- T: koska hän mietti sitä, että, että tuota, onko et tuossa alussa ninku oli enemmän tämmöstä niinku tämmöstä tasapuolista keskustelua ja sitten tulee tämmönen ristikuulusteluvaihe, miks hän sitä nimittää elikkä hän kysyy paljon kysymyk-

²² Ote on transkriboidusta analyysi-istunnosta, jossa tutkija ja potilas yhdessä katsoivat potilaan kuvanauhottettua vastaanottokäyntiä ja jonka tapahtumia potilas kommentoi vapaasti tai esittämiini kysymyksiin vastaten.

siä, ja siihen tulee semmonen lyhyt vastaus. Onks se sun mielestä että itseasiasa se kuuluu tilanteeseen vai

- P: mun mielestä se kuuluu koska eihän voi muuten saada selville sitä mitä siinä nyt täytyykin saada selville. Sehän on ihan sama mun työssä, enhän voi saada selville jos mä en kysy. Ja siihen tulee väkisin semmonen et sun on pakko saada sitä tietoo, että sä voit tehdä oikeita ratkasuja ja oikeita päätöksiä, niin sun on pakko kerätä sitä tietoo ja jos toinen ei suostu muuten sitä sanomaan sun on pakko kysyä sitä ja sit siihen tulee semmonen tenttaaminen että (kuvaa äänellä tiuhan tenttaamisen rytmiä, kuulostaa konekivääriltä) käydään ne asiat läpi. (B5)

Kun toiminta kuvataan välttämättömyytenä, johon toimija (lääkäri) on pakotettu turvautumaan tietyissä olosuhteissa (esim. kun potilaalta ei muutoin saa tietoja), mikäli hän haluaa saada työnsä tehtyä, tällöin yleensä vältettävänä pidetty toiminta nähdään oikeutettuna. Esimerkissä potilas tuo lisäksi esille oman työnsä (myyntityö) ja lääkärin työn samankaltaisuuden tässä suhteessa, mikä auttaa häntä hyväksymään lääkärin menettelytavan ja tekemään siitä itselleen ja kuulijalle (tutkijalle) ymmärrettävän.

Näin ollen kysymyssarjamaista kysymistä ei voida nähdä pelkästään osoituksena lääkärin kontrollista tai vallasta, kuten se on usein nähty negatiivisesta tulkintakehyksestä katsottuna, vaan oikeutetusta ja odotuksen mukaisesta toiminnasta, jota yksi potilaalle keskeinen asia, potilaan ongelman lääkröitäväksi osoittaminen edellyttää. Ruusuvuori (2001, 43) toteaa, että lääkärin jatkokysymykset siis vahvistavat potilaan ehdotuksen siitä, että hänen vaivansa tarvitsee lääkärin hoitoa eli ne legitimoivat lääkärille tulemisen aiheelliseksi.

Kun runsasta suljettujen kysymysten esittämistä tarkastellaan *yleisesti* osallistumisen laadun ja tasavertaisuuden näkökulmasta, se siis asettuu negatiiviseen tulkintakehykseen: "kysymislitaniat" kaventavat potilaan mahdollisuuksia osallistua vuorovaikutukseen sekä määrällisesti että sisällöllisesti. Tällaisen kysymys-vastausjärjestelmän on nähty ylläpitävän lääkärin valtaa kontrolloida keskustelua ja siten vahvistavan biomedikaalista mallia (Gwyn 2002, 69). Kuitenkin kun tulkintakehyksenä on *tietty* lääkäri-potilassuhde, potilaiden lääkärin sarjamaiselle kysymiselle antamat tulkinnat kirjavoituvat. Sen voidaan katsoa kielteisen merkityksen lisäksi tai sijasta a) osoittavan lääkärin ammattitaitoa ja tietämistä, b) helpottavan potilaan osallistumista ja c) olevan joskus ainoa keino saada potilaalta informaatiota diagnoosin ja päätösten tekemistä varten. Kuvattu kysymysjärjestelmä voi myös olla niin vakiintunut ja vuorovaikutusosapuolten hyväksymä, että sitä voidaan pitää neutraalistuneena. Tällöin osallistujat eivät pidä sitä epäoikeudenmukaisena tai vaikutusmahdollisuuksia kaventavana, vaan ainoastaan tilanteen kielenkäyttöön kuuluvana (Fairclough 1989, 92, 101.)

Myös Burbulesin (1993, 98) mukaan suljettujen, Gadamerilaisten ilmeisten kysymysten tarpeellisuutta ei pidä arvioida yksioikoisesti negatiivisina vaan suhteessa siihen prosessiin, jonka elementteinä ne ovat, koska ne voivat myös soveltua moniin konteksteihin. Esimerkkinä suljettujen kysymysten tarpeellisuudesta Burbules (1993, 98) mainitsee juuri diagnostisen funktion pyrittäessä hankkimaan tietoa, jotta voitaisiin arvioida toisen tietoa, tilannetta tai ymmärtämistä. Suljettuja kysymyksiä voidaan käyttää myös erityisesti tilanteen alussa,

kun pyritään rakentamaan hyvää työskentelysuhdetta tai halutaan vähentää toisen epävarmaa tai jännittyneitä oloja (Burbules 1993, 98). Tällöin niitä voidaan pitää potilaan kompetenssia tukevinä: potilas joka pystyy vastaamaan lääkärin kysymyksiin, tuntee itsensä pystyväksi ja riittävän hyväksi potilaaksi. Raevaaran ja Sorjosen (2001, 69) mielestä kysymyksiä ei pitäisi arvottaa niiden muodon mukaan eli suljettuja kysymyksiä ei tulisi etukäteen nähdä kielteisinä tai huonoina, vaan tiettyihin tarkoituksiin (esim. puheen jäsentämiseen) tarpeellisinä ja hyvin soveltuvina viestintäkeinoina.

"Kysymyslitanioissa" voidaan nähdä myös viestinnän ritualistinen ulottuvuus, jolloin ne kuuluvat vastaanottotilanteen odotuksenmukaiseen logiikkaan. Rimal (2001, 91–92) pohtii lääkäri-potilasviestintää ritualistisesta näkökulmasta ja pitää malleja ja toistuvia kaavoja tarpeellisina. Hänen mukaansa lääkäripotilasviestinnässä ilmenevät mallit ja kaavat, tiettyjen normien ja muodollisuuksien seuraaminen voi luoda suhteeseen helppoutta ja mukavuutta. Lisäksi se saattaa vahvistaa toimijoiden yhteistyötä ja vähentää sellaisten potilaiden jännitystä, joille tilanteen ja tapahtumien ennakoitavuus ja tuttuus on tärkeää.

8.4 Ennustettavuuden ja yllätyksellisyyden jännitettä ylläpitävät käytänteet

Ennustettavuuden ja yllätyksellisyyden jännitteen interaktiivisuus ja näennäisinteraktiivisuus tai vuorovaikutuksellisuus ja kvasiformalisuus eivät ole nähtävissä pelkästään toimijoiden henkilökohtaisina valintoina, vaan on olemassa niitä tuottavia ja ylläpitäviä kontekstuaalisia tekijöitä. Ainakin osa vuorovaikutuksen malleista opitaan jo lääkärikoulutuksessa. Tämän suuntaisia näkemyksiä esittivät myös lääkärit haastatteluissaan:

- T: oliko sun omissa opinnoissa, opiskeltiin siellä tätä asiakkaan ja lääkärin välistä suhdetta
- L: aika vähän, hirveen vähän. tietenkin se on ihan tätä tämmöstä kisälliopetusta kun kulkee muitten mukana niin sit vähän tietenkin kopio joitain ja sitten oli aika tarkkoja näitä tämmösiä kaavoja, meillä oli ainakin hirveet listat mitä piti kun tutki potilasta, niin mitä piti kysyä ja näin (Ld)
- T: ootko sä koskaan saanu tai lukenu mistään ohjeita jotka ois liittyny, et miten vastaanotolla pitää toimia, mitä siellä pitää tehdä, mitä siellä pitää sanoa. oot sä lukenu mistään semmosia ohjeita tai oota sä saanu.
- L: ehkä silloin kandidivaiheessa (.) silloin kun opeteltiin lääkärin ammattia ku tehtiin näitä, omia potilaita siellä meilahden sairaalassa ni kyllä silloin ryhmäopetussakin annettiin jotain ohjetta
- T: muistaks sä millasia ne oli, mitä sanottiin
- L: et pittää ottaa anamnesia status ja sitten tehdä johtopäätökset (nauraa), lyhyesti sanottuna. (La)

Cali ja Estrada (1999) näkevät, että jo lääkärikoulutuksessa opitaan perinteinen tapa katsoa vastaanottotilannetta kirjallisesta *tapauskuvausgenrestä käsin eikä vuorovaikutustilanteena*. Heidän (1999, 356) mukaansa lääketieteelliseen diskurssiin sisältyy kaksi erilaista genreä: tapauskuvaus ja medikaalinen haastattelu. Käy-

tännössä medikaalinen haastattelu toimii usein ikään kuin tapauskuvauksen valmistavana vaiheena (Cali & Estrada 1999, 356), jolloin tapauskuvauksen genre muokkaa olennaisesti tapaa "katsoa" potilasta. Voidaan sanoa, että kirjallisesta tapauskuvauksesta (esim. potilaskertomuksesta) on tullut dominoiva ja standardisoitu viestinnän malli medikaalisessa kulttuurissa ja siihen pohjautuu myös medikaalisen haastattelun yleinen malli (Cali & Estrada 1999, 363; ks. myös Hunter 1991), joka ohjaa sitä, mitä potilaalta kysytään ja missä järjestyksessä.

Viestinnällisesti tapauskuvausgenren soveltaminen haastatteluun näkyy Calin ja Estradan (1999, 364–365) mukaan pitäytymisessä suljettuihin kysymyksiin: niiden runsas viljely tekee potilaasta ikään kuin täytettävän medikaalisen asiakirjan. Tällöin viestinnän tavoitteena *ei ole haastatella potilasta vaan esittää potilas* (Good 1994, 78), jolloin viestintä dyadisesta (tai joidenkin mielestä dialogisesta) asetelmastaan huolimatta jää monologiseksi (Cali & Estrada 1999, 365). Tämä puolestaan tekee siitä Kingin ja Stanfordin (1992, 187) mukaan moderniasuista paternalismia.

Kun tapauskuvaus ja medikaalinen haastattelu ymmärretään puhegenreinä, niillä tarkoitetaan selvästi erottuvia ja suhteellisen pysyviä puheen muotoja. Ne ovat puheyhteisön jäsenten jakamia normatiivisia resursseja, jotka tietyissä puhetilanteissa ovat jäsenten käytettävissä. Genret ovat siis tilanteeseen ja kontekstiin kiinteästi sisältyviä, eivät yksilöiden luomia. (Bahtin 1986, 78; Baxter & Montgomery 1996, 147.) Puhetilanteessa osallistujien on toisaalta otettava huomioon tilanteen asettamia rajoituksia, mutta heillä voi olla myös vapautta puhegenren valinnassa ja ilmaisemisessa, ellei genre ole vahvasti ennalta määritelty. Puhegenren valintaan ja niiden soveltamiseen liittyy usein ristiriitaisuutta.

Pohjautuminen kahdenlaiseen diskursiiviseen käytäntöön tarkoittaa lääkärin ja potilaan välisessä viestinnässä sitä, että viestinnässä ilmenee enemmän tai vähemmän kahden diskurssin, kirjallisen tapauskuvausgenren ja suullisen keskustelugenren, olemassaolo. Tällöin myös lääkärin asiantuntijuus ankkuroituu molempiin genreihin: dominoivaan ja standardoivan viestinnän malliin liittyen lääkärin on osattava monologinen, potilaan esittäminen, mutta hänen on, nykyisin yhä painotetummin, pystyttävä myös vapaampaan keskusteluun. Tässä on kysymys, hieman toisesta näkökulmasta katsottuna, samasta asiasta kun mitä Billig ym. kuvaavat ystävällisen asiantuntijan dilemmalla. Voidaan sanoa, että kun aikaisemmin lääkärin asiantuntijuudessa riitti tapauskuvausgenren mukainen viestintä, niin nykyisin vaaditaan genren valintaa ja soveltamista tilanteeseen mukaiseksi ja myös jouhevaa siirtymistä genrestä toiseen.

Oleellista viestinnän onnistumisen kannalta on se, miten erilaiset diskurssit mukautuvat riittävästi toisiinsa, mutta toisaalta, miten niiden erilaisuus retorisisina tilanteina ja genreinä otetaan myös huomioon (Cali & Estrada 1999, 356–357). On oltava siis herkkä kontekstien erilaisuudelle. Monien lääkäripotilasviestinnän ongelmallisten piirteiden taustalla on Calin ja Estradan (1999) mielestä juuri tapauskuvausgenren normien soveltaminen sellaisenaan lääketieteelliseen haastatteluun. Tärkeää on siis esimerkiksi se, missä määrin ja miten vuorovaikutuksen perusidea, yhdessä tekeminen ja jakaminen, otetaan lääketie-

teellisessä haastattelussa huomioon ja millä lailla se näkyy vuorovaikutuksessa. Toisaalta dialektisesta näkökulmasta katsottuna voidaan sanoa, että suullisen keskustelun korostaminen miettimättä siihen liittyviä rajoitteita, on yhtä kapea-alaista ja haitallista. Seurauksena on helposti päätyminen ideaaleihin kuvauksiin lääkäri-potilasviestinnästä ja -suhteesta.

Edellisten kahden diskurssin olemassaolo liittyy interaktiivisuuden ja näennäisinteraktiivisuuden väliseen jännitteeseen, koska se tekee ymmärrettäväksi formaalien interaktiokaavojen ja -mallien käyttämistä mutta myös vapaan keskustelun luontevuutta. Ylipäättään vastaanottotilanteen viestinnälle on tyyppillistä siirtyminen erilaisista viestinnän muodoista toiseen. Ei pelkästään aikaisemmin tuotettu tai vastaanottotilanteen jälkeen tuotettu kirjallinen materiaali edellytä siirtymisiä suullisen ja kirjallisen viestinnän välillä, vaan myös *vastaanottotilanteen aikana* siirrytään toisesta toiseen useita kertoja: lukeminen, kirjoittaminen ja puhuminen seuraavat toisiaan ja limittyvät toisiinsa. Tämä ei voi olla vaikuttamatta siihen, miten vuorovaikutus rakentuu, mitä siinä käsitellään ja millaiset asiat koetaan viestintäongelmiksi. Puhuminen kirjallisista dokumenteista, niiden mekaaninen siirtely, lukeminen ja tuottaminen tilanteen aikana ovat vastaanottotilanteen arkea. Jo pelkkä papereiden käsittely jäsentää ja rytmittää vuorovaikutusta, lisäksi papereissa olevat asiat voidaan nostaa keskustelun aiheiksi tai niihin viitataan usein vuorovaikutuksen aikana.

Työvoimaneuvojen ja asiakkaiden välistä viestintää tarkastellut Eräsaari (1995, 231) toteaa, että hiljaisuuden ja taukojen lisäksi paperit synnyttävät liikettä asiakkaissa ja työntekijöissä: asiakkaat kaivavat papereitaan ja ojentavat niitä työntekijöille, jotka puolestaan vastaanottavat niitä ja nojautuvat eteenpäin tulkitukseen niitä tai osoittaakseen oikeaa kohtaa. Vastaavanlainen toiminta on tavallista myös vastaanottotilanteissa. Vastaanottotilanne on kirjavimmillaan toistuvaa siirtymistä viestintää tuottavien ja tulkitsevien toimintojen (kirjoittaminen, lukeminen, puhuminen ja kuunteleminen) välillä ja niiden integroitumista toisiinsa.

Useat viestinnän muodot tarkoittavat myös sitä, että potilas ei ole vain paikalla oleva ihminen vaan todellistuu myös häntä koskevissa dokumenteissa ja dokumentteina. Voidaan sanoa, että potilas on vastaanottotilanteessa olemassa kolmella eri tavalla: a) esitettynä potilaana, mikä tarkoittaa lääkäriä olevaa, potilasta koskeva dokumentaatiota, johon lääkäri on usein tutustunut ennen vastaanottokäyntiä, b) läsnä olevana, vuorovaikutukseen osallistuvana potilaana ja c) esitettävänä potilaana eli dokumentoinnin kohteena.

8.5 Aitoa dialogia?

Osallistuminen nimettiin yhdeksi interaktiivisuuden keskeiseksi piirteeksi. Vuorovaikutukseen osallistuminen voi puolestaan toteutua kognitiivisena, psykologisena tai käyttäytymisen piirteenä. Esimerkiksi Rafaelin näkemys, että interaktiivisuuteen sisältyy orientoituminen toiseen sekä motivaatio tai halu vies-

tiä, nostaa kognitiivisen ja psykologisen ulottuvuuden käyttäytymisen rinnalle. Näin nähtynä interaktiivisuutta voidaan tarkastella dialogin ja dialogisen suhteen toteutumisenä.

Dialogi-käsitettä käytetään hyvin monimerkityksisesti, eikä ole olemassa tarkkaa määritelmää siitä, millainen viestinnällinen muoto tai tyyppi dialogi on. Laajasti ymmärrettyinä sillä voidaan tarkoittaa keskustelemista yleensä. Esimerkiksi Engeström (1999, 43) käyttää tutkimuksessaan dialogia yleisterminä, jolla hän viittaa lääkärin ja potilaan kielelliseen kanssakäymiseen. Usein dialogia käytetään kuitenkin rajatummassa merkityksessä, niin myös tässä tutkimuksessa. Burbules (1993, xii) toteaa, että dialogi ei ole jotakin mitä tehdään, vaan dialogi on paljon vaikeampaa kuin tavallinen keskustelu.

Aito dialogi tai viestintä ymmärretään yleensä viestintänä, jossa osallistujilla on samanlaiset oikeudet ja mahdollisuudet osallistua viestintään ja jossa kaikkia osallistujia koskevat samat säännöt ja rajoitukset, jossa osallistuminen on vastavuoroista ja jossa on avoin, tutkimisen ja kyselemisen ilmapiiri. Siihen sisältyy myös oletus vuorovaikutuksen symmetrisyydestä, puheenvuoroihin kohdistuvien rajoitusten puuttumisesta ja ylipäätään oletus arkikeskustelun kaltaisuudesta. (Ks. esim. Burbules 1993, 7; Linell 1994, 15–16.)

Tällaisessa määrittelytavassa ilmenevät selvästi klassisen dialogin periaatteet, joihin pohjautuu pitkälti myös laajalle levinnyt käsitys siitä, mitä on ”aito dialogi” tai ”todellinen viestintä” (Linell 1994, 15). Klassinen dialogi määritellään pohjimmiltaan normatiivisella tavalla: siinä ollaan kiinnostuneita hyvästä dialogista, johon liittyy eettisiä vaatimuksia moraalisesta, autenttisesta suhteesta itsen ja toisen välillä (ks. esim. Buber 1958).

Klassiseen dialogiin sisältyy yleinen ihmisten välisen kanssakäymisen ihanne: demokraattisuuden arvoja ilmentävä, tasa-arvoisten ja tasaveroisten yksilöiden välinen avoin keskustelu (ks. Linell 1994), mikä on yhdenmukainen lääkäri-potilasvuorovaikutuksesta esitettyjen ihanteiden kanssa. Kuvataanhan lääkärin ja potilaan välinen viestintäsuhde yleisesti yhteistyönä, yhteisenä päätöksentekona tai neuvotteluna. Klassisen dialogin mukaista näkemystä dialogista on myös kritisoitu. Linellin (1994) mielestä symmetrisyyden ja yhteistyön ideaaleista vaatimuksista dialogin määrittelyssä pitäisi luopua, koska niissä pysyttäytyminen on hedelmätöntä ja tosiasioiden vastaista. Esimerkiksi asymmetrisyys kuuluu dialogin ja yleensä viestinnän luonteeseen. Myöskään kaikkialla läsnä olevat jännitteet, kuten kilpailu-yhteistyö, koherenssi-fragmentaarisuus ja erillinen-jaettu eivät kuulu ideaaliin dialogiin (Linell 1994, 17).

Koordinaatiota (yhteistyötä) ja keskinäistä orientoitumista toiseen tulisi Linellin (1994) mielestä pitää empiirisinä ominaisuuksina, joita viestinnässä ja siten myös dialogissa on oltava jossain määrin, jotta ylipäätään voidaan puhua viestinnästä tai dialogista. Sekä Linell että Nuolijärvi ja Tiittula lähestyvät dialogia vuorovaikutuksen rakenteesta käsin, dialogisten piirteiden kautta. Kun dialogi ymmärretään vuorovaikutuksen rakenteellisina piirteinä, toteutuu vuorovaikutus esimerkiksi lääkärin ja potilaan viestintäsuhteessa aina enemmän tai vähemmän dialogisena tai monologisena. Tällöin tavoitteena on selvittää empiirisesti esimerkiksi sitä, miten eksplisiittisesti puheenvuorot liittyvät edeltä-

vään puheenvuoroon ja millainen on keskustelun vuorottelurakenne eli toisiinsa liittyvät vuoroparit (väite ja vastaväite; kysymys ja vastaus). Nuolijärvi ja Tiittula (2000) arvioivat vaalikeskustelua dialogisuus-monologisuus - ulottuvuudella em. piirteiden perusteella. Kuten huomataan Nuolijärven ja Tiittulan sekä Linellin kuvaama *empiirinen dialogisuus* kytkeytyy vastausreaktion laatua kuvaavaan interaktiivisuuteen. Dialogi ei tällöin ole ajateltavissa on tai ei -kysymyksenä, vaan sen suhteen missä määrin tai millä lailla dialogiset ja monologiset piirteet ilmenevät.

Dialogi voidaan ymmärtää myös *tietynlaisena suhteen laatuna ja ajattelutapana*, kuten orientoitumisena toiseen ihmiseen (Cissna & Anderson 1998, 64). Burbulesille (1993, 19) viestintäsuhteessa osallistujia yhdistävä ja yhteen liittävä *sitoutumisen laatu* on kaikkein luonteenomaisin dialogin piirre. Dialogi on side, joka yhdistää osallistujat yhteistyössä tavoittelemaan tietoa, hyväksymistä tai interpersonaalista ymmärtämistä. Näin ollen dialogi on Burbulesille ennen kaikkea *suhde*, johon tullaan ja jossa korostuvat yliyksilölliset piirteet. Näin ollen mitään yksittäistä viestinnällistä piirrettä tai käytännettä ei itsessään nähdä dialogisena, vaan sen dialogisuuden ratkaisee se, miten viestinnällinen piirre synnyttää tai tukee *dialogista suhdetta* (ts. tietynlaisen suhteen syntymistä ja toteutumista). Myös Linell (1994, 15) toteaa, että dialogilla tarkoitetaan usein maksimaalista orientoitumista toiseen osapuoleen, jossa osapuolet kohtaavat toisensa persoonina.

Buber (1965, 19) sitoutuu suhteen laatua korostavaan näkökulmaan dialogia määriteltäessä. Hänen mukaansa toimijoiden välinen aito dialogi edellyttää suhdetta, jossa toimijoilla *on mielessään toinen tai toiset* ja heidän läsnäolonsa ja jossa *tavoitellaan* molemminpuolista suhdetta. Osapuolten välille syntyy välitön yhteys. Olennaista dialogissa Buberille on se, miten *suhtaudutaan tai asennoidutaan toiseen* ja miten pystytään näkemään asioita toisen näkökulmasta. Aidossa dialogissa on kysymys elämästä ("the dialogue of life"), mikä sulkee pois dialogin näkemisen vain vuoropuheluna tai keskusteluna.

Buberia tulkiten Värri (1997, 73) kiteyttää toiseuden tunnustavan dialogisen suhteen olennaisiksi osiksi a) kahden persoonan välisyyden, b) yhdessä koetun tapahtuman, johon vähintään toinen suhteen osapuolista osallistuu aktiivisesti, ja c) sen, että aktiivinen osapuoli elää tapahtuman samanaikaisesti sekä omasta että toisen näkökulmasta. Tämä tarkoittaa suhteen molemminpuolisuutta. Näin ollen Buberille dialoginen suhde ei edellytä molempien osapuolten aktiivisuutta, riittää kun toinen elää tapahtumaa toisen näkökulman huomioon ottaen. Oleellista on siis asennoitumisen laatu. Myös silloin kun toinen ei ota minun näkökulmaani huomioon, pystyn kokemaan suhteen dialogisena, mikäli en asennoidu toiseen objektivoivasti (ks. Värri 1997, 74). Tämä tekee mahdolliseksi esimerkiksi sen, että potilas voi kokea kohtaamisen dialogisena, vaikka hoitaja kohteellistaa potilaan eli kokee suhteen monologisena (Heikkinen & Laine 1997, 152). Lääkäri ja potilas voivat siis suuntautua tai orientoitua toisiinsa dialogisesti, mutta se ei riitä tekemään heidän vuorovaikutuksestaan aitoa dialogia.

Aidon dialogin toteamisen kannalta keskinäisyyden tai molemminpuolisuuden toteutuminen on keskeistä. Kaplanin (1969, 97) mielestä Buber erottaa keskinäisyyden (mutuality) vastavuoroisuudesta (reciprocity) siten, että toiminta, jossa toinen tekee jotakin ja toinen vastaa, on vastavuoroista. Sen sijaan keskinäinen toiminta edellyttää, että osallistujat tekevät yhdessä jotakin, mitä kumpikaan ei voi tehdä erikseen.

Keskinäisyyden saavuttaminen ei kuitenkaan ole mahdollista kaikissa suhteissa. Buberin (1965, 163) mukaan on suhteita, joiden pysyminen "omassa laadussaan", eli tietyn tehtävän täyttäminen ja suhteelle ominaisten normatiivisten rajojen toteuttaminen, edellyttää sitä, että ne *eivät voi kehittyä* täydellisen molemminpuoliseksi, aidon dialogiseksi. Tällaisia ovat hoito- ja kasvatussuhteet, jotka perustuvat yksisuuntaiseen yhteyteen. Niissä ammattilainen pyrkii ja hänen tulee pyrkiä elämään tilanne toisen näkökulmasta eli rakentamaan dialogista Minä-Sinä -suhdetta²³, mutta ei toisinpäin. Buber (1965, 100) toteaa, että kasvattajan tai hoitajan on oltava tilanteen molemmissa päissä, mutta oppijan tai hoidettavan vain toisessa. Jos tällaiset suhteet menettävät yksisuuntaisuutensa, mikä tarkoittaa sitä, että oppija tai potilas oivaltaa opettajansa tai hoitajansa kokonaisuutena ja eläisi tämän tilanteen läpi²⁴ (Buber puhuu kattamisesta), tällöin ne *kadottaisivat myös oman luonteensa*: "If it loses one-sidedness, it loses essence" (Buber 1965, 99). Tämä johtaisi *hoito- tai kasvatussuhteen murtumiseen tai muuttumiseen ystävyysuhteeksi* (Buber 1965, 101). Jotta suhteen yksisuuntainen luonne toteutuisi, on hoitamiseen ja kasvattamiseen kuuluttava sekä kohtaamisessa elämistä että etäisyyden ottamista (Buber 1965; 1995, 165).

Buber (1923/1995) ei siis pidä aitoa dialogia kasvatus- ja terapiasuhteissa mahdollisena, vaikka toiminta olisikin vastavuoroista. Tämä ei Buberin mukaan kuitenkaan estä sitä, etteikö näissä suhteissa voitaisi suuntautua dialogisesti, vaikka aito dialogi olisikin mahdotonta. Aidon dialogin lisäksi Buber (1965, 19) nimeää kaksi muuta dialogityyppiä, joilla on dialogin ilmiäisyä, mutta ei sen olemusta, joka tekisi niistä aitoja. Tässä mielessä ne ovat aidon dialogin jäljitelmiä. Teknisen dialogin tarkoituksena on pelkästään ymmärtää toista objektiivisesti, esimerkiksi asiana tai kohteena, jonka tilanne halutaan selvittää. Tätä dialogimuotoa Buber pitää modernille olemassaololle luontaisena, sen aitoon laatuun kuuluvana; ehkä siksi, että modernille on ominaista rationaalisuuden, päämäärätietoisuuden ja hyödyn tavoittelun korostaminen.

Tekninen dialogi on sovellettavissa myös lääkäri-potilasviestintään, sillä lääkärin tavoitteena on pystyä poimimaan potilaan kertomuksesta ongelman

²³ Buberin (1923) dialogifilosofian perussanat tai sanaparit ovat Minä-Sinä ja Minä-Se. Minä-Se -suhteessa minä on havainnoiva ja kokeva subjekti, jonka havainnoinnin kohteita, objekteja, esineet, asiat ja ihmiset ovat. Minä-Sinä on Buberille sekä eettinen ideaali, päämäärä, jota tavoitellaan, että olemisen ontologinen lähtökohta. Minä-Sinä -suhteessa minä on yhteydessä toiseen, suhteessa toisen kanssa, eikä kohteestaan erillisenä havainnoivana ja kokevana subjektina. Ihmiset voivat kohdata toisensa aidosti, todellisina persoonina vain dialogisessa molemminpuolisessa Minä-Sinä -suhteessa. (Ks. Huttunen 1999, 49; Värrin 1997.)

²⁴ Kattamisella Buber tarkoittaa kykyä elää tämänhetkistä tapahtumaa ottaen huomioon toisen osapuolen näkökulma. Tällöin oma näkökulma kattaa myös toisen näkökulman (Värrin 1997, 73.)

määrittämisen ja hoitamisen kannalta olennaiset piirteet, jäsentää ja tulkita niitä lääketieteellisen tiedon näkökulmasta. Tässä tehtävässä lääkäri luonnollisesti pyrkii katsomaan yleisen kautta yksittäistä, mitä voidaan nimittää myös objektiiviseksi tai objektivoiduksi katseeksi. Tässä yhteydessä on muistettava, että objektiivisuus on yksi keskeinen periaate, jonka avulla lääketieteen ja lääketieteelliseen päätöksenteon sekä lääkärin uskottavuutta ja luotettavuutta rakennetaan tai voidaan rakentaa. Tekninen dialogi ei kuitenkaan tarkoita sitä, että toisen ymmärtäminen olisi mekaanisen helppoa, vaan se kuvaa lähinnä suhtautumista tai suhdetta toiseen.

Kolmannessa dialogityypissä, valeasuisessa dialogissa ("monologue disguised as a dialogue"), ei ole enää kysymys dialogista. Siinä ihmiset puhuvat Buberin (1965, 19–20) mukaan itsekseen vailla yhteyttä toisiinsa ja he haluavat vain vahvistaa itseluottamustaan tai nauttia oman kokemustensa ja tunteidensa kertomisesta. Esimerkkeinä valeasuisesta dialogista Buber (1965, 20) pitää arkista jutustelua ja rakastavaisten keskustelua.

Käsitys dialogin mahdollisuudesta asymmetrisissä asiantuntija-asiakassuhteissa muuttuu, kun näkökulmaksi otetaan *dialogin temporaalisuus*, ajallinen jatkuvuus. Tavallisesti dialogi nähdään pysyvänä ja jatkuvana suhteen olomuotona tai piirteenä, mistä seuraa sen näkeminen tavoittamattomana ideaalina, joka on käytännössä mahdollista vain informaaleissa viestintäsuhteissa. Kuitenkin dialogi voidaan nähdä katoavana ja ohikiitävänä hetkenä. Buberin ja Rogersin keskusteluja tarkastelleiden Cissnan ja Andersonin (1998, 67, 69) mukaan sekä Buber että Rogers ovat käsitelleet dialogia myös hetkellisenä ilmiönä²⁵. Buberille dialogi syntyy siis kohtaamisen hetkenä, jolloin keskinäisyys (mutuality) toteutuu. Rogers (1956; 1959; 1961, 130) puolestaan puhuu "hetkien liikkeestä" tai "eksistentiaalisista hetkistä", joiden aikana muutos on mahdollista terapiasuhteessa. Rogersin (1987, 39) mukaan dialogin tapahtuessa kumpikin osapuoli *ylittää oman roolinsa*, jolloin tasa-arvoisuus ja epätasa-arvoisuus on *täysin* irrelevantti kysymys, koska kumpikin osapuoli on löytänyt yhteyden toiseen tuona muutoksen hetkenä. Rogers (1987, 39) kuvailee tätä hetkeä seuraavasti: "I feel an almost ectoplasmic bond between the client and myself. It is truly an 'I-Thou' relationship." Esimerkiksi Keskinen ym. (1997) tutkimuksissa dialogi oli hoitajan näkökulmasta katsottuna mahdollista vain silloin kun hän vapautui ammattiroolistaan ja tavoitteellisesta toiminnasta. Tällaiset tilanteet ovat hoitotyössä väistämättä hetkittäisiä ja ennalta suunnittelemattomia, jolloin dialoginen suhde hoidonantajan näkökulmasta on luonteeltaan aina temporaalinen. Potilas esimerkiksi koki dialogisen suhteen sellaisissa tilanteissa, jotka muistuttivat arkipäivän kohtaamista ja joissa korostui läsnäolo, kuunteleminen ja keskusteleminen *muista kuin hoitoon liittyvistä asioista* (Keskinen ym. 1997, 152). Dialoginen suhde toteutui siis silloin, kun hoitaja ja potilas pysyivät jättämään hoidolliset tavoitteet sivuun.

²⁵ Cissnan ja Andersonin (1998, 67) mukaan missään nykyisissä dialogia ja dialogisuutta käsittelevissä teoretisoinneissa ei nähdä dialogia hetkellisenä ilmiönä eikä lähdetä hetkelisyyden pohjalta tarkastelemaan dialogiin liittyviä seuraamuksia.

Buberin (1923/1958, 133-134) ajattelussa hetkellinen dialogi on yleistettävissä kaikkiin rooli- tai tavoitepohjaisiin suhteisiin, joissa toisen osapuolen toimintaa leimaa tavoitteellisuus suhteessa toiseen, olipa kyseessä sitten opettaja-oppilas-, esimies-alainen-, kasvattaja-kasvatettava- tai terapeutti-asiakassuhde. Dialogi ei kuitenkaan Buberin (1957) mukaan voi näissä suhteissa olla vallitseva tai ensisijainen piirre vaan eräänlainen "syrjäpolku", sivuvaava ilmiö, joka ei kestä kuin lyhyen hetken, eikä se voi myöskään kehittyä täydelliseksi molemminpuolisuudeksi, kuten hän (1923/58, 131) toteaa. Näin ollen dialogia ei Buberiin nojaten myöskään voida pitää asymmetristen viestintäsuhteiden peruspiirteenä tai lähtökohtana.

Cisna ja Anderson (1998, 71) tekevät eron Rogersin ja Buberin suhtautumisessa dialogin hetkellisyyteen: Buberille hetkellisyys on osoitus dialogiin kohdistuvista rajoituksista, jotka estävät sen kehittymistä, kun taas Rogers näkee hetkellisyyden dialogin perusolemukseen sisältyvänä piirteenä. Mutta kummankin ajattelun mukaista on, että vaikka suhde ei voisikaan olla täysin molemminpuolinen, se ei sulje pois sitä, etteikö hetkellinen molemminpuolisuus eli aito dialogi olisi mahdollista, ja tällöin dialogi voi toteutua myös asymmetrisissä, ammattiroolisidonnaisissa suhteissa.

Dialektisesta viitekehuksesta katsottuna dialogin hetkellisyys ilmentää ennustettavuuden ja yllätyksellisuuden välistä jännitettä. Hetkellinen dialogi on aina yllätyksellinen, spontaani, mutta ristiriitainen. Tämän vuoksi dialogiset hetket palautuvat voimallisesti ei-dialogiseen toimintaan ja suuri osa lääkäripotilasviestinnästä sijoittuu Buberin ajatteluun suhteutettuna jonnekin "teknisten ja aidon dialogin väliseen harmaaseen maastoon".

Ulkopuolisen tarkkailijan on vaikea "nähdä", milloin lääkärin ja potilaan välille syntyy hetkittäinen dialogi. Kuitenkin dialogia voidaan yrittää jäljittää osallistujien kokemuksista tai vuorovaikutusprosessia tarkastelemalla. Seuraavassa katkelmassa lääkärin ja potilaan välille voidaan nähdä syntyvän hetkellisen dialogin.

- P: mitäs sitten
 L: perjantaina katotaan täällä yhdessä että miltä ne näyttää
 P: mihinkähän aikaan
 L: tiijättekös te millon te ootte täällä (naurahtaa, johon potilas yhtyy)
 P: iltapäivällä
 L: niin meidän täytyy (.) [etsiä] liukuva
 P: pi[täskö varata] aika jostain neljän paikkeilta
 L: joo (kopauttaa papereita pöytään)
 P: mihin asti te ootte (viittaa lääkäriin kädellä) täällä paikalla
 L: mä oon täällä niin kauan kuin on pakko olla että
 P: aha (nyökkäys, hymyilee, ↔)
 L: mul on tällänen hyvin liukuva (lääkärikin hymyilee, ↔)
 P: =työaika
 L: =työaika kans
 P: alkaa aikasin ja päättyy myöhään
 L: niin
 P: just
 L: se on noin niinku tarpeen mukaan (ottaa kynän käteensä)
 P: yhym (Lb, B5)

Potilas kommentoi kyseistä tilannetta analyysikeskustelussa seuraavasti:

- T: teillä oli samanlaista vähän tää työelämä
 P: yhym. se hymyilytti
 T: joo, (naurahdus) sitä mä ajattelin, et mikä teitä, sekö se hymyilyttää [että] niin
 P: [yhy] et se on niiku harvemmin törmää, törmää tuolla kentällä ku liikku ni ihmisiin jotka tekee saman verran työtä et se on niinku aamu kuudesta johonkin iltakuuteen kahdeksaan, viikonloput töissä ni se ni, sit kun löytää toisen joka tekee yhtä hullun lailla töitä, niin tota, alko niinku hymyilyttää, kun tietää että hän on hyvin varattu, et siin on niinku (- -) pitkät pätkät
 T: joo
 P: millonkahan se mahtas olla mahdollista (B5)

Dialogisen suhteen tunnuspiirteiksi on kuvattu välitöntä intentionaalista perspektiivin ottamista, yhteistä sosiaalis-kulttuurisia kokemuksia ja keskinäistä tietoa (ks. Markovà 1990, 7). Yllä olevassa esimerkissä dialoginen suhde ilmenee esimerkiksi vastavuoroisessa nonverbaalisessa viestinnässä: lääkärillä ja potilaalla on katsekontakti ja he myös hymyilevät toisilleen. Dialogisuutta kuvaa myös toisen osapuolen puheenvuoron täydentäminen. Kun lääkäri aloittaa puheenvuoron ("mul on tällainen hyvin liukuva..."), potilas täydentää lääkärin puheenvuorosta puuttuvan sanan "työaika", minkä lääkäri hyväksyvästi toistaa. Tässä kohdassa puhe lääkärin liukuvasta työajasta ankkuroituu aikaisempaan keskusteluun, jolloin he olivat käsitelleet potilaan liukuvaa työaika. Kolmantena piirteenä dialogisuuteen viittaa se, että potilas ei vain täydennä vaan myös sanoittaa lääkärin kokemusta "alkaa aikasin ja päättyy myöhään". Lääkäri vahvistaa tämänkin.

Lisäksi potilaan puheesta välittyä myös emotionaalinen yhteys lääkäriin. Se kuvastaa hetkellistä välähdystä, jolloin potilas ymmärtää lääkärin näkökulman, eli Buberin sanoin, kokee lääkärin läsnäolon ja heidän välilleen syntyy välitön yhteys. Näin sekä vuorovaikutuksen piirteet että potilaan kokemus ilmentävät lääkärin ja potilaan jakamaa sosiaalis-kulttuurista kokemusta: joustavasti pitkään työskentelevän asiantuntijan elämää.

Tunteiden on ajateltu kuuluvan olennaisesti dialogiseen suhteeseen. Esimerkiksi Burbulesille (1993, 20) dialogiin tai dialogiseen suhteeseen kuuluvat olennaisesti keskinäinen kunnioitus, luottamus ja välittäminen, joita vuorovaikutuksessa on myös rakennettava ja ylläpidettävä. Ne ovat olennaisempia dialogisen suhteen kannalta kuin se, millaisen spesifin viestinnällisen muodon dialogi saa. Myös rakkauden ja läheisyyden tunteet on usein mainittu keskeisiksi dialogisen suhteen piirteiksi. Huttunen (1999, 55) kuitenkin epäilee läheisyyden ja rakkauden tunteiden nostamista esimerkiksi kasvatussuhteen dialogisiksi elementeiksi, koska vieraudella on kyseisessä suhteessa myös sijansa. Sama pätee myös terveydenhoidon ammattilais-asiakassuhteisiin. Myös niissä vuorovaikutus syntyy useimmiten ventovieraiden välillä ja hoidonantaja, ja potilas jäävät usein ventovieraiksi toisilleen viestintätilanteen jälkeenkin. Suhtautuminen emotionaalisuuteen onkin oleellinen näkökulma pohdittaessa dialogin mahdollisuutta lääkäri-potilassuhteessa.

Dialogin toteutumiseen lääkärin ja potilaan välisessä viestintäsuhteessa vaikuttavat lisäksi monet kontekstitekijät, kuten a) professionaali-

asiakassuhteisiin kohdistuvat vaatimukset asiakaskeskeisyyden lisäämisestä, mikä tarkoittaa lääkäri-potilassuhteessa yhteistyön ja yhteisen päätöksenteon lisäämistä (voidaan nähdä lisäävän dialogisuuden vaatimuksia), sekä ylipääntään yhteisössä jaetut professionaalien ja asiakkaiden välistä viestintää ja -suhdetta koskevat odotukset ja b) hoito-organisaatioiden sisällä olevat epädialogiset suhteet ja niitä ylläpitävät ja niitä tuottavat professionaaliset ja institutionaaliset käytänteet, joiden voidaan nähdä vaikeuttavan dialogisten suhteiden toteutumista. Näihin kuuluu esimerkiksi eri ammattiryhmien välisten erojen ylläpitäminen, jota ruokkivat esimerkiksi legitimoitunut valta- ja vastuusuhteet.

Vaikka temporaalinen ulottuvuus voi tuoda dialogin lääkäri-potilassuhteeseen, se on myös dialogin toteutumisen ongelma. Dialogi tarvitsee aikaa. Konkreettisesti aidon dialogin toteutumista lääkäri-potilasviestinnässä vaikeuttaa usein käytettävissä olevan ajan niukkuus. Esimerkiksi Meredithin (1993, 320) mielestä potilailla ei todellisuudessa ole kysymisen mahdollisuuksia, koska harva potilas pystyy annetun ajan puitteissa kysymään asiantuntevasti ja vielä välittömästi diagnoosin kuulemisen jälkeen.

Vastaanottoaikaan ja sen käyttöön liitetyt merkitykset vaikuttavat osaltaan siihen, millaiseksi lääkärin ja potilaan välinen viestintäsuhde muodostuu, ja siis myös siihen, miten mahdollista dialogin syntyminen on.²⁶ Terapiasuhteessa hetkellisen dialogin toteutuminen tuntuu todennäköisemmältä kuin lääkäri-potilassuhteessa jo siksi, että terapiassa asiakkaalla ja terapeutilla on yleensä käytettävissään enemmän aikaa vuorovaikutukseen, heidän suhteensa on usein pitempikestoisempi sisältäen useita tapaamisia (jatkuvuus kuuluu usein terapiaprosessin luonteeseen) ja runsaan osallistumisen katsotaan kuuluvan itsensä selvästi asiakkaan rooliin. Terapiaprosessissa asiakas hoitonsa subjektina on näin ollen helpommin toteutuva ja enemmän sisäistetty asia kuin lääkäri-potilassuhteessa.

Se, että lääkäri-potilassuhteissa voidaan pyrkiä dialogiin, mutta että aitoa dialogia ei joidenkin mukaan voida saavuttaa tai se voidaan saavuttaa vain hetkittäin tai monet institutionaaliset kontekstitekijät vaikeuttavat sen saavuttamista, ilmentää dialogiin sisältyvää dialektisuutta: toisaalta dialogiin pyrkimistä, toisen tilanteen tai näkökulman elämistä, mutta samanaikaisesti myös vetäytymistä ja etäällä pysymistä. Onkin siis syytä pohtia, missä määrin lääkäri-potilasviestinnässä on tarpeellista pyrkiä molemminpuoliseen dialogiseen suhteeseen. Dialogisten hetkien runsaus on esimerkiksi Rogersille (1967) osoitus terapiaprosessin kehittymisestä ja myös vihje siitä, että terapiaprosessi lähenee päättymistään. On selvää, että dialogin tavoittelu vuorovaikutuksessa nousee tärkeäksi, kun pyritään saamaan ihmiset osallistumaan ja sitoutumaan elämäntapojensa muuttamiseen tai kroonisten sairauksien hoitoon. Kuitenkin esimerkiksi hoitotyötä pohtineet Keskinen ym. (1997, 155) toteavat:

²⁶ Huolestuneisuus vastaanottotilanteen ajan kulumisesta on todennäköisesti vahvemmin esillä julkisella puolella kuin yksityisellä, koska yksityisen terveydenhoidon asiakas ostaa itselleen institutionaalista aikaa mutta myös oikeutta olla välittämättä ajan kulumisesta yksilöllisemmän kohtelun nimissä (ks. Tuorila 2000).

“Hoitotyön koulutuksessa korostetaan hoitajan ja potilaan välistä subjekti-subjekti -suhdetta. Potilaan ammattitaitoiseen hoitamiseen voi kuitenkin liittyä tilanteita, jolloin potilaan kohteellistaminen on välttämätöntä. Tämä on etäisyyden ottamista potilaaseen, jotta hoitaja voi toimia tavoitteiden mukaisesti.”

Subjekti-objekti -suhde on nähtävä siis tarpeellisena, ei pelkästään negatiivisena ja vältettävänä. Voidaan sanoa, että hoitotilanteissa tavoitteena on “ikään kuin dialogin” luominen, se, että potilaalle syntyisi vaikutelma, kokemus dialogisesta suhteesta, vaikka hoidonantaja suhtautuisi häneen monologisesti, objektiivisesti. Esimerkiksi emotionaalisesti stressaavissa tilanteissa on usein toimivampaa pystyä asennoitumaan objektiivisesti. Fyysistä tutkimusta tehtäessä sekä lääkärille että potilaalle voi olla helpompaa, että he molemmat yhdessä objektiivovat potilaan kehon, kuin pyrkivät luomaan dialogista suhdetta toisiinsa. Molemmipuolisen dialogin toteutumisen rinnalla lääkärin tai hoitajan pitäisi siis pyrkiä luomaan hetkiä, jotka potilas kokisi yksipuolisen dialogisina.

Vaikka aidon dialogin saavuttaminen näyttäisi lääkärin ja potilaan välisessä kanssakäymisessä vaikealta ja vaikka sitä ei saavutettaisi edes hetkellisesti, tavoittelemisesta sinänsä voi olla hyviä seuraamuksia. Jo sillä, että pyrkii tiedostamaan asenteensa ja vaikuttamaan siihen, on vaikutusta arjen ja siinä toimimisen kannalta, sillä jo pyrkimys esimerkiksi Minä-Sinä -ideaaliin ohjaa ja suuntaa Värrin (1997, 82) mielestä jokapäiväisiä suhteitamme. Toimijat voivat valita oman asennoitumisensa erilaisissa suhteissa: pyrkivätkö he esineellistämään ja vaikuttamaan toisiin vai kohtaamaan heitä dialogisesti.

9 ARVIOINNIN JA HYVÄKSYMISEN DIALEKTIikka: POTILAAKSI PÄÄSEMINEN

Arvioinnin ja hyväksymisen jännitteen hoitaminen on vaativa viestinnällinen tehtävä sekä lääkärille että potilaalle. Lääkärille on annettu tehtäväksi arvioida potilaan ongelman lääkröitävyyttä (vaatiiko potilaan ongelma lääkärin antama tai määräämää hoitoa) ja ylipäättään määritellä, onko potilas sairas vai ei. Ruusuvuori (2001, 43) toteaa, että potilaan näkökulmasta ajatellen yksi lääkärin tärkeä tehtävä on *hyväksyä potilaan käynnin oikeutus*. Käynnin oikeutuksen lisäksi, varsinkin jatko- ja kontrollikäynneillä, lääkäri arvioi annettujen hoito-ohjeita noudattamista. Lääkäri voi myös joutua arvioimaan potilaan vaivaa siltä kannalta, voiko hän kirjoittaa potilaan pyytämää lausuntoa jollekin ulkopuoliselle taholle etujen, korvausten tai vapautusten myöntämistä varten. Vaikka arvioinnin tulos olisi potilaalle kielteinen (esim. lääketieteellistä hoitoa vaativaa ongelmaa ei ole tai lääkäri ei katso voivansa kirjoittaa lausuntoa), lääkärin pitäisi viestiä potilaalle, että hän hyväksyy tämän ihmisenä, eikä hän perusteetta kyseenalaista potilaan motiiveja.

Potilas puolestaan valmistautuu arvioiduksi tulemiseen, ja hän pyrkii osoittamaan ongelmansa lääkröitävyyttä ja siten myös omaa kompetenttiuttaan potilaana (ks. Raevaara 2000, 207; Ruusuvuori 2000, 103). Ruusuvuori (2000) kuvaakin väitöskirjassaan potilasta aktiivisena tulossyyn tarjoajana, jonka esittämän tarjouksen lääkäri voi hyväksyä, asettaa epäilyksen alaiseksi tai hylätä. Arvioiduksi tuleminen on tavallinen teema myös potilaiden negatiivissa kokemuksissa. Esimerkiksi potilaan kokemus siitä, että hänet on arvioitu turhanvalittajaksi, uhkaa potilaan asiantuntijuutta ja usein myös ihmisarvoa eli kokemusta siitä, että on hyväksytty ihmisenä.

Seuraavissa luvussa kuvataan vuorovaikutus- ja haastatteluesimerkkien kautta, miten arvioinnin ja hyväksymisen jännite voi ilmetä lääkärin ja potilaan välisessä viestintäsuhteessa.

9.1 Tulosityn vakuuttaminen

Otollisia arvioinnin ja hyväksymisen jännitteen ilmenemiselle ovat ensinnäkin sellaiset tilanteet, jolloin potilas pyrkii saamaan lääkärin tukemaan päätavoitteensa saavuttamista. Vastaanottotilanteen alussa potilas pyrkii oikeuttamaan lääkäriin tulonsa ja osoittamaan käyntinsä oikeellisuuden. Lausuntoa hakeva puolestaan pyrkii vastaanoton kuluessa tukemaan päätavoitteensa saavuttamista. Toinen ilmeinen jännitteitä synnyttävä vaihe on inkongruenssitilanne, jossa lääkärin ja potilaan näkemykset esimerkiksi oireiden vakavuudesta ja siitä seuraavista johtopäätöksistä poikkeavat toisistaan.

On oletettavaa, että myös yksityisessä terveydenhoidossa potilaat pyrkivät oikeuttamaan lääkäriin tulonsa, vaikka he eivät todennäköisesti koe samanlaisia turhaan tulemisen pelkoa tai taakkaa kuin julkiselle puolella asioivat. Tämä saattaa vaikuttaa siihen, miten yksityisen puolen potilaat perustelevat lääkäriin tuloaan.

Sovitulle jatko- tai määräaikaikäykännille tulevan potilaan ei tarvitse perustella tulositytään. Kuitenkin, jos potilas tulee jatkokäynnille oma-aloitteisesti, esimerkiksi siksi, että hän epäilee diagnoosia tai hoidon tehokkuutta, hän joutuu perustelevaan ongelmansa lääkäroityvyyttä (ks. Raevaara 2000, 96), kuten seuraavasta esimerkissä käy ilmi.

- 1 L: siitä on nyt kymmenen päivää kun sä kävit viimeksi, sä söit siihen silloin (1), ehkä sulla on loppumassa se [kuuri] (↘)
- 2 P: [joo] tän-, eilen viimeset otin joo
- 3 L: joo. miltäs se (↔) tuntuu
- 4 P: minun mielestä se ei oo kunnossa (nyökyttelee)
- 5 L: onko se kipee (↔)
- 6 P: on kipee, ja justiinsa näin kun kenkää kyhää, sukkasillaan kotona tessuttaa mut sit kun pistää kengän ja, kosketusarka on kyllä
- 7 L: onks se yhtään parantunu siitä, auttoko se kuuri yhtään siihen (↔, nojautuu potilaaseen päin)
- 8 P: on joo, ei se niin, ei se niin tulehtunu oo mutta tuota, mutta mutta
- 9 L: [joo] (nyökyttelee). mä voisin vilkasta miltä se näyttää (nousee ylös, hakee jakkaran).
- 10 L: voit tuohon nostaa jalan (lääkäri istuu, potilas riisuu jalkaansa) (5)
- 11 L: onks se yhtään levinnyt sinne jalkapöytään
- 12 P: =ei (riisuu, nostaa jalan)
- 13 L: (7, katsoo jalkaa) on tää paljon, on tässä paremman näkönen nyt, onks tuolla [sisällä]
- 14 P: [joo] just se sisällä, joo se on niinkun kaikista
- 15 L: joo (tutkii jalkaa) (3)
- 16 L: eikä oo mitään haavoja tullut tähän (tutkii jalkaa) (3) onks tää täältä kipee
- 17 P: on ja justiin sit kun kääntää justiin sellanen, aah, ooh (pyörittää päätään)
- 18 L: tämänkö
- 19 P: niin niin (voihkii) (Le ja E2)

Keskustelun alussa potilas tuo näkemyksensä esille painokkaasti (puheenvuorot 4 ja 6). Hän viittaa itseensä persoonapronominilla, mikä antaa mielipiteelle vahvuutta. Lisäksi hän vahvistaa ilmaisuaan nyökyttelemällä päätään. Potilas

myös havainnollistaa lääkärille jalan kipeyttä arkielämässään: hän ei voi laittaa kenkää jalkaansa. Kun lääkäri kysyy, onko lääke auttanut yhtään, potilas myöntää siitä olleen apua, mutta päättää puheenvuoronsa kontrastia luoviin mutta-konjunktioihin (pv 8). Näin hän myöntämisestä huolimatta toisaalta tuo esille eriävän mielipiteensä hoidon vaikuttavuudesta. Kun lääkäri tutkii jalkaa ja kyselee, onko jalka kipeä tietyistä kohdista ("sisältä", "täältä"), potilas reagoi välittömästi sekä verbaalisesti että nonverbaalisesti osoittaen näin lääkärille kipeän paikan löytymisen ja myös kivun vahvuuden. Lääkärin tunnustellessa jalkaa potilas voihtii ääneen ja pyörittelee päätään (pv 17 ja 19). Näin potilas pyrkii monin tavoin vakuuttamaan lääkärin asiansa ja tuntemustensa vakavuudesta.

Ennen yksityiseen terveydenhoitoon hakeutumistaan monet potilaat ovat jo olleet yhden tai useamman lääkärin hoidettavana, mutta ovat päättäneet vielä hakeutua yksityiselle lääkärille. Seuraavassa esimerkissä potilas on hakeutunut hoitoon saadakseen apua vaivaansa, jonka hoito oli aloitettu julkisella puolella. Vuorovaikutustilanteen alussa hän esittää lukuisia perusteluja ongelmansa tuoksi.

- 1 L: mikäs sulla on hätänä (→, kääntyy potilaaseen päin, joka seisoo)
- 2 P: mulla on semmonen, täällä olkapää (laittaa takkia tuolille) oli ihan jumissa, nyt on ollu neljä päivää. töissä se sattui (istuutuu) kävin mie työterveyslääkärillä, perjantaina ja se anto semmosen vakuutusjutun (näyttää kättään) mutta sieltä sain semmosta orudis-geeliä mutta ei se niinkun mitenkään auta, eilen kävin terveyskeskuksessa (→) mä aattelin jos ne olis sen kortisonin pistäny mutta ei ne pistäny, mä aattelin että otetaan sitten panacorttia (taittelee paperia, katsoo kertoessaan välillä siihen, lääkäri kirjoittaa ja vilkaisee välillä potilasta). tää on kyllä ihan kun, ei tätä saa nytten niinkun liikutettua (ravistaa kättään) niin ku se on ihan jumittunu tuohon, jotenki
- 3 L: otaks sä, saaks sä paidan pois (kirjoittaa, ↘), mä voin auttaa jos
- 4 P: pitäskö se ottaa pois
- 5 L: kyl se pitää kun mä katon sen (kirjoittaa, kääntyy potilaaseen päin, nousee ylös). mä voin auttaa sua jos sun on vaikee saaha (potilas nousee ylös).
- 6 P: joo
- 7 L: jos sä istut niin (potilas istuu) otetaan ensin se terve (lääkäri auttaa). miten sinun yöt menee.
- 8 P: viime yö oli kyllä kauhee. minä kävin saunassa niin minä aattelin että se (istuu)
- 9 L: joo, älä käy saunassa nyt ollenkaan niin kauan (tutkii kättä). mitä tälle niikun alunperin tapahtu.
- 10 P: se on ilmeisesti pitemmän aikaa
- 11 L: se oli just siinä (tunnustelee)
- 12 P: joo. kauheen kippee (rypistää otsaansa). se on semmonen painava, semmonen mies, sitä nostin opiskelijan kanssa sitten tota, se siinä sitten niinkun revähti, se jäi tavallaan niinkun, miun ho- ho- harteille se
- 13 L: kato, miten nuo olat on, teen tämmösen rennon (katsoo potilasta suoraan edestä)
- 14 P: (katsoo sivuun) kylmällä mie oon sitä nyt hautonu ja särkylääkettä ottanu tuntuu että oon ihan tokkurassa ku (lääkäri tutkii vielä olkaa) (E4)

Puheenvuoronsa alussa potilas nimeään ongelmansa ("olkapää oli ihan jumissa", pv 2), minkä jälkeen hän kuvaa perusteellisesti ongelmaansa narratiivin muodossa. Potilas selvittää, missä hän on käynyt hoidettavana (työterveyslääkäri, terveyskeskus), miten asiat ovat ajallisesti edenneet ("neljä päivää", "perjantaina", "eilen"), mitä lääkitystä hän on saanut ja miten se on tehonnut ja mitä

lääkitystä hän olisi odottanut, mutta ei ole saanut ("aattelin, että ne olis kortisonia pistäny mutta ei ne pistäny"), ja lopuksi hän vielä demonstroi lääkärille käntensä jumiutuneisuutta. Keskustelun edetessä potilas vielä perustelee ongelmansa vakavuutta tuomalla esille käntensä kipeyttä ja sen vaikutusta elämäänsä ("viime yö oli kyllä kauhee", pv 8; "kauheen kippee", pv 12). Hän tuo myös esille omia yrityksiään hoitaa itse vaivaansa ("kylymällä mie oon sitä nyt hau-tonu ja särkylääkettä ottanu", pv 14). Näin potilas pyrkii osoittamaan lääkärille, että hän on itse yrittänyt hoitaa ongelmaansa ja on siis vastuuntuntoinen potilas.

Erityisesti silloin, kun käynnin syy on kyseenalainen tai potilaat kokevat, että lääkäri epäilee heidän käyntinsä aihetta, he pyrkivät perustelevaan vastaanotolle tuloaan. Raevaaran (2001, 57) mukaan kyseenalaistavissa tilanteissa potilaat käyttävät tavallisesti seuraavia viestinnällisiä keinoja:

- Ongelman esittäminen narratiivin muodossa.
- Erilaisten selitysten esittäminen omalle toiminnalle (esim. ulkopuolisen tahon kehoitus hankkiutua lääkäriin).
- Omien hoitoyritysten kuvaaminen osoittaa potilaan halua selviytyä ensisijaisesti itse.
- Diagnostiset väitteet. Potilas voi epäillä oireiden johtuvan aikaisemmasta sairaudesta, jolloin hän viittaa ongelman vakavuuteen, tai hän voi päinvastaisesti vähätellä ongelmansa lääketieteellistä vakavuutta ja näin pyrkiä turvaamaan oma asiantuntijuutensa, jos lääkäri päätyy pitämään ongelmaa harmittomana.

Seuraavassa esimerkissä potilas (D1) kuvaa sitä, miten lääkärin "tympeä" ja epäilevä suhtautuminen vaikuttaa hänen omaan käyttäytymiseensä.

- P: siis varmaan sillai esimerkiks minäkin just varmasti sellais paikoissa juuri josa mä oon käyny sellasessa sellasela lääkärillä jos mulle heti tulee sellanen tympee olo siinä ovella niin mä just alan käyttäytyä ihan oudosti varmastikin elikä alan selostaa ihan sellastakin jota mä en oo meinannukaan kun mä niinku häiriinnyn kun mä katon että toinen vaan tuijottaa eikä kunnolla puhu mitään tai sitten puhuu mutta tuota on sen olonen että melkein mitäs tänne tulit. tulee semmonen kummallinen että alakaa selittää varmaan niinku siis on mulle joskus tapahtunu just niinkin että vaikka mä yleensä on hyvin sanavalmis, mä alan selittää melkein puoltaakseni sitä tulooni niin siitä asian vierestäki kaikkee (D1)

Puheensa mukaan potilas pyrkii kaikin keinoin selittämään ja puolustamaan, miksi hän on tullut lääkärille. Raevaara (2000, 208) toteaa, että tulkitessaan ongelmansa kyseenalaistetuksi potilaat voivat ryhtyä esimerkiksi hyvin vahvoihin diagnostisiin selityksiin.

Kuten kahdesta edellisestä vuorovaikutusesimerkistä käy ilmi, käynnin syyn perustelevinen ja vakuuttaminen ei ole pelkästään verbaalista, vaan puhuessaan oireistaan tai tuntemuksistaan potilaat samanaikaisesti esittävät eleillä ja kehon liikkeillä oireitaan ja kokemaansa kipua. Puhuessaan kivusta esimerkiksi potilas koskettaa kipeää kohtaansa ja kuvaa käsillään ja ilmeillään kivun

voimakkuutta. Heath (2002, 614) toteaa, että näin potilas pyrkii saamaan lääkärin näkemään kivun ja tuskan. Potilaat siis kutsuvat lääkärin oireiden ja kipujen todistajaksi.

Heath (2002, 614) toteaa, että omien oireiden demonstroiminen on vahvinta silloin, kun lääkärin diagnoosin ja potilaan arvioimisen välillä on suurin jännite. Potilas tuo nonverbaalisesti esille kipuaan silloin, kun lääkärin ja potilaan on vaikea löytää yhteistä ymmärrystä kyseessä olevasta vaikeudesta, tai silloin kun kivun sijainti ja laatu ei ollut noussut keskustelussa esille (Heath 2002, 613).

Oireiden ja kipujen nonverbaalisella demonstroimisella on vuorovaikutuksessa selvä funktio. Ensinnäkin se antaa potilaalle mahdollisuuden esittää sairautensa ja kärsimystensä voimakkuutta ja ainutlaatuista sekä erityistä luonnetta (Heath 2002, 603). Ei ole kyse esimerkiksi päänsärystä yleensä vaan draaattisesta, intensiivisestä ja tietystä paikassa olevasta kivusta, ei mistä tahansa kurkkukivusta vaan puristavasta ja tukehduttavasta sellaisesta. Toiseksi demonstroimalla oireitaan ja tuntemuksiaan eleillä ja ilmeillä potilaat eivät ainoastaan ilmennä niiden erityisyyttä ja ainutlaatuisuutta vaan pyrkivät myös vakuuttamaan lääkärin ongelmansa vakavuudesta. (Heath 2002, 613.) Potilaat pyrkivät saamaan asiansa hyväksytyksi eli lääkröitäväksi ja samalla osoittamaan itsensä kompetentiksi potilaaksi. Heath (2002, 613) toteaa, että monet niistä ongelmista, joiden takia menemme lääkäriin, ovat suhteellisen triviaaleja eivätkä ne vaatisi lääkärin apua. Oireiden ja tuntemusten nonverbaalinen demonstroiminen on siis viestinnällinen keino, jolla potilaat pyrkivät hoitamaan arvioimisen ja hyväksymisen välistä jännitettä.

Hyväksyminen ja arviointi kytkeytyvät myös tilanteisiin, joissa potilas hakeutuu uudelle lääkärille saadakseen lausuntoa ulkopuolista tahoja varten. Hän voi hakea esimerkiksi erikoislääkärin lausuntoa yleislääkärin lausunnon tueksi (tai sitä edellytetään häneltä) tai hän hakee oma-aloitteisesti ns. toista asiantuntijalausuntoa. Näissä tilanteissa lääkäri joutuu perehtymään potilaan dokumentteihin ja kuuntelemaan samanaikaisesti potilaan kertomusta sekä arvioimaan eri tietolähteitä ja omaa kantaansa asiaan. Potilas puolestaan pyrkii usein monin tavoin perustelemaan asiaansa, vakuuttamaan asian kannalta oleellisen ongelmansa vakavuutta ja myös omaa moraalista luonnettaan. Potilaan kannalta perustelemista voi hankaloittaa lisäksi se, että hän on ollut useamman eri lääkärin hoidossa eikä hän tarkkaan ottaen tiedä, mitä hänen potilaskorteissaan lukee, onko vastaanottoa pitävä lääkäri tutustunut niihin ja kumpaa tietolähdettä hän preferoi, dokumentteja vai potilaan kertomusta (Raevaara 2001, 66).

Seuraavassa vastaanottokeskustelussa potilas (A5) on saanut Kelalta hylkäävän tukipäätöksen, ja nyt hän on päättänyt valittaa päätöksestä ja hakee siihen muutosta. Tähän hän tarvitsee tietyn alan erikoislääkärin lausunnon. Potilas ei ole käynyt aikaisemmin kyseisen lääkärin vastaanotolla, joten lääkäri ei tunne potilaan asiaa. Hän tukeutuu ratkaisussaan potilaan mukanaan tuomiin dokumentteihin ja potilaan kanssa käymäänsä keskusteluun.

- 1 L: joo, elikkä tuota, on haettu jo tämmöstä uudelleen koulutustukea, että joku sairaus on semmonen, [allergia] (lääkäri lukee; lopussa →)
- 2 P: [joo]
- 3 L: mikä (→)
- 4 P: no tuota mä alkupuolen (jouduin) sen takia ku tuota mut todettiin allergiseksi pölylle ja maalille ja niille
- 5 L: joo (→)(kirjoittaa ylös)
- 6 P: ja sitten tuota, toisena on sitten reumatekijä, vasen (- -) kuluma on ranteessa (ei saa selvää)
- 7 L: joo, ja tuota mil-, reumalassa nää todettiin vai missä
- 8 P: ei kun tuolla [toivolan] terveyskeskuksessa
- 9 L: [toivolan] terveyskeskuksessa nämä pöly ja maaliallergiat (epäuskoinen sävy, →)
- 10 P: joo, ni tuota siel- (vaihtaa asentoa), minä olin yhdessä brick-testeissä mitä (- -)
- 11 L: aha, aha, ni semmosessa tuli [esille] että on pölyallergia ja (nyökkää)
- 12 P: [joo] joo
- 13 L: joo, ja tuota oireina oli nuhaa, yskää?
- 14 P: nuhaa ja sitten silimien kirvelyä
- 15 L: joo (kirjoittaa), elikkä siellä vaan olis ne Brick jäljennökset siellä toivolan terveysasemalla, myö mielellään ne (2) saatas [sieltä] (→)
- 16 P: [ilmeisesti] ne on tallessa siellä
- 17 L: kyllä varmaan on jos ne kerran on tehty (nyökyttelee, kirjoittaa)
- 18 P: joo, tota, mulla on hoitava lääkäri [onnelan]terveysaseman vuorinen
- 19 L: niin, et on- on- onko ne [onnelassa] [vai toivolassa, toivolassa on testit tehty] (→)
- 20 P: [niin mä en tiija] niin että kummassa ne sitten on
- 21 L: joo, vois kummastakin kysyä et kummasta ne löytys (↘, kirjoittaa), onnelasta njoo. Ja minähän vuonna nää tehtiin, suurin piirtein (↘) yheksän kolme on ainakin tuo lausunto, tehty (lukee) et onko se sitä ennen kuinka kauan sitten (↘, tutkii paperia)
- 22 P: no en oo, seitkyt seittemän vai seitkyt kaheksan
- 23 L: niin että siitä on niin [pitkä] aika
- 24 P: [niin]
- 25 L: ja silloin työ oli tuota (↘, kirjoittaa)
- 26 P: autopeltiseppä
- 27 L: autopeltiseppä just joo (↘, kirjoittaa) että siinä tuli sitä kaikkea maalinhan-kauspölyä ja (→)
- 28 P: joo, ja hiontapölyä sitte
- 29 L: =ja hiontapölyä ja (↘, kirjoittaa), joo, ja tuota, tää on ammatti edelleenkin (→)
- 30 P: ei kun mie oon koulussa ollu vuoden tuolla rantajärven käsi- ja taideteollisessa
- 31 L: aha, justiin (nyökyttelee)
- 32 P: mä toistamiseen hain tätä kuntoutustukee tuolta kelalta kun lääkäri on sitä mieltä että pitäs

Tilanteen alussa lääkäri perehtyy potilaan papereihin ja nimeää potilaan asian viittaamatta potilaaseen: on haettu tukea allergian takia. Tämän jälkeen lääkäri alkaa selvittää tarkemmin potilaan tilannetta. Potilaalla ei kuitenkaan ole mukana allergiatestien tuloksia, eikä hän pysty sanomaan, missä testit on tehty (puheenvuorot 10 ja 20). Lisäksi käy ilmi, että testien ottamisesta on kulunut jo paljon aikaa (pv 21 ja 23). Tilanne on potilaan kannalta hankala: koska hän ei pysty perustelevaan asiaansa lääketieteellisin faktoin, hänen asiansa oikeutus kyseenalaistuu. Tässä tilanteessa vetoaminen ulkopuolisen tahon auktoriteettiin on toimiva. Kertoessaan, ettei ole pelkästään itse asiansa takana vaan toimii lääkäriin kehotuksesta, potilas pyrkii vakuuttamaan lääkäriä siitä, että asialla on myös lääketieteellistä asiantuntemusta, ei vain hänen tavoitteensa saada yhteiskunnan tukea (pv 32).

- 1 L: joo, just, tuo varmaan on yks syy että ne ei tätä tiedä että ne katsoo että se on semmonen ala että se siellä todennäköisesti tulee terveyshaittoja (↘, kirjoittaa) (4) mut että se on just näin että joku pienempi osa-alue (käsiele) sit saattaa kuitenkin sopia (→)
- 2 P: yhym, kyllä
- 3 L: vaikka se kokonaisuus niinkun näyttää että ei se käy (↘, kirjoittaa)
- 4 P: yhym, minä en siitä periks anna kun minä tunnen että minä viihyn siellä ja
- 5 L: niin, ja siitä niinkun, joo, niin justiin, et se on niinkun hyvä (↘)
- 6 P: yhym
- 7 L: mut varsinaisesti astmaa ei todettu (→)
- 8 P: ei
- 9 L: entäs ihottumia (→)
- 10 P: no tuota, ihottumia oli sillai että ku, palamisen jälakeen ku se piti semmosen ryhelönä ja (sivelee kättään)
- 11 L: joo (→, nyökyttelee)
- 12 P: ja sitten
- 13 L: joo (→, nyökyttelee)
- 14 P: mut tässä on nyttinkin, tässä on tuota ni palamisen (tutkii kättään) jäläki on tässä ni tuota, [nää on parantunu näin hyvin eikä oo] mitään ryhelönä
- 15 L: [joo], [joo, joo] (→) kyllähän palamisesta tulee kelle tahansa (↘, kirjoittaa)
- 16 P: niin.(2) Mut silloin tuli tuota ni hitsauskipinä kun hyppäs iholle ni tuli semmonen ryhelmä, et se levis niinkun semmosena ryhelmä, ihottumana et sen kanssa piti taistella sitten että sai sen paranemmaan (sivelee kättään)
- 17 L: joo (↘)
- 18 P: semmonen oireilu oli iholla, silloin
- 19 L: joo, niin just, joo
- 20 P: mut niinkun tästä näkky (näyttää kättään) miten miten hyvin on tämä, täs on palanujäläki, tähän tuli vesirakkulat tuli
- 21 L: [joo] [joo] joo, joo (→)
- 22 P: niin tuota se näin hyvin paran eikä oo ihottumia tullu

Keskustelun jatkuessa potilas pyrkii vakuuttamaan lääkärin siitä, ettei allergisuus (josta hänellä ei ollut dokumentteja), jonka takia hänelle ei ole tukea myönnetty, ole relevantti perustelu evätä tukea, koska hänen opiskelemaansa ala ei aiheuta hänelle allergisia oireita. Ensinnäkin potilas viittaa useaan otteeseen allergiaoireiden hyvään paranemiseen ("nää on parantunu näin hyvin eikä oo mitään ryhelönä", pv 14; "miten hyvin on tämä", "se näin hyvin paran eikä oo ihottumia tullu", pv 20 ja 22). Puhuessaan hän myös pyrkii vakuuttamaan lääkäriä nonverbaalisella käyttäytymisellään: hän sivelee kättään useaan otteeseen ja vie kätensä lääkärin katsottavaksi pyrkien myös näin vakuuttamaan allergiansa paranemista (pv 14, 16, 20). Näiden lisäksi potilas vielä vetoaa painokkaasti asian henkilökohtaiseen tärkeyteen ja omaan peräänantamattomuuteensa ("minä en siitä periks anna kun minä tunnen että minä viihyn siellä", pv 4).

Lääkäri ei ota vahvasti kantaa, mutta osoittaa hyväksyntää potilaan esittämille tulkinnoille yleisellä tasolla ("et se on niin kun hyvä" tai "kyllähän palamisesta tulee kelle tahansa", pv 5 ja 15). Lisäksi hän nyökkäilee päätään ja myöntelee ("joo", "yhym"), mikä vuorovaikutuksessa osoittaa kuuntelemista ja myös lupaa asian käsittelylle. Potilas voi tulkita ne myös hyväksymisenä.

Raevaaran (2000, 209) ja Heathin (2002) mukaan lääkärit pyrkivät tukemaan potilaan kompetenttiutta osoittamalla vastaanotolle tulon aiheelliseksi niissäkin tapauksissa, joissa käynti oli lääketieteellisesti arvioituna turha. Jos esimerkiksi fyysinen tutkimus viittaa siihen, että potilaalla ei ole mitään sairaut-

ta, lääkäri pyrkii osoittamaan lääkärielle tulon aiheelliseksi. Näin lääkärit omalla toiminnallaan lieventävät arvioinnin ja hyväksymisen välistä jännitettä. Käännekohta potilaan asian oikeuttamisen kannalta on reuman kytkeminen potilaan asiaan: lääkäri arvelee, että reuma saattaisi olla riittävä perustelu tuen saamiselle (pv 1).

- 1 L: tässä kun tuota ei oo astma niin, niin tuota se, se kela voi siihen tyssätä sen että se ei tuu sitä tukemaan (↘) mutta kun on tuo reuma mukana, ni jos ne sit yhes-
sä sit lää allergiataipumus ja toi reuma ni vois olla niin iso asia että ne tulis tu-
kemaan sitä
- 2 P: joo, luulishan sen kuitenkin kelan huomioivan sen reuman kun tota, kun se on
myöntäny mulle ilmaislääkkeet
- 3 L: niin, joo, mut et se täytyy siihen laittaa myös siihen (↘)
- 4 P: joo, kyllä
- 5 L: myös siihen tuota (2)(↘), et se vois olla et jos on pelekästään tämmösen allergi-
sen nuhan, nuhan oireet ja silmien oireet niin se ei vielä niinkun, nykymaail-
massa riitä siihen että, (→) sais sen koulutustuen, siihen täytyy olla [astmakin]
- 6 P: [joo]
- 7 L: nykyisin, muutama vuosi vielä riitti että on allergiataipumus (→)
- 8 P: joo, mutta reumanpuolelta mä oon niinku lähteny kouluttaa etupäässä [sitä et-
tä]
- 9 L: [niin, niin] just , ja tää on niinkun [lisätekijä](↘)
- 10 P: [- -] niin, se on
- 11 L: ja he pyytää tätä keuhkolääkäriltä
- 12 P: joo, kyllä
- 13 L: joo (4)
- 14 P: ku reumalääkäri on sitä mieltä että mulle kuuluu toi koulutustuki
- 15 L: niin just, et reumalääkäri on [sitä mieltä] (→) , joo (↘)
- 16 P: [niin kyllä] tämä erikoislääkäri (- -)
- 17 L: [ja hä] häneltä on lausunto ollu sinne (→)
- 18 P: joo on
- 19 L: joo, [niin justiin], joo
- 20 P: [kyllä]
- 21 L: ja sit he niinkun, joo joo, nyt mä ymmärrän, sieltä puolen on tämä ja sit he niin-
kun tyssää sen siihen et kun on tätä allergiataipumusta ni ei tämmöselle alalle
(käsieleitä, →)
- 22 P: joo
- 23 L: et he ei niinkun, oo perehtyny siihen et mitä se niinkun todella on (↘)
- 24 P: viime syksynä tuli ensimmäisenä kun mä hain sitä niin (- -) vaan niin kuntou-
tusta niin tuli se että, (3) koulutus ei valmista ammattiin. Mä kyselin siitä ja, se
sanottiin vaan että ei kannata valittaa, sitten mä kävin tässä, tammikuussa
mieltisen luona ni tuota, vuositarkastuksessa ni mä puhuin mieltinen että mi-
kähän tämä asia oikein on ni sano että ilman muuta olis kannattanu valittaa ja
nyt haet sitten uudestaan sitä, niin mä sitten vedin uudestaan paperit sinne si-
sään ja (lääkäri kirjoittaa)

Potilas tarttuu välittömästi lääkärin ajatukseen reumasta tuen perusteluna. Hän vetoaa Kelan toimintalogiikkaan ("luulishan sen kuitenkin Kelan huomioivan sen reuman kun tota, kun se on myöntäny mulle ilmaislääkkeet", pv 2). Lääkäri selittää, että allergia ei riitä tuen saamisen perusteluksi. Tähän potilas reagoi palaamalla välittömästi reumaan ja nostaen sen oman ammatinvalintansa perusteluksi ("mutta reumanpuolelta mä oon niinku lähteny kouluttaa etupäässä", pv 8). Näin hän tekee allergiasta epärelevantin kysymyksen. Lisäksi potilas nyt tarkentaa ulkopuolisen lääkärin juuri reumalääkäriksi ("ku reumalääkäri on sitä mieltä että mulle kuuluu toi koulutustuki", pv 14). Keskustelun alkuvaiheessa hän viittasi *yleisesti* vain lääkäriin.

Lääkäri osoittaa tässäkin episodissa hyväksyvänsä potilaan perustelujen oikeutuksen. Hän vahvistaa potilaan näkemystä: "tää on niinkun lisätekiä" ja "reumalääkäri oli sitä mieltä".

Vastaanottokeskustelun tässä vaiheessa lääkärille selviää, mihin hänen lausuntoaan tarvitaan, kuka muu on antanut lausunnon asiassa ja mikä potilaan tilanne on. Lääkäri kertoo, miten hän on asian ymmärtänyt (pv 21). Potilas vahvistaa välittömästi lääkärin esittämän tulkinnan kertomalla ensimmäisen kerran vastaanottotilanteen aikana kokonaisuudessaan oman asiansa. Tässä vaiheessa lääkärin ja potilaan esittämät yhtenevät tulkinnat merkitsevät potilaan asian oikeutuksen hyväksymistä.

9.2 Käytänteiden tuntemisen velvollisuus

Sen lisäksi, että potilaalta edellytetään kykyä arvioida omaa tilaansa niin, että lääkärille tulo on perusteltua, hänen täytyy myös osoittaa tuntevansa vastaanotonkäytänteet (ks. Raevaara 2000, 209). Lääkäri voikin arvioida myös sitä, miten hyvin potilas on valmistautunut lääkärille tuloon, esimerkiksi ottamalla mukaan tarpeelliset dokumentit, kuten seuraavassa esimerkissä.

- 1 L: onko, teillä se vakuutustodistus mukana (→)
- 2 P: mikä vakuutustodistus (→)
- 3 L: tota, tulittekos te tänne siksi kun, ne muutkin ruusulan koulun opettajat ovat tulleet (→)
- 4 P: kyllä
- 5 L: joo. mä tarttisין sellasen vakuutustodistuksen työnantajalta, missä ilmenee teidän työpaikka sen vakuutusnumero ja (→)
- 6 P: aha
- 7 L: semmonen sit me saahaan nämä, perustutkimuksen vakuutusyhtiön piikkiin→
- 8 P: just, onks näillä muillakii ollu siin joku todistus sitten (→)
- 9 L: on. kaikilla on [ollu]
- 10 P: [en] oo kuullukaan semmosesta (pyörittää päätään)
- 11 L: =kaikilla on ollu mukana
(potilas puhuu mukana olleelle lapselle)
- 12 L: työnantaja tekee eli siihen liittyy sitten se että työnantaja tekee semmosen (fise-riläisen) vahinkoilmoituksen (↘, kirjoittaa)
- 13 P: ne voi varmaan tänne lähettää sen sitten
- 14 L: niin, te tuotte sen kun tuotte tuota, (puuhailee paperien kanssa), te tuutte, esimes huomenna voitteko tulla niihin verikokeisiin ni, voisitte tuoda tullessanne (alkaa kirjoittaa)
- 15 P: just (.) mä en kyllä tiedä saanko mä niin nopeasti sitä todistusta et jos sen käy jälkikäteen lähettää mä voisin soittaa koululta (→)
- 16 L: joo (↘, kirjoittaa)
- 17 P: lähettävät tänne sen sitten

Vastatessaan lääkärin tiedusteluun vakuutustodistuksesta potilas tuo esille painokkaasti omaa tietämättömyyttään ilmauksilla "mikä vakuutustodistus" ja "en ole ikinä kuullutkaan semmosesta" (pv 2 ja 10). Sanoessaan "en ole ikinä kuullutkaan semmoisesta" potilas puhuu osittain lääkärin puheen päälle vahvistaen puhettaan vielä päänpyörytyksillä. Näin potilas puolustaa asian hoitamatta jättämistä ja samalla hän osoittaa tulkinneensa lääkärin asiaa koskeneet puheen-

vuorot arvioinniksi. Hän myös tarkistaa, onko kaikilla muilla hänen kollegoillaan ollut mukanaan kyseinen dokumentti (pv 8). Näin potilas selvittää, onko kyseessä asia, jota voidaan häneltä potilaana odottaa. Näin hän pyrkii torjumaan itseensä kohdistuvaa arvostelua.

Lääkäri vahvistaa myös kahteen kertaan ("kaikilla on ollu", "kaikilla on ollut mukana", pv 9 ja 11) potilaan kannalta epäedullisen tilanteen: sen että, kaikilla muilla on ollut kyseinen dokumentti mukanaan. Näin hän kyseenalaistaa potilaan selityksen täydellisestä tietämättömyydestä ja siis myös arvioi, että potilas on hoitanut asiansa huonommin kuin muut kollegansa.

Tilanne on jännitteinen, ja sitä pyritään hoitamaan seuraavissa puheenvuoroissa. Lääkäri antaa lisätietoa vakuutustodistuksesta ja kuvaa työnantajan roolia koko prosessissa. Tiedon antaminen neutraalistaa ilmapiiriä. Potilas tarttuu lääkärin antamaan informaatioon ja siirtää puheessaan asian hoitamisen työnantajalle: "ne voi varmaan lähettää" (pv 13). Näin hän pyrkii lieventämään itseensä kohdistuvaa arvostelua. Lääkäri kuitenkin palauttaa välittömästi asian hoitamisen potilaan tehtäväksi ("niin te tuotte sen kun tuutte..."). Tämän jälkeen potilas on puheessaan yhteistyöhaluisempi ja ehdollisempi (pv 15: "mä en kyllä tiedä...et jos sen käy...mä voisin soittaa...")

9.3 Epäilyksi tai loukatuksi tuleminen

Arvioinnin ja hyväksymisen kysymykset nousevat esille erityisesti potilaiden negatiivisissa vastaanottokokemuksissa. Potilaiden kokemukset näistä tilanteista kertovat arvioimisen ja hyväksymisen jännitteen hoitamisen ongelmallisuudesta ja myös epäonnistumisesta. Näissä tilanteissa potilas on usein kokenut, että hänet on arvioitu turhanvalittajaksi tai häntä ei ole otettu vakavasti. Seuraavan esimerkin potilas (B4) kuvaa kahden vuoden takaista vastaanottokäyntiään seuraavasti:

- P: no ainakin mun kohdalla täällä oli semmonen, pari kertaa oon kaatunu ja loukannu itteni niin tota, ja oon yksityisyrittäjä nin, nin, m- mä tota, loukkasin jalkani aika pahasti joka, jost on nyt kaks vuotta aikaa ja siin on vieläki kauhee mustelma, nin, mä, perjantaiamuna menin lääkäriin ja, ja yhdentoista aikaan mä pääsin lääkäristä pois ni mä sanoin et mä en pysty tän jalan kans kävelemään et mä pyytäisin nyt, että mä saisin sairaslomaa siitä
- T: yhym
- P: yhym joo, kyllä hän kirjottaa ja hän kirjoitti, meil työaika päätty kello viistoista nin, kirjotti siitä yhdestätoista viiteentoista. sen ajan ja, mul oli varmaan toista kuukautta se jalka niin pahasti kipee et mä en päässy sen kanssa kävelemään, sehän turpos ja kaikki, nesteet valu tonne, jalkaterään, et ei siihen saanu ees kenkää jalkaan. ni- hä-, nin, täällä ainakin nin, potilas aliarvioidaan
- T: joo, joo,
- P: mä en oo herkkä pyytämään sairaslomaa mutta, tositarkoituksella nimimerkki (yhteinen naurahdus)
- T: tuota, sanoitteko te sille lääkärille silloin siitä että, tavallaan..
- P: mä en pystyny
- T: joo, joo, joo
- P: mutta mä jouduin sinne menemään uudestaan ja sitten hän sano et, joo että, et kyllä tästä pitää, kyllä tää pitää nyt pistää lepoon tää jalka

- T: joo, joo. mut sanoko hän sitä että, et tavallaan tuli ehkä tehtyä
P: =ei
T: =ei, ei pahotellu sitä
P: =ei
T: joo, just joo, joo
P: et joku tommonen asia millä loukkaa potilasta, et tosiaan, kipeetä ihmistä se loukkaa
T: joo, koska muutenkin ei varmasti oo parhaimma-, parhain olo kenelläkään ku tulee, tulee nin on herkempi muutenkin. joo, joo, se on ollu kyllä varmaan, on jääny siitä kyllä muisto sitten
P: kyl se jäi sillä tavalla, et ei, en kyllä mene jos se on päivystävänä ja pitäs mennä nin en varmasti mene (naurahdus) (B4)

Kun potilas kertoo tulleen loukatuksi, hänen puheensa kuvastaa syvää inkongruenssitilannetta, lääkärin ja potilaan erilaista näkemystä potilaan ongelman vakavuudesta. Neljän tunnin sairasloman kirjoittaminen yli kuukauden kestäneeseen kipuun on merkinnyt potilaalle syvää epäluottamusta häntä kohtaan. Potilas on kokenut lääkärin kyseenalaistaneen sekä hänen kokemuksensa omasta tilanteestaan eli hänen kykynsä arvioida omaa terveydentilaansa, että hänen vastaanotolle hakeutumisen motiivit (sairasloman hakeminen) ja siten myös hänen rehellisyytensä, moraalisen laatunsa. Potilas koki, että häntä on loukattu, määritelty turhaan valittajaksi ja epärehelliseksi. Kokemuksen vahvuutta kuvastaa myös potilaan vahva kannanotto olla ikinä menemättä kyseiselle lääkärille päivystysaikaan, vaikka pitäisi mennä..

Edellisessä esimerkissä potilaan arvio tilanteensa vakavuudesta oli oikea. Tällaiset eräänlaiset "sankaritarinat", joissa lääkäri suhtautuu aluksi epäilevästi potilaan vaivaan, eikä vie asiaa eteenpäin, mutta joutuu myöhemmin muuttamaan näkemystään ja toteamaan potilaan ongelman pikaista apua ja vakavam-paa hoitoa vaativaksi, kuvastavat arvioimisen ja hyväksymisen jännitettä. Potilas on tällaisissa kertomuksissa moraalinen voittaja, jonka näkemystä lääkäri on turhaan epäillyt.

- P: mul on, mul on (.) kaks niin selvää, selvää tapausta että tuota, tässä vuos, tästä nyt on aikaa kyllä, mul oli vatsahaava jos mä nyt kerron tässä (nau-rahtaa), mul nyt oli vatsahaava tässä parikytä vuotta aikaa ja mä kävin täällä (nimi) terveyskeskuksessa ja, en viitti nyt lääkärin nimeä sanoo kyllä mutta, vaikuttaa (paikannimi) seudulla vieläkin niin tuota mä kävin monta kertaa siellä ja, ja tuota, ain vaan tämä lääkäri sano että ni katotaan vielä ja katotaan vielä, mä näin sen kasvoilta jo että se niinku, tietyst hän epäil tietyst mä hain sairaslommaa taikka mitä, katotaan vielä ja sitten mä kävin varmaan puolenkytä kertaa, sit se viimein sit tämä lääkäri sano että laitetaanpas varjoainekuvaukseen tuonne (laitoksen nimi), ja sit mä mein varjoainekuvaukseen ja sit sa-, todettiin vatsahaava siel, tämä lääkäri sitten suht-, tuli ku ihan ko eri lääkäri sitten, että mä niinku aikasemmin mitä mä kävin ne oli ihan, siinä mielessä turhia käyntejä että ku se ei, ei antanu mitään lääkettä eikä mitään se vaan että no katotaan ja katotaa se oli niin, tym-, tym-, tympeä koko se käynti siellä
T: joo että se ei edenny mihinkään
P: niin ei, ei. sitte se viimein tietysti niinku hermostu että ku tämä ukko käy jatkuvasti ni hänpä laittaa kokeisiin ja sitten sie-, sielä olikin vatsahaava ni sit se muuttu tosiaan ihan ku eri lääkäriks sitte (B15)

Potilas voi tulkita lääkärin käyttäytymisen kuvastavan sitä, että lääkäri asennoi-tuu eri tavalla eri potilaisiin ja myös soveltaa heihin erilaisia arviointikriteereitä.

Lääkärille tulon oikeutus ja hoidon saaminen sekä potilaan hyväksyminen ihmisenä voidaan nähdä riippuvan potilaan sosiaalisesta asemasta, kuten potilas (A5) seuraavassa esimerkissä:

P: juuri se on tietyn lääkärin kanssa että tuota ni ei ota asiaa, tarpeeks paljon huomioon ja kauhee kiire on että se menee niinku rutiinilla yrittää heittää läpitte ni tämä asia on jääny niinku, ottaa päähän niinku sanotaan (- -) no se on lääkärin asenteesta (.) henkilökohtasesta asenteesta että, sit siitä että kiire on ja eikä, tulee vain semmonen kuva sitten siitä ihmisestä, minulta ainakin että tuota, ei niinku halua paneutua että vähän sellanen tyyppi ihmisenä että lajitellaan tavallaan ihmiset että sä oot b- ja a-kansalainen että, tuo ku on rahakkaasta porukasta tai muusta semmosesta paremmasta ja tunnen oikein hyvin niin se palvellaan hyvin ja, sitten joku muu ni tuota joka on niinku kakkosluokasta ni, semmonen kuva mulle on ainaki tullu tästä tietystä lääkäristä (A5)

Tämänkaltaisissa kokemuksissa kysymys arvioinnista ja hyväksymisestä kytkeytyy erilaiseen sosiaaliseen ja ennen kaikkea taloudelliseen asemaan. Lääkäri kuuluu ylempään sosiaaliluokkaan, kun osa heidän potilaistaan kuuluu sosiaalisesti vähäosaisempiin. Tämä erilaisuus voi ruokkia potilaiden kokemaa arvioiduksi tulemisen jännitettä, jolloin se ilmenee potilaiden tekemissä tulkinnoissa.

Samoin myös lääkärin suoraan potilaan persoonaan kohdistuva kielteinen arvio loukkaa potilaan ihmisarvoa. Tällainen jää usein rasittamaan kyseisen lääkärin ja potilaan suhdetta, mikäli suhde jatkuu, tai tekee siitä jopa mahdotoman.

P: ...esimerkiksi mulla on yks semmonen tapaus että tosiaan mun lapseni oli lurveen pieni silloin, syntyi keskosenä ja sitten kuukaudeks päästiin kotia ja me tultiin siten kuukauden päästä uuvestaan niin mut ensimmäisenä haukuttiin, mitään muuta ei sanottu ku käestä sanottiin päivää ja hän katto että onko kuinka paljon laps kasvanu ja sitten sanottiin mulle että mä oon huono äiti, ni täytyy sanoa että se ihminen on mulle kyllä sitten huono, joka kerran kun mä näen käytävällä sen ihmisen niin mun pitää kääntää pää pois, mä en voi kattoo sitä ihmistä silmiin. Et tämmönen niinkun, et, ei hän varmaan niinkun tarkottanu sitä, mut se tuli sieltä suusta (D3)

Tässä luvussa esitetyt esimerkit kertovat siitä, miten vaativa viestinnällinen tehtävä potilaan oireiden ja ongelman vakavuuden arvioiminen on. Potilas voi esimerkiksi tulkita lääkärin erilaisen näkemyksen ongelman vakavuudesta oman ihmisyytensä arvioimisena. Tähän liittyen on muistettava, että vaikka lääkäri tai terveydenhoidon ammattilainen yleensä pyrki toimimaan neutraalilla tavalla, silti vuorovaikutukseen terveydenhoitokontekstissa sisältyy moraalinen, hyvän ja huonon määrittelyä eli hyväksymisen ja arvioimisen ulottuvuus. Monet asiat, joista lääkäri ja potilas puhuvat, sisältävät vahvoja emootioita ja koskettavat potilaalle arkoja, hänen itsetuntoonsa liittyviä asioita. Siksi lääkärin neutraali viestintä koetaan usein tylynä ja loukkaavana ja se tulkitaan herkästi (negatiivisena) arviointina tai normatiivisena kannanottona. Kyse ei ole aina siitä, että lääkäri tietoisesti arvioisi potilasta, vaan siitä, että terveydenhoitokontekstissa ihmiset tekevät havaintojensa pohjalta päätelmiä myös siitä, millaista elämää asiantuntija pitää hyvänä, miten kunnon potilaan tulisi toimia tai

millainen on hyvä vanhempi, diabeetikko tai atoopikko. Esimerkiksi tuore vanhempi voi tulkita lasta ja lapsen hoitoa koskevat viestit, kuten kysymykset lapsen tilasta, tiedon hankkimisen lisäksi myös siten, että hänen vanhempansa olemistaan, äitiyttä tai isyyttä, arvioidaan.

10 POHDINTA JA TUTKIMUKSEN ARVIOINTI

Tämän luvun aluksi tarkastelen tutkimuksesta nousevia periaatteellisia ja yleisemmän tason kysymyksiä. Ensimmäisenä käsittelem terveydenhoidon ammattilaisen ja asiakkaan välistä viestintää koskevia ideaaleja. Toisena teemana on kontekstin huomioonottamisen merkitys lääkäri-potilasviestinnän tutkimuksessa ja siihen liittyen näkemys vallasta lääkäri-potilassuhteessa. Lopuksi käsittelem tutkimuksen luotettavuutta sekä mahdollisia jatkotutkimusaiheita.

10.1 Haasteita lääkäri-potilasviestinnän tutkimukselle

10.1.1 Viestinnän ideaalit

Kun tutkitaan viestintää ammatillisissa suhteissa, näkökulmana on usein se, miten ammattikäytäntöjä voidaan kehittää ja edistää niin, että ammattilaisten omat teoriat ja mallit, kuten potilaskeskeisyys, toteutuisivat. Tällaisissa tutkimuksissa toimintaan liittyvät ihanteet ohjaavat tutkimusta. (Peräkylä & Vehviläinen 1999, 329). Kuitenkin tutkimuksessa on tarpeellista pystyä myös lähestymään hoitotoiminnan tai vuorovaikutuksen ideologioita muutoin kuin valmiista lähtökohdista. Ammatillisista ideologioista tai ihanteista irrottautudutaan usein keskusteluanalyttisissa tai diskurssianalyttisissa tutkimuksissa, joissa lähtökohtana ovat vuorovaikutuskäytänteet ja -rakenteet, eivät julkilausuttu mallit tai teoriat (Peräkylä & Vehviläinen 1999, 329). Tämä vapaus on Peräkylän ja Vehviläisen (1999, 340) mielestä tärkeää, jotta tutkimuksessa pystyttäisiin purkamaan vuorovaikutusideologioihin sisältyviä yksinkertaistavia tai kesättämiä oletuksia vuorovaikutuksen luonteesta, kuten esimerkiksi oletusta, että suljetut kysymykset estävät potilaan näkökulman csille tulemisen. Samanlainen vapaus sisältyy myös dialektisiin lähestymistapoihin.

Aikaisempaa viestintätieteellistä lääkäri-potilasviestinnän tutkimusta käsiteltäessä (1.3) todettiin, että lääkäri-potilasviestintää on tarkasteltu interpersonaalisenä viestintänä ja suhteena. Lääkäri-potilasviestinnän tutkimuksissa on sovellettu Rogersin, humanistiseen psykologiaan pohjautuvaa, terapeuttisen

viestinnän mallia. Siinä lääkäri-potilasviestinnän tavoiteltavina piirteinä ovat empatia, luottamus, rehellisyys, vahvistaminen ja välittäminen. Tällaiset piirteet korostavat hyvää ja positiivista viestintää ja sellaiseen pyrkimistä, mikä tekee niistä idealistisia. Niiden voidaan sanoa ilmentävän hyvyyden tai läheisyyden ideologiaa (ks. Parks 1995; Spitzberg & Cupach 1994, 316)²⁷.

Terapeuttisen viestinnän piirteet ovat kiistatta keskeisiä tekijöitä hoidontajaja-potilasviestinnässä ja niillä on merkittävä vaikutus hoitoprosessin tuloksellisuuteen, kuten potilastyytyväisyyteen, hoito-ohjeiden noudattamiseen sekä myös fysiologis-biologisiin reaktioihin. Tämä on osoitettu vakuuttavasti monissa tutkimuksissa (ks. esim. Garvin, Kennedy, Baker & Polivka 1992; Kaplan, Greenfield & Ware 1989; Stewart 1995). Kuitenkin voidaan pohtia, mitä merkitsee se, jos käytettävät teoreettiset konstruktiot sisältävät tietynlaisia arvoja, jotka korostavat tietynlaista viestintää ja viestinnän piirteitä ja asettavat ne hyväksi ja toivottaviksi. Yleisemmin ilmaistuna kysymys on siitä, millaisena lähtökohtana yksilöiden välistä läheisyyttä ja hyvyyttä painottava teoretisointi toimii terveydenhoidonasiiantuntijoiden ja asiakkaiden välisten viestintäsuhteiden tarkastelussa.

Esimerkiksi jos tarkastellaan luottamusta lääkäri-potilas-suhteessa, huomataan, että se on moniulotteinen asia, eikä se ole kuvattavissa *pelkästään* terapeuttisen viestinnän näkökulmasta, vaikka terapeuttisen viestinnän elementit ovatkin siinä keskeisenä sisältönä. Mechanicin ja Meyerin (2000) tutkimuksessa potilaiden luottamuksen nähtiin koostuvan viidestä eri ulottuvuudesta:

- a) välittämisestä (asian vakavasti ottaminen),
- b) interpersonaalisesta kompetenssista,
- c) teknisestä tai lääketieteellisestä kompetenssista,
- d) toimimisesta potilaan parhaaksi tai etujen mukaisesti (esim. lääkäri hoitaa potilaan asiaa eteenpäin). Voitaisiin puhua myös prosessiluottamuksesta ja tilanteen kontrolloinnista,
- e) rehellisyydestä (luottamisesta lääkärin lupauksiin) ja asioiden luottamuksellisuudesta.

Esimerkiksi Jenkinsin (1999, 3) mielestä laaja-alaisuus erottaa luottamuksellisuuden terapiasuhteissa luottamuksellisuudesta lääkäri-potilassuhteessa. Jenkins (1999) näkee, että luottamuksellisuus terapia- ja ohjaussuhteissa perustuu erilaiseen arvoperustaan kuin terveydenhoidon ammattilais-asiakassuhteissa. Terapia- ja ohjaussuhteen luottamuksen lähtökohta on asiakkaan ja terapeutin välisessä kahdenkeskisessä sopimuksessa, joka on jotakuinkin erillään suhteen ulkoisista velvollisuuksista tai rajoitteista. Terveydenhoidon asiantuntija-asiakassuhteissa luottamus puolestaan perustuu strukturiin, jolla Jenkins (1999, 3) tarkoittaa sitä, että suhde on yhteydessä sosiaalisiin ja professionaali-

²⁷ Parks (1995) nimeää läheisyyden interpersonaalisen viestinnän tutkimuksen keskeisimmäksi ideologiseksi sitoumukseksi. Läheisyys-ideologian piirteitä ovat avoimuuden ja rehellisyyden korostaminen interpersonaalisen suhteen positiivisina voimina sekä suhteen kehittymisen rinnastaminen syvenevään läheisyyteen (Cupach & Spitzberg 1994, 317; Parks 1995).

hin toimintoihin. Se nähdään muiden suhteiden ja erilaisten vastuiden ja velvollisuuksien (esim. laki, organisaatio) kehyksessä eikä pelkästään asiantuntijan ja asiakkaan välisenä. Näin ollen terapeutin yksilön hyvinvointia korostava näkökulma ottaa huomioon henkilöiden välisen luottamuksen ulottuvuudet, mutta luottamus suhteen ulkopuolisiin tahoihin ja järjestelmään jää vähälle huomiolle tai huomioimatta.

Humanistinen, läheisyyttä ja avoimuutta korostava lähestymistapa, voidaan nähdä puheviestinnällisissä lääkäri-potilasviestinnän tutkimuksissa jonkinlaisena vallalla olevana paradigmana, jota ei välttämättä edes tunnusteta teoreettiseksi viitekehykseksi (vrt. esim. Saarenheimo 1997). Esimerkiksi Alasuutari (1994) puhuu modernia sosiologiaa kuvatessaan arkiajattelun mukaisesta "luonnollisesta asenteesta", joka on kuin näkemistä ja tarkastelua ohjaava luuranko: "...luuranko ei näe itseään katsomassa ja tutkimassa asioita. Se ei huomaa, miten se paradigmana strukturoi maailmaa ja tunnistaa siitä vain ne ilmiöt, joiden sisään se voi pajahtaa, joita voi "tieteellisellä metodilla" tutkia". (Alasuutari 1994, 77).

Relationaalisen dialektiikan ja yleisemmin dialektisten lähestymistapojen merkittävä ansio on siinä, että ne antavat tilaa ilmiöiden tarkastelemiselle, koska niissä ei sitouduta, eikä saa sitoutua, vain yhteen näkökulmaan. Niissä ei myöskään etsitä näkökulmien paremmuutta tai oikeellisuutta (Montgomery & Baxter 1998, 172). Näin dialektinen näkökulma antaa mahdollisuuden päästä kiinni viestinnässä tuotettuihin ja siinä ilmeneviin ristiriitaisuuksiin, jotka muutoin tulevat sivuutetuiksi niissä tutkimuksissa, joissa lähtökohtana ovat tietyt ammatilliset tai viestinnälliset ideaalit.

Näkökulman laajuuteen tai tilan antamiseen liittyy myös toinen olennainen lähtökohta: ristiriitaisuutta ei nähdä negatiivisena asiana. Toisilleen jännitteisiä voimia ei siis pidetä kielteisinä tai myönteisinä itsessään, vaan ne molemmat nähdään olennaisesti toimintaan kuuluvina, sen kannalta tarpeellisina. Erot, erilaisuudet tai epäjärjestys eivät ole vikoja tai puutteita, joita pystytään ja pyritään tehokkaassa viestinnässä vähentämään (ks. Baxter 1998, 63), eli tehokasta ja tavoiteltavaa viestintää ei määritellä erojen vähenemisen kautta. Tällöin usein vältettävänä pidetyt asiat, kuten etäisyyden ottaminen, kertomatta jättäminen tai rutiininomaisuus, nousevat tarkastelun kohteiksi, ja ne voidaan nähdä myös seuraamuksiltaan sekä myönteisinä että kielteinä. Duck, West ja Acitelli (1997, 3–4) toteavatkin, että monet suhteita koskevat teoriat sivuuttavat kielteinä pidetyt piirteet, mikä merkitsee sitä, että suhteiden tutkimuksessa ei juurikaan oteta huomioon myönteisten ja kielteisten piirteiden yhtäaikaista esiintymistä samassa suhteessa tai tietynä hetkenä tai tietyssä tilanteessa.

Keskusteluanalyttiset, diskursiiviset ja dialektiset näkökulmat eivät kuitenkaan mitätöi tai sivuuta ideaaleja, vaan niissä pyritään tutkimaan ideaalien vuorovaikutuksellista perustaa, niiden rakentumista ja ilmenemistä, jolloin voidaan pureutua myös ideaaleihin liittyviin jännitteisiin ja niitä rajoittaviin tekijöihin. Esimerkiksi aika institutionaalisen rajoitteena vaikuttaa vahvasti viestinnällisten periaatteiden toteuttamiseen: aito dialogi tai asioista neuvottelemisen vaatii aikaa, mutta hoitoinstituutio ei välittämättä pysty sitä järjestämään.

Kuitenkin hoitajalta edellytetään usein, että hänen tulisi pystyä laadukkaaseen "tässä ja nyt" -kohtaamiseen, riippumatta siitä, miten paljon aikaa on käytettävissä. Hänen tulisi siis luoda kohtaamisessa ajattomuuden vaikutelma. Kuitenkin sekä potilaat että hoitajat tietävät ajan niukkuuden ja orientoituvat sen mukaan.

Luvussa 8.5 todettiin Buberiin nojautuen, että aidon molemminpuolisen dialogin toteutuminen tekee hoitosuhteesta jonkin muun kuin hoitosuhteen. Keskinen ym. (1997, 155) puolestaan toteavat, että hoitotoiminnassa potilaan objektivointi on välttämätöntä, jolloin tavoitteena tulisi olla se, että potilas kokisi suhteen dialogisena. Terveystieteiden ammattilaiselle riittäisi fragmentaarinen ja tavoitteellinen toisen kanssa olemisen modaliteetti (being-with) vaikka potilas kokisi kokonaisvaltaista ja ainutlaatuista toista varten olemista (being-for) tai haluaisi sitä. Keskinen ym. (1997, 155) ehdotus, että potilaan kohteellistaminen, monologinen suhde potilaaseen, tulisi nostaa tietoiseen keskusteluun, on erittäin kannatettava. Vaikka esimerkiksi aidolla dialogilla tavoitellaan hyvää, on aihetta pohtia, miten mahdollinen se on ja voiko siihen liittyä ideaalisuutta, jonka tukeminen ja ylläpitäminen on jopa epäeettistä sekä potilaan että hoidon antajan kannalta, koska suhteessa pyritään johonkin sellaiseen, joka on alun perin hoitosuhteelle ja siinä toimimiselle vierasta.

10.1.2 Kontekstuaalisuus ja valta

Vaikka kontekstin huomioon ottaminen on tärkeää kaikessa viestinnän tutkimuksessa, erityisen oleellista se on institutionaalis-professionaalisia viestintäsuhteita tarkasteltaessa. Pahimmillaan kontekstuaalisuuden, esimerkiksi institutionaalisten tai yhteiskunnallisten tekijöiden, sivuuttaminen voi johtaa siihen, että tutkimuksessa menetetään jotakin olennaista näiden suhteiden luonteesta ja dynamiikasta. Viestintätieteellisessä lääkäri-potilasviestinnän tutkimuksessa kontekstuaalisuus on aiheellinen huoli. Rimalin (2001, 95) mukaan lääkäripotilasviestinnän tutkimuksissa on oltu kiinnostuneempia tarkastelemaan vain lääkäriä tai potilasta, mikä on johtanut viestintään vaikuttavien institutionaalisten tekijöiden kadottamiseen. Tästä on monenlaisia seuraamuksia.

Ensinnäkin institutionaaliset tekijät otetaan ikään kuin valmiina annettuihin, olemassa oleviin, luonnollisiin asiantiloihin. Näin ollen myös mahdollisesti ehdotettavat muutokset rajoittuvat yksilötasolle, lääkärin tai potilaan toimintaan, mutta eivät institutionaaliin käytänteisiin. Kuitenkin, kuten Rimal (2001, 94) toteaa, on vaikeaa kuvitella, että muutoksia terveydenhoidossa saataisiin aikaan, mikäli huomioon ei oteta myös laajempia kysymyksiä. Mm. Lupton (1994) peräänkuuluttaa sosiaalisten, kulttuuri- ja diskursiivisten teorioiden soveltamista lääkäri-potilasviestinnän tutkimiseen. Kun viestintä asettuu tai asetetaan laajempaan kontekstiin, esille pääsevät myös erilaiset kulttuuriset, sosiaaliset, taloudelliset ja institutionaaliset ilmiöt, joihin viestintä kytkeytyy, joita se tuottaa ja tukee ja jotka toisaalta vaikuttavat siihen.

Lääkäri-potilasviestintään ja -suhteeseen liittyviä institutionaalisia tekijöitä on lukuisia. Esimerkiksi Wilesin ja Higginsin (1996, 347) tutkimuksen potilashaastattelussa aika ja ajoittaminen nousivat yksityisessä terveydenhoidossa

merkittäväksi neljässä suhteessa: a) nopea hoitoon pääsy, b) hoidon ajankohdan sopivuus, c) mahdollisuus pidempään kontaktiin lääkärin kanssa ja d) nopea tiedon saaminen koe- ja tutkimustuloksista. Aika ja ajoitus on siis Wilesin ja Higginsin (1996, 347) mukaan erittäin merkittävä tekijä lääkärin ja potilaan suhteen laadun kannalta. Aika kytkeytyy myös valtaan. Foxin (1999, 1317) mukaan aika voi toimia hoidonantaja-asiakassuhteissa vallan välineenä ja resurssina. Se on hyödyke, josta voidaan neuvotella ja jota voidaan ylittää, myöntää tai tuhlaata, mutta aika voi olla myös väline tai keino vastustaa ja torjua valtaa. Aika strukturoi sekä asiantuntijoiden että potilaiden toimintaa, joten se on yksi vastaanoton keskeisistä realiteeteista tai toiminnan reunaehdoista, jonka myös potilaat ottavat omassa toiminnassaan huomioon. Potilaan aikatietyisyys voi tulla konkreettisesti esille mm. seuraavalla tavalla:

- P: näihin lääkäriissäkäynteihin yleensä valmistaudun, eli mikä mä olin miettiny paria asiaa mitkä saattas vaikuttaa tai ne oli mulla paperilapulla mut sitten mä jätin ne paperilaput antamatta et mulla sikäli oli helpompi hänelle vastata ku jollain muulla olis ollu ku mä olin niinku periaatteessa kaikki laittanu jo kertaa-leen paperilapulle nää vastaukset (- -) ja toisaalta ku lääkärin aika on niinku rajallinen ni hän oikeastaan nopeammin lukee ne asiat ku mitä (- -) en mä oikeen osaa sanoo mitään et miusta se oli todella hyvä vastaanottokäynti että, et varmaan jos mä oisin ne laput antanu ni tuota, niin niin myö ois päästy pikkusen, siihen viiteentoista minuuttiin mikä aikaa oli (A2)

Potilaat voivat suhteuttaa osallistumistaan vastaanottotilanteen siten, että he eivät ota uusia ongelmia esille, jos he arvioivat aikaa olevan vähän (esimerkiksi vastaanotot ovat myöhässä) tai jos vastaanoton ilmapiiri viestii kiireisyydestä. Näin he itse tuottavat systeemiin tehokkuutta kontrolloimalla oman käyntinsä ajankäyttöä ja suhteuttamalla sitä organisaation aikaan. Meredithin (1993, 330) mukaan potilaat ovat hyvin tietoisia henkilökunnan ja toisen potilaiden paineista. Fox (1999, 1309) toteaa, että ajalla on symbolista ja materiaalista arvoa terveydenhoidon ammattilaisille, mutta myös potilaille. Pidemmällä ajalla ja kiireettömyyden vaikutelmalla voi olla potilaalle suuri symbolinen arvo, ja sitä voidaan pitää merkinä erityisestä lääkäri-potilassuhteesta (Wiles & Higgins 1996, 344) aivan samoin kuin aikaisemmin käsiteltyä muusta puhumistakin.

- P: kyllä meillä aina kyllä venyy ylite siitä ajasta että mikä sillä nyt kai sitten, en minä olenkaan tiijä mikä (lääkärin sukunimi) on aika koska minä aina yleensä viivyn siellä kauan (nauraa)
- T: (nauraa) olittekos te niinku huolissanne siitä ajasta siellä [että] menee niin pitkään
- P: [=e:n] e:n, koska hän ei ole koskaan ole vaikka hän on joskus myöhässäkin nin hän ei koskaan ole että hän ois kiireinen
- T: niin että [ei tu-]
- P: [ei mulle], ei oo ainakaan ikinä
- T: että ei oo, tuu sellasta tunnetta ei tullu että hän hoputtaa nyt
- P: e:i... (B6)

Toinen kontekstin huomioonottamiseen liittyvä asia lääkäri-potilasviestinnän tutkimuksessa on näkökulmallinen kapeus. Interpersonaalista terveystieteen tutkimusta koskettaa sama kysymys kuin interpersonaalisen viestinnän tutkimusta yleensä: interpersonaalisen ja ei-interpersonaalisen sekä samalla yk-

sityisen ja julkisen välisen erottelun seuraukset ja sen mielekkyys. Esimerkiksi Parks (1995, 7) pohtii, luoko läheisyys interpersonaalisen viestinnän ideologise-
na sitoumuksena liian suuren kuilun interpersonaalisen ja ns. julkisen maail-
man välille. Baxterin (1998) mielestä tällainen kuilu on jo olemassa ja seuraukset
ovat myös havaittavissa. Interpersonaalisen ja ei-interpersonaalisen viestinnän
vieläkin vankasta ja problematisoimatta jääneestä erottelusta on seurannut
makrotason ilmiöiden – vallan, ideologian, yhteiskunnassa vallitsevien arvojen
ja uskomusten – ignorointi interpersonaalisen viestinnän tutkimuksessa (Baxter
1998, 62). Samankaltaisia käsityksiä on esitetty myös terapeutin neuvonnan
(counselling) suhteen. Feltham (1995, 151) pohtii, estävätkö yksityisyyden ja lä-
heisyyden arvojen ylläpitäminen terapiassa julkisten ja poliittisen näkökulmien
esilletulemista, eli sivuutetaanko terapeutissa prosessissa esimerkiksi poti-
laan yhteiskunnalliseen tai sosiaaliseen asemaan liittyvät kysymykset. Vastaa-
vanlainen huoli makrotason ilmiöiden tarkastelemisesta koskettaa myös lääkä-
ri-potilasviestinnän tutkimusta.

Vaikka viestintätieteellisissä lääkäri-potilasviestinnän tutkimuksissa käsi-
tellään valtaan, niin kontekstin huomioon ottamisen kannalta tärkeää on se, mi-
ten valtaan suhtaudutaan: millaisena se nähdään ja miten sitä tarkastellaan.
Esimerkkinä käsittelen vallan ja osallistumisen välistä yhteyttä.

Lääkäri-potilasviestinnän tutkimuksissa, joissa korostetaan potilaan osal-
listumista ja yhteistä päätöksentekoa, sisältyy eksplisiittisesti näkemys vallasta
vertikaalisena, tiedon siirtymisenä lääkäriltä potilaalle (ks. Bennett & Irwin
1997, 85). Valta nähdään lääketieteellisenä tietona ja tietämisenä. Kun potilaat
tietävät enemmän, he myös osallistuvat enemmän, jolloin lääkärin ja potilaan
välinen suhde tasavertaistuu ja valtarakenteen epätasapainoa voidaan muuttaa
potilaan hyväksi. Jotta potilas voisi tehdä valintoja tai osallistua päätöksente-
koon, hänelle on tarjottava tietoa. Hoidonantajan velvollisuudeksi puolestaan
jää huolehtia siitä, että potilas saa riittävästi tietoa omasta asiastaan ja sen hoi-
dosta. Bennett ja Irwin (1997, 91) toteavat, että yhteydet eivät ole kuitenkaan
niin yksinkertaisia, että tietävä potilas tekisi itseään koskevia päätöksiä ja osal-
listuisi siis enemmän päätöksentekoprosessiin.

Lisäksi sekä Måseide (1991, 549) että Silverman (1987) kritisoivat sitä, että
yhteistyötä korostavissa tutkimuksissa vallan luonne ja sen funktio on ymmär-
retty puutteellisesti. Valtaa on usein tarkasteltu – tietoisesti tai tiedostamatta –
dikotomisesta asetelmasta, jossa vallaton potilas kohtaa valtaa käyttävän lääkä-
rin. Tällöin valtaa on ymmärretty nimenomaan haitallisena ja potilasta väärin-
käyttävänä. Yhteistyötä korostavat mallit perustuvatkin ajatukselle lisätä poti-
laan valtaa ja vastavuoroisesti vähentää lääkärin valtaa. Niissä ei useinkaan
tehdä eroa tarpeellisen, toimintaan olennaisesti sisältyvän vallan ja väärinkäyt-
tävän vallan välillä (esim. Måseide 1991, 548). Yhteistyötä korostavaan ajatte-
luun kuuluu hyvin selkeä näkemys vallasta ja sen sijainnista sekä siitä, miten
valtasuhteisiin voidaan vaikuttaa.

Potilaan osallistumisen ja yhteisen päätöksenteon saavuttamisessa hoi-
donantajien viestintätaitojen kehittämiseksi on annettu keskeinen merkitys.
Viestintätaitojen parantaminen on nähty ratkaisuna lääkärin ja potilaan kompe-

tenssikuilun (ja siitä aiheutuvien viestintäongelmien) ja erilaisten intressiristiriitojen poistamiseen (Måseide 1991, 549). Kuitenkin monet kriittisen teorian edustajat kyseenalaistavat viestinnän tutkimuksissa usein esitetyn näkemyksen, että sopivalla viestintäkoulutuksella suurin osa potilaista voisi saavuttaa tasa-arvoisen lääkäri-potilassuhteen. Sen sijaan tämän tavoittelun on katsottu osoittavan lääkäri-potilassuhteen strukturaalisten ja symbolisten ulottuvuuksien ignorointia (ks. Lupton 1994, 59). Tällainen näkemys viestintätaitokoulutuksesta johtaa Måseiden (1991, 549) mielestä siihen, että viestinnällisen kontrollin ja vallan ymmärtämisen kannalta oleelliset tilanteeseen liittyvät kontekstipiirteet ohitetaan:

"They do not attempt to analyse the physicians' communicative forms in relation to an institutional context, nor do they discuss the role of power and structural control in competent medical practice."

Myös Rimal (2001, 96) toteaa, että koska kaikilla potilailla osallistumattomuus ei liity viestintätaitoihin, ei myöskään voida olettaa, että viestintäkompetenssin parantaminen itsestään selvästi edistäisi potilaan osallistumista. Tämä ei tarkoita sitä, etteikö lääkärin ja potilaan viestintätaitojen kehittäminen olisi tärkeää ja toivottavaa, vaan että viestintätaitojen nähdään liittyvän lääkäri-potilassuhteessa vaikuttaviin muihin tekijöihin.

Yhteistyömallin puutteita korjaavana, paremmin vallan ja kontrollin tarpeellista ja olennaista luonnetta huomioivana mallina Måseide (1991) esittää kontrollimallin. Siinä valta nähdään tarpeellisena, koska se antaa lääkärille mahdollisuuden toimia kussakin tilanteessa, institutionaalisesti ajatellen, kompetentisti. Kompetenttia toimintaa edellyttävät Måseiden (1991, 552) mukaan myös potilaat, mutta se on myös lainsäädännöllisesti ja professionaalisesti määriteltyä. Ollakseen kompetentti on kontrolloitava.

Kontrollimallin kanssa samansuuntaisesti valtaa lähestyy myös konsensusukseen pohjaava näkemys (esim. Silverman 1987). Gwyn (2002, 74) toteaa, että monet potilaat hyväksyvät lääkärin dominoivan viestinnän ja päätösvallan, koska he pitävät niitä asiaan kuuluvina. Niiden kyseenalaistaminen olisi riski, sillä se tarkoittaisi lääkärin professionaalisen asiantuntijuuden ja lääketieteellisen diskurssin kyseenalaistamista, mikä puolestaan horjuttaisi potilaan luottamusta omaan hoitoonsa ja paremmiensa (Gwyn 2002, 74). Tällaisissa tapauksissa lääkärin valta perustuu lääkärin ja potilaan väliseen konsensusukseen siitä, että hoitamiseen kuuluu vallan asymmetria. Konsensuksen pohjalta voidaan selittää sitä, miksi monet potilaat suhtautuvat epäillen tai kielteisesti lääkärin yrityksiin saada heidät mukaan päätöksentekoon.

Itse asiassa, kuten Måseide (1991, 554) toteaa, jopa potilaiden osallistumisen edistäminen perustuu lääkärin auktoriteettiin, ja sen onnistuminen riippuu oleellisesti siitä, miten lääkäri käyttää interaktiivisia keinoja kontrollointiin. Lääkäri-potilassuhteen luonteeseen kuuluu asymmetrinen valta ja tietäminen, vaikka ne ovat asioita, joita suhteessa yhä useammin kyseenalaistetaan ja joista neuvotellaan. Tämä tekee lääkäri-potilassuhteesta, kuten yleensä asiantuntijan ja maallikon välisestä suhteesta, ambivalenttisen (ks. Eriksson 2002, 169). Rela-

tionaalisen dialektiikan, erityisesti autonomisuuden ja riippuvaisuuden jännitteen kautta on mahdollista päästä kiinni toimijoiden erilaisiin näkemyksiin valasta ja siihen, miten erilaiset näkemykset toimijoiden välisessä viestinnässä ilmenevät.

Jos viestinnän tutkimusten näkökulma valtaan ja osallistumiseen päätöksenteossa on yksinkertainen, siitä seuraa yksinkertainen kuva lääkärin ja potilaan välisestä suhteesta ja viestinnästä ja myös yksinkertaiset ratkaisut siihen, miten suhteeseen voidaan vaikuttaa. Tällöin ei välttämättä puututa niihin vaikuttaviin sosiaalisiin, ideologisiin tai rakenteellisiin tekijöihin, vaan otetaan ne ikään kuin valmiiksi annettuina. Vallan ja tiedon välinen suhde, potilaan tietäminen ja yhteinen päätöksenteko kaipaavat perusteellisempaa tutkimusta ja uudelleen arviointia.

10.2 Tutkimuksen luotettavuus

10.2.1 Validiteetin arvioinnin lähtökohdat

Tutkimuksen arvioinnissa on kysymys sen sisältämien väitteiden perusteltavuudesta ja totuudenmukaisuudesta (Eskola & Suoranta 1998, 213) eli tutkimuksen luotettavuudesta. Tutkimuksen luotettavuuden arviointi ei ole mikään erillinen vaihe, eikä se liity pelkästään mittaamiseen, kuten usein kvantitatiivissa tutkimuksissa, vaan se koskee koko tutkimusprosessia. Kvale (1995, 241–244) puhuukin kvalitatiivisen tutkimuksen validiteetin käsityöläismäisestä laadusta, johon kuuluu analyysin, aineiston (ymmärrys aineiston paikasta ja siitä, mihin kysymyksiin se voi vastata) sekä tulosten ja havaintojen tulkintojen teoreettinen laadukkuus.

Ennen arviointia on mietittävä, millaiset arviointikriteerit tai lähtökohdat ovat relevantteja kyseisessä tutkimuksessa. Sovellettavat kriteerit puolestaan nousevat – tai niiden pitäisi nousta – tutkimuksen metateoreettisista lähtökohdista, kuten siitä, millaisina tutkittavat ilmiöt nähdään, esimerkiksi lääkäri-potilassuhteen ja -viestinnän laatu tai toteutumistapa tässä tutkimuksessa. Ajatellaanko, että esimerkiksi viestinnälliset rakenteet ja ilmiöt ovat objektiivisesti viestinnästä löydettäviä ilmiöitä, vai ajatellaanko ne tulkinnan tuotteiksi, viestijöiden toiminnasta konstruoiduksi ja konstruoitaviksi ilmiöiksi. Näkemysten ero on perustavanlaatuisen, sillä se, millaisina viestinnälliset ilmiöt nähdään, vaikuttaa siihen, miten niitä tutkitaan, diagnosoidaan ja miten niiden rakennetta ajatellaan muutettavan. (Stewart 1994, 73.)

Viestinnän tutkijalla ei voi olla suoraa yhteyttä aineistoonsa: aineistoa ei ole olemassa erillään merkityksistä ja niiden tulkimisesta (Stewart 1994, 55). Sosiaalisesti rakentuvat inhimillisen elämän ilmiöt (mm. viestinnälliset ilmiöt) eivät ole ns. ”raakoja tosiasioita”, kuten esim. luonnon ilmiöt tai kemialliset prosessit, mutta niitä ei myöskään voi palauttaa yksilön subjektiivisiksi kokemuksi. Näin ollen ne eivät ole empiirisestä näkökulmasta objektiivisia eivätkä subjektiivisia (Salner 1989, 48–49.) Varron (1992) ajattelua soveltaen sosiaali-

sesti rakentuvien ilmiöiden ontologinen luonne on siis viestinnällinen. Tutkimuksessa tämä viestinnällisyys tulee esille sekä siinä, millaisena tarkasteltava ilmiö nähdään (viestinnässä rakentuvana), mutta myös siinä, miten siitä voidaan saada tietoa (tulkintaan pohjaavan viestintäprosessin kautta).

Lääkärin ja potilaan välisen viestintäsuhteen ymmärtäminen *ensisijaisesti* viestinnällisesti tarkoittaa sitä, että se nähdään viestinnässä rakentuvana ilmiönä, johon tutkijalla on pääsy vain tulkinnan kautta. (Viestinnällisyys ei tarkoita sitä, etteikö tulkinnan kohteena voisi olla esimerkiksi haastattelupuhe.) Tällöin lääkäri-potilasviestinnän ilmiöitä ei nähdä objektiivisina havaintoina mutta ei myöskään toimijan päänsisäisinä kokemuksina. Relationaalisen dialektiikan soveltaminen tukee lääkäri-potilassuhteen viestinnällistä perusmäärittelyä, koska relationaaliset jännitteet ovat nimenomaan ihmisten välillä, ne eivät sijaitse toimijoissa vaan heidän välisessään, alati muuttuvassa viestintäprosessissa. Voidaan sanoa, että tässä tutkimuksessa teoreettinen ja metodologinen ote ovat sopusoinnussa ilmiön perusmäärittelyn kanssa.

Se, että sosiaalisesti tuotettu todellisuus voidaan käsitteellistää symbolisena todellisuutena, merkitsee sitä, että esimerkiksi viestinnällinen tieto pohjautuu keskeisesti tulkintaprosesseihin. Näin ollen viestinnän tutkimuksen validiteetin arvioiminen on tehtyjen *tulkintojen validiteetin arvioimista*, oli arvioinnin kohteena sitten teorioiden tai teoreettisen mallien soveltaminen tai aineiston analysointi ja siihen pohjautuvien johtopäätelmien tekeminen. Esimerkiksi haastatteluaineiston luotettavuuden arviointi kohdistuu toisen tekemiin tulkitoihin eli tulkinnoista tehtyihin tulkintoihin.

Jos todellisuus nähdään sosiaalisesti rakentuneena, niin tällöin myös validiteetti ja sen arvioiminen on luonteeltaan retorista ja diskursiivista. Validiteetin arvioiminen on siis olennaisesti viestinnällistä. Se ei ole verifiointia, paikansa pitävyyden osoittamista, vaan argumentaatiota, jossa väitteen validius ratkaistaan dialogissa, kilpailevien ja kyseenalaistavien väitteiden tai tulkintojen kesken. Viestinnälliseen argumentaatioon pohjautuvaa validiteettia voidaan verrata laintulkintaan juridiikassa: validiteetti perustuu epävarmuuden ja kvalitatiivisen todennäköisyyden logiikkaan, jossa on aina mahdollista olla puolesta tai vastaan, sovitella tai konfrontoida (Kvale 1996, 245). Kun luotettavuus on näin ollen olennaisesti retorista, niin teorioiden ja empiiristen tulkintojen validointi tulee myös yhteisölliseksi, tieteenalan ja tutkittavien kriittisen tarkastelun kohteeksi. Argumentoinnin pätevyyttä arvioivat oman tieteenalan edustajat, mutta empiiristen tulkintojen pätevyyttä arvioisivat myös tutkimukseen osallistujat sekä suuri yleisö eli esimerkiksi tässä tutkimuksessa kaikki lääkäripotilassuhteissa olleet. Näin ollen validit väitteet ovat yhteisöllisen, tiedeyhteisön tai tutkittavan yhteisön, neuvottelun tulosta. Ihmistieteilijä joutuukin neuvottelemaan väitteidensä validiteetista sekä tutkittaviensa että tiedeyhteisön jäsenten kanssa. (Salner 1989, 48, 63.) Viestintään, sosiaaliseen diskurssiin perustuvassa luotettavuuden arvioinnissa ei voida tukeutua perinteisiin reliabilitateetin, falsifikaation ja objektiivisuuden käsitteisiin vaan lähtökohdiksi nousevat viestinnälliset ja retoriset strategiat (ks. Mishler 1990, 420). Tässä tutkimuksessa validiteetin arvioiminen perustuu siis keskeisesti argumentaatioon.

10.2.2 Teoreettisten ratkaisujen validiteetti

Jos sosiaalinen todellisuus tai tutkimuskohde nähdään olennaisesti (ontologisesti) dialektisena, tällöin myös käytettävän metodologian tulisi pystyä säilyttämään sama ristiriitaisuus (Kvale 1989, 85). On selvää, että kaikkia sosiaalisia suhteita voidaan tarkastella dialektisesta näkökulmasta, mutta lääkäripotilassuhteen ja muiden terveydenhoidonammattilainen-asiakassuhteiden tarkastelussa jännitteitä kuvaavat näkökulmat saavat vastakaikua tarkasteltavien ilmiöiden ontologisesta perusluonteesta. Tällaisten suhteiden tarkastelussa on olennaista, että siihen kuuluu ristiriitaisten elementtien samanaikainen esiintyminen.

Ilmiön tarkasteleminen erilaisista teoreettista näkökulmista sopii dialektisen otteen henkeen: aivan samoin kuin arvostetaan ja pidetään esillä tutkittavan ilmiön moniäänisyyttä, samaa ajattelua voidaan soveltaa myös tutkimuksen metodologiaan ja teoreettisiin lähtökohtiin. Tätä henkeä työssä ovat toteuttaneet Baumanin, Billigin ym. ja Baxterin ja Montgomeryn teoreettiset näkökulmat. Vaikka usean teoreettisen lähtökohdan käsittely voi pahimmillaan sekoittaa asioita, parhaimmillaan se antaa mahdollisuuden löytää tuoreita ja tieteellisesti kiinnostavia näkökulmia tarkasteltavaan ilmiöön.

Kaikki tämän tutkimuksen teoreettiset näkökulmat kuvaavat jännitteitä ihmisten välisissä suhteissa. Tämä on keskeinen peruste, miksi niitä on sovellettu tässä tutkimuksessa. Teoreettisina näkökulmina niitä ei ole pyritty yhdenmukaistamaan ja sulauttamaan toisiinsa. Tavoitteena ei ole ollut rakentaa eri näkökulmat integroivaa koherenttia teoriaa, vaan niiden on nähty olevan rinnakkaisia, toisiaan täydentäviä. Yhdessä näistä näkökulmista syntyy monipuolinen ja laaja teoreettinen viitekehys lääkäri-potilassuhteen jännitteiden ja jännitteisyyden tarkastelemiseen.

Keskeinen teoreettiseen validiteettiin liittyvä kysymys tässä työssä on nimettyjen lääkäri-potilassuhteen relationaalisten jännitteiden luotettavuus. Miten osuvasti ne kuvaavat lääkäri-potilassuhdetta ja -viestintää ja miten hyvin niiden avulla voidaan tehdä ymmärrettäväksi viestinnän piirteitä tai toimijoiden kokemuksia ja käsityksiä? Jännitteiden kuvaamisessa ja nimeämisessä on jouduttu päättämään, missä määrin tukeudutaan puheviestinnän tutkimuskirjallisuudessa aikaisemmin nimettyihin relationaalisiin jännitteisiin ja missä määrin on ollut tarpeellista nimetä uusia jännitteitä tai määritellä aikaisempien jännitteiden sisältöä toisella tavalla.

Työssä nimetyt relationaaliset jännitteet liittyvät aikaisemmassa tutkimuksessa esitettyyn henkilökohtaisten suhteiden dialektiikkaan, mutta erityisesti ne pohjautuvat asiantuntija-asiakassuhteiden dialektiikkaa käsitelleisiin muuttamiin tutkimuksiin ja tutkimusaineiston analyysiin. Vaikka suurin osa tämän tutkimuksen jännitteistä on nimetty aikaisempien tutkimusten mukaisesti (esimerkiksi kertomisen ja suojaamisen, autonomisuuden ja riippuvaisuuden, ennustettavuuden ja yllätyksellisyyden ja arvioinnin ja hyväksymisen välinen jännite), niiden sisällöllinen muuttaminen on ollut välttämätöntä, jotta ne olisivat relevantteja nimenomaan lääkäri-potilassuhteen tarkastelussa.

Tutkimuksen jännitteistä relationaalinen välimatka on muista poikkeava, koska sillä ei ole lähtökohtanaan tiettyä aikaisemmissa tutkimuksissa kuvattua relationaalista jännitettä. Sisällöllisesti sillä todettiin olevan yhtymäkohtia kahteen etäisyyttä ja läheisyyttä tarkastelevaan viestinnän teoriaan, akkommodaatioteoriaan ja kohteliaisuusteoriaan sekä *osittain* Baxterin ja Montgomeryn autonomisuuden ja liittyneisyyden ja Zornin (1995) samanarvoisuuden ja ylemmyyden jännitteeseen (ks. luku 4.3). Relationaalisen välimatkan suhde Baxterin ja Montgomeryn kuvaamaan autonomisuuden ja liittyneisyyden jännitteeseen vaatii tarkentamista.

Baxterin ja Montgomeryn jännite on laaja, sillä siihen sisältyvät *riippuvaisuuden ja riippumattomuuden* (vapaus olla riippumaton ja samalla riippuvainen), *samanlaisuuden ja erilaisuuden* sekä *positiivisten ja negatiivisten tunteiden ilmaisuuden* ulottuvuudet. Tästä lähtökohdasta ajatellen olisi siis ollut mahdollista sisällyttää tämän tutkimuksen autonomisuuden ja riippuvaisuuden ja relationaalisen välimatkan jännitteet *yhdeksi* autonomisuuden ja liittyneisyyden jännitteeksi. Kuitenkin nämä jännitteet pidettiin erillisinä, koska vaikka ajatuksellisesti läheisyys voidaan yhdistää liittyneisyyteen ja etäisyys autonomisuuteen, niin tässä tutkimuksessa näillä jännitteillä on toisistaan erottuva sisällöllinen fokus.

Autonomisuuden ja riippuvaisuuden jännite kuvastaa lääkärin ja potilaan vapauksia keskinäisessä suhteessaan. Tällä tarkoitetaan heidän relationaalisia intressejään, oikeuksiaan ja velvollisuuksiaan suhteessa omaan ja toistensa toimintaan. Relationaalinen etäisyys ja läheisyys puolestaan kuvaavat sitä, miten lääkäri ja potilas asettuvat viestintätilanteessa suhteessa toisiinsa ja itseensä, miten lähellä ja etäällä he ovat toisiaan tai miten eriarvoinen tai tasavertainen heidän suhteensa on. Sen keskeisiä ulottuvuuksia ovat samanlaisuus ja erilaisuus, virallisuus ja epävirallisuus sekä muodollisuus ja epämuodollisuus. Kun autonomisuuden ja riippuvuuden jännite liittyy osapuolten *toimintaan*, relationaalisen välimatkan jännitteen ydin on osapuolten *relationaalisessa identiteetissä* ja sen ilmenemisessä.

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli tehdä perusteltu esitys lääkäripotilassuhteen jännitteiksi. Esitys ei kuitenkaan ole tyhjentävä. Esimerkiksi voitaisiin miettiä, olisiko tarpeellista nostaa tunteiden ilmaisemiseen ja niiden vastaanottamiseen liittyvä aidon välittämisen ja instrumentaalisuuden jännite omaksi jännitteekseen, jolloin päädyttäisiin samanlaiseen ratkaisuun kuin Rawlins (2000) opettaja-oppilassuhdetta tarkastellessaan. Tunteisiin liittyviä ulottuvuuksia ja merkityksiä sisältyy relationaalisen etäisyyden ja läheisyyden, autonomisuuden ja riippuvaisuuden ja jossain määrin myös hyväksymisen ja arvioinnin jännitteeseen, mutta tällöin ne voivat jäädä liaksi kyseisten jännitteiden muiden ulottuvuuksien varjoon. Tässä tutkimuksessa aidon välittämisen ja instrumentaalisuuden jännite tuli kuitenkin keskeisesti esille, sillä sitä tarkasteltiin sosiaalisten suhteiden perusmotiivien rakkauden tai välittämisen ja vaihdon (ks. luku 3.1) kautta.

Yksi relationaaliin jännitteiden validiteettia koskeva kysymys on niiden käsitteellinen väljyys. Ne ovat kuvailevia käsitteitä, joiden sisältö konkretisoituu siinä suhdekontekstissa, johon niitä sovelletaan. Tällöin niiden luotettavuus perustuu siihen, miten uskottavasti niiden sisältö ja ilmeneminen pystytään kyseisessä suhteessa kuvaamaan. Käsitteellisestä väljyydestä kertoo myös jännitteitä kuvaavien termien vaihtelu. Baxter ja Montgomery (1996; 1997) käyttävät tutkimuksissaan sekä autonomisuuden ja yhteyden (autonomy-connection) että liittyneisyyden ja erillisyyden jännitettä (separatedness-connectedness), ja Rawlins (2000) tarkastelee riippuvaisuuden ja riippumattomuuden (dependent-independent) jännitettä. Vaikka nämä jännitteet ymmärrettäisiin pitkälti toisiinsa vastaaviksi, niin silti erilaisten termien käyttö luo hämäryyttä.

10.2.3 Aineisto ja sen analyysi

Relationaalisten jännitteiden laaja-alaisuus ja moniulotteisuus tekee niiden empiirisestä tarkastelusta haasteellista. Jännitekimppuajattelu eli erilaisten jänniteparien muodostama verkosto tuo teoreettis-käsitteellistä syvyyttä ja rikkautta viestintäsuhteiden tarkasteluun (Baxter & Montgomery 1998, 157), mutta tällaisen verkoston empiirinen kuvaaminen on ongelmallista. Siksi tässä tutkimuksessa jännitteiden sisällöllinen monimuotoisuus tulee esille niiden kuvauksissa (ks. luku 4.4), mutta empiirisessä tarkastelussa ei päästä kovin syvälle yksittäisten jännitteiden ulottuvuuksien ja niihin sisältyvien merkitysten tarkasteluun. Esimerkiksi kertomisen ja suojaamisen jännitteen sisältöä tarkasteltiin vain lääkärin itsestäkertomisen näkökulmasta.

Yksittäisen jännitteen empiirisen tarkastelun luotettavuuden kannalta oleellinen ratkaisu on se, mitkä viestinnälliset piirteet tai käytänteet valitaan usean mahdollisen joukosta kuvaamaan tietyn jännitteen ilmenemistä ja rakentumista ja missä määrin ne todella kuvastavat tarkasteltavia ilmiötä eli tiettyjä relationaalisia jännitteitä. Tämän lisäksi empiiristä tarkastelua vaikeuttaa viestinnän monifunktionaalisuus eli esimerkiksi samalla viestinnällisellä teolla voi olla erilaisia tehtäviä. Aivan yhtä lailla kuin itsestä kertomista tarkastellaan kertomisen ja suojaamisen, yksityisen ja julkisen näkökulmasta, sitä voitaisiin lähestyä myös etäisyyden ja läheisyyden näkökulmasta.

Relationaalisia jännitteitä kuvaavina ja tuottavina viestinnällisinä käytänteinä on tarkasteltu henkilöviittaamista, muusta puhumista, lääkärin itsestä kertomista, potilaan osallistumista ja yhteistä päätöksentekoa, lääkärin kysymistä sekä lääkärille tulosityn oikeuttamista. Niitä kaikkia on tarkasteltu aikaisemmissa lääkäri-potilasviestinnän tutkimuksissa, joten siinä suhteessa ne ovat relevantteja valintoja. Tarkastelu on kohdistunut kielelliseen viestintään; nonverbaaliseen käyttäytymiseen on kiinnitetty huomioita valikoiden, tilannekohtaisesti. Tällaisen analyysin katsottiin sopivan tutkimuksen tavoitteisiin, vaikka nonverbaalisen viestinnän tarkempi analysoiminen olisikin ollut houkuttelevaa. Jos tavoitteena olisi ollut tarkastella temporaalisesti esimerkiksi relationaalisen välimatkan jännitteen ilmenemistä ja käsittelemistä vuorovaikutusprosessin kuлуessa, tällöin useamman viestinnällisen piirteen, myös nonverbaalisen käyttäytymisen, analysoiminen olisi ollut välttämätöntä.

Analyysin kattavuutta voidaan arvioida siltä kannalta, ettei se perustu satunnaisiin poimintoihin aineistosta. Tässä tutkimuksessa kaikki haastattelut litteroitiin ja analysoitiin sisällöllisesti. Kuvanauhamateriaali katsottiin läpi, mutta litteroitavaksi tarkempaa analyysia varten valittiin, osin haastattelujen osin tilanteen vuorovaikutuksen perusteella ne vastaanottokeskustelut, joiden vuorovaikutuksessa jännitteet tulivat edustavasti esille. Lisäksi hyödynnettiin yhden vastaanottokäynnin (B5) ääninauhoitettua yhteisanalyysi-istuntoa ja lääkärin itsenäistä analyysia. Vaikka aineistoa ei ole käsitelty kokonaisuudessaan tyhjentävästi (esimerkiksi kaikkia vastaanottotilanteita ei ole litteroitu), niin analyysi on ollut tavoitteellista ja systemaattista.

Laadullisen aineiston analysointiin liittyen Suoranta ja Eskola (1998, 216) esittävät kysymyksen, "miten suhtautua sellaisen analyysin kattavuuteen, jossa ei alkuaankaan ole tarkoitus selittää aineistoa tyhjentävästi, vaan antaa aineistolle teoreettisten ideoiden kehittelyä palveleva heuristinen tehtävä". Tämän tutkimuksen kannalta kysymys on osuva, koska aineiston tehtävänä on ollut kuvata ja tehdä ymmärrettäväksi dialektista viitekehystä ja erityisesti relationaalista dialektiikkaa. Eskola ja Suoranta (1998, 216) toteavatkin, että yhä useammin aineisto toimii tutkimuksen idealähteenä ja teoreettisen pohdinnan katalysaattorina eikä pelkästään todellisuuden kuvauksen pohjana.

Kun lähtökohtana on viestinnällinen, argumentaatioon perustuva validiteetti, tulkintojen luotettavuuden arvioimisessa ratkaisevaa on se, miten työssä onnistutaan kuvaamaan ja perustelemaan erilaisten jännitteiden ilmeneminen tai tuottaminen haastattelupuheessa, vuorovaikutuksessa tai tutkimuskirjallisuudessa. Tätä varten lukijalle on pyritty tarjoamaan riittävästi relevantteja aineistoesimerkkejä, joista hän voi tehdä oman tulkintansa ja joiden perustella hän voi arvioida työssä tehtyjä teoreettisia ja empiirisiä tulkintoja ja johtopäätöksiä.

Tulosten ja päätelmien yleistettävyyttä on arvioitava myös aineiston kannalta. Tämän tutkimuksen tavoitteena ei ole ollut vastata kysymykseen, miten yleisiä tietyt viestinnän piirteet ovat lääkäri-potilasviestinnässä, eikä tarkasti ottaen siihenkään, miten yleisiä ne ovat kerätyssä aineistossa. Tässä tutkimuksessa ei siis voida puhua yleistettävyydestä perinteisessä eli distributiivisessa mielessä. Jo se, että tutkimukseen valikoituivat tiettyjen organisaatioiden tietyt lääkärit ja tietyiltä päiviltä ne heidän potilaansa, jotka suostuivat tutkimukseen, tekee otos-ajatteluun pohjautuvan yleistettävyyden mahdottomaksi. Tarkasti ottaen tutkimuksen empiirinen aineisto kuvaa viestintää *tietynlaisissa* lääkäripotilassuhteissa *yksityisessä* terveydenhoidossa. Tietynlaisissa siksi, että mukana on kaksi yleislääkärinä ja kolme tietyn alueen erikoislääkärinä ja heidän potilaitaan. Lisäksi potilaiden hoitoon hakeutumisen syitä ajatellen tutkimukseen valikoituneet tapaukset edustavat vain pientä osaa siitä eri tapausten kirjosta, jota lääkäri-potilassuhteissa voidaan käsitellä. Jos tutkimukseen osallistuneista potilaista enemmistö olisi ollut esimerkiksi kroonikkopotilaita, joilla on pitkäkestoinen hoitosuhde tiettyyn lääkäriin, tämä olisi todennäköisesti vaikuttanut relationaalisten jännitteiden ilmenemiseen ja niille annettuihin merkityksiin. Kuitenkaan tämä ei sulje pois sitä, etteivätkö aineistoon kuuluvat vuorovaikutus-

käytänteet tai toimijoiden kuvaukset voisi olla relevantteja myös muissa lääkäri-potilassuhteissa. Yleistettävyyks onkin tässä tutkimuksessa ymmärrettävä Peräkylän (1995, 48) kuvaamana *mahdollisuuden yleistettävyytenä*: koska kuvatut viestinnän piirteet ja niille annetut merkitykset ilmenivät tutkituissa lääkäri-potilassuhteissa, ne ovat mahdollisia myös muissa lääkäri-potilassuhteissa (ks. myös Schofield 1990).

Lisäksi tässä tutkimuksessa käsiteltävät asiat eivät liity pelkästään lääkäri-potilassuhteisiin, vaan ne ovat monelta osin sovellettavissa myös muihin terveydenhoidon ammattilaisten ja asiakkaiden välisiin suhteisiin ja myös laajemmin institutionaalisi-professionaalisiin asiakassuhteisiin ja niissä viestimiseen. Tällöin lääkäri-potilassuhde voi toimia esimerkkinä, jonka kautta tarkastellaan "sekasuhteita" ja niiden viestintää koskevaa problematiikkaa

10.2.4 Tutkijan rooli

Tutkimuksen luotettavuuden tarkasteluun kuuluu myös tutkijan rooli ja sen toteutuminen tutkimuksen aikana. Seuraavaksi pohdin omaa rooliani tutkijana kahdesta, tutkimusprosessin aikana korostuneesta näkökulmasta eli sekä haastattelutiedon kerääjänä että viestinnän tutkijana lääketieteen alueella. Muusta tekstistä poiketen kirjoitan tämän luvun kauttaaltaan minä-muodossa. Tällä haluan korostaa omaa toimijuuttani: asiat eivät ole vain tapahtuneet ja valinnat syntyneet, vaan ne olen tehnyt minä tutkijana.

Potilaita haastatellessani huomasin kerta toisensa jälkeen, miten vaikeaa haastateltavien oli vastata kysymyksiin lääkärin ja potilaan välisestä suhteesta, lääkärin viestinnästä tai omasta osallistumisestaan vastaanottotilanteessa. Asiat tuntuivat olevan itsestään selvästi tietynlaisia. Kysyminen kummastutti monia, ja haastattelijana tunsin usein ilmassa leijuvan ihmetyksen siitä, miksi kyselen päivänselviä asioita. Uskoisin, että monet haastattelumenetelmää käyttäneet viestinnän tutkijat ovat kokeneet samaa. Miten pitäisi puhua niin lähellä olevasta ja arkipäiväisestä ilmiöstä kuin viestinnästä? Haastattelijana joutuu miettimään, miten voimallisesti voi nostaa keskusteltaviksi asioita, jotka eivät näytä olevan haastateltavalle juurikaan olemassa, tai jos ovat, niin eivät kovin jäsenyneinä ja helposti viestitettävänä. Haastateltavan "auttamiseksi" haastattelija päätyy helposti johdatteleviin kysymyksiin.

Tällaiset episodit voivat harmittaa haastattelun analyysivaiheessa, koska haastateltavan ääni voi kadota niissä lähes kuulumattomiin. Tällä en tarkoita sitä, että johdattelevat kysymykset olisivat sinänsä huonoja ja vältettäviä. Parhaimmillaan ja hyvin suunniteltuina niiden avulla voidaan tarkentaa tulkintoja ja nostaa keskusteltaviksi näkökulmia ja merkityksiä, jotka muuten olisivat jääneet tavoittamatta (ks. Kvale 1996, 157–159). Johdattelevat kysymykset edellyttävät haastattelijalta erityistä taitavuutta. On siis selvää, että haastattelijana olin mukana rakentamassa ja tuottamassa kysymiäni ilmiöitä. Oletettavasti haastattelujen aikana ja sen tuloksena joidenkin potilaiden käsitys lääkäri-potilasviestinnän alueesta muuttui.

Haastattelutilanteeseen, kuten kaikkiin vuorovaikutustilanteisiin, liittyy pyrkimys säilyttää ainakin omat, mutta usein myös toisen kasvot. Haastatelta-

van ja haastattelijan tavoitteena on esittää itsensä mahdollisimman rationaalina ja kompetenttina. Potilashaastatteluja tehdessäni tunsin, että mahdollisesti irrelevanteilta kuulostavat kysymykset välillä uhkasivat kompetenttiuttani tutkijana, mutta myös haastateltavat saattoivat tuntea kasvonsa uhatuiksi joutuessaan vastaamaan mielestään hankaliin kysymyksiin. Jotkut potilaat ymmärsivät lääkärin viestintäkäyttäytymistä koskevat kysymykset arvosteluna, koska vastauksissaan he saattoivat vahvasti puolustaa lääkärin toiminnan, esimerkiksi runsaan kysymisen, oikeutusta. Tulkitsin, että näissä tapauksissa oli kysymys potilaan halusta ylläpitää luottamusta lääketieteen asiantuntijaan ja siten myös omaan hoitoonsa. Tätä luottamusta minun koettiin kysymyksilläni horjuttavan.

Oman haasteensa tutkijan roolille asetti myös toimiminen itselle vieraalla lääketieteen alueella. Tähän vierauteen viittaa oivallisesti myös Burgoonin (1992) artikkelin nimi *Strangers in a strange land*. Vieraus todellistui ensinnäkin tungettelevuuden kokemuksena. Lääkäreitä haastatelllessani tunsin itseni välillä vaivaantuneeksi kysellessäni yksityiskohtaisesti heidän viestintäkäyttäytymisestään potilassuhteissa. Terapeutteja tutkimuksessaan haastatellut Jaatinen (1996, 73) viittaa samankaltaisiin tuntemuksiin seuraavasti:

"Konkreettisten työkäytäntöjen esiin saaminen on ollut yksi keskeinen tavoite teema-haastatteluissa. Tähän on tähdännyt sekä keskustelu äänitetyistä asiakastapaamisista että kysymykset siitä, miten terapeutti muuttaa ideoitaan käytännön toimenpiteiksi. Haastattelutilanteissa kysymykset siitä, mitä jotkin ideat käytännössä tarkoittavat, tuntuivat toisinaan tungettelevilta."

Kun ollaan toisen, haastateltavan asiantuntijuuden alueella, on aiheellista kysyä, voiko haastattelija mennä liian pitkälle tiedonintressiään tyydyttäessään.

Tungettelevuus ei ollut pelkästään haastattelutilanteissa syntynyt kokemus, vaan sitä on tarkasteltava myös tieteenalan kysymyksenä. Toisen tieteenalan, jos ei keskiöön niin ainakin sen alueelle tuleva viestintätieteilijä joutuu vastaamaan kysymykseen, mikä on hänen tehtävänsä ja painoarvonsa vieraalla alalla. Miten hän itse sen näkee ja miten sen näkevät, tässä tapauksessa, lääketieteen edustajat? Laajemmin nähtynä kysymys on terveysviestinnän asemasta lääketieteen piirissä.

Terveysviestinnän tutkimusta on tehty paljon, mutta se ei ole kuitenkaan saanut laajuuteensa nähden ansaitsemaansa asemaa terveydenhoidon ammattilaisten, lähinnä lääkäreiden, piirissä (Sharf & Street 1997, 3). Keskeisimpänä syynä tähän on nähty alueen laajuudesta johtuva teoreettinen fragmentoituminen ja hatarus. Sharf ja Street (1997, 3) toteavat tyyliä, että laajasti tunnettuja terveysviestinnän malleja tai teorioita on vain muutama tai ei yhtäkään. Teoreettinen pirstaleisuus saa terveysviestinnän tutkimukset näyttämään luonnon-tieteellis-lääketieteellisen tutkimuksen näkökulmasta helposti epätieteellisiltä, huonoilta kvantitatiivisilta tutkimuksilta.

Toiseksi terveysviestinnän tutkijat ovat olleet, Burgoonin (1992) mainitsemasta vahingollisuudesta huolimatta, kuitenkin ensisijaisesti hyödyllisiä apulaisia. Kuten johdannossa totesin, lääkäri-potilasviestinnän tutkimuksissa on keskitytty tarkastelemaan viestinnällisten tekijöiden vaikutusta johonkin tulosuuttajaan (esimerkiksi tavallisimmin tyytyväisyyteen, komplianssiin). Ne

ovat olleet käytännön ongelmien tunnistamiseen, ratkaisemiseen ja vaikutusten tuloksellisuuden selvittämiseen tähtäviä. Vahva praktisuus on merkinnyt kuitenkin usein "aseettomuutta": lääkäri-potilasviestinnän tutkimus eikä myöskään terveysviestinnän tutkimus ole juurikaan kyseenalaistanut hoitojärjestelmien tavoitteita eikä toimintaan sisältyviä institutionaalisia rakenteita tai rajoitteita. Sitä onkin kritisoitu olemassa olevien rakenteiden pönkittämisestä. Rimal (2001) esittääkin jokaiselle terveysviestinnän tutkijalle relevantin kysymyksen: kenen näkökulmasta viestintää tutkimuksissa tarkastellaan ja kenen näkökulma merkitsee eniten?

Tämän tutkimuksen intressejä tiedustelevalle vastaan, että tutkimuksessa ei ole pyritty nimeämään viestinnän ongelmia, ratkaisemaan niitä, selvittämään empiirisesti suomalaisen lääkäri-potilasviestinnän laatua eikä antamaan kehittämisehdotuksia. Siinä mielessä tämä tutkimus ei, enkä myöskään minä tutkijana, palvele *suoraan* terveydenhoidon ammattilaisia tai hoitoa organisoivia tahoja, mikä arvatenkin vähentää työn suoraa sovellettavuutta käytäntöön. Tämä tutkimus on tehty halusta tutkia lääkärin ja potilaan viestintäsuhteen luonnetta, eli se perustuu tieteellisiin intresseihin.

Vieraalla tieteenalalla liikkuminen on merkinnyt suurta kontekstuaalisuuden haastetta tutkimusprosessin aikana. Tutkimuksen luotettavuuteen liittyen jouduin miettimään, missä määrin minun viestinnän tutkijana pitäisi tuntea käytännön terveydenhoitokontekstia, jotta pystyn ymmärtämään riittävän hyvin haastateltavien puhetta, havainnoimaan relevantisti vastaanottotilanteiden viestintäkäyttäytymistä ja tulkitsemaan viestinnälle annettuja ja siihen sisältyviä merkityksiä. Sama viestintäkäyttäytyminen kun voi saada institutionaalissa kontekstissa eri merkityksen kuin arkisessa keskustelussa (ks. Arminen 2000, 449).

Yksiselitteistä vastausta näihin kysymyksiin ei ole olemassa, vaan tutkimuksen pitäisi kauttaaltaan kertoa tutkijan riittävästä perehtyneisyydestä asiaan ja tietoisuudesta omasta roolistaan. Esimerkiksi haastattelutiedon laadukkuuden kannalta on tärkeää, että haastateltavalle asiantuntijalle syntyy luottamus haastattelijan tuntemukseen terveydenhoitokontekstista ja siten hän voi luottaa haastattelijan kykyyn ymmärtää kerrottuja asioita.

10.3 Jatkotutkimusaiheita

Tutkimuksen laaja näkökulma tarjoaa lukuisia mahdollisuuksia jatkotutkimukseen. Keskeisiä aihealueita ovat a) lääkäri-potilassuhteen relationaalisten jännitteiden yksityiskohtaisempi tarkastelu sekä b) lääkäri-potilassuhteen ja viestinnän tarkasteleminen erilaisissa konteksteissa niin, että kontekstuaalisuus tulisi huomioonotetuksi, ei vain selittävänä muuttujana vaan myös tutkimuksen kohteena.

Jokainen relationaalisista jännitteistä voidaan nostaa jatkotarkastelun kohteeksi, mutta erityisen kiinnostavia ovat kertomisen ja suojaamisen sekä au-

tonomisuuden ja riippuvaisuuden väliset jännitteet. Nykyisin hoitotyön tavoitteeksi asetetaan kokonaisvaltainen potilaan hoitaminen tai potilaan huomioon ottaminen kokonaisena ihmisenä. Myös terveydenhoidon asiantuntijalta vaaditaan mukana olemista kokonaisena ihmisenä sekä oman persoonan esille tuomista. Tällaiset tavoitteet jäävät helposti epämääräisiksi, koska ne voivat ilmetä toiminnassa ja viestinnässä monin eri tavoin. Esimerkiksi, mitä niiden toteuttaminen tarkoittaa itsestä kertomisen ja itsen suojaamisen näkökulmasta. Tällöin pohditaan mm. sitä,

- Missä määrin hoidonantajan edellytetään antavan henkilökohtaista informaatiota itsestään ja tuovan tilanteeseen muita sosiaalisia roolejaan?
- Mitä tietoa hoidonantaja saa tai hänen odotetaan kertovan itsestään ja mitä ei?
- Millaisissa potilas- tai asiakassuhteissa hoidonantaja katsoo henkilökohtaisen tiedon kertomisen olevan tarpeellista?

Esimerkiksi hoidonammattilaisille on voitu antaa ohje, ettei pidä kertoa asuinpaikkaansa ja osoitettaan potilaalle, jolloin tällaista tietoa pidetään siis arkaluontoisena ja henkilökohtaisena. Sosiaali- ja hoitotyössä tällainen yksityisyyden suojaaminen voi olla aiheellista, mutta jossakin muussa tilanteessa asuinpaikan kertomista pidetään pinnallisena informaationa, jossa ei edes ymmärretä mitään henkilökohtaista informaatiota kerrotunkaan. Laajemmin nähtynä kysymys on siitä, mikä on henkilökohtaista tietoa missäkin kontekstissa, miten yksityisyyden aluetta hoidetaan tai siitä neuvotellaan ja millaisissa tilanteissa rajanylityksiä tai "rajaloukkauksia" yleisimmin tapahtuu ja miten niissä toimitaan. Mm. näiden kysymysten tarkasteluun keskittyy Petronion (1991; 2000) yksityisen informaation viestimistä koskeva teoria (Communication Boundary Management Theory).

Baxterin ja Sahlsteinin (2000) mukaan kertomisen ja suojaamisen välistä jännitettä olisi tarkasteltava myös ajan funktiona, ei vain yhden vuorovaikutustilanteen kannalta. Näin ollen voitaisiin selvittää, millaisin keinoin kertomisen ja yksityisyyden jännitteitä hoidetaan lääkäri-potilassuhteen eri vaiheissa. Millaisia sääntöjä vuorovaikutuksessa muotoutuu: erikoistutaanko kertomaan tietyistä asioista ja suojaamaan yksityisyyttä toisissa (segregoituminen), vaihtelee ko kertominen ja suojaaminen syklisesti tai kehittykö suhteeseen erilaisia epäsuoria itsestä kertomisen strategioita?

Myös autonomisuuden ja riippuvaisuuden jännitettä tulisi tarkastella hienosyisemmin erilaisissa konteksteissa. Jatkotutkimus voisi valottaa esimerkiksi sitä, millaiset viestinnän piirteet ilmentävät autonomisuuden ja riippuvaisuuden jännitettä lääkäri-potilassuhteen eri vaiheissa ja mitä autonomia ja riippuvaisuus tarkoittaa lääkäreille ja potilaille esimerkiksi erilaisissa toimintaympäristöissä (sairaala, terveyskeskus, verkkoympäristö). Lisää tutkimustietoa tarvittaisiin osallistumisen ja yhteisen päätöksenteon teoreettisten mallien suhteesta toimijoiden käsityksiin, kokemuksiin ja toimintaan. Tarkasteltaviksi tulisi täl-

löin nostaa lääkäreiden ja yleensä hoidonammattilaisten, potilaiden ja heidän läheistensä käsitykset (asenteet, arvot, uskomukset) päätöksenteosta ja potilaan osallistumisesta: millaisia merkityksiä ja odotuksia niihin hoitosuhteen eri vaiheissa ja erilaisissa hoitosuhteissa liitetään? Näin tarkastelussa otettaisiin huomioon myös tilannekohtaiset piirteet. Tällaisella tutkimuksella saataisiin tietoa osallistumiseen ja osallistumattomuuteen sekä yhteiseen päätöksentekoon liittyvistä merkityksistä, ja ennen kaikkea niiden rajoista ja mahdollisuuksista. Tutkimuksen tarpeellisuutta lisää vielä se, että käsitteenä yhteinen päätöksenteko on usein huonosti ja löyhästi määritelty (Charles, Gafni & Whelan 1997, 681).

Lääkärin ja potilaan viestintäsuhteiden kirjon tutkimukseen sisältyy myös sen selvittäminen, miten lääkäri-potilassuhde ja -viestintä toteutuu erilaisissa viestintäkanavissa, kuten kasvokkain, puhelimesta, sähköpostitse, verkkopalvelujen sekä lääkäripalvelojen kautta. Viestintä rakentuu niissä eri tavoin puhumisen ja kirjoittamisen, verbaalisen ja nonverbaalisen viestinnän (ja laajempaan näkökulmana, erilaisten diskursiivisten rakenteiden) ja niiden integroitumisen varaan. Säätelevätkö esimerkiksi potilaan tai lääkärin itsestä kertomista samanlaiset prosessit verkkoympäristössä kuin kasvokkaistilanteissa, on tutkimusta kaipaava asia. Anonyymiyden takia potilaat voivat sähköpostitse kertoa sellaista, mitä he eivät normaalisti kasvokkaistilanteissa kertoisikaan tai minkä kertominen kasvokkain on vastenmielistä.

Toisaalta verkkoympäristö lisää luotettavuuteen liittyviä ongelmia: lääkäri ei välttämättä voi olla varma, että potilas on todella se, joka hän väittää olevansa. Myöskään potilas ei välttämättä tiedä, onko hänen viestiinsä vastaaja se lääkäri, jota hän olettaa vastaajaksi. Yksi hoitosuhteen keskeisiä kysymyksiä on tällöin se, millaiset tekijät ovat olennaisia luottamuksen syntymisessä erilaisissa viestintäkanavissa. Miten luottamus rakentuu eri viestintäkanavissa tai miten se rikkoutuu?

Koska eri viestintävälineet edistävät ja estävät tiettyjä viestinnän piirteitä, tällöin myös eri välineet vaikeuttavat tai helpottavat tiettyjen viestinnällisten tavoitteiden saavuttamista. Näin ollen ne vaikuttanevat myös relationaalisten jännitteiden ilmenemiseen, siihen, millaiset jännitteet nousevat etualalle ja miten jännitteitä vuorovaikutuksessa käsitellään.

Viestintäkanavia ajatellen myös tietojärjestelmän integroituminen lääkärin työhön ja osaksi lääkäri-potilasviestintää on kiinnostava tutkimuskohde. Tästä näkökulmasta lääkärin toimintaa ovat lähestyneet mm. Heath ja Luff (2001), jotka osoittavat, miten tietojärjestelmän käyttäminen potilastilanteissa vaikuttaa lääkärin ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen. Esimerkiksi käytettävän ohjelman logiikka voi ohjata vuorovaikutuksen etenemistä ja vaikuttaa potilaiden kertomiseen, ja elektroninen dokumentointi voi muuttaa lääkäreiden mahdollisuuksia saada kokonaiskuvaa potilaasta (ks. Heath & Luff 2001). Nurmi (2001, 247) kiteyttääkin yhdeksi tulevaisuuden kannalta keskeiseksi kysymykseksi sen, miten uusi väline tulee osaksi entistä toimintaa, olipa toiminta opeutukseen, hoitamiseen tai neuvontaan kohdistuvaa.

Omana tutkimuskohteenaan eikä vain muuhun tutkimukseen lisättävänä näkökulmana olisi tarpeellista tutkia viestintää terveydenhoitokontekstissa myös suhteiden jatkuvuuden näkökulmasta. Esimerkiksi omalääkärijärjestelmän ajatellaan nimenomaan jatkuvuutensa kannalta parantavan hoidon laatua ja lääkäri-potilassuhdetta. Samoin viime aikoina esille noussut perhelääketiede ja siihen pohjautuva perhelääkärimalli korostavat potilaan ja hänen perheensä ja lääkärin välistä laadukasta ja jatkuvaa vuorovaikutusta. Siitä, millä lailla viestintä lääkäri-potilassuhteen jatkuessa muuttuu ja vaihtelee ja miten myös siis itse suhde muuttuu, tarvittaisiin lisää tutkittua tietoa. Lisäksi tulisi selvittää, miten lääkäri-potilasviestinnän ja -suhteen muutokset liittyvät erilaisiin tulosmuutuksiin, kuten hoitoon sitoutumiseen, ymmärtämiseen ja siitä huolehtimiseen sekä koettuun tukeen (tuesta ks. Uutela 1998). Edellä kuvattua tutkimustietoa tarvittaisiin jo pelkästään käytännön toteutusmallien kehittämisen ja niiden vaikutusten arvioinnin tueksi. Lääkäri-potilassuhteen jatkuvuutta tutkittaessa tulisi myös tarkastella sekä toimijoiden näkemyksiä, kokemuksia ja tulkintoja suhteesta ja siinä toimimisesta että heidän toimintaansa viestintäsuhteessa.

SUMMARY

Background and the purpose of the study

This study examines the nature of the doctor-patient relationship. People look on their relationship with their doctor in many different ways. For some it is the relationship between a service-provider and a client, while others think of their visits to the doctor in the same way as they think of car maintenance. Then for some, their doctor is a surrogate father or mother; or put in the position of an intimate friend. These different meanings reflect the tensions that are liable to exist in the doctor-patient relationship. Furthermore, over the last few decades this relationship is said to have changed.

The changes are related to the broader phenomenon of the decreasing status of traditional professions in the post-modern world. It is said that the line between professionals and lay persons is becoming less clear. In doctor-patient relationships these changes have meant a shift from the traditional biomedical or paternalistic models, in which the patient is seen in the light of an object, towards new models which are based on co-operation or consumerism. Although in many studies on doctor-patient communication the new models are presented as to be attained to, in practice all these models function in current doctor-patient relationships, and even within the same relationship. It follows that there exist tensions between various relationship models which are manifested in communication practice between doctors and patients as well as in their experiences of medical encounters. This raises the question of what the tensions in doctor-patient relationships and communication really are, how they might be explained and described, and how they are manifested in communication.

Based on the perspectives outlined above, the purpose of this study is to explore the tensions in the doctor-patient relationship from a theoretical as well as an empirical point of view.

The theoretical aim of this study is to present a relevant point of departure from which tensions in the doctor-patient relationship may be understood and examined. All the theoretical perspectives examined in this study accept the idea of dilemmas, ambivalences or tensions as their basic tenet. Together they are considered to form a dialectically oriented framework which recognized the value of tension in doctor-patient communication and the doctor-patient relationship. The term 'dialectic' is used to refer to contrasting or opposite concepts in general and does not relate to any one philosophical approach. The theoretical perspectives that are dealt with are the following:

- a) The sociologist Bauman's (1990/1997) ideas about the tension between change and love/caring as the main motives of social relationships
- b) The ideological dilemma involving, in particular, experts in human relations based on the idease of, for example, Billig e.g. (1988).

- c) The relational dialectics developed by communication researchers Margaret Montgomery and Leslie Baxter (e.g. 1996; 1998). Relational dialectics is a version of dialectic heavily influenced by Bakhtin's dialogic thinking as well as Billig's ideas on ideological dilemmas in everyday thinking.

An empirical goal of the study is to identify the relational dialectics within the doctor-patient relationship. In addition, the purpose is to describe how relational contradictions or dialectics come into being in the course of the doctor-patient relationship, and the forms these contradictions take. In this way I hope to shed some light on the meaning of relational dialectics as constructs and further, to show how they function in exploring and understanding communication in the doctor-patient relationship. Therefore the examination of the relational tensions is descriptive and illustrative in quality.

The empirical data consists of videotaped medical encounters (n=26) which took place within the area of private health care, and tape-recorded interviews with doctors (n=5) as well as patients (n=25). In addition it included tape-recorded analysis of the comments of a doctor who was shown a videotaped recording of two of his own encounters with patients. The tape recoded both the doctor's own comments, and two group analysis sessions in which the videotaped medical encounters were examined and commented on.

All the interviews were transcribed verbatim, and all the videotaped encounters were examined. Eight of these encounters were transcribed verbatim word by word, including stammering, overlapping talk, and some nonverbal communication. Interviews were analysed qualitatively in terms of the recurring themes and contradictions they contained. In addition, attention was paid to the rhetorical devices used, especially metaphors. The analysis of the videotaped encounters paid attention to personal reference practices and their communicative acts and activities; taking note, for instance, of such things as a doctor's self-disclosing acts, the temporal enactment of a genuine dialogue, question-answer sequences, and acts of judgement.

The dialectically-oriented framework of the doctor-patient relationship

The dialectical framework of this study is a loose and general-type theoretical basis, which includes tensions as part of the basic dynamics that underlie communication in the doctor-patient relationship. This framework supports the idea of tensionality as an intrinsic, and thus, a fundamental feature of doctor-patient communication and the doctor-patient relationship.

In his thinking about the main motives underlying all social relationships, Bauman (1990/1997) places them all along one unbroken dimension between the two extreme poles, love and exchange (money or task). Bauman states that there is a tension between love and exchange - complementarity and incompatibility - which makes social relationships ambiguous. Notably, the tension between the main motives is most powerful in relationships such as those between doctors and patients, which exist somewhat in the middle of this dimen-

sion. They are called "blended relationships" because they cross the boundary between role-based and personally based elements. This basis of conflicting motives causes unavoidable tension in the doctor-patient relationship.

Also significant is Bauman's idea about the current trend towards interpersonalization in present-day western societies, which means that the more short-term and impersonal relationships we have, the more we long for personal relationships and want to broaden their scope. Therefore, the expectations of personal relationships are also applied to role-based relationships, which in turn, leads to increased pressure for medical doctors and other experts to show a more human face in their communication with the patients or clients and to put their relationships with their clients on a more personal level.

The idea of ideological dilemmas facing experts in human relations (Billig et. 1988) supports Bauman's views on the trend towards increased interpersonalization. According to Billig et. al., the demands now being made in western countries for more rights for clients, and for giving patients more opportunity to take a more active role in their own health care derive from the ideology of democracy and the values of equality and individualism. However, at the same time professionals want and are required to maintain their expertise and their position of authority. These are both prevailing values in modern western society, and affect the concrete practices of experts in human relations. Thus the problem for the interpersonal professional is how to behave as a knowing professional while at the same time creating a sufficiently close relationship with the client, even though this is necessarily based on different principles from those governing everyday informal close relationships. This ideological dilemma has yet to be resolved, and it continues to reconstitute itself in varying forms." In actual interaction this dilemma manifests itself in those various communicational forms that doctors use in order to cloak their position of authority in a democratic-seeming guise, for example by using the patient's first name or using we-forms.

Relational dialectics (Baxter & Montgomery 1996; 1998) is based on the root ideas of contradiction and process as the basic dynamics of relationships. Relational contradictions are seen as unified oppositions that are inherent in relating. For instance, autonomy and dependence form an interdependent unity in which an oppositional tendency presupposes the existence of the other, and that unity involves contradiction. It should be noted that, relational dialectics are not understood simply as binary oppositions, but rather, as a knot of functional and interdependent contradictions or tensions. In addition there is also ongoing, ever-changing interaction between unified oppositions, which means that relational dialectics can never be resolved, but only managed. In previous studies of relational dialectics three tensions are identified, those between autonomy and connection, novelty and predictability and openness and closeness. This study too applies these basic tensions in identifying relational dialectics within the doctor-patient relationship.

Relational dialectics in the doctor-patient relationship

Based on the results of previous research on relational dialectics in personal relationships and those few carried out on professional relationships, as well as the analysis of the data, five relational tensions were identified. These are described below. In each case, it is shown how the given relational tension is defined or characterised and what communicative features or practices are seen as illustrating each one.

Dialectic of relational closeness - distance

Relational tension between closeness and distance describes how the doctor and the patient exist in relation to each other and also to themselves, how each of them positions and defines the being of the other. This dialectic embodies the dimensions of personal - impersonal, informal - formal, and private - public. As expected, relational distance is consonant with other theoretical constructs. For instance the idea of getting closer and taking distance is also included in the Communication Accommodation theory (Giles, Coupland & Coupland 1991) and Politeness theory (e.g. Brown & Levinson 1978/1987; Piirainen - Marsh 1995).

There are a number of communication features and practices that manifest and produce relational distance or closeness in actual interaction. These include humour, laughing, nonverbal behaviour (smiling, mutual eye contact, touching), manner of addressing, social talk and commanding as well as guiding. Personal reference and social talk, or colloquially stated, "talk about other things than medical" were practices through which relational distance between the doctor and the patient was explored in this study.

Dialectic of expressiveness - protection/privacy

The content of this dialectic concerns the question of how a doctor and a patient are brought out in interaction as private persons or how they are called forward as such. The tension between expressiveness and protection includes issues such as the need for both doctor and patient to preserve the patient's privacy, the doctor withholding information from the patient and, a perspective considered less frequently, the doctor managing his or her privacy by disclosing and withholding information about his/her own personal life and the patient's reactions to it. In this study the empirical focus is on the doctor's disclosing behaviour. It is shown how tension may appear in patients' reactions to doctors' self-disclosure.

Dialectic of autonomy - interdependence

The core of the tension between autonomy and interdependence is in the rights and responsibilities that the doctor and the patient have with regard to their own and each other's behaviour. For instance, from the patient's perspective this dialectic includes the question of how much freedom the patient has to choose a doctor, or to what extent the patient can decide how she or he participates in the decision-making process. For the doctor, tension between auton-

omy and interdependence appears in issues such as how to support the patient's right to take part in decision-making concerning him- or herself without leaving the patient too alone with the decision-making; and how to limit the patient's demand for autonomy, for instance in cases where the patient's demands for caring operations are not medically grounded. Patient participation and shared decision-making are the processes through which tension between autonomy and interdependence is resolved.

Dialectic of predictability - surprise

The dialectical tension between predictability and surprise is conceptualised as a dynamic process which operates between certainty, familiarity, or predictability and uncertainty, unfamiliarity or surprise on the other. In institutional relationships this dialectic is related to questions of how routine, formal or conversational the quality of communication is. For this reason, the dialectic between predictability and surprise can be looked at in terms of pseudo-interactivity versus genuine interactivity as well as in terms of formal versus spontaneous. The quality of interactivity is explored through the doctor's questioning and those meanings that the patient has attached to the doctor's questioning behaviour. The dialectic of predictability and surprise also includes consideration of the possibility for genuine dialogue between the doctor and the patient.

Dialectic of judgement - acceptance

The tension between judgement and acceptance is based on the moral dimension implied in institutional contexts. The doctor's task is to show acceptance of the patient as a human being but at the same time she or he has to evaluate the degree of seriousness of the patient's problems and the need for care. The patient wants to be accepted, not only as a human being but also as an expert on his or her own health. Therefore the patient gives reasons for his visit. Doctors and patients try to manage the tension between judgement and acceptance by using various communicative means. This study shows how this dialectic is manifested in situations where the patient's aim is to present his or her problem as needing treatment, or where the doctor evaluates the patient's actions.

Directions for future research

The broad theoretical frame of reference of the study offers a number of directions for further research. Each of the relational tensions identified above deserves closer examination. For example, the dialectics between autonomy and interdependence is an issue of high relevance because shared decision-making is often represented as an ideal that society should try to realize. Finding out how patients understand the idea of shared decision-making, and how they view their own participation in their encounters with their doctors would provide us with more accurate knowledge about the issues that are involved in decision-making in medical encounters.

Self-disclosure is a communication practice that reflects the tension between expression and privacy. It has hardly at all studied in institutional or professional contexts, although people certainly use self-presentation strategies in

situations of this kind, just as they do in the other contexts. What the processes are that regulate self-disclosure in the doctor-patient relationship, what information is viewed as private, and how the tension between expression and privacy is managed or negotiated are themes that need be explored in the future.

Currently communication technology is used and will be used more and more in the doctor-patient relationship. Doctors and patients can communicate with each by face-to-face, but also by means of email, telephone (mobile or fixed) and the Internet. It may be supposed that the communication channel particular has an effect on communication, for example the Internet may either enhance, or in other cases, impede communication between patient and doctor and therefore it also affects on relational dialectics.

In addition, relationships between health care providers or clients should be studied from the perspective of continuity. How communication practices will change in the course of the relationship, and how these changes will relate to various outcomes (e.g. understanding, perceived support and commitment) are issues that are significant when attempts to direct the course of the doctor-patient relationships are developed.

LÄHTEET

- Alasuutari, P. 1994. Luurangon mysteeri. Teoksessa K. Weckroth & M. Tolkki-Nikkonen (toim.), *Jos A niin...*, 75-92. Tampere: Vastapaino
- Altman, I., Vinsel, A. & Brown, B. 1981. Dialectic conceptions in social psychology: an application to social penetration and privacy regulation. Teoksessa L. Berkowitz (toim.), *Advances in experimental psychology*, 14, 107-160. New York: Academic Press.
- Altman, I. 1990. Toward a transactional perspective: a personal journey. Teoksessa I. Altman & K. Christensen (toim.), *Environment and behavior studies: emergence of intellectual traditions*, 225-255. New York: Plenum.
- Altman, I. Brown, B. Staples, B. & Werner, C. 1992. A transactional approach to close relationships: courtship, weddings and placemaking. Teoksessa B. Walsh, K. Craik & R. Price (toim.), *Person-environment psychology*, 193-241. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Anderson, W. T. & Helm, D. T. 1979. The physician-patient encounter: A process of reality negotiation. Teoksessa E. G. Jaco (toim.), *Patients, physicians and illness*, 3. painos, 259-271. New York: Free Press.
- Arminen, I. 2000. On the context sensitivity of institutional interaction. *Discourse & Society*, 11, 435-458.
- Aronsson, K. & Sätterlund-Larsson, U. 1987. Politeness strategies and doctor-patient communication. On the social choreography of collaborative thinking. *Journal of Language and Social Psychology*, 6, 1-27.
- Ashforth, B. E. & Tomiuk, M. A. 2000. Emotional labour and authenticity: views from service agents. Teoksessa S. Fineman (toim.), *Emotion in organizations*, 184-203. London: Sage.
- Atkin, C. & Marshall, A. 1996. Health communication. Teoksessa M. B. Salwen & D. W. Stacks (toim.), *An integrated approach to communication theory and research*, 479-495. Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- Atkinson, P. 1995. Medical talk and medical work. *The liturgy of the clinic*. Longon: Sage.
- Avis, M., Bond, M. & Arthur, A. 1997. Questioning patient satisfaction: an empirical investigation in two outpatients clinics. *Social Science & Medicine*, 44, 85-92.
- Baker, P. S., Yoels, W. C. & Clair, J. M. 1996. Emotional expression during medical encounters: social disease and the medical gaze. Teoksessa V. James & J. Gabe (toim.), *Health and the sociology of emotions*, 173-200. Oxford: Blackwell Publishers.
- Bakhtin, M. M. 1981. *Speech genres and other late essays*. M. Holquist (toim.), C. Emerson & M. Holquist (käänt.). Austin: University of Texas Press.
- Bakhtin, M. M. 1986. *The dialogic imagination: Four essays by M. M. Bakhtin*. C. Emerson & M. Holquist (toim.), V. McGee (käänt.) Austin: University of Texas Press.

- Baldwin, M. 1992. Relational schemas and the processing of social information. *Psychological Bulletin*, 112, 461-484.
- Ballard-Reisch, D. S. 1990. A model of participative decision making for physician-patient interaction. *Health Communication*, 2, 91-104.
- Bateson, G. 1972. *Steps to an ecology of mind*. New York: Ballantine.
- Bauman, Z. 1991. *Modernity and ambivalence*. Cambridge: Polity Press.
- Bauman, Z. 1995. *Life in fragments. Essays in postmodern morality*. Oxford: Blackwell.
- Bauman, Z. 1997. *Sosiologinen ajattelu*. Tampere: Vastapaino. (Alkuteos Thinking sociologically 1990. Oxford: Blackwell)
- Baxter, L. A. 1988. A dialectical perspective on communication strategies in relationship development. Teoksessa S. Duck (toim.), *Handbook of Personal Relationships*, 257-273. New York: Wiley.
- Baxter, L. A. 1990. Dialectical contradictions in relationship development. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 69-88.
- Baxter, L. A. 1993. The social side of personal relationships: A dialectical perspective. Teoksessa S. Duck (toim.), *Social contexts of relationships*, 139-165. Newbury Park: Sage.
- Baxter, L. A. 1998. Locating social in interpersonal communication. Teoksessa J. S. Trent (toim.), *Communication. Views from the helm for the 21st century*, 60-64. Boston: Allyn and Bacon
- Baxter, L. A. & Montgomery, B. M. 1996. *Relating. Dialogues and dialectics*. New York: The Guilford Press.
- Baxter, L. A. & Montgomery, B. M. 1997. Rethinking communication in personal relationships from a dialectical perspective. Teoksessa S. Duck (toim.), *Handbook of Personal Relationships*. 2nd edition. Theory, Research and Interventions, 325-349. Chichester: John Wiley & Sons.
- Baxter, L. A. & Montgomery, B. M. 1998. A guide to dialectical approaches to studying personal relationships. Teoksessa B. M. Montgomery & L. A. Baxter (toim.), *Dialectical approaches to studying personal relationships*, 1-15. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Baxter, L. A. & Sahlstein, E. M. 2000. Some possible directions for future research. Teoksessa S. Petronio (toim.), *Balancing secrets of private disclosures*, 289-300. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Baxter, L. A. & Simon, E. P. 1993. Relationship maintenance strategies and dialectical contradiction in personal relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 10, 225-242.
- Baxter, L. A. & Widenmann, S. 1993. Revealing and not revealing the status of romantic relationships to social networks. *Journal of Social and Personal Relationships*, 10, 321-338.
- Beckman, S. 1981. *Kärlek på tjänste tid om amatörer or professionella inom världen*. Stockholm: Arbetslivscentrum.
- Beisecker, A. E. & Beisecker, T. D. 1990. Patient information-seeking behaviors when communicating with doctors. *Medical Care*, 28, 19-28.

- Bennett, K. C. & Irwin, H. 1997. Shifting the emphasis to "patient as central": sea change or ripple on the pond. *Health Communication*, 9, 83-93.
- Berger, C. R. & Bradac, J. J. 1982. Language and social knowledge: uncertainty in interpersonal relations. London: Edward Arnold.
- Berger, P. & Luckmann, T. 1966. The social construction of reality. Garden City: Anchor.
- Bergmann, J. 1998. Morality in discourse. *Research on Language and Social Interaction*, 31, 279-294.
- Billig, M. 1987. Arguing and thinking: a rhetorical approach to social psychology. New York: Cambridge University Press.
- Billig, M., Condor, S., Edwards, D., Gane, M., Middleton, D. & Radley, A. 1988. Ideological dilemmas: A social psychology of everyday thinking. London: Sage.
- Billings, J. A. & Stoeckle, J. D. 1989. The clinical encounter. A guide to the medical interview and case presentation. Chigago. Year Book Medical Publishers.
- Blanchard, C. G., Labrecque, M. S., Ruckdeschel, J. C. & Blanchard, E. B. 1988. Information and decision-making preferences of hospitalized adult cancer patients. *Social Science and Medicine*, 27, 1139-1145.
- Bloom, S. W. & Wilson, R. N. 1979. Patient-practitioner relationship. Teoksessa Freeman, H. E. & L. G.Reeder (toim.), *Handbook of Medical Sociology*, 275-296. 3. painos. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall Inc.
- Bochner, A. P., Ellis, C. & Tillmann-Healy, L. 1998. Mucking around looking for truth. Teoksessa B. M. Montgomery & L. A. Baxter (toim.), *Dialectical approaches to studying personal relationships*, 41-62. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Bolton, S. C. 2001. Changing faces: nurses as emotional jugglers. *Sociology of Health & Illness*, 23, 85-100.
- Bridge, K. & Baxter, L. A. 1992. Blended friendships: friends as work associated. *Western Journal of Communication*, 56, 200-225.
- Branch, W. T. Jr. 2000. Is the therapeutic nature of the patient-physician relationship being undermined. A primary care physician's perspective. *Archives of Internal Medicine*, 160, 2257-2260.
- Brody, D. S. 1980. The patients's role in clinical decision making. *Annals of Internal Medicine* 93, 718-722.
- Brown, B. B., Werner, C. M. & Altman, I. 1998. Choice points for dialecticians: a dialectical-transactional perspective on close relationships. Teoksessa B. M. Montgomery & L. A. Baxter (toim.), *Dialectical approaches to studying personal relationships*, 41-62. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Buber, M. 1965. Between man and man. New York: Collier Books.
- Buber, M. 1995. Minä ja Sinä (Ich und du 1923). Käänt. J. Pietilä. Juva: WSOY.
- Burbules, N. C. 1993. Dialogue in teaching. Theory and Practice. New York: Teachers College Press.
- Burgoon, J. K., Bonito, J. A., Ramirez, A. Jr, Dunbar, N. E., Kam, K. & Fischer, J. 2002. Testing the interactivity principle: effects of mediation, propinquity,

- and verbal and nonverbal modalities in interpersonal interaction. *Journal of Communication*, 52, 657-677.
- Burgoon, M. 1992. Strangers in strange land. The Ph.D. in the land of the medical doctor. *Journal of Language and Social Psychology*, 11(1&2), 101-106.
- Burgoon, M. 1995. A Kinder, gentler discipline: feeling good about being mediocre. *Teoksessa Communication Yearbook*, 18, 464-479.
- Burgoon, J. D., Ebesu, A. S., White, C. H., Koch, P., Alvaro, E. M. & Kikuchi, T. 1998. The multiple faces of interaction adaptation. *Teoksessa M. T. Palmer & G. A. Barnett (toim.), Progress in Communication Sciences*, vol. XIV, 191-220. London: Ablex.
- Cali, D. D. & Estrada, C. 1999. Medical interview as rhetorical counterpart of the case presentation. *Health Communication*, 11, 355-373.
- Cappella, J. N. 1987. Interpersonal communication: Definitions and fundamental questions. *Teoksessa C. R. Berger & S. H. Caffee (toim.), Handbook of Communication Science*, 184-238. Newbury Park: Sage.
- Carbaugh, D. 1994. *Talking American: cultural discourses on Donahue*. Norwood: Ablex Publishing Corporation.
- Cegala, D. J., McNeilis, K. S., McGee, D. S. & Jonas, A. P. 1995. A study of doctors' and patients' perceptions of information processing and communication competence during medical interview. *Health Communication*, 7, 179-203.
- Cegala, D. J., McGee, D. S. & McNeilis, K. S. 1996. Components of patients' and doctors' perceptions of communication competence during a primary care medical interview. *Health Communication*, 8, 1-28.
- Cissna, K. N. & Anderson, R. 1994. The 1957 Martin Buber-Carl Rogers dialogue, as dialogue. *Journal of Humanistic Psychology*, 34, 11-45.
- Cissna, K. N. & Anderson, R. 1998. Theorizing about dialogic moments: the Buber-Rogers position and postmodern themes. *Communication Theory*, 8, 63-104.
- Cissna, K. N., Cox, D. E. & Bochner, A. P. 1990. The dialectic of marital and parental relationships within the stepfamily. *Communication Monographs*, 57, 44-61.
- Charles, C., Gafni, A. & Whelan, T. 1997. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social Science & Medicine*, 44, 681-692.
- Cline, R. J. 1982. Revealing and relating: a review of self-disclosure theory and research. Paper presented at the International Communication Association Convention.
- Cline, R. J. & McKenzic, N. J. 1998. The many cultures of health care: Difference, dominance, and distance in physician-patient communication. *Teoksessa L. D. Jackson & B. K. Duffy (toim.), Health communication research. A guide to developments and directions*, 57-74. Westport: Greenwood Press.
- Coffey, A. & Atkinson, P. 1996. Making sense of qualitative data. *Complementary research strategies*. Thousand Oaks: Sage.

- Coleman, P. G & Shellow, R. A. 1995. Privacy and autonomy in the physician-patient relationships. *The Journal of Legal Medicine*, 16, 509-543.
- Conville R. L. 1991. *Relational transitions: the evolution of personal relationships*. New York: Praeger.
- Conville, R. L. 1998. Telling stories: dialectics of relational transition. Teoksessa B. M. Montgomery & L. A. Baxter (toim.), *Dialectical approaches to studying personal relationships*, 17-40. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Conville, R. L & Rogers, L. E. 1998. Introduction. Teoksessa R. L. Conville & L. E. Rogers (toim.), *The meaning of "relationship" in interpersonal communication*, vii - xv. Westport: Praeger.
- Cupach, W. R. & Spitzberg, B. H. 1994. Dark side dénouement. Teoksessa Cupach, W. R. & B. H. Spitzberg (toim), 315-320. *The dark side of interpersonal communication*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Deber, R. B. 1994. Physicians in health care management: the patient-physician partnership: decision making, problem solving and the desire to participate. *Canadian Medical Association Journal*, 151, 423-427.
- Denzin, K. & Lincoln, Y. S. 2000. *Handbook of qualitative research*. 2nd edition. Thousand Oaks: Sage.
- Derlega, V. J., Metts, S., Petronio, S. & Margulis, S. T. 1993. *Self-disclosure*. Newbury Park: Sage.
- Dillar, J. P., Kinney, T. A. & Cruz, M. G. 1996. Influence, appraisal, and emotions in close relationships. *Communication Monographs*, 63, 105-130.
- DiMatteo, M. R., Reiter, R. C. & Gambone, J. C. 1994. Enhancing medication adherence through communication and informed collaborative choice. *Health Communication*, 6, 253-265.
- Dindia, K., Fitzpatrick, M. A. & Kenny, D. A. 1997. Self-disclosure in spouse and stranger dyads: A social relational analysis. *Human Communication Research*, 23, 388-412.
- Dindia, K. 1997. Self-disclosure, self-identity, and relationship development: a transactional/dialectical perspective. Teoksessa S. Duck (toim.), *Handbook of Personal Relationships*, 2. painos, 411-426. Chichester: John Wiley & Sons.
- Dindia, K. 1998. "Going into and coming out of the closet": the dialectics of stigma disclosure. Teoksessa B. M. Montgomery & L. A. Baxter (toim.), *Dialectical approaches to studying personal relationships*, 83-108. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Dindia, K. 2000. Sex differences in self-disclosure, reciprocity of self-disclosure, and self-disclosure and liking: three meta-analyses reviewed. Teoksessa S. Petronio (toim.), *Balancing the secrets of private disclosures*, 21-36. Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- Drew, P. & Heritage, J. 1992. Analyzing talk at work: an introduction. Teoksessa Drew, P. & J. Heritage (toim), *Talk at work : interaction in institutional settings*, 3-65. Cambridge : Cambridge University Press
- Duck, S. 1988. *Relating to others*. Chigago, IL: The Dorsey Press.

- Duck, S. & Miell, D. E. 1986. Charting the development of personal relationships. Teoksessa R. Gilmour & S. Duck (toim.), *The emerging field of personal relationships*, 133–143. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Duck, S. & Pittman, G. 1994. Social and personal relationships. Teoksessa M. L. Knapp & G. R. Miller (toim.), *Handbook of Interpersonal Communication*. 2nd edition, 676–695. Thousand Oaks: Sage.
- Duck, S. W., Rutt, D. J., Hurst, M. H. & Strejc, H. 1991. Some evident truths about conversation in everyday relationships: all communications are not created equal. *Human Communication Research*, 18, 228–267.
- Duck, S. W. & West, L. & Acitelli, L. K. 1997. Sewing the field: the tapestry of relationships in life and research. Teoksessa S. Duck (toim.), *Handbook of Personal Relationships*, 2. painos, 1–23. Chichester: John Wiley & Sons.
- Ehrnrooth, J. 2000. Taistelu maailmansivilisaation luonteesta. Teoksessa I. Niiniluoto (toim.), *Maailman henkinen tila ja tulevaisuus*, 69–84. Helsinki: Otava.
- Ellingson, L. I. & Buzzanell, P. M. 1999. Listening to women's narratives of breast cancer treatment: A feminist approach to patient satisfaction with physician-patient communication. *Health Communication*, 11, 153–183.
- Ellis, C. & Bochner, A. P. 1992. Telling and performing personal stories: the constraints of choice in abortion. Teoksessa C. Ellis & M. G. Flaherty (toim.), *Investigating subjectivity*, 97–101. Newbury Park: Sage
- Ellis, C. & Flaherty, M. G. (toim.) 1992. *Investigating subjectivity: research on lived experience*. Newbury Park, CA: Sage
- Emanuel, E. J. & Emanuel, L. L. 1992. Four models of physician-patient relationship. *JAMA*, 267, 2221–2226.
- Engeström, R. 1999. Toiminnan moniäänisyys. Tutkimus lääkärin vastaanottojen keskusteluista. Toiminnan teorian ja kehittävän työntutkimuksen yksikön teoksia. Helsinki: Helsinki University Press.
- Engeström, Y., Engeström, R., Helenius, J., Koistinen, K., Rekola, J. & Saarelma, O. 1989. Terveyskeskuslääkäreiden työn kehittämistutkimus. LEVIKE-projektin tutkimushankkeen III väliraportti. Lääkärinvastaanottojen analysointia. Espoo: Espoon kaupungin terveystoimisto.
- Erickson, R. J. & Wharton, A. S. 1997. Inauthenticity and depression: assessing the consequences of interactional service work. *Work and Occupations*, 24, 188–213.
- Eriksson, S. 2002. Kommunikaatio, moraali ja valta modernissa asiantuntijudessa. Teoksessa I. Pirttilä & S. Eriksson (toim.), *Asiantuntijoiden areenat*, 167–174. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Eräsaari, L. 1995. Kohtaamisia byrokraattisilla näyttämöillä. Tampere: Gaudeamus.
- Eräsaari, R. 1997. Missä asiantuntijuus matkustaa. Puheenvuoro Muuttuva asiantuntijuus -seminaarissa. Jyväskylän yliopiston koulutuksen tutkimuslaitos 10.4..
- Eskola, J. & J. Suoranta 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

- Fairclough, N. 1989. *Language and power*. London: Longman.
- Feltham, C. 1995/1997. *What is counselling. The promise and problems of the talking therapies*. (First published 1995). London: Sage.
- Finnegan, J. R. Jr. & Viswanath, K. 1990. *Health and Communication. Medical and Public Health Influences on the Research Agenda*. Teoksessa E. B. Ray & L. Donohew (toim.). *Communication and Health. Systems and Applications*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Fitch, K. 1994. Culture, ideology, and interpersonal communication research. Teoksessa S. A. Deetz (toim.), *Communication Yearbook 17*, 104-135. Thousand Oaks: Sage.
- Fitch, K. L. 1998. *Speaking relationally. Culture, communication and interpersonal connection*. New York: The Guilford Press.
- Fitch, K. L. & Sanders, R. E. 1994. Culture, communication, and preferences for directness in expression of directives. *Communication Theory*, 3, 219-245.
- Fitzpatrick, R. 1984. Lay concepts of illness. Teoksessa R. Fitzpatrick, J. Hinton, S. Newman, G. Scrambler and J. Thompson (toim.), *The Experience of Illness*. Tavistock: London.
- Fox, N. 1995. Postmodern perspectives on care: the vigil and the gift. *Critical Social Policy*, 15, 44/45, 107-125.
- Fox, N. J. 1999. Power, control and resistance in the timing of health and care. *Social Science and Medicine*, 48, 1307-1315.
- Frankel, R. M. 1984. From sentence to sequence: understanding the medical encounter through microinteractional analysis. *Discourse Processes*, 7, 135-170.
- Frederickson, L. G. 1993. Development of an integrative model for medical consultation. *Health Communication*, 5, 225-237.
- Gadamer, H.-G. 1982. *Truth and method*. New York: Crossroad.
- Gardiner, C. 1998. Mentoring: towards a professional friendship. *Mentoring & Tutoring*, 6, 77-84.
- Gardner, K. 1992. The historical conflict between caring and professionalization, a dilemma for nursing. Teoksessa D. A. Gaut (toim.), *The presence of caring*. New York: National League for Nursing Press.
- Garvin, B. J., Kennedy, C. W., Baker, C. F. & Polivka, B. J. 1992. Cardiovascular responses of CCU patients when communicating with nurses, physicians, and families. *Health Communication*, 4, 291-301.
- Gergen, K. 1994. *Realities and relationships: soundings in social construction*. Cambridge: Harvard University Press.
- Gerlander, M. 1998. Where is communication? Exploring the status of communication in the work and expertise of medical doctors. *Communication in Health Care -kongressi*. The Free University. Amsterdam 10.-12.6.
- Gerlander, M. & Takala, E. 1998. Viestinnän sija ihmishdeammatteihin kouluttautumisessa. XX Nordic Congress of Psychology & Psykologia 98 kongressi. Helsingin yliopisto 26.-29.8.

- Giles, H., A. Mulac, J. J. Bradac & Johnson, P. 1987. Speech accommodation theory: The next decade and beyond. Teoksessa M. McLaughlin (toim.), *Communication Yearbook 10*, 13–48. Newbury Park: Sage.
- Giles, H., Coupland, J. & Coupland, N. 1991. Accommodation theory: communication, context, and consequence. Teoksessa H. Giles, J. Coupland & N. Coupland (toim.), *Contexts of accommodation. Developments in applied sociolinguistics*, 1–68. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gill, V. 1998. Doing attributions in medical interaction: patients' explanations for illness and doctors' responses. *Social Psychology Quarterly*, 61, 342–360.
- Goffman, E. 1981. 'Footing', Teoksessa. E. Goffman (toim.), *Forms of Talk*, 124–159. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Goffman, E. 1986. *Frame analysis: an essay on the organization of experience*. Boston: Northeastern University Press.
- Good, B. 1994. *Medicine, rationality and experience: an anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Goodstein, I., & Reinecker, V. 1974. Factors affecting self-disclosure: a review of the literature. *Progress in Experimental Personality Research*, 7, 49–77
- Goodwin, C. & Duranti, A. 1992. Rethinking context: an introduction. Teoksessa A. Duranti & C. Goodwin (toim.), *Rethinking context: language as an interactive phenomenon*, 1–42. Cambridge: Cambridge University Press.
- Greco, M., Brownlea, A., McGovern, J., & Cavanagh, M. 2000. Consumers as educators: Implementation of patient feedback in general practice training. *Health Communication*, 12, 173–193.
- Gumperz, J. 1986. Interactional sociolinguistics in the study of schooling. Teoksessa J. Cook-Gumperz (toim.), *The social construction of literacy*, 45–66. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gwyn, R. 2002. *Communicating health and illness*. London: Sage
- Haakana, M. 2001. Lääkäri, potilas ja nauru. Teoksessa M.-L. Sorjonen, A. Peräkylä & K. Eskola (toim.), *Keskustelu lääkärin vastaanotolla*, 135–160. Tampere: Vastapaino.
- Hadlow, J. & Pitts, M. 1991. The understanding of common health terms by doctors, nurses and patients. *Social Science and Medicine* 1991, 32, 193–196.
- Hakulinen, A. 1983. Itse-sanan merkityksestä ja käytöstä. Teoksessa A. Hakulinen & P. Leino (toim.), *Nykysuomen rakenne ja kehitys 1*, 172–189. Piekämäki: SKS.
- Hakulinen, A. 1989. Henkilöön viittaaminen puhetilanteessa. Teoksessa A. Hakulinen (toim.), *Kieli 4. Suomalaisen keskustelun keinoja I*, 195–222. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Hall, J. A., Roter, D. L. & Katz, N. R. 1988. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Medical Care*, 26, 657–675.
- Hatfield, E. 1984. The dangers of intimacy. Teoksessa V. J. Derlega (toim.), *Communication, intimacy, and close relationships*, 207–220. New York: Academic Press.

- Haug, M. R. 1994. Elderly patients, caregivers, and physicians: theory and research on health care triads. *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 1-12.
- Haug, M. R. & Lavin, B. 1983. *Consumerism in medicine: Challenging physician authority*. Beverly Hills: Sage.
- Hays, R. B. 1985. A longitudinal study of friendship development. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 909-924.
- Heath, C. 1998. Body work: the collaborative production of the human body during the clinical examination in the general practice consultation. . *Communication in Health Care -kongressi*. The Free University. Amsterdam 10.-12.6.
- Heath, C. 2002. Demonstrative suffering: the gestural (re)embodiment of symptoms. *Journal of Communication*, 52, 597-616.
- Heath, C. & Luff, P. 2000. *Technology in action*. Cambridge: Cambridge Press.
- Heikkinen, R.-L. & Laine, T. 1997. Kehollinen dialogi. Teoksessa R.-L.Heikkinen & T. Laine (toim.), *Hoitava kohtaaminen*, 146-153. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Heritage, J. & Lindsröm, A. 1998. Motherhood, medicine, and morality: scenes from a medical encounter. *Research on Language and Social Interaction*, 31, 397-438.
- Heslin, R. 1974. Steps toward a taxonomy of touching. Paper presented at the annual meeting of the Midwestern Psychological Association, Chigago, May.
- Holtgraves, T. 1990. The language of self-disclosure. Teoksessa H. Giles & W. P. Robinson (toim.), *Handbook of Social Psychology*, 191-207. Chichester: John Wiley & Sons.
- Hopper, R. W. 1995. Studying conversational interaction in institution. Teoksessa B. Burlson (toim.), *Communication Yearbook 18*, 371-380. Thousand Oaks: Sage.
- Howard, A. 1992. What, and why, are we accrediting. *Counselling*, 3, 90-92.
- Howard, A. 1995. *Challenging counselling and therapy*. London: MacMillan.
- Hunter, K. M. 1991. Writing up the case: charts and case reports. Teoksessa *Doctors' stories: the narrative structure of medical knowledge*, 83-106. Princeton: Princeton University Press.
- Huttunen, R. 1996. Dialogin ja dialogiopetuksen filosofiasta. Teoksessa J. Aaltoila & P. Moilanen (toim.), *Hyveet, dialogi ja kasvatus. Kasvatustieteen päivät 23.-25.11.1995 Jyväskylässä: 3. osaraportti*, 69-78. Jyväskylän yliopisto. Opetuksen perusteita ja käytänteitä 24.
- Huttunen, R. 1999. Opettämisen filosofia ja kritiikki. Jyväskylän yliopisto. *Jyväskylä studies in education, psychology and social research* 153.
- Irwin, H. 1989. A competence model for interpersonal health communication. Paper presented at the International Health Communication Conference, Monterey, CA.
- Isotalus, P. 1996. Toimittaja kuvaruudussa. Televisioesiintyminen vuorovaikutuksen näkökulmasta. Jyväskylän yliopisto. *Jyväskylä studies in communication* 5.

- Jaatinen, J. 1996. Terapeuttinen keskustelutodellisuus. Diskurssianalyttinen tutkimus alkoholi-ongelmien sosiaaliterapeuttisesta hoidosta. Tutkimuksia/Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus 72. Helsinki: Stakes.
- Jenkins, P. 1999. Client or patient? Contrasts between medical and counselling models of confidentiality. *Counselling Psychology Quarterly*, 12, 169-182
- Jourard, S. M. 1971. *Self-disclosure: An experimental analysis of the transparent self*. New York: Wiley-Interscience.
- Jylhä, M., Aro, S. & Lindquist, M. 1981. Medical ethics in Finnish medical journals'. *Scandinavian Journal of Social Medicine. Supplement* 31, 39-47.
- Kaplan, A. 1969. The life of dialogue. Teoksessa J. D. Roslansky (toim.), *Communication: a discussion at the Nobel Conference*, 87-108. Amsterdam; North-Holland.
- Kaplan, S. H., Greenfield, S. & Ware, J. E. Jr. 1989. Impact of the doctor-patient relationships on the outcomes of chronic disease. Teoksessa M. Stewart & D. Roter (toim.), *Communicating with medical patients*, 228-245. Newbury Park: Sage.
- Kellett, P. M. 1999. Dialogue and dialectics in managing organizational change: the case of a mission-based transformation. *Southern Communication Journal*, 64, 211-232.
- Kendon, A. 1990. *Conducting interaction: Patterns of behavior in focused encounters*. Cambridge. Cambridge University Press.
- Kernberg, O. T. 1996. The analyst's authority in the psychoanalytical situation. *Psychoanalytic quarterly*, 65, 137-157.
- Kettunen, T., Poskiparta, M. & Gerlander, M. 2002. Nurse-patient power relationship: preliminary evidence of patients' power messages. *Patient Education and Counseling*, 47, 101-113.
- King, N. M. P. & Stanford, A. F. 1992. Patient stories, doctor stories, and true stories: A cautionary readings. *Literature and Medicine*, 11, 185-199.
- Kivelä, A. 1996. Pedagogista interaktiota koskevien symmetria- ja asymmetriaoletusten systemaattisista ongelmista. Teoksessa J. Aaltoila & P. Moilanen (toim.), *Hyveet, dialogi ja kasvatus. Kasvatustieteen päivät 23.-25.11.1995 Jyväskylässä: 3. osaraportti*, 79-89. Jyväskylän yliopisto. Opetuksen perusteita ja käytänteitä 24.
- Kokkonen, P. 1997. Terveystieteidenhuollossa tarvitaan lainsäädäntöä ja eettisiä normeja. Teoksessa T. Salmela (toim.), *Autetaanko potilasta - palvellaanko asiakasta*, 66-76. Jyväskylä: Atena.
- Konttinen, E. 1997. Professionaalinen asiantuntijatyö ja sen haasteet myöhäismodernissa. Teoksessa J. Kirjonen, P. Remes & A. Eteläpelto (toim.), *Muuttuva asiantuntijuus*, 48-61. Jyväskylä: Koulutuksen tutkimuslaitos, Jyväskylän yliopisto.
- Kreps, G. L. 1988a. Relational communication in health care. *Southern Communication Journal*, 53, 344-359.

- Kreps, G. L. 1988b. The pervasive role of information in health and health care: Implications for health communication policy. Teoksessa J. A. Anderson (toim.), *Communication Yearbook* 11, 238–276. Newbury Park: Sage.
- Kreps, G. L. 1993. Refusing to be a victim: rhetorical strategies for confronting cancer. Teoksessa B. C. Thornton & G. L. Kreps (toim.), *Perspectives on health communication*, 42–47. Prospect Heights, IL: Waveland Press.
- Kreps, G. L., Bonaguro, E. W. & Query, J. L. Jr. 1998. The history and development of the field of health communication. Teoksessa L. D. Jackson & B. K. Duffy (toim.), *Health communication research. A guide to developments and directions*, 1–16. Westport: Greenwood Press.
- Kreps, G. L., O'Hair, D. & Hart, M. C. 1994. A conceptual model of communication and health outcomes. Esitelmä International Communication Associationin konferenssissa 11.–15.7., Sydney, Australia.
- Kreps, G. L. & Thornton, B. C. 1992. *Health Communication. Theory & Practice*. 2nd edition. Illinois: Waveland Press, Inc.
- Kreps, G. L. & Query, J. L. 1989. Health communication and interpersonal competence. Teoksessa F. M. Phillips & J. T. Wood (toim.), *SCA 75th anniversary commemorative volume*, 293–323. Carbondale: Southern Illinois University Press.
- Kukkola, S. 1997. Kommunikatiivinen potilas-hoidonantajasuhde. Tutkimus halutun ja saadun kommunikaation vastaavuudesta perusterveydenhuollossa. Helsingin yliopisto. Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon laitos 2.
- Kvale, S. 1989. To validate is to question. Teoksessa S. Kvale (toim.), *Issues of validity in qualitative research*, 73–92. Lund: Studentlitteratur.
- Kvale, S. 1996. *InterViews. An introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks: Sage
- Käyhkö, 1997. Hoitopaikan valinta: tutkimus terveystieteiden palveluista saatujen kokemusten merkityksestä kolmessa kaupungissa. Väitöskirja. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Lahti, S. 1995. Dentists and patients: the role partners' ideal role expectations and their enactment. Doctoral dissertation. Department of Community Dentistry, Faculty of Dentistry: University of Kuopio.
- Laitinen, L. 1995. Nollapersoona. *Virittäjä*, 3, 337–358.
- Lakoff, G. & Johnson, M. 1980. *Metaphors we live by*. Chicago: University of Chicago Press.
- Larjavaara, M. 1999. Kieli, kohteliaisuus ja puhuttelu. *Kielikello* 2, 4–10.
- Lehtonen, M. 1996. *Merkitysten maailma*. Tampere: Vastapaino.
- Leiwo, M., Luukka, M.-R. & Nikula, T. 1992. Pragmatiikan ja retoriikan perusteita. Jyväskylän yliopisto. Viestintätieteiden laitoksen julkaisuja 8.
- Littlejohn, S. W. 2002. *Theories of human communication*. 7th edition. Belmont: Wadsworth Publishing Company.
- Lidz, C. W., Meisel, A. & Osterweiss, M. 1983. Barriers to informed consent. *Annual International Medicine*, 99, 539–543.

- Llewellyn-Thomas, H. A., McGreal, M. J. & Thiel, E. C. 1991. Patients' willingness to enter clinical trials: measuring the association with perceived benefit and preference for decision participation. *Social Science & Medicine*, 32, 35-42.
- Lupton, D. 1994. Toward the development of critical health communication praxis. *Health Communication*, 6, 55-67.
- Lupton, D. 1996. 'Your life in their hands': trust in the medical encounter. Teoksessa V. James & J. Gabe (toim.), *Health and the sociology of emotions*, 157-172. Oxford: Blackwell Publishers.
- Lupton, D. 1997. Doctors on the medical profession. *Sociology of Health and Illness*, 19, 480-497.
- Mallinckrodt, B. 1997. Interpersonal relationship process in individual and group therapy. Teoksessa S. Duck (toim.), *Handbook of Personal Relationships. Theory, Research and Interventions*, 2nd edition, 671-693. Chichester: John Wiley & Sons.
- Markovà, I. 1990. Introduction. Teoksessa I. Markovà & K.Foppa (toim.), *The dynamics of dialogue*, 1-22. New York: Harvester Wheatsheaf.
- McKevitt, C. & Morgan, M. 1997. Anomalous patients: the experience of doctors with an illness. *Sociology of Health and Illness*, 19, 5, 644-667.
- McNeilis, K. S. 2001. Analyzing communication competence in medical consultations. *Health Communication*, 13, 5-18
- Mechanic, D. & Meyer, S. 2000. Concepts of trust among patients with serious illness. *Social Science and Medicine*, 51, 657-668.
- Meredith, P. 1993. Patient participation in decision-making and consent to treatment: the case of general surgery. *Sociology of Health and Illness*, 15, 315-336.
- Merton, R.K. 1976. *Sociological ambivalence and other essays*. New York: Free Press.
- Mifsud, M. L. & Johnson, S. D. 2000. Dialogic, dialectic, and rhetoric: exploring human dialogue across the discipline. *Southern Communication Journal*, 65, 91-104.
- Miller, G. M. & Steinberg, M. 1975. *Between people: A new analysis of interpersonal communication*. Chigago: Science Research Associates.
- Mishler, E. G. 1984. *The discourse of medicine: Dialectics of medical interviews*. Norwood: Ablex.
- Misztal, B. A. 1998. *Trust in modern societies. The search for the bases of social order*. Cambridge: Polity Press.
- Moilanen, P. 1996. Kasvatusko kommunikatiivista toimintaa? Teoksessa J. Aaltoila & P. Moilanen (toim.), *Hyvect, dialogi ja kasvatus. Kasvatustieteen päivät 23.-25.11.1995 Jyväskylässä: 3. osaraportti*, 41-46. Jyväskylän yliopisto. Opetuksen perusteita ja käytänteitä 24.
- Mollenhauer, K. & Rittelmeyer, Ch. 1978. Einige gründe für die Wiederaufnahme ethischer argumentation in der pädagogik. *Zeitschrift für pädagogik*. 15. Beiheft. *Die Theorie-Praxis-Diskussion in der Erziehungswissenschaft*, 79-85.

- Montgomery, B. M. & Baxter, L. A. 1998. Dialogism and relational dialectics. Teoksessa B. M. Montgomery & L. A. Baxter (toim.), *Dialectical approaches to studying personal relationships*, 155–183. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Mulcahy, L. & Tritter, J. Q. 1998. Pathways, pyramids and icebergs. Mapping the links between dissatisfaction and complaints. *Sociology of Health and Illness* 20, 825–847.
- Mustajoki, P., Pelkonen, R. & Sane, T. (toim.). 1994. *Potilaan tutkiminen*. Vammala: Duodecim.
- Måseide, P. 1991. Possibly abusive, often benign, and always necessary. On power and domination in medical practice. *Sociology of Health and Illness*, 13, 545–561.
- Niiniluoto, I. 1980. *Johdatus tieteenfilosofiaan: käsitteen- ja teorianmuodostus*. Helsinki: Otava.
- Nikander, P. 1995. The turn to the text: the critical potential of discursive social psychology. *Nordiske Udkast*, 2, 3–15.
- Northouse, L. L. & Northouse, P. G. 1998. *Health communication. Strategies for health professionals*. 3rd edition. Stamford, Connecticut: Appleton & Lange.
- Nuolijärvi, P. & Tiittula, L. 2000. Presidenttiehdokkaiden puhetyylit persoonan ilmentäjänä. *Politiikka* 42, 164–179.
- Nurmi, J. 2001. Sisällön tuotannon markkinat: Suomi. Teoksessa J. Mäkäläinen (toim.), *Abc digi: sisällöntuottajan käsikirja*, 225–246. Edita: Helsinki.
- Ong, L. M. L., De Haes, J. C. J. M., Hoos, A. M., & Lammes, F. B. 1995. Doctor-patient communication: A review of literature. *Social Science & Medicine*, 40, 903–918.
- Parks, M. R. 1995. Ideology in interpersonal communication: Beyond the couches, talk shows, and bunkers. Teoksessa B. R. Burleson (toim.), *Communication Yearbook* 18, 480–497. Thousand Oaks: Sage.
- Parrot, R., Duncan, V., & Duggan, A. 2000. Promoting patients' full and honest disclosure during conversation with health caregivers. Teoksessa S. Petronio (toim.), *Balancing the secrets of private disclosures*, 137–148. Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- Parsons, T. 1951. *The social systems*. New York: Free Press.
- Pearce, W. B. & Chen, V. 1989. Ethnography as sermonic: the rhetorics of Clifford Geertz and James Clifford. Teoksessa H. W. Simons (toim.), *Rhetoric in the human science*, 119–132. Newbury Park: Sage.
- Pearce, W. B. & Sharp S. M. 1973. Self-disclosing communication. *The Journal of Communication*, 23, 409–425.
- Pelkonen, R. 1994. Lääkäri ja potilas. Teoksessa P. Mustajoki, R. Pelkonen & T. Sane (toim.), *Potilaan tutkiminen*, 9–20. Vammala: Duodecim.
- Peräkylä, A. 1995. Kvalitatiivisen tutkimuksen kohteet ja ihmiskuva. Teoksessa J. Leskinen (toim.), *Laadullisen tutkimuksen risteysasemalla*, 39–49. Helsinki: Kuluttajatutkimuskeskus.

- Peräkylä, A. & Vehviläinen, S. 1999. Vuorovaikutustutkimus ja vuorovaikutusideologiat. *Psykologia*, 34, 329–342.
- Petronio, S. 1991. Communication boundary management: a theoretical model of managing disclosure of private information between marital couples. *Communication Theory*, 1, 311–335.
- Petronio, S. 2000. The boundaries of privacy: praxis of everyday life. Teoksessa S. Petronio (toim.), *Balancing the secrets of private disclosures*, 37–49. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Piirainen-Marsh, A. 1995. Face in second language conversation. University of Jyväskylä. *Studia philologica Jyväskyläensia* 37.
- Portmann, J. 2000. Like marriage, without the romance. *Journal of Medical Ethics*, 26, 194–197. [Http://ehostwgw14.epnet.com/delivery](http://ehostwgw14.epnet.com/delivery).
- Powers, J. 1995. On the intellectual structure of the human communication discipline. *Communication Education*, 4, 191–222.
- Praeger, K. J. 1995. *The psychology of intimacy*. New York: Guilford.
- Punamäki, R.-L. & Kokko, S. J. 1995. Reasons for consultation and explanations of illness among Finnish primary-care patients. *Sociology of Health and Illness*, 17, 42–64.
- Purtilo, R. & Haddad, A. 1996. *Health professional and patient interaction*. 5th edition. Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- Puustinen, R. 2000. Sign, symptom and interpretation. Medical consultation in the light of Mikhail Bakhtin's semiotics. Joensuun yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja 45.
- Pyörälä, E. 2000. Interaction in dietary counselling of diabetic children and adolescents. *Kansanterveystieteen julkaisuja M173*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Raevaara, L. 2000. Potilaan diagnoosiehdotukset lääkärin vastaanotolla. Keskusteluanalyttinen tutkimus potilaan institutionaalisista tehtävistä. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- Raevaara, L. 2001. Potilaan diagnoosiehdotukset lääkärin vastaanotolla. Teoksessa M.- L. Sorjonen, A. Peräkylä & K. Eskola (toim.), *Keskustelu lääkärin vastaanotolla*, 113–134. Tampere: Vastapaino.
- Rafaeli, S. & Sundweeks, F. 1997. Networked interactivity. *Journal of Computer-Mediated-Communication*, 2. <http://ascuss.org/jcmc/vol2/issue4/rafaeli.sudweeks.html>.
- Rasmussen, T. 1997. Social interaction and the new media. The construction of communicative contexts. *Nordicom-Information*, nr. 2-3, 1–12.
- Rawlins, W. K. 1989. A dialectical analysis of the tensions, functions and strategic challenges of communication in young adult friendships. Teoksessa J. A. Anderson (toim.), *Communication Yearbook* 12, 157–189. Newbury: Sage
- Rawlins, W. K. 1992. *Friendship matters. Communication, dialectics, and the life course*. New York: Aldine de Gruyter.
- Rawlins, W. K. 1998. Writing about friendship matters: a case study in dialectical and dialogical inquiry. Teoksessa B. A. Montgomery & L. A. Baxter

- (toim.), *Dialectical approaches to studying personal relationships*. Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- Rawlins, W. K. 2000. Teaching as a mode of friendship. *Communication Theory*, 10, 5-26.
- Rauste-von Wright, M.-L. & von Wright, J. 1994. *Oppiminen ja koulutus*. Porvoo: WSOY
- Reardon, K. K. 1988. The role of persuasion in health promotion and disease prevention: Review and commentary. Teoksessa J. A. Anderson (toim.), *Communication Yearbook 11*, 277-297. Newbury Park: Sage.
- Redmond, M. V. 1995. *Interpersonal communication. Readings in theory and research*. Fort Worth: Harcourt Brace College Publishers.
- Ribeiro, B. T. 1996. Conflict talk in a psychiatric discharge interview. Teoksessa C. R. Caldas-Coulthard & M. Coulthard (toim.), *Texts and performances. Readings in critical discourse analysis*, 179-193. London: Routledge.
- Rimal, R. N. 2001. Analyzing the physician-patient interaction: an overview of six methods and future research directions. *Health Communication*, 13, 89-100.
- Rimpelä, M., Niemi, P. & Vainionmäki, P. 1994. Vuorovaikutus ja lääkärin työ lääketieteen perusopetuksessa. *Stakes, Aiheita 21/1994*.
- Roberts, A. 2000. Mentoring revisited: a phenomenological reading of the literature. *Mentoring & Tutoring*, 8, 145-178.
- Rogers, C. R. 1961. *On becoming a person*. Boston: Houghton-Mifflin.
- Rogers, C. R. 1967. Some learnings from a study of psychotherapy with schizophrenics. Teoksessa C. R. Rogers, & B. Stevens (toim.), *Person to person: The problem of being human*, 181-192. Lafayette: Real People Press.
- Rogers, C. R. 1984. *Client-centered therapy: its current practice, implications and theory*. London: Constable.
- Rogers, C. R. 1987. Comments on the issue of equality in psychotherapy. *Journal of Humanistic Psychology*, 27, 38-40.
- Rogers, L. E. 1998. The meaning of relationships in relational communication. Teoksessa R. L. Conville & L. E. Rogers (toim.), *The meaning of "relationship" in interpersonal communication*, 69-82. Westport: Praeger.
- Roloff, M. E. & Anastasiou, L. 2001. Interpersonal communication research: an overview. Teoksessa W. B. Gudykunst (toim.), *Communication Yearbook 24*, 51-70. Thousand Oaks: Sage.
- Rommetveit, R. 1992. Outlines of dialogically based social-cognitive approach to human cognition and communication. Teoksessa A. Heenwold (toim.), *The dialogical alternative. Towards theories of language and minds*, 19-44. Oslo: Skandinavian University Press.
- Rosenfeld, L. B. 2000. Overview of the ways privacy, secrecy, and disclosure are balanced in today's society. Teoksessa S. Petronio (toim.), *Balancing the secrets of private disclosures*, 3-17. Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- Roter, D. 2000. The enduring and evolving nature of the patient-physician relationship. *Patient Education and Counseling* 39, 5-15.

- Roter, D. L., Hall, J. A. & Katz, N. R. 1988. Physician-patient communication: A descriptive summary of the literature. *Patient Education and Counselling*, 12, 99-119.
- Roter, D. L. & Hall, J. A. 1992. Doctors talking with patients/Patients talking with doctors. Improving communication in medical visits. Westport: Auburn House.
- Roter, D. L. & Larson, S. 2001. The relationship between residents' and attending physicians' communication during primary care visits: an illustrative use of the Roter Interaction Analysis System. *Health Communication*, 13, 33-48.
- Roter, D. L., Stewart, M., Putnam, S., Lipkin, M., Stiles, W. & Inui, T. 1997. Communication patterns of primary care physicians. *Journal of American Medical Association*, 270, 350-355.
- Ruesch, J. 1963. The role of communication in therapeutic transactions. *Journal of Communication*, 13, 132-139.
- Ruesch, J. & Bateson, G. 1951. *Communication: The social matrix of psychiatry*. New York: Norton.
- Ruusuvuori, J. 2000. Control in medical consultation: practices of giving and receiving the reason for the visit in primary health care. University of Tampere. *Acta Electronica Universitatis Tamperensis* 16.
- Ruusuvuori, J. 2001. Miten vastaanotto aloitetaan? Teoksessa M.-L. Sorjonen, A. Peräkylä & K. Eskola (toim.), *Keskustelu lääkärin vastaanotolla*, 27-48. Tampere: Vastapaino.
- Salmivalli, C. 2002. Suhdeskeemat, sosiaaliset tavoitteet ja sosiaalinen käyttäytyminen. *Psykologia*, 2, 84-92.
- Salner, M. 1989. Validity in human science research. Teoksessa S. Kvale (toim.), *Issues of validity in qualitative research*, 47-71. Lund: Studentlitteratur.
- Sarangi, S. & Roberts, C. 1999a. The dynamics of interactional and institutional order in work-related settings. Teoksessa Sarangi, S. & C. Roberts 1999 (toim.). *Talk, work and institutional order*, 1-60. Berlin: Walter de Gruyter.
- Sarangi, S. & Roberts, C. 1999b. Introduction: discursive hybridity in medical work. Teoksessa Sarangi, S. & C. Roberts 1999 (toim.). *Talk, work and institutional order*, 61-74. Berlin: Walter de Gruyter.
- Scheff, Thomas J. 1993. Toward a social psychological theory of mind and consciousness. *Social Research*, 60, 1, 173-195.
- Scheff, Thomas, J. 1993. *Bloody revenge: Emotions, nationalism and war*. Boulder: Westview.
- Schneider, D. E. & Tucker, R. K. 1992. Measuring communicative satisfaction in doctor-patient relations: the doctor-patient communication inventory. *Health Communication*, 4, 19-28.
- Schofield, J. W. 1990. Increasing the generalizability of qualitative research. Teoksessa E. W. Eisner & A. Peshkin (toim.), *Qualitative inquiry in education*, 201-232. New York: Teachers College Press.
- Sharf, B. F. & Street, R. L. Jr. 1997. The patient as a central construct: shifting the emphasis. *Health Communication* 9, 1 - 11.

- Seppänen, E.-L. 2000. Sinä ja suomalaiset: yksikön toisen persoonan yleistävästä käytöstä. *Kielikello*, 3, 16-18.
- Shotter, J. 1993. *Conversational realities*. London: Sage.
- Sigman, S. J. 1995. Order and continuity in human relationships. A social communication approach to defining "relationship". Teoksessa W. Leeds-Hurwitz (toim.), *Social approaches to communication*, 188-200. New York: The Guilford Press.
- Sigman, S. J. 1998. Relationships and communication: A social communication and strongly consequential view. Teoksessa R. L. Conville & L. E. Rogers (toim.), *The meaning of "relationship" in interpersonal communication*, 47-68. Westport: Praeger.
- Silverman, D. 1987. *Communication and medical practice: social relations in the clinic*. London: Sage.
- Silverman, D. 1997. *Discourses of counselling: HIV counselling as social interaction*. London: Sage.
- Smith, D. H. 1989. Studying health communication: an agenda for the future. *Health Communication*, 1, 17-27.
- Smith, D. H. & Pettegrew, L. S. 1986. Mutual persuasion as a model for doctor-patient communication. *Theoretical medicine*, 7, 127-146.
- Smith, A. & Kleinman, S. 1989. Managing emotions in medical school: students' contacts with the living and the dead. *Social Psychology Quarterly*, 55, 56-69.
- Smith-Dupre, A. A. & Beck, C. S. 1996. Enabling patients and physicians to pursue multiple goals in health care encounters: a case study. *Health Communication*, 8, 73-90.
- Spiers, J. A. 1998. The use of facework and politeness theory. *Qualitative Health Research*, 8, 25-48.
- Sorjonen, M.-L. 2001. Lääkäriin ohjeet. Teoksessa M.-L. Sorjonen, A. Peräkylä & K. Eskola (toim.), *Keskustelu lääkäriin vastaanotolla*, 89-112. Tampere: Vastapaino.
- Stamp, G.H. 1999. A qualitatively constructed interpersonal communication model. *Human Communication Research*, 25, 531-548.
- Sternberg, R. J. 1988. Triangulating love. Teoksessa R. J. Sternberg & M. L. Barnes (toim.), *The psychology of love*, 119-138. New Haven: Yale University Press.
- Stewart, J. 1994. An interpretive approach to a validity in interpersonal communication research. Teoksessa K. Carter & M. Presnell (toim.), *Interpretive approaches to interpersonal communication*, 45-82. Albany: State University of New York Press.
- Stewart, J. 1997. Developing communication theories. Teoksessa G. Philipsen & T. L. Albrecht (toim.), 157-192. New York: State University of New York Press.
- Stewart, M. A. 1995. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Canadian Health Communication*, 2, 217-232.

- Stewart, M. & Roter, D. (toim.) 1988. *Communication with medical patients*. Newbury Park: Sage.
- Street, R. L. 1992. Analyzing communication in medical consultations: Do behavioral measures correspond to patients' perceptions? *Medical Care*, 30, 976-988.
- Street, R.L. Jr. 1991. Accommodation in medical consultations. Teoksessa Giles, H., J. Coupland & N. Coupland, *Contexts of accommodation. Developments in applied sociolinguistics*, 131-156. Cambridge: Cambridge University Press.
- Street, R. L. Jr. 2001. Active patients as powerful communicators: the linguistic foundation of participation in health care. Teoksessa W. P. Robinson & H. Giles (toim.), *The new handbook of language and social psychology*, 541-560. Chichester, England: Wiley.
- Ruesch, J. 1961. *Therapeutic communication*. New York: Norton.
- Stevenson, F.A., Barry, C. A., Britten, N., Barber, N. & Bradley, C. P. 2000. *Social Science & Medicine*, 50, 829-840.
- Szasz, T. S. & Hollander, M. H. 1956. A contribution to the philosophy of medicine: The basic models of the doctor-patient relationship. *Archives of Internal Medicine*, 97, 585-592.
- Szasz, T. 1988. *The myth of psychotherapy*. New York: Syracuse University Press.
- Tesch, R. 1990. *Qualitative research: Analysis types and software tools*. London: Falmer.
- Thakerar, J. N., Giles, H. & Cheshire, J. 1982. Psychological and linguistic parameters of speech accommodation theory. Teoksessa C. Frazer & K. R. Scherer (toim.), *Advances in the social psychology of language*, 205-255. Cambridge: Cambridge University Press.
- Thomas, C. 1993. Deconstructing concepts of care. *Sociology* 27, 649-670.
- Thompson, T. 1994. Interpersonal communication and health care. Teoksessa M. Knapp & G. Miller (toim.), *Handbook of Interpersonal Communication*, 2, painos, 696-725. Beverly Hills: Sage.
- Thompson, T. 1998. The patient/health professional relationship. Teoksessa F.M. Phillips & J.T. Wood (toim.), *SCA 75th anniversary commemorative volume*, 37-55. Carbondale: Southern Illinois University Press.
- Thorogood, N. 1992. Private medicine: "you pay your money and you get your treatment". *Sociology of Health and Illness*, 14, 23-38.
- Tiittula, L. & Nuolijärvi, P. 2001. Rakas Tarja ja hyvä ystävä. XXVIII Kielitieteen päivät. Jyväskylän yliopisto 17.-19.5.
- Tracy, K. 2002. *Everyday talk. Building and reflecting identities*. New York: The Guilford Press.
- Tuorila, H. 2000. Potilaskuluttaja terveystuotemarkkinoilla. Yksityisten terveyshuoltopalvelusten käyttäjien oikeuksien toteutuminen lääkäriasemien asiakaspalvelussa. Tampereen yliopisto. *Acta Universitatis Tamperensis* 764.
- Törmä, S. 1996. Monikulttuurisen kasvatuksen eettisistä perusteista. Teoksessa J. Aaltoila & P. Moilanen (toim.), *Hyveet, dialogi ja kasvatustie-*

- teen päivät 23.-25.11.1995 Jyväskylässä: 3. osaraportti, 31-40. Jyväskylän yliopisto. Opetuksen perusteita ja käytänteitä 24.
- Uutela, A. 1998. Sosiaalinen tuki ja terveys. Teoksessa A. R. Lahkainen & A.-M. Pirttilä-Beckman (toim.), *Sosiaalinen vuorovaikutus*, 208-221. Helsinki: Otava.
- VanLear, C. A. 1991. Testing a cyclic model of communicative openness in relationship development: two longitudinal studies. *Communication Monographs*, 58, 337-361.
- VanLear, C. A. 1998. Dialectic empiricism: science and relationship metaphors. Teoksessa B. M. Montgomery & L. A. Baxter (toim.), *Dialectical approaches to studying personal relationships*, 109-136. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Valo, M. 2000. Tietokonevälitteinen vuorovaikutus. Teoksessa H.-P. Lappalainen (toim.), *Virikkeitä viestintävalmiuksien arviointiin*, 39-53. Helsinki: Opetushallitus.
- Varto, J. 1992. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Helsinki: Kirjayhtymä
- Virtanen, V. 1991. Lääkärin ja potilaan hoitosuhde. Tutkimus perusterveydenhuollon lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksesta. Oulun yliopisto. *Acta Universitatis Ouluensis, Series D, Medica* 218.
- Vuorinen, M. & Helasti, K. 1997. Juttukeppi kiertämään: kokemuksia oma-aputoiminnasta vuosilta 1994-1997. 1. painos. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto.
- Watson, B. & Gallois, C. 1998. Nurturing communication by health professionals towards patients: A communication accommodation theory approach, *Health Communication*, 10, 343-255.
- Watzlawick, P., Beavin, J. & Jackson, D. 1967. *Pragmatics of human communication*. New York: Norton.
- Weiss, M. & Fitzpatrick, R. 1997. Challenge to medicine: the case of prescribing. *Sociology of Health and Illness*, 19, 297-327.
- Wennberg, J. E. 1990. Outcomes research, cost containment and the fear of health care rationing. *New England Journal of Medicine*, 323, 1202.
- West, C. 1983. "Ask me no questions": an analysis of queries and replies in physician-patient dialogues. Teoksessa S. Fisher & A. Todd (toim.), *The social organization of doctor-patient communication*, 75-106. Washington, DC: Center for Applied Linguistics.
- Wetherell, M., Striven, H. & Potter, J. 1987. 'Unequal egalitarianism: A preliminary study of discourses concerning gender and employment opportunities. *British Journal of Social Psychology*, 26, 59-71.
- Wheless, L. R. & Tong, D. A. 1976. Conceptualization and measurement of reported self-disclosure. *Human Communication Research*, 2, 338-346.
- Wiles, R. & Higgins, J. 1996. Doctor-patient relationship in the private sector: patients' perceptions. *Sociology of Health and Illness*, 18, 341-356.
- Wilkins, R. 2000. Infocentrism: an interactional code in some Finnish educational scenes. "Rhetoric and Communication in the 21th Century" NCA:n kesäkongressissa. Jyväskylän yliopisto 14.-16.6.

- Wilmot, W.W. & Shellen, W. N. 1990. Language in Friendships. Teoksessa H. Giles & W. P. Robinson (toim.), *Handbook of Language and Social Psychology*, 413–431. Chichester: John Wiley & Sons.
- Voeglin, E. 1957. *Order and history*. Vol. 2: the world of the Polis. Vol. 3: Plato and Aristotele. Baton Rouge: Louisiana State University Press.
- Värri, Veli-Matti 1997. Hyvä kasvatusta – kasvatusta hyvään. Dialogisen kasvatuksen filosofinen tarkastelu erityisesti vanhemmuuden näkökulmasta. Tampereen yliopisto. Väitöskirja.
- Yli-Vakkuri, V. 1986. Suomen kieliopillisten muotojen toissijainen käyttö. Turun yliopisto. Turun yliopiston suomalaisen ja yleisen kielitieteen laitoksen julkaisuja 28.
- Young, M. & Klinge, R. S. 1996. Silent partners in medical care: a cross-cultural study of patient participation. *Health Communication*, 8, 29–53.
- Zoppi, K. A., Epstein, R. M. 2002. Interviewing in medical settings. Teoksessa J. F. Gubrium & J. A. Holstein, *Handbook of Interview Research. Context & Method*, 355–383. Thousand Oaks: Sage.
- Zorn, T. E. 1995. Bosses and buddies: constructing and performing simultaneously hierarchical and close friendship relationships. Teoksessa J. T. Wood & S. Duck (toim.), *Under-studied relationships. Off the beaten track*, 122–147. Thousand Oaks: Sage.
-