

**LÄÄKÄRIN JA POTILAAN VUOROVAIKUTUS
TUTKIMUSKOHTENA**

Susanne Sarvilinna
Puheviestinnän pro gradu -tutkielma
Syksy 2012
Viestintätieteiden laitos
Jyväskylän yliopisto

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

Tiedekunta: HUMANISTINEN TIEDEKUNTA	Laitos: VIESTINTÄTIETEIDEN LAITOS
Tekijä: Susanne Sarvilinna	
Työn nimi: LÄÄKÄRIN JA POTILAAN VUOROVAIKUTUS TUTKIMUSKOHTENA	
Oppiaine: Puheviestintä	Työn laji: Pro gradu -tutkielma
Aika: Syksy 2012	Sivumäärä: 121, joista liitteitä 15
Tiivistelmä: <p>Tutkielma on kirjallisuuskatsaus, jonka tavoitteena oli analysoida ja kuvata, mihin lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksen tutkimuksessa on viiden viime vuoden aikana keskitytty, mitä on tutkittu ja miten. Tutkielmassa keskityttiin empiirisiin, näkökulmaltaan interpersonaalisiin alkuperäistutkimuksiin. Vuorovaikutusta tarkasteltiin joko lääkärin, potilaan tai molempien osapuolien näkökulmasta.</p> <p>Tutkielman menetelmänä käytettiin systemaattista tiedonhakuja. Haku kohdistettiin viestinnän kansainväliseen Communication & Mass Media Complete (CMMC) -tietokantaan, ja rajattiin vuosina 2006-2011 julkaistuihin vertaisarvioituihin, tieteellisiin kokonaisartikkeleihin. Tutkielman aineisto koostui lopulta 34 artikkelista, joiden pohjalta toteutettiin laadullinen analyysi.</p> <p>Tutkielman artikkelien perusteella lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksen tutkimus on keskittynyt viiden viime vuoden aikana eniten potilaan näkökulman tarkasteluun. Artikkeleissa käsiteltiin seuraavia vuorovaikutukseen liittyviä teemoja: tiedon kertomista, hankkimista ja saamista, teknologiavälitteisyyttä, välillistä teknologiavaikutteisuutta, relatiivista kontrollia, asymmetriaa, tyytyväisyyttä ja hoitomyönteisyyttä, odotuksia, osallistumista, tukea, luottamusta, mukautumista, taustatekijöitä sekä vuorovaikutustaitoja. Lisäksi merkittävä osa artikkeleista keskittyi tarkastelemaan vuorovaikutusta erityishoidon konteksteissa. Eniten tutkimusta oli tehty syöpäsairauksien kontekstissa. Menetelminä käytettiin pääsääntöisesti haastattelua, kyselyä, observointia tai näiden yhdistelmiä.</p> <p>Artikkeleiden pohjalta tehdyn analyysin perusteella lääkärin ja potilaan vuorovaikutus on muuttumassa yhä potilaskeskeisemmäksi. Potilaat haluavat osallistua vuorovaikutuksen kulkuun entistä tasavertaisemmin lääkärinsä kanssa. Lääkärin ja potilaan roolit muistuttavatkin yhä vahvemmin kuluttajamallia, jossa lääkäri nähdään ennen kaikkea asiantuntijuuutensa palveluntarjoajana ja potilas tiedostavana kuluttajana.</p> <p>Potilaskeskeisyyden lisäksi tutkimus on siirtynyt vuorovaikutusilmiöiden yleisestä tarkastelusta yhä enemmän tarkempiin, kontekstisidonnaisiin tutkimusaiheisiin. Jatkotutkimusta tarvitaan tarkastelemaan lääkärin ja potilaan pitkäkestoisia hoitosuhteita sekä lääkärin näkökulmaa potilaskeskeisen hoitokulttuurin sisällä. Lisäksi tutkimusta olisi tärkeää jatkaa erityishoidon konteksteissa.</p>	
Asiasanat : Interpersonaalinen viestintä, lääkäri, potilas, puheviestintä, vuorovaikutus	
Säilytyspaikka: Jyväskylän yliopisto/ Jyväskylän yliopiston kirjasto	
Muita tietoja:	

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
2	LÄÄKÄRIN JA POTILAAN VUOROVAIKUTUS TUTKIMUSALUEENA	7
2.1	Terveysviestinnän tutkimuskenttä ja tutkielman keskeiset käsitteet	7
2.2	Lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksen tutkimuksen historiaa ja trendejä	10
2.2.1.	Tutkimuksen piirteet ja näkökulmat	10
2.2.2.	Tutkimuksen suuntaukset ja teemat	12
3	TUTKIELMAN TAVOITTEET JA TOTEUTUS	24
3.1	Tutkielman tavoitteet ja kirjallisuuskatsaus tutkielman tyyppinä	24
3.2	Tutkielman aineisto	25
3.2.1	Tiedonhaun lähtökohdat	25
3.2.2	Systemaattinen tiedonhaku - kuvaus työskentelyprosessista	27
4	TUTKIMUSTULOKSET	35
4.1	Lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksen tutkimus	35
4.1.1	Artikkelien näkökulmat ja teemat	35
4.1.2	Artikkelien kontekstit	40
4.2	Artikkeleissa käytetyt menetelmät	44
4.3	Tutkimuksen fokus lääkäriin	47
4.4	Tutkimuksen fokus potilaaseen	53
4.4.1	Huonon uutisen ja arkaluontoisen asian kertominen	53
4.4.2	Ulkopuolisten tietolähteiden merkitys vuorovaikutuksessa	57
4.4.3	Potilaan ja läheisen osallistuminen	64
4.4.4	Erityishoidon kontekstin merkitys potilaan odotuksissa	66
4.4.5	Potilaan kokema tyytyväisyys ja sen vaikutus hoitomyöntyvyyteen	69

4.5	Tutkimuksen fokus lääkärin ja potilaan vuorovaikutukseen	72
4.5.1	Teknologiavälitteisyys lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksessa	72
4.5.2	Taustatekijöiden yhteys potilaan tyytyväisyyteen, osallistumiseen ja relationaaliseen kontrolliin	76
4.5.3	Lääkärin ja potilaan odotukset tiedon sisällöstä	84
5	PÄÄTÄNTÖ	87
5.1	Lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksen tutkimuksen nykytila	87
5.2	Tutkielman arviointi	94
5.3	Katsaus eteenpäin	98
	KIRJALLISUUS	101
	LIITTEET	
	Liite 1 Tutkielman artikkelit	107
	Liite 2 Taulukko 1: Tutkielman artikkelien esittely ja teemoittelu	110
	TAULUKOT	
	Taulukko 2 Artikkeleissa käsitellyt teemat näkökulmajaottelun mukaan	36
	Taulukko 3 Artikkeleissa käsitellyt erityishoidon kontekstit	42
	Taulukko 4 Artikkelien aineiston hankintamenetelmät näkökulmajaon mukaan	44

1 JOHDANTO

Tässä tutkielmassa tarkastellaan lääkärin ja potilaan vuorovaikutusta – sen eri näkökulmia, vallitsevia ilmiöitä ja teemoja. Tutkielma toteutetaan kirjallisuuskatsauksena, jonka tavoitteena on analysoida ja kuvata mihin lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksen tutkimus on viiden viime vuoden aikana keskittynyt, mitä on tutkittu ja miten. Tutkielmassa keskitytään tarkastelemaan empiirisiä alkuperäistutkimuksia, joiden lähestymistapa vuorovaikutukseen on interpersonaalinen. Vuorovaikutusta tarkastellaan joko lääkärin, potilaan tai molempien osapuolien näkemykset huomioivasta näkökulmasta. Tutkielman aineistona olevien artikkelien pohjalta toteutetaan laadullinen analyysi.

Lääkärin ja potilaan väliset terveysaiheiset kohtaamiset luokitellaan usein herkiksi viestintätilanteiksi. Näissä tilanteissa käsitellään aina tärkeää ja arkaluontoista aihetta – potilaan omaa tai läheisen terveydentilaa. Herkäksi vuorovaikutustilanteen tekee käsiteltävän aiheen henkilökohtaisuus ja merkityksellisyys yhdistettynä tietynlaiseen riippuvuuteen toisen ammattitaidosta ja asiantuntijuudesta. Kansanomaisesti sanottuna ”potilaalla on aina pelissä paljon”. Lääkärin odotetaankin huomioivan tämä käyttäytymisellä, joka edistää potilaan kokemusta tasavertaisuudesta ja kasvojen säilymisestä.

Miten relevantti tutkimusaihe lääkärin ja potilaan vuorovaikutus sitten on? Onnistuneen vuorovaikutuksen on todettu tutkimuksissa olevan yhteydessä muun muassa potilaan tyytyväisyyteen. Potilaan tyytyväisyydellä ja potilaan halulla sitoutua annettuun hoitomuotoon on niin ikään todettu olevan yhteys. Edelleen hoitoon sitoutuminen taas on edellytys onnistuneisiin hoitotuloksiin. Onnistunut vuorovaikutus ei kuitenkaan luonnollisesti ole ainut hoidon tuloksellisuuteen vaikuttava asia, eikä potilastyytyväisyys sinänsä takaa automaattisesti sitoutuneisuutta tai sitoutuneisuus hoidon onnistumista. Prosessin väliin mahtuu paljon vaikuttavia tekijöitä ja ”liikkuvia osia”. Lienee kuitenkin todennäköistä, että sekä potilas että lääkäri tähtäävät aina lähtökohtaisesti menestyksellisiin hoitotuloksiin. Lisäksi voidaan sanoa, että onnistunut vuorovaikutus lisää todennäköisyyttä annetun hoidon onnistumiseen. Tämä antaa hyvän syyn

pitkäjänteiseen vuorovaikutuksen tutkimiseen lääkärin ja potilaan välisessä hoitokontekstissa.

Aiheen merkityksellisyys tutkimuskohteena säilyy myös yhteiskunnan yleisen kehityksen sekä terveydenhuollon hoitokulttuuriin liittyvien muutosten ansiosta. Terveydenhoitoalalla tapahtunut muutos sairauskeskeisyydestä potilaskeskeisyyteen näkyy myös Maailman terveysjärjestö WHO:n uudessa terveyden määritelmässä. Vanha määritelmä, *'täydellinen fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen hyvinvointi'*, on vaihtunut yli 60 vuoden jälkeen uuteen, dynaamisempaan määritelmään, *'terveys on kyky sopeutua ja selviytyä'*. Määritelmän mukaan terveellä on siis fyysinen, henkinen ja sosiaalinen hyvinvointi omalla tavallaan hallussaan. (Duodecim 2011, 2587.) Uusi määritelmä korostaa näin ollen yksilön omaa kokemusta fyysisen, henkisen ja sosiaalisen hyvinvointinsa hallinnasta. Yksilö nähdään, potilaskeskeisyyden näkemystä mukaillen, aktiivisena toimijana passiivisen sairaudenkantajan sijaan.

Tutkielmassani avaan ensin yleisesti lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksen tutkimuksen taustoja, historiaa, luonnetta sekä merkittävimpiä tutkimusilmiöitä ja -tuloksia taustakirjallisuuden valossa. Samassa yhteydessä esittelen tutkielmani keskeiset käsitteet. Taustoittavan osuuden jälkeen kuvaan tutkielmani menetelmää ja prosessia, jonka jälkeen on vuorossa varsinainen tulososuus ja päätäntö. Aikajanelle aseteltuna taustakirjallisuuden osuuden voi ajatella päättyvän siihen, mistä tutkielmani tulokset alkavat.

2 LÄÄKÄRIN JA POTILAAN VUOROVAIKUTUS TUTKIMUSALUEENA

Tässä luvussa esitellään tutkielman keskeiset käsitteet ja luodaan yleiskatsaus lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksen tutkimukseen - sen asemaan, luonteeseen, vallinneisiin suuntauksiin, teemoihin ja painotuksiin. Tutkimuskentän laajempi tarkastelu antaa samalla hyvän vertailupohjan myöhemmissä luvuissa esiteltävään tutkielman analysoitavaan aineistoon, eli viiden viimeisen vuoden aikana tehtyyn tutkimukseen.

2.1 Terveysviestinnän tutkimuskenttä ja tutkielman keskeiset käsitteet

Lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksen tutkimus kuuluu *terveysviestinnän* ('health communication') käsitteen alle. Terveysviestintä on terveyskeskeisten viestien välittämistä ja tulkintaa (Donohew ja Ray 1990, Infanten, Rancerin & Womackin 1997, 439 mukaan). Lääkärin ja potilaan väliset kohtaamiset taas ovat osa *terveysaiheisia vuorovaikutustilanteita*. Muita terveysaiheisia vuorovaikutustilanteita voivat olla esimerkiksi hoitajan ja potilaan, farmaseutin ja potilaan, tai jonkin muun terveydenhoitoalan ammattilaisen ja potilaan väliset kohtaamiset (ks. esim. Ray 2005). Terveysaiheiset vuorovaikutustilanteet ovat muiden sosiaalisten vuorovaikutustilanteiden tapaan dynaamisia, luovia ja sosiaalisista tekijöistä rakentuneita tapahtumia (Street 2003, 64).

Lääkärin ja potilaan vuorovaikutus voidaan myös hahmottaa kuuluvan osaksi *interpersonaalista terveysviestintää* tai interpersonaaliseksi kontekstiksi terveysviestinnän tutkimuksessa. Tällä viitataan nimenomaan terveydenhoidon

asiantuntijan ja asiakkaan vuorovaikutukseen. (Thompson 1994, Gerlanderin 2003, 20 mukaan.)

Lääkäristä käytetään terveysviestinnän tutkimuskirjallisuudessa, tarkemmasta asiayhteydestä ja lähestymisnäkökulmasta riippuen useita rinnakkaiskäsitteitä. Yksi käytettävistä käsitteistä on palveluntarjoaja ('health care provider' tai 'provider'). Lisäksi käytössä on myös useita lääketieteen erityisalojen ammattinimikkeitä ('pediatric', 'internist' jne). Potilaasta puolestaan käytetään kirjallisuudessa myös käsitteitä asiakas ('client') tai kuluttaja ('consumer').

Tässä tutkielmassa vuorovaikutuksen osapuolista käytetään yleisnimikkeitä *lääkäri* ja *potilas*. Lääkärillä tarkoitetaan länsimaisen lääkärikoulutuksen saanutta, ammattiin valmistunutta lääketieteen asiantuntijaa. Potilaalla tarkoitetaan osapuolta, joka hyödyntää näitä asiantuntijapalveluita terveydentilansa mukaisesti.

Vuorovaikutuksella tässä tutkielmassa tarkoitetaan terveysaiheista, dynaamista lääkärin ja potilaan vuorovaikutustilannetta, jota voidaan tarkastella joko lääkärin näkökulmasta, potilaan näkökulmasta, tai molempien osapuolien näkemykset huomioivasta näkökulmasta.

Terveysaiheista vuorovaikutusta, sen luonnetta ja ilmiöitä, on kuvattu tutkimuksen sisällä monin eri tavoin. Sitä voidaan verrata esimerkiksi kahden kulttuurin väliseen viestintään, missä terveydenhuollon ammattilaisten kulttuurikonteksti kohtaa potilaan oman kulttuurin (Edelmann 2000, Berryn 2007, 40 mukaan). Kulttuuri määritellään terveysaiheisten vuorovaikutustilanteiden yhteydessä tarkoituksiksi, uskomuksiksi, normeiksi, arvoiksi ja käytänteiksi, jotka opitaan tai jotka välittyvät vuorovaikutuksen kautta (O'Hair & Sparks 2005, 107). Tässä tapauksessa kulttuuri ei siis viittaa kansallisiin tai etnisiin kulttuuritekijöihin, vaan toimintakulttuurien ominaispiirteisiin sekä eroihin yksilöiden ja tietyn ammattiryhmän välillä.

Empatialla ja luottamuksella on myös todettu olevan erityisen merkittävä rooli terveysaiheisissa vuorovaikutustilanteissa. Tässä herkässä viestintätilanteessa kohtaamiseen liittyy usein jollakin tavalla toisen osapuolen avuttomuus ja haavoittuvuus. Empatialla tarkoitetaan kykyä asettua toisen asemaan nähdäkseen ja ymmärtääkseen tämän näkökulman asiaan. Luottamuksella taas tarkoitetaan sitä, että

vuorovaikutuksen osapuolet uskovat toistensa vilpittömyyteen sekä luottavat toistensa toimintatapoihin. (Berry 2007, 40.)

Hargien ja Dicksonin (2004) mukaan terveydenhuollon ammattilaiset pitävät usein luottamuksellisuutta itsestäänselvyytenä vuorovaikutuksessa potilaan kanssa. Näissä tapauksissa vaatimus potilaan tietojen luottamuksellisesta käsittelystä, eli niin sanottu juridinen luottamuksellisuus, sekoittuneekin helposti vuorovaikutuksen sisällä koettuun luottamukseen. Tutkimukset kuitenkin osoittavat, että aivan kuten muissakin vuorovaikutussuhteissa, lääkärin tulee ansaita potilaansa luottamus. Luottamuksen muodostumista voi edistää esimerkiksi huomioimalla potilaan toiveita. Luottamuksen rakentamiseen tulisi myös varata riittävästi aikaa. (Berry 2007, 40.)

Terveysviestinnän laajaa kenttää on jaoteltu esimerkiksi tutkimusaloittain tai historiallisen näkökulman kautta. Muun muassa Viswanath (2008) on jäsentänyt terveysviestinnän kenttää omassa kirjallisuuskoonnissaan todeten, ettei yksikään jaottelumalli sinänsä ole tyhjentävä tai täydellinen, mutta niiden avulla tutkimuskokonaisuuksia on helpompi hahmottaa ja käsitellä. Omassa esimerkissään hän on jakanut terveysviestinnän tutkimuksen yksilö- ja interpersonaaliseen tasoon, sosiaalisten verkostojen tasoon, organisaatiotasoon sekä yhteiskunnalliseen tasoon. Yksilö- ja interpersonaalisella tasolla huomio kiinnittyy siihen, miten terveyskeskeiset viestit vaikuttavat yksilöiden käsityksiin, tunteisiin ja käyttäytymiseen. Lisäksi tutkimuksissa pohditaan usein, mikä vaikutus onnistuneella interpersonaalisella vuorovaikutuksella on lopullisiin hoitotuloksiin. Organisaatiotasolla puolestaan tutkitaan viestinnän roolia terveydenhuollon järjestelmissä sekä esimerkiksi sitä, millaisia rooleja ja vaikutuksia tiedotusvälineillä on yksilön tai koko väestön terveyden kannalta. Yhteiskunnallisella tasolla huomio taas keskittyy laaja-alaisemmin väestössä tapahtuviin terveysmuutoksiin sekä viestinnän merkitykseen näiden ilmiöiden keskellä.

Terveysviestinnän tutkimus on keskittynyt selvästi epämuodollisia konteksteja enemmän muodollisten kontekstien tutkimiseen. Epämuodollisten kontekstien tutkimusta esiintyy enemmän joukkoviestinnän puolella, kun taas muodollisten kontekstien tutkimusta esiintyy interpersonaalisen viestinnän puolella. (Cline 2003b, 285.) Lääkärin ja potilaan vuorovaikutustilanteet kuuluvatkin pääsääntöisesti

muodollisten kontekstien tutkimussuuntaukseen. Muodollisia konteksteja tässä tapauksessa ovat esimerkiksi lääkärin ja potilaan vastaanottotilanteet tai muut terveysaiheiset hoitotilanteet, kuten hoitotoimenpiteet.

2.2 Lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksen tutkimuksen historiaa ja trendejä

2.2.1. Tutkimuksen piirteet ja näkökulmat

Lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksen tutkimusalue on yksi osa terveysviestinnän laajaa kenttää ja se määritellään kuuluvaksi terveysviestinnän *yksilötasolle* ('individual level'). Yksilötasolla tutkitaan esimerkiksi millaisia vaikutuksia potilaan, potilaan perheen jäsenten ja lääkärin vuorovaikutuksella on terveydellisiin tuloksiin (Viswanath 2008). Yksilötason rinnakkaisena käsitteenä käytetään tässä yhteydessä *mikrotasoa* ('micro-level'). Mikrotasolla tutkitaan sekä lääkärin ja potilaan vuorovaikutusta että osapuolten omiin havaintoihin perustuvia raportointeja vuorovaikutustilanteista. (Cline 2008.)

Tutkimusalueen tutkijoiden kesken on olemassa laaja konsensus siitä, että lääkärin ja potilaan välisellä interpersonallisella viestinnällä on merkittävä yhteys saavutettaviin hoitotuloksiin. Onnistunut vuorovaikutus vaikuttaa myönteisesti esimerkiksi potilaan kokemaan tyytyväisyyteen, luottamuksen syntymiseen, tiedon ja ymmärryksen onnistuneeseen välittämiseen, potilaan sitoutumiseen annettuun hoitomuotoon sekä mitattaviin hoitotuloksiin (mm. Berry 2007, 44; Cline 2008; Infante ym.1997, 439; Viswanath 2008; Wigginton Cecil & Friederichs-Fitzwater 2004, 179).

Tehokkaan vuorovaikutuksen syntymiseen vaikuttavat tutkimusten mukaan sekä lääkärin taustatekijät (esim. sukupuoli ja kokemus lääkärinä) että potilaan taustatekijät (esim. sukupuoli, sosiaalinen luokka, ikä, koulutustausta ja tiedon tarve). Omista taustoista välittyvät uskomukset, odotukset ja niiden väliset erot lääkärin ja potilaan välillä, ovat niin ikään merkittäviä tekijöitä tehokkaan vuorovaikutuksen kannalta. Lisäksi potilaan fyysinen ja psyykkinen tila, vuorovaikutuksen

tuttavallisuuden taso ja kohtaamisen luonne yleisesti vaikuttavat lääkärin ja potilaan vuorovaikutukseen. (Edelmann 2000, Berryn 2007, 42 - 43 mukaan.)

Hoidon jatkuvuuden on puolestaan todettu edistävän sekä potilaan että lääkärin kokemaa tyytyväisyyttä. Jatkuvuudella viitataan pitkäaikaisiin hoitosuhteisiin saman lääkärin ja potilaan välillä. Jatkuvuus voi myös vaikuttaa myönteisesti potilaan asenteisiin saamansa hoidon laadusta (Dietrich & Marton 1982, Brownin ym. 2003, 143 mukaan). Vastaavasti hoidon lyhytjänteisyys aiheuttaa potilaissa usein tyytymättömyyttä saamaansa hoitoa kohtaan. (Wasson, Sauvigne, Mogielnicki, Frey, Sox, Gaudette & Rockwell 1984, Brownin ym. 2003, 143 mukaan).

Lääkärin ja potilaan vuorovaikutusta on tutkittu paljon ja useista eri näkökulmista käsin (ks. esim. Cegala 2005). Samalla tutkimusaluetta on myös luonnehdittu metodologisesti hajaantuneeksi ja lyhytjänteiseksi. Tutkimusta on arvosteltu esimerkiksi vastakkaisista tuloksista sekä yhteisen teoreettisen pohjanäkemyksen puutteesta. Syiksi on arveltu tutkijoiden taipumusta yksinkertaistaa liikaa tätä monimutkaiseksi kuvailtua vuorovaikutussuhdetta, tai ”altistaa” se tutkimuksissa sopimattomiin tai rajoittuneesti ilmiötä mittaaviin metodeihin ja menetelmiin. (Wigginton Cecil & Friederichs-Fitzwater, 2004, 179 - 180.)

Varhaisimpina tutkimusmenetelminä tutkimusalalla käytettiin lääkärin ja potilaan omia raportointeja, joilla haluttiin kartoittaa osapuolten erillisiä käsityksiä ja kokemuksia vuorovaikutuksesta. Menetelmiin tuli mukaan 1960-luvulta lähtien myös havainnointi ja tarkastelun painopiste siirtyi vuorovaikutuksen yksittäisistä osapuolista molempien osapuolien näkemykset yhdistävään vuorovaikutusnäkökulmaan. Samalla alettiin kiinnittää huomiota yhä enemmän vuorovaikutuksen sisällä tapahtuviin ilmiöihin. (Cline 2008.)

Suurin osa lääkärin ja potilaan vuorovaikutusta käsittelevistä tutkimuksista on keskittynyt tarkastelemaan lääkärin ja potilaan välisiä dyadeja (Thompson & Parrot 2002, Clinen 2008, mukaan). Aluksi tieteenalalla keskityttiin kartoittamaan nimenomaan lääkärin tarpeita ja käsityksiä vuorovaikutuksesta (Kreps 1988, Wigginton Cecilin & Friederichs-Fitzwaterin 2004, 180 mukaan). Myös viestintäkompetenssin näkökulmasta tutkimuksen keskipisteessä ovat olleet pääsääntöisesti lääkärit. Näissä tutkimuksissa viestintätaitojen on todettu olevan

opittavissa, mutta keskeisten opetettavien viestintätaitojen määrittelyssä on esiintynyt hajaantuneita mielipiteitä (Thompson & Parrot 2002, Clinen 2008, mukaan).

Lääkärikeskeiseen tutkimukseen taas on vaikuttanut merkittävästi terveydenhoitoalalla pitkään vallinnut ”*sairauskeskeinen*” (’disease-centered’) lähestymistapa hoitokulttuuriin (Wigginton Cecil & Friederichs-Fitzwater 2004, 179 - 180 & 189). Kirjallisuudessa tästä lähestymistavasta käytetään myös nimeä *bio-lääketieteellinen* lähestymistapa (’bio-medical approach’) (esim. Cordella 2004, 6). Biolääketieteellä tarkoitetaan niitä fyysisiä ominaisuuksia tai fysikaalisia syitä, jotka ovat yhteydessä potilaan terveydellisiin ongelmiin. Määrittelyn ulkopuolelle jäävät esimerkiksi sosiaalisiin ja psykologisiin vaikeuksiin liittyvät sairaudet. (Cegala 2005, 8 - 9.)

Sittemmin hoitokulttuurin muutos vuorovaikutuksellisempaan ja *potilaskeskeisempään* (’patient-centered’; ’transreformed medicine’) suuntaan on vaikuttanut voimakkaasti myös lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksen tutkimukseen. Potilaskeskeinen lähestymistapa huomioi perinteistä bio-lääketieteellistä näkökulmaa laajemmin muun muassa potilaan, potilaan perheen sekä lääkärin psykososiaaliset tekijät vuorovaikutuksessa (Stewart & Weston 1995, Wigginton Cecilin & Friederichs-Fitzwaterin 2004, 180 mukaan.) Potilaskeskeisyyden yhteydessä puhutaan myös *bio-psykososiaalisesta* (’biopsychosocial’) lähestymistavasta, joka huomioi bio-lääketieteellistä lähestymistapaa vahvemmin potilaan roolin vuorovaikutuksessa (Cegala & Broz 2003, 95).

2.2.2. Tutkimuksen suuntauksat ja teemat

Lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksen tutkimukseen perehtynyt Cline (2008), on erottanut kirjallisuuskoonnissaan tutkimuksen sisältä useita suuntauksia. Varhaisimmat tutkimukset olivat hänen mukaansa usein kuvailevia ja kvalitatiivisia. Tämän vaiheen hän määritteli ensimmäiseksi suuntaukseksi. Toiseksi suuntaukseksi hän luokitteli *ensihoidon* kontekstissa tehdyt tutkimukset, joita valtaosa lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksen tutkimuksista edustaa. Tosin viime vuosien aikana tutkijat ovat kuitenkin yhä enemmän kiinnostuneet myös *erityishoidon*, kuten syöpäsairauksien yhteydessä tapahtuvasta vuorovaikutuksesta (ks. esim. O’Hair,

Thompson & Sparks 2005). Kolmas suuntaus liittyy tutkimusnäkökulmiin. Clinen mukaan tutkimusta on tehty huomattavasti enemmän lääkärin kuin potilaan näkökulmasta. Neljäntenä ja samalla viimeisenä suuntauksena hän mainitsee tutkijoiden keskittyneen pääasiallisesti verbaalisen viestinnän tutkimiseen.

Streetin (2003, 64) mukaan lääkärin ja potilaan vuorovaikutusta on lähestytty pääsääntöisesti kahden eri suuntauksen näkökulmasta. Toinen suuntauksista on keskittynyt tarkastelemaan lääkärin ja potilaan vuorovaikutuskäyttäytymisen yhteyttä potilaan taustatekijöihin (esim. koulutus, ikä, terveydentila), lääkärin taustatekijöihin (esim. sukupuoli, erikoistumisalue) ja vuorovaikutuksen luonteeseen (esim. luottamuksellisuus). Toisessa suuntauksessa huomio on taas kiinnittynyt lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksen seurauksena muodostuviin ilmiöihin sekä potilaan tuntemuksiin ja käyttäytymismalleihin (esim. tyytyväisyys, sitoutuneisuus, terveyden edistäminen).

Viswanath (2008) on niin ikään tehnyt kirjallisuuskootia lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksesta, ja jaotellut sen pohjalta kolme tutkimusteemaa. Ensimmäinen teema kietoutuu relationaalisen kontrollin käsitteen ympärille, eli siihen kuka kontrolloi vuorovaikutustilannetta. Toinen tutkimusteema keskittyy lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksen tuotoksiin ('outcomes'). Näissä tutkimuksissa vuorovaikutuksen on todettu olevan yhteydessä potilaan kokemaan tyytyväisyyteen, millä taas on merkittävä vaikutus esimerkiksi lääkärin ohjeiden noudattamiseen, hoitoon sitoutumiseen, elämänlaatuun ja sairaalakäyntien pituuksiin. Kolmas tutkimusteema pureutuu lääkärin ja potilaan väliseen yhteydenpitoon ja potilaiden tiedon etsimiseen. Lisäksi tutkimuksissa on Viswanathin (2008) mukaan huomioitu taustatekijöiden (esim. sosiaaliluokkien) yhteys vuorovaikutukseen. Tutkijat ovat huomanneet taustatekijöiden olevan yhteydessä esimerkiksi vastaanottokäyntien keskustelujen sisältöihin, kestoon, päätöksentekoon, osallistumiseen, tyytyväisyyteen ja hoitoon sitoutumiseen.

Tutkimuksissa on kiinnitetty myös huomiota siihen, millainen vaikutus makrotason ilmiöillä, kuten internetin palvelusivustoilla, on mikrotasolla tapahtuvaan lääkärin ja potilaan vuorovaikutukseen. Yhä yleisemmin potilaiden on mahdollista saada tietoa omasta sairaudestaan esimerkiksi internetin välityksellä. Etukäteen hankittu tieto saattaa vahvistaa halukkuutta osallistua aktiivisemmin keskusteluun myös

varsinaisessa kohtaamisessa oman lääkärin kanssa. Tällaisia vaikuttavia ilmiöitä on tutkittu sekä kvalitatiivisissa että kvantitatiivisissa sisällönanalyysitutkimuksissa. (Cline 2003a.) Sen sijaan sähköpostin merkitystä lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksessa ei ole juurikaan tutkittu, vaikka sen merkityksestä onkin tiedeyhteisön sisällä keskusteltu. Sähköposti mahdollistaisi puhutun puheen kaltaisen, välittömän, ajasta ja paikasta riippumattoman tunteiden ja tietojen välittämisen vuorovaikutusosapuolien välillä (Wieczorekin 2010, 312 - 313.)

Vaikka makrotason ilmiöiden onkin todettu edistävän potilaan osallistumista lääkärin kanssa käytävään keskusteluun, on vielä epäselvää, onko niistä lopulta enemmän hyötyä vai haittaa potilassuhteen tai terveydenhoidon tuloksellisuuden näkökulmasta. Lisäksi tiedeyhteisössä on myös pohdittu, lisäävätkö edellä mainitut ilmiöt lopulta potilaiden eriarvoistumista terveydenhuollon piirissä, riippuen esimerkiksi potilaiden vaihtelevista kyvyistä ja mahdollisuuksista teknologiasovellusten käyttöön. (Cline 2003a.)

Lääkärin ja potilaan vuorovaikutusta on tutkittu myös eri potilasryhmien näkökulmasta. Tutkimusta on tehty huomattavan paljon esimerkiksi nais- ja lapsipotilaiden sekä ikääntyneiden potilaiden keskuudessa. (Ks. esim. Nussbaum, Ragon & Whaley 2003, 183 - 204.) Thompson, Robinson ja Beisecker (2004, 451-457, 464 - 467) ovat tehneet kirjallisuuskoontia erityisesti ikääntyneiden potilaiden tutkimuksesta. Heidän mukaansa ikääntyneet ihmiset käyvät lääkärissä keskimäärin 5-7 kertaa vuodessa ja joutuvat sairaalahoitoon kolme kertaa nuorempia vertaisiaan useammin. He myös viettävät sairaalassa kaksi kertaa pidemmän ajan kuin nuoremmat, mikä tekee ikääntyneistä potilaista mielenkiintoisen ja relevantin tutkimuskohteen. Merkittäviksi tutkimusnäkökulmiksi ikääntyneiden potilaiden kohdalla ovat osoittautuneet esimerkiksi läheisen läsnäolo lääkärin vastaanotolla sekä teknologiavälitteinen vuorovaikutus ('telemedicine') lääkärin kanssa.

Thompsonin ym.(2004, 451 - 457) koonnissa todetaan kuitenkin, että potilaan ikä vaikuttaa lopulta verrattain vähän lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksen luonteeseen. Erityispiirteitä syntyy lähinnä vanhenemisen fysiologisten muutosten ja aistimuutosten, kuten kuulonheikkenemisen problematiikan kautta, mitkä luovat vuorovaikutukselle omia haasteitaan (esim. Adelman, Greene & Charon 1991). Ikääntyneiden potilaiden on myös todettu osallistuvan useammin terveyttä ennaltaehkäiseviin toimenpiteisiin ja noudattavan paremmin hoitomääräyksiä (Ory, Abeles & Lipman 1992). Lisäksi ikääntyneiden potilaiden on todettu

saavan lääkäreiltään nuorempia potilaita vähemmän tietoa. Samalla tutkimukset kuitenkin osoittavat, että heillä olisi tarve ja halu saada enemmän tietoa. Päätöksentekoon ikääntyneillä ei kuitenkaan ole tutkimusten mukaan tarvetta osallistua samaan tapaan kuin nuoremmilla potilailla. (Ks. esim. Beisecker 1988; Haug & Ory 1987.)

Edellisten teemojen lisäksi lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksessa on keskitytty *huonon uutisen kertomisen* ('bad news delivery') problematiikkaan. Schouten (2008) on tehnyt kirjallisuuskoontia niistä vuorovaikutusta käsittelevistä tutkimuksista, joissa on keskitytty erityisesti huonon uutisen kertomiseen. Hänen mukaansa kyseessä on huono uutinen, kun potilas sen itse sellaiseksi kokee. Useimmiten kyse on tilanteista, joissa lääkärin tehtävänä on kertoa potilaalleen esimerkiksi vakavasta sairaudesta. Aihepiiriä on tutkittu lähinnä lääkärin näkökulmasta ja menetelmänä on käytetty useimmiten lääkäreiden omaa, vuorovaikutustilanteen jälkeistä raportointia. Potilaan näkökulmasta katsottuna tutkimusta on vielä varsin niukasti tarjolla. Vaikka yhteistä konsensusta huonon uutisen onnistuneesta kertomisesta ei olekaan vielä olemassa, on tutkimuksissa kuitenkin havaittu muutamia yhdistäviä ja merkityksellisiä tekijöitä sen saavuttamiseksi: viestin sisältö (mitä ja miten viesti on annettu), ympäristö (missä ja miten tieto kerrotaan) sekä tuki (millaista emotionaalista tukea ja lohdutusta potilas saa vuorovaikutuksen aikana).

Wigginton Cecil & Friederichs-Fitzwater (2004, 189 - 190) ovat pohtineet lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksen luonteen, kontekstien ja eri muotojen merkitystä tutkimusalueen kehittämisen näkökulmasta. Kuten muidenkin vuorovaikutussuhteiden kohdalla, myös lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksen sisällä tapahtuvat ilmiöt ja viestinnälliset erityispiirteet vaihtelevat kontekstin mukaan. Erityispiirteiden paremman ymmärtämisen saavuttamiseksi tarvitaan lisää tutkimusta esimerkiksi erityishoidon kontekstien osalta. Erityishoidolla viitataan usein esimerkiksi eri sairauksien yhteydessä tapahtuvaan hoitoon (syöpäsairaudet, diabetes jne.) ja eri ympäristöissä tapahtuvaan hoitoon (ensiapu/päivystys, terveyskeskus, sairaala, yksityisasemat). Erityishoidon kontekstiin liittyy läheisesti myös käsiteltävän sairauden vakavuusaste. Vuorovaikutuksen luonteeseen vaikuttaa luonnollisesti, onko kyse esimerkiksi suhteellisen vaarattomasta ja lyhytkestoisesta vaivasta, kroonisesta pitkäaikaissairaudesta tai aggressiivisemmasta, nopeasti kuolemaan johtavasta sairaudesta.

Seuraavaksi esittelen vielä tarkemmin viisi keskeistä, kirjallisuudessa esiintynyttä vuorovaikutusteemaa: *asymmetrian, tyytyväisyyden, osallistumisen, tiedon kertomisen ja relationaalisen kontrollin* teemat. Lopuksi käsittelen lääkärin ja potilaan vuorovaikutusta *epävarmuuden hallinnan ja itsestäkertomisen* valossa.

Asymmetria ja tyytyväisyys

Lääkärin ja potilaan vuorovaikutussuhdetta on kuvattu yhdeksi monimutkaisimmista. Syitä on monia: kyseessä on harvoin tasa-arvoinen vuorovaikutussuhde, tilanteeseen on jouduttu usein vastentahtoisesti, käsiteltävät asiat ovat potilaalle – myös emotionaalaisella tasolla – merkittäviä ja tilanne vaatii usein läheistä yhteistyötä toisen osapuolen kanssa. (Ong, De Haes, Hoos & Lammes 1995, Berryn 2007, 42 mukaan.) Lääkärin ja potilaan vuorovaikutussuhteelle onkin tyypillistä asymmetrisyys. Suhdetta voidaan hyvin verrata opettaja-oppilas tai lakimies-asiakas-suhteisiin. Jokaiselle näistä suhteista on tyypillistä se, että toinen on asiantuntijan asemassa ja se tuo mukanaan tietyn valtaedun. Valta ei näin ollen jakaudu tasaisesti suhteessa. (Rubin 1990, 52.)

Robinson (2008) on tehnyt asymmetrian tutkimussuuntauksesta kokoavaa tutkimusta. Hänen mukaansa asymmetrian tutkimus hallitsi lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksen tutkimusta 1970-luvun lopulta 1980-luvulle. Aluksi asymmetriaa tutkittiin tiedon ymmärtämisen kautta. Westin ja Frankelin (1991) mukaan huomio kiinnittyi erityisesti lääkärin käyttämien lääketieteellisten termien ja ammattikielen potilaissa aiheuttamiin väärinymmärryksiin ja sen seurauksiin. Tätä seurasi Robinsonin (2001) mukaan erityisesti vuorovaikutussuhteen ilmiöihin keskittynyt tutkimusaalto, jossa asymmetriaa tutkittiin potilaan osallistumisen tason kautta. Näissä lääkäri nähtiin kuitenkin edelleen potilaan osallistumista säätelevänä ja vuorovaikutusta ohjaavana osapuolena. Tämän jälkeen asymmetriaa on tutkittu muun muassa lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksellisten tuotosten kautta ja laajennettu näkökulmaa erityishoidon konteksteissa tapahtuviin vuorovaikutustilanteisiin.

Asymmetrisyys lääkärin ja potilaan vuorovaikutussuhteessa on osin kiistanalainen. Vaikka tasa-arvoista suhdetta pidetäänkin erityisesti potilaan näkökulmasta tavoiteltavana, eivät kaikki potilaat kuitenkaan halua tutkimusten mukaan poistaa asymmetrisyyttä vuorovaikutuksesta – ainakaan kokonaan. Asiantuntijuuden

mukanaan tuoma ylivalta ja kontrolli kun siirtävät samalla vastuun päätöksenteosta ”asiasta paremmin tietävälle”. Näissä tapauksissa omat terveystalvet ikään kuin ulkoistetaan. (Gwyn 2002, 73 - 74.)

Asymmetriaa lääkäriin ja potilaan välillä voidaan selittää myös näkökulmien erilaisuutena. Vaikka molempien osapuolien yhteisenä tavoitteena on lähtökohtaisesti potilaan hyvinvointi, taustalla on kuitenkin harvoin yhteinen näkökulma. (Rubin 1990, 52.) Lääkäriin ja potilaan vuorovaikutuksessa näkökulmien erot jakautuvat siten, että potilaalla ne keskittyvät lähinnä omaan vaivaan, oireisiin ja sairauden kokemiseen, kun taas lääkäriin painopiste on potilaan tilan diagnosoimisessa ja hoidossa. Tällainen näkökulmien asymmetria voi jäädä lääkäriin ja potilaan kohtaamisessa ennalleen, tai jopa kärjistyä. Näin kummankin toiveet vuorovaikutuksen tuloksista jäävät saavuttamatta ja molemmat osapuolet ovat tyytymättömiä kohtaamisessa syntyneisiin tuloksiin. Toisaalta näkökulmien erilaisuus voidaan myös ylittää, pyrkimällä esimerkiksi yhteiseen toimintaan vuoropuhelun avulla. Tämä ei onnistu kuitenkaan pelkän sairaskertomuksen avulla, sillä se on lähinnä lääkäriin väline päästä tavoitteeseensa. Toisaalta pelkkä lääkäriin viestinnän tehostaminenkaan ei yksinään riitä tarvittavan vuoropuhelun onnistumiseen, sillä se on taas potilaan väline omaan tavoitteeseensa. (Engeström & Engeström 1992, 61.)

Näkökulmien erilaisuus tulee esille myös seuraavissa Berryn (2007, 43 - 45) koostamien tutkimusten tuloksissa. Hän käytti esimerkkinään Palingin (2004) tekemää tutkimusta, jossa lääkäreiltä ja potilailta molemmilta kysyttiin ’mistä tunnistaa hyvän lääkäriin?’. Lääkärit vastasivat tähän ’kyvyn diagnosoida’ ja potilaat ’kyvyn kuunnella’. Edelleen Corken, Stawn, Greenin, Agarin ja Henryn (2005) tutkimuksessa lääkäriin todettiin keskittyvän pääasiallisesti hoidon teknisiin asioihin (’technical medical issues’) ja huomioivan potilaan odotuksia varsin vähäisesti. Samassa tutkimuksessa länsimaisen lääketieteen lääkärikoulutuksen todettiin olevan edelleen hyvin sairauskeskeistä (’disease-centered’). Sellaiset potilaat, joiden lääkärit kiinnittävät huomiota myös potilaan viesteihin ja vuorovaikutussuhteen rakentamiseen, kysyvät Streetin (2003) tutkimustulosten mukaan enemmän kysymyksiä, ilmaisevat vapaammin mielipiteitään ja antavat enemmän tietoa itsestään ja sairaudestaan.

Tutkimuksissa on toisaalta todettu myös, että potilaat ja lääkärit pitävät itse asiassa samoja osakokonaisuuksia vuorovaikutuksessa tärkeinä, mutta niiden painottamisessa on suuriakin eroja (Cegala, McGee & McNeilis 1996, 1 - 27).

Tyytyväisyyden saavuttamiseen vaikuttaa muun muassa se, että lääkärit ja potilaat arvioivat viestinnän laatua eri kriteereillä. Siinä missä lääkärit korostavat enemmän kliinisiä ja hoitotoimenpiteisiin liittyviä teknisiä asioita, liittyvät potilaiden kriteerit enemmän siihen, miten heitä kohdellaan ja otetaan huomioon muutoin. (Rubin 1990, Cegalan, McNeilisin, McGeen & Jonaksen 1995, 179 - 203 mukaan).

Myös lääkärin viestintätäytöllä on todettu olevan vaikutusta potilaan kokemaan tyytyväisyyden tunteeseen. Esimerkiksi lääkärin osoittama huomaavaisuus, ilmeikkyys ja dominoivuuden välttäminen lisäävät potilaan kokemaa empatian tunnetta. Lääkärin rentous ja osoitukset yhteistyöhalukkuudesta auttavat usein löytämään yhteisymmärryksen potilaan kanssa ja edistävät potilaan tuntemaa tyytyväisyyttä lääkäriään kohtaan. (Cardello, Berlin Ray & Pettey 1995, Infanten ym. 1997, 447 mukaan.)

Tyytyväisyyttä on lähestytty tiedeyhteisössä myös käänteisesti, epäonnistuneen vuorovaikutuskohtaamisen ja potilaan tyytymättömyyden näkökulmasta.

Terveystieteiden ammattilaisten on todettu tekevän usein seuraavia perusvirheitä terveystieteissä vuorovaikutustilanteissa: he unohtavat esitellä itsensä, eivät kysele potilaalta tarkennuksia, eivät salli potilaan esittävän lisäkysymyksiä tai kysele potilaan tuntemuksista. He eivät myöskään anna aina tietoa potilaan ymmärtämässä muodossa. (Davis & Fallowfield 1994, Berryn 2007, 41 mukaan.)

Tieto ja ymmärrys ovat avainsanoja yhteisen näkökulman löytämiseksi lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksessa. Tutkimusten mukaan molemmille osapuolille tyydyttävään vuorovaikutukseen voidaan kuitenkin päästä, jos molemmat osapuolet tiedostavat toistensa näkökulmat ja pyrkivät integroimaan ne yhteisen välineen – vuoropuhelun avulla (Cegala ym. 1995, 179 - 203).

Osallistumisen ja tiedon kertomisen merkitys

Vaikka edellisessä luvussa esiteltiin myös toisenlaisia näkemyksiä asymmetriasta, haluavat potilaat pääsääntöisesti mieluummin tasa-arvoisen vuorovaikutussuhteen lääkärin kanssa, kuin että lääkäri määräisi tapaamisen sisällön ja suunnan (Street & Wiemann 1987, Lepperin, Martinin & DiMatteon 1995, 208 mukaan). O'Hair (1989)

havaitti tutkiessaan potilaiden ja lääkärien välisiä keskusteluja, että potilaat tosiasiaassa pyrkivät vaikuttamaan ja kontrolloimaan tilannetta lähes yhtä usein kuin lääkärit. Tästä ilmiöstä hän käytti termiä *kilpaileva symmetria* ('competitive symmetry'). (Infante ym. 1997, 444; Wigginton Cecil & Friederichs-Fitzwater 2004.)

Tasa-arvoista vuorovaikutusta voidaan tavoitella lisäämällä potilaan osallistumista ja tarkistamalla molempien tehtäviä vuorovaikutustilanteessa. Lepperin ja kumppaneiden (1995, 208, 211 - 212) mukaan Street ja Wiemann (1987) ovat määritelleet lääkärin ja potilaan niitä tehtäviä, jotka edistävät potilaan osallistumista vuorovaikutustilanteeseen esimerkiksi vastaanottotilanteessa. Heidän mukaansa lääkärin tehtäviä ovat tiedon kertomisen lisäksi kysymysten kysyminen, aktiiviseen kuuntelemiseen sitoutuminen, keskeyttämisen välttäminen, dominoivuuden karttaminen ja potilaan huolien sekä ehdotusten huomioon ottaminen. Vastaavasti potilaan tehtäviä oman osallistumisensa kehittämiseksi ovat niin ikään kysymysten kysyminen, täydellisen tiedon kertominen (lääkärin kysyessä), omien mielipiteiden ilmaisu, lääkärin kuunteleminen ja halutessaan päätöksentekoon osallistuminen. Lääkäri voi myös nonverbaalisilla viesteillä, kuten suoran vartalo- ja kasvo-orientaation, hymyilyn ja pään nyökkäysten avulla ilmaista halukkuuttaan potilaan osallistumiseen. Streetin ja Wiemannin (1987) tehtäväjaottelua voidaan kritisoida siitä syystä, että lääkärin tehtävissä ei painoteta potilaan tehtävien tavoin 'täydellisen tiedon kertomista', vaikka juuri tätä seikkaa potilaan odotukset edellyttäisivätkin. Kokeakseen saamansa tiedon riittäväksi potilas odottaa usein lääkärin vielä varmistavan ja arvioivan, että tämä on varmasti ymmärtänyt diagnoosin ja hoitoon liittyvät asiat (Cegala ym. 1996, 20 - 21).

Tutkimuksissa on myös todettu, että potilaiden tiedon tarve on todellisuudessa kolme kertaa suurempi kuin mitä lääkärit sen olettavat olevan. Tämä tulos korreloi niiden aikaisempien tutkimusten kanssa, joissa on todettu potilaiden arvostavan tiedon määrää enemmän kuin lääkärit itse sen tarvetta havaitsevat. Lisäksi useissa tutkimuksissa lääkäreiden on havaittu yliarvioivan kertomansa tiedon määrän. (Ks. tutkimusten koonneista esim. Berry 2007, 45; Cegala ym. 1996, 4 - 5).

Lääkäreillä on tutkimusten mukaan taipumus helposti ylikontrolloida potilaan kanssa käymäänsä vuorovaikutustilannetta. Tämä ilmenee esimerkiksi potilaan puheen

säännöllisenä keskeyttämisenä. Beckman ja Frankel (1984) raportoivat tutkimuksensa pohjalta, että potilaat keskeytettiin keskimäärin 18 sekunnin jälkeen heidän aloitettuaan puheenvuoronsa. Tuossa ajassa vain 23 % potilaista sai kerrottua asiansa loppuun. (Ks. lisää tutkimuksen raportoinnista Berry 2007, 45; Gwyn 2002, 65.)

Tutkijoiden keskuudessa on olemassa laaja konsensus siitä, mitä potilaat haluavat kuulla ja miten he haluavat viestin heille kerrottavan. Potilaat arvostavat lääkäreiden huomaavaista ja empaattista tapaa viestiä sekä mahdollisuutta keskustella ja kysellä sairauteen liittyvistä asioista. Sen sijaan riittävän tiedon sisällön määrittely laadullisesta näkökulmasta onkin sitten huomattavasti vaikeampaa. (Schouten, 2008.) Jotain tästä tiedon sisällön määrittelystä kuitenkin jo tiedetään. Siinä missä lääkäri tarvitsee tietoa ennen kaikkea diagnoosin muodostamista varten, on potilaalla tarve tietää ja ymmärtää omaan sairauteensa liittyvät asiat mahdollisimman hyvin. (Ong ym. 1995, Berryn 2007, 44 - 45 mukaan.)

Relationaalinen kontrolli

Relationaalisessa kontrollissa on kyse siitä, kuka vuorovaikutustilannetta kontrolloi lääkärin ja potilaan kohtaamisessa. Relationaaliseen kontrolliin ovat yhteydessä myös monet muut vuorovaikutukseen vaikuttavat osa-alueet, mukaan lukien edellä mainitut asymmetria, tiedon kertominen ja osallistuminen.

Relationaalisen kontrollin mallia ('relational control model'), ja mallin pohjalta kehitettyä relationaalisen kontrollin metodologiaa ('relational control methodology'), on alun perin alettu hyödyntämään tutkimuksessa potilaskeskeisyyden myötävaikutuksesta. Menetelmä huomioi aikaisempia tutkimusnäkökulmia kokonaisvaltaisemmin myös muut vuorovaikutuksen osapuolet ja -tekijät. Yksittäisten osatekijöiden sijaan huomio keskittyy ensisijaisesti vuorovaikutukseen. (Stewart & Weston 1995, Wigginton Cecilin & Friederichs-Fitzwaterin 2004, 180 - 181, 189 mukaan.) Molemmat edellä mainituista käsitteistä pohjautuvat relationaalisen viestinnän käsitteen alle. Relationaalinen viestintä keskittyy tarkastelemaan nimenomaan vuorovaikutuksen suhdetta ja korostaa samalla viestinnän relationaalista ulottuvuutta, missä määrittyy toimijoiden välisen suhteen luonne. Suhteen katsotaan olevan näin ollen viestinnän tulosta (Littlejohn 2002, Gerlanderin 2003, 15 mukaan.) Edelleen relationaalisen näkökulman mukaan

suhteet ovat muuttuvia, eläviä muotoja, jotka syntyvät osapuolten vuorovaikutuksessa (Rogers 1998, Gerlanderin 2003, 15 mukaan).

Tutkijat Roter ja Hall (1989) ovat käyttäneet relationaalisen kontrollin metodologiaa esimerkiksi tutkiessaan potilaan tavoitteita vuorovaikutuksessa. Heidän mukaansa potilaan tavoitteet terveysaiheisissa kohtaamisissa voidaan jakaa kahteen tehtävätavoitteeseen: instrumentaaliin ja sosioemotionaaliin tavoitteisiin. Ensimmäisenä mainittuihin tehtäviin kuuluvat muun muassa tiedon antaminen ja kysymysten kysyminen ja jälkimmäiseen puolestaan vuorovaikutussuhteen luominen. Instrumentaalisten tavoitteiden onnistuneella saavuttamisella potilaiden kyky muistaa ja halu sitoutua annettuihin hoito-ohjeisiin paranee, kun taas sosioemotionaalisten tavoitteiden saavuttamisella potilaiden kokema tyytyväisyys lisääntyy. (Berry 2007, 41.) Ensimmäisenä relationaalista kontrollia lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksen tutkimuksessa hyödyntäneenä tutkijana pidetään O’Hairia (1989) (Wigginton Cecil & Friederichs-Fitzwater 2004, 181).

Relationaalisen kontrollin käsitteen yhteydessä, nostetaan usein tutkijasta ja tutkimusajasta riippuen esille kolmesta neljään mallia. Mallit kuvaavat sitä, miten kontrolli jakautuu vuorovaikutuksessa tai miten se vaihtelee lääkärin ja potilaan välillä.

Tutkijat Roter ja Hall (1992) ovat nimenneet neljä relationaalisen kontrollin eri muotoa. *Olettavassa suhdemallissa* (‘default relationship’) on molemmin puolinen kontrollin puute. Tässä varsin epäsuotuisana pidetyssä mallissa vuorovaikutussuhteen kumpikaan osapuoli ei lähde johtamaan kohtaamistilannetta. *Paternalistinen malli* (‘paternalistic model’) edustaa konservatiivista lääkärivetoista tapaa, jossa lääkäri dominoi ja potilas on passiivinen osapuoli. *Kuluttajamallissa* (‘consumerist model’) huomio keskittyy potilaan oikeuksiin ja lääkärin velvollisuuksiin. Potilas nähdään tiedostavana ja aktiivisena kuluttajana, lääkäri puolestaan aktiivisena palveluntarjoajana. *Keskinäistä mallia* (‘mutualistic model’) pidetään usein tutkimusasetelmissa tavoiteltavimpana kontrollimuotona lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksessa. Siinä molemmat osapuolet ovat aktiivisia ja osallistuvat yhteisesti esimerkiksi päätöksentekoon. Mallia voi kuitenkin kritisoida siitä, ettei se sovellu kaikkiin tilanteisiin ja sitä voi olla paikoin vaikea toteuttaa käytännössä. (Berry 2007, 42.)

Viswanathin (2008) vastaavassa relationaalisen kontrollin tutkimuskoonnissa esitellään *paternalistisen mallin* lisäksi lääkärin ja potilaan välillä tasaisesti jakautuvan kontrollin *osallistava malli* (participatory model) sekä potilaskeskeinen malli ('patient –centered model'), jossa potilas vie vuorovaikutustilannetta eteenpäin.

Relationaalista kontrollia voidaan mitata vuorovaikutussuhteissa toistuvuuden ('redundancy'), dominoivuuden ('dominance') ja valta-aseman ('power') kautta. Toistuvuus viittaa osapuolten osallistumisaktiivisuuteen ja muistutuksiin omista oikeuksista keskustelun aikana, dominoivuus kuvaa yksilöiden asemaa vuorovaikutuksessa ja vallankäytöllä taas voidaan vaikuttaa toisen ihmisen käyttäytymiseen. (Infante ym. 1997, 443 - 444.)

Lääkärin ja potilaan vuorovaikutus epävarmuuden hallinnan ja itsestäkertomisen valossa

Vaikka tiedetään, että potilaalla on tarve ja halu osallistua vuorovaikutuksen kulkuun, on sen toteutuminen käytännössä usein ongelmallista. Syyt liittyvät monesti tilanteen mukanaan tuomaan epävarmuuteen. Tätä ilmiötä on selitetty muun muassa *epävarmuuden hallinnan teorian* ('Uncertainty reduction theory', Charles Berger) avulla. Ennen vastaanottoa potilaat ovat usein hyvin epävarmoja sairaudestaan, mahdollisesta hoidosta, sairaalaympäristöstä sekä hänen ja lääkärin tulevasta kohtaamisesta. Northouse ja Northouse (1998) puolestaan ovat määritelleet neljä lääkärin ja potilaan vuorovaikutussuhteessa vaikuttavaa epävarmuustekijää: 1) epävarmuuden omasta roolista potilaana, 2) epävarmuuden siitä, kuka kantaa lopullisen vastuun potilaan sairaudesta ja sen hoidosta, 3) vallan asymmetrisen jakautumisen vuorovaikutussuhteessa sekä 4) lääkärin teknisen kielenkäytön (esimerkiksi ammattisanasto). (Berry 2007, 41.)

Lääkäreillä on mahdollisuus auttaa potilastaan hallitsemaan omaa epävarmuuttaan haastavassa tilanteessa tarjoamalla tietoa sairaudesta ja sen hoitoon liittyvistä keinoista sekä luomalla rentoutuneen ilmapiirin. Rentoutunut ilmapiiri voidaan luoda siten, että lääkärit pyrkivät minimoimaan teknisen kielenkäyttönsä (ammattisanaston, termit jne.), suhtautuvat empaattisesti potilaaseensa ja kyselevät potilailtaan avoimempia kysymyksiä. Potilaiden epävarmuuden hallinnan edistäminen on tärkeää, sillä sen on todettu vaikuttavan myönteisesti heidän suhtautumiseensa

sairauteen sekä sitoutumiseensa ehdotettuun hoitomuotoon. (Sheer ja Cline 1995, Infanten ym.1997, 448 mukaan.)

Potilaan osallistumista on tutkittu myös *itsestäkertomisen* ('self disclosure') avulla. Itsestäkertomisen on katsottu olevan perinteisen yksipuolisesti potilaan tehtävä, lääkärin verbaalisen viestinnän keskittyessä sairautta koskevan tiedon ja diagnoosin kertomiseen. Usein kuitenkin statuserot ja lääkärin käyttämä tekninen kieli aiheuttavat sen, ettei potilas uskalla – kasvojen menettämisen vaaran vuoksi – kysyä tai kertoa kaikkia niitä asioita, jotka hän oli päättänyt ennen vastaanottoa tuoda julki. Näissä tilanteissa lääkäri pystyy omalla itsestäkertomisellaan rohkaisemaan potilasta samaan ja viestimään halukkuuttaan potilaan osallistumiseen vuorovaikutustilanteessa. Lääkärin itsestäkertominen voi olla esimerkiksi itsensä peilaamista potilaan tilanteeseen ja omien aikomustensa kertomista. Näin lääkäri viestii olevansa aivan tavallinen ihminen, joka ymmärtää myös potilaan näkökulman ja huolen. (Infante ym. 1997, 447 - 448.)

3 TUTKIELMAN TAVOITTEET JA TOTEUTUS

3.1 Tutkielman tavoitteet ja kirjallisuuskatsaus tutkielman tyyppinä

Tämä tutkielma on kirjallisuuskatsaus. Teoreettinen kirjallisuuskatsaus määrittellään tutkimusongelmaan liittyväksi aiemman tutkimuksen kriittiseksi ja tiiviiksi katsaukseksi, jonka pohjalta tutkija tekee analyysin (Kääriäinen & Lahtinen 2006, Stoltin & Routasalon 2007, 58 mukaan). Edelleen kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on hahmottaa ja esitellä olemassa olevan tutkimuksen kokonaisuutta rajatun aiheen sisällä. Tavoitteena on kuvata usein esimerkiksi sitä, kuinka paljon tutkimusta on tehty sekä millaista se sisällöllisesti ja menetelmällisesti on (Egger, Smith & O'Rourke 2001, Johanssonin 2007, 3 mukaan; Burns & Grove 2005, Johanssonin 2007, 3 mukaan).

Tämän tutkielman tavoitteena on analysoida ja kuvata mihin lääkärin ja potilaan vuorovaikutusta käsittelevässä tutkimuksessa on viiden viime vuoden aikana keskitytty, mitä on tutkittu ja miten. Työssä syvennytään tarkastelemaan empiirisiä alkuperäistutkimuksia, joiden näkökulma on interpersonaalinen. DiMatteon (1979) mukaan tutkittaessa lääkärin ja potilaan vuorovaikutusta huomio tulisikin kiinnittää juuri vuorovaikutuksen interpersonaaliseen luonteeseen (Gillotti 2003, 164 - 165). Tässä tutkielmassa interpersonaalisella näkökulmalla tarkoitetaan lääkärin ja potilaan vuorovaikutukseen keskittyvää näkökulmaa. Vuorovaikutusta tarkastellaan joko lääkärin, potilaan tai molempien osapuolien näkemykset huomioivasta näkökulmasta.

Tavoitteena on syventyä tarkastelemaan mitä teemoja ja ilmiöitä lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksesta on tutkittu. Onko tutkimusten kesken havaittavissa joitain tälle ajalle tyypillisiä trendejä tai teemoja? Entä millaisissa konteksteissa ja mistä näkökulmista käsin aihepiiriä lähestytään? Suhteellisen tuoreeseen ja viimeaikaiseen tutkimukseen keskittyminen tarjoaa mahdollisuuden peilata nykytutkimuksen tilaa myös pidemmän aikavälin tutkimukseen. On mielenkiintoista selvittää myötäilevätkö, syventävätkö tai jäsentävätkö tutkimusaiheet ja -tulokset aikaisempaa tutkimusta vai avautuuko niiden kautta kokonaan uusia näkökulmia.

Näiden ajatusten pohjalta muodostuivat myös lopulliset tutkimuskysymykset:

- Millaisia asioita ja ilmiöitä lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksesta on tutkittu viiden viime vuoden aikana?
- Mistä näkökulmista ja missä yhteyksissä vuorovaikutusta on tutkittu?
- Mitä menetelmiä tutkimuksissa on käytetty?
- Millaisia tuloksia on saatu?

Tutkielman tavoitteena on tuottaa vastauksia edellä mainittuihin tutkimuskysymyksiin monitasoisesti – lähempää tarkastellen ja yleisemmin kokonaisuuksia koostaen. Tarkoituksena on muodostaa yleiskuva tutkimuksen tämänhetkisestä tilasta, tehdä synteesiä tutkimustulosten kesken, arvioida niitä kriittisesti ja systemaattisesti sekä esittää tulokset ymmärrettävässä muodossa.

Tutkielman epävirallisempaan tavoitteena on onnistua rakentamaan ”silta” teoriataustassa esittelemäni aikaisemman tutkimuksen ja tulososuudessa analysoimieni artikkelien välille, jotta niiden välille syntyisi luonnollinen jatkumo.

3.2 Tutkielman aineisto

3.2.1 Tiedonhaun lähtökohdat

Kirjallisuuskatsaukseen mukaan otettaville alkuperäistutkimuksille määritellään tarkat valintakriteerit (esim. Jones & Evans 2000, Stoltin ja Routasalon 2007, 59 mukaan). Valintakriteereissä voidaan rajata esimerkiksi tutkimuksen kohdetta, tutkimusten lähtökohtia, tutkimusmenetelmiä, tutkimuksen laatutekijöitä tai tuloksia (Greener & Grimshaw 1996, Stoltin ja Routasalon 2007, 59 mukaan). Esittelen seuraavaksi omaa kirjallisuuskatsaustani koskevat valintakriteerit ja rajaukset.

Omaan tutkielmaani etsin vuosina 2006 - 2011 julkaistuja, vertaisarvioituja (’peer reviewed’) tieteellisiä kokonaisartikkeleita lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksesta. Keskityin eri näkökulmista ja eri ilmiöiden kautta lääkärin ja potilaan

vuorovaikutusta käsitteleviin empiirisiin alkuperäistutkimuksiin. Tutkielmani analysoitavan aineiston ulkopuolelle jäivät näin ollen teoreettiset artikkelit. Teoreettisiksi artikkeleiksi määrittelin kirjallisuutta kokoavat artikkelit ('review articles') sekä niin kutsutut meta-analyysi menetelmäartikkelit, joiden tavoitteena on tehdä analyysiä tai vertailevaa tutkimusta uudella tutkimusagendalla aikaisemmin kerätystä tutkimusaineistoista.

Valitsin analysoitavien artikkeleiden aineistoon mukaan lääkärin ja potilaan vuorovaikutusnäkökulmaa käsittelevien artikkeleiden lisäksi, myös pelkästään lääkärin tai potilaan näkökulmaa tarkastelevat artikkelit, mikäli niillä oli kuitenkin selkeä yhtymäkohta lääkärin ja potilaan vuorovaikutukseen. Potilaan näkökulmaan katsoin kuuluvaksi myös artikkelit, joissa tarkasteltiin yksittäisen potilaan lisäksi tämän taustajoukkoja ('patient parties'). Nämä artikkelit tarkastelivat siis kokonaisvaltaisemmin *potilaan puolta*. Tämän tyyppisissä triaditutkimuksissa vuorovaikutukseen osallistui potilaan lisäksi useimmiten tämän läheinen.

Sen sijaan tutkimukset, joissa kuvattiin laajemmin terveydenhuollon henkilökuntaa, ja joissa lääkäri oli vain yksi ammattikunnan edustajista suhteessa potilaaseen, jäivät tutkielmassani analysoitavien artikkeleiden ulkopuolelle. Samoin analyysin ulkopuolelle jäivät kaikki vaihtoehtoisen hoidon ('alternative medicine') tai holistisen hoitokulttuurin ('holistic healthcare') palveluntarjoaja-asiakas-vuorovaikutussuhteita käsittelevät artikkelit. Myös artikkelit, joissa pääpaino oli potilaan sairauden kokemisessa tai tietyn sairauden oireiden kuvaamisessa, rajautuivat pois, vaikka niissä muutoin olisikin ollut vuorovaikutuksellinen asetelma.

Keskityin tutkielmassani tarkastelemaan artikkeleita, joiden tutkimukset olivat toteutettu aidoissa vuorovaikutustilanteissa tai niissä arvioitiin aitoja vuorovaikutustilanteita. Viimeksi mainitulla tarkoitan esimerkiksi tutkimuksia, jotka perustuvat vuorovaikutusosapuolien näkemyksiin, muistikuvaan tai analyysiin aiemmin koetusta vuorovaikutustilanteesta, tai joiden perusteella tarkasteltiin odotuksia tulevia vuorovaikutustilanteita kohtaan. Sen sijaan erilaisiin simuloituihin vuorovaikutustilanteisiin perustuvat tutkimukset sekä lääketieteen opiskelijoiden keskuudessa tehdyt tutkimukset rajasin analysoitavien artikkeleiden ulkopuolelle.

Omina tutkimusalueinaan tutkielmani artikkeleiden analyysin ulkopuolelle jäivät muun muassa hammaslääketieteeseen liittyvät artikkelit, terveystieteeseen ja

ennaltaehkäisevään viestintään keskittyvät artikkelit sekä lääkärin ja potilaan väliseen juridiikkaan liittyvät artikkelit. Edellisten lisäksi analysoitavien artikkelien ulkopuolelle jäivät mielenterveyteen ja psykologisiin terapiahoitoihin liittyvät tutkimusartikkelit. Näissä painotettiin usein enemmän psykologisia näkökohtia ja erilaisia terapiamenetelmiä interpersonaalisten vuorovaikutussisältöjen sijaan.

Analysoitavien artikkelien ulkopuolelle jäivät myös viittomakieleen, puheterapiaan sekä erilaisiin puheen ymmärtämisen ja tuottamisen vaikeuksiin (esim. afasia) liittyvät tutkimusartikkelit. Samoin ulkopuolelle jäivät sellaiset vuorovaikutuksessa toteutetut tutkimukset, joiden näkökulma oli puhtaasti lingvistinen. Näissä tutkimuksissa keskityttiin pääsääntöisesti lääkärin tai potilaan artikulointiin, sanavalintoihin tai yksittäisten sanojen muotoon.

3.2.2. Systemaattinen tiedonhaku – kuvaus työskentelyprosessista

Kirjallisuutta arvioivassa tutkielmassa avainroolissa on systemaattinen tiedonhaku. Tässä tutkielmassa suoritin tiedonhaun vaiheittain ja systemaattisesti alan tutkimuksia kartoittaen, tallentaen, jaotellen ja analysoiden.

Kartoitusvaihe

Keskityin tutkielmassani käyttämään Jyväskylän yliopiston kirjaston sähköisten tietokantojen ja arkistojen kautta saatavilla olevaa tutkimusaineistoa. Aihealuetta kartoittavissa tiedonhakukokeiluissani hyödynsin *NELLI -portaal*in (monialainen kansainvälisten tutkimusten ja kirjallisuuden tiedonhakuportaali) kautta avautuvia tietokantoja. Tutustuin viestintätieteiden tietokantojen lisäksi muun muassa terveys- ja lääketieteellisiä julkaisuja sisältävään *MedLine* -tietokantaan, yliopistokirjastojen yhteistietokanta *Lindaan* sekä kotimaiseen artikkeliviitetietokanta *Artoon*. Järkevien mittasuhteiden säilyttämiseksi ja epärelevantin aineistonpainotteisuuden vuoksi, päätin jättää viimeksi mainitut kolme tietokantaa pois lopullisesta systemaattisesta tiedonhausta. Epärelevantilla viitataan tässä tapauksessa viestinnällisen ja interpersonaalisen näkökulman puuttumiseen. Lisäksi merkittävät viestinnällisestä näkökulmasta toteutetut vuorovaikutustutkimukset julkaistaan usein tutkimusmaasta riippumatta myös viestinnän alan kansainvälisissä julkaisuissa.

Lopullisen tiedonhakuni kohdistin EBSCO -käyttöjärjestelmän kansainväliseen *Communication & Mass Media Complete (CMMC)* -tietokantaan, joka pitää sisällään 240 viestintäalan merkittävintä lehteä sekä monografioita kokoteksteinä. Päädyin viestinnän omaan tietokantaan siitä syystä, että tarkoitukseni oli löytää nimenomaan viestintätieteellistä tutkimusta lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksesta. Cookin (1997) mukaan alkuperäistutkimusten haku tulisikin kohdistaa systemaattisesti juuri niihin tietolähteisiin, joiden oletetaan olevan tutkimuskysymyksen tai -tavoitteen kannalta oleellisimpia (Stoltin & Routasalon 2007, 58).

Toteutin systemaattisen tiedonhaun pääasiallisesti ristikkäisinä yhdistelmähakuina, jotka mahdollistivat useamman hakuehdon samanaikaisen käytön. Ristikkäisyydellä tavoittelin mahdollisimman aukotonta ja kattavaa tiedonhakua. Kohdistin kaikki hakuni vuosina 2006 - 2011 julkaistuihin vertaisarvioituihin ('peer reviewed') tieteellisiin artikkeleihin. Vertaisarviointia voidaan pitää tässä tapauksessa yhtenä artikkelin laadun mittareista. Kirjallisuuskatsauksessa alkuperäistutkimuksen laadun arviointi onkin tärkeää, sillä sen tarkoitus on lisätä kirjallisuuskatsauksen yleistä luotettavuutta (Jones & Evans 2000, Kontion & Johanssonin 2007, 101 mukaan). Vertaisarvioinnin lisäksi keskitin haut vain niihin artikkeleihin, jotka olivat saatavilla kokonaisuudessaan ('full text') sähköisessä tietokannassa.

Hakusanani olivat:

client; clinic physician; clinical encounter; clinician; communication; communication in medicine; consumer; counseling; doctor; family physician; general practioner; geriatrician; health care giver; health provider; health communication; health professional; interaction; internist; interpersonal communication; medical consultant; medical doctor; medical encounter; medical interaction; medical pediatric; oncology; patient; patient-physician; physician; physician-patient; physician-patient dyads; physician-patient relationship; primary care; private practice physician; provider; relation; rheumatology

Hakusanat olivat kaikki englanninkielisiä tietokannan pääkielen mukaisesti ja muodostuivat lääkärin ja potilaan vuorovaikutusta käsittelevässä kirjallisuudessa esiintyneistä käsitteistä. Lisäsin hakusanoja myös kartoittavan hakukierroksen

tuloksena esiin tulleiden artikkeleiden käsitteillä, joiden arvelin tuottavan jatkossa relevantteja hakutuloksia.

Muun muassa käsitteestä lääkäri käytettiin englanninkielisessä alan tutkimuksessa useita rinnakkaisia ja limittäisiä käsitteitä. Hakusana 'Physician' vastasi parhaiten suomenkielistä sanaa lääkäri siinä muodossa, kun se tässä tutkielmassa on määritelty. 'Doctor' –sana osoittautui pääsääntöisesti rinnakkaiseksi sanalle 'physician', mutta yksittäisenä hakusanana se saattoi viitata myös muun alan tohtoreihin. Vastaavasti hakusanoilla 'provider' tai 'health care provider' tuli hakutuloksiksi artikkeleita, joissa tarkasteltiin terveydenhuollon palveluntarjoajaa tai ammattilaista yleensä. Providerilla saatettiin viitata tutkimuksen tarkemmasta asiayhteydestä riippuen joko lääkäriin, hoitajaan tai vaikkapa farmaseuttiin. 'Clinician' -hakusana viittasi tutkimusartikkeleissa yleisesti ottaen sairaalakontekstissa työskenteleviin klinikoihin, joihin lukeutuivat lääkäreiden lisäksi muu hoitohenkilökunta (esim. sairaanhoitajat, sairaanhoitoharjoittelijat sekä lääkärin avustajat. Lisäksi lääkäreistä käytettiin lukuisia eri ammattinimikkeitä erikoistumisalojen mukaan.

Yhdistelmähaussa vuorottelin eri hakusanoja hakukenttien kesken. Tein myös ristikkäishakuja painotuserojen vuoksi vaihtelemalla ensisijaista hakusanaa. Käyttäessäni ensisijaisina hakusanoina vuorovaikutukseen tai vastaanottoon viittaavia käsitteitä, käytin toissijaisina hakuehtoina lääkäriin ja potilaaseen viittaavia käsitteitä. Vastaavasti ensisijaisen hakuehdon kohdistuessa joko lääkäriin tai potilaaseen, tuli toissijaisiksi hakuehdoiksi viestintään, vuorovaikutukseen tai kontekstin luonteeseen liittyviä käsitteitä.

Havainnollistan edellä kuvaamaani yhdistelmähakua vielä seuraavalla esimerkillä:

<i>Ensisijainen hakukenttä:</i>	<i>physician* or doctor*</i>
<i>Toissijainen hakukenttä:</i>	<i>AND patient* or client*</i>
<i>kolmas hakukenttä:</i>	<i>AND communication or relationship*.</i>

**Tähtimerkki sanan perässä tarkoittaa sanan katkaisua, jolloin haku kohdistuu myös sanan muihin muotoihin kuten esimerkiksi sanan monikkomuotoon.*

Sisällöltään keskeisimmät ja merkittävimmät hakutulokset tulivat seuraavilla yhdistelmähaulla:

*Physician** (yht. 198 viitettä)
*Patient**
*Communication**

Clinician or Provider** (yht. 136 viitettä)
*patient**
Communication or Relation**

*Medical communication or Relation** (yht. 106 viitettä)
Physician or Doctor**
Patient or Client**

Merkittävimmillä tarkoitan tässä tapauksessa esimerkiksi sitä, että näiden hakusanojen kautta löytyneet artikkelit vastasivat parhaiten hakemaani näkökulmaa.

Tallennusvaihe

Systemaattisen kirjallisuushaun tuloksena, edellä mainituilla yhdistelmähakujen hakusanoilla, tallennettavien tietueiden määrä vaihteli 2 - 202 tutkimusartikkelin välillä. Kaiken kaikkiaan hakutulosten viitteissä oli erittäin paljon päällekkäisyyttä. Karkeasti voisi sanoa, että muiden hakusanojen yhdistelmähaut tarjosivat pääasiallisesti samoja artikkeleita kuin edellä mainitut esimerkit merkittävimmistä hakusanoista, muutamia lisäartikkeleita lukuun ottamatta.

Alun perin olin ajatellut hyödyntää hakutulosten päällekkäisyyksien hallinnassa Refworks -ohjelmaa, mutta ohjelman tallennusjärjestelmä osoittautui testausvaiheessa epäluotettavaksi. Näin ollen tarkistin päällekkäisyydet lopulta manuaalisesti. Tämä oli luonnollisesti työlämpi tapa, mutta tutkielmani tulosten luotettavuuden säilymiseksi päädyin tähän ratkaisuun.

Tallensin systemaattisten yhdistelmähakujen tulokset CMMC -tietokannan omiin kansioihin käytettyjen hakusanojen mukaan. Tämä tuki samalla myös omaa seuranta suoritetuista hauista. Samalla kirjasin ylös hakujeni tarkan kuvauksen. Kaikkien vaiheiden tarkka dokumentointi ja kirjaaminen ovat kirjallisuuskatsauksen tekemisessä erityisen tärkeitä työn onnistumisen ja tulosten relevanssin osoittamiseksi (Johansson 2007, 5 - 6, 27).

Vaikka sisäänottokriteerit määritellään etukäteen, tapahtuu hyväksyttävien ja poissuljettavien artikkelien valinta kuitenkin vaiheittain riippuen siitä miten ne

vastaavat määriteltyjä sisäänottokriteerejä. Vastaavuutta taas arvioidaan otsikko-, abstrakti- ja kokotekstitasoilla (Kahn, Kunz, Kleijnen & Antes 2003, Stoltin ja Routasalon 2007, 59 mukaan).

Kävin kaiken kaikkiaan otsikko- ja abstraktitasolla läpi 992 artikkeliviitettä. Mikäli artikkelin sisältö jäi niiden perusteella epäselväksi, perehdyin sisältöön tarkemmin. Artikkelien relevanssi ei auennut aina pelkän abstraktin kautta, sillä englanninkielessä on käytössä monia sellaisia käsitteitä (esim. 'health care giver', 'health providers'), jotka saattavat tarkoittaa joko pelkästään lääkäreitä tai sitten terveydenhoitohenkilökuntaa yleisemmin. Lisäksi aihealueen sisällä käytetyt lääketieteelliset termit vaativat toisinaan lisäselvittelyä ja tarkempaa perehtymistä artikkeleihin. Osa artikkeleista saattoi esimerkiksi keskittyä tietyn erityishoidon kontekstin sisällä tapahtuvaan organisaatiotason viestintään tai sairaudesta viestimiseen, ei lääkärin ja potilaan vuorovaikutukseen erityishoidon kontekstin sisällä.

Systemaattisen tiedonhaun tarkoituksena on ennen kaikkea tunnistaa ja löytää kaikki katsauksen kannalta relevantit tutkimukset. Hakuprosessia pidetään systemaattisen kirjallisuuskatsauksen onnistumisen kannalta kaikista kriittisimpänä vaiheena. Hakuvaiheessa tehdyt mahdolliset virheet vääristävät tutkimustulosta ja tekevät siitä kautta epäluotettavan (Needleman 2002, Pudas-Tähkän & Axelin 2007, 49 mukaan.) Omassa tiedonhakuprosessissani etenin hakukokonaisuus kerrallaan ja kertosin säännöllisesti hakujen välillä valintakriteerini sekä tekemäni rajaukset johdonmukaisuuden säilymiseksi. Pyrin myös refleктоimaan artikkeleita aikaisempaan teoriataustaan ja tutkimusalaan yleensä. Tutkimusartikkeleiden äärellä on tärkeää säilyttää johdonmukaisuus, kriittinen arviointikyky ja samalla kuitenkin avoimuus aihetta kohtaan. Systemaattisen tiedonhaun pohjan tulee olla tukeva. (Hart 1998, 10 - 11; Machi & McEvoy 2009, 7.)

Tarkempaan tarkasteluun valikoitui lopulta 79 artikkelia, jotka luin läpi ja järjestelin ne lukukierroksen perusteella kyllä-, ehkä- ja ei- pinoihin. Lopullinen artikkelivalikoimani muodostui useamman kriittisen tarkastelukierroksen tuloksena. Tutkielmaan rajautui lopulta yhteensä 34 valintakriteerihini sopivaa artikkelia, jotka esittelen tarkemmin tulososiossa.

Jaottelu ja analysointi

Lopullisen artikkelivalikoiman selvityä kävin valitut artikkelit uudelleen systemaattisesti läpi. Kirjasin artikkeleista ensin tunnistetiedot ylös omaksi artikkeliluetteloksi (ks. liite 1). Tämän jälkeen rakensin tutkielman artikkeleista havainnollistavan esittelytaulukon (ks. taulukko 1 liitteestä 2), johon kirjasin jokaisesta artikkelista tutkijat, tutkimuksen tavoitteen, tutkimuksessa käsitellyt teemat, vuorovaikutusosapuolen näkökulman, tutkimuspaikan, aineiston, valitun menetelmän sekä tutkimusotoksen. Tavoitteenani oli hahmottaa artikkelien joukosta tutkimuskokonaisuuksia, joiden mukaan myös tutkielmani lopullinen jaottelu olisi järkevä toteuttaa. Tämä taulukon rakentaminen osoittautuikin merkittäväksi ja ”silmiä avaavaksi” vaiheeksi artikkelien purkamisessa. Hyödynsin taulukkoa myös useita kertoja analyysin myöhemmissä vaiheissa.

Varsinaisten tutkimuskysymysten lisäksi otin käyttöön analyysivaiheessa muutamia tarkentavia apukysymyksiä. Erityisesti tutkimusten näkökulmien ja yhteyksien osalta halusin kartoittaa esimerkiksi oliko tutkimuksia tehty lääkärin, potilaan vai molempien näkökulmasta? Miten artikkeleissa huomioitiin konteksti ja vuorovaikutuksen luonne? Keskityttiinkö tutkimuksissa esimerkiksi erityishoidon konteksteihin, pitkäaikaisiin hoitosuhteisiin vai kertaluonteisiin vastaanottotilanteisiin? Oliko vuorovaikutuksen tutkimuksen keskiössä lääkärin ja potilaan välinen dyadi vai oliko mukana kenties triaditutkimuksia? Millainen yhteys taustatekijöillä nähtiin vuorovaikutukseen? Miten kulttuurien väliset hoitosuhteet tai kulttuurien merkitys yleensä lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksen tutkimuksessa näkyi? Ja miten teknologiavälitteinen vuorovaikutus tai teknologiavälitteisyys oli artikkeleissa huomioitu?

Ensimmäinen selkeä jaotteluperuste olikin määriteltävissä vuorovaikutusosapuolen näkökulman mukaan. Jaottelin artikkelit *lääkärin näkökulmaan*, *potilaan näkökulmaan* ja *molempien osapuolien näkemykset huomioivaan näkökulmaan*. Määrittelin näkökulmavalinnan sen mukaan, kenen tulkintoihin tutkimustulokset perustuivat. Jos esimerkiksi artikkelin esittelemässä tutkimuksessa oli keskitytty potilaiden näkemyksiin tai kokemuksiin, määrittelin sen potilaan näkökulmaa tulkitsevaksi tutkimukseksi. Samalla logiikalla tulkitsin myös lääkärin näkökulmasta toteutetut tutkimukset. Mikäli tutkimus taas perustui havainnoitavan aineiston analysointiin tai molempien vuorovaikutusosapuolten näkemyksiin ja kokemuksiin,

määrittelin sen molempien näkökulmaa tulkitseväksi tutkimukseksi. Osassa tutkimusartikkeleita valittu näkökulma mainittiin jo otsikkotasolla, mutta pääsääntöisesti näkökulma selvisi vasta tarkemmin tutkimusasetelmaan ja menetelmiin perehdyttäessä.

Vuorovaikutusosapuolten lisäksi artikkeleista oli eroteltavissa seuraavat sisällölliset teemat:

- *tiedon kertominen hankkiminen ja saaminen*
- *välillinen teknologiavaikutteisuus / ulkopuoliset tietolähteet*
- *teknologiavälitteisyys*
- *relatiivinen kontrolli*
- *asymmetria*
- *tyytyväisyys ja hoitomyönteisyys*
- *odotukset*
- *osallistuminen*
- *tuki*
- *luottamus*
- *mukautuminen*
- *taustatekijät*
- *vuorovaikutustaidot*

Koostin teemoista oman taulukon (ks. taulukko 2 sivulla 36), jaotellen ne edellisessä kappaleessa esitetyn näkökulmajaottelun mukaan. Artikkeleissa käsitellyt erityishoidon kontekstit koostin omaan taulukkoonsa (ks. taulukko 3 sivulla 42). Lisäksi kokosin menetelmistä oman taulukon (ks. taulukkoa 4 sivulla 44) menetelmiä arvioivan luvun pohjaksi.

Samassa artikkelissa saatettiin käsitellä useampaa eri teemaa rinnakkain tai alisteisina toisilleen, joten tulosten raportointiosuutta varten artikkelien aihekokonaisuuksia tuli vielä työstää pidemmälle. Työstin kokonaisuuksia lukemalla artikkelit vuorovaikutusnäkökulmittain ja etsimällä sitä kautta niiden välistä yhteyttä ja ”punaista lankaa”. Lääkäreiden näkökulman tulososuuden kokonaisuus rakentui lopulta *lääkäreiden itsearvioinneista vuorovaikutusta kohtaan heidän muuttuneessa ammattiroolissaan sekä lääkärin odotuksista vuorovaikutusta kohtaan*. Potilaan

näkökulmasta merkittäviä tulokokonaisuuksia muodostui lopulta viisi: *1) huonon uutisen ja arkaluontoisen asian kertominen, 2) ulkopuolisten tietolähteiden merkitys vuorovaikutuksessa, 3) potilaan ja läheisen osallistuminen, 4) erityishoidon kontekstin merkitys potilaan odotuksiin sekä 5) potilaan kokemus tyytyväisyys ja sen vaikutus hoitomyöntyvyyteen*. Molempien osapuolten näkemykset huomioivassa näkökulmassa omiksi kokonaisuuksiksi muodostuivat: *1) teknologiavälitteisyys lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksessa, 2) taustatekijöiden yhteys potilaan tyytyväisyyteen, osallistumiseen ja relationaaliseen kontrolliin sekä 3) lääkärin ja potilaan odotukset tiedon sisällöstä*.

Jaottelutyötäni ohjasi ajatus analyysin ja synteessin tekemisestä mahdollisimman monitasoisesti ja monesta näkökulmasta valikoitujen artikkelien pohjalta. Seuraavaksi esittelen artikkelien aineiston pohjalta tehdyn analyysini tulokset.

4 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkielman analyysin aineisto koostuu 34 empiirisestä tutkimusartikkelista, jotka käsittelevät lääkärin ja potilaan vuorovaikutusta. Artikkeliluettelo on esillä tutkielman liitteessä 1. Artikkeleita lähemmin tarkasteleva ja luokitteleva taulukko 1 on puolestaan esillä tutkielman liitteessä 2. Seuraavissa alaluvuissa analysoidaan tarkemmin viimeksi mainitun liitteen tietoja sekä avataan kokonaisvaltaisemmin tutkielman artikkelien tuloksia.

Tutkielmani artikkeleissa lääkäristä käytetään useita eri nimityksiä lääketieteen erityisalojen mukaisesti (esim. pediatri, onkologi, geriatri). Selkeyden säilyttämiseksi käytän jatkossa tutkielmassani, havainnollistavia osuuksia lukuun ottamatta, näistä kaikista yhteistä yleisnimitystä 'lääkäri'. Eri tittelit eivät myöskään ole merkityksellisiä vuorovaikutuksen kannalta.

4.1 Lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksen tutkimus

4.1.1 Artikkelien näkökulmat ja teemat

Tutkielmani analyysin aineistona olleiden artikkeleiden perusteella tutkimusta on tehty viime vuosina erityisen paljon potilaan näkökulmasta. Sekä lääkärin että potilaan näkökulmat huomioivaan tutkimukseen on keskitytty toiseksi eniten. Lääkärin näkökulmaan on keskitytty selkeästi vähiten (ks. taulukko 2 sivulla 36). Tutkielmani tulos myötäilee tältä osin terveydenhuollossa tapahtunutta painopisteen muutosta potilaskeskeisempään suuntaan ja vahvistaa aikaisempaa tutkimustulosta siitä, että vuorovaikutustutkimus on siirtynyt yhä enemmän suhteellisemmäksi. Aikaisemmin vallinnut lääkärikeskeisyys näyttäisi olevan tutkimuksen valtavirtauksen ulkopuolella. Toisaalta molempien näkökulmat huomioivassa tutkimuksessa lääkärin näkökulma pääsee potilaan rinnalla tasavertaisesti esille, mikä onkin tärkeää osapuolten yhteisen ymmärryksen ja onnistuneen vuorovaikutuksen päämäärän saavuttamiseksi.

Taulukkoon 2 on koottu artikkeleissa käsitellyt teemat (yht. 13 kpl) lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksesta. Teemat on esitelty kolmen päänäkökulman – lääkärin, potilaan ja molempien osapuolten – kautta. Tämä havainnollistaa mielenkiintoisella tavalla, mitkä teemat kustakin näkökulmasta on koettu viimeaikaisessa tutkimuksessa merkityksellisiksi tutkimuskohteiksi.

TAULUKKO 2 Artikkeleissa käsitellyt teemat näkökulmajaottelun mukaan. Sama artikkeli saattoi sisältää useampia teemoja, minkä vuoksi teemojen lukumäärät eivät vastaa artikkelien lukumäärää taulukossa.

Tutkimusteemat	Lääkärin näkökulma	Potilaan näkökulma	Molempien näkökulma	Yhteensä
Artikkelien lukumäärä	3	21	10	34
Tiedon kertominen, hankkiminen ja saaminen		13	5	18
Välillinen teknologiavaikutteisuus/ulkopuoliset tietolähteet		8		8
Teknologiavälitteisyys			2	2
Relationaalinen kontrolli	1	1	2	4
Asymmetria			2	2
Tyytyväisyys ja hoitomyöntyvyys		10	4	14
Odotukset	2	3	1	6
Osallistuminen		7	4	11
Tuki			1	1
Luottamus		1	1	2
Mukautuminen		1	1	2
Taustatekijöiden vaikutus	3	1	7	11
Vuorovaikutustaidot	1	2		3

Seuraavissa kappaleissa avataan tarkemmin taulukon 2 teemoja ja niihin sisältyviä artikkeleita.

Taulukon 2 teema 'tiedon kertominen, hankkiminen ja saaminen' pitää sisällään artikkeleita, joissa käsitellään tiedon eri osapuolia (lääkärin tietoa, potilaan tietoa, osapuolten tavoitteellista vuoropuhelua), tiedon eri muotoja (esim. luottamuksellista tietoa, huonon uutisen tai arkaluontoisten asioiden kertomista, ongelman esittelyä tai hoitomuodon suosittamista), tiedon tavoitteita (tiedon etsimistä, tiedon tuottamista ja jakamista, diagnoosin rakentamista, yhteysymmärrystä, päätöksentekoa, määrällisesti ja laadullisesti riittävää sekä ymmärrettävää tietoa) ja tiedon tunnesisältöjä (esim. affektiivista tietoa ja huolen ilmaistemista). Tiedon

etsimiseen kuuluvat ne artikkelit, joissa käsitellään potilaan tiedon hankkimista eri tietolähteistä ja ulkopuolisen tiedon merkitystä vastaanoton vuorovaikutustilanteessa, esimerkiksi potilaan osallistumisen tai relationaalisen kontrollin osalta.

Tiedon etsimistä käsittelevät artikkelit ovat mainittu myös omana 'välillisesti teknologiavälitteiset ja ulkopuoliset tietolähteet' kategorianaan. Välillisen teknologiavaikutteisuuden käsite tulee siitä, että artikkeleissa käsiteltiin internetin merkitystä joko ainoana ulkopuolisena tietolähteenä tai tietolähteenä monien eri tietolähteiden (kirjat, lehtiset, artikkelit, läheiset jne.) joukossa. Tiedon etsimistä artikkeleissaan käsitelivät:

- Bass, Ruzek, Fleisher, McKeown-Conn & Moore (2006)
- Cegala, Bahnson, Clinton, David, Gong, Monk III, Nag & Pohar (2008)
- Imes, Bylund, Sabee, Routsong & Sanford (2008)
- Lewis, Gray, Freres & Hornik (2009)
- Royak-Schaler, Passmore, Gadalla, Hoy, Zhan, Tkaczuk, Harper, Nicholson & Hutchison (2008)
- Sabee, Bylund, Imes, Sanford & Rice (2007)
- Tustin (2010)
- Xie (2009)

'Teknologiavälitteisyys' -teemaan sisältyvät nimensä mukaisesti puhtaasti teknologiavälitteistä vuorovaikutusta tarkastelleet artikkelit. Tällaisia artikkeleita löytyi kaksi kappaletta. Toinen artikkeli käsiteli ison terveysaiheisen internetportaalin kautta käytyä henkilökohtaista viestien vaihtamista lääkärin ja potilaan välillä, ja toinen sähköpostin välityksellä käytyä vuorovaikutusta. Jälkimmäisessä myös vertailtiin sähköpostivälitteisen ja kasvokkaisen vuorovaikutuksen eroja lääkärin ja potilaan välillä. Teknologiavälitteisyyttä artikkeleissaan käsitelivät:

- Robinson, Turner, Levine & Tian (2011)
- Roter, Larson, Sands, Ford, Houston (2008)

'Relationaalisen kontrollin' teeman artikkeleissa kontrollin jakautumista lääkärin ja potilaan välisessä vuorovaikutuksessa tarkasteltiin useimmin joidenkin taustatekijöiden tai toisen vuorovaikutusteeman, kuten teknologiavälitteisen vuorovaikutuksen yhteydessä.

Relationaalista kontrollia artikkeleissaan käsitelivät muun muassa:

- Brown, Koji, Smith, Austin & Bickman (2007)
- Roter ym. (2008)

'Asymmetriaa' puolestaan tarkasteltiin kahdessa lääkärin vuorovaikutuskäyttäytymistä arvioivassa artikkelissa. Vaikka asymmetria onkin oma vuorovaikutusilmiönsä, jonka avulla tarkastellaan vallan jakautumista ja dynamiikkaa vuorovaikutusosapuolten kesken, on sillä yhtymäkohtansa myös relationaaliseen kontrolliin. Asymmetrian voisi ajatella ilmentävän sitä

osaa relationaalisesta kontrollista, jossa vuorovaikutuksen kulku määrittyy vahvasti toisen osapuolen vahvalla vallankäytöllä. Asymmetriaa artikkeleissaan tarkastelivat:

- Li, Koehn, Desroches, Yum & Deagle (2007)
- Pahal & Li (2006)

'Tyytyväisyyden ja hoitomyöntyvyyden' teemaan sisältyivät ne artikkelit, joissa käsiteltiin onnistuneen vuorovaikutustilanteen teemoja tai tekijöitä, jotka ovat yhteydessä potilaan tyytyväisyyteen tai hoitomyöntyvyyteen. Hoitomyöntyvyys on usein yhteydessä potilastyytyväisyyteen, minkä vuoksi nämä kaksi teemaa oli luonnollista yhdistää yhteiseksi teemakategoriaksi. Onnistuneen vuorovaikutustilanteen ja potilastyytyväisyyden teemaa artikkeleissaan käsitelivät muun muassa:

- Blanquicett, Amsbary, Mills ja Powell (2007)
- Koermer ja Kilbane (2008)

'Odotukset' -teeman artikkelit keskittyivät tarkastelemaan niitä tapoja, joilla osapuolet ilmentävät odotuksiaan vuorovaikutuksessa. Lisäksi artikkeleissa selvitettiin ja kuvailtiin osapuolten odotuksia vuorovaikutuksen luonteesta, tarpeista (esim. tiedon määrästä tai emotionaalisesta tuesta) ja kulusta (osapuolten osuuksista ja tavoista osallistua vuorovaikutukseen). Odotusten teemaa artikkeleissaan käsitelivät muun muassa:

- Baker, Gallois, Driedger, Santesso (2011)
- Coran Arnold & Arnold (2010)
- Real, Bramson & Poole (2009)
- Munoz Sastre, Sorum & Mullet (2011).

'Osallistumisen' teema piti sisällään artikkeleita, joissa tarkasteltiin nimensä mukaisesti osapuolten (useassa tapauksessa potilaan) osallistumista vuorovaikutukseen joko yleisellä tasolla tietyn osa-alueen osalta (esim. päätöksenteko), tai tiettyjen taustatekijöiden yhteydessä (esim. lapsipotilaan ikä tai vanhemman koulutustaso). Kategoriaan sisältyivät myös tutkimukset, joissa käsiteltiin osallistumista edistäviä tai rajoittavia tekijöitä. Osallistumisen teemaa artikkeleissaan käsitelivät muun muassa:

- Cegala (2011)
- Heritage & Robinson (2006)

'Tukea' käsiteltiin yhdessä artikkelissa (Robinson ym. 2011). Tässä tapauksessa tuki liitettiin kroonista sairautta potevien potilaiden ja lääkäreiden teknologiavälitteiseen vuorovaikutukseen.

'Luottamus' tuli esiin teemana kahdessa artikkelissa. Toisessa tarkasteltiin luottamuksen yhteyttä potilaan osallistumishalukkuuteen vuorovaikutuksessa ja toisessa taas lääkärin

uupumuksen mahdollista yhteyttä potilaan kokemaan luottamukseen. Luottamusta artikkeleissaan käsittelevät:

- McComas Yang, Gay, Leonard, Dannenberg & Dillon (2010)
- Ratanawongsa ym. (2008)

'Mukautumisen' teemaa käsiteltiin niin ikään kahdessa artikkelissa. Mukautuminen nähtiin paitsi yhteisymmärrystä edistävänä "vuorovaikutusvälineenä" osapuolten välillä, myös avaimena eri erityishoidon kontekstien onnistuneeseen vuorovaikutukseen. Välillisemmin käsitettä pohdittiin myös rooliin mukautumisen näkökulmasta. Mukautumista artikkeleissaan käsittelevät:

- Baker ym. (2011)
- Hajek, Villagran & Wittenberg- Lyles (2007)

'Taustatekijöiden' merkityksellisyys ja vaikutus vuorovaikutuksessa korostui yhteensä 11 artikkelissa. Esimerkiksi Brownin ja kumppaneiden (2007) artikkelissa merkittäväksi taustavaikuttajaksi osoittautui lapsipotilaan vanhemman sosiaalinen status. Coxin, Smithin, Brownin ja Fitzpatrickin (2009) triadi-näkökulmaisessa artikkelissa tarkasteltiin lapsen iän ja vanhempien koulutustaustan yhteyttä potilaan puolen osallistumiseen vuorovaikutuksessa. Ratanawongsan, Roterin, Beachin, Lairdin, Larsonin, Carsonin ja Cooperin (2008) artikkelissa tarkasteltavana taustatekijänä oli lääkärin uupumustaso. Lääkärin näkökulmaa tarkastelevista kolmesta artikkelista kahdessa ikä oli merkittävä tekijä ja yhdessä tarkasteltiin lääkärin ammatti-identiteetin yhteyttä lääkärin käsityksiin vuorovaikutuksesta. Lähes kaikissa tutkielman artikkeleissa taustatekijöitä kartoitettiin jollakin tasolla, mutta suurimmassa osassa ne eivät olleet keskeisessä asemassa tutkimusnäkökulman osalta tai muodostuneet keskeisiksi tutkimustulosten kannalta. Yllä mainittujen lisäksi taustatekijöiden vaikutusta vuorovaikutukseen artikkeleissaan käsittelevät:

- Bass ym. (2006)
- Cegala (2011)
- Coran ym. (2010)
- Gray (2009)
- Heritage & Robinson (2006)
- Li ym. (2007)
- Pahal & Li (2006)
- Real ym. (2009)

'Vuorovaikutustaidot' -teemaan sisältyi kolme artikkelia, joissa tarkasteltiin vuorovaikutustaitoja lääkärin käsitysten, potilaan odotusten ja myönteisten vuorovaikutuskokemusten kautta. Vuorovaikutustaitoja artikkeleissaan käsitelivät:

- Coran ym. (2010)
- Avtgis & Polack (2007)
- Blanquicett ym. (2007)

Yksittäisen teeman laajuus artikkelin sisällä vaihteli eri artikkelien kesken. Osa artikkeleista keskittyi selkeästi yhden teeman ympärille. Toisissa artikkeleissa tutkittavia teemoja oli taas useampia ja ne olivat keskenään melko tasa-arvoisia. Tästä esimerkkinä Munoz Sastren ja kumppaneiden (2011) artikkeli, jossa pureuduttiin huonon uutisen kertomisen problematiikkaan ja potilaan tyytyväisyyteen. Joissain artikkeleissa saattoi taas erottaa varsinaisen pääteeman ja sille alisteiset pienemmät alateemat. Esimerkiksi Robinsonin ja kumppaneiden (2011) artikkelissa pääteemana oli teknologiavälitteinen vuorovaikutus, mutta sille alisteisena teemoina olivat potilaan kokema tuki ja tyytyväisyys.

Taulukosta 2 (ks. sivu 36) voi havaita, että lääkärin näkökulmasta toteutetut artikkelit käsitelivät kaikki tutkimusasetelmissaan taustatekijöiden yhteyttä vuorovaikutukseen. Potilaan näkökulmasta tehdyt artikkelit keskittyivät paljolti tiedon kertomisen, hankkimisen ja saamisen teemojen ympärille. Vahvoja teemoja potilaan näkökulmasta olivat myös tyytyväisyyden ja hoitomyöntyvyyden sekä osallistumisen teemat. Molempien osapuolten näkemykset huomioivassa näkökulmassa käsiteltävät teemat jakautuivat tasaisemmin, mutta taustatekijöiden yhteyttä vuorovaikutukseen tarkasteltiin useassa artikkelissa. Yleisesti ottaen artikkelit käsitelivät useimmin juuri tiedon merkitykseen liittyvää problematiikkaa, tyytyväisyyttä ja hoitomyöntyvyyttä, osallistumista sekä taustatekijöiden yhteyttä vuorovaikutuksessa.

4.1.2 Artikkelien kontekstit

Tutkielman artikkeleissa keskityttiin pääsääntöisesti kertaluontoisiin, lyhytkestoiisiin vastaanottotilanteisiin. Vuorovaikutuksen osapuolina olivat näin ollen pääsääntöisesti toisilleen ennalta tuntemattomat potilas ja lääkäri. Systemaattisen tiedonhaun

yhteydessä löytyi myös artikkeleita, joissa käsiteltiin sairaalahoidon yhteydessä tapahtuvaa vuorovaikutusta. Näissä artikkeleissa lääkäri oli kuitenkin vain yksi osa tutkittavaa hoitohenkilökuntaa, jonka vuoksi ne rajautuivat tämän tutkielman ulkopuolelle.

Vaikka useissa artikkeleissa erityishoidon kontekstina olikin jonkin pitkäaikaisen, kroonisen sairauden hoitotilanne, ei artikkeleissa keskitytty kuitenkaan pitkäaikaisen vuorovaikutussuhteen tarkasteluun. Toisin sanoen hoitosuhteen pituus itsessään ei ollut näissä artikkeleissa tutkimusasetelman kannalta merkittävässä asemassa. Ainoastaan Burken, Earleyn, Dixonin, Wilken & Puczynskin (2006) sekä Bakerin ja kumppaneiden (2011) artikkeleissa käsiteltiin kroonisen sairauden hoitoon liittyvien toistuvien vastaanottojen vuorovaikutusta. Näissäkään tapauksissa ei kuitenkaan otettu suoranaisesti kantaa siihen, olivatko vuorovaikutuksen osapuolet toisilleen ennalta tuttuja, vai vaihtuivatko lääkärit vastaanottojen välillä.

Myös Robinsonin ja kumppaneiden (2011) artikkeli käsitteli kroonisesti sairaiksi luokiteltavia diabetespotilaita, mutta tässäkin tapauksessa painopiste oli pitkäaikaisen hoitosuhteen sijaan vuorovaikutuksen sisällöllisessä teemassa, tuen saamisessa. Lin ja kumppaneiden (2007) tyytyväisyyttä ja vuorovaikutuskäyttäytymistä tarkastelevassa artikkelissa osapuolten tuttuuden taso määriteltiin siten, että potilaan oli tullut käydä vähintään kahdesti aikaisemmin saman lääkärin vastaanotolla ennen artikkelissa kuvattua vastaanottokertaa. Lisäksi joissakin artikkeleissa vuorovaikutussuhteen pituus huomioitiin yhtenä vuorovaikutukseen vaikuttavana tekijänä. Tällöin lääkärin ja potilaan keskinäinen tuntemus tai yhteisten vastaanottokertojen määrä oli yksi tarkasteltavista taustatekijöistä (ks. esim. Sabeer ym. 2007).

Artikkeleissa keskityttiin sekä yksityisasemien että julkisten terveysasemien vastaanottotilanteisiin. Lisäksi artikkeleissa esiteltiin tutkimuksiin oli osallistunut niin yleislääkäreitä kuin erikoislääkäreitäkin. Mukana oli kiireettömän hoidon vastaanottoja, seurantavastaanottoja, erityishoidon vastaanottotilanteita ja akuutin ensihoidon vastaanottotilanteita. Artikkeleissa myös vertailtiin keskenään erilaisia vuorovaikutuskonteksteja. Esimerkiksi Realin ja kumppaneiden (2009) tutkimuksessa lääkärin ja potilaan vuorovaikutusta lähestyttiin 14 terveyskeskuslääkärin ja 29 yksityisasemalla työskentelevän lääkärin kautta.

Vuorovaikutusta tarkasteltiin jonkin tietyn nimetyn erityishoidon kontekstissa yhteensä 18 artikkelissa. Muissa artikkeleissa ei eritelty tarkemmin lääkäreiden erityishoidon alaa, tai sitten erityishoidon alat eivät olleet merkityksellisessä asemassa vuorovaikutuksen näkökulmasta. Artikkeleissa esiintyneet erityishoidon kontekstit kappalemäärineen on esitelty taulukossa 3.

TAULUKKO 3 Artikkeleissa käsitellyt erityishoidon kontekstit

Erityishoidon kontekstit	Artikkelit /kpl
Syöpäsairaudet/ Onkologia	6
Lastensairaudet/pediatria	3
Diabetes	2
Vanhuusiän sairaudet/geriatria	2
Synnytysvastaanotto	1
Sisätaudit	1
Liikuntaelinsairaudet/reumatologia	1
Verenpainetaudit	1
Plastiikkakirurgia	1

Yhdeksästä eri erityishoidon kontekstista tutkituimmaksi osoittautui syöpäsairauksien yhteydessä tehty lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksen tutkimus. Muutamissa artikkeleissa tutkimuksen otokseen oli valittu lääkäreitä useilta eri erityishoidon aloilta (esim. Coran ym. 2010; Pahal & Li 2006). Määriteltyjen erityishoidon alueiden lisäksi yhdessä artikkelissa tarkasteltiin myös erikoislääkärin ja yleislääkärin eroja vuorovaikutuksessa potilaan kanssa (Baker ym. 2011).

Syöpäpotilaiden erityishoidon kontekstia esittelevissä artikkeleissa oli usein keskitytty ulkopuolisen tiedon hankkimiseen ja tiedon vaikutuksiin vuorovaikutuksessa (ks. Bass ym. 2006, Cegala ym. 2008, Lewis ym. 2009, Royak-Schaler ym. 2008, Tustin 2010). Teeman tutkiminen syöpäpotilaiden keskuudessa onkin perusteltua, sillä heidän kohdallaan monipuolisen tiedon saamisen tarve korostuu taudinkuvan pitkäkestoisen ja vakavan luonteen vuoksi. Toisaalta tutkimussuuntauksen muodostumiseen on saattanut myös myötävaikuttaa syöpäsairauksiin keskittyvien terveystietojen ja -portaalien monipuolinen tarjonta

Yhdysvalloissa, joissa artikkeleiden tutkimukset olivat hyvin pitkälti toteutettu. Terveysportaaleita on toki käytössä muissakin maissa. Suomessa yksi tunnetuimmista terveystaaleista on esimerkiksi poliklinikka.fi -portaali.

Maantieteellisesti katsottuna valtaosa (27 tutkimusta) lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksen empiirisestä tutkimuksesta viiden viime vuoden aikana on tehty Yhdysvalloissa. Seitsemän muuta tutkimusta oli tehty joko Kanadassa, Ranskassa, Australiassa tai Englannissa.

Yhteensä viidessä artikkelissa (Brown ym. 2007; Cox ym. 2009; Sabee ym. 2007; Taylor Haase-Casnovas, Weaver, Kidd & Garralda 2010; Tsai 2007) vuorovaikutusta tutkittiin perinteisen lääkäri-potilas -dyadin sijaan lääkärin, potilaan ja potilaan läheisen välillä. Näistä triaditutkimuksista kolme oli tehty potilaan näkökulmasta ja kaksi molemmat vuorovaikutusosapuolet huomioivasta näkökulmasta.

Potilaan näkökulmasta yksi tutkimus käsitteli potilaan tai hänen läheisensä vastaanotolla esille tuoman ulkopuolisen tiedon vaikutuksia vuorovaikutuksessa (Sabee ym. 2007). Kahdessa muussa potilasnäkökulmaisessa tutkimuksessa painopiste oli potilaan osallistumisen problematiikassa. Toisessa keskityttiin selvittämään lapsipotilaan osallistumista vuorovaikutukseen (Taylor ym. 2010) ja toisessa potilaan läheisen läsnäolon vaikutusta ylipäätään potilaan puolen edustajien osallistumiseen vuorovaikutuksessa (Tsai 2007). Potilaan puolella viitataan siis sekä potilaaseen että potilaan taustajoukkoihin. Molempien näkökulmaa tarkastelevissa artikkeleissa käsiteltiin lääkärin, lapsipotilaan ja vanhemman vuorovaikutusta. Toinen artikkeleista tarkasteli lääkärin ja lapsipotilaan vanhemman vuorovaikutusta erityisesti osapuolten taustatekijöiden (mm. sosiaalisen statuksen) yhteneväisyyden kautta (Brown ym. 2007). Toisessa artikkelissa lapsen osallistumista tarkasteltiin lapsipotilaan iän ja vanhempien koulutustaustan yhteydessä (Cox ym. 2009).

Kulttuurienvälinen vuorovaikutus lääkärin ja potilaiden välillä ei osoittautunut merkittäväksi tutkimusaiheeksi. Aihetta käsitteleviä artikkeleita ei valikoitunut mukaan tutkielmaan ainuttakaan. Kulttuurienvälisyyttä oli kyllä tarkasteltu muutamissa empiirisissä tutkimusartikkeleissa, mutta näissä tapauksissa hyvin lingvistisestä näkökulmasta, jonka vuoksi ne rajautuivat pois lopullisesta aineistosta.

Seuraavissa alaluvuissa (4.2, 4.3, 4.4 ja 4.5) syvennytään tarkastelemaan tarkemmin artikkelien keskeisiä tuloksia menetelmien ja edellä mainittujen näkökulmien, teemojen ja kontekstien mukaan. Lopulliset asiakokonaisuudet ovat muodostuneet artikkelien aineiston tarkemman analyysin ja synteessin perusteella.

4.2 Artikkeleissa käytetyt menetelmät

Tutkielmani analyysin aineistona olleiden artikkeleiden perusteella lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksen tutkimuksen menetelminä käytetään useimmin erilaisia kyselyitä ja haastatteluja. Yleisesti ottaen käytetyt menetelmät olivat keskenään melko samankaltaisia. Toisaalta menetelmät kertovat ennen kaikkea tutkittavan kohteen luonteesta. Kaikki artikkeleissa käytetyt menetelmät ovat nähtävillä taulukossa 4.

TAULUKKO 4 Artikkelien aineiston hankintamenetelmät näkökulmajaon mukaan

Menetelmät	Lääkärin näkökulma	Potilaan näkökulma	Molempien näkökulma	Yhteensä
Kysely	1	9		10
Haastattelu	2	8	1	11
Observointi	-	1	-	1
Sähköpostikokoelma	-	-	2	2
Monimenetelmä:				
Haastattelu ja kysely	-	1	-	1
Observointi ja kysely	-	1	7	8
Tapauskuvaukset ja kysely	-	1	-	1

Yhteensä 34 artikkelista kymmenessä tutkimuksen aineisto perustui pelkästään kyselyn avulla hankittuun aineistoon ja kaikkiaan kyselyä käytettiin menetelmänä 20 artikkelissa. Tämän perusteella kysely oli siis suosituin tutkimusmenetelmä potilaan ja lääkärin vuorovaikutustutkimuksessa.

Pelkästään kyselyä tutkimuksen menetelmänä käyttivät Avtgis ja Polack (2007), Cegala ym. (2008), Coran ym. (2010), Hajek ym. (2007), Imes ym. (2008), Koermer

ja Kilbane (2008), Lewis ym. 2011, Sabeen ym. (2007) sekä Tustin (2010). Myös Lewisin ja kumppaneiden (2009) tutkimuksen menetelmänä käytettiin kyselyä, mutta kysely perustui aiheen pilottitutkimuksessa toteutettuun haastatteluun.

Sabeen ja kumppaneiden (2007) sekä Koermerin ja Kilbanen (2008) potilaille kohdistamassa kyselyssä hyödynnettiin soveltaen 'palvelujen tarjoajan sosiaalisuusasteikkoa' ('Service Provider Sociality Scale, SPSS'). Potilaiden tuli arvioida näissä edellistä vastaanottokäyntiään lääkärillä. Edelleen potilaat arvioivat asteikon osa-alueita Likert -asteikolla.

Imesin ja kumppaneiden (2008) kyselytutkimus toteutettiin puolestaan verkkokyselynä. Potilaat vastasivat taustatekijöihin liittyvien kysymysten lisäksi 11 suljettuun ja 4 avoimeen kysymykseen koskien internetistä saadun tiedon vaikutusta lääkärin kanssa käytyyn vuorovaikutukseen.

Coran ja kumppanit (2010) kohdistivat lääkäreille tiiviin, yhden sivun mittaisen kyselylomakkeen, jossa kyseltiin perinteisten taustatietojen lisäksi vuorovaikutukseen liittyvien taitojen käyttöä. Tutkimuksessa haluttiin säilyttää lääkärin oma tulkinta viestintätaitoiksi mielletävistä osa-alueista, joten kyselylomakkeessa ei tarjottu valmiita vaihtoehtoja tai käsitteitä taitojen määrittelyyn.

Haastattelu oli kyselyn rinnalla käytetyin menetelmä, jos jätetään monimenetelmälliset tutkimukset vertailun ulkopuolelle. Yhteensä 11 tutkimusta perustui pelkästään haastattelumenetelmin hankittuun aineistoon. Haastattelua käyttivät Baker ym. (2011), Bass ym. (2006), Blanquicett ym. (2007), Burke ym. (2006), Gray (2011), McComas ym. (2010), Real ym. (2009), Sparks ym. (2007), Step ja Ray (2011), Taylor ym. (2010) ja Xie (2009). Haastattelujen muoto ja rakenne vaihtelivat kasvokkaishaastatteluista (esim. Baker ym. 2011; Gray 2011; Real ym. 2009 ja Sparks ym. 2007) puhelinhaastatteluihin (esim. Bass ym. 2006; Blanquicett ym. 2007 ja McComas ym. 2010) ja yksilöhaastatteluista ryhmähaastatteluihin.

Haastattelujen strukturoinnin tasot ja ajalliset pituudet vaihtelivat niin ikään – melko paljonkin eri tutkimusten kesken. Yksilöhaastattelut olivat luonnollisesti yleisin haastattelumuoto, mutta Burke ja kumppanit (2006) sekä Xie (2009) käyttivät menetelmänään ryhmähaastattelua. Siinä missä Baker ja kumppanit (2011) luottivat lääkäreille ja potilaille kohdistettuihin avoimiin syvähaastatteluihin, toteutti Gray

(2011) puolestaan lääkäreille strukturoidut kasvokkaishaastattelut, joiden keskimääräinen kesto oli vain noin 20 minuuttia.

Haastattelun yhteydessä analyysimenetelmänä käytettiin useassa tapauksessa ankkuroitua tai aineistopohjaista teoriaa ('Grounded theory') (esim. Real ym. 2009; Sparks ym. 2007), mikä soveltuu hyvin käytettäväksi erityisesti silloin, kun aiheesta ei ole vielä tuotettu jäsenneltyä tietoa tai vakiintuneita teorioita (ks. Lähdesmäki, Hurme, Koskimaa, Mikkola & Himberg 2009). Vakiintuneen teorian puute ei toisaalta ole kielteinen asia tieteen näkökulmasta, vaan kielii omalta osaltaan tutkimusalueen vireydestä ja ennakkoluulottoman tuoreesta lähestymistavasta lääkärin ja potilaan vuorovaikutukseen. Vuorovaikutusta halutaan siis yhä kartoittaa tässä kontekstissa mahdollisimman ilmiölähtöisesti ja -hakuisesti. Myös tutkimusalueen näkökulmamuutokset lääkärikeskeisyydestä potilaskeskeisyyteen ja suhdekeskeisyyteen, ovat vaikuttaneet todennäköisesti omalta osaltaan vuorovaikutuksen teemojen ja erityiskontekstien tarkasteluun yhä uudestaan ilmiölähtöisesti.

Observointia käytettiin yllättävän vähän ainoana tutkimusmenetelmänä, vaikka sen asema menetelmänä on aikaisemman tutkimuksen mukaan vahvistunut suhdekeskeisyyden yleistyttyä. Tämän tutkielman artikkeleissa vain yksi tutkimus perustui puhtaasti tutkijan omiin havaintoihin (Tsai 2007). Sen sijaan useampaa menetelmää hyödyntävissä monimenetelmätutkimuksissa observointi oli suosittu menetelmä ja sen rinnalle toiseksi menetelmäksi valittiin usein kysely (esim. Brown ym.; Cegala 2011; Cox ym. 2009; Heritage & Robinson 2006).

Monimenetelmätutkimuksissa kyselyn tehtävänä oli useimmiten kartoittaa vuorovaikutukseen osallistuvien osapuolten taustatekijöitä. Observoinnin tehtäväksi jäi taas itse ilmiön tutkiminen. Observoinnin yhteydessä hyödynnettiin erilaisia analyysimenetelmiä, kuten Roterin vuorovaikutusanalyysiä ('Roter Interaction analysis system') (esim. Brown ym. 2007; Cox ym. 2009; Li ym. 2007; Pahal & Li 2006; Ratanawongsa ym.), keskusteluanalyysiä ('conversation analysis') (Heritage & Robinson 2006) tai retorista analyysiä ('rhetorical analysis') (Gray 2011).

Kahdessa artikkelissa tutkimukset (Robinson ym. 2011; Roter ym. 2008) perustuivat potilaiden luovuttamiin sähköpostikeskusteluihin lääkärinsä kanssa. Nämä ovat

merkitty taulukossa 4 (ks. sivu 44) kohtaan 'sähköpostikokoelma'. Kummassakin artikkelissa vuorovaikutusta tarkasteltiin sekä lääkärin että potilaan näkökulmasta. Robinsonin ja kumppaneiden (2011) tutkimustiimi käytti sisällönanalyyssimenetelmänään alun perin Cutronan ja Russelin (1990) muovaamaa sosiaalisen tuen analyysiaihiota, kun taas Roterin tutkimustiimi luotti Roterin vuorovaikutusanalyysiin.

Molempien osapuolten näkökulmaa tarkastelevissa artikkeleissa käytettiin eniten monimenetelmällisyyttä, yleisimmin observointia ja kyselyä. Kymmenestä monimenetelmätutkimuksesta seitsemän keskittyi molempien sekä lääkärin että potilaan näkökulmaan.

Tutkielman analyysin aineistona olleiden artikkelien tarkemmat menetelmävalinnat ovat nähtävillä taulukossa 1 (liite 2).

4.3 Tutkimuksen fokus lääkäriin

Lääkäreiden itsearviointeja vuorovaikutuksesta muuttuneessa ammattiroolissa

Lääkärin näkökulmaan on keskitytty viime vuosina vuorovaikutuksen tutkimuksen osalta varsin vähän. Tämä on toisaalta ymmärrettävää, sillä vallitsevan potilaskeskeisyyden ymmärtäminen kaipaakin potilaan näkökulmasta tehdyn tutkimuksen laaja-alaista avaamista. Silti terveydenhoitoalan suuri muutos sairauskeskeisestä lähestymistavasta potilaskeskeiseen, on luonut uuden tarpeen tarkastella myös lääkärin näkökulmaa ja käsityksiä. Tällä kertaa muuttuneen ammattiroolin ja potilaan odotusten keskellä (Gray 2011, 281).

Vaikuttavana tekijänä ikä. Gray (2011, 284 - 285) on tarkastellut artikkelissaan ammattiroolin muutosta vertailemalla eri ikäluokan lääkäreiden näkemyksiä vuorovaikutusosapuolten rooleista ja odotuksista vuorovaikutuksessa. Roolien ja odotusten lisäksi lääkäreiden käsityksiä tarkasteltiin myös relationaalisen kontrollin jakautumisen osalta. Lääkärit jaettiin kolmeen ryhmään: yli 30-vuotiaisiin, yli 40-vuotiaisiin ja yli 50-vuotiaisiin. Artikkelin mukaan lääkärit ikäluokasta riippumatta

tunnustavat ja ymmärtävät potilaan keskeisen roolin vuorovaikutuksessa, mutta potilaskeskeisyyden painotuksissa on eroja eri ikäluokkien kesken. Yli 50-vuotiaiden lääkäreiden näkemyksiä voidaan kutsua potilaskeskeiseksi paternalismiksi ('patient-centered paternalism'). Näkemyksen edustajille on tyypillistä korostaa oman ammattitaidon ylivoimaisuutta vuorovaikutustilanteen hyödyllisyyden näkökulmasta. Potilaskeskeisen paternalismin mukaan potilaan keskeisin tehtävä vuorovaikutuksessa on 'johdattaa lääkäri oikealle polulle' ratkoessaan ongelmaa. Näkemyksen mukaan potilas ja lääkäri eivät ole tasavertaisia, mutta potilaan aktiivisuus koetaan myönteisenä ja kannustettavana asiana lääkärin näkökulmasta. Suhde nähdään kuitenkin perustaltaan asymmetrisenä.

Yli 40-vuotiaiden lääkäreiden näkemyksiä puolestaan voidaan kutsua yhteistyöpainotteiseksi potilaskeskeisyydeksi ('collaborative patient-centered'). Tämän näkemyksen edustajat kokevat potilaan tasa-arvoisena osapuolena vuorovaikutustilanteen hyödyllisyyden näkökulmasta. Näkemyksen mukaan molemmilla vuorovaikutuksen osapuolilla on erilliset, mutta yhtä tärkeät tehtäväalueensa. (Gray 2011, 285.)

Yli 30-vuotiaiden lääkäreiden näkemyksille on tyypillistä potilaan autonomisuutta korostava potilaskeskeisyys ('autonomous patient-centered'). Tämän näkemyksen edustajat kokevat itsensä ennen kaikkea omaa ammattitaitoaan ja osaamistaan tarjoavana tahona, jonka pohjalta potilas tekee itsenäisen päätöksen siitä, millä tavoin haluaa saamaansa tietoa ja osaamista hyödyntää. Päinvastoin kuin potilaskeskeisessä paternalismissa, tässä lääkärin keskeisin tehtävä on 'johdattaa potilas oikean polun ääreen'. (Gray 2011, 285 - 286.)

Artikkelissa esitetyn nuorimman ikäryhmän näkemykset vastaavat hyvin pitkälti relationaalisen kontrollin kuluttajamallia, jossa potilas nähdään palveluita ostavana kuluttajana ja lääkäri asiantuntemustaan tarjoavana palveluntarjoajana. Kaiken kaikkiaan Grayn (2011) artikkeli avaa tärkeällä ja mielenkiintoisella tavalla lääkärin käsityksiä ja odotuksia relationaalisen kontrollin jakautumisesta vuorovaikutuksessa. Lääkäriksi valmistumisen ajankohdalla, oman aikaisen koulutuksen sisällöllä ja koulutuksen aikaisella terveydenhoitokäsityksellä yleisemmin, saattaisi siis olla yhteys lääkärin näkemyksiin vuorovaikutusosapuolten rooleista. Samalla vaikuttaisi siltä, että uran alussa syntyneet näkemykset määrittelevät suhtautumista myös

pitkällä aikavälillä. Artikkelissa esitellyn tutkimuksen heikkous yleistettävyyden kannalta on kuitenkin sen suhteellisen pieni otos (14 lääkäriä). Tutkimus olisikin mielenkiintoista toistaa isommalla otoksella ja sisällyttää arvioitaviin teemoihin relationaalisen kontrollin ja osallistumisen lisäksi myös tiedon kertomiseen ja saamiseen liittyviä tutkimusteemoja.

Lääkäriin iällä on todettu olevan yhteys myös heidän käsityksiinsä ja painotuksiinsa omista vuorovaikutustavoistaan. Artikkelin mukaan nuoret lääkärit pitävät kuuntelemista selvästi merkityksellisempänä osa-alueena vuorovaikutustilanteessa kuin vanhemmat lääkärit. Vanhemmat lääkärit puolestaan korostavat verbaalista viestintää nuorempia enemmän pitäen sitä merkittävämpänä vuorovaikutuksen taitoalueena vastaanotoilla. (Coran ym. 2010, 4.)

Vaikuttavana tekijänä ammatti-identiteetti. Iän lisäksi lääkäreiden näkemyksiin vuorovaikutuksesta vaikuttavat heidän ammatti-identiteettinsä. Artikkelin mukaan lääkärin ammatti-identiteetti on yhteydessä siihen, millaisena he näkevät oman roolinsa suhteessa potilaaseen. Lisäksi ammatti-identiteettiin ovat yhteydessä myös symboliset ja materiaaliset taustavaikuttajat (esim. työyhteisön hoitokulttuuri, vastaanoton ympäristötekijät). (Real ym. 2009, 575.)

Lääkäriin ammatti-identiteetit voidaan jakaa kolmeen pääkategoriaan: ammattisidonnaiseen, suhdesidonnaiseen ja elinkeinosidonnaiseen kategoriaan. Ammattisidonnaisen kategorian edustajille lääkärin ammatti on itseisarvo. Lääkärintyö koetaan erityiseksi ja arvostetuksi ammatiksi. Näkemykseen liittyy ajatus kutsumuksesta, arvostetusta ja nöyrästä ammatista, jolle omistaudutaan. Ammattisidonnainen lääkäri näkee vuorovaikutuksen potilaan kanssa tiiviinä osana työtään. Silti heidän näkemyksensä ei korosta vuorovaikutuksen dynaamista näkökulmaa. Oikeastaan päinvastoin – potilas nähdään enemmän kiinteänä palasena lääkärin toteuttaman ammatin palapelissä. Tämän ammatti-identiteetin edustajat korostavat vuorovaikutuksessa potilaan kanssa usein kiireettömyyttä, kuuntelemista ja läsnäolon taitoa. (Real ym. 2009, 579 - 580.)

Suhdesidonnaisessa kategoriassa lääkärin ammatti-identiteetti perustuu juuri potilaan kanssa käytävään vuorovaikutukseen. Tämän identiteetin edustajat kokevat, että ammatti ”elää” vuorovaikutuksessa ja tarvitsee potilaan kanssa käytyä vuorovaikutusta ollakseen olemassa ja kyetäkseen toteuttamaan ammattiaan.

Ammatin tärkein sisältö ja palkinto on toisen ihmisen auttaminen ja siitä saatu palaute. Vuorovaikutus nähdään dynaamisena ja vastavuoroisena tilanteena, jossa empatia ja toisen kunnioittaminen ovat merkittävässä roolissa. (Real ym. 2009, 581 - 582.)

Elinkeinosidonnaisessa kategoriassa ammatinvalintaan ovat vaikuttaneet usein taloudelliset kannustimet ja ammattia myös harjoitetaan liike-elämän pelisäännöillä – lääkärin työ nähdään ennen kaikkea kannattavana sijoituksena. Näissä tapauksissa lääkärit hakeutuvatkin usein yksityisille lääkäriasemille tai useammalle sellaiselle. Tämän ammatti-identiteetin edustajilla on usein välitön ja kunnioittava suhtautuminen potilaisiin. Vuorovaikutus potilaan kanssa koetaan miellyttävänä osana työtä, mutta sitä halutaan tehdä myös omilla ehdoilla ilman jonkin ulkopuolisen instituution (esim. sairaalan) odotuksia ”oikeanlaisesta” vuorovaikutuksesta. Yksityisasemat merkitsevätkin ympäristönä näille ammatti-identiteetin edustajille myös vapautta toimia vuorovaikutuksessa potilaan kanssa haluamallaan tavalla. (Real ym., 2009, 582 - 585.)

Artikkelissa esitetyt ammatti-identiteetit vaikuttavat limittäisiltä, aavistuksen kärjistetyiltä ja vähintäänkin yksinkertaistetuilta. Tuskin esimerkiksi yksityisillä asemilla työskentelevät lääkärit ovat kaikki poikkeuksetta taloudellisten motiivien perässä kulkevia yhteisten normien kaihtajia. Lääkäreiden sijoittumiseen työelämässä vaikuttavat myös valitut erikoistumisalueet. Lisäksi merkittävä osa lääkäreistä, esimerkiksi Suomessa, työskentelee sekä julkisella että yksityisellä puolella. Lääkärin ammatti-identiteetti saattaa toki vaikuttaa yhtenä taustatekijänä lääkärin asenteisiin vuorovaikutuksesta, mutta ainoa määrittelevä tekijä se tuskin on.

Lääkärin odotukset vuorovaikutuksesta

Lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksen tutkimuksessa on usein keskitytty selvittämään potilaiden odotuksia lääkärin vuorovaikutuksesta. Coranin ja kumppaneiden (2010, 5) artikkelissa asetelma käännettiin toisinpäin ja tarkasteltavana olivatkin lääkäreiden odotukset potilaan vuorovaikutuksesta. Erityisesti huomiota kiinnitettiin siihen, millä tavoin potilaat voisivat lääkärin mielestä edistää vuorovaikutuksen onnistumista vastaanottotilanteissa. Artikkelin mukaan lääkäreiden odotukset voidaan jakaa kolmeen teemaan: ennakkovalmistautumiseen, kysymysten kysymiseen ja kuuntelemiseen.

Hyvä ennakkovalmistautuminen on lääkärien mukaan sitä, että potilaat kirjoittavat kysymyksensä ennakkoon paperille ylös ja hyödyntävät sitten tekemäänsä listausta itse vuorovaikutustilanteessa. Kysymysten kysymisen kohdalla lääkärit pitävät tärkeänä, että potilaat osallistuvat aktiivisesti vuorovaikutukseen ja esittävät kysymyksiä oma-aloitteisesti. Erityisen merkitykselliseksi lääkärit kokevat myös kysymysten ajoittamisen. Epäsuotuisin ajankohta esittää kysymyksiä on lääkäreiden näkökulmasta aivan vastaanoton loppuvaiheessa. Kuuntelemisella lääkärit puolestaan viittaavat kertomansa tiedon huolelliseen kuuntelemiseen.

Artikkelissa esitetyt lääkärin odotukset heijastavat monilta osin lääkärin ymmärrystä vuorovaikutuksen yleisistä ongelmakohdista. Vuorovaikutustilanteessa potilaalta saattaa usein unohtua osa häntä etukäteen huolettaneista asioista. Toinen vaihtoehto on, että ne muistetaan vasta vastaanoton loppuvaiheessa. Tämä on lääkärin kannalta ongelmallista, sillä potilaan huolien kertominen vaikuttaa usein diagnoosin tekemiseen ja annettuihin hoitomääräyksiin, mitkä on jo tehty ja annettu vastaanoton lopulla. Vastaanoton rajallinen aika ei anna periksi arvioinnin uudelleen avaamiselle. Tämä kaikki toisaalta kertoo vastaanoton vahvasta strukturoituneisuudesta. Vastaanotto koostuu kronologisesti etenevistä ja hierarkisista osakokonaisuuksista, mikä ei palvele parhaalla mahdollisella tavalla potilaskeskeisyyden ajatusta.

Potilaat kyllä valmistautuvat tutkimusten mukaan ennakkoon, mutta lähinnä hankkimalla ulkopuolista tietoa. Lääkäreiden ehdotus kysymysten kirjoittamisesta muistiin, voisi yksinkertaisena toimenpiteenä edistää potilaan omienkin odotusten täyttymistä, kun huomio vuorovaikutustilanteessa ei menisi omien huolenaiheiden ja kysymysten muisteluun. Odotus aktiivisesta osallistumisesta lienee molemmille osapuolille kuitenkin yhteinen. Lisäksi potilaiden tietoisuutta vastaanoton eri vaiheista ja niille määritellyistä tavoitteista voisi lisätä. Nykyään potilaita valmistellaan ennakkotiedottein vain tulevia hoitotoimenpiteitä varten. Miksei ennakkotiedote voisi joskus pitää sisällään myös lääkärin odotuksia tai yleistä tietoa vuorovaikutustilanteen rakentumisesta?

Lääkäreiden odotus potilaan kuuntelemisen huolellisuudesta saattaa heijastaa lääkärin kokemusta tilanteista, joissa potilas ei ole ymmärtänyt diagnoosia tai hoito-ohjeita oikein. Tämä taas on saattanut vaikuttaa edelleen hoitoon sitoutumiseen ja lopulta hoitotuloksiin. Potilaan näkökulmasta ongelmana voi kuitenkin olla

huolellisen kuuntelemisen sijaan, lääkärin käyttämän kielen ymmärrettävyys ja tiedon laadulliset tekijät.

Omien vuorovaikutustaitojen kohdalla lääkärit arvioivat tärkeimmäksi taitoalueikseen verbaalisen viestinnän, nonverbaalisen viestinnän ja kuuntelemisen. Verbaalisilla taidoilla lääkärit viittaavat avointen kysymysten kysymiseen ja keskusteluun potilaan kanssa. Lääkärit myös kokevat tärkeäksi varmistaa potilaaltaan tämän ymmärtäneen hänelle kerrotun tiedon, esimerkiksi hoitovaihtoehtojen yhteydessä. Nonverbaalisella viestinnällä lääkärit tarkoittavat muun muassa katsekontakteja, kosketusta ja ilmeitä. Kuuntelemisen taidon kohdalla lääkärit arvioivat tärkeimmäksi potilaan mahdollisuuden puhua ja vastata rauhassa esitettyihin kysymyksiin. Tämä mahdollisuus muodostuu lääkärin mukaan kiireettömyyden kautta. Tärkeimmäksi kehittämisen kohteekseen lääkärit arvioivat empatian osoittamiseen liittyvät taidot vuorovaikutuksessa. (Coran ym. 2010, 7.)

Lääkärin näkökulmaa esitteleiden artikkelien tutkimustulokset jäävät luonteeltaan hiukan pintapuolisiksi. Lisäksi ne ovat luonteeltaan enemmän kartoittavia kuin selittäviä tai kuvaavia. Tuloksissa jäädään myös paikoin kokonaisuuksien toteamisen tasolle (esim. Coran ym.). Syitä tähän voi olla useampiakin. Valitut tutkimusmenetelmät saattavat yksinkertaistaa liikaa tutkittavaa vuorovaikutusilmiötä tai sitten menetelmät onnistuvat muutoin mittaamaan huonosti haluttua vuorovaikutusilmiötä.

Lisäksi artikkelien tutkimuskuvauksissa oli havaittavissa mielenkiintoinen ilmiö. Tutkijat viittasivat usein aineistonkeruun yhteydessä lääkärin rajalliseen aikaan tai mahdollisuuksiin osallistua toteutettavaan tutkimukseen:

” ...The interviews had an average length of 20 minutes. (Though 20 minutes is a relatively short amount of time for qualitative research interview, accommodations were made for schedules of the busy physicians, with a structured set of topics and a fairly consistent time limit). “ (Gray, 2011, 283).

” This study utilized questions composed on a short one-page questionnaire for higher participation rate... “ (Coran ym., 2010, 3).

Edellisissä kuvauksissa näkyy jonkinasteinen hienotunteisuus tai varovaisuus tutkimukseen osallistuneita lääkäreitä tai heidän ammattitehtävänsä kohtaan. Lääkärin ammattiin liitettävä kiireisyys näyttäisi vaikuttavan edellä kuvatuissa tapauksissa vähintään kompromissin verran tutkimusmenetelmän valintaan. Näkyköö siis yleisemmin lääkärin ja potilaan välillä vallinnut paternalistinen kontrollimalli ja suhteen asymmetria näissä tapauksissa lääkärin ja tutkijan välillä? Artikkeleissa esitettyjen tulosten kannalta herää joka tapauksessa kysymys, olisiko pidempi haastatteluaika tai mittavampi kyselylomake antanut monipuolisempaa tai syvempää tietoa tutkimusaiheesta. On ymmärrettävää, että niukka ja pintapuolinen aineisto tuottaa helpommin niukkoja ja pintapuolisia tuloksiakin.

4.4 Tutkimuksen fokus potilaaseen

4.4.1 Huonon uutisen ja arkaluontoisen asian kertominen

Tiedon kertominen, hankkiminen ja saaminen ovat keskeisessä asemassa lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksessa. Erityisen suuri painoarvo sillä näyttäisi olevan potilaan näkökulmasta tehdyn tutkimuksen sisällä. Tietoon liittyvät ilmiöt ovat usein tiiviissä yhteydessä myös muihin vuorovaikutusilmiöihin lääkärin ja potilaan välillä, kuten esimerkiksi tyytyväisyyteen tai osallistumiseen. Ilmiöiden välinen yhteys näkyy myös tutkimusasetelmissa ja -tuloksissa.

Huonon uutisen kertominen

Huonon uutisen kertomista voidaan pitää yhtenä tiedon kertomisen muodoista. Viime vuosina huonon uutisen kertomista on tutkittu muun muassa potilaan kokeman tyytyväisyyden näkökulmasta. Tyytyväisyyden saavuttaminen huonon uutisen kertomisen yhteydessä riippuu muun muassa tilannetekijöistä sekä lääkärin valitsemista viestintästrategioista näissä tilanteissa.

Lääkäreiden käyttämät strategiat huonon uutisen välittämisessä voidaan jakaa neljään luokkaan: epäsuoraan viestintään ('indirect communication'), suoraan viestintään ('direct communication'), lohduttavaan viestintään ('comforting communication') ja voimauttavaan viestintään ('empowering communication'). Epäsuoraa

viestintästrategiaa hyödyntävä lääkäri käyttää usein vihjailevia, epäsuoria viestejä ja välttelee varsinaisen aiheen käsittelyä vuorovaikutuksessa. Epäsuoralle viestinnälle on myös tyypillistä sosiaalisuuden välttäminen ja etäisyyden osoittaminen esimerkiksi nonverbaalisin viestein. Näin toimimalla lääkäri välttelee tunneperäistä suhtautumista potilaan tilaan ja etäännyttää itsensä vaikeassa tilanteessa objektiivisuuden säilyttämiseksi. Epäsuoraa viestintää ei kuitenkaan koeta huono uutisen kertomisen yhteydessä kovin tulokselliseksi strategiaksi. (Sparks, Villagran, Parker-Raley & Cunningham, 2007, 184 -185.)

Suorassa viestintästrategiassa lääkäri luottaa rehelliseen ja suoraan puhetapaan kertoessaan huonoa uutista potilaalleen. Hän haluaa varmistaa, että potilas ymmärtää oman tilansa mahdollisimman hyvin, ja että heillä on yhteinen näkemys asiasta. Tämä strategia saattaa olla erittäin toimiva joissain tapauksissa, mutta mikäli asia esitetään ”kylmästi” ilman emotionaalista panosta, ei sillä saavuteta potilaan tyytyväisyyttä. Sen sijaan lohduttavaa viestintää käyttävät lääkärit saavuttavat tutkimuksen mukaan todennäköisimmin potilaan tyytyväisyyden. Lohduttavassa viestinnässä emotionaalinen suhtautuminen on merkittävässä roolissa. Lääkärit kanavoivat emotionaalisuuden osoituksia sekä verbaalin että nonverbaalin viestintänsä kautta. (Sparks ym. 2007, 185 - 186.)

Voimauttavassa viestinnässä lääkäri taas tarjoaa potilaalleen keinoja, joiden avulla potilas voi säilyttää kontrollin tunteen itsestään hänelle epäsuotuisassa tilanteessa. Potilaalle voidaan antaa esimerkiksi vaihtoehtoja oman tilan hoitamiseksi tai tilanteen ratkaisemiseksi. Tällä tavoin potilas voi tuntea, että hänellä on edelleen valtaa osallistua omaa terveyttään koskeviin päätöksiin, vaikka uutinen muutoin olisikin epätoivottu ja kontrollin tunne vallitsevaa tilannetta kohtaan vähäinen. Voimauttavan viestinnän yhteydessä korostuvat kuitenkin ajoitukselliset asiat. Esimerkiksi juuri ennen diagnoosin kertomista, voimauttavan viestinnän käyttö saattaa vähentää potilaan kokemaa tyytyväisyyttä. (Sparks ym. 2007, 186 -187.)

Tutkimuksessa selvitettiin aitojen vuorovaikutustilanteiden pohjalta potilaiden kokemuksia heille kerrotuista huonoista uutisista. Huono uutinen määriteltiin tutkimuksessa miksi tahansa uutiseksi, jonka potilas koki itselleen kielteisenä tai haitallisena. Huono uutinen saattoi olla yhtä lailla diagnoosi korkeasta verenpaineesta tai diagnoosi jostain vakavasta sairaudesta, kuten syövästä. (Sparks ym. 2007, 183.)

Huonon uutisen vakavuuden asteella ei ole todettu olevan potilaan tyytyväisyyden kannalta merkitystä huonon uutisen kertomisen yhteydessä. Vaikka uutinen olisi vain ”lievästi huono”, potilaat odottavat lääkäriensä hoitavan tilanteen samoin kuin vakavampienkin uutisten yhteydessä. Potilaat myös kokevat vakavuuden asteet yksilöllisesti. Munoz Sastre ym. 2011, 652.)

Potilaan kokemaan tyytyväisyyteen vaikuttaa kuitenkin se, miten hyväksyttäväksi hän saamansa huonon uutisen kokee. Huonon uutisen hyväksyttävyyteen vaikuttaa esimerkiksi potilaan mahdollisuus ottaa oma läheisensä mukaan vuorovaikutustilanteeseen. Lisäksi hyväksyttävyyttä edistävät esimerkiksi lääkärin kertoman tiedon laadulliset tekijät, kuten tiedon määrä ja ymmärrettävyys. On myös todettu, että potilaan on helpompaa hyväksyä huono uutinen, mikäli lääkäri tarjoaa emotionaalista lohdutusta ja tukeaan tai tiedustelee potilaan ajatuksia ja odotuksia tulevaa diagnoosia koskien ennen huonon uutisen kertomistaan. Edelleen lääkärin kyky kohdistaa puheensa nimenomaiseen tapaukseen ja lähestyä potilasta yksilönä, lisää tiedon hyväksyvyyttä potilaan näkökulmasta enemmän kuin aiheesta puhuminen yleisellä tasolla. Potilaan kokeman tyytyväisyyden mahdollisuus kasvaa sitä todennäköisemmäksi, mitä useammalla edellä mainitulla vuorovaikutuksen osalla lääkäri onnistuu kertoessaan huonoa uutista. (Munoz Sastre ym., 2011, 652 - 653.)

Vaikkei huonon uutisen vakavuusaste uutisen hyväksyttävyyteen vaikuttaisikaan, on uutisen tarkemmalla sisällöllä kuitenkin merkitys vuorovaikutuksen sisällä tapahtuviin keskusteluihin. Stepin ja Rayn (2011, 48; 51 - 54) artikkelissa vertailtiin potilaiden kokemuksia ensimmäisen syöpädiagnoosin ja uusiutuneen syöpädiagnoosin yhteydessä. Ensimmäisen syöpädiagnoosin yhteydessä lääkärin puhetta leimaa usein optimistisuus ja tavoitteellisuus parantumisesta. Hoitopäätöksiin liittyvät keskustelut ovat luonteeltaan luottamuksellisia, myönteisiä ja toiveikkaita. Sisällöltään ne keskittyvät pääasiallisesti toipumiseen ja akuutteihin hoitotoimenpiteisiin. Potilas kokee usein suurta epävarmuutta ensimmäisen diagnoosin yhteydessä ja epävarmuuteen vastataan lääkärin puolelta rohkaisemalla potilasta toiveikkuuteen paranemisesta sekä selkeiden tavoitteiden asettamisella. Uusiutuvan syövän yhteydessä optimistiset puheet parantumisesta siirtyvät enemmän kroonisen sairauden hallintaan ja käytännön asioihin. ’Parannettavissa olevasta’ tulee ’hallittavissa oleva’.

Stepin ja Rayn (2011, 51 - 53) mukaan kroonisen sairauden hallinta voidaan jakaa kolmeen alateemaan: sairauden ymmärtämiseen ('disease discovery'), epäselvään vuorovaikutukseen ('ambiguos communication') ja paradoksiin tiedon etsimisestä ('information seeking paradox'). Sairauden ymmärtämisen yhteydessä keskustelu siirtyy akuutin hoidon sijaan hoitostrategisiin asioihin, varoittaviin puheisiin sairauden vakavuudesta ja pysyvyydestä, kiireellisyyden tunteeseen ja uuteen tapaan elää sairauden kanssa. Erityisen haasteen vuorovaikutukselle ja hoitosuhteelle synnyttää muuttunut käsite 'jäljellä olevasta ajasta'.

Epäselvästä vuorovaikutuksesta puhutaan kun uusiutunut sairaus tulkitaan ennusteen huonontumiseksi. Lääkärin käyttämä tekninen kieli (esim. ammattitermit) jää usein avaamatta ja potilaat jäävät syvän epävarmuuden keskelle omasta tilastaan. Uusiutuvan syövän yhteydessä koettu epävarmuus muodostaakin pysyvän haasteen lääkärin ja potilaan vuorovaikutukselle. Tilanne johtaa usein tiedon etsimisen paradoksiin: potilaat haluaisivat tietää sairaudestaan enemmän ja osallistua aktiivisemmin omaa terveydentilaansa koskevaan päätöksentekoon, mutta samalla epävarmuus omasta tilasta johtaa jännitteisiin tiedon hankkimisen suhteen. Vaihtoehtona on siis joko tyytyminen lääkäriltä saatavaan, palasteltuun ja usein niukaksi koettuun tietoon omasta sairaudesta, tai ennusteiden ja lisätiedon etsiminen muista tietolähteistä. Jälkimmäinen vaihtoehto sisältää kuitenkin mahdollisuuden vieläkin huonommiksi koetuista uutisista. Näin ollen epävarmuus omasta tilasta on sekä kielteinen että myönteinen ilmiö. Lisätiedon hankkiminen saattaa lisätä potilaan oman hallinnan tunnetta epävarmassa tilanteessa ja edistää osallistumista vuorovaikutuksessa. Toisaalta epävarmuus pitää myös yllä myös tietynlaista optimismia. (Step & Ray 2011, 53 - 54.)

Arkaluontoisten asioiden kertominen

Huonon uutisen kertomisen lisäksi yksi tiedon kertomisen erityismuoto on arkaluontoisista asioista kertominen. Useimmiten arkaluontoisen asian kertojana on potilas, jonka tehtävänä on paljastaa lääkärilleen oman terveyshistoriansa lisäksi myös muita henkilökohtaisia asioita (esim. elämäntapojaan). Vaikka vuorovaikutuksen luonne lääkärin vastaanotolla on virallisesti lain mukaan määriteltynä luottamuksellinen, ei luottamuksellisen tiedon kertominen varsinkaan arkaluontoisiksi kokemiensa asioiden osalta ole potilaalle itsestään selvää.

Lewisin, Mathesonin & Brimacomben (2011, 506 -507) artikkelissa arkaluontoisten asioiden kertomista tarkasteltiin 56 naispotilaan näkökulmasta. Yli 46 % synnytysvastaanotolla käyneistä naisista kertoi rajoittaneensa tai muuttaneensa henkilökohtaisia asioitaan (mm. Intiimiasioita, päihteidenkäyttöä, elämäntapojaan) vastatessaan lääkärin esittämiin kysymyksiin. Artikkelin mukaan potilaiden oli helpompi jakaa arkaluontoisia asioita, mikäli lääkäri oli nainen, hän osoitti ystävällisyyttä eikä vaikuttanut kiireiseltä. Lisäksi etunimen mainitseminen esittelyn yhteydessä sekä lääkärin esittämät avoimet kysymykset edistivät potilaan arkaluontoisten asioiden kertomista. Tässä tutkimuksessa sukupuolen merkitys lienee kuitenkin kontekstisidonnainen.

Potilaan aikaisemmat kokemukset arkaluontoisten asioiden kertomisesta ulkopuolisille näyttäisivät korreloivan myös täydellisemmän ja totuudenmukaisemman tiedon kertomisen kanssa lääkärin vastaanotolla. Mikäli taas potilaalla ei ole ollut tapana kertoa ulkopuolisille ihmisille arkaluontoisiksi kokemiaan asioita, pidättäytyy tämä todennäköisemmin niiden kertomisesta myös lääkärin vastaanotolla. (Lewis ym. 2011, 506 - 507.)

4.4.2 Ulkopuolisten tietolähteiden merkitys vuorovaikutuksessa

Tiedon kertomista, hankkimista ja saamista käsittelevät artikkelit liittyivät useassa tapauksessa syöpäsairauksien erityishoidon kontekstiin. Artikkeleissa tarkasteltiin syöpäpotilaiden tiedon tarvetta, tiedon hankkimista ulkopuolisista tietolähteistä (internet, lehdet, kirjat, tieteelliset artikkelit, läheiset jne.) sekä hankitun tiedon vaikutuksia lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksessa. Potilaan käyttäytyminen tiedon äärellä oli useimmiten tutkimuksen keskiössä.

Ulkopuolisen tiedon hankkiminen on tutkimuksen mukaan potilaiden keskuudessa jo varsin yleistä. Esimerkiksi Lewisin ja kumppaneiden (2009, 732) syöpäpotilaiden tiedon hankintaa käsittelevän artikkelin mukaan, yli 80 % potilaista etsii aktiivisesti tietoa myös muista tietolähteistä, lääkäriltä saamansa tiedon lisäksi. Heistä yli puolet myös esittää hankkimansa tiedon lääkärilleen vuorovaikutustilanteessa.

Lääkärit taas ohjaavat potilaansa ulkopuolisen tiedon äärelle huomattavasti suuremmalla todennäköisyydellä, mikäli potilas esittää vastaanotolle tullessaan tietoa näistä lähteistä. Ulkopuolisen tiedon esittäminen vuorovaikutuksessa lisää samalla

lääkärin todennäköisyyttä suositella useampaa ulkopuolista tietolähdettä kerrallaan. Useimmin lääkärit ohjaavat potilaansa jonkin toisen ammattiosaajan puheille tai kirjojen ja esitteiden äärelle. Vain noin 10 % lääkäreistä ohjaa potilaansa internetin, puhelinpalvelujen tai esimerkiksi tukiryhmien äärelle. (Lewis ym. 2009, 732.)

Tiedon hankkimisen syyt, tiedon luotettavuus ja tiedon vaikutukset potilaan osallistumiseen

Tiedon hankkimiseen ulkopuolisista tietolähteistä vaikuttaa muun muassa potilaan kokema tyytyväisyys lääkärin kanssa käydystä vuorovaikutuksesta. Tustinin (2010, 3, 13) mukaan tyytymättömät potilaat hakeutuvat tyytyväisiä potilaita todennäköisemmin esimerkiksi internetistä saatavan tiedon äärelle. Saman artikkelin mukaan tyytymättömät potilaat pitävät usein ulkopuolelta hankittua tietoa luotettavampana kuin lääkäriltä saamaansa tietoa. Tyytyväiset potilaat taas pitävät lääkäriltä saamaansa tietoa luotettavimpana.

Potilaiden kokemaan tyytyväisyyden tasoon ovat yhteydessä muun muassa lääkärin osoittaman empatian määrä, lääkäriltä saadun tiedon määrä ja laatu (esim. ymmärrettävyys ja tarkoituksenmukaisuus) sekä vuorovaikutukseen käytetty aika. Potilaat hakeutuvat ulkopuolisille tietolähteille saadakseen täydentävää tai vahvistavaa tietoa saamastaan diagnoosista, etsiäkseen tietoa hoitoon tai lääkintään (esim. sivuvaikutuksiin) liittyviä päätöksiä varten tai löytääkseen selityksiä tuntemilleen oireille ennen lääkärin vastaanottoa. (Tustinin 2010, 3, 9.)

Kyselytutkimukseen osallistuneista 178 syöpäpotilaasta 31 % ilmoitti pitävänsä lääkäriltä saamansa tietoa luotettavimpana tietolähteenään. Vastaajista yli 58 % koki internetin tietolähteet tärkeimmiksi ja luotettavimmiksi tietokanavikseen. (Tustin, 2010, 8 - 9) Tulos heijastelee suhteellisen heikkoa tyytyväisyyttä potilaiden keskuudessa.

Cegalan ja kumppaneiden (2008, 63, 65 - 66) mukaan taas potilaat pitävät lääkäriään merkittävimpänä tietolähteenään diagnoosin jokaisessa vaiheessa. Erityisen tärkeänä tietolähteenä, suhteessa ulkoisiin tietolähteisiin, lääkäriä pidetään välittömästi diagnoosin jälkeen. Potilaiden tiedon tarve on myös suurimmillaan välittömästi diagnoosin jälkeen, milloin tietoa usein haetaan useammasta eri lähteestä.

Tietolähteiden määrän ei ole kuitenkaan todettu olevan yhteydessä potilaan tunteeseen riittävästä tietomäärästä.

Cegalan ja kumppaneiden (2008, 63, 65 - 66) artikkelissa tarkasteltiin miespuolisten syöpäpotilaiden tiedon tarvetta, riittävän tiedon tunnetta sekä niiden vaikutusta potilaiden kokemaan tyytyväisyyteen hoidon eri vaiheissa. Vaiheet jaettiin diagnoosia edeltävään, välittömästi diagnoosin jälkeiseen, hoitomuodon valinnan aikaiseen sekä hoidon jälkeiseen tiedontarpeeseen. Artikkelin mukaan useimmat potilaat kokevat itsensä riittävän informoiduksi itse diagnoosin suhteen, mutta lievästi ali-informoiduksi valittaessa lopullista hoitomuotoa. Yli kolmannes kokee saamansa tiedon molemmissa tapauksissa riittämättömäksi. Erityisen vaikeaksi potilaat kokevat hoidon jälkeisen sopeutumisen arkeen. Tämä todentuu myös Royak-Schalerin ja kumppaneiden (2008, 836) artikkelissa, jonka mukaan potilaat kokevat saamansa tiedon puutteelliseksi hoidon jokaisessa vaiheessa, mutta suurimmillaan epätietoisuus on akuutin hoidon jälkeisissä itsehoitovaiheessa. Kyseessä lieneekin alue, johon lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksessa tulisi kiinnittää aikaisempaa enemmän huomiota. Potilaat, jotka kokevat saavansa riittävästi tietoa ovat myös tyytyväisempiä lääkärin kanssa käytyyn vuorovaikutukseen.

Sabeen ja kumppaneiden (2007, 265 - 266) mukaan internetistä hankittu tieto muuttuu potilaiden näkökulmasta usein luotettavaksi vasta sen jälkeen, kun he ovat ottaneet sen esille lääkärinsä kanssa. Jos ulkopuolista tietoa ei oteta esille vuorovaikutustilanteessa, arvellaan tiedon olevan jollakin tavalla epäluotettavaa. Tämän perusteella lääkärit saattavat siis vaikuttaa merkittävällä tavalla myös ulkopuolisista tietolähteistä hankitun tiedon lopulliseen luotettavuusarvioon.

Potilaan tyytyväisyydellä saattaa olla vaikutus ulkopuolisten tietolähteiden käyttöön, niiden määrään ja merkitykseen, mutta selittäviä tekijöitä on muitakin. Potilaat hakevat tietoa ulkopuolisista lähteistä eri tilanteissa ja eri tarkoituksia varten. Tietoa haetaan esimerkiksi ennen vastaanottoa, vastaanottojen välissä ja vastaanoton jälkeen.

Xie (2009, 514 - 515) tarkasteli artikkelissaan ikääntyneiden potilaiden ulkopuolisen tiedon tarpeita. Hän määritteli neljä tyyppikategoriaa: 1) Perustiedon kategorian ('basic health information wants =hiw'), 2) edistyneen tiedon kategorian ('advanced hiw'), 3) täydentävän tiedon kategorian ('complementary hiw') ja 4) lääkäriin liittyvän tiedon kategorian ('provider-related hiw'). Perustiedon kategoria pitää sisällään yleisen tiedon hankkimisen eri terveystilanteissa. Potilaiden

tavoitteena on tällöin helpottaa omaa stressaavaa olotilaa ulkopuolisista tietolähteistä saadulla tiedolla ja valmistautua tulevaan vuorovaikutustilanteeseen lääkärin kanssa. Näissä tapauksissa potilaat usein luottavat lääkärin ammattitaitoon, mutta eivät näe akuuttia tarvetta hakeutua lääkärin vastaanotolle. Toisaalta ulkopuolisen tiedon avulla saatetaan juuri arvioida tarvetta hakeutua lääkärin vastaanotolle.

Edistyksellisessä tiedonhankinnassa potilaiden tavoitteena on kartuttaa, ymmärtää ja arvioida mahdollisimman monesta eri tietolähteestä saatavan tiedon avulla lääkärin tekemiä päätöksiä ja diagnooseja. Potilaat uskovat pystyvänsä osallistumaan vuorovaikutukseen paremmin hankkimansa tiedon avulla. He eivät halua kysyä näitä asioita lääkäriltään vuorovaikutustilanteessa, koska arastelevat usein lääkärin käyttämää ammattikieltä tai arvioivat lääkärin liian kiireiseksi tehtävää varten. Täydentävän tiedonhankinnan tarkoituksena on nimensä mukaisesti tarjota täydentävää tietoa sairauden tai oireiden hallintaan, esimerkiksi lisähoito-ohjeita tai elämäntapoihin liittyviä ohjeistuksia. Näissä tapauksissa potilas kokee usein, ettei yksittäinen lääkäri voi hallita kaikkia hoidon osa-alueita yhtä pätevästi. Lääkəriin liittyvää tiedonhankintaa käytetään, kun kartoitetaan kuvaa palvelujentarjoajista, heidän osaamisestaan ja erikoisaloistaan. Tämänkaltaista tietoa etsivät niin sanotut 'tiedostavat potilaat', jotka arvioivat myös lääkərien keskinäistä osaamista ja saavutuksia lääketieteessä. Tälle potilasryhmälle on myös tyypillistä 'hakea useamman lääkəriin mielipide' omasta terveydentilastaan. (Xie 2009, 514 - 515.)

Tutkimuksellaan Xie (2009, 510, 519) halusi korostaa tuoretta ajattelutapaa potilaan osallistumisen laajuudesta vuorovaikutuksessa. Hänen mukaansa potilaan aktiivinen osallistuminen lääkəriin kanssa käytävään vuorovaikutustilanteeseen, alkaa jo hyvissä ajoin ennen varsinaista vastaanottoa. Varhainen osallistuminen tarkoittaa valmistautuvaa, eri tietolähteitä hyödyntävää aktiivista tiedon hankintaa omasta terveydentilasta, lääkəriä ja tulevaa päätöksentekoa varten. Samalla varhainen osallistuminen ennakoii myös potilaan aktiivista osallistumista itse vuorovaikutustilanteessa.

Ulkopuolisen tiedon hankkimisen on todettu myös lisäävän esimerkiksi potilaan ennakkovalmistautumista ('list making'), itseluottamusta kysyä lääkəriiltä kysymyksiä, kertoa omia huoliaan ja tuntemuksiaan sekä osallistua aktiivisemmin ja tasavertaisena lääkəriin kanssa, omaa terveyttä koskeviin päätöksiin itse

vuorovaikutustilanteessa (Bass ym. 2006, 219 - 220). Varhaisella osallistumisella ja ennakkoon hankitulla tiedolla vaikuttaisi siis olevan voimauttava ('empower') vaikutus potilaan osallistumiseen vuorovaikutuksessa.

Bassin ja kumppaneiden (2006, 219 - 220, 223, 230 - 232) tutkimuksessa seurattiin 442 vastadiagnosoidun syöpäpotilaan internetin käyttöä heti diagnoosin jälkeen ja sitä, miten internetin käyttö muuttui kahdeksan viikon seuranta-aikana. Lisäksi tutkimuksessa haluttiin selvittää miten internetin käytön muutokset vaikuttivat seuranta-aikana potilaan käyttäytymiseen vuorovaikutuksessa lääkärin kanssa. Internetin käyttö potilaiden keskuudessa jaettiin seuranta-ajan alussa itse tietonsa internetistä hankkiviin suoriin käyttäjiin ('direct users') 45 % , läheisien tai ystävien kautta internetistä tietonsa saamiin välillisiin käyttäjiin ('indirect users') 21,5 % ja internetiä vältteleviin käyttäjiin ('non-users') 33 %. Viidellä taustatekijällä (ikä, sukupuoli, tulot, työllisyystilanne, koulutustaso) oli selvä yhteys internetin käyttötapaan. Suorien käyttäjien todettiin useimmin olevan hyvätulaisia, korkeakoulutettuja, työssäkäyviä 50-60 –vuotiaita naisia. Seuranta-aikana yli 22 % internetiä välttelevistä potilaista siirtyi epäsuorien käyttäjien joukkoon ja lähes 22 % suoraan suorien käyttäjien joukkoon. Merkittäväksi seikaksi osoittautui, ettei minkään potilasryhmän internetin käyttö vähentynyt seuranta-aikana. Sen sijaan kolme merkittävintä syytä internetin käytön lisäämiseen tietolähteenä seuranta-aikana, liittyivät diagnoosin parempaan ymmärtämiseen, hoitomuotoihin tai ystävien suositteluihin.

Ulkopuolisen tiedon kertominen ja tulkinta vuorovaikutuksessa

Lewisin ja kumppaneiden (2009, 732) mukaan lääkärit tulkitsevat ulkopuolista tietoa vuorovaikutustilanteessa esille tuovat potilaat motivoituneemmaksi kuin ne potilaat, jotka eivät esitä ulkopuolista tietoa vuorovaikutuksessa. Potilaan näkökulmasta motivaatio ei kuitenkaan näyttäisi olevan keskeisin syy ulkopuolisen tiedon esittelemiseen vuorovaikutuksessa. Kyse on huomattavasti monitasoisemmasta ja kompleksisemmasta ilmiöstä.

Imesin ja kumppaneiden (2008, 541 - 543) artikkelissa tarkasteltiin niitä syitä, jotka rajoittavat potilasta esittämästä ulkopuolisista tietolähteistä hankkimaansa tietoa lääkärilleen. Artikkelin mukaan potilaiden syyt voidaan jakaa kuuteen pääkategoriaan. Ensimmäinen ja yleisin syy on tiedon etsiminen omiin tarpeisiin. Tällöin tietoa on alunperinkin etsitty omaa tarkoitusta varten, esimerkiksi taustatiedoksi tai vuorovaikutuksessa käytävien asioiden ymmärtämiseksi. Potilas ei koe tarpeelliseksi lääkärin saavan tietää valmistautumiseen hankkimaansa

ennakkotietoutta. Toinen syy liittyy olosuhteista johtuviin seikkoihin, kuten pitkään aikaväliin tiedon hankkimisen ja lääkärin tapaamisen välillä. Hankittu tieto ole enää tuoreessa muistissa tai se ei muutoin tunnu enää relevantilta. Kolmas syy on potilaan halu välttää astumasta niin sanotusti ”lääkärin reviirille”. Näissä tapauksissa potilaat pelkäävät lääkärin kokevan oman ammattitaitonsa ja osaamisensa uhatuksi tai kyseenalaistetuksi. Potilas haluaa välttää tilanteen, jossa lääkäri kokisi potilaan hyökkäävän hänen reviirilleen hankkimansa ulkopuolisen tiedon avulla. Tämä syy korostuu erityisesti iäkkäiden potilaiden keskuudessa. Neljäs syy liittyy potilaan kasvojen säilyttämiseen. Potilas ei halua esittää ulkopuolista tietoa lääkärilleen, koska pelkää tulevansa nolatuksi tai huomioituksi jollakin negatiivisella tavalla lääkärin toimesta. Potilas haluaa välttää leimautuvansa liian huolestuneeksi tai ”ylireagoivaksi tapaukseksi”. Viides syy pitää sisällään lääkärin kielteiset reaktiomallit. Potilas ei esitä hankkimaansa tietoa, koska lääkäri ei näytä kuuntelevan potilasta, vaikuttaa poissaolevalta tai osoittaa, ettei ole avoimen kiinnostunut potilaan esittämästä tiedosta. Kuudes, ja tutkimusten mukaan samalla vähäisin syy ei niinkään selitä edellisten syiden tapaan puhumattomuuden syitä, vaan esittelee keinon tuoda asiaa epäsuorasti esille. Tässä tapauksessa potilas lähtee tunnustelemaan lääkäriltään hankkimansa ulkopuolisen tiedon paikkansapitävyyttä paljastamatta kuitenkaan tiedon alkuperäistä lähdettä. Potilas saattaa testata hankkimaansa tietoa esimerkiksi esittämiensä kysymysten kautta tai heittämillä ”puolihuolimattomia” sivuhuomautuksia.

Lääkärin suhtautumista potilaan esittämään ulkopuoliseen tietoon on tutkittu myös potilaiden omiin kokemuksiin perustuvien tulkintojen pohjalta. Sabeen ja kumppaneiden (2007, 265) tutkimusryhmä tarkasteli potilaiden tulkintoja lääkäreiden osoittamista reaktioista ulkopuolista tietoa kohtaan. Heidän mukaansa tulkinnat lääkärin suhtautumisesta ovat yhteydessä potilaan kokemaan tyytyväisyyteen, vuorovaikutuksen ilmapiiriin ja tilanteen miellyttävyyteen. Potilaiden arvioiden mukaan lääkäreiden reaktiot riippuvat myös esitetyn tiedon oikeellisuudesta (’legitimation’) sekä vuorovaikutussuhteen tuttuuden tasosta, eli siitä, kuinka hyvin osapuolet tuntevat toisensa entuudestaan.

Artikkelien tarjoamat ehdotukset potilaiden syistä rajoittaa tai edistää ulkopuolisen tiedon kertomista lääkärille ovat mielenkiintoisia huomioita. Samalla nämä huomiot herättävät ajatuksia mahdollisista jatkotutkimusaiheista. Imesin ja kumppaneiden

(2008) artikkelin pohjalta olisi mielenkiintoista selvittää, onko potilaiden syillä rajoittaa hankkimansa tiedon kertomista yhteyttä esimerkiksi vuorovaikutustilanteessa vallitsevaan relationaaliseen kontrolliin. Tai vaikuttaako lääkärin suhtautumistapaan se, missä vaiheessa vastaanottoa potilaat esittävät tietonsa? Mielenkiintoista olisi myös selvittää, miten aikaisemmat kokemukset lääkärin suhtautumisesta potilaan ulkopuolisen tiedon kertomiseen vaikuttavat potilaan käyttäytymiseen jatkossa.

Runsaan tiedon kääntöpuoli

Riittävän tiedon määrä ja osallistuminen päätöksen tekoon tiedon avulla, voi olla myös 'kaksiteräinen miekka'. Tähänastisissa tutkimuksissa on tuotu esille lähinnä potilaiden tiedon riittämättömyyteen liittyviä ongelmia, mutta ongelmia voi syntyä myös liian runsaasta tiedosta.

Royak-Schalerin ja kumppaneiden (2008, 839 - 840) mukaan osa potilasta kokee runsaan tietomäärän kielteisenä asiana, erityisesti päätöksenteon kannalta. Potilaat saattavat kokea lääkäriltä saamansa tietomäärän uuvuttavaksi varsinkin niissä tapauksissa, joissa lääkäri tarjoaa potilaalleen tutustuttavaksi erilaisia ulkopuolisia lisätietolähteitä (esim. kirjoja, artikkeleita tai internetsivulinkkejä), muttei tarjoa samassa yhteydessä riittävää omaa näkemystään asiaan. Näissä tapauksissa potilaat kokevat usein runsaan tietomäärän päätöksen tekoa vaikeuttavaksi tekijäksi. Erityisen ongelmalliseksi tilanteen potilaiden kannalta tekee se, että he kuitenkin haluavat pääsääntöisesti (95 %) osallistua aktiivisesti omaa terveyttään koskeviin päätöksiin.

Royak-Schalerin ja kumppaneiden (2008, 836, 838) tutkimuksessa tarkasteltiin 39 afroamerikkalaisen rintasyöpäpotilaan kokemuksia eri tietolähteistä, tietoon liittyvistä puutteista lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksessa sekä potilaiden toiveista tiedon suhteen hoidon eri vaiheissa (diagnoosin saamisesta akuuttiin hoitovaiheeseen ja edelleen hoidon jälkeiseen tilaan).

Ulkopuolisia tietolähteitä hyödyntävät potilaat sitoutuvat myös huonommin lääkärin suosittelemaan hoitomuotoon kuin potilaat, jotka välttelevät muita tietolähteitä lääkärinsä lisäksi (Bass ym. 2006, 231). Potilas, joka vertaa lääkärinsä suositusta muihin olemassa oleviin suositeltuihin vaihtoehtoihin, saattaa siis kyseenalaistaa

lääkärin ehdotuksen helpommin kuin potilas, jolla ei ole tietoa muista vaihtoehdoista. Vanha sananlasku 'tieto lisää tuskaa' näyttäisi siis toteutuvan tässäkin tapauksessa.

Vaikka ulkopuoliset tietolähteet lisäävätkin useassa tapauksessa potilaan tyytyväisyyttä riittävän tiedon saamisen suhteen, ei tyytyväisyys tässä tapauksessa johda hoitomyöntyvyyteen. Mahdollinen avaintekijä hoitoon sitoutumisen osalta saattaisikin olla lääkärin kyky ja aktiivisuus perustella suosittellemaansa hoitomuotoa. Lisäksi olisi tärkeää, että lääkärit ymmärtäisivät potilaan muualta hankkiman tiedon merkityksen vuorovaikutuksessa – myös hoitotulosten saavuttamisen kannalta.

4.4.3 Potilaan ja läheisen osallistuminen

Potilaan osallistuminen vuorovaikutuksen kulkuun lääkärin vastaanotolla on kytköksissä moneen tekijään vuorovaikutuksessa. Se on yhteydessä esimerkiksi potilaan odotuksiin, tiedon kertomiseen, potilaan tai lääkärin kokemaan tyytyväisyyteen sekä hoitotuloksiin. Potilaan osallistuminen vaikuttaa myös oleellisesti vuorovaikutuksen relationaaliseen kontrolliin, eli kuka vuorovaikutusta kulloinkin kuljettaa ja miten valta vuorovaikutuksessa lopulta jakautuu.

Lisäksi potilaan halukkuuteen osallistua vuorovaikutukseen, erityisesti päätöksenteon yhteydessä, vaikuttaa esimerkiksi se, miten oikeudenmukaiseksi ja luottamukselliseksi potilas vuorovaikutuksen kokee, tai se, kuinka paljon potilas luottaa lääkäriinsä ammattitaitoon. On myös havaittu, että oikeudenmukaisuuden ja luottamuksen merkitys on vähäisempi niiden potilaiden keskuudessa, jotka kokevat vuorovaikutukseen osallistumisen päätöksenteossa vähemmän tarpeelliseksi.

(McComas ym. 2010, 189.)

Potilaan osallistuminen vuorovaikutuksessa lääkärin kanssa saa kuitenkin uuden ulottuvuuden, kun tilannetta tarkastellaan dyadin sijasta triadina. Tällainen tilanne syntyy, kun vastaanotolla on lääkärin ja potilaan lisäksi esimerkiksi potilaan läheinen (esim. 'companion'). Tutkimuksen mukaan läheisen läsnäololla on merkittäviä vaikutuksia potilaan osallistumiseen vastaanotolla. Esimerkiksi mitä enemmän potilaan läheinen osallistuu vuorovaikutukseen kysymällä kysymyksiä tai kertomalla tietoja potilaasta, sitä vähemmän itse potilaan on todettu osallistuvan vuorovaikutuksen kulkuun (Tsai, 2007, 37).

Taylorin ja kumppaneiden (2010, 679 - 681) artikkelissa tarkasteltiin lapsipotilaan ja tämän vanhemman osallistumista lääkärin vastaanotolla. Vanhempien mukaan lapsen tulisi saada osallistua vuorovaikutukseen aktiivisesti, mutta osallistumisen laajuuteen ja määrään vaikuttavat kuitenkin sekä käsiteltävän sairauden ominaispiirteet (esim. vakavuustaso) että lapsen ikä (kypsyystaso ja vuorovaikutustaidot). Mitä vanhemmasta lapsipotilaasta on kyse, sitä merkityksellisempää lapsen huomioiminen ja osallistaminen vuorovaikutuksessa vanhempien näkemyksen mukaan on. Vanhemmat kokevat lapsen osallistumisen iästä riippumatta erityisen tärkeäksi vastaanoton alkuvaiheessa, jolloin lapsi voi itse kuvailla oireitaan diagnoosin pohjaksi. Vanhemmat myös kokevat lapsen aktiivisen osallistamisen vähentävän tämän mahdollisesti kokemaa pelkoa tilannetta kohtaan, ja edistävän tämän tulevaa sitoutumista hoitoon. Artikkelin mukaan miellyttävän ja rennon ilmapiirin on todettu edistävän lapsipotilaan osallistumisaktiivisuutta.

Vanhempien näkemykset lapsen osallistumisesta vuorovaikutukseen voidaan jakaa kolmeen eri ryhmään. Ensimmäisen näkemyksen mukaan lääkäri on vastuussa vuorovaikutuksen suunnasta ja lapsen osallistumisen laajuuden arvioinnista. Vanhemmat odottavat lääkärin arvioivan lapsipotilaan kyvyn osallistua vuorovaikutukseen, huomioimalla muun muassa tämän kognitiivisen taitotason. Toisessa mallissa vastuu lapsen osallistamisen laajuudesta on vanhemmilla. Vanhemmat saattavat haluta esimerkiksi varmistua ensin itse diagnoosin todennäköisyydestä ja sen vaikutuksista lapsensa elämään, ennen kuin haluavat jakaa tiedon lapsipotilaan kanssa. Perheen sisäinen dynamiikka ja vanhempien suhde lapseen vaikuttaa artikkelin mukaan merkittäväällä tavalla vanhempien käsityksiin lapsen osallistumisen laajuudesta. Kolmannessa mallissa kaikki osapuolet ovat tasavertaisesti vastuussa vuorovaikutuksen kulusta ja diagnoosin rakentamisesta. Tämä malli korostaa eniten myös lapsipotilaan vapaaehtoista osallistumisen mahdollisuutta vuorovaikutukseen vastaanoton eri vaiheissa. (Taylor ym. 2010, 682.)

Edellisen kappaleen perusteella voikin todeta, että lapsipotilaan osallistumiseen pätevät hyvin pitkälti samat tekijät kuin täysi-ikäisenkin potilaan osallistumiseen. Osallistumisen nähdään esimerkiksi vähentävän potilaan pelkoa ja epävarmuutta sekä edistävän hoitomyyntömyydyttä. Vanhempien näkemyksistä voi myös erottaa esimerkiksi paternalistisen kontrollimallin (lääkärivetoinen malli) ja mutualistisen

kontrollimallin (yhteistyömalli), vaikkei näihin suoranaisesti artikkelissa viitattukaan.

Ikääntyneiden potilaiden ja heidän läheistensä osallistumista käsittelevässä artikkelissa taas havaittiin selkeä ”työnjako” potilaan ja läheisen välillä. Työnjako ilmenee siten, että potilaat vastaavat pääosin itse lääkäreiden esittämiin kysymyksiin ja tarjoavat puhtaasti faktapohjaista tietoa lääkärilleen. Sen sijaan potilaiden läheiset osallistuvat vuorovaikutukseen keräämällä tarkentavaa tietoa muun muassa diagnoosia koskien ja kyselemällä hoitosuunnitelmaan liittyviä asioita lääkäriltä. (Tsai, 2007, 43.) Artikkelin mukaan potilaat osallistuvat vuorovaikutukseen lähinnä lääkärin osoittamissa kohdissa, kun taas läheiset osallistuvat omavaltaisesti määrittelemissään kohdissa.

Mikäli läheinen ottaa aktiivisen roolin myös lääkärin esittämien kysymysten osalta, vähenee potilaan oma osallistuminen entisestään. Tämä johtuu siitä, että näissä tapauksissa läheiset esittävät edelleen usein myös tarkentavat lisäkysymykset. Lisäksi läheisen voimakkaasti aktiivisen osallistumisen on todettu heikentävän potilaan mahdollisuutta vastata itsenäisesti ja keskeyttämättä lääkärin esittämiin kysymyksiin. (Tsai, 2007, 46.)

Läheisen erittäin aktiivinen osallistuminen saattaa siis pahimmillaan vähentää potilaan omaa halukkuutta tai mahdollisuutta osallistua vuorovaikutukseen. Toisaalta läheisen aktiivinen osallistuminen saattaa olla myös ennalta sovittu strategia potilaan puolelta. Näin voi olla, jos potilas kokee oman osallistumisensa jollakin tavalla hankalaksi. Tällöin potilas ikään kuin ”ulkoistaa” osallistumisensa läheiselleen.

4.4.4 Erityishoidon kontekstin merkitys potilaan odotuksissa

Potilaiden odotuksia lääkärin kanssa käymäänsä vuorovaikutusta kohtaan voidaan tarkastella sekä yleisemmällä tasolla että keskittyen johonkin tiettyyn yksityiskohtaan mikrotasolla. Tarkasteltavasta tasosta riippuen odotusten sisällötkin luonnollisesti vaihtelevat.

Yleisellä tasolla potilaat odottavat usein tulevansa kuulluksi, saavansa riittävää ja ymmärrettävää tietoa sekä osallistuvansa tasavertaisena vastaanoton kulkuun.

Yleisten odotusten lisäksi potilailla on kuitenkin myös muita tavoitteellisia odotuksia, mitkä ovat riippuvaisia esimerkiksi erityishoidon kontekstista. Artikkeleissa onkin korostettu terveystapaamisia ympäröivien kontekstuaalisten seikkojen huomioimista, arvioitaessa lääkärin ja potilaan vuorovaikutusta (esim. Avtgis & Polack, 2007, 137).

Lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksessa erityishoidon konteksti vaihtelee muun muassa eri sairauksien, tilanne- ja ympäristötekijöiden mukaan. On ymmärrettävää, että kroonista sairautta potevalla potilaalla on eri odotukset esimerkiksi osallistumisen tai tiedon saamisen suhteen kuin akuuttiin angiinaan sairastuneella potilaalla. Mitä tarkemmin vuorovaikutusta tarkastellaan jonkin tietyn erityishoidon kontekstin kautta, sitä tarkemmin ja syvemmälle sukellaan myös vuorovaikutusta kuvaavien teemojen (odotukset, tyytyväisyys, tiedon kertominen jne.) osalta. Viiden viime vuoden aikana lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksen tutkimus on keskittynyt paljolti juuri erityishoidon konteksteihin.

Kroonista sairautta (esim. diabetes) potevalla potilaalla korostuu tarve saada itsehoitoon ja sairauden hallintaan (ks. myös Step & Ray 2011) liittyvää tietoa. Hoidon tuloksellisuuden saavuttamiseksi potilaat odottavat lääkärin käyttävän vastaanotolla riittävästi aikaa esimerkiksi potilaan elämäntapojen ja aikataulujen selvittämiseen. Potilaat myös odottavat lääkärin hyödyntävän mahdollisimman paljon potilaalta saatavaa taustatietoa esimerkiksi hoitosuunnitelman rakentamisessa. Potilaaseen tutustuminen ja molemmin puolinen tiedon vaihtaminen edistää samalla myös luottamuksellisen vuorovaikutussuhteen rakentumista lääkärin ja potilaan välillä, mikä on tärkeää erityisesti pitkäaikaisissa hoitosuhteissa. Lisäksi potilaat odottavat lääkärin huomioivan heidän tarpeensa kertoa sairautta koskevista peloistaan sekä saavan tukea näiden pelkotilojen hallintaan. (Burge ym. 2006, 108 - 109.)

Kroonisen sairauden kohdalla potilaan itsehoito-ohjeistuksella on merkittävä rooli. Potilaat odottavat saavansa lääkäriltään riittävän perustellut syyt, selkeän tavoitteenasettelun ja ohjeet hoitoa koskien. Hoidon toteuttaminen vaatii potilaalta usein uusia ponnistuksia arjen näkökulmasta, minkä vuoksi selkeän päämäärän ymmärtäminen on tärkeää. Yhteisen päämäärän hahmottaminen on tärkeää paitsi potilaan motivaation säilymiseksi, myös omien hoitosovellusten välttämiseksi.

Potilaat myös odottavat lääkäriensä olevan kiinnostuneita heidän ulkopuolisista tietolähteistä hankkimaansa tietoa kohtaan sekä saavansa lääkäriensä näkemyksen tiedon relevanssiin (ks. myös Sabee ym. 2007, 265 - 266). Lääkäreiden ei tulisi myöskään aliarvioida pitkään sairastaneiden tiedon tarvetta – tiedon saamiseen liittyvät odotukset kun säilyvät tutkimuksen mukaan ennallaan, vaikka sairauden toteamisesta olisikin kulunut aikaa. (Burge ym. 2006, 108 - 110.)

Kroonisen sairauden hoitoon liittyvissä vastaanottotilanteissa potilailla korostuu myös odotus lääkärin tavoitteellisesta ajankäytöstä, potilaan huomioimisesta sekä potilaan kannustamisesta aktiiviseen osallistumiseen. Onnistuneen vuorovaikutuksen ja hoidon tuloksellisuuden saavuttamiseksi lääkäreiden tulisikin orientoitua potilaskeskiseen vuorovaikutukseen, tehdä aitoa yhteistyötä potilaan kanssa ja lähestyä tilannetta potilaan, ei sairauden näkökulmasta (Burke ym. 2006, 111).

Burgen ja kumppaneiden (2006, 103) artikkelissa potilaan odotuksia ja vuorovaikutustavoitteita vastaanottoa koskien tarkasteltiin diabetessairauden erityishoidon kontekstissa. Tutkimuksessa pureuduttiin erityisesti siihen, millaisiin asioihin lääkärin tulisi kiinnittää huomiota tiedon kertomisen ja hankkimisen osalta, jotta vastaanotolla tapahtuva vuorovaikutus olisi mahdollisimman tuloksellista juuri kroonista sairautta potevan potilaan näkökulmasta.

Erityishoidon kontekstin vaikutusta potilaiden odotuksiin pohtivat myös Avtgis ja Polack (2007, 139; 142) omassa artikkelissaan. Heidän plastiikkakirurgian vastaanottopotilaille teettämässään kyselyssä selvitettiin potilaiden yksilöllisten piirteiden suhdetta odotuksiin lääkärin vuorovaikutustaidoista. Yksilöllisillä piirteillä tarkoitettiin tässä tapauksessa potilaan mieltymyksiä esimerkiksi relationaalisen kontrollin jakautumisen tai tiedon kertomisen suhteen vuorovaikutuksessa.

Kyselytutkimukseen osallistui 199 plastiikkakirurgian vastaanoton potilasta. Potilaan mieltymykset vastaanoton kulkuun osallistumisesta jaoteltiin sisäiseen kontrolliin ('internal control'), sattumanvaraiseen kontrolliin ('change control') ja vahvan toisen osapuolen kontrolliin ('powerful other control'). Sisäisen kontrollin odotukset ovat tyypillisiä potilaille, jotka kokevat itsensä aktiivisiksi toimijoiksi terveystensä ja hoitojensa suhteen. Sattumanvaraisen kontrollin potilaille on tyypillistä uskoa enemmän onneen tai kohtaloon

oman terveyden osalta. Vahvan toisen osapuolen kontrolliin luottavat potilaat odottavat lääkärin tekemän ratkaisut heidän terveyttään koskien. (Avtgis & Polack, 2007, 138 - 139.)

Tutkimuksessa havaittiin, että suhteen laadulla ja kontekstilla on suurempi vaikutus potilaan odotuksiin lääkärin vuorovaikutustaidoista kuin millään muulla yksittäisellä vuorovaikutukseen vaikuttavalla tekijällä (esim. tiedon antamisella tai sosioemotionaalisen tuen tarjoamisella). Tämä tarkoittaa sitä, että potilaiden odotukset lääkärin vuorovaikutuksesta vaihtelevat erityishoidon kontekstin mukaan, eivätkä näin ollen noudata välttämättä heidän yleisiä lääkärin ja potilaan vuorovaikutukseen liittyviä odotuksiaan. Tässä tapauksessa odotukset rakentuivat kirurgiseen toimenpiteeseen valmentautuvan vastaanottokontekstin mukaisesti. Artikkelissa kehoitetaan jatkossa keskittymään entistä enemmän erityishoidon kontekstin merkittävyyteen potilaan odotuksia kartoittavissa tutkimuksissa. (Avtgis & Polack 2007, 142.)

4.4.5 Potilaan kokema tyytyväisyys ja sen vaikutus hoitomyöntyvyyteen

Tyytyväisyys on potilaan kokema tila onnistuneesta vuorovaikutuksesta lääkärin kanssa. Tyytyväisyys myös johtaa useimmiten hoitomyöntyvyyteen. Tyhjentävää vastausta tai valmista reseptiä onnistuneen vuorovaikutuksen saavuttamiseen ei kuitenkaan ole olemassa. Tyytyväisyyden saavuttamisessa on kysymys aina potilaan omien erityispiirteiden (esim. odotukset ja taidot) ja vuorovaikutukseen liittyvien tilannetekijöiden (esim. käsiteltävä aihe, kontekstin merkitys, lääkärin taidot jne.) yhteisvaikutuksesta. Joitakin yleistyksiä tai ainakin todennäköisiä mahdollisuuksia potilaan tyytyväisyyden saavuttamiseksi tutkimusten yhteydessä on kuitenkin onnistuttu yksilöimään.

Esimerkiksi lääkärin sosiaalisuuden on todettu lisäävän potilaan tyytyväisyyttä. Koermerin ja Kilbanen (2008, 69 - 72) artikkelissa lääkärin ja potilaan vuorovaikutus rinnastettiin kuluttajamallin mukaiseen 'kuluttaja-palveluntarjoaja -dyadiin'. Sosiaalisuus jaotellaan tutkimuksessa kahteen eri luokkaan: yleisiksi kohteliaisuuksiksi ('courtesies') ja yksilöidyiksi kontaktinotoiksi ('personal connections'). Kohteliaisuuksiin määriteltiin kuuluvaksi esimerkiksi tervehdykset, ystävällisyyden osoitukset sekä yleensä potilaan huomioiminen vuorovaikutuksessa.

Yksilöidyt kontaktinot sisälsivät puolestaan miellyttämiseen ('pleasantries') tähtääviä ilmaisuja (esim. small talk terveysaiheiden ulkopuolisista aiheista), kevyitä ja tilannetta rentouttavia ilmaisuja ('sociabilities') kuten vitsailua tai huhupuheita sekä yksityisasioita ('privacies') paljastavia ilmaisuja henkilökohtaista asioista. Molemmat sosiaalisuuden muodot osoittautuivat merkittäviksi tekijöiksi potilaan kokeman tyytyväisyyden kannalta, mutta kaikista tärkeimmäksi erottautuivat tutkimuksen mukaan lääkärin yleiset kohteliaisuudenosoitukset.

Tämä osoittaa potilaan toivovan lääkäriltään lähinnä hyvien tapojen mukaisia, yksinkertaisia ja mutkattomia huomionosoituksia. Tervehdykset, toisen huomioonottaminen vuorovaikutuksessa sekä ystävällisyys ovat myös tyypillisiä mille tahansa vuorovaikutustilanteelle. Tästä näkökulmasta katsottuna potilaiden tyytyväisyyttä voidaan siis edistää varsin yksinkertaisin keinoin.

Potilaan kokema tyytyväisyys voidaan nähdä myös pysyvänä olotilana. Näissä tapauksissa puhutaan yleistyytyväisyydestä, joka luokitellaan ennen kaikkea asenteeksi. Asenne syntyy pitkän ajan kuluessa ja pohjautuu potilaan aikaisempiin vuorovaikutuskokemuksiin lääkärin kanssa. Asenteen avulla potilas arvioi tyytyväisyyttä kokonaisuutena kaikkiin kokemuksiinsa vuorovaikutustilanteisiin yksittäisen sijaan. Yleistyytyväisyydellä on myös todettu olevan merkittävä yhteys potilaan kokemaan yksittäisen vastaanoton jälkeiseen tyytyväisyyteen.

Yleistyytyväiset potilaat ovat useimmin ikääntyneitä ja hyvin kouluttautuneita. He myös hakeutuvat useimmiten kokeneempien lääkäreiden vastaanotoille.

Tutkimusryhmän mukaan yleistyytyväisyyden merkitys tulisikin huomioida aina tyytyväisyyttä tarkastelevissa ja lääkärin vuorovaikutustaitoja potilaan näkökulmasta arvioivissa tutkimuksissa virheellisten tutkimustulosten välttämiseksi. (Robinson, Raup-Krieger, Burge & Oesterling 2008, 7.)

Hajekin ja kumppaneiden (2007, 293, 295) vuotta aikaisemmin julkaistussa artikkelissa näkökulma tutkittavaa vuorovaikutustilannetta edeltävästä tyytyväisyydestä tai potilaan ennakoasenteesta lääkäreitä kohtaan huomioitiin ottamalla tutkimukseen mukaan lääkärin ryhmätyypillisyyttä ('outgroup typicality') arvioiva tekijä. Lääkäri-potilas -kontekstissa ryhmätyypillisuus voidaan määritellä potilaan näkemykseksi siitä miten tyypillinen yksittäinen lääkäri on suhteessa lääkärikuntaan yleensä. Näkemys, joka voidaan yhtäläillä mieltää asenteeksi,

katsotaan muodostuneen niin ikään potilaan aikaisemmin muodostuneista kokemuksista.

Hajekin ja kumppaneiden (2007, 293, 297 - 298) artikkelissa selvitettiin ryhmätyypillisyyden suhdetta potilaan kokemaan lääkärin mukautumiseen ('accommodation') ja edelleen tämän vaikutusta potilaan hoitomyöntyvyyteen ('patient compliance'). Mukautuminen ymmärrettiin tässä tutkimuksessa lääkärin kyvyksi kuunnella, ottaa potilaan näkemykset aidosti huomioon, ymmärtää potilasta sekä mukauttaa oma puheensa potilaan ymmärtämään muotoon. Lisäksi mukautuminen katsottiin olevan yhteydessä lääkärin yleisiin kohteliaisuuksiin ja kunnioitukseen potilasta kohtaan. Hoitomyöntyvyyttä mitattiin sekä potilaan tyytyväisyyttä arvioivilla kysymyksillä että hoitositoutuneisuutta mittaavilla kysymyksillä.

Artikkelin mukaan potilaat pitävät tyypillistä lääkäriä mukautuvana. Lääkärin mukautuvalla vuorovaikutuskäyttäytymisellä taas havaittiin olevan selvä yhteys potilaan hoitomyöntyvyyteen. Potilaan kokeman tyytyväisyyden kannalta merkityksellisiksi mukautumisen muodoksi osoittautuivat luottamuksen ja kunnioituksen osoitukset. (2007, 299 - 300.) Tulosten perusteella potilaat siis pitävät lääkärikuntaa yleisesti ottaen varsin kompetenttina. Tästä näkökulmasta katsottuna potilaan odotukset lääkärin huomioivasta ja osallistavasta vuorovaikutuskäyttäytymisestä, ovatkin varsin kohtuullisia, oikeutettuja ja ehkä jopa aiheellisia.

Onnistuneeseen vuorovaikutukseen ja potilaan tyytyväisyyteen vaikuttaa myös se, miten hyvin potilaat kokevat saavansa vastaukset etsimiinsä kysymyksiin ja, miten aidosti he kokevat lääkäriensä paneutuvan heidän tilanteeseensa tai miten luotettavina he pitävät lääkärinsä tekemiä päätöksiä.

Näihin teemoihin tarttuivat Blanquicett ja kumppanit (2007, 126 - 127) artikkelissaan, joka tarkasteli onnistuneeseen vuorovaikutukseen vaikuttavia tekijöitä lääkärin ja potilaan vuorovaikutustaidoista. Haastattelujen perusteella 65 % potilaista koki saaneensa tarvitsemansa vastaukset, mutta jopa 34 % vastaajista koki vastaanoton jälkeen jääneensä ongelmansa kanssa osittain tai kokonaan vaille ratkaisua tai jatkosuunnitelmaa. Potilaista 40 % luotti lääkärinsä taitoihin tehdä oikeita päätöksiä ja 29 % puolestaan kyseenalaisti lääkärinsä kyvyt. Näistä tuloksista huolimatta 65 % potilaista arvioi lääkärinsä vuorovaikutustaidot hyviksi. Lisäksi potilaista 93 % koki, että lääkäriillä oli ollut aito tavoite ja yritys potilaan hoitamiseksi parhaalla mahdollisella tavalla. Artikkelin mukaan potilaat kokevat vuorovaikutustaitojen olevan paitsi tärkeitä myös kehittämisen arvoisia ja opittavissa olevia. Lähes kaikki (96%) tutkimukseen osallistuneet potilaat olivat valmiita suosittelemaan

viestintäkoulutusta sekä lääkäreilleen että itselleen onnistuneemman vuorovaikutuksen saavuttamiseksi.

Tyytyväisyyden saavuttamisella on painava merkitys lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksessa. Tyytyväinen potilas sitoutuu herkemmin hänelle valittuun hoitomuotoon ja sitä kautta myös hoitotulokset paranevat. Ja juuri hoitomyöntyvyys onkin jokaisen lääkärin tavoite jokaisessa vuorovaikutustilanteessa potilaan kanssa (Hajek ym. 2007, 300).

4.5 Tutkimuksen fokus lääkärin ja potilaan vuorovaikutukseen

4.5.1 Teknologiavälitteisyys lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksessa

Lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksen ilmiöitä ja erityispiirteitä on tutkittu eniten kasvokkaisten vuorovaikutustilanteiden kautta. Kuitenkin erilaiset sähköiset terveystaaliset, terveydensurantaan räätälöidyt internetsivustot sekä sähköposti ovat lisänneet mahdollisuutta tutkia vuorovaikutusta yhä monipuolisemmin myös teknologiavälitteisestä (’telemedicine’) näkökulmasta. Yleisesti ottaen terveystaaliset ja sähköpostiviestit ovat osoittautuneet tutkimuksissa tehokkaiksi, potilaskeskeisiksi vuorovaikutuskanaviksi, jotka parhaimmillaan tukevat luottamuksellisen vuorovaikutussuhteen kehittymistä.

Teknologiavälitteisessä ja kasvokkaaisessa vuorovaikutuksessa lääkärin ja potilaan välillä ei ole kuitenkaan kyse ’parempi-huonompi’ –jaottelusta, vaan pikemminkin rinnakkaisista ja toisiaan täydentävistä vuorovaikutusmuodoista. Kyse on myös niiden soveltuvuudesta eri erityishoitojen konteksteissa. On tärkeää tarkastella molempien vuorovaikutusmuotojen ominaispiirteitä, jotta näkisi niiden vahvuudet ja heikkoudet vuorovaikutuksen tuloksellisuuden näkökulmasta.

Teknologiavälitteinen vuorovaikutusmuoto näyttäisikin soveltuvan erityisen hyvin juuri kroonisten pitkäaikaissairauksien seurantaan ja hoitoon liittyviin konteksteihin. Näissä yhteyksissä teknologiavälitteisyys toteutuu usein juuri erilaisten terveystaaliset ja sähköisesti toteutettujen keskusteluyhteyksien kautta. (Esim.

Robinson ym. 2011.) Terveysportaaleilla tarkoitetaan kuluttajille (potilaille) suunnattuja terveystietoutta välittäviä internetalustoja, joille on tyypillistä jatkuva saatavuus ja käytettävyys ajasta tai paikasta riippumatta (Roter ym. 2008, 81). Edelleen portaalit voivat olla tietyille potilasryhmälle räätälöityjä virtuaalisia paikkoja ('virtual spaces'), joihin kirjautumalla potilaat pääsevät välittämään omia terveystietojaan ja luomaan keskusteluyhteyksiä lääkäriinsä kanssa (Robinson ym. 2011, 126). Sivustot sisältävät myös usein mahdollisuuden henkilökohtaisten sähköpostiviestien lähettämiseen.

Robinsonin ja kumppaneiden (2011, 131) mukaan hyvin toimiva terveysportaalit ja sen kautta toteutettu sähköpostivälitteinen vuorovaikutus lääkärin ja potilaan välillä voi toimia jatkuvana ja kannustavana tiedonlähteenä potilaalle. Potilas voi saada teknologiavälitteisesti helpotusta lääkäriltään esimerkiksi stressaavaan hoitovaiheeseen tai epävarmuuteen omasta tilasta juuri silloin, kun sen tarve on suurin ja ongelma ajankohtainen. Potilaat voivat myös rauhassa muotoilla asiansa haluamaansa muotoon, ilman ajallista painetta. Tämä on potilaan näkökulmasta suuri etu. Etenkin silloin, jos vertailukohtana on lyhyt, noin 10 minuutin kasvokkainen vastaanottotapaaminen. Lyhyessä ajassa tulisi ehtiä vaihtaa uusimmat terveyttä koskevat mittaukset ja päivittää lääkityksiin liittyvät päätökset. Potilasta askarruttavat muut kysymykset jäävätkin tällöin helposti kokonaan tai ainakin osittain käsittelemättä. Teknologiavälitteisesti potilaan raportoivat hoitomittaukset (esim. verensokeriarvot) ovat välitettävissä ja kommentoitavissa sen sijaan potilaan omien kysymysten yhteydessä. Perinteinen sähköpostikin mahdollistaa monipuolisen viestin rakentamisen. Informatiivisen tiedon yhteydessä potilaalla on mahdollisuus esittää samalla tietoihin liittyvät huolet tai kysymykset lääkäriltään – ja ilman kasvojen menettämisen pelkoa.

Hoidon tuloksellisuuden kannalta teknologiavälitteisyys toimii myös myönteisenä kannustimena. Lääkärin lähettämät henkilökohtaiset viestit lisäävät usein potilaiden todennäköisyyttä kirjautua terveysportaaliiin sisään, kirjata omat tietonsa ja välittää ne lääkärilleen (Robinson ym., 2011, 131 - 132). Teknologiavälitteinen vuorovaikutus ei siis ole pelkästään täydentävä vuorovaikutusmuoto vaan, varsinkin pitkäaikaishoidon yhteydessä, merkittävä vaihtoehtoinen vuorovaikutusmuoto.

Sähköpostivälitteisessä vuorovaikutuksessa korostuu potilaskeskeisyys. Keskiössä on potilas, hänen valintansa ja mahdollisuutensa vaikuttaa vuorovaikutuksen kulkuun käsiteltävien aiheiden sisällön ja ajoituksen osalta. Teknologiavälitteisen vuorovaikutuksen tutkimus tuokin tärkeän näkökohdan potilaskeskeisyyden parempaan ymmärtämiseen ja selittämiseen. Potilaskeskeisyyden kulmakiviä saattaisi olla esimerkiksi ajatus jatkuvasta saatavilla olemisesta ('constant availability'). (Robinson ym. 2011, 131.)

Robinsonin ja kumppaneiden (2011, 131) artikkelissa esitelty tutkimus on otannaltaan (109 potilasta) ja laajuudeltaan (924 viestiä) yksi merkittävimmistä tutkimuksista, joka tarkastelee teknologiavälitteisen potilaslähtöisen vuorovaikutuksen luonnetta.

Teknologiavälitteisen vuorovaikutuksen potilaskeskeisyyttä puoltaa myös Roterin ja kumppaneiden (2008, 83) artikkeli, jonka mukaan lääkärin lähettämät sähköpostiviestit ovat noin puolta lyhyempiä (keskimäärin 62 sanaa) kuin potilaiden lähettämät viestit (keskimäärin 121 sanaa). Tämä poikkeaa perinteisestä paternalistisesta mallista kasvokkaisessa vuorovaikutuksessa, jossa lääkäri puhuu yleensä potilasta enemmän. Lääkärin sähköpostiviestit sisälsivät tässä tapauksessa lähinnä tehtäväkeskeisiä lausuntoja potilaan terveydentilasta tai niihin liittyvistä hoito-ohjeista. Myös potilaiden viestit peilasivat lääkärin tyyliä, keskittyen enemmän terveydentilaa koskevan tiedon kertomiseen kuin omien kysymysten kysymiseen.

Vaikka artikkelissa viitattiinkin sanamäärän kielivän ennen kaikkea potilaskeskeisyydestä, liittyy potilaskeskeisyyteen myös ajatus potilaan tarpeiden huomioimisesta, esimerkiksi tiedon saamisen suhteen. Tässä yhteydessä lääkärin viestin lyhyys ei välttämättä edistäkään potilaskeskeisyyttä. Vähäinen sanamäärä saattaa olla myös merkki vähäisestä tiedonmäärästä. Artikkelissa ei kuitenkaan otettu kantaa siihen, olivatko potilaat tyytyväisiä saamaansa tietoon. Toisaalta niin potilaan odotuksiin kuin kerrottavan tiedon luonteeseenkin vaikuttanee lopulta myös vuorovaikutuksen tarkempi asiayhteys, jossa sähköpostia käytetään. Esimerkiksi kasvokkaisen vastaanottotilanteen jälkeisen yksittäisen tutkimustuloksen välittämisen yhteydessä käyty sähköpostikeskustelu on luonteeltaan varsin erilainen tapahtuma kuin esimerkiksi pitkäaikaisen hoitosuhteen sisällä vaihdetut motivointia tavoittelevat sähköpostiviestit.

Teknologiavälitteisyyttä on arvosteltu muun muassa empatian ja sosiaalisen tuen välittämisen kankeudesta tai vähäisyydestä. Tutkimuksen mukaan noihin tarpeisiin voidaan kuitenkin vastata tuloksellisesti myös teknologiavälitteisessä vuorovaikutuksessa. Robinsonin ja kumppaneiden (2011, 129, 132) mukaan tukea tai lohdutusta sisältävät sähköisesti välitetyt viestit lääkäreiltä lisäävät selkeästi potilaiden aktiivisuutta oman hoitonsa seurantaan. Yleisin tuen muoto on sosiaalisen integraation tuki ('social integration support'), jossa lääkäri korostaa omaa sitoutuneisuuttaan potilaan hoidon seuraamiseen, muistuttaa seuraavista tapaamisista (kasvokkain, puhelimitse tai sähköpostilla) ja kannustaa potilasta yleisesti omassa hoidossaan. Toiseksi yleisin muoto on informatiivinen sosiaalinen tuki ('informational social support'). Sen avulla lääkäri tarjoaa tietoa potilaan sairaudesta, hoitoa ja hallintaa koskien yksilöllisesti potilaan tilannetta ohjeistaen. Kolmanneksi käytetyin tuen muoto lääkäreillä on potilaan terveyttä koskevat kyselyt ('health information request'), joiden avulla lääkärit tiedustelevat potilailtaan heidän tuntemuksistaan, voinnistaan ja itsehoitoaktiivisuudestaan. Oleellisinta sosiaalisen tuen tuloksellisuuden kannalta on kuitenkin se, että saatu tuen muoto vastaa potilaan tarpeita.

Roterin ja kumppaneiden (2008, 83) artikkelissa tarkasteltiin emotionaalisen tuen sijaan emotionaalista sävyä ('emotional tone'). Potilaat välittävät lääkäreitään enemmän emotionaalisesti sävytettyjä viestejä. Useimmiten viestit sisältävät kiitollisuuden ilmauksen lääkäriään kohtaan, mutta hyvin usein myös jonkin huolen tai murheen ilmauksen. Harvassa tapauksessa potilaiden viestit sisältävät kielteisesti sävyttyneen ilmauksen kuten kritiikin tai valituksen. Myös lääkärit osoittavat viesteissään tarvittaessa huoltaan, mutta lähettävät myös kannustusta, empatiaa tai yhteistyötä sisältäviä ilmaisuja potilailleen. Lääkärit myös vastaavat potilaiden kiitollisuuden osoituksiin esimerkiksi kohteliaisuutta tai hyväksyntää viestivillä ilmauksilla. Lääkärit eivät käytä kielteisesti sävyttyneitä ilmauksia, mutta heidän viesteistään paistaa toisinaan kiireinen sävy, minkä potilaat kokevat kielteisenä.

4.5.2 Taustatekijöiden yhteys potilaan tyytyväisyyteen, osallistumiseen ja relationaaliseen kontrolliin

Taustatekijät huomioidaan lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksen tutkimuksessa lähes aina ja vähintään kartoittavassa mielessä. Taustatekijät selvitetään tutkimuksissa yleensä kyselymenetelmän avulla ja niiden avulla saadaan muodostettua kuva tutkittavien profiileista. Taustatekijöihin voidaan katsoa lukeutuvaksi esimerkiksi osapuolten henkilökohtaiset pysyvät piirteet (ikä, sukupuoli, rotu jne.), muut piirteet (osapuolten terveydentila, koulutus, viestintätyyli jne.) tai tutkittavan erityiskontekstin ominaisuudet (esim. vastaanoton pituus tai ympäristön puitteet). Tutkittavat taustatekijät vaihtelevat myös tutkimuskysymysten ja –tavoitteiden mukaan. Toisinaan taustatekijät saavat tutkimusasetelman kannalta näkyvämmän roolin, jolloin niiden yhteyttä tarkastellaan suhteessa valittuihin vuorovaikutusilmiöihin tai -teemoihin.

Kontekstuaaliset tekijät, ikä ja sukupuoli

Cegalan (2011, 431 - 432) artikkelissa esitellyn tutkimuksen tavoitteena oli kartoittaa niitä taustalla vaikuttavia tekijöitä, jotka joko edistävät tai rajoittavat potilaan osallistumista vastaanoton vuorovaikutustilanteessa. Lisäksi tarkoituksena oli tuoda esille tekijöitä, jotka ovat merkityksellisiä potilaan osallistumista tarkastelevien jatkotutkimusten kannalta. Artikkelin mukaan potilaan osallistumiseen vaikuttavat muun muassa vastaanottoajan pituus sekä vastaanottoa edeltävän odotusajan pituus, joita voidaan kutsua myös olosuhdetekijöiksi ('organizational context factors'). Näistä kahdesta vastaanottoajan pituus vaikuttaa merkittävimmin potilaan osallistumiseen. Mitä pidempään vastaanotto kestää, sitä vahvemmin potilaat osallistuvat vuorovaikutuksen kulkuun. Tutkimustuloksen yhteydessä on kuitenkin huomioitava, että vastaanottoajan pituus on yleensä yhteydessä myös muihin vuorovaikutusilmiöihin kuten potilaskeskeisyyteen. Pitkä odotusaika taas yleensä vähentää potilaan osallistumisaktiivisuutta ja ennakoi useassa tapauksessa lääkärin kiireistä aikataulua itse vuorovaikutustilanteessa. Kiireisen aikataulun tuntu vähentää tutkimuksen mukaan selvästi sekä lääkärin todennäköisyyttä kannustaa potilasta osallistumaan että potilaan todennäköisyyttä osallistua vuorovaikutukseen.

Olosuhdetekijöiden lisäksi potilaiden osallistumiseen ovat yhteydessä Cegalan (2011, 433 - 434) artikkelin mukaan viisi interpersonaaliseen kontekstiin ('interpersonal context') liittyvää tekijää. Nämä tekijät jaetaan edelleen kolmeen osapuolia altistavaan tekijään ('predisposing factors') ja kahteen kognitiivis-affektiiviseen tekijään ('cognitive-affective factors'). Osallistumiseen altistavia tekijöitä ovat muun muassa lääkärin potilaskeskeinen viestintätäytyli, potilaan ikä sekä potilaan kokeneisuus, eli miten pitkään potilas oli sairautta potenu. Kognitiivis-affektiivisiin tekijöihin taas kuuluvat lääkärin käsitykset potilaan terveydentilan kompleksisuudesta ja vakavuudesta sekä lääkärin käsitykset potilaan halukkuudesta saada tietoa ja osallistua vuorovaikutuksen kulkuun. Lääkärien potilaskeskeinen lähestymistapa onkin osoittautunut merkittäväksi potilaan osallistumista edistäväksi tekijäksi.

Cegalan (2011, 433 - 434) artikkelissa esitellyn tutkimuksen mukaan iäkkäämmät potilaat osallistuvat aktiivisemmin vuorovaikutukseen. Tämä tulos poikkeaa aikaisemmista tutkimuksista, joissa nuoremmat potilaat ovat osoittautuneet ikääntyneitä aktiivisemmiksi osallistujiksi. Iän merkitys saattoikin tässä tapauksessa olla yhteydessä potilaan kokeneisuuteen, eli pidempään kokemukseen sairaudesta. Potilaan kokeneisuuden kun havaittiin tutkimuksessa lisäävän osallistumisaktiivisuutta.

Toisaalta tiedetään myös, että ikääntyneet potilaat käyttävät huomattavasti enemmän aikaa oman terveysongelmansa kuvaamiseen vastaanotolla (Heritage & Robinson 2006, 100). Tämä saattaa lisätä osallistumisen määrää ajallisesti mitattuna. Potilaan osallistumisaktiivisuutta edistää lisäksi potilaan tilan kompleksisuus. Tosin näissä tilanteissa potilaan motiivit osallistumiseen painottuvat enemmän kivun lievittämiseen, kun taas lääkäreiden osalta ne painottuvat potilaan vakavan tilan hallintaan. Lisäksi lääkärin kyky havaita potilaansa halukkuus osallistua, edistää osallistumisaktiivisuutta. (Cegala 2011, 434.)

Sukupuoli osoittautui artikkeleissa vain harvoin merkittäväksi taustatekijäksi vuorovaikutuksen kannalta. Joitakin yhteyksiä sukupuolen ja vuorovaikutuksen välillä kuitenkin havaittiin. Huomattiin esimerkiksi, että mieslääkärit pyrkivät säätelemään vastaanoton kulkua enemmän naispotilaiden kuin miespotilaiden kanssa (Li ym. 2007, 422). Mieslääkäreiden todettiin myös käyttävän puolet enemmän

psykososiaalisia ilmaisuja (elämäntyyliin liittyvät aiheet, huolien esittäminen, varmistuksen kysyminen) naispotilaiden kuin miespotilaiden kanssa (Pahal & Li 2006, 168).

Brownin ja kumppaneiden (2007, 253) artikkelissa taas lääkärin psykososiaaliset ilmaisut ja kysymykset, samoin kuin nauraminen ja itsestä kertominenkin, olivat tyypillisempiä samaa sukupuolta edustavan potilaan kanssa käydyissä vuorovaikutustilanteissa. On myös todettu, että samaa sukupuolta edustavan lääkärin vastaanotoilla potilaat tai potilaiden läheiset esittävät enemmän lääketieteellisiä kysymyksiä (Brown ym. 2007, 247). Lisäksi Lin ja kumppaneiden (2007, 428) mukaan mieslääkärit käyttävät naispotilaiden haastatteluun miespotilaita enemmän aikaa. Siinä missä miespotilaiden haastatteluun kuluu keskimäärin 7 minuuttia, kestävät naispotilaiden haastattelut 9 minuuttia.

Näidenkin tulosten kohdalla on kuitenkin havaittavissa tietynlainen pintapuolisuus ja irrallisuus. Kyse on yksittäisten artikkeleiden yksittäisistä havainnoista eikä niiden pohjalta voi vetää mitään suurempaa linjaa tai johtopäätöstä. Erittäin monissa artikkeleissa sukupuoli oli yksi tarkasteltavista taustatekijöistä, mutta useimmiten se osoittautui tulosten osalta merkityksettömäksi.

Koulutuksen yhteys vuorovaikutukseen

Koulutuksella on todettu olevan yhteys muun muassa potilaan tai potilaan läheisen osallistumisen tasoon, tietojen kertomiseen ja sitä kautta vuorovaikutuksen kontrolliin. Koulutuksen tasavertaisuus ('concordance') lääkärin ja potilaan välillä lisää todennäköisyyttä potilaan tyytyväisyyteen ja onnistuneen vuorovaikutuksen saavuttamiseen. Saman sosioekonomisen taustan omaavat osapuolet esittävät toistuvammin huolensa, vaihtavat keskenään vapaammin lääketieteellistä tietoa ja osallistuvat tasavertaisemmin vuorovaikutuksen kulkuun. Lääkärit myös kertovat vapaammin itsestään tasavertaisesti koulutetun potilaan läheisen seurassa. (Brown ym. 2007, 247 - 248.)

Korkeasti koulutettujen lasten vanhemmat antavat tutkimuksen mukaan lähes kaksi kertaa enemmän tietoa ja käyttävät lähes viisi kertaa enemmän vuorovaikutussuhdetta rakentavia ilmauksia (esim. hyväksyntää, naurua, empatiaa, huolta, yhteistyötä, myötämielisyyttä jne.) kuin vähemmän kouluttautuneet vanhemmat (Cox ym. 2009, 249). Tulosten perusteella voisi siis arvella, että

koulutustausta saattaa olla yksi merkittävistä taustavaikuttajista tavoiteltaessa tasavertaista mutualistista vuorovaikutusmallia.

Välitön vuorovaikutus lääkärin ja potilaan läheisen välillä saattaa kuitenkin vähentää lääkärin vuorovaikutusta varsinaisen potilaan kanssa. Tästä näkökulmasta katsottuna potilaan läheisen matalampi koulutustaso saattaa siis olla myönteinen tekijä tavoiteltaessa aktiivista vuorovaikutusta lääkärin ja potilaan välillä. Coxin ja kumppaneiden (2009, 249, 254) artikkelin mukaan lääkärit pyrkivät rakentamaan voimakkaammin vuorovaikutussuhdetta niiden lapsipotilaiden kanssa, joiden vanhemmat eivät ole korkeasti koulutuneita. Lääkärit esimerkiksi kannustavat enemmän näitä lapsia osallistumaan vuorovaikutukseen kuin korkeasti koulutuneiden vanhempien lapsia. Lapsen iälläkin on tosin merkitys. Artikkelin mukaan lääkärit ottavat kontaktia lapsipotilaaseen sitä herkemmin, mitä vanhempi potilas on. Lapsipotilaan oma osallistuminen ja tiedon kertomisen taito vuorovaikutuksessa lisääntyy ikävuosien mukaan. Varsinaiseen tiedon keräämiseen (esim. kyselyyn) lapsipotilaat harvemmin kuitenkaan osallistuvat vastaanotolla. Lapsipotilaan ikä ei myöskään vaikuta vanhempien keräämän tiedon määrään. Yleisesti ottaen lapsipotilaan oma osallistuminen kasvaa vanhempien osallistumisosuuden vähentyessä.

Lapsen iän yhteyttä osallistumisessa käsiteltiin myös aikaisemmin tässä tutkielmassa potilaan ja potilaan läheisen osallistumista käsittelevässä luvussa, jossa lapsen iän ja kypsyystason todettiin olevan yhteydessä osallistumisen tasoon (Taylor ym. 2010, 679 - 681).

Koulutustaustojen erosta on kysymys myös tarkasteltaessa erikoistuneiden ja erikoistuvien lääkärin eroja vuorovaikutuskäyttäytymisessä. Tutkimuksen yhteydessä on havaittu muun muassa, että erikoistuvien lääkärin haastattelut kestävät huomattavasti erikoistuneita lääkäreitä pidempään. Erikoistuvalla lääkärillä tarkoitetaan lääkäriksi jo valmistunutta ammatinharjoittajaa, joka erikoistuu valitsemansa lääketieteellisen erityisalan asiantuntijaksi (esim. lastentaudit, ihotaudit, sisätaudit) alan asiantuntijan käytännön opetuksen sekä teoriaopintojen kautta. Siinä missä erikoistuvat lääkärit käyttävät aikaa potilaan haastatteluun keskimäärin 19,5 minuuttia (Pahal & Li 2006, 161), kuluu erikoistuneilla keskimäärin 8 minuuttia (Li ym. 2007, 428). Haastatteluajan ero on erittäin merkittävä (yli 11 minuuttia) potilaan

näkökulmasta. Syynä tähän saattaisi olla erikoistuvan lääkärin suurempi tarve kartoittaa omaa tietovarastoaan aiheesta tai mahdollinen epävarmuus diagnosoinnin tekemisessä. Potilaan näkökulmasta pidempi haastattelu-aika voidaan nähdä kuitenkin myönteisenä asiana, koska potilaalla on ainakin periaatteessa käytössään pidempi aika kuvailla ongelmaansa.

Edellä mainittujen Pahalin ja Lin (2006, 161) sekä Lin ja kumppaneiden (2007, 417) artikkeleissa tarkasteltiin lääkärin ja potilaan vuorovaikutuskäyttäytymisen eroja vastaanotolla ja lääkärin vuorovaikutuskäyttäytymisen yhteyttä potilaan kokemaan tyytyväisyyteen.

Merkittävänä taustatekijöinä molemmissa artikkeleissa tarkasteltiin lääkärin koulutustaustaa (erikoistuva lääkäri) sekä sukupuolta. Molemmissa tutkimuksissa tyytyväisyyttä peilattiin yleisen tyytyväisyyden ('overall satisfaction'), viestintätyytyväisyyden ('communication satisfaction'), asiantuntijatytytyväisyyden ('expertise satisfaction') ja tunneperäisen tyytyväisyyden ('affect satisfaction') kautta. Yleistyytyväisyydellä mitattiin miten hyvin potilaan tavoitteet vuorovaikutuksen aikana yleisesti ottaen täyttyivät ja miten onnistuneena vuorovaikutus koettiin. Viestintätytytyväisyydellä mitattiin muun muassa potilaan kokemuksia riittävästä tietomäärästä ja tiedon ymmärrettävyydestä. Asiantuntemukseen liittyvä tyytyväisyys mittasi potilaan luottamusta lääkärin taitoihin ja potilaan käsityksiä lääkärin kyvystä ymmärtää potilaan terveydentilaa ja elämäntilannetta. Tunneperäiseen tyytyväisyyteen vaikutti esimerkiksi lääkärin dominoivuus, huomioiminen tai vaikutelma kiireisyydestä. (Pahal & Li 2006, 164 - 165; Li ym. 2007, 422.)

Artikkelien mukaan lääkärin ja potilaan vuorovaikutus on edelleen hyvin asymmetristä ja paternalistista. Lääkärit kontrolloivat vastaanoton kulkua esimerkiksi kysymällä huomattavasti potilaita enemmän kysymyksiä, mikä ei yleensä edistä potilaiden kokemaa tyytyväisyyttä (Li ym. 2007, 417). Erityisesti suljetut kysymykset lisäävät potilaiden kokemaa tyytymättömyyden tunnetta (Li ym. 2007, 427).

Pahalin ja Lin (2006, 167) mukaan lääkärit kysyvät yli 80 % kaikista vastaanotolla esitetyistä kysymyksistä. Potilaiden osuus jää näin ollen alle 20 %:iin. Lääkärit myös kontrolloivat vuorovaikutuksen suuntaa potilaita enemmän vaihtamalla puheenaihetta, jakamalla puheenvuoroja, kysymällä tarkennuksia ja antamalla runsaasti minimipalautetta (hymyn, pään nyökkäyksen tai välikommentin). Lisäksi potilaat ovat yleisesti ottaen sitä tyytymättömpiä käymäänsä vuorovaikutukseen

lääkäriensä kanssa, mitä enemmän lääkärit pyrkivät kontrolloimaan vuorovaikutuksen suuntaa (Li ym. 2007, 425).

Tulokset eivät sinänsä ole yllättäviä, mitä tulee potilaiden kokemuksiin tyytymättömyydestä paternalistista vuorovaikutusmallia kohtaan. Sen sijaan hyvin yllättävää on se, että tulokset viestivät näinkin voimakkaasti paternalistisesta mallista. Molemmat artikkelit pohjautuvat kuitenkin Kanadassa peräkkäisinä vuosina samalla lääkäriasemalla toteutettuihin tutkimuksiin. Lin ja kumppaneiden (2007) esittelemän tutkimuksen voi katsoa jatkaneen Pahalin ja Lin (2006) esittelemää tutkimusprosessia (pitkittäistutkimustyyppisesti).

Tuloksissa voikin olla kyse myös yksittäisen lääkäriaseman hoitokulttuurista, jolloin tulokset eivät ole yleistettäviä. Toisaalta herää myös kysymys, olisiko kanadalaisessa terveydenhoitokulttuurissa vielä vallalla enemmän sairauskeskeinen kuin potilaskeskeinen hoitokulttuuri. Tämä selittäisi perinteisen paternalistisen vuorovaikutusmallin vahvuuden. Johtopäätöstä ei voi kuitenkaan tehdä vakuuttavasti kahden samalla tutkimuspaikalla toteutetun tutkimuksen perusteella vaan aiheesta tulisi tehdä systemaattinen selvitys tai ainakin runsaasti lisätutkimusta.

Maaseutu vs. kaupunkialue

Heritagin ja Robinsonin (2006, sivu 89) artikkelissa vertailtiin kaupunkialueen ja maaseutualueen terveysasemien lääkäreiden eroja ja yhtäläisyyksiä heidän käyttämistään kysymysmuodoista diagnoosia edeltävässä haastattelutilanteessa. Tarkasteltavana taustatekijänä oli siis ympäristö ja sen yhteys vuorovaikutukseen.

Lääkärien on todettu käyttävän pääasiallisesti kolmea kysymystyyppiä diagnoosia edeltävässä haastattelutilanteessa ('problem presentation'). Yleisin kysymystyyppi on yleiskysymys ('general-inquiry'), joka pitää sisällään nimensä mukaisesti yleisluontoisen avoimen kysymyksen (esim. ”kerrotko miten voin auttaa?”). Tämän tyyppinen kysymys antaa potilaalle mahdollisuuden avata ongelman ydintä omin sanoin. Vahvistavaa tietoa tavoittelevat kysymykset ('gloss for confirmation questions') ovat suljetumpia kysymyksiä, joilla lääkäri hakee vahvistusta olemassa oleviin tietoihin perinteiseen kyllä-ei -tyyliin (esim. ”sitä on sitten flunssa iskenyt päälle” -tyyppisesti). Kysymyksen kautta lääkäri antaa ymmärtää tietävänsä osittain oireista, jotka taudinkuvaan sisältyvät, mikä saattaa vaikuttaa potilaan tietojen kertomiseen myös oireiden kuvausten osalta. Oireita kartoittavat kysymykset ('symptoms for confirmation questions') antavat puolestaan ymmärtää lääkärin odottavan konkreettisia kuvauksia potilaan terveysongelman oireista ja ovat luonteeltaan usein johdattelevia (esim.”

oireet ovat siis jatkuneet kolme päivää ja sinulla on ilmeisesti kovia kipuja...”). Kysymykset antavat usein potilaalle vihjeen siitä, että lääkäri kaipaa tarkempaa oirekuvausta tai muuta lisätietoa. (Heritage & Robinson 2006, 92 - 95.)

Artikkelin mukaan lääkärit käyttävät kaupunkialueella selvästi enemmän vahvistavaa tietoa tavoittelevia ja oireita kartoittavia kysymyksiä, kun taas maaseudulla käytetään enemmän avointa yleiskysymystyyppiä. Potilaat taas vastaavat yleiskysymyksiin selvästi muita kysymystyyppiä pidemmin ja kuvaavat vastauksessaan useampia oireita kerrallaan. Vahvistusta ja kartoittavaa tietoa tavoittelevien kysymysten vastauksiin potilaat sisällyttävät yleensä yhden oirekuvauksen kerrallaan. Lääkärin esittämän kysymyksen muodolla on näin ollen merkitystä potilaan osallistumisen ja tiedon sisällön kannalta. (Heritage & Robinson 2006, 100.)

Artikkelissa terveysaseman sijainti osoittautui merkitykselliseksi taustatekijäksi. Alkuperäinen tutkimus oli kuitenkin toteutettu Yhdysvalloissa, joissa kaupunkiseudun ja maaseudun käsitteet eroavat melko paljon Suomen vastaavista. Suomessa lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksen tutkiminen kaupunki- ja maaseutujaon mukaan tuntuisi jopa epäolennaiselta. Tähän on syynä esimerkiksi Suomessa yleistyneet keikkalääkärijärjestelmät, jotka mahdollistavat samojen lääkärin liikkumisen sekä kaupunki- että maaseutualueilla. Lääkärin halu muuttaa viestintätyyliään vuorovaikutuksessa pelkän vastaanoton sijaintipaikan mukaan tuntuisi melko epätodennäköiseltä vaihtoehdolta.

Lisäksi yhteiskunnan seututerveyskeskusrakenteet yhdistävät nykyään yhä useammin kaupungin ja maaseudun potilaat samoihin keskuksiin. Kuntien ja kylien omat ”maalaislääkäri-Kiminkiset”, jotka tuntevat jokaisen kuntalaisen henkilökohtaisesti ja pitävät yllä maalaislääkärikulttuuria, alkavat kuitenkin olla jo melko harvinaisia tapauksia.

Taustatekijänä uupumus

Ratanawongsan ja kumppaneiden (2008) artikkelissa keskeisenä taustatekijänä tarkasteltiin lääkärin henkistä hyvinvointia tai tarkemmin sanottuna ”henkistä huonovointisuutta”, uupumuksen näkökulmasta. Uupumuksen oletettiin vaikuttavan lääkärin viestintäkäyttäytymiseen ja potilaan tyytyväisyyteen ja luottamukseen sitä voimakkaammin, mitä syvemmästä uupumustilasta oli kyse.

Uupumus ('burnout') määriteltiin tutkimuksessa pitkäkestoiseksi työnteekoon liittyväksi stressiksi, innostuksen puuttumiseksi sekä madaltuneeksi suoritustasoksi. Uupumuksen taso jaettiin kolmeen alatasoon: lievään (low), keskivaikeaan (medium) ja syvään (high) uupumustasoon. Syvästi uupuneita lääkäreitä oli runsas kolmannes osallistuneista. Tutkimuksessa tarkasteltiin, mikä vaikutus lääkärin uupumuksella on tämän viestintäkäyttäytymiseen sekä potilaan kokemaan tyytyväisyyteen ja luottamukseen lääkärin osaamisesta. Viestintäkäyttäytymistä tutkittiin muun muassa lääkärin ja potilaan käyttämien verbaalisten ilmaisujen kautta. Verbaaliset ilmaisut jaettiin neljään tyyppiin: myönteisiin, kielteisiin, emotionaalisiin ja sosiaalisiin. Myönteiset ilmaisut sisälsivät usein osapuolen hyväksyntää, yleistä kohteliaisuutta tai lohdutusta. Ilmaisut sisälsivät usein myös huumoria tai naurua. Kielteiset ilmaisut sisälsivät puolestaan usein eriävän mielipiteen tai kritiikin. Emotionaaliset ilmaisut sisälsivät esimerkiksi vakuuttelua, kannustusta, itsestä kertomista tai empatian osoituksia (huolta, ymmärrystä). Sosiaaliset ilmaukset taas pitivät sisällään sairauden ulkopuolista, usein small talk -tyyppistä puhetta keveämmistä aiheista (säästä tai viimeaikaisista sattumuksista). (Ratanawongsa ym. 2008, 1582 - 1584.)

Artikkelissa esitetyt tulokset olivat lopulta tutkimushypoteesin vastaisia, uupumus ei vaikuttanut oleellisesti lääkärin viestintäkäyttäytymiseen (verbaalisiin ilmaisuihin, potilaskeskeisyyteen, dominoivuuteen) eikä potilaan kokemaan tyytyväisyyteen. Myöskään potilaan kokemaan luottamukseen uupumuksella ei näyttänyt olevan yhteyttä. Potilaiden viestintäkäyttäytymisessä sen sijaan havaittiin muutoksia. Syvän uupumustason lääkäreiden potilaat käyttivät lähes puolet enemmän kielteisiä ilmauksia kuin lievän uupumustason lääkärin potilaat. Kielteiset ilmaisut tulkittiin tutkimuksessa merkiksi avoimesta ja rehellisestä vuorovaikutuksesta. Näin ollen kielteiset ilmaukset eivät osoittautuneet haitallisiksi vuorovaikutuksen tuloksellisuuden tai potilaan tyytyväisyyden osalta. Kielteisten ilmaisujen lisäksi potilaat käyttivät myös puolta enemmän myönteisiä emotionaalista ilmaisuja kuten vakuuttelua. Potilaiden kokemaan tyytyväisyyteen tai luottamukseen lääkäriään kohtaan, uupumuksen tasolla ei havaittu olevan vaikutusta. (Ratanawongsa ym. 2008, 1585 - 1586.)

Havainnot potilaiden ilmauksista viittaavat siihen, että he saivat lääkäreiltään esimerkiksi nonverbaalisia vihjeitä uupumuksesta. Koska nonverbaaleja viestejä ei tutkimuksessa kuitenkaan suoranaisesti mitattu, ne eivät myöskään näkyneet tuloksissa - muuta kuin epäsuorasti potilaiden kautta. Artikkelissa arveltiin potilaiden lisänneen omia myönteisiä empatian ilmauksiaan lääkäriinsä tukemiseksi ja myötätuntonsa osoittamiseksi. (Ratanawongsa ym. 2008, 1585 - 1586.)

Lääkärin uupumuksen tarkastelu todellisessa vuorovaikutustilanteessa potilaan kanssa vaikuttaa eettisestä näkökulmasta katsottuna melko arveluttavalta. Vielä oudommalta tuntuu se, ettei syvä uupumustaso ilmennyt selkeästi lääkärin poikkeavana käyttäytymisenä vuorovaikutuksessa. Potilaan tyytyväisyyden näkökulmasta merkittävää saattoi olla se, että tulokset mittasivat kuitenkin vain yhtä vastaanotokäyntiä kroonisen sairauden (verenpainetaudin) erityiskontekstissa, jolloin kyseessä saattoi olla seurantakäynti. Näissä tapauksissa potilaat ovat usein jo tuttuja lääkärinsä tai ainakin sairautensa kanssa, jolloin vastaanoton keskiössä ei ole kriittinen diagnoosin rakentaminen tai siihen liittyvän tiedon kertominen potilaalle. Tyytyväisyys ei näin ollen kulminoidu riittävän tiedon saamiseen. Potilaan arvio tyytyväisyydestä saattoi perustua myös pitkäaikaisempaan tuntemukseen lääkärin kanssa, yksittäisen tapaamisen sijaan. Tämä on kuitenkin vain oletettavaa pohdintaa, joka ei siis selvinnyt itse artikkelista.

4.5.3 Lääkärin ja potilaan odotukset tiedon sisällöstä

Kuten tutkielmassa on jo aikaisemmin todettu, lääkärin ja potilaan vuorovaikutukseen liittyy monia odotuksia. Sekä lääkäriellä että potilaalla on omat odotuksensa vuorovaikutuksesta. Molempien osapuolten odotusten tarkastelu yhtäaikaaisesti tuo esille tärkeää tietoa siitä, miten hyvin odotukset kohtaavat vuorovaikutustilanteessa. Samalla niiden tarkastelu lisää tietoa ja ymmärrystä osapuolten näkökulmaeroista. Se miten hyvin ne kohtaavat, riippuu monista vuorovaikutukseen, olosuhteisiin ja sairauden erityiskontekstiin liittyvistä seikoista.

Myös tiedon saamiseen ja sisältöön vuorovaikutuksessa liittyy odotuksia. Bakerin ja kumppaneiden (2011, 379) artikkelissa keskityttiin osapuolten tiedon saamista koskeviin odotuksiin kroonisen sairauden erityiskontekstissa. Artikkelin mukaan lääkärit odottavat lähtökohtaisesti potilaidensa hyväksyvän oman sairautensa ja sopeutuvan siihen. Tästä johtuen he myös olettavat potilaan odottavan lääkärin viestinnältä tätä tavoitetta tukevaa tietoa vuorovaikutuksessa. Potilaat kuitenkin kaipaavat lääkäriltään ensisijaisesti tietoa, jonka avulla heidän olisi mahdollista päästä niin sanottuun normaalitilaan. Lisäksi potilaat odottavat saavansa apua akuutteihin kiputiloihin.

Tulos on osittain ristiriitainen aikaisemmin tutkielmassa esitellyn tutkimustuloksen kanssa, jonka mukaan kroonista sairautta potevat potilaat odottavat tietoa juuri sairaudenhallinnasta ja itsehoidosta (Burge ym. 2006, 108). Sen sijaan lääkärin odotus potilaan sopeutumisesta omaan sairauteensa tukee tutkielmassa aikaisemmin esitettyä näkemystä kroonisen sairauden hallinnasta. Aihetta käsiteltiin tarkemmin potilaan näkökulmasta uusiutuvan syöpäsairauden kroonisen luonteen yhteydessä. Keskeisessä roolissa osapuolten odotusten kohtaamiseksi voisikin olla potilaan ymmärrys kroonisen sairauden luonteesta (ks. Step & Ray 2011, 51 - 54) sekä lääkärin perehtyminen potilaan elämäntilanteeseen tämän näkökulman ymmärtämiseksi (ks. Burke ym. 2006, 108).

Bakerin ja kumppaneiden (2011, 382 - 383) artikkelissa potilaat korostivat keskinäisen ymmärryksen ja avoimen keskustelun merkitystä lääkärin ja potilaan välillä yhteisen näkökulman löytämiseksi. Artikkelissa vertailtiin erikoistuneen lääkärin ja yleislääkärin välisiä odotuseroja vuorovaikutuksesta potilaan kanssa. Artikkelin mukaan erikoistuneet lääkärit arvioivat tärkeimmäksi tehtäväkseen sisällöltään oikeanlaisen, riittävän ja ymmärrettävän tiedon antamisen potilaalle. Heidän tarkoituksenaan on auttaa potilasta hyväksymään sairautensa. Erikoistuneet lääkärit korostavat myös myönteisen ja todenmukaisen keskustelun merkitystä sekä mukautumista kunkin potilaan tapaukseen yksilöllisesti. He suhtautuvat kuitenkin varauksellisesti potilaiden liiallisen tiedon saamiseen. Heidän mukaansa liiallinen tietomäärä voi horjuttaa potilaan myönteistä mielentilaa.

Yleislääkärit sen sijaan pitävät artikkelin mukaan tärkeimpänä tehtävänäään varmistaa, että potilaat ohjataan mahdollisimman laajan tietokanavatarjonnan äärelle. He korostavat oman ammattiasemansa merkitystä esimerkiksi hoitovaihtoehtojen valinnan sekä tuen tarjoamisen yhteydessä. Potilaat puolestaan korostavat yhteisen ymmärryksen sekä yhteisen ja selkeän viestintätäylin merkitystä. (Baker ym. 2011, 383 - 384.)

Edellä mainittu esimerkki kuvaa hyvin sitä ”odotusten viidakkoa”, johon lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksessa usein törmätään. Samalla se osoittaa, että odotukset vaihtelevat paitsi lääkärin ja potilaan välillä, myös eri lääkärien kesken.

Erikoistuneiden lääkärien odotusten kesken on havaittavissa ajatuksellinen ristiriita todenmukaisen keskustelun ja tiedon säännöstelyn välillä. Vähentääkö runsaampi

tietomäärä jollakin tavalla tilanteen todenmukaisuutta? Vai viittaavatko lääkärit liiallisella tiedolla ehkä ulkopuolisiin tietolähteisiin (esim. internetiin), jolloin epärelevantin tiedon mahdollisuus kasvaa – ainakin hypoteettisesti. Ja mikä on syynä siihen, että yleislääkärit suhtautuvat ulkopuolisiin tietolähteisiin myönteisemmin? Jopa niin myönteisesti, että he kokevat tärkeimmäksi tehtäväkseen ohjata potilaan näiden tietolähteiden äärelle. Jatkotutkimusaiheina nämä olisivatkin varsin mielenkiintoisia selvittää.

5 PÄÄTÄNTÖ

5.1 Lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksen tutkimuksen nykytila

Tutkielmani tavoitteena oli analysoida ja kuvata mihin lääkärin ja potilaan vuorovaikutusta kuvaava tutkimus on viiden viime vuoden aikana keskittynyt, mitä on tutkittu ja miten - mihin näkökulmiin, teemoihin, konteksteihin ja ilmiöihin se on liitetty ja miten tutkimukset ovat toteutettu. Halusin myös saada selville, myötäilevätkö teemat, aiheet ja tulokset aikaisempia tutkimustuloksia, syventävätkö ja jäsentävätkö ne aikaisempaa tutkimusta vai avautuuko niiden kautta kokonaan uusia näkökulmia lääkärin ja potilaan vuorovaikutukseen.

Käyn seuraavaksi läpi tutkielmani keskeiset tulokset tutkimuskysymysteni mukaan. Varsinaisten tutkimuskysymysteni vastausten lisäksi, tutkielman artikkelien analysointi toi esille myös niitä aihealueita ja näkökulmia, joita viimeaikainen tutkimus ei ollut huomionnut. Tästä syystä nostan keskeisten tulosten esittelyn jälkeen esille muutamia ”tutkimattomia” alueita ja jatkotutkimusehdotuksia lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksesta.

Käytän päätäntöluvussani tulosten vertailupohjana aikaisempaa tutkimusta, jolla viittaa tässä tapauksessa tutkielmani taustateoriaosuudessa esiteltyyn, viimeistä vuotta edeltävään tutkimukseen.

Millaisia asioita ja ilmiöitä lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksesta on tutkittu viiden viime vuoden aikana?

Lääkärin ja potilaan vuorovaikutusta tarkastelevien tutkielmani artikkelien aiheet ja teemat myötäilivät hyvin pitkälti aikaisemman tutkimuksen teemoja. Artikkelien teemat liittyivät lääkärin ja potilaan tiedon kertomiseen, tiedon hankkimiseen tai tiedon saamiseen, teknologiavälitteiseen vuorovaikutukseen, relatiiviseen kontrolliin, asymmetriaan, tyytyväisyyteen, hoitomyönteisyyteen, odotuksiin, osallistumiseen, tukeen, luottamukseen, mukautumiseen, taustatekijöihin sekä vuorovaikutustaitoihin.

Vaikka täysin uusia teemoja ei esille tullutkaan, olivat painotukset teemojen välillä ja niiden sisällä muuttuneet jonkin verran. Esimerkiksi tiedon kertomisen sijaan suurempi painoarvo näytti olevan ulkopuolisen tiedon hankkimisella ja sen vaikutuksilla vuorovaikutukseen. Tutkielman analysoidun aineiston perusteella vaikutti myös siltä, että useat vuorovaikutuksen teemat (esim. tiedon kertominen, hankkiminen ja saaminen, osallistuminen, odotukset jne.) ovat yhä enemmän sidoksissa teknologian kehittymiseen ja tiedon vapaaseen liikkumiseen.

Aikaisempaan tutkimukseen verrattaessa, viimeaikainen tutkimus on siis huomionut aikaisempaa enemmän makrotason ilmiöiden vaikutuksia mikrotasolla tapahtuvaan vuorovaikutukseen (ks. Cline 2003a).

Painotuserot teeman sisällä näkyivät myös huonon uutisen kertomisen tutkimuksessa. Viimeaikainen tutkimus on keskittynyt tarkastelemaan vuorovaikutusta nimenomaan potilaan näkökulmasta, kun taas aikaisempi tutkimus on keskittynyt lähinnä lääkärin näkökulmaan. Tutkielman aineiston kahdesta huonoa uutista käsittelevästä artikkelista molemmat oli toteutettu potilaan näkökulmasta. Voitanee siis sanoa, että aikaisemman tutkimuksen yhteydessä todettu potilaan näkökulman puute ei ole enää täysin ajankohtainen. Tutkimuksen painopiste on näin ollen muuttumassa myös huonon uutisen kertomisen osalta potilaskeskeisemmäksi.

Lääkärin ja potilaan suhteita, rooleja ja osallistumista vuorovaikutuksessa puolestaan tarkasteltiin tutkielmani artikkeleissa enemmän relationaalisen kontrollin näkökulmasta kuin perinteisen asymmetrian ja valta-asetelman näkökulmasta. Tutkielman artikkeleissa tarkasteltiin usein sitä, miten erilaiset taustatekijät tai vuorovaikutuksen ilmiöt vaikuttavat kontrollin jakautumiseen vuorovaikutuksessa ja sitä, miten kontrolli vaihtelee lääkärin ja potilaan välillä. Vaikka relationaalinen kontrolli onkin mielenkiintoinen tutkimusteema, on se samalla tietyllä tapaa myös melko ”etäinen” ja ehkä hiukan yksinkertaistavakin tapa tarkastella lääkärin ja potilaan vuorovaikutusta. Relationaalisen kontrollin näkökulma jättää monesti pienemmälle huomiolle esimerkiksi aivan vuorovaikutuksen ytimessä vaikuttavat suhdetason emotionaaliset osa-alueet. Vuorovaikutuksen tarkastelu pelkän relationaalisen kontrollin avulla saattaa myös jättää ilmiön tarkastelun toisinaan pelkän toteamisen tasolle, sen syvemmän ymmärtämisen tai selittämisen sijaan.

Ehkä hiukan yllättäväksi seikaksi osoittautui se, miten paljon vuorovaikutuksen ilmiöihin etsittiin yhä vastauksia ja selityksiä taustatekijöistä – erityisesti iästä, sukupuolesta ja koulutustaustasta. Osassa tutkimuksia ne osoittautuivatkin merkityksellisiksi, mutta monissa tapauksissa selkeää yhteyttä taustatekijän ja vuorovaikutusilmiön välillä ei löytynyt. Näissä tutkimuksissa tulososuus jäikin usein vain hypoteesien pyörtämisen tasolle. Toisaalta tulos tukee sekä Viswanathin (2008) että Streetin (2003, 64) näkemystä vallitsevista tutkimussuuntauksista, joista yksi keskittyy tarkastelemaan juuri lääkärin ja potilaan vuorovaikutuskäyttäytymisen yhteyttä potilaan taustatekijöihin. Taustatekijöiden tutkimuksella haetaan kaiketi edelleen 'reseptiä tehokkaan vuorovaikutuksen toteutumiseen'.

Mistä näkökulmista ja missä yhteyksissä vuorovaikutusta on tutkittu?

Vuorovaikutuksen tutkimus on keskittynyt viime vuosina erityisen paljon potilaan näkökulman tarkasteluun. Tulos tukee aikaisemmin tutkimusalalla alkanutta ajatusta suhdekeskeisyydestä, joka taas on yhteydessä terveydenhoitoalalla vallitsevaan potilaskeskeiseen ajattelutapaan. Potilaskeskeisyys näkyy paitsi pelkän potilaan näkökulman tutkimisena, myös potilaan tasavertaisena huomioimisena molempien osapuolten vuorovaikutuksen näkökulmasta toteutetuissa tutkimuksissa.

Tutkielmassa lääkärin ja potilaan vuorovaikutusta ei rajattu lähtökohtaisesti tarkasteltavaksi pelkästään vastaanoton vuorovaikutustilanteiden näkökulmasta. Silti tutkielman artikkelit käsittelivät nimenomaan vastaanotolla tapahtuvaa vuorovaikutusta, kahta teknologisvälitteistä vuorovaikutusta käsittelevää artikkelia lukuunottamatta. Vastaanottoja ympäröivät kontekstit vaihtelivatkin sitten julkisista terveyskeskuksista yksityisiin terveysasemiin.

Tämän lisäksi vuorovaikutusta oli tutkittu merkittävästi erityishoidon konteksteissa, mikä vastaa aikaisemmin tutkimuskentällä esitettyyn toiveeseen lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksen tutkimuksesta erityishoidon kontekstissa, ja vahvistaa samalla sen tutkimussuuntausta. Eniten erityishoidon tutkimusta on tehty syöpäsairauksien yhteydessä, missä korostuivat tiedon hankkimiseen ja kertomiseen liittyvät teemat. Muita erityishoidon konteksteja edustivat muun muassa diabeteksen, verenpainetaudin, lastentautien tai liikuntaelinsairauksien yhteydessä tehdyt vuorovaikutustutkimukset.

Erityishoidon kontekstia käsittelevien artikkelien joukosta erottui myös muutama lääkärin ja potilaan yhteydenpidon tutkimussuuntausta edustava tutkimus (ks. yhteydenpidon suuntauksista esim. Viswanath 2008). Esimerkiksi diabeteksen erityishoidon kontekstin artikkelissa käsiteltiin lääkärin ja potilaan yhteydenpitoa teknologiavälitteisen terveystieteen avulla (ks. Robinsonin ym. 2011).

Artikkeleista suurin osa käsitteli vuorovaikutusta lääkärin ja potilaan välisenä dyadina, mutta mukana oli myös viisi triaditutkimusta. Näissä tutkimuksissa tarkasteltiin lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksen lisäksi potilaan läheisen vaikutusta vuorovaikutukseen, esimerkiksi taustatekijöiden, osallistumisen tai tiedon kertomisen näkökulmista.

Mitä menetelmiä tutkimuksissa on käytetty?

Analyysin aineistona olleissa artikkeleissa menetelminä käytettiin pääsääntöisesti haastattelua, kyselyä ja observointia, joista kaksi ensiksi mainittua olivat kaikkein suosituimmat. Menetelmät osoittautuivat siis melko perinteisiksi. Haastattelun yhteydessä analyysimenetelmänä käytettiin useimmin ankkuroitua teoriaa.

Observoinnin analyysimenetelminä taas käytettiin eniten Roterin vuorovaikutusanalyysiä, mutta myös keskusteluanalyysiä tai retorista analyysiä.

Useampaa menetelmää samanaikaisesti hyödyntävää monimenetelmällisyyttä käytettiin myös paljon - useimmiten näissä tutkimuksissa yhdistettiin observointi ja kysely. Erityisen paljon monimenetelmällisyyttä käytettiin tutkittaessa vuorovaikutuksen molempia osapuolia. Vaikuttaisikin siltä, että molemmat osapuolet huomioivissa vuorovaikutustutkimuksissa tehdään usein synteisiä osapuolten taustatekijöistä, näkemyksistä sekä tutkijan omista havainnoista. Voisi ajatella, että tutkijat pyrkivät maksimoimaan vuorovaikutusilmiön kartoittamisen käyttämällä useampaa menetelmää ja ikään kuin nappaamaan tällä tavoin palasia muutoin niin vaikeasti ”vangittavasta” dynaamisesta vuorovaikutuksesta.

Molempien osapuolten näkökulmaa tarkastelevissa artikkeleissa haastattelua ei käytetty menetelmänä lainkaan. Tämä johtunee osittain myös siitä, että molempien osapuolten haastattelu olisi varsin työläs menetelmä. Mielenkiintoinen tutkimusasetelma voisi kuitenkin syntyä sellaisesta ryhmähaastattelutilanteesta tai paneelikeskustelutyypistä ohjatusta ryhmäkeskustelusta, jossa olisi paikalla sekä lääkärin että potilaiden edustajia. Ryhmähaastattelut on toteutettu yleensä vain

toisen osapuolen edustajien kesken, yleisimmin potilaiden kesken. Molempien osapuolten näkemykset voisivat kuitenkin päästä hyvin esille keskustelutyypisessä ”puolueettomassa” tilanteessa. Keskustelun tuloksena voisi muodostua kokonaan uudenlaisia näkökohtia ja uudenlaista ymmärrystä osapuolten kesken. Useampi potilas ja useampi lääkäri kerrallaan mahdollistaisi myös yksilöiden näkökulmasta vertaistuen saamisen. Tällainen tutkimusasetelma olisi kuitenkin melko haastava haastattelun vetäjille. Keskustelun teemoja olisi pystyttävä ohjaamaan menestyksekkäästi ja osapuolten osallistumista säätelemään tasapuolisesti. Toisaalta olisihan sekin tutkimustulos, jos osapuolten välillä vallitsisi esimerkiksi asymmetria myös tutkimustilanteessa.

Viiden viime vuoden aikana tehdyn lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksen tutkimuksessa on käytetty huomattavasti aikaisempaa tutkimusta vähemmän havainnointia menetelmänä. Tutkielman artikkeleissa observointia käytettiin ainoana menetelmänä vain yhdessä tutkimuksessa. Edelleen aikaisemmin paljonkin käytetyt osapuolten kirjoittamat henkilökohtaiset raportit loistivat menetelmävalintojen osalta poissaolollaan.

Millaisia tuloksia on saatu?

Tulosten mukaan potilaat haluavat osallistua vuorovaikutuksen kulkuun yhä tasavertaisemmin lääkärinsä kanssa. Haluttuun osallistumisen tasoon vaikuttavat monet kontekstuaaliset tekijät, kuten tilanteen vakavuus, mahdolliset paikalla olevat läheiset tai erityishoidon konteksti (esim. tietyn sairauden luonne).

Vuorovaikutusta ympäröivällä erityishoidon kontekstilla on merkittävä vaikutus osallistumisen lisäksi myös vuorovaikutusta koskeviin odotuksiin yleensä. Avtgisin ja Polackin (2007) artikkelissa erityishoidon konteksti osoittautui jopa merkittävimmäksi potilaiden odotuksia määritteleväksi tekijäksi. Potilaan odotukset esimerkiksi tavoitellun kontrollimallin suhteen vaihtelevat siis erityiskontekstin mukaan. Tämä myös vahvistaa tutkielman alussa esiteltyä arviota siitä, ettei mutualistinen kontrollimalli ole kaikissa tapauksissa aina mahdollinen tai tarkoituksenmukaisin (Roter & Hall 1992, Berryn 2007, 42 mukaan). Avainsanana saattaisikin olla – päätelmäni sanaleikin tuloksena syntynyt – ’tarkoituksenmukaisen kontrollin’ tai ’tilannesidonnaisten kontrollin’ käsite.

Myös ulkopuolisen tiedon hankkimisella on yhteys potilaan aktiivisempaan osallistumiseen vuorovaikutustilanteessa. Potilaat etsivät aktiivisesti tietoa monista ulkopuolisista tietolähteistä useampiin eri käyttötarkoituksiin. Etukäteen ulkopuolisista tietolähteistä hankitun tiedon avulla potilas pystyy osallistumaan paremmin esimerkiksi omaa terveydentilaansa koskeviin päätöksiin vuorovaikutuksessa. Potilaan osallistumisen ja aktiivisen roolin vuorovaikutuksessa voidaankin katsoa alkavan jo ennen reaaliaikaista vastaanottoa.

Potilaille saatavilla olevien ulkopuolisten tietolähteiden (esim. internet) ja teknologiavälitteisen vuorovaikutuksen yhteydessä voidaankin puhua merkittävistä, potilaskeskeisyyttä edistävästä ilmiöistä. Ilmiöt vaikuttavat sekä lääkärin ja potilaan väliseen valta-asetelmaan että laajemmin vuorovaikutuksen dynamiikkaan. Lääkärin rooli on muuttunut yhä vahvemmin kohti kuluttajamallityyppistä muotoa, jossa lääkäri nähdään ennen kaikkea asiantuntijuuden palveluntarjoajana.

Teknologian välityksellä tapahtuva vuorovaikutus (esim. sähköposti, räätälöidyt terveystaaliset jne.) näyttäisi soveltuvan hyvin esimerkiksi kroonisten sairauksien yhteydessä tapahtuvaan vuorovaikutukseen ja sen tulokselliseen hoitoon. Teknologia edistää potilaan osallistumisen omaehtoisuutta ja mahdollistaa potilaan ajallisesti rajoittamattoman tiedon muotoilemisen ja välittämisen. Kyseessä on näin ollen luonteeltaan varsin potilaskeskeinen vuorovaikutuskanava.

Tyytyväinen potilas sitoutuu herkemmin annettuun hoitomuotoon kuin tyytymätön potilas – tämän todistavat myös tuoreet tutkimukset lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksesta. Potilaan kokema tyytyväisyys voidaan nähdä myös pysyvämpänä asenteena hoitotilanteita kohtaan, mutta ennen kaikkea siihen vaikuttavat yksittäisen vuorovaikutustilanteen sisällä tapahtuvat ilmiöt sekä osapuolten vuorovaikutuskäyttäytyminen.

Aivan kaikissa tapauksissa tyytyväisyys ei kuitenkaan näyttäisi johtavan hoitomyöntyvyyteen. Esimerkiksi ulkopuolisista tietolähteistä hankittu tieto saattaa vaikuttaa joissain tapauksissa myös kielteisesti hoitoon sitoutumiseen. Vaikka potilas olisikin tyytyväinen itse vuorovaikutukseen lääkärin kanssa, saattaa ulkopuolelta hankittu tieto tarjota potilaalle niin sanotun vaihtoehtoisen tai kilpailevan arvion tilanteesta. Tämä tuokin poikkeuksen näkemykseen, jonka mukaan tyytyväisyys johtaa myös parempaan hoitomyöntyvyyteen. Suurin osa potilaista kuitenkin

tarkistaa ulkopuolelta hankkimansa tiedon validiteetin omalta lääkäriltään ja pitää näin ollen lääkäriään ensisijaisena tietolähteenään.

Mitä ei ole tutkittu?

Lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksen tutkimuksessa on keskitytty viiden viime vuoden aikana varsin vähän lääkärin näkökulmaan. Erityisen vähän vuorovaikutusta tarkasteltiin pelkästään lääkärin näkökulmasta. Lääkärin näkökulma pääsi kyllä esille molempia osapuolia tarkastelevissa artikkeleissa, mutta osassa näistäkin artikkeleista potilaan näkökulmaa saatettiin tuoda lääkäriä vahvemmin esille. Tämän saattoi havaita esimerkiksi muutamien artikkeleiden tulososuuksista. Muutamissa artikkeleissa potilaan näkökulmaa tarkasteltiin jo lähtökohtaisesti lääkärin näkökulmaa laajemmin.

Lääkärin näkökulman tutkiminen potilaskeskeisessä hoitokulttuurissa olisi kuitenkin erittäin mielenkiintoinen tutkimusnäkökulma, muutoinkin kuin tutkielmassa esiteltujen lääkärin ikäluokkien, ammatti-identiteetin tai odotusten tarkastelun näkökulmasta. Erityisen ajankohtaisia olisivat aiheet, jotka syventyisivät lääkärin kokemusten, käsitysten ja suhtautumisen tutkimiseen vastaanottotilanteissa, joissa potilaat esittävät ulkopuolisista tietolähteistä hankkimaansa tietoa. Mielenkiintoista olisi myös selvittää, miten lääkärit näkevät oman roolinsa potilaan osallistajina tai osallistumisen mahdollistajina.

Artikkeleissa ei myöskään keskitytty käsittelemään lääkärin ja potilaan välisiä pitkäaikaisia hoitosuhteita ja niissä ilmeneviä vuorovaikutusilmiöitä. Hämmäntävää oli, että vaikka useammassa artikkelissa vuorovaikutusta tarkasteltiinkin pitkäaikaisen erityishoidon kontekstissa, ei suhteen laatua tai pituutta itsessään pidetty merkityksellisenä tekijänä. Tästä johtuen myöskään vertailevaa tutkimusta pitkäaikaisen hoitosuhteen ja yksittäisen vastaanottokäynnin vuorovaikutuksen välillä ei ollut. Pitkäaikaisen hoitosuhteen ”tutkimattomuus” tuntuu nopeasti ajateltuna oudolta, sillä kuten aikaisemman tutkimuksen esittelyn yhteydessä todettiin, hoitosuhteen pituudella on kuitenkin vaikutus suhteen laatutekijöihin ja potilaan kokemuksiin (esim. luottamuksesta, tyytyväisyydestä tai saamansa hoidon laadusta). Olisiko syy nykytutkimuksen tilaan se, että pitkät hoitosuhteet aihealueena tai teemana koetaan jo niin hyvin tutkituksi?

Toinen selittävä syy lääkärin ja potilaan pitkäaikaisen hoitosuhteen tutkimattomuuteen vuorovaikutuksessa saattaisi johtua tutkittavien sisältöjen välisistä arvostuksista. Ehkä sairauden laadun ja sen mukanaan tuomien erityispiirteiden on arvioitu olevan lopulta merkityksellisempiä tekijöitä vuorovaikutuksen näkökulmasta kuin lääkärin ja potilaan hoitosuhteen pituuden.

Gerlander (2003, 17 -18) on pohtinut väitöskirjassaan hoitosuhteen merkitystä ja sisältöä. Hänen mukaansa hoitosuhde voi olla jatkuva, vaikka hoitoa antava lääkäri vaihtuisikin. Hoidon jatkuvuus siis sinänsä ei takaa pitkäaikaista hoitosuhdetta saman lääkärin ja potilaan kesken. Tämä saattaakin olla yksi selittävä syy siihen, miksi kroonisten ja pitkäaikaisten sairauksien tarkastelun yhteydessä ei keskitytä aina vuorovaikutussuhteen pituuteen.

Vaikka lääkärin ja potilaan teknologiavälitteistä vuorovaikutusta oli tarkasteltu kahdessa artikkelissa, yllätti kyseisen tutkimussuuntauksen vähäisyys silti. Lieneekö syynä tutkittavan materiaalin vaikea saatavuus, sillä tutkimustulosten osalta teknologiavälitteisyys lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksessa on osoittautunut merkittäväksi alueeksi, juuri potilaskeskeisyytensä vuoksi. Tutkittavia näkökulmia riittäisi jatkossa useampaankin tutkimushankkeeseen.

5.2 Tutkielman arviointi

Tutkielman kokonaisuutta ja tulosten validiteettia arvioitaessa on hyvä tarkastella kriittisesti tutkielman prosessiin vaikuttaneita tekijöitä ja valintoja.

Yksi merkittävä tekijä on tulkinnan subjektiivisuus. Lopputulosta arvioitaessa on huomioitava, että kirjallisuuskatsauksessa lopullinen analyysin pohjana oleva aineisto on yksittäisen ihmisen subjektiivisen harkinnan tuloksena muodostunut kokonaisuus. Machi & McEvoy (2009, 7) muistuttivat, että tutkimusartikkeleiden äärellä on erityisen tärkeää säilyttää johdonmukaisuus, kriittinen arviointikyky ja avoimuus aihetta kohtaan. Mielestäni onnistuin säilyttämään objektiivisen, avoimen ja kriittisen otteen suhteellisen hyvin prosessin jokaisessa vaiheessa. Silti tutkielmani jokainen artikkeli on joko päätynyt analysoitavaan aineistoon, tai rajautunut siitä pois

ainoastaan ajatusprosessini ja määrittelemieni valintakriteereiden tuloksena. Tämä jättää mahdollisuuden subjektiiviseen vääristymään.

Systemaattista tiedonhakua varten määrittelemäni artikkelien valintakriteerit osoittautuivat välillä tulkinnanvaraisiksi. Esimerkiksi artikkelit, joissa lääkäriä tutkittiin osana muuta terveydenhoidon henkilökuntaa, saattoivat toisinaan sisältää validia tietoa myös lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksesta. Näissä artikkeleista oli kuitenkin vaikea hahmottaa tarkkarajaisesti, mikä tulos koski juuri lääkäriä ja mikä muuta hoitohenkilökuntaa. Tästä syystä rajasin nämä artikkelit tutkielmani ulkopuolelle.

Toisinaan oli myös haasteellista erottaa, oliko kyseessä empiirinen tutkimus vai teoreettinen meta-analyysitutkimus, joka pohjautuu aiemmin kerättyyn tutkimusaineistoon. Kaikissa meta-analyysitutkimuksissa tätä ei aina mainittu selkeästi. Myös englanninkieliset sanakäänteet toivat oman lisähaasteen artikkelien tulkintaan. Epävarmassa tilanteessa rajasin artikkelin tutkielmani ulkopuolelle.

Tutkielman tulosten hahmottamiseen vaikuttaa myös tapani jaotella ja tehdä synteisiä artikkeleiden analysoitavan aineiston kesken. Valitsemani jaottelumalli lääkärin, potilaan ja molempien osapuolten näkökulmaan oli vain yksi tapa tulkita tutkimuskokonaisuuksia ja rakentaa tulososuutta. Tämän jaon olisi voinut jättää tekemättä kokonaan, hyödyntää osapuolten näkökulmaa väljemmin tai keskittyä jäsentelemään tuloksia keskeisten vuorovaikutuksen teemojen mukaan (odotukset, osallistuminen jne.), erityishoidon kontekstien mukaan (eri sairaudet) tai ympäristökontekstien mukaan (maantieteellisyys tai julkinen vs. yksityinen).

Mielestäni jaottelu vuorovaikutusosapuolien mukaan tarjosi kuitenkin helposti ymmärrettävän ja luonnollisen tavan lähestyä artikkeleiden muita teemoja. Merkittävänä syynä pidin myös sitä, että lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksen tutkimushistoriaa on määritelty jo aikaisemmin tarkasteltavien osapuolten mukaan. Halusin myös tuoda esille, mitkä teemat kustakin näkökulmasta on koettu viimeaikaisessa tutkimuksessa merkityksellisiksi tutkimuskohteiksi ja miten vahvasti potilaskeskeisyys tämänhetkisessä tutkimuksessa näkyy.

Tutkielman teemajaottelu perustui niin ikään omaan tulkintaani artikkelin keskeisistä sisällöistä. Eri teemat ovat usein vahvasti sidoksia, päällekkäisiä tai limittäisiä

keskenään, joten niiden keskinäisen hierarkian tulkinta ja arviointi tuli tehdä usein erikseen. Tulkintoihini vaikutti esimerkiksi se miten läheltä ilmiötä tarkasteltiin, tai mihin vuorovaikutusilmiöön huomio yksittäisessä artikkelissa painottui. Esimerkiksi asymmetrisyys vuorovaikutuksessa voidaan hyvin mieltää joko omaksi itsenäiseksi teemakseen tai se voidaan katsoa liittyväksi relationaalisen kontrollin teemaan, jolloin asymmetrisyys on suhteen valta-asemaa kuvaava osa-alue. Edelleen tiedon kertominen voi olla vuorovaikutuksessa itsenäinen teema esimerkiksi diagnosoinnin näkökulmasta katsottuna. Samaan aikaan tiedon kertominen on kuitenkin myös vuorovaikutukseen osallistumista tai sillä voidaan mitata vuorovaikutusosapuolien tyytyväisyyttä. Kyse on siis näkökulmista, kokonaisuuksien hahmottamisesta ja ennen kaikkea valintojen tekemisestä omien tulkintojen pohjalta.

Tutkielman tulosten kokonaisuuteen ja validiteettiin vaikuttivat myös hyödynnetyt tietolähteet. Systemaattisessa tiedonhaussa keskityin hyödyntämään Jyväskylän yliopiston kirjaston kautta avautuvia tietokantoja. Saatavilla olevista tietokannoista keskitin tiedonhaun lopulta pelkästään viestinnän omaan kansainväliseen tietokantaan. Vaihtoehtoisesti olisin voinut lähteä laajentamaan hakua esimerkiksi lääketieteen tai psykologian tietokantoihin runsaamman aineiston toivossa. Uskon kuitenkin valintani tiedonhaun keskittämisestä olleen oikea, sillä kirjallisuuskatsaukseni aihe keskittyi juuri lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksen viestinnälliseen näkökulmaan. Systemaattisen tiedonhaun tarkoituksena on kuitenkin ennen kaikkea tunnistaa ja löytää kaikki katsauksen kannalta relevantit tutkimukset (Needleman 2002, Pudas-Tähkän & Axelin 2007, 49 mukaan.) Artikkeleiden määrä systemaattisessa tiedonhaussa ei siis ole itseisarvo, vaan tärkeintä on löytää sisällöltään aihetta vastaavat artikkelit.

Muutama artikkeli jäi pois analysoitavien joukosta siksi, ettei niistä ollut tarjolla kokonaisartikkeleita vaan pelkät lyhennelmät. Tämä siitä huolimatta, että hakuehdoksi oli määritelty pelkät kokonaisartikkelit. Tietokantojen hakutoiminnotkaan eivät siis ole aukottomia.

Tutkielman analyysin aineistona olleet artikkelit käsittelivät vuorovaikutusta lopulta hyvin eri tasoisesti. Osa artikkeleista käsitteli vuorovaikutusta varsin pintapuolisesti ja ilmiöiden tarkastelussa jäätiin käsitteiden nimeämisen tasolle. Toisissa artikkeleissa taas vuorovaikutuksen ilmiöihin pureuduttiin syvällisemmin. Joissakin

artikkeleissa tutkimuksen tavoite oli kyllä syvällisessä tarkastelussa, mutta tulosten osalta jäätiin jälleen hypoteesien kumoamisen tasolle. Tällöin syynä saattoi olla esimerkiksi ilmiötä huonosti mittaava menetelmävalinta. Näkökulmien ja käsittelytapojen lisäksi eroja oli myös yleistettävyydessä. Artikkeleissa otannat vaihtelivat alle kymmenen ja yli 1500 osallistujan välillä. Tasoerojen huomioiminen muodostikin analysoinnille omat haasteensa.

Käytin tutkielmani teoriataustassa melko paljon toisen käden lähteitä. Tämä johtuu siitä, että hyödynsin teoriaosiossa paljon kokoavaa review-tyyppistä taustakirjallisuutta. Tutkimusalueen historian ja tutkimuskentän näkökulmien ja suuntausten yhteydessä oli mielestäni luontevaa hyödyntää myös valmiita yhteenvetoja ja luokitteluja lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksesta. Rajallisen aikatauluni vuoksi en hakeutunut kaikissa tapauksissa alkuperäisen lähteen ääreen. Osaa alkuperäisistä en myöskään onnistunut tavoittamaan yrityksestäni huolimatta. Ajan hallinnan puitteissa näin merkityksellisimmäksi varata riittävästi aikaa tutkielman systemaattiselle tiedonhauille ja artikkelien analysoimiselle. Ymmärrän silti, että toisen käden tiedot perustuvat aina tulkintaan alkuperäisestä. Osassa toisen käden lähteitä oli myös puutteelliset lähdetiedot alkuperäisestä lähteestä, esimerkiksi sivunumeroiden suhteen. Tämä heijastuu luonnollisesti myös omiin viite- ja lähdemerkintöihini.

Yksi tutkielmani tavoitteista oli tuottaa vastauksia tutkimuskysymyksiin monitasoisesti, lähempää tarkastellen ja yleisemmin kokonaisuuksia koostaen. Tämän tavoitteen pidin mielessäni erityisesti tutkielman artikkelien analysointi- ja jaotteluvaiheessa. Yritin piirtää samanaikaisesti kuvaa lääkärin ja potilaan tutkimuskentän tilanteesta, havainnollistaa numeerisemmin tutkimusten painopisteitä ja samalla kuitenkin syventyä laajemmin yksittäisten artikkelien sisällön tulkintaan ja synteisien tekemiseen. Mielestäni onnistuin tuomaan vastauksia ja huomiota tutkimuskysymyksiin suhteellisen monipuolisesti.

5.3. Katsaus eteenpäin

Tulevaisuuden näkymät lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksen tutkimuksessa kielivät ainakin viidestä asiasta: potilaskeskeisyydestä, lääkärin näkökulman tarpeellisuudesta potilaskeskeisyyden sisällä, kontekstisidonnaisuudesta, teknologiavaikutteisuudesta sekä tutkimuskentän yleisestä vireydestä.

Lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksen tutkimus tulee todennäköisesti säilymään vielä pitkään potilaskeskeisenä. Tämä johtunee siitä, että potilaskeskeisyydessä on kyse tutkimusaluetta suuremmasta, koko hoitokulttuuria koskevasta näkemyksestä. Vahva potilaskeskeisyys on kuitenkin aiheuttanut hetkellisesti sen, että lääkärin näkökulma vuorovaikutusta tarkastelevassa tutkimuksessa on jäänyt hiukan sen jalkoihin. Tulevaisuudessa lääkärin näkökulmaa olisikin hyvä tutkia juuri potilaskeskeisyyden näkökulmasta, eli miten lääkärit näkevät oman roolinsa sen sisällä.

Potilaskeskeisyyden lisäksi tutkimus on siirtynyt vuorovaikutusilmiöiden yleisestä tarkastelusta tarkempiin, kontekstisidonnaisiin tutkimusaiheisiin. Vaikuttaisi siltä, että lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksen tutkimuksessa olisi siirrytty ikään kuin uudelle tasolle. Mielestäni erityishoidon kontekstien avulla on havaittu ja havaitaan edelleen asioita, jotka määrittelevät lääkärin ja potilaan vuorovaikutusta merkittäväällä tavalla. En siis olisi kovin yllättynyt, jos näiden havaintojen pohjalle alkaisi lähivuosina rakentua myös tutkimusalueen kaipaamia pohjateorioita. Toisaalta juuri yhteisten teorioiden puute ja ilmiöiden määrittelyn keskeneräisyys pitää tutkimusalueen myös virkeänä.

Jos uuden sukupolven lääkäreiden käsityksiä ja potilaiden näkemyksiä on uskominen (esim. Gray 2011), siirrytään lääkärin ja potilaan välillä jatkossa yhä enemmän ajatukseen palveluntarjoajan ja asiakkaan vuorovaikutuksesta. Tätä relationaalisen kontrollin kuluttajamallia voisi kuitenkin tarkastella nykyistä laveammin, mikäli vuorovaikutus määriteltäisiin osallistumisen näkökulmasta (ks. Xie 2009). Tällöin vuorovaikutus lääkärin ja potilaan välillä nähtäisiin aktuaalista vuorovaikutustilannetta laajempaan tapahtumana. Kuten tutkielmassa jo todettiin, potilas kuitenkin osallistuu tulevaan vuorovaikutukseen jo ennen vastaanottoa etsimällä tietoa tiedostavan asiakkaan tavoin ulkopuolisista tietolähteistä ja

valmistautumalla tulevaan vuorovaikutukseen. Ennakkovalmistautumisen taas on todettu vaikuttavan potilaan osallistumiseen kasvokkaisessa vuorovaikutustilanteessa – kyse on siis vuorovaikutuksellisesta jatkumosta.

Ihanteellisin tai tarkoituksenmukaisin relationaalisen kontrollin muoto saattaa kuitenkin vaihdella esimerkiksi vuorovaikutustilanteeseen valmistautumisen ja varsinaisen vastaanottotilanteen välillä. Kuluttajamalli kuvaa ehkä parhaiten vuorovaikutuksen kokonaisuasetelmaa potilaan valmistautumisesta vastaanoton jälkeiseen vaiheeseen. Silti aktuaalisen vuorovaikutustilanteen näkökulmasta tarkoituksenmukaista kontrollimallia tulisi arvioida jatkossa yhä enemmän erityishoidon kontekstin, ja sen mukanaan tuomien erityispiirteiden mukaisesti. Potilaiden odotukset lääkärin kanssa käytävää vuorovaikutusta kohtaan kun näyttäisivät vaihtelevan juuri niiden mukaan. Ehkä tulevaisuudessa tulisikin irroittautua vielä enemmän ajatuksesta, että potilaan odotukset esimerkiksi relationaalisesta kontrollista säilyisivät muuttumattomana vuorovaikutustilanteesta toiseen ja vuorovaikutuksen eri vaiheissa.

Tutkielmani loppuun haluan vielä esittää kysymyksen: mihin vallalla oleva potilaskeskeisyys lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksen lopulta johdattelee? Mitä potilaskeskeisyys lopulta on, tai mitä sillä tarkoitetaan? Onko potilaskeskeisyys potilaan näkökulmaan keskittymistä, sen korostamista, vai onko potilaan näkökulma potilaan huomioimista tasavertaisena vuorovaikutusosapuolena? Tutkimuksen mukaan se vaikuttaisi olevan tätä kaikkea.

Robinson ja kumppanit (2011, 132) puolestaan ehdottivat, että potilaskeskeisyys voisi tarkoittaa ’jatkovaa saatavilla olemista’. Tässä tapauksessa kyse ei olisikaan vain potilaan huomioimisesta, vaan kokonaisvaltaisemmin ”potilasystävällisyydestä”. Siinä, että vuorovaikutuksen puitteet on luotu potilaalle mahdollisimman helpoiksi. Tämä tarkoittaisi samalla lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksen kontekstuaalisten rakenteiden uudelleen muovaamista ja kehittämistä.

Ehkä perinteinen kasvokkainen vastaanotto onkin jo vähän liian ”kankea” ja yksinkertainen ratkaisuvaihtoehto nykymaailman ilmiöiden keskellä. Kasvokkaisen vuorovaikutuksen merkitys tulee varmasti olemaan aina merkityksellinen lääkärin ja potilaan hoitokontekstissa, mutta olisiko sen rinnalle hyvä ottaa enemmän myös

muita joustavampia välineitä. Saattaahan myös olla, että odotuksemme kasvokkaista vuorovaikutusta kohtaan ovat yksinkertaisesti epärealistisia erilaisten resurssikysymysten ja terveydenhuollon toimintamallien äärellä. Lisäksi sähköpostin hyödyntämistä vuorovaikutuskanavana hillitsevät vielä toistaiseksi myös tietosuojaan liittyvät rajoitteet. Tekniikkaa ja järjestelmiä tulee siis kehittää.

Ehkä meillä on kuitenkin tulevaisuudessa mahdollisuus vaihtaa muutama ajatus lääkärimme kanssa esimerkiksi terveyskeskuksen chatroomissa tai ”chatti-odotushuoneessa”, jolloin ennakkotoiveet saattaisivat tulla paremmin esille puolin ja toisin. Vastaanoton jälkeiset tunnelmat voisi jakaa halutessaan puolin ja toisin terveyskeskuksen palauteblogiin tai sähköpostitse virallisen reklamaatiojärjestelmän sijaan. Yleistä keskustelua ja yhteisten näkökulmien etsimistä voisi vauhdittaa ja kehittää uuden lääkäreiden ja potilaiden perustaman ’terveyden ystävät’ – yhdistyksen virtuaalisessa lauantaisaunassa. Nämä ovat tietysti täysin kuvitteellisia ehdotuksia, mutta tausta-ajatus on realistinen.

Onnistuisiko osapuolten keskinäinen parempi ymmärtäminen ja oppiminen avoimuuden ja uusien ennakkoluulottomien vuorovaikutuskanavien lisäämisellä, mitkä kuitenkin ovat teknologian avulla täysin mahdollisia toteuttaa. Olisiko sairauskeskeisyyden ja sitä seuranneen potilaskeskeisyyden jälkeen vuorossa ymmärryskeskeisyys.

KIRJALLISUUS

- Adelman, R. D., Greene, M. G. & Charon, R. 1991. Issues in physician-elderly patient interaction. *Ageing and Society*, 2, 127 - 148.
- Arora, N. K. 2003. Interacting with cancer patients: The Significance of physicians communication behavior. *Social Science and Medicine* 57, 791 - 806.
- Beckman, H. B. & Frankel, R. M. 1984. The Effect of physician quarterly on the collection of data. *Annals of Internal Medicine* 101, 692 - 696.
- Beisecker, A. E. 1988. Aging and desire for information and input in medical decisions: Patient consumerism in medical encounters. *The Gerontologist* 28, 330 - 335.
- Beisecker, A. E. & Beisecker T. D. 1990. Patient information-seeking behaviors when communicating with doctors. *Medical Care* 28, 19 - 28.
- Berry, D. 2007. *Health Communication: Theory and practice*. Maidenhead: Open university.
- Brown, J. B., Stewart, M. & Ryan, B. L. 2003. Outcomes of patient-provider interaction. Teoksessa T. L. Thompson, A. M. Dorsey, K. I. Miller & R. Parrot (toim.) *Handbook of Health Communication*. Mahwah: Lawrence Erlbaum, 141 - 161.
- Burns, N. & Grove, S. 2005. *The Practice of Nursing Research. Conduct, critique & utilization*. 5th ed. Philadelphia: WB Saunders.
- Cardello, L. L. Berlin Ray, E. & Pettey, G. R. 1995. The relationship of perceived physician communicator style to patients satisfaction. *Communication Reports* 8, 27 - 37.
- Cegala, D. J. 2005. The First three minutes. Teoksessa E.B. Ray (toim.) *Health Communication in Practice. A case study approach*. Mahwah: Lawrence Erlbaum, 3 - 10.
- Cegala, D. J., McNeilis, K. S., McGee, D. S. & Jonas P. A. 1995. A Study of doctors and patients perceptions of information processing and communication competence during the 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 - 27.
- Cegala, D. J. & Broz, S. L. 2003. Provider and patient communication skills training. Teoksessa T. L. Thompson, A. M. Dorsey, K. I. Miller & R. Parrot (toim.) *Handbook of Health Communication*. Mahwah: Lawrence Erlbaum, 95 - 120.

- Cline, R. J. W. 2003a. At the intersection of micro and macro: Opportunities and challenges for physician–patient communication research. *Patient Education and Counseling* 50, 13 - 16.
- Cline, R. J. W. 2003b. Everyday interpersonal communication and health. Teoksessa T. L. Thompson, A.M. Dorsey, K. I. Miller & R. Parrot (toim.) *Handbook of Health Communication*. Mahwah: Lawrence Erlbaum, 285 - 314.
- Cline, R. J. W. 2008. Patient–provider communication. *The International Encyclopedia of Communication*. Blackwell reference online. <<http://www.communicationencyclopedia.com>>. Viitattu 3.11.2011.
- Cook, J. D., Greengold, N. L., Ellrodt, G. & Weingarten, S. R. 1997. The relation between systematic reviews and practice guidelines. *Annals of Internal Medicine* 127, 210 - 216.
- Corke, L., Staw, P., Green, D., Agar, J. & Henry, M. 2005. How do doctors discuss major interventions in high risk patients? *British Medical Journal* 330, 182.
- Davis, H. & Fallowsfield, L. 1994. *Counselling and Communication in Health care*. Chichester: John Wiley.
- Dietrich, A. J. & Marton, K. I. 1982. Does continuous care from a physician make a difference? *Journal of Family Practice* 5, 929 - 937.
- DiMatteo, M. R. 1979. A Social-psychological analysis of physician-patient rapport: Toward a science of the art of medicine. *Journal of Social Issues* 35, 12 - 33.
- Donohew, L. & Ray, E. B. 1990. Introduction: Systems perspectives on health communication. Teoksessa E. B. Ray & L. Donohew (toim.) *Communication and Health*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum, 3 - 8.
- Duodecim 2011 127, 2587.
- Edelmann, R. J. 2000. *Psychosocial Aspects of the Health Care Process*. London: Prentice Hall.
- Egger, M., Smith, G. D. & O'Rourke 2001. Rationale, potentials and promise of systematic reviews. Teoksessa M. Eggers, G. D. Smith & D. G. Altman (toim.) *Systematic Reviews in Health Care, Meta-analysis in context*. London : BMJ
- Emanuel, E. J. & Emanuel, L. L. 1992. Four models of the physician – patient relationship. *Journal of the Quarterly Medical Association* 267, 2221 - 2226.
- Engeström, Y. & Engeström, R. 1992. Potilaan ja lääkärin vuorovaikutus. Teoksessa A. Karisto, E. Lahelma & O. Rahkonen (toim.) *Terveys sosiologia*. Juva: WSOY, 54 - 68.
- Gerlander, M. 2003. Jännitteet lääkärin ja potilaan välisessä viestintäsuhteessa. *Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä studies in humanities* 3.
- Gillotti, C. M. 2003. Medical disclosure and decision-making: Excavating the complexities of physician-patient information exchange. Teoksessa T. L. Thompson,

- A. M. Dorsey, K. I. Miller & R. Parrot 2003. Handbook of Health Communication. Mahwah: Lawrence Erlbaum, 163 - 181.
- Greener J. & Grimshaw J. 1996. Using meta-analysis to summarise evidence within systematic reviews. Nurse Quarterly 4, 27 - 38.
- Gwyn, R. 2002. Communicating Health and Illness. Thousand Oaks: Sage.
- Hargie, O. & Dickson, D. 2004. Skilled Interpersonal Communication: Research, theory and practice. Hove: Brunner Routledge.
- Hart, C. 1998. Doing a Literature Review: Release the social science research imagination. London: Sage.
- Haug, M. R. & Ory, M. G. 1987. Issues in Elderly Patient-Provider Interactions, Research on aging, 9, 3 - 44.
- Infante, D. A., Rancer, A. S., Womack, D. F. 1997. Building Communication Theory. 3rd ed. Prospect Heights: Waveland.
- Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset - huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa K. Johansson, A. Axelin, M. Stolt & R-L Ääri (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja A:51, 3 - 6.
- Jones, T. & Evans, D. 2002. Conducting a systematic review. Australian Critical Care 13, 66 - 71.
- Kahn, K. S., Kunz, R. Kleijnen, J. & Antes G. 2003. Systematic Reviews to Support Evidence-based Medicine. How to review and apply findings in healthcare research. London: The Royal Society of Medicine.
- Kontio, E. & Johansson, K. 2007. Systemaattinen tarkastelu alkuperäistutkimuksien laatuun. Teoksessa K. Johansson, A. Axelin, M. Stolt & R-L Ääri (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja A:51, 101 - 108.
- Kreps, G. L. 1988. Relational communication in health care. Southern Communication Journal 53, 344 - 359.
- Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. Hoitotiede 18, 37 - 45.
- Lepper, H. S., Martin, L. R. & DiMatteo, M. R. 1995. A Model of nonverbal exchange in physician -patient expectations for patient involvement. Journal of Nonverbal Behavior 19, 207 - 222.
- Littlejohn, S. W. 2002. Theories of Human Communication. 7th ed. Belmont: Wadsworth Publishing.
- Lähdesmäki, T., Hurme, P., Koskimaa, R., Mikkola, L. & Himberg, T. 2009. Menetelmäpolkuja humanisteille. Jyväskylän yliopisto, humanistinen tiedekunta. <<http://www.jyu.fi/mehu>>. Viitattu 15.12.2012.
- Machi, L. A. & McEvoy B. T. 2009. The Literature Review. Thousand Oaks: Corwin

- Needleman, I. G. 2002. A guide to systematic reviews. *Journal of Clinical Periodontology* 29, 6 - 9.
- Northouse, L. L. & Northouse P. G. 1998. *Health Communication: Strategies of health professionals*. London: Pearson Education.
- Nussbaum, J. F., Ragan, S. & Whaley, B. 2003. Children, older adults, and women: Impact on provider-patient interaction. Teoksessa T. L. Thompson, A. M. Dorsey, K. I. Miller & R. Parrot (toim.) *Handbook of Health Communication*. Mahwah: Lawrence Erlbaum, 183 - 204.
- O'Hair, D. 1989. Dimensions of relational communication and control during physician-patient interactions. *Health Communication*, 1, 97 - 115.
- O'Hair D., Thompson S. R. & Sparks L. 2005. Negotiating cancer care through communication. Teoksessa E. B. Ray (toim.) *Health Communication in Practice. A case study approach*. Mahwah: Lawrence Erlbaum, 81 - 94.
- Ong, L. M., De Haes, J. C., Hoos, A. M. & Lammes F. B. 1995. Doctor-Patient Communication: a review of the literature, *Social Science and Medicine* 40, 903 - 918.
- Ory, M. G., Abeles, R. P. & Lipman, P. 1992. *Aging, Health, and Behavior*. Newbury Park: Sage.
- Paling, J. 2004. *Helping Patients Understand Risks*. Gainesville: The Risk Communication Institute.
- Pudas-Tähkä, S-M. & Axelin A. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajaus, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa K. Johansson, A. Axelin, M. Stolt & R-L Ääri (toim.) *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*. Turun yliopisto. *Hoitotieteen laitoksen julkaisuja A:51*, 46 - 57.
- Ray, E. B. (toim.) 2005. *Health Communication in Practice. A case study approach*. Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- Robinson, J. D. 2008. Doctor-Patient Talk. *The International encyclopedia of communication*. Blackwell reference online.
<<http://www.communicationencyclopedia.com>>. Viitattu 10.11.2011
- 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*. Westport: Praeger, 69 - 82.
- Roter, D. L. & Hall, J. A. 1989. Studies of Doctor-Patient Interaction, *Annual Review of Public Health* 10, 163 - 180.
- Roter, D. L. & Hall, J. A. 1992. *Doctors Talking with Patients/ Patients Talking with Doctors*. Westport: Ayburn House.
- Rubin, B. D. 1990. The Health caregiver-patient relationship: Pathology, etiology, treatment. Teoksessa E. B. Ray & L. Donohew (toim.) *Communication and Health Systems and Applications*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum, 51 - 68.

- Schouten, B. 2008. Bad news in medicine, communicating. The International encyclopedia of communication. Blackwell reference online.
<<http://www.communicationencyclopedia.com>>. Viitattu 3.11.2011.
- Sheer, V. C. & Cline R. J. 1995. Testing a model of perceived information adequacy and uncertainty reduction in physician-patient interactions, *Journal of Applied Communication Research* 23, 44 - 59.
- Stewart, M. A. & Weston, W. W. 1995. Introduction. Teoksessa M. Stewart, J. B. Brown, W. W. Weston, I. R. McWhinney & C. L. Freeman (toim.) *Patient-centered Medicine: Transforming the clinical method*. Thousand Oaks: Sage, 15 - 24.
- Street, R. L. & Wiemann, J. M. 1987. Patient satisfaction with physician's interpersonal involvement, expressiveness, and dominance. Teoksessa M. L. McLaughlin (toim.) *Communication Yearbook* 10. Beverly Hills: Sage, 591 - 612.
- Street, R. L. 2003. Communication in medical encounters: An ecological perspective. Teoksessa T. L. Thompson, A. M. Dorsey, K. I. Miller & R. Parrot (toim.) *Handbook of Health Communication*. Mahwah: Lawrence Erlbaum, 63 - 90.
- Stolt, M. & Routasalo, P. 2007. Tutkimusartikkelien valinta ja käsittely. Teoksessa K. Johansson, A. Axelin, M. Stolt & R-L Ääri (toim.) *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisu A:51, 58 - 70.
- Thompson, T. 1994. Interpersonal communication and health care. Teoksessa M. Knapp & G. Miller (toim.) *Handbook of Interpersonal Communication*. 2nd ed. Beverly Hills: Sage, 696 - 725.
- Thompson, T. L., & Parrott, R. 2002. Interpersonal communication and health-care. Teoksessa M. L. Knapp, J. A. Daly & G. R. Miller (toim.) *Handbook of Interpersonal Communication*. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage, 680 - 725.
- Thompson T. L., Robinson J. D. & Beisecker A. E. 2004. The Older patient-physician interaction. Teoksessa J. F. Nussbaum & J. Coupland (toim.) *Handbook of Communication and Aging Research*. 2nd ed. Mahwah: Lawrence Erlbaum, 451 - 478.
- Viswanath, K. 2008. Health communication. The International encyclopedia of communication. Blackwell reference online.
<<http://www.communicationencyclopedia.com>> Viitattu 3.11.2011.
- Wasson, J. H., Sauvigne, A. E., Mogielnicki, R. P., Frey, W. G., Sox, C. H., Gaudette, C. & Rockwell, A. 1984. Continuity of outpatient medical care in elderly men: A Randomized trial. *Journal of the Quarterly Medical Association* 252, 2413 - 2417.
- West, C. & Frankel, R. M. 1991. Miscommunication in medicine. Teoksessa N. Coupland, H. Giles & J. M. Wiemann (toim.) *Miscommunication and Problematic Talk*. Newbury Park: Sage, 166 -194.
- Wieczorek, S. M. 2010. From telegraph to e-mail: Preserving the doctor-patient relationship in a high-tech environment. *A Review of General Semantics*, 67, 311 - 327.

Wigginton Cecil, D. & Friederichs-Fitzwater M. M. 2004. Relational control in physician-patient interaction. Teoksessa L. E. Rogers & V. Escudero (toim.) Relational communication. An Interactional Perspective to the Study of Process and Form. Mahwah: Lawrence Erlbaum, 179 - 196.

LIITE 1 Tutkielman artikkelit

- Avtgis, T. A. & Polack E. P. 2007. Predicting physician communication competence by patient perceived information exchange and health locus of control. *Human Communication* 10, 136 - 144.
- Baker, S. C., Gallois, C., Driedger, S. M. & Santesso, N. 2011. Communication accommodation and managing musculoskeletal disorders: Doctors' and patients' perspectives. *Health Communication*, 26, 379 - 388.
- Bass, S. B., Ruzek, S. B., Fleisher, L., McKeown-Conn, N. & Moore, D. 2006. Relationship of internet health information use with patient behavior and self-efficacy: Experiences of newly diagnosed cancer patients who contact the National cancer institute's cancer information service. *Journal of Health Communication* 11, 219 - 236.
- Blanquicett, C., Amsbary, J. H., Mills, C., Powell, L. 2007. Examining the perceptions of doctor-patient communication. *Human Communication* 10, 421 - 435.
- Brown, T. N., Koji, U., Smith, C. L., Austin, N. S. & Bickman, L. 2007. Communication patterns in medical encounters for the treatment of child psychosocial problems: Does pediatrician-parent concordance matter? *Health communication* 21, 247 - 256.
- Burke, J. A., Earley, M., Dixon, L. D., Wilke, A. & Puczynski, S. 2006. Patients with diabetes speak: Exploring the implications of patients' perspectives for their diabetes appointments. *Health Communication* 19, 103 - 114.
- Cegala, D. J., Bahnson, R. R., Clinton, S. K., David, P., Gong, M. C., Monk III, J. P., Nag, S. & Pohar, K. S. 2008. Information seeking and satisfaction with physician-patient communication among prostate cancer survivors. *Health Communication* 23, 62 - 69.
- Cegala, D. J. 2011. An exploration of factors promoting patient participatory in primary care medical interviews. *Health Communication* 26, 427 - 436.
- Coran, J. J., Arnold, C. L. & Arnold, J. C. 2010. Physician-patient communication: This time, from the physician's perspective. *Florida Communication Journal* 38, 1 -12.
- Cox, E. D., Smith, M. A., Brown, R. L. & Fitzpatrick, M. A. 2009. Learning to participate: Effect of child age and parental education on participation in pediatric visits. *Health Communication* 24, 249 - 258.
- Gray, J. B. 2011. From 'directing them' to 'it's up to them': The physician's perceived professional role in the physician-patient relationship. *Journal of Communication in Healthcare* 4, 281 - 288.

- Hajek, C., Villagran, M. & Wittenberg-Lyles, E. 2007. The Relationships among perceived physician accommodation, perceived outgroup typicality, and patient inclinations toward compliance. *Communication Research Reports* 24, 293 - 302.
- Heritage, J. & Robinson, J. D. 2006. The structure of patients presenting concerns: Physicians' opening questions. *Health Communication* 19, 89 - 102.
- Imes, R., Bylund, C. L., Sabee, C., Routsong, T. R. & Sanford, A. A. 2008. Patients' reasons for refraining from discussing internet health information with their healthcare providers. *Health Communication* 23, 538 - 547.
- Koermer, C. D. & Kilbane, M. 2008. Physician sociality communication and its effect on patient satisfaction. *Communication Quarterly* 56, 69 - 86.
- Lewis, N., Gray, S. W., Freres, D. R. & Hornik, R. C. 2009. Examining cross-source engagement with cancer-related information and its impact on doctor-patient relations. *Health Communication* 24, 723 - 734.
- Lewis, C. C., Matheson, D. H. & Brimacombe, C. A. E. 2011. Factors influencing patient disclosure to physicians in birth control clinics: An Application of the communication privacy management theory. *Health Communication* 26, 502 - 511.
- Li, H. Z., Koehn, C., Desroches, N. G., Yum, Y-O. & Deagle, G. 2007. Asymmetrical talk between physicians and patients: A Quantitative discourse analysis. *Canadian Journal of Communication* 32, 417 - 433.
- McComas, K. A., Yang, Z., Gay, G. K., Leonard, J. P., Dannenberg, A. J. & Dillon, H. 2010. Individuals' willingness to talk to their doctors about clinical trial enrollment. *Journal of Health Communication* 15, 189 - 204.
- Munoz Sastre, M. T., Sorum, P. C. & Mullet, E. 2011. Breaking bad news: The Patient's viewpoint. *Health Communication* 26, 649 - 655.
- Pahal, J. S. & Li, H. Z. 2006. The dynamics of resident-patient communication: Data from Canada. *Communication & Medicine* 3, 161 - 170.
- Ratanawongsa, N., Roter, D., Beach, M. C., Laird, S. L., Larson, S. M., Carson, K. A. & Cooper L. A. 2008. Physician burnout and patient-physician communication during primary care encounters. *Journal of General Internal Medicine* 23, 1581 - 1588.
- Real, K., Bramson, R. & Poole, M. S. 2009. The symbolic and material nature of physician identity: Implications for physician-patient communication. *Health Communication* 24, 575 - 587.
- Robinson, J. D., Raup-Krieger, J. L., Burge, V. W. & Oesterling, B. 2008. The Relative influence of patients' pre-visit global satisfaction with medical care on patients' post-visit satisfaction with physicians' communication. *Communication Research Reports* 25, 1 - 9.

- Robinson, J. D., Turner, J. W., Levine, B. & Tian, Y. 2011. Expanding the walls of the health care encounter: Support and outcomes for patients online. *Health Communication* 26, 125 - 134.
- Roter, D. L., Larson, S., Sands, D. Z., Ford, D. E., Houston, T. 2008, Can e-mail messages between patients and physicians be patient centered? *Health Communication* 23, 80 - 86.
- Royak-Schaler, R., Passmore, S. R., Gadalla, S., Hoy, K., Zhan, M., Tkaczuk, K., Harper, L. M., Nicholson, P. D. & Hutchison, B. S. 2008. Exploring patient-physician communication in breast cancer care for African American woman following primary treatment. *Oncology Nursing Forum* 35, 836 - 843.
- Sabee, C. M., Bylund, C. L., Imes, R. S., Sanford A. A. & Rice I. S. 2007. Patient's attributions for health-care provider responses to patients' presentation of internet health research. *Southern Communication Journal* 72, 265 - 284.
- Sparks, L., Villagran, M. M., Parker-Raley, J. & Cunningham, C. B. 2007. A Patient-centered approach to breaking bad news: Communication guidelines for health care providers. *Journal of Applied Communication Research* 35, 177 - 196.
- Step, M. M. & Ray E. B. 2011. Patient perceptions of onchologist-patient communication about prognosis: Changes from initial diagnosis to cancer recurrence. *Health Communication* 26, 48 - 58.
- Taylor, S., Haase-Casanovas, S., Weaver, T., Kidd, J. & Garralda, E. M. 2010. Child involvement in the paediatric consultation: a gualitative study of children and carers' views. *Child care, Health and Development* 36, 678 - 685.
- Tsai, M-H. 2007. Who gets to talk? An alternative framework evaluating companion effects in geniatric triads. *Communication & Medicine* 4, 37 - 49.
- Tustin, N. 2010. The Role of patient satisfaction in online health information seeking. *Journal of Health Communication* 15, 3 - 17.
- Xie, B. 2009. Older adults' health information wants in the internet age: Implications for patient-provider relationships. *Journal of Health Communication* 14, 510 - 524.

LIITE 2

TAULUKKO 1 Tutkielman artikkelien esittely ja teemoittelu

Tutkijat:	Tutkimuksen tavoitteen kuvaus:	Tutkimuksen teemat ja erityiskontekstit:	Näkökulma vuorovaikutukseen:	Tutkimuspaikka:	Tutkimuksen menetelmä:	Otos/ aineisto:
Avtgis & Polack 2007	Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää potilaiden yksilöllisten piirteiden suhdetta heidän odotuksiinsa lääkärin vuorovaikutustaidoista.	Potilaan odotukset Lääkärin vuorovaikutustaidot Tiedon kertominen, hankkiminen ja saaminen Relationaalinen kontrolli Erityishoidon konteksti: plastiikkakirurgian vastaanotto	Potilaan näkökulma	USA (Mid-west)	Kysely	199 potilasta
Baker ym. 2011	Tutkimuksen tavoitteena oli tarkastella vuorovaikutuksessa ilmeneviä tapoja, joilla lääkärit ja potilaat tuovat esille oletuksiaan, odotuksiaan ja lähestymistapojaan liikuntaelinsairauksien hoidon yhteydessä.	Lääkärin ja potilaan odotukset Mukautuminen Erityishoidon konteksti: liikuntaelinsairaudet/reumatologia	Molempien näkökulma	Kanada ja Australia	Haastattelu (=kasvokkaiset syvähaastattelut)	22 potilasta 13 yleislääkäreitä ja 16 erikoislääkäreitä

jatkuu

Taulukko 1 jatkoa

Bass ym. 2006.	Tutkimuksen tavoitteena oli tutkia vastadiagnostoitujen syöpäpotilaiden internetistä hankitun tiedon käyttöä sekä vaikutuksia lääkärin ja potilaan vuorovaikutukseen.	Tiedon kertominen, hankkiminen ja saaminen Osallistuminen Taustatekijöiden yhteys Erytshoidon konteksti: syöpäsairaudet (onkologia) Välillinen teknologiavaikutteisuus	Potilaan näkökulma	USA(Philadelphia, Pennsylvania)	Haastattelu (=puhelinhaastattelu, 10 kpl kirjeellä) Poikittaistutkimus	442 potilasta
Blanquicett ym. 2007	Tutkimuksen tavoitteena oli tarkastella potilaiden havaintoja lääkärin ja potilaan vuorovaikutustaidoista sekä yksilöidä tekijöitä, jotka ovat yhteydessä myönteiseen vuorovaikutuskokemukseen.	Potilaan tyytyväisyys Lääkärin ja potilaan vuorovaikutustaidot	Potilaan näkökulma	USA (Alabama)	Haastattelu (=puhelinhaastattelu) (Likert-asteikko , lineaarinen regressianalyysi)	400 potilasta (62 % naisia; 38% miehiä)
Brown ym. 2007.	Tutkimuksessa tavoitteena oli tarkastella potilaan läheisen ja lääkärin taustatekijöiden yhdenmukaisuuden vaikutusta vastaanoton vuorovaikutuksessa.	Relationaalinen kontrolli Osallistuminen Tiedon kertominen, hankkiminen ja saaminen Taustatekijöiden yhteys Erytshoidon konteksti: lastentaudit (pediatria) Lääkäri-potilas-läheinen -triadi	Molempien näkökulma	USA (large Southeastern metropolitan city)	Monimenetelmä: observointi (Roterin vuorovaikutusanalyysi) ja kysely	21 lääkäriä ja 28 lapsipotilasta ja 38 vanhempaa (yht. 28 vastaanottotilannetta).

jatkuu

Taulukko 1 jatkoa

Burke ym. 2006.	Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää potilaiden odotuksia muun muassa tiedon saamisesta vastaanoton vuorovaikutustilanteissa kroonisen sairauden hoidossa.	Potilaan odotukset Erityishoidon konteksti: diabetes	Potilaan näkökulma	USA (Ohio)	Haastattelu (=ryhmähaastattelu) Ankkuroitu teoria (‘grounded theory’)	8 potilasta
Cegala ym. 2008.	Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää eturauhassyöpää sairastavien potilaiden tiedon etsimisen tarvetta diagnoosin eri vaiheissa sekä potilaiden tuntemuksia riittävästä tiedosta suhteessa potilaiden kokemaan tyytyväisyyteen vuorovaikutuksesta lääkärin kanssa.	Tiedon kertominen, hankkiminen ja saaminen Potilaan tyytyväisyys Erityishoidon konteksti: syöpäsairaudet (onkologia) Välillinen teknologiavaikutteisuus	Potilaan näkökulma	USA	Kysely	75 potilasta
Cegala 2011.	Tutkimuksen tavoitteena oli tarkastella Streetin(2003) ekologista mallia hyödyntämällä niitä tekijöitä, jotka joko edistävät tai heikentävät potilaan osallistumista vuorovaikutuksessa.	Potilaan osallistuminen Taustatekijöiden yhteys	Molempien näkökulma	USA	Monimenetelmä: observointi ja kysely (Monitasoinen regressioanalyysi)	25 lääkäriä 150 potilasta

jatkuu

Taulukko 1 jatkoa

Coran ym. 2010.	Tutkimuksen tavoitteena oli kartoittaa eri erikoisalojen lääkärien näkemyksiä lääkärin ja potilaan välisestä vuorovaikutuksesta. Mitkä ovat lääkärin ja potilaan merkittävimmät vuorovaikutustaidot?	Vuorovaikutustaidot Lääkärin odotukset Taustatekijöiden yhteys	Lääkärin näkökulma	USA	Kysely	36 lääkäriä (useilta erikoisaloilta: radiologia, sisätaudit, kirurgia, neurologia, pediatria, perhekliniikka ja syöpätaudit)
Cox ym. 2009.	Tutkimuksen tavoitteena oli tarkastella miten lapsipotilaan ikä ja vanhempien koulutustausta vaikuttavat lapsen osallistumiseen vastaanotolla.	Potilaan osallistuminen Tiedon kertominen, hankkiminen ja saaminen Taustatekijöiden yhteys Erityishoidon konteksti: lastentaudit (pediatria) Lääkäri-potilas-läheinen -triadi	Molempien näkökulma	USA	Monimenetelmä: observointi ja kysely (Roterin vuorovaikutusanalyysi)	15 lääkäriä (omalääkäreitä 7, lastenlääkäreitä 8), 100 lapsipotilasta ja heidän vanhempansa.

jatkuu

Taulukko 1 jatkoa

Gray 2011.	Tutkimuksen tavoitteena oli kartoittaa lääkärien käsityksiä vuorovaikutussuhteen osapuolten rooleista vuorovaikutuksessa (relationaalisen kontrollin jakautumisesta). Tutkimuksessa vertailtiin näkemyksiä kolmen ikäryhmän kautta: 30 +, 40 + ja 50 +.	Relationaalinen kontrolli Lääkärin odotukset Taustatekijöiden yhteys	Lääkärin näkökulma	USA (yhdeksän eri osavaltiota)	Haastattelu (=strukturoitu) (retorinen analyysi, 'Rhetorical analysis')	14 lääkäriä (ikähaarukka 29 - 60)
Hajek ym. 2007.	Tutkimuksen tavoitteena oli tarkastella lääkärin mukautumisen ja lääkärin ryhmätyypillisyyden ('outgroup typicality') välistä suhdetta ja näiden vaikutuksia potilaan kokemaan tyytyväisyyteen ja hoitomyöntyvyyteen.	Hoitomyöntyvyys Potilaan tyytyväisyys Mukautuminen	Potilaan näkökulma	USA (Texas, San Antonio)	Kysely (=puhelin­kysely)	112 potilasta (65 naista ja 47 miestä)
Heritage & Robinson 2006.	Tavoitteena oli tarkastella potilaan ongelman esittämistä vuorovaikutustilanteessa ja lääkärin käyttämiä kysymystyylejä ongelmanesittelyn yhteydessä.	Tiedon kertominen, hankkiminen ja saaminen Potilaan osallistuminen Taustatekijöiden yhteys	Molempien näkökulma	USA (Los Angeles ja Pennsylvania)	Monimenetelmä: observointi ja kysely (keskusteluanalyysi, 'conversation analysis')	77 lääkäriä ja 302 potilasta (=302 vastaanottotilannetta, yhteensä 41 klinikkaa)

jatkuu

Taulukko 1 jatkoa

Imes ym. 2008.	Tutkimuksen tavoitteena oli tarkastella niitä tekijöitä, jotka rajoittavat potilaita kertomasta lääkärilleen vastaanotolla internetistä saamaansa tietoa.	Tiedon kertominen, hankkiminen ja saaminen Potilaan osallistuminen Välillinen teknologiavaikutteisuus	Potilaan näkökulma	USA	Kysely (=verkkokysely)	714 potilasta
Koermer & Kilbane2008.	Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää lääkärin osoittaman sosiaalisuuden ja potilaan kokeman tyytyväisyyden välistä suhdetta.	Potilaan tyytyväisyys	Potilaan näkökulma	USA (Midwestern state)	Kysely	198 potilasta (105 naista ja 93 miestä)
Lewis ym. 2009.	Tutkimuksen tavoitteena oli tarkastella potilaiden käyttämien ulkopuolisten tietolähteiden käyttöä, tiedon kertomisen vaikutusta vuorovaikutuksessa ja sitä miten potilaat ohjautuvat näille lähteille lääkärin suosittelemina. Tarkastelun alla olivat myös osapuolten käyttäytymismallit.	Tiedon kertominen, hankkiminen ja saaminen Erytshoidon konteksti: syöpäsairaudet (onkologia) Välillinen teknologiavaikutteisuus	Potilaan näkökulma	USA (Pennsylvania)	Kysely	1594 syöpäpotilasta

jatkuu

Taulukko 1 jatkoa

Lewis ym. 2011.	Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää rajoittavatko naispotilaat oman henkilöhistoriansa kertomista lääkärille synnytysvastaanottokontrollin yhteydessä, ja jos rajoittavat, niin miksi. Mitkä asiat edistävät potilaan arkaluontoisten asioiden kertomista.	Tiedon kertominen, hankkiminen ja saaminen (arkaluontoisten asioiden kertominen) Erityishoidon konteksti: synnytysvastaanotto	Potilaan näkökulma	Kanada	Kysely (Yksityisyyden hallinnan teoria)	56 naispotilasta
Li ym.2007.	Tutkimuksen tavoitteena oli tutkia lääkärin ja potilaan vuorovaikutuskäyttäytymisen eroja ja lääkärin viestintäkäyttäytymisen yhteyttä potilaan tyytyväisyyteen.	Potilaan tyytyväisyys Asymmetrisyys Taustatekijöiden yhteys	Molempien näkökulma	Kanada (British Columbia)	Monimenetelmä: observointi ja kysely (Roterin vuorovaikutusanalyysi)	31potilasta (13 miestä ja 18 naista), viisi lääkäriä
McComas ym. 2010.	Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää vaikuttaako lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksessa koettu oikeudenmukaisuus ja luottamus potilaan halukkuuteen keskustella tulevista hoitotoimenpiteistä lääkärin kanssa.	Potilaan osallistuminen Luottamus	Potilaan näkökulma	USA	Puhelinhaastattelu	500 potilasta

jatkuu

Taulukko 1 jatkoa

Munoz Sastre ym. 2011	Tutkimuksen tavoitteena oli saada selville mitkä seikat vaikuttavat lääkärin välittämän huonon uutisen hyväksyttävyyteen ja sitä kautta potilaan kokemaan tyytyväisyyteen.	Tiedon kertominen, hankkiminen ja saaminen (huonon uutisen kertominen) Potilaan tyytyväisyys	Potilaan näkökulma	Ranska (Toulouse)	Monimenetelmä: Tapauskuvausten arviointi (48 tapauskuvauskorttia) ja kyselylomake	245 potilasta (kolme ikäryhmää). Erillinen ryhmä lääkäreitä 11 kpl.
Pahal & Li 2006.	Tutkimuksen tavoitteena oli tutkia erikoistuvien lääkärin ja potilaiden vuorovaikutuskäyttäytymisen eroja ja lääkärin vuorovaikutuskäyttäytymisen vaikutuksia potilaan tyytyväisyyteen.	Potilaan tyytyväisyys Asymmetria Taustatekijöiden yhteys	Molempien näkökulma	Kanada (British Columbia)	Monimenetelmä: observointi (Roterin vuorovaikutusanalyysi) ja kyselylomake (=vain potilaat)	9 lääkäriä (erikoistuvia) ja 40 potilasta.
Ratanawongsa ym. 2008	Tutkimuksen tavoitteena oli tarkastella lääkärin uupumuksen vaikutusta lääkärin ja potilaan vuorovaikutukseen (mm. lääkärin vuorovaikutuskäyttäytymisen suhdetta potilaan tyytyväisyyteen).	Potilaan tyytyväisyys Potilaan luottamus Eriyishoidon konteksti: verenpainetauti Taustatekijöiden yhteys	Molempien näkökulma	USA (Baltimore)	Monimenetelmä: kysely ja observointi (Roterin vuorovaikutusanalyysi)	40 lääkäriä ja 235 potilasta

jatkuu

Taulukko 1 jatkoa

Real ym. 2009.	Tutkimuksen tavoitteena oli tutkia eri ympäristöissä ja konteksteissa työskenteleviä lääkäreitä, heidän suhdettaan lääkärin identiteettiin ja identiteetin vaikutusta potilaan kanssa käytävään vuorovaikutukseen.	Lääkärin odotukset (ja käsitykset) Taustatekijöiden yhteys	Lääkärin näkökulma	USA (Texas)	Haastattelu (=semistrukturoitu) Ankkuroitu teoria (‘Grounded theory’)	43 lääkäriä (14 sairaalalääkäriä, 29 yksityisaseman lääkäriä)
Robinson ym. 2008.	Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, mikä yhteys potilaan kokemalla yleistyytyväisyydellä oli yksittäisen lääkärin vastaanoton jälkeiseen tyytyväisyyteen.	Potilaan tyytyväisyys Erytyshoidon konteksti: ensihoito/päivystys	Potilaan näkökulma	USA	Monimenetelmä: kysely ja observointi (=nauhoite observointiin vain vastaanoton keston mittaamista varten)	171 potilasta ja 26 lääkäriä
Robinson ym. 2011.	Tutkimuksen tavoitteena oli tarkastella teknologiavälitteisen vuorovaikutuksen luonnetta ja tuen muotoja kroonisesti sairaiden potilaiden hoidon tukemisessa, sille räätälöidyssä terveystoiminnassa.	Teknologiavälitteinen vuorovaikutus Potilaan kokema tuki Tiedon kertominen, hankkiminen ja saaminen Potilaan tyytyväisyys Erytyshoidon konteksti: diabetes	Molempien näkökulma	USA	Sähköpostikokoelma (=924 henkilökohtaisesti lähetettyä sähköpostiviestiä) (sisällön analyysi)	109 potilasta ja 13 lääkäriä

jatkuu

Taulukko 1 jatkoa

Roter ym. 2008	Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää miten ja missä laajuudessa sähköpostivälitteinen vuorovaikutus vastaa/jäljittelee perinteistä kasvokkaista vuorovaikutusta, ja mitkä ovat sähköpostivälitteisen vuorovaikutuksen erityispiirteitä.	Teknologiavälitteinen vuorovaikutus Tiedon kertominen, hankkiminen ja saaminen Relationaalinen kontrolli	Molempien näkökulma	USA	Sähköpostikokoelma =74 sähköpostiviestiä, joista 40 potilaan ja 34 lääkärin (sisällön analyysi/ Roterin vuorovaikutusanalyysi)	8 potilasta
Royak-Schaler ym. 2008.	Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää potilaan näkökulmasta niitä tietolähteitä ja ohjeistuksia, jotka ovat käytössä lääkärin ja syöpäpotilaan vuorovaikutuksessa.	Tiedon kertominen, hankkiminen ja saaminen Potilaan osallistuminen Erityishoidon konteksti: syöpäsairaudet (onkologia) Välillinen teknologiavaikutteisuus	Potilaan näkökulma	USA (Medical centers in eastern United States)	Monimenetelmä: haastattelu (=ryhmäkeskustelu) ja kysely	39 potilasta
Sabee ym. 2007	Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää miten potilaan tai hänen läheisensä internetistä hankkiman tiedon esittely vastaanotolla vaikutti vuorovaikutukseen sekä kartoittaa potilaiden tulkintojen avulla lääkäreiden reaktioita potilaan esittelemään tietoon.	Tiedon kertominen, hankkiminen ja saaminen Potilaan tyytyväisyys Välillinen teknologiavaikutteisuus Lääkäri-potilas-läheinen –triadi	Potilaan näkökulma	USA	Kysely (verkkokysely)	681 potilasta

jatkuu

Taulukko 1 jatkoa

Sparks ym. 2007	Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää potilaan näkökulmasta lääkärin käyttämiä strategioita välittäessään potilailleen huonoja uutisia.	Tiedon kertominen, hankkiminen ja saaminen Potilaan tyytyväisyys	Potilaan näkökulma	USA	Haastattelu (Ankkuroitu teoria, 'Grounded theory')	68 potilasta (29 naista ja 39 miestä)
Step & Ray 2011.	Tutkimuksen tavoitteena oli tarkastella potilaan havaintoja vuorovaikutuksessa käydyistä keskusteluista lääkärin kanssa ensimmäisen syöpädiagnoosin yhteydessä ja toistuneen syöpädiagnoosin yhteydessä.	Tiedon kertominen, hankkiminen ja saaminen (huonon uutisen kertominen) Erytishoidon konteksti: syöpäsairaudet (onkologia)	Potilaan näkökulma	USA	Haastattelu (=kasvokkais) (Temaattinen analyysi)	30 potilasta (naisia)
Taylor ym. 2010	Tutkimuksen tavoitteena oli tutkia lasten ja huoltajien asenteita ja käsityksiä lapsen osallistumista kohtaan lääkärin (pediatrin) vastaanotolla.	Potilaan osallistuminen Läheisen odotukset Erytishoidon konteksti: lastentaudit (pediatria) Lääkäri-potilas-läheinen -triadi	Potilaan näkökulma	UK	Haastattelu (kasvokkais, semistrukturoitu)	20 perhettä (21 lasta, 17 äitiä ja 5 isää.
Tsai 2007.	Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää läheisen läsnäolon ja osallistumisen vaikutukset potilaan tietojen kertomiseen ja osallistumiseen lääkärin vastaanotolla.	Potilaan osallistuminen Tiedon kertominen, hankkiminen ja saaminen Erytishoidon konteksti: vanhuusiän sairaudet (geriatria) Lääkäri-potilas-läheinen -triadi	Potilaan näkökulma	Taiwan / Kiina	Observointi (diskurssianalyysi)	15 potilasta ja seuralaista sekä 5 lääkäriä (yhteensä 15 vastaanottotilannetta)

jatkuu

Taulukko 1 jatkoa

Tustin 2010.	Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää potilaan kokeman tyytyväisyyden tason yhteyttä internetistä saatavan tiedon etsimiseen. Tyytyväisyyden merkitystä tutkittiin myös arvioitaessa lääkärin antaman tiedon versus internetistä saadun tiedon luotettavuutta.	Tiedon kertominen, hankkiminen ja saaminen Potilaan tyytyväisyys Erityishoidon konteksti: syöpäsairaudet (onkologia) Välillinen teknologiavaikutteisuus	Potilaan näkökulma	USA	Kysely	178 potilasta
Xie 2009.	Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää ikääntyneiden ihmisten tiedonhankintaan, osallistumiseen ja päätöksentekoon liittyviä käyttäytymismalleja internetaikaudella sekä tutkia näiden yhteyksiä lääkärin ja potilaan vuorovaikutukseen.	Tiedon kertominen, hankkiminen ja saaminen Potilaan osallistuminen Erityishoidon konteksti: vanhuusiän sairaudet (geriatria) Välillinen teknologiavaikutteisuus	Potilaan näkökulma	USA	Haastattelu (=yksilö- ja ryhmähaastattelut, puolistrukturoidut)	20 potilasta