

Tarja Kettunen

Neuvontakeskustelu

Tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysterveysneuvonnassa



JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

JYVÄSKYLÄ 2001

Editors

Harri Suominen

Department of Health Sciences, University of Jyväskylä

Pekka Olsbo and Marja-Leena Tynkkynen

Publishing Unit, University Library of Jyväskylä

ISBN 951-39-0950-6 (nid.), 978-951-39-5191-7 (PDF)

ISSN 0356-1070

Copyright © 2001, by University of Jyväskylä

Jyväskylä University Printing House, Jyväskylä
and ER-Paino Ky, Lievestuore 2001

Vanhemmilleni

ABSTRACT

Kettunen Tarja

Health counseling conversation. A study of patient participation and its support by nurses during hospital counseling

Jyväskylä: University of Jyväskylä, 2001, 123 p.

(Studies in Sport, Physical Education and Health, ISSN 0356-1070; 75)

ISBN 951-39-0950-6 (nid.), 978-951-39-5191-7 (PDF)

English summary

Diss.

The purpose of the present study was to describe nurse-patient health counseling in a hospital. The research emphasized the patient's perspective and explored patient participation as observed on videotape during counseling situations with nurses. In addition, this research was aimed at describing how nurses supported patient participation. Health counseling sessions, 38 in number, were videotaped, transcribed verbatim, and analyzed by using typology and an adaptation of conversation analysis (CA) and analyzing a single case. Interviews with the nurses and the patients after their sessions were also transcribed. However, this study concentrated on the videotaped data. To begin with, typology allowed a varied qualitative description of patient communication. It provided an overview of the characteristics of patient participation and indicated the many different ways in which the patients participated in the discussions. In subsequent analysis, transcriptions were dealt with in greater detail and extensive information was added to the transcripts. The CA principle behind the analysis was to examine how turns were taken with regard to other participants' speech and what sequential implications each turn had for the next. In addition to the above methods, a single case was analyzed to illustrate empowering counseling.

This study characterized patients' participation in a new way. It indicated that both the nurse and the patient were of crucial importance for constructing conversation. The findings advanced professional understanding of patient-centered, reciprocal counseling practice and revealed what forms of communication impeded it. The results dispelled the negative view of the patient's role and described patient strategies for achieving a more equal status. According to this study, attention should be paid in counseling research in Finland to the sequential construction of speech, which can yield concrete tools for developing health counseling practice. The emphasis should be placed on patient-driven empowering health counseling, where patients' life situations are respected, and patient-initiated actions are supported. Nurses should pay attention to verbal expression and forms of language, in addition to nonverbal messages, because this can enable them to empower patients by opening new and important perspectives for them. Using video and audio recordings in educating nurses is of vital importance, especially when training perceptive skills, which, as this study revealed, appeared deficient, particularly concerning speech perception.

Key words: health counseling, nurse, patient, conversation, interaction, communication

Author's address

Tarja Kettunen, MSc.
Department of Health Sciences
University of Jyväskylä
P.O. Box. 35 (L)
FIN-40351 JYVÄSKYLÄ, Finland

Supervisors

Professor Lasse Kannas, PhD, MeD.
Department of Health Sciences
University of Jyväskylä

Docent Marita Poskiparta, PhD., MeD.
Department of Health Sciences
University of Jyväskylä

Reviewers

Professor Ilmari Rostila, PhD
Department of Social Sciences and Philosophy
University of Jyväskylä

Docent Marjaana Pelkonen, PhD
Department of Nursing Sciences
University of Kuopio

Opponents

Professor Anssi Peräkylä, PhD
Department of Sociology and Social Psychology
University of Tampere

Docent Ritva Nupponen, PhD
The UKK Institute for Health Promotion Research
Tampere

ALKUSANAT

Vuorovaikutus on kiinnostanut minua kaiken aikaa työskennellessäni sairaaloiden erilaisilla osastoilla ja etenkin kättilön työssä raskauteen, synnytykseen ja lapsen syntymän jälkeiseen aikaan liittyen. Tässä työssä myös neuvonta on ollut vahvasti esillä. Usein sain kuulla äideiltä arvioita työtovereista ja itsestäni: siitä, miten olimme vuorovaikutussuhteessa onnistuneet. Ehkä tästä nousi kimmoke vuorovaikutuksen tutkimiseen tarkemmin kun siihen tarjoutui mahdollisuus yliopisto-opintojen yhteydessä. Väitöskirjatyöni sai alkunsa pro gradu -tutkielmasta, jossa jo yhdessä Leena Liimataisen kanssa paneuduin hoitajan ja potilaan väliseen neuvontakeskusteluun. Leenalle kiitos niistä lukemattomista hauskoista hetkistä, jotka tuolloin vietimme tietokoneen ääressä. Tutkielman tekemiseen liittyvät muistot ovat osaltaan innoittaneet minua vuonna 1995 aloittamaan tämän väitöskirjaprojektin. Leenalle kiitos myös siitä, että sain oppia kirjoittamaan, sillä kahden erilaisen kirjoitustyylin sovittaminen yhteen on rikastuttanut kirjoitustaitoani ja siitä on ollut hyötyä näinä vuosina.

Pro gradu -tutkielmasta virinnyt tutkimustyöni liittyi dosentti Marita Poskiparran hoitajien vuorovaikutustaitoja käsittelevään projektiin Jyväskylän yliopiston terveystieteiden laitoksella ja pohjautuu hänen keräämään aineistoonsa. Sain siis käyttööni valmiin aineiston, josta kiitos Maritalle. Hän ansaitsee tunnustuksen siitä valtavasta työstä, jonka tällainen aineiston kerääminen vaatii. Vuonna 1993 Marita on osoittanut terveyskasvatuksen alueella rohkeutta ja ennakkoluulottomuutta tarttuessaan vuorovaikutuksen tutkimiseen videoaineistoja hyväksi käyttäen. Maritalle on ollut myös taitoa nähdä tulevaisuuteen, sillä tänä päivänä terveyskasvatustutkimuksessa toivotaan prosessien kuvausta ja näyttöön perustuvaa käytäntöjen kehittämistä. Tässä mielessä tutkimusryhmämme, johon kuuluvat Maritan ja itseni lisäksi Leena Liimatainen, Päivi Karhila ja Auli Sjögren, tekee merkittävää pohjatyötä terveysneuvontaprosessien avaamiseksi. Tällainen tutkimus on aikaa vievää, mutta tuottaa syvällistä tietoa neuvonnan aikaisista tapahtumista. Itselleni tutkimusryhmä on ollut eräänlainen tukipylväs, johon ongelmatilanteissa olen voinut turvautua. Ryhmän johtajana ja ohjaajana Marita on panostanut tutkimukseen itseään säästämättä. Ohjausaikoja ei ole tarvinnut odotella, useimmiten olen saanut vastauksen polttavaan kysymykseeni heti seuraavana päivänä.

Kaikesta huolimatta väitöskirjan osajulkaisujen työstäminen on jossain määrin ollut yksinäistä puuhaa, koska jokaisen tutkijan on lopulta itsenäisesti tehtävä ratkaisunsa. Osajulkaisujen loppuun saattamista ovat johdattaneet monet kansainväliset asiantuntijalausunnot, joista olen näille tuntemattomille ohjaajille erittäin kiitollinen. Heidän kautta olen oppinut vastaanottamaan joskus melko rankkaakin kritiikkiä sekä huomaamaan, miten eri tavoin tutkimustani voidaan lähestyä. Koko tänä aikana tutkimustyö ei ole tympäissyt tai puuduttanut minua, vaan olen aina ollut yhtä innostunut valitsemastani

aiheesta. Kuitenkin kvalitatiivinen tutkimusprosessi on tuntunut välillä vaikealta, sillä tutkimuksen aihe on ollut kiehtova ja aineisto äärettömän rikas, joten tutkimuksen aikana on noussut lukemattomia uusia johtolankoja ja ideoita. Niiden keskellä on tutkijana ollut ajoittain ahdistavaa löytää tutkimukselle mielekäs suunta, ettei työ hajoaisi käsiin.

Lämpimät kiitokset haluan esittää toiselle ohjaajalleni, professori Lasse Kannakselle. Luennoillaan hän viritti jo opiskeluni alkuaikoina kiinnostukseni terveyskasvatukseen. Laitoksen terveyskasvatustutkijaryhmän johtajana hän on aina ollut tukenani rauhallisella tyylillään. Jukka Jokela ja Jorma Tynjälä ovat aina yhtä auliisti auttaneet eteeni tulleissa ATK:n kiemuroissa. Kiitos koko terveyskasvatuksen tutkijajengille, sillä olen kokenut olevani osa tutkijayhteisöä, vaikka olenkin pääasiassa työskennellyt kotona. Kiitän myös Maija Gerlanderia, joka paneutui yhteisjulkaisussa kansani valta-problematiikkaan. Maijan kanssa olen tutustunut viestintätieteen näkemyksiin terveydenhoitoviestinnästä. Suomen kielen professori Matti Leiwo otti minut väitöskirjatyön loppuvaiheessa vastaan innostuneena ja häneltä sain tärkeitä vinkkejä, joihin vielä saatoinkin paneutua. Keskustelumme jälkeen aloin uskoa, että työni on todella väitöskirja. Esitarkastajani dosentti Marjaana Pelkonen ja professori Ilmari Rostila paneutuivat käsikirjoitukseen huolellisesti ja tekivät merkittäviä parannusehdotuksia. Keskustelumme jälkeen käsikirjoituksesta tuli entistä parempi kokonaisuus. Dosentti Ritva Nupposen kriittiset ja kannustavat kommentit auttoivat minua vielä loppusuoralla tarkentamaan tutkimusraportin oleellisia kohtia. Hänelle kiitos perusteellisesta perehtymisestä käsikirjoitukseeni ennen sen painoon menoa. Arja Liinamo, Leena Penttinen ja Paula Hassinen ovat olleet ratkaisevana tukenani prosessin vaikeimmalla hetkellä. Toivon itse voivani olla samalla tavoin rohkaisijana läsnä silloin kun joku työtovereistani sitä tarvitsee. Leena Penttistä kiitän myös käsikirjoituksen kieliasusta.

Markku Tuomi ja Kirsi Yläpiha ovat auttaneet vieraan kielen kiemuroissa sekä tekstejä kääntäen että tarkastaen monesti hyvin epäselviä kirjoituksiani. Tutkimusprosessin kuluessa Pirjo Koikkalainen on tarjonnut apuaan monissa käytännön asioissa. Marja-Leena Tynkkynen auttoi minua kirjan taittamisessa ja Leena Hakala on tehnyt aikanaan korvaamattoman työn kirjoittaessaan puhtaaksi suurimman osan tutkimusaineistosta. Kiitos heille. Kiitokset myös Jokilaakson aluesairaalan henkilökunnalle ja potilaille, joiden ansiosta tutkimus on ylipäättään toteutunut. Taloudellisesta tuesta, joka on mahdollistanut pitkäjänteisen tutkimustyön, kiitän Keski-Suomen sairaanhoitopiiriä, Sosiaali- ja terveysministeriötä, Kättilöliittoa, Suomen kulttuurirahastoa ja Työsuojelurahastoa sekä Jyväskylän yliopiston terveystieteiden laitosta.

Kotona olen usein ollut poissaolevana läsnä. Erityisesti kiitän rakasta aviopuolisoani, Marttia, joka on osoittanut ymmärrystä ja aina kannustanut minua ratkaisuisiani. Näinä vuosina hän on ollut vankka tuki ja turvasatama, jonka kainalossa tutkimustyön vaikeudet ovat saaneet uusia mittasuhteita. Tahtomattaan hän on joutunut kuuntelemaan tutkimukseen liittyviä pähkäilyjäni milloin missäkin kuusen juurella, sillä tutkimus on tunkeutunut myös vapaa-aikaan. Hänen kanssaan olen myös saanut harjoitella väittelemistä

jo etukäteen, sillä hän on esittänyt aiheeseen liittyviä kiperiä kysymyksiä ja toiminut silloin tällöin tekstieni kriittisenä esitarkastajana.

Vanhempiani Sinikka ja Kalevi Puhakkaa kiitän kuluvina vuosina saamastani tuesta. Ennen kaikkea kiitän siitä, että he ovat uhrautuvasti antaneet minulle 10 -vuotiaana lapsena mahdollisuuden lähteä pienestä Tyrjänsaaren maalaiskylästä oppikouluun Ilomantsin kirkonkylälle. Tuohon aikaan opintojen jatkaminen oppikoulussa edellytti viikkojen asumista poissa kotoa, mikä on vaatinut vanhemmiltani paitsi suurta rahallista panostusta myös rohkeutta luottaa lapseen, ja tätä arvostan suuresti. Omistan tämän väitöskirjan vanhemmilleni.

Jyväskylässä huhtikuussa 2001

Tarja Kettunen

VÄITÖSKIRJAAN SISÄLTYVÄT OSAJULKAISUT

Väitöskirja perustuu seuraaviin osajulkaisuihin (1-5):

1. Kettunen T., Poskiparta M. & Liimatainen L. 2000. Communicator Styles of Hospital Patients During Nurse-patient Counseling. *Patient Education and Counseling* 41, 161-180.
2. Kettunen T., Poskiparta M. & Gerlander M. Nurse-patient relationship: preliminary evidence of patients' power messages. *Patient Education and Counseling*. Submitted.
3. Kettunen T., Poskiparta M., Liimatainen L., Sjögrén A. & Karhila P. 2001. Taciturn patients in health counseling at a hospital: Passive recipients or active participators? *Qualitative Health Research* 11, 399-422.
4. Kettunen T., Poskiparta M. & Liimatainen L. Empowering counseling. 2001. A case study: Nurse-patient encounter in a hospital. *Health Education Research* 16, 101-112.
5. Poskiparta M. & Kettunen T., & Liimatainen L. 2000. Questioning and advising in health counseling. Results from a study of Finnish nurse counselors. *Health Education Journal* 95, 47-67.

SISÄLLYS

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	11
1.1	Tutkimuksen aihe.....	11
1.2	Tutkimustehtävä.....	15
1.3	Tutkimusaineisto.....	16
1.4	Tutkimusote.....	16
1.5	Tutkimuksen menetelmälliset valinnat.....	18
2	POTILAANA SAIRAALASSA.....	23
2.1	Sairaalan arki.....	23
2.2	Sairauteen suhtautuminen.....	24
2.3	Sairaalan vuorovaikutustilanteiden monet kasvot.....	27
3	NEUVONTAKESKUSTELUN MUOTOUTUMINEN.....	31
3.1	Katsaus osajulkaisujen tuloksiin.....	31
3.2	Vastavuoroinen osallistuminen.....	33
3.2.1	Kutsu osallistujaksi.....	34
3.2.2	Potilaan reflektion herättäminen.....	37
3.2.3	Potilaan asertiivisuus.....	41
3.2.4	Potilaan kompetenssin kunnioittaminen.....	46
3.2.5	Hoitajan kohteliaisuus.....	50
3.3	Ei-vastavuoroinen osallistuminen.....	53
3.3.1	Toteava aloitus.....	54
3.3.2	Vakiintunut keskustelurakenne.....	54
3.3.3	Tietotankkaus.....	56
3.3.4	Potilaan kompetenssin kieltäminen.....	57
3.3.5	Ammattisanasto.....	63
3.3.6	Hoidettavaksi jättäytyminen.....	64
3.3.7	Tuttu asia.....	65
3.3.8	Potilaan kohteliaisuus.....	66
3.4	Yhteenvetoa keskustelujen puhekäytännöistä.....	71
3.4.1	Yhteistyön rakentuminen.....	71
3.4.2	Sairaalan terveysneuvonta hoitokäytäntöjen kokonaisuudessa.....	73
4	POTILAAN OSALLISTUMINEN JA VOIMAVARAKESKEISEN TERVEYSNEUVONNAN IDEA.....	78
4.1	Voimavarakeskeisyyden taustaa.....	78
4.2	Voimavarakeskeisyyden periaatteet.....	80
4.3	Valta hoitajan ja potilaan välisessä neuvonnassa.....	82
4.3.1	Monitahoinen valtasuhde.....	82
4.3.2	Kysyminen vallankäytön muotona.....	85
4.3.3	Puheen määrä vallankäytön muotona.....	87
4.3.4	Keskeyttäminen vallankäytön muotona.....	88
4.4	Voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu.....	89
5	PÄÄTELMÄT JA TUTKIMUKSEN ARVIOINTI.....	92

5.1 Potilas keskustelun keskiössä	92
5.2 Hoitaja voimavarakeskeisen neuvontakeskustelun taitajana	94
5.3 Tutkimuksen luotettavuus ja eettiset kysymykset	98
5.4 Jatkotutkimushaasteet	101
SUMMARY.....	103
LÄHTEET	109

1 JOHDANTO

1.1 Tutkimuksen aihe

Potilaan aktiivinen keskusteluun osallistuminen on yksi hoitajan ja potilaan välisen vuorovaikutuksen avainkysymyksistä. Sillä on nähty olevan yhteys terveyden ylläpitämiseen, sillä osallistumattomuuden on todettu vähentävän terveyteen liittyviä hallinnan tunteita (Makoul 1998). Tutkimukselliseen traditioon tutustuminen osoittaa kuitenkin, että potilaan osallistumisen tutkimiseen on kiinnitetty vähän huomiota (vrt. Cahill 1996). Potilaan osallistumista on lähestytty esimerkiksi kyselylomakkeen avulla, jolloin potilailta on jälkikäteen kysytty heidän mahdollisuuksistaan keskusteluun osallistumisesta (esim. Pelkonen ym. 1998). Saatavillamme on niukasti tietoa siitä, millainen potilas on keskustelijana tai miten hän esimerkiksi voi ilmaista hoitajalle omaa hoitoaan koskevia asioita. Potilaana ollessa potilasta puhuttavat eniten juuri ammattihenkilön kohtaaminen ja tilanteessa tapahtuva vuorovaikutus. Hoitajan ja potilaan välinen keskustelu nähdäänkin tärkeänä tutkimusalueena (Fitzpatrick ym. 1992; Poskiparta 1994; 1997), mutta se ei ole ollut keskeinen tutkimuskohde.

Yleensäkin Suomessa on tehty vielä varsin niukasti terveydenhuoltoon liittyvää vuorovaikutustutkimusta. Tällä hetkellä sairaalaan sijoittuvat hoitajan ja potilaan väliset vuorovaikutustutkimukset kertovat vuorovaikutuksesta yleisellä tasolla. Tutkimukset ovat tuottaneet tietoa esimerkiksi vuorovaikutussuhteen yleisestä luonteesta (Leino-Kilpi 1991), hoitajien käsityksistä huumorista hoitotilanteissa (Åstedt-Kurki & Liukkonen 1993; 1994), potilaiden tiedon ja tuen saamisesta (Suominen ym. 1994), hoitajien toteuttamasta terveysneuvonnasta (Poskiparta 1997), potilaana olemisesta (Häggman-Laitila & Åstedt-Kurki 1994) sekä potilaiden tyytyväisyydestä hoitoonsa (Leinonen ym. 1996), potilaiden näkemyksistä kirurgisen hoidon toteutumisesta (Westman & Backman 1997), heidän käsityksistään päätöksentekoon osallistumisesta (Munkki-Utunen 1992) tai potilaiden polikliinisista kokemuksista (Kärkkäinen 1994). Vaikka neuvontakeskustelussa korostuvat terveydenhuollon ammattilai-

sen ja potilaan välinen yhteistyö ja kumppanuus (Young & Klinge 1996), on keskustelun vastavuoroisuuden kuvaaminen ollut toistaiseksi vähäistä jopa kansainvälisesti (Kim ym. 1993). Tutkimuksellisesti terveysneuvonta on nähty perusterveydenhuollon tehtävänä, sillä sekä kansainvälinen että suomalainen terveysneuvonnan tutkimus on kohdistunut perusterveydenhuoltoon, jossa tutkituin alue on ollut lääkärin ja potilaan välinen kohtaaminen. Kansainväliset potilasta koskevat tutkimukset ovat yleisimmin käsitelleet potilasta ammattilaisen informaation vastaanottajana, ja useimmiten tämä asiantuntija on ollut lääkäri (Vanderford ym. 1997). Myös Suomessa tutkimuksellinen kiinnostus on kohdistunut hoitajaan tai lääkäriin neuvonnan antajana niin perusterveydenhuollossa (Kekki & Bergström 1997; Miilunpalo ym. 1995; Rantanen 1994; Virtanen 1993) kuin sairaalassa (Liimatainen ym. 1996; Poskiparta 1994; 1997; Talvitie 1996).

Tutkimuksen kohteena olevat hoitajan ja potilaan väliset keskustelut poikkeavat arkipäivän keskusteluista esimerkiksi ystävien tai perheen kesken. Sairaalaympäristössä tapahtuva ns. institutionaalinen keskustelu (Peräkylä 1997) on yleensä rajatumpaa kuin arkikeskustelut. Tutuissa ja epävirallisissa tilanteissa erilaiset ilmaisutavat ovat rajoituksetta käytössä (Riihelä 1996, 27). Kumpikin osapuoli tekee vuorotellen aloituksia ja tuo keskustelun sisällöksi uusia käsiteltäviä aiheita. Institutionaalisisessa keskustelussa ammattilainen määrää useimmiten aiheen ja aloitukset tulevat myös ammattilaisen taholta (Suoninen 2000). Varsin usein keskustelut muotoutuvat ammattilaisten kysymysten ja potilaiden vastausten varaan (Drew & Heritage 1998). Tämän vuoksi terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan vuorovaikutussuhdetta on luonnehdittu epäsymmetriseksi. Vaikka keskustelun tavoite hoitajan ja potilaan välisessä keskustelussa olisi yhteinen, poikkeavat näkökulmat toisistaan: potilaan sisältönä keskustelussa on oma tilanne, jokin vaiva, oire tai kokemus, kun taas hoitaja keskittyy potilaaseen ja hänen toimintaansa. Sairaalassa ollessa mahdolliset sairautteen liittyvät pelot voivat olla suurempia, sillä mikään ei ole siellä tuttua ja sairaus tai epäily siitä herkistävät potilaan mieltä. Myös synnytys on herkkä tapahtuma perheen kokonaisuudessa. Potilaalle fyysinen ympäristö, sairaalan toimintamallit, tutkimukset ja terminologia ovat vieraita, päinvastoin kuin hoitajalle. Yhtälailta elimistön toimintaan ja sairauksiin liittyvän tiedon katsotaan olevan ammattilaisten hallussa. Potilaalle epävarmuus on sairaalan arkipäivää ja hän voi usein joutua odottelemaan erilaisia tutkimuksia, tutkimustuloksia ja jopa keskusteluhetkiä. (Drew & Heritage 1998; Ruben 1990.) Institutionaalisisessa keskustelussa on myös arkikeskustelua systemaattisemmin otettava huomioon sekä kellonajan vaatimukset että tilaneyhteyteen liittyvät tehtävät (Rostila 1997, 81). Sairaalassa sekä hoitaja että potilas ovat selvillä tästä kehyksestä ja sijoittavat oman puhetoimintansa siihen.

Viimeaikaisissa suomalaisissa alkoholi-ongelmaisten, sairaalapotilaiden sekä terveyskeskuksen fysioterapia-asiakkaiden neuvontatyötä koskevissa tutkimuksissa (Jaatinen 1996; Poskiparta 1997; Viitanen 1997) ammattilaisten on todettu rajoittavan potilaan toimintaa. Haastatteluissa he uskoivat potilaan olevan vuorovaikutussuhteen tasavertainen toimija, mutta videolta tarkasteltuna potilaan ohjaus näyttäytyikin päinvastaisena: asiantuntijajohtoisena toimintamallina, jossa potilas oli ohjauksen kohde. Hänellä ei ollut mahdollisuutta ker-

toa, millaisena mahdollinen terveysongelma näyttäytyy hänen jokapäiväisessä elämässään, miten ohjeet voitaisiin sijoittaa arkielämän osaksi, miten hän selviytyy kotona tai harrastusten parissa tai millaista tukea hän saa perheeltään. Useimmiten keskusteluissa tulivat esille vain erilaiset ohjeet, reseptit ja asiantuntijan päätelmät. Nämä tutkimukset kahdenkeskisistä neuvontatilanteista ovat osoittaneet, että asiakaskeskeisyyden toteuttamiskäytännöt ovat jääneet epäselviksi.

Tällä hetkellä muun muassa teknologian, tiedon ja tietämisen kulttuuriset muutokset heijastuvat neuvontaan terveyttä koskevan tiedon entistä laajempaan tarjontaan ja väestön tiedon tason nousuna. Ammattilaisten apua tarvittaisiin eniten nimenomaan tietojen soveltamisessa omaan elämään ja osaksi arkipäivää, sillä se saattaa olla hyvinkin monimutkaista ja hankalaa. Häggman-Laitila (1999, 57) nostaa tutkimuksessaan esiin terveysneuvonnan ja terveyspalvelujen monimerkityksellisyyden. Ne saatetaan kokea tärkeiksi ja tukea antaviksi ja toisaalta myös erittäin voimakkaasti elämää rajoittaviksi ja ahdistaviksi. Tutkimuksensa pohjalta hän esittää kysymyksen, miten terveyttä koskeva informaatio saataisiin paremmin palvelemaan yksilöllisesti erilaisia ihmisiä. Potilaan subjektiivisuuden korostaminen on ollut vahva teema neuvontatyössä. Kuitenkin vähän on näyttöä siitä, miten potilaasta puheikäytännöissä muotoutuu subjekti. Tämä tutkimus laajentaa perinteistä käsitystä institutionaalista keskustelusta ja tuo uutta tietoa keskustelullisten työkäytäntöjen mahdollisuuksista tukea potilaan subjektiivuutta. Tutkimuksella pyrin omalta osaltani tuomaan konkreettisia vastauksia ihmisten omia tavoitteenasetteluja kunnioittavan terveysneuvonnan kehittämiseksi. Tämä on myös yksi valtakunnallisen laadunhallinnan painopiste, sillä valtakunnallisissa suosituksissa asiakaslähtöisyys nostetaan entistä painavammin terveydenhuollon palvelujen kehittämistavoitteeksi ja hallinnon uudistuksen perusajatuksiksi: "Asiakaslähtöisesti toimittaessa asiakkaan ja ammattilaisen välille syntyy aitoa, tasa-arvoista, kahdensuuntaista vaikuttamista ja vuoropuhelua. Toiminnan säännöt ovat avoimia ja molempien tiedossa eikä toimintaa tule suunnitella yksinomaan ammattilaisten tai organisaation tarpeista käsin. Toiminta vastaa ennen kaikkea ihmisten, asiakkaiden, potilaiden tarpeisiin heidän omasta näkökulmastaan." (Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle, 11.)

Tutkimuksessa tarkastellaan sitä, miten terveysneuvontatilanteessa tapahtuva vuorovaikutus muovaa keskustelun sellaiseksi, millaisena se ilmenee. Päätelmät on tehty tilanteen perusteella, osallistujien persoonallisuuden piirteitä ei ole voitu tutkia. Keskustelusta ei voida myöskään tehdä kauaskantoisia johtopäätöksiä, sillä käytössäni on ollut vain näitä tilanteita koskevia havaintoja. Tutkimukseni on jatkoa Marita Poskiparran (1997) aloittamalle tutkimustyölle, jossa pureudutaan yksityiskohtaisesti hoitajan ja potilaan väliseen terveysneuvontaan videoanalyysin avulla. Vaikka olemme käyttäneet tutkimuksissamme samaa aineistoa, eroavat tutkimustehtävät toisistaan. Marita Poskiparran painopiste on ollut hoitajien neuvontataitojen kehittämisessä ja hän toteutti taitojen kehittämiseen liittyvän koulutusintervention. Väitöskirjassaan hän esittää terveysneuvonnan lähtökohdaksi reflektiiviseen ajatteluun perustuvaa ohjauksen mallia, joka sisältää erilaisia toimintamuotoja ja jossa myös hoitaja oppii. Tämän tutkimuksen lähtökohtana on potilas. Yhteenvedossa kokoan väitöskirjatutki-

mukseeni sisältyvien osajulkaisujen tuloksia potilaan neuvontakeskusteluun osallistumisesta ja sen tukemisesta. Kyseessä on arjen neuvontatyötä kuvaava tutkimus vuorovaikutuspuheesta.

Yhteenvedo paitsi kokoaa myös kertaa julkaisujen tuloksia ja sisältää ennen julkaisemattomia tuloksia, jotka eivät ole mahtuneet sivumääriltään rajoitettuihin osajulkaisuihin. Kaikkia osajulkaisujen tuloksia en ole toistanut samalla tavoin. Olen jättänyt toistamatta esimerkkejä ja kuvannut osan puhekäytännöistä sanallisesti, sillä yhteenvedo olisi ollut muuten liian raskas luettava. Esimerkkeihin voi tutustua alkuperäisjulkaisuissa. Julkaisujen tuloksia käsitellessäni olen aina viitannut kyseiseen osajulkaisuun. Mikäli viittausta ei tekstissä ole, on kysymys ennen julkaisemattomasta materiaalista. Silti kertaan yhteenvedossa valtaosan tuloksista, sillä hoitajan ja potilaan välisistä puhekäytännöistä on ennestään vähän tietoa ja tästä syystä ne tarjoavat uutta sisältöä suomalaisesta sairaalaneuvonnasta. Yhteenvedossa pyrin analysoimaan tuloksia myös laajemmin kuin osajulkaisuissa sekä tulkitsemaan niiden merkitystä käytännön neuvontatyön kannalta.

Lopuksi arvioin tuloksia voimavarakeskeisyyden kehityksessä päätyen voimavarakeskeisen neuvonnan ideaan ja kuvaan sen keskustelullisia toteuttamismahdollisuuksia sekä esteitä. Esitän ehdotuksia voimavarakeskeisen neuvonnan toteuttamiseen, sillä voimavarakeskeisen työotteen ideointi hoitajan työhön on nähty tärkeänä tulevaisuuden haasteena (Häggman-Laitila 1999; Pelkonen 1994). Tutkimustulosten avulla avaan voimavarakeskeisyyden käsitteellistä sisältöä. Usein voimavarakeskeisyydestä on kirjoitettu vain ideologisella tasolla, jolloin se mainitaan toimintana, joka edistää yksilöiden, yhteisöjen ja organisaatioiden osallistumista tavoitteena omaan elämään vaikuttavien tekijöiden hallitseminen sekä yhteisössä että laajemminkin yhteiskunnassa (Liimatainen ym. 1999; Rissel 1994; Wallerstein & Bernstein 1988). Tässä tutkimuksessa kuvaan sitä, mitä voimavarakeskeisyys voisi olla keskustelussa. Tutkimuksen kautta on nähtävissä, että potilas voi nostaa oman subjektiivisen tietämyksensä asiantuntijatiedon rinnalle ja tämä on tutkimuksen kuluessa tuonut minut voimavarakeskeisyyden idean lähteille.

Koska terveyden edistämistä ja terveyskasvatusta on määritelty lukemattomien eri tavoin, esittelen lyhyesti tämän tutkimuksen ja ajatuksiani ohjanneen käsittehierarkian. Tässä tutkimuksessa terveysneuvonta ymmärretään Nupposen ym. (1991) tavoin kahdenkeskisen terveyskasvatuksen välineenä ja terveyden edistäminen näille yhteisenä sateenvarjokäsitteenä. Näin ollen *terveyden edistäminen* on toimintaa, jonka tarkoituksena on parantaa terveysoloja ja ihmisten mahdollisuuksia vaikuttaa omaan ja ympäristönsä terveyteen (Ottawa Charter 1986). *Terveyskasvatus* voidaan puolestaan määrittää viestintäprosessiksi, joka vaikuttaa ihmisten mielikuviin, ilmaisiin ja toiminnan edellytyksiin ja luo näin terveyttä edistävää ilmapiiriä. Se tähtää siihen, että ihminen pystyy tietoisesti ottamaan kantaa omaan ja toisten terveyteen liittyviin kysymyksiin sekä toimimaan terveyden hyväksi. (Terveyskasvatuksen neuvottelukunta 1995.) Balloun ym. (1992) mukaisesti *terveysneuvonta* määritetty hoitajan ja potilaan molemminpuoliseksi vuorovaikutusprosessiksi, joka mahdollistaa potilaan oman hyvinvointinsa edistämisen. Tämän prosessin avulla potilaan kyvykyys hyvinvointia tukevien ja parantavien tarpeiden

määrittämiseen ja valintojen tekemiseen voi kasvaa. Terveyskasvatuksen keskeisinä tehtävinä terveysneuvonnassa näen Kannaksen (1992) tapaan sivistävän, virittävän, muutosta avustavan ja arkiterapeuttisen tehtävän, joiden kautta voidaan tukea potilaan kasvua ja selviytymistä, välittää sivistyksellistä terveystieteellistä, virittää terveyteen liittyviä muutostoiveita ja avustaa näissä muutospyrkimyksissä.

Tieteellisessä kirjallisuudessa termit terveysneuvonta, potilasohjaus, potilasopetus ja potilasneuvonta määritellään sisällöllisesti hyvin usein samalla tavoin (osajulkaisu 5). Puhun tässä tutkimuksessa sairaalan terveysneuvonnasta tai sairaalaneuvonnasta, vaikka sairaalaympäristöstä puhuttaessa myös potilasneuvonta -termin käyttö olisi perusteltua, sillä tutkimusaineistossa on paljon hoitotilanteisiin ja hoidosta omatoimiseen hoitoon siirtymisen valmisteluihin liittyviä keskusteluja. Muun muassa Patient Education and Counseling -lehti (1998) määrittelee potilasneuvonnan yksilölliseksi prosessiksi, johon sisältyy opastusta ja yhteistyössä tapahtuvaa ongelmanratkaisua siten, että potilas selviytyy paremmin terveysongelmansa kanssa. Balloun ym. (1992) mukaan kaikki neuvonta (esim. seksuaalineuvonta, ravitsemusneuvonta) voidaan katsoa terveysneuvonnaksi, jolloin terveysneuvonnan käsite on laajempi kuin potilasneuvonta. Koska tutkimusaineistoon sisältyy yhtä lailla potilaan krooniseen sairauteen, kuntoutumiseen tai lapsen synnyttämisen jälkeiseen aikaan liittyviä keskusteluhetkiä, joissa keskustelujen sisältö koskettaa yksilön elämää melko laajastikin käsittäen edellä mainittujen asioiden lisäksi muun muassa ravitsemusneuvontaa, liikuntaneuvontaa sekä sairauksien ennaltaehkäisyä myös ilman mainittavaa terveysongelmaa, olen pitäytynyt tässä tutkimuksessa terveysneuvonnan käsitteessä.

1.2 Tutkimustehtävä

Tutkimuksessa tarkastellaan yksityiskohtaisesti sairaalassa tapahtuvaa hoitajan ja potilaan välistä terveysneuvontakeskustelua. Tutkimuksen tarkoituksena on erityisesti potilaan osallistumisen kuvaaminen ja tätä kautta johtopäätösten rakentaminen terveysneuvonnan kehittämiseksi. Tähän olen pyrkinyt seuraavien kysymysten kautta:

Millaisia puhekäytäntöjä hoitajan ja potilaan välisessä terveysneuvontakeskustelussa ilmenee?

- Millaisin keskustelullisin keinoin potilaat osallistuvat?
- Millaisin keskustelullisin keinoin hoitajat helpottavat tai estävät potilaiden keskusteluun osallistumista?

Tämän jälkeen pyrin kokoamaan voimavarakeskeisen terveysneuvontakeskustelun toimintatapoja vastaamalla seuraaviin kysymyksiin:

- Millaisena valta näyttäytyy hoitajan ja potilaan välisessä keskustelussa?

- Miten potilas saa keskustelun hallinnan itselleen?
- Millaiseen asemaan kysyminen, keskeyttäminen, puheen määrä tai aiheen valinta asettavat sekä hoitajan että potilaan?

1.3 Tutkimusaineisto

Aineiston kuvaus on kokonaisuudessaan nähtävissä esimerkiksi osajulkaisussa 1. Se koostuu 38 videoidusta ja litteroidusta terveysneuvontatilanteesta sekä hoitajien ja potilaiden haastatteluista tilanteen jälkeen. Tämän tutkimuksen painopiste on terveysneuvontatilanteissa, jotka on videonauhoitettu v. 1993 sairaalan seitsemältä eri osastolta. Nämä ovat synnytys- ja naistentaudit, kirurgia, poliklinikka, leikkaus, kuntoutus sekä kaksi sisätautiosastoa. Yhteensä videonauhoitettua materiaalia on noin 12 tuntia. (Poskiparta 1994; 1997)

Hoitajat ja potilaat ovat osallistuneet tutkimukseen vapaaehtoisesti. Tutkimusjoukko muodostui sairaalan kaikkien vapaaehtoisten hoitajien ilmoittauduttua mukaan tutkimukseen. Useimmiten hoitajat kysyivät itse potilailta lupaa neuvontatilanteen videoimiseen. Joskus osastonsihtööri soitti sairaalaan tulossa olevalle potilaalle kotiin ja kysyi luvan hoitajan puolesta. Lähes kaikki potilaat lupautuivat tutkimukseen mukaan välittömästi, vain muutama kieltäytyi. Kaikki tutkimukseen osallistuneet ovat allekirjoittaneet luvan videoiden ja haastattelujen käyttöön tutkimustarkoitukseen. Hoitajien joukossa on vain yksi mies, potilaissa on mukana 24 naista ja 14 miestä. Potilaiden ammattitaitausta on hyvin erilainen kotiäidistä, metsurista tai siivoojasta eläkeläiseen, toimitusjohtajaan tai opettajaan. Potilaiden ikä vaihtelee 18-70 vuoteen. Hoitajien ikä puolestaan vaihtelee 24-50 vuoteen ja työkokemus ajallisesti 1-25 vuotta. Tutkimusjoukko koostuu eri asteisen koulutuksen saaneista hoitajista. Erilaisten sairaanhoitajien lisäksi mukana on mm. perushoitajia, kuntohoitajia, fysioterapeutteja ja kättilöitä. Neuvontatilanteiden kesto vaihtelee 5-45 minuuttiin ja ne sisältävät hyvin monenlaisia neuvontatilanteita, kuten sairaalaan tuloon liittyvää neuvontaa, kotiinlähtöneuvontaa, sairauteen liittyvää ohjausta tai jonkin apuvälineen opetusta tai leikkaukseen valmistautumista.

Kuvanauhoituksen aikana ei hoitajan ja potilaan lisäksi ole ollut läsnä muita henkilöitä, neuvontatilanteet ovat todellisia hoitoon liittyviä tilanteita. Nauhoitukset on tehty yhdellä videokameralla, joten nonverbaalisen viestinnän havainnointi on tilanteen kokonaisuuden tarkastelua, katsekontaktia, hymyilyä, naurua, joitakin liikkeitä, äänensävyjä ja jonkin verran kasvojen ilmeitä.

1.4 Tutkimusote

Kielentutkimuksen näkökulmasta tutkimusta voi luonnehtia pragmatiikan alaan kuuluvaksi, koska se pureutuu pääosin kielelliseen viestintään puhujan tavoitteiden ja sanoman vaikutuksen näkökulmasta (Leino 1989, 28; Leivo ym.

1992, 17). Tavoitteita tai vaikutusta ei kysytä tutkimukseen osallistuneilta henkilöiltä, vaan huomio kohdistuu kahden henkilön väliseen puhuttuun vuorovaikutukseen ja siihen, miten puheenvuorojen vaikutus siinä ilmenee. Terveystieteiden näkökulmasta tutkimus sijoittuu terveyskasvatustutkimuksen piiriin (Terveyskasvatuksen neuvottelukunta 1995). Tutkimus etenee yksittäisten toimintajaksojen erittelyn kautta ja tässä mielessä se kuuluu Peräkylän (1999) jäsenyyksen mukaan Harvey Sacksin (Sacks ym. 1974) tutkimustraditioon. Traditiossa tutkimuskohteeksi otetaan vuorovaikutuksen jäsentymisen yksittäiset piirteet, kuten esimerkiksi puheenvuorojen vaihtuminen, sanojen ja kuvausten valinta tai useammista puheenvuoroista koostuvat toimintajaksot ja näiden väliset suhteet. Hoitajan ja potilaan puhetta ei tarkastella ilmauksena heidän yksityisistä tunteistaan tai ajatuksistaan, vaan asioiden luonne ja merkitys tuotetaan keskustelun kautta. Tässä vaiheessa pitäydytään tiukasti aineistossa ja kuvataan niitä toimintajaksuja, joiden kautta potilaalle muotoutuu vastavuoroisen tai ei-vastavuoroisen osallistujan identiteetti. Tämän jälkeen aineistoa käsitellään teoreettisemmän pohdinnan lähtökohtana. (Eskola & Suoranta 1998, 146.)

Keskusteluun osallistuessaan hoitaja ja potilas ovat sekä tilanteen osapuolia sairaalassa että yhteiskunnan jäseniä tämän ulkopuolella. Molemmat kulttuurit ovat keskustelussa erottamattomasti läsnä, mutta pääpaino tutkimuksessani on sairaalan hoitokulttuurilla ja analyysi pohjautuu enemmänkin itse viestintäprosessiin kuin taustamuuttujien rooliin. Joka tapauksessa kulttuuri ja kommunikatio ovat vahvasti toisiinsa sidoksissa, joten viestintäkäyttäytymistä tulisi aina tulkita kulttuuritaustaa vasten (Sallinen 1986; Young & Klinge 1996). Näin ollen tutkimuksen tulkinnoissa on mahdollisimman hyvin pyritty huomioimaan sekä suomalaisen puhekulttuurin ominaispiirteitä että suomalaista sairaalakäytäntöä. Tämä näkyy muun muassa siinä, että lähdeaineistoa on haettu nimenomaan suomalaisen puhutun vuorovaikutuksen tutkimuksen alueelta.

Laadullisen tutkimuksen parissa tutkijalta edellytetään tutkittavien perspektiivin omaksumista ja tutkimuskohteen kuvaamista tutkittavien silmin. Toisaalta onnistunut tiedon kerääminen ja tulkinta taas edellyttävät etäisyyden ottamista tutkittaviin. (Eskola & Suoranta 1998.) Raunio (1999, 287) katsoo riittäväksi sellaisen tutkijan uppoutumisen, että hän oppii tuntemaan vieraan elämänmuodon ja pystyy osallistumaan luontevasti sen erilaisiin toimintoihin. Tutkija siis pystyy "liikkumaan" vieraan kulttuurin alueella suhteellisen varmasti, mutta samalla tiedostaen oman arvomaailmansa. Katson, että omalla kohdallani tämä vaatimus täyttyy. Vaikka tutkimusaineiston on kerännyt toinen tutkija, olen kyennyt uppoutumaan tutkittavien maailmaan vaivattomasti, sillä sairaala on ollut tuttu työympäristö 10 vuoden ajan, jolloin olen hoitajana tehnyt juuri vastaavaa terveysneuvontatyötä. Tuona aikana olen työskennellyt sairaanhoitajana terveyskeskusten vuodeosastoilla, kahdessa aluesairaalassa ja keskussairaalassa sekä erikoistuttuani kätilöksi ovat tutuiksi tulleet sekä keskussairaalan että yliopistollisen keskussairaalan synnytys- ja naistentautien osastot. Minulle onkin tuottanut vaikeuksia ottaa etäisyyttä hoitajan rooliin ja välillä olen epäillyt, pystynkö tutkijana näkemään myös jotain uutta ja odottamatonta, mitä olisi mahdollista nähdä. Irrottautuminen hoitajan roolista on kuitenkin helpottunut tutkimuksen edetessä potilaan osaan paneutuessani.

Tutkimuksen teoreettisen viitekehyksen kokoaminen ja aineiston analyysi ovat tässä tutkimuksessa kietoutuneet toisiinsa. Tutkijana minulla on ollut jonkinlainen esiymmärrys terveysneuvonnasta sekä koulutuksen että työkokemuksen pohjalta, olenhan jo pro gradu tutkielmassani paneutunut aiheen problematiikkaan. Tässä mielessä tutkimuksessa on mukana deduktiivinen elementti. Tavoittelin kuitenkin tietoisesti aineistolähtöisyyden ideaa ja pyrin antamaan mahdollisuuden myös intuitiolle (Eskola & Suoranta 1998; Raunio 1999, 312-313). Tämä tapahtui siten, että tutkimuksen teoreettisempi ote, voimavarakeskeisyys, on muodostunut aineiston analyysin aikana, aineistosta nousseiden löytöjen pohjalta. Tästä syystä otan teoreettisen osan käsittelyyn vasta tutkimustulosten esittelyn jälkeen. Jokainen aineiston analyysivaihe on edellyttänyt runsasta perehtymistä alan kirjallisuuteen ja olemassa olevaan tutkimustietoon. Osajulkaisuissa logiikka näyttää päinvastaiselta, mikä johtuu julkaisufoorumien traditiosta koota artikkelit tiettyyn formaattiin.

Tutkimuksen lähtökohtana voidaan pitää myös sitä, että tutkimuksen teoreettinen kehys ankkuroidaan tutkimusaineistossa ilmenevään tutkittavien näkökulmaan. Raunion (1999) mukaan tässä prosessissa tutkijan tehtävänä on kehittää tutkimuskohteen syvempää ymmärtämistä edistäviä käsitteitä eikä pitäytyä vain sellaisissa arkipäiväisissä käsitteissä, joita tutkittavat itse käyttävät. Käsitteiden tulee kuitenkin säilyttää yhteys tutkittavien luomaan todellisuuteen käsitteineen ja sääntöineen. Näin päästään parempaan ymmärrykseen ja laajempaan näkökulmaan kuin pelkästään tutkimuskohteen omin käsittein päästäisiin. Tutkija jäsentää siis tutkittavaa toimintaa siitä näkökulmasta, jota hän ajattelee tutkittavien itsensä noudattavan ja soveltavan toiminnassaan. Tutkimuskohteen tarkalla kuvauksellaan hän tuottaa oman tulkintansa tutkittavien toiminnasta, minkä sitten kääntää tieteenalansa käsitteiksi. Pelkkä kuvaus ei ole riittävä tulos, vaan tutkijan tehtävänä on kaivaa esille sellaisia merkityksiä, joita tutkittavien antamat merkitykset eivät suoraan tuo esille. (Alasuutari 1994, 69-72; Raunio 1999, 310-312.) Tästä syystä tutkimustulosten yhteydessä käyn vuoropuhelua tämän tutkimuksen löydösten ja aikaisempien tutkimusten välillä.

1.5 Tutkimuksen menetelmälliset valinnat

Laadulliselle tutkimukselle on olennaista metodinen avoimuus. Tämä tarkoittaa sitä, ettei menetelmiä lyödä lukkoon jo tutkimusta aloitettaessa vaan tutkimusaineistosta nouseville virikkeille annetaan mahdollisuus muuttaa tutkimuksen kulkua. Peruseriaatteena tulee olla tutkittavan ilmiön luonnollinen kehkeytyminen, jolloin menetelmät sovitetaan kulloiseenkin tutkimuskohteeseen (Raunio 1999, 293). Tämän tutkimuksen aineisto oli jo kerätty, kun aloitin tutkimustyön. Se sopi kuitenkin hyvin myös tämän tutkimuksen aineistoksi ja metodinen avoimuus on toteutunut analyysimenetelmien kautta, sillä kulloinenkin analyysimenetelmän valinta on muotoutunut vähitellen vuoropuheluna aineiston kanssa. Menetelmällisiä valintoja ovat olleet tyypittely, keskusteluanalyysi ja tapaus-tutkimus.

Tutkimuksessa käytetty tyypittely on menetelmänä minulle tutkijana tutuin, sillä olen käyttänyt sitä jo pro gradu -tutkielmassani (Kettunen & Liimatainen

1994). Menetelmä on selitetty sekä pro gradu -tutkielmassa että Sosiaalilääketieteellisessä aikakauslehdessä (Liimatainen ym. 1996) mutta parhaiten osajulkaisussa 1, jossa kuvaan tyypittelyn avulla potilaiden viestintätyylejä. Tyypittelyn menetelmään on virikkeitä löytynyt sosiologiasta (Kortteinen 1982; Roos 1982) ja se sopi hyvin näinkin epäyhtenäisen aineiston yleiskuvan hahmottamiseen. Viestintätyylitypologia ei kuitenkaan jää kuvauksen asteelle (Alasuutari 1994, 83), vaan sen avulla on käyty keskustelua muiden tutkimustulosten ja aineiston tulkintojen välillä. Typologian avulla on, paitsi kuvattu potilaiden erilaista keskusteluun osallistumista, myös pohdittu sitä, miksi osallistuminen muotoutuu sellaiseksi kuin se kulloinkin näyttää. Muodostunut typologia on luonnollisesti eräänlainen pelkistys ja tässä työssä potilaiden viestintätyylitypologia on toiminut lähtökohtana ja apuvälineenä aineiston tarkemmalle analyysille. Typologian avulla on luotu ensin yleiskuva (Raunio 1999, 317) potilasviestinnästä, jonka jälkeen aineistosta on tarkemmin analysoitu esimerkiksi potilaiden vaikutusmahdollisuuksia (osajulkaisu 2) ja potilaiden vaihtelua (osajulkaisu 3) sekä hoitajan voimavaroja (osajulkaisu 4).

Tutkimuksen toinen analyysimenetelmä on etnometodologinen keskusteluanalyysi (KA), jonka lähtökohtana on vuorovaikutuksessa tuotettujen puheiden analysoiminen ja kertojien roolien jakautuminen itse tilanteessa. Tätä kautta päästään selville keskustelujen merkityksestä sosiaalisen maailman ylläpitämisessä ja uudistamisessa. (Drew & Heritage, 1998; Peräkylä 1994; Sacks ym. 1974) Sairaalassa hoitajan ja potilaan välistä viestintää säätelevät myös erilaiset taustatekijät, kuten siellä vallitsevat normit, roolit, kyseessä oleva terveysongelma tai sairaus ja sairaalaorganisaatio, joita olen huomionut analyysissä jossain määrin. Näin ollen tutkimuksessa käytetty keskusteluanalyttinen tarkastelu ei ole puhdasta keskusteluanalyysia vaan sovellus siitä, sillä usein olen liikkunut tulkinnoissani myös vuorovaikutusta laajemman kulttuurisen kontekstin tasolla (Suoninen 1997, 80).

Tässä mielessä tutkimustapaa voisi luonnehtia myös diskurssianalyysiksi (DA), koska tutkimusta ei ole viety kurinalaisesti läpi keskusteluanalyysin "säännöin" (vrt. Jokinen 1999). Keskustelututkimus on auttanut kuitenkin huomaamaan, että vuorovaikutuksen hyvinkin pienet yksityiskohdat voivat olla merkityksellisiä ja pidän lähestymistapaa hedelmällisenä neuvontakeskustelujen analyysissa. Tutkimukseni liikkuu siis KA:n ja DA:n välimaastossa. Näiden kahden tradition ero voidaan Jokisen mukaan pelkistää siten, että DA tutkii vuorovaikutuksessa merkitysten rakentumista ja KA vuorovaikutuksen rakentumista. Käytännössä analyttiset sovellutukset ovat hyvin lähellä toisiaan ja risteytyneet, joten yksittäisten tutkimusten luokittelu johonkin kategoriaan on vaikeaa.

Keskusteluanalyysin anti tälle tutkimukselle on paitsi litteraatiotekniikka myös puheenvuorojen sekventiaalisuus ja yhteistoiminnallisuus analyysin lähtökohtana. Menetelmälle tyypilliset tarkat transkriptiot pyrkivät säilyttämään puhutulle kielelle ominaiset piirteet mahdollisimman hyvin. Usein merkitään tautot, äänensävyt, takeltelut, äänenvoimakkuuden vaihtelut, naurahdukset, päällekkäispuheen alku- ja lopetuskohdat, jopa uloshengitykset. Transkriptiotasot voivat kuitenkin olla kussakin tutkimuksessa hyvin erilaisia (Seppänen 1997a), ja tutkimustehtävän kannalta olen katsonut toteutuneen

litteraatiotason riittäväksi. Tutkimuksessa on käytetty seuraavia transkriptio-merkkejä:

P	= potilas
H	= hoitaja
K	= kätilö
Ä	= synnyttänyt äiti
?	= nouseva intonaatio
.	= laskeva intonaatio
[]	= päällekkäispuhunnan alussa
(())	= litteroijan kommentteja: hymyilyä, naurua, kehon liikkeitä tms.
(.)	= pieni, mutta kuultavissa oleva tauko
<u>alleiviivaus</u>	= painokkaasti lausuttu
...	= tekstiä puuttuu
=	= puheessa ei taukoa
sa-	= kesken jäänyt sana
:	= äänteen venytys
(-)	= jakso, josta ei ole saanut selvää
° °	= merkkien sisässä oleva puhe tavallista hiljaisemmalla äänellä

Analyysin merkittävä punainen lanka on ollut sekventiaalinen jäsenyntyisyys. Tämä tarkoittaa sitä, että jokainen puheenvuoro luo odotuksen siitä, millainen jatko sitä seuraa rakentaen näin tulkintakehyksen sen jälkeiselle puheenvuorolle. Vastaavasti jokainen puheenvuoro on laadittu vastaamaan esitetyn puheenvuoron odotukseen, jolloin se osoittaa myös tulkinnan edeltävästä puheesta. (Raevaara 1997.) Yhteistoiminnallisuuden näkökulmasta keskustelu ei ole puhuja-kuulija kahtiajakoa, vaan kunkin puheenvuoron merkitys muodostuu aina suhteessa sitä edeltäviin ja seuraaviin vuoroihin, merkitykset syntyvät siis yhdessä neuvotellen. (Keskustelunanalyttikot käyttävätkin mieluummin termejä äänessä olija ja vastaanottaja.) Puhuja ei voi päättää sitä, miten hänen vuoronsa tulkitaan, vaan keskustelukumppani tekee omalla tulkinnallaan vuorosta tietyyntyyppisen toiminnan. Hän voi käsitellä kumppanin puheenvuoroa esimerkiksi kysymyksenä, moitteena, rohkaisuna tai avauksena yhteisten kokemusten vaihtoon jne. Merkitys syntyy siis viime kädessä vastaanottajan päättelyprosessista, ilmauksen ja kontekstin yhteisvaikutuksesta. Etnometodologian keskeinen idea on myös se, että kaikki kielen ilmaukset sisältävät symbolisen merkityksen ohella myös kontekstuaalisen tulkinnan vaatimuksen. Eri yhteyksissä sama lause voi saada erilaisen merkityksen. (Hakulinen 1997.)

Yksi analyysia ohjaava keskustelunanalyttinen periaate on tutkimukseni ollut myös ennalta määriteltujen luokitusten ja kategorioiden välttäminen. Tutkijana olen pyrkinyt pääsemään perille niistä kategorisoinneista, joihin hoitaja ja potilas toimintansa kautta ovat osoittaneet orientoituvansa. Tämä on edellyttänyt kontekstin dynaamisuuden ja sen jatkuvan, uudistuvan luonteen ymmärtämistä. Tässä tutkimuksessa terveysneuvontakeskustelua on lähestytty puhetoimintana, joka muovaa ja rakentaa kontekstia, jossa hoitaja ja potilas osoittavat puheensa yksityiskohtien kautta sen, mitkä kontekstipiirteet ovat kullakin hetkellä relevantteja. (Raevaara 1997.) Kasvokkain tapahtuvissa keskusteluissa yhteisenä kontekstina on myös fyysinen ympäristö, johon voidaan

tukeutua puheenvuoroja rakennettaessa ja puhetta ylläpidettäessä (Raevaara 1996).

Sanamerkitysten ja lauseiden merkitysten kautta päästään keskustelunanalyysissä perille niistä merkityksellisistä toiminnoista, joita puheessa luodaan eli mitä puheenvuoroilla saadaan aikaiseksi (Hakulinen 1997). Tässä tutkimuksessa on muun muassa voitu havaita, millaiset viestinnän keinot kutsuvat keskustelun kontekstia (osajulkaisu 4), millaisin viestinnän keinoin potilas vahvistaa omaa tai hoitajan valta-asemaa keskustelussa (osajulkaisu 2) tai osoittaa luottamusta, kuuliaisuutta, syyllisyyttä tai kohteliaisuutta (osajulkaisu 3) tai millaisin viestinnän keinoin hoitaja pyrkii vastavuoroisuuteen (osajulkaisu 5). Erilaisten toimintojen kautta muodostuu kuva sairaalan terveysneuvonnasta.

Osallistumiskehyksen käsitettä käytetään tutkimuksessa laajempaan katotokäsitteenä. Se muodostuu keskusteluun osallistujien erilaisista, vaihtelevista rooleista ja se on koko ajan liikkeessä vaihdellen sen mukaan, mikä osallistujarooli kullakin henkilöllä on. Osallistujien erilainen asema suhteessa puheeseen asettaa heidät myös tiettyihin diskurssi-identiteetteihin, jotka vaihtelevat keskustelun kuluessa. (Seppänen 1997b.) Kehyksen käsitteen määrittelyssä on pieniä eroavuuksia riippuen määrittelijästä ja esimerkiksi Rostilan (1997, 47) mukaan lähes samaa tarkoittavia käsitteitä ovat aktiviteettityyppi, puhetapahtuma, osallistujarakenne tai toiminnan laji. Tässä tutkimuksessa olen käyttänyt osallistumiskehyksen käsitettä kuvaamaan hoitajan ja potilaan tilannekohtaisia vastavuoroisuutta tai ei-vastavuoroisuutta tuottavia rooleja sekä sitä, miten vaihtelevuus tuotetaan terveysneuvonnassa (osajulkaisu 3). Kehykset ovat muodostuneet keskustelunanalyttisesti yksityiskohtaisen puheen analyysin kautta. Kyse ei siis ole tilanteen tulkitsemisesta jonkin tietyn etukäteen päätetyn kehyksen puitteissa, vaan kehys ilmentää toimijoiden tulkintaa vaihtuvista tilanteista. Se kuvaa sitä, mikä on tilanteessa toimimisen kannalta relevanttia, todellista, ymmärrettävää tai ei-ymmärrettävää. (Goffman 1986, 1 - 20.) Kehyksen luovat vuorovaikutukseen osallistuvat yhdessä kielellisten valintojen, katsekontaktien ja eleiden avulla. Vuorovaikutuksen tarkastelu myös osallistumiskehysten avulla on tuonut esiin sen, että puhettavat ja kehykset eivät välttämättä ole niin tilanteisia ja paikallisesti tuotettuja kuin ne pelkästään keskustelunanalyttisesti tarkasteltuna olisivat (Alasuutari 1994, 152). Tästä näkökulmasta on tutkimuksessa päästy syvemmälle ymmärtämisen tasolle ja laajentamaan näkökulmaa (Raunio 1999) organisaation tasolle. Osallistumiskehysten kautta on voitu tarkastella myös sitä, miten sairaalainstituutio itsessään tuottaa ja uusintaa tiettyä terveysneuvonnan traditiota (Alasuutari 1994, 152).

Tutkimuksen yhtenä metodisena ratkaisuna on myös tapaustutkimus, jonka avulla on kuvattu hoitajan osaa potilaan osallistumisen edesauttajana (osajulkaisu 4). Tapauksena on siis yksi ainoa videoitu terveysneuvontatilanne sekä tämän jälkeinen hoitajan ja potilaan haastattelu. Tällainen metodinen ratkaisu poikkeaa aikaisemmista terveyskasvatuksen tapaustutkimuksista, jotka ovat pääasiassa tarkastelleet jonkin intervention tai terveyskasvatusohjelmien vaikutuksia (esim. Dattilo & Nelson 1986; Laitakari 1998). Paljon keskustelua onkin käyty siitä, mikä voisi olla sopiva tapaustutkimuksen tutkimusyksikkö. Tutkimusyksikkönä voi olla jokin sosiaalinen tilanne, episodi, toimintaprosessi, kulttuurinen toimintamuoto, tapahtuma, tapahtumasarja, teoreettiset käsitteet,

jokin ideologia tai aate. Tärkein näkökulma, joka määrittää tutkimusyksikön, on tutkimustehtävä ja tutkimuksen kysymyksenasettelu. Tämän tutkimuksen kannalta luonnollisin tapaus on neuvontakeskustelu. Tutkittavalle tapaukselle on myös osattava esittää perustelut ja mainittava ne ehdot, jotka kyseisessä tutkimuksessa on tapauksen valinnalle asetettu. Tämä ohjaa lukijaa soveltamaan tuloksia, ja vastaamaan siihen, keihin tulokset on yleistettävissä ja mahdollisesti sovellettavissa. (Laitinen 1998, 33-36.)

Tämän tutkimuksen tapaus-analyysi keskittyy terveystieteiden kannalta viime aikoina paljon esiin nostettuun empowerment- (tässä tutkimuksessa suomennettu: voimavarakeskeinen) lähestymistapaan. Se pohjaa eniten ehkä deduktiiviseen ajatteluun, vaikkakin valittu tapaus alkoi puhutella minua erilaaisuudellaan jo heti tutkimusprosessin alkuvaiheessa. Valittu tapaus on "mahdollisimman tyypillinen" (Laitinen 1998, 47), sillä se havainnollistaa parhaiten hoitajan voimavarakeskeistä työtapaa tässä aineistossa. Se ei kuitenkaan ilmennä voimavarakeskeisyyden kaikkia puolia, joten havainnollistaminen jää tässä yhteydessä puutteelliseksi. Tapauksen valinta on joka tapauksessa tämän tutkimuksen kannalta perusteltu, edustaahan se uudenlaista toimintatapaa, on ajankohtainen (Laitinen 1998, 51) ja sen analyysistä voidaan oppia potilaan osallistumista helpottavia keskustelustrategioita. Tapauksen valinta perustuu täten sekä teoreettiseen että käytännölliseen intressiin. Stake (1994) kehottaakin valitsemaan nimenomaan sellaisia tapauksia, jotka lisäävät ymmärrystämme jostakin ilmiöstä. Terveystieteiden tapaus tutkimuksissa ei ole juurikaan kuvattu keskusteluprosesseja. Toisaalta asiakkaan osallistuminen nähdään terveystieteissä erityisen tärkeänä tekijänä (Deccache 1995; Buxton 1996; Feste 1995; Keller 1994; Rollnick ym. 1997; Skelton 1997; Tones ym. 1990; van Ryn & Heaney 1997), mutta neuvontakeskusteluun osallistumisesta mikrotasolla on hyvin vähän konkreettista näyttöä.

2 POTILAANA SAIRAALASSA

2.1 Sairaalan arki

Sairaala on rakenteellisesti monimuotoinen ja kompleksinen organisaatio, jossa osastojen toiminnalliset ja tavoitteelliset erot muovaavat arkisen toiminnan muotoja. Näin ollen eri yksiköiden toimintakulttuurit voivat olla hyvinkin erilaisia. (Wiili-Peltola 2000.) Esimerkiksi kirurgisella osastolla potilaat vaihtuvat usein ja toiminnassa korostuvat tekniset toimenpiteet, kun taas sisätautiosaston potilaiden hoito on luonteeltaan pitkäkestoisempaa, potilaat iäkkäitä ja heillä voi olla useita sairauksia. Synnytysosaston painopiste on puolestaan perhekeskeisyydessä ja lapsen hoitoon liittyvässä neuvontatyössä. Kaikilla osastoilla hoitajaksot ovat lyhentyneet ja tämä on tehnyt hoitotyöstä nopeatahtisen.

Sairaalan arkipäivässä tärkeiksi arvoiksi muodostuvat lääketieteellisyys ja lääkehoito. Sairaala luonnehditaan hierarkkiseksi, kiireiseksi ja tehokkaaksi paikaksi, jolle tyypillistä ovat rutinoituneet toiminnot, suuret potilasmäärät ja tilan ahtaus (Vuori 1995). Toiminta tapahtuu ylhäältä alaspäin suuntautuvan ohjauksen varassa ja sitä säätelevät tarkat säännöt ja normit sekä tarkka ammattiryhmien välinen työnjako (Wiili-Peltola 2000). Ammattiryhmien roolit voivat olla hyvinkin tiukkoja ja hierarkkisesti järjestäytyneitä, jolloin ne eivät juuri salli yksilöllisten ominaisuuksien korostamista (Heikkinen & Laine 1997). Selkeiden roolien avulla sairaala pyrkii luomaan suojaa epävarmuustilanteita vastaan ja rutinoitunut käyttäytyminen, tietyt kaavat ongelmanratkaisussa ja vastuun standardoiminen vähentävät tätä epävarmuutta. (Måseide 1987.) Vuoren (1995) mukaan sairaalan rutiineista saattaa muodostua jopa arjen terroria, minkä suhteen henkilökunta kokee voimattomuutta. Osasto kulkee ikään kuin kulttuurivirtansa viemänä. Mitä rutinoituneempi työltään ja mitä erikoistuneempi sairaalan osasto on, sitä enemmän hoitajan toimintaa ohjaa hoitoyhteisön yhteinen normisto. Sairaalayhteisö arvostaa ahkeraa, työnsä hyvin tekevää, tunnollista ja tarkkaa, sisäisesti yritteliästä työntekijää (Vuori 1995, 26, 148). Toisaalta sairaaloiden viimeaikainen kehitys tehokkaan tulosjohtamisen suun-

taan murtaa vanhoja vuorovaikutusmalleja ja rooliasemia. Tornbergin (1998) mukaan sairaalatodellisuus elää tämän päivän toiminnallisella tasolla ammattiroolien kulttuurimylläkässä, jossa uudenlaisten roolien hakeminen saa ristiriitaisia toiminnan muotoja.

Hoitajalle potilaat, heidän hyvinvointinsa ja tyytyväisyytensä antavat työlle mielekkyyttä ja tuovat tyydytystä. Työn merkitys ilmenee mahdollisuudessa kohdata potilas, syvällisesti elämän kokemuksistaan kertova ihminen (Vuori 1995, 152). Potilaalle sairaala puolestaan avautuu vieraana, outona ja rajattuna (Heikkinen & Laine 1997). Vähitellen hänelle muodostuu sairaalassa oma roolinsa, joka sisältää erilaisia yhteistyön ja vuorovaikutuksen muotoja. Se ilmentää velvollisuuksia ja oikeuksia siitä, kuinka sairaalayhteisössä tulee käyttäytyä. Osa näistä on myös oletuksia. Potilaan rooli alkaa hahmottua jo sairaalaan tulovaiheessa, vaatteiden vaihdon yhteydessä. Useimmille rooli on uusi ja sairaalassa se muodostuu pitkälle lääketieteen ehdoilla. Sairaalan ulkopuolella oleva identiteetti ja muut sosiaaliset roolit jäävät sivuun. Potilaan täytyy myös sopeutua sairaalarutiineihin ja hierarkkiseen järjestelmään (Måseide 1987; Tuckett 1985). Koska sairaalassa työskentelee useita ammattiryhmiä, potilaan saattaa joskus olla hyvinkin vaikea tietää, kenen puoleen hän voi kääntyä (Breemhaar ym. 1996). Vieläkin sairaalapotilaan rooliin kuuluu viettää suuri osa ajasta sängyssä maaten, sosiaalisesti melko eristettynä odotellen erilaisia tutkimuksia ja hoitotoimenpiteitä.

Hoitajan ja potilaan kohtaaminen eroaa normaaleista arkipäivän kohtaamisista, sillä ihminen kääntyy hoitoalan ammattilaisen puoleen silloin, kun terveyteen liittyy jokin ongelmatilanne. Hoidettaessa ihmistä toinen saa hoitoa ja toinen antaa. Potilas voi kokea olevansa toisen armoilla ja hänen arkeaan hallitsee turvattomuuden tunne, mikä saattaa näkyä pelokkuutena, avuttomuutena, arkuutena ja jännittämisenä. Vuorovaikutustilanteissa on läsnä vahvoja tunteita, sillä sairaalan jokapäiväistä elämää ovat epävarmuus, huoli, tuska, masennus, jopa kuolema. Sekä hoitaja että potilas kokevat tilanteen eri tavoin. Potilaalle merkittävää on tunne, kokemus siitä, millainen hoitaja on. Hoitaja puolestaan kiinnittää huomionsa potilaaseen ja siihen, mitä hän itse tilanteessa tekee. (Heikkinen & Laine 1997.)

2.2 Sairauteen suhtautuminen

Sairaalassa oleva potilas voi olla juuri sairastunut, kroonisesti sairas, tutkimuksessa oleva tai täysin terve henkilö. Tämä laaja potilaskirjo näkyy myös tässä tutkimuksessa. Tutkimuksen potilaista vain pieni osa oli sairauden akuutissa vaiheessa. Näitä olivat esimerkiksi diabeteksen puhkeaminen ja välilevyn pullistuman aiheuttama äkillinen selkäleikkaus. Myös sydänleikkauksen ja aivoverenvuodon jälkeinen sairaalaseurannan voidaan vielä katsoa kuuluvan tähän vaiheeseen. Useilla potilailla oli jokin kirurginen toimenpide esimerkiksi polven täyhystys, suonikohjujen poisto, tyräleikkaus, johon he olivat tulleet kutsuttuina odotettuaan toimenpidettä jo jonkin aikaa. Muutama potilas oli tullut sairaalaan tutkimuksia varten ja tällaisia tutkimuksia olivat esimerkiksi epäilyttävän kyhmyin

poistaminen rinnasta, virtsarakon tähytys tai kohtuontelon kaavinta. Jotkut potilaat olivat joutuneet sairaalaan pahentuneen kroonisen sairauden vuoksi. Tällaisia olivat astman, ummetuksen tai ärtyneen vatsahaavan hoitoon liittyvät tilanteet. Toisaalta tutkimuksessa oli mukana myös joitakin synnyttäneitä äitejä. Keskustelun aiheena taas saattoi olla hyvinkin vaikeita aiheita, kuten aivoverenvuodon jälkitila, sydämen ohitusleikkauksen jälkihoito tai syöpäepäily, jotka aiheuttavat hätäännystä.

Varsin usein sairastuminen nähdään jonkinlaisena psyykkisenä kriisinä (Kyyrönen ym. 1995). Henkilön elämäntilanteesta riippuen joskus jopa tavallisesta nuhakuumeesta voi muodostua liian iso taakka. Sairastumiseen liittyvät mielikuvat voivat olla uhkaavia ja pelottavia ja etenkin tutkimusvaiheen epäilyt ja epävarmuus ovat stressaavia. Sairastuneen haasteena on paitsi pelkojen hallitseminen myös tasapainon saavuttaminen. Yleensä sairaus aiheuttaa epämu-kavuutta ja toiminnan rajoituksia, joiden kanssa potilaan on opittava tulemaan toimeen. Hänen on myös sopeuduttava hoitoympäristöön ja hoitomenetelmiin, sillä joskus hoito voi olla suuremman ahdistuksen lähde kuin itse sairaus. Kyyrösen ym. (1995) esittämä perusajatus sairaudesta kriisinä on luonteeltaan negatiivinen ja sairauden nähdään vaikuttavan kielteisesti henkilön sisäiseen harmoniaan. Kuitenkin he korostavat myös sairauteen suhtautumisen henkilökohtaisuutta ja vaihtelevia yksilöllisiä suhtautumisreaktioita, jotka näkyvät osalla potilaista mitätöintinä, kieltämisenä tai sairauden torjumisena, kun taas osa pitää sairautta haasteena ja kasvattavana kokemuksena.

Tämän tutkimuksen keskustelut kohdentuvat pääasiassa johonkin fyysiseen ja konkreettiseen asiaan. Kuitenkin fyysisen hyvinvoinnin tunne kytkeytyy laajempaan elämystaluuseen eli ruumiin ja persoonan kokemiseen arvokkaaksi ja merkitykselliseksi. Kun ruumiillisen hyvinvoinnin perusta sairauden vuoksi järkkyy, voi ihminen tuntea olevansa vajaa myös persoonana. Sairastuminen koettelee ihmisen psyykkisen turvallisuuden ja eheyden tunnetta ja näin ollen hän saattaa tavallista herkemmin kokea hyväksymisen puutetta tai jopa väheksyntää. (Nupponen 1993, 14.) Parsonsilaisen näkemyksen mukaisesti sairaan rooli on epämiellyttävä eikä sitä haluta vapaaehtoisesti. Se on myös väliaikainen. Sairas on passiivinen eikä kykene huolehtimaan arkipäivän sosiaalisista toimistaan, hän on esimerkiksi oikeutettu jäämään pois töistä. (Crossley 1998; Tones 1988b.) Parsonsin luonnehdinta sairaan roolista poikkeaa kroonisesti sairaiden henkilöiden kohdalla. Tänä päivänä monet krooniset sairaudet ovat lisääntyneet ja esimerkiksi diabeteksen ja astman hoidossa korostuu potilaan aktiivinen oma hoito, sairauden haltuun ottaminen. Joskus sairaus voi toimia jopa sysäyksenä itsetuntemuksen löytymiseen ja mahdollistaa näin sisäisen kasvun (Feste & Anderson 1995). Kroonisesti sairaita henkilöitä oppii tuntemaan oman sairautensa ja jatkaa normaalia elämää myös sairastumisensa jälkeen (Callaghan & Williams 1994). Toisaalta monet sairaudet ovat saattaneet syntyä pikku hiljaa, vähitellen, oireiden pahentuessa, joten sairastumisen kriisi ei aina ole yhtä sho-keeraava ja traaginen. Tänä päivänä moni kroonisesti sairaita henkilöitä elää itenäisesti sairautensa kanssa eristäytymättä tavallisista arkipäivän sosiaalisista toimistaan. Terveystieteiden tutkimuksen osa potilaiden hoidossa käy osittain tarpeettomaksi ja potilaista kehittyä todellisia sairautensa hoidon taitajia. (Crossley 1998.)

Viime aikoina on korostunut potilaan omaa sairautensa haltuun ottaminen (insiders' perspective). Esimerkiksi diabetesta sairastavat potilaat eivät useinkaan puhu diabeteksestä sairautena, vaan se nähdään vaivana, haittana, jopa elämäntapana. Hoitoon liittyvät asiat, kuten suunnitelmallinen ruokavaliosta huolehtiminen tai insuliinin pistäminen eivät rajoita arkipäivän toimintaa, vaikka diabetekseen liittyy epävarmuutta tulevaisuuden mukanaan tuomista komplikaatioista sekä spontaanien ratkaisujen vaikeutuminen (Callaghan & Williams 1994).

Erilaisissa sairauksissa ja sairauden eri vaiheissa potilaat tarvitsevat ammattilaisilta eri asioita. Myös eri-ikäisillä potilailla on omat odotuksensa ja tarpeensa. (Anderson 1996). Häggman-Laitilan (1999) mukaan sairastamisen kokemukset ovat yhteydessä siihen, miten terveys koetaan. Häggman-Laitilan tutkimukseen osallistuneista henkilöistä ne, jotka kokivat terveytensä kokonaisvaltaisena ja sisältäpäin määräytyvänä, kertoivat sairastumisen paljastaneen heille terveyden merkityksen. Se oli opettanut ymmärtämään terveyttä uudella tavalla. Sairastumisen alkuvaihetta he kuvasivat kaoottiseksi. Tieto sairaudesta masensi ja ahdisti, olo oli turvaton ja tulevaisuus epävarmaa. Sairaus vei kaiken huomion eikä muuhun riittänyt voimia. Kuitenkin sairastumisen jälkeen löytyi uusi elämäntapa, johon sairaus kuului luonnollisena osana tai jonkin verran rajoittavana. Elämäntapa saattoi uusiutua myös kokonaisuutena paremmaksi kuin ennen. Potilaana halusi sopeutua uuteen elämäntilanteeseen ja viettää mahdollisimman normaalia ja nautittavaa elämää vaivoista ja sairauksista huolimatta, myös hoidot huomioon ottaen. Ne tutkimukseen osallistuneet, jotka kokivat terveytensä ulkoapäin määrittävänä, kuvasivat sairasta valittavana, kalpeana, vetäytyvänä ja toisista riippuvaisena ihmisenä, joka on elämästään luopuneen oloinen. He pitivät luvallisenä ainoastaan lääkärin toteamia sairauksia ja osa koki olonsa huonoksi, koska heitä ei oltu todettu sairaiksi. Sairaudesta oli tullut elämän keskipiste ja elämä muotoutui taudin salliman ohjelman mukaiseksi, tai sitten he olivat terveydenhuollon näkemyksen mukaan terveitä tai sairaus merkitsi kansalaisoikeuksien menetystä tai jopa toivotonmuutta, elämän päättymistä.

Häggman-Laitilan tutkimus osoittaa, miten henkilökohtaista ja vaihtelevaa sairauteen suhtautuminen voi olla. Tässä tutkimuksessa potilailta kysyttiin neuvontakeskusteluiden jälkeisissä haastatteluissa, millaiseksi he kokevat tämänhetkisen terveydentilansa. Tutkimukseen osallistuneista potilaista kukaan ei arvioinut olevansa sairas. He kertoivat olevansa tällä hetkellä terveitä, vaikka elämään kuului sairaalaan johtaneen ongelman lisäksi jokin krooninen sairaus. Iire (1999, 106) toteaaakin, että sairastaminen sinänsä ei lannista ihmistä. Vaikka potilaat kokevat sairaudesta aiheutuvaa epävarmuutta, "sairastumiseen sisältyy toivoa, uskoa ja luottamusta sekä tiettyä selkeyttä ja mahdollisesti elämänarvojen uudesta järjestyksestä johtuvaa rauhallisuutta, tasapainoa ja elämäniloa".

2.3 Sairaalan vuorovaikutustilanteiden monet kasvot

Sairaala on useimmiten potilaalle vieras ympäristö. Tullessaan uudenlaiseen ympäristöön hän ei aluksi tiedä miten puhua. Hän saattaa jopa vältellä puhetilanteita, koska pyrkii välttämään mahdollisia negatiivisia seurauksia. (vrt. McCroskey & Richmond 1991; Young & Klinge 1996.) Sairaalakokemukset ovat ainutkertaisia ja herkkiä elämäntilanteita, ja tästä syystä potilaat pitävät sairaalan henkilökunnan kanssa tapahtuvaa vuorovaikutusta hoitokokemuksensa perustana. Tällöin tyyli, jolla asioista puhutaan, muodostuu merkitykselliseksi (Ruben 1993), samoin itse keskustelutilanne ja sitä edeltävät tapahtumat. Sekä hoitajalla että potilaalla on omat tapansa, tavoitteensa ja toiveensa. Se, mitä ja miten he puhuvat, riippuu muun muassa heidän käsityksistään ja havainnoistaan toistensa rooleista, tilanteen luonteesta ja keskustelun siihenastisesta kulusta (ks. Hakulinen 1989; Leino 1989). Hoitajan ja potilaan ulkoista vuorovaikutuskontekstia voikin havainnollistaa seuraavalla kuviolla (kuvio 1).



KUVIO 1 Neuvontakeskustelun ulkoinen konteksti

Sairaalassa ollessaan potilaat kohtaavat potilastovereiden lisäksi joukon erilaisia ammattilaisia. Heille kertyy yleistä tietotaitoa siitä, miten toimia keskusteluissa eri ammattilaisten kanssa. Potilaat arvioivat esimerkiksi, mitä kenenkin hoitajan kanssa voi ja saa puhua, mitä kannattaa sanoa, olisiko vaikeneminen ehkä sopivampaa, millaisia puheenvuoroja häneltä odotetaan ja millaisia taas ei tai miltä ylipäätään keskustelun aikana tulisi näyttää tai kuulostaa.

Potilaat toivovat itseään kohdeltavan yksilönä, ei jonakin tapauksena tai "kuka vain" potilaana. (Callaghan & Williams 1994; Kärkkäinen 1994; Waterworth & Luker 1990; Wilde ym. 1993). He ovat usein huolissaan siitä, että ovat henkilökunnalle vaivaksi omine ongelmineen (Callaghan & Williams 1994) ja että heitä pidetään vaikeina, jopa hankalina potilaina. He puhuvat "hyvistä" ja "huonoista" potilaista. Hyvä potilas on sopeutuvainen ja osoittaa hyväksyntää. Hän on omatoiminen ja kuuliainen, joka uskaltaa rohkeasti kysyä omista asioistaan. Häneltä löytyy myös huumorintajua, kärsivällisyyttä ja yhteistyökykyä. "Huono" potilas puolestaan on vaativa, itsepäinen ja yhteistyöhaluton. Hänellä

on esitettävänä omia toiveita, pyyntöjä ja pieniä palveluksia ja hänellä voi olla epärealistisia odotuksia hoidon suhteen. (Häggman-Laitila 1994; Måseide 1987.) Potilaat eivät halua leimautua "huonoiksi" potilaiksi, sillä he toivovat saavansa osakseen kunnioitusta ja että heistä ollaan kiinnostuneita. He myös toivovat, että heidän tarpeitaan ja toiveitaan otetaan huomioon ja että henkilökunta osoittaa ymmärtävää ja eläytyvää suhtautumista. (Häggman-Laitila & Åstedt-Kurki 1994; Meredith 1993; Otte 1996; Schwartz-Barcott ym. 1994; Wilde ym. 1993.)

Yksi vuorovaikutuksen ongelma-alueita sekä kansainvälisessä (Breemhaar ym. 1996; Otte 1996) että suomalaisessa sairaalahoidossa (Lauri ym. 1995; Leinonen ym. 1996; Renholm & Suominen 2000; Suominen ym. 1994; Töry ym. 1999) on ollut potilaiden tiedon saanti, vaikka muutamissa tutkimuksissa potilaat ovatkin saaneet pääasiallisesti tärkeää ja ymmärrettävää tietoa sopivassa tahdissa (esim. Leino-Kilpi ym. 1993). Esimerkiksi Renholmin ja Suomisen (2000) tutkimuksessa 50 % potilaista oli saanut riittävästi tietoa ja Laurin ym. (1995) tutkimuksessa jopa 40 %:lla potilaista puuttui tietoa omasta tilanteestaan, lääke- ja muusta hoidosta sekä siitä, miten hoitaa itseään, miten toipuminen etenee ja miten voi ennaltaehkäistä oman tilanteensa huononemista. Potilaat arvostavat asiantuntijan tietoa (Avis 1994) ja kaipaavat selkeää, yksityiskohtaista informaatiota hoitoehdotuksineen (Fosbinder 1994; Leppänen ym. 1997; Meredith 1993; Siponen 1999) sekä totuudenmukaista informaatiota vakavissakin sairauksissa (Meredith 1993). Esimerkiksi sydäninfarktiin sairastuneet potilaat ja heidän läheisensä korostivat tarvinneensa neuvoja ja informaatiota vielä kuukauden kuluttua sairaalassa olosta (Thompson ym. 1995).

Avisin (1994) mukaan potilaat usein siirtävät vastuun tiedon välityksestä henkilökunnalle, he odottavat tietoa annettavan. Tällöin oma rooli nähdään passiivisena itse vuorovaikutustilanteessa, mutta aktiivinen tiedonhankinta tapahtuu jälkepäin esimerkiksi kirjoista. Vaikka potilaat kritisoiivat tiedon saantia, he harvoin kyseenalaistavat käytäntöjä ja omaksuvat mieluummin tiedon vastaanottajan roolin. Myös DiMatteo (1991, 219) näkee potilaat avuttomina ja passiivisina tiedon vastaanottajina, jotka eivät juuri pyydä selityksiä ja kysyvät erittäin vähän kysymyksiä. He eivät useinkaan kerro, että toivoisivat enemmän tietoa kuin saavat. Usein he eivät myöskään ymmärrä kaikkea, mistä on puhuttu eikä tätä tarkisteta. Vastaavanlainen näkemys tulee esiin myös suomalaisen sairaalan hoitohenkilökunnan keskuudessa. Vuoren (1995, 257) mukaan henkilökunta näkee potilaiden hoitoon kohdistuvien odotusten olevan pieniä ja jäävän julkilausumatta ja tästä syystä potilaiden tarpeisiin vastataan puutteellisesti.

Tiedon jakaminen on ollut hoitajan perinteinen ja tärkeä tehtävä. Hoitajien näkemyksen mukaan potilaat tarvitsevat yleistä tietoa tuntemattoman edessä. Yleisen tiedon jakaminen oli esimerkiksi Karlсенin (1997) tutkimuksessa varsin suosittua hoitajien keskuudessa. Se, miten tieto saavuttaa potilaan, näyttää sairaalamaailmassa olevan monimutkaista, ja eri tutkimustulokset antavat siitä ristiriitaisen kuvan. Osa potilaista näyttää tarvitsevan yleistä tietoa, mutta suuri osa korostaa yksityiskohtaista tiedon saantia. Astmaa sairastavien potilaiden mielestä henkilökunta ei piitannut heidän tiedon tarpeestaan (Siponen 1999, 147). Tietoa ei aina annettu ymmärrettävällä tavalla ja astmaatitot joutuivat

useaan kertaan tarkistamaan puutteellisia ja ristiriitaisia tietojaan. Potilaiden mielestä jatkuva kyseleminen ja tarkennuksien pyytäminen oli sairaan voimien tuhlaamista väärään tarkoitukseen. Sydäninfarktin sairastaneet potilaat (Thompson ym. 1995) korostivat sitä, että tiedon tarve ja tieto eivät sairaalassa ollessa kohdanneet. Potilaat halusivat enemmän yksityiskohtaista tietoa kuin saivat, potilaiden kanssa ei keskusteltu vaikka luvattiin, ei huomioitu puolisoa, ei saatu keskustella lääkärin kanssa, koska lääkärit olivat niin kiireisiä, tai tietoa saattoi tulla liikaa yhdellä kertaa, jolloin kaikkea ei ehtinyt omaksua.

Kun asiaa tarkastellaan potilaan kannalta, näyttäytyy tiedon hakeminen toisessa valossa. Esimerkiksi potilaiden kysymysten esittämistä ehkäisevät monet tekijät. Kysymysten esittäminen edellyttää taustatietoa omasta sairaustilanteesta ja tätä ei potilaalla aina välttämättä ole (Avis 1994; Häggman-Laitila & Åstedt-Kurki 1994; Meredith 1993, 594-595). Informaation kysymisen esteenä on nähty myös liika teknisyyks, vaikea ymmärrettävyys tai jopa tiedon vastenmielisyys (Avis 1994). Esimerkiksi suomalaiset astmapotilaat pitivät lääkäreiden vastauksia kysymyksiinsä vaikeasti ymmärrettävänä "munkkilatinana" (Siponen 1999). Myös sääli ylityöllistettyä henkilökuntaa kohtaan voi saada potilaat välttämään kysymistä (Siponen 1999), ja tällöin rutiininomaiset käytännöt voivat olla potilaiden mielestä hyväksytyjä sen vuoksi, että hoitajat saavat työnsä tehtyä (Waterworth & Luker 1990). Tämän tutkimuksen mukaan suomalaiset potilaat uskaltavat myös kysyä (osajulkaisut 1 ja 2). Potilaat esittivät enemmän kysymyksiä kuin aikaisemmin esitetyt tulokset lääkäri - potilas -suhteesta ovat osoittaneet (esim. Binbin 1999; Cegala 1997). Vastaaventyypisiä tuloksia on esittänyt myös Laukkanen (1994) tutkiessaan keskoslasten vanhempien ja lääkärin vuorovaikutusta. Vanhemmat osoittautuivat keskusteluissa aktiivisiksi tiedon hankkijoiksi, mihin myös henkilökunta omalla toiminnallaan heitä ohjasi.

Trnobranskin (1994) ja Waterworth & Lukerin (1990) mukaan potilaiden halukkuudesta osallistua keskusteluun ja vaikuttaa hoitopäätöksiin on kirjoitettu puolesta ja vastaan. Suomalaista sairaalaa koskevia tutkimuksia on tässä suhteessa vähän. Muutamia suomalaisia sairaalamaailmaan sijoittuvat tutkimukset (Munkki-Utunen ym. 1992; Suominen 1992) ovat aikaisemmin osoittaneet, että potilaat ja hoitajat tekevät harvoin yhdessä potilaan hoitoon liittyviä päätöksiä. Vaikka myönteistä edistymistä tiedon saamisessa ja kohtelussa tapahtuu, potilaiden kaipaamat yhteiset keskustelut suunnitelluista tutkimuksista ja toimenpiteistä jäävät usein toteutumatta (Töyry ym. 1999; Westman & Backman 1997). On myös esitetty tuloksia siitä, että jopa noin puolet suomalaisista potilaista olisi valmiita siirtämään hoitoon liittyvät valtuudet hoitajalle (Kim ym. 1993.) Tätä ajatusta tukee myös Leino-Kilven (1991) tutkimus, jonka mukaan suomalaiset potilaat mieluummin odottavat huolenpitoa ja välttävät aktiivista osallistumista.

Vahva luottamus (van Cott 1993; von Essen & Sjärdén 1991; Leino-Kilpi 1991; Wilde ym. 1993) ammattitaitoiseen henkilökuntaan on osoittautunut potilaiden osallistumista ehkäiseväksi tekijäksi (myös osajulkaisu 3). Esimerkiksi Gotcher & Edwards (1990) totesivat osan syöpäpotilaista luottavan täysin lääkärin päätöksiin. He uskoivat lääkärin kertovan sen, mitä he arvioivat potilaan tarvitsevan tietää, joten potilaiden ei itse tarvitse kysellä asioita. Toisaalta lää-

ketieteellisen ongelman vakavuus voi toimia myös päinvastoin, jolloin se jopa lisää potilaan keskusteluun osallistumista (Ainsworth-Vaughn 1995). Suomalaiset potilaat ovat myös tuoneet julki, että esimerkiksi asiantuntijan auktoriteettiasema voi estää heitä keskusteluun osallistumasta (Häggman-Laitila 1994). Silloin, kun potilaat eivät ymmärrä puheena olevaa asiaa, he pysyttyvät hiljaa välttääkseen vaikutelman yhteistyökyvyttömyydestä (Tuckett 1985, 80).

Vaikka potilaat jättäisivätkin päätöksenteon henkilökunnalle, korostavat he silti yhteistyötä siinä, että heitä informoidaan tapahtumista ja että he voivat kertoa tunteistaan (Wilde ym. 1993). Etenkin sydänpotilaiden (Anderson ym. 1999; Lukkarinen 1999; Thompson ym. 1995) ja leikkauspotilaiden (Watts & Brooks 1997) kohdalla emotionaalisen tuen tarve on suuri. Esimerkiksi sydäninfarktin jälkeen potilaiden olotilassa sairaalavaiheen aikana korostuu kontrollin ylläpitämisen pyrkimys ja taistelu sen puolesta. Tällöin potilaiden yksi selviytymismekanismi saattaa olla kieltämiseen liittyvä osallistumisen välttäminen, jonka avulla sydäninfarktiin liittyvää uhkaa pyritään lieventämään. (Thompson ym. 1995.) Leikkausta odottavat potilaat toivovat ennen leikkausta keskustelua leikkaussalissa työskentelevän hoitajan kanssa, jolloin he voivat kysellä nimenomaan omaan leikkaukseensa liittyviä asioita. Hoitajan vierailun uskotaan myös helpottavan leikkaukseen liittyvää uhkaa. Halukkaille potilaille toivotaan jopa tarjottavan mahdollisuutta käydä etukäteen tutustumassa leikkaussaliin. Leikkaukseen liittyvää tietoa tulisi olla saatavilla myös kirjallisena niille, jotka sitä haluavat. (Watts & Brooks 1997.)

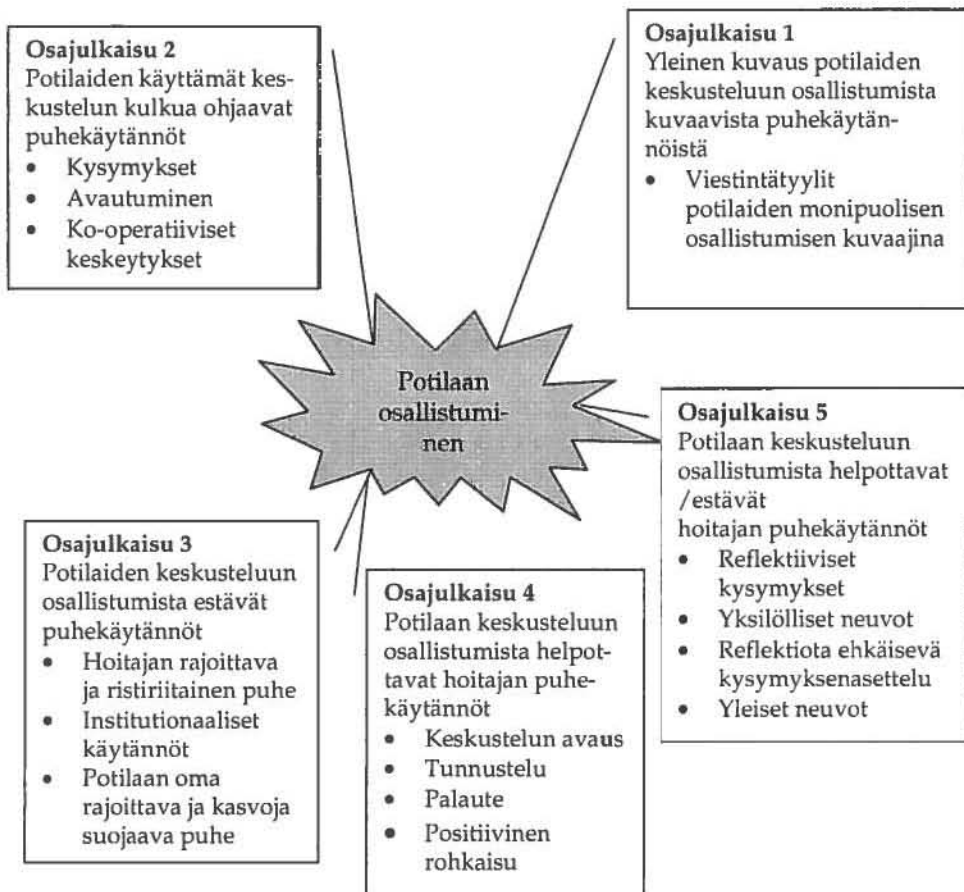
Kuten edellä on käynyt ilmi, sairaala ei tutkimusten valossa näyttäydy kannustavana viestintäympäristönä (Kettunen 1998). Itse vuorovaikutustilanteen merkitys ei ole vähäinen. Potilaiden käsitys saamastaan hoidosta on pitkälle riippuvainen vuorovaikutustilanteen onnistumisesta (Kärkkäinen 1994). Tämä näkyy esimerkiksi Leppäsen ym. (1997) ihmisläheisen hoidon arviointimittaria koskevasta tutkimuksesta, jossa sairaalapotilaiden kielteinen palaute liittyi pääasiallisesti vuorovaikutustilanteisiin. Häggman-Laitilan ja Åstedt-Kurjen (1994) tutkimuksen mukaan potilaana olemisen normit viestittyvät vuorovaikutustilanteissa selkeästi ja ohjaavat potilaana olemista. Jones ym. (1997) luonnehtii potilaiden käyttäytymisen yleisemminkin seuraavan normeja "anna asiaan kuuluvaa tietoa" ja "tee se tuhmaamatta hoitajan aikaa".

3 NEUVONTAKESKUSTELUN MUOTOUTUMINEN

3.1 Katsaus osajulkaisujen tuloksiin

Terveysneuvontakeskustelun muotoutumisessa on molempien osapuolten, sekä hoitajan että potilaan, toiminnalla ratkaiseva merkitys. Osajulkaisujen kautta saatu tieto potilaan osallistumisesta kuvataan lyhyesti kuviossa 2. Osajulkaisujen analyysit osoittavat, että potilaat osallistuvat keskusteluun monin eri tavoin (osajulkaisu 1). Osa potilaista kyselee, kommentoi, puhuu avoimesti ratkaisuistaan ja jopa arvioi niitä (osajulkaisu 2), kun taas suuri osa potilaista pitääytyä vaiteliaana (osajulkaisu 3). Hoitajat voivat omalla toiminnallaan edistää potilaiden osallistumista (osajulkaisu 1, 4, 5), joskin varsin usein hoitajat eivät havaitse potilaiden taholta tulevia vihjeitä tarjotakseen osallistumisen mahdollisuuksia (osajulkaisu 3, 5).

Tutkimuksen perusteella voidaan sanoa, että omaa vointia koskevan informaation antaminen näyttää potilaiden taholta olevan hyväksytty ja etukäteen tiedossa oleva normi. Avautuminen (disclosure) on monentasoista. Kapealaisimmillaan se näyttäytyy kysymyksiin vastaamisena ja lyhyinä kommentteina ja laajimmillaan hoitoon liittyvien kokemusten ja jännittämiseen ja pelkoihin liittyvien tunteiden läpikäymisenä. Hoitajat helpottavat potilaiden avautumista pyrkimällä edesauttamaan jo alkuhetkestä lähtien emotionaalisesti suotuisan ilmapiirin kehittymistä sekä sen ylläpitämistä koko keskustelun ajan. Aineistossa voidaan havaita joitakin eroja naisten ja miesten välillä, esimerkiksi tunteista puhuminen näyttää olevan naisten viestintään liittyvä piirre ja he ovat oma-aloitteisia tunteiden ilmaisuissaan. Sairaala ei siis näyttäydä vain teknisen osaamisen keskuksena vaan sekä hoitajilta että potilailta löytyy valmiutta myös tunteiden käsittelyyn. Miesten kohdalla huomio kiinnittyy pieniin tarinoiteihin ja humoristiin ilmaisuihin, joissa nimenomaan potilaat ovat aloitteellisia.



KUVIO 2 Osajulkaisujen sisältö

Tiedon ylivalta ei näyttäyty yksin ammattilaisten ominaisuutena. Potilaat itse toimivat aktiivisina osapuolina asertiivisella viestinnällään. Heillä on rohkeutta kysellä, lausua mielipiteitään, olla eri mieltä ja kykyä arvioida toimintaansa. Terveystta koskevien asioiden pohdintaa tukevat hoitajien taholta tulevat potilaan kompetenssia kunnioittavat viestit sekä hoitajien kyky eri tavoin herättää potilaan reflektio. Hoitajien kohteliaisuusviestit puolestaan lähentävät hoitajan ja potilaan välistä sosiaalista välimatkaa sekä osoittavat äärimmäistä huomaavaisuutta potilasta kohtaan. Tätä kautta on nähtävissä myös potilaan mahdollisuuksia vuorovaikutuksen ohjaamiseen. Tutkimuksessa edellä mainitut tekijät on nimetty vastavuoroista osallistumista tuottaviksi puhekäytännöiksi.

Merkkejä potilaiden avuttomuudesta, arkuudesta, passiivisuudesta tai regressiivisyydestä ei tässä tutkimuksessa havaittu. Nämä ominaisuudet eivät näy videolta, vaikka niiden katsotaan olevan yksi tavallisimmista potilaan piirteistä. Tutkimus luonnehtiikin potilaan passiivisuutta uudella tavalla. Tutkimuksessa puhutaan vaiteliaasta potilaasta, joka kuvaa laaja-alaisemmin yleensä passiiviseksi luonnehdittua potilasta. Passiivisen potilaan vaikutelma on loppujen lopuksi monen tekijän summa. Potilaiden vaiteliaisuutta vahvistavat tässä ai-

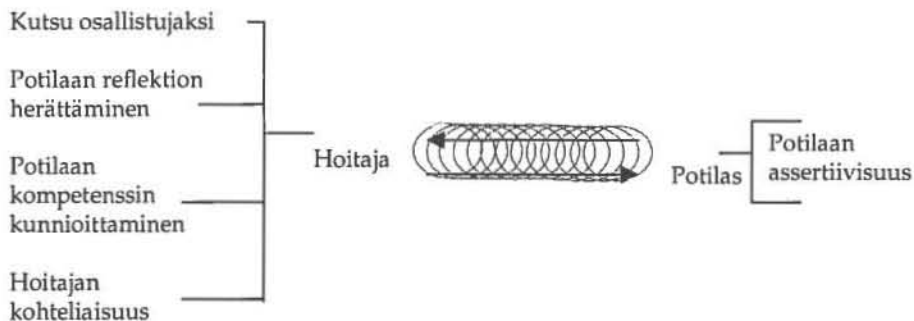
neistossa sekä sairaalaorganisaation neuvonnalle asettamat vaatimukset että hoitajien vuorovaikutuskäytännöt, mutta myös potilaiden oma rajoittava ja kasvoja suojaava puhe. Nämä tekijät puolestaan estävät vastavuoroisen osallistumisen kehittymistä, ja ne on nimetty ei-vastavuoroisuutta tuottaviksi puhekäytännöiksi.

Vastavuoroinen ja ei-vastavuoroinen osallistumiskehys ovat laajoja käsitteitä ja niitä käytetään tässä yhteenvedossa kattokäsitteinä kuvaamaan hoitajan ja potilaan tilannekohtaisia osallistujarooleja. Tutkimuksen tuloksena esitetyt vastavuoroista ja ei-vastavuoroista osallistumista tuottavat puhekäytännöt ovat keskenään kerrostuneita, jolloin niitä käytetään samanaikaisesti yhdessä. Käsittelemme niitä kuitenkin tässä erillisinä. Toisaalta kaikkia ei käytetä joka tilanteessa. Harvoin keskustelu näyttäytyy pelkästään joko/tai -asetelmana, sillä useimmiten siinä vuorottelevat vastavuoroisen ja ei-vastavuoroisen osallistumisen keinot. Yksikään keskustelu ei ole kokonaisuudessaan vastavuoroista osallistumista tuottavaa, mutta ei-vastavuoroiset puhekäytännöt saattavat silloin tällöin hallita koko keskustelua.

Tutkimuksessa ei ole pitäydytty vain yleisesti esiintyviin keskustelullisiin keinoihin. Esille on tuotu myös sellaisia yksittäisiä puheen keinoja, jotka ovat vahvistaneet tilanteen muotoutumista joko vastavuoroiseksi tai ei-vastavuoroiseksi.

3.2 Vastavuoroinen osallistuminen

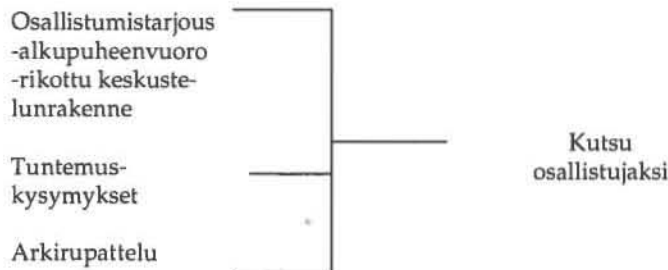
Tässä tutkimuksessa vastavuoroisuus tarkoittaa yhteistyötä, jossa keskustelun osapuolet täydentävät toisiaan. Se näkyy hoitajan ja potilaan välisessä keskustelussa siten, että he kehittelevät puheen sisällöllisen aineksen yhdessä. Näin ollen molempien puhe niveltyy luontevasti toisiinsa. Kuten edellä on jo mainittu, vastavuoroinen osallistuminen näkyy aineistossa vain hetkittäin (osajulkaisu 5). Olen koonnut tähän lukuun ne puhekäytännöt, jotka mahdollistavat vastavuoroisen osallistumisen syntymistä keskustelun aikana (kuvio 3).



KUVIO 3 Vastavuoroisen osallistumisen puhekäytännöt

3.2.1 Kutsu osallistujaksi

Potilaan kutsuminen keskustelun osallistujaksi rakentuu kuvion 4 osoittamalla tavalla. Se korostaa hoitajan institutionaalista vastuuta keskustelun aloitteentekijänä. Hoitaja voi luoda osallistumista koskevan odotuksen jo heti alkupuheenvuorossaan tai hän voi rikkoa perinteiseksi muodostuneen keskustelun rakenteen sekä huomioida potilaan tuntemuskysymyksillään. Yhteinen, arkipäivän sosiaalisia tilanteita muistuttava rupattelu keskustelun alkupuolella luo vapautuneisuuden mielikuvaa.



KUVIO 4 Osallistujaksi kutsuvat puhekäytännöt

Osallistumistarjous

"Hei Maija (.) sä oot tulossa tonne leikkaukseen huomispäivänä ... Mutta nyt tosiaan mä haluaisin kysellä sulta (.) sulta tuota huomista leikkausta varten että olisko (.) semmosia asioita (.) jotka vaikuttas tähän sun leikkauksen suunnitteluun (.) ja taas sitten sää ((kurvaa käsillä)) voit tuoda kysyä että tuota jos sulla on jotain epäselvää ((nyökkää)) jos sä haluat tietää jotaki siitä mitä huomenna sulle tapahtuu. (.)"

(aluksi hoitaja katsoo pöydällä oleviin papereihin, mutta kääntää puhuessaan katseensa potilaaseen ja nyökkäilee)

Vastavuoroiseen osallistumiseen johtava hoitajan osallistumistarjous tehdään aineistossa kahdella tavalla. Oleellista hoitajan vastavuoroisuutta tavoittelevassa toiminnassa on siihen pyrkiminen jo tilanteen alusta alkaen. Tämä näkyy esimerkiksi yllä olevasta katkelmasta, jonka tarkempi analyysi on nähtävissä osajulkaisussa 4. Aloitus on poikkeuksellinen koko aineistossa ja se saa merkityksensä vasta sitä seuraavissa puheenvuoroissa (osajulkaisu 4; Kettunen & Poskiparta 1998). Aloittaessaan keskustelun tällä tavoin hoitaja merkitsee potilaan kysymykset yhtä tärkeäksi kuin omansa ja luo näin odotuksen siitä, että potilas myös osallistuu keskusteluun. Esimerkkitalanteesta muotoutuu vuorovaikutteinen tapahtuma, jossa potilas pohdiskelee sekä sairaalaan joutumista että tulevaa leikkaustaan. Hoitaja kutsuu näin jo ensimmäisessä puheenvuorossaan esiin keskustelun kontekstin (vrt. Peräkylä 1994) ja potilas ottaa kutsun vastaan.

Toinen merkittävä potilaan osallistumista esiin kutsuva aloitusratkaisu on potilaalle tarjoutunut tila esittää kysymyksiä jo keskustelun alkuvaiheessa. Tällöin tilanne alkaa sen hetkisestä terveysongelmasta eikä potilaan taustatiedoista niin kuin perinteisesti. Esimerkkinä on tilanne, jossa potilas on juuri tullut sairaalaan suonikohjuleikkausta varten. Hoitaja sekä selvittää leikkausta varten potilaan taustatietoja (perheolosuhteet, lääkitys, mahdolliset sairaudet jne.) että ohjaa potilasta leikkaukseen valmistautumisessa ja leikkauksen jälkeisessä jalan sitomisessa. Lyhyen esittäytymisen ja tilanteen toteamisen jälkeen hoitaja aloittaa tilanteen jalan sitomisesta antaen samanaikaisesti potilaalle sitomisohejeen myös kirjallisena.

- 1 H: ... ihan sen kuvan mukaan. (.) Mää näytän ihan omaan jalkaani.(.) Eli se aloitetaan ihan
 2 tuolta että kun sää oot siinä sängyssä. (.) Sun on sängyssä se niinkun parempi niinkun tehdä
 3 (.) kun sää oot niinkun istumassa siinä ja jalat on siinä pitkänäin (.) niin nilkka täytyy vetää
 4 pikkusen se sillai koukkuun ja sitt alotat ihan täältä jalkaterästä.(.) näin. ((hoitaja sitoo omaan
 5 jalkaansa)) Ja sitten aika napakasti niinkun (.) ett se tosiaan tarkoitus on (.) että se niinkun
 6 tukee niitä
 7 P: Haavoja
 8 H: Niin haavoja ja sitten lihaksia ja ihoo ja näin (.) ja sitten se tästä vedetään tänne nilkkaan
 9 näin (.) Ja sitten ihan 1/3 aina toisen päälle. (.) Ja sitten tännmöinen niinkun tähkäkuvio (.)
 10 kun saa siihen semmoisen tähkäkuvion (.) niin se pysyy napakasti ylhäällä (.) näin. Ja sitten
 11 niin monta rullaa (.)että saa tänne ylös asti
 12 P: Ylös saakka joo (.) Onks tää side nyt sitten (.) kun se on ilmeisesti sidottu kun mää lähden
 13 täältä?
 14 H: Joo.
 15 P: Niin onks mun otettava pois se sitten siellä kotona?
 16 H: Joo (.) eli tuota (.) tää sitominen (.) niin se täytyy tehdä niin kauan yötä päivää kun sulla on
 17 ompeleet. (.)Ja sitten ihan päivä (.) joka päivä (.) joka päivä niin kauan kun on sairasloma(.) siellä kotona
 18 joka päivä pitää niinkun uudestaan sitoo (.) jos ne
 19 löystyy (.) ett se paranee paremmin ne haavat ja siitä kuntoutuu muutenkin sitten siitä
 20 leikkauksesta (.) kun aina hyvin huolellisesti tekee tän sitomisen
 21 P: Joo joo (.) hyvä. (23)

Tilanne on rauhallinen. Esimerkissä hoitaja puhuu hitaasti, puhe sisältää paljon taukoja. Tämä antaa potilaalle mahdollisuuden ajatella leikkauksen jälkeistä sitomishoitoa ja näin ollen esittää tarkentavia kysymyksiä ja ottaa aktiivinen rooli. Vaikka hoitaja käyttää tilanteessa paljon puheaikaa, se johtuu siitä, että hän vastaa myös potilaan taholta tuleviin kysymyksiin (esim. rivit 14-15). Hoitajan neuvot tulevat "pieninä annoksina" potilaan kysymysten tahdissa. Esimerkiksi rivillä 12 hoitajan kommentti "joo" tarjoaa potilaalle mahdollisuuden jatkaa loppuun edellisessä puheenvuorossa aloittamaansa kysymystä. Näin neuvot yksilöllistyvät nimenomaan tälle potilaalle, vaikka ovatkin luonteeltaan yleisiä, kaikille suonikohjupotilaille soveltuvia. Aloittaessaan neuvontatuokion jalan sitomisesta hoitaja osoittaa tämän keskustelun tärkeimmäksi aiheeksi. Se on myös potilaalle merkittävä aihe, koska hän on tullut sairaalaan juuri suonikohjuvaivan vuoksi.

Keskustelun avaus onkin sen onnistumisen kannalta avainasemassa (Leiwo ym. 1992, 69), sillä alussa arvioidaan puhekumppanin tavoitteita ja koko vuorovaikutustilannetta. Niinpä alkutilanteen arvio voi ohjata koko keskustelun kulkua. Sen pohjalta osallistujat hahmottelevat omaa toimintaansa keskus-

telussa. (Goffman 1971, 20.) Edellä esitellyt keskustelujen aloitukset (keskusteluorientaatio ja epätavallinen järjestys) ovat molemmat aineistossa poikkeuksellisia tuottaessaan potilaalle jo alusta lähtien osallistujan roolin. Molemmat käytännöt kutsuvat tavallaan huomaamatta potilaan osallistujaksi. Vaikka kyseiset hoitajien aloitusratkaisut rajaavat potilaan tarkastelukulmaa, ne antavat tilan ja valinnan mahdollisuuksia potilaalle. Näin ollen jo ensimmäisillä puheenvuoroillaan hoitajat määrittelevät alustavasti potilaan ja itsensä välistä suhdetta sekä tulevaa keskustelullista työnjakoa ja mahdollisia toiminnallisia roolejaan (vrt. Jaatinen 1997, 30).

Tuntemuskysymykset

Hoitaja voi esittää tuntemuskysymyksiä (osajulkaisu 5), jotka saavat aikaan potilaan aloitteellisuuden. Näin tapahtuu esimerkiksi arkirupattelua koskevassa katkelmassa (sivu 31), jossa hoitajan kysymys *”Mutta miltä sinun olo nyt tuntuu sen toimenpiteen jälkeen ?”* laukaisee *”kahvikeskustelun”*. Vastaaventyypisiä kysymyksiä ovat muun muassa seuraavat:

Ooks säit kokenu tääin hyväks?

Ja mites nämä nukutukset on menny?

No tuntuuko se susta itestäs minkälaiselta?

Vastavuoroista osallistumista tuottavissa tilanteissa hoitajat esittävät tuntemuskysymyksiä useimmiten keskustelun alkupuolella (Poskiparta ym. 1998; osajulkaisu 5). Tuntemuskysymykset tarjoavat potilaalle mahdollisuuden puhua kokemuksistaan, tunteistaan, jolloin ne toimivat suotuisaa ilmapiiriä rakentavasti. Tämän tyyppisillä kysymyksillä on olemassa myös vastapuoli. Määttä (1999) mukaan *”miltä tuntuu”* kysymys voi muodostua myös yhteistyön esteeksi, sillä tunteiden kuvailu ei ole kaikille yhtä helppoa eivätkä kaikki halua käsitellä tunteitaan ammattilaisen kanssa. Hänen mielestään olisi parempi lähteä liikkeelle tapahtumista ja kysyä sellaisia kysymyksiä kuin *”mitä teit”* tai *”mitä tapahtui”*, jolloin tunnepitoiset viestit tulevat mukaan itsestään. Kun tarkastellaan tämän tutkimuksen aineistossa esiintyneitä tuntemuskysymyksiä, voidaan havaita niiden lähtevän liikkeelle nimenomaan jostakin tapahtumasta. Ne eivät ole luonteeltaan avoimia *”Kertokaa vain avoimesti, miltä teistä tuntuu”* - kysymyksiä, joiden tavoitteena olisi pyrkiä tunteiden hallintaan. Ne fokusoituvat esimerkiksi tiettyihin kokemuksiin (toimenpiteet, leikkaukset, ruokavalio), apuvälineiden käyttöön (insuliinikynä, rondo) ja tuleviin toimintamalleihin (rentoutusharjoitukset, lihaskuntoutus). Näin ollen ne jättävät potilaille valinnan mahdollisuuksia puhua itselle mieluisalla tavalla.

Arkirupattelu

1 H: ... *Mutta miltä sinun olo nyt tuntuu sen toimenpiteen jälkeen ?*

2 P: *Olo on kyllä ihan hyvä.*

3 H: *[Onko]*

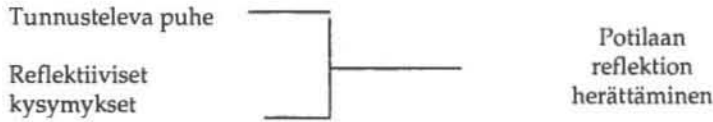
- 4 P: [Kun sain kahvia] niin se niinku piristi(.) että tuntu vähän täällä sellanen huono
 2 olo yhteen aikaan (.) mutta kyllä se kahvilla meni ohu että se piristi.
 7 H: [Mmm että]
 8 P: [Se on kahvin vaikutus] ((naurua)) Ei saanu aamukahvia niin"(14)

Yllä olevan katkelman kaltainen arkipäiväinen jutustelu ylläpitää läheistä ilmapiiriä ja rakentaa yhteisyyttä hoitajan ja potilaan välille (osajulkaisu 5). Näin tapahtui myös Viitasen (1997) tutkimuksessa fysioterapeuttien ja potilaiden kohdatessa. Ilmetessään tällainen rupattelu esiintyy tässä aineistossa sekä tilanteen alkupuolella mutta myös siellä täällä keskustelun kuluessa. Useimmiten se on luonteeltaan pienimuotoista. Se saattaa kuitenkin laukaista jännitystä, jota terveyttä koskevien asioiden kanssa painiskeluun sairaalassa saattaa liittyä. Pyörälän (2000) tutkimuksessa vastaaventyypistä arkirupattelua tapahtui ammattilaisten toimesta ja nimenomaan neuvontatilanteen alussa ja silloin, kun osallistujat olivat tuttuja jo entuudestaan. Tässä tutkimuksessa jutustelua tapahtui, vaikka hoitaja ja potilas kohtasivat ensimmäistä kertaa sekä molempien aloitteesta. Melko usein nimenomaan potilaat tekevät aloitteita ja tällaisia ovat esimerkiksi miesten pienet tarinoinnit (osajulkaisu 1). Yllä olevassa katkelmassa potilas on aloitteellinen tällaisessa jutustelussa ottaessaan puheeksi kahvin. Arkijutustelun luonteiset episodit näyttävät lähentävän vuorovaikutuskumppaneita toisiinsa silloin, kun se tapahtuu yhteisesti.

3.2.2 Potilaan reflektion herättäminen

Reflektiosta puhuminen tarkoittaa tässä tutkimuksessa niitä kielellisiä toimintoja, joilla potilas pyrkii selvittämään kokemuksiaan tavoitteena uudenlainen ymmärrys ja olemassa olevien arviointien uudenlainen jäsentyminen. Reflektio sisältää johtopäätöksiä, yleistyksiä, analogioita, erotteluja, arviointeja sekä muistamista, ongelmien ratkaisemista ja tunteita. Siihen liittyy myös omien uskomusten perusteiden arviointia. Ei ole riittävää arvioida sitä, miten ja miksi on havainnut, ajatellut, tuntenut ja toiminut jollakin tavalla tietyn asian suhteen. Tarvitaan myös pysähtymistä arvioimaan tilannetta uudelleen parhaan toimintatavan löytämiseksi. (Mezirow 1995, 17 - 38.)

Potilaan reflektioon johtava hoitajan toiminta rakentuu aineistossa kahdella tavalla (Kuvio 5), sekä tunnustellen (osajulkaisu 4) että tietyntyypisten kysymysten kautta (osajulkaisu 5). Näin hoitaja helpottaa potilaan osallistumista ja voi edesauttaa terveyttä koskevien asioiden pohdintaa. Potilaan reflektion herättämiseen liittyvä tunnustelutyö ja erilaisten kysymysten esittäminen ovat tilantekoa potilaan tämänhetkisellem ja tulevalle mielen sisällölle (Jaatinen 1997, 215). Ne ohjaavat potilasta kuulostelemaan itseään. Ne ovat viesti siitä, että potilaan näkemyksillä on keskustelussa arvoa. Potilaalle mahdollistuu oman tulevaisuutensa määrittely.



KUVIO 5 Potilaan reflektiota herättävät puhekäytännöt

Tunnusteleva puhe

1. "Mulla nyt ei oo mitään kysyttävää enää sulta (.) mutta onko sul- sulla m- minulta (.) että (.) semmosia asioita (.) jotka askarruttaa tuossa huomiossa päivässä?" ((katsoo potilaaseen)) (13)
2. "Mulla oli tarkoitus että juteltais siitä vatsahaavaan (.) semmoisista niinkun vähän semmoista kotikonsteista. (.) Että lääkäri antaa niitä lääkityksiä ja niitä (.) mutta että justiin näistä ruokajutuista ja tämmöisistä" (29)
3. Siinä mielessäkin tietysti toi puudutus ois hyvä (.) koska tuota (.) ainahan kun on tupakka-ihminen (.) niin sitä limaa ja semmoista erittyy vähän reippaammin (.) niin (.) niin tota nukutuksen jälkeen tietysti sitä (.) just se (.) se voi olla niinkun pikkuisen...(35)

Tunnusteluun liittyy sanojen toistoa, epätäydellisiä lauseita, takeltelua, taukoja ja jopa epäröintiä, kuten yllä olevista esimerkeistä ilmenee. Ensimmäisessä esimerkissä hoitaja esittää kysymyksen normaalia puhettaan hiljaisemmalla äänellä potilaaseen katsoen. Kysymyksen esittäminen tapahtuu ikään kuin epäröiden ja hän käyttää kysyessään pehmentävinä sanoina "että" ja "semmosta". Tämän jälkeen potilas muistelee ääneen asioita, joista on keskusteltu ja joita hän oli mielessään miettinyt. Toisessa esimerkissä pehmentimenä toimivat "semmoisista niinkun vähän semmoista" ja "että justiin". Potilas arvioi välittömästi hänelle sopimattomia ruoka-aineita. Kolmannessa esimerkissä hoitaja varovasti suosittelee puudutusta anestesia-aineeksi tupakoivalle potilaalle, joka on tulossa suonikohju-leikkaukseen. Näyttää siltä, että hoitaja pehmentää sanomaansa toistoilla ja tauoilla. Tilanne jatkuu tästä tupakointi-keskustelulla, johon potilas oma-aloitteisesti ottaa osaa kertomalla lopettamistoiveistaan ja -suunnitelmistaan. Aihe vaihtuu myöhemmin hoitajan toimesta. Tässä esitetyt puhetta pehmentävät sanat, joista käytetään myös nimitystä varaukset (Sorjonen 1989), eivät ole tyypillisiä arkipuheen pehmentimiä (esim. vähän, niinku, tavallaan). Hoitajan puheessa tällaiset elementit epämääräistävät ja lieventävät potilaan elämään tunkeutuvia kysymyksiä tai kehotuksia ja ne näyttävät toimivan pehmentiminä.

Seuraavassa katkelmassa anestesiahoitaja ja potilas keskustelevat potilaalle tehtävästä rintakyhmyksen poistosta. Potilasta askarruttaa havaitun kyhmyksen laatu, sillä jos kyseessä on syöpäkasvain, voidaan koko rinta poistaa. Hän esittää leikkaukseen liittyvän kysymyksen, joka on kätkeyty, mutta itse asiassa on suora kysymys siitä, onko hänelle jo annettu syöpädiagnosi.

P: Onks tää nyt semmoinen iso leikkaus vai pieni leikkaus vai?

H: Jaa (.) mites siinä nyt on. (.) Minä aika äkkiä vilkaisin niitä papereita (.) ja oliko siinä sitten että se siltä niinkun merkitään (.) sehän merkitään se (.) sehän merkitään siellä röntgenissä (.) jollain tavalla taikka semmoisella langalla ei mitään jollain tavalla ja tuota sitten se kyhmy

poistetaan. (.) Mutta sehän ei ollut. (.) Minä olisin sitä mieltä että se on nyt vaan niinkun semmoinen (.) sen kyhmyalueen ((piirtää kädellä ilmaan)) ja tietysti siitä semmoinen ympäröivä kudus (.) niin sitä poistetaan (.) että eihän tässä mistään leikkauksesta minusta ollu (.) että se olis ollu niinkun tämmöinen iso poisto (.) koska eihän siinä ole (.) siitähän ei ole niinkun diagnosoia (21)

Hoitaja vastaa potilaan kysymykseen varovasti tunnustellen. Hoitajan puheenvuoron jälkeen potilas sanoo ääneen epäilynsä rintapatin pahanlaatuisuudesta ja kertoo vuosia sitten tapahtuneesta vaikeasta leikkauksestaan ja silloiseen diagnoosiin liittyvästä kuolemanpelostaan. Hoitajan varovasti ja tunnustellen esitetty puheenvuoro osoittaa potilaalle ymmärtämystä hänen kysymystään kohtaan. Potilaalle tämä on viesti siitä, että hänellä on mahdollisuus puhua huolistaan. Tällaisessa tilanteessa potilaat pitävätkin tärkeänä sellaista hoitajan toimintaa, joka sallii purkautua, ja että hoitaja kuuntelee, lohduttaa ja hyväksyy heidän tunteensa. Ymmärtämyksen osoittaminen ja tunteiden salliminen on potilaille vahvistava kokemus ja se on nähty jännitystä helpottavana tekijänä. (Pålson & Nordberg 1995.)

Tunnustelevalle puheelle on tyypillistä myös kysymysten esittäminen. Kysymysten tunnusteleva luonne tulee esille jo kysymyksen aloitussanoissa: *“elikä, onks, no mitäs, mitä luulet”* (Poskiparta 1997, 45).

“No mitäs sä ajattelet sitte kun sulla sairasloma la- loppuu (.) nii noien niskajumppaliikkeitten jälkeen? Mitä luulet?”

“No sitt tästä imetysasiasta (.) mites sulla on nyt lähteny tämä käyntiin (.) tämä imetys-homma?”

Oliko sulla muuta sitten tämmöistä (.) mitä sun tekis mieli kysyä?

Tämäntyyppiset kysymykset rohkaisivat potilaita avautumaan ja arvioimaan toimintaansa. Tunnustelevaa, hienovaraista puhetta on havaittu aikaisemminkin hoitajan ja potilaan välisessä vuorovaikutuksessa (Beck & Ragan 1992; Leppänen 1998), lääkäri-potilas -suhteessa (Aronsson & Sätterlund-Larsson 1987; Bergman 1998; Weijts ym. 1993) sekä terapeutin ja asiakkaan välisissä keskusteluissa (Buttny 1996; Jaatinen 1997; Suoninen 2000). Se antaa potilaalle aikaa pohtia vastaustaan. Drew & Heritage (1998) puhuvat institutionaaliselle puheelle ominaisesta varovaisuudesta, joka kunnioittaa vuorovaikutustilanteen toista osapuolta. Bergmanin (1998) mukaan varovainen puhe, paitsi helpottaa avautumista, helpottaa myös nimenomaan sellaisten puheenaiheiden tuomista keskusteluun, joista muuten saatettaisiin vaieta. Kaikissa edellä mainituissa tutkimuksissa tämäntyyppinen puhe on edistänyt potilaan tai asiakkaan keskusteluun osallistumista etenkin silloin kun puhutaan ns. vaikeista aiheista, kuten psyykkisistä sairauksista, alkoholista, tupakoinnista tai gynekologisista ongelmista. Tässä aineistossa tunnusteleva puhe liittyy pelkoihin ja jännittämiseen, mutta myös muihin aiheisiin, kuten ruokavalioon. Tunnustelevan puheen kautta hoitaja voi yhdessä potilaan kanssa selvittää sitä, mitä ja millaista tietoa potilas haluaa ja on valmis kullakin hetkellä vastaanottamaan.

Reflektiiviset kysymykset

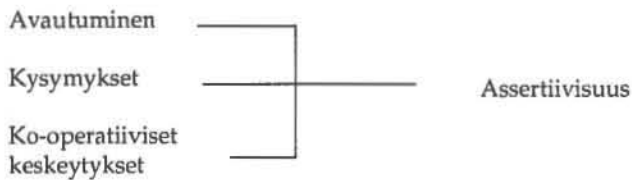
Jo edellä kuvattu kysymysten tunnusteleva luonne todettiin reflektiota edistäväksi toiminnaksi. Hoitajien käyttämiä reflektiota edistäviä ja jopa herättäviä kysymyksiä käsittelee tarkemmin osajulkaisu 5. Esitellyt kysymystyypit voidaan nähdä vastavuoroisen osallistumisen yhtenä osatekijänä.

Lääkäri-potilas -suhteeseen liittyvässä artikkelissaan Keller & Carroll (1994) painottavat, että potilaalla itsellään on parhaiten tietoa sairauskokemuksistaan ja niihin liittyvistä peloista ja elämäntavoista johtuvista seurauksista, joten potilaalla tulee olla mahdollisuus niistä myös kertoa. Ammattilaisen tehtävänä on helpottaa potilaan kerrontaa ja ymmärtää potilaan tarina. Edellä esitellyt kysymystyypit helpottavat tätä prosessia. Reflektiivisten kysymysten ideaa on selvitetty jo aikaisemmin aineistosta julkaistussa artikkelissa (Poskiparta ym. 1998). Potilaiden reflektiivisyys tehdään mahdolliseksi esittämällä lyhyen keskustelun aiheita koskevan tarkistuskysymyksen (esimerkiksi: *"Mää tästä rondosta sulle (.) on nyt tämmönen kotia tota tai ollukin jo kotona (.) onks sulla kauan tää?"*) jälkeen kysymys potilaan tuntemuksista. Tuntemuskysymys liittyy menneeseen aikaan, tähän hetkeen tai tulevaisuuteen ja kohdistuu sisällöllisesti potilaan omiin kokemuksiin (esimerkiksi: *"Ooks säät kokemu tään hyväks?"*). Kokemusten kertaaminen johdattaa keskustelua. Tämän jälkeen hoitaja etenee joko epäsuorilla kysymyksillä (*"No sitte (.) sulla on ollu se rentoutuskasetti siellä?"*), suppeammilla yksilöllistä neuvoa edeltävillä tarkistuskysymyksillä (*"Se on kerran viikossa? Onks se kolme varttia?"*), vaihtoehtokysymyksillä (*"No mitäs säät oot aatellu vierihoidosta (.) haluatko ottaa vierihoidon vai haluatko levittää?"*) tai uusilla tuntemuskysymyksillä.

Kieliopilliselta muodoltaan kysymystyypit eivät ole toisiaan poissulkevia vaan päällekkäisiä kategoriointeja. Esimerkiksi hoitajan esittämä epäsuora kysymys voisi olla yhtä hyvin vaihtoehtokysymys ja tuntemuskysymys voitaisiin luokitella tarkistuskysymykseksi. Oleellista onkin, mihin kohtaan keskustelua kysymys sijoittuu, mikä on sen sisältö ja miten potilas sen tulkitsee. Tommin (1993) mukaan potilaan tulkintaa säätelee myös hoitajan emotionaalinen asennoituminen, joten reflektiivisten kysymysten voimaa ei voi pitää itsestäänselvyytenä. Yleensä ottaen hoitajan esittäessä monenlaisia kysymyksiä keskustelu keskittyy luontevasti potilaaseen, sillä kysymys herättää vastauksen odotuksen ja ikään kuin vetää potilaan vastavuoroisen osallistujan rooliin. Vehviläisen ja Peräkylän (1999) mukaan puheenvuorojen lauseopillinen muoto ei hallitse niitä tulkintoja, joita keskustelijat toistensa puheenvuoroista tekevät. Muita tulkintaresursseja ovat osapuolten tehtävät, vuorovaikutustilanteen vaihe ja tilannetta kohtaan muodostetut normatiiviset oletukset. Esimerkiksi hoitajan kanssa keskustellessaan potilaan yhtenä tehtävänä on kertoa terveysongelmistaan sekä myötävaikuttaa niiden ratkaisuun. Tässä aineistossa potilaat ovat tulkinneet tällaiset kysymykset mahdollisuudeksi kertoa itsestään ja kokemuksistaan arvioivasti. Hoitajan kysymykset nostavat potilaan keskustelulliseen keskiöön, jolloin potilaasta tulee työskentelijä ja toimija (vrt. Jaatinen 1997). Toisaalta reflektiivisillä kysymyksillä voi olla päinvastaisiakin vaikutuksia. Kysymysten esittäminen voi saada aikaan epävarmuutta ja hämmennystä kun asiantuntija ei tarjoakaan selvää suuntaa tai varmoja ohjeita noudattavaksi niin kuin on totuttu.

3.2.3 Potilaan asertiivisuus

Assertiivinen potilas pyytää tietoa, osallistuu päätöksentekoon ja saattaa esittää jopa epäilyjä hoitoehdotuksia kohtaan (Krupat ym. 1999). Kyseessä on siis määrätietoinen ja jämäkkä sekä oikeuksiaan puolustava ja ne tunteva yksilö, joka kykenee myös ilmaisemaan toivomuksensa. Tässä tutkimuksessa potilaan asertiivisuus (Kuvio 6) on tunnistettavissa kysymysten esittämisenä, omien käsitysten ja sairauden tai jonkin terveyteen liittyvän pulman hoidosta esitettyjen arvioiden esittämisenä (avautuminen) sekä ko-operatiivisina keskeytyksinä (osajulkaisu 2). Nämä puheenvuorot antavat potilaalle mahdollisuuden johdattaa ja rakentaa keskustelua. Potilas onnistuu kääntämään keskustelun suunnan itselleen tärkeisiin aihealueisiin erityisesti silloin, kun puheessa yhdistyy oman asiantuntemuksen esiin nostaminen ja tähän liittyvä kysymys.



KUVIO 6 Potilaan asertiivisuutta osoittavat puhekäytännöt

Avautuminen

Assertiivisuuden näkökulmasta avautuminen (disclosure) tarkoittaa tässä tutkimuksessa potilaan oman asiantuntemuksen esiin nostamista hänen kertoessaan henkilökohtaisista kokemuksista, arvioista ja käsityksistä. Jokainen kulttuuri säätelee niitä asioita, jotka kussakin tilanteessa tuodaan keskustelun sisällöksi. Arkipäivän vuorovaikutustilanteissa arkaluonteisiin ja intiimeihin asioihin siirrytään vähitellen molemminpuolisen luottamuksen kasvaessa, kun taas hoitajan ja potilaan välisissä keskusteluissa niihin siirrytään välittömästi. Potilas joutuu kertomaan itsestään erilaisia asioita, myös sellaisia, joita hän ei kenties kerro läheisillekään ihmisille. Tämä tapahtuu varsin usein tilanteessa, jossa hoitaja ja potilas kohtaavat ensimmäistä kertaa tai ovat tavanneet kerran, pari aikaisemmin. Hoitaja ei ole ehkä lainkaan hoitanut potilasta, jonka kanssa keskustelutuokio tapahtuu.

Aineiston keskusteluista puuttuu kokonaan ns. tutustumisvaihe, joka on ominaista yleensä vieraiden henkilöiden kohtaamiselle. Hoitajien kysymykset tuovat potilaiden avautumiseen paineita (Coupland ym. 1991) ja potilaat joutuvat päättämään, minkä verran yksityiskohtia he kertovat. Koko aineistossa potilaiden avautuminen on monentasoista. Suurimmaksi osaksi henkilökohtaisista asioista kertominen on vastaamista hoitajien taholta esitettyihin kysymyksiin aikaisemmista sairaalahoidoista, sairauksista, kotiolosuhteista ja sairaalaan johtaneeseen terveysongelmaan liittyvistä hoidoista tai tapahtumista. Tässä yhteydessä potilaat joskus kertovat enemmänkin kuin kysytään (myös

Ruusuvuori 2000), esimerkiksi elämäntavoistaan, perheasioistaan tai työolosuhteistaan. Koska potilaat nostavat keskustelun aiheiksi myös uusia asioita, he osallistuvat yhtä lailla keskustelun muotoutumiseen (myös Ainsworth-Vaughn 1995). Avautuminen ei siis välttämättä pitäydy kysymykseen vastaamisessa, kuten seuraavasta katkelmasta ilmenee.

- 1 H: Näillä on nyt se verenpaine sitten pysynyt kurissa?
 2 P: On pysynyt kurissa (.) ja tuota (.) minä en tiedä mikä (.) mikä (.) kun tuo on tuo se veri ois
 3 (.) oli jollain lailla ollut herkkä ja arka mustelmille (.) mitä ennen ei ollut
 4 (.) ja minä epäilen (.) että se tuo veren- eiks se ohennuslääkettä ole jollain lailla myös
 5 tuo Cardizem? (30)

Katkelmasta käy ilmi, että potilas ei tyydy lyhyeen kyllä -vastaukseen vaan hän käyttää itselleen osoitetun tilan hyväksi esittäessään epäilyjään lääkkeen sivuvaikutuksista (rivit 4-5). Potilaat tuovat oma-aloitteisesti itsehoitokokemuksiaan osaksi keskustelua, jolloin he myös tuovat oman asiantuntemuksensa hoitajan nähtävälle (osajulkaisu 2). Aineistossa potilaat puhuvat sairauksiin liittyvistä arkipäivän ratkaisuksista ja kokeiluistaan, yhtälailla onnistumisista ja epäonnistumisista. Keskusteluissa saatetaan sivuta omia hallintakeinoja, kerrata polkuja oikean hoidon löytymiseen, jopa tuoda julki omia epäilyjä ja huolenaiheita. Joskus puheenaiheiksi nostetaan epämiellyttäviä muistoja, jännittäminen, tunteet, jopa kuolema joko liittyen tähän hetkeen tai aikaisempiin sairaalokokemuksiin.

Osa potilaista kykenee arvioimaan omaa toimintaansa monipuolisesti (Kettunen ym. 1996; osajulkaisu 1). He myös rohkenevat sanoa omia käsityksiään *”kyllä mä luulen (.) että se on nyt joku selkäjuttu.... (4)”*. Näin keskustelun sisällöksi nousee aineksia myös potilaiden taholta ja tasavertaisempi vuorovaikutussuhde on mahdollinen, jolloin avautuminen mahdollistaa monentasoisen hoitoon vaikuttamisen. Aikaisempi epämiellyttävä kokemuskin voidaan suunnitella nyt toisin. Esimerkiksi kroonisesti sairailta potilailta on arvokasta tietoa sairautensa onnistuneesta hoidosta, tietoa, jota ei ole saatavissa oppikirjoista (Callaghan & Williams 1994) ja tämän tiedon jakaminen on osa onnistunutta hoitoa. Tuckett ym. (1985) mukaan potilaan tulisikin toimia oman kulttuurinsa ja ideoidensa experttinä ja ilmaista omat tunnustelunsa sekä ongelman suhteen että mahdolliset ehdotukset ongelman hoitamiseksi.

Avautuminen on yksi potilaan keino vastavuoroiseen vuorovaikutussuhteeseen pyrittäessä ja se osoittaa luottamusta ammattilaisia kohtaan. Se osoittaa myös ammattilaisten merkityksen terapeuttisena kuuntelijana. Vesalan (1998) mukaan puhuminen nostaa esille ja parempaan tietoisuuteen omia kokemuksia, tunteita tms. eli se toimii itsetuntemuksen välineenä. Avautumisella on siten myönteistä merkitystä. Tämän tutkimuksen tulokset ovat hyvin samansuuntaisia Pilnickin (1998) farmaseuttien ja syöpälästen omaisten keskustelua koskevan tutkimuksen kanssa. Tuossa tutkimuksessaan hän toteaa, että omaisten julki lausuttu tieto ja lapsen hoitoon liittyvä kompetenssi lievensivät epäsymmetristä asetelmaa.

Potilaan kysymykset

”Nii(.) mistä se nyt sitte on saanu tämän lähtökohan (.) miksi se tapahtu?”

Potilaan yksinkertaisin ja vahvin vastavuoroisuutta edistävä toiminta on kysyminen (osajulkaisu 2). Tässä aineistossa potilaslähtöisen vastavuoroisuuden kehittymistä edesauttavat parhaiten potilaiden tietoa hakevat kysymykset (information-seeking questions) ja jonkin verran epäsuorat, retoriset kysymykset (indirect/rhetorical questions) sekä varmistus- ja tarkistus-kysymykset (clarifying questions) silloin, kun ne yhdistyvät tietoa hakeviin kysymyksiin. Vertailtaessa määrällisesti hoitajien ja potilaiden kysymyksiä koko aineistossa päädytään hoitajien dominointiin kysymysten esittäjinä, sillä potilaat esittävät kaikista kysymyksistä vain noin 22 %. Tämäkin on parempi tulos kuin lääkäri-potilas -suhdetta koskevissa vuorovaikutustutkimuksissa (Binbin 1999; Cegala 1997).

Osajulkaisu 2 kuvaa potilaan kysymyksiin tapahtuvan keskustelun rakentumista keskusteluanalyttisesti. Tässä havainnollistan kysymisen keskustelua ohjaavaa voimaa kuvaamalla yhden neuvontakeskustelun rakenteen kokonaisuudessaan. Kyseessä on miespotilas, joka on lähdössä kotiin nivustyräleikkauksen jälkeen. Potilas (ks. myös taulukko 2, potilas 7) ohjaa keskustelua kysymyksillään yhtä lailla kuin hoitaja neuvoillaan. Hoitaja puhuu tilanteessa huomattavasti enemmän kuin potilas, koska hän on orientoitunut kertomaan kotihoito-ohjeita mutta myös siksi, että hän joutuu vastailemaan potilaan kysymyksiin. Potilas ei kuitenkaan johdata keskustelua temaattisesti, vaan aiheiden valitsijana toimii hoitaja. Rakenteellisesti keskustelu näyttää seuraavanlaiselta:

1. Hoitajan avaus: Toimenpiteen toteaminen, kotiinlähtö, kysymyksiä?
2. Potilaan tietoa hakeva kysymys tehdystä toimenpiteestä
3. Hoitajan selvitys
4. Hoitajan haavanhoito-ohjeet (tietoa itse haavasta)
5. Potilaan tarkennuskysymykset
6. Hoitajan vastaukset ja vahvistaminen
7. Haavanhoito-ohjeet jatkuu (ompeleiden poisto ja siteet)
8. Potilaan tietoa hakeva kysymys, joka liittyy tapahtuneeseen leikkaukseen
9. Hoitajan vastaus
10. Haavanhoito-ohjeet jatkuu (haavan kasteleminen)
11. Potilaan tarkennuskysymykset
12. Hoitajan vastaukset
13. Haavanhoito-ohjeet jatkuu (nosteleminen, sairausloma)
14. Potilaan tarkennuskysymys
15. Hoitajan vastaus
16. Hoitajan yleinen ohje kuntoilun ja liikunnan ennaltaehkäisyyn vaikutuksista
17. Potilaan epäsuora/retorinen – ja tarkennuskysymys
18. Hoitajan vastaus
19. Hoitajan ohje nostelutekniikasta tulevaisuudessa
20. Potilaan tietoa hakeva kysymys
21. Hoitajan vastaus

22. Hoitajan selvitys sairaalassa suoritetuista tutkimustuloksista
23. Potilaan epäsuora- ja tarkennuskysymys
23. Hoitajan vastaukset

24. Potilaan kommentti: verenpaineongelmat sairaalassaoloaikana
25. Hoitajan ohje (verenpainelehtinen, säännölliset mittaukset, verenpaineen seuraukset)
26. Potilaan kommentointia

27. Hoitajan ohjeita: sydänystävällinen ruokavalio, alkoholi, tupakka, stressi
28. Potilaan tarkentavia kysymyksiä, kommentointeja, tietoa hakevia kysymyksiä
29. Hoitajan vastaukset

30. Hoitajan anestesiaan liittyvät kysymykset
31. Potilaan vastaukset

32. Hoitaja tarjoaa mahdollisuutta kysymysten esittämiseen
33. Potilaan tietoa hakeva kysymys
34. Hoitaja vastaa

35. Lopetus

Hoitajan ja potilaan välinen keskustelu etenee pääosin kolmiosaisen sekvenssin varassa: hoitajan aloitepuheenvuoro: neuvo, potilaan seuruupuheenvuoro: kysymys, hoitajan seuruupuheenvuoro: vastaus. Esimerkiksi valittu neuvontatilanne ilmentää parhaiten potilaan kysymysten keskustelua ohjaavaa luonnetta. Potilaan kysymykset vaihtelevat epäsuorista ja tarkennuskysymyksistä avoimiin, tietoa hakeviin kysymyksiin. Tilanteen jälkeisessä tutkijan haastattelussa potilas kommentoi keskustelua muun muassa seuraavasti: *“... siinä selevis minulle monta semmosta asiaa, joita mä oisin ihmetelly ... minä siinä voin esittää omat kysymyksetni ja hän anto kyllä sitä neuvontaa hyvin pitkälle ilman kysymystäkin, mutta enhän mä tietysti kaikkea ois osannu kysyäkään...”*

Keskusteluanalyysin mukaan keskustelijat osoittavat puheenvuoroissaan käsityksensä omasta tehtävästä ja roolista kullakin hetkellä meneillään olevassa toiminnassa (Raevaara 1996). Niinpä kyselevää potilasta voi luonnehtia omaaloitteiseksi ja tasavertaiseksi keskustelijaksi, sillä Goodyn (1987) mukaan informaatiota pyytävät kysymykset kuuluvat henkilölle, joka on valmis tasavertaiseen vuorovaikutussuhteeseen. Kysymysten esittäminen on viesti siitä, että potilas haluaa osallistua ja päättää itse siitä, mitä hänelle tapahtuu ja että nuo päätökset on tehtävä yhdessä sopien ja hänen myötävaikutuksellaan (DiMatteo 1991, 219).

Potilaan ko-operatiiviset keskeytykset

- 1 H: ... astmaatikoilahan helposti on niinkun sitten allergiaa. (.) Saattaa olla monillekin aineille
- 2 [mutta]
- 3 P: [Ni:in] tuo maito (.) tää (.) mitä se nyt on tuo kun maito on siellä
- 4 H: Että on niinkun laktoosi
- 5 P: Niin intoleranssi ja mutta onko se (.) eihän se allergiaan kuulu vai kuuluuko se?
- 6 H: No jos on (.) jos on sillä lailla että on esimerkiks ihan tota joko niin että se voi olla toi
- 7 maitosokereitten imeytymishäiriö tai sitt voi olla kyllä toisilla ihan selvästi selvä maitoallergia

- 8 P: *Todennäköisesti se on se sokerin imeytymishäiriö*
 9 H: *Joo. (30)*

Hoitajan ja potilaan välisissä keskusteluissa potilaan keskeyttäminen ei näytä häiritsevän hoitajaa eikä tällaisissa tapauksissa synny kilpailua puheenvuoroista tai asiasisällöstä (osajulkaisu 2). Tällöin hoitaja luopuu omasta puheenvuorostaan ja kuuntelee, mitä potilaalla on sanottavanaan. Hän vastaa, jos potilas kysyy tai vahvistaa potilaan puhetta. Tämä näkyy hyvin yllä olevassa katkelmassa, jossa puhutaan potilaan allergioista. Potilas on juuri ennen katkelmaa esittänyt kysymyksen siitä, luetaanko astma allergiaksi ja hoitaja aloittaa selityksensä. Potilas kuitenkin muistaa yhtäkkiä, että maito ei hänelle sovi ja keskeyttää hoitajan selityksen (rivi 3) esittäessään epäilynsä maidon allergisoivasta vaikutuksesta. Tilanteessa tapahtuu selkeästi hoitajan puheen keskeytyminen. Selitys astman ja allergian yhteyksistä vaihtuu selitykseen maidon vaikutuksista.

Seuraavassa katkelmassa hoitajan neuvot suonikohjuleikkauksen jälkeisestä kuntoutumisesta (rivi 1) keskeytyvät hetkellisesti potilaan tarkentavaan kysymykseen (rivi 3) koskien "kevyt kävely" ilmaisua.

- 1 H: *... Ja sitten toi ihan semmoinen kevyt kävely siellä sisällä (.) ett se on ihan sallittua*
 2 *[ja]*
 3 P: *[Niin] semmoinen normaali liikkuminen?*
 4 H: *Niin joo (.) ja vähän uloskin voi mutta (.) kuntoliikuntaa ei voi oikein heti aloittaa*
 5 P: *Ei tietysti joo. (.) Mutt kuitenkin liikkua voi ihan sen mukaan kun hyödyllä tuntuu*
 6 H: *Niin joo (.) sitten raskaita ei saa nostella. (23)*

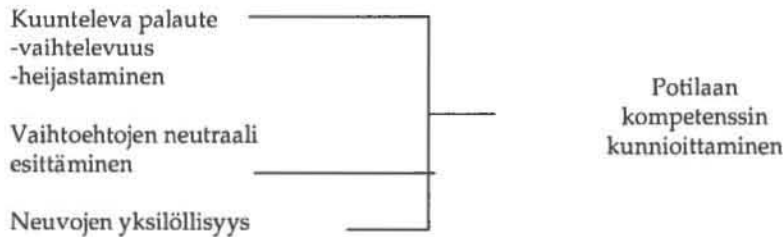
Bilmesin (1997) mukaan kummassakaan tilanteessa ei ole kysymys keskeyttämisestä. Hän esittää, että keskeytys tapahtuu vain silloin, kun toinen osapuoli osoittaa omassa puheenvuorossaan tulleeensa keskeytetyksi. Sekä näissä esimerkeissä että koko aineistossa hoitajat eivät sanallisesti osoita potilaille tulleeensa keskeytetyiksi. Kuitenkin hoitajan puhe vaihtuu potilaan keskeytyksen myötä tavalla tai toisella. Keskeyttämisen tulkinta voikin tuottaa joskus vaikeuksia. Keskeyttäminen on tunnistettavissa helposti, jos kriteerinä pidetään sitä, että ennen keskeyttämistä puhutaan jonkin aikaa päällekkäisesti, jolloin syntyy kilpailutilanne ja päälle puhumisen aloittanut pääsee jatkamaan puhettaan. Tästä näkökulmasta keskeyttäminen on aina jonkinasteinen konflikti. Kuitenkin keskeyttämisessä voidaan nähdä erilaisia "vakavuusasteita". (Tainio 1989) Keskeyttämistä saattaa tapahtua monella tasolla: yksittäisen lausuman, vierusparin, aiheen ja vielä suurempien kokonaisuuksien tasolla. Viimeisessä esimerkissä se tapahtuu vierusparien tasolla, eikä hoitajan temaattinen etenemisen logiikka vaihdu keskeytyksen myötä, kuten edellisessä esimerkissä. Kummassakaan tilanteessa ei myöskään kilpailla puheenvuoroista eikä näin ollen synny konfliktia, mutta puhuja vaihtuu, joten potilaan keskeytys onnistuu (vrt. Tainio 1988, 202).

Yleensä keskeyttäminen käsitetään normin rikkomisena, epäkohteliaana tapana ottaa puheenvuoro haltuun, sillä suomalaisessa keskustelussa pyritään välttämään päällekkäisyyksiä. Potilaiden keskeyttämisiä voidaan kuitenkin luonnehtia yhteistyöhaluisiksi ja myötäileviksi ja niitä tapahtuu monin eri ta-

voin. Tällaisia ovat esimerkiksi hoitajan keskeyttäminen silloin, kun potilaan mieleen juolahtaa jokin keskusteluteemaan liittyvä asia tai kun potilas keskeyttää hoitajan kerronnan varmistaessaan asioita pienin kysymyksin. Potilas saattaa myös innostua puhumaan niin, että jatkaa puhettaan, vaikka hoitaja on siirtynyt jo toiseen asiaan. Osajulkaisu 2 valottaa potilaiden keskeytysten yhteisesti rakentumisen luonnetta, jolloin keskeytykset toimivat vuorovaikutusta tasavertaistavasti.

3.2.4 Potilaan kompetenssin kunnioittaminen

Puhuttaessa potilaan kompetenssista tässä tutkimuksessa yhdistyvät sekä terveystieteiden kompetenssiajattelu (Nupponen 1993) että viestintätieteen käsitteet kommunikatiivisesta kompetenssista (Lehtonen 1994, 46-50; Leiwo ym. 1992, 22). Terveystieteiden kompetenssilla ymmärretään yleistä, omaa terveydenhoitoa koskevaa pätevyyttä, kun taas kommunikatiivinen kompetenssi korostaa kykyä käyttää kieltä tarkoituksenmukaisesti tietyssä yhteisössä erilaisissa puhetilanteissa. Hoitajan aloitteesta tapahtuva potilaan kompetenssin kunnioittaminen (Kuvio 7) rohkaisee potilasta vapaaseen ilmaisuun sekä osoittaa kunnioitusta potilaan omia näkemyksiä ja päätöksentekoa kohtaan vaihtoehtoja korostamalla. Hoitajan neuvot kohdistuvat potilaan esille nostamiin aihealueisiin ja arviointeihin.



KUVIO 7 Potilaan kompetenssin kunnioittamista tukevat puhekäytännöt

Kuunteleva palaute

Vastavuoroista osallistumista vahvistava palaute on aineistossa luonteeltaan vaihtelevaa ja sisältää saman keskustelun kuluessa sekä minimi- että pitempiä palautteita. Minimipalautteeksi voidaan tulkita ilmaisut "mmm, joo, niin, juu", joissa hoitaja ei kommentoi eksplisiittisesti sanallisesti potilaan ajatuksia. Pitemmät palautteet tarkoittavat esimerkiksi toistoa eli parafrasaa, jolloin palautteenantaja toistaa joko sellaisenaan tai hieman muunneltuna kuulemansa vuoron lopun. Muita pitempiä palautteita ovat täydennykset, lyhyet kysymykset (ihanko totta?), oivallukset, tunteenomaista suhtautumista osoittavat affektiiviset palautteet sekä painokkaat samanmielisyyden osoitukset. (Hakulinen & Sorjonen 1986.) Aineistossa kuuntelemista osoittava verbaalinen palaute näkyy puheasuorituksessa paitsi taukoina myös potilaan puheeseen reagoimisena sekä tilan antamisena potilaan puheelle.

Verbaaliseen palautteeseen liittyvät myös samanaikaiset positiiviset non-verbaaliset viestit, kuten nyökkäily, potilaan puoleen kääntyminen ja kumartuminen sekä katsekontakti. Esimerkiksi yhdessä tilanteessa hoitajan verbaalinen palaute vaihtelee "mmmm, just, totta kai joo, nii, joo, justiisa" -ilmaisujen välillä. Samassa tilanteessa hoitajan nonverbaalinen palaute osoittaa asettumista potilaan puheen vastaanottajaksi. Hän nyökkäilee paljon, kumartuu välillä hetkelisesti potilaaseen päin ja kysymyksen jälkeen katsoo potilaaseen odottaen vastausta. Kaikki ovat perinteisiä nonverbaalisia viestejä kuuntelemisesta (Burnard 1999). Myös muutamat potilaan lauseen täydennykset toimivat tässä tilanteessa palautteena. Hoitaja ei pyri niiden avulla keskeyttämään, vaan hänen palautteensa toimivat potilaalle rohkaisuna ja kannustimena jatkaa puhetta (osajulkaisu 4). Näin toimii myös hoitajan heijastava puhe, kuten seuraavasta katkelmasta on nähtävissä:

1 H: *Lantut ja?*

2 P: *Lanttukaan ei oikein käy*

3 H: *Niin joo (.) ne on voimakkaita tai semmoisia sillä lailla voimakkaita ((pitkä tauko))*

4 P: *Joo (.) mutt kalaa mää syön aika paljon*

5 H: *Niin joo(.) ett se on kyllä ihan hyvä.*

6 P: *Mutta en enää sillä lailla paistettuna (.) pannulla paistettuna vaikka olis kuinka hyvää*

7 *((naurua, johon hoitaja yhtyy))*

8 H: *Niin joo (.) se tietysti olis hirveen hyvää kun (.)*

9 P: *Ihan uunissa laittanu sitten (.) Vähän koko porukassa siinä muuttunu se ruokatottumus*

10 H: *Niin joo (.) ei se nyt tietysti välttämättä oo paha ollenkaan ... (29)*

Katkelmassa potilaan asiantuntemus ruokavalion suhteen pääsee esille. Vatsahaavaa sairastava perheenäiti on oppinut välttämään tiettyjä ruoka-aineita ja ruuanlaittotapoja. Hoitaja ei kiirehdi seuraavaan kysymykseen vaan kommentoi potilaan vastauksia ja pitää usein tauon puheessaan kommentin jälkeen (rivit 3, 9), jolloin potilaalle jää tilaa ottaa seuraava puheenvuoro. Vaikka kommentit sisältävät arvioivan kannanoton, ne toimivat myös potilaan puhetta heijastavasti eivätkä kehitele keskustelun sisältöä. Keskustelulliset kehittämät tulevat potilaan taholta ja ruokavalioneuvonnan aiheet vaihtuvat potilaan tahdisa. Potilaan puhe on varmaa, nopeaa eikä sisällä epäröintiä. Hän ottaa aktiivisen roolin ruokavalionsa asiantuntijana.

Burnard (1999) puhuu tässä yhteydessä heijastamisesta ja Miller & Rollnick (1991) käyttävät termiä heijastava kuuntelu, joka on vastakohta suorille muutosehdotuksille, jotka voivat aiheuttaa potilaassa vastarintaa. Heijastavassa kuuntelussa ammattilainen heijastaa väitelauseen muodossa hiukan eri sanoin takaisin sen, minkä asiakas on juuri sanonut. Hän voi myös esittää arvauksensa siitä, mitä asiakas on mahdollisesti puheenvuorossaan tarkoittanut, jolloin asiakkaalle jää mahdollisuus korjata sanomaansa tai lisätä siihen jotakin. Heijastavan kuuntelun tausta-ajatus perustuu siihen, että sanojen merkitykset ovat yksilöllisesti muotoutuneet, joten neuvoa ei voi antaa "suoralta kädeltä", vaan asiakkaan on se itse löydettävä. Vaikka Millerin ja Rollnickin heijastava kuuntelu painottaa asiakkaan näkökulmaa, siinä korostuu ammattilaisen osa. Hän päättää, mitä asioita kulloinkin painottaa tai ei painota ja millaisia sanoja heijastaes-

saan käyttää. Tässä aineistossa heijastamista esiintyy harvoin eikä se näytä strategisesti suunnitellulta vaan on katkelmassa esitetyn kaltaista.

Yleensä palaute kannustaa äänessä olevaa puhujaa jatkamaan puhettaan. Tässä tutkimuksessa palautteeksi on tulkittu sellainen puheenvuoro, jossa puhuja ei lähde kehittämään keskustelua sisällöllisesti eteenpäin (ks. Sorjonen 1988, 210). Hoitajan kuunteleva palaute kannustaa potilaan puhevaltaa, mikä ei välttämättä ole tyyppillistä juuri terveydenhuollon vuorovaikutustilanteille (Fairclough 1992). Palauterepliikit ovat tyyppillisiä vuorovaikutteisia repliikkejä (Hakulinen & Sorjonen 1986, 42-44). Voidaan puhua myös kohteliaisuuspalautteesta, jota käytetään valta-asemaa hallussaan pitävää henkilöä kohtaan (Hakulinen 1989, 112).

Vaihtoehtojen neutraali esittäminen

- 1 :K ...No mitäs sääl oot aatellu vierihoidosta haluatko ottaa vierihoitoon vai haluatko levätä?
 2 Se on ihan sun omassa päättämässä
 3 Ä: Niin (.) kyllä mää tosiaan mietin välillä (.) että jos ottaisin sen silloin tällöin
 4 K: No seki sopii
 5 Ä: Ettei ottais ihan kokonaan (.) että jos lepäilis että ((naurahdus)) kuitenkin ehkä todennäköisesti
 6 osaa hoitaa sen
 7 K: Niin tuntuis ainakin
 8 Ä: Niinkun sen vaihtovaihdon ja tämmöistä (.) että ei tarvii ihan
 9 K: Ihan sieltä peruasioista (.) joo kyllä se käy. (.) Että otat silloin ja päät silloin kun haluat ja tuot
 10 sitten tonne..... (37)

Kun hoitoon liittyviä vaihtoehtoja esitellään tasavertaisina mahdollisuuksina, päätöksenteko on potilaan hallussa. Tämä onnistuu luonnollisesti silloin, kun potilaalla on riittävästi tietoa tai kokemusta päätöksensä tueksi. Tästä ammatilaisen tulee varmistua ennen vaihtoehtojen tarjoamista. Samanveroisista hoitomahdollisuuksista valitseminen tukee potilaan autonomiaa. Kysymys on siitä, että vaikka samanveroisilla hoitoratkaisuilla olisi erilaiset vaikutukset potilaan elämään, potilailla tulee olla autonomia päättää siitä, kuinka he haluavat vaikuttaa omiin olosuhteisiinsa (Dimatteo ym. 1994; Skinner & Cradock 2000). Potilas itse päättää siitä, millaisen vaikutuksen hän valitsee.

Yllä olevassa katkelmassa synnyttänyt äiti esittää oman suunnitelmansa kättilön vaihtoehtoihin vierihoidosta (rivit 3, 5-6, 8). Lapsi on äidin kolmas, joten äidillä on kokemusta sairaalan hoitokäytännöistä. Myös vierihoitoajatus on hänelle tuttu. Kättilön puheenvuorosta käy ilmi (rivi 1), että vastasyntyneen ollessa vierihoidossa äiti osallistuu hoitoon eivätkä lepoaikat ole yhtä lailla mahdollisia kuin ilman vierihoitoa. Kättilö tarjoaa äidille mahdollisuutta valita (rivi 1). Äiti esittää oman suunnitelmansa, joka ei ole joko-tai -asetelma vaan jossa yhdistyy sekä lepo että vastasyntyneen lapsen osittainen hoito. Äidin suunnitelmaa seuraava kättilön toteava puheenvuoro on luonteeltaan neutraali (Tomm 1993) ja hänen toimintansa osoittaa hyväksyntää äidin autonomiaa kohtaan.

Neutraalisuuden periaate on nähty ideaalina, joskin jopa saavuttamattomana neuvontakäytäntönä, johon tulee aina pyrkiä (Zuuren 1997). Neutraalisuus kunnioittaa potilaan autonomiaa ja se on tärkeä osa ammatilaisen neu-

vontatyötä. Neutraalisuus takaa sen, että potilas voi vapaasti valita omien arvojen mukaisen toiminnan. Neutraalisuus on myös yksi terapiakeskustelujen ohjenuora, joka tarkoittaa asennoitumista hyväksymään kaiken sellaisena kuin se tapahtuu tässä ja nyt (Mattus 1994; Tomm 1993, 12). Se tarkoittaa, paitsi vaihtoehtojen neutraalia esittämistä, myös arvoväriteisten sanojen välttämistä (Mustajoki 1998). Neutraalisti asennoitunut työntekijä ei väitä tietävänsä, mikä on totta, mikä ei, mikä on hyödyllistä ja mikä ei, ja välttää liittoutumista kenenkään kanssa. Raja välinpitämättömään vaikutelmaan on hiuksen hieno. Tommin (1993) mukaan neutraalisuuden absoluuttinen saavuttaminen on käytännössä mahdotonta, sillä juuri toiminnan hetkellä ei voi olla neutraali suhteessa kyseiseen toimintaan, käyttäytyminen vahvistaa itse itsensä. Toisaalta myös toimimatta jättäminen voidaan nähdä toimintana. Käytännössä neutraalisuus on siis toiminnan tasapainottamista kokonaisuuteen.

Autonomian elämykset ja arviot omista kyvyistään toimia auttavat ihmistä määrittelemään itseään silloin, kun sairastumisen tai muun psyykkisen kriisin aiheuttama riippuvuus toisten avusta järkyttää hänen psyykkistä autonomian tunnettaan. Terveyspsykologinen kompetenssiajattelu ottaa lähtökohdaksi ihmisen henkilökohtaiset voimavarat ja osallistumismahdollisuuden: "mitä osaa, mikä auttaa rajoittamaan sairauden aiheuttamaa haittaa tai edistää paranemista? Mitä muuta kykenee tekemään hyvinvoinnin parantamiseksi? Mitä uutta voi oppia suojatakseen toimintakykyään?" (Nupponen 1993, 15, 174).

Neuvojen yksilöllisyys

Yksilöllisten neuvojen tarjoaminen (osajulkaisu 5) tehdään siten, että hoitaja ensin kartoittaa potilaan tilannetta tarkentavien kysymysten (check-up questions) avulla. Silverman (1997, 115-118) puhuu tällaisen neuvonannon yhteydessä haastattelumuotoisista. Esimerkiksi seuraavasti:

- 1 P: *Heräs vaan siinä kysymys nyt sitten, että kuinka pian tällasen jälkeen voi semmoseen*
 2 *osallistua?*
 3 H: *mmm-m Elikkä*
 4 P: *Kun mä en osaa sitä arvioida*
 5 H: *Joo. (.) Se on kerran viikossa?*
 6 P: *Se [on kerran]*
 7 H: *[onks se?]*
 8 P: *Kolme varttia.*
 9 H: *Kolme varttia.*
 10 P: *Nii.*
 11 H: *Nyt kun sä oot (.) ollu kotona tään sairasloman ajan (.) ehkä semmosen pari (.) kolme viikkoo*
 12 *ja oot harrastanu siellä ulkona kävelyä.*
 13 P: *mmmm*
 14 H: *Ja niitä kotiaskareita. (.) Kotiaskareissa on yllättävän paljon (.) tulee työtä ja voit huomata*
 15 *että hiki tulee sielläki vielä*
 16 P: *((naurahdus)) nii varmaan*
 17 H: *Ja sit ku susta rupee tuntuu itestä siltä että sä jaksat jo ne päivittäiset askareet ihan*
 18 *ilman että illalla oot ihan rättiväsyny.*

19 P: Nii

20 H: Ni sen jälkeen sä voisit lähtee sinne

21 P: mmm

22 H: jumppaan. (.) Ja tehdä siellä niitä liikkeitä joissa ei tuu kauheen voimakkaita ponnisteluja (.)

23 ja tehä vaikka aina puolet niistä liikkeistä mitä toiset tekkee jatkaa (.) ni pidät lepotauon

24 aina välillä.

25 P: Nii joo

26 H: Et ei oo sellasta raja, että minä (.) mi- mi- montako viikkoa tän aivoveren (.) vuodon

27 jälkeen nyt sitte s- tarvi olla hiljaa ja sitte millon pitää lähtee liikkeelle (.) vaan

28 P: Niin

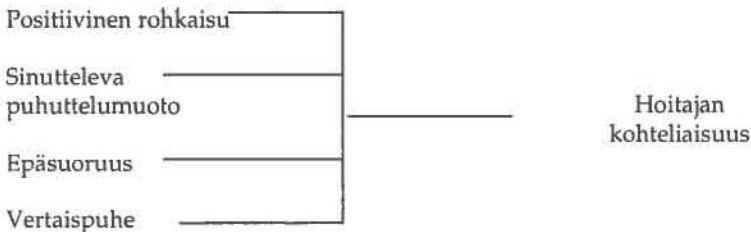
29 H: se on aina voimmin mukaan.(1)

Esimerkissä potilaana on aivoverenvuodon sairastanut nainen, joka on harrastanut reumasairautensa vuoksi säännöllisesti kuntovoimistelua. Potilasta askaruttaa tilanteessa kuntovoimistelu, johon hän on osallistunut ennen aivoverenvuotoon sairastumistaan (rivit 1-2). Hoitajan neuvo lähtee potilaan tarpeesta, hänen kysymyksestään. Neuvo fokuoiteuu potilaan henkilökohtaiseen fyysiseen vointiin (rivit 14-15, 17-18) ja jättää potilaalle itselleen tilaa arvioida omaa tilaansa (rivit 26-27, 29).

Hoitaja voi myös poimia potilaan puheesta ongelman ja esittää neuvon hypoteettisena kysymyksenä (osajulkaisu 5), jolloin potilaalle jää mahdollisuus pohtia neuvon toteutettavuutta. Yksilölliset neuvot perustuvat sekä hoitajan että potilaan puheessa ilmenneisiin neuvonnan tarpeisiin. Hyvin usein yksilölliset neuvot saavat alkunsa siitä, että potilas tuo ilmi tai arvioi omaa asiantuntemustaan, kokemustaan tai esittää tietoa hakevan kysymyksen (information seeking question), kuten esimerkkitarkastelussa. Yksilöllisten neuvojen episodeissa keskustelullinen tila on molempien hallussa, neuvot yhdistyvät kysymyksiin ja niissä on neuvotteleva elementti.

3.2.5 Hoitajan kohteliaisuus

Hoitajan kohtelias viestintä rakentuu positiivisista ja rohkaisevista kommentista tai arvioista, läheisyyttä tuottavasta sinuttelusta ja vertaispuheesta sekä hienotunteisuutta osoittavasta epäsuoruudesta (Kuvio 8).



KUVIO 8 Hoitajan kohteliaisuus potilaan osallistumista tukevana puhekäytäntönä

Positiivinen rohkaisu

((Puhutaan saunomisesta aivoverenvuodon jälkeen))

- 1 P: Nii (.) et tuota ei siinä varmaan oo (.) en tiidä onko ongelma se et mä oon tykänny olla aika
 2 kauan siellä [aina]
 3 H: [joo]
 4 P: Mä tykkään laittaa sinne [pitkää]seni ja olla siellä sitten. ((nauraen))
 5 H: [mmm] Mutta ei siitä sulle varmaan ongelmaa sulle tuu (.)
 6 että sulla on semmonen luontainen kyky (.) oon huomannu kyllä (.) et sä osaat aika
 7 realistisesti ja rällai maa- mites sitä nyt sanotaan (.) maalaisjärjellä.
 8 [(naurahdus, käden liikkeitä)]
 9 P: [(naurahdus)] Ajatella (1)

Positiivisuutta on sivuttu osajulkaisussa 4 hypoteettisen tulevaisuudenkuvan yhteydessä, jolloin positiivinen tulevaisuudenvisio voi edistää potilaan voimavarojen löytymistä. Positiivinen, toisten potilaiden kokemusten pohjalta nousut hypoteettinen tulevaisuudenkuva osoittaa hoitajan ymmärrystä potilaan jännittämistä kohtaan ja näin ollen suojelee potilaan kasvoja (vrt. Spiers 1998). Samantyyppinen kasvoja suojaava toiminta on tunnistettavissa hoitajien tavassa rohkaista potilaita korostamalla positiivisia tapahtumia, asioita tai ominaisuuksia. Yllä olevassa katkelmassa hoitajan rohkaisu (rivit 5-8) tukee potilaan omaa asiantuntemusta, kykyä arvioida fyysisistä tilaa saunomishetkellä.

Rohkaisevat arviot ovat osa sosiaalista tukea ja ne saavat ammattilaisen puheessa erilaisia merkityksiä kuin arkikeskustelussa (Jones 1997). Tässä esitetyn esimerkkikatkelman jälkeen seuraa arkirupattelun kaltaista saunomiskeskustelua, jossa potilas tarkemmin kuvaa sitä, miten on tottunut saunomaan. Tähän lomittuvat hoitajan tarkentava neuvo ja vastaus potilaan kysymykseen. Katkelman kaltaiset rohkaisevat, positiiviset arviot voivat toimia potilaan keskusteluun osallistumista vahvistavana elementtinä, koska ne saavat potilaan kertomaan lisäinformaatiota. Tässä esimerkkitalanteessa potilas pyytää hoitajan rohkaisun myötä myös neuvoja, jotka hoitaja yksityiskohtaisesti antaa.

Sinutteleva puhuttelumuoto

H: ... kai se käy että sinutellaan tässä?

P: totta kai juu (.) ilman muuta (.) se on paljon helpompaa keskustella (32)

Puhuttelumuoto voi joko etäännyttää tai lähentää keskustelukumppaneita toisiinsa (Leiwo 1992, 61). Tässä aineistossa sinuttelu tuo läheisyyttä neuvontakeskusteluun (osajulkaisu 4). Useimmiten sinuttelevan puhuttelumuodon valinta tapahtuu automaattisesti, mutta joskus hoitajat myös kysyvät potilaan mielipidettä puhuttelumuotoon, kuten edellä näkyy. Kukaan potilaista ei kieltänyt sinuttelua ja usein myös potilaat sinuttelevat hoitajaa. Sinuttelu näkyy kaikissa edellä esitetyissä esimerkeissä. Se antaa keskustelulle epämuodollisen leiman ja siten vähentää hoitajan ja potilaan sosiaalista välimatkaa (vrt. Aronson & Sätterlund-Larson 1987).

Terveystuonon vuorovaikutustilanteissa ammattilaiset voivat käyttää sinuttelua myös korostaakseen kohtaamisen arkipäiväisyyttä ja pyrkiäkseen

näin vähentämään potilaan mahdollista jännittämistä (Aronson & Sätterlund-Larson 1987). Sinutteleva puhuttelu ei kuitenkaan ole aina kohteliaista, joten sen käyttö edellyttää tilanneherkkyyttä. Sen sisältämä tuttavallisuus ja samanarvoisuus voi tuntua myös alentavalta (esim. Leiwo ym. 1992, 62).

Epäsuoruus

Hoitajan epäsuoruutta on analysoitu tarkemmin osajulkaisussa 4. Epäsuoruus on yksi kuulijan kasvoja suojaava kohteliaisuuden muoto (Brown & Levinson 1987). Potilaan kasvoja uhkaavissa tilanteissa hoitaja osoittaa näin hienotunteisuutta ja tahdikkuutta potilaan tilannetta kohtaan. Potilaan kieltäytyminen vaikeasta aiheesta puhumiseen tulee mahdollisimman helpoksi, jolloin potilas välttyy kasvoja uhkaavalta puheelta, mikäli hän niin haluaa. Epäsuoruus antaa potilaalle valinnan mahdollisuuden joko tarttua aiheeseen tai olla tarttumatta. Osajulkaisuun 4 valitussa esimerkissä potilaan valinta tapahtuu leikkaukseen liittyvien pelkojen julkituomisen tai niistä vaikenemisen välillä. Potilas valitsee jännittämistään puhumisen. Hoitajan hienovarainen ja tahdikas vihjaus mahdollisten potilaan leikkauspelkojen kokemiseen tapahtuu leikkaavan lääkärin taitavuutta korostamalla.

Epäsuoruus jättää keskusteluun enemmän neuvottelun varaa. Käyttäessään epäsuoraa ilmaisua puhujalla on yleensä enemmän tavoitteita kuin suoraan puhuessaan. Hän ottaa huomioon useita tulkintamahdollisuuksia ja reittejä tulokseen pääsemiseksi. (Leiwo ym. 1992, 30.) Hoitajan epäsuoruutta koskevassa esimerkkitalanteessa hoitajan tavoite oli selkeä: potilaan turvallisuuden tunteen saavuttaminen. Hoitajien toiminnassa näyttäytyy epäsuoruutta tässä aineistossa kuitenkin niin harvoin, ettei se todennäköisesti ole arkikäytäntöihin kotiutunut keskustelustrategia.

Lääkäri-potilas -suhteessa (Aronsson & Sätterlund-Larsson 1987) lääkärin epäsuoruus ilmeni muun muassa diagnoosiin liittyvinä kiertoilmauksina ja varovaisina puheen muotoiluina. Näin lääkärit välttivät sairaudesta kertomiseen tai vaikeista asioista kysymiseen liittyvää uhkaa. Epäsuorat ilmaukset aiheuttivat kuitenkin potilaille myös väärinkäsityksiä, joten ne jopa estivät potilaita osallistumasta omaa vointiaan koskevaan päätöksentekoon. Tämän tutkimuksen perusteella epäsuoruus näyttää soveltuvan tunteista puhumisen laukaisemiseen.

Vertaispuhe

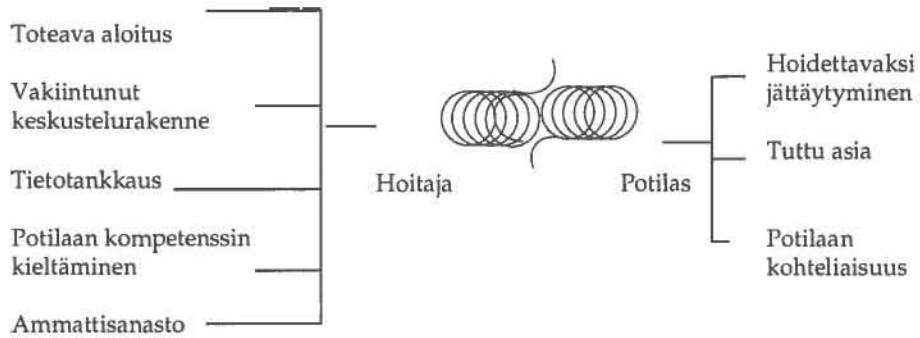
- 1 P: ... se kerran teki tämän ni mä oon hirveen hyvillän sit et jos se kerran sinne jää (.)
 2 mä oon kyllä valmis [(naurahtaa)] (.) vaikka jännittääki
 3 H: [(hymähdys)] Se on luonnollista että pelkää.(.) Jokainen pelkää ihan
 4 mä aattelen itteenikin niik se on minut on leikattu (.) nin se ois pikemminkin luonnontonta
 5 jos ei yhtään jännittäis
 6 P: Nii.
 7 H: Mmm
 8 P: Nii
 9 H: Että tuota se on ihan luonnollista et sitä ei tartte kyllä aatella sit.
 ((puhuessaan hoitaja kumartuu hiukan potilaaseen päin ja nyökkäilee))

Hienotunteisuutta ja tahdikkuutta osoittaa myös hoitajan samastaminen itsensä potilaaseen. Yllä olevassa esimerkissä hoitaja viittaa omaan kokemukseensa (rivi 4), kun potilas on ilmaissut jännittävänsä (rivi 2). Potilaan puhuessa jännittämistään hoitaja määrittelee jännittämisen paitsi tilanteeseen kuuluvaksi myös yhteiseksi ominaisuudeksi. Kysymys on anestesiahoitajan ja leikkausta odottavan potilaan välisestä keskustelusta. Potilaana on nainen, joka yllättäen joutuu selkäleikkaukseen ja hoitaja on juuri kertonut leikkauksen positiivisista vaikutuksista: kipu jää useimmiten leikkauspöydälle. Hoitajan lyhyt kommentti omasta jännittämistään osoittaa potilaalle ymmärtämystä ja lähentää, koska hoitaja ei pidä leikkaukselta yksinomaan potilaalle kuuluvana huolenaiheena. Tässä esimerkissä hoitaja sitoo potilaan jännittämisen myös omaksi ominaisuudekseen, molempien identiteettiin kuuluvaksi ja näin jännittämislle muodostuu positiivinen arvo. Vertaispuhe tasavertaa potilaan ja hoitajan välistä suhdetta ja se on havaittu myös aikaisemmissa tutkimuksissa (Beck & Ragan 1992). Oranen (1997) toteaa sen sosiaalityöntekijöillä toimivan luottamuksellisen suhteen rakentamisessa ja rohkaisevan asiakasta uskoutumaan ja puhumaan hyvin henkilökohtaisella tasolla.

Mitä läheisempää keskustelu on, sitä enemmän keskustelijat ilmaisevat omaan persoonaansa liittyviä tunteita ja mielipiteitä. Avoin itsestä kertominen ei kuitenkaan takaa sitä, että kerronnasta tulisi tätä kautta molemminpuolista. Se voi kuitenkin toimia toiselle osapuolelle vihjeenä keskustelun luonteesta. (Norton 1983, 103.) Esimerkiksi Keller ja Carroll (1994) jopa kehottavat lääkäreitä kertomaan jotakin itsestään ja käyttämään tätä yhtenä empatian välineenä vuorovaikutussuhteessa. Hoitajan vertaispuhe on potilaalle merkki, että keskustelu voi siirtyä myös tunneasioihin. Vaikka esimerkkinä olevasta katkelmasta ei käy ilmi vastavuoroisuus, se näyttäytyy tilanteessa potilaan omaaloitteellisina puheenvuoroina ja jännittämisestä puhumisena. Oranen (1997) tutkimuksen tapaan hoitajat käyttävät vertaispuhetta vähäisessä määrin. Tälle Oranen esittää tulkinnan, jonka mukaan työntekijä ei voi olla asiakkaan kanssa liian samankaltainen, sillä se vaarantaisi hänen asiantuntija-asemansa.

3.3 Ei-vastavuoroinen osallistuminen

Ei-vastavuoroisuutta tuottava hoitajan ja potilaan välinen keskustelu korostaa ammattilaisen roolia asiantuntijana, tulkitsijana ja objektiivisena arvioijana, joka laatii keskustelua koskevat suunnitelmat ja esittää ne potilaalle. Tätä edesauttaa myös potilaan toiminta. Potilaalle muotoutuu sivustakatsojan identiteetti ja hänen roolinsa korostuu vastaajana, kuuntelijana ja ymmärtäjänä. Puheen tasolla säilyy ammattilaisen asiantuntijavalta. Hoitajan taholta ei-vastavuoroista keskustelua hallitsevat tietotankkaus, vakiintunut keskustelun rakenne, potilaan kompetenssin kieltäminen ja ammattisanaston käyttö. Potilaan taholta ei-vastavuoroisuutta tuottavat hoidettavaksi jättäytyminen, keskusteluaiheen tutuus sekä kohteliaisuuden muodot (kuvio 9).



KUVIO 9 Ei-vastavuoroisen osallistumisen puhekäytännöt

3.3.1 Toteava aloitus

"No niin (.) meillä on tarkoitus nyt keskustella näistä veren rasva-arvoista koska teillä oli todettu se 7,1 kolesteroliarvo tällä sairaalareissulla. (.) Ja tää on ihan lääkärin aloitteesta niinkun tarkoitus (.) että me vähän puhuttais näistä rasva-asioista. (.)Ja tuota noin (.) se on jo hyvä muutos mistä tuossa kierrolla tuli puhe (.) että olitte vaihtanu sen voin tämmöiseen kevyempään margariiniin (.) Keiju-margariiniin. (.) Ja tota (.) pien- (.) jollakin aikaa oli saatu jo vähän muutosta siihen. (.) Ett se on sinänsä palkitsevaa jo ett kun huomaa (.) että semmoisella pienelläkin muutoksellakin saa jotain aikaan. (.) Ett mulla on tässä nyt Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry:n julkaisema tämmöinen "Veren rasvoja alentava ruokavalio" ohjekirja (.) ja tän mää annan teille ihan omaksikin sitten. (.) Ja tässä puhuttiin tämmöisestä ruokavaliosta miten saatais alentumaan nää rasva-arvot. (.) Eli ruokavaliollahan voi vaikuttaa siihen asiaan ettei... (25)"

Suurin osa tämän aineiston neuvontakeskusteluista alkaa näin. Hoitaja ottaa tilanteen haltuunsa. Hän muotoilee potilaan tapaamisen syyn lyhyesti toteamalla ja jatkaa tämän jälkeen kyselemällä erilaisia asioita tai selittämällä hoito-ohjeita. Tällainen aloitus rakentaa potilaalle "tiedon lähteen" tai "tiedon vastaanottajan" taustarooliin. Hoitaja ei siten tarjoa potilaalle samanlaista lähtökohtaa kuin osallistujaksi kutsuva aloitus tekee.

3.3.2 Vakiintunut keskustelurakenne

- 1 H: ... ett jotain tiettyä sairautta koskevaa tai tällai (.) ett jossei niitä tietoja halua antaa (.)
 2 niin sitten tähän ruksi tähän rajoittamattomasti tietoja. ((osoittaa paperia)) Mutta jos tulee
 3 jotain rajoituksia (.) niin raksi vaan tuohon (.) ja sitten kertomusta (.) että mitä ei sitten
 4 niinkun sais [kertoo]
 5 P: [Joo tuota] (.) olin mää ((sairaalan nimi)) (.) oon ollu kanssa (.) kanssa tuota
 6 kun mulla oli (.) mää oon allerginen tuolle mustalle kumille
 7 H: Mustalle kumille?
 8 P: Niin.
 9 H: Joo joo (.) ootteks te työssä joutunu jotenkin sitä käsitteleen?
 10 P: No kyllä mää (.) noita niinkun traktorin renkaita ja
 11 H: Joo.

- 12 P: *Ja sitten kun mää jäin (.) rupesin tuota maanviljelijäks (.) niin lypsykumista tuli*
 13 H: *Hmm (.) no niin. (.) Katotaan niitä allergioita sitten vielä. (.) Jos mää saan sen*
 14 *allekirjoituksen tähän ((osoittaa paperia))*
 15 P: *Niin.*
 16 H: *Ja ruksi sitten tuohon.....(26)*

Keskustelutilanteet, joissa on vakiintunut kulku (Drew & Heritage 1998, 43; Peräkylä 1997), määräytyvät hoitajan kulloisestakin tehtävästä. Ne ovat huolellisesti etukäteen suunniteltuja ja etenevät tietyn kaavakkeen, lehtisen tai etukäteen kootun neuvontapaketin mukaisesti. Sekä hoitaja että potilas näyttävät hyväksyvän tällaisen "käsikirjoitetun" (Heikkinen 1988) tilanteen sellaisenaan. Vuorovaikutus muotoutuu rutiininomaiseksi, asymmetriseksi kohtaamiseksi, jossa hoitaja jopa lukee ohjeita suoraan ohjelehtisestä tai kyselee ja merkitsee muistiin potilaan asioita. Potilaan taholta tulevat keskustelunaloitteet kilpistyvät hoitajan joustamattomaan toimintaan.

Tämä näkyy myös yllä olevasta katkelmasta. Asioiden käsittelyllä on tietty järjestys, josta hoitajan mielestä ei voida poiketa. Potilas ottaa liian aikaisin puheeksi allergiansa mustalle kumille (rivi 6). Katkelman alkaessa hoitaja esittää potilaalle allekirjoitettavaksi asiakirjaa, jolla toiset hoitolaitokset tai sairaalat voivat pyytää kopioita potilaan papereista, mikäli hän joutuu sinne hoidettavaksi (rivit 1-4). Potilaan vastaus (rivit 5-6) liittyy hoitajan jo aikaisemmin esittämään kysymykseen potilaan aikaisemmista sairaalahoidoista. Hoitajan jo siirtyessä allekirjoitettavaan lomakkeeseen potilas muistaakin allergiaan liittyvän sairaalassaoloajan. Hoitaja esittää mustaan kumiin liittyvän tarkistuskysymyksen (rivi 9) mutta ei odota potilaalta laajempaa kuvausta vaan jopa keskeyttää potilaan aiheen etenemisen (rivi 13). Hoitajan mielestä allergia-asiaa ei voida käsitellä tässä, vaan ensin on allekirjoitettava sairaskertomustietojen luovutuskaavake. Tämän jälkeen tilanteessa seuraa ruokakortin täyttö, lähiomaisien kartoittaminen, nykyisen polviongelman ja siihen liittyvän operaation selvittäminen, potilaan muiden sairauksien ja käytössä olevien lääkkeiden kirjaaminen ennen kuin allergiat käsitellään.

Vakiintunut keskustelun rakenne suosii myös sitä, että tila potilaan kysymyksille tarjoutuu vasta tilanteen loppupuolella. Tyypillinen kysymys "Oisko nyt mielessä jotakin kysyttävää?" ei useinkaan johda potilaan kysymiseen (Keller & Carroll 1994) enää keskustelun loppuvaiheessa. Aikaisemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että informaatiolle annettu tärkeä asema merkitään antamalla informaatiolle paikka keskustelun alussa (esim. Raevaara 2000; Rostila 1997). Täten hoitajan kysymys tilanteen lopussa voidaan tulkita osoittavan potilaan taholta tulevat kysymykset vähemmän tärkeiksi.

Vakiintunut rakenne suosii myös suljettuja kysymyksiä, joissa potilaan vastaukset supistuvat pääasiassa vaihtoehtoisiksi kyllä- ja ei -vastauksiksi. Mitä suljetumpia kysymykset ovat, sitä vähemmän vastaukset paljastavat (Faulkner & Maguire 1999).

1 H: ...että sokeritauti on. (.) Ja se on tablettihoitonen?

2 P: Kyllä

3 H: Ja teistä tuli ne verikokeet tullessa (.) eikä vaan?

4 P: Kyllä

5 H: Joo niin siellä on otettu myös toi verensokeri (.) niinkö?

6 P: Kyllä

7 H: Joo. (.) Onks se ollu ihan hyvällä tasolla toi teijän sokeri?

8 P: No se oli niinkun lokakuussa (.) niin se oli 10 (.) mutta nythän ei sitten tiedä. (.) Sehän

9 heittelee.

10 H: Ja sitten on toi verenpainetauti?

11 P: Niin(9)

Katkelma osoittaa, ettei hoitaja myöskään odota poikkeavia vastauksia. Hän ei kiinnitä lainkaan huomiota potilaan taholta tulevaan pitempään vastaukseen (rivi 8-9), vaikka vastaus olisi hoidon kannalta hyvinkin merkityksellinen. Tilanteessa oleva "kaavakkeen täyttö" -episodi ei salli huomion kohdistamista muihin asioihin ja tässä tapauksessa potilaan esille tuoma verensokerin heittelehtiminen jää myöhemminkin vaille huomiota.

3.3.3 Tietotankkaus

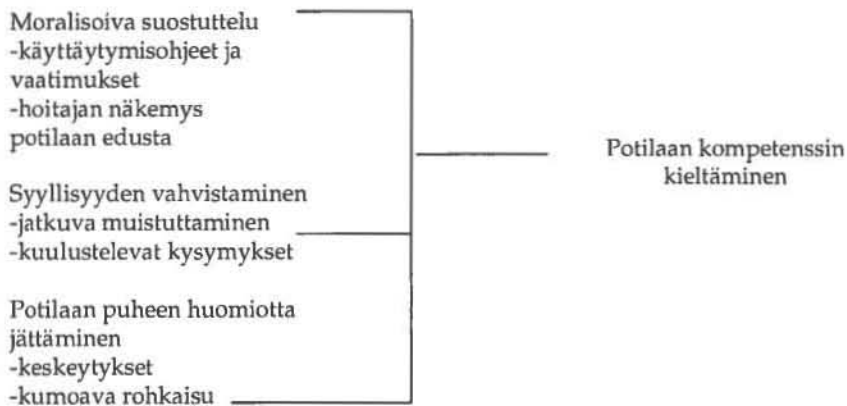
Ei-vastavuoroisissa tilanteissa puhutaan usein sairauskehyksessä, kiinnostuksen kohteita ovat potilaan ongelmaan liittyvät asiat tai synnytyksen yhteydessä pitäydään nimenomaan tapahtuneessa. Sekä hoitaja että potilas näyttävät tulkitsevan tilanteen hoitajajohtoiseksi paperien täyttämiseksi tai neuvontapaketin antamistilaisuudeksi. Hoitajat jopa mainitsevat keskustelutilanteen "sairaalan tavaksi", "neuvontapaketin läpikäymiseksi" tai "hoitoneuvonnan pitämiseksi" (osajulkaisu 1, 3). Shemeikan (1999) mukaisesti voidaan puhua tietojen ja ohjeiden antamisen neuvontamallista, jossa kielellinen viestintä tapahtuu yksisuuntaisesti hoitajalta potilaalle.

Aineistosta löytyy esimerkkejä muun muassa diabetekseen sairastuneen jalkojen hoito-ohjauksesta, synnytyksen jälkeisistä ohjaustilanteista, vatsahaavapotilaan ruokavalio-ohjauksesta tai leikkausta odottavan potilaan ohjauksesta, joissa kaikissa tilanteen tavoitteen asettaa sairaala ja se nojautuu asiantuntijoiden tietoon sairauksista, niiden hoidosta ja ennaltaehkäisystä. Usein erilaisia neuvontapaketteja on koottu hoidon laadun takeeksi tavoitteena organisatoris-hallinnollinen yhdenvertaisuuden ideaali, jolloin samanlaisessa tilanteessa olevia potilaita kohdellaan samalla tavoin ja kaikki saavat saman tiedon (Pii-rainen 1999). Kuitenkin tällainen organisaation laatuvaatimuksista lähtevä neuvonta näyttää tässä aineistossa asettavan hoitajille rajoituksia, ja heidän toimintansa muotoutuu jäykäksi ja joustamattomaksi (Liimatainen ym. 1996). Keskusteluun astuu eräänlainen organisatorinen kontrolli. Hoitajien puheessa tämä näkyy siten, että hoitajien puhe on enemmän strategista kuin potilaan. Esimerkiksi alussa tilanteen tavoitteista ei neuvotella lainkaan, vaan hoitaja näyttää olevan tietoinen siitä tehtävästä, mihin neuvontakeskustelulla pyritään ja hän myös toimii tehtävän suorittamiseksi. Tyypillistä hoitajan puheelle on siis suhteellisen rajoittava ja konventionaalinen päämääräorientaatio (vrt. Drew & Heritage 1998, 22-23).

Monet tilanteet sisältävät hoitajien puhetta yleisistä asioista, jotka ovat jo molempien tiedossa. Keskusteluista muodostuu sisällöllisesti tyhjiä tilanteita, joissa huomio kiinnittyy muuhun kuin potilaan kannalta mielekkääseen neuvontaan. Hoitaja toimii korostetusti oman roolinsa edustajana. Instituutio on läsnä esimerkiksi me-puheen muodossa *“meillä on sitten näistä kaikista ... oltas ihan mielissään...”* sekä muiden kuten lastenhoitajan, lääkärin tai fysioterapeutin asiantuntijaroolin korostumisena puheessa. Toiminnan taustalla näyttäytyvät korostetusti sekä ryhmä että organisaatio (ks. Drew & Heritage 1998, 30-31.) ja näin vuorovaikutusta ohjaa tehtävärooli (myös Oranen 1997). Tehtävänä näyttää olevan laadun takaaminen tietynlaisia standardoituja ohjepaketteja jakamalla tai lomakkeita täyttämällä. Ehkä hoitaja myös pyrkii luomaan ja säilyttämään vaikutelmaa henkilöstä, joka hallitsee tilanteen kuin tilanteen, sekä tunteensa (Heikkinen 1988, 68).

3.3.4 Potilaan kompetenssin kieltäminen

Potilaan kompetenssin kieltäminen tehdään monin eri tavoin (Kuvio 10). Potilaita suostutellaan myöntymään hoito-ohjeisiin ja -käytäntöihin korostamalla ammattilaista tietävänä osapuolena. Potilaan syyllisyyttä vahvistavat viestit muistuttavat ja kuulustelevat. Hoitaja voi myös jättää potilaan puheen kokonaan huomiotta.



KUVIO 10 Potilaan kompetenssia kieltävät puhekäytännöt

Moralisoiva suostuttelu

“... Mut se on kuitenkin että pojat tarvii äitiä vielä montakymmentä vuotta. (.) Niin kyllä sun täytyy (.) täytyy sitten muistaa ne omatkin jalakas (.) Ett ei saa niinkun välttellä sitä (.) niin että no joo (.) että toi nyt on noin pieni juttu. (.) Siitä tulee isoja pahoja juttuja ellei niitä hoija. (.) Määkin oon täällä töissä joutunu niinkun näkemään hyvin monenlaisia. (.) Nää on niin semmoisia (.) niin tärkeitä asioita (.) että ne kannattaa tehdä ja hoitaa sillei...” (40)”

Suostuttelun tarkoitus on yleensä lisätä potilaan motivaatiota terveyssuuntautuneeseen käyttäytymiseen. Tyypillisimmillään suostuttelu ilmenee yllä olevan kaltaisina moralisoivina käyttäytymisohjeina ja ohjeiden noudattamisen vaatimuksina, kuten myös seuraavassa katkelmassa.

- 1 H: *Sitt mulla on tässä muutama (.) muutama näitä diabetekseen elikä tota mää melkein*
 2 *suosittelisin (.) niin vois välillä vaikka (.) vaikka tätä aikuisiän diabeteksen hoito-ohjeita*
 3 *kertailla tai niinkun lueskella siitä vaikka noin niinkun*
 4 P: *Kyllä kyllä.*
 5 H: *Ilta (.) iltalukemisena ottaa yöpöyväälle.*
 6 P: *Niin panee yöpöydälle sen (.) niin.*
 7 H: *Lukaista siitä läpi (.) siinä on ihan ne keskeisimmät asiat. (.) Te varmasti tiedättekin ne*
 8 P: *Olen mää saanu neuvontaa siinä suhteessa. (24)*

Tässä esimerkkitalanteessa diabeteksen hoidon keskeiset asiat, kuten verensokeri ja verenpaine, eivät potilaalla olleet hyvällä hoitotasolla, joten hoitaja katsoo aiheelliseksi kehottaa potilasta (rivi 1-3, 7) lukemaan ohjeet uudelleen. Potilaan sanat osoittavat lievää erimielisyyttä, sillä hän ei vaikuta innostuneelta ja toteaakin saaneensa neuvontaa aikaisemminkin näissä asioissa (rivi 8).

Toisaalta esimerkiksi Heikkisen (1988, 128) tutkimuksen mukaan hoitajat näkivät suostuttelun moraalittomana ja halusivat kieltää suostuttelun olemassaolon. Kuitenkin se näyttäytyy tässä aineistossa edelleen vastavuoroisuutta ehkäisevänä tekijänä. Molemmat esimerkit ovat aineistossa hyvin tyypillisiä, vaikka viimeaikaiset neuvontakäytäntöjä koskevat mallit, kuten esimerkiksi motivoiva haastattelu (Rollnick ym. 1992), kieltävät moralisoivan neuvon antamisen. Ehkä suostuttelua on joskus vaikea tiedostaa ja otankin tähän esimerkin, josta suostuttelu ei ole yhtä helposti tunnistettavissa. Kyseessä on vastasyntyttäneen äidin ja kättilön välinen keskustelu. Kättilö aloittaa vierihoidiskurssin. Äiti ei vaikuta innokkaalta vaan vastailee lyhyesti eikä ota juuri kantaa vierihoido-asiaan. Kättilö pitää kuitenkin aihetta yllä.

- 1 K: *Ja sulla varovakin vähän tuolla vieressä jo ollu?*
 2 Ä: *On ollu aina silloin tällöin tutustumassa. ((naurahdus))*
 3 K: *Ihan totta (.) se onkin ihan hypä että saat siinä imetellä sitt itekses (.) kun vauva heräilee. (.)*
 4 *Vaikka se ei taia vielä niinkun varsinaisessa vierihoidossa olla?*
 5 Ä: *Ei oo joo. (.) Aina on saanu viijä pois kun on tuntunu siltä.*
 6 K: *Ihan totta. Mää voisin antaa tässä on tämmöinen alustavia ohjeita siihen vierihoidoon.*
 7 *Elikä sitten kun tuntuu siltä (.) että haluat sen kokonaan ottaa tonne. (.) Elikä noi*
 8 *lastenhoitajathan tuolla aamulla pesevät ja tuovat sitten tossa joskus ylheksän (.) kymmenen*
 9 *maissa tonne huoneeseen ja siellä saa sitten itekseen syötellä (.) vaihtaa vaippoja seurustella.*
 10 *Isä pääsee sinne mukaan*
 11 Ä: *mmmm*
 12 K: *sitt hoitoihin. (.) Ne antaa sitt vielä erikseen niinkun kirjalliset ohjeet ihan siitä vierihoidosta*
 13 Ä: *Joo.*
 14 K: *Kun tuntuu vaan siltä (.) niin sano sitten. ((epäröiden))*
 15 Ä: *Joo.*
 16 K: *Mutt vähän se melkein onkin (.) ett nyt aluks vähän lepäilet ja otat varovaisemmin että*
 17 *kerkiithän tässä (.) Kyllä sää varmaan vielä nyt (.) ooks sä suunnitellu yhtään sitä kotialähtöä*
 18 *(.) että miten sää*
 19 Ä: *En oo suunnitellu (.) että mää ihan sitten.*
 20 K: *Sen mukaan (.) miltä vointi tuntuu.*

- 21 Ä: Niin niin.
 22 K: Kaikki on kunnossa.
 23 Ä: Juu.
 24 K: Sitt ennenkö
 25 Ä: Niin ja kyllä määh niinkun haluan sitä (.) että määh osaan vähän hoitaakin sitä ennen kun
 26 määh lähen.
 27 K: Ihan totta (.) näin on (.) että ensin kuntouvat vähän ite ja sitt pikku hiljaa rupeet sitä vauvaa
 28 siinä hoitelemaan. (.) Ja otat isän mukaan aina sinne ja (.) hoitoihin.
 29 Ä: Niin niin" (36)

Katkelman lopussa äiti ilmaisee selkeästi, miten itse on ajatellut asian hoitaa (rivit 25-26), mutta hän kommentoi vasta kättilön useamman suostutteluyrityksen jälkeen. Kättilön toiminta on tuttu ilmiö myös Leppäsen (1998) tutkimuksessa, jossa hoitaja saattoi jatkaa suostuttelua etenkin silloin, kun potilas jollain lailla ilmaisi vastustavansa ajatusta. Tässä katkelmassa äiti tulkitsee kättilön puheen vierihoidon suostutteluksi, ikään kuin hän ei haluaisi opetella lapsensa hoitoa. Hänen vastauksensa kertoo, että hän on jo tehnyt oman suunnitelmansa, mutta sitä kättilö ei kysy. Kättilö ei osoita olevansa kiinnostunut siitä, hyväksyykö äiti ratkaisun. Hän on kiinnostunut ainoastaan vierihoidon ajankohdasta. Hän muistuttaa vielä lopuksi, että isäkin on otettava mukaan (rivi 28). Kättilön puhe heijastaa sairaalan käytäntöä, jossa ensimmäisen lapsensa synnyttäneen äidin kuuluu ottaa lapsi vierihoidon. Puheellaan hän osoittaa tietävänsä paremmin äidin edun.

Moralisoiva suostuttelu vie potilaalta mahdollisuuden havaita tietävänsä tai osaavansa. Samalla se vahvistaa toisen puolesta päättämistä. Potilasta autetaan tarjoamalla neuvoja kysymättä lainkaan häneltä itseltään, millaisia neuvoja hän tarvitsee. Näin ollen moralisointi voi vähentää potilaan motivaatiota entisestään.

Syällisyyden vahvistaminen

- 1 H: Mutta se että (.) että se on tietenkin (.) syömisen määrä (.) sitä voi.
 2 P: Niin se on (.) joo kyllä. (.) Se vain kun leipä on niin hyvää. ((Naurahtaa))
 3 H: Joo ja varsinkin jos laittaa leivän päällekin jottain.
 4 P: Joo niinhän se on (.) eihän sitä pelkkää leipää voi syödä. (.) Reilu kerros voita ja muutama
 5 makkaraviipale
 6 H: Niin (.) siitä vähän vois jättää reilusta kerroksesta pois.
 7 P: Niin.
 8 H: Ja sen makkaraviipaleenkin (.) Yks askel taas (.)
 9 P: Joo." (24)

Jatkuva muistuttaminen sairauden hoidon ylläpitämisestä vahvistaa potilaan syyllisyyttä. Yllä olevan katkelman miespotilas on tullut sairaalaan kädessään olevan kipsin vaihtoa varten. Kipsi on jo toinen ja käden kuntouttaminen on mutkistunut. Keskustelu koskettelee sekä uudentyyppisen kipsin hoitoa että entisten hoito-ohjeiden kertaamista. Hoitaja on katsonut aiheelliseksi keskustella potilaan kanssa myös muista potilaan terveyteen liittyvistä asioista. Potilaalla on ylipainoa ja hän sairastaa aikuisiän diabetesta. Kun diabeetikko on tullut sairaalaan jonkin muun syyn takia, tarkistetaan yleensä myös diabeteksen

hoitoon liittyvät asiat. Tämä kuvastaa hoidon kokonaisvaltaisuutta ja diabetesta sairastaville potilaille käytäntö on tuttua.

Keskustelutilanne on mielenkiintoinen, sillä katkelmassa oleva puheenaihe ei siis suoranaisesti liity potilaan tämänkertaiseen sairaalassa oloon. Painonpudotus on kuitenkin diabeteksen hoidon vuoksi tärkeätä. Ennen tätä hetkeä potilas on kertonut, että verenpaine on viime aikoina ollut hieman ylhäällä ja verensokeriarvot eivät ole tavoitteellisella hoitotasolla. Vaikka tilanteessa puhutaan kipsihoidosta, hoitaja palaa keskustelun aikana useita kertoja diabeteksen hoitoon ja tarjoaa potilaalle jo tutuiksi tulleita ohjeita uudelleen luettavaksi. Hoitaja jatkaa ruokavaliosta muistuttamista ja esittää ruokavalion verenpainelääkitystä parempana vaihtoehtona (rivi 19). Hän tekee tämän varovasti tunnustellen. Potilas vastaa hoitajan aloitteeseen ilmaisemalla olevansa tietoinen asiasta, mutta perustelee tilannettaan sillä, että käytännössä ruokavaliota ei ole helppoa toteuttaa. Hän osoittaa puheenvuorossaan lievää erimielisyyttä ja reagoi hoitajan sanomaan liioitellen (rivit 4-5). Koska erimielisyyden osoittaminen voidaan kokea uhmaksi (Pirttilä-Backman & Keso 1998), liioittelu on potilaan mahdollisuus pehmentää uhmän vaikutelmaa, mutta tuoda julki erimielisyytensä. Potilas voi kokea olonsa kiusaantuneeksi ja ongelmat itse aiheutetuksi hoitajan niistä muistuttaessa. Avoin keskustelu jää muiden tekijöiden jalkoihin, sillä hoitaja pitää kiinni alkuperäisestä neuvostaan ruuan määrän vähentämisestä.

Syylisyyden vahvistamista tapahtuu myös kuulustelevien kysymysten kautta (osajulkaisu 3, 5). Seuraava esimerkki on sydänleikkauksesta toipuvan naisopettajan ja hoitajan välinen keskustelu, jossa pureudutaan liikuntaan. Potilas on aikaisemmin keskustelun aikana tuonut julki, että hänellä on huono omatunto siitä, ettei ole liikkunut tarpeeksi. Vaikka hoitaja havaitsee potilaan huonon omantunnon ja rohkaisee häntä muun muassa mainitsemalla että liikunnan puute on vain yksi syy sydänsairauksiin, hoitaja keskittyy neuvoissaan juuri hyvän kunnon merkityksen perusteluihin hyvin laajasti. Seuraavanlainen kysymyksen esittämistapa on tyypillistä opettajalle, joka tietää etukäteen vastauksen (Drew & Heritage 1998):

- 1 H: ...Kaks (.) kaks hyödyä löytyskös mitään (.) kolmatta syytä mi-(.) mitä vois olla mikä vois
2 olla hyödyks siitä liikunnasta? Jos aatellaan niitä perinteisiä (.) että voima kasvaa ja (.)
3 veri kiertää paremmin
4 P: Joo (.) eli esimerkiks nyt vasta siis mä en oo kiinnittäny yleensä koskaan huomiota
5 terveyteen enkä itseni niinkun niin vaikka onhan sitä tietysti jotain tullu luetuks (.)
6 mutt nyt mä vasta jostain luin (.) että se alentaa sitä kolesterolia huonoo kolesterolia
7 liikunta.
8 H: Joo
9 P: Ett tämmöinenkin on multa niinkun jääny ihmetelly vaan sitä korkeeta kolesterolia
10 ((naurahtaa))
11 H: Niin se on yks tekijä sen ruokavalion lisäksi. (.) Ruokavalio on tietysti vois sanoo ett se on
12 se ensimmäinen vaihe ja siihen pystytään heti vaikuttaan (.) että katotaan vaan että mitä
13 laitetaan sinne suuhun (.) vois sitä löytää jotain muutamkin
14 ((pitkä tauko))
15 P: Se on jokin tietysti ihan °se ei vain nyt tule mieleen° ((naurahdus))
16 H: Se ainakin (.) mulle ainakin tuli mieleen (.) ett sää istut koko istut ja seisot koko päivän ja
17 opetat niitä oppilaita ja

- 18 P: *Ja jatkan koko illan sitten melkein*
 19 H: *Niin ja varmaan joskus tuntuu silt semmoisiakin päiviä (.) ett voi että kun ei mikään*
 20 *menny niille päähän ja ei ne kaiket ajat niin herkullisia oo. (.) Mutta silt se hyöty (.) jos*
 21 *sää tekisit vaikka työpäivän päätteeks vaikka onkin väsyny olo (.) niin semmoisen kevyen*
 22 *kävelylenkin esimerkiks. (.) Niin se varmaan (.) se mielen hyöty että ne kirjat asiat lähtee*
 23 *sieltä helpommin pois sieltä aivoista ja... "(42)*

Potilas ilmaisee syyllisyyttään: hän ei ole huolehtinut terveydestään (rivit 4-5), ei ole edes lukenut terveyteen liittyvistä asioista. Kuulusteluluonteisilla kysymyksillään hoitajan kontrolloi potilaan tietoa, esimerkiksi potilaan vastaus ei ole hoitajalle riittävä (rivit 1-2, 13), joten hän jatkaa kuulustelua (rivi 13). Potilas katsoo eteenpäin ja yrittää muistella liikunnan terveellisiä vaikutuksia (rivi 14). Tällä kertaa opettajasta on tullut oppilas ja potilaan keskusteluun osallistumisessa tapahtuu tässä kohtaa käänne, hänestä tulee hiljainen kuuntelija. Hoitajan selityksestä (rivi 19-23) käy ilmi, että hän odotti potilaan oivaltavan liikunnan mielenterveydellisen merkityksen. Aihe on tärkeä nimenomaan sydänleikkattujen potilaiden kohdalla, sillä tutkimusten mukaan sydänleikkauksen jälkeen potilailla ilmenee masentuneisuutta ja potilaat saattavat kokea ongelmia tunteisiin liittyvissä reaktioissaan (Anderson ym. 1999; Jaarsma ym. 1995). Ongelma on erittäin hyvin ammattilaisten tiedossa ja siihen pyritään kiinnittämään huomiota. Tässä tilanteessa hoitaja odotti kysymyksensä johtavan potilaan itse tähän aiheeseen. Näin ei kuitenkaan käy. Potilas vahvistaa kommentillaan tämänkin jälkeen omaa syyllisyyttään *"Mää oon vaan jättäny käyttämättä tosiaan ton mahdollisuuden"* ja hoitaja jatkaa ohjaustaan perustellen liikunnan hyviä puolia: vaikutusta mielenterveyteen, verenvaineeseen ja leikkauksesta toipumiseen. Potilaan kommentointi on lyhyttä *"joo, joo kyllä, just"* tai vastaus hoitajan kysymykseen. Toisaalta psyykkisiin asioihin paneutuminen ei ehkä aiheena ole potilaalle tässä tilanteessa mieleistä. Hän saattaa kokea sen liialliseksi yksityiselämänsä tunkeutumiseksi.

Hoitajan toiminta on ristiriitaista. Hän toimii vuorovaikutuskeskeisesti kysellen tuntemuksia ja rohkaisten mutta samanaikaisesti vahvistaen potilaan syyllisyydentunteita vahvalla riskiajatteluun perustuvalla suostuttelulla ja kuulustelevilla kysymyksillä. Oikeiden vastausten tenttaaminen nöyryyttää potilasta ja hän voi tuntea itsensä tietämättömäksi (Heritage & Sefi 1998, 413.) Tällainen toiminta voi saada aikaan jopa kielteisen suhtautumisen neuvoihin, jolloin neuvontatapa tekeekin neuvot tyhjäksi. Myös se, ettei lähde tällaiseen keskusteluun mukaan, voi aiheuttaa potilaalle kielteisiä tunteita.

Potilaan puheen huomiotta jättäminen

- 1 H: *Onko lääkäri kertonu tästä tähytyksestä mitään?*
 2 P: *On.*
 3 H: *Joo ett siihen tulee siihen polveen lumpion sivuille (.) siihen luuhun niin tota kaks*
 4 *semmoista reikää. (.) Ja niihin tulee ompeleet. Ett niitten kautta ne tähytykset sitten tehään.*
 5 P: *Joo.*
 6 H: *Ja siinä tosiaan pystyy tekeen niitä korjauksia sitten (.) että jos teillä on kierukka revenny*
 7 P: *Niin hän puhu sitä.*
 8 H: *Tai muuta.*

- 9 P: Niin hän sitä puhu. (.) Sano ett voi olla että siinä tuota kulumistakin niin paljon (.) ett
 10 tullee se ihan niinkun entiselleen kuitenkin että
 11 H: Kuitenkin koitetaan saaha se sillai käyttökelpoiseen kuntoon sitten ... (26)

Usein hoitaja haluaa antaa neuvon siitä huolimatta, vaikka potilas ilmaisee asian olevan kunnossa, kuten yllä olevassa katkelmassa hoitaja jakaa informaatiota, vaikka potilas ilmaisee olevansa tietoinen asiasta. Katkelmassa potilaan toinenkaan lyhyt vastaus "joo" (rivi 5) ei vakuuta hoitajaa siitä, että potilas on tietoinen, miten polven täyhystys suoritetaan. Hoitaja ei esitä uutta tarkentavaa kysymystä, joka olisi myös mahdollinen. Päinvastoin hän aloittaa oman selityksensä toimenpiteestä, jonka potilas kuuntelee. Tapaus muistuttaa Heritagen ja Sefin (1998) tutkimusta, jossa synnyttäneet äidit saivat neuvoja, vaikka ilmaisivat olevansa jo tietoisia asioista. Tässäkin esimerkkitatkelmassa hoitaja ei osaa luopua alkuperäisestä suunnitelmastaan kertoa potilaalle, miten polventäyhystys teknisesti tapahtuu.

Tutkimuskirjallisuus korostaa sitä, että potilaan tulee saada kertoa oma tarinansa (Anderson 1996; Keller & Carroll 1994; Miller & Rollnick 1991). Kuitenkin käytäntö on osoittanut, että aivan liian usein ammattilainen keskeyttää kerroksen heti alkuvaiheessa (Keller & Carroll 1994), kuten seuraavassa katkelmassa tapahtuu:

- 1 H: Polvia on täyhystetty?
 2 P: Polvia [on]
 3 H: [Onks] niistä ollu nyt vaivaa?
 4 P: Ei ole mitään (10)

Yllä olevassa katkelmassa potilaan puhe keskeytyy hänen aloittaessaan kertoa polviinsa liittyvistä toimenpiteistä. Seuraavassa katkelmassa hoitaja ei malta odottaa potilaan kysymyksiä vaan siirtyy seuraavaan asiaan heti, kun potilas pitää pienen tauon. Potilaalla olisi kuitenkin ollut jokin kysymys, josta hän hoitajan keskeyttäessä luopuu. Katkelmasta käy ilmi, että potilas pitää lyhyen tauon "ei oo" -sanojen jälkeen. Hoitaja tulkitsee kysymykseen vastatuksi ja aloittaa oman selityksensä leikkaukseen valmistautumisesta pitäen puheenvuoron itsellään ja katkaisten näin potilaan puheenvuoron.

- 1 H: ...Oisko nyt tällä hetkellä jotain kysyttävää?
 2 P: (.) Ei oo (.) [muuta kun]
 3 H: [Joo tässä] tulee tänään tulee ihan normaali ruoka ja sitten puolesta yöstä
 4 alkaen ravinnotta..... (10)

Rohkaistessaan hoitaja voi samanaikaisesti kumota potilaan ehdotuksen ja tämä näkyy seuraavassa katkelmassa. Ennen katkelmaa hoitaja on huolellisesti perustellut ulkona liikkumisen merkitystä sydänleikkauksen jälkeisessä kuntoutumisessa. Potilas ottaa puheeksi kuntopyörän.

- P:Niin joo. (.) Kuntopyörää saa polkee.
 H: Joo saa polkee. (.) Se korvaa huonojen ilmojen ulkolenkit oikein hyvin. (42)

Hoitaja rohkaisee kuntopyörän käyttöön, mutta vain jos ulos ei voi mennä. Hän ei esitä kuntopyörään liittyvää tarkennuskysymystä, joka nostaisi aiheen yhdeksi teemaksi kuntoutumiskeskustelua. Näin hän purkaa potilaan asialle antaman positiivisen merkityksen ja ohjaa potilaan "oikealle tielle". Tällainen käytäntö tukkii tehokkaasti potilaan seuraavat yritykset tuoda omia aiheitaan keskustelun osaksi.

3.3.5 Ammattisanasto

- 1 H: *Hernia on leikattu (.) ileus ollu -90 vuonna, katoin papereista. Onks tota noin niin*
 2 *tarviikos siinä (.) siinä ei ollu mitään leikkausta kumminkaan*
 3 P: *(.)*
 4 H: *tää tukos (.) suolistossa*
 5 P: *Ei ollu" (10)*

Ammattisanasto mystifioi sairauksista puhumista ja vieraannuttaa potilaan keskustelun ulkopuoliseksi. Yllä olevassa esimerkissä hoitaja esittää kysymyksensä ammattikielellä, jota potilas ei ymmärrä (osajulkaisu 3). Potilas onkin hiljaa, eikä vastaa hoitajan kysymykseen (rivi 3) ennen kuin hoitaja on selventänyt kysymystään (rivi 4). Ammattikieltä osoittavat tässä aineistossa myös monet hoitajien puheiden viittaukset sairaalan toimintakäytäntöihin. Seuraavassa esimerkissä osoitan lihavoinnin avulla, miten hoitajan puheessa vilahtelee sanoja, joiden sisältö saattaa jäädä potilaalle avoimeksi. Kyseessä on anestesiahoitajan selvitys potilaalle, joka on tulossa seuraavana päivänä sappileikkaukseen.

H:Mää voisin kertoa tästä nuketuksesta sitten mikä huomenna (.) huomenna sitten tapahtuu. (.) Elikä tänä iltana tehdään semmoiset leikkausvalmistelut. (.) Yön aikana sitten syömättä ja juomatta aamuun asti ja tosiaankin aamulla sitten vessassa kannattaa käyvä (.) mutta teille laitetaan kyllä kestokatetri siinä (.) saattaa olla pitempi leikkaus ja tuota (.) esilääkkeet annetaan. (.) Ja sitten on semmoinen raukeempi olo. (.) Ja siit soitetaan tuolta leikkausosastolta milloinkaa teidät saa tuoda sinne leikkausosastolle. (.) Ja sitten on nukutushoitaja siinä vastassa ja tää vuodeosaston sairaanhoitaja antaa sitten raportin ja sitten ne nestetiputukset aloitetaan meillä. (.) Ja laitetaan niitä valvontalaitteita. (.) Sydänkäyrä näkyy ja verenpainetta seurailaan ja sitten laitetaan sen kanyylin kautta ne nukutusaineet että ei tarvii enää pistää (.) pistää monia kertoja. (.) Eli tän leikkauksen jälkeen on heräämöhoito (.) että sitä seurataan sitten kanssa sitä verenkiertoa ja hengitystä. (.) Ja sitten kipua että täähän on potilaalle niinkun miellyttävämpi tää laparostyyppinen sappileikkaus että se ei oo välttämättä niin kipee (.) kun jos tehtäis semmoinen isompi viilto.... (27)

Hoitajan kuvaus tulevista tapahtumista on huolellinen ja pitkä selostus potilaan valmistautumisesta leikkaukseen ja leikkauksen jälkeisestä ajasta. Epäselvyyttä aiheuttavia sanoja ovat esimerkiksi: "leikkausvalmistelut, kestokatetri, esilääkkeet, raportti, nestetiputukset, kanyyli, heräämöhoito, laparostyyppinen". Sanojen sisältö on hoitajalle itselleen hyvinkin selkeä, mutta potilaalle ne saattavat herättää mitä erilaisimpia mielikuvia. Ammattisanaston käyttö paljastaa hoitajan perusorientaation ja kertoo medikalistiseen malliin sisältyvästä epäsymmetriasta. Tämän tarkoitus olisi lisätä potilaan turvallisuuden tunnetta ja antaa hänelle tietoa siitä, mitä lähiaikoina tapahtuu. Selostus on kuitenkin pitkä ja potilaalle voi tuottaa vaike-

uksia muistaa kaikkea hoitajan sanomaa. Tämä voi johtaa jopa väärinymmärryksiin (Anderson 1996).

Esimerkin potilas ei kuitenkaan hae kysymyksillään selvennystä hoitajan käyttämiin termeihin vaan hyväksyy hoitajan selityksen sellaisenaan. Samantyyppinen käyttäytyminen on yleistä koko aineistossa. Tulos on samansuuntainen suomalaisten potilaiden kohdalla myös lääkäri-potilas -suhteessa (Haakana & Raevaara 1999). Potilaiden oma korjauskeinojen välttäminen voi johtua esimerkiksi siitä, että ymmärtämisiongelmiä ei osoiteta, koska se on tavalla tai toisella kasvoja uhkaavaa. Potilaana ei haluta luoda vaikutelmaa yhteistyöhön kykenemättömästä henkilöstä. Pitäydytään hienotunteisesti hiljaa, sillä koetaan olevan ammattilaisten armoilla (Purtilo & Haddad 1996, 167). Toisaalta byrokraattinen sairaalaympäristö voi tuntua pelottavalta ja se estää osoittamasta, ettei jotakin ymmärretä (Andersson 1996). Kyseessä voi olla myös ns. ”käytännöllisesti katsoen” ymmärtäminen, jolloin pysymme keskustelussa kärryillä, vaikka emme ymmärrä jokaista puhuttua sanaa (Haakana & Raevaara 1999). Kyseisessä esimerkissä hoitajan puheessa ilmenee kuitenkin niin paljon lääketieteellistä terminologiaa osoittavia sanoja, että potilaan olisi mahdotonta kysyä kaikkien merkitystä keskeyttämättä hoitajan puhetta vähän väliä.

3.3.6 Hoidettavaksi jättäytyminen

Osa aineiston potilaista näyttää suorastaan heittäytyvän ammattilaisten hoidettavaksi. Heidän luottamuksensa ammattitaitoiseen henkilökuntaan ja heidän huolenpitoonsa on vahva (Kuvio 11), minkä on havaittu aikaisemmissakin tutkimuksissa ohjaavan potilaana olemista (Gotcher & Edwards 1990; Häggman-Laitila 1994).



KUVIO 11 Hoidettavaksi jättäytymistä kuvaavat puhekäytännöt

Luottamus

- 1 H: ... Oisko tota jotain kysyttävää siitä anestesiasta?
 2 P: ((Leikkausta koskeva kysymys, josta ei saa selvää))
 3 H: Joo tota toi anestesia lääkäri tulee käymään tässä iltapäivästä osastolla ja hän määrää
 4 noin esilääkkeet (.) että jos haluatte jutella hänen kanssaan niin mä voin jättää lapun
 5 tähän päälle.
 6 P: Niin ei mulla siinä mitään kyllä ne (.) hommansa osaa että ((luokaisee))" (10)

Potilaiden vahva luottamus ammattitaitoiseen henkilökuntaan (esim. von Essen & Sjärdén 1991; Iire 1999; Leino-Kilpi 1991; Wilde ym. 1993) näyttäytyy tässä aineistossa usein ei-vastavuoroisuutta tukevana tekijänä (osajulkaisu 3). Potilaan ei tarvitse osallistua, koska kaikki hoituu pätevien ammattihenkilöiden toimesta. Tämä tuli esille myös Siposen (1999, 146) astmaatikkoja koskevassa tutki-

muksessa, jossa osalle potilaista luottamus henkilökuntaan oli riittävää ja kysyminen nähtiin tarpeettomana. Yllä olevassa katkelmassa potilas on koko tilanteen ajan istunut rauhallisen näköisenä nojaten tuolissa rennosti selkänojaan, kädet sivuilla. Muutamassa kohtaa potilas kumartuu hoitajan puoleen nojaten kyynänpäällään pöydän kanteen käsi poskella ja katsoo potilaspapereihin. Puhe on rauhallista, joskus sanoja venyttävää. Potilaan olemus kertoo, että hän on kuin kotonaan. Hoitaja ei vastaa esimerkissä potilaan kysymykseen, vaan katsoo asian kuuluvan anestesia lääkärielle. Potilas ei kuitenkaan katso aiheelliseksi keskustella lääkärin kanssa vaan luottaa täysin häneen (rivi 6). Puheenvuoro on lyhyt leikkaushenkilöstön ammattitaitoa korostava kommentti. Hän ei jatka sen enempää. Puheenvuoron päättymisestä kertoo laskeva intonaatio.

Huolenpidon kohteena oleminen

Aineistossa on tunnistettavissa myös se, että potilaat tuottavat itsensä huolenpidon kohteena. Huolenpitoa näyttää olevan jo pelkkä asioiden kyseleminen ja papereihin kirjaaminen, jolloin potilaan osa on kysymyksiin vastaaminen eikä vastavuoroista keskustelua synny. Huolenpitoa vahvistaa hoitajien joskus jopa hyvinkin pikkutarkka potilaan turvallisuudesta huolehtiminen, ei pelkästään sairaalassa oloaikana vaan myös potilaan kotiuduttua. Hoitajat antavat neuvoja mahdollisista eteen tulevista ongelmista ja niiden ehkäisystä. Esimerkkinä mainittakoon synnytyksen jälkeinen keskustelu, jossa sivutaan muun muassa terveellistä ja säännöllistä ruokailua, lepoa ja jopa kotiaskareiden ja päivärytmin järjestelyä imetyksen, rintojen hoidon ja vierihoidon ohjauksen lisäksi.

3.3.7 Tuttu asia

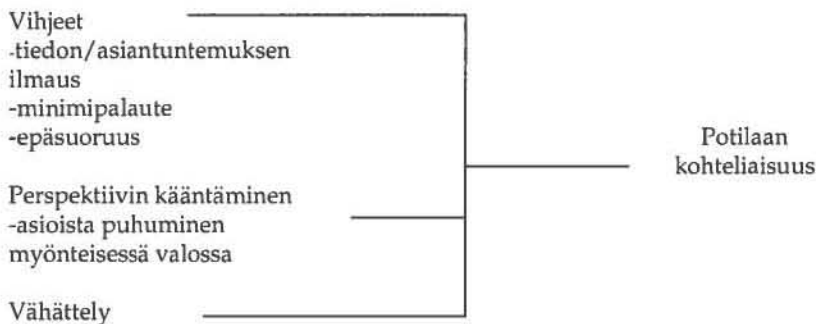
- 1 H: *Niin joo (.) mites tuota sitten tämmöiset käristetyt ruuat (.) että niinkun ei mitään oikein voi sillei = ((varovasti tunnustellen lausuttu))*
 2
 3 P: *=No mä oon välttäny niitä ((jatkaa nopeasti))*
 4H: *Niin*
 5 P: *Mää oon välttäny niitä ihan (.) että uunissa sitten hauduttanu ja keittoja ja semmoisia*
 6 H: *Joo*
 7 P: *Ne on paljon pois semmoiset käristetyt*
 8 H: *Joo (.) sulle tuota menee nyt sitten ((lääkkeen nimi)) sulle meni siinä sitten se vatsan*
 9 P: *Joo (.) se menee.*
 10 H: *Ja ooks sää sen kokenu hyväks sitten?*
 11 P: *Nyt tätä viimeistä mä en oo tiennykään että mulla ees on tää (.) vatsahaava. (.) Niin että mutta se eilinen (.) kun oli niin senhän mä kyllä tiesin (.)*
 12
 13 H: *Mmm*
 14 P: *että jotakin on (.)*
 15 H: *Joo*
 16 P: *Kun ei mikään käyny*
 17 H: *Niin (29)*

Kun potilaalla on paljon kokemuksia sairaalassa olosta tai oman sairautensa hoidosta, voi potilaan osa muotoutua vaiteliaaksi hoitajan toiminnasta riippumatta (osajulkaisu 3). Yllä oleva katkelma osoittaa hoitajan tarkkaavaista kuuntelua. Potilaan vastaukset ovat hänelle riittäviä, hän havaitsee potilaan

hallitsevan vatsahaavan hoitoon liittyvän ruokavalion. Koska asiat ovat potilaalle niin tuttuja, tilanteessa ei muodostu juuri keskustelua. Potilas vain toteaa lyhyesti sen, miten hän on toteuttanut vatsahaavan asettamia rajoituksia ruokaa valmistaessaan. Hoitaja antaa hänelle mahdollisuuden puhua enemmänkin. Tätä osoittavat tunnustellen lausuttu kysymys (rivi 1) sekä kuuntelijaksi asetumista osoittavat palautteet, kuten "joo, mmm, niin" (rivit 6, 13, 15, 17). Potilas on tässä tapauksessa sinut sairautensa kanssa, jolloin ruokavalion suhteen ei tarvita sen suurempia muutoksia. Riittävää on vain tarkistaa, olisiko vielä jotakin saavutettavaa.

3.3.8 Potilaan kohteliaisuus

Kohteliaisuuden tulkintaan (Kuvio 12) johtavat tässä aineistossa erinäiset potilaiden puheessa havaitut vihjeet, perspektiivin kääntäminen vaikeiden asioiden esiin tuomiseen myönteisessä valossa sekä vähättely (osajulkaisu 3). Vihjeet ovat usein jopa hyvinkin suoria ilmaisuja omista tiedoista tai keskustelun kohteena olevan asian asiantuntemuksesta, mutta potilas jättää ne kohteliaasti vain yhteen mainintaan, koska hoitaja ei tähän reagoi. Epämääräisempiä vihjeitä ovat puolestaan minimipalaute ja epäsuoruus.



KUVIO 12 Potilaan kohteliaisuutta osoittavat puheikäytännöt

Vihjeet

- 1 H: No niin (.) jutellaan nyt sitten ihan tästä (.) sulla on tää sokeritauti. Onks sulla kauan ollu?
 2 P: Vuoden
 3 H: Vuoden päivät se on niinkun periaatteessa sulle aika uus asia.
 4 P: Kyllä (.) tämän vuoden tammikuussa.
 5 H: Joo ja jalkahoidosta sulla ei oo niinkun periaatteessa mitään.
 6 P: Ei ei mitään.
 7 H: Joo (.) no yks semmoinen hirveen tärkeä asia on se että diabeetikon jalkahoito on hyvin (.)
 8 hyvin tärkeä. (.) Ja se on monesta eri syystä
 9 P: Onhan siitä puhuttu (.) ei oo puhuttu (.) mutt mä oon luku lehdessä (.)
 10 diabeteslehdessä. (.) Siellä on kaikki tieto mitä
 11 H: Se on ihan kun verenkierto jaloissa niinkun (.) se ei niinkun ei nyt voi sanoo että vähenee (.)
 12 mutt kuitenkin (.) että ei oo niinkun (.) Se ei oo niin vilkasta sokeritautipotilaalla
 13 P: Joo.
 14 H: Ja sitten tulee tuntopuutoksia. (.) Voi tulla (40)

Katkelman mukainen suora tiedon tai asiantuntemuksen ilmaus on aineistossa tyypillinen vihje hoitajalle tarttua potilaan esille nostamaan aiheeseen. Esimerkkikatkelmassa potilas toteaa ensin, ettei ole saanut tietoa jalkojen hoidosta. Tämän hän myöhemmin korjaa mainiten lukeneensa kaiken Diabetes-lehdestä (rivi 10). Hoitaja ei tätä enää huomioi vaan aloittaa perusteellisen neuvojen antamisen. Huomaavaisesti potilas kuuntelee, mitä hoitajalla on sanottavaa. Potilaalla olisi mahdollisuus keskeyttää ja ilmaista selkeämmin, mitä hän on lehdestä lukenut. Tätä hän ei kuitenkaan tee, vaan myöntyy hoitajan puheen vastaanottajaksi minimipalautteellaan.

Minimipalautteeksi on aikaisemmin tässä tutkimuksessa määritelty sellaiset palautteet kuin *”mmm, joo, niin, juu”*. Aineistossa havaitut potilaiden tarkistuskysymykset (osajulkaisu 2: clarifying questions) esimerkiksi *”Jaa (.) nyt täällä?”*. *”Joo (.) että niiden takia ei tarvii mitään muuta hoitoa?”* voidaan nähdä yhtä lailla minimipalautteena, sillä ne eivät kehittele keskustelun sisältöä millään lailla. Hakulisen ja Karlssonin (1979, 281-287) mukaan tarkistuskysymyksen esittäessään kysyjä on yleensä jollakin lailla jo tietoinen vastauksesta. Tämä näkyy myös potilaiden tarkistuskysymyksissä.

Potilaan minimipalaute on silmiinpistävä piirre ei-vastavuoroisissa keskusteluhetkissä. Se antaa hoitajalle luvan jatkaa samalla tavalla. Minimipalaute osoittaa mukautumista hoitajan pitempään ja kesken olevaan puheenvuoroon. Tällöin minimipalaute toimii niin sanottuna jatkajana, jolloin se osoittaa ymmärrystä tilannetta kohtaan (vrt. Sorjonen 1988, 216). Esimerkiksi potilaalla on jollakin lailla tiedossa, että tilanne on luonteeltaan tällainen. Sen voi paljastaa joko potilaan aikaisemmat kokemukset tai esimerkiksi hoitajan puheellaan antama orientaatio heti tilanteen alussa.

Hakulisen (1989, 64) mukaan palaute heijastaa käsitystä keskusteluvastuusta ja minimipalaute osoittaa myöntymistä kuulijaksi. Minimipalaute voi toimia merkinä siitä, että kuulija ei halua ottaa puheenvuoroa haltuunsa vaan seuraa tai on seuraavinaan vuorovaikutuskumppanin esitystä. Toisaalta minimipalaute ei kerro, millä tavoin ja miten kuulija kuulemaansa suhtautuu, vaan se voi olla pelkästään osoitus jollakin tavalla mukana olemisesta. (Hakulinen & Sorjonen 1986.) Minimipalautteen funktio onkin mielenkiintoinen, sillä se ei välttämättä ilmennä samanmielisyyttä (Silverman 1997, 115). Sen ilmeneminen voi toimia hoitajalle vihjeenä vähäisestä kooperatiivisuudesta, esimerkiksi merkinä lopettaa puhe kyseisestä aiheesta (vrt. Kangasharju 1991, 138; Sorjonen 1988) tai siitä, ettei asiassa ei ole potilaalle mitään uutta (Drew & Sefi 1998, 395-402; Leppänen 1998).

Vihjeenä toimii myös epäsuoruus, joka näyttää olevan päinvastaista kuin aikaisemmin käsitelty hoitajan epäsuoruus. Potilaan epäsuoruus suojaa pikemminkin hänen omia kasvojaan, kuten seuraavasta katkelmasta ilmenee.

1 P: ((tauko, jonka aikana hoitaja kirjoittaa papereihin)). Luvattiin vain puuduttaa

2 ((hymähdys, sanat painokkaasti lausuen))

3 H: Aha

4 P: Tai mikä tää on tää

- 5 H: *No tota (.) mitäs mieltä oot siitä puudutuksesta?*
 6 P: *Minä en tiiä (.) kun en oo kokenu (.) mutta kai se mukavampi on kuin nukutus*
 7 H: *Joo*
 8 P: *Tai nukutus on muuten hyvä mutta se herääminen on ilkeä*
 9 H: *Joo*
 10 P: *Tai oli*
 11 H: *Oliko sulla pahoinvointia silloin edellisellä kerralla?*
 12 P: *Hiukka oli sen jälkeen*
 13 H: *Joo*
 14 P: *Hirvee jano eikä voi juoda ((naurahdus))*
 15 H: *Joo no tota niin (.) elikkä ajattelet sillä tavalla että kun puudutusta on*
 16 *suunniteltu niin se sitten kävis?*
 17 P: *Joo ((nyökkää))*
 18 H: *Joo (.) just.... (20)*

Hoitajan kirjoittaessa potilaalle tarjoutuu keskustelussa tauko, jonka hän käyttää hyväkseen. Hän tuo väitelauseella keskusteluun häntä askarruttavan aiheen, anestesiaamuodon. Potilaan puheessa on pieni jännite, mikä ilmenee hymähdyksenä. Hän toistaa aikaisemmin lääkärille esittämänsä pyynnön. "Luvattiin" kuvaa nimenomaan, että hän on puhunut jo asiasta lääkärin kanssa ja että hän on esittänyt lääkärille toivomuksen, jonka tämä on luvannut toteuttaa. Potilaan ilmaus osoittaa halua hallita itse tapahtumia, jotka sairaalassa usein päättää joku muu. Tässä tapauksessa väitelause on vihje, jolla potilas osoittaa halunsa varmistua anestesiaamuodosta. Mielenkiintoista on se, että potilas ei sano lääkärin nimeä tai että lääkäri lupasi. Kyseessä on suomalaisille tyypillinen persoonailmaisua koskeva kohteliaisuusmuoto (Larjavaara 1999). Tällainen henkilökuntaan viittaaminen on aineistossa hyvin yleistä, sanoja ei kohdisteta tiettyyn henkilöön vaikka se olisi tiedossa. Puhutaan mieluummin anonyymisti passiivissa.

Vihjaus jättää hoitajalle mahdollisuuden valita, tarttuuko hän aiheeseen vai ei. Tässä tapauksessa potilas kokeilee hoitajan yhteistyöhalukkuutta. Hoitaja tarttuukin aiheeseen ja alkaa kysellä. Potilaan epäsuora vihjaus säilyttää kuitenkin vuorovaikutuksen hallinnan hoitajalla ja potilaan mielipiteen kertominen tapahtuu hoitajakeskeisesti. Epäsuora vihjaus saa merkityksensä potilaan myöhemmissä puheenvuoroissa: potilaalle mahdollistuu aikaisemman leikkauskokemuksen kertominen, joka on jäänyt vajaaksi keskustelun aikaisemmassa vaiheessa hoitajan kiirehtiessä eteenpäin ja keskeyttäessä potilaan vastauksen edellisestä leikkauskokemuksesta.

Epäsuoruus on nähty aikaisemminkin potilaan puheeseen kuuluvana piirteenä (esim. Spiers 1998), ja sen on tulkittu luonnehtivan potilaan alisteista asemaa. Myös Hakulinen (1989) pitää epäsuoruutta heikomman osapuolen riskittömänä vuorovaikutusstrategian valintana. Hänen mukaansa epäsuoruudessa heijastuu puhujan arvio tilanteeseen sisältyvistä kasvoja uhkaavista piirteistä. Epäsuoraan puhetapaan turvaudutaan tilanteissa, joissa on selkeä statusero, ollaan keskenään vieraita tai käsiteltävä asia on jollain tavalla ongelmallinen tai arkaluontoinen.

Tämän tutkimuksen mukaan potilaan epäsuoruus saa uutta sisältöä, vaikkakin hyvin usein potilaan taholta tulevat jopa hyvinkin selvät vihjaukset jäävät hoitajalta huomaamatta ja potilas luopuu näin ehdottamastaan aiheesta. Esi-

merkkikatkelmassa potilas saa mielipiteensä julki. Hän tekee sen hienovaraisesti mutta toisaalta päättäväisesti käyttäen tilanteen suoman tauon hyväkseen. Tilannetta ei kuitenkaan voida tulkita vastavuoroiseksi osallistumiseksi, sillä lopputulokseen pääsy tapahtuu hoitajakeskeisesti. Hoitaja kontrolloi keskustelua eli potilas joutuu vastaamaan hoitajan kysymyksiin.

Perspektiivin kääntäminen

- 1 H: *Onko vielä muita?*
 2 P: *Nuorena umpisuoli.*
 3 H: *Joo silloin jo aikaisemmin leikattu. (.) Ne on varmaan silloin eetterianestesian aikoina jo ollu*
 4 P: *Justiin sitä.*
 5 H: *Joo (.) ja [tuota] ((katsoo papereihin))*
 6 P: *[Tuota] niin (.) onhan mut leikattu niin juhannuksen jällekeen tää toinen silimä*
 7 *kaks kertaa*
 8 H: *Ahaa (.)*
 9 P: *Siihen tuli semmoinen yllättävää (.) verkkokalavo pullistu ja (.) ((paikan nimi))*
 10 H: *Joo (.) minkäslaisia anestesioita on ollu? Onko puudutuksia ollu vai nukutuksia?*
 11 *Sappi on tietysti nukutettu*
 12 P: *Joo ja nämä (.) tämä silimä nukutettiin kaks kertaa kanssa*
 13 H: *Ahaa (.) joo [mites]*
 14 P: *[Että se] oli nyt juhannuksen jällekeen tapahtunu. (.) Ja ei siinä (.) ei*
 15 *siinä oikeastaan ollu mitään (.) onnistu ihan hyvin*
 16 H: *Mites tuo aikaisempi suonikohjuleikkaus oliko puudutus silloin vai?*
 17 P: *Se oli puudutus silloin ja se meni hyvin*

 18 H: *Ei oo mitään lääkityksiä käytössä vakituksia?*
 19 P: *Ei.*
 20 H: *Mites nuo allergiat (.) onko jotain allergioita?*
 21 P: *Ei oikeastaan niin oo mitään (.) kyllä tässä sen puoleen on ihan.*
 22 H: *Kaikki särkylääkkeet on sopinu?*
 23 P: *Joo.*
 ...
 24 H: *Joo. (.) Kuulo on normaali. (.) Mites tuo silmä (.) näkeekö tuo leikattu?*
 25 P: *Se on hitaasti ruvennu näyttää (.) mutta ei [se]*
 26 H: *[Joo](.) huonommin kun toinen?*
 27 P: *On se vielä huonompi (.) ei siinä (.) eikä se ihan täyskuuntoon tullukkaan.*
 28 H: *Ahah*
 29 P: *Ett se jää vähän huonommaks (.) mutta toinen on sitä parempi((hymyillen)) (28)*

Esimerkistä on esitetty osa osajulkaisussa 3. Katkelmassa potilaalle kiintoisa aihe olisi ollut silmäleikkaus, jota hoitaja ei näytä haluavan käsitellä. Hoitaja tyrmää potilaan oma-aloitteiset keskusteluyritykset vaihtamalla aihetta ja jatkamalla kaavakkeeseen liittyvien kysymysten kysymistä. Lopulta potilas mukautuu tähän. Potilas tavallaan keskeyttää itsensä (Tainio 1988, 206), mikä tarkoittaa, että hän muuttaa puheensa suuntaa, koska hoitajan palaute ei rohkaise jatkamaan. Potilaan vastaukset eivät ole tyypillisiä kyllä-ei -vastauksia, vaan hän tekee pieniä lisäyksiä ja osoittaa oma-aloitteisilla kommentteillaan halukkuutta vastavuoroiseen keskusteluun (rivit 9, 14). Hoitaja ei jäsennä keskustelua potilaan ehdottamalla tavalla, vaan pidättäytyy aiheesta rakentaen keskustelua opitun jäsennyksen mukaisesti ja kohdistuen huomionsa aikaisempiin leikkauk-

siin (rivit 10, 16). Ottaessaan puheeksi näkökyvyn hoitaja jatkaa etäisyyden ottamista (Faulkner & Maguire 1999) ulkoistamalla silmän tarkastelun kohteeksi (rivi 24). Havaittuaan keskusteluyritykset turhiksi potilas turvautuu leikilliseen kommenttiin toisesta silmästä, jolla hän lopettaa aiheen käsittelyn (rivi 29). Potilaalle silmäleikkausasia voi näyttää vähäpätöiseksi tuomitulta, koska hoitaja ei osoita millään lailla kiinnostuvansa aiheesta. Potilaan humoristinen ulospääsy tilanteesta on vaihtoehto lopettaa aihe kasvojaan menettämättä.

Potilaan maininta *”mutta toinen on sitä parempi”* osoittaa näkökykyä koskevan vaikean asian tulkitsemista käänteisesti, myönteisessä valossa (Coupland ym. 1991: inversion strategy). Coupland kumppaneineen käyttää ilmaisuja *”hymyllä läpi vastoinkäymisten”*, jolloin potilas muuttaa edellä sanomaansa perspektiiviä kontrolloidulla ja iloisella tavalla. Joskus tämä saattaa näyttää hyvinkin *”kevyeltä”*, jopa tilanteeseen nähden luonnottomalta hilpeydeltä.

Toisaalta katkelman lopussa on tultu vaiheeseen, jossa käsitellään näkökykyä. Silmäleikkauksen jälkeen potilaan näkökyky ei ole enää entisenlainen (rivit 27, 29). Potilas ei ehkä haluakaan käsitellä aihetta syvemmin, vaikka aikaisemmat puheenvuorot antavat aihetta näin olettaa. Tässä yhteydessä voidaan puhua myös avautumisesta pidättäytymisestä, joka voi palvella myönteisiä tarkoituksia, kuten tunnekokemisen suojaamista (Jarret & Payne 1995; Vesala 1998). Eli henkilö välttää avautumisen mahdollisesti tuottamia kielteisiä tunteita, esimerkiksi kiusaantuneisuutta jne. Esimerkkikatkelmassa potilas kääntää avautumisyritykset lopulta itselleen eduksi. *”Avautumatta jättäminen voi olla myös osoitus sosiaalisesta taitavuudesta”* (Vesala 1998, 72). Tilanteessa havaittu kohteliaisuus on ehkä myös halua asettautua hyvän potilaan rooliin (Häggman-Laitila 1994) sekä taipumusta säästää hoitajan aikaa olematta vaivaksi (Waterworth & Luker 1990).

Osajulkaisu 3 valottaa kohteliaisuutta osana potilaiden vaiteliasta, mutta tarkkaavaista viestintää. Puhumalla mieluummin vaiteliaisuudesta kuin passiivisuudesta olen halunnut osoittaa, ettei hiljainen potilas ole totaalisen hiljainen ja passiivinen, vaan hän on kietoutunut keskusteluun erilaisin palauteviestein (vrt. Lehtonen & Sajavaara 1985). Kuten edelliset katkelmat osoittavat, potilaan vaiteliaisuus kertoo hyvinkin tarkkaavaisesta tilanteen seuraamisesta.

Vähättely

Edellä mainittuun luonnehdintaan liittyy myös osajulkaisussa 3 kuvattu vähättelystrategia (Coupland ym. 1991: minimization strategy). Tällöin potilas mieluummin korostaa julkilausutun asian vastakohtaa kuin alkaa pohtia laajemmin sen merkityksellisyyttä omaan elämäänsä. Toisaalta vähätellessään asiaa potilas voi tarjota hoitajalle mahdollisuutta ottaa aihe käsiteltäväksi (vrt. Raevara 2000). Näin esitettynä hoitajan on aiheesta myös helppo luopua. Osajulkaisussa on esimerkki diabetes-potilaan neuvonnasta, jossa potilas välttää syvemmän diabetesta koskevan keskustelun toteamalla insuliinin pistämisestä: *”muistan ku äiti sano että (.) nii no joskus (.) että miltä se tuntus ku itteäs pistäsit (.) nyt sen tietää (.) ei siinä sen ihmeempää ole.”* (12)

3.4 Yhteenvetoa keskustelujen puhekäytännöistä

3.4.1 Yhteistyön rakentuminen

Vastavuoroinen tai ei-vastavuoroinen osallistumiskehys on seurausta konkreettisissa tilanteissa tapahtuvista sanojen ja lausemuotojen sekä nonverbaalisten viestien valinnoista (Jaatinen 1997). Nämä keskustelulliset keinot ilmenevät kokonaisuudessaan taulukosta 1. Useimmiten osallistumiskehykset vuorottelevat saman tilanteen aikana. Mikään yksittäinen keskustelukeino ei näytä saavan aikaan keskustelusta joko vastavuoroista tai ei-vastavuoroista. Keskustelu voi sisältää esimerkiksi hoitajan tunnustelevia kysymyksiä, mutta samanaikainen vahva suostuttelu ja potilaan syyllisyyttä tukevat viestit tyrehdyttävät vastavuoroisuuden. Toisaalta, esimerkiksi potilaan kertomus kokemuksistaan ja siihen liittyvä kysymys ei johda vastavuoroiseen keskusteluun, jos hoitaja ohittaa ne. Potilaan kysymys voi kilpistyä hoitajan rajoittavaan toimintaan. Samoin hoitajan tunnusteleva puhe ja tilan tarjoaminen potilaalle eivät saa aikaan potilaan vastavuoroista osallistumista, jos aihe on potilaalle niin tuttu ja arkipäiväinen, ettei hän ehkä näe siitä keskustelemista tarpeellisenä.

Ei-vastavuoroisessa osallistumiskehyksessä on kuultavissa organisaation ääni ja hoitajan ja potilaan välinen viestintä muistuttaa käsitystä rationaalisesta yhteistyöstä. Tiivistetysti tämä tarkoittaa sitä, että puhujan on puhuttava totta, sanottava vain se, mikä on tarpeen, ja selkeästi sekä oltava relevantti eli puhuttava asiaan kuuluvista seikoista. (Jin 1999; Leiwo 1992, 29-35; Tainio 1988, 198.) Tällainen yhteistyö on yksisuuntaista. Potilas jäsenyy toiminnan kohteeksi ammattilaisen mekaaniseen tilanteen käsittelyyn. Hänestä tulee hoitajan kysymyksiin vastaaja, hoitajan määrittelemän tiedon tuottaja, tietämätön ja ohjeista piittaamaton tai kuuliainen suostuteltava. Toisaalta hän määrittyy ammattilaisiin luottavaisena ja kohteliaasti käyttäytyvänä keskustelukumppanina sekä itsenäisenä osajana, joka mukautuu hoitajajohtoiseen tilanteeseen.

Päällisin puolin monet ei-vastavuoroisen osallistumisen tilanteet vaikuttavat sosiaalisesti miellyttäviltä, mutta syvempi analyysi tuo esiin keskustelujen epäviisyyden, sillä osapuolet eivät aina vahvista toistensa ymmärrystä tilanteesta, etenkin hoitaja ei jäsenny potilaan aloitteiden mukaisesti. Viestin välittyminen tulisi kuitenkin olla osapuolia yhdistävä tapahtuma. Ei-vastavuoroisessa osallistumiskehyksessä potilaan viestit jäävät usein välittymättä ja tämä tarkoittaa yhteyden puuttumista eli tätä taustaa vasten viestinnän epäonnistumista (ks. Vesala 1998). Ammattilainen tarjoaa neuvoillaan ja kysymyksillään apua sekä määrittelee, millaista ohjausta potilas tarvitsee. Professionalismin pelisäännöt toimivat (Määttä 1999) eikä tällainen yhteistyö tunne yhteisesti rakentuvaa todellisuutta. Hyvin usein hoitajien viestintä on rationaalista ja tavoitteellista, mutta potilaan tavoite ei tule esille. Hoitajan tavoitteellisuus ohittaa potilaan mielen maisemat, hoitajat "tietävät kysymättä", mikä on potilaan paras. Keskustelu ei etene tai sitä ei synny, jos jompikumpi osallistuja ei lisää jotakin puhuttuun aiheeseen.

TAULUKKO 1 Tutkimuksessa havaitut neuvontakeskustelun puhekäytännöt

Potilas	
Vastavuoroisen osallistumisen puhekäytännöt	Ei-vastavuoroisen osallistumisen puhekäytännöt
Assertiivisuus <ul style="list-style-type: none"> • Avautuminen • Kysymykset • Ko - operatiiviset keskeytykset 	Heittäytyminen ammattilaisten käsiin <ul style="list-style-type: none"> • Luottamus • Huolenpidon kohteena oleminen Tuttu asia Kohteliaisuus <ul style="list-style-type: none"> • Vihjeet • Perspektiivin kääntäminen • Vähättely
Hoitaja	
Vastavuoroisen osallistumisen puhekäytännöt	Ei-vastavuoroisen osallistumisen puhekäytännöt
Kutsu osallistujaksi <ul style="list-style-type: none"> • Osallistumistarjous • Tuntemuskysymykset • Arkirupattelu Potilaan reflektion herättäminen <ul style="list-style-type: none"> • Tunnusteleva puhe • Reflektiiviset kysymykset Potilaan kompetenssin kunnioittaminen <ul style="list-style-type: none"> • Kuunteleva palaute • Vaihtoehtojen neutraali esittäminen • Neuvojen yksilöllisyys Hoitajan kohteliaisuus <ul style="list-style-type: none"> • Positiivinen rohkaisu • Sinutteleva puhuttelumuoto • Epäsuoruus • Vertaispuhe 	Toteava aloitus Vakiintunut keskustelurakenne Tietotankkaus Potilaan kompetenssin kieltäminen <ul style="list-style-type: none"> • Moralisoiva suostuttelu • Syyllisyyden vahvistaminen • Potilaan puheen huomiotta jättäminen Ammattisanasto

Vastavuoroisesti virittyneissä keskusteluhetkissä tulee esiin potilaan ääni. Potilas on toiminnan subjekti, joka yhtä lailla vaikuttaa keskustelun muotoutumiseen. Osallistuessaan potilas voi rajata ammattilaisen toimintamahdollisuuksia itselleen järkevällä tavalla. Tämä mahdollistuu sekä hoitajan että potilaan puheen avulla. Vastavuoroisessa osallistumiskehyksessä perinteiset institutionaalisen keskustelun ominaispiirteet (Drew & Heritage 1998) jäävät taka-alalle. Molemmat osapuolet rikkovat niitä omalla toiminnallaan ja rakentavat kumppanuutta. Vuorovaikutus on kaksisuuntaista ja se mahdollistaa yhteisen näkemyksen kehittelyn. Yhteistyö potilaan kanssa ei noudata yhtä tiettyä kaavaa (Andersson 1996; Määttä 1999, 38).

Tutkimus osoittaa tilanteiden kielellisen käytännön tärkeäksi tutkimuksen ja kehittämisen alueeksi. Ennen kaikkea se kohdistaa huomion kielenkäytön tasolla tapahtuvaan yhteistyöhön ja osallistumisen muotoihin. Yhteistyötä potilaan ja ammattilaisen kanssa pidetään terveysneuvonnan perustana (Nupponen 1998). Tämän tutkimuksen pohjalta on nähtävissä, että yhteistyön käytännöt poikkeavat toisistaan, kun tutkimuksen kohteena on potilaan osallistuminen. Yleisesti ottaen kaikissa aineiston keskusteluissa on kysymys yhteistyöstä, mutta se rakennetaan eri tavoin. Molemmat osapuolet määrittivät ratkaiseviksi keskustelun suuntaajiksi.

3.4.2 Sairaalan terveysneuvonta hoitokäytäntöjen kokonaisuudessa

Kuten keskustelujen analyysistä on voitu havaita, sairaalassa toteutuva terveysneuvonta ei ole pelkästään neuvoihin liittyvä kokonaisuus, vaan se on joukko useita hoitokäytäntöihin liittyviä puhetoimintoja (vrt. Silverman 1997, 10-11), jotka tässä yhteenvedossa jäsenyivät ei-vastavuoroisen ja vastavuoroisen osallistumiskehyksen mukaisesti. Erilaiset tilannekohtaiset puhetoiminnot ylläpitävät erilaisia osallistujarooleja. Sairaalassa hoitajan ja potilaan välisiä keskusteluja hallitsee lääketieteellinen tietämys potilaan terveysongelmasta. Hoitaja on tietoinen potilaan vaivasta ja sairaalaan johtaneista syistä. Päinvastoin kuin lääkäriin mentäessä (Raevaara 2000, 56) potilaan ei tarvitse keskustelun aluksi oikeuttaa keskusteluun tuloaan, koska aloite on tullut hoitajalta. Sairaalassa se määräytyy lääketieteellisen ongelman perusteella ja tätä varten on olemassa oma valmis ohjelmansa. Potilas ei ole itse pyytänyt keskustelua, vaan hän ottaa keskustelun valmiiksi annettuna tilaisuutena luottaen sairaalan tapaan hoitaa asioita. Tilanne on vastaavanlainen kuin Silvermanin (1997) tutkimuksen AIDS-neuvonnassa.

Auttamistyön kohtaamisille on tyypillistä, että työntekijä miltei poikkeuksetta ottaa aloitteen käsiinsä (Suoninen 2000). Näin ollen jo lähtötilanne rakentaa potilaalle helposti tiedon lähteen tai tiedon vastaanottajan roolin ellei hoitaja alusta alkaen osoita erityistä herkkyyttä suotuisan ilmapiirin virittämiseen. Tämä on osa hoitajan tunnettyötä (Ahokas 1998; Rostila 1997), sopivan tunnevireen etsimistä, ymmärtämistä, jota sairauden herkistämässä tilanteessa potilailla on oikeus myös hoitajalta odottaa. Tämän tutkimuksen mukaan sen rakentuminen voi alkaa jo kohtaamisen ensihetkestä lähtien. Yhtä hyvin voitaisiin puhua vuorovaikutussuhteen kehittämisestä (Rollnick ym. 1993), sen terapeuttisuudesta (Dimatteo ym. 1994) tai psykologisen ilmaston luomisesta (Kyyrönen ym. 1995).

Hoitajan ja potilaan välisessä keskustelussa on aina myös terapeutin ulottuvuus (Robins & Wolf 1988; Spiers 1998). Tämä ei tarkoita kuitenkaan sitä, että keskustelu olisi terapiaa (Heikkinen 1988; Lahti 1989; van Ryn & Heaney 1997) tai pyrkimystä neuvontakeskustelun psykologisointiin (Kivivuori 1991), vaan terapeutin näkökulma on ymmärretty tärkeäksi myös terveysneuvonnan alueella (Rollnick ym. 1993). Huomion kiinnittäminen emotionaalisesti vapaan ilmapiirin kehittämiseen ja sen ylläpitämiseen nähdään tärkeänä kaikissa terveydenhuollon vuorovaikutustilanteissa ja se on aina nähty tärkeänä elementtinä hoitotyössä (esim. Pelkonen 1994). Tästä syystä hoitajien taholta erilaiset "kehittelyt" voivat olla hyvinkin tietoisia. Ilmapiirin huomioimista on aikaisemmin pidetty erityisen tärkeänä etenkin arkaluontoisia asioita (Weijts ym. 1993) käsiteltäessä. Tässä tutkimuksessa sitä tapahtui yhtä lailla kaikenlaisissa tilanteissa ja myös potilaat ottivat aktiivisen roolin arkirupattelullaan.

Tunnetun voi nähdä palvelevan terveyskasvatuksen arkiterapeuttista tehtävää ja siihen läheisesti liittyy myös tutkimuksessa havaittu kohteliaisuus, joka sekä kunnioittaa potilasta ja potilaasta lähtevää puheenaiheiden valintaa että vahvistaa potilaan ja hoitajan yhteisyyttä ja korostaa potilaan hyväksyntää. Hoitajan kohteliaisuuden tarve nousee organisaation tehtävästä, sillä hoitaja on virkansa puolesta sekä velvoitettu että oikeutettu esittämään potilaalle kysymyksiä tämän sairauksista, totumuksista ja intimitettiin liittyvistä asioista. Hoitajat myös informoivat potilaita monista asioista. Tiedon oikea määrä on aina tilannesidonnaista ja hoitaja joutuu jatkuvasti arvioimaan potilaan tiedon tarvetta, mitä potilas haluaa milloinkin tietää ja miten paljon. (Leiwo ym. 1992.) Larjavaaran (1999) sanoin voitaisiin tässä yhteydessä puhua kumppanuutta korostavasta lähikohteliaisuudesta.

Oleellinen osa hoitajan ja potilaan välistä neuvontakeskustelua ovat erinäiset tietojen jakamiseen, tiedon hankintaan ja tietojen tarkistamiseen liittyvät toiminnot. Hoitajan potilaaseen suuntaama tiedonhankinta on usein haastattelun muotoa noudattelevaa kaavakkeiden täyttämistä tai potilastietojen tarkistamista ennen jotakin toimenpidettä. Oppikirjojen osoittamat keskustelujäsenyydet, kuten esimerkiksi haastattelu, on suunniteltu helpottamaan hoitajan työtä ja sanoman vastaanottamista. Usein haastattelu tähtää myös potilaan turvallisuuteen, varmistetaan potilastiedoista ja niiden paikkansa pitävyydestä. Tässä aineistossa tällainen käsikirjoitus näyttää muodostuvan vastavuoroisuuden esteeksi, sillä yleensä se sallii vain potilaan lyhyen vastauksen. Tiukka pidättyminen totutussa keskustelurakenteessa jättää potilaan kokemuksellisenä osallistujana poissaolevaksi, vaikka potilas osoittaisikin osallistumiseen halukkuutta.

Hoitajan rooli keskustelun linjaajana on niin vahva, että se vaikuttaa potilaan osallistumista lamaavasti. Tällöin potilaan osallistuminen noudattaa kulttuurista samanmielisyyttä ja pinnallista harmoniaa suosivaa puhekäytäntöä, mikä oli tyypillistä myös suomalaisten alkoholiongelmaisten ja terapeuttien väliselle keskustelulle (vrt. Jaatinen 1997, 117). Tässä tutkimuksessa olen tulkinut tällaiset potilaan toiminnot kohteliaisuudeksi (Brown & Levinson 1987; Coupland ym. 1993), joka korostuu etäkohteliaisuutena (Larjavaara 1999) ja sosiaalisen välitietojen ylläpitämisenä. Tällöin potilas ei keskeytä hoitajaa, hän välttää konfliktia ja pyrkii säilyttämään harmoniaa. Hän pitää sekä emotionaalista että

sosiaalista välimatkaa hoitajaan. Näyttää siltä, että kohteliaisuus osoittaa potilaiden herkkyyttä toimia odotusten mukaisesti. He havaitsivat hoitajan taholta tulevat rajoittavat viestit ja suojelevat omia kasvojaan rajoittavalla viestinnällään, jolloin potilaiden viestintään ei kuulu liiallinen henkilökohtaisuus tai toisen puheen rajoittaminen pyynnöin tai kysymyksin, vaan potilas pitää etäisyyttä hoitajaan. (Jarret & Payne 1995.)

Vain harvoin potilas murtaa vakiintuneen keskustelurakenteen assertiivisillä toiminnoillaan, mikä tuo uuden ja mielenkiintoisen lisän neuvontakeskustelun luonteeseen. Tässä mielessä tutkimus osoittaa, että potilaat voivat myös poiketa odotuksenmukaisesta roolistaan (vrt. Raevaara 2000). Potilaiden kysymysten ja itselle tärkeiden asioiden avaamisen keskustelun osaksi on havaittu lisäävän esimerkiksi lääkärin potilaalle antaman informaation määrää (Street 1991). Tässä mielessä potilaan assertiivinen viestintä on tärkeä keino saada ammattilainen huomaamaan paitsi tiedon myös emotionaalisen tuen tarve (Street 1992). Assertiivisellä toiminnalla on myös toinen puoli, miksi potilaat ehkä vierastavat tällaista roolia: assertiivinen potilas voidaan nähdä myös vaativana ja itsepäisenä, jopa epäasiallisena ja yhteistyökyvyttömänä henkilönä, kuten Pettegrew & Turkatin (1986) tutkimuksessa. Heidän tutkimuksessaan havainnoitsijoiden ja potilaiden omat arvioinnit viestintätavasta erosivat erityisesti assertiivisten piirteiden kohdalla. Havainnoitsijat tulkitsivat tällaisen potilaan jopa riitaisaksi, epäasialliseksi ja yhteistyökyvyttömäksi, kun taas potilas itse koki pikemminkin olevansa aktiivinen ja osallistuva. Tällainen potilas saa helposti hankalan potilaan leiman (Häggman-Laitila 1994). Kuitenkin se voi kertoa potilaan kyvystä tehdä terveyttään koskevia päätöksiä ja hallita omaa elämäänsä.

Sairauden kohdatessa tieto antaa potilaalle turvaa ja varmuutta (Pålsson & Nordberg 1995) ja esimerkiksi Iiren (1999) tutkimuksessa tiedon puute oli yksi keskeisimpiä sairaudesta johtuvan epävarmuuden aiheuttajia. Tieto on yksi tekijä, joka auttaa hallinnan tunteen saavuttamista (Määttä 1999) ja sen avulla potilaat pyrkivät selittämään ja ymmärtämään sairauttaan. Tämän vuoksi potilaiden tiedon tarve on sairaalassa suuri ja hoitajat pyrkivät vastaamaan potilaiden tiedon tarpeeseen. Tässä aineistossa sairauslähtöisen syy-seuraus -ajattelun pohjalta tapahtuva terveystiedon jakaminen kiinnittää hoitajan huomion riskitekijöihin, jolloin hän antaa tietoa syistä sekä kehottaa potilasta muuttamaan käyttäytymistä ja vähentämään terveydelle haitallisia tekijöitä (esim. Lappalainen & Koikkalainen 1998). Hoitajan potilasta sivistävä terveystieteiden tehtävä on niin dominoiva, että usein potilaan aiheet konstruoidut näissä tilanteissa vähemmän tärkeiksi ja ohitettaviksi. Toiminta saattaa kuvastaa Vuoren (1995) havaitsemaa hoitohenkilökunnan käsitystä siitä, että potilaat eivät riittävästi lausuisi julki tarpeitaan jolloin hoitajat pyrkivät rutiininomaisesti tietoa jakamalla varmistamaan potilaan tiedon tarpeen täytymistä. Tällainen toiminta irrottaa kuitenkin potilaan erilliseksi ympäristöstään. Toiminta tapahtuu potilaan arkittellisuuden ulkopuolella, mikä objektivoi ja etäännyttää potilaan (Heikkinen 1988).

Yleisen tiedon jakamiseen liittyvät myös yleiset hyviin elämäntapoihin kiinnittyvät neuvot, joita hoitajat antavat potilaille oma-aloitteisesti jopa suositellen. Myös Silvermanin (1997) ja Heritagen ja Sefin (1998) tutkimuksissa ammattilaiset antoivat neuvoja automaattisesti ennen kuin asiakkaat ilmaisivat

mitään tiedon tarpeestaan. Käytäntö poikkeaa Suonisen (2000) käsityksestä, mutta on yhdenmukainen Jaatisen (1997) ja Viitasen (1997) tutkimustulosten kanssa. Suonisen (2000) mukaan auttamistyöntekijät harvoin suosivat suoraa neuvonantoa, sillä se asettaa toisen osapuolen tiedon alempiarvoiseen asemaan ja osoittaa, että toimintaa pitäisi ehkä jotenkin muuttaa. Näin ollen muutoksen virittäminen potilaan ymmärrykseen on erityisen vaativaa toimintaa. Hoitajan neuvontatyössä terveystieteiden muutosta avustava tehtävä on ollut vallitseva näkökulma terveystieteiden muuttamisessa ja tästä syystä neuvojen jakaminen on osa hoitajan arkea.

Tässä tutkimuksessa yleisen, sairauslähtöisen tiedon jakamisen ohella hoitajat toimivat myös potilaiden yksilöllisen tiedon lähteenä ja tarjoajana ja reflektiota herättävällä toiminnallaan jopa potilaan oman tiedonmuodostuksen aktivoijana. Tällöin terveystieteiden sivistävä ja muutosta avustava tehtävä saavat uudenlaisia toimintatapoja. Neuvoissa on havaittavissa yksityiskohtainen potilaan kokemuksiin ja asiantuntemukseen pohjautuva neuvottelua muistuttava piirre. Näin hoitajat toimivat silloin, kun potilas pyytää neuvoa sekä silloin, kun he kuuntelevat ja kunnioittavat potilaan puheesta nousevia keskustelunaiheita. Neuvojen rakentuminen tapahtuu uudenlaisena toimintana, mikä suosii potilaan kompetenssia. Tällainen neuvonanto on moniulotteinen ja kätkeytyvä toiminto, johon liittyy varovaisia puheen muotoiluja ja mahdollisen ongelman lähestymistä potilaan arviointia herättävin kysymyksin (vrt. Juhila 2000; Suoninen 2000). Tomm (1993, 18) on kehittänyt vastaavatyyppejä kysymyksiä terapiakeskusteluihin välttääkseen ”ongelmakeskeistä” työskentelytapaa. Hänen mukaansa ongelmasta kysyminen merkitsee sen esille kutsumista ja sen olemassaolon vahvistamista. Tällainen kysyminen sisältää ennakkoletuksen siitä, että ongelmat täytyy tunnistaa ja/tai selkeyttää ennen terapeutista toimintaa. Hänen mukaansa tämä osoittaa rajoittunutta ja patogeenista ajattelua. Se johtaa keskustelun tyytymättömyyden alueille, kun paljon hedelmällisempää olisi vahvistaa positiivisia muutoksia ja uusia käyttäytymismuotoja. Rollnick ym. (1993) kehottavatkin välttämään kysymyksenasettelussa termejä ”ongelma” tai ”huoli”. Heidän mukaansa käytäntö kunnioittaa potilaan autonomiaa, jolloin määrittelyn valta jää potilaille itselleen. Potilaan itsearvostus ei kohene asioiden esiin kaivamisella vaan vahvuuksien löytämisellä sekä sokeiden kohtien tiedostamisella (Siitonen 1999).

Terapiassa reflektiiviset kysymykset edistävät asiakkaan omia paranemisprosesseja avaten asiakkaan silmät uusille näkemyksille ja valinnanmahdollisuuksille (Tomm 1993). Hoitajan ja potilaan välisessä keskustelussa ne helpottavat potilaiden terveyteen liittyvien kokemusten, käsitysten ja arkirutiinien näkyviksi tulemista, jolloin myös niiden tiedostaminen mahdollistuu ja voidaan päätyä uusiin tulkintoihin. Tällainen neuvonanto ei suosittele potilaille tiettyä toimintatapaa vaan rohkaisee potilaan omaa päätöksentekoa ja toimijuutta ja johtaa näin ollen fokuksidumpaan ongelman selvittelyyn (Juhila 2000). Heritage ja Sefi (1998) käyttävät tällaisessa yhteydessä luonnehdintaa vaiheittainen neuvonanto.

Lövgrenin ym. (1996) mukaan potilaat ja omaiset näkevät hoitamisessa kaksi toisistaan eroavaa näkökulmaa, tehtävä- ja vuorovaikutussuhdeaspektin. Tässä tutkimuksessa sairauslähtöinen tiedon jakaminen ja siihen liittyvät neu-

voit sekä potilaan kompetenssin kieltävät aktiviteetit korostavat hoitamisen tehtäväaspektia vuorovaikutussuhdeaspektin jäädessä varjoon. Potilaan kompetenssin kieltäminen viestii siitä, minkä statuksen potilaan esittämät puheenaiheet saavat suhteessa muihin keskustelun aiheisiin. Kun hoitaja välttää tilanteen, jossa potilaan esiin nostamat asiat nousevat keskeiseen asemaan, hoitajan asiantuntemus säilyy korostuneena. Potilaiden kohteleva "tehtäväasiantuntijuudesta" käsin näyttää aineistossa johtavan helposti objektivoidaan työkentelytapaan (Burnard 1999, 35). Viitanen (1997) puhuu omassa tutkimuksessaan ohjeiden kohtaamattomuudesta juuri vastaavanlaisissa tilanteissa, joissa ammattilainen vie läpi oman näkemyksensä potilaasta riippumatta. Hoitajalle itselleen kyseessä voi olla hoitoyhteisössä opittu ammattirooli, mutta potilaalle kompetenssin kieltäminen osoittaa epäluottamusta ja välinpitämättömyyttä ja on eettisesti kyseenalaista. Sen katsotaan pohjaavan ammattilaisten näkemykseen tuntee terveyteen ja sairauteen liittyvät asiat paremmin kuin potilas itse (Määttä 1999). Toisaalta tulkinnessa on otettava huomioon sairaalaorganisaation vaikutus. Hoitajalle tiukka ammattirooli saattaa tulla inhimillisestä asennetta tärkeämmäksi työtä määrittäväksi tekijäksi ja näin ollen yksilöllisiä ominaisuuksia korostava vuorovaikutusaspekti saatetaan kokea jopa vahingollisena sairaalan toimivuudelle (Heikkinen & Laine 1997; Vuori 1995). Organisaation asettamasta tehtävästä kumpuaa myös hoitajan taipumus puhua ammattitermein, jolloin vain hoitajalla on pääsy sanojen merkityksiin. Potilaalle tämä voi tuottaa turhautumista ja hoitaja jää vaille potilaan näkemyksiä, koska potilas ei voi osallistua keskusteluun (May 1998; Shemeikka 1999).

Sairaalan rutinoituneet puhekäytännöt ja luottamus ammattitaitoiseen henkilökuntaan suosivat potilaiden hoidettavaksi jättäytymistä. Häggman-Laitila (1994) korostaa, että ammattilaisten hoidettavaksi jättäytyminen ei kuitenkaan välttämättä tarkoita luovuttamista vaan potilaan yleinen elämänhallinta saattaa silti olla itsenäistä selviytymistä korostavaa. Tässä aineistossa hoidettavaksi jättäytyminen rakentuu paitsi sanavalintoina myös asettumalla ei-vastavuoroiseen keskusteluasemaan. Kyseessä voi olla niin sanottu rutiinipalvelukontakti (Rostila 1997), jossa potilas tulee korjauttamaan jonkin vaivan samaan tapaan kuin veisi autonsa korjattavaksi palatakseen tämän jälkeen terveenä hoitamaan entisiä tehtäviään (Avis 1994).

4 POTILAAN OSALLISTUMINEN JA VOIMAVARAKESKEISEN TERVEYSNEUVONNAN IDEA

4.1 Voimavarakeskeisyyden taustaa

Neuvontatyön toimintaideologiassa korostuu asiakas- ja potilaskeskeisyys ja sen saavuttamiseksi on myös kehitelty erilaisia neuvonnan toteutuksia (Buxton ym. 1996; Cupples ym.; Hall ym. 1997; Leskinen ym. 1995; Miller & Rollnick 1991; Prochaska ym. 1994; Rollnick ym. 1992; Rollnick ym. 1997). Tavoitteena on nähty tehokas ja tuloksellinen potilaan itsemääräämisoikeutta ja osallistumismahdollisuutta korostava neuvontatyö. Toteutusten kehittämisessä on hallitsevana ollut asiantuntijan kyvykkyyden perspektiivi. Usein nämä toteutukset ovat lähestyneet neuvontatyötä riskiajattelun kautta ja keskittyneet sisällöllisesti esimerkiksi tupakoinnin tai alkoholin käytön vähentämiseen tavoitteena aina jonkinasteinen käyttäytymisen muutos. Varsin usein myös neuvonnan toteutumista ovat arvioineet ammattilaiset, eivät asiakkaat. Esimerkiksi Rollnickin ja hänen kumppaneidensa (1997) tutkimuksessa lääkäreiltä kysyttiin arviota siitä, miten hyväksyttävältä menetelmä näyttää potilaista ja onko menetelmä auttanut potilaita selvittämään omia ideoitaan.

Toisenlaista ulottuvuutta terveysneuvonnan kehittämiseksi on antanut oppimiseen perustuva empowerment-ajattelu (Tones 1994; 1998a; van Ryn & Heaney 1997), josta käytän tässä tutkimuksessa termiä voimavarakeskeinen terveysneuvonta. Voimavarakeskeinen näkökulma lähtee perusolettamuksista, jotka nostavat asiakkaan ammattilaisten rinnalle korostamalla molempien kyvykkyyttä ja asiantuntemusta. Potilaan näkökulmasta se tarkoittaa sitä, että ammattilaiset uskovat potilaiden tietoihin, taitoihin ja muuttumisen mahdollisuuksiin. Huomio kohdistuu potilaan arkipäivän tarpeisiin, selviytymiseen, piileviin voimavaroihin, toimintatyyleihin ja tukiverkkoihin. Tässä tutkimuksessa vastavuoroista osallistumista edistävä terveysneuvonta on määritetty voimavarakeskeiseksi neuvonnaksi (osajulkaisu 5), sillä terveyskasvatuksen näkökulmasta vastavuoroisuus-

den toteutuminen johtaa voimavarakeskeiseen työskentelytapaan (van Ryn & Heaney 1997; Tones 1994).

Empowerment-käsitettä on suomennettu useilla eri tavoilla. Esimerkiksi perhetyössä puhutaan valtaistumisesta (Määttä 1999) tai täysivaltaistumisesta (Mattus 1994), opetustyössä voimaantumista (Siitonen 1999), sosiaalityössä vahvistamisesta (Rostila 1997), hoitotyössä sekä vahvistamisesta (Pelkonen 1994) että valtaistamisesta (Kuokkanen & Leino-Kilpi 2000b) ja terveyden edistämisen ihmisen ja voimavarakeskeisyydestä (Liimatainen ym. 1999). Termin käsitteellistämiseen on haettu pohjaa useista lähtökohdista, esimerkiksi psykologiasta (Tones 1994), kriittisestä sosiaaliteoriasta (Anderson 1996; Fulton 1997; van Ryn & Heaney 1997), Freiren kasvatusteoriasta (Liimatainen ym. 1999; Wallerstein & Bernstein 1988), motivaatioteorioista (Siitonen 1999) ja ekokulttuurin teoriasta (Määttä 1999). Toistaiseksi ei kuitenkaan voida puhua teoriasta, vaan kyseessä on edelleen filosofinen näkökulma neuvontatyöhön (Skinner & Craddock 2000). Näin ollen voimavarakeskeisyydestä ei myöskään ole olemassa yleisesti hyväksyttyä määritelmää, vaan määrittelyä on tehty esimerkiksi vastakohtien (avuttomuus, alempiarvoisuus, voimattomuus jne.) kautta (Jones & Meleis 1993). Voimavarakeskeisyys nähdään toimintana, joka edistää yksilöiden, yhteisöjen ja organisaatioiden osallistumista tavoitteena omaan elämään vaikuttavien tekijöiden hallitseminen sekä yhteisössä että laajemminkin yhteiskunnassa (Liimatainen ym. 1999; Rissel 1994; Wallerstein & Bernstein 1988). Yhteys WHO:n terveyden edistämisen määrittelyyn on ilmeinen (Ottawa Charter 1986). Tonesin (1988b) mukaan ollaan yksimielisiä siitä, että voimavarojen saavuttaminen (empowerment) on hyväksi terveydelle ja tähän päätyvät myös Jones ja Meleis (1993) sekä Rissel (1994).

Terveyden edistämiseen liittyvää kansainvälistä keskustelua voimavarakeskeisyydestä hallitsevat teoreettisävyiset kirjoitukset (Anderson 1996; Jones & Meleis 1993; Kuokkanen & Leino-Kilpi 2000a; Labonte 1994; Tones 1994; 1998a; 1998b; Rafael 1995; Rissel 1994; Skinner & Craddock 2000), joissa painottuvat yhteisön tarjoamat hyvinvoinnin mahdollisuudet voimavarojen saavuttamiseksi. Voimavarakeskeisen terveyden edistämistutkimuksen keskeisiä kohteita ovat olleet yhteisöprojektit (Eklund 1999; Kar ym. 1999; Labonte 1994) tai opetukselliset interventiot (Anderson ym. 1995; Fulton 1997; Wallerstein & Bernstein 1988; Williams 1995). Kyetäkseen toimimaan voimavarakeskeisesti yhteisötasolla on ihmisen kuitenkin ensin saatava henkilökohtaisesti tuntumaa voimavarojen saavuttamiseen. Kun ihminen saavuttaa henkilökohtaisen tunteen oman terveytensä tai sairautensa hallinnasta, myös hänen mahdollisuutensa vaikuttaa terveyttään koskeviin yhteisöllisiin ja yhteiskunnallisiin tekijöihin vahvistuvat (Rissel 1994; Tones 1994).

Voimavarakeskeisyyden toteutumista on tutkittu vähemmän käytännön vuorovaikutustilanteissa ja voimavaroihin keskittyvän työotteen ideointi hoitajan työhön onkin nähty tärkeäksi tulevaisuuden haasteeksi (Hägman-Laitila 1999; Pelkonen 1994). Vuorovaikutussuhteiden voimavarakeskeisyyttä ovat käsitelleet muun muassa Feste ja Anderson (1995), McWilliam ym. (1997), Skinner ja Craddock (2000), Tones (1998a) sekä van Ryn ja Heaney (1997), joista konkreettisimmin idean ovat tavoittaneet van Ryn ja Heaney omassa artikkelissaan ja heidän esittämänsä vuorovaikutusstrategiat on esitelty osajulkaisussa 4. Tässä luvussa tarkastelen tämän tutkimuksen tuloksia voimavarakeskeisyyden kannalta, koska

ne tarjoavat mahdollisuuksia voimavarakeskeisyyden tavoittamiseksi käytännön neuvontakeskusteluissa.

4.2 Voimavarakeskeisyyden periaatteet

Millaista siis olisi sellainen sairaalan terveysneuvonta, joka parhaiten voisi auttaa potilasta voimavarojen saavuttamisessa? Kysymystä on alustavasti lähestytty osajulkaisuissa 4 ja 5, joissa siihen on vastattu pääosin ammattilaisten näkökulmasta. Tässä pyrin vastaamaan kysymykseen laajemmin tarkastelemalla voimavarakeskeisyyden elementtejä, paitsi aikaisemman empowerment-kirjallisuuden ja -tutkimuksen valossa, myös potilaan näkökulmasta. Tutustuminen voimavarakeskeisyydestä käytyyn kirjoitteluun osoittaa, että yhtenäisen näkemyksen esittäminen vuorovaikutussuhteen voimavarakeskeisyydestä on hankalaa. Tutkijoiden taustaorientaatiosta johtuen periaatteita luonnehditaan eri käsittein ja erilaisin painotuksin. Tästä huolimatta kirjoituksista on löydetävissä muutamia yhteisiä periaatteita. Tällaisia keskeisiä lähtökohtia ovat voimavarakeskeisyyden näkeminen prosessina, potilaan henkilökohtaisen hallinnan vahvistuminen, vallan jakaminen, aktiivinen osallistuminen sekä tasavertaisuus, autonomia ja reflektio.

Aktiivista osallistumista voimavarakeskeisyyden perustavana lähtökohtana (Jones & Meleis 1993; Rafael 1995; Rissel 1994; van Ryn & Heaney 1997; Skinner & Cradock 2000) Tones (1998a) pitää jopa avainkäsitteenä. Neuvontakeskustelussa osallistuminen edellyttää tasavertaista vuorovaikutussuhdetta (Feste & Anderson 1995) ja potilaan ehdotonta hyväksymistä sekä turvallista, luottamuksellista, arvostavaa ja kunnioittavaa ilmapiiriä (van Ryn & Heaney 1997; Skinner & Cradock 2000). Voidaan puhua vuorovaikutussuhteen positiivisesta latauksesta (Siitonen 1999, 153). Tällaisessa tilanteessa potilaalla on liikumatilaa, keskusteluilmapiirin vuorovaikutus mahdollistaa avoimen ja rehellisen mielipiteiden vaihdon eikä potilas koe kohtuuttomia rajoittavia vaatimuksia tai kontrolloivaa ulkoista painetta muuttua tiettyyn suuntaan.

Omaan elämään liittyvien hallinnan tunteiden saavuttaminen perustuu siihen, että voi kontrolloida tapahtumia ja että on henkilökohtaista valtaa päättää asioista (Jones & Meleis 1993; Labonte 1994; McWilliam ym. 1997; Määttä 1999; Rafael 1995; Rissel 1994; van Rynn & Heaney 1997; Tones 1994; 1998a). Terveystiedon edistämiseen liittyvät näkemykset korostavatkin vallan jakamiseen liittyviä lähtökohtia (esim. Anderson 1996; Labonte 1994; van Rynn & Heaney 1997; Williams 1995). Puhuessaan yksilötason voimavarakeskeisyydestä Tones (1991; 1992; 1994; 1998a) nostaa keskiöön henkilökohtaisen hallinnan tunteen saavuttamisen, vapauden valita myös epäterveelliseksi katsottu elämäntyyli. Siitonen (1999) puhuu sisäisen voiman tunteen rakentumisesta. Hoitajalle tämä on haasteellista, sillä voimaa ei voi antaa toiselle (Rafael 1995). Voimavarojen saavuttaminen on ihmisestä itsestään kasvava prosessi (Feste & Anderson 1995), jonka alkua ei voi todeta tietyistä hetkeistä alkaen tai tietyn toimenpiteen seurauksena (Siitonen 1999). Vilpittömistä yrityksistä huolimatta lopputulos jää aina arvoitukseksi.

Siitonen painottaa voimavarojen saavuttamisen sisäistä luonnetta, kun taas valtaosa vuorovaikutussuhdetta käsittelevistä kirjoituksista (Feste & Anderson 1995; Mattus 1994; Määttä 1999; van Ryn & Heaney 1997; Williams 1995) nostaa esiin ammattihenkilöiden mahdollisuuksia prosessin edesauttajina. Esimerkiksi Mattuksen (1994) käytännön toiminnan kautta kehittämä voimavarakeskeinen haastattelumenetelmä on asiakkaan kuuntelemisen väline, jossa asiakas voi vapaasti asettaa itselleen tulevaisuuden päämääriä ja vaikuttaa oman tulevaisuutensa suunnitteluun. Näin hän voi ohjata tulevaisuutta haluamaansa suuntaan. Tässä yhteydessä voidaan puhua myös autonomiasta, joka tarkoittaa Skinnerin ja Cradockin (2000) mukaan sitä, että potilas päättää neuvonnan sisällöistä ja vastaa tältä pohjalta tehdyistä päätöksistä. Hoitajan tehtävänä on varmistaa, että potilas tekee päätöksensä oikeaan tietoon perustuen sekä tietoisena päätöstensä seurauksista. Ammattilainen ei voi koskaan täysin ymmärtää toisen ihmisen toiminnan perussyitä, hän voi vain luottaa potilaan pyrkivän oman elämänsä kannalta mahdollisimman hyviin päätöksiin.

Voimavarakeskeisessä neuvontakeskustelussa potilaalle tarjoutuu mahdollisuus itsensä tarkkailuun ja itsearviointiin (Anderson 1996; Feste & Anderson 1995; Jones & Meleis 1993; McWilliam ym. 1997; Skinner & Cradock 2000). Keskustelun avulla potilas ymmärtää paremmin omaa terveyttään koskevia asioita, esimerkiksi mitkä ratkaisutavat hänen kohdallaan ovat olleet toimivia ja mitkä ehkä eivät. Neuvontakeskustelu voi auttaa potilaan ongelmanratkaisutaitojen kehittymistä, hänen terveyteensä liittyvien arvoasetelmien ymmärtämistä, mahdollisten esteiden havaitsemista sekä tulevien päämäärien asettamista. Hoitajalta tämä edellyttää potilaan avautumisen ja itsearvioinnin helpottamista. Parhaimmillaan voimavarakeskeinen vuorovaikutus voi lisätä potilaan energiaa toimia tiettyyn suuntaan (Jones & Meleis 1993; McWilliam ym. 1997).

Tonesin (1994) mukaan keskeisiä tekijöitä voimavarakeskeisyyden saavuttamiseksi ovat yksilön kontrolliuskomukset (locus of control), pystyvyys (self-efficacy) ja itsetunto (self-esteem), jotka kaikki sisältävät itsessään tietynlaisen tutkimustradition eikä niitä voida tässä tutkimuksessa tavoittaa. Neuvontakeskustelun tasolla kontrollia voidaan lähestyä tutkimalla sitä, miten potilas saa keskustelun hallinnan itselleen eli millaiseen asemaan tietty puhumisen tapa asettaa potilaan sekä puhujana että puheen vastaanottajana. Neuvontakeskusteluun osallistumisessa tämä johtaa vallankäytön tarkasteluun, sillä terveyden edistämisessä voimavarakeskeisyyden perustana ovat korostuneet vallan ja voiman ilmentymät. Risselin (1994) mukaan etenkin vallankäyttöön liittyvissä vuorovaikutussuhteissa voimavarakeskeisyyden mahdollistuminen edellyttää vuorovaikutussuhteen vallan tarkastelua. Näin ollen tässä tutkimuksessa kiintoisaksi kysymykseksi nousee muun muassa se, onko esimerkiksi keskustelunaiheiden määrittelyvalta hoitajalla vai potilaalla ja millaista keskustellusta todellisuutta tuolla vallalla konstruoidaan.

4.3 Valta hoitajan ja potilaan välisessä neuvonnassa

4.3.1 Monitahoinen valtasuhde

Tässä tutkimuksessa (osajulkaisu 2) valtaa on määritetty epäsymmetrian, kontrollin ja dominoinnin kautta, joita kaikkia on viestintätutkimuksen alueella käytetty eri yhteyksissä samaa merkitsevinä käsitteinä (ks. Burgoon ym. 1998). Tutkimuksessa on päädytty käyttämään termiä valta ymmärtäen, että kasvokkain tapahtuvassa keskustelussa valta-asetelma on monimutkainen ja tilannekohtainen ilmiö. Vallan määrittely osoittautuu ongelmalliseksi, sillä sama toiminta voidaan eri yhteyksissä tulkita sekä vallankäytöksi että solidaarisuuden osoitukseksi. (Tannen 1994.) Tämä voidaan havaita myös tässä tutkimuksessa esimerkiksi epäsuoruuden kohdalla. Olen tulkinut hoitajan epäsuoruuden (osajulkaisu 4) hienotunteiseksi ja tahdikkaaksi keskustelukeinoksi helpottaa potilaan keskusteluun osallistumista. Vallan näkökulmasta se on myös vahva osallistumaan houkutteleva "väline". Potilaan epäsuoruus puolestaan osoittaa alistumista hoitajan puhevaltaan, mutta osoittautuu samanaikaisesti vahvaksi keinoksi vaikuttaa oman hoidon suunnitteluun. Tannenin (1994, 32-37) mukaan kyky saada pyyntönsä toteutettua epäsuorasti on pikemminkin vallan merkki kuin vallan puutetta. Myös vaiteliaisuus voi olla vallankäytön väline yhtä hyvin kuin vuolas puhuminenkin.

Tainion mukaan (1988, 199) "vallassa on aina kyse suhteesta: joko toisella on valtaetu toiseen nähden tai valta-suhde on tasa-arvoinen". Ystävien, perheenjäsenten ja tuttavien kanssa tapahtuvia epämuodollisia arkikeskusteluja pidetään usein tasa-arvoisina ja institutionaalisia keskusteluja puolestaan ammattilaisten vallankäytön mahdollistajina (Peräkylä 1996). Asiantuntijakäytäntöihin sisältyykin paljon huomaamattomaksi luonnollistunutta vallankäyttöä (Jaatinen 1997, 36). Keskusteluntutkimus voi keskittyä joko mikrotason tai makrotason vallankäyttöön. Makrotasolla tutkitaan yhteiskunnan institutionaalista tasoa, kielipolitiikan vallan ilmiöitä, kun taas mikrotasolla tutkitaan yksittäisten puheenvuorojen ja keskustelun vaiheiden, rakenteiden tai piirteiden tasoa. (Tainio 1988.) Peräkylän (1996, 89) mukaan "valta toteutuu puheessa ja vuorovaikutuksessa yhtäältä toiminnan rajoitteina ja toisaalta eroina siinä, mitä osanottajien oletetaan tietävän".

Keskusteluntutkijoiden (Ainsworth-Vaughn 1995; Peräkylä 1996; Nuolijärvi 1994; Tainio 1989; Raevaara 1996, 360) mukaan keskustelu rakentuu aina molempien osallistujien työlle ja kumpikin osallistuja voi puheenvuorossaan valita, mihin suuntaan lähtee viemään keskustelua. Toinen osapuoli ei siis voi pysyvästi hallita keskustelua asettamalla keskustelun rajoitteita. Tämän periaatteen mukaisesti jokainen puhuja käyttää jokaisessa keskustelussa toiminnan rajoitteita asettavaa valtaa suhteessa toiseen puhujaan, sillä kukin puheenvuoro luo odotuksia seuraavalle puheenvuorolle (esimerkiksi kysymys vastaukselle). Tästä seuraa, että seuraava puhuja puhuu aina maailmassa, jonka piirteet ovat edeltävän puhujan muovaamia. Tässä mielessä voidaan puhua jopa vuoro vuorolta vaihdellen rakentuvasta vallankäytöstä (Ainsworth-Vaughn 1995; Peräkylä 1996).

Potilaiden ja vallan suhdetta keskustelussa on tutkittu hyvin vähän (Ainsworth-Vaughn 1995; Bennet & Irwin 1997). Aikaisempi tutkimus on keskittynyt miltei yksinomaan lääkäriin vallankäyttäjänä (Vanderford ym. 1997) ja potilaan alisteista asemaa on luonnehdittu suhteessa tietoon (Bennet & Irwin 1997). Useimmiten vallankäyttöä on tutkittu tiedollisen epäsymmetrian toteutumisen kautta, joka osoittaa ammattilaisen valta-asemaa hallussaan pitäväksi osapuoleksi. Tällöin valta on nähty sitoutuneeksi ammattilaisten tehtävän antamaan oikeuteen tiedon nojalla kysellä asioita ja informoida asiakkaita, jopa suostutella heitä käyttäytymismuutoksiin (van Ryn & Heaney 1997). Toisaalta ammattilaisten on katsottu myös rajoittavan potilaan mahdollisuuksia keskusteluun osallistumiseen keskustelun aihetta vaihtamalla, jättämällä huomiotta potilaan aloitteita, keskeyttämällä, esittämällä johdattelevia kysymyksiä sekä kontrolloimalla ajankäyttöä (Bennet & Irwin 1997; Drew & Heritage 1998, 47-53; Fox 1999; Hak 1994; Jaatinen 1996; Poskiparta 1997; Ruben 1990; Raevaara 1996; Thompson 1990, 23-35; Viitanen 1997). Lisäksi ammattilaisten vallankäyttöä osoittaa ammattisanasto, joka useimmiten on vain ammattilaisen hallussa (Chapple ym. 1997). Näin vallalle on muodostunut negatiivinen konnotaatio (Kuokkanen & Leino-Kilpi 2000a).

Viestinnän interpersonallisessa tutkimuksessa valtaa pidetään usein itsestään selvänä eikä sitä juuri määritellä. Tätä ovat kritisoineet muun muassa Burgoon, Johnson & Koch (1998). Heidän mukaansa valta nähdään kykyinä vaikuttaa toiseen viestinnän osapuoleen monin eri tavoin, kuten palkitsemalla, kontrolloimalla informaatiota, miellyttämällä tai sovittelemalla. Mikrotason vallankäytön osoittimina on pidetty mm. keskeyttämistä, kysymysten esittämistä, palautteita ja puheen määrää (Tainio 1988). Tässä tutkimuksessa puhutaan mikrotason vallasta, jossa nämä vallankäyttöä osoittavat keskustelulliset keinot näkyvät aloitteellisuutena, keskustelun ohjaamisena, keskustelunaiheiden vaihtamisena, toisen puheen huomiotta jättämisenä ja suostutteluna. Tutkimuksessa valta näyttäytyy sekä negatiivisena että tasavertaisena keskustelun piirteinä. Useimmiten ei-vastavuoroista osallistumista suosivat hoitajien keskustelukäytännöt osoittavat sairaalan kielenkäyttöön kotiutuneita potilasta alistavia valtarakenteita ja käytäntöjä. Ne myös pitävät yllä keskustelun umpikujaa. Olen valinnut lähemmän tarkastelun kohteeksi neuvontakeskusteluiden kysymykset, keskeyttämiset, puheen määrän ja puhe-episodien aloitukset, koska terveydenhuoltohenkilöstön vallankäyttöä on useimmiten luonnehdittu juuri näiden tekijöiden avulla.

Osajulkaisussa 2 olen kuvannut sitä, että hoitajan ja potilaan välinen valta-asetelma ei todellakaan ole yksioikoinen ilmiö, vaan puheen yksityiskohtaisessa tarkastelussa vallankäyttö näyttäytyy monitahoisena. Uutta ulottuvuutta vallan tarkasteluun toi erityisesti potilaan aloitteesta käytyjen yksityiskohtaisten keskusteluepisodien kuvaaminen. Tutkimuksen tuloksena kuvatut potilaan valtaa osoittavat keskustelukeinot, kuten potilaan kysymykset, keskeytykset ja itsestä kertova puheen määrä ovat siis tuttuja vallankäytön muotoja viestintätutkimuksen alueella (ks. Tainio 1988), aikaisemmin ei kuitenkaan ole juuri kuvattu niiden dynamiikkaa keskustelun rakentajina. Tämän tutkimuksen mukaan vallankäyttöä ei voi todeta yksistään kysymysten tai puheen määrällä tai aiheen valinnan näkökulmasta, niin kuin epäsymmetriaa koskevat johtopäätökset ovat

antaneet ymmärtää. Tätä monitahoisuutta kuvaa hyvin seuraava taulukko (Taulukko 2), jossa on vertailtu keskenään kuuden neuvontatilanteen valtaa osoittavia keskustelullisia keinoja: kysymyksiä, keskeyttämisii, puheen määrää sekä hoitajan tai potilaan aloitteesta käytyjä puhe-episodeja. Tilanteet on valittu vertailuun sen vuoksi, että ne edustavat tyypillisimpiä neuvontakeskusteluja juuri suhteessa edellä mainittuihin vallankäytön keinoihin.

TAULUKKO 2 Valtaa osoittavien keskustelukeinojen vertailu hoitaja-potilas välisissä keskusteluissa

Neuvonnan numero	Kysymysten Määrä (kpl)		Puheen määrä (puheaika sekunteina)		Keskeytysten määrä (kpl)		Puhe-episodioiden aloitteet (kpl)	
	Potilas	Hoitaja	Potilas	Hoitaja	Potilas	Hoitaja	Potilas	Hoitaja
25	23	9	819	932	5	1	6	14
7	19	8	278	1064	0	0	1	12
9	3	45	282	742	0	2	2	24
16	4	8	537	488	1	0	8	14
30	7	22	587	328	7	5	8	15
26	3	60	440	599	2	2	3	25

Taulukossa kuvattujen valtaa osoittavien keskustelullisten keinojen vertailu osoittaa, että useimmiten hoitaja rajoittaa potilaan puhetta kysymyksillään (neljä neuvontakeskustelua kuudesta), dominoi neuvontatilannetta puheen määrällä (neljä neuvontakeskustelua kuudesta), keskeyttää (neljä neuvontakeskustelua kuudesta) sekä toimii aiheiden valitsijana, koska hän aloittaa jokaisessa tilanteessa pääosan puhe-episodeista. Kun tarkastelunäkökulmaa muutetaan ja katsotaan samassa keskustelussa kaikkia vallankäytön keinoja yhtä aikaa, neuvonnat 9 ja 26 osoittautuvat vastaavan perinteistä käsitystä terveydenhuollon ammattilaisesta vallan käyttäjänä. Hoitaja kysyy ja keskeyttää eniten, valitsee käsiteltävät aiheet sekä hallitsee neuvontaa puheellaan. Sen sijaan muissa neuvontatilanteissa vallankäyttö muodostuu monimutkaisemmaksi. Valtaa osoittavat piirteet vaihtelevat tilannekohtaisesti eivätkä neuvontakeskustelut muotoudu pelkästään hoitajan vallankäytöksi, vaan oletettu konventio rikkoutuu.

Keskusteluissa tapahtuvaa vuorovaikutusta on tarkasteltava kokonaisuudessaan suhteessa valtaa osoittaviin piirteisiin. Eli kutakin piirrettä on tarkasteltava siitä lähtökohdasta, millaisena osana keskusteluepisodia se on esitetty

(Raevaara 1996). Tutkimuksen mukaan sekä hoitaja että potilas rakentavat myös potilaan auktoriteettia monin pienin keinoin. Tulos tukee Peräkylän (1996) havaintoa siitä, että osanottajat voivat toimia valtakysymyksessä yhteistyössä. Aineistosta on nähtävissä, että valtaosa hoitajien kysymyksistä ja neuvoista ei välttämättä kytkeydy edellisiin puheenvuoroihin vaan puhtaasti medikaaliseen tietämykseen asiasta eli mitä tarvitsee tietää potilaan taustasta ennen leikkaukseen menoa tai mitä potilaan tulee tietää toimenpiteestä, siihen valmistautumisesta tai yleensä terveysongelmansa hoitoon liittyvistä asioista (Poskiparta ym. 1999). Hoitajan puhevalta pohjaa tällöin tehtävän suomaan tiedolliseen valtaan. Useimmiten potilaat vahvistavat hoitajan valta-asemaa joko vastaamalla kysymyksiin tai hiljaa kuunnellen (Raevaara 1996). Tutkimus tuo esiin myös päinvastaista toimintaa ja osoittaa, että keskustelun kulkuun voi vaikuttaa. Potilaiden puheenvuorot havainnollistavat, etteivät potilaat asetu pelkästään vastaajan tai kuuntelijan asemaan eivätkä he toistuvasti mukaudu vain hoitajan asettamiin keskustelun rajoitteisiin. Potilaalla itsellään on mahdollisuuksia rikkoa hoitajan rutiininomainen kuvio ja vaikuttaa keskustelun sisällön muotoutumiseen (osajulkaisu 2).

4.3.2 Kysyminen vallankäytön muotona

McGeen ja Cegalan (1998) mukaan vuorovaikutustaitojen koulutuksessa paneudutaan usein suoriin ja epäsuoriin kysymyksiin. Voidaan puhua myös avoimista ja suljetuista kysymyksistä (Goody 1978). Kielentutkimuksessa kysymykset eritellään kuitenkin laajemmin ja kysymyksillä nähdään olevan erilaisia tarkoituksia (Goody 1978). Tietoa hakevasta kysymyksestä käytetään myös luonnehdintaa aito kysymys ja tämän avulla puhujan tarkoitus on informaation saaminen. Retorinen kysymys puolestaan on tavallaan aidon kysymyksen vastakohta, siihen ei välttämättä odoteta vastausta, usein puhuja haluaa näin vain esittää oman näkemyksensä asiasta. Retorinen kysymys voi myös ilmentää puhujan asenteita, esimerkiksi hyväksyntää, ihmetystä, hämäännystä, suuttumusta tai paheksuntaa.

Varsin usein tutkimusten tarjoama tieto terveydenhuollon vuorovaikutustilanteiden kysymyksistä rajoittuu kysymysten määrään. Kysymysten laatuun ja sisältöön ei ole riittävästi kiinnitetty huomiota (McGee & Cegala 1998). Suomessa institutionaalisten keskustelujen kysymyksiä on aikaisemmin tutkittu lääkäri-potilas -keskusteluissa (Peräkylä 1996; Raevaara 1996; Ruusu-vuori 2000), sosiaalityön alkoholiterapiassa (Nuolijärvi 1993; Jaatinen 1997), hoitaja-potilas -keskusteluissa (Poskiparta 1997) sekä lasten ja terveydenhoitajan välisessä vuorovaikutuksessa (Riihelä 1996). Tutkimuksen fokus on ollut ammattilaisten esittämissä kysymyksissä ja niiden dynamiikassa.

Perinteisesti potilaan asema on tulkittu alisteiseksi potilaiden esittäessä vähemmän kysymyksiä kuin ammattilainen. Ennen kuin tällaista tulkintaa voidaan tehdä on tarkasteltava keskustelua kokonaisuutena suhteessa kysymysten esittämiseen. Esimerkiksi lääkäri - potilas -keskusteluissa (Raevaara 1996, 360) muodostui olennaiseksi, esittikö lääkäri kysymyksen potilaan edeltävään puheeseen pohjaavaksi tai millaisen toimintajakson osana kysymys esitettiin sekä millaisena vuorona potilas käsitteli kysymyksen. Nuolijärvi (1993) osoitti tut-

kimuksessaan saman ilmiön. Alkoholiterapeuttisissa keskusteluissa terapeutti esitti pääosan kysymyksistä ja näytti hallitsevan keskustelua kysymyksillään. Keskustelun lähempi tarkastelu osoitti kuitenkin asiakkaiden nostavan vastauksissaan esiin ne keskustelunaiheet, joihin kysymykset pohjautuivat. Näin aiheiden määrittelyvalta oli asiakkaan hallussa ja ammattilaisen kysymykset pikemminkin tukivat asiakkaan aiheista nousevaa keskustelua.

Kysymisen voima perustuu siihen, että kysymys asettaa toiselle vastaajan roolin. Se, miten kysymys muotoillaan, saattaa hyvinkin vahvasti jopa manipuloida tiettyä vastausta esiin (Goody 1978). On kysymyksiä, jotka mahdollistavat vastaamisen tai jotka jopa estävät sen. Kuten puhuttaessa potilaan assertiivisuudesta (keskustelun rakenteen kuvaus luku 3.2.3.) totesin, pelkkä kysymysten määrä voi antaa virheellisen kuvan vuorovaikutussuhteen luonteesta (osajulkaisu 2). Esimerkkinä olleessa neuvontatilanteessa (Taulukko 2, neuvonta 7) potilas esitti enemmän kysymyksiä kuin hoitaja, joten keskustelu voitaisiin tältä pohjalta tulkita epäsymmetriseksi. Potilaan kysymykset kohdistuivat kuitenkin hoitajan aloitteesta esiin tulleisiin aihealueisiin, jolloin hoitaja toimi aiheiden määrittelijänä. Toisaalta potilas kuljetti kysymyksillään yhtä lailla keskustelua eteenpäin. Näin ollen vallankäyttö konkretisoitui potilaan kysymyksiin ja hoitajan aiheenvalintaan nivoutuen molempien yhteiseen toimintaan. Myös Peräkylä (1996) on osoittanut artikkelissaan potilaan kysymysten epäsymmetriaa tasapainottavan luonteen. Peräkylän mukaan potilaat purkivat nimenomaan tiedollista epäsymmetriaa osallistuessaan diagnoosin määrittelyyn kieltosana-alkuisilla kysymyksillään.

Ei-vastavuoroista osallistumista kuvaavissa neuvontahetkissä havaitut (taulukko 2, esimerkit 26, 9) hoitajien suljetut kysymykset *“Onko lääkäri kertonut tästä tällystyksestä mitään? ...että sokeritauti on (.) ja se on tablettihoitonon?”* rajoittavat potilaiden osallistumista. Tällaiset kysymykset vaativat tiettyä vastausta. Ne sekä vahvistavat että jatkuvasti uusintavat ammattilaisen autonomiaa (Hak 1994), kun voimavarakeskeisen neuvonnan idea olisi päinvastoin potilaan autonomian vahvistaminen. Toisaalta Ruusuvuori (2000) on lääkäri-potilas -suhdetta koskevassa väitöskirjassaan osoittanut myös suljettujen kysymysten päinvastaisen luonteen. Potilaiden kertoessa lääkäriin hakeutumisen syytä lääkärin esittämä suljettu kysymys keskustelun avauksena ei rajoittanut kerrontaa, vaan potilaat tulkitsivat sen mahdollisuudeksi puhua vaivastaan laajemminkin. Peräkylän ja Vehviläisen (1999) mukaan kysymyksen avoin tai suljettu muoto on vain yksi käytettävissä oleva tulkinta. Tässä aineistossa ilmeni vastaavanlaisia piirteitä, mutta ei-vastavuoroisissa neuvontahetkissä hoitajat jättivät usein huomiotta potilaiden vastauksissaan esittämät lisäykset säilyttäen näin vuorovaikutuksen kontrollin itsellään. Myös potilaiden varmistuskysymykset toimivat ammattilaisen asemaa ja puhevaltaa vahvistavana, jolloin esimerkiksi keskustelunaiheiden määrittelyvalta säilyy ammattilaisen hallussa.

Vastavuoroista osallistumista kuvaavat keskustelukeinot osoittavat, että ammattilaisten onnistunut kysymyksenasettelu voi johtaa tasavertaisempaan neuvontakeskusteluun. Hoitajien esittämät reflektiiviset kysymykset (joihin myös tuntemuskysymykset kuuluvat) sekä tunnustellen esitetyt kysymykset toimivat vuorovaikutussuhdetta tasavertaistavasti. Tullessaan näin kysymyksen kautta huomioiduksi potilas voi vastauksillaan hallita keskustelun kulkua

asettumalla toiminnan subjektiksi (myös McWilliam ym. 1997). Myös Burnard (1999) sekä Faulkner ja Maguire (1999) painottavat tällaista kysymyksenasettelua.

4.3.3 Puheen määrä vallankäytön muotona

Vatsan toimintaan liittyvässä neuvonnassa (Taulukko 2, neuvonta 16) hoitaja esittää enemmän kysymyksiä ja ohjaa keskustelun topikaalista rakentumista osittain (ote tästä keskustelusta on nähtävissä osajulkaisussa 2). Potilas toimii myös usein aiheiden valitsijana ja johdattaa näin omalta osaltaan keskustelua. Hän myös käyttää enemmän puheaikaa kuin hoitaja kertoessaan tiedoistaan ja itsehoitokokemuksistaan. Potilaan puhe ja asiantuntemuksen esiin tuominen on aloitteellisuutta ja voidaan tulkita valtaa osoittavaksi viestiksi (Burgoon ym. 1998; Pilnick 1998). Vallankäyttö konkretisoituu potilaan puheen määrään sekä molempien aiheen valintaan. Tulos vastaa viimeaikaisia suomalaisia lääkäripotilas -suhteesta tehtyjä tutkimuksia. Esimerkiksi Ruusuvuoren (2000) tutkimuksessa potilaat johdattivat ja hallitsivat vuorovaikutusta kertomuksillaan.

Potilaat ilmaisevat oman asiantuntemuksensa joskus hyvinkin dominoivasti (osajulkaisu 1) olematta silti uhkaavia tai aggressiivisia (vrt. Burgoon ym. 1998; Pilnick 1998). Pikemminkin tämä ilmenee aloitteellisuutena, jota myös hoitajan toiminta edistää (osajulkaisu 2). Voimavarakeskeisyyden autonomiaa korostava periaate edellyttää nimenomaan potilaan osallisuutta keskustelun sisällön muotoutumiseen (Skinner & Cradock 2000). Avautumisen voimavarakeskeinen merkitys rakentuu siitä, että voi puhua ja vaikuttaa itseään koskevien asioiden käsittelyyn. Hallinnan saavuttaminen mahdollistuu. Toisaalta avautumisen kautta myös tietoisuus itsestä lisääntyy ja se voi helpottaa epävarmaan tilanteeseen liittyvää jännitystä (McWilliam ym. 1997).

Määttä (1999) peräänkuuluttaa neuvontatyön ammattilaisten kulttuurisen kompetenssin hankkimista. Tällä hän tarkoittaa kykyä tunnistaa omaa ja muiden arkielämää ohjaavia kulttuurisia uskomuksia ja teemoja. Se on myös oivaltamista, että erilaisten kulttuurisesti määriteltyjen ryhmien sisältä löytyy tulkintojen ja sitoutumisen yksilöllisiä ratkaisuja. Kulttuurinen tietoisuus syntyy siitä, että oivaltaa jokaisella ihmisellä olevan myös oman kulttuurinsa. Henkilön suhde esimerkiksi yksityisyyteen ja asioiden ilmaisu- ja ratkaisutapaan vaihtelee, paitsi laajemmissa kulttuurisissa ryhmissä (suomalaisuus), myös alueittain ja jopa perheen sisäisesti.

Hoitajan puhe voi olla joko potilaan aloitteesta tapahtuvaa kerrontaa tai hänen omista ja organisaation lähtökohdista tapahtuvaa tiedon siirtoa. Heikkisen tutkimuksessa hoitajien puheen määrä oli suurempi kuin potilaiden (1988, 66), tässä aineistossa se vaihtelee. Silloin kun hoitaja vastaa potilaan tiedon tarpeeseen, voi puheen määrä muodostua suureksi mutta olla silti luonteeltaan tasavertaistavaa. Tällöin potilas tavallaan käyttää hoitajaa tiedon lähteenä ja hyväksyy hoitajan tiedollisen vallan (ks. van Ryn & Heaney 1997). Silloin kun hoitajan puheen määrä koostuu kohdentamattomasta tiedon ammentamisesta (Taulukko 2, no:t 9, 26), hoitaja ottaa itselleen paremmin tietävän auktoriteetin vallan, mikä oikeuttaa hänet valistamaan vähemmän

tietäviä potilaita ja motivoimaan heitä tervehtymään ja ehkäisemään sairauksia (Crossley 1998; Karisto 1991).

4.3.4 Keskeyttäminen vallankäytön muotona

Leikkaukseen menossa olevan potilaan haastattelutilanteessa (Taulukko 2, neuvonta 30) hoitajan kysymysten määrä on suurempi kuin potilaan (ote tästä keskustelusta on nähtävissä osajulkaisussa 2). Potilas puolestaan puhuu enemmän kuin hoitaja ja johdattaa usein keskustelun topikaalista rakentumista puhe-episodioiden aloitteiden kautta. Tämä keskustelu poikkeaa edellisistä esimerkeistä keskeytysten määrässä, sillä molemmat keskeyttävät silloin tällöin toisiaan, potilas hiukan useammin. Tässä keskustelussa valta ankkuroituu hoitajan kysymyksiin, molempien aihevalintoihin, potilaan puheen määrään sekä potilaan keskeytyksiin, jotka kaikki voidaan tulkita yhteistyössä tapahtuviksi.

Keskeyttämisen on monitahoinen, jopa ongelmallinen ilmiö, sillä keskeyttää voi myös innottomalla osallistumisella (Hakulinen & Lautamatti 1988, 175). Osajulkaisussa 2 potilaiden keskeytykset on tulkittu valtaa osoittaviksi viesteiksi. Hakulinen (1991) varoittaa kuitenkin keskeyttämisen tulkittamisesta yksioikoisesti vallankäytön välineeksi (myös Tainio 1989, 177). Hänen mukaansa keskeytykset voivat olla jopa sellaisia, jotka ovat äänessä olijalle mieleisiä tai hänen esiin kutsumiaan. Toisaalta puhuja voi lausumaansa jatkamalla luoda vaikutelman siitä, että hänet on keskeytetty. Myös eleiden käyttö vaikuttaa vahvasti tulkintaan, esimerkiksi käden liikkeillä on mahdollisuus pitää tai ottaa puheenvuoro. Keskeyttäminen saattaa ilmaista keskustelussa jopa innostumista (Tainio 1989, 179; Tannen 1994, 34-36) ja tässä suhteessa se on erotettava päällekkäispuhunnasta, joka kuvastaa juuri tukea ja yhteisymmärrystä eikä vallankäyttöä. Etenkin naisten keskustelussa päällekkäispuhunta on yleistä (Coates 1989, 118-122) ja tämä on nähtävissä aineistossa nimenomaan silloin, kun naisten kesken puhutaan tunnetasolla (osajulkaisu 1).

Tässä tutkimuksessa puhutaan potilaan ko-operatiivisista keskeytyksistä. Tällöin hoitajan puhe selkeästi keskeytyy ja potilas saa keskeyttämällä huomion omalle asialleen. Silti potilaan keskeytys toimii vuorovaikutusta rakentavasti, sillä puheenvuoroista ei synny kilpailua eikä hoitaja osoita puheenvuorossaan ristiriitaa syntyneen. Potilaan oikeutus keskeyttää näyttää nousevan tiedon puutteesta tai aiheeseen liittyvän lisäinformaation antamisesta. Potilaalla on valta keskeyttää, koska keskeytykset tukevat potilaskeskeisyyden ideaa.

Hoitajan oikeutus keskeyttämiseen nousee puolestaan institutionaalisesta tehtävästä. Hoitajalla on valta säädellä ajankulua, valita neuvontakeskustelun aiheet ja tuomita osa potilaan aiheista vähemmän merkitykselliseksi. Hoitajan keskeyttäminen on luonteeltaan päinvastaista, potilaan osallistumista rajoittavaa ja potilaan puheen huomiotta jättämistä (myös osajulkaisu 3). Tätä valtaa ei myöskään potilas kyseenalaista.

4.4 Voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu

Edellä esitetyistä lähtökohdista käsin voidaan todeta, että voimavarakeskeisen terveysneuvonnan primaarilähtökohta ei ole käyttäytymisen muuttaminen (Tones 1994) vaan potilaan tietoisuuden lisääntyminen sekä tuen ja harjoittelun tarjoaminen niin, että potilaalla on "välineet" tehdä haluamansa muutos itse (vrt. Vertio 1992). Tällainen terveysneuvonta lähtee potilaan kyvykkyydestä ja hänen täysivaltaisesta keskusteluun osallistumisestaan. Valtaa ei nähdä dominointina vaan valtana vaikuttaa yhdessä lopputulokseen (ks. Labonte 1994; Wallerstein & Bernstein 1988). Voimavarakeskeisen neuvontakeskustelun ydin on hoitajan ja potilaan yhteistyösuhde (Pelkonen 1994), joka edellyttää hoitajalta vallasta luopumista (Tossavainen 2000) ja potilaalta vallan ottamista. Vain tätä kautta aito yhdessä työskentely voi toteutua. Potilaan käytössä tyypillisimmät vallankäytön muodot, kuten kysymykset, keskeytykset ja kokemuksia tai asiantuntemusta osoittava puheen määrä, tasapainottavat neuvontakeskustelua. Hoitajan puheessa keskeyttäminen osoittaa asettumista ylempään valta-asemaan, mutta kysymyksillä ja puheen määrällä on myös valtaa tasapainottavia ulottuvuuksia. Tehtävän ohjatessa neuvonnan kulkua hoitajan negatiiviset vallankäytön keinot korostuvat. Tällöin hoitajat rajoittavat potilaiden mahdollisuuksia aloittaa tai kehittää omia puheenaiheitaan eivätkä he riittävästi seuraa potilaiden puhetta tai täydennä heidän tavoitteitaan.

Vaikka potilaat rakensivat tässä tutkimuksessa hoitajan tiedollista valtaa, he eivät välttämättä tukeneet hoitajan valta-asemaa keskustelun ohjaajana. Potilaat pyrkivät säilyttämään myös omaa määräysvaltaansa keskustelun rakentajana ja tähän osallistuivat myös yhtä lailla hoitajat. Voidaan puhua jaetusta vallasta. Tämän tutkimuksen mukaan potilaan valta ei kyseenalaista hoitajan asiantuntijavaltaa (vrt. Beisecker 1990) ja tässä mielessä tulos on yhdenmukainen Peräkylän (1998) lääkäri-potilas -suhdetta koskevan tutkimuksen kanssa. Tarkastelu osoittaa vallankäytön positiiviset keinot ja että vallankäytössä voidaan vuorotella keskustelun kuluessa. Mikäli potilas havaitsee, että hänellä on valtaa hallita/kontrolloida neuvontakeskustelua ja siinä tapahtuvaa omaa terveystään koskevaa päätöksentekoa, voi hänen itsetuntonsa vahvistua (McWilliam ym. 1997; van Ryn & Heaney 1997). Tonesin (1998b) mukaan itsetuntoon vaikuttaa paitsi se, miten muut ihmiset kohtelevat meitä, myös se, miten uskomme voivamme vaikuttaa omiin asioihin. Myönteiset viestintäkokemukset vahvistavat itsetuntoa ja lisäävät luottamusta omiin vaikutusmahdollisuuksiin (Lehtonen 1994). Tätä tukee esimerkiksi Krousen ja Robertsin (1989) erilaisia vuorovaikutusmalleja koskeva tutkimus. Potilaiden osallistumista edistävä niin sanottu neuvottelumalli lisäsi merkittävästi tutkimukseen osallistuneiden terveysteen ja omaan itseen liittyvien vallan ja hallinnan tunteiden kehittymistä. Vaikka kyseessä oli simuloitu potilasjoukko, tutkimuksen tulos kertoo, että vuorovaikutus itsessään voi olla vaikuttavaa.

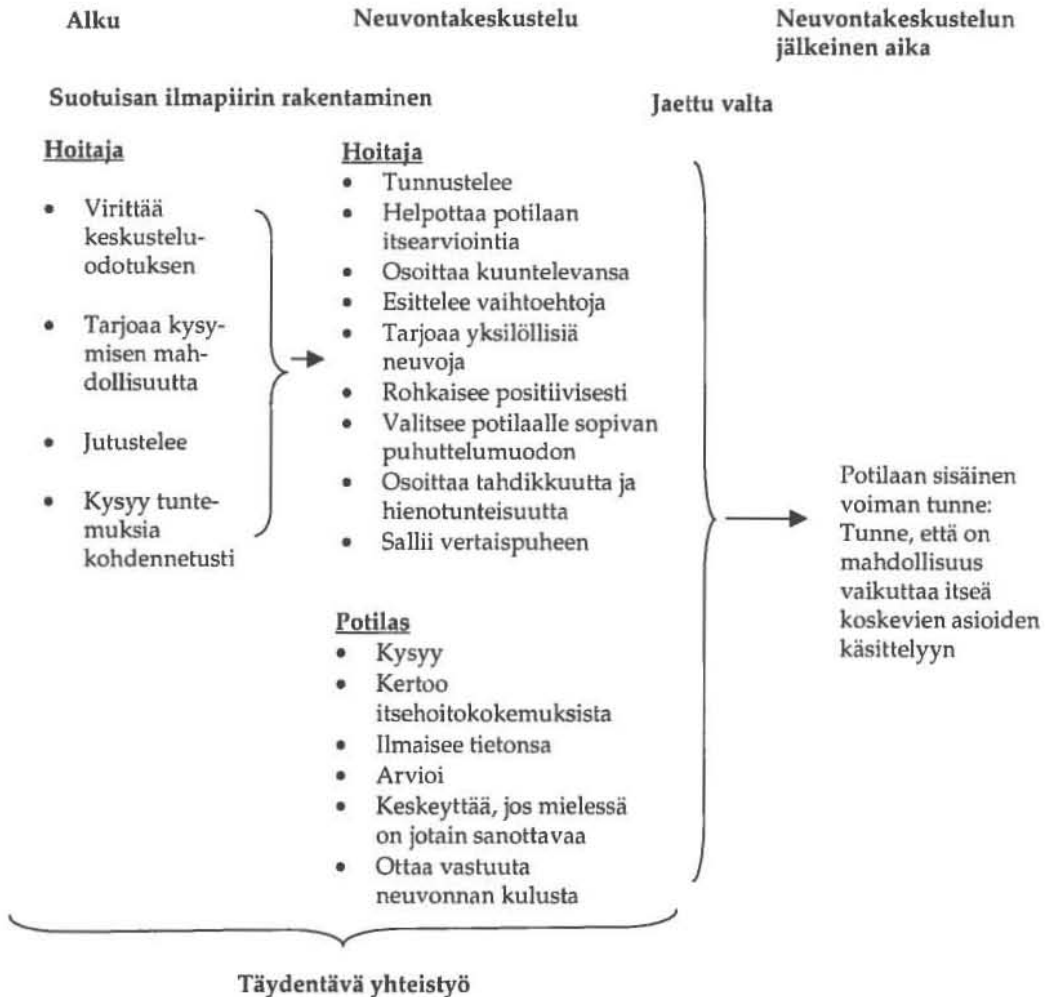
Ammattilaisen voimavarakeskeistä työskentelyä ohjaavana perussääntönä tulisi olla sekä potilaan vaikutusmahdollisuuksien uskon vahvistaminen että potilaiden huolenaiheita, tärkeinä pitämiä asioita tai vahvuuksia koskevien oletusten välttäminen (Burnard 1999; Skinner & Cradock 2000; Määttä 1999).

Avainasemassa on näin ollen vastavuoroinen keskustelu ja hoitajan kanssa yhdessä pohtiminen (Poskiparta ym. 1998) huomion kiinnittyessä nimenomaa arkipäivän terveystarkkauksiin (Andersson 1996; Määttä 1999). Puheen tasolla potilaan voimavarojen löytyminen edellyttää hoitajalta tietoisuutta siitä, että jo kysymyksenasettelu, muotoilu ja tekotapa sekä ääneen lausutut kommentit ja tulkinnot vaikuttavat potilaan toimintaan jatkossa. Mattus (1994) korostaakin jo kaista puheenvuoroa interventiona ja hänen ajatukseensa voidaan päätyä myös tämän tutkimuksen perusteella.

Voimavarakeskeisesti toimiva hoitaja on katalysaattori (Andersson 1996; Mattus 1994) ja taitava matkaopas (Nupponen 1998). Hänen institutionaalinen tehtävänsä on helpottaa potilaan assertiivista keskusteluun osallistumista (Tones 1998a), jolloin potilaan omat rutiinit ja ennakkokäsitykset tulevat näkyviksi sekä potilaalle itselleen että hoitajalle. Tätä kautta niiden tiedostaminen mahdollistuu ja potilas oppii uudella tavalla tulkitsemaan ja jäsentämään ehkä jo tuttuakin terveysongelmaansa niin, että se sopii hänen tapaansa tarkastella maailmaa. Potilaan omat oivallukset, itsensä julkituomat ajatukset ja tulkinnot ovat se pohja, josta terveyttä voidaan yhdessä lähestyä ja jotka ovat ratkaisevan tärkeitä potilaan päätöksille tulevan toiminnan suhteen (Mattus 1994; Pelkonen 1994).

Konkreettisesti tämä tarkoittaa sitä, että potilaalla on neuvontakeskustelun aikana mahdollisuus luoda oma versionsa puheena olevan asian ratkaisuksi. Näin hän voi saavuttaa myös jatkossa entistä parempia mahdollisuuksia ratkaista omia ongelmiaan, tunnistaa omia tarpeitaan ja voimavarojaan ja saavuttaa tavoitteitaan (Nupponen 1998). Voimavarakeskeisen neuvontakeskustelun kulkua voisi verrata englantilaiseen käsitykseen hyvästä keskustelusta (Mauranen 1994). Suomalaiselle kulttuurille ominainen käsitys hyvästä keskustelusta korostaa tasapuolista osallistumista, monipuolista näkökulmien ja mielipiteiden esittämistä, innostavaa ja vilkasta puhetta, toisten kuuntelemista ja sujuvaa keskustelun etenemistä. Englantilainen käsitys on hyvin samantapainen, mutta korostaa hyvän keskustelun kriteereiksi myös erimielisyydet ja vastakainasettelut sekä uusien näkemysten ja uuden ymmärryksen syntymisen. Näin ollen suomalainen piirre on ikään kuin vanhan vaihtamista, kun taas englantilaisten mukaan keskustelun tulee johtaa johonkin. Voimavarakeskeisyydessä yhteistyö ei ole pelkästään kitkatonta, sopuisaa ja harmoniaan pyrkivää vuorovaikutusta, vaan mukana on neuvottelun elementti, joka voi johtaa uuden syntymiseen. Tämä uusi voi olla tietoa, taitoa, ymmärrystä tai jopa käyttäytymistä.

Vaikka Tones (1998a) esittelee ansiokkaasti voimavarakeskeisyyden toteuttamista mikrotason terveyden edistämiseksi, hän ei korosta keskustelun yhteisesti rakentuvaa luonnetta. Hänen mallissaan viestintä kilpistyy hoitajan tiedon siirroksi. Potilaan näkökulmasta hoitajan viestien "oikea" tulkinta ei ole riittävää, vaan tarvitaan yhtä lailla omien viestien perille menoa ja hoitajan "oikeaa" tulkintaa potilaan viesteistä. Mallista puuttuu täydentävää yhteistyötä tavoitteleva neuvottelun elementti, joka voi onnistuessaan johtaa sisäisen voimantunteen saavuttamiseen. Tämän tutkimuksen tulokset voidaan tiivistää Kuvion 13 mukaisesti konkreettisiksi neuvontakeskustelun strategioiksi:



KUVIO 13 Voimavarakeskeisen neuvontakeskustelun strategiat

5 PÄÄTELMÄT JA TUTKIMUKSEN ARVIOINTI

5.1 Potilas keskustelun keskiössä

Tutkimus tuo uudenlaista sisältöä potilaiden keskusteluun osallistumisesta ja subjektiivisen muotoutumisesta sairaalan neuvontakeskustelun kuluessa. Vaikka tutkimus osittain vahvistaa aikaisempia tutkimustuloksia potilaiden alistamiseen keskusteluasemaan myöntymisestä, se valottaa uudella tavalla niitä keskustelullisia käytäntöjä, jotka luovat passiivisuuden ja alistaisuuden leimaa potilaan osallistumiseen. Tutkimuksessa tehdyt havainnot ei-vastavuoroisuutta tuottavista puheikäytännöistä kuvaavat laaja-alaisemmin aikaisemmin passiivisuudeksi luonnehdittua potilaiden toimintaa. Puheen yksityiskohdat etenkin hoitajan suostuttelupuheeseen tai potilaan syyllisyyttä vahvistaviin puheen muotoiluihin vastaamisesta sekä potilaan oma kohteliaisuus- ja tuttuuspuhe pikemminkin havainnollistavat potilaiden olevan hyvinkin tarkkaavaisia. Tutkimus tuo esiin myös potilaiden keskustelullisia mahdollisuuksia rajoittaa hoitajan toimintaa ja säilyttää omaa määräysvaltaansa keskustelun rakentajana. Tutkimuksessa havaitut potilaiden assertiivisen viestinnän piirteet, kuten kysyminen, keskeyttäminen ja omaa hyvinvointia ja asiantuntemusta osoittava avautuminen vaikuttavat neuvontakeskustelun sisällön muotoutumiseen ja vähentävät epäsymmetristä asetelmaa.

Näin ollen potilaan henkilökohtaisen hallinnan säilyttämiseksi tulisi käyttää hyväksi pienetkin tilanteet, joissa potilaana voi vaikuttaa hoitavien henkilöiden toimintaan (Nupponen 1993, 147-148). Nupponen mukaan ei ole olemassa tarkkaa kuvaa siitä, miten henkilökohtaisen hallinnan kokemuksista kehittyvät tietyissä tilanteissa toimintaa ohjaavia odotuksia. Ei myöskään ole varmaa, että kokemuksesta oppiminen tapahtuu samalla tavoin kaikissa tilanteissa, kuten esimerkiksi työsuorituksissa, oman toimintakyvyn ylläpidossa tai omien sairauksien hoitamisessa. Tiedetään kuitenkin, että pitkäaikaiset kokemukset hallinnan mahdollisuuksista ja niiden onnistuneesta toteuttamisesta

vahvistavat yleistä kompetenssin tunnetta. Shemeikan (1999) mielestä hallinnan tunteita vahvistava neuvontakeskustelu voi edistää potilaan elämänhallinnan tunteen lisääntymistä myös muissa tilanteissa ja muilla elämänalueilla. Täten terveysneuvontakeskustelut tulee nähdä yhtenä mahdollisuutena potilaan vuorovaikutusroolia jatkuvasti kehittäväksi prosessiksi.

Dimatteo ym. (1994) ja Tones (1998a) toteavat, että perinteinen näkemys potilaasta passiivisena ja riippuvaisena tuo neuvontatilanteeseen ammattilaisen kontrollin ja dominoivan päätöksenteon. Toisaalta voidaan keskustella myös siitä, vahvistaako osapuolten pyrkimys välttää konfliktia ja erimielisyyksiä liikaa potilaiden myöntymistä, jolloin mahdollisten erimielisyyksien avoin käsittely ei onnistu. Näin mahdollisuus vastavuoroiseen suhteeseen tulee mahdottomaksi ja ammattilainen on tavallaan myös pakotettu toimimaan yhdellä ainolla tavalla. Tutkimuksessa havaittujen puhekäytäntöjen ohella potilaan osallistumista voi estää myös potilaan pelko siitä, että osallistuminen on liian vaikeaa. Terveysteen liittyvien monimutkaisten asioiden ymmärtäminen (tilastotiedot, biokemialliset prosessit jne.) ja henkilökohtaisen kokonaiskuvan muodostaminen nähdään liian vaikeana tehtävänä. Toisaalta potilaiden taholta tapahtuva päätöksenteon kontrolloiminen saattaisi edellyttää käytännössä jatkuvaa hoitajan puheen keskeyttämistä ja pyrkimyksiä keskustelun kulun muuttamiseen, mihin monet potilaat Meredithin (1993b) mukaan eivät tunne kykenevänsä. Myös traditionaalinen käsitys ammattihenkilöiden tiedollisesti korkeammasta hierarkkisesta asemasta (Määttä 1999; Trobranski 1994) voi vahvistaa potilaiden myöntymistä ja vaiteliaana pitäytymistä. Pirttilä-Backmanin ja Keson (1998) mukaan hierarkkisessa tilanteessa jo se, että alempiarvoinen vie asiaa eteenpäin ylemmän puheen pohjalta, voidaan tulkita uhman merkiksi. Sen voidaan katsoa korostavan ylemmän näkemyksen vajavaisuutta. Tässä mielessä potilaan kysymykset, keskeyttämiset ja oman asiantuntemuksen esiin tuominen voivat haastaa hoitajan tiedollisesti korkeamman aseman (vrt. Gwyn & Elwyn 1999).

Kuitenkaan keskustelullisessa vuorovaikutuksessa ei Pirttilä-Backmanin ja Keson (1998) mielestä voi asioita määritellä näin, vaan se joka pystyy edistämään asiaa, ei ole tehnyt mitään kielteisenä pidettävää. Tämän tutkimuksen kautta on nähtävissä, että monet hoitajat hyväksyvät potilaan assertiivisen puheenvuoron haltuun ottamisen. On uudenlaisen institutionaalisen kontekstin rakentamisen aika ja potilaiden tulee myös osallistua tähän työhön. Vastuu vuorovaikutustilanteesta siirtyy helposti hoitajalle ja tämä traditio olisi potilaiden kyseenalaistettava. Potilas voi nostaa oman subjektiivisen tietämyksensä asiantuntijatiedon rinnalle (Raevaara 2000). Potilaana ollessa kannattaa kysellä, ilmaista asiantuntemuksensa ja jopa keskeyttää hoitajan puhe, sillä tämän tutkimuksen mukaan ne ovat tehokkaita keskustelullisia keinoja vaikuttaa neuvonnan kulkuun.

Huolimatta potilaan vastavuoroisen osallistumisen korostamisesta voimavarakeskeisyyden lähtökohtana voimavarakeskeinen työskentelymalli sallii myös potilaan osallistumatta olemisen. Potilaalla tulee olla täysi oikeus määrittellä yhteistyöhön osallistumisen laatu ja laajuus oman jaksamisensa ja mahdollisuuksiensa mukaan. Potilaan huolet ja stressi voimistuvat, jos tilanne vaatii hänen mielestään liikaa omaa panosta ja vastuuta (Nupponen 1993, 155). Poti-

laan autonomian korostaminen ei saa johtaa siihen, että jos potilas ei kaikista yrityksistä huolimatta toimi aktiivisesti kumppanuutta rakentaen - ei halua olla ekspertti eikä näe hoitajalla olevan oikeutta tunkeutua hänen psyykkiseen maailmaansa - hänet leimataan ei-hoitomyöntyväiseksi ja sopeutumattomaksi. Mayn (1995) mukaan potilashoitoa koskeva teoreettinen kirjallisuus olettaa potilaiden toivovan nykyisin enemmän valinnanmahdollisuuksia tarjoavia vuorovaikutussuhteita, kun taas käytännön empiiriset tutkimukset antavat päinvastaista tietoa. Hänen tulkintansa mukaan potilaat siis vastustavat tällaista uudenlaista kumppanuuteen perustuvaa aktiivista vuorovaikutussuhdetta. Jarret & Payne (1995) varoittavat samasta asiasta. Heidän mukaansa hoitajien viestintätaitojen analyysin kantava idea on se, että potilaat haluavat kertoa hoitajille huolistaan. Näin tapahtuu, jos hoitaja toimii avautumista rohkaisevasti. Heidän mielestään tällaiset oletukset eivät ole oikeutettuja, sillä potilaat eivät aina halua syvällistä keskustelua hoitajan kanssa vaan haluavatkin pitäytyä pinnallisella tasolla, mikä hoitajista voi tuntua epäonnistumiselta.

Tässä yhteydessä haluan korostaa, että osallistuminen ei ole välttämättä sama asia kuin syvällinen puhe. Osallistumista tapahtuu monella tasolla ja niissä tavoitellaan eri asioita. Tutkimuksessa havaitut vastavuoroisen keskustelun puhekäytännöt luovat potilaille mahdollisuuksia osallistua hänen niin halutesaan eikä ammattilaisten tule olla potilaan osallistumisen este niin kuin tässä aineistossa usein myös tapahtuu. Makoul (1998) korostaa potilaiden aloitteellisuuden rohkaisua sillä perusteella, että osallistumattomuuden vahvistaminen vuorovaikutustilanteessa vähentää potilaiden terveyteen liittyviä hallinnan tunteita. Hänen mukaansa potilaiden havainnot omasta terveydestään ovat yhteydessä siihen, miten potilaat voivat ohjata terveydenhuollon vuorovaikutustilanteitaan.

Aikaisemmin neuvonnan tehokkuutta on arvioitu mm. sillä, miten potilaat muistavat annetun informaation tai noudattavatko potilaat hoito-ohjeita (esim. Homedes & Ugalde 1993; Kuusinen 1993). Kun neuvontakeskustelu määritellään yhteisen näkemyksen kehittelyksi, sen teho tai onnistuminen nousee suoraan sisällöstä. Tulevaisuudessa tehokkuuden kriteeriksi tulisikin nostaa vuorovaikutuksen onnistuminen, sillä monet keskustelulliset käytännöt näyttävät olevan sairaalan kielenkäyttöön niin kotiutuneita, että niiden sopimuksenvaraisuutta ei ehkä huomata eikä vaihtoehtoja näin ollen kaivata (vrt. Jaatinen 1997, 34). Tämä tutkimus on osoittanut niitä konkreettisesti, jolloin myös niiden murtaminen mahdollistuu ja entistä laadukkaampia terveyden edistämistä painottavia potilaan osallistumiseen perustuvia puhekäytäntöjä voidaan kehittää (vrt. Jakartan julistus 1997).

5.2 Hoitaja voimavarakeskeisen neuvontakeskustelun taitajana

Tutkimus tuo uutta tietoa hoitajien puhekäytäntöjen mahdollisuuksista sekä tukea että estää potilaiden osallistumista ja subjektiivisuuden saavuttamista. Se tuo nähtävälle käytännön esimerkein niitä moninaisia puhekäytäntöjä, jotka sairaalan terveysneuvonnassa ovat hoitajien arkipäivää. Tutkimuksessa havaitut

vastavuoroista ja ei-vastavuoroista osallistumista tuottavat puhekäytännöt luonnehtivat sinänsä hoitajille jo entuudestaan tuttuja vuorovaikutuksen osatekijöitä konkreettisemmin kuin aikaisemmat vuorovaikutusta käsittelevät tutkimukset. Neuvontakeskustelujen yksityiskohtainen kuvaaminen valottaa uudella tavalla sitä, miten yksittäiset puhekäytännöt voivat vaikuttaa keskustelun kulkuun. Potilaan osallistumista tukevat ja vastavuoroisuutta tuottavat hoitajan puhekäytännöt kiinnittävät huomiota puheen tasolla tapahtuvaan täydentävään, jaettuun valta-asetelmaan perustuvaan yhteistyöhön, joka voi edistää potilaan voimavarojen saavuttamista. Näin ollen myös asiakaslähtöisyyden toteuttaminen hahmottuu entistä paremmin. Tätä kautta tutkimus auttaa hoitajia myös konkretisoimaan teoreettisia voimavarakeskeisyyden käsitteitä. Potilaiden osallistumista estävät ja ei-vastavuoroisuutta tuottavat hoitajien puhekäytännöt puolestaan paljastavat puheessa ilmeneviä asiantuntijavallan rakenteita, jotka saattavat käytännön työssä jäädä hoitajilta huomaamatta.

Tutkimuksen aineisto osoittaa, että myös sairaala on terveyden edistämisen kenttä (vrt. Tones 1998a). Sairaalan hoitokulttuurissa terveysneuvonta on oleellinen osa vuorovaikutustilanteita. Tästä syystä voimavarakeskeisyyden periaatteita toteuttavaa terveysneuvontaa ei tule nähdä erillisenä järjestettynä tapahtumana, vaan voimavarakeskeisten puhekäytäntöjen toteutuminen tulee olla mukana kaikessa vuorovaikutuksessa. Kielenkäyttö voi huomaamattamme tuottaa kauaskantoisia seurauksia. Mikä sitten on hoitajan institutionaalinen tehtävä voimavarakeskeisessä terveysneuvonnassa? Perimmäinen kysymys hoitajan institutionaalisesta tehtävästä kilpistyy kysymykseen, kenen taholta sitä tarkastellaan. Sitä ei voida katsoa vain työntekijän näkökulmasta niin kuin tähän asti valtaosaltaan on tehty. Neuvontatyössä korostetaan potilaan kanssa neuvottelua ja hänen tarpeistaan lähtevää neuvontatyötä. Käytännössä se toteutuu hyvin harvoin. Vaikka potilaiden päätöksentekoon osallistumista on korostettu, tekevät arkiset puhekäytäntöjen realiteetit sen usein tyhjäksi estäen vastavuoroisen neuvottelun (myös Dimatteo ym. 1994; Meredith 1993). Voimavarakeskeisen perhetyön edustajien (Mattus 1994; Määttä 1999) neuvontatyötä kohtaan osoittama kritiikki onkin kohdistunut perinteisen asiantuntijuuden patologisoivaan työskentelytapaan, joka useimmiten tapahtuu huomaamatta. Vahva asiantuntijakeskeisyys jättää potilaan oman hoitonsa suunnittelun ulkopuolelle, jolloin riippuvuus ammattiauttajista kehittyä automaattisesti. Määttä (1999) puhuu opitun avuttomuuden kehään joutumisesta. Tämä tarkoittaa apua tarjoavien ammattilaisten tunkeutumista ihmisten yksityisalueelle vakuuttamaan ulkopuolisen avun välttämättömyyttä, jolloin ihmisten omat kyvyt selviytyä elämän erityistilanteista tulevat hävitetyiksi. Kysymys on lääketieteellisen mallin siirtymisestä myös muiden ammattialojen toimintaan eli medikalisaatiosta. Samaan tulokseen päätyy artikkelissaan myös Trnobranski (1994) ja tämä on nähtävissä ei-vastavuoroisuutta tuottavissa keskustelukäytännöissä.

Myös tämän tutkimuksen tulokset osoittavat sen, kuinka haavoittuvainen yhteisen näkemyksen muodostamisen prosessi edelleen on, sillä vastavuoroiset potilaan osallistumista edistävät neuvontakeskustelut ovat pääosaltaan vain hetkittäisiä. Samaan tulokseen päätyi myös Viitanen (1997) tutkiessaan fysioterapeuttien ja potilaiden välistä neuvontatyötä. Viitanen mukaan tilanteisiin

mahtui ituja potilaiden aktivoitumisesta ja omien ratkaisumallien etsimisestä ja esittämisestä. Jaatinen (1997) toteaaakin, että ammattilaisten olisi osattava vetää raja apuna olemisen ja auttamisvimman välille. Hoitajien neuvontatyötä hallitsee "neuvomisriippuvuus" samaan tapaan kuin alkoholiongelmien sosiaaliterapiaa "hoitamisriippuvuus". Heikkinen (1988) puhui samasta ilmiöstä käyttäen luonnehdintaa hyväntahtoinen autoritatiivisuus, joka hänen tutkimuksessaan esti todellisen dialogin syntymisen hoitajan ja potilaan välille.

Puhe on hoitajan työväline. Tämä tutkimuksen mukaan hoitajien kyky havaita potilaiden kielellisiä vihjeitä on puutteellinen. Hoitajat eivät ehkä riittävästi paneudu kielelliseen viestintään ja sen antamiin merkityksiin. Faulkerin ja Maguiren (1999) mielestä potilaiden vihjeiden sivuuttaminen kertoo hoitajan etäisyyden säilyttämispyrkimyksistä, joka terveydenhuollon työntekijöillä voi saada suorastaan sosiaalisen normin piirteitä. Tätä kautta potilas oppii, millaisista asioista ei ole soveliasta puhua ja lakkaa kertomasta huoliaan. Potilaan vihjeiden sivuuttaminen voi johtaa siihen, ettei potilas kykene omaksumaan esimerkiksi tilanteeseen liittyvää tietoa ellei hänen huolistaan ensin keskustella. Etäisyyden ottaminen voi synnyttää potilaassa jopa vihan tunteita, koska hänen tunteensa ei tule ymmärretyksi.

Herää kysymys, onko nonverbaalista viestintää korostettu liikaa. Ajatusta tukee muun muassa Heikkilän ym. (1998) tutkimus, jossa hoitajat eivät tunnistanee leikkauspotilaiden pelkoa eivätkä muutoksia potilaiden pelon kokemisessa. Hoitajat luottivat ehkä liikaa psykologisiin ja käyttäytymiseen liittyviin merkkeihin, mutta eivät tiedustelleet asiaa potilailta itseltään. Myöskään Viitasen (1997) tutkimuksessa fysioterapeutit eivät juuri tarttuneet potilaiden taholta tuleviin aloitteisiin eivätkä kysyneet potilaiden omia ajatuksia tai ratkaisuja arkisiin ongelmiin. Voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu edellyttäisi erilaisista työskentelytavoista neuvottelua potilaan kanssa. Tästä puhuu myös Jaatinen (1997) ehdottaessaan keskustelullista tilaa asiakkaan haltuun. Tällöin hoitajan täytyisi kysyä potilaalta, haluaako tämä kuulla hoitajan selostuksia, ehdotuksia ja esimerkkejä. Keskustelussa tehtäisiin näkyvästi sopimuksia siitä, miten edetään ja miten potilaan valinnanvapaus pidetään esillä.

Hoitajien on oltava tietoisia käyttämästään vallasta ja siitä, kuinka se vaikuttaa vuorovaikutussuhteen muodostumiseen (Callaghan & Williams 1994). Tämän tutkimuksen perusteella voidaan päätellä, että hoitajien on hyvä olla tietoisia myös potilaiden vallankäytön keinoista rohkaistakseen potilaita hallinnan tunteen saavuttamisessa, joka parhaimmillaan voi johtaa sisäisen voiman tunteen löytymiseen. Auttamistyön kohtaamisia koskevassa kirjoituksessaan Suoninen (2000) esittääkin ammattilaisille tärkeän kysymyksen: Olisiko hyödyllistä kehittää auttamistyön kohtaamisiin jaksoja, joissa asiakas asettuu selkeästi haastattelijan asemaan, konsultoimaan ammattilaisen näkemyksiä omien ajatuskulkujensa tarpeisiin?

Heikkilä ym. (1998) suosittaa hoitajien "tunnistamisen" taitojen kehittämistä. Tämä tutkimuksen perusteella päädyn siihen johtopäätökseen, että hoitajien herkkyyttä asiakkaiden viestien vihjeille ja vuorovaikutuksessa tapahtuville muutoksille tulisi kehittää etenkin sellaisten koulutusohjelmien avulla, jotka toteutuvat todellisissa toimintaympäristöissä ja joissa videointi on osa koulutusta. Vuorovaikutustaitojen kehittämiseksi ei riitä pelkästään "luokkahuone"

-harjoittelu (myös Rollnick ym. 1992). Erittäin hyödyllistä on myös kirjoittaa omaa puhetta sanataarkaksi tekstiksi myöhempää tarkastelua varten. Haastatteluanalyyseissaan muun muassa Hakulinen (1991) osoittaa ansiokkaasti, miten videolta saatu vaikutelma voi saada uutta sisältöä, kun keskustelu puretaan yksityiskohtaiseksi tekstiksi. Vuorovaikutustaitojen koulutuksessa puheesta voitaisiin tarkastella sitä, miten puheenvuorot liittyvät toisiinsa. Yksityiskohtaisemmin voitaisiin keskittyä esimerkiksi kysymisen ja vastaamisen muotoihin, puheessa ilmeneviin johtopäätöksiin ja päätelmiin, taukoihin ja tilan antamiseen potilaan puheelle, erilaisiin palautteen muotoihin ja puheen mukauttamiseen tilanteeseen sopivaksi jne. Vuorovaikutustaitojen hallinta edellyttää asennoitumista siihen, että jokainen vuorovaikutuksessa lausuttu sana ja puheenvuoro on eräänlainen interventio, joka on asiakkaalle merkityksellinen juuri siinä hetkessä ja voi kantaa häntä myös tulevissa terveydenhuollon kontakteissa. (Mattus 1994; Tomm 1993.) Neuvontatyön ammattilaisen tulee tiedostaa kielen avaamat mahdollisuudet. Tutkimuksesta on nähtävissä, että vastavuoroisuus voi toteutua keskusteluun osallistumisessa, vaikka hoitajan ja potilaan välinen hoitosuhde kokonaisuudessaan ei tätä edellytä.

Rollnick ym. (1999) puhuu mikrotaidoista, joita käytetään koko ajan ja niiden käyttö on riippuvainen henkilön tausta-ajatuksista. Yhtä lailla ratkaisevaa neuvonnan toteutukselle on hoitajien omien taustakäsitysten selvittäminen. Hoitajan puheessa taustanäkemyks näkyy esimerkiksi siten, mille tasolle hoitaja suuntaa huomionsa. Tämän aineiston valossa näyttää siltä, että huomio suuntautuu liian usein organisaation taholta asetettuun tehtävään eikä vuorovaikutuksessa onnistumiseen. Koulutusohjelmissa voidaankin pohtia, miksi neuvontatilanteessa hoitajana toimii jollakin tietyllä tavalla ja millaisia muita mahdollisuuksia olisi olemassa. Tämä edellyttää oman työn äärelle pysähtymistä: mitkä ovat omat ja työyhteisön neuvontatyön perusteet ja miten ne ilmenevät neuvontapuheen arjessa. Tällainen omien perusteiden arviointi yhdessä neuvontakeskustelun arvioinnin kanssa olisi erityisen tärkeitä neuvontatyötä tekevien ammattilaisten täydennyskoulutuksessa.

Joka tapauksessa hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutus näyttäytyy tässä tutkimuksessa tasavertaisempana kuin aikaisempien tutkimusten luonnehdinta lääkäri-potilas -suhteesta. Esimerkiksi Meredithin (1993b) tutkimuksen mukaan ero lääkäri-potilas -suhteeseen on se, että lääkärin kanssa tapahtuvat kohtaamiset ovat sairaalassa erittäin kaavamaisia ja tyypistettyjä. Tästä syystä potilaat kääntyivät hoitajien puoleen, koska tunsivat saavansa hoitajilta enemmän aikaa keskusteluun (myös Callaghan & Williams 1994). Kirurgiset potilaat olivat sitä mieltä, etteivät he voineet riittävästi osallistua, sillä tapaamisen byrokraattinen rakenne ja sille varattu aika eivät antaneet mahdollisuutta pohdiskella lääkärin taholta tulevaa tietoa. Vaikka sairaalan neuvontakeskusteluissa on puutteita, välittyy tämän tutkimuksen kautta myös hoitajien taito toimia potilaiden voimavaroja vahvistavana kumppanina.

5.3 Tutkimuksen luotettavuus ja eettiset kysymykset

Näinkin epäyhtenäinen aineisto on ollut sekä haitta että rikkaus. Rikkaus se on ollut siinä mielessä, että hoitajan ja potilaan välisestä viestinnästä on voitu tavoittaa hyvin monenlaisia ilmiöitä. Neuvontakeskustelujen viestinnällisiä ilmiöitä on voitu tarkastella hyvin yksityiskohtaisesti ja niitä on voitu osoittaa empirian tasolla. Tutkimuksella on täten vahva käytännön relevanssi, sillä se auttaa neuvontapuheen arviointia ja antaa tähän uusia virikkeitä. Haittapuoli näkyy siinä, että aineiston pienen koon vuoksi tutkimuksesta ei voida tuottaa yleispäteviä objektiivisia faktoja ja tässä suhteessa tutkimuksessa korostuu diskurssianalyysin mukainen perusteltu tulkinta (Ks. Suoninen 1997). Haittana näen myös sen, että aineisto on ollut vaikeasti hallittavissa.

Osajulkaisuissa luotettavuutta on tarkasteltu triangulaation kautta. Tässä yhteydessä olen perustellut havaintojen luotettavuutta sekä menetelmä-, aineisto- että tutkijatriangulaation avulla (Begley, 1996; Patton, 1990). Menetelmätriangulaatio perustuu siihen, että tutkimuksen aineisto koostuu sekä videooiduista neuvontakeskusteluista että sen jälkeisistä molempien osallistujien haastatteluista. Tässä tutkimuksessa haastatteluaineiston käyttö on kuitenkin ollut hyvin minimaalista. Lähinnä olen varmistanut, miten osallistujat ovat kokeneet videoinnin, ja onko sillä ollut vaikutusta tutkimukseen osallistuvien toimintaan keskustelun aikana. Aikaisempien tutkimusten (esim. Caris-Verhallen ym. 1998; Viitanen 1997) mukaan, videoinnin vaikutus käyttäytymiseen on hetkellinen. Useimmat henkilöt muistavat videokameran vain pari ensimmäistä minuuttia ja samaa mieltä oli myös suurin osa tämän tutkimuksen hoitajista ja potilaista. Olen hylännyt alkuperäisestä aineistosta kolme neuvontakeskustelua. Kaksi potilasta kertoi haastattelussa jännittäneensä tilannetta, joten katsoin, että jännittäminen on voinut muuttaa potilaan puhekäyttäytymistä. Potilaat eivät itse kieltäneet näiden videoiden käyttämistä tutkimuksessa, mutta se ei ollut mielestäni eettisesti sopivaa. Yksi videointi epäonnistui, joten tästä tilanteesta ei ollut käytettävissä kuvaa tulkintojen avuksi. Haastatteluista olen myös katsonut, miten potilaat kuvaavat terveyttään ja sairauttaan.

Aineistotriangulaatio tarkoittaa tässä tutkimuksessa sitä, että neuvontakeskustelusta on olemassa videoitua kuvaa, joka mahdollistaa sekä nonverbaalisten että verbaalisten viestien tarkastelun. Tutkimuksen pääpaino on ollut verbaalisessa viestinnässä, mutta videokuvan yleisvaikutelma nonverbaalisine viesteineen on ollut oleellinen osa aineiston analyysivaiheen tulkintaa. Keskityminen pelkästään kielelliseen toimintaan sisältää myös vaaransa (Heikkinen 1988, 102). Viestitämme vuorovaikutustilanteessa myös muulla tavoin kuin sanojen avulla, sillä kaikella inhimillisellä käyttäytymisellä on olemassa ilmaisullinen ulottuvuus. Kielen merkitystä ei tule kuitenkaan vähätellä.

Tutkijatriangulaatio on toteutunut tutkimuksessani siten, että taustavoimana on ollut tutkijaryhmä, jossa tulkinnoista on voitu yhdessä keskustella. Toisaalta, triangulaatio luotettavuuden perusteena on laadullisessa tutkimuksessa jopa kyseenalaistettu, sillä sen on katsottu kuvastavan pikemminkin kvantitatiivisen tutkimusperinteen vaatimusta havaintojen oikeellisuuden perusteluna (Sim & Sharp 1998). Ikään kuin totuus olisi löydettävissä, jos eri me-

netelmät ja aineistot antavat saman tuloksen. Laadullista tutkimustyötä tekevä tutkija ei kuitenkaan pyri objektiiviseen totuuteen vaan hyväksyy, että on olemassa useita totuuksia. Katson, että tässä tutkimuksessa tutkijaryhmä ja erilaiset aineistot ovat myös merkittävästi laajentaneet ymmärrystäni neuvontakeskusteluista.

Keskustelunanalyysin vaatimus tutkimustulosten yleistettävyydestä ei perustu perinteisen kvantitatiivisen tutkimustradition mukaiseen yleistettävyyteen, vaan avainsana on mahdollisuus. Vaihtelevien käytäntöjen mahdollisuuksia voidaan pitää yleistettävänä, vaikka käytännöt eivät toistu samalla tavoin erilaisissa ympäristöissä. (Peräkylä 1997b.) Tämän tutkimuksen tuloksia ei siis voida yleistää koskemaan esimerkiksi kuntoutuslaitoksissa tai terveyskeskuksissa tapahtuvaa terveysneuvontaa. Kuitenkin tutkimuksen tuloksena saadut kuvaukset vastavuoroisen ja ei-vastavuoroisen sairaalaneuvonnan puhekäytännöistä ovat mahdollisia myös muissa neuvontatyötä toteuttavissa ympäristöissä. Tutkimuksessa pyritään yksityiskohtaisesti kuvaamaan, kuinka vastavuoroisuus ja ei-vastavuoroisuus tehtiin mahdolliseksi; esimerkiksi millaisin puheenvuoroin, miten puheenvuorot vaihtuivat tai miten ne jäsenyivät yhteen jne. Tulokset osoittavat, miten tällaiset käytännöt tehdään mahdolliseksi osallistujien toiminnan kautta. Analyysin yhteydessä olen käynyt vuoropuhelua samaa ilmiötä koskevien aikaisempien tutkimustulosten kanssa ja löytänyt vastaavia ilmiöitä myös muilta neuvontatyön alueilta. Tästä syystä on syytä olettaa, että tutkimustulokset pätevät myös muissa yhteyksissä. Joka tapauksessa ne ovat mahdollisia toimintakäytäntöjä jokaisen neuvontatyötä tekevän arkipäivässä.

Keskustelunanalyysin mukaisesti tutkimuksen luotettavuus perustuu siihen, että tutkittavan ilmiön vaihtelevuus kuvataan huolella. Tämä tarkoittaa sitä, että on oltava riittävästi näyttöä ilmiön luonteesta. (Peräkylä 1997b.) Analyysin kohteeksi voidaan ottaa myös yksittäisiä ja poikkeavia kohteita (myös Pilnick 1998). Tässä tutkimuksessa olen tehnyt molempia. Ilmiöiden vaihtelevuutta en ole kuvannut niin laajasti, mitä keskusteluanalyttinen tutkimustraditio edellyttäisi. Tutkimuksen luotettavuutta lisäävät kuitenkin autenttiset esimerkit, jotka havainnollistavat lukijalle analyysin perusteita. Näin jokainen lukija voi henkilökohtaisesti varmistua tulokinnan "oikeellisuudesta". On myös muistettava, että tutkimukseen on valittu vain yksittäisiä vuorovaikutustapahtumia, joten sairaalassa tapahtuva terveysneuvonta sekä hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutus näytettyvät vain tässä hetkessä, koko kirjo ei ole nähtävillämme (vrt. Peräkylä 1997b).

Vaikka videointi on erinomainen menetelmä viestinnän ilmiöiden tavoittamiseen, sillä on myös rajoituksensa. Videoinnin rajoitteena on se, että emme voi tietää, mitä on tapahtunut ennen nauhoitusta ja mitä tapahtuu nauhoituksen jälkeen (myös Viitanen 1997). Esimerkiksi neuvonnan tavoitteesta ei keskusteltu tilanteen alussa, mutta siitä on voitu keskustella ennen varsinaista keskustelutilannetta. Videoinnin vaikutusta neuvonnan sisältöön on vaikea arvioida, sillä saattaa olla, että osa hoitajista paneutui ehkä tavallista huolellisemmin tilanteeseen etukäteen. Tutkijan vaikutusta neuvonnan jälkeisiin haastattelutilanteisiin vähentää puolestaan se, että haastattelumuoto ei ollut mitenkään standardoitu, vaan muistutti enemmänkin arkista jutustelua tiettyjen teemojen ympärillä (ks. Raunio 1999).

Laadullisen aineiston yhteydessä on puhuttu, että aineiston voi onnistuneesti analysoida vain sen kerännyt tutkija (Raunio 1999, 313). Koska en ole itse kerännyt aineistoa, olen menettänyt jotakin tapahtumapaikan tunnelmasta ja niistä oheishavainnoista, jotka liittyvät kuvauksiin ja niiden jälkeisiin haastatteluihin. Aineiston luonne ja tutkimustehtävä ovat mielestäni ne lähtökohdat, jotka mahdollistavat myös ulkopuolisen tutkijan onnistuneen analyysin. Vuorovaikutuksen tutkimisessa tärkeää on vuorovaikutus ja tässä tutkimuksessa taustavoimanani on ollut tutkimusryhmä, johon myös aineiston kerännyt tutkija kuuluu. Ryhmänä olemme voineet keskustella tulkinnoista. Yksi laadullisen tutkimuksen ideaali muodostuu myös vaatimuksesta kerätä aineisto mahdollisimman luonnollisista tilanteista. Tässä tutkimuksessa siihen on pyritty videoimalla todellisia hoitoon liittyviä neuvontakeskusteluja, joissa tutkija ei ole ollut läsnä.

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida myös raportissa esitettyjen kuvausten, väitteiden ja selitysten perusteella (Eskola & Suoranta 1998). Tästä johtuen olen pyrkinyt kirjoittamaan tutkimusraportin sellaiseen muotoon, että lukija voi seurata sekä tutkimusprosessin etenemistä että esittämiä väitteiden ja selitysten perusteita mahdollisimman tarkasti. Tällöin lukijalla itsellään on viime kädessä mahdollisuus hyväksyä tai riitauttaa tulkinta. Tutkimustulokset tulee suhteuttaa siihen, että aineisto on kerätty vuonna 1993, jolloin potilaslaki (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992) astui voimaan. Tämän jälkeen hoitokäytäntöihin on tullut muutoksia, vaikkakin terveydenhuollon organisaatioissa muutokset tapahtuvat erityisen hitaasti (esim. Tolvanen 1998).

Tutkimusmenetelmänä keskusteluanalyysi vastaa siihen tarpeeseen, mitä terveydenhuollon vuorovaikutustutkimukselta tänä päivänä odotetaan. Sen avulla voidaan yksityiskohtaisesti kuvata terveysneuvontaprosessin keskustelullista toteutumista, tehdä tätä näkyväksi. Keskusteluanalyyttinen vuorovaikutustutkimus voi tarjota todistusvoimaisen kuvauksen siitä, millaisista toiminnoista sairaalan terveysneuvontakäytäntö koostetaan todellisissa tilanteissa sekä siitä, millaisia konkreettisia vaihtoehtoja toimijoilla kulloinkin on. Tämä on lähtökohtana toiminnan arvioinnille ja laadunhallinnalle (Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle). Mielestäni pelkkä kuvaus ei kuitenkaan ole riittävää toimintojen kehittämisen kannalta, joten olen tässä tutkimuksessa tehnyt kuvauksista myös tulkintoja ja johtopäätöksiä tulevalle kehittämistyölle.

Menetelmä on ollut työläs ja aikaa vievä, mutta samalla kiehtova tapa tehdä tutkimusta. Videoaineisto ja litteraatiot muodostavat ainutlaatuisen kokonaisuuden, koska aineiston avulla keskusteluihin on voinut palata useita kertoja analyysin aikana. Toisaalta myös eettiset kysymykset ovat olleet vahvasti esillä koko tutkimusprosessin ajan, sillä hoitajan ja potilaan väliset keskustelut sisältävät välillä hyvinkin arkaluonteisia tietoja. Näin ollen tutkimusaineisto on luottamuksellinen ja se on ollut vain tutkijoiden käytössä. Kaikki tutkimukseen osallistuneet henkilöt ovat vapaaehtoisesti tulleet mukaan ja allekirjoittaneet suostumuksen nauhoitusten käyttämiseksi tutkimustarkoitukseen. Heille on myös tarjottu mahdollisuutta katsoa videoitu tilanne jälkikäteen. Kaikki hoitajat ovat sen tehneetkin arvioidessaan omia viestintätaitojaan (Poskiparta 1997), samoin osa potilaista.

Tutkijana olen joutunut usein pohtimaan sitä, miten voin säilyttää tutkittavien yksityisyyden, niin ettei henkilöllisyys paljastu tuloksia julkistettaessa. Tämän vuoksi katkelmissa esiintyneet nimet on vaihdettu eikä puheessa esiintyvien paikkakuntien nimiä ole mainittu. Toisaalta tutkittavat ovat keskusteluissa avanneet oman työnsä ja toimintatapansa tutkijoiden tarkasteltavaksi, joten analyysin ja tulkintojen tekemisessä on pyritty huolellisuuteen, ettei tutkittaville aiheutuisi vahinkoa tai ettei tutkimuksella loukattaisi heitä.

Vaikka olen konkreettisesti osoittanut voimavarakeskeisyyttä edesauttavia keskustelullisia keinoja, toivon ettei niistä muodostuisi uusia potilasta alistavia rutiineja potilaskeskeisyyden esteeksi. Se, mikä sopii toiselle, ei ehkä sovi toiselle, joten tutkimuksessa esitetyt keskustelulliset keinot voisivat toimia pikemminkin hoitajan dynaamisena ja jatkuvasti täydentyvänä ideapankkina hänen potilaskohtaamisissaan.

5.4 Jatkotutkimushaasteet

Tutkimuksen aineisto on rikas ja monipuolinen ja tarjoaa edelleen jatkotutkimushaasteita. Aineistosta voisi selvittää laajemmin ja syvemmin tutkimuksessa esiin nostettujen keskustelullisten keinojen vaihtelevuutta, sillä nykyinen esitystapa jättää niiden käsittelyn vieläkin puutteelliseksi. Tässä tutkimuksessa analyysin kohteena on ollut kokonainen keskustelu. Syvempi analyysi mahdollistuu silloin, kun analyysin kohteeksi otetaan jokin yksittäinen toiminto. Tätä tutkimusta voisi täydentää esimerkiksi seuraavasti:

- Potilaiden asertiivisuutta kuvaavia keskustelukeinoja, kuten kysymyksiä, keskeyttämistä ja avautumista voitaisiin kuvata tarkemmin.
- Tutkimuksen kohteeksi voitaisiin ottaa myös neuvontakeskustelujen aloitukset ja lopetukset sekä katsoa, miten esimerkiksi aloitustilanne on yhteydessä vastavuoroisuuteen.
- Miesten ja naisten käyttämien keskustelullisten keinojen erojen tutkiminen voisi tuoda uudenlaista sisältöä terveysneuvontaan.
- Tärkeitä tutkimusalueita ovat myös palautteen antamisen ja rohkaisun muodot sekä kuuntelemisen dynamiikan selvittäminen.
- Nonverbaalisten viestien tutkiminen on jäänyt tässä tutkimuksessa liian vähäiseksi. Niiden tarkempi tulkinta olisi mahdollista, vaikkakin neuvontakeskustelujen kuvaaminen on tapahtunut yhdellä kameralla. Tulevissa tutkimushankkeissa tähän on kiinnitettävä enemmän huomiota.
- Tutkimusta voidaan hyödyntää kehitettäessä potilaiden osallistumista lisääviä interventioita, jossa potilaat rohkaistuvat avautumaan ja kertomaan mieltään askarruttavista asioista, kysymään kysymyksiä ja jopa keskeyttämään. Tällöin voitaisiin tutkia sitä, miten interventio vaikuttaa neuvontakeskustelun muotoutumiseen.
- Tulosten pohjalta voidaan myös kehittää hoitajan ja potilaan yhteinen voimavarakeskeisen neuvontakeskustelun arviointimittari käytännön terveys-

neuvonnan kehittämisen välineeksi. Mittarin kehittäminen edellyttää pitkäjänteistä tutkimustyötä.

- Voimavarakeskeisyyden lähestyminen vallan näkökulmasta ei myöskään ole riittävää. Jatkossa on tarvetta tutkia myös potilaiden reflektiivisyyttä pitimmällä aikajänteellä ja vertailla potilaan osallistumista erilaisissa terveydenhuollon kontakteissa.
- Tarvitaan myös tutkimusta potilaiden henkilökohtaisen hallinnan tunteen saavuttamisesta. Tällöin yhdistyisivät erilaiset tutkimusmenetelmät ja neuvontakeskustelujen videointiin voitaisiin haastattelujen lisäksi yhdistää erilaisia kyselylomakkeita ja mittaristoja.
- Tulevissa tutkimushankkeissa voitaisiin ottaa tutkimuksen kohteeksi yhteisiä potilasryhmiä (esimerkiksi verenpainepotilaat, diabetesta - tai astmaa sairastavat potilaat jne.) ja samantyyppisiä neuvontatilanteita, jolloin puhekäytäntöjen vertailu olisi laajempaa kuin tässä tutkimuksessa.

SUMMARY

Background

Patient participation has been viewed as an important factor for the practical principles of health counseling that have been developed quite recently (Feste & Anderson 1995; Keller & Carroll 1994; Poskiparta et al. 1998; Rollnick et al. 1997; van Ryn & Heaney 1997). Patient initiative, patients' realizations, and patients' expression of their opinions and interpretations are the basis on which patients can approach health issues in cooperation with professionals. However, there is little research on patients' messages and on how they participate in discussions. The communication has been approached from the point of view of the staff, and this applies equally well to research on health counseling that focuses on patient participation. The other side of the interaction, the patients, has not been considered explicitly, and this leads to an excessively narrow view of the process.

The focus on patients, for most health communication research, has been as recipients of messages. The type of interpersonal health communication research that has received the most scholarly attention has been doctor-patient communication (Vanderford et al. 1997); the emphasis has not been placed on the relationship of the nurse and the patient. Generally, describing cooperation, partnership, or reciprocity between health care providers and patients has not been explicitly considered (Kim et al. 1993). Recent studies on Finnish hospital patients are based on questionnaires and interviews. They address the general nature of interactive relationships (Leino-Kilpi 1991), how patients get information and support (Suominen et al. 1994), how to be a patient (Häggman-Laitila & Åstedt-Kurki 1994), patients' satisfaction with their treatment (Kärkkäinen 1994; Leinonen et al. 1996), or patients' experiences and concepts concerning guidance during hospitalization (Mattila 1998). However, even at the international level, patients' contribution to the content and organization of nurse-patient communication has largely been ignored (Jarret & Payne 1995; Young & Klinge 1996).

Purpose of the study

The purpose of this study was to describe how patients participated during hospital counseling with a nurse, as observed on videotape. This study was focused on patient initiative. It answered the questions: What forms of communication do patients use to participate? How do nurses respond to them? How do they facilitate or impede the patients' participation? After this, the results were accumulated and the linguistic realizations of empowering health counseling practice were described. In accordance with empowerment ideology, I answered the questions: What kinds of power messages do patients and nurses use during counseling? How can these power messages construct the flow of interaction? How can patients control the interaction?

Research method and data collection

This study was based on qualitative data collected from a total of 38 counseling sessions in a Finnish hospital. Nineteen nurses each conducted two videotaped counseling sessions with different patients. The nurses themselves decided which patients they asked to participate. There was only one male nurse while the patient group consisted of 24 female and 14 male patients. The length of the nurses' careers varied from one to 25 years. The ages of the nurses were between 24 and 50 years while the patients' ages ranged from 18 to 70 years. The researchers did not attend the counseling sessions, which lasted from five to 45 minutes. The participating patients were experiencing diverse health problems. Various surgical problems, for example, knee surgery, varicotomy, hernia operations, breast surgery, hip operations, back operations, post status of brain bleeding, and post care of bypass surgery were among the most representative. In addition to the health problems that had led to their hospitalization, many of the surgical patients also suffered from chronic diseases, such as hypertension, asthma, rheumatic illnesses, or diabetes. Many patients also found themselves in an insecure situation because a chronic disease had suddenly been manifested or they were undergoing examinations. There were also some mothers in the group who had given birth recently and had no health problems.

Nurse-patient counseling sessions were videotaped on seven different wards of a hospital: anesthesia, surgery, gynecology, outpatient, physiotherapy, and medical (two separate wards). The data included a wide variety of different counseling sessions, such as discharge counseling (after a delivery or an operation), counseling related to the patient's illness or instruction on using an accessory, or admittance counseling and preoperative interviews. The counseling sessions were genuine counseling situations related to treatment. A single video camera was used, which meant that the observation of nonverbal communication consisted of examining the session as a whole, including eye contact, smiles, laughter, some gestures, tone of voice, and, to some extent, facial expressions. Consequently, the emphasis of this study was examining verbal communication.

The videotaped counseling sessions were transcribed verbatim. Interviews with the nurses and the patients after their sessions were also transcribed. However, this study concentrated on the videotaped data. To begin with, typology was chosen as the method of analysis because it allowed for a varied qualitative description of patient communication. It provided an overview of the characteristics of patient participation and indicated the many different ways in which the patients participated in the discussions. In subsequent analysis, transcriptions were dealt with in greater detail. In order to study the interactive nature of communication, the coding and analysis of the videotaped data was based on the principles of Conversation Analysis (Drew and Heritage 1998). The videotapes were transcribed word by word, including stammering, etc. At the same time, supplementary data were added to the transcriptions, such as pauses during and between turns, onset and termination of overlapping talk, intonation information, and some nonverbal communication. The CA principle behind the analysis was to examine how turns were taken with regard to

other participants' speech and what sequential implications each turn had for the next. In addition, I analyzed a single case in this study. This particular encounter, which was based on CA, was selected because it stood out in the data (Stake 1994) as the most extensive manifestation of empowering practice.

Results

This study emphasized the patients' perspective and provided new information about the role of patients' communication skills and competence. Focusing on the patient provided important insights about nurse-patient encounters and the nature of interaction during health counseling. The findings may advance professional understanding of patient-centered practice and reveal what impedes it. According to this study, patients participated in conversation in many different ways. Some asked questions, made comments, discussed openly their decisions and difficulties, or even assessed critically their treatment while many of patients remained taciturn participants. The nurses facilitated the patients' participation, but quite often they failed to perceive the patients' attempts to participate. It seemed that the nurses were unable to respond to the hints that the patients gave in order to change the flow of the counseling. In this summary, the forms of communication that produced patient participation have been designated as reciprocal participation frames. In turn, the forms of communication that produced patients' taciturnity have been designated as non-reciprocal participation frames. Perceived communication forms overlapped, and both participation frames could fluctuate during interaction.

Reciprocal participation implies complementary cooperation, which was seen when the nurses and the patients explicated the contents of counseling together. This was made possible by the nurses' attempts to develop an intimate and respectful atmosphere. Also, tentative speech formulae, reflective questions, and messages that respected the patients' competence facilitated patient participation during counseling. In addition, the nurses' politeness encouraged the patients to speak. The transcripts also demonstrated how the patients' own assertive communication produced mutual participation. Previously, it has been stated that patients' assertiveness and expressiveness are influenced by health care providers' use of partnership building speech that solicits patients' questions, concerns and opinions (Street 1991). In this study, the patients also actively took the conversational space by asserting their personal power as constructors of the conversation, and the nurses participated in this. The present study indicated that the patients had several options to construct the flow of the interaction and to direct counseling towards topics that were familiar and important to them. They controlled the information, openly disclosed their experience and knowledge, and even interrupted. In fact, during reciprocal situations, the patients utilized the nurses as a source of information or as a means of constructing their expertise. According to this research, the nurses and the patients constructed the patients' power jointly in several small steps. Counseling conversations were not shaped solely through the nurses' questions and the patients' answers. Although the patients might well have acknowledged the

nurses' legitimate expertise, they maintained a sense of responsibility as co-equal experts during discussions.

The non-reciprocal participation frame highlighted the nurses' role as professionals, which also the patients supported. The patients' identity was constructed of the roles of attentive listeners and recipients of information. Not only the institutional standards of the hospital and the nurses' lack of expertise but, also, the patients' restrictive and face-saving speech produced this type of taciturnity. It was evident that the hospital, as an external context, profoundly influenced interactive relationships. There was a whole range of health counseling sessions whose objectives were based on professional knowledge about diseases, their care, and prevention. From the point of view of the hospital, the purpose of the various health counseling packages was to ensure the quality of care. However, institutionally determined health counseling practice seemed to restrict the nurses' work, and health counseling became rigid and inflexible. This is why non-reciprocal health counseling often followed the standard institutional order of phases, mentioned by Drew & Heritage (1998), which was difficult for the patients to break. Furthermore, the nurses were often content to provide general information only. Unfortunately, many encounters involved unnecessary information that was already known to both parties. Then, the health counseling was devoid of real content, and attention was diverted to what was not meaningful to the patients. The nurses also supported the patients' guilt, interrupted them, or urged them to change their behavior. This type of health counseling objectified and alienated the patients and prevented a true dialog. During non-reciprocal encounters, the patients allowed the nurses to hold the floor for long periods without taking it themselves. The patients accommodated the nurses' communication and allowed them to act as they wished, thereby constructing the nurses' informal power. The patients' politeness was seen when they did not interrupt, avoided conflict, and attempted to maintain harmony. They kept not only an emotional but also a social distance to the nurses. It seemed that the patients were sensitive to what was expected of them and acted accordingly. They perceived the nurses' restrictive messages, avoided familiarity, and limited their speech. With their taciturnity, the patients were able to save face.

Conclusion

In health education practice, such as counseling, it is essential that the nurse-patient relationship facilitate the patient's progress toward health promoting goals. Interaction that enhances patients' self-esteem and feelings of control helps them to achieve the desired goals. To effect this, power sharing through participatory processes will be required. Nurses can contribute to these processes by using empowering communication strategies that encourage patients to exercise appropriate control during encounters. Makoul (1998) pointed out that if patients who are fairly quiet in terms of initiating discussions or expressing desire for input in decisions are not encouraged to participate in decision making, their passivity will be reinforced and perpetuated and their prospects for control will diminish. He argued that patients' perceptions of their

health are linked to the extent to which they exercise control in medical encounters. Consequently, he suggested that it is important for professionals to encourage patients to adopt more active roles in their health care and not accommodate their passive orientation.

The present research can be applied to the practice of health counseling as an important step toward understanding and breaking the cycle that perpetuates patients' passivity. This study describes strategies for avoiding the traditional passive patient's role and achieving a more equal and participative status. It encourages patients to ask the right questions, disclose their experiences, and even interrupt. All this redresses imbalances within encounters and their power structures and is recognized as a positive process in the nurse-patient relationship (Roter & Hall 1991). These results provide evidence on how control could be realized and patients could be convinced of the efficacy of their participation, which is both achievable and beneficial. It is possible to apply these results to designing training programs for improving patients' information exchange skills. So far, there have been no programs in Finland for training patients to seek information or communicate effectively. We should educate patients, while they are waiting to see a professional, on the importance of participating in encounters and how to play a more active role. Patients' training programs should provide information about what type of questioning would be the most beneficial for them. Specifically, attention should be paid to information-seeking questions.

In addition, resources are needed for reorganizing nursing work and steering away from task-centered health counseling and externally determined quality packages. The emphasis should be placed on patient-driven empowering health counseling, where patients' life situations are respected, patient-initiated actions are supported, and shared knowledge and deep understanding are nurtured. General information need not be given indiscriminately to all patients; it can be made available in some other way. From the institutional point of view, successful interaction should be made a mark of quality and a criterion of efficiency. In the future, methods must be developed for evaluating empowering interaction in health counseling.

The results of this study supported the idea that it is sometimes possible that patients keep the conversation at a superficial level in order to avoid an emotional and intensive conversation. Although patient participation is desirable and various health counseling methods have been employed to this end, one must also respect patients' desire to keep their distance. However, patients' willingness to participate must not be discouraged. Therefore, attention must be paid to educating nurses in interaction skills. Using video and audio recordings in their education is of vital importance, especially when training perceptive skills, which, as this study revealed, appeared deficient, particularly concerning speech perception. These results give us information for designing training programs for nurses that foster their ability to identify forms of communication in their relationships with patients.

This study confirmed the importance of adopting a new and more detailed research approach. The results demonstrated that the sequential implications of nurse-patient conversation need attention. In Finland, however, hospitals have

been unexamined areas with respect to researching actual communication processes. Overall, research should expand its focus from doctor-patient interaction to include patients and other health professionals. Further research is needed to identify relevant opportunities and obstacles that are inherent in nurse-patient interaction as well as to provide a theoretical foundation for training programs. Finally, if health counseling is to become more patient-centered, we need to examine multiple power processes in which patients and nurses can recognize different manifestations of power. Detailed and descriptive microanalytic findings from such studies as the present one can offer practical tools for evaluating counseling work.

LÄHTEET

- Ahokas, M. 1998. Tunnettyö. Teoksessa A. R. Lahikainen & A-M. Pirttilä-Backman (toim.) *Sosiaalinen vuorovaikutus*. Keuruu: Otava, 120-133.
- Ainsworth-Vaughn, N. 1995. Claiming Power in the Medical Encounter: The Whirlpool Discourse. *Qualitative Health Research* 3 (5), 270-289.
- Alasuutari, P. 1994. *Laadullinen tutkimus*. Jyväskylä: Gummerus.
- Anderson, J. M. 1996. Empowering patients: issues and strategies. *Social Science & Medicine*, 43, 697-705.
- Anderson, R. M., Funnell, M. M., Butler, P. M., Arnold, M. S., Fitzgerald, J. T. & Feste, C. C. 1995. Patient empowerment. Results of randomized controlled trial. *Diabetes Care* 18, 943-949.
- Anderson, G., Feleke, E. & Perski, A. 1999. Patient-perceived quality of life after coronary bypass surgery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 13, 11-17.
- Aronsson, K. & Sätterlund-Larsson, U. 1987. Politeness strategies and doctor-patient communication. On the social choreography of collaborative thinking. *Journal of Language and Social Psychology* 6,1-27.
- Avis, M., R. M. N., R. G. N. & R. N. T. 1994. Choice cuts: an exploratory study of patients' views about participation in decision-making in a day surgery unit. *International Journal of Nursing Studies* 31 (3), 289-298.
- Ballou, M. B., Fetter, M. P., Saleh, K. P. & Litwack L. 1992. *Health counseling*. USA: American School Health Association.
- Beck, C. S. & Ragan, S. L. 1992. Negotiating interpersonal and medical talk: frame shifts in the gynaecologic exam. *Journal of Language and Social Psychology* 11, 47-61.
- Begley, C. M. 1996. Using triangulation in nursing research. *Journal of Advanced Nursing* 24, 122-128.
- Beisecker, A. E. 1990. Patient power in doctor-patient communication: what do we know?. *Health Communication* 2 (2), 105-122.
- Bennet, K. C. & Irwin, H. 1997. Shifting the Emphasis to "Patient as Central": Sea Change or Ripple on the Pond? *Health Communication* 9, 83-93.
- Bergman J. R. 1998. Veiled morality: notes on discretion in psychiatry. In P. Drew & J. Heritage (Eds.) *Talk at work. Interaction in institutional settings*. (4. Painos) Cambridge: University press, 137-162.
- Binbin, Z. 1999. Asymmetry and mitigation in Chinese medical interviews. *Health Communication* 11, 209-214.
- Bilmes, J. 1997. Being interrupted. *Language in Society* 26, 507-531.
- Bottorff, J. L., & Varcoe, C. 1995. Transitions on nurse-patient interactions: A qualitative ethology. *Qualitative Health Research* 5, 315-331.
- Breemhaar, B., van den Borne H. W. & Mullen, P. D. 1996. Inadequacies of surgical patient education. *Patient Education and Counseling* 28,31-44.

- Brown, P. & Levinson, S. C. 1987. *Politeness. Some Universals in Language Usage*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Burgoon, J. K., Johnson, M. L., & Koch, P. T. 1998. The nature and measurement of interpersonal dominance. *Communication Monographs* 65, 308-335.
- Burnard, P. 1999. *Practical counseling and helping*. Great Britain: Guilford and King's Lynn.
- Buttny, R. 1996. Clients' and therapist's joint construction of the clients' problems. *Research on Language and Social Interaction* 29 (2), 125-153.
- Buxton, K., Wyse, J. & Mercer, T. 1996. How applicable is the stages of change model to exercise behaviour? A review. *Health Education Journal* 55, 239-257.
- Cahill, J. 1996. Patient participation: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 24, 561-571.
- Callaghan, D. & Williams, A. 1994. Living with diabetes: issues for nursing practice. *Journal of Advanced Nursing* 20, 132-139.
- Caris-Verhallen, W. M. C. M., Kerkstra, A., van der Heijden, P. G. M. & Bensing, J. M. 1998. Nurse-elderly patient communication in home care and institutional care: an explorative study. *International Journal of Nursing Studies* 35, 95-108.
- Cegala, D. J. 1997. A study of doctors' and patients' communication during a primary care consultation: implications for communication training. *Journal of Health Communication* 2, 169-195.
- Chapple, A., Campion, P., & May, C. 1997. Clinical terminology: anxiety and confusion amongst families undergoing genetic counseling. *Patient Education and Counseling* 32, 81-91.
- Coates, J. 1986. *Women, Men and Language. A Sociolinguistic Account of Sex Differences in Language*. New York: Longman Inc.
- van Cott, M. L. 1993. Communicative competence during nursing admission interviews of elderly patients in acute care settings. *Qualitative Health Research* 3, 184-208.
- Coupland, N., Coupland, J. & Giles, H. 1991. *Language, society and elderly*. Oxford: Basil Blackwell Ltd.
- Crossley, M. 1998. "Sick role" or "empowerment"? The ambiguities of life with an HIV positive diagnosis. *Sociology of Health & Illness* 20 (4), 507-531.
- Dattilo, J. & Nelson, G. D. 1986. Single-subject evaluation in health education. *Health Education Quarterly* 13 (3), 249-259.
- Decache, A. 1995. Teaching, training, or educating patients? Influence of contexts and models of education and care on practice in patient education. *Patient Education and Counseling* 26:119-129.
- DiMatteo, M. R. 1991. *The psychology of health, illness, and medical care. An individual perspective*. California: Wadsworth Inc.
- Dimatteo, M. R., Reiter, R. C. & Gambone, J. C. 1994. Enhancing medication adherence through communication and informed collaborative choice. *Health Communication* 6 (4), 253-265.
- Drew, P. & Heritage, J. 1998. Analyzing talk at work: an introduction. In P. Drew & J. Heritage (Eds.) *Talk at work. Interaction in institutional settings*. (4. Edition) Cambridge: University press, 3-65.

- Dufva, H. 1994. Puhumisen psykolingvistiikkaa. Teoksessa L. Laurinen & M. R. Luukka (toim.) Puhekulttuurit ja kielen oppiminen. A FinLA:n vuosikirja. Jyväskylä: Kopijyvä Oy, 25-52.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- von Essen, L. & Sjäöden, P-O. 1991. The importance of nurse caring behaviors as perceived by Swedish hospital patients and nursing staff. *International Journal of Nursing Studies* 28, 267-281.
- Fairclough, N. 1992. *Discourse and social change*. Cambridge: Polity press, 134-168.
- Faulkner, A. & Maguire, P. 1999. Vuorovaikutustaidot potilastyössä. Syöpäpotilaan ja hänen omaistensa kohtaaminen. Hämeenlinna: Duodecim.
- Feste, C., & Anderson, R. M. 1995. Empowerment: from philosophy to practice. *Patient Education and Counseling* 26, 139-144.
- Fitzpatrick, M. A., Edgar, T. & Freimuth, V. 1992. Communication, language and health: an overview. *Journal of Language and Social Psychology*. 11 (1&2), 1-8.
- Fosbinder, D. 1994. Patient perceptions of nursing care: an emerging theory of interpersonal competence. *Journal of Advanced Nursing* 20, 1085-1093.
- Fox, N. J. 1999. Power, control and resistance in the timing of health and care. *Social Science & Medicine* 48, 1307-1319.
- Fredrikson, L. G. 1995. Exploring Information-Exchange in Consultation: the Patients' View of Performance and Outcome. *Patient Education and Counseling* 25, 237-246.
- Gibson, C. H. 1991. A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing* 16 (3), 354-361.
- Goody, E. 1978. *Towards a Theory of Questions*. In E. N. Goody (Eds.) *Questions and politeness*. Cambridge: University Press, 17-43.
- Gotcher, J. M. & Edwards, R. 1990. Coping strategies of cancer patients: actual communication and imagined interactions. *Health Communication* 2 (4), 255-266.
- Gwyn, R. & Elwyn, G. 1999. When is a shared decision not (quite) a shared decision? Negotiating preferences in a general practice encounter. *Social Science & Medicine* 49, 437-447.
- Haakana, M. & Raevaara, L. 1999. Divertikkeleitä vai pussukoita? Lääketieteen kieli vuorovaikutuksessa. *Kielikello* 3, 9-14.
- Hak, T. 1994. The Interactional Form of Professional Dominance. *Sociology of Health and Illness* 16 (4), 469-488.
- Hakulinen, A. 1989. Mies, nainen ja kieli. Teoksessa . T. Hoikkala (toim.) *Kieli, kertomus, kulttuuri*. (2. Painos) Helsinki: Painokaari Oy, 52-70.
- Hakulinen, A. 1991. Erään haastattelun anatomia. Teoksessa T. Lehtinen & S. Shore (toim.) *Kieli 6. Kieli, valta ja eriarvoisuus*. Esitelmää 18. kielitieteen päiviltä. Helsinki: Yliopistopaino, 166-188.
- Hakulinen, A. 1994. Arkipuheen retoriikkaa. Teoksessa V. Eskola & T. Lukkarinen (toim.) *Kieli on , sopii sanoa*. Helsinki: Painorauma Oy, 9-18.
- Hakulinen, A. 1997a. Johdanto. Teoksessa L. Tainio (toim.) *Keskustelun-analyysin perusteet*. Tammer-Paino Oy: Tampere, 13-17.

- Hakulinen, A. 1997b. Vuorottelujäsennys. Teoksessa L. Tainio (toim.) Keskusteluanalyysin perusteet. Tammer-Paino Oy: Tampere, 32-55.
- Hakulinen, A. & Karlsson, F. 1979. Nykysuomen lauseoppia. Jyväskylä: Gummerus, 284-290.
- Hakulinen, A. & Lautamatti, L. 1988. Naisnäkökulma kielentutkimukseen. Teoksessa P. Setälä & H. Kurki (toim.) Akanvirtaan. Johdatus naistutkimukseen. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hakulinen, A. & Sorjonen, M-L. 1986. Palautteen asema diskurssissa. Teoksessa P. Leino & J. Kalliokoski (toim.) Kieli 1. Helsingin yliopiston suomen kielen laitos: Helsinki, 39-72.
- Hakulinen, A. & Sorjonen, M-L. 1993. Research on spoken interaction in Finland. *Research on Language and Social Interaction*, 26, 409-426.
- Hall, D., James, P. & Roberts, S. 1997. Evaluation of Training in Behaviour Change Counselling Skills: The Application of Clinical-audit Methodology. *Health Education Journal* 56, 393-403.
- Heikkilä, J., Paunonen, M., Virtanen, V. & Laippala, P. 1998. Fear of patients related to coronary arteriography. *Journal of Advanced Nursing* 28 (1), 54-62.
- Heikkinen, R-L. 1988. Laadullisen neuvonta-aineiston valottama terveystutkimusanalyysi. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteen laitoksen julkaisuja sarja A No.42.
- Heikkinen, R-L. & Laine, T. 1997. Kohtaamisen näkökulmia. Teoksessa R-L. Heikkinen & T. Laine (toim.) Hoitava kohtaaminen. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Heritage, J. & Sefi, S. 1998. Dilemmas of advice: aspects of the delivery and reception of advice in interaction between Health Visitors and first time mothers. In P. Drew & J. Heritage (Eds.), *Talk at work. Interaction in institutional settings*. (4. Edition) Cambridge: University press, 359-417.
- Homedes, N. & Ugalde, A. 1993. Patients' compliance with medical treatments in the third world. What do we know? *Health Policy and Planning* 8 (4), 291-314.
- Häggman-Laitila, A. 1994. Terveystutkimuksessa asiointien mielikuvia ja kokemuksia potilaana olemisesta. *Hoitotiede* 6, 83-92.
- Häggman-Laitila, A. & Åstedt-Kurki, P. 1994. What is expected of nurse-client interaction and how these expectations are realized in Finnish health care. *International Journal of Nursing Studies* 31, 253-261.
- Häggman-Laitila, A. 1999. Terveystutkimus ja omaoiminen terveystutkimus. Tampereen yliopisto. *Acta Universitatis Tamperensis* 648.
- Iire, L. 1999. Potilas ja sairaudesta aiheutuva epävarmuus. Turun yliopisto. Turun yliopiston julkaisuja sarja C osa 147.
- Infante, D. A., Rancer, A. S. & Womack, D. F. 1990. *Building Communication Theory*. Illinois: Prospect Heights, 195-267.
- Jaarsma, T., Kasternans, M., Dassen, T. & Philipsen, H. 1995. Problems of cardiac patients in early recovery. *Journal of Advanced Nursing* 21, 21-27.
- Jaatinen, J. 1997. Terapeuttinen keskustelutodellisuus. Diskurssianalyttinen tutkimus alkoholi-ongelmien sosiaaliterapeuttisesta hoidosta. *Stakes. Tutkimuksia* 72. Jyväskylä: Gummerus Oy.

- Jarret, N., & Payne, S. A. 1995. Selective review of the literature on nurse-patient communication: Has the patient's contribution neglected? *Journal of Advanced Nursing* 22, 72-78.
- Jin, J. 1999. The use of maxims for cooperation in chinese medical interviews. *Health Communication* 11 (3), 215-222.
- Jokinen, A. 1999. Diskurssianalyysin suhde sukulaistraditioihin. Teoksessa A. Jokinen, K. Juhila & E. Suoninen (toim.) *Diskurssianalyysi liikkeessä*. Tampere: Vastapaino, 37-53.
- Jones, C. M. 1997. "That's a good sign": encouraging assessments as a form of social support in medically related encounters. *Health Communication* 9 (2), 119-153.
- Jones, M., O'Neill, P., Waterman, H., & Webb, C. 1997. Building a relationship: communications and relationships between staff and stroke patients on a rehabilitation ward. *Journal of Advanced Nursing* 26, 101-110.
- Jones, P. S. & Meleis, A. I. 1993 Health is empowerment. *Advanced Nursing in Sciences* 15 (3), 1-14.
- Juhila, K. 2000. Neuvot ja pulmat lastensuojelukeskustelussa. Teoksessa A. Jokinen & E. Suoninen (toim.) *Auttamistyö keskusteluna*. Tampere: Vastapaino, 105-130.
- Kangasharju, H. 1991. Neuvottelu keskusteluna. Piirteitä ja vuorovaikutusstrategioita. Helsingin kaupunkorkeakoulun julkaisu B 112.
- Kannas, L. 1992. Terveyskasvatus tutkimus- ja koulutusalanä sekä arjen käytäntöinä. *Aikuiskasvatus* 2, 68-75.
- Kar, S. B., Pascual, C. A. & Chickering, K. L. 1999. Empowerment of women for health promotion: a meta-analysis. *Social Science & Medicine* 49, 1431-1460.
- Karisto, A. 1991. Tylsät hampaat vai sitkeä liha? Teoksessa *Terveyskasvatuksen neuvottelukunta (toim.) Tylsät hampaat vai sitkeä liha? Terveellisten elintapojen edistäminen riskialteimmassa väestöryhmissä*. Sosiaali- ja terveyshallituksen raportteja 3, 13-80.
- Karlsen, B. 1997. Hospital nurses' perceptions of patient teaching. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 11, 97-102.
- Kekki, P. & Bergström, T. 1997. Potilaiden kokemus lääkärin vastaanottotyön laadusta. *Suomen lääkirilehti* 52, 477-481.
- Keller, V. F., & Carroll, J. G. 1994. A new model for physician-patient communication. *Patient Education and Counseling* 23, 131-140.
- Kettunen, T. 1998. Sairaalapotilas viestijänä. *Suomen lääkirilehti* 11, 1275-1278.
- Kettunen, T. & Liimatainen, L. 1994. Käsin, käsittein, sanoin vai savumerkein. Terveyskasvatuksen tehtävistä ja toteutustavoista sairaalan interpersonallisessa neuvonnassa, Jyväskylän yliopisto. Terveyskasvatuksen Pro gradu - työ.
- Kettunen, T., Liimatainen, L. & Poskiparta, M. 1996. Terveyskasvatus arjen terveysneuvontatyössä. Tampere: Kirjayhtymä.
- Kettunen, T. & Poskiparta, M. 1998. Preoperatiivinen haastattelu - Anestesiahoitajan mahdollisuus tukea potilasta leikkaukseen liittyvän jännityksen käsittelyssä. *Hoitotiede* 10 (5), 271-278.

- Kim, H. S., Holter, I. M., Lorensen, M., Inayoshi, M., Shimaguchi, S., Shimazaki-Ryder, R., Kawaguchi, Y., Hori, R., Takezaki, K., Leino-Kilpi, H., & Munkki-Utunen M. 1993. Patient-nurse collaboration: a comparison of patients' and nurses' attitudes in Finland, Japan, Norway and the U.S.A. *International Journal of Nursing Studies* 30, 387-401.
- Kivivuori, J. 1991. *Psykokulttuuri*. Tampere: Tammer-paino.
- Kortteinen, M. 1982. *Lähiö. Tutkimus elämäntapojen muutoksesta*. Keuruu: Otava.
- Koski-Jännes, A. & Hänninen, V. 1998. Dilemmaattisia hoitosuhteita, sosiaalivaltion ambivalensseja. Teoksessa A. Lahikainen & A-M. Pirttilä-Backman (toim.) *Sosiaalinen vuorovaikutus*. Helsinki: Otava, 151-172.
- Krogerus-Therman, I. 1990. Terveystottumusten muuttaminen. *Hoitotiede* 2 (1), 105-111.
- Krouse, H. J. & Roberts, S. J. 1989. Nurse-patient interactive styles. Power, control and satisfaction. *Western Journal of Nursing Research* 11 (6), 717-725.
- Krupat, E., Irish, J. T., Kasten, L. E., Freund, K. M., Burns, R. B., Moskowitz, M. A. & McKinlay, J. B. 1999. Patient assertiveness and physician decision-making among older breast cancer patients. *Social Science & Medicine* 49, 449-457.
- Kuokkanen, L. & Leino-Kilpi, H. 2000a. Power and empowerment in nursing: three theoretical approaches. *Journal of Advanced Nursing* 31, (1), 235-241.
- Kuokkanen, L. & Leino-Kilpi, H. 2000b. Valtaistunut hoitaja – rohkea tulevaisuusorientoitunut asiantuntija. Valtaistuneen hoitajan ominaisuudet ja prosessiin vaikuttavat tekijät. Hoitotieteellisen tutkimuksen ydinkysymyksiä terveyden edistämisessä perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. VI Kansallinen hoitotieteellinen konferenssi 29.-30.9. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Kuusinen, K-L. 1993. Hoito-ohjeiden noudattaminen - yksilön ja ohjauksen ongelma. Teoksessa K-L. Kuusinen (toim.) *Terveyspsykologia*. Juva:WSOY
- Kyyrönen, K., Mäenpää, O. & Pohjanvirta-Hietanen, A. 1995. *Kliininen psykologia*. Juva: WSOY.
- Kärkkäinen, O. 1994. Potilaiden kokemuksia hoidosta gynekologisella poliklinikalla. *Hoitotiede* 6, 116-121.
- Labonte, R. 1994. Health promotion and empowerment: reflections on professional practice. *Health Education Quarterly* 21, 253-268.
- Lahti, P. 1989. Kasvatusta ja tukemista. Tiedon ja tunteen tasapaino terveyskasvatuksessa. Teoksessa L. Kannas & A. Rimpleä (toim.) *Terveyskasvatustutkimuksen vuosikirja 1988*. Lääkintöhallituksen julkaisuja. Sarja tutkimukset 16/1989. Tampere: R. K. Virtanen, 61-65.
- Laitakari, J. 1998. How to develop one's counseling - Demonstration of the use of single-case studies as a practical tool for evaluating the outcomes of counseling. *Patient Education and Counseling* 33, S39-S46.
- Laitakari, J., Miilunpalo, S. & Vuori, I. 1997. The process and methods of health counseling by primary health care personnel in Finland: a national survey. *Patient Education and Counseling* 30, 61-70.

- Laitinen, H. 1998. Tapaustutkimuksen perusteet. Kuopion yliopisto. Julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 55.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992. 785/1992.
- Lappalainen, R. & Koikkalainen, M. 1998. Terveysneuvonta - mistä se on kiinni? Suomen lääkärilehti 53, 2851-2853.
- Larjavaara, M. 1999. Kieli, kohteliaisuus ja puhuttelu. Kielikello 2, 4-10.
- Laukkanen, T. 1994. Communication in health care of preterm children: Parent's perspective. Teoksessa M. Leskinen (toim.) Family in focus. New perspectives on early childhood special education. Jyväskylä: Jyväskylä University Printing House and Sisäsuomi Oy, 143-156.
- Lauri, S., Lepistö, M. & Käppeli, S. 1995. Suomalaisien ja sveitsiläisten potilaiden tarpeita erikoissairaanhoidossa. Hoitotiede 7 (5), 1999-205.
- Lehtonen, J. 1994. Puhekasvatus ja sosiaaliset taidot. Teoksessa P. Isotalus (toim.) Puheesta ja vuorovaikutuksesta. Jyväskylän yliopisto. Viestintätieteiden laitos: Yliopistopaino, 43-59.
- Lehtonen, J. & Sajavaara, K. 1985. The silent Finn. In D. Tannen & M. Saville-Troike (Eds) Perspectives on silence. New Jersey: Ablex publishing corporation, 193-201.
- Leino, P. 1989. Kieli ja maailman hahmottaminen. Teoksessa T. Hoikkala (toim.) Kieli, kertomus, kulttuuri. Helsinki: Painokaari, 26-49.
- Leino-Kilpi, H. 1991. Good nursing care - the relationship between client and nurse. Hoitotiede 3 (5), 200-206.
- Leino-Kilpi, H., Kurittu, K. & Välimäki, M. 1993. Potilaan oikeudet sairaalassa. Empiirinen kartoitus potilasoikeuksien sisältöalueista. Hoitotiede 5 (4), 162-171.
- Leinonen, T., Leino-Kilpi, H., & Katajisto, J. 1996. The quality of intraoperative nursing care: the patient's perspective. Journal of Advanced Nursing 24, 843-852.
- Leppänen, V. 1998. Structures of district nurse-patient interaction. Lund University. Dissertations in sociology 25.
- Leppänen, T., Töyry, E. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Potilaiden käsitys ihmisläheisen hoidon keskeisestä sisällöstä. Hoitotiede 9 (4), 178-185.
- Leskinen, L., Pallonen, U., Kääriäinen, R., Myllykangas, M., Björkvist, S. & Salonen, J. T. 1995. Käyttäytymisen muutoksen vaihe- ja prosessimallin soveltaminen tupakasta vieroituksessa. Kuopio: Yliopiston painatuskeskus.
- Leiwo, M., Luukka, M-R. & Nikula, T. 1992. Pragmatiikan ja retoriikan perusteita. Jyväskylän yliopiston viestintätieteiden laitoksen julkaisuja 8. Jyväskylä: Yliopiston monistuskasutuskeskus.
- Liimatainen, L., Poskiparta, M. & Sjögren, A. 1999. Terveystien edistämisen lähestymistavat terveysalan ammattikorkeakouluopetuksen haasteena. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 36, 99-110.
- Lukkarinen, H. 1999. Sepelvaltimotautia sairastavien elämäntienku. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 36, 325-343.
- Lövgren, G., Engström, B & Nordberg, A. 1996. Patients' narratives concerning good and bad caring. Scandinavian Journal of Nursing Sciences 10, 151-156.

- Makoul, G. 1998. Perpetuating passivity: reliance and reciprocal determinism in physician-patient interaction. *Journal of Health Communication* 3, 233-260.
- Mattus, M-R. 1994. HMI Haastatteluopas perhekeskeiseen työhön. Sairaanhoidajien koulutussäätiö: Helsinki.
- Mauranen, A. 1994. Miten käy suomalaiselta keskustelu. Vaihto-opiskelijat kahden puhekulttuurin välissä. Teoksessa V. Eskola & T. Lukkarinen (toim.) *Kieli on, sopii sanoa*. Helsinki: Painorauma, 29-39.
- May, A. 1998. Empowering older people through communication. Teoksessa S. Kendall (toim.) *Health and empowerment*. London: Arnold, 91-111.
- May, C. 1995. Patient autonomy and the politics of professional relationships. *Journal of Advanced Nursing* 21, 83-87.
- McGee, D. S., & Cegala, D. J. 1998. Patient communication skills training for improved communication competence in the primary care medical consultation. *Journal of Applied Communication Research* 26, 412-430.
- McWilliam, C. L., Stewart, M., Brown, J. B., McNair, S., Desai K., Patterson, M. L. Del Maestro, N. & Pittman, B. J. 1997. Creating empowering meaning: an interactive process of promoting health with chronically ill older Canadians. *Health Promotion International* 12, 111-123.
- Meredith, P. 1993a. Patient Satisfaction with communication in general surgery: Problems of measurement and improvement. *Social Science & Medicine* 37, 591-602.
- Meredith, P. 1993b. Patient participation in decision-making and consent to treatment: the case of general surgery. *Sociology of Health & Illness* 15 (3), 315-336.
- Mezirow, J. 1995. Kriittinen reflektio uudistavan oppimisen käynnistäjänä. Teoksessa J. Mezirow ym. *uudistava oppiminen. Kriittinen reflektio aikuiskoulutuksessa*. Helsinki: Painotalo Miktör, 17- 38.
- Miilunpalo, S., Laitakari, J. & Vuori, I. 1995. Strengths and weaknesses in health counseling in Finnish primary health care. *Patient Education and Counseling* 24, 317-328.
- Mikkola, L. 1996. Supporttiivinen viestintä sairaanhoitajan ja potilaan vuorovaikutuksessa. Jyväskylän yliopisto. Viestintätieteen Pro gradu -työ.
- Miller, W. R. & Rolnick, S. 1991. *Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behavior*. New York: The Guilford Press.
- Munkki-Utunen, M., Leino-Kilpi, H., & Kim, H. S. 1992. Potilaan ja sairaanhoitajan yhteinen päätöksenteko hoitotyössä. *Hoitotiede* 4, 98-107.
- Mustajoki, P. 1998. Elämäntapojen muuttaminen terveellisemmiksi - miten autan potilasta. *Duodecim* 114, 531-538.
- Måseide, P. 1987. *Interactional Aspects of Patient Care. The Social Organisation of Medical Adequacy in a Hospital Ward*. University of Bergen. Department of Sociology.
- Mäenpää, E. & Pietilä, A. M. 1992. Nuorten miesten käsityksiä terveydestä ja sen edistämisestä. *Hoitotiede* 4 (3), 108-114.
- Määttä, P. 1999. *Perhe asiantuntijana. Eryityiskasvatuksen ja kuntoutuksen käytännöt*. Jyväskylä: Gummerus.

- Northouse, P. G. 1997. Effective helping relationships: the role of power and control. *Health Education & Behavior* 24, 703-706.
- Norton, R. E. 1983. *Communicator style*. Beverly Hills; Sage.
- Nuolijärvi, P. 1990. Keskustelututkimus. Teoksessa Mäkelä K. (toim.) *Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta*. Helsinki: Painokaari, 114-141.
- Nuolijärvi, P. 1993. Interacting in an institutional setting. Teoksessa S. Shore & M. Vilkuna (toim.) *Suomen kielitieteellisen yhdistyksen vuosikirja 1993*. Helsinki: Hakapaino, 171-184.
- Nupponen, R., Aarva, P., Laitakari, J., Miilunpalo, S., Paronen, O. & Urponen H. 1991. Terveyskasvatuksen taustakäsitykset ja vaikuttavuuden tutkiminen. Teoksessa H. Urponen, P. Aarva & R. Nupponen (toim.) *Terveyskasvatustutkimuksen vuosikirja. Sosiaali- ja terveyshallituksen tutkimuksia 2*.
- Nupponen, R. 1993. Terveyspsykologian perusteet. Tukea koulutukseen ja terveyspalveluihin. *Stakes. Oppaita 21*. Jyväskylä: Gummerus.
- Nupponen, R. 1998. What is counseling all about - Basics in the counseling of health-related physical activity. *Patient Education and Counseling* 33, S61-S67.
- Nygrén, P. 1997. Yksilöllinen terveysneuvontainterventio kohonneen verenpaineen hoidossa. *Turun yliopisto. Kansanterveystieteen julkaisuja C. osa 134*.
- Oranen, M. 1997. "Semmonen pikkunen huoli", Diskurssianalyttinen tutkimus lastensuojelun arviointikeskusteluista. *Janus* 5 (1), 3-25.
- Ottawa Charter for Health Promotion. 1986. *Health Promotion*, iii-v.
- Otte, D. I. 1996. Patients' perspectives and experiences of day case surgery. *Journal of Advanced Nursing* 23,1226-1237.
- Patient Education and Counseling* 1998. Instructions to authors. 33, 93-94.
- Patton, M. G. 1990. *Qualitative Evaluation and Research Methods*. USA: Sage, 388-390.
- Pelkonen, M. 1994. Lapsiperheiden voimavarat ja niiden vahvistaminen hoitotyön keinoin. *Kuopion yliopisto. Hoitotieteen väitöskirja*.
- Pelkonen, M., Perälä, M-L. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Participation of expectant mothers in decision making in maternity care: results of a population-based survey. *Journal of Advanced Nursing* 28, 21-29.
- Peräkylä, A. 1990. Kuoleman monet kasvot. Identiteettien tuottaminen kuolevan potilaan hoidossa. *Tampere: Vastapaino*.
- Peräkylä, A. 1992. Kuoleman kehykset. Teoksessa A. Karisto, E. Lahelma & O. Rahkonen (toim.) *Terveys sosiologia*. Juva: WSOY, 29-39.
- Peräkylä, A. 1994. AIDS-neuvontatyö: esimerkki keskusteluanalyysin soveltamisesta terveys sosiologiassa. *Sosiaalilääketieteen aikakauslehti* 31 (1), 24-35.
- Peräkylä, A. 1995. *AIDS Counselling. Institutional Interaction and Clinical Practice*. University press, Cambridge.
- Peräkylä, A. 1996. Vuorovaikutus, valta ja instituutiot. *Sosiologia* 2, 89-102.
- Peräkylä, A. 1997a. Institutionaalinen keskustelu. Teoksessa L. Tainio (toim.) *Keskusteluanalyysin perusteet*. Tampere: Tammer-Paino.

- Peräkylä, A. 1997b. Reliability and validity in research based on transcripts. In D. Silverman (Eds.) *Qualitative research. Theory, method and practice*. London: Sage, 201-220.
- Peräkylä, A. 1998. Auktoriteetti vuorovaikutuksessa: potilaiden vastaukset lääkärin diagnoosiin. Teoksessa A. R. Lahikainen & A-M. Pirttilä-Backman (toim.) *Sosiaalinen vuorovaikutus*. Keuruu: Otava, 192-207.
- Peräkylä, A. 1999. Vuorovaikutustutkimuksen kaksi traditiota. *Sosiologia* 1, 41-48.
- Peräkylä, A. & Vehviläinen, S. 1999. Vuorovaikutustutkimus ja vuorovaikutusideologiat. *Psykologia* 34, 329-242.
- Pettergrew, L. S. & Turkat, I. D. 1986. How patients communicate about their illness. *Human Communication Research* 12, 376-394.
- Piirainen, K. 1999. Asiakaslähtöisyys kuntoutuksessa: myytti vai todellisuus? *Kuntoutus* 4, 3-12.
- Pilnick, A. 1998. "Why didn't you say just that?" Dealing with issues of asymmetry, knowledge and competence in the pharmacist/client encounter. *Sociology of Health & Illness* 20 (1), 29-51.
- Pirttilä-Backman, A-M. & Keso, K. 1998. Tiedon asema sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. Teoksessa A. R. Lahikainen & A-M. Pirttilä-Backman (toim.) *Sosiaalinen vuorovaikutus*. Keuruu: Otava, 48-62.
- Poskiparta, M. 1994. Hoitajien itsearviointit vuorovaikutustaitoja kehitettäessä videotallenteita apuna käyttäen. *Hoitotiede* 6 (5), 211-217.
- Poskiparta, M. 1997. Terveysneuvonta, oppimaan oppimista. Videotallenteet hoitajien terveysneuvonnan ilmentäjinä ja vuorovaikutustaitojen kehittämismenetelmänä. Jyväskylän yliopisto. *Studies in sport, physical education and health* 46.
- Poskiparta, M., Kettunen, T. & Liimatainen, L. 1998. Reflective Questions in health counseling. *Qualitative Health Research* 8 (5), 682-693.
- Prochaska, J. O., Redding, C. A., Harlow, L. L., Rossi, J. S. & Velicer, W. F. 1994. The transtheoretical model of change and HIV prevention: a review. *Health Education Quarterly* 21 (4), 471-486.
- Purtilo, R. & Haddad, A. 1996. *Health professional and patient interaction*. (5.Edition) USA: W. B. Saunders.
- Pålsson, M-P. & Nordberg, A. 1995. Breast cancer patients' experiences of nursing care with the focus on emotional support: the implementation of nursing intervention. *Journal of Advanced Nursing* 21, 277-285.
- Pyörälä, E. 2000. Interaction in dietary counselling of diabetic children and adolescents. Helsingin yliopisto. *Kansanterveystieteen julkaisuja M* 173.
- Raevaara, L. 1996a. Puheenaiheiden esittely ja jatkaminen lääkärin vastaanotolla. *Virittäjä* 3, 357-374.
- Raevaara, M-L. 1996b. Kysymyksen paikka ja tulkinta. Teoksessa *Suomalaisen keskustelun keinoja II*. Helsingin yliopisto, 24-46.
- Raevaara, L. 1997. Vierusparit - esimerkkinä kysymys ja vastaus. Teoksessa L. Tainio (toim.) *Keskusteluanalyysin perusteet*. Tampere: Tammer-Paino, 75-91.
- Rafael, A. R. F. 1995. Advocacy and empowerment: Dichotomous or synchronous concepts? *Advanced Nursing Sciences*. 18 (2), 25-32.

- Rantanen, L. 1994. Asiakkaan motivointi ja tukeminen terveystieteissä. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 31, 99-104.
- Raunio, K. 1999. Positivismi ja ihmistiede. Sosiaalitutkimuksen perustat ja käytännöt. Helsinki: Gaudeamus.
- Renholm, M. & Suominen, T. 2000. Potilaiden kohtelu päivystysosastolla. *Hoitotiede* 12 (3), 112-120.
- Riihelä, M. 1996. Mitä teemme lasten kysymyksillä. Lasten ja ammattilaisten kohtaamisten merkitysulottuvuuksia lapsi-intituutiassa. *Stakes. Tutkimuksia* 66. Jyväskylä: Gummerus.
- Rissel, C. 1994. Empowerment: the holy grail of health promotion? *Health Promotion International* 9 (1), 39-47.
- Robins, L. S. & Wolf, F. M. 1988. Confrontation and politeness strategies in physician-patient interactions. *Social Science & Medicine* 27, 217-221.
- Rollnick, S., Heather, N. & Bell, A. 1992. Negotiating behaviour change in medical settings: The development of brief motivational interviewing. *Journal of Mental Health* 1, 25-37.
- Rollnick, S., Butler, C. & Stott, N. 1997. Helping smokers make decisions: the enhancement of brief intervention for general medical practice. *Patient Education and Counseling* 31, 191-203.
- Roos, J. P. 1987. Suomalainen elämä. Hämeenlinna: Karisto.
- Rostila, I. 1997. Keskustelu sosiaaliluokalla. *Acta Universitatis Tamperensis* 547. Vammala: Vammalan kirjapaino.
- Ruben, B. D. 1990. The health caregiver-patient relationship: pathology, etiology, treatment. In E. B. Ray & L. Donohew (Eds.) *Communication in health: Systems and applications*. New Jersey: Lawrence Erlbaum, 51-68.
- Ruben, B. 1993. What patients remember: A content analysis of critical incidents in health care. *Health Communication* 5:99-112.
- Ruusuvuori, J. 1996. Keskustelunanalyttinen metodi lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksen tutkimuksessa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 33 (2), 162-166.
- Ruusuvuori, J. 2000. Control in medical consultations. Practices of giving and receiving the reason for the visit in primary health care. Tampereen yliopisto. *Acta Electronica Universitatis Tampensis* 16.
- Robins, L. S. & Wolf, F. M. 1988. Confrontation and politeness strategies in physician-patient interactions. *Social Science & Medicine* 27, 217-221.
- van Ryn, M. & Heaney, C. A. 1997. Developing Effective Helping Relationships in Health Education Practice. *Health Education & Behavior* 24 (6), 683-702.
- Sacks H, Schegloff E, & Jefferson, G. 1974. A simplest systematic of turn-taking for conversation. *Language* 50, 696-735.
- Sallinen, A. 1986. Suomalaisten kommunikoijakuva. Teoksessa P. Isotalus (toim.) 1994. Puheesta ja vuorovaikutuksesta. Jyväskylän yliopiston viestintätieteiden laitos: Yliopistopaino, 73-84.
- Schwartz-Barcott, D., Fortin, J. D. & Kim, H. S. 1994. Client-nurse interaction: testing for its impact in preoperative instruction. *International Journal of Nursing Studies* 31, 23-35.
- Seppänen, E-L. 1997a. Vuorovaikutus paperilla. Teoksessa L. Tainio (toim.) *Keskustelunanalyysin perusteet*. Tammer-Paino: Tampere, 18-31.

- Seppänen, E-L. 1997b. Osallistumiskehikko. Teoksessa L. Tainio (toim.) Keskusteluanalyysin perusteet. Tampere: Tammer-Paino, 156-176.
- Shemeikka, S. 1999. Terveystottumusten muutosta tukeva neuvonta. Teoksessa A. Aro, M. Mutanen & M. Uusitupa (toim.) Ravitsemustiede. Hämeenlinna: Karisto, 343-353.
- Siitonen, J. 1999. Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Oulun yliopisto. Acta Universitatis ouluensis E 37.
- Silverman, D. 1997. Discourses of counselling. HIV counselling as social interaction. London: Sage.
- Sim, J. & Sharp, K. 1998. A critical appraisal of the role of triangulation in nursing research. International Journal of Nursing Studies 35, 23-31.
- Siponen, A. 1999. "Ei minulle voi käydä näin!" Tampereen yliopisto. Acta Universitatis Tamperensis 707.
- Skelton, A. M. 1997. Patient education for the millennium: beyond control and emancipation? Patient Education and Counseling 31:151-158.
- Skinner, T. C. & Cradock, S. 2000. Empowerment: what about the evidence. Practical Diabetes International 17 (3), 91-95.
- Sorjonen, M-L. 1988. Mm ja joo - taustapalautettako vain? Teoksessa L. Laitinen (toim.) Isosuinen nainen. Tutkielmia naisesta ja kielestä. Helsinki: Yliopistopaino, 290-231.
- Sorjonen, M-L. 1989. Varaukset. Teoksessa A. Hakulinen (toim.) Kieli 4. Suomalaisen keskustelun keinoja 1. Helsingin yliopiston suomen kielen laitos: Helsinki, 118-123.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle. Valtakunnallinen suositus. STM, Stakes, Suomen kuntaliitto.
- Spiers, J. A. 1998. The use of face work and politeness theory. Qualitative Health Research 8, 25-47.
- Stake, R. E. 1994. Case studies. In N. K. Denzin. & Y. S. Lincoln (Eds.) Handbook of qualitative research. USA: Sage, 236-247.
- Street, R. L. 1991. Information-giving in medical consultations: the influence of patients' communicative styles and personal characteristics. Social Science & Medicine 32 (5), 541-548.
- Street, R. L. 1992. Communicative styles and adaptations in physician-parent consultations. Social Science & Medicine 34 (10), 1155-1163.
- Suominen, T. 1994. Rintasyöpäpotilaiden kokemukset hoidosta eivät ole samanlaisia kuin hoitajien näkemykset asiasta. Hoitotiede 6, 127-132.
- Suominen, T., Leino-Kilpi, H., & Laippala, P. 1994. Nurses' role in informing cancer patients: a comparison between patients' and nurses' opinions. Journal of Advanced Nursing, 19, 6-11.
- Suoninen, E. 1997. Miten tutkia moniäänistä ihmistä? Diskurssianalyttisen tutkimusotteen kehittelyä. Tampereen yliopisto. Acta Universitatis Tamperensis 580.
- Suoninen, E. 2000. Tanssilajit ja tyylit asiakkaan kohtaamisessa. Teoksessa A. Jokinen & E. Suoninen (toim.) Auttamistyö keskusteluna. Tampere: Vastapaino, 67-104.

- Tainio, L. 1988. Valta keskustelussa - voiko sitä tutkia? Teoksessa L. Laitinen (toim.) *Isosuinen nainen. Tutkielmia naisesta ja kielestä*. Helsinki: Yliopistopaino, 198-208.
- Tainio, L. 1989. Keskeyttäminen. Teoksessa A. Hakulinen (toim.) *Kieli 4. Suomalaisen keskustelun keinoja I*. Helsinki: Yliopistopaino, 177-194.
- Talvitie, U. 1996. Guidance strategies and motor modelling in physiotherapy. *Physiotherapy Theory and Practice* 12, 49-60.
- Tannen, D. 1994. *Gender and discourse*. Oxford: University Press.
- Terveyskasvatuksen neuvottelukunta. 1995. Terveyskasvatustutkimuksen kehittäminen Suomessa 1990-luvulla. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 32 (2), 143-158.
- Thompson, D. R., Ersser, S. J. & Webster, R. A. 1995. The experiences of patients and their partners 1 month after a heart attack. *Journal of Advanced Nursing* 22, 707-714.
- Tolvanen, K. 1998. Terveyttä edistävän organisaation kehittäminen oppivaksi organisaatioksi. Kehitysnäytökset ja kehittämistehtävät terveyskeskuksen muutoksen virittäjänä. Jyväskylän yliopisto. *Studies in sport, physical education and health* 52.
- Tomm, K. 1987. Interventive interviewing: Part II. Reflexive questioning as a means to enable self-healing. *Family Process* 26, 197-183.
- Tomm, K. 1993. *Interventiivinen haastattelu*. Jyväskylä: Gummerus.
- Tones, K. 1991. Health promotion, empowerment and the psychology of control. *Journal of the Institute Health Education* 29 (1), 17-26.
- Tones, K. 1992. Empowerment and the promotion of health. *Journal of the Institute Health Education* 30 (4), 133-138.
- Tones, K. 1994. Health Promotion, Empowerment and Action Competence. In B. B. Jensen & K. Schnack (Eds.) *Action and Action Competence*. Royal Danish School of Educational Studies 12, 163-183.
- Tones, K. 1998a. Health education and the promotion of health: seeking wisely to empower. In S. Kendall (Eds.) *Health and empowerment*. London: Arnold, 57-90.
- Tones, K. 1998b. Empowerment for health: the challenge. In S. Kendall (Eds.) *Health and empowerment*. London: Arnold, 185-204.
- Tones, K., Tilford, S. & Robinson, Y. 1990. *Health Education. Effectiveness and Efficiency*. London: Chapman and Hall.
- Tornberg, H. 1998. Sairaala työyhteisönä - vuorovaikutuksen uudet haasteet. *Suomen lääkärilehti* 53 (15), 1851-1853.
- Tossavainen, K. 2000. Yhteisön terveyden edistäminen toimintatutkimuksena. Hoitotieteellisen tutkimuksen ydinkysymyksiä terveyden edistämässä perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. VI Kansallinen hoitotieteellinen konferenssi 29.-30.9. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Trnobranski, P. H. 1994. Nurse-patient negotiation: assumption or reality? *Journal of Advanced Nursing* 19, 733-737.
- Tuckett, D., Boulton, M., Olson, C. & Williams, A. 1985. *Meetings Between Experts: An Approach to Sharing Ideas in Medical Consultations*. London: Tavistock.

- Töyry, E., Vehviläinen-Julkunen, K., Roine, E., Mattila, M. & Rissanen V. 1999. Ihmisläheisen hoidon kehittäminen – mitä potilaspalaute kertoo? Suomen lääkärilehti 54 (5), 525-530.
- Vanderford, M. L., Jenks, E. B., & Sharf, B. F. 1997. Exploring patients' experiences as a primary source of meaning. *Health Communication* 9, 13-26.
- Vehviläinen-Julkunen, K. 1990. Nursing in Child Care: Maintaining Awareness of the Child's Development and Care. Kuopion yliopisto. Department of Nursing and Health Administration. Alkuperäistutkimukset 3.
- Vehviläinen-Julkunen, K. 1991. Asiakkaan ja terveydenhoitajan välisen vuorovaikutuksen sisältö ja vuorovaikutussuhteet lastenneuvolassa. *Hoitotiede* 3 (1), 15-20.
- Vehviläinen-Julkunen, K. 1993. The characteristics of clients and public health nurses in child health services interactions. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 7, 11-16.
- Vertio, H. 1992. Terveyden edistäminen. Hämeenlinna: Karisto.
- Vesala, K. 1998. Avautuminen, valhe ja vaikeneminen. Teoksessa A. R. Lahikainen & A-M. Pirttilä-Backman (toim.) *Sosiaalinen vuorovaikutus*. Keuruu: Otava, 63-80.
- Viitanen, E. 1997. Fysioterapian ammattikulttuuri terveyskeskuksissa. Tampereen yliopisto. *Acta Universitatis Tamperensis* 577.
- Virtanen, V. 1993. Potilas-lääkärisuhde perusterveydenhuollossa. *Duodecim* 109, 1178-1182.
- Vuori, J. 1995. Kenen terveydenhuolto? Julkinen ja yksityinen vertailussa. Tutkimus henkilöstön merkityssuhteista julkisen ja yksityisen sairaalaorganisaation osastokulttuurissa. Vaasa: Ankkurikustannus.
- Wallerstein, N. & Bernstein, E. 1988. Empowerment education: Freire's ideas adapted to health education. *Health Education Quarterly* 15 (4), 379-394.
- Waterworth, S. & Luker, K. A. 1990. Reluctant collaborators: do patients want to be involved in decisions concerning care? *Journal of Advanced Nursing* 15, 971-976.
- Weijts, W., Widdershoven, G. & Kok, G. 1991. Anxiety-scenarios in communication during gynecological consultation. *Patient Education and Counseling* 18 (2), 149-163.
- Weijts, W., Houtkoop, H. & Mullen, P. 1993 Talking delicacy: speaking about sexuality during gynaecological consultations. *Sociology of Health & Illness* 15 (3), 295-314.
- Westman, M. & Backman, M. 1997. Potilaiden näkemys kirurgisesta sairaanhoidosta. Tutkimus HYKS:n Kirurgisessa sairaalassa vuonna 1994 ja vertailu tutkimustuloksiin vuodelta 1990. *Hoitotiede* 9 (1), 33-39.
- Wiili-Peltola, E. 2000. Sairaala sosiaalisena organisaationa: Uusia kuvia vanhoissa raameissa? *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 37, 122-133.
- Wilde, B., Starrin, B., Larsson, G. & Larsson, M. 1993. Quality of care from a patient perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 113-120.
- Williams, J. 1995. Educating for empowerment: implications for professional development and training in health promotion. *Health Education Journal* 54, 37-47.

- van Zuuren, F. J. 1997. The standard of neutrality during counselling: an empirical investigation. *Patient Education and Counseling* 32, 69-79.
- Åstedt-Kurki, P. & Liukkonen, A. 1993. Huumori hoitotyössä - "Imeläpussi leuan alla on hyvä elää" (94-vuotias Hanna, 10 vuotta vanhainkodissa asunut). *Hoitotiede* 5 (4), 178-183.
- Åstedt-Kurki, P. & Liukkonen, A. 1994. Humor in nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 20:183-188.
- Young, M. & Klinge, R. S. 1996. Silent partners in medical care: A cross-cultural study of patient participation. *Health Communication* 8, 29-53.