

TYÖNTEKIJÄN JA POTILAAN VUOROVAIKUTUSSUHTeen JÄNNITTEET
PSYKIATRISISSA AVOHOIDOSSA

Saara Suutarinen

Puheviestinnän pro gradu -tutkielma

Syksy 2017

Viestintätieteiden tiedekunta

Tampereen Yliopisto

TAMPEREEN YLIOPISTO

Yksikkö – School Viestintätieteiden tiedekunta	
Tekijä – Author Saara Suutarinen	
Työn nimi – Title Työntekijän ja potilaan vuorovaikutussuhteen jännitteet psykiatrisessa avohoidossa	
Oppiaine – Subject Puheviestintä	Työn laji – Level pro gradu -tutkielma
Aika – Month and year Elokuu 2017	Sivumäärä – Number of pages 62+ 1 liite
Tiivistelmä – Abstract <p>Työntekijän ja potilaan välisellä vuorovaikutussuhteella on suuri merkitys psyykkisestä sairaudesta kuntoutuville potilaille. Professionaalisissa vuorovaikutussuhteissa on olemassa jännitteitä, kuten missä tahansa muissa vuorovaikutussuhteissamme. Tämän tutkielman tavoitteena on löytää psykiatrian alalla työskentelevien työntekijöiden kuvauksista ja näkemyksistä jännitteitä kuvaavia ilmiöitä sekä tutkia niiden merkityksiä työntekijöille ja heidän vuorovaikutukseensa sekä viestintäänsä.</p> <p>Tutkielma on laadullinen ja sen aineiston muodostavat 11 teemahaastattelua, jotka kerättiin psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoidon poliklinikalta keväällä 2017. Aineisto analysoitiin teemoittelemalla.</p> <p>Työntekijöiden puheesta löytyi neljä jänniteparia, jotka liittyivät isompiin teemoihin. Jänniteparit olivat vastavuoroisuus–yksisuuntaisuus (osallistuminen), symmetria–asymmetria (tasavertaisuus), aktiivinen toimijuus–passiivinen toimijuus (vastuu) sekä näkökulmaerot–yhteisymmärrys (näkemykset). Johtopäätöksenä voidaan todeta, että työntekijät pyrkivät vuorovaikutussuhteissaan potilaiden kanssa saavuttamaan yhteisymmärrystä ja pääsemään vastavuoroiseen sekä tasavertaiseen keskusteluyhteyteen. Tärkeäksi seikaksi suhteissa koettiin myös potilaiden osallistuminen suhteen rakentamiseen ja ylläpitämiseen.</p> <p>Jännitteet vaikuttivat yhteisymmärrykseen pääsemiseen ja aiheuttivat suhteisiin ajoittain haasteita. Jännitteiden olemassaolo työntekijöiden vuorovaikutuksessa näkyi muun muassa avoimuuteen sekä rauhallisuuteen pyrkimisenä. Työntekijän ja potilaan näkemysten erotessa toisistaan tai työntekijän tulkinnan mukaan potilaan loukkaannuttua, ottivat työntekijät havaintonsa avoimesti puheeksi. Työntekijät kuvasivat asioiden tuomista esille ääneen sanoittamisen käsitteellä. Jännitteisessä tilanteessa työntekijät kertoivat pyrkivänsä viestinnässään rauhalliseen ja asialliseen vuorovaikutukseen säätelemällä näkyviä tunnereaktioitaan sekä hallitsemalla kokemiaan tunteita.</p>	
Asiasanat – Professionaaliset vuorovaikutussuhteet, jännitteet, psykiatria, puheviestintä	
Säilytyspaikka – Depository	
Muita tietoja – Additional information	

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	4
2 PROFESSIONAALISET VUOROVAIKUTUSSUHTEET JA JÄNNITTEET	6
2.1 Professionaalisten vuorovaikutussuhteiden tutkimus	6
2.2 Työntekijän ja potilaan interpersonaalinen vuorovaikutussuhde	8
2.3 Relationaalinen dialektiikka.....	10
2.3.1 Jännitteet	10
2.3.2 Vastakohtaisuus, muutos, käytäntö ja kokonaisvaltaisuus.....	12
2.4 Vuorovaikutus terveydenhuollon kontekstissa	15
2.4.1 Potilaskeskeisyys	15
2.4.2 Instrumentaalinen viestintä	18
2.4.3 Vuorovaikutus ja mielenterveydenhäiriöt	19
2.4.4 Institutionaalinen vuorovaikutus	21
3 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	24
3.1 Tutkimusongelma- ja kysymykset	24
3.2 Tutkimusmenetelmä ja teoreettinen tausta.....	26
3.3 Aineiston keruu ja analysointi.....	27
4 TULOKSET	29
4.1 Jänniteparit	29
4.1.1 Osallistuminen: vastavuoroisuus – yksisuuntaisuus	30
4.1.2 Tasavertaisuus: symmetria – asymmetria	32
4.1.3 Vastuu: aktiivinen toimijuus – passiivinen toimijuus	34
4.1.4 Näkemykset: näkökulmaerot – yhteisymmärrys.....	36
4.3 Työntekijöiden antamat merkitykset jännitteille.....	39
4.3.1 Työntekijöiden tunnetilat	40
4.3.2 Ammatillisen etäisyyden säilyttäminen potilaaseen	43
4.4 Jännitteiden käsitteleminen vuorovaikutuksessa	44
4.4.1 Sanoittaminen ja avoimuus	45
4.4.2 Luovat ratkaisut.....	47
5 POHDINTA	50
5.1 Johtopäätökset.....	50
5.2 Tutkielman arviointi.....	55
KIRJALLISUUS	58
LIITTEET	63

1 JOHDANTO

Terveydenhuollon ammattilaisten sekä potilaiden välinen vuorovaikutussuhde voi muodostua merkittäväksi hoitoa ja potilaan toipumista määrittäväksi tekijäksi. Työntekijän ja potilaan vuorovaikutussuhteen sisällä keskustellaan vaikeista aiheista ja potilaiden elämäntilanne saattaa olla hyvinkin kuormittunut, erityisesti psykiatrian kontekstissa. Psykiatriin alalla työskenteleviltä työntekijöiltä vaaditaan potilaskohtaista empatiakykyä, ristiriitojen ratkaisukykyä sekä dialogiin pyrkimistä potilaiden kanssa. Työntekijöiden sekä psykiatristen potilaiden vuorovaikutussuhteita on siis tarpeellista tutkia ja tarkastella viestinnällisestä näkökulmasta, jotta suhdetta edistävät tekijät ja toisaalta sitä haavoittavat tekijät tulevat näkyviksi ja tiedostetuiksi.

Tämän tutkielman keskiössä ovat professionaaliset vuorovaikutussuhteet psykiatrian kontekstissa. Sairastuminen psyykkisesti ravisuttaa sekä sairastunutta itseään että hänen lähipiiriään. Mielenterveydenhäiriöt voivat koskettaa meistä jokaista joko suoraan tai välillisesti, esimerkiksi perheenjäsenen kautta. Vuosittain 1,5 % suomalaisista sairastuu johonkin mielenterveydenhäiriöön ja esimerkiksi vakavan masennusjakson kokee elämänsä aikana noin joka kymmenes (Terveyskirjasto 2016). Tavallisimpia syitä psykiatriseen hoitoon hakeutumisessa ovat elämäntilannekriisit, vaikeat ja pitkittyneet masennukset, psykoosit (skitsofrenia), vaikeat persoonallisuushäiriöt ja itsetuhoisuus (HUS Psykiatria). Vuorovaikutussuhteet psykiatrian kontekstissa ovat siis viestinnällisen tutkimuksen kannalta erityislaatuisia sen vuoksi, että potilaiden vuorovaikutuskäyttäytyminen saattaa poiketa suurestikin heille tavanomaisesta käyttäytymisestä psyykkisen sairauden vuoksi.

Ammattilaisten ja psyykkisesti sairaiden potilaiden välistä suhdetta on tutkittu monesta eri näkökulmasta, mutta suuri osa niistä jakaa saman huomion siitä, että kuntoutumisen ja toipumisen kannalta työntekijän ja potilaan suhde on kriittisen tärkeässä roolissa (Borg & Kristiansen, 2004; Denhov & Topor, 2011; McCabe & Priebe, 2004; Topor et al., 2006, Anderssonin 2016, 511 mukaan). Tukea antava suhde on luottamuksellinen ja yhteisymmärrykseen perustuva allianssi työntekijän ja potilaan välillä ja rakentuu kaiken aikaa vuorovaikutukselle. Tukea antava vuorovaikutussuhde perustuu tiedonvaihtoon, yhteiseen päätöksentekoon sekä antaa mahdollisuuden emotionaaliseen kanssakäymiseen. (Esim. Dibbelt, Schaidhammer, Fleischer & Greitemann., Jesus & Silvan 2016, 319 mukaan.)

Vuorovaikutussuhteiden jännitteet ovat alati läsnä kaikissa ihmissuhteissamme, myös professionaalisissa vuorovaikutussuhteissa. Työntekijän ja potilaan vuorovaikutussuhteen jännitteet ovat kuitenkin erityislaatuisia esimerkiksi perhe – ja ystävyysuhteisiin verrattuna, koska niissä ovat läsnä asiantuntijuuteen ja hoidollisiin toimenpiteisiin liittyvät tekijät. Professionaalisissa vuorovaikutussuhteissa työntekijä on asiantuntija suhteessa toiseen osapuoleen ja suhde muodostuu ammatillisin perustein. Psykiatrian kontekstissa asiantuntijan tarkoituksena on ammatillisuutensa avulla auttaa ja tukea potilaita selviytymään psyykkisten sairauksien kanssa ja pärjäämään haastavissa elämäntilanteissa. Professionaalisuus luonnollisesti vaikuttaa siihen, miten ja minkälaisiksi jännitteet vuorovaikutussuhteessa muodostuvat, sekä kuinka niitä pystyy hallitsemaan.

Tutkimus interpersonaalisten suhteiden perusjännitteistä auttaa ymmärtämään paremmin myös muita ihmissuhteitamme (Bochner, 1984, Prenticen & Kramerin, 2006, 340 mukaan), kuten tässä tutkielmassa työntekijän ja psykiatrisen potilaan välistä ihmissuhdetta. Dialektisia prosesseja ja jännitteitä on tutkittu enimmäkseen läheisissä ihmissuhteissa, mutta niiden tutkimus terveydenhuollon kontekstissa auttaa avaamaan niitä monisyisiä vuorovaikutussuhteita, joita terveydenhuollossa esiintyy (McGuire, Dougherty & Atkinson, 2006, 423). Läheisten ihmissuhteiden perusjännitteiden tutkimus antaa siis teoreettisen pohjan tutkia jännitteitä professionaalisissa vuorovaikutussuhteissa, mutta psykiatrian kontekstin erityislaatuisuus vaikuttaa siihen, millaisia jännitteitä työntekijän ja potilaan välisissä vuorovaikutussuhteissa on löydettävissä.

2 PROFESSIONAALISET VUOROVAIKUTUSSUHTEET JA JÄNNITTEET

2.1 Professionaalisten vuorovaikutussuhteiden tutkimus

Professionaalisilla vuorovaikutussuhteilla on omalaatuisia elementtejä verrattuna esimerkiksi läheisiin perhesuhteisiimme, jotka ovat jatkuvasti läsnä arjessamme. Professionaaliset vuorovaikutussuhteet ovat ajallisesti rajoitettuja ja ne perustuvat useimmiten johonkin spesifiin tavoitteeseen, toisin kuin läheiset vuorovaikutussuhteemme esimerkiksi perheenjäsentemme kanssa. Kuitenkin professionaaliset vuorovaikutussuhteet ovat myös merkityksellisessä roolissa eri elämänvaiheissa useimmille ihmisille yhteiskunnassamme. Tutkielman keskiössä ovat professionaalisten vuorovaikutussuhteiden jännitteet psykiatrisen erikoissairaanhoidon kontekstissa. Tässä tutkielmassa psykiatrian palvelujenkäyttäjistä käytetään nimitystä asiakkaan sijasta potilas, koska se on yleinen käytäntö terveydenhuollossa. Psykiatrialla työskentelevästä asiantuntijasta sen sijaan käytetään käsitettä työntekijä, koska ammattinimikkeet vaihtelevat asiantuntijoiden keskuudessa.

Vuorovaikutussuhteessa potilaaseen työntekijälle on siis määritelty tietty asema ja rooli riippuen hänen koulutuksestaan ja työtehtävistään. Perinteisessä mielessä ajateltuna potilaalla on ollut vastaanottajan rooli palvelujenkäyttäjänä, mutta nykyään potilasta voidaan ajatella myös kuluttajana. Vastaanottotilanteessa potilaan ja työntekijän välille syntyy vallankäytön mekanismeja ja potilas voi joskus jopa ajatella työntekijää portinvartijaksi, joka jakaa rajallisia resursseja. Potilailla on kuitenkin subjektiivinen tarve tulla huomioiduksi sekä hoidetuiksi yksilöinä. (Sukula 2002, 13.) Edellä mainitun kaltainen tilanne saattaa aiheuttaa jännitteitä työntekijän ja potilaan vuorovaikutussuhteeseen esimerkiksi tilanteessa, jossa potilas ajattelee työntekijän kohtelevan potilaitaan epäreilusti tai jakavan rajallisia määriä apukeinoja sairauteen. Tällöin potilaan yksilöllisyyden kokemus saattaa kärsiä ja toisaalta työntekijän mahdollisuudet luoda suhteeseen luottamusta ja tasavertaisuutta saattavat heikentyä.

Viestinnän tutkimus koskien potilaan ja työntekijän välistä viestintää ja vuorovaikutusta on lisääntynyt osittain sen vuoksi, että näkökulma on siirtynyt koskemaan myös potilasta aktiivisena toimijana sen sijaan, että vain työntekijät nähtäisiin aktiivisina toimijoina ja potilaat passiivisina hoidon vastaanottajina. Suhde nähdään aiempaan verrattuna enemmän kumppanuutena kuin

työntekijälähtöisenä hoidon toteuttamisena. Psykiatristen sairauksien muuttuessa ajoittain krooniseksi, työntekijän ja potilaan vuorovaikutussuhde saattaa olla merkittävässä roolissa parantamassa potilaiden hoitoon kiinnittymistä sekä hoitosuosituksiin sitoutumista. (Hassan, McCabe & Priebe, 2007, 141, 150.) Vuorovaikutussuhteen kumppanuudella voidaan siis synnyttää luottamusta, turvaa, ja vähentää asiantuntijuudesta syntyvää asymmetriaa työntekijän ja potilaan välillä.

Professionaalisessa viestintäsuhteessa toinen ihminen on siis ammattilainen tai asiantuntija suhteessa toiseen henkilöön. Ihmissuhdeammateissa (kuten lääkäri, sosiaalityöntekijä, terapeutti) työn tavoitteet synnytetään ja saavutetaan vuorovaikutuksen ja henkilöiden välisen suhteen kautta. Työn tuloksellisuutta myös arvioidaan potilaan tai asiakkaan ja työntekijän vuorovaikutussuhteen näkökulmasta. Vuorovaikutuksen avulla siis tuotetaan sisältöä, tietoa ja ymmärrystä, mutta samaan aikaan viestintäsuhde on ikään kuin työn tekemisen paikka. (Rauste-von Wright & von Wright, 2003; Julkunen 2008, Gerlanderin & Isotaluksen 2010, 6, mukaan.)

Professionaaliset vuorovaikutussuhteet perustuvat siis aina sille tosiasialle, että toinen osapuoli on ammattinsa puolesta erilaisessa asemassa suhteessa toiseen. Kaarina Mönkkönen (2007, 38) puhuu asiantuntijakeskeisestä vuorovaikutuksesta. Tähän liittyy esimerkiksi tietämisen valta, jolla hän tarkoittaa työntekijän tapaa käyttää puheessaan asiantuntijatietoaan. Ihmissuhdealoilla työntekijöille saattaa syntyä pyrkimys selvittää potilaiden tai asiakkaiden vaikeita ongelmia ja ratkoa niitä. On kuitenkin eri asia yrittää ratkoa potilaiden ongelmia ja haasteita kuin vaihtoehtoisesti yrittää ymmärtää niitä. Joskus potilailla tai asiakkailla saattaa olla myös odotuksia siitä, että työntekijä ratkoo haasteita ja ongelmia hänen kanssaan. Asiantuntijakeskeisyys tarkoittaa työntekijälle mahdollisuutta käyttää valtaa tilanteenmäärittelyyn sekä päättää toimenpiteistä ja työtavoista.

Trenholm ja Jensen (2004, 330) esittävät professionaalisten viestintäsuhteiden jääneen jopa interpersonaalisen vuorovaikutuksen tutkimuksen marginaaliin. Tämä johtunee heidän mukaansa siitä, että viestintä muissa kuin läheisissä suhteissa määritellään ei-interpersonaaliseksi. Professionaalisten viestintäsuhteiden katsotaan siis olevan ikään kuin persoonattomia suhteita verrattuna esimerkiksi perhesuhteisiin. Burgoon (1992, 103, Gerlanderin 2003, 21 mukaan) vahvistaa tämän ajatuksen ja esittääkin, että terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välinen suhde ei ole interpersonaalinen. Interpersonaalisen viestinnän tutkimuksen rajoista käydään yleisestikin kiistaa (Gudykunst & Ting-Toomey, 1988, 17). Tässä tutkielmassa käsittelen kuitenkin

työntekijän ja potilaan välistä suhdetta interpersonaalisen sen vuoksi, että viestijät ovat tietoisia toisistaan, voivat identifioida toisensa sekä voivat yhtäaikaista tulkita ja tuottaa viestejä. Molemmat osapuolet siis identifioivat toisensa osaksi hoitosysteemiä eikä kyseessä ole esimerkiksi satunnainen kohtaaminen (Mikkola 2006, 16–17).

2.2 Työntekijän ja potilaan interpersonaalinen vuorovaikutussuhde

Käsittelen työntekijän ja potilaan suhdetta interpersonaalisen myös sen vuoksi, että suhdetta voi rinnastaa esimerkiksi perhesuhteisiin niissä ilmenevien luottamuksen ja läheisyyden vuoksi. Yleisen määritelmän mukaan interpersonaalinen viestintä on prosessi, jossa luodaan ainutlaatuisia ja jaettuja merkityksiä viestinnän osapuolten kesken. Interpersonaalinen viestintä sisältää myös vastavuoroisuutta, jossa osapuolten roolit muuttuvat ja vaihtuvat jatkuvasti. Verbaaliset ja nonverbaaliset viestit kulkevat osapuolten välillä jatkuvana prosessina, vaikuttavat sekä ovat vaikutuksenalaisina toisen tulkinnoille ja muodostavat merkityksiä. (Griffin 2000, 50–52.)

Interpersonaalisen vuorovaikutussuhteella on kolme ominaisuutta, jotka tekevät suhteesta interpersonaalisen. Ensimmäiseksi suhteessa on jo edellä mainittua vastavuoroista vuorovaikutusta eli osapuolet ovat yhteydessä toisiinsa syvemmällä sosiaalisella ja emotionaalisen tasolla verrattuna esimerkiksi pintapuoliseen sanomanvaihtoon. Toiseksi vuorovaikutus on säännöllisempää ja ajallisesti jatkuvampaa kuin esimerkiksi nopea asiointi pankkivirkailijan kanssa. Kolmanneksi jokaisessa interpersonaalisen vuorovaikutussuhteessa on omat ainutlaatuiset tavat viestiä ja suhteella on ainutlaatuinen viestinnällinen historia. (Guerrero, Andersen & Afifi 2011, 7.)

Psykiatrisen potilaan ja työntekijän vuorovaikutussuhteen voidaan näin ollen tulkita olevan interpersonaalisen, koska vuorovaikutus saavuttaa syvän emotionaalisen ja sosiaaliset tason. Tämä tapahtuu, koska vastaanotoilla ovat esillä potilaan henkilökohtainen elämä ja terveys sekä mahdollisesti esimerkiksi tulevaisuudensuunnitelmat. Työntekijä ja potilas myös tapaavat toisiaan säännöllisesti. Jokaisen potilaan ja työntekijän ollessa oma personaalinen yksilö sairaushistorioineen sekä elämäntilanteineen on selvää, että jokaisesta vuorovaikutussuhteesta muodostuu ainutlaatuinen kokonaisuutensa.

Jotta interpersonaalista vuorovaikutussuhdetta voidaan pitää läheisenä suhteena, tulee sen määritelmän mukaan täyttää vielä kolme muuta ominaisuutta edellä mainittujen lisäksi. Suhteessa tulee lisäksi olla emotionaalista kiintymystä, interpersonaalisten tarpeiden tyydyttymistä sekä korvaamattomuutta. Interpersonaalisten tarpeiden tyydyttämisellä tarkoitetaan tässä yhteydessä esimerkiksi tarvetta kokea arvostusta ja välittämistä. Korvaamattomuudella taas tarkoitetaan sitä, että suhteen osapuolten välillä on jotain sellaista erityisyyttä, mikä muuttuisi, jos toinen osapuoli suhteessa vaihtuisi. (Guerrero, Andersen & Afifi 2011, 7.)

Työntekijän ja potilaan vuorovaikutussuhdetta voidaan pitää läheisenä interpersonaalisena suhteena, koska emotionaalista kiintymystä ja kiinnittymistä tapahtuu etenkin potilaan osalta, ja se on usein yksi hoidon tavoitteista. Jotta potilas pystyy olemaan avoin ja luottamaan hoitohenkilökuntaan, tulee suhteeseen muodostua myös emotionaalista läheisyyttä. Usein potilaiden vaikeudet elämäntilanteissa ja sairauden mukanaan tuomat hankaluudet aiheuttavat erityisen tarpeen saada arvostusta ja läheisyyttä muilta ihmisiltä. Tavoitteena hoidossa on myös se, että työntekijän suhde potilaaseen toimii yhtenä hoidon ja toipumisen elementtinä, eli yhteinen pyrkimys on siihen, ettei työntekijä vaihdu tarpeettomasti.

Luonnollisesti läheisen interpersonaalisen suhteen määritelmät toteutuvat puhtaimmin kaikista läheisimmissä ihmissuhteissa, kuten perhe, -ystävyyden ja parisuhteissa, mutta elementtien on mahdollista toteutua myös professionaalisisissa vuorovaikutussuhteissa, kuten psykiatrisen työntekijän ja potilaan välillä. Työntekijän ja potilaan vuorovaikutussuhteen kaltaisia suhteita, joissa sekoittuvat henkilökohtainen välittäminen ja professionaalisen roolin edellyttämät tavoitteet, voidaan kutsua yhdistelmäsuhteiksi (Bauman 1990; Bridge & Baxter, 1992, Isotaluksen & Gerlanderin 2010, 8).

Interpersonaalisisista vuorovaikutussuhteista voidaan puhua myös yksilö- ja ryhmäterapian yhteydessä. Terapeutin tehtävänä ja tavoitteena on epäsuorasti ja suorasti edesauttaa potilaan interpersonaalisten suhteiden toimivuutta. Jotta voidaan puhua interpersonaalisisesta terapiasta, tulee kahden kriteerin täytyä. Terapiassa tulee käsitellä interpersonaalisisia suhteita sekä terapiasuhteen itsessään on oltava suhde. (Mallinckrodt 1997, 671.) Kyseisen tutkielman tutkimuskohteena ovat työntekijät psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa eivät virallisesti tarjoa potilailleen terapiaa, vaikka monella työntekijällä onkin terapeutin koulutus. Hoitosuhdetta sinänsä voidaan kuitenkin

pitää terapeutisena ja näin ollen soveltaa Mallinckrodtin (1997) näkemystä sen interpersonaalisuudesta.

Vuorovaikutussuhteita terveydenhuollon kontekstissa on tutkittu esimerkiksi psykoosipotilaiden hoidossa. Kilcku (2008, 80–83) kuvaa väitöskirjassaan ammattilaisten ja potilaiden vuorovaikutuksellisia esteitä termillä kohtaamattomuus. Vuorovaikutuksellisina esteinä tarkoitetaan tutkimuksessa esimerkiksi kontaktin puuttumista työntekijään, potilaan ohittamista ja mitätöintiä sekä asioiden kertomatta jättämistä potilaalle. Kilckun tutkimuksessa kävi ilmi myös, että potilaat olivat saaneet ristiriitaista tietoa ammattilaisilta ja asioita oletettiin sekä päätettiin potilaan puolesta. Potilaiden oletettiin myös olevan aktiivisia toimijoita, kun kyseessä oli itseä koskevien tietojen saaminen. Potilaat ja läheiset kokivat myös, ettei heidän mielipiteitään, kokemuksiaan ja näkemyksiään otettu todesta. Tämä johti usein siihen, että potilaat ja heidän läheisensä jättivät hoidon kannalta tärkeitä asioita kertomatta. Potilaat kuvasivat siis kontaktin puuttumista ammattilaisiin. Tätä esiintyi esimerkiksi tilanteissa, joissa potilaat kokivat keskustelun etenevän hoitavien henkilöiden ehdoilla. Kohtaamattomuus synnytti potilaissa ja heidän läheisissään suuttumusta, uhmaa ja pettymystä, sekä luottamuksen menettämistä hoitohenkilökuntaa kohtaan.

2.3 Relationaalinen dialektiikka

2.3.1 Jännitteet

Tutkimuksen kohteena ovat jännitteet työntekijän ja potilaan välisessä professionaalisessa vuorovaikutussuhteessa. Tutkielman teoreettisen viitekehyksen muodostaakin relationaalisen dialektiikan teoria. Relationaalisen dialektiikan keskeisiin teoreettisiin lähtökohtiin kuuluvat läheisissä ihmissuhteissa esiin tulevat vuorovaikutuksen jännitteet, vastakkaisten voimien kamppailu sekä yleinen ”sekasotku”. Baxter ja Montgomery kuvaavat läheisiä ihmissuhteita epätarkoiksi jatkuvan muutoksen alaisena oleviksi prosesseiksi. Vastakkaisuudet ja ristiriidat kuuluvat keskeisinä käsitteinä relationaalisen dialektiikan teoriaan. Vastakkaisuudella tarkoitetaan tässä yhteydessä vuorovaikutuksen dynaamista yhtenäistä vastakohtaisuutta. Vuorovaikutuksessa on siis läsnä vastakohtaisuus, mutta muodostaen yhtenäisen kokonaisuuden. Vastakkaisuus tai ristiriita ilmenee näin ollen silloin, kun vuorovaikutuksessa on läsnä kaksi voimaa, jotka ovat toisistaan riippuvaisia. (Griffin 2000, 163–164.)

Relationaalisen dialektiikan soveltaminen professionaalisiin vuorovaikutussuhteisiin eroaa kuitenkin läheisten interpersonaalisten suhteiden tutkimuksesta institutionaalisuutensa vuoksi. Institutionaalisuus asettaa vuorovaikutussuhteiden tutkimiselle relationaalisen dialektiikan näkökulmasta erilaiset lähtökohdat. (Gerlander & Isotalus 2011, 9.)

Baxterin ja Montgomeryn dialektinen näkökulma ihmissuhteisiin pohjautuu Mihail Bakhtinin dialogismiin. Bakhtin näkee kaikki sosiaaliset prosessit kahden puolustuskannalla olevan jännitteen tuotteiksi. Dialogin Bakhtin ajattelee sisältävän samanaikaisesti yhtenäisyyttä ja eroavaisuuksia. (Baxter & Montgomery 1996, 25.) Dialektinen näkökulma muodostuu kahdesta tärkeästä osasta, vastakohtaisuuksista sekä dialogista (Kroll 2005, 4). Vastakohtaisuuksilla siis tarkoitetaan suhteissa ilmeneviä vastakkaisia voimia, jotka ovat suhteissa samanaikaisesti läsnä. Dialogilla puolestaan tarkoitetaan vuorovaikutuksen osapuolten yhteistä vuorovaikutuksen prosessia.

Baxter (1997) erottaa läheisten ihmissuhteiden tutkimuksessaan kuusi suhteen sisäistä ja ulkoista jännitettä. Suhteen sisäisiä jännitteitä ovat autonomisuus–yhteys, ennustettavuus–uutuudenviehätys sekä avoimuus–yksityisyys. Suhteen ulkoisia jännitteitä sen sijaan ovat separaatio–integraatio, tavanomaisuus–ainutlaatuisuus sekä paljastaminen–salaaminen. (Baxter 1997, 337.) Baxter lukee läheisiksi ihmissuhteiksi perhesuhteet, ystävyssuhteet sekä romanttiset parisuhteet, eli professionaaliset vuorovaikutussuhteet jäävät tutkimuksen ulkopuolelle. Kuten edellä on todettu, kyseisessä tutkielmassa professionaalisia vuorovaikutussuhteita käsitellään kuitenkin interpersonaalina ja niitä voidaan soveltuvien osin pitää verrannollisina perhe- ja ystävyysuhteisiin.

Terveystieteen tutkimukset osoittavat, että työntekijät kohtaavat jännitteitä ammatillisissa rooleissaan. Apker, Propp ja Ford (2005, Apkerin, Ptacekin, Beachin & Wearsin 2016, 401, mukaan) esittivät tutkimuksessaan, että sairaanhoitajat kokevat dialektiikan sekä että – tilanteina työssään. Jännitteitä syntyy esimerkiksi liittyen ammatillisen roolin itsenäisyyteen ja toisaalta rooliin ammatillisen tiimin jäsenenä. Jännitteitä koetaan myös suhteissa potilaisiin, kuten Amati ja Hannawa (2014, Apkerin, Ptacekin, Beachin & Wearsin 2016, 401, mukaan) ovat tutkineet. Heidän mukaansa parantumattomasti sairaiden potilaiden kanssa työskentelevät työntekijät kokevat vuorovaikutussuhteissaan potilaiden kanssa perusjännitepareja, kuten avoimuus–yksityisyys, uutuudenviehätys–ennustettavuus sekä autonomisuus–yhteys. Näiden lisäksi he löysivät myös

muita jännitepareja, kuten kertomatta jättäminen ja kertominen. (Apker, Ptacek, Beach & Wears 2016 401.) Isotaluksen ja Gerlanderin (2010, 5) mukaan erityisesti professionaalisissa vuorovaikutussuhteissa tulee esiin emotionaalisuuden ja etäisyyden säätelyn jännitteisyys. Apkerin ja kumppaneiden terveydenhuollon tiimejä koskevan tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat kokevat myös jännitteisyyttä koskien vuorovaikutussuhteen tasavertaisuutta kollegoidensa kanssa. Jännite syntyy siis tasavertaisuuden ja alisteisuuden välissä, kun työntekijät asettuvat eri hierarkioihin kollegoidensa kanssa, esimerkiksi sairaanhoitajan ja lääkärin välistä suhdetta tutkittaessa. (Apker, Propp & Ford 2005, 100). Dialektista näkökulmaa voidaan käyttää siis myös ammattiroolien tutkimuksessa.

Jännitteitä on tutkittu relationaalisen dialektiikan näkökulmasta myös opettaja–oppilassuhteissa. Frymier ja Hauser (2000, Rudickin & Golsanin, 2014 256, mukaan) määrittelevät opettajan ja oppilaan vuorovaikutussuhteen siten, että siitä puuttuu esimerkiksi ystävyysuhteille ominainen osapuolten tasa-arvoisuus ja toisaalta opettaja-oppilassuhteessa on ajallinen rajoitus sen kestolle. Vaikka heidän mielestään nämä eroavaisuudet ovat tärkeitä, eivät ne kuitenkaan vaikuta viestinnän perustoimintoihin vuorovaikutussuhteen kehittämisessä ja ylläpitämisessä.

Baxterin ja Montgomeryn (1996) mukaan dialektiikkaa ei varsinaisesti voida pitää teoriana sanan varsinaisessa ja perinteisessä merkityksessä, koska se ei esitä yksittäistä ja yhtenäistä sanomaa, josta voisi johtaa yleistettäviä ennustuksia. Sen sijaan dialektiikka tarjoaa kuvauksia käsitteellisistä olettamista, jotka liittyvät vuorovaikutussuhteissa ilmeneviin vastakohtaisuuteen, muutokseen, käytäntöön sekä kokonaisvaltaisuuteen. Näiden olettamien myötä dialektiikkaa voidaan pitää ennemminkin metateoreettisena näkemyksenä (esim. Altman, Vinsel & Brown 1981, Baxterin & Montgomeryn 1996, 6, mukaan.)

2.3.2 Vastakohtaisuus, muutos, käytäntö ja kokonaisvaltaisuus

Ensimmäinen oletama relationaalisessa dialektiikassa on vastakohtaisuus. Vastakohtaisuudella Baxter ja Montgomery (1996, 6–10) sekä muut dialektisen näkemyksen teoretikot tarkoittavat suhteen *yhtenäisten vastapuolten dynaamista vuorovaikutusta*. Vastakohtaisuudella ei siis tarkoiteta henkilöiden tai vuorovaikutussuhteen negatiivisia tai kielteisiä ominaisuuksia, vaikka termi siihen saattaa viitatakin. Sen sijaan termillä tarkoitetaan sosiaaliseen elämään olennaisesti kuuluvaa ja

muutoksen perusvoimana toimivaa ilmiötä. Yhtenäisillä vastapuolilla tarkoitetaan dialektiikan määritelmän mukaan kahden samanaikaisesti esiintyvän vastakohtaisuuden, esimerkiksi avoimuus-sulkeutuneisuus, riippuvuutta toisistaan ja yhteyttä toisiinsa. Esimerkiksi romanttisessa interpersonaalisisessa suhteessa esiintyvä yksilöllinen autonomisuus–relationaalinen riippuvuus pari ovat yhtenäiset vastapuolet, koska yksilöllinen autonomisuus poistaa relationaalisen riippuvuuden ja relationaalinen riippuvuus taas poistaa yksilöllisen autonomisuuden. Toisaalta samaan aikaan yksilöllinen autonomisuus mahdollistaa suhteessa olevan relationaalisen riippuvaisuuden ja toisaalta taas yhteys toisiin ihmisiin perustuu osapuolten ainutlaatuisiin identiteetteihin. Yhtenäiset vastapuolet siis kumoavat toisensa samanaikaisesti ollessaan toisistaan riippuvaisia.

Dialektiikassa vastapuolten dynaamista vuorovaikutusta voidaan nimittää siis myös jännitteiksi. Jännitteillä ei tarkoiteta kielteisiä voimia vaan yhtenäisten vastapuolten jatkuvaa dynaamista vuorovaikutusta. Tämä vastapuolten vuorovaikutus toimii voimana muutokselle niin isommissa sosiaalisissa systeemeissä kuin ihmissuhteissakin. Muutos on luontaista vastakohtaisuudelle, koska dynaaminen vuorovaikutus johtaa systeemiin, joka on jatkuvassa muutostilassa. (Baxter & Montgomery 1996, 10.) On tärkeää huomioida, että tässäkin tutkielmassa jännitteitä ei ymmärretä vuorovaikutussuhteen negatiivisiksi ominaisuuksiksi vaan suhteeseen luonnollisena osana kuuluviksi prosesseiksi, jotka elävät ja muuttuvat kaiken aikaa.

Toinen oletama dialektisessa perspektiivissä on muutos. Muutos edellyttää aina myös stabiiliutta ollakseen olemassa. Muutos ja stabiilius muodostavat näin ollen dialektisen yhtenäisyyden. Stabiilius on alusta ja pohja, jolla muutos tulee näkyväksi. (Baxter & Montgomery 1996, 10.) Ihmissuhteet muuttuvat alati joko dramaattisesti tai siten, että muutosta tuskin havaitsee, vaikka sitä kokoajan tapahtuukin (Rawlins 2009, 8). Muutosta dialektisestä perspektiivistä voisi kuvata esimerkiksi ihmissuhteen kehittymisen näkökulmasta. Yleisin tapa tutkimuksessa ja teorioissa on kuvata ihmissuhteiden kehittymistä lineaarisesti, eli suhde kehittyy alusta loppuun ja vähemmästä enempään. Esimerkiksi suhteen osapuolten keskinäinen riippuvuus toisiaan kohtaa kasvaa, sekä avoimuus ja varmuus suhteessa lisääntyvät ajan myötä. Pariskunnan erotessa kehittymisen suunta on taas päinvastainen, eli keskinäinen riippuvuus, avoimuus ja varmuus pienentyvät. (Baxter & Montgomery 1997, 341.)

Dialektinen perspektiivi seuraa yleistä tapaa ajatella suhteen kehittymistä siinä, että sen mukaan kehittyminen lisää esimerkiksi osapuolten keskinäistä riippuvuutta ja ero taas lisää suhteen

osapuolten autonomisuutta. Keskeinen ero dialektisessa näkemyksessä on kuitenkin siinä, että se näkee muutoksen suhteessa epämääräisemmäksi prosessiksi ilman selkeitä alkujia ja loppuja. Muutos ei ole lineaarinen, vaan sitä voi käsitellä useasta eri suunnasta käsin. Dialogiseen suhteen muutokseen sisältyy sekä-että olettamat eli se voi olla samaan aikaan avoin ja sulkeutunut, riippuvainen ja riippumaton tai varma ja epävarma. (Baxter & Montgomery 1997, 341–342.)

Käytäntö muodostaa kolmannen olettamien dialektisessa näkökulmassa. Olettaman mukaan ihmiset ovat sekä toimijoita että kohteita omissa viestinnällisissä teoissaan (Rawlins 2009, 8). Ihmiset tekevät siis viestinnällisiä valintoja arkielämässään aktiivisina toimijoina. Samaan aikaan he ovat myös reagoivia kohteita omille viestinnällisille toimilleen. Ihmiset luovat vastakohtaisuudet vuorovaikutussuhteisiinsa viestinnällisiä teoillaan eli ovat aktiivisia toimijoita. Nämä vastakohtaisuudet kuitenkin vaikuttavat vastavuoroisesti takaisin heidän seuraaviin viestinnällisiin tekoihinsa. Käytäntö kolmantena olettamana dialektisessa näkökulmassa perustuu siis konkreettisiin käytänteisiin, joilla ihmiset tuottavat tulevaisuutta menneitä vuorovaikutustilanteita apuna käyttäen. (Baxter & Montgomery 1996, 13–14.) Baxterin (2011, 122) mukaan tärkeää on kuitenkin muistaa, että dialektinen näkökulma keskittyy vuorovaikutussuhteisiin ja diskursseihin, ei yksilöiden sisäisiin haluihin tai motiiveihin, vaikka kiinnostuksenkohteina ovatkin yksilöiden viestinnälliset teot.

Kokonaisvaltaisuus on neljäs ja viimeinen olettaja liittyen dialektiseen näkökulmaan. Rawlinsin (2009, 8) mukaan esimerkiksi ystävyysuhteisiin vaikuttavat aina sosiaaliset ja poliittiset voimat. Professionaaliset vuorovaikutussuhteet eivät myöskään ole niiden vaikutusten ulkopuolella, vaan myös niihin vaikuttavat kokonaisvaltaisesti suhteen ulkopuolella tapahtuvat asiat ja ilmiöt. Kokonaisvaltaisuudella ei siis tässä yhteydessä tarkoiteta valmista kuvausta ilmiöstä, vaan se on tapa ajatella maailmaa suhteiden prosessina ja toisistaan riippuvaisuuksina.

Ilmiöt ovat siis aina riippuvaisia toisista ilmiöistä ja niitä tulee tutkia suhteessa toisiinsa. Dialektiseen kokonaisvaltaisuuteen kuuluu ymmärrys siitä, että vastakohtaisten voimien jännitteet sijaitsevat interpersonallisissa suhteissa. Osapuolet siis ”omistavat” jännitteet yhdessä vuorovaikutussuhteessaan. Suhteen osapuolet eivät välttämättä tiedosta tai pysty nimeämään jännitteitä, mutta se ei estä niiden olemassaoloa. Osapuolet eivät myöskään useimmiten koe jännitteitä samalla tavalla. Toisaalta jännitteet saattavat purkautua ulos ristiriitoina, vaikka se ei niiden suora syy olekaan. Vastakohtaisuudet ilmenevät usein myös ryppäinä. Systeemit sisältävät

siis useita vastakohtaisuuksia ja jännitteitä. Tätä voidaan kuvata vastakohtaisuuksien ”solmuksi”. (Baxter & Montgomery 1996, 14–16.)

Cools (2011, 41–42, 57) tutki väitöstutkimuksessaan pariskuntien kulttuurienvälisiä vuorovaikutussuhteita relationaalisen dialektiikan näkökulmasta. Coolsin tutkimus pohjautuu Baxterin ja Montgomeryn (1996) kolmeen perustavanlaatuisen ristiriitaan tai dialektiin, jotka esiintyvät interpersonallisissa suhteissa. Nämä kolme dialektia ovat integraatio–separaatio, vakaus–muutos sekä avoimuus–yksityisyys. Kyseiset dialektit voidaan jakaa sekä vuorovaikutussuhteen sisällä oleviin että sen ulkopuolella esiintyviin ristiriitoihin vuorovaikutussuhteessa. Sisäisillä ristiriidoilla tarkoitetaan tässä yhteydessä suhteen sisällä tapahtuvia ilmiöitä, kun taas ulkoisilla ristiriidoilla tarkoitetaan ulkopuolelle näkyviä ilmiöitä, kuten Coolsin tutkimuksessa esimerkiksi mitä pariskunta paljastaa suhteestaan muille ihmisille. Cools esittää tutkimuksessaan, että dialektisten ristiriitojen olemassaoloa on vaikeaa paikantaa mihinkään tiettyyn sijaintiin. Yksi mahdollisuus on sijoittaa ne syntyviksi joko suhteen sisälle tai yksilöihin itseensä. Toinen mahdollisuus on hyväksyä niiden olemassaolo molemmissa ja kuten Cools ajattelee, ristiriidat voivat syntyä joko yksilöstä käsin, tai vuorovaikutussuhteessa. Hänen mukaansa ei ole välttämättä tarpeellista löytää konsensusta siihen, missä ristiriidat ylipäänsä sijaitsevat.

2.4 Vuorovaikutus terveydenhuollon kontekstissa

2.4.1 Potilaskeskeisyys

Viimeisen 15 vuoden aikana potilaan ja työntekijän välisen viestinnän tutkimus on ottanut enemmän huomioon suhdoperspektiiviä ja vähentänyt keskittymistä pelkästään työntekijän osuuteen vuorovaikutussuhteessa. Monitieteinen tutkijajoukko erotti terveydenhoidossa suhdekeskeiselle hoidolle tärkeitä elementtejä. Näitä ovat muun muassa sekä potilaan että työntekijän persoonallisuuksien tunnustaminen, tunteiden tärkeyden hyväksyminen hoidossa, vastavuoroisuuden vaikutusten ymmärtäminen, sekä moraalisen arvon antaminen suhteen muodostamiselle ja ylläpitämiselle. (Beach, Roter, Wang, Duggan & Cooper 2006, Dugganin & Thompsonin 2011, 418, mukaan.)

Suhdekeskeisyys-termin käyttäminen on yhdenmukaista relationaalisen viestinnän kirjallisuuden kanssa, koska myös siinä vuorovaikutuksen katsotaan olevan vastavuoroista vaikuttamista ja suhteen kehittyminen, osapuolten identiteetit sekä yhteiset päämäärät vaikuttavat viestintäprosessiin. Toisaalta potilaskeskeisen hoidon käsitteellä viitataan tutkimuskirjallisuudessa hyvin samantyyppiseen vuorovaikutussuhteeseen kuin suhdekeskeisellä hoidolla, mutta potilaskeskeisen hoidon käsitettä käytetään johdonmukaisemmin ja siinä huomiota suunnataan enemmän siihen, että vuorovaikutussuhde on tavoitteellinen. (Duggan & Thompson 2011, 418.)

Potilaat ja työntekijät tuovat molemmat vuorovaikutussuhteeseen tietoa ja ymmärrystä, mutta ne eivät välttämättä aina kohtaa toisiaan. Vuorovaikutussuhteeseen syntyy yleensä myös väistämättä ristiriitoja liittyen potilaan tarpeisiin, valintoihin ja päätöksentekoon. Työntekijöiden saattaa usein olla vaikeaa ennakoida potilaiden päätöksentekoa. (Bruera, Sweeney, Calder, Palmer & Benisch-Tolley 2001, Dugganin & Thompsonin 2011, 420 mukaan.) Yhteiseen päätöksentekoon tarvitaan kuitenkin myös yhteisesti jaettua tietoa ja ymmärrystä sekä molemminpuolista luottamusta. Konsensuksen löytäminen esimerkiksi lääkitykseen liittyvässä päätöksenteossa vaatii neuvottelua ja molempien osapuolten ymmärryksen siitä, mitä vuorovaikutussuhteelta halutaan. (Duggan & Thompson 2011, 420–421.) Jos työntekijällä ja potilaalla on erilaiset ymmärrykset siitä, mitä vuorovaikutussuhteelta on mahdollista odottaa tai suhteesta puuttuu esimerkiksi luottamusta, saattaa suhteeseen syntyä jännitteitä ja näistä johtuvia ristiriitatilanteita.

Termillä korjata (*repair*) viitataan tapaan, jolla vuorovaikutussuhteen toinen osapuoli pyrkii ratkaisemaan ja korjaamaan keskustelussa syntyviä väärinkäsityksiä – tai ymmärryksiä (Sacks et al 1974, Themistocleousin, McCaben, Reesin, Hassanin, Healeyn & Prieben 2009, 166 mukaan). Themistocleous (2009) kumppaneineen tutkivat psykiatrien ja potilaiden vuorovaikutussuhteita korjaamiseen liittyen ja tulivat siihen tulokseen, että työntekijöillä ja potilailla on pyrkimys suhteessaan yhteisymmärrykseen ja siihen pyritään korjaamalla väärinkäsityksiä ja väärinymmärryksiä, joita keskustelussa on tullut esiin. Erityisesti psykiatrit käyttivät korjaamista keinona päästä yhteisymmärrykseen, kun taas potilaat yrittivät heti alusta alkaen osallistua keskusteluun ymmärrettävästi. Korjaamisen käsitteen avulla on mahdollista tutkia paremmin työntekijän ja potilaan välisen yhteisymmärryksen syntymistä terveydenhuollossa. (Themistocleous ym. 2009, 174.)

Griffith, Wilson, Langer ja Haist (2003, Roterin & Hallin 2011, 64, mukaan) tutkivat työntekijän nonverbaalisen käyttäytymisen vaikutusta ja merkittävyyttä suhteessa siihen, onko potilaalla kyseessä psykososiaalinen vai puhtaasti somaattinen vaiva. Tutkimuksessa potilaat arvioivat työntekijöiden yleisiä verbaalisia viestintätaitoja, informaation keräämistä ja neuvomista, nonverbaalista käyttäytymistä sekä täyttivät yleistä tyytyväisyyttä mittaavan arvion. Verbaalisiin viestintätaitoihin lukeutuivat muun muassa avoimien kysymysten esittäminen sekä yhteenvetojen tekeminen. Työntekijöiden nonverbaalista käyttäytymistä sen sijaan arvioitiin muun muassa kasvojen ilmaisevuudella (ei ilmaisevuutta–hyvin ilmaisevat), hymyilyn yleisyydellä, katsekontaktin ottamisella sekä pään nyökytyksillä, kehonasentojen tarkkailemisella (avoin vai sulkeutunut asento) sekä äänensävyjen (monotoninen–ilmaiseva) tulkitsemisella.

Griffithin ym. (2003) tutkimus osoitti, että potilastyytyväisyys oli eniten yhteydessä työntekijöiden tunteita ilmaisevaan nonverbaaliseen viestintään eikä ollut merkityksellistä, olivatko potilaan oireet psykososiaalisia vai somaattisia. Potilaan oireisto ja sairaus eivät siis kyseisen tutkimuksen mukaan määrittele nonverbaalisen viestinnän merkitystä potilastyytyväisyyteen. Työntekijän nonverbaalisen viestinnän merkitys potilastyytyväisyyteen oli kyseisessä tutkimuksessa kaiken kaikkiaan vahvempi kuin esimerkiksi verbaalisen viestinnän tai informaation antamisen merkitys. (Roter & Hall 2011, 64.) Nykytutkimuksen valossa voidaan kuitenkin todeta, ettei nonverbaalinen viestintä kaiken kaikkiaan ole merkityksellisempää kuin verbaalinen viestintä (Lapakko 1996, Gerlanderin & Poutiaisen 2009, 84, mukaan). Nonverbaalista ja verbaalista viestintää on yleisestikin keinotekoista erottaa toisistaan, koska ne muodostavat yhdessä kokonaisuuden ja niitä tuotetaan ja tulkitaan samanaikaisesti (Gerlander & Poutiainen 2009, 84).

Artkosken (2007, 68–71) mukaan empaattisuus on tärkeä elementti inhimillisessä vuorovaikutuksessa sekä toisen ihmisen ymmärtämisessä. Professionaalisen viestinnän voidaan katsoa olevan toimivaa, kun vuorovaikutustilanteessa työntekijä pystyy ottamaan potilaan tunteet huomioon ja tämän rinnalla kuljettamaan mukana informatiivista puolta. Arkikielessä sen sijaan empaattisuudeksi luetaan usein toisen ihmisen osoittama ystävällisyys, kiltteys ja sympatian osoittaminen. Artkoski esittää, että interpersonallisessa viestinnässä empatialla on merkittävä rooli, mutta puheviestinnällisesti tutkimusta siltä alueelta on melko niukasti. Osasyys tälle saattaa olla se, että tutkimusta löytyy supportiivisen viestinnän käsitteen alta, jolloin empatia voidaan katsoa kuuluvaksi yhtenä osana supportiivista viestintää.

Empatiaa voidaan ajatella toisen ihmisen tunnetilojen syvempänä ymmärtämisenä monella tasolla. Ymmärryksen saavutettuaan ihmisen tulee toimia tämän ymmärryksen mukaisesti ollakseen empaattinen. Empatian osoittamiseen kuuluu tekijöitä, kuten puheen mukauttaminen tilannekohtaisesti vastaanottajan fyysisen ja kognitiivisen kapasiteetin mukaiseksi, aktiivinen kuunteleminen, sekä nonverbaalisten signaalien lukeminen. (Holm 2004, 77–78, Artkosken 2007, 70–71, mukaan.)

Empatian kokeminen voidaan myös jakaa kognitiiviseen ja tunneperäiseen toisen ihmisen ymmärtämiseen. Tutkijoilla on eri näkemyksiä siitä, syntyykö empatian kokeminen toista ihmistä kohtaan järkipäisesti vai edeltääkö sitä ensin tunne. (Gasiorek & Hubbard 2017, 91.)

Professionaalisen vuorovaikutussuhteen ollessa kyseessä, olisi tasavertaisempaa potilaita kohtaan, jos työntekijän kokema empatia potilasta ja tämän tilannetta kohtaan syntyisi järkipäisesti. Näin ollen empatian osoittaminen esimerkiksi puhetta mukauttamalla tai aktiivisella kuuntelemisella syntyisi kognitiivisen ajattelun tuloksena enemmän kuin työntekijän tunneperäisenä reaktiona potilaan kertomaan. Toisaalta tunneperäisiä reaktioita on hankala säädellä ja herää kysymys, onko ylipäänsä merkityksellistä erotella, edeltääkö empatian kokemista tunne vai järki. Kaiken kaikkiaan tärkeää on työntekijän empatian herääminen ja osoittaminen ylipäänsä vuorovaikutussuhteessa potilaaseen.

2.4.2 Instrumentaalinen viestintä

Terveyttä koskevien päätösten tekemisessä voidaan tutkimuksen (Keer, Van den Putte, De Wit & Neijens 2013, 1148, 1157) mukaan erottaa instrumentaalista sanomaa sisältävät viestit sekä affektiivista sanomaa sisältävät viestit. Instrumentaalista viestintää sisältävien argumenttien voidaan katsoa liittyvän järkipäistisiin aspekteihin potilaiden päätöksenteossa, kun taas affektiivista viestintää sisältävien argumenttien oletetaan vaikuttavan enemmän potilaiden tunteisiin.

Gerlanderin (2003, 18) mukaan professionaalis-institutionaalisissa suhteissa, kuten asiantuntija-potilassuhteissa, on ymmärrettävä se seikka, että ne perustuvat aina johonkin tavoitteeseen. Tämä muodostaa suhteen instrumentaalisuuden. Gerlander (2003) näkee, että esimerkiksi lääkäri-potilassuhteissa suhteen määritelmä täyttyy heti siitä hetkestä, kun lääkäri tapaa potilaan. Tällöin on keskeistä molempien osapuolien tietoisuus suhteen tavoitteellisuudesta. Gerlander näkee myös, että

suhde loppuu, kun tavoite tulee saavutetuksi tai kun jompikumpi ei enää sitoudu tavoitteen saavuttamiseen. Suhteen tavoitteellisuus voi olla yksi suhteen toteutumisen funktio ja näkökulma suhteen määrittelyssä (Duck & Pittman 1994, 680–681, Gerlanderin 2003, 18 mukaan.) Takala (2012, 99) jakaa saman huomion terapeutin suhteen tavoitteellisuudesta. Hänen mukaansa vuorovaikutuksen oletetut seuraukset ovat sisäänrakennettuina siten, että jo lähtökohtaisesti terapeutisessa suhteessa tavoitellaan muutosta.

Haskard, DiMatteo ja Heritage (2009) tutkivat terveydenhuollon hoitajien instrumentaalisen sekä affektiivisen viestinnän vaikutusta potilastyytyväisyyteen. Heidän mukaansa siis hoitokeskustelussa viestinnällä on instrumentaalinen tai affektiivinen funktio. Affektiivisella viestinnällä työntekijä pyrkii rakentamaan välittävää vuorovaikutussuhdetta, joka perustuu vastavuoroisuuteen. Affektiivista viestintää osoitetaan useammin nonverbaalisilla viestintäteoilla, kuten ilmeillä ja eleillä. Instrumentaalinen viestintä sen sijaan tapahtuu useammin verbaalisesti ja se pitää sisällään tehtävääorientoitua ja informaatiota jakavaa tai vaihtavaa puhetta. (Caris-Verhallen, Kerkstra, & Bensing, 1997; Cegala, 1997, Haskard, DiMatteo & Heritage 2009, 22, mukaan.) Kyseisen tutkimuksen mukaan affektiivisella viestinnällä on merkittävä yhteys potilastyytyväisyyteen, kun taas instrumentaalista viestintää pidetään myös tärkeänä osana potilastyytyväisyyttä. (Haskard, DiMatteo & Heritage 2009, 28.)

Instrumentaalisen viestinnän tiedon vaihtamisella ja keräämisellä on tarkoituksena luoda potilaalle ja työntekijälle yhteinen ymmärrys terveydellisestä ongelmasta sekä sen hoitomuodoista. Verbaalisten viestien, kuten kysymysten kysymisen ja oireista puhumisen, sekä hoitomyönteisyyden herättämisen yhtenä tarkoituksena on myös luoda pohjaa esimerkiksi päätöksenteolle. (Campbell 1996, Traino & Siminoff 2016, 318 mukaan.) Terveystieteiden kontekstissa, jossa kohtaamiset ovat herkkiä potilaiden ollessa vaikeissa elämäntilanteissa, on työntekijän tärkeää tuottaa tiedollisesti oikeita vastauksia sekä asianmukaista affektiivista viestintää, jonka avulla syntyy tunnetason yhteys. (Traino & Siminoff 2016, 317).

2.4.3 Vuorovaikutus ja mielenterveydenhäiriöt

Mielenterveydenhäiriö-käsitteen alle kuuluu hyvinkin erilaisia psykiatrisia häiriöitä. Sellaisiksi ei kuitenkaan lueta kaikille ihmisille arjessa tavallisia tunnetiloja tai reaktioita. Voimakkaatkaan riidat,

konfliktit tai suru esimerkiksi menetyksen yhteydessä eivät ole perusta diagnosoinnille. Mielenterveydenhäiriöihin liittyy usein toimintakyvyn menetystä tai sen laskua, subjektiivista kärsimystä sekä elämänlaadun heikkenemistä. (Lönnqvist & Lehtonen 2010, 14.)

Intensiivistä psykiatriasta arviointia voidaan pitää vuorovaikutuksellisenä tapahtumana, johon liittyy terapeuttisia elementtejä. Työntekijän vastaanottava ja kiinnostunut asenne potilasta ja tämän kertomaa kohtaan lisää vastavuoroista ymmärtämistä sekä hyväksymistä ja synnyttää luottamusta. Vuorovaikutussuhteen kumpikin osapuoli saattaa liittää tapaamisiinsa tietoisia tai tiedostamattomia häiritseviä mielikuvia tai pyrkimyksiä. Työntekijän tulee asiantuntijana pysyä roolissaan, toimia ammatillisesti tehtävänsä edellyttämällä tavalla ja olla siis rationaalinen. Uhkana on kuitenkin, että työntekijän lähestymistapa näyttäytyy potilaalle liian teoretisoivana tai yleistävänä. Potilaan roolissa uhkana ovat taas tavallisesti irrationaaliset pelot ja huolet liittyen tulevaisuuteen, oireisiin ja omaan kohtaloon. Näiden kahden, irrationaalisuuden ja rationaalisuuden, tulisi kuitenkin työntekijän ja potilaan tapaamisessa löytää toisensa ja päästä yhteistyöhön. (Lönnqvist 2010, 37–38.)

Psykkisesti sairaan ihmisen hankaluudet viestinnässä ja vuorovaikutuksessa saattavat olla joko epäsuoria tai suoria vaikutuksia sairastumisesta. Venla Kuuluvainen tutki pro gradu -tutkielmassaan (2009, 55) skitsofreniaan sairastuneiden viestintää heidän vanhempiansa näkökulmasta. Tutkimustulosten mukaan sairastuminen saattaa aiheuttaa potilaiden interpersonaalisen viestinnän vaikeutumista sekä sulkeutuneisuutta. Tämä voi näkyä esimerkiksi viestintätilanteiden välttämisenä, sosiaalisista tilanteista vetäytymisenä, sekä stressaamisena vuorovaikutustilanteissa.

Segrin (2000, 109–111) esittää, että mielenterveydenhäiriö ja interpersonaalinen häiriö sen yhteydessä ovat jopa erottamattomia. Toisaalta mielenterveydenhäiriön synnyn syynä saattaa olla häiriö interpersonaalisisissa vuorovaikutussuhteissa ja toisaalta taas vakavalla mielenterveydenhäiriöllä on selkeästi negatiivisia vaikutuksia ja seurauksia potilaan interpersonaalisiin suhteisiin. Mielenterveydenhäiriöstä kärsivän interpersonaaliset suhteet muuttuvat sairauden myötä ja tämä osaltaan vaikuttaa myös potilaan oireistoon ja sairauden ongelmatiikkaan. Lähestyminen mielenterveydenhäiriöitä kohtaan interpersonaalisten suhteiden kautta tuo tutkimuksen kenttään lisää tietoa läheisten ihmissuhteiden vaikutuksesta sairauksiin. Niitä voidaan esimerkiksi tutkia interpersonaalisten suhteiden seurauksena tai syynä.

Potilaan roolin näkeminen aktiivisena osapuolena vuorovaikutussuhteessa tasavertaistaa sekä tasapainottaa hoitosuhteiden tutkimusta, koska huomio kiinnittyy myös potilaan olemassaoloon ja vaikutusmahdollisuuksiin suhteessa. Potilaita tulisi myös huomioida oman hoitonsa päätöksenteossa ja suunnitelmienteossa. Psykiatrisissa sairauksissa päätöksentekokyky ja hoitosuunnitelmien laatiminen saattavat kuitenkin ajoittain olla heikentyneet sairauden vuoksi. On perusteetonta jättää kestävää päätöksentekoa potilaiden vastuulle silloin, kun kyseessä ovat sairaudet, joiden oirekuvaan päätöksenteon heikentyminen saattaa kuulua (Herlitz, Munthe, Törner & Forsander 2016, 965).

Tämä asettaakin työntekijät psykiatrian alalla tilanteeseen, jossa heidän täytyy potilaskohtaisesti arvioida, milloin sairaus vaikuttaa kestävään päätöksentekoon heikentävästi ja potilasta ei voi vastuuttaa liikaa hoitoa koskevasta päätöksenteosta. Toisaalta tässä tutkielmassa tutkimuksen kohteena on psykiatrian avohoito, jossa potilaat ovat vapaaehtoisesti hoidossa ja ovat psyykkisesti sellaisessa voinnissa, että kykenevät tekemään itseä koskevia päätöksiä ja ovat siihen täysin oikeutettuja. Tilanne on toinen esimerkiksi tahdosta riippumattomassa sairaalahoidossa, jolloin potilaan päätäntävalta saattaa olla uhattuna oireiden vuoksi.

2.4.4 Institutionaalinen vuorovaikutus

Drew ja Heritage (1992) ovat tutkineet institutionaalista vuorovaikutusta. He toteavat vuorovaikutuksen määräytyvän institutionaaliseksi suhteen osapuolten ammatillisten identiteettien vuoksi eikä niinkään esimerkiksi paikan vuoksi, jossa vuorovaikutus tapahtuu (sairaala, oikeussali, oppilaitos). Drew ja Heritage määrittelevät institutionaalisen vuorovaikutuksen keskustelun kautta tapahtuvaksi vuorovaikutukseksi, joka on pääasiallinen keino ihmisille tavoitella ammatillisia tavoitteita. Institutionaalinen vuorovaikutus on myös keskeinen väline monille työntekijöille ja ammattilaisille suorittaa päivittäisiä toimintoja ja jonka avulla heitä johdetaan. (Drew & Heritage 1992, 3-4.) Tutkielman kannalta keskiössä on siis avohoidossa tapahtuva vuorovaikutus, jossa jo paikka muodostaa institutionaalisen ympäristön. Luonnollisesti myös työntekijän rooli psykiatrian alan ammattilaisena asettaa vuorovaikutuksen osapuolille omanlaisensa roolit ja tekee vuorovaikutuksesta institutionaalista.

Ruusuvuori (2002, 38) kuvaa artikkelissaan lääkärin ja potilaan välistä vuorovaikutusta ja nimeää tilanteen myös institutionaaliseksi. Ruusuvuoren mukaan lääkärin ja potilaan institutionaalisiin

rooleihin sekä tehtäviin liittyä odotuksia vuorovaikutuksen kulusta vastaanotolla. Odotuksia on yleensä molemmilla osapuolilla eli sekä lääkärillä että potilaalla, ja ne voivat liittyä esimerkiksi vastaanoton etenemisjärjestykseen, vuorovaikutussuhteen laatuun sekä tiedollisen auktoriteetin jakautumiseen. Yleensä kyseiset odotukset ovat suhteellisen vakiintuneita ja niistä poikkeaminen saattaa aiheuttaa hankaluuksia vuorovaikutuksen sujumisessa. Ruusuvuoren kuvaama vastaanottotilanteen institutionaalinen luonne soveltuu myös muiden terveydenhuollon työntekijöiden ja potilaiden vastaanottojen tutkimiseen. Psykiatrisen työntekijän ja potilaan kohtaaminen vastaanotolla muistuttaa rakenteeltaan lääkärin vastaanottoa muun muassa siten, että useimmiten työntekijä määrittää vastaanoton keston sekä kysyy tarvittavat tiedot liittyen potilaan lääkitykseen ja vointiin. Työntekijä myös ottaa kantaa kokonaisvaltaisesti potilaan tilanteeseen, kuten lääkäritkin tekevät.

Työntekijän ja potilaan vuorovaikutussuhde on institutionaalisuutensa vuoksi asymmetrinen. Suhteen osapuolilla ei siis ole samanlaista tasavertaisuutta osallistumisessa vuorovaikutukseen, kuin esimerkiksi perhesuhteissa vuorovaikutuksen osapuolilla on. Toisaalta Drew ja Heritage (1992, 47–49) kyseenalaistavat tämän asetelman, koska loppujen lopuksi vuorovaikutus on ainakin hetkittäin asymmetristä myös niin kutsutuissa tavallisissa vuorovaikutussuhteissa (kuten perhesuhteissa). Institutionaalisissa vuorovaikutussuhteissa on kuitenkin eri tavalla läsnä osapuolten statukset ja roolit sekä oikeudet ja velvollisuudet. Suhteessa on myös alati läsnä valta-asetelmat. Suhteen asymmetrisyys näkyy esimerkiksi työntekijän mahdollisuutena ohjata keskustelua ja aiheita enemmän haluamaansa suuntaan. Tieto on myös jakautunut eri tavalla työntekijän ja potilaan välillä ja tämä aiheuttaa omalta osaltaan asymmetriaa suhteeseen.

Asymmetrisyys näkyy institutionaalisissa vuorovaikutussuhteissa myös vuorovaikutuksen menetelmällisenä kontrollointina. Tämä voi tapahtua joko institutionaalisten käytäntöjen kontrollointina tai asiantuntijoiden ottamien roolien dominoinnissa vuorovaikutuksessa. (Fairclough 1992, 152, Thompsonin 2017, 4, mukaan.) Institutionaaliset käytännöt voivat esimerkiksi määritellä puheenaiheet, kenellä on valta puhua, kuinka kauan ja voiko toisen puheen keskeyttää (Thompson 2017, 4). Institutionaaliset käytännöt työntekijän ja potilaan vuorovaikutussuhteessa saattavat myös muuttua hoitosuhteen edetessä ja kehittyessä ajallisesti. Pitkissä hoitosuhteissa, joissa työntekijä ja potilas jo tuntevat toisiaan pidemmältä ajalta ja toisen tapoja olla vuorovaikutuksessa, institutionaaliset käytännöt saattavat muotoutua osapuolten itse luomiksi käytännöiksi suhteessaan.

Bonnin (2014, 149) mukaan psykiatrian kontekstissa sekä asiantuntija että potilas voivat vähentää asymmetriaa ja välillään olevaa sosiaalista välimatkaa. Työntekijä voi yrittää vähentää suhteessa olevaa sosiaalista välimatkaa mukauttamalla puhettaan potilaalle sopivammaksi, ottaen huomioon esimerkiksi potilaan iän. Potilas sen sijaan voi yrittää vähentää asymmetriaa omaksumalla byrokraattisia termejä asiantuntijalta ja keskustelemalla ikään kuin ”asiantuntijoiden kielellä”. Bonnin mukaan asiantuntijat eivät niinkään yritä vähentää suhteessa vallitsevaa asymmetriaa vaan sosiaalista välimatkaa, kun taas potilaat yrittävät asiantuntijakielen omaksumisella vähentää nimenomaan suhteen asymmetriaa.

3 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

3.1 Tutkimusongelma- ja kysymykset

Potilaan ja asiantuntijan välinen vuorovaikutus on alun perin ollut vallitseva tutkimuksen alue terveysviestinnässä. Se muodostaa edelleen merkittävän osan terveysviestinnän tutkimuksesta, vaikka näkökulmia on laajennettu. (Thompson 2003, 91.) Professionaalisessa viestintäsuhteessa toinen ihminen on siis ammattilainen tai asiantuntija suhteessa toiseen henkilöön, eli tämän tutkielman kontekstissa potilaaseen. Ihmissuhdeammateissa työn tavoitteet synnytetään ja saavutetaan vuorovaikutuksen ja henkilöiden välisen suhteen kautta. Työn tuloksellisuutta myös arvioidaan potilaan ja työntekijän vuorovaikutussuhteen näkökulmasta. (Gerlander & Isotalus 2010, 3.)

Työntekijän ja potilaan vuorovaikutussuhde on siis myös itsessään asia, joka auttaa potilaita toipumaan, ja jonka sisällä pohditaan keinoja pärjätä psyykkisen sairauden kanssa. Parhaimmillaan suhde antaa potilaille mahdollisuuden luottamukselliseen kanssakäymiseen alansa asiantuntijan kanssa, jonka tavoitteena on auttaa ja tukea potilasta parhaan kykynsä mukaan. Toisaalta vuorovaikutussuhteessa saattaa esiintyä myös ristiriitoja ja suuriakin näkemyseroja koskien hoitoa. Tunnustettaessa hoitosuhteen tärkeys ja merkitys potilaiden toipumiselle ja sairauden kanssa pärjäämiselle, tunnustetaan yhtäläillä myös hoitosuhteiden tutkimisen tarpeellisuus ja ajankohtaisuus.

Vuorovaikutuksen avulla tuotetaan sisältöä, tietoa ja ymmärrystä, mutta samaan aikaan viestintäsuhde on ikään kuin työn tekemisen paikka. (Rauste-von Wright & von Wright, 2003; Julkunen 2008, Gerlanderin & Isotaluksen 2010, mukaan.) Tämänkin vuoksi on tärkeää saada tietoa työntekijän ja potilaan vuorovaikutussuhteesta, jotta sen arvo ja tärkeys tunnustetaan myös terveydenhuollon kontekstissa.

Kuten edellä on todettu, työntekijän ja potilaan välinen vuorovaikutussuhde on erittäin tärkeässä roolissa hoidon tavoitteiden saavuttamisen ja ennen kaikkea potilaan kuntoutumisen kannalta. On tärkeää tuoda esiin työntekijöiden kuvauksia ja näkemyksiä jännitteistä, jotka ovat alati läsnä myös professionaalisissa vuorovaikutussuhteissa. Sen lisäksi, että jännitteitä tutkitaan yleisesti professionaalisissa vuorovaikutussuhteissa, kuten lääkärin ja potilaan välisessä hoitosuhteessa, on

tärkeää kiinnittää huomiota myös psykiatrian toimialalle ja työntekijöihin, jotka toimivat lääkärin tavoin tiiviissä vuorovaikutuksessa potilaiden kanssa ja vastaavat hoitosuunnitelmista. Tutkielman tarkoituksena on löytää psykiatristen vastuutyöntekijöiden puheista jännitteisiin liittyviä ilmiöitä, jotka liittyvät potilaan ja työntekijän väliseen vuorovaikutussuhteeseen. Tutkimusongelmaksi muodostuu tämän myötä: *Millaisia jännitteitä työntekijän ja psykiatrisen potilaan välisessä vuorovaikutussuhteessa esiintyy työntekijän näkemysten mukaan?*

Tietyn tyyppisiä jännitteitä on pystytty kuvaamaan professionaaliin vuorovaikutussuhteisiin liittyen. Vaikka samankaltaisia jännitteitä on havaittavissa esimerkiksi opettaja – oppilassuhteissa tai terveydenhuollon vuorovaikutussuhteissa, ovat esiintyvät jännitteet aina omanlaisiaan riippuen kontekstista. Tämän vuoksi tutkielmassa on lähdettävä siitä lähtökohdasta, minkälaisia jännitteitä ylipäänsä työntekijän ja psykiatrisen potilaan vuorovaikutussuhteessa ilmenee. Jännitteet ilmenevät vuorovaikutussuhteissa muun muassa vastakohtaisuuksina ja toisistaan riippuvaisina ilmiöinä. Ne myös ovat olemassa suhteessa samaan aikaan, vaikka ovatkin vastakkaisia suhteessa toisiinsa. Tämän vuoksi on perusteltua pyrkiä muodostamaan jännitteistä pareja sen sijaan, että esittelisi yhtä ilmiötä yksinään. Ensimmäinen tutkimuskysymys on: *Minkälaisia jännitepareja työntekijöiden puheesta on löydettävissä liittyen vuorovaikutussuhteeseen potilaan kanssa?*

Sen lisäksi, että tavoitteena on kuvata jännitepareja, joita työntekijöiden kuvausten perusteella vuorovaikutussuhteessa ilmenee, tärkeää on tutkia myös niiden merkityksiä työntekijöille ja heidän toimintaansa sekä vuorovaikutukseensa. Tällä kysymyksellä pyritään siis syventämään ymmärrystä jännitteiden vaikuttavuudesta työntekijöihin. Tarkoituksena ei ole ainoastaan nimetä jännitteitä, vaan tutkia myös, kuinka paljon ja miten ne työntekijään ja vuorovaikutussuhteeseen vaikuttavat. Toinen tutkimuskysymys on: *Minkälaisen sijan jännitteet saavat vuorovaikutussuhteessa työntekijöiden näkemysten mukaan?*

Jännitteet kuuluvat interpersonaalisiin vuorovaikutussuhteisiin luonnollisena osana, joten on myös hyödyllistä selvittää, minkälaiseksi vuorovaikutus muodostuu kun niitä ilmenee. On riittämätöntä tyytyä nimeämään jännitepareja ja niiden merkityksiä työntekijöille, jotta pystyisi puhumaan laajalaisemmin jännitteiden olemassaolosta ja käsittelemisestä vuorovaikutussuhteissa. Jännitteet tulevat näkyviksi työntekijöiden puheissa, joten on tarpeellista eritellä myös niiden käsittelytapoja heidän puheissaan. Kolmannen kysymyksen tarkoituksena on siis selvittää, minkälaisia viestinnällisiä tekoja ja minkälaista vuorovaikutusta työntekijä käyttää ja suhteessa ilmenee, kun

jännitteitä ilmenee, esimerkiksi tilanteessa, jossa potilas haluaa lopettaa lääkityksen vasten lääkärin määräystä. Kolmas tutkimuskysymys on: *Miten työntekijä käsittelee jännitteitä vuorovaikutuksessaan?*

3.2 Tutkimusmenetelmä ja teoreettinen tausta

Tutkielman tarkoituksena on kuvata todellista elämää mahdollisimman kokonaisvaltaisesti, joten tutkimus muodostui laadulliseksi. Tutkielma linkittyy sosiopsykologiseen tutkimustraditioon, koska työntekijän ja potilaan vuorovaikutussuhde nähdään sosiaalisen vuorovaikutuksen prosessina, jossa ovat läsnä yhteiskunnalliset sekä yksilön psykologiset vaikuttimet (ks. Craig & Muller 2007, 313–314). Tutkielman kohteena olevia professionaalisia vuorovaikutussuhteita määrittävät yhteiskunnan normit ja oletukset ja toisaalta samaan aikaan suhteessa vallitsevat sekä työntekijän että potilaan omat psykologiset ominaisuudet, kuten kognitio ja tunteet. Tutkielman dialektinen näkökulma kytkeytyykin kyseiseen oletukseen vuorovaikutussuhteiden kokonaisvaltaisuudesta.

Sosiopsykologinen traditio linkittyy tähän tutkielmaan myös sen kontekstisidonnaisen näkemyksen vuoksi. Sosiopsykologisessa traditiossa konteksti määrittää sitä, minkälaiseksi viestintä milloinkin muodostuu (Craig & Muller 2007, 313). Professionaalisissa vuorovaikutussuhteissa ja tässä tutkielmassa psykiatrian kontekstilla on merkitystä sille, minkälaiseksi työntekijän ja potilaan vuorovaikutussuhde muodostuu.

Tutkimusongelman kannalta mielekkäimmäksi tutkimusmenetelmäksi valikoitui yksilöhaastattelu, koska työntekijät nähdään tutkielmassa subjekteina ja toiveena on, että he pystyvät ja saavat tuoda itseään, omia ajatuksiaan sekä vuorovaikutussuhteeseen potilaan kanssa liittyviä asioita mahdollisimman vapaasti esille. Työntekijöiden on myös mahdollista luoda tutkimustilanteessa merkityksiä vuorovaikutussuhteestaan sekä itsestään ja tällöin haastattelu on tutkimusmenetelmänä perusteltu. Työntekijöillä on haastattelutilanteessa mahdollisuus myös kertoa jännitteisiin liittyvistä asioista laajemmin, kuin mihin tutkija kykenee valmistautumaan. (ks. Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2015, 161.)

Haastattelutyypiksi oli perusteltua valita teemahaastattelu, koska tutkimuskysymysten myötä selkeät tutkittavat teemat olivat jo selvillä, mutta tilaa tuli jättää myös työntekijöille itselleen kertoa aiheen kannalta tarpeelliseksi katsomiaan asioita. Jännitteitä tutkittaessa tutkijan on kysymyksillään

ohjattava haastateltavia ennalta määriteltyihin aihepiireihin, jotta jännitteisiin päästään käsiksi. Tämän vuoksi esimerkiksi syvähaastattelu ei olisi välttämättä antanut riittäviä vastauksia tutkimuskysymyksiin (ks. Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2015, 208).

Haastattelut etenivät teemahaastattelurungon (LIITE 1) mukaisesti, mutta kysymysjärjestys saattoi ajoittain vaihdella sekä aiheet laajentua haastatteluiden edetessä yksilöllisesti. Jokaisessa haastattelussa käytiin kuitenkin kaikki haastattelurungon teemat läpi. Teemahaastattelurunko perustui aiempaan tutkimuskirjallisuuteen liittyen tutkimusongelmaan- ja kysymyksiin. Teemahaastattelurungon osana oli myös kaksi kuvitteellista vastaanottotilannetta ja haastateltavat vastasivat niihin liittyviin kysymyksiin. Osa haastateltavista piti kuvitteellisia tilanteita uskottavina ja kertoi samankaltaisten tilanteiden tapahtuneen heidänkin vastaanotoillaan. Osa haastateltavista piti tapahtumia jokseenkin epäuskottavina, mutta kykenivät kuitenkin vastaamaan kysymyksiin. Lopullisessa analyysissä ja tuloksissa kuvitteellisilla vastaanottotilanteilla ei kuitenkaan ollut suurta sijaa, vaan muu aineisto tarjosi tarvittavan informaation.

3.3 Aineiston keruu ja analysointi

Tutkielman aineiston muodostavat 11 yksilöteemahaastattelua, jotka kerättiin suuren kunnan psykiatrian erikoissairaanhoidon poliklinikalta alkuvuodesta 2017. Tutkimuksen toteuttamiselle saatiin tutkimuslupa kyseiseltä kaupungilta. Haastattelut tapahtuivat poliklinikan tiloissa ja niiden kesto oli keskimäärin 20 minuutista tuntiin. Haastateltavista yhdeksän oli naista ja kaksi miestä ja iältään he olivat 33–63 vuotiaita. Haastateltavien koulutus ja ammattinimikkeet vaihtelivat terveydenhoitoalan koulutuksista psykologeihin. Osalla haastateltavista oli lisäksi terapeutin koulutus. Kaikki haastattelut nauhoitettiin haastateltavien suostumuksella ja litteroitiin sanatarkasti. Litteroitua tekstiä syntyi 61 sivua rivivälillä 1. Aineistosta vaihdettiin murre sanat neutraaleiksi sanoiksi haastateltavien anonymiteetin takaamiseksi. Aineisto muodostui siis haastattelujen sanatarkoista litteraateista, eli nonverbaalisen viestinnän, kuten ilmeiden ja eleiden sekä äänenpainojen, tutkiminen rajautui tutkielmassa pois.

Tutkimusaineiston analyysi muodostui aineistoon tutustumisesta ja järjestelystä, teemoittelusta ja luokittelusta sekä lopullisesta analyysin tekemisestä ja tulosten tulkinnasta (ks. Ruusuvoori, Nikander & Hyvärinen 2014, 12). Haastatteluiden litteroinnin jälkeen aineistoon paneuduttiin siis

syvällisemmin. Perusteellisen aineistoon syventymisen jälkeen aineistosta alkoi jäsentyä tutkimusongelman kannalta merkityksellisiä teemoja. Teemoiksi syntyivät muun muassa vastuu, roolit, ristiriidat ja odotukset vuorovaikutussuhteessa. Teemoittelun jälkeen järjesteltiin omiksi jäsenyksikseen aineistosta nousseet yhtäläisyydet, eroavaisuudet, vastakohtaisuudet, ristiriidat, sekä-että -tilanteet sekä muutosta tuottavat ilmiöt. Ilmiöt jäseneltiin siis omiksi luokikseen tutkimuskysymysten mukaan, ja alettiin kuvata niiden olemassaoloa vuorovaikutussuhteissa laajemmassa mittakaavassa.

Toiseen tutkimuskysymykseen aineistosta poimittiin työntekijöiden kuvauksia muun muassa heidän tunteistaan, vaikutelmistaan ja kuvailevista kerronnoistaan jännitepareihin liittyen. Yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia tarkastelemalla pystyttiin luokittelemaan kuvaukset omiksi yksiköikseen ja tekemään syvällisempää analyysia sekä tulkintaa ilmiöistä.

Kolmanteen tutkimuskysymykseen aineistosta erottui työntekijöiden kertomat omaan vuorovaikutukseensa sekä viestintäänsä liittyvät ilmiöt. Haastattelurungossa olleet kuvitteelliset vastaanottotapaamiset vastasivat osittain kolmanteen tutkimuskysymykseen, mutta kaiken kaikkiaan aineistosta löytyi tuloksia kauttaaltaan jokaiseen tutkimuskysymykseen. Analyysia tehdessä teemoja ja luokitteluja vertailtiin keskenään ja pohdittiin niiden suhteita toisiinsa. Tuloksia analysoitaessa apuna käytettiin myös visualisointia eli taulukoiden ja kuvioiden laatimista, jotta esille tulleiden ilmiöiden suhteita pystyi vertailemaan toisiinsa.

Analyysi oli aineistolähtöistä, mutta aikaisempi teoriapohja aiheesta tuki tutkimustuloksia muun muassa jänniteparien löytymisen suhteen. Vaikka kyseessä on laadullinen tutkimus, aineistosta laskettiin kuitenkin myös jonkun verran määriä, esimerkiksi kuinka monta kertaa sama ilmiö tai asia esiintyy haastatteluissa. Laskemista tehtiin, jotta saataisiin mahdollisimman luotettava kuva aineistossa esiintyvien ilmiöiden suuruudesta ja suhteellisuudesta toisiinsa.

4 TULOKSET

4.1 Jänniteparit

Haastatteluaineistosta nousi esiin vastakohtaisuuksia, ristiriitoja, sekä -tilanteita sekä muutosta tuottavia ilmiöitä työntekijän ja potilaan vuorovaikutussuhteessa, jotka olen nimennyt neljäksi teemaksi ja niiden alla oleviksi jännitepareiksi. Jännitteet tulivat näkyviksi työntekijöiden puheessa esimerkiksi tasapainoiluna joidenkin toisistaan riippuvaisten ilmiöiden välillä. Kun aineistosta oli erotettavissa jokin ristiriitaan liittyvä asia tai ilmiö, otettiin se perusteellisempaan tarkasteluun ja tutkittiin, toistuuko ilmiö myös muissa haastatteluissa. Haastateltavat toivat puheissaan esiin pohdintoja ja näkökulmia ilmiön, kuten esimerkiksi vastavuoroisuuden, moneen eri puoleen liittyen. Tutkija tarttui näihin pohdintoihin ja yhdisteli samaan ilmiöön liittyvät tekstikatkelmat yhteen ja tarkasteli ilmiön toistumista haastateltavien puheessa. Ilmiöstä, kuten esimerkiksi vuorovaikutussuhteen vastavuoroisuudesta, oli haastatteluissa saatettu puhua joko vuorovaikutussuhteen yksisuuntaisuutena tai esimerkiksi toiveena suhteen vastavuoroisuudesta. Näin syntyivät ilmiön ääripäät, jotka molemmat esiintyvät vuorovaikutussuhteessa ja voidaan nimetä jännitepariksi.

Seuraavassa taulukossa 1. ovat kuvattuna jänniteparit, joista ensimmäisenä esitellään osallistumisen teemaan kytkeytyvä vastavuoroisuuden ja yksisuuntaisuuden jännitepari.

Taulukko 1. Jänniteparit

Vastavuoroisuus– Yksisuuntaisuus	Symmetria– Asymmetria	Aktiivinen toimijuus– Passiivinen toimijuus	Näkökulmaerot– Yhteisymmärrys
-------------------------------------	--------------------------	--	----------------------------------

Jänniteparit ovat toistensa vastakohtia, eli jos suhteessa on esimerkiksi vastavuoroisuutta, vähentää se yksisuuntaisuuden ilmenemistä suhteessa. Jännitepari on myös toisistaan riippuvaisia, eli jotta suhteesta voi erottaa vastavuoroisuutta, tulee hyväksyä myös yksisuuntaisuuden mahdollisuus suhteessa. Jänniteparien alla oleva teema linkittää jännitteet kohti suurempaa teemaa, joka ilmiöistä muodostuu.

4.1.1 Osallistuminen: vastavuoroisuus – yksisuuntaisuus

Ensimmäiseksi teemaksi haastatteluaineistosta nousi potilaiden osallistuminen hoitoonsa ja sitoutuminen vuorovaikutussuhteeseen. Osallistumattomuutena koettiin esimerkiksi potilaiden puhumattomuus vastaanotoilla tai motivaation puute hoitoa ja vuorovaikutussuhdetta kohtaan. Vastavuoroisuuden tärkeys työntekijän ja potilaan vuorovaikutussuhteessa nousi merkittäväksi suhdetta edistäväksi tekijäksi työntekijöiden kuvauksissa. Vastavuoroisuus suhteessa edisti luottamuksen saamista sekä työntekijän ja potilaan vuorovaikutussuhteen syvenemistä. Sen sijaan potilaiden puhumattomuus vastaanotoilla aiheutti työntekijöissä heidän kertomansa mukaan sitä, että he joutuvat ikään kuin lypsämään tai nyhtämään tietoa potilailta sen sijaan, että potilaat itse tuottaisivat omaa puhettaan heille ja heidän hoidolleen tärkeistä ja ajankohtaisista asioista.

Vuorovaikutussuhteeseen syntyy jännitettä siis siinä tilanteessa, että potilas ei itsenäisesti ja aktiivisesti kerro tilanteestaan, elämästään ja voinnistaan vaan puhe on enemmän työntekijästä lähtevää ja koostuu tämän puhetta herättelevistä ja motivoivista yrityksistä.

Yksi haastateltava kuvasi potilaan passiivisuutta vastaanotolla tunteeksi, että tarvittaisiin pihtejä, joilla vetää tieto potilaasta ulos, koska muuten tietoa ei saisi millään. Haastateltava myös vertasi tilannetta puheliaampaan potilaaseen, jolloin vastaanottotilanteessa riittää, että muutamalla ohjailevalla kysymyksellä herättää potilaan kertomaan itsenäisesti ja kerrontaa alkaa tulla.

Tilanteessa, jossa jännite tulee näkyväksi, työntekijä joutuu ohjailemaan keskustelua ja puhuu huomattavasti enemmän vastaanotolla, kuin potilas. Potilas odottaa passiivisena työntekijältä vastauksia ja ratkaisuja antamatta omaa panostaan vuorovaikutukseen. Haastateltavat eivät kertomansa mukaan halua toimia tiedon ”lypsäjänä” tai ”nyhtäjänä”, vaan haluaisivat omalla viestinnällään auttaa potilasta tuottamaan puhetta ja kertomaan avoimesti asioistaan ja esimerkiksi hankaliksi kokemistaan asioista. Vastavuoroisuuden teemaan kuuluu myös kysymys potilaiden kyvystä, motivaatiosta tai halusta tulla autetuiksi. Työntekijöiltä nousi haastatteluissa esiin pohdintoja siitä, onko kaikilla potilailla ylipäänsä halua tai kykenevyyttä tulla autetuiksi.

Haastatteluissa tuli myös esiin työntekijöiden ymmärrys siitä, että potilaan sairaus ja sen hetkinen vointi vaikuttavat hänen kykyihinsä tuottaa puhetta ja olla aktiivisesti mukana vuorovaikutuksessa.

T6: Mahollisimman vastavuoronen tietysti ainakin minun osalta että tietysti riippuu paljon potilaan voinnista kykeneekö potilas siihen mutta siihen pyritään.

Työntekijöillä on kuitenkin aina lähtökohtaisesti pyrkimys vastavuoroiseen vuorovaikutukseen potilaiden kanssa ja parhaimmillaan heidän kertomansa mukaan näin tapahtuukin. Seuraavassa esimerkissä tulee ilmi, kuinka haastateltava kuvaa vastavuoroisuuden puuttumista:

T6: Ja tietysti se, ettei se olis sellasta lypsämistä kun joskus joittenki potilaitten kohalla et joutuu jokaisen asian erikseen et se on tosi vaikee, vaikee semmonen vastaanotto et potilaat ei ite tuota mitään ja täytys kokoajan sitten ite yrittää et mistähän tästä nyt sitten sais kiinni tai mistähän tuo nyt haluais puhua ku on paljon potilaita ketkä vaan et no ei oo mitään mistä puhua. Sekin ehkä tietysti taas kertoo siitä voinnista, mut sit on niitä potilaita ketkä ei vaan jotenki saa tai ei osaa keskustella tai ei halua. Ni semmonen niinku vastavuoroisuus siinäki.

Kaiken kaikkiaan haastateltavat kertoivat antavansa vastaanotoilla potilaille tilaa kertoa avoimesti asioistaan. Yksi haastateltavista kuvaili vastaanottotapaamista areenan käsitteellä ja kertoi ajattelevansa vuorovaikutustilannetta potilaan areenana siten, että potilas on enemmän äänessä kuin hän ja hänen tehtävänä on antaa potilaalle tämän tarvitsema tila ja kyseinen areena käyttöönsä vastaanottotilanteessa. Toisaalta haastateltava ymmärsi, että joitakin potilaita jännittää tulla vastaanotolle ja tällöin he eivät ota areenaa omakseen, vaikka siihen heille mahdollisuus tarjottaisiinkin. Haastateltava kertoi antavansa potilaalle tilaa olla hiljaakin vastaanotolla ja uskoi, että ehkä seuraavalla tapaamiskerralla puhetta tuleekin enemmän.

Usea haastateltava toi esiin lähtökohtaansa vuorovaikutussuhteisiin potilaiden kanssa siten, että potilaat tulevat vapaaehtoisesti ja omasta tahdostaan avohoitoon, joten myöskin vastaanottokäynnit ovat heitä itseään varten, eivät työntekijöitä varten. Usealla haastateltavalla onkin pyrkimys tavoittaa ja ymmärtää potilaiden sisäistä kokemusmaailmaa ja tämä on haasteellista, jos vuorovaikutus ei ole vastavuoroista. Kuten seuraavasta esimerkistä käy ilmi, haastateltavat pyrkivät kannustamaan potilaita kertomaan avoimesti asioistaan ja toivovat keskustelun syntymistä vastaanotoilla.

T5: No kyl mä ainakin kannustan potilaita aina niinkun koitan rohkasta siihen et hän uskaltas puhua ja kertoa ja kuvailla asioita ja toivon semmosta niinkun keskustelua vuorovaikutusta ja se on varmaan se se lähtökohta et jonkinlaiseen vuorovaikutukseen pääsis aina potilaan kanssa.

Vuorovaikutussuhteen vastavuoroisuuden ja yksisuuntaisuuden jännitteeseen voi katsoa kuuluvaksi myös muutaman haastateltavan esiintuoma kokemus vuolaspuheisista potilaista. Tämä asettaa

yhdenlaisen haasteen vuorovaikutussuhteen vastavuoroisuuden tasapainoon. Yksi haastateltavista kuvasi asiaa siten, että työntekijä joutuu omalla puheellaan rajoittamaan vuolaspuheista ja aiheesta syrjähtelevää potilasta pitääkseen vastaanoton jokseenkin jäsenneilynä ja etenevän yksi aihe kerrallaan. Haastateltava koki haasteeksi vuolaspuheisen potilaan kanssa myös ajankäytön, koska vastaanottotapaamiset ovat aina rajoitettu ajallisesti. Haastateltava kertoi joutuvansa ottamaan riskin potilaan loukkaantumisesta rajoittaessaan tämän puhetta joskus jämakästikin, mutta hänen mukaansa olennaista tuolloin on ottaa loukkaantuminen vastaan ja käsitellä se vastaanotolla saman tien. Usein haastateltava tekee jo etukäteen strategian valmiiksi, kuinka edetä vastaanotolla pitäen ydinajatuksen kirkkaana vuolaspuheisen potilaan kanssa. On siis selvää, että tilanne on tällöin jännitteinen vastavuoroisuuden säilyttämisen kannalta ja se tuo omanlaisensa haasteen työntekijälle.

4.1.2 Tasavertaisuus: symmetria – asymmetria

Haastatteluista nousi esiin professionaalisille vuorovaikutussuhteille ominainen tasapainoilu suhteen tasavertaisuuden ja asiantuntijuuden välillä. Suhteita voi kuvata siis symmetrian käsitteellä, jolloin ne ovat joko symmetrisiä tai asymmetrisiä. Symmetriaa suhteeseen tuottaa tasavertaisuus kun taas asymmetriaa asiantuntijuuden korostaminen. Usea haastateltava toi esiin rooliaan työntekijänä siten, etteivät he anna ohjeita, määräyksiä tai käskyjä ylhäältä alaspäin asiantuntijoina, vaan asettuvat samalle viivalle potilaan kanssa ja tunnustavat potilaan oikeuden tehdä omia päätöksiään ja valintojaan. Kyseiset haastateltavat nimittivätkin itseään ja rooliaan usein kanssakulkijoiksi tai kävelykepeiksi, joihin tukeutua. Työntekijä ei siis puheellaan ohjaa tai määrittele keskustelun luonnetta tai aiheita, vaan ne syntyvät yhteistyössä potilaan kanssa ja hänen tarpeistaan käsin. Haastateltavat toivat esiin pyrkimyksiään toimia tasavertaisesti potilaan rinnalla.

T2: Joo tota ihan noin ilman ilman sen virallisia ulkopuolisia määritelmiä niin kyllä mä ajattelisin että on sellanen kanssakulkija siinä mutta sitten toisaalta niinku työn puolesta et se ammattirooli että pyrin sen niinkun ammatillisen osaamisen kautta mahdollisimman hyvin ja laajasti hahmottamaan että miten niinkun ymmärtää sitä potilaan hätää tilannetta.

Toisaalta yksi haastateltavista kuvaa potilaan ohjaamisen ja oman mielipiteen antamisen välillä olevan ajoittain vain vähän eroa riippuen siitä, miten potilas puheen tulkitsee. Tuen antamisen, eli tasavertaisen ihmisenä toiselle ihmiselle olemisen, ja toisaalta asiantuntijana toimimisen ja neuvojen antamisen välillä on siis ajoittain vain vähän eroavaisuuksia. Potilaan tulkinnalla on siis merkitystä sen suhteen, ajatteleeko hän työntekijän antavan omia

mielipiteitään, vai onko työntekijän tarkoitus ohjalla sanomisillaan potilasta johonkin tiettyyn suuntaan.

T10: Siis sillä erotuksella että toinen on semmonen ohjaava ohjaava tavallaan se jos kun kertoisit mitä pitäisi tehdä mutta se ei taas sitten oo se mikä pitäisi tehdä minun eli kertoa vaan että välillä ihmisten kanssa keskustelu menee ehkä siihen että sanotaanko näin että se tuki ohjaus menee siihen että kertookin mitä ihmisten ehkä kannattas tehdä ja siinä vaiheessa se muuttuu minun mielipiteeksi sen sijaan että se olis niinkun potilaan oivallus omaa oivallusta ja tukevaa.

Tasavertaisuuteen pyrkiminen tuli esiin myös yhden haastateltavan kuvauksessa hänen roolistaan oppijana suhteessa potilaisiin. Työntekijä siis toivoi itse oppivansa nuorilta potilailta heidän maailmastaan vastakohtana sille, että teeskentelisi itse tietävänsä siitä. Tasavertaisuuteen liittyvän jännitteen sisälle kuuluu myös työntekijän etäisyyden säätteleminen suhteessa potilaaseen, koska etäisyyden säätelemisellä työntekijä liikkuu ammatillisen asiantuntijuuden ja inhimillisen kuuntelijan roolien välillä. Muutama haastateltava toi esiin pyrkimyksiään toimia empaattisena, inhimillisenä ja läsnäolevana työntekijänä, jota vasten potilas voi peilata omia ajatuksiaan ja tilanteitaan. Toisaalta osa haastateltavista toi esiin neutraaliuden ja ammatillisen etäisyyden säilyttämisen tärkeyttä riippuen siitä, missä psyykkisessä voinnissa potilas on. Ammatillisen etäisyyden säätteleminen on siis potilaskohtaista ja rakentuu riippuen potilaan voinnista.

Osa haastateltavista kuvasi persoonansa näkyvän vastaanotoilla ja potilaiden pitävän tätä hyvänä asiana, jotta työntekijä ei vaikuttaisi liian jäykältä ja professionaaliselta. Osa kuvasi myös kertovansa jotain hyvin yleistä henkilökohtaisesta itsestään liittyen esimerkiksi työuraan tai liikuntaharrastuksiin, jotta heistä välittyisi inhimillisempi kuva potilaille ja potilaiden kokemukset normalisoituisivat sekä vastaanottotilanne kevenisi.

Toisaalta osa haastateltavista toi esiin vastuutyöntekijän ominaisuuteen kuuluvia velvollisuuksia huolehtia esimerkiksi potilaiden lääkitysasioista. Osa potilaista käy lääkityksensä vuoksi säännöllisissä laboratoriokokeissa ja vastuutyöntekijät tarkastavat, ovatko kokeet otettu ja tarvittaessa muistuttavat potilaita käymään laboratoriossa. Tällöin suhteen tasavertaisuus tulee haastetuksi, koska asetelma aiheuttaa luonnollisesti sen, että työntekijä on eri asemassa kuin potilas.

T1: On tietysti minun suurin vastuu on minun mielestä näistä lääkehoidoista että ne toteutuu oikealla tavalla ja potilas tietää sen annostuksen ja reseptit on aina ajan tasalla ja potilas hakee lääkkeet apteekista ja huolehtii muistutan siitä et onko rahaa hakea ja jos ei ole niin sosiaalityöntekijälle...

Potilaan psyykkinen vointi vaikuttaa siis suhteen tasavertaisuuteen ja ajoittain työntekijöiden on käytettävä professionaalista asemaansa potilaan tahdonvastaisesti esimerkiksi potilaan ollessa sairautensa vuoksi kykenemätön huolehtimaan itsestään. Tämän vuoksi työntekijän ja potilaan asymmetrinen vuorovaikutussuhde on aina pohjimmiltaan jännitteinen, vaikka työntekijöillä on heidän kertomansa mukaan pyrkimys saavuttaa tasavertainen ja riippumaton vuorovaikutussuhde.

4.1.3 Vastuu: aktiivinen toimijuus – passiivinen toimijuus

Kolmas teema jännitteisiin liittyen on vastuu. Tällä tarkoitetaan haastateltavien näkemyksiä sekä potilaan vastuuta hoidostaan ja toipumisestaan että työntekijälle kuuluvia vastuita. Haastatteluista nousi esiin vastuun suuri merkitys potilaiden toimijuudessa. Haastatteluissa usein esiin tullut haaste työntekijöiden kuvaamana liittyy potilaiden toiveeseen saada tietoa itselleen ikään kuin valmiiksi annettuna sen sijaan, että he oivaltaisivat itse sairauteensa tai elämäntilanteisiinsa liittyviä asioita. Tämä jännitepari on siksi nimetty toimijuuden käsitteiden kautta.

Usea haastateltava koki, että potilaat odottavat toisinaan poliklinikalta löytyvän vastaukset heidän kaikkiin ongelmiinsa ja sairauksiensa hoitoon. Tätä ilmiötä kuvattiin usein punaisen tai vihreän napin käsitteillä, joita painamalla sairaudet paranee, lääkitystä ei tarvita ja kaikki paha menee pois. Haastatteluiden perusteella syntyi käsitys, että potilaan ja työntekijän odotusten välillä esiintyy näistä syistä ajoittain ristiriitaa ja tämä aiheuttaa suhteeseen jännitettä.

Osa potilaista siis odottaa työntekijöiden kuvausten perusteella epärealistisesti sitä, että työntekijä voi parantaa heidät ilman, että potilaiden tarvitsee itse ottaa aktiivista toimijan roolia. Tällöin hoito on ikään kuin passiivista hoidon vastaanottamista, kun se työntekijöiden mukaan parhaimmillaan on vastavuoroista yhteistyötä, jossa potilas kantaa voimiensa mukaan vastuunsa toipumisesta. Toisaalta myös moneen psyykkiseen sairauteen kuuluu toimintakyvyn lasku ja myös työntekijät tiedostavat tämän.

T2: ...kytkeytyy nimenomaan pitkälti se tuota ristiriidat et vois sanoa ne syntyy tästä että se semmonen toive saada apua passiivisesti ottaa vastaan hoitoa mutta sitten toisaalta se vastuu ja tässä niinkun työntekijän vastuu nimenomaan tukea potilasta sillä tavalla aktivoitumaan ja et millä tavalla mennä niinkun eteenpäin että näistä tästä niinkun ristiriidasta se lähinnä kyllä niinkun että sitten syntyy eri käsityksiä että se niinkun masentuneen uupuneen kokemus esimerkiksi että mä en jaksa mä en pysty mä haluan vain nukkua tälläset passiiviset toiveet ja sitte taas se että kuitenkin että se ei ole mikään ratkasu sillonkaan että kukaan ei ihan toivu toivu sitte vaan niinku pelkällä nukkumisella lepäämisellä ja tuota että se suuri vaara et semmonen niinku vääräntyyppinen hoito että on se vaara että jotenki passivoi et

siinä ollaan aina sillä alueella että sitten mutta toisaalta että sen kunnioittaminen että potilas kuitenkin myös voi huonosti että.

Yksi haastateltavista ryhmitteli potilaat kolmeen ryhmään sen mukaan, mitkä odotukset heillä hoidosta on ja yhden ryhmän muodostivat juuri ne potilaat, jotka odottivat työntekijältä selkeitä vastauksia ja ratkaisuja. Toinen ryhmä haastateltavan näkemyksen mukaan sen sijaan odottaa myötätuntoa, kuuntelua sekä tukea tilanteeseensa. Kolmas ryhmä tulee hoitoon ilman tiukkoja odotuksia ja lähtee avoimesti työntekijän kanssa tutkimaan tilannettaan ja tekemään oivalluksia. Kyseisen haastateltavan mukaan siis noin kolmannes potilaista toimii passiivisesti hoidon suhteen odottamalla valmiita vastauksia ja ratkaisuja.

Toimijuuden ja passiivisuuden jännite sisältyy siis potilaan vastuuseen omasta hoidostaan. Haastateltavat toivat esiin näkemyksiään muutoksen subjektiivisuudesta. Usea haastateltava kuvasi pitävänsä potilaita omien elämiensä asiantuntijoina, eikä työntekijöillä näin ollen voisi olla valmiita vastauksia tai ratkaisuja heidän asioihinsa, vaikka sitä työntekijöiltä odotettaisiinkin. Vastuukysymys nousi esiin yhden haastateltavan kertomana, kun hän puhui potilaiden oivalluksista liittyen siihen, ettei hoidossa ole olemassa ihmenappia, jolla ongelmat ratkeavat, vaan niiden kanssa tulisi opetella elämään. Haastateltava kuvaa, että yli puolet potilaista oivaltaa tämän, kun asiaa on heille perustellut, mutta osa vastustaa ajatusta juuri siitä syystä, että tällöin heidän tulee kantaa vastuuta omasta hoidostaan ja ongelmienratkaisusta.

T10: Niin potilailla voi olla ajatus siitä että heillä että täältä poliklinikalta saa valmiita vastauksia ratkaisuja ongelmiin ja puhumattakaan että ongelmat ratkeaa ja toisaalta sitte taas pyritään tai pyrin myöskin sitä tuomaan tietyllä tapaa esiin että eihän ne ongelmat ne saatetaan olla vaikka koettu mutta että niitten kanssa pitää vaan oppia elämään mutta kyllä suuri osa potilaista isompi ku viiskyt prosenttia jotenki oivaltaa että et ei ei täällä ole ihmenappia millä ongelmat ratkeaa vaan että täällä opetellaan elämään ongelmien kanssa ilman niiden tuomia haittoja.

Toinen haastateltava määritteli työntekijän ja potilaan vastuun jakaantumista ja tunnisti myös työntekijällä olevan vastuuta hoitosuhteeseen ja potilaaseen liittyen. Haastateltava pohti, mihin loppuu työntekijän vastuu ja mistä alkaa potilaan vastuu. Hän määritteli vastuun jakaantumisen karkeasti siten, että työntekijä on vastuussa potilaasta tämän ollessa vastaanotolla, mutta vastaanottotapaamisten ulkopuolella potilaalla on paljon sellaista vastuuta, mikä ei taas kuulu työntekijälle. Kyseisen haastateltavan puheesta nousi esille myös potilaan yliauttaminen ja se, että työntekijä on vaarassa alkaa tehdä liikaa potilaan puolesta ja

ottaa vastuuta enemmän pois häneltä itseltään. Haastateltava kuvaa, että työntekijän tulisi työskennellä tällaisesta yliauttamisesta pois.

Tärkeäksi seikaksi haastatteluista nousi esiin siis potilaan psyykkisen voinnin vaikutus tämän vastuunottokykyyn. Yksi haastateltava toi esiin näkemyksen, jonka mukaan työntekijän vastuu lisääntyy siinä kohdassa, kun potilaan psyykkinen vointi on heikompi, mutta lähtökohtaisesti vastuun tulisi aina olla potilaalla itsellään. Sama haastateltava koki roolinsa suhteessa potilaaseen olevan kanssakulkija, joten vastuun teema kytkeytyy myös tältä osin vuorovaikutussuhteen symmetrisyyden ja asymmetrisyyden jännitteeseen, eli tasavertaisuuden teemaan. Potilaan psyykkisen voinnin ollessa huonompi, ei suhteen tasavertaisuus ja kanssakulkijana toimiminen voi luonnollisestikaan täysin toteutua.

4.1.4 Näkemykset: näkökulmaerot – yhteisymmärrys

Neljäs teema, joka haastatteluiden analyysissä nousi esiin, on työntekijöiden ja potilaiden näkemykset hoitoa ja vuorovaikutussuhdetta kohtaan. Näkemykset saattavat haastateltavien mukaan erota ajoittain paljonkin ja tällöin suhteeseen syntyy jännitettä. Haastatteluista nousi esiin, että ristiriitatilanteita syntyy vastaanotoilla, mutta pääsääntöisesti työntekijät selviytyvät niistä hyvin keskustelun avulla. Ristiriitatilanteita syntyy haastateltavien mukaan eniten niissä tilanteissa, kun työntekijän ja potilaan näkemykset hoidon linjauksista eroavat. Käsittelen tätä jännitettä näkökulmaerojen ja yhteisymmärryksen käsitteillä. Seuraavassa esimerkissä haastateltava kuvaa yhteistyöhön pyrkimistä potilaiden kanssa, mutta kertoo näkökulmaeroja syntyvän esimerkiksi potilaiden sairautentunnotuuden vuoksi.

T9: No tavotehan tietenkin on että pystyttäs tekemään yhteistyössä sitä työtä mutta oisko se niin että potilaat odottaa samaa että myös se heidän näkemys kuullaan eihän ne aina kohtaa.

H: Millon ne ei kohtaa?

T9: No ehkä siinä tapauksessa sitte jos ne näkemykset eroaa siitä mikä hoidon suhteen olisi järkevää että joskushan me voidaan suositella jotaki mitä potilas sitte mahdollisesti voi vastustaa tai ei nää sitä omaa parastaan on sairautentunnoton.

Työntekijän antaessa omaa näkökulmaansa potilaan tilanteeseen tai valintoihin, saattaa haastateltavien kertomana tapahtua loukkaantumista potilaiden taholta. Osin tähän saattoi haastateltavien mukaan vaikuttaa myös aiemmassa haastateltavan kuvauksessa esiin tullut

potilaiden sairautentunnettomuus. Melkein puolet haastateltavista siis ajatteli ristiriitatilanteita syntyvän silloin, kun työntekijä ehdotti uusia näkökulmia tai ratkaisuja ja potilas ei näitä syystä tai toisesta hyväksynyt. Osa työntekijöistä näki, että potilaat eivät halunneet katsoa asioista muusta kuin omasta näkökulmastaan tai eivät sairautensa vuoksi siihen kyenneet. Seuraavassa esimerkissä haastateltava kuvaa ristiriitatilanteen syntymistä silloin, kun potilas on työntekijän kanssa eri mieltä, eikä halua ottaa vastaan työntekijän näkemyksiä.

T7: Ristiriitatilanteita no se on varmaan silleen et jotenki niinku ehkä se on niinku isoimpana mikä että nyt tässä tilanteessa tänä päivänä tulee mieleen et ihmiset ehkä tuleen hakeen apua ni sit saattaa ite niinkun jonkun näkösesti et lipsahtaa tai mites se nyt onkaan silleen et potilaat niinku vaistoo tai näkee tai kuulee et on eri mieltä asioista et niin varmaan se et sä oot eri mieltä asioista silleen et potilaat tulee hakemaan apua ja hoitoo ja sitte tavallaan ei kuitenkaan haluta ei halutakaan tehdä niille asioille yhtään mitään ni varmaan semmoses kohtaa ainakin mä uskoisin et potilaat jotka käy mun vastaanotolla niin siinä kohdataa semmosii ristiriitasia asioita et toki niinku viime kädessä se on potilaitten oma päätös mut et se ehkä tuo ristiriitoja siihen että ite on niinku toista mieltä ja yrittää saada niinkun avata sen toisen silmiä ja ne ei haluakaan avautua.

Kaiken kaikkiaan haastatteluista nousi esiin työntekijöiden pyrkimys saavuttaa yhteistä ymmärrystä potilaan tilanteesta ja hoidosta ja sitä kautta edistää tämän toipumista. Yksi haastateltavista kertoi pyrkivänsä vaikeidenkin tilanteiden keskellä tarjoamaan yhteistyötä potilaalle eli toimimaan itse sillä tavalla, että yhteisymmärrys on saavutettavissa. Toisaalta työntekijät joutuvat ammattirooliensa perusteella ottamaan huomioon ja esittämään näkökantojaan esimerkiksi potilaiden lääkityksiin ja hoitosuunnitelmiin liittyviin asioihin ja tällöin näkökulmaeroja saattaa syntyä. Työntekijät joutuvat siis tasapainottelemaan erilaisten näkökantojen antamisen ja toisaalta yhteisymmärryksen saavuttamisen välillä.

Työntekijän ja potilaan välisissä näkökulmaeroissa kulminoituvat sekä toimijuuden että tasavertaisuuden jännitteisiin liittyvät asiat. Nämä jännitteet saattavat näyttäytyä vastaanotoilla ristiriitatilanteina, mikä onkin jännitteille ajoittain ominaista. Muutama haastateltava kuvasi tilannetta niin, että potilas kokee vastuuttamisen käskyttämisenä ja ohjailuna, vaikka työntekijän tarkoitus on nimenomaan ollut herättää potilaassa toimijuutta. Näkökulmaerojen sekä toimijuuden ja passiivisuuden jännitteen välillä on myös yhteys, koska ristiriitatilanteita aiheutuu haastateltavien mukaan nimenomaan silloin, kun potilas ei toimikaan työntekijän mielestä toivotulla tavalla hoidon suhteen. Tällöin työntekijän näkökulmasta potilas saattaa vaikuttaa passiiviselta.

Ristiriitatilanteet olivat johtaneet muutaman haastateltavan mukaan myös työntekijän turvallisuutta uhkaaviin tilanteisiin. Tällaiset tilanteet olivat haastateltavien mukaan kuitenkin harvinaisempia,

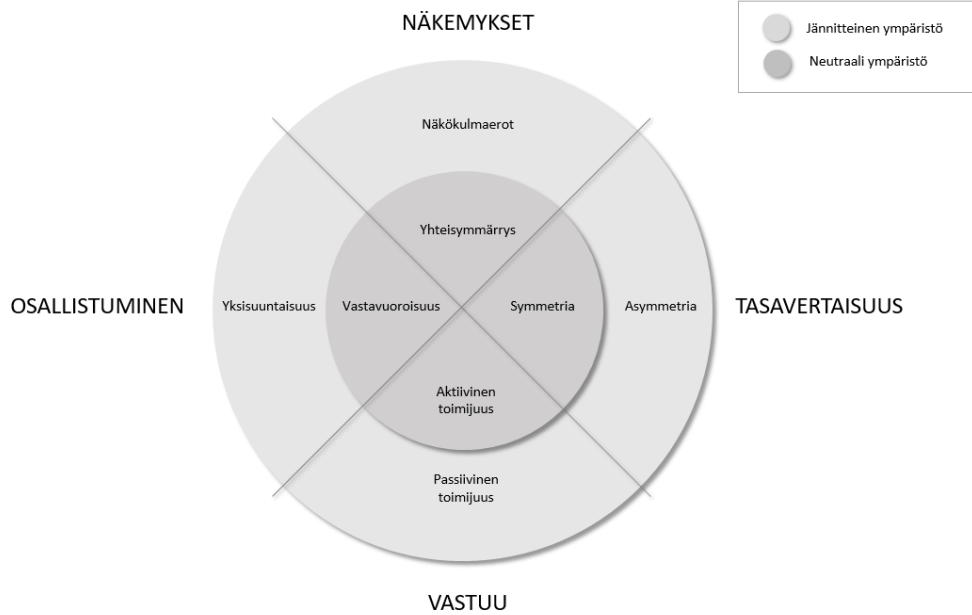
koska tilanteet ovat yleensä hoidettavissa keskustelun keinoin ennen niiden eskaloitumista uhkaaviksi. Uhkaaviksi koetut ristiriitatilanteet olivat kuitenkin niitä kokeneille työntekijöille tunteita herättäviä ja niistä oli tarpeellista keskustella jälkikäteen esimerkiksi kollegojen kanssa tai työnohjauksessa.

Näkökulmaerojen ja yhteisymmärryksen välisen jännitteen teemaan kuuluvat kiinteästi myös työntekijöiden oma tunteidensäätely ja omat tunnetilat vastaanotoilla. Näihin teemoihin paneudutaan syvemmin toisen ja kolmannen tutkimuskysymyksen kohdalla.

4.2 Jänniteparien yhteys vuorovaikutussuhteessa

Jänniteparit linkittyvät toisiinsa vuorovaikutussuhteissa. Kun vuorovaikutussuhteessa on passiivisuutta esimerkiksi potilaan ollessa puhumaton, myöskään suhteen tasavertaisuus ei voi toteutua työntekijöiden toivomalla tavalla. Vuorovaikutussuhteen vastavuoroisuus on myös uhattuna tilanteessa, jossa toinen osapuoli ei tuota suhteeseen hoitoa edistävää puhetta tai vetäytyy. Luonnollisesti näistä seuraa vaikutuksia myös yhteisymmärrykseen pyrkimiseen eli syntyy tilanne, jossa työntekijä ja potilas eivät voi saavuttaa toivotun kaltaista yhteisymmärrystä hoitoa ja kokonaistilannetta koskevista asioista. Vaihtoehtoisesti esimerkiksi tasavertaisuuden ollessa syystä tai toisesta uhattuna hoidossa, saattaa potilaan toimijuus kärsiä ja näkökulmaerot kasvaa. Vastavuoroisuus kärsii myös kyseisessä tilanteessa.

Haastateltavien puheessa nousi esiin pyrkimykset saavuttaa vuorovaikutussuhteessa yhteisymmärrystä, kasvattaa toimijuutta, synnyttää vastavuoroisuutta ja lisätä tasavertaisuutta. Seuraavassa kuviossa on havainnollistettuna jännitteet työntekijän ja potilaan vuorovaikutussuhteessa. Kuvion keskiössä on kuvattuna haastateltavien edellä mainitut ideaalit pyrkimykset vuorovaikutussuhteessa ja kuvion ulkoreunoille liikuttaessa jännitettä kasvattavat ilmiöt.



KUVIO 1. Jänniteympäristöt vuorovaikutussuhteessa.

Jännitteet siis kasvavat, mitä kauemmaksi yhteisymmärryksestä, vastavuoroisuudesta, symmetriasta ja aktiivisesta toimijuudesta liikutaan vuorovaikutussuhteessa. Kuviossa esiintyvät jänniteympäristöt ovat tarkkarajaisia, mutta tosiasiallisesti työntekijän ja potilaan vuorovaikutussuhteissa jännitteet liikkuvat ja vaihtavat paikkaa jatkuvasti. Jännitteet siis muuttuvat ja esiintyvät ajoittain samanaikaisesti.

4.3 Työntekijöiden antamat merkitykset jännitteille

Tutkittaessa haastateltavien jännitteille antamia merkityksiä selvisi, että kaiken kaikkiaan työntekijät pyrkivät vuorovaikutussuhteessaan potilaaseen luomaan yhteisymmärrystä ja ymmärrystä potilaan tilannetta ja sairautta kohtaan. Tämä tulee näkyväksi esimerkiksi tilanteissa, joissa työntekijän ja potilaan välillä on näkökulmaeroja, potilas toimii passiivisesti hoitonsa suhteen tai vuorovaikutus on hyvin yksisuuntaista. Jännitteisissäkin tilanteissa haastateltavat kertoivat pyrkivänsä synnyttämään luottamusta vuorovaikutussuhteeseen, ymmärtämään potilaan kokemusmaailmaa, sekä luomaan avointa keskusteluilmapiiriä. Muun muassa näiden pyrkimysten avulla haastateltavien tarkoituksena on saavuttaa kokonaisvaltaista yhteisymmärrystä vuorovaikutussuhteessa. Haastatteluista nousi esiin muutama laajempi ilmiö, jotka liittyvät

jännitteiden vaikuttavuuteen ja siihen, miten työntekijät niihin suhtautuvat. Nämä ovat työntekijöiden tunteidensäätelyyn sekä ammatillisen etäisyyden säatelemiseen liittyvät kysymykset.

4.3.1 Työntekijöiden tunnetilat

Työntekijöiden kokemiin tunnetiloihin jännitteisissä vuorovaikutustilanteissa liittyi oleellisesti potilaiden ja heidän tunteidensa kunnioittaminen sekä ammatillisen etäisyyden säilyttäminen hankalistakin tunteista huolimatta. Työntekijät selviävät jännitteisistä vuorovaikutustilanteista parhaiten pyrkimällä vastavuoroiseen keskusteluyhteyteen potilaiden kanssa. Käytännössä usein näin tapahtuukin eli tilanteet, joissa jännitteet ovat läsnä, eivät kärjisty vakaviksi ristiriitatilanteiksi, vaikka ajoittain sellaisiakin poliklinikkatyössä esiintyy. Jännitteet kuitenkin luonnollisesti vaikuttavat työntekijöihin ja vuorovaikutussuhteisiin. Tärkeäksi teemaksi haastatteluaineistosta nousi se, miten työntekijöiden omat tunnetilat vaikuttavat vuorovaikutussuhteisiin ja vastaanottojen kulkuun poliklinikalla. Usea haastateltava tunnisti tunteiden suuren merkityksen sekä omaan ammatilliseen työskentelyynsä että potilaan tunnetiloihin vastaamisessa. Haastateltavat puhuivat esimerkiksi vastatunteiden olemassaolosta vuorovaikutussuhteessa sekä omien tunteidensa sivuuttamisesta esimerkiksi näkökulmaerotilanteissa tai potilaan toimiessa passiivisena toimijana.

T4: Joo, musta tuntuu että mun ei auta odottaa hirveen paljon vaan odottaa ehkä itseltäni että mä itse jaksan olla kuuntelevalla ja neutraalilla ystävällisellä aina ystävällisellä ja vaikeittenkin ihmisten vaikeittenkin tilanteitten kohdalla tarjota silti niinku vähän sivuttaa omat tunteet ja tämmöset niinku tarjota sitä yhteistyötä ja halua kanssakäymiseen.

Haastateltavat siis kuvasivat tuntevansa hankaliakin tunteita, kuten ärsyyntymistä, turhautumista, hämmennystä ja epäonnistumisen kokemuksia, mutta pyrkivät sivuuttamaan ne potilaan läsnä ollessa. Osa haastateltavista kuvasi ilmiötä tunteiden säatelemisellä ja osa tunnereaktion säatelemisellä. Tunnereaktion säatelemisellä voidaan ajatella tarkoitettavan nimenomaan potilaalle näkyvän tunteen säätelyä, kun taas tunteidensäätelyllä sitä, mitä ajatuksia ja tunteita työntekijällä sisäisesti herää. Ärsyyntymistä kuvattiin monissa haastatteluissa esimerkiksi tilanteissa, joissa potilas etenee hyvin hitaasti puheessaan tai puhuu työntekijän näkökulmasta katsottuna hoidolle merkityksettömistä asioista. Ärsyyntyminen saattoi siis liittyä ikään kuin ulkoisiin tekijöihin, kuten ”junnaavaan” puhetyyliin tai puhumattomuuteen, tai vaihtoehtoisesti se liittyi puheen sisältöihin. Näitä olivat muutamien haastateltavan mukaan esimerkiksi aiheen liittymättömyys hoidon kannalta

merkityksellisiin asioihin tai potilaan tyytymättömyyttä työntekijästä riippumattomiin asioihin, kuten esimerkiksi yhteiskunnassa esiintyviin epäoikeudenmukaisuuksiin.

Toisaalta osa haastateltavista kuvasi pikemminkin tutkiskelevansa aktiivisesti vastaanotolla herääviä tunteitaan, kun potilas itse esimerkiksi ei näytä tunteitaan puhuessaan hyvin vaikeista asioista. Tässä yhteydessä yksi haastateltava kertoi osoittavansa enemmän tunteita vastaanotolla silloin, kun huomaa, ettei potilas niin tee. Tällä haastateltava kertoi yrittävänsä antaa potilaalle kosketuksen tunteisiin, joita hän ei välttämättä kykene näyttämään. Toinen haastateltava puhui vastatunteen heräämisestä itsessään silloin, kun potilaasta välittyy vastaanotolla ”jäykkyys tai kireys”. Haastateltava siis tunnisti itsessään tuolloin heräävän samanlaisia tunteita. Toinen haastateltava puhui samasta ilmiöstä ja kertoi pohtivansa paljon, mistä mikäkin hänen vastaanotolla kokemansa tunne kertoo. Hän kertoi antavansa suurta informaatioarvoa tunteilleen esimerkiksi haastavammassa vuorovaikutustilanteessa. Työntekijän itsessään heräämiä tunteita käytettiin siis hyödyksi vuorovaikutussuhteen ylläpitämisessä ja sen tutkimisessa.

T2: Kyllä siinä niinkun monenlaisia tunteita siellä mielen sisällä herää ja et se tuota ettei se välttämättä ulospäin näy että se että sitä tota tietysti sitte siinä tilanteessa se haaste itselle on miettiä että mistä tämä kertoo että nyt näin reagoin että sillä on joskus sellanen suuri informaatioarvo arvo sitten siinä ihan yllättäen tai että sillä voi ymmärtää sitä potilaan tilannetta että mistä se mistä se kertoo et ne niinkun omat tunnereaktiot tavallaan täydentää tai antaa semmosta lisäinformaatiota siitä että kuinka painaiseksi sitten niinkun potilas voi kokea sen tilanteen tai jotenkin antaa siitä sitten kuvaa että mitä hän odottaa mitä hän vaatii mikä on nyt se tiukka paikka tässä molemminpuolin...

Myös potilaan aktiivinen toimijuus saattoi ajoittain herättää ärsyntyä, jos potilas oli hoidossaan menossa työntekijän näkemyksen mukaan vahingolliseen suuntaan, kuten seuraava esimerkki antaa olettaa.

T11: Mul on hankaluuksia joskus säilyttää sellanen jos omat tunteet tulee tulee semmosia negatiivisia tunteita tai potilas herättää omilla niinku valinnoilla tai ajatuksillaan jotain niinku ärtyä et se tekee niinku mun mielestä tyhmiä ratkasuja tai on menossa, ei tee jotain semmosta mitä mä näkisin et sen terveyttä edistäis niin jos itse turhautuu tai ärsyyntyy niin silloin musta on vaikeeta yrittää säilyttää se niinku neutraali koska neutraali ja semmonen tietyllä tavalla se että se on sen potilaan oma elämä ja mun ei tule siihen puuttua ohjailemalla tai laittamalla sille jotain tavoitteita mitä se ei ite piä tärkeinä.

Ärsyntyä aiheuttivat siis sekä osallistumiseen että näkökulmaeroihin liittyvät teemat. Usea haastateltava pohti myös omaa osallisuuttaan ristiriitatilanteissa ja kertoi miettivänsä jälkikäteen, olisiko voinut sanoa jotakin toisin tai toimia eri tavalla, jotta ristiriitatilanteelta olisi välttytty. Muutenkin näkemykset haastavammista vuorovaikutustilanteista vaihtelivat sen mukaan, mitä

työntekijät tunsivat ollessaan vastaanotolla potilaan kanssa ja toisaalta, miltä tilanteet tuntuivat vastaanottojen jälkeen. Koska haastateltavat kertoivat säätelevänsä tunteitaan tai tunnereaktioitaan ollessaan vastaanotolla potilaan kanssa, saattoivat he käsitellä ja purkaa tunteitaan vasta vastaanoton jälkeen, esimerkiksi tilanteessa, jossa potilas oli loukkaantunut työntekijän tuomasta uudesta näkökulmasta tai vuorovaikutussuhteen yksisuuntaisuuden ollessa kyseessä. Kollegat, oma työryhmä ja työnohjaus toimivat areenoina purkaa omia turhautumisen, ärsyyntyneisyyden tai surun tunteita.

Yksi haastateltavista kertoi tunnereaktioidensa olevan voimakkaampia vastaanottojen ulkopuolella sen vuoksi, että konfliktin tapahtuessa vastaanotolla hän pyrkii etäännyttämään todelliset ja syvimmat tunteensa ja keskittyy sen sijaan potilaan tunteisiin ja ”kannattelemaan” niitä. Toinen haastateltava kuvasi seuraavanlaisesti fyysisiä tunnetilojaan vaikeimpien ristiriitatilanteiden jälkeen.

T2: No tota kyllä ne välillä on niinku vaikeimmillaan niin on se kyllä sellasta väntöä että sitten on kyllä niinkun vastaanoton jälkeen niinkun tuntuu että on oikein painimatsissa ollu tai saunonu niinkun niin että ei enää mutta että kyllä sitten niinku siinä että ne nyt on onneks on vaan se tunti joskus tai vajaa tai venähtää että sitä pystyy annostelevaan tällä tavalla että sitä ei niinkun jatku et kaikki tilanteet ei oo läkähdyttäviä mutta että kyllä raskaimmillaan niin kyllä ne on sitä että ihan fyysinen niinku kyllä olo että olipas tässä nyt matsi (naurahten).

Muutama haastateltava toi esiin myös oman vireystilan vaikutuksen siihen, kuinka hyvin vuorovaikutussuhteessa päästään yhteisymmärrykseen. Haastateltavat kertoivat muun muassa stressin, oman elämäntilanteen ja elämäkokemuksen vaikuttavan siihen, kuinka hyvin potilaan kanssa pääsee vastavuoroiseen vuorovaikutukseen. Yksi haastateltavista pohti tietynlaisen ”syväluotaavuuden” ja myötätunnon tuntemisen kärsivän keskustelussa, jos työntekijällä itsellään on kireyttä tai ahdistusta. Hän liitti ilmiön myös vastuuteemaan siten, että työntekijän ollessa kireä tai ahdistunut vastaanotolla, antaa hän potilaalle tällöin entistä enemmän vastuuta tapaamisen kulusta ja sisällöistä.

Usea haastateltava käytti puheessaan neutralisoinnin käsitettä puhuessaan jänniteteemoihin liittyvistä asioista. Haastateltavat kertoivat pyrkivänsä ”neutralisoimaan” vuorovaikutustilanteita ja tarjoamaan potilaille neutraalia suhtautumista ja neutraalia asioiden tutkimista potilaan kanssa. Tulkitseen tämän niin, että vuorovaikutussuhteet potilaiden kanssa jännitteineen synnyttävät työntekijöissä erilaisia tunteita, mutta tunteita pyritään olla näyttämättä potilaalle, jotta potilaiden asiat ja tilanteet säilyvät suhteen keskiössä ja tarkastelunkohteena.

Yksi haastateltava toi esiin myös kunnioituksen suhteessa potilaaseen ja pohti, että esimerkiksi näkökulmaeroista huolimatta työntekijän ei tule väheksyä tai mitätöidä potilaan kokemuksia ja näkökulmia, koska ne muotoutuvat potilaan historian mukaan ja ovat tälle todellisia. Tunteiden näyttämisen teemaan liitettiin haastatteluissa myös ammatillisuus. Osa haastateltavista koki, että ammatillisuuteen ei kuulu omien tunteiden näyttäminen, kun taas osa toi esille niiden näyttämisen tärkeyttä esimerkiksi tilanteessa, jossa potilas ei itse kykene näyttämään tunteitaan.

4.3.2 Ammatillisen etäisyyden säilyttäminen potilaaseen

Toinen teema, joka haastatteluista tuli esiin liittyen jännitteille annettaviin merkityksiin, oli työntekijöiden ammatillisen etäisyyden sääteleminen suhteessa potilaaseen. Usea haastateltava kuvasi tätä ilmiötä käsitteellä ulkoistaminen. Sisällöllisesti ulkoistamisesta puhuttaessa haastateltavat puhuivat kuitenkin myös etäisyyden säilyttämisestä ja säätelystä potilaaseen. Tämä tuli näkyväksi esimerkiksi seuraavassa tunteidensäätelyyn liittyvässä esimerkissä, jossa haastateltava vertailee tunnereaktioitaan puhuessaan joko potilaiden tai omien läheisten kanssa.

T6: ...jotenki sitte kuitenkin vaikka oiski pidempi hoitosuhde ni se on kuitenkin ettei oo kyse mistään omasta läheisestä et sen pystyy niinku jotenki jotenki niinku ulkoistamaan niinku rajaamaan sen että ei niinku liikaa sitte liikutu ja se on kuitenkin tärkeä tässä työssä että ei ihan vuolaasti ala vollottamaan toisinku tekis sitte ehkä jonku oman läheisen kanssa.

Usea haastateltava kuvasi etäisyyden säilyttämistä potilaaseen nimenomaan sen kautta, että vaikka potilas tekisi työntekijän näkökulmasta vahingollisia ratkaisuja ja näkökulmaeroja syntyisi työntekijän ja potilaan välille, on potilaalla loppujen lopuksi oikeus päättää omista asioistaan. Ilmiö liittyy siis potilaan aktiiviseen toimijuuteen ja työntekijän kunnioitukseen potilaan omaa tahtoa ja valintoja kohtaan. Yksi haastateltavista muistutti, että potilaalla on oikeus tehdä omia ratkaisujaan, koska kyseessä on potilaan oma elämä. Kyseinen haastateltava kuvasi etäännyttävänsä loukkaantumisen kokemuksia pois itsestään tämän ajatuksen avulla ja tällä tavalla kykenevänsä säilyttämään potilaisiin ammatillisen etäisyyden. Haastateltava puhui samassa yhteydessä myös sen hyväksymisestä, että joskus potilaiden hoidossa asiat eivät suju odotetulla tavalla ja työntekijän tulee vain hyväksyä tämä. Usea muukin haastateltava puhui jänniteteemojen yhteydessä hyväksynnästä ja siitä, että erilaiset vuorovaikutustilanteet ja potilaiden negatiivisetkin tunteet tulee ottaa vastaan ennemmin kuin ryhtyä vastakkainasetteluun potilaiden kanssa. Seuraavassa

esimerkissä haastateltava puhuu kuvitteellisesta tilanteesta, jossa näkökulmaeroja syntyy lääkityksenkäyttöön liittyen.

T11: Noo ettei ainakaan rupee väittelemään missään nimessä eikä inttämään eikä asettumaan tavallaan niinku kauheesti eri jotenki semmoseen vastakkainasetteluun vaan ennemmin mä ajattelisin et se semmonen et yrittäs kysellä että ja et minkä takia hän et semmonen kyselevä ja kuunteleva ja ehkä myös salliva että ja sit kyl mä sanon että hänellä on myös oikeus et korostan tai en korosta mutta muistutan että hän on ite vastuussa siitä asiasta ja hän tekee päätökset ite mut et mä annan niinku tän sairaanhoitajan kannanoton siihen hänen tilanteeseensa.

Hyväksynnän teemaan kuuluu myös yhden haastateltavan pohdinta siitä, että kaikkia potilaita ei voi miellyttää ja työntekijän tulee hyväksyä tämäkin osaksi työtään. Hyväksyntä tuli esille myös muutaman haastateltavan kertomana tilanteissa, jotka liittyivät osallistumisen teemaan. Haastateltavien mukaan he yrittävät työntekijöinä hyväksyä vastaanotoilla myös hiljaisuuden, jos potilaiden on hankala puhua jostakin tietystä aiheesta tai hänen sairauteensa liittyy hankaluudet osallistua keskusteluun.

Haastatteluissa nousi usein esille myös tunteiden vastaanottaminen, mikä liittyy esimerkiksi tilanteisiin, joissa potilas tuo työntekijälle esiin loukkaantumisen tai tyytymättömyyden kokemuksiaan. Usea haastateltava piti tällöin tärkeänä sitä, että potilas tulee kuulluksi myös näissä tilanteissa. Työntekijöillä on siis jännitteisissä tilanteissa pyrkimys antaa potilaalle tunne kuulluksi ja ymmärretyksi tulemisesta. Haastateltavat korostivat myös avoimuutta esimerkiksi tilanteissa, joissa näkökulmaeroja on syntynyt ja potilas on loukkaantunut. Usea haastateltava kertoi pyrkivänsä ottamaan asian avoimesti potilaiden kanssa puheeksi ja pukevansa sanoiksi huomioitaan potilaan loukkaantumisesta. Seuraavassa alaluvussa käsitellään tarkemmin tapoja ja keinoja, joilla työntekijät suhtautuvat jännitteitä luoviin tilanteisiin.

4.4 Jännitteiden käsitteleminen vuorovaikutuksessa

Lähes kaikissa haastatteluissa tuli esiin työntekijöiden pyrkimys ottaa avoimesti puheeksi jänniteteemoihin liittyviä asioita potilaiden kanssa. Jänniteteemoista näkökulmaerot nousivat keskiöön, kun haastateltavat kuvasivat haastavampia vuorovaikutustilanteita vastaanotoilla. Haastateltavat kuvasivat viestintäänsä ja vuorovaikustaan myös muihin jänniteteemoihin liittyen, mutta useimmiten viestinnälliset keinot käsitellä jännitteitä tulivat selkeimmin puhutuksi näkökulmaerojen yhteydessä.

4.4.1 Sanoittaminen ja avoimuus

Jos vastaanotolla oli tapahtunut esimerkiksi loukkaantumista puolin tai toisin, tuli haastateltavien mukaan siitä aina puhua avoimesti. Haastateltavat käyttivät usein termiä ”sanoittaa” puhuessaan ristiriitatilanteista potilaiden kanssa. Haastateltavat siis oman kertomansa mukaan pyrkivät sanoittamaan ääneen vastaanotoilla tapahtuneita asioita ja havaintoja liittyen esimerkiksi näkökulmaeroihin tai tasavertaisuuden teemoihin. Tulkitsen sanoittamisen tässä yhteydessä siis työntekijän tavaksi puhua ääneen asioista, joita vuorovaikutussuhteessa huomaa tai tulkitsee tapahtuvan. Yksi haastateltavista kuvasi seuraavassa esimerkissä potilaan loukkaantumista liittyen näkökulmaerojen jännitteisiin.

T8:...jos potilaalle tulee semmonen olo et mä en oikein ymmärrä heitä että tota tai mahdollisesti tartun joskus niinku epäolennaiseen heidän mielestä ja sit joskus ihan semmosia että et kun tuo uusia näkökulmia ja semmosia ni he niinku jotenki möksähtää ja loukkaantuu siitä et he on että heppohan se on niinkun ulkopuolelta huudella tai ehkä vähän sen kaltasta ristiriitaa mut ei mitään kauheen isoja joo ja usein sitten niinku siinäkin kohtaa pyrin et se ristiriita selviäisi tai ainakin se aukipuhuttas ennenkun se tapaaminen päättyy.

Haastateltava kertoi myös sanovansa jo hoitosuhteen alussa potilaille, että ”tukee heitä tuomaan avoimesti vuorovaikutussuhteeseen loukkaantumiset tai mielenpahoitukset”, jotta niistä päästään puhumaan ja käsittelemään niitä. Kyseisen haastateltavan tavoin myös muut työntekijät kertoivat ottavansa avoimesti potilaiden kanssa esiin ja puheeksi esimerkiksi loukkaantumiset ja ristiriitatilanteet.

T8:...mut sitten enenevässä määrin mä oon yrittäny niinku puuttua niihin ja jotenki harjotella niitä ja sanottaa sitä että mitä siinä tapahtuu jos esimerkiksi potilas suuttuu mulle tai mulle tulee semmonen olo et hän jotenki loukkaantuu niin kyl mä aika avoimesti esitän sellasia kysymyksiä että loukkasinko ja ja lähtökohtaisesti mulla on se et kun mä alotan uuden potilaan kanssa ni mä käyn semmosen pienen pienen alustuksen siinä jossa mä niinku sanon et jos mä esitän kysymyksiä joihin he ei halua vastata ni heidän ei tarvi vastata ja he voi kieltäytyä jos mä kysyn jotain sellasta tai sanon jotain sellasta mikä heitä loukkaa tai pahottaa heidän mieltä ni tuen heitä ottamaan siihen meidän väliseen vuorovaikutukseen mukaan...

Seuraavassa esimerkissä haastateltava liitti potilaan loukkaantumiseen olettamallaan siitä, ettei hän itse työntekijänä kyennyt ilmaisemaan sanomaansa potilaalle tarkoittamallaan tavalla ja tästä syystä potilas loukkaantui. Toinen haastateltava kuvasi samaa ilmiötä ja piti erittäin tärkeänä sitä, että kykenisi itse työntekijänä ilmaisemaan itseään verbaalisesti selkeästi, jotta potilaat ymmärtäisivät tämän sanomisia tarkoituksenmukaisesti. Seuraava esimerkki antaa myös ymmärtää, että aina väärinymmärryksiä tai loukkaantumisia ei kuitenkaan saa selvitettyä ja ristiriita jää ikään kuin tunteen tasolle työntekijän mieleen ilman, että sitä on pystytty sanoittamaan tarkemmin.

T11: Joskus selviää huonommin ja joskus jää se tunne että nyt me ei kyl ymmärretty toisiamme et vaik mä yritän ottaa esille sen et tuliko tässä nyt jonkinlainen väärinymmärrys mutta mulle jää lopulta saattaa jäähää semmonen tunne et ei me kyl nyt saatu tähän semmosta niinku ymmärrystä et ikäänku mulle jää se tunne että joku tässä on niinku loukannu joko mun sanoissa tai sanavalinnoissa tai jossain että potilas on loukkaantunu siitä.

Tunnereaktioiden säätelyyn liittyen usea haastateltava toi esiin pyrkimyksiään säilyttää vuorovaikutuksensa asiallisena ja rauhallisena jännitteisissäkin tilanteissa. Rauhallisuuteen pyrittiin esimerkiksi äänen madaltamisella ja kiireettömän tunnelman luomisella. Yksi haastateltava kertoi jännitteisessä tilanteessa pyrkivänsä säilyttämään vuorovaikutuksessaan rentouden ja kiinnitti huomiota esimerkiksi siihen, ettei laita vastaanotolla käsiään nyrkkiin. Neutraaliuteen pyrkiminen nousi esiin myös usein, kun haastateltavat kuvasivat tunnepitoisempia vuorovaikutustilanteita. Toisaalta esimerkiksi tilanteissa, joissa työntekijän ja potilaan välille syntyi näkökulmaeroja liittyen potilaan hoitoon, kuvasi muutama haastateltava vuorovaikutuksensa muuttuvan jämäkämmäksi ja tiukemmaksi tai niukkasanaiseksi. Jämäkkyys näkyi esimerkiksi näkökulmaeroihin liittyen siinä, että työntekijä pyrki näkökulmaeroista huolimatta perustelemaan sekä selkiyttämään jämäkästi oman kantansa asiaan.

T2: ...siihen tulee semmosta nimenomaan siihen viestintään sitä että täytyy perustella ja et nimenomaan se asioiden perustelemisen tärkeys sitten että miksi miksi nyt näin ja että miltä tämä tilanne nyt tässä meidän mielestä niinkun näyttää sen pohjalta mitä ollaan kuultu niinku siitä tilanteesta ja et siinä sit niinku tää täytyy sillä tavalla sitten niinkun selvittää ja itselleen ne perustelut ja niinkun ja puhua selkiyttää kokoajan ja korjata sitten väärinkäsityksiä...

Omien sanomisten ja tekemisten perustelemisen tärkeys nousi usean haastateltavan kertomana. Perustelemisen avulla oli mahdollista välttää väärinymmärryksiä ja saada potilas ymmärtämään työntekijän näkökulma esimerkiksi ristiriitatilanteessa. Perustelemista piti haastateltavien mukaan tehdä potilaille useaan otteeseen samastakin asiasta, jotta sanoma varmasti menisi perille. Toistoa käytettiin siis myös välineenä saada oma sanoma sanottua perusteellisesti.

Yksi haastateltava kertoi pyrkivänsä rakentamaan luottamusta tilanteessa, jossa potilas oli mahdollisesti loukkaantunut. Haastateltava kertoi kiinnittävänsä tuolloin erityistä huomiota vuorovaikutuksessaan jatkuvuuden tunteen säilyttämiseen muistuttamalla potilasta seuraavasta tapaamisesta ja korostamalla odottavansa tämän saapumista tapaamiseen.

T8:...jos on niin et mulla on semmonen olo et potilas on loukkaantunu kun hän lähtee ni mä yritän omalla viestinnälläni enempi niinku panostaa siihen et tavataan ensi viikolla ja mä odotan sua tänne ja niinku tehostaa sitä että vaikka tuli möksähdys ni silti tilanne ja hoito jatkuu.

Kyseinen esimerkki liittyy myös jo aiemmin käsiteltyyn loukkaantumisen vastaanottamiseen, eli työntekijä ottaa vastaan potilaan loukkaantumisen kokemuksen, ei vähättele eikä arvostele sitä, vaan ottaa sen vastaan ja on siitä huolimatta valmis jatkamaan hoitosuhdetta.

Muutama haastateltava toi esiin myös puheen mukauttamisen keinona puhua potilaille heille sopivalla tavalla. Esimerkiksi vuorovaikutussuhteen symmetriaan liittyen yksi haastateltavista kuvasi pyrkivänsä olemaan korostamatta asiantuntijana toimimista välttämättä terveydenhuollon sanastoa.

T6...sellasen ymmärryksen oon tässä saanut et mahdollisimman selkeesti ja tämmösillä ymmärrettävillä sanoilla ja kielellä sitte kerrottas niistä asioista että vaikka nyt jos puhutaan sairaudesta niin ei käytetä hirveen semmosta hienoa kieltä että potilaat kyllä tykkää siitä että tota puhutaan silleen heidän kielellään ja että ei liikaa mitään lääkärisanastoa.

Sama haastateltava kuvasi havainnollistavansa myös esimerkein potilaille asioita, joita heidän saattaisi muutoin olla vaikea hahmottaa tai ymmärtää. Voidaan siis tulkita, että haastateltava pyrki asettumaan potilaiden kanssa symmetriseen vuorovaikutukseen ja vähentämään asiantuntijapuheesta kumpuavaa jännitettä. Toinen haastateltava toi esiin puheen mukauttamisen tarpeellisuutta myös sen vuoksi, että potilaiden kognitiivinen kyky hahmottaa asioita vaihtelee.

Kunnioitus potilailta kohtaan nousi siis myös jännitteiden käsittelemisessä tärkeään rooliin haastateltavien kuvauksissa. Avoimuuteen pyrkiminen ja sen osoittaminen potilaille, loukkaantumisen kokemuksen vastaanottaminen sekä omien sanomisten perustelemisen tärkeys korostuivat haastateltavien puheissa jännitteiden käsittelemiseen liittyen. Rauhallisuus sekä asioiden toistaminen useaan otteeseen auttoivat myös esimerkiksi tilanteessa, jossa potilaat olivat kokeneet loukkaantumista.

4.4.2 Luovat ratkaisut

Haastatteluaineistosta löytyi konkreettisia keinoja, joilla työntekijät pyrkivät käsittelemään ja hallitsemaan jännitteitä. Keinoja kuvattiin luoviksi ratkaisuisiksi, ja niitä olivat esimerkiksi

perheenjäsenen mukaanotto hoitoon silloin, kun potilas on puhumaton eikä hoito näin ollen etene. Haastateltava siis pyysi potilaan perheenjäsenen mukaan vastaanotolle ja sai hänen kauttaan tietoa potilaan tilanteesta ja pystyi saamaan selville hoidolle tärkeitä asioita kyseisen perheenjäsenen avulla. Toinen haastateltava kertoi ratkaisseensa yhteen aiheeseen jumiutuneen keskustelun aloittamalla potilaan kanssa niin kutsutun elämänkaarityöskentelyn, jolloin keskustelu oli vilkastunut ja aiheissa oli päästy eteenpäin.

T4: ...pääsimme parempaan vuorovaikutukseen kun ruvettiin keskustelemaan hänen elämänsä niinku historiasta elämänkaarityöskentelyä siinä tuli niinku paljon enemmän värejä ja siihen elämäkarttaan ja siihen elämänlankaan että siinä tuli sellasia niinku dialogia eri tavalla...

Luovia ratkaisuja käytettiin siis erityisesti vastavuoroisuuden ja yksisuuntaisuuden sekä aktiivisen toimijuuden ja passiivisen toimijuuden jännitteisiin liittyen. Yksi esimerkki luovasta ratkaisusta puhumattoman potilaan kanssa on kirjoittaminen, jonka yksi haastateltavista toi esiin keinona viedä keskustelua eteenpäin potilaan kanssa. Haastateltava siis pyysi potilasta, jonka oli hankalaa ilmaista itseään verbaalisesti, kirjoittamaan vastaanottojen välissä ylös aiheita tai kysymyksiä, joista haluaisi seuraavilla vastaanotoilla keskustella ja jotka mietityttävät.

Potilaan kuunteleminen ja kuuleminen nousivat usean haastateltavan kertomana tärkeiksi seikoiksi vuorovaikutussuhteiden vastavuoroisuuden luomisessa. Yksi haastateltavista toi esiin tärkeän seikan työntekijän vastuusta kiinnittää huomiota omaan kuuntelemiseen ja ennen kaikkea kuulemiseen eli siihen, että ”antaa potilaalle tilaisuuden sanoa olennaisin”. Kuuleminen siis erotettiin kuuntelemisesta siten, että kuulemisesta puhuttiin, kun tarkoituksena oli saada käsitys potilaiden sisäisestä kokemusmaailmasta ja ymmärtää kokonaisvaltaisemmin hänen sanomaansa.

Potilaan kuunteleminen ja kuuleminen liittyvät myös symmetrian ja asymmetrian jännitteen hallintaan, koska kuuntelemisen ja kuulemisen avulla työntekijän on mahdollista luoda tasavertainen asetelma vuorovaikutussuhteeseen, jossa potilaalla on tilaa puhua hänelle tärkeistä asioista ilman, että työntekijä ”asiantuntijana” määrittelee tapaamisten sisällöt. Asymmetrisyyden jännitettä pyrittiin vähentämään myös muun muassa olemalla vuorovaikutuksessa lämmin ja empaattinen.

Kaiken kaikkiaan jännitteet saivat haastateltavissa aikaan tunnereaktioita, mutta lähes kaikki haastateltavat pyrkivät olemaan näyttämättä näitä reaktioita potilaille. Usea haastateltava kuitenkin totesi eri yhteyksissä, etteivät työntekijät ole koneita vaan inhimillisiä olentoja, joiden vuorovaikutuksessa esimerkiksi turhautuminen saattaa näkyä. Haastateltavien oli luonnollisesti hankala arvioida omien tunnereaktioidensa näkymistä potilaille, mutta heidän arvioidensa mukaan suurin osa heistä onnistuu siinä melko hyvin.

5 POHDINTA

5.1 Johtopäätökset

Tutkielman tarkoituksena oli löytää työntekijöiden puheesta jännitteitä kuvaavia ilmiöitä ja tarkastella näitä psykiatrian kontekstissa. Tavoitteena oli myös kuvata, minkälaisia merkityksiä jännitteet työntekijöiden mielissä saavat, ja millaista työntekijän vuorovaikutus on, kun hän on jännitteisessä tilanteessa potilaan kanssa.

Ensimmäisen tutkimuskysymyksen tarkoituksena oli löytää työntekijöiden puheista jännitepareja liittyen vuorovaikutussuhteisiin potilaiden kanssa. Työntekijöiden puheesta oli erotettavissa neljä jänniteparia, niiden merkityksiä työntekijöille pystyttiin kuvaamaan ja osoittamaan, kuinka jännitteet vaikuttavat heidän vuorovaikutuksessaan sekä viestinnässään. Jännitteet olivat osittain samoja, joita professionaalista vuorovaikutussuhteista on jo aiemman tutkimuskirjallisuuden perusteella löydetty, mutta esimerkiksi vastuu-teeman esiin nostaminen toi uusia näkökulmia professionaalisten vuorovaikutussuhteiden tutkimiseen. Tämä näkökulma korostaa professionaalisten vuorovaikutussuhteiden molempien osapuolten vastuuta suhteesta ja hoidossa tapahtuvista asioista, sekä erityisesti potilaiden omaa osuutta toipumisestaan. Relationaalinen dialektiikka kytkeytyi tutkielmassa esiin tulleisiin tuloksiin muun muassa vastuu-teemaan liittyen, koska se nosti esiin vuorovaikutussuhteen molempien osapuolten tärkeyden ja tarpeellisuuden suhteelle ja sen kehittymiselle.

Tuloksissa esiin nousseet jänniteparit muodostivat relationaalisen dialektiikan teorian mukaisesti yhtenäiset vastapuolet (ks. Baxter & Montgomery 1996, 6–10). Työntekijän ja potilaan vuorovaikutussuhteissa on siis samanaikaisesti erotettavissa kaksi vastakohtaa, kuten vastavuoroisuus ja yksisuuntaisuus. Nämä kaksi elementtiä ovat läsnä työntekijän ja potilaan vuorovaikutussuhteessa samanaikaisesti sekä ovat toisistaan riippuvaisia ja yhteydessä toisiinsa. Tämä tuli näkyväksi tutkielman tuloksissa, kun tarkasteltiin esimerkiksi suhteessa vallitsevia näkemyksiä. Näkökulmaerojen kasvaessa työntekijän ja potilaan yhteisymmärrys väheni. Kun taas yhteisymmärrystä syntyi, pienenevät näkökulmaerot. Näkökulmaeroista päästiin kuitenkin usein yhteisymmärrykseen, joten nämä kaksi ilmiötä olivat vahvasti yhteydessä toisiinsa ja riippuvaisia toisistaan.

Vuorovaikutussuhteen symmetriaan liittyvät asiantuntijuuden kysymykset linkittyivät aiempaan tutkimuskirjallisuuteen esimerkiksi Mönkkösen (2007) tutkimuksissa. Mönkkösen esiintuomat haasteet asiantuntijakeskeisessä vuorovaikutuksessa tulivat tutkimustuloksissa ilmi työntekijöiden tasapainoiluna asiantuntijana toimimisen ja tasavertaisen keskustelukumppanina olemisen välillä. Haastatteluissa tuli ilmi myös asiantuntijakeskeiselle vuorovaikutukselle tyypillinen potilaiden odotus siitä, että työntekijät ratkovat heidän ongelmiaan ja toisaalta ainakin yhden haastateltavan kuvaus myös niin kutsutusta yliauttamisesta. Näiden osalta tutkimuskirjallisuus siis tuki tutkimustuloksia symmetrian ja asymmetrian jännitteen löytymisen osalta.

Tutkimustulokset seurasivat tutkimuskirjallisuutta myös ristiriitoihin ja päätöksentekoon liittyen. Tulosten mukaan vastuuteemaan liittyvät jännitteet koskivat nimenomaan esimerkiksi potilaiden päätöksentekoa ja valintoja. Aiemman tutkimuksen mukaan työntekijöiden on ajoittain haastavaa ennakoida potilaiden päätöksentekoa ja tämä aiheuttaa suhteeseen ristiriitoja (Bruera, Sweeney, Calder, Palmer & Benisch-Tolley, Dugganin & Thompsonin 2011, 420, mukaan). Tämän tutkielman tulosten osalta voidaan todeta samansuuntaisesti. Työntekijät toivat esiin ristiriitatilanteita, joissa potilaat toimivat heidän näkemyksensä mukaan hoidonvastaisesti ja tekivät haitallisia päätöksiä. Ristiriitatilanteissa liittyen päätöksentekoon työntekijät pyrkivät neuvottelemaan potilaiden kanssa saavuttaakseen yhteisymmärryksen tilanteesta ja päästäkseen konsensukseen. Duggan ja Thompson (2011, 420–421) toivat esiin aiemmassa tutkimuksessaan samankaltaisen tuloksen työntekijöiden tavasta neuvotella päätöksenteosta yhdessä potilaiden kanssa konsensuksen löytämiseksi.

Työntekijän ja potilaan asymmetriseen vuorovaikutussuhteeseen ja asiantuntijana toimimiseen liittynyt Lönnqvistin (2010, 37–38) esiintuoma uhka työntekijästä liian teoretisoivana tai yleistävänä toimiessaan asiantuntijana, näkyi myös tämän tutkielman tuloksissa. Jännite nähtiin siis syntyvän silloin, kun työntekijä osoitti asiantuntijuuttaan liikaa ja suhteen tasavertaisuus kärsi. Toisaalta työntekijöiden oletetaan toimivan rationaalisesti asiantuntijuutensa pohjalta, mutta samaan aikaan he saattavat näyttäytyä potilaille yleistävinä tai teoretisoivina. Tämän asetelman ja pelon myös työntekijät toivat esiin haastatteluissaan. Useimmilla heistä oli nimenomaan tavoitteena välttää kyseisen roolin ottamista ja pyrkiä yhteisymmärrykseen tasavertaisuuden kautta.

Baxter (1997) erottaa jännitteet kuuluviksi joko suhteen sisäisiin tai ulkoisiin jännitteisiin. Tämän tutkielman tuloksissa esiintyneet jännitteet voi suurimmaksi osaksi sijoittaa kuuluviksi suhteen

sisäisiin jännitteisiin. Esitellyssä tutkimuskirjallisuudessa siis jännitteet saattoivat olla joko suhteen sisäisiä tai ulkoisia. Tässä tutkielmassa ainoastaan vastuuteemaan liittyvä jännite potilaan passiivisesta tai aktiivisesta toimijuudesta ulottuu koskemaan lähinnä suhteen ulkoisia seikkoja. Kyseisen jännitteen voi katsoa suhteen ulkoiseksi sen vuoksi, että potilas harjoittaa juuri aktiivisuuttaan yleensä hoidon ulkopuolella. Esimerkiksi lääkityksenkäyttö, kuntouttavaan työtoimintaan osallistuminen tai muu hoitosuunnitelmassa yhdessä sovittu asia toteutetaan yleensä vastaanottojen ulkopuolella. Tämän vuoksi jännite sijaitsee myös suhteen ulkopuolella ja yksilöissä itsessään, kun taas muut jänniteparit sijaitsevat selkeämmin suhteen sisällä.

Herää kuitenkin kysymys, onko tämän tutkielman kannalta mielekästä erottaa jännitteiden sijaintia tarkasti? Mielestäni tässä tapauksessa jännitteiden sijainnilla ei ole suurta merkitystä, koska niiden sijainti vaihtelee ja muuttuu. Tärkeintä on myös mielestäni tuoda jännitteet ilmi ja tutkia niiden sisältöä enemmän kuin etsiä, mihin jännitteen sijainti paikantuu. Tässä tutkielmassa keskiössä on ollut työntekijän ja potilaan välinen vuorovaikutussuhde ja sen vuoksi ei mielestäni ole tarpeellista erottaa jännitteiden sijaintia. Jos näkökulmana olisivat esimerkiksi laajemmat verkostot tai yhteiskunnalliset vaikuttimet, voisi olla hedelmällistä tutkia myös, sijaitsevatko jännitteet suhteen sisällä vai ulkopuolella, jolloin niitä voisi tutkia syvällisemminkin useammasta näkökulmasta. Tutkielman laajuus huomioon ottaen tähän ei kuitenkaan ole ollut tarvetta tai mahdollisuutta. Kuten Baxter ja Montgomery (1996, 14–16) esittävät, vuorovaikutussuhteen osapuolet eivät aina koe jännitteitä samalla tavalla. Tämä tuokin rajoitteen tutkimustulosten yleistettävyyteen koskemaan myös potilaiden näkemyksiä. Jokainen ihmissuhde on myös ainutlaatuinen, niin myös työntekijän ja potilaan välinen vuorovaikutussuhde. Yhtäläisyyksiä suhteissa ja niissä esiintyvissä jännitteissä oli kuitenkin riittävästi, jotta tuloksia voidaan yleistää koskemaan isompaa joukkoa.

Toisen tutkimuskysymyksen tarkoituksena oli tutkia jännitteiden merkityksiä työntekijöille. Kaiken kaikkiaan tuloksista voidaan tehdä johtopäätös, että työntekijät pyrkivät vuorovaikutussuhteissaan potilaiden kanssa saavuttamaan yhteisymmärrystä ja pääsemään vastavuoroiseen ja tasavertaiseen keskusteluyhteyteen. Tärkeäksi seikaksi suhteissa koettiin myös potilaiden osallistuminen suhteen rakentamiseen ja ylläpitämiseen sekä jokaisen suhteen ainutlaatuisuus. Tulokset tukevat aiempaa viestinnän tutkimusta liittyen työntekijän ja potilaan suhteeseen, jossa potilas nähdään kumppanina enemmän kuin passiivisena hoidon vastaanottajana (Hassan, McCabe & Priebe 2007, 141, 150).

Psykiatrian konteksti tuli esille haastatteluissa siten, että työntekijöiden puheissa liittyen vuorovaikutussuhteisiin lähtökohtana oli aina potilaiden yksilöllinen tilanne sairauksiin ja oireistoihin liittyen. Jokainen vuorovaikutussuhde oli siis omanlaisensa ja siihen vaikutti huomattavasti potilaan sairauden sen hetkinen tilanne ja oireet. Jos työntekijät kuvasivat esimerkiksi puhumatonta potilasta, ottivat he aina huomioon sen mahdollisuuden, että sairaus vaikutti tilanteeseen ja aiheutti puhumattomuutta. Pyrkimys vuorovaikutussuhteissa on siis yhteisymmärrykseen, mutta jännitteet vaikuttivat yhteisymmärrykseen pääsemiseen ja aiheuttivat suhteisiin ajoittain haasteita. Sukula (2002, 13) esittää, että potilailla on subjektiivinen tarve tulla huomioiduiksi ja hoidetuiksi yksilöinä. Tämän tutkielman osalta voidaan todeta, että työntekijöillä on Sukulan tutkimuksen suhteen samansuuntaiset pyrkimykset ja tavoitteet potilaiden hoitamiseen ja huomioimiseen yksilöinä.

Työntekijöiden jännitteille antamat merkitykset liittyivät myös yhteisymmärryksen luomiseen suhteissa. Jännitteisissäkin tilanteissa lähtökohtana on se, että asiallinen keskusteluyhteys säilyisi ja keskustelussa päästäisi vastavuoroisuuteen. Vaikka työntekijöillä nousi jännitteisiin liittyen voimakkaitakin tunteita, kuten ärsyyntymistä ja turhautumista, pyrkivät he olemaan näyttämättä niitä potilaille ja pitämään huomion potilaassa ja tämän tunnetiloissa. Toisaalta osa työntekijöistä myös hyödynsi tunteitansa ja käytti niitä hyväkseen vuorovaikutussuhteen havainnoimisessa. Vuorovaikutussuhde on siis tutkielman tulosten mukaan myös työn tekemisen paikka kuten aiempi professionaalisten vuorovaikutussuhteiden tutkimus esittää (ks. Rauste-von Wright & von Wright 2003; Julkunen 2008, Gerlanderin & Isotaluksen 2010, 6, mukaan).

Neutralisoimisen käsite nousi merkityksellistämään tapaa, jolla työntekijät mieltävät jännitteiset tilanteet. Ne siis synnyttivät heissä voimakkaitakin tunteita, mutta ne pyrittiin sivuuttamaan ja tarjoamaan neutraalia keskusteluympäristöä potilaille. Ammatillisen etäisyyden säatelemisellä työntekijät myös pyrkivät etäännyttämään esimerkiksi näkökulmaeroihin liittyvät haasteet kauemmas itsestään sekä hyväksymään ne suhteisiin kuuluviksi asioiksi. Tärkeäksi tulokseksi jännitteisiin liittyen nousi myös työntekijöiden näkemys potilaiden oikeudesta tulla kuulluiksi ja hyväksytyiksi jännitteisistä tilanteista huolimatta. He siis kokivat, että avoimuuden säilyttäminen vuorovaikutussuhteissa on erittäin tärkeää siitäkin huolimatta, että näkemykset potilaiden kanssa eivät aina kohtaa ja ristiriitoja syntyy.

Kolmannen tutkimuskysymyksen tarkoituksena oli selvittää, minkälaisia viestinnällisiä tekoja ja minkälaista vuorovaikutusta suhteessa ilmenee jännitteiden osalta. Jännitteiden käsitteleminen työntekijöiden vuorovaikutuksessa ja viestinnässä näkyi ennen kaikkea avoimuutena. Esimerkiksi työntekijän ja potilaan näkemysten erotessa toisistaan tai työntekijän tulkinnan mukaan potilaan loukkaannuttua, ottivat työntekijät havaintonsa avoimesti puheeksi vuorovaikutussuhteissa. Työntekijät kuvasivat asioiden tuomista esille ääneen sanoittamisen käsitteellä. Jännitteisissäkin tilanteissa työntekijät kertoivat pyrkivänsä viestinnässään rauhalliseen ja asialliseen vuorovaikutukseen säätelämällä tunnereaktioitaan. Bonnin (2014, 149) kuvaama sosiaalisen välimatkan vähentäminen puhetta mukauttamalla tuli esille myös tämän tutkielman tuloksissa. Työntekijät toivat esiin pyrkimyksiään mukauttaa puhettaan kullekin potilaalle ja tilanteelle sopivaksi päästäkseen tasavertaiseen ja potilaan aktiivista toimijuutta korostavaan vuorovaikutukseen.

Korjaamista käytettiin myös väärinkäsitysten ja väärinymmärrysten selvittämiseen. Työntekijät siis pyrkivät avoimesti korjaamaan ja uudelleenperustelevaan tarkoittamiaan asioita, jos huomasivat potilaissa esimerkiksi loukkaantumisen merkkejä. Korjaamisen käsitteen esiin nouseminen tämän tutkielman tuloksissa tuki aiempaa psykiatrien ja potilaiden välistä vuorovaikutussuhteiden tutkimusta. Themistocleous kumppaneineen (2009, 174) toivat esiin tutkimuksessaan työntekijöiden tapaa käyttää korjaamista puheissaan pyrkimyksenä saavuttaa vuorovaikutussuhteissa yhteisymmärrystä.

Kolmannen tutkimuskysymyksen tuloksiin kytkeytyi relationaalisen dialektiikan teoria erityisesti käytännön osalta. Käytännöllä tarkoitetaan olettaa siitä, että ihmiset ovat sekä toimijoita että kohteita omissa viestinnällisissä teoissaan (Rawlins 2009, 8). Korjaamisen eli vuorovaikutussuhteessa ilmenneiden väärinkäsitysten ja väärinymmärrysten selvittämisen voidaan ymmärtää olevan nimenomaan työntekijän reagoimista omille viestinnällisille teoilleen. Työntekijä on siis sekä aktiivinen toimija että kohde, joka ottaa vastaan potilaan reagoiteja puheilleen ja teoilleen. Työntekijät myös tekevät vuorovaikutussuhteissa viestinnällisiä valintojaan ja niistä syntyvät suhteessa esiintyvät vastakohtaisuudet ja jänniteparit. Tähän liittyi esimerkiksi työntekijöiden pohdinnat ristiriitatilanteiden jälkeen siitä, olisivatko he voineet sanoa tai tehdä jotain toisin, jotta tilanteelta olisi vältytty.

5.2 Tutkielman arviointi

Tutkielman tuloksia voisi soveltaa esimerkiksi koulutuksellisessa mielessä. Psykiatrian alalle suuntautuvat opiskelijat saattaisivat hyötyä tutkielman tuloksista ollessaan kiinnostuneita työntekijän ja potilaan välisestä vuorovaikutussuhteesta sekä hoitosuhteista yleisesti. Tutkielman tulokset tuovat lisätietoa myös jännitteiden tutkimiseen terveydenhuollossa ja erityisesti psykiatrian kontekstissa. Tutkielman tekeminen terveydenhuollon kontekstissa herättää aina myös eettistä pohdintaa. Tutkimuksen tekeminen psykiatrian alueella tulee olla sensitiivistä ja potilaita sekä työntekijöitä kunnioittavaa, koska ihmiset ovat hoidossa haastavissa ja kuorittavissa elämäntilanteissa. Tutkimuksen tekeminen terveydenhuollosta ja erityisesti psykiatrian alalta on kuitenkin erittäin tärkeää ja perusteltua, koska hoidolla on suuri vaikutus potilaiden elämään erityisesti kyseisessä elämäntilanteessa. Mielestäni myös työntekijöiden äänen nostaminen kuuluviin on tärkeää, koska heillä on suuri rooli vuorovaikutussuhteen rakentajina ja ylläpitäjinä. He työskentelevät myös kuormittavassa ihmissuhdetyössä, jossa työssä jaksamisen tärkeys korostuu.

Tutkielman eettistä arviointia tehdessä tulee myös huomioida työntekijän ja potilaan välisen vuorovaikutussuhteen ainutkertaisuus, luottamuksellisuus ja herkkyys. Potilaat saattavat tuoda suhteeseen koko elämäntarinansa ja kipukohtansa, jolloin tutkijan tulee suhtautua suhteen tutkimiseen sitä arvostavalla tavalla. Voidaan myös ajatella, että vuorovaikutussuhde ja siinä oleva sisältö kuuluvat vain siinä oleville osapuolille eli tässä tutkielmassa työntekijälle ja potilaalle. Toisaalta tutkimusta tehdessä on mentävä aroille ja intiimeillekin alueille, jotta asioita saadaan läpinäkyviksi ja muutettua sanalliseen muotoon. Mielestäni on myös eettistä, että tutkimusta tehdään kaikilta mahdollisilta elämän osa-alueilta, koska se myös lisää ihmisten tasavertaisuutta ja antaa mahdollisuuden uuden tiedon saamiseen myös arkaluontoisemmista aiheista.

Tulosten tulkitsemisessa on myös otettava huomioon, että ne perustuvat työntekijöiden näkökulmiin ja kertomuksiin. Vuorovaikutussuhteiden jännitteitä on mahdollista tutkia myös suhteen toisen osapuolen näkökulmasta (kts. esim. Gerlander, 2003), mutta asetelma tulee huomioida tutkimuksen tuloksissa ja niiden tulkitsemisessa. Vuorovaikutussuhteen toisen osapuolen näkemysten tutkiminen ei vähennä tulosten merkittävyyttä tai vääristä niitä millään lailla, mutta se herättää kysymyksen siitä, tunnistaako ja tunnustaako suhteen toinen osapuoli, eli tässä tutkielmassa potilaat, jännitteet kuuluvaksi vuorovaikutussuhteeseen. Jännitteitä olisi mahdollista tutkia myös potilaiden

näkökulmasta ja tällöin saataisiinkin mahdollisuus vertailla ja verifioida jännitteet perusteellisemmin vuorovaikutussuhteissa olemassa oleviksi. Tässä tutkielmassa ei ollut mahdollisuutta ottaa potilaita mukaan tutkimukseen eettisten lupakäytänteiden ja aikataulutuksen vuoksi, joten tässä piileekin jatkotutkimuksen tarve.

Havainnointi toisi tutkimuksen tekemiseen ja analysointiin lisää syvyyttä, koska tällöin olisi mahdollista analysoida myös vuorovaikutussuhteen osapuolten nonverbaalista viestintää. Havainnoilla saatuja tuloksia voisi myös pitää objektiivisempina tuloksina tutkimuksenkohteesta, kuin vain toisen osapuolen haastatteluilla. Tässä tutkielmassa havainnointi olisi kuitenkin ollut eettisesti raskas prosessi ja siitä saadut hyödyt eivät välttämättä olisi kattaneet siitä aiheutuvaa stressiä sekä potilaille että työntekijöille. Haastattelu tutkimusmenetelmänä palveli kuitenkin tässä tutkielmassa esitettyjä tutkimuskysymyksiä ja tutkimusongelmaa, joten siltä osin menetelmän valinta oli onnistunut. Jatkotutkimuksen kannalta havainnoinnin, sekä potilaiden mukaan ottaminen tutkimukseen olisi kuitenkin tarpeellista.

Tässäkin tutkielmassa tulee ottaa huomioon tutkijan omat tulkinnat aineistosta eettisiä asioita pohdittaessa. Tutkijan on hyvä kaiken aikaa kyseenalaistaa omia tulkintojaan tutkittavasta kohteesta ja varmentaa tekemiään tulkintoja aineiston pohjalta. On täten mainitsemisen arvoista, että tutkielman tulokset ja niiden analysointi ovat tutkijan tekemiä tulkintoja työntekijöiden puheesta ja kertomuksista, ja tällöin on aina vaara virhearvioinneille. Tutkielman yleistettävyyteen syntyy rajoitteita liittyen siihen, että ainoastaan työntekijöitä on haastateltu, mutta myös siihen, että aineisto koostuu vain yhden yksikön työntekijöiden haastatteluista. Luotettavuutta lisäisi, jos haastatteluista olisi useammasta yksiköstä ja mahdollisuuksien mukaan myös useammasta eri kaupungista. Haastatteluiden määrä asettaa myös rajoitteen tutkielmalle ja useampi haastattelu olisikin tuonut tutkielmalle lisää luotettavuutta. Teoriapohjan ollessa laajempi, olisi tutkielmaan todennäköisesti saanut myös useampia ulottuvuuksia ja näkökulmia.

Tuomi ja Sarajärvi (2002) erottavat toisistaan laadullisen tutkimuksen havaintojen objektiivisuutta mitattaessa tutkimuksen luotettavuuden ja puolueettomuuden. Puolueettomuudella tarkoitetaan tässä yhteydessä tutkijan edellytyksiä tutkia havainnoimiaan asioita tutkittavan kertomusten näkökulmasta verrattuna siihen, että hänen tekemiin havaintoihinsa vaikuttavat omat intressit, tai esimerkiksi virka-asema tai ikä. Laadullisessa tutkimuksessa tutkija on kuitenkin aina tutkimusasetelman laatija, ja hän toimii tulosten tulkitsijana. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 133.)

Laadullisessa tutkimuksessa on siis hankalaa välttyä siltä kritiikiltä, että tutkijan omat asenteet tai asema ovat vaikuttaneet tulosten tulkintaan ja muodostamiseen. Aineiston ja tulosten keskusteleminen aiemman tutkimuskirjallisuuden kanssa lisää kuitenkin tulosten objektiivista arviointia ja tuottavat tutkielmalle luotettavuutta. Aiempaan tutkimuskirjallisuuteen nojaten voi tämän tutkielman osalta todeta, että tulokset seuraavat aiempaa professionaalisten vuorovaikutussuhteiden jännitteistä tehtyä tutkimusta.

KIRJALLISUUS

Apker, J., Ptacek, J., Beach, C & Wears, R. 2016. Exploring role dialectics in inter-service admission handoffs: a qualitative analysis of physician communication. *Journal of Applied Communication Research*. 44 (4). 399–414.

Apker, J., Propp, K & Ford, W. 2005. Negotiating Status and Identity Tensions in Healthcare Team Interactions: An Exploration of Nurse Role Dialectics. *Journal of Applied Communication Research*. Vol 33 (2). 93–115.

Artkoski, M. 2007. Empaattinen vai asiakeskeinen? Lääkäreiden näkemyksiä empatian viestimisestä potilaalle huonojen uutisten yhteydessä. *Prologi. Puheviestinnän vuosikirja 2007*. 67–92.

Baxter, L. 2011. *Voicing Relationships: A Dialogic Perspective*. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.

Baxter, L & Montgomery, B. 1996. *Relating-dialogues & dialectics*. New York: The Guilford Press.

Baxter, L & Montgomery, B. 1997. Rethinking Communication in Personal Relationships from a Dialectical Perspective. Teoksessa Duck, S (toim.): *Handbook of personal relationships-Theory, Research and Interventions*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd. 2.painos. 325–349.

Bonnin, J. 2014. To speak with the other's voice: reducing asymmetry and social distance in professional-client communication. *Journal of multicultural discourses*. Vol 9 (2). 149–171.

Cools, C. 2011. Relational Dialectics in Intercultural Couples' Relationships. *Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä studies in humanities* 171.

Craig, R & Muller, H. 2007. *Theorizing Communication*, Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.

Drew, P & Heritage, J. 1992. *Talk at work*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Duggan, A & Thompson, T. 2011. Provider-patient interaction and related outcomes. Teoksessa Thompson, T, Parrott, R & Nussbaum, J (toim.): The Routledge Handbook of Health Communication. New York: Routledge. 2.painos. 414–427.
- Gasiorek, J & Hubbard, A. 2017. Perspectives on perspective-taking in communication research. *Review of Communication*. Vol.17 (2). 87–105.
- Gerlander, M & Isotalus, P. 2011. How relational dynamics are manifest and produced in pharmacist-client interaction: An empirical perspective. Conference papers-International Communication Association. Annual Meeting: Boston. 1-29.
- Gerlander, M & Isotalus, P. 2010. Professionaalisten viestintäsuhteiden ääriviivoja. *Puhe ja kieli* 30:1, 3-19.
- Gerlander, M & Poutiainen, S. 2009. Puhe sosiaalisena toimintana. Teoksessa Aaltonen, O., Aulanko, R., Iivonen, A., Klippi, A & Vainio, M (toim.): *Puhuva ihminen*. Helsinki: Otava. 82–89.
- Gerlander, M. 2003. Jännitteet lääkärin ja potilaan välisessä viestintäsuhteessa. *Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä studies in humanities* 3.
- Griffin, E. 2000. *A First Look at Communication Theory*. United States of America: McGraw-Hill Companies, Inc. 4.painos.
- Gudykunst, W & Ting-Toomey, S. 1988. *Culture and Interpersonal Communication*. Newbury Park: SAGE Publications, Inc.
- Guerrero, L., Andersen, P & Afifi, W. 2011. *Close Encounters-Communication in Relationships*. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc. 3.painos.
- Haskard, K., DiMatteo, R & Heritage, J. 2009. Affective and Instrumental Communication in Primary Care Interactions: Predicting the Satisfaction of Nursing Staff and Patients. *Health Communication*, 24. Routledge. 21–32.

Hassan, I., McCabe, R & Priebe, S. 2007. Professional-patient communication in the treatment of mental illness: A review. *Communication and Medicine* Vol 4 (2). 141–152.

Herlitz, A., Munthe, C., Törner, M & Forsander, G. 2016. The Counseling, Self-Care, Adherence Approach to Person-Centered Care and Shared Decision Making: Moral Psychology, Executive Autonomy and Ethics in Multi-Dimensional Care Decisions. *Health Communication*. Vol 31 (8). 964–973.

Hirsjärvi, S., Remes, P & Sajavaara, P. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Tammi. 20.painos.

HUS. <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/psykiatria/Sivut/default.aspx>. Viitattu 22.11.2016.

Jesus, T & Silva, I. 2016. Toward an evidence-based patient-provider communication in rehabilitation: linking communication elements to better rehabilitation outcomes. *Clinical Rehabilitation*, Vol. 30(4) 315–328.

Keer, M., Van Den Putte, B., De Wit, J & Neijens, P. 2013. The Effects of Integrating Instrumental and Affective Arguments in Rhetorical and Testimonial Health Messages. *Journal of Health Communication*. 18. 1148–1161.

Kilkku, N. 2008. Potilasopetus ensipsykoosipotilaan hoidossa: substantiivinen teoria luottamuksen uudelleen rakentumisesta. Tampereen yliopisto. *Acta Universitatis Tamperensis*; 1361.

Kroll, T. 2005. Active Patient Participation: A Dialectical Perspective. *Conference Papers-International Communication Association. Annual Meeting: New York*. 1–29.

Kuuluvainen, Venla. 2009. Skitsofreniaa sairastavan puheviestintä vanhempien näkökulmasta. Tampereen yliopisto. Humanistinen tiedekunta. Puheopin laitos. Pro gradu –tutkielma.

Lönnqvist, J. 2010. Potilaan tutkiminen. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen M., Henriksson, M., Marttunen, M & Partonen, T (toim.): *Psykiatria*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 5.-8.painos. 33–46.

Lönnqvist, J & Lehtonen, J. Psykiatria. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen M., Henriksson, M., Marttunen, M & Partonen, T (toim.): Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 5.-8.painos. 14–25.

Mallinckrodt, B. 1997. Interpersonal Relationship Processes in Individual and Group Psychotherapy. Teoksessa Duck, S (toim.): Handbook of personal relationships-Theory, Research and Interventions. Chichester: John Wiley & Sons Ltd. 2.painos. 671–693.

McGuire, T., Dougherty, D & Atkinson, J. 2006. Paradoxing the Dialectic: The Impact of Patients' Sexual Harassment in the Discursive Construction of Nurses' Caregiving Roles. *Management Communication Quarterly*. Vol 19 (3). 416–450.

Mikkola, L. 2006. Tuen merkitykset potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa. Jyväskylän yliopisto. *Jyväskylä studies in humanities* 66.

Mönkkönen, K. 2007. Vuorovaikutus- dialoginen asiakastyö. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Prentice, C & Kramer, M. 2006. Dialectical Tensions in the Classroom: Managing Tensions through Communication. *Southern Communication Journal*. Vol 71 (4). 339–361.

Rawlins, W. 2009. *The Compass of Friendship- Narratives, Identities, and Dialogues*. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.

Roter, D & Hall, A. 2011. How medical interaction shapes and reflects the physician-patient relationship. Teoksessa Thompson, T, Parrott, R & Nussbaum, J (toim.): *The Routledge Handbook of Health Communication*. New York: Routledge. 2.painos. 55–68.

Rudick, C & Golsan, K. 2014. Revisiting the Relational Communication Perspective: Drawing upon Relational Dialectics Theory to Map an Expanded Research Agenda for Communication and Instruction Scholarship. *Western Journal of Communication*. 78 (3). 255–273.

Ruusuvuori, J., Nikander, P & Hyvärinen, M. 2014. *Haastattelun analyysi*. Tampere: Vastapaino.

Ruusuvuori, J. 2002. Vuorovaikutus lääkärin vastaanotolla. Teoksessa Torkkola, S (toim.):
Terveysviestintä. Helsinki: Tammi. 36–54.

Segrin, C. 2000. Interpersonal Relationships and Mental Health Problems. Teoksessa Dindia, K &
Duck, S (toim.): Communication and Personal Relationships. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
95–111.

Sukula, S. 2002. Osallistuva asiakas. Teoksessa Torkkola, S (toim.): Terveysviestintä. Helsinki:
Tammi. 13–23.

Takala, E. 2012. Hyvän haastattelun jäljillä -haastatteluvuorovaikutuksen ihanteet oppikirjaohjeissa
ja opinnäytteiden menetelmäkuvauksissa. Väitöskirja. Humanistinen tiedekunta. Jyväskylän
yliopisto.

Terveyskirjasto. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00002.
Viitattu 15.11.2016.

Themistocleous, M., McCabe, R., Rees, N., Hassan, I., Healey, P & Priebe, S. 2009. Establishing
mutual understanding in interaction: An analysis of conversational repair in psychiatric
consultations. *Communication and medicine*. Vol 6 (2). 165–176.

Thompson, M. 2017. Institutional Argumentation and Institutional Rules: Effects of Interactive
Asymmetry on Argumentation in Institutional Contexts. *Argumentation*. Vol 31 (1). 1–21.

Thompson, T., Dorsey, A., Miller, K. & Parrott, R. 2003. *Routledge Handbook of Health
Communication*.

Traino, H & Siminoff, L. 2016. Keep it going: maintaining health conversations using relational
and instrumental approaches. *Journal of Health Communication*. Vol. 31 (3). 308–319.

Trenholm, S & Jensen, A. 2004. *Interpersonal communication*. Oxford: Oxford University Press.

Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2002. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Tammi.

LIITTEET

LIITE 1

Haastattelurunko:Roolit ja odotukset:

Minkälaiseksi kuvaat rooliasi suhteessa potilaisiin? Kuka roolin määrittää?

Minkälaista viestintää sinulta vastaanotoilla odotetaan? Kuka odottaa? Toteutuuko tämä?

Minkälaisia odotuksia sinulla on suhteeltanne ja siihen liittyvältä vuorovaikutukselta, entä potilailta? Mitä potilaat sinulta ja suhteelta odottavat? Onko niiden välillä yhtäläisyyksiä, eroavaisuuksia?

Mitä pidät tärkeimpänä elementtinä suhteessanne? Toteutuuko se käytännön työssä? Jos ei, miksi?

Kuinka paljon kerrot henkilökohtaisesta itsestäsi vastaanotolla? Miten tämä vaikuttaa suhteeseen ja vuorovaikutukseenne?

Tavoitteet ja vastuut:

Minkälaisia tavoitteita suhteellanne on? Miten pyrit viestinnässäsi näihin tavoitteisiin?

Minkälaisia tavoitteita yleisesti psykiatrisella hoidolla on? Miten pyrit tähän viestinnälläsi?

Mitä vastuita sinulla on suhteeseen ja potilaaseen liittyen?

Etenevätkö vastaanottotapaamiset ennalta määriteltyä kaavaa? Jos ei, kuinka paljon vastaanotot muuttuvat ”tilanteen mukaan”? Mitä reaktioita tämä saa sinussa aikaan? Miten se näkyy viestinnässäsi?

Emootiot:

Miten tunteet näkyvät vastaanotoilla potilaiden kanssa?

Miten itse osoitat tunteita potilaalle? Millaista viestintäsi silloin on?

Miten vastaanotolla jakaantuu ”asiapuhe” ja ”emootiopuhe”?

Ristiriitatilanteet:

Minkälaisia ristiriitatilanteita potilaiden kanssa syntyy? Miksi? Kuinka selviät näistä tilanteista?

Koetko vaikeana tai mahdottomana puhua joistain asioista potilaiden kanssa? Miksi? Kuinka selviät näistä tilanteista?

Miten koet ne vastaanottotilanteessa, entä jälkikäteen?

EPISODIT 1 ja 2: Kuinka tilanne jatkuisi vastaanotolla? Minkälaiseksi vuorovaikutus saattaisi muotoutua? Minkälaista viestintää käyttäisit?

1:

Potilas tulee kiihtyneenä vastaanotollesi hieman myöhässä ja alkaa ensimmäisenä keskustella lääkityksestään ja kertoo aikovansa lopettaa sen. Olette potilaan kanssa eri mieltä lääkityksen lopettamisesta, koska lääkäri on juuri määrännyt sen aloitettavaksi eikä sinulla ole käytössäsi selvää ajantasaista tietoa potilaan voinnista.

2:

Aikataulusi on yllättäen muuttunut työpäiväsi aikana sinusta riippumattomista syistä ja joudut lyhentämään vuolaspuheisen potilaan vastaanottoa tunnista puoleen tuntiin. Potilas on tästä hyvin pahoillaan, koska hänelle on tapahtunut suuria asioita, joita olisi halunnut käydä tapaamisessa läpi. Potilas ilmaisee verbaalisesti tyytymättömyyttään ja loukkaantumistaan tilanteeseen eikä halua aloittaa keskustelua lainkaan.