

MAIJA PELTOLA

Terveydenhuollon ammattilaisen ja diabeetikon välisen vuorovaikutuksen merkitys omahoidolle

MAIJA PELTOLA

**Terveydenhuollon ammattilaisen ja diabeetikon
välisen vuorovaikutuksen merkitys omahoidolle**

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Esitetään Tampereen yliopiston

Informaatioteknologian ja viestinnän tiedekunnan

suostumuksella julkisesti tarkastettavaksi

Tampereen yliopiston Pinni B-rakennuksen

luentosalissa B1096, Kanslerinrinne 1,

Tampere, 31.3.2023, klo 12

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Tampereen yliopisto, Informaatioteknologian ja viestinnän tiedekunta
Suomi

<i>Vastuuohjaaja ja kustos</i>	Professori Pekka Isotalus Tampereen yliopisto Suomi	
<i>Ohjaaja</i>	Professori emerita Päivi Åstedt-Kurki Tampereen yliopisto Suomi	
<i>Esitarkastajat</i>	Dosentti Anne Laajalahti Vaasan yliopisto Suomi	Dosentti Eeva Pyörälä Helsingin yliopisto Suomi
<i>Vastaväittäjä</i>	Apulaisprofessori Jonna Koponen Itä-Suomen yliopisto Suomi	

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -ohjelmalla.

Copyright ©2023 tekijä

Kannen suunnittelu: Roihu Inc.

ISBN 978-952-03-2789-7 (painettu)
ISBN 978-952-03-2790-3 (verkkojulkaisu)
ISSN 2489-9860 (painettu)
ISSN 2490-0028 (verkkojulkaisu)
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-2790-3>



Tampereen yliopiston painetuissa väitöskirjoissa on kompensoitu painatuksesta aiheutuneet hiilidioksidipäästöt.

PunaMusta Oy – Yliopistopaino
Joensuu 2023

Tämä väitöskirja on omistettu tyttärelleni Sonjalle.

Kaikkien huomisten kaikki kukat ovat tämän päivän siemenissä.

— Intialainen sanonta

KIITOKSET

Väitöskirjan kirjoittaminen on matka, näin minulle aikoinaan tutkimusta aloittaessani kerrottiin. Matkoilla usein sattuu ja tapahtuu, eikä tämä väitösmatka ollut poikkeus. Olen kiitollinen, että minulla on ollut matkakumppaneina monia tukijoita sekä asian-
tuntevia suunnannäyttäjiä, joiden avulla väitöskirjani sai lopulta rakentua valmiiksi kokonaisuudeksi.

Haluan mitä lämpimimmin kiittää kaikkia tutkimukseeni osallistuneita henkilöitä: kiitos luottamuksestanne ja kokemustenne jakamisesta sekä kannustavista sanois-
tanne liittyen tutkimusaiheeni merkityksellisyyteen. Ilman teitä tämä tutkimus ei olisi ollut mahdollinen. Suuret kiitokset myös tutkimustani eri vaiheissa rahoittaneille ta-
hoille: Tampereen yliopisto, Jenny ja Antti Wihurin rahasto, Suomen Kulttuurirahast-
on Pirkanmaan maakuntarahasto, Suomen Diabetesliitto ry sekä Tampereen kau-
pungin tiedeapurahatoimikunta. Kiitos arvokkaasta mahdollisuudesta keskittyä tut-
kimuksen tekemiseen.

Haluan erityisesti kiittää väitöskirjatutkimukseni ohjaajia professori Pekka Isota-
lusta ja professori emerita Päivi Åstedt-Kurkea asiantuntevasta, kärsivällisestä ja kan-
nustavasta ohjauksesta tutkimusprosessin eri vaiheissa. On ollut ilo ja kunnia kasvaa
tutkijana kaltaistenne kokeneiden ja ansioituneiden tutkijoiden ohjauksessa. Kiitän
sinua Pekka tärkeästä kannustuksestasi jatko-opintojen tielle sekä mahdollisuuksista
kehittää omaa osaamistani tutkimus- ja opetustehtävissä. Ilman lämmintä mutta mää-
rätietoista sekä yksilöllisiä vahvuuksiani vahvistavaa ohjaustasi tämä tutkimusmatka
olisi tuskin toteutunut. Kiitos myös monista, itselleni merkityksellisistä rohkaisuistasi
luottaa omaan ajatteluun tutkimuksen eri vaiheissa. Kiitän sinua Päivi ihmisten hoi-
tamiseen liittyvien näkökulmien avartamisesta. Kanssasi käymäni keskustelut ovat
merkittävästi vaikuttaneet omaan ajatteluuni. Kiitän sinua myös lämminhenkisestä
tavastasi rohkaista minua tutkijaksi kasvamisessa koko elämäntilanteeni huomioiden.

Kiitän lämpimästi väitöskirjani esitarkastajia dosentti Anne Laajalahtea ja dosentti
Eeva Pyörälää. Asiantuntevat ja kattavat kommenttinne auttoivat minua viimeistele-
mään tutkimukseni lopulliseen muotoonsa. Kiitän myös kaikkia osatutkimusteni ver-
taisarvioijia kriittisistä ja kannustavista kommenteista sekä tieteellisen ajatteluni
eteenpäin viemisestä. Vastaväittäjäni, apulaisprofessori Jonna Koposta kiitän läm-
pimästi suostumuksesta asettua vastaväittäjäkseni ja työni tarkastamisesta.

Yliopistovuosieni aikana olen saanut tutustua moniin viestinnän alan opettajiin ja tutkijoihin, joilla on ollut merkittävä vaikutus omaan viestinnälliseen ajatteluuni sekä innostukseeni tehdä tutkimusta. Haluan erityisesti kiittää Maija Gerlanderia, joka oli minulle tuki ja turva aloittaessani viestinnän tutkijan ja opettajan töitä Tampereen yliopistolla, ja jonka tekemä väitöskirja inspiroi minua niin, että aloin itsekkin tutkia ammattilais-potilasvuorovaikutusta. Lämmin kiitos Maija tasavertaisesta kollegiaalisuudesta, inspiroivista yhteistyöprojekteista sekä ystävydestä, joka on tuonut elämäni iloa sen monissa eri käänteissä. Haluan myös lämpimästi kiittää Tuula-Riitta Välikoskea, Leena Mikkolaa, Merja Almonkaria ja Marja-Leena Hyväristä: kiitos innostavista keskusteluista sekä kannustuksestanne viestinnän tutkijana ja opettajana kehittyisessä.

Lämpimät kiitokseni osoitan myös yliopistoystävilleni Marja Eklundille ja Sanna Ala-Kortesmaalle kuluneiden vuosien lämminhenkisestä ja sujuvasta yhteistyöstä viestinnän opetustehtävissä. Lisäksi haluan kiittää kielikeskuskollegoitani Piia Jokirantaa, Anna Kuitusta ja Johanna Järvelin-Suomelaa. Kanssanne on ollut ilo työskennellä ja ystävytyä. Lämmin kiitos myös Petri Tammiselle ja Ilona Siivoselle vuosikausien mittaisesta avusta yliopiston teknisissä ja hallinnollisissa koukeroissa. Mitä lämpimän kiitos kuuluu lisäksi kaikille opiskelijoilleni, joiden kanssa olen vuosien varrella eri kursseilla työskennellyt. Kiitos hyvistä keskusteluista ja lukuisista oppimistehtävistä, joiden lukeminen on avartanut paljon omaa viestinnällistä ajatteluani.

Haluan lämpimästi kiittää Tampereen yliopiston vuorovaikutuksen tutkimusryhmän jäseniä. Kiitos osatutkimuksista saamistani rakentavista palautteista sekä rohkeudestanne esitellä ja keskustella omista keskeneräisistä töistänne. Tutkimussuunnitelmienne ja artikkelikäsitelmienne käsittely on antanut itselleni paljon ajattelemisen aihetta ja uusia työhöni liittyviä oivalluksia. Kiitos Venla Kuuluvainen, Tessa Horila, Ira Virtanen, Marjanna Artkoski, Sari Ortju, Emma Nordback, Lassi Rikkonen ja Karoliina Karppinen yhteisistä keskusteluista sekä saamastani tuesta. Erityinen kiitos Johanna Mäkelälle ja Minna Törröselle ystävydestä, tärkeistä rohkaisun sanoista, monipuolisesta käytännön avusta ja vilpittömästä uskostanne siihen, että väitöskirjani tulee valmistumaan.

Yliopistovuosieni aikana minulla on ollut ilo tutustua moniin tutkija- ja opettajakollegoihin yli tiedekunta- ja korkeakoulurajojen. Lämmin kiitos kaikille teille, joiden kanssa minun on ollut ilo tehdä yhteistyötä ja oppia uutta Prologos ry:ssä, Laapuverkostossa, tutkimuskeskus Cometissa sekä erilaisissa tutkimus-, opetus- ja koulutushankkeissa. Kiitos Pirjo Lindforsille, Sinikka Torkkolalle, Katja Joroselle ja Satu Sepälle hyvästä ja opettavaisesta yhteistyöstä terveystieteen liittyvien kurssien

parissa. Kiitos Jari Väliverroselle työhuonetoveruudesta sekä Salla Saxénille ajatte-
luani monin tavoin kirkastaneista keskusteluista.

Olen kiitollinen, että minulla on paljon rakkaita ystäviä eri puolilla Suomen maata, joiden kanssa olen voinut olla ”vain” Maija enkä niinkään viestijä. Kiitos Eliisa, Emmi, Helena, Johanna, Saija, Taina ja Terhi pitkäaikaisesta, lapsuudesta ja nuoruudesta alkaneesta ystävydestä. Lämmin kiitos myös Sorosille ja Piiraisille elämän ja-
kamisesta sekä yhteisen musisoinnin ilosta. Suuret kiitokset kuuluvat lisäksi Ninalle ja Janille sekä Päiville ja Tomille, joiden kanssa olen saanut työni vastapainoksi seik-
kailla niin lautapelimailmassa kuin monessa muussakin paikassa.

Tämän väitöskirjan tekeminen ei olisi ollut mitenkään mahdollista ilman rakkaan perheeni tukea. Olen syvästi kiitollinen äidilleni Leenalle ja isälleni Veikolle horju-
mattomasta uskosta kuopuksensa kykyihin sekä kaikesta käytännöllisestä lapsen-
hoito- ja ruokahuoltoavusta, joiden turvin olen saanut keskittyä väitöskirjan tekemi-
seen. Suurenmoinen kiitos kuuluu myös isosisikolleni Minnalle: kiitos lukuisista tut-
kimukseen liittyvistä keskusteluista, tekstien oikoluennasta, huolien kuuntelemisesta
ja ratkaisemisesta, kirjoittamiseen mutta myös lepäämiseen patistamisesta sekä ihan
vain läsnäolosta ja hauskanpidosta. Tukesi on ollut monessa kohdassa väitösmatkaa
täysin korvaamatonta. Lämpimät kiitokseni osoitan myös isoveljelleni Pasille, kälyl-
leni Merjalle sekä tädin aarteille Sannille ja Jaakolle: kiitos hienotunteisista ja sinnik-
käistä kyselyistä työn valmistumisen suhteen sekä tutkimukselle hyvää vastapainoa
tarjonneista yhteisistä reissuista, pelihetkistä ja jumppatuokioista. Lämmin kiitos lai-
naisosiskolleni Sarille ystävydestä, ikimuistoisista seikkailuista, muistuttelusta
omasta itsestä huolehtimiseen, väitöskirjan kuvion piirtoavusta sekä luotettavan re-
hellisestä palautteesta sen suhteen, ovatko tutkimukseen liittyvät ajatukseni ollenkaan
ymmärrettäviä vai ei. Lämpimät kiitokseni osoitan myös appivanhemmilleni Outille
ja Raunolle, joiden lämmin ja vilpittömän kannustus sekä monipuolinen käytännön apu
ovat olleet tärkeässä roolissa tämän työn valmistumisessa.

Haluan osoittaa mitä suurimmat kiitokseni omalle pienelle perheelleni, etenkin
rakkaalle aviomiehelleni Antille. Kiitos, kun olet vaalinut ”pitkäaikaista sijoitustasi”
rakkaudella, kärsivällisyydellä, joustavuudella ja kunnioituksella. Kiitos rinnalla kul-
kemisesta myötä- ja vastamäissä sekä siitä, että olen saanut suhteessamme tilaa tavoit-
tella myös omia unelmiani ja päämääriäni. Kiitos lisäksi kaikesta teknisestä avusta
väitöskirjan tekemisen kanssa. Suuri kiitos kuuluu myös rakkaalle lapselleni Sonjalle.
Olet ollut paras opettajani siinä, kuinka elämä on tässä ja nyt, ja kuinka onni asuu
pienissä arkisissa hetkissä. Kiitos myös yhteisestä matkasta terveydenhuollon moni-
ulotteisessa toimintaympäristössä, mistä olen oppinut kanssasi paljon. Omistan tä-
män väitöskirjan sinulle.

Lopuksi haluan osoittaa kiitokseni Jumalalle varjeluksesta matkallani. Kiitos erityisesti kannattelusta elämäni vaikeissa vaiheissa niin, että tämäkin työ sai valmistua silloin kuin määrä oli.

Orivedellä helmikuisena pakkaspäivänä,
Maija Peltola

TIIVISTELMÄ

Tämän laadullisen väitöskirjatutkimuksen tarkoituksena on kuvata ja ymmärtää, miten tyypin 2 diabeetikoiden vuorovaikutuskokemukset terveydenhuollon ammattilaisten kanssa ovat yhteydessä omahoitoon. Lisäksi tarkoituksena on kuvata ja arvioida, miten merkityksellisten tapahtumien tekniikka soveltuu ammattilais-potilasvuorovaikutuksen tutkimiseen. Väitöskirjatutkimuksen tavoitteena on tuottaa uutta monitieteellisesti hyödynnettävää tutkimustietoa terveydenhuollon ammattilaisen ja diabeetikon välisen vuorovaikutuksen mahdollisuuksista ja ongelmakohtista, jotka huomioon ottamalla omahoitoa on mahdollista vahvistaa. Lisäksi tutkimuksen tavoitteena on tuoda enemmän esille diabeetikoiden ääntä yhteiskunnallisessa keskustelussa, jotta diabeetikoiden hoitoa olisi mahdollista kehittää entistä potilaslähtöisemmäksi. Tutkimuksen metodologisena tavoitteena on tuottaa uutta tietoa merkityksellisten tapahtumien tekniikan soveltuvuudesta tutkittaessa terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välistä vuorovaikutusta sekä osoittaa keinoja tekniikan soveltamiseen jatkossa erilaisissa terveysviestinnän alan tutkimusasetelmissä.

Tässä väitöskirjatutkimuksessa tarkastellaan tyypin 2 diabeetikoiden kokemuksia lääkäreiden ja hoitajien kanssa tapahtuneista yksittäisistä hoidonohjauskeskusteluista, joilla on diabeetikoiden kokemusten mukaan ollut omahoitoa edistävä tai estävä merkitys. Tutkimuksessa sovelletaan merkityksellisten tapahtumien tekniikkaa, jota hyödynnetään tutkimuksen suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa (Flanagan, 1954). Tutkimuksen aineisto on kerätty avoimella kyselyllä ja teemahaastattelumenetelmällä. Merkityksellisten tapahtumien tekniikan avulla varsinaisen tarkastelun kohteeksi on jäsentynyt 63 merkityksellistä tapahtumaa.

Väitöskirjatutkimus rakentuu neljästä osatutkimuksesta sekä niiden tulokset koostavasta yhteenvedosta. Osatutkimusten tulokset kootaan yhteen tässä yhteenvedossa vastaamalla seuraaviin koko väitöskirjatutkimusta yhdistäviin tutkimuskysymyksiin: 1) miten terveydenhuollon ammattilaisen ja diabeetikon välinen vuorovaikutus edistää ja estää omahoitoa, ja 2) miten merkityksellisten tapahtumien tekniikka soveltuu terveydenhuollon ammattilaisen ja diabeetikon välisen vuorovaikutuksen tutkimiseen.

Tämän väitöskirjatutkimuksen tulos on, että terveydenhuollon ammattilaisen ja diabeetikon välinen yksittäistä hoidonohjauskeskustelua rakentava vuorovaikutus

edistää ja estää omahoitoa siihen kytkeytyvän kolmen yhteistyön osa-alueen kautta, jotka ovat *tiedon jakaminen, sosiaalisen tuen osoittaminen ja saaminen* sekä *yhteistyöroolien määritteleminen*. Jos vuorovaikutuksella onnistutaan tukemaan kyseisten yhteistyön osa-alueiden toimivuutta, tällöin vuorovaikutus parhaimmillaan edistää myös omahoidon suunnittelua ja toteutusta. Mikäli vuorovaikutus ei toimi tarkoituksenmukaisesti, se voi puolestaan estää edellä esitettyjen yhteistyön osa-alueiden toimivuutta sekä omahoidon tarkoituksenmukaista suunnittelua ja toteutusta.

Terveydenhuollon ammattilaisen ja diabeetikon välisessä vuorovaikutuksessa ei ole kyse vain tehtävien suorittamisesta ja diabeetikon ongelmien ratkaisemisesta vaan myös keskinäisen suhteen huomioimisesta ja rakentamisesta vuorovaikutuksessa. Terveydenhuollon ammattilainen ja potilas rakentavat keskinäistä suhdetta viestimällä suhtautumista toiseen, itseen ja käsiteltävään asiaan sekä hallitsemalla ammattilais-potilassuhteeseen liittyviä kilpailevia merkityksenantoja (*kilpailevat diskurssit*). Suhtautumisen viestimisen kannalta keskeisiä huomioon otettavia ominaispiirteitä ovat *luottamuksen rakentaminen toista osapuolta kohtaan, viestintähalukkuus, emotionaalinen läsnäolo ja asiallisuus*. Suhteeseen liittyvien merkityksenantojen kannalta keskeisiä kilpailevia diskurssipareja, joita terveydenhuollon ammattilaisen ja diabeetikon tulee vuorovaikutuksessa hallita, ovat *subde jokaisen diabeetikon oikeutena – subde ansaittavana tukimuotona, subde ohjauksen areenana – subde kontrolloinnin areenana* sekä *subde yksilöllisenä – subde standardoituna kokonaisuutena*. Diskurssiparien välisen kilpailun hallinta heijastuu niin yksittäisessä hoidonohjauskeskustelussa rakennettavaan terveydenhuollon ammattilaisen ja diabeetikon väliseen suhteeseen kuin siihen, millaiseksi diabeetikot yleisemmällä tasolla määrittelevät suhteen luonteen ja sen merkityksen osana diabeetikoiden hoitoa.

Väitöskirjatutkimuksen metodologinen tulos on, että merkityksellisten tapahtumien tekniikka soveltuu sekä ammattilais-potilasvuorovaikutuksen terveyteen liittyvien seurausten että vuorovaikutuksen moniulotteisen luonteen tutkimiseen. Tekniikkaa sovellettaessa on kuitenkin jatkuvasti arvioitava tutkimuksen epistemologisia, metodologisia ja metodien käyttöön liittyviä valintoja ja niiden keskinäistä linjakkuutta. Lisäksi merkityksellisten tapahtumien tekniikka auttaa diabeetikoita reflektomaan ja jäsentämään monipuolisesti vuorovaikutusta myös yksittäisten hoidonohjauskeskustelujen tasolla – varsinkin silloin kun reflektointia on mahdollista tehdä yhdessä keskustellen.

Väitöskirjatutkimuksen tulokset osoittavat, että diabeetikoiden vuorovaikutuskemukset ovat yhteydessä omahoitoon kytkeytyvän yhteistyön kautta omahoidon suunnittelemiseen ja toteuttamiseen. Vuorovaikutuksella ei ole merkitystä ainoastaan hoidonohjauskeskustelun sujuvuuden ja omahoidon suunnittelun kannalta, vaan sillä

on merkitystä myös tarkoituksenmukaisen omahoidon toteuttamisen kannalta. Täten jokainen hoidonohjauskeskustelu on tärkeä mahdollisuus edistää omahoitoa vuorovaikutuksen keinoin tarkoituksenmukaisempaan suuntaan.

Tulokset osoittavat, että diabeetikoiden vuorovaikutuskokemukset ovat yhteydessä omahoitoon sitä kautta, miten diabeetikot ovat kokeneet terveydenhuollon ammattilaisen kanssa tapahtuneen vuorovaikutuksen yksittäisissä hoidonohjauskeskusteluissa. Vuorovaikutuksen edistävän ja estävän merkityksen kannalta ratkaisevaa yksittäisissä hoidonohjauskeskusteluissa on, onnistuvatko osapuolet löytämään yhteisen vuorovaikutustyylin, joka rakennetaan verbaalisesti ja nonverbaalisesti diabeetikon senhetkisen viestintätyylin, toiveiden ja tarpeiden pohjalta. Kyse ei ole kuitenkaan vain diabeetikon viestintätapoihin ja -odotuksiin mukautumisesta, vaan yhteisesti rakennettavasta vuorovaikutustyylistä, jonka perusta on vuorovaikutuksen ja suhteen välisen kaksisuuntaisen ja kaksitasoisen yhteyden huomioimisessa. Samalla kun on otettava huomioon, että suhde raamittaa aina osapuolten keskinäistä vuorovaikutusta ja vuorovaikutus muo­vaa suhdetta, on myös huomioitava, että vuorovaikutuksen ja suhteen välinen yhteys rakentuu vähintään kahdella tasolla: suhtautumisen viestimisen lisäksi hoidonohjauksen osapuolten on tärkeää kiinnittää huomiota siihen, millaiseksi he määrittelevät vuorovaikutuksessa keskinäisen suhteen luonteen. Lisäksi on huomioitava, että vuorovaikutus ei tapahdu koskaan tyhjiössä, vaan se kytkeytyy aina kontekstiinsa. Täten hoidonohjauskeskustelua rakentavaa vuorovaikutusta on yksittäisissä tilanteissa suhteutettava myös vallitsevaan kulttuuriin sekä diabeetikoiden hoidon käytäntöihin.

Väitöskirjatutkimuksen tulokset osoittavat, että diabeetikoiden kokemukset yksittäisistä hoidonohjauskeskusteluista rakentavat myös tulevia hoidonohjauskeskusteluja. Tästä syystä hoidonohjauskeskusteluja sekä niitä rakentavaa vuorovaikutusta on tärkeää reflektoida sekä terveydenhuollon ammattilaisten että diabeetikoiden toimesta. Reflektoinnin apuvälineenä voidaan hyödyntää tässä tutkimuksessa sovellettua merkityksellisten tapahtumien tekniikkaa, joka tarjoaa joustavana lähestymistapana molemmille osapuolille hyvät mahdollisuudet vuorovaikutuksen analysoimiseen.

Avainsanat: interpersonaalinen viestintä, omahoito, potilas, suhde, terveydenhuollon ammattilainen, terveystiedot, tyypin 2 diabetes, vuorovaikutus, yhteistyö

ABSTRACT

The purpose of this study is to describe and understand how type 2 diabetic patients' interpersonal communication experiences with health care professionals are related to diabetes management. Another purpose is to describe and evaluate the applicability of the critical incident technique for studying professional–patient interaction. The aim of this study is to obtain new information about the possibilities and problem areas of professional–patient interaction that can be utilized in an interdisciplinary manner when strengthening diabetes management. In addition, the aim is to bring the voice of diabetic patients out into the social discussion so that the care of diabetic patients can be developed to be more patient centered. The methodological aim is to obtain new information about the applicability of the critical incident technique when studying professional–patient interaction, as well as to show ways to apply the technique in various research settings in the field of health communication.

This study examines type 2 diabetic patients' interpersonal communication experiences of single-care discussions that occurred with doctors or nurses and that facilitated or impeded diabetes management according to the diabetic patients' points of views. The study applies the critical incident technique, which is utilized in the planning, implementation, and evaluation of the study (Flanagan, 1954). The diabetic patients' experiences were collected using an open survey and semistructured interviews. With the help of critical incident technique, 63 significant interpersonal communication experiences have been selected as objects for analyses.

This study consists of four substudies and a summary summarizing their results. The results of the substudies have been gathered together by answering the following research questions that connect the entire study: 1) how professional–patient interaction facilitates and impedes diabetes management, and 2) how critical incident technique can be applied for studying professional–patient interaction.

The results show that professional–patient interaction that builds a single-care discussion facilitates and impedes diabetes management through three subareas of collaboration: sharing information, showing and receiving social support, and defining collaboration-related roles. If professional–patient interaction succeeds in supporting the functioning of the respective subareas of collaboration, the professional–patient interaction will, at its best, also facilitate the planning and implementation of

the diabetes management. If the professional–patient interaction does not work as intended, it might impede the functioning of the subareas of collaboration presented above and the appropriate planning and implementation of diabetes management.

The professional–patient interaction is not only about performing tasks and solving the diabetic patient’s problems, but it is also about considering and building a mutual relationship. The health care professional and diabetic patient build their mutual relationship through communicating how they view themselves, one another, and the matter at hand and by managing the competing meanings related to the professional–patient relationship (competing discourses). In terms of communicating views, key characteristics to be considered are *building trust in the other party*, *willingness to communicate*, *emotional presence*, and *appropriateness*. In terms of giving meanings related to the relationship, the central struggling discourses that the health care professional and diabetic patient must manage in interaction are *having the right to care versus deserving care*, *guidance versus control*, and *personalization versus standardization*. Managing the struggle of discourses is reflected not only in the relationship between the health care professional and diabetic patient built in the single-care discussion, but also in how diabetic patients define the nature of the relationship and its meaning as a part of diabetes management on a more general level.

The methodological results indicate that the critical incident technique is applicable for studying both the health-related outcomes of professional–patient interaction and its multidimensional nature. However, when applying the critical incident technique, epistemological, methodological, and method-related choices and their mutual alignment must be constantly evaluated. In addition, the critical incident technique facilitates diabetic patients in reflecting and structuring professional–patient interaction in a versatile way at the level of single-care discussions – especially when it is possible to reflect by discussing with other people.

The results show that the diabetic patients’ interpersonal communication experiences with health care professionals are related to the planning and implementation of diabetes management through diabetes management–related collaboration. The professional–patient interaction is not only important in terms of the fluency of the care discussion, but it is also important in terms of the implementation of appropriate diabetes management. Thus, every care discussion is an important opportunity to facilitate diabetes management in a more appropriate direction through professional–patient interaction.

The results show that the diabetic patients’ interpersonal communication experiences are related to diabetes management through how patients have experienced the professional–patient interaction in single-care discussions. A central element to

facilitating and impeding the significance of the professional–patient interaction is whether the parties succeed in finding a common interaction style, which is built verbally and nonverbally based on the patients’ current communication style, needs, and wishes. However, it is not only about adapting to the diabetic patients’ communication habits and expectations, but it is also about a jointly constructed interaction style, the basis of which is considering the two-way and two-level relation between professional–patient interaction and relationship. Although it must be considered that the relationship always frames the mutual interaction of the parties and that the interaction shapes the relationship, it must also be considered that the relationship between interaction and relationship should be built at least on two levels: in addition to communicating views, it is important for the professional and diabetic patient to pay attention to how they define the nature of the mutual relationship in the interaction. Moreover, it should be noted that the professional–patient interaction should never take place in a void but is always related to its context. Thus, the professional–patient interaction that builds the single-care discussions must also be related to the prevailing culture and the care practices of diabetic patients.

The results show that diabetic patients’ experiences from single-care discussions also build future care discussions. For this reason, both health care professionals and diabetic patients should reflect the functionality of care discussions and the professional–patient interaction that builds them. The critical incident technique can be used as an aid in reflection, offering both parties good opportunities for analyzing the professional–patient interaction.

Keywords: collaboration, diabetes management, health care professional, health communication, interaction, interpersonal communication, patient, relationship, type 2 diabetes

SISÄLLYS

1	Johdanto.....	21
2	Terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välisen vuorovaikutuksen aiempi tutkimus	27
2.1	Terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välinen vuorovaikutus terveysviestinnän tutkimusalueella	27
2.2	Terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välisessä vuorovaikutuksessa rakennettava suhde	32
2.3	Suhtautumisen viestiminen.....	35
2.4	Suhteen kilpailevat diskurssit	38
2.5	Terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välinen yhteistyö	41
3	Tutkimusasetelma.....	44
3.1	Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset.....	44
3.2	Tutkimuksen tieteenfilosofiset lähtökohdat	46
3.3	Merkityksellisten tapahtumien tekniikka	49
3.4	Tutkimukseen osallistujat ja aineistonkeruu	51
3.5	Aineiston analysointi	54
3.5.1	Analyyysiyksikkö.....	54
3.5.2	Osatutkimusten analyysimenetelmät	56
4	Osatutkimusten keskeiset tulokset	61
4.1	Ensimmäinen osatutkimus: Vuorovaikutuskokemusten suhtautumisen viestimiseen liittyvät ominaispiirteet	61
4.2	Toinen osatutkimus: Ammattilais-potilassuhteen kilpailevat diskurssit tyypin 2 diabeteksen hoidossa.....	64
4.3	Kolmas osatutkimus: Tyypin 2 diabeetikoiden kokemukset vuorovaikutuksen merkityksestä omahoitoon kytkeytyvässä yhteistyössä	67
4.4	Neljäs osatutkimus: Merkityksellisten tapahtumien tekniikka terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välisen vuorovaikutuksen tutkimisessa	69
5	Tulosten yhteenveto, pohdinta ja johtopäätökset.....	72
5.1	Omahoitoa edistävä ja estävä vuorovaikutus	73

5.2	Merkityksellisten tapahtumien tekniikan soveltuvuus terveydenhuollon ammattilaisen ja diabeetikon välisen vuorovaikutuksen tutkimiseen	78
5.3	Käytännön soveltamismahdollisuudet	80
5.4	Tutkimuksen luotettavuuden arviointi	86
5.5	Jatkotutkimusehdotukset	94
	Kirjallisuus.....	97
	Litteet	118

Kuvioluettelo

Kuvio 1. Omahoitoon kytkeytyvää ammattilais-potilasvuorovaikutusta kuvaava tandempyörä

Taulukkoluetelo

Taulukko 1. Tutkimuskokonaisuuteen kuuluvat osatutkimukset

Taulukko 2. Tutkimusaineiston merkityksellisten tapahtumien (N=63) kuvaus

Taulukko 3. Osatutkimusten keskeiset tulokset

ALKUPERÄISJULKAISUT

- Julkaisu I Peltola, M., Isotalus, P. & Åstedt-Kurki, P. (2018). Patients' interpersonal communication experiences in the context of type 2 diabetes care. *Qualitative Health Research*, 28(8), 1267–1282.
<https://doi.org/10.1177/1049732318759934>
- Julkaisu II Peltola, M. & Isotalus, P. (2019). Competing discourses of professional–patient relationships in type 2 diabetes management. *Health Communication*, 35(14), 1811–1820.
<https://doi.org/10.1080/10410236.2019.1663586>
- Julkaisu III Peltola, M., Isotalus, P. & Åstedt-Kurki, P. (2021). Tyypin 2 diabetesta sairastavien kokemukset vuorovaikutuksen merkityksestä omahoitoon kytkeytyvässä yhteistyössä. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 58(4), 396–411. <https://doi.org/10.23990/sa.95513>
- Julkaisu IV Peltola, M., Isotalus, P. & Åstedt-Kurki, P. (2022). The critical incident technique (CIT) in studying health care professional–patient communication. *The Qualitative Report*, 27(9), 1868–1889.
<https://doi.org/10.46743/2160-3715/2022.5580>

Osatutkimukset on julkaistu väitöskirjassa kustantajien luvalla.

KIRJOITTAJIEN KONTRIBUUTIOT

Kaikki neljä väitöskirjan osatutkimusta ovat yhteisjulkaisuja. Osatutkimukset 1, 3 ja 4 FM Maija Peltola on julkaissut yhdessä molempien väitöskirjaohjaajien, viestinnän professori, FT Pekka Isotaluksen sekä hoitotieteen professori emerita, THT Päivi Åstedt-Kurjen kanssa. Osatutkimus 2 on julkaistu yhdessä pääohjaaja Pekka Isotaluksen kanssa.

Kaikissa osatutkimuksissa Maija Peltola on vastannut tutkimusasetelman suunnittelusta sekä tutkimusaineiston keräämisestä ja analysoinnista. Lisäksi Peltola on suunnitellut ja luonnostellut kaikkien osatutkimusten käsikirjoitukset. Molemmat väitöskirjaohjaajat ovat osallistuneet osatutkimusten suunnitteluun keskustellen Peltolan kanssa tutkimusasetelmasta sekä osatutkimusten rajauksiin liittyvistä ratkaisuista. Molemmat ohjaajat ovat myös lukeneet ja kommentoineet osatutkimusluonnoksia useampaan kertaan vaikuttaen niiden rakenteisiin ja tieteellisiin sisältöihin.

1 JOHDANTO

Terveydenhuolto on yksi tärkeimmistä yhteiskuntaa ylläpitävistä järjestelmistä, jonka ydintoimintaa on terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välinen vuorovaikutus. Esimerkiksi potilaan hoidon tarpeen selvittäminen, sosiaalisen tuen osoittaminen sekä potilaan motivoiminen kokonaisvaltaisesta hyvinvoinnista huolehtimiseen toteutuvat kaikki terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välisessä vuorovaikutuksessa (esim. Kreps & Thornton, 1984; Peräkylä ym., 2001a). Aikaisemmissa tutkimuksissa on osoitettu, että terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välinen vuorovaikutus on yhteydessä muun muassa potilaiden ja heidän läheistensä tyytyväisyyteen saadusta hoidosta, hoitoon sitoutumiseen, potilaan käsityksiin sairaudesta ja terveydestä sekä kiputuntemuksiin, verensokeriin ja verenpaineeseen. Lisäksi toimivan vuorovaikutuksen on todettu edistävän esimerkiksi terveydenhuollon ammattilaisten työssä jaksamista. (esim. Brown ym., 2003; Du Pré, 2001; Hietanen ym., 2020; Thompson ym., 2011.) Täten vuorovaikutus on sekä terveydenhuollon ympäristö, jossa potilaan hoitoa toteutetaan, mutta myös työväline, jonka avulla molempien osapuolten hyvinvointia tuetaan ja työlle asetettuja tavoitteita saavutetaan (esim. Gerlander & Isotalus, 2010).

Terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välinen vuorovaikutus on tärkeä hoidon ja palvelun laadun arvioinnissa huomioitava tekijä, sillä toimiva vuorovaikutus on jokaisen potilaan oikeus. Esimerkiksi laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (Finlex 785/1992, 3§) todetaan jokaisen potilaan olevan oikeutettu hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun, jota vuorovaikutuksessa rakennetaan. Potilaslain mukaan jokaista potilasta on kohdeltava siten, että hänen ihmisarvoaan, vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan. Lisäksi potilaan kohtelussa on otettava huomioon mahdollisuuksien mukaan potilaan äidinkieli, yksilölliset tarpeet sekä kulttuuri. Vuorovaikutuksen huomioon ottamista hoidon ja palvelun laadun arvioinnissa perustelevat myös aikaisemmat tutkimukset, joissa on tarkasteltu hoidon ja palvelun laatuun vaikuttavia tekijöitä. Lääketieteellisen hoidon sekä ympäristötekijöiden lisäksi potilaat ja heidän läheisensä kiinnittävät hoitotilanteissa erityistä huomiota siihen, miten heihin ja heidän asiaansa suhtaudutaan, miten tietoa jaetaan sekä millä tavalla heitä kuunnellaan (esim. Grant, 1996; Ruben, 1993). Jos potilaat ja heidän

läheisensä arvioivat vuorovaikutuksen terveydenhuollon ammattilaisten kanssa toimivaksi, tällöin myös saatu palvelu ja hoito arvioidaan usein paremmaksi (esim. Ruben, 2016). Jos vuorovaikutuksessa puolestaan ilmenee ongelmia, vuorovaikutuksen katsotaan estävän tarkoituksenmukaisten hoitotavoitteiden asettamista ja niihin pääsemistä, aiheuttavan potilasvalituksia sekä johtavan pahimmillaan merkittäviin hoitovirheisiin (Brown ym., 2003; Reader ym., 2014).

Terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välinen toimiva vuorovaikutus on erityisen tärkeä hoidon ja palvelun laatuun liittyvä tekijä pitkäaikaissairautta sairastavien potilaiden kohdalla, jotka asioivat terveydenhuollossa useasti, ja joilla hoidontarve saattaa olla elinikäinen (esim. Kangas, 2003). Yksi kasvavista terveydenhuollon avohoidon asiakasryhmistä Suomessa ja muualla maailmassa on tyyppin 2 diabeetikot. Vuonna 2021 tehdyn arvion mukaan diabetesta sairastaa maailmanlaajuisesti noin joka kymmenes aikuinen, ja heistä yli 90 prosenttia on tyyppin 2 diabetesta sairastavia (Kansainvälinen diabetesliitto, 2021). Suomessa on arvioiden perusteella yli 500 000 diabeetikkoa, joista noin 75 prosentilla on tyyppin 2 diabetes (Tyyppin 2 diabetes. Käypä hoito -suositus, 2020). Lisäksi on arvioitu, että suuri osa tyyppin 2 diabetesta sairastavista sairastaa kyseistä sairautta yhä tietämättään (Suomen Diabetesliitto ry, 2022). Näyttäisikin siltä, että tyyppin 2 diabetes tulee koskettamaan yhä suurempaa joukkoa suomalaisia, minkä vuoksi sen hoitamiseen on sekä kansanterveydellisesti että -taloudellisesti tärkeää panostaa (Koski, 2021; Väätäinen, 2020).

Tyyppin 2 diabeetikon hyvä hoitotasapaino perustuu onnistuneeseen omahoitoon. Omahoidolla tarkoitetaan diabeetikon toteuttamaa päivittäistä hoitoa, johon sisältyy muun muassa terveellisestä ruokavaliosta, liikunnasta, lääkityksestä ja levosta huolehtiminen. Lisäksi omahoitoon sisältyy liitännäissairauksien ennaltaehkäisy ja hoito huolehtimalla verensokerin, verenpaineen sekä jalkojen ja suun terveyden seurannasta. (Moser ym., 2008; Tyyppin 2 diabetes. Käypä hoito -suositus, 2020.) Omahoitoon kuuluu olennaisesti myös valmius käsitellä sairastamiseen liittyviä tunteita, kuten pelkoa, epävarmuutta ja syyllisyyttä. Omahoitoa onkin kutsuttu laaja-alaiseksi ja alati muutoksessa olevaksi kokonaisuudeksi, joka edellyttää diabeetikolta motivoituneisuutta, sitoutuneisuutta sekä valmiutta päivittäiseen hoitamiseen ja terveydentilan muutosten seuraamiseen. (Barlow ym., 2002; Ingadottir & Halldorsdottir, 2008.) Omahoidon toteuttamisessa on kuitenkin havaittu olevan ongelmia sekä kansallisesti että kansainvälisesti (Koski, 2021; Mulder ym., 2015). Yksistään Suomen osalta on arvioitu, että vain noin 20 prosenttia tyyppin 2 diabeetikoista saavuttaa hyvän hoitotasapainon (Valle ym., 2010).

Vaikka vastuu omahoidosta huolehtimisesta on diabeetikolla, myös terveydenhuollon ammattilaisten kanssa tapahtuvalla hoidonohjauksella on keskeinen merkitys

omahoidon onnistumisen kannalta (Koski, 2021; Kyngäs, 2008; Linmans ym., 2015; Moser ym., 2008; Routasalo ym., 2009). Hoidonohjauksen kansallisten laatukriteereiden (2003, 3) mukaan ”*Hoidonohjaus on siis olennainen osa diabeteksen kokonaisvaltaista hoitoa. Se sisältyy kaikkiin ammatillisiin hoitokontakteihin, joissa diabeetikko kohdataan. Hoidonohjaus on diabeteksen hoitoon liittyvien asioiden ammatillista ja tavoitteellista käsittelyä tasa-vertaisessa vuorovaikutussuhteessa ohjattavan ja ohjaajan välillä. Hoidonohjauksessa diabeetikolle annetaan mahdollisuus opetella omahoitoa ammattilaisen kanssa.*” Toimivan hoidonohjauksen on havaittu esimerkiksi lisäävän tietotaitoa, parantavan minäpystyvyyttä sekä lieventävän stressiä. Toisaalta tutkimuksissa on myös esiintynyt vaihtelevuutta sen suhteen, mihin hoidonohjauksella on mahdollista vaikuttaa. Esimerkiksi liikunnan harastamiseen hoidonohjauksella ei ole katsottu olevan merkittävää vaikutusta. (Cheng ym., 2017; Heinrich ym., 2010.)

Vaikka terveydenhuollon ammattilaisen ja diabeetikon välistä hoidonohjausta ja sen merkitystä omahoidolle on tutkittu kansallisesti ja kansainvälisesti melko paljon, hoidonohjausta rakentavan ammattilais-potilasvuorovaikutuksen merkitys omahoidolle on jäänyt toistaiseksi vähemmälle tarkastelulle. Aikaisemmissa tutkimuksissa on kyllä tunnistettu ja todettu ammattilais-potilasvuorovaikutuksen keskeinen merkitys omahoidon kannalta sekä tarkasteltu esimerkiksi vuorovaikutukseen perustuvia hoidonohjausmenetelmiä ja niiden yhteyttä omahoitoon (esim. Cheng ym., 2017; Moser ym., 2008; Nagelkerk ym., 2006). Sen sijaan vuorovaikutuksen tarkastelu kokonaisvaltaisena ilmiönä ja sen edistävän ja estävän merkityksen tarkastelu omahoidolle on ollut toistaiseksi rajallisempaa (esim. Thorne ym., 2004).

Aikaisemmissa terveysviestinnällisissä tutkimuksissa painopiste on ollut terveydenhuollon ammattilaisten viestinnän piirteiden ja niiden seurausten tutkimisessa (esim. Cegala & Street, 2010; Mulder ym., 2015). Vuorovaikutuksessa ei kuitenkaan ole kyse vain siitä, miten terveydenhuollon ammattilainen toimii suhteessa potilaaseen, vaan miten terveydenhuollon ammattilainen ja potilas yhdessä mahdollistavat ja rakentavat vuorovaikutuksessa tuloksellisen hoidon käytäntöjä (esim. Heritage & Maynard, 2006; Kettunen ym., 2001; Street, 2017). Tästä syystä tarvitaan tutkimustietoa myös siitä, millainen merkitys molempien osapuolten viestinnällä ja yhdessä rakentamalla vuorovaikutuksella on kokonaisuutena hoidonohjauskeskustelun tuloksellisuuteen nähden. Tutkimustietoa tarvitaan erityisesti diabeetikoiden kokemusten näkökulmasta, sillä hoidon tuloksellisuus ja palvelun laatu ovat myös subjektiivisia kokemuksia, ja hoidonohjauskeskustelun tarkoitus on ensisijaisesti tukea diabeetikoiden arjessa toteuttamaa omahoitoa sekä heidän kokonaisvaltaista hyvinvointiansa (Burke ym., 2006). Vaikka kokemukset ovat yksilöllisiä näkemyksiä ja ne voivat myös ajan saatossa sekoittua ja muuntua, kokemusten tarkastelu on todettu tärkeäksi

mahdollisuudeksi ymmärtää terveydenhuollon palvelua inhimillisestä näkökulmasta ja tuottaa sitä kautta hyödyllistä tietoa terveydenhuollon kehittämiseen (esim. Berry, 2019; Harvey ym., 2021; Koivisto ym., 2014).

Tässä väitöskirjatutkimuksessa tarkastellaan laadullisella tutkimusotteella terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välistä vuorovaikutusta tyypin 2 diabeetikoiden kokemusten näkökulmasta. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ja ymmärtää, miten diabeetikoiden vuorovaikutuskokemukset terveydenhuollon ammattilaisten kanssa ovat yhteydessä omahoitoon. Vuorovaikutuskokemusten ja omahoidon välistä yhteyttä tutkitaan tarkastelemalla diabeetikoiden kokemuksia lääkärin ja hoitajien kanssa tapahtuneista yksittäisistä hoidonohjauskeskusteluista, joilla on diabeetikoiden kokemusten mukaan ollut omahoitoa edistävä tai estävä merkitys. Hoidonohjauskeskusteluissa huomio kiinnittyy vuorovaikutukseen, jota lähestytään tutkimuksessa moniulotteisena kokonaisuutena. Täten tutkimuksessa ei tarkastella tiettyjä hoidonohjauskeskustelun tai sitä rakentavan vuorovaikutuksen osa-alueita, vaan tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita osapuolten välisestä vuorovaikutuksesta läpi koko hoidonohjauskeskustelun. Tutkimuksessa sovelletaan merkityksellisten tapahtumien tekniikkaa (Flanagan, 1954), jonka soveltuvuutta terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan väliseen vuorovaikutuksen tutkimiseen myös tarkastellaan. Tutkimuksen toisena tarkoituksena onkin kuvata ja arvioida, miten merkityksellisten tapahtumien tekniikka soveltuu ammattilais-potilasvuorovaikutuksen tutkimiseen.

Väitöskirjatutkimus rakentuu neljästä osatutkimuksesta ja yhteenvedosta. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa uutta monitieteellisesti hyödynnettävää tutkimustietoa terveydenhuollon ammattilaisen ja diabeetikon välisen vuorovaikutuksen mahdollisuuksista ja ongelmakohtista, jotka huomioon ottamalla hoidonohjauskeskustelun sujuvuutta ja omahoitoa on mahdollista vahvistaa. Lisäksi tutkimuksen tavoitteena on tuoda enemmän esille diabeetikoiden ääntä yhteiskunnallisessa keskustelussa, jotta diabeetikoiden hoitoa olisi mahdollista kehittää entistä potilaslähtöisemmäksi. Tutkimuksen metodologisena tavoitteena on tuottaa uutta tietoa merkityksellisten tapahtumien tekniikan soveltuvuudesta tutkittaessa terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välistä vuorovaikutusta sekä osoittaa keinoja tekniikan soveltamiseen jatkossa erilaisissa terveysviestinnän alan tutkimusasetelmissä.

Vuorovaikutuksen osapuolista käytetään jatkossa käsitteitä terveydenhuollon ammattilainen sekä diabeetikko ja potilas. Terveydenhuollon ammattilaisilla tarkoitetaan lääkäreitä ja hoitajia, joilla on terveydenhuollon alan koulutus ja jotka ovat saaneet oikeuden harjoittaa ammattia laillistettuina ammattihenkilöinä. Diabeetikoiden vuorovaikutuskokemuksia tarkastellaan lääkärin ja hoitajien kanssa käytyjen hoidonohjauskeskustelujen osalta, sillä kyseisten ammattiryhmien edustajat vastaavat

pääsääntöisesti diabeteshoidon ohjauksesta ja seurannasta Suomessa. Tutkimuksessa ei rajata terveydenhuollon ammattilaisia sillä perusteella, työskentelevätkö he työterveyshuollossa vai julkisen tai yksityisen terveydenhuollon piirissä. Diabeteshoidon resurssit ja käytännön toteutukset vaihtelevat Suomessa paljon (Koski, 2021) ja sen vuoksi rajautuminen vain tietylle terveydenhuollon sektorille voisi merkittävästi rajoittaa tutkimusaineiston monipuolisuutta. Tässä tutkimuksessa diabeetikoiden kokemuksesta esiintyvät lääkärit ovat terveyskeskuksen yleislääkäreitä, diabetekseen erikoistuneita lääkäreitä sekä työterveyslääkäreitä. Kokemuksesta esiintyvät hoitajat ovat puolestaan diabeteshoitajia, työterveyshoitajia sekä terveyskeskuksessa työskenteleviä terveydenhoitajia.

Diabeetikolla ja potilaalla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa täysi-ikäistä henkilöä, jolla on todettu tyypin 2 diabetes ja joka asioi sairautensa vuoksi terveydenhuollossa. Tutkimuksessa on päädytty kyseisten käsitteiden käyttöön, sillä ne ovat vakiintuneita käsitteitä kansallisessa ja kansainvälisessä tutkimuskirjallisuudessa. Lisäksi kyseisiä käsitteitä käytetään sekä terveydenhuollon laeissa että diabeteshoidon ohjeistuksissa (esim. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785); Tyypin 2 diabeteksen Käypä hoito -suositus, 2020). Diabeetikko-käsitettä käytetään tässä väitöskirjatutkimuksen yhteenveto-osassa silloin, kun kuvataan tutkimukseen osallistuneita henkilöitä ja heidän kokemuksiaan, ja kun kuvataan ammattilais-potilasvuorovaikutusta hoidonohjauskeskustelujen yhteydessä. Potilas-käsitettä käytetään puolestaan silloin, kun kuvataan terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välistä vuorovaikutusta terveysviestinnällisenä ilmiönä ja tutkimuskohteena.

Potilas-käsitteen sijasta tutkimuksessa olisi mahdollista käyttää myös asiakaskäsitettä. Asiakaskäsite on yleistynyt terveydenhuollossa varsinkin sellaisissa yhteyksissä, joissa terveydenhuoltoon hakeutuva ei tarvitse sairaalahoitoa. Asiakaskäsitteen lisääntynyttä käyttöä on perusteltu muun muassa sillä, että sen on katsottu vähentävän terveydenhuoltoon hakeutuvien henkilöiden leimaamista sairaisiksi sekä korostavan terveydenhuollossa asioivan aktiivista osallistumista itseään koskevaan päätöksentekoon sekä tasavertaisuutta suhteessa terveydenhuollon ammattilaiseen (esim. Karpinen 2019). Toisaalta asiakaskäsitteen lisääntyneestä käytöstä on esitetty myös huolestuneita mielipiteitä, sillä asiakkuuden myötä terveydenhuoltoon hakeutuvalla on katsottu tulevan kuluttajamaisia palvelun vaatimiseen ja siitä valittamiseen liittyviä oikeuksia sekä vastuita, jotka eivät edistä apua hakevan ja häntä hoitavan henkilön yhteistyötä (esim. Pasternack, 2004). Tämän tutkimuksen tiedotteissa käytettiin alun perin asiakaskäsitettä, mutta käsitevalinta vaihdettiin potilaaseen ja diabeetikoon niiden vakiintuneemman käytön vuoksi. Käsitteen vaihtamiseen vaikutti myös asiakaskäsitteeseen liitettävä ongelmallinen mielleyhtymä siitä, että diabeetikko olisi

terveyspalveluja vapaaehtoisesti kuluttava henkilö, jolla olisi vara valita käyttämänsä terveyspalvelut. Vaikka suomalaisilla on ollut vuodesta 2014 lähtien oikeus valita itse julkisen terveydenhuollon kiireettömän hoidon hoitopaikka koko maan alueelta, valinnanvapaus ei toteudu alueittain tasapuolisesti, eikä kaikilla suomalaisilla ole yhtäläistä osaamista ja jaksamista vaihtaa ja valita palveluntarjoajaa sekä arvioida eri palveluntarjoajien hoidon laatua (Lehtonen ym., 2018; Tuorila, 2015).

Diabetesta sairastava henkilö -käsitteen käyttöä puoltaisi puolestaan käsitteestä ilmenevä sairauden ja sitä sairastavan henkilön erottaminen toisistaan. Aikaisemmista tutkimuksista kuitenkin tiedetään, että potilaat itse eivät koe suurta merkityseroa sen suhteen, nimitetäänkö heitä esimerkiksi diabetesta sairastavaksi vai diabeetikoksi (esim. Ogden & Parkes, 2013). Olennaista on, mikä merkitys käsitteelle annetaan kulloisessakin tilanteessa. Tässä tutkimuksessa diabeetikko nähdään aktiivisena hoitoon osallistujana ja ainutlaatuisena yksilönä, jolla on tietynlainen sairaus, mutta jonka olemusta ja viestintää kyseinen sairaus ei yksistään määritä.

2 TERVEYDENHUOLLON AMMATTILAISEN JA POTILAAN VÄLISEN VUOROVAIKUTUKSEN AIEMPI TUTKIMUS

2.1 Terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välinen vuorovaikutus terveystiedon tutkimusalueella

Tämä väitöskirjatutkimus sijoittuu terveystiedon tutkimuksen kenttään. Terveystiedon on monitieteinen ja laaja-alainen tutkimusalue, jossa yhdistyvät tiedon, terveyden ja sairauden näkökulmat (Torkkola, 2008). Tutkimusalueen monitieteisyydestä johtuen tutkimustavoitteet, teoreettiset lähestymistavat ja menetelmät ovat hyvin moninaisia, ja tästä syystä tutkimusasetelmia ja -tuloksia on osin vaikeaa suhteuttaa toisiinsa (esim. Ngenye & Kreps, 2020). Terveystiedon tutkimusten yhteisenä piirteenä voidaan kuitenkin nähdä keskittyminen tiedonlähteisiin, joita pidetään terveyden edistämiseksi olennaisina (Kreps & Thornton, 1984; Littlejohn & Foss, 2009; Mikkola & Torkkola, 2007).

Torkkola (2008) on jaotellut terveystiedon tutkimukselliset lähtökohdat ja tutkimustavoitteet kolmeen eri tutkimuslinjaan, jotka ovat kulttuuri-, vaikutus- ja vuorovaikutuslinjat. Kulttuuriin keskittyvissä terveystiedon tutkimuksissa tarkastelun kohteena ovat olleet terveyden ja sairauden prosessimainen rakentuminen osana ympäröivää kulttuuria. Vaikutuslinjan tutkimuksissa on keskitytty selvittämään erityisesti joukkotiedon ja terveyskäytännön välisiä yhteyksiä, eli mihin terveyskäytännön osa-alueisiin tiedon voi vaikuttaa ja miten viesti vaikuttaa. Vuorovaikutuslinjan tutkimuksissa on puolestaan keskitytty tarkastelemaan terveydenhuollon ammattilaisten ja potilaiden välistä vuorovaikutusta ja sen rakentumista.

Vuorovaikutuslinjan tutkimusten keskeisenä kannusteena on ollut kysymys siitä, onko vuorovaikutusta tutkimalla ja muuttamalla mahdollista poistaa ammattilaisen ja potilaan välistä epätasa-arvoa ja antaa potilaalle enemmän tilaa osallistua keskusteluun sekä hoitoa koskevaan päätöksentekoon. Tasavertaisuuden tavoite pohjautuu terveydenhuollon ideologiseen murrokseen päätöksenteon määräävästä paternalistisesta perinteestä kohti kumppanuutta, jossa potilasta ei nähdä enää passiivisena hoidon saajana. Sen sijaan potilas nähdään oman hyvinvointinsa asiantuntijana sekä

terveydentilansa sallimissa rajoissa aktiivisena osallistujana hoitoaan koskevaan päätöksentekoon, mikä on tärkeää hoidon kokonaisvaltaisen onnistumisen kannalta. (esim. Armstrong 2014; Saxén & Saxén, 2016) Vuorovaikutuksen tutkimuslinjan taustalla voidaankin nähdä myös kulttuuri- ja vaikutuslinjaan kytkeytyvät kysymykset siitä, miten viestintää tutkimalla ja muuttamalla voidaan ymmärtää viestintää monimuotoisena, kontekstisidonnaisena ilmiönä sekä tehdä näkyväksi viestinnän terveyttä edistävää ja estävää merkitystä.

Ammattilais-potilasvuorovaikutuksen monimuotoisuutta tutkimuskohteena on kuvannut esimerkiksi Street (2003), joka on kehittänyt ekologisen mallin ammattilaisen ja potilaan välisestä vuorovaikutuksesta. Kyseisessä mallissa vuorovaikutuksen nähdään olevan sidoksissa terveydenhuollon rakenteisiin, mediaan, internetiin, politiikkaan sekä lainsäädäntöön. Keskeinen vuorovaikutukseen vaikuttava tekijä on myös kulttuuri, jonka puitteissa mallissa pohditaan muun muassa osapuolten erilaisen kulttuuristen normien merkitystä vuorovaikutukselle. Kulttuurin on todettu muokkaavan vuorovaikutukseen liittyvien odotusten lisäksi myös osapuolten konkreettisia viestin muodostamis- ja reagoitintapoja, ja tästä syystä se on tärkeää ottaa vuorovaikutuksen tarkastelussa huomioon (esim. Jain, 2014; Ruben, 2016; Young & Klinge, 1996). Esimerkiksi suomalaisten on todettu arvostavan kuuntelemisorientoituneisuutta, hyvää hiljaisuudensietokykyä sekä puheenvuorojen keskeyttämisen välttämistä (esim. Carbaugh ym., 2006; Sallinen-Kuparinen, 1986; Wilkins & Isotalus, 2009). Lisäksi tutkimuksissa on todettu, että suomalaiset ovat haluttomia kuormittamaan terveydenhuollon ammattilaisia omilla huolillaan (Suominen, 1994), ja he siirtävät mielellään päätöksenteon terveydenhuollon ammattilaisten vastuulle (Kim ym., 1993). Toisaalta tutkimuksissa on havaittu, että suomalaiset osallistuvat terveydenhuollon ammattilaisten kanssa käytäviin keskusteluihin hyvin monipuolisesti esittämällä kysymyksiä sekä ilmaisemalla tunteita ja mielipiteitä (Häggman-Laitila & Åstedt-Kurki, 1994; Kettunen ym., 2000). Koska kulttuuri ei ole pysyvä tila vaan ajassa muuttuva ilmiö, kulttuuri ei ole vuorovaikutuksen tarkastelua rajaava näkökulma. Pikemminkin kulttuuri on yksi ymmärrystä lisäävä näkökulma terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välisen vuorovaikutuksen tarkasteluun. Streetin (2003) ekologisen mallin ytimen muodostaa kuitenkin ammattilaisen ja potilaan välinen verbaalisessa ja nonverbaalisessa viestinnässä rakentuva vuorovaikutus, jonka tarkasteluun aikaisempi tutkimus on myös keskittynyt.

Ammattilaisen ja potilaan välistä vuorovaikutusta on tutkittu jo useamman vuosikymmenen ajan eri tieteenaloilla ja tieteenalojen välisen yhteistyön voimin (Engeström & Ruusuvoori, 2003). Tutkimuksissa on tarkasteltu varsinkin ammattilais-potilasvuorovaikutuksen jäsentymistä vastaanoton erilaisissa vaiheissa sekä erilaisten

aihealueiden käsittelyssä. Tutkimuksissa on esimerkiksi käsitelty vastaanoton aloittamista (Ruusu vuori, 2001), diagnoosin kertomista ja sen vastaanottamista (Peräkylä, 2001), terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välisiä neuvontakeskusteluja sekä niissä ilmeneviä neuvontatyylejä ja rooleja (Kettunen, 2001; Kettunen ym., 2002; Kiuru ym., 2004; Peräkylä ym., 2001b; Pyörälä, 2000; 2004; Sorjonen ym., 2006), hoitoon liittyvää päätöksentekoa (Lindfors, 2005; Stivers, 2006) sekä yhteisen ymmärryksen rakentamista monikulttuurisissa vuorovaikutustilanteissa (Paananen, 2019). Lisäksi aikaisemmissa tutkimuksissa on tarkasteltu esimerkiksi terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välistä suhdetta (Kukkola, 1997; Leino-Kilpi, 1991; Virtanen, 1991), ammattilais-potilassuhteen jännitteitä (Gerlander, 2003), sekä sosiaalista tukea ammattilaisen ja potilaan välisessä vuorovaikutuksessa (Mikkola, 2006).

Aikaisemmista ammattilais-potilasvuorovaikutuksen tutkimuksista on havaittavissa, että useat kansalliset ja kansainväliset ammattilais-potilasvuorovaikutuksen tutkimukset ovat keskittyneet lääkärin ja potilaan välisen vuorovaikutuksen tutkimiseen (Cegala & Street, 2010; Gerlander, 2003; Torkkola, 2008). Sen sijaan tutkimuksia, joissa olisi keskitytty tarkastelemaan ammattilais-potilasvuorovaikutuksen luonnetta useampi ammattiryhmä huomioiden tai niistä riippumatta, on tehty rajallisemmin. Lisäksi aikaisemmista kansallisista tutkimuksista on havaittavissa, että viestintätieteilijät ovat toistaiseksi tarkastelleet ammattilais-potilasvuorovaikutusta melko vähän (Mikkola & Torkkola, 2007). Viestinnän tutkijoiden mukana oleminen ammattilais-potilasvuorovaikutuksen tutkimuksessa on kuitenkin tärkeää, sillä he voivat tuoda monitieteiseen keskusteluun viestinnän merkityksperustaisen lähestymistavan näkökulmaa (Frey ym., 2000). Merkityksperustaisessa lähestymistavassa viestintä nähdään yhteisen todellisuuden luomisena ja merkitysten syntyminenä (esim. Mikkola, 2006). Näin ollen ammattilais-potilasvuorovaikutus ja sen käytänteet voidaan ymmärtää vuorovaikutuksessa rakentuvina merkityksinä, joiden rakentumisessa on keskeistä tarkastella sitä, miten luotuja merkityksiä tulkitaan.

Keskeinen, mutta vaikea terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välisen vuorovaikutuksen tutkimukseen liittyvä kysymys on ollut, miten vuorovaikutuksella voidaan edistää potilaan hyvinvointia (esim. Burke ym., 2006). Vastaanottotilanteen ja sitä rakentavan vuorovaikutuksen tuloksellisuutta on tutkittu varsinkin kvantitatiivisesti tarkastelemalla esimerkiksi potilaan tyytyväisyyttä, potilaan ymmärrystä vastaanotolla kerrotuista asioista, potilaiden ohjeiden noudattamista sekä potilaiden fyysisten oireiden vähentymistä (esim. Brown ym., 2003; Peräkylä ym., 2001a; Thompson ym., 2011). Vuorovaikutuksen onkin todettu olevan yhteydessä monenlaisiin terveyteen liittyviin seurauksiin, kuten hoitoon pääsyyn, potilaan tietotaitoon ja yhteisen ymmärryksen saavuttamiseen, yhteistyösuhteen luomiseen, tarkoituksenmukaiseen

päätöksentekoon, potilaiden tunteiden hallintaan sekä potilaiden voimaantumiseen ja toimijuuden vahvistumiseen (esim. deHaes & Bensing, 2009; Street ym., 2009). Vuorovaikutuksen ja terveyteen liittyvien seurausten välisen yhteyden tutkiminen on kuitenkin havaittu vaikeaksi, sillä on mahdotonta varmuudella todeta, onko vuorovaikutus yhteydessä terveyteen liittyviin seurauksiin suoraan vai välillisesti. Lisäksi epäselväksi on jäänyt, mikä moniulotteisessa vuorovaikutuksessa käytännössä edistää ja estää terveyteen liittyvien myönteisten seurausten saavuttamista, sillä vuorovaikutuksen merkitys potilaan terveyden kannalta rakentuu yleensä ajan kanssa useiden vuorovaikutustilanteiden ja -kokemusten, hoidon tulosten sekä sosiaalisen ympäristön yhteisvaikutuksesta. (Cegala & Street, 2010; Epstein & Street, 2007; Mikkola & Torckola, 2007; Street ym., 2009.) Toisaalta on kuitenkin viitteitä siitä, että yksittäisillä keskusteluilla ja jopa yksittäisillä sanavalinnoilla ja lausumilla voi olla merkitystä potilaiden hyvinvoinnin kannalta (Gustafsson ym., 2013; Heritage ym., 2007; Knapp ym., 1981). Tästä syystä myös yksittäisten terveyteen liittyvien keskustelujen merkityksellisyyttä sekä niiden viestinnällistä luonnetta on tärkeää tutkia.

Terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välisen vuorovaikutuksen tutkimus on nykyään suuntautunut kehittämään potilaslähtöistä vuorovaikutusta, jota on kuvattu hyvän ja potilaan terveyttä edistävän hoidon perusedellytykseksi (Stewart ym., 1995). Potilaslähtöisessä vuorovaikutuksessa potilaan tarpeet, toiveet ja odotukset ovat vuorovaikutuksen perustana (esim. Michie, 2003.) Potilaslähtöistä vuorovaikutusta on kuvailtu myös kahden erilaisen puhumistavan yhdistämisenä: ammattilaisen edustaman lääketieteen objektiivisen ja syy-seuraussuhteisiin nojaavan ”äänen” sekä potilaan kokemusmaailman ”äänen”, jossa puolestaan korostuu oman elämän kokeminen ja subjektiivinen ymmärtäminen (Mishler, 1984). Potilaslähtöisen vuorovaikutuksen tueksi on kehitetty erilaisia keskustelu- ja kysymysmenetelmiä, joiden avulla potilaslähtöistä vuorovaikutusta on pyritty vahvistamaan. Tällaisia ovat esimerkiksi motivoiva haastattelu (Miller & Rollnick, 2013), kahden kysymyksen menetelmä (Köhler, 2019) sekä haastavan vuorovaikutuksen malli (SPIKES-malli, Baile ym., 2000). Lisäksi tutkimuksissa on kehitetty useamman ammattilaisen välistä vuorovaikutusta sekä terveydenhuollon rakenteita huomioon ottavia työkaluja ja toimintatapoja, joita ovat esimerkiksi hoitosopimuksen, hoitokalenterin ja hoitokartan laatiminen (Engeström ym., 2001; Engeström ym., 2006).

Aikaisemmista potilaslähtöisyyttä tarkastelevista tutkimuksista on havaittavissa, että potilaslähtöisyyttä ja sen käytännön toteuttamista koskevat kuvaukset ovat olleet moninaisia ja keskenään osin epäjohdonmukaisia. Kyseisen käsitteellisen häilyvyyden onkin katsottu vaikeuttaneen potilaslähtöisen vuorovaikutuksen peruseriaatteiden ymmärtämistä sekä niiden toteuttamisen ja vaikuttavuuden arvioimista. (esim. Mead

& Bower, 2000; Michie ym., 2003.) Potilaslähtöisen vuorovaikutuksen määrittelyvaikeuksien lisäksi on havaittu, että potilaslähtöistä vuorovaikutusta on ollut vaikea toteuttaa käytännössä (esim. Koenig ym., 2014). Epäselvyyttä käytännön toiminnan kannalta on aiheuttanut varsinkin se, onko potilaslähtöisyydessä kyse enemmän ajattelu- vai toimintatavasta ja kenen toiminnasta siinä on kysymys (esim. Street, 2017). Pääasiallisesti potilaslähtöistä vuorovaikutusta on kuvattu terveydenhuollon ammattilaisen toiminnaksi, sillä ammattilais-potilasvuorovaikutuksen sujuvuuden on todettu olevan enemmän ammattilaisen vastuulla ammattilaisen asiantuntija-asemaan perustuen (esim. Bennett & Irwin, 1997; Cegala ym., 1996). Tästä syystä valtaosa tutkimuksista on keskittynyt terveydenhuollon ammattilaisten viestinnän kehittämiseen (Cegala & Street, 2010). Toisaalta tutkimuksissa on tarkasteltu myös potilaiden toimintaa. Tutkimusta on tehty esimerkiksi siitä näkökulmasta, miten potilaat hallitsevat vuorovaikutustilanteeseen liittyvää epävarmuutta (Brashers ym., 2000), miten he puolustavat itseään vuorovaikutustilanteessa (esim. Brashers ym., 1999), millaisin keinoin he voivat minimoida ammattilais-potilassuhteen valtaan liittyvää epäsymmetriaa (esim. Kettunen ym., 2002), miten he esittävät terveydenhuollon ammattilaisille kysymyksiä sekä miten halukkaita he ovat osallistumaan itseään koskevaan päätöksentekoon (esim. Fredriksson ym. 2017). Lisäksi on kehitetty potilaille suunnattuja koulutuksia, joiden avulla heidän osallistumistaan keskusteluun ja päätöksentekoon voitaisiin edistää (esim. D'Agostino ym., 2017; Shue ym., 2010). Merkille pantavaa aikaisemmissa tutkimuksissa kuitenkin on, että ne ovat keskittyneet enemmän jommankumman osapuolen viestinnän tutkimiseen tai kehittämiseen kuin niinkään tarkastelemaan vuorovaikutusta yhteisenä prosessina. Tästä syystä tutkimuksissa on katsottu aiheelliseksi keskittyä yhteyksien tutkimisen lisäksi enenevässä määrin myös ammattilaisen ja potilaan välisen vuorovaikutuksen moniulotteisen viestinnällisen luonteen tutkimiseen laadullisin menetelmin. Näin ymmärrys vuorovaikutuksen merkityksestä hyvinvoinnin edistäjänä voisi entisestään laajentua.

Tässä väitöskirjatutkimuksessa tarkastellaan lääkäri-potilas- ja hoitaja-potilasvuorovaikutusta viestintätieteellisestä näkökulmasta. Tutkimuksessa tarkastellaan sekä ammattilais-potilasvuorovaikutuksen luonnetta että vuorovaikutuksen suhdetta omahoitoon. Vuorovaikutusta lähestytään moniulotteisena ja kontekstisidonnaisena merkityksenantoprosessina, jossa osapuolet rakentavat ja neuvottelevat verbaalisen ja nonverbaalisen viestinnän keinoin yhteisiä tavoitteita ja merkityksiä liittyen siihen, miten he näkevät itsensä, toisensa, käsiteltävän asian sekä keskinäisen suhteensa (Burlison, 2010; Street, 2003; Watzlawick ym., 1967). Lisäksi on huomioitava, että vuorovaikutusta ei ymmärretä tutkimuksessa ilmiöksi, joka olisi itsessään aina positiivinen ilmiö. Sen sijaan vuorovaikutus ymmärretään luonteeltaan moniulotteiseksi

ilmiöksi, joka voi sekä edistää että estää potilaslähtöisen lähestymistavan saavuttamista ja sitä kautta hoidon tuloksellisuutta (esim. Cegala & Street, 2010).

2.2 Terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välisessä vuorovaikutuksessa rakennettava suhde

Terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välisen vuorovaikutuksen tutkimukseen sisältyy olennaisesti myös terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan keskinäisen suhteen tarkastelu (Kreps & Thornton, 1984). Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu, että ammattilaisen ja potilaan välisessä vuorovaikutuksessa ei hoideta vain tehtäväkeskeisiä tavoitteita, kuten potilaiden ongelmien ratkaisemista, vaan samanaikaisesti vuorovaikutuksessa rakennetaan myös keskinäistä suhdetta, jota on kuvattu potilaan hoidon ytimeksi (de Haes & Bensing, 2009; Kyngäs, 2008; Lipponen, 2006; Ruben, 2016; Tähkä, 1977; Vatjus, 2014). Yleensä terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välistä suhdetta kuvataan ammatilliseksi auttamissuhteeksi, jossa potilaan hoitaminen tapahtuu. Ammatillis-potilassuhde on luonteeltaan epäsymmetrinen suhde, jossa suhteen toinen osapuoli on asiantuntija-asemassa verrattuna toiseen. Kyseisessä suhteessa osapuolilla on erilaiset oikeudet, velvollisuudet ja vastuut, joita määrittelevät muun muassa instituutio, terveydenhuoltoa koskevat kansalliset lait sekä terveydenhuollon ammattilaisia koskevat ammattieettiset ohjeet (esim. Gerlander & Isotalus, 2010; Karhe, 2017; Leino-Kilpi, 1991.) Täten ammatillis-potilassuhteella voidaan nähdä olevan muiden asiantuntija-asiakassuhteiden tavoin kulttuuri-sidonnainen, yhteiskunnallinen, institutionaalinen ja ammatillinen luonne (Jokinen, 2016). Terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välisen suhteen voidaan kuitenkin nähdä rakentuvan ennen kaikkea kahden ihmisen välisissä ainutkertaisissa vuorovaikutustilanteissa heidän keskinäisen toimintansa tuloksena (Gerlander & Isotalus, 2010; Jokinen, 2016; Mattila, 2001; Mikkola, 2006). Täten suhteen ja vuorovaikutuksen välinen yhteys on kaksisuuntainen: samanaikaisesti kun vuorovaikutus rakentaa osapuolten välistä suhdetta, samanaikaisesti myös terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välinen suhde raamittaa osapuolten välistä vuorovaikutusta (esim. Kreps & Thornton, 1984; Watzlawick ym., 1967).

Vaikka terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välistä suhdetta kuvataan yleensä luonteeltaan epäsymmetriseksi, suhdetta rakentavan vuorovaikutuksen tavoitteeksi asetetaan kuitenkin usein symmetrisen eli tasavertaisen suhteen saavuttaminen. Esimerkiksi Kleinmanin (1980) mukaan suhteen tulisi olla symmetrinen,

missä molempien osapuolten näkemykset pääsevät esiin ja niitä sovitellaan vuorovaikutuksessa yhteen. Tällaisia symmetrisiä suhteita on kutsuttu aikaisemmassa tutkimuskirjallisuudessa myös yhteistoimintasuhteiksi, kumppanuussuhteiksi, valmentajasuhteiksi sekä yhteistyösuhteiksi (esim. Emanuel & Emanuel, 1992; Hallamaa, 2020; Routasalo, 2009). Aikaisemmissa tutkimuksissa onkin esitetty, että suhteeseen kohdistuvat epäsymmetrisyyden ja symmetrisyyden odotukset tulisi nähdä suhteessa yhtä aikaa läsnä olevina ja suhteen osapuolten tulisi löytää käytännön vuorovaikutuksessa tasapaino niiden välille (Billig ym., 1988; Peräkylä, 2001). Tasapainon löytäminen epäsymmetrisyyden ja symmetrisyyden välille on kuitenkin osoittautunut vaikeaksi tehtäväksi, sillä tutkimuksissa on kyseenalaistettu, onko symmetrinen vuorovaikutus ja suhde ylipäätään realistinen tavoite vai idealistinen ihanne (Engeström, 2013). On myös pohdittu, mitä ammatillis-potilassuhteella nykyisin tarkoitetaan, kun pitkäaikaiset hoitosuhteet ovat muuttumassa enemmän yksittäisiksi hoitokontakteiksi (esim. Potter & McKinlay, 2005). Kyseinen pohdinta herättääkin kiinnostavan mutta vähemmän tarkastellun kysymyksen siitä, miten ammatillaisen ja potilaan välisen suhteen nähdään viestinnällisesti rakentuvan.

Monitieteellisissä terveystutkimuksissa on esiintynyt erilaisia käsityksiä siitä, milloin terveydenhuollon ammatillaisen ja potilaan välille rakentuu vuorovaikutuksessa suhde. Eroja esiintyy esimerkiksi siinä, nähdäänkö suhteen rakentamisen edellyttävän osapuolten välistä toistuvaa vuorovaikutusta ja yhdessäolon jatkuvuutta, vai voiko jokaisessa yksittäisessä viestintätilanteessa muodostua osapuolten välille suhde. Kyseiset erot näyttäytyvät myös muissa kuin ammatillaisen ja potilaan välistä vuorovaikutusta käsittelevissä tutkimuksissa. Viestintätieteissä on myös eritelty yksittäisessä viestintätilanteessa rakentuvia suhteita sekä jatkuvampia suhteita nimeämällä niitä eri tavalla. Viestintäsuhde-käsitettä on käytetty yleensä puhuttaessa yksittäisestä vuorovaikutustilanteesta ja siinä rakennettavasta viestinnällisestä suhteesta (esim. Gerlander, 2003; Välikoski, 2004). Vuorovaikutussuhde-käsitettä on puolestaan käytetty silloin, kun osapuolten välinen vuorovaikutus on toistuvaa (esim. Aira, 2012; Nykänen, 2021). Käsitteiden erot eivät kuitenkaan ole aina selkeitä, ja välillä käsitteitä käytetään myös synonyymeina, mikä on osaltaan vaikeuttanut suhteen rakentamisen prosessin ymmärtämistä erilaisissa vuorovaikutustilanteissa.

Suhteen ja vuorovaikutuksen jäsentäminen on ollut vaikeaa varsinkin sellaisissa kahdenvälisissä ammatillisissa suhteissa, joissa toinen osapuoli on oikeuksiltaan, velvollisuuksiltaan ja tiedoiltaan epäsymmetrisessä suhteessa toiseen. Tällaisia suhteita, kuten ammatillis-potilassuhteita, on toistaiseksi tutkittu viestintätieteissä melko vähän (esim. Gerlander & Isotalus, 2010). Kahdenvälisiä suhteita tarkasteleva interpersonaalisen viestinnän tutkimusperinne pohjautuu läheisten suhteiden (esim. pari-

perhe, ystävyys- ja vertaissuhteiden) ja niitä rakentavan vuorovaikutuksen tarkastelemaan (esim. Berger, 2005; Braithwaite & Baxter, 2008; Manning & Kunkel, 2014). Vähitellen interpersonaalisen viestinnän tutkimuksissa on ryhdytty tarkastelemaan myös erilaisia ammatillisia suhteita sekä niitä rakentavaa vuorovaikutusta, sillä kyseisten suhteiden on todettu olevan sekä arkipäiväisiä että yksilö-, ryhmä- ja organisaatiotasolla hyvin merkityksellisiä (esim. Aira, 2012; Ala-Kortesmaa, 2015; Artkoski & Hyvärinen, 2015; Gerlander & Isotalus, 2010; Gerlander & Kostiaainen, 2005; Mikola, 2006; Nykänen, 2021). Ammatilliset suhteet eroavat läheisistä suhteista kuitenkin keston ja tavoitteiden suhteen, sillä ne voivat olla myös kertaluontoisia ja niillä on ensisijaisesti tehtäväkeskeisiä tavoitteita, kuten potilaan hoidon onnistuminen ja omahoidon tukeminen. Tästä syystä ammatillisten suhteiden tutkimista on myös lähestyttävä osin eri tavalla kuin läheisiä suhteita, joiden ensisijaiseksi tavoitteeksi voidaan nähdä suhteen kehittyminen (esim. Berger, 2005). Lisäksi ammattilais-potilas-suhteen kaltaisilla ammatillisilla suhteilla voidaan nähdä olevan myös tehtävien hoitamista ja suhteen rakentamista yhdistävä tavoite eli keskinäisen epäsymmetrian ja symmetrian välisen tasapainon saavuttaminen, joka tulee myös ottaa huomioon tarkasteltaessa tällaisia ammatillisia suhteita ja niitä rakentavaa vuorovaikutusta.

Aikaisemmissa tutkimuksissa on toistaiseksi jäänyt vähemmälle tarkastelulle, miten vuorovaikutuksen ja suhteen sekä niitä yhdistävien tavoitteiden välistä yhteyttä voi sekä teoreettisesti että käytännönläheisesti jäsentää. Kyseinen jäsentäminen on tärkeää, sillä suhde ja vuorovaikutus eivät ole täysin samanlaisia ilmiöitä huolimatta niiden kiinteästä yhteydestä toisiinsa (Gerlander, 2003). Suhteen voidaan katsoa rakentuvan sosiaalisen järjestyksen, esimerkiksi sosiaalisten normien ja käytäntöjen pohjalta. Viestinnän voidaan puolestaan katsoa rakentuvan tilannekohtaiseen verbaaliseen ja nonverbaaliseen viestintään ja vuorovaikutukseen perustuvan järjestyksen pohjalta. (Sigman, 1995.) Suhteen ja vuorovaikutuksen keskinäisistä eroista johtuen niitä onkin tarkasteltava sekä erikseen että yhdessä, jotta suhteen ja vuorovaikutuksen merkitystä on mahdollista lähestyä näitä molempia yhdistävien tavoitteiden kannalta.

Tässä väitöskirjatutkimuksessa terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välisen vuorovaikutuksen, suhteen ja niitä yhdistävien tavoitteiden välistä yhteyttä jäsenetään kolmesta näkökulmasta. Ensimmäinen näkökulma keskittyy vuorovaikutuksen luonteeseen tarkastelemalla suhtautumisen viestimistä vuorovaikutuksellisen käsityksen avulla (Watzlawick ym., 1967). Toisessa näkökulmassa tarkastellaan puolestaan suhteeseen liittyviä merkityksiä relationaalisen dialektiikan teorian 2.0-versiota soveltaen (Baxter, 2011). Kolmannessa näkökulmassa keskiössä on terveydenhuollon ammattilaisen ja diabeetikon välinen yhteistyö, joka nähdään tutkimuksessa tehtäväkeskeisiä tavoitteita sekä suhteen epäsymmetrian ja symmetrian välisen

tasapainon hallintaa yhdistävänä tavoitteena, ja joka voidaan saavuttaa osapuolten välisessä vuorovaikutuksessa (esim. Holman & Lorig, 2000; Kangas, 2003). Vaikka yhteistyö ei ole suhtautumisen viestimisen ja suhteen kilpailevien diskurssien tapaan teoreettinen vaan enemmän käytännönläheinen teema, se on tämän tutkimusaiheen kokonaisuuden kannalta tärkeä tekijä. Aikaisemmissa tutkimuksissa on havaittu, että ammattilais-potilasvuorovaikutusta koskevaa teoreettista tietoa on ollut vaikea siirtää käytäntöön terveydenhuollon ammattilaisten ja potilaiden välisen työskentelyn tueksi (Ruben, 2016). Tässä tutkimuksessa teoreettisen tiedon siirtymistä käytäntöön edistetään tarkastelemalla omahoitoon kytkeytyvää yhteistyötä tieteellisen tutkimuksen keinoin, mutta mahdollisimman käytännönläheisesti havainnollistaen, jotta myös teoreettisimpia ilmiöitä on mahdollista jäsentää ja tehdä käytännön tasolla näkyviksi.

2.3 Suhtautumisen viestiminen

Suhtautumisen viestimisellä tarkoitetaan vuorovaikutuksen osapuolten ilmaise-
mia ja tulkitsemia verbaalisia ja nonverbaalisia vihjeitä liittyen siihen, miten osapuolet
viestivät vuorovaikutuksessa suhtautumista asiaan, toiseen osapuoleen, itseensä sekä
keskinäiseen suhteeseen (Watzlawick ym., 1967). Suhtautumisen viestimistä on nimi-
tetty interpersonaalisen viestinnän tutkimuksissa myös relationaaliseksi viestinnäksi,
mutta toisaalta relationaalisella viestinnällä voidaan ymmärtää tarkoitettavan laajem-
min suhteeseen liittyvää vuorovaikutusta. Tällöin relationaalinen viestintä nähdään
vuorovaikutuksen laajana suhdeulottuvuutena, jota voidaan lähestyä useista erilaisista
teoreettisista näkökulmista käsin (esim. Rogers, 2009). Koska tässä tutkimuksessa
ollaen kiinnostuneita suhtautumisen viestimisestä osana relationaalista viestintää, yh-
teenvedo-osassa käytetään käsitettä suhtautumisen viestiminen.

Näkemyks suhtautumisen viestimisestä perustuu Palo Alton psykologisessa tutki-
musinstituutissa työskennelleen Paul Watzlawickin ja hänen kollegojensa Janet
Beavinin ja Don Jacksonin kehittämään vuorovaikutukselliseen käsitykseen (1967).
Alun perin perheiden viestinnän tarkasteluun kehitetty käsitys ei ole varsinaisesti teo-
ria, mutta se on vaikuttanut moniin teorioihin, joissa korostetaan vuorovaikutuksen
suhdetta rakentavaa luonnetta (Griffin ym., 2015). Vuorovaikutuksellisen käsityksen
keskeinen ajatus on, että ihmiset rakentavat vuorovaikutuksessa monimuotoisen so-
siaalisen systeemin ja sitä koskevat toimintasäännöt, joita osapuolten odotetaan nou-
dattavan. Täten osapuolten välinen vuorovaikutus sekä luo että ylläpitää keskinäisiä
suhteita. Jotta osapuolten välinen vuorovaikutus voisi toimia mahdollisimman

tehokkaasti ja tarkoituksenmukaisesti, heidän tulee tiedostaa vuorovaikutusta koskevia peruseriaatteita.

Vuorovaikutuksellisen käsityksen yhden keskeisen peruseriaatteen mukaan kaikissa ihmisten lähettämässä viesteissä on sekä sisältö- että suhdekomponentti, joista sisältökomponentti tarkoittaa viestin tiedollista sanomaa (mitä sanotaan). Suhdekomponentti tarkoittaa puolestaan viestin sisältämiä verbaalisia ja nonverbaalisia relationaalisia vihjeitä siitä, miten viesti tulisi tulkita (miten sanotaan). Täten kaikista viesteistä on käsityksen mukaan mahdollista tulkita, olivatko viestit tarkoitettu esimerkiksi sarkastisiksi vai välittäviksi. Viestien tulkintaan vaikuttavia vihjeitä ovat muun muassa keskinäinen etäisyys, koskettaminen, äänenpainot, katsekontakti sekä sanavalinnat. Viestin sisällön lisäksi osapuolet siis viestivät tietoa siitä, miten he suhtautuvat toisiinsa ja millaiseksi he mieltävät keskinäisen suhteen. (Watzlawick ym., 1967.)

Suhtautumisen viestimiseen liittyvät myös vuorovaikutuksellisen käsityksen muut peruseriaatteen, joista yhden mukaan ihminen ei voi olla koskaan viestimättä, sillä nonverbaalinen viestintä on erottamaton osa ihmisten välistä vuorovaikutusta jokaisessa tilanteessa. Suhtautumisen viestiminen on väistämätöntä ja sillä on katsottu olevan merkitystä toiselle osapuolelle myös silloin, kun itse ei haluaisi viestiä toisen kanssa. (Watzlawick ym., 1967.) Kyseinen peruseriaate on kuitenkin teorian toisen kehittäjän Bavelasin (2021) toimesta kyseenalaistettu, sillä kaikkia nonverbaalisia eleitä ei ole välttämättä tarkoitettu viestinnäksi. Lisäksi nonverbaalista viestintää voidaan harvoin tulkita luotettavasti ilman verbaalista viestintää.

Vuorovaikutuksellisessa käsityksessä otetaan kantaa myös keskinäisen suhtautumisen viestimisen luonteeseen vallan näkökulmasta. Käsityksen mukaan kaikissa terveissä ihmisten välisissä suhteissa esiintyy sekä symmetristä että epäsymmetristä viestintää, jolloin suhteissa esiintyy sekä vallan epätasajakoa että tasavertaista vallan käyttöä. Vuorovaikutuksen toimivuuden kannalta keskeisintä onkin ymmärtää vallan väistämätön läsnäolo ja sen käytön merkitys. (Watzlawick ym. 1967.)

Vuorovaikutuksellisessa käsityksessä esitetty suhtautumisen viestiminen on havaittu olevan olennainen huomioon otettava näkökulma tarkasteltaessa terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välistä vuorovaikutusta, sillä suhtautumisen viestiminen on potilaslähtöisen vuorovaikutuksen keskeinen ulottuvuus (esim. Cegala, 1997). Suhtautumisen viestiminen on tärkeä tekijä varsinkin viestintäympäristön rakentamisessa, jolla on merkitystä esimerkiksi potilastyytyväisyyden, potilaan osallistumisen sekä hänen fyysisen hyvinvointinsa kannalta (esim. Step ym., 2009). Lisäksi suhtautumisen viestimisellä on merkitystä sen suhteen, miten potilaat ja heidän läheisensä arvioivat hoidon laatua kokonaisuutena (Ruben, 2016).

Suhtautumisen viestimisen merkitys on tunnistettu myös pitkäaikaissairaiden hoidossa. Esimerkiksi diabeetikoiden hoidon yhteydessä luottamuksen, sympatian, kiinnostuksen ja hyväksynnän osoittaminen voivat olla omahoitoa edistäviä viestinnällisiä tekijöitä (Edwall ym., 2008; Kokanovic & Manderson, 2007; Ritholz ym., 2014). Toisaalta epätarkoituksenmukainen suhtautumisen viestiminen voi myös estää omahoitoa. Esimerkiksi terveydenhuollon ammattilaisen osoittama vähäinen emotionaalinen tuki, erilaisen kulttuurisen taustan huomioimatta jättäminen, luottamuksen osoittamisen puute sekä epäystävällinen käytös voivat haitata omahoitoa (esim. Hornsten, ym., 2005; Sohal ym., 2015; Thorne ym., 2004).

Aikaisemmista suhtautumisen viestintää käsittelevistä tutkimuksista on havaittavissa, että niissä on tarkasteltu vasta rajallisesti potilaiden itsensä merkityksellisiksi kokemia suhtautumisen viestimisen ominaispiirteitä suhteessa omahoitoon (esim. Burke ym., 2006; Dwarswaard ym., 2016; Hornsten ym., 2005). Erityisen vähän on tarkasteltu sitä, miten sekä terveydenhuollon ammattilainen ja potilas osallistuvat molemmat suhtautumisen viestimiseen ja siihen, miten suhtautumisen viestiminen rakentuu vuorovaikutuksessa. Kyseisen näkökulman tarpeellisuudelle löytyy kuitenkin perusteita vuorovaikutuksellisesta käsityksestä: käsityksen vuorovaikutusta koskevissa peruseräillä todetaan, että päästäkseen käsiksi keskinäisen suhteen ongelmiin osapuolten on osattava jaksottaa suhdetta rakentavaa vuorovaikutusta eli jäsentää, miten toisen osapuolen ja oma viestintä vaikuttavat keskinäiseen vuorovaikutukseen ja sitä kautta suhteeseen (Watzlawick ym., 1967). Vuorovaikutuksellisen käsityksen mukaan suhteen ongelmat on helpompi nähdä toisen viestinnästä johtuviksi. Yhtä tärkeää käsityksen mukaan olisi kuitenkin ymmärtää, millaisia seurauksia omalla viestinnällä on toisen viestinnälle, keskinäisen vuorovaikutuksen sujuvuudelle sekä sitä kautta keskinäiselle suhteelle. Jos molemmat osapuolet onnistuvat tarkastelemaan, mistä vuorovaikutuksen hyvät ja huonot puolet johtuvat, tällöin he voivat päästä sekä vuorovaikutuksessa että keskinäisessä suhteessa eteenpäin. Tällaisessa tarkastelussa auttaa usein ongelmatilanteen jäsentäminen, jossa osapuolet asettuvat tietoisesti systeeminsä ulkopuolelle tarkastelemaan vuorovaikutusta ikään kuin ulkopuolisen silmin sekä tutustumaan objektiivisemmin toistensa näkökulmiin. Asettuminen oman systeemin ulkopuolelle ei aina välttämättä onnistu omin voimin, ja tällöin on suositeltavaa pyytää ulkopuolista apua. (Griffin ym., 2015; Watzlawick ym., 1967.)

2.4 Suhteen kilpailevat diskurssit

Suhteen kilpailevilla diskursseilla tarkoitetaan vastakkaisia merkityksiä tai näkökulmia, jotka ohjaavat vuorovaikutuksessa tapahtuvaa keskinäistä merkityksenantoa liittyen siihen, millaisena suhteen luonne ja tarkoitus vuorovaikutuksessa nähdään (Baxter, 2011; Pederson, 2014). Kilpailevat diskurssit liittyvät relationaalisen dialektiikan teoriaan (Baxter & Montgomery, 1996; Baxter, 2011), joka keskittyy kuvaamaan, miten ihmiset rakentavat vuorovaikutuksessa ihmissuhteisiin liittyviä merkityksiä kieltä käyttämällä. Teorian ydinajatus on, että kaikki ihmisten väliset suhteet ovat ainutlaatuisia kokonaisuuksia, jotka rakentuvat vuorovaikutuksessa ilmenevien ja siinä syntyvien vastakkaisten voimien dynaamisessa ristivedossa. Suhteiden rakentaminen ei siis ole niinkään kiinni osapuolista yksilöinä, vaan ratkaisevaa on heidän keskinäinen, yhdessä rakentama vuorovaikutus ja siinä ilmenevien vastakkaisten voimien hallinta. Täten vuorovaikutus ja se, miten vastakkaisia voimia hallitaan, voi sekä yhdistää että erottaa osapuolia toisistaan. (Baxter, 2011.) Teorian ensimmäisessä versiossa (Baxter & Montgomery, 1996) vastakkaisia voimia kutsutaan jännitteiksi tai jännitepareiksi, mutta teorian toisessa versiossa vastakkaiset voimat on nimetty kilpaileviksi diskursseiksi (Baxter, 2011). Tässä väitöskirjatutkimuksessa sovelletaan teorian versiota 2.0 ja vastakkaisista voimista käytetään teorian mukaisesti ilmaisua kilpailevat diskurssit.

Relationaalisen dialektiikan teorian ajatus kilpailevista diskursseista pohjautuu Mikhail Bahtinin (1981) ajatuksille dialogismista, jonka mukaan sosiaalinen elämä on yksiaänisen monologin sijasta avointa moniäänistä vuorovaikutusta (dialogia), jossa vastakkaiset voimat (varsinkin erillisyyys ja yhtenäisyys) ovat jatkuvasti yhtä aikaa läsnä. Näin ollen sosiaalisen elämän rakentamisessa on kyse vastakkaisten voimien hallinnasta dynaamisessa dialogissa eli vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa. Dialogissa rakennetaan Bahtinin (1981) mukaan myös minuutta sekä laajempaa sosiaalista todellisuutta. Koska vuorovaikutus on luonteeltaan dynaamista, sosiaalinen elämä, todellisuus ja minuus ovat jatkuvassa muutoksessa. Näin ollen niitä työstetään jatkuvasti vuorovaikutuksessa suhteessa kontekstin erilaisiin ulottuvuuksiin, kuten aikaan, paikkaan ja kulttuuriin.

Relationaalisen dialektiikan teorian mukaan suhteen diskurssien keskinäinen kilpailu aiheutuu siitä, että diskurssit ovat vuorovaikutuksessa harvoin yhtä vahvoja: jotkut diskurssit ovat korostuneempia kuin toiset ja osa diskursseista jää enemmän marginaaliin. Tämänkaltainen epätasapaino usein vahvistaa keskeisiä diskursseja vuorovaikutuksessa, mutta toisaalta diskurssien välinen kilpailu voi luoda myös

uudenlaisia suhteeseen liittyviä merkityksiä. Diskurssien kilpailu vuorovaikutuksessa ei ole teorian mukaan hyvä eikä huono asia tai ongelma, joka tulisi ratkaista. Diskurssien kilpailu on suhteen ja sitä rakentavan vuorovaikutuksen luonteeseen liittyvä väistämätön asia, jota osapuolten ei tule välttää vaan pikemminkin tiedostaa. (Baxter, 2011.)

Relationaalisen dialektiikan teorian mukaan diskurssit rakentuvat osapuolten välisessä vuorovaikutuksessa kieltä käyttämällä, ja ne ilmenevät laajoissa lausumaketjuissa. Diskurssit eivät siis rakennu yksittäisissä lausahduksissa, vaan suhdetta määrittävät diskurssit rakentuvat yhteydessä aikaisemmin puhuttuun sekä odotuksiin siitä, millaista viestintää tulevaisuudessa on odotettavissa. Lausumaketjuissa on teorian mukaan kaksi tasoa: ensinnäkin lausumaketjut heijastelevat osapuolten aikaisempia viestintäkokemuksia sekä odotuksia liittyen osapuolten välisiin tuleviin viestintätilanteisiin. Toiseksi lausumaketjut heijastelevat ympäröivän yhteisön ja kulttuurin vaikutuksia sekä siihen liittyviä ihanteita ja odotuksia. (Baxter, 2011.)

Kilpailevien diskurssien tunnistamisen lisäksi Baxter (2011) on kannustanut tutkijoita tarkastelemaan vuorovaikutuksen osapuolten kielenkäytöstä myös sitä, miten diskurssit kilpailevat eli ovat vuorovaikutuksessa keskenään. Kyseisen tiedon on katsottu tuovan entistä syvällisempää näkökulmaa suhdetta rakentavaan vuorovaikutukseen. Diskurssien kilpailun tunnistamisen ja kuvaamisen tueksi Baxter (2011) on kehittänyt kontrapuntaalisen analyysin. Kyseisessä analyysissä on kolme vaihetta, joista ensimmäisessä vaiheessa lausumaketjuissa esiintyvät diskurssit tunnistetaan. Tämän jälkeen tarkastellaan, mitkä diskurssit kilpailevat keskenään, sillä kaikki diskurssit eivät välttämättä ole ristivedossa toisiinsa nähden. Analyysin viimeisessä vaiheessa tarkastellaan, millä tavalla diskurssit kilpailevat eli ovat vuorovaikutuksessa keskenään. Baxterin (2011) mukaan diskurssit voivat esimerkiksi olla vuorovaikutuksessa toisiinsa nähden yhtä vahvoja (integraatio) tai ne voivat esiintyä vuorovaikutuksessa segmentoidusti, jolloin kilpailevat diskurssit ovat vuorovaikutuksessa etualalla eri aikaisesti sen mukaan, millaisesta tilanteesta ja keskustelunaiheesta on kyse.

Relationaalisen dialektiikan teoriaa on sovellettu erityisesti läheisten suhteiden tutkimisessa, mutta nykyään teoriaa sovelletaan enenevässä määrin myös erilaisia ammatillisia suhteita tarkastelevissa tutkimuksissa (esim. Ala-Kortesmaa & Isotalus, 2014; Nykänen, 2021). Terveysviestinnän tutkimuksissa teoriaa on sovellettu tutkittaessa terveydenhuollon ammattilaisten välistä yhteistyötä (Apker ym., 2016), lääkäripotilassuhteen jännitteitä (Gerlander, 2003) sekä tietynlaisia terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välisiä keskustelutilanteita, kuten elämän päättymiseen liittyviä hoitokeskusteluja (Amati & Hannawa, 2014). Lisäksi teoriaa on sovellettu

tutkittaessa tiettyä professiota edustavien terveydenhuollon ammattilaisten suhdetta potilaisiinsa (esim. Dean & Oetzel, 2014).

Aikaisemmissa ammatillisia suhteita tarkastelevissa tutkimuksissa on sovellettu etupäässä relationaalisen dialektiikan teorian ensimmäistä versiota. Sen sijaan diskursseihin keskittyyvää teorian toista versiota on sovellettu ammatillisten suhteiden tarkastelussa vasta vähän. Lisäksi ammatillisia suhteita on tarkasteltu rajallisesti tiettyjä sairauksia sairastavien potilaiden hoidon yhteydessä. Tämänkaltaisen tutkimus on kuitenkin olennaista, sillä eri sairauksia sairastavien potilaiden hoitamiseen liittyy usein omia erityispiirteitä ja todennäköisesti myös ristiriitaisia merkityksenantoja. Tyypin 2 diabeetikoiden hoitoa on kuvattu diskursiiviseksi taistelulentäksi, jossa erilaiset yhteiskunnalliset toimijat (kuten media, terveydenhuolto ja lääketeollisuus) tuovat esille omia erilaisia näkemyksiään hoidosta, sairauden syistä ja diagnostiikasta (Nahon-Serfaty, 2012). Tyypin 2 diabetekseen on liitetty paljon kielteisiä merkityksenantoja, sillä tyypin 2 diabetesta on kuvattu yhteiskunnallisessa keskustelussa usein stigmatisoituneeksi ja itseaiheutetuksi sairaudeksi (esim. Browne, 2013). Huomionarvoista tyypin 2 diabeetikoiden hoitoa koskevissa merkityksenannoissa on, että diabeetikoiden ääni on jäänyt marginaaliin, vaikka heidän on katsottu olevan päävastuussa omahoidosta ja täten myös koko hoidon onnistumisesta. Tästä syystä diabeetikoiden kokemuksia sekä niissä ilmeneviä merkityksenantoja on tärkeää nostaa tutkimuksen keinoin esille.

Diabeetikoiden hoitoon liittyviä tutkimuksia, joissa on sovellettu Baxterin (2011) uudempaa versiota relationaalisen dialektiikan teoriasta on tehty vielä rajallisesti. Esimerkiksi O’Haran (2017) tutkimuksessa tarkasteltiin, miten diabeetikoiden hoitoon liittyvät merkityksenannot rakentuivat kilpailevien diskurssien kautta saman lääkärin ja potilaan välisessä vuorovaikutuksessa kolmen hoidonohjauskeskustelun aikana. O’Haran ja Shuen (2018) tutkimuksessa tutkittiin kuutta lääkäri-potilasparia ja heidän välisiä useampia hoidonohjauskeskusteluja siitä näkökulmasta, miten diabeetikoiden hoitoon liittyvät merkityksenannot rakentuivat diskurssien välisessä kilpailussa. Delan ja kumppaneiden (2020) tutkimuksessa puolestaan selvitettiin diabeetikoiden ja heidän perheenjäsentensä välisessä vuorovaikutuksessa rakennettavia merkityksenantoja diabeetikoiden hoitoon liittyen. Aikaisemmissa tutkimuksissa on oltu kiinnostuneita pääasiallisesti diabeetikoiden hoitoon liittyvistä erilaisista merkityksenannoista. Vähemmän tarkasteltu mutta kiinnostava näkökulma on myös se, millaisia kilpailevia merkityksenantoja terveydenhuollon ammattilaisen ja diabeetikon välinen suhde saa terveydenhuollon ammattilaisten ja diabeetikoiden välisissä hoidonohjauskeskusteluissa.

2.5 Terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välinen yhteistyö

Yhteistyöllä tarkoitetaan ihmisten välistä aktiivista, tavoitteellista ja moniulotteista prosessia, joka muodostuu toiveesta tai tarpeesta ratkaista jokin ongelma tai luoda jotain uutta vuorovaikutuksen keinoin (esim. Aira, 2012). Terveysviestinnän tutkimuksissa yhteistyö on kuvannut käsitteenä eri alojen ammattilaisten välistä yhteistoi-
mintaa (esim. Fox ym., 2021; Mönkkönen ym., 2019; Nikander, 2003), mutta lisäksi käsitettä on käytetty kuvaamaan myös ammattilaisen ja potilaan välistä tasavertaista, yhteisvastuullista, neuvottelunomaista ja jaettua vuorovaikutusta sekä siinä rakentuvaa kumppanuutta (esim. Charles & Wheelan, 1999; Enlund, 2013). Yhteistyötä on kutsuttu myös vuorovaikutuksen jatkuvuuden seurauksena rakentuvaksi yhteistoi-
mintaa- tai yhteistyösuhteeksi (esim. Kreps & Thornton, 1984) sekä terapeutin suh-
teen kaltaiseksi ammattilaisen ja potilaan väliseksi allianssiksi, jolla tarkoitetaan yleensä osapuolten välistä kehittyvää, pitkäkestoista ja luottamuksellista suhdetta (esim. Pyökäri, 2014). Toisaalta yhteistyötä on kuvattu myös terveydenhuollon am-
mattilaisen ja potilaan välisen keskustelun välineeksi (Kääriäinen, 2007). Kaikki ku-
vaukset yhteistyöstä osoittavat yhteistyön keskeisen merkityksen ammattilaisen ja po-
tilaan välisen vuorovaikutuksen ja sen tavoitteiden saavuttamisen kannalta.

Yhteistyön merkitys on tuotu esille varsinkin pitkäaikaissairaiden hoidon yhtey-
dessä, sillä pitkäaikaissairaiden hoidon tarve on yleensä elinikäinen ja potilaat asioivat
usein terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Aikaisemmissa tutkimuksissa on ko-
rostettu, että juuri pitkäaikaissairaiden hoidossa molempien osapuolten osallistumi-
nen keskusteluun sekä molempien osapuolten asiantuntijuuden huomioiminen ovat
keskeisiä tarkoituksenmukaisen hoidon toteuttamisessa (esim. Kangas, 2003). Toi-
saalta pitkäaikaissairaiden hoidon yhteydessä on myös havaittu, että yhteistyötä ei
mielletä aina positiiviseksi ilmiöksi, sillä yhteistyön tavoittelu voi myös kuormittaa
pitkäaikaissairasta ja painostaa häntä ottamaan liikaakin vastuuta omasta hoidostaan
(Fox & Reeves, 2014). Yhteistyön tekeminen ei myöskään ole viestinnällisesti kovin
helppoa, sillä hoito ja siihen liittyvät vastuut voivat jakautua eri terveydenhuollon
ammattilaisille (Engeström 2013), keskusteluaiheet (kuten elämäntavoista keskuste-
leminen) ovat viestinnällisesti vaikeita (Roter & Hall, 2006) ja aika yhteistyön teke-
miselle on yksittäisessä hoidonohjauskeskustelussa usein rajallinen. Terveydenhuol-
lon ammattilaisen ja pitkäaikaissairaana välisen yhteistyön tekemistä vaikeuttaa myös
se, että yhteistyöllä on tarkoitus tukea varsinkin pitkäaikaissairaana toimijuutta omassa

arjessaan, mikä on viestinnällisesti vaativa tavoite (Hallamaa, 2020). Vaikka yhteistyön tekemistä on kuvattu vaikeasti toteutettavaksi ihanteeksi, yhteistyötä edistäviä ajattelu- ja toimintatapoja on katsottu olevan tärkeää kehittää (esim. Engeström, 2013; Hallamaa, 2020). Yhteistyön tekemisen käytäntöihin on tärkeää kiinnittää huomiota, jotta molempien osapuolten osallistuminen keskusteluun sekä yhteinen vastuunkantaminen sovitusta toimenpiteistä toteutuvat.

Toimivan yhteistyön merkitys on tuotu esille myös diabeetikoiden hoidonohjauksessa esimerkiksi diabeteksen hoidonohjauksen kansallisissa laatukriteereissä (2003), diabeteksen Käypä hoito -suosituksessa (2020) sekä diabeteksen hoidon kehittämishankkeiden viitekehyksenä toimivassa mallissa (chronic care model), jossa tuloksellinen yhteistyö on määritelty terveyshyötyjä edistäväksi tekijäksi (Ilanne-Parikka, 2019a; Ilanne-Parikka, 2019b). Yhteistyön on havaittu olevan keskeinen diabeetikon voimaantumiseen liittyvä tekijä (esim. Gómez-Velasco ym., 2019), hoitoon sitoutumista selittävä tekijä (esim. Schwartz ym., 2014) sekä tasavertaisen hoitosuhteen ja yhteisymmärryksessä tapahtuvan hoidosta sopimisen mahdollistaja (esim. Settineri ym., 2019). Vuorovaikutuksessa rakennettava yhteistyö on täten keskeinen omahoitoon kytkeytyvä tekijä, ja tämän vuoksi yhteistyö on tärkeä huomioida tutkittaessa vuorovaikutuksen ja omahoidon välistä yhteyttä.

Terveydenhuollon ammattilaisen ja diabeetikon välistä yhteistyötä kuvataan hoidonohjauksessa yleensä pitkäkestoiseksi, prosessinomaiseksi ja tavoitteelliseksi kumppanuudeksi, jossa molemmat osapuolet asettavat yhdessä omahoidon ja terveyden edistämiseen liittyviä tavoitteita sekä osallistuvat yhteiseen työskentelyyn kysiesten tavoitteiden saavuttamiseksi. Molemmilla osapuolilla on yhteistyössä omanlaiset tehtävät. Terveydenhuollon ammattilaisen tehtäväksi on asetettu muun muassa hoitotoimenpiteiden opettaminen, emotionaalisen tuen antaminen sekä tarvittavan tiedon antaminen. Diabeetikon tehtäväksi on puolestaan määritelty esimerkiksi omaaloitteinen ja kantaaottava toiminta. Diabeetikon odotetaan tuovan esille omia tietoja, huolia ja kokemuksia diabeteksen kanssa elämisestä sekä kysyvän itseä mietittyjä asioita, jotta hoidonohjaus olisi omahoidon kannalta mahdollisimman tarkoituksenmukaista. Näin ollen hoidonohjauksessa tapahtuvassa yhteistyössä on kyse tasavertaisesta vuorovaikutuksesta rakennettavasta toiminnasta, jossa molemmat osapuolet jakavat ideoita, kuuntelevat ja oppivat toisiltaan sekä etsivät yhteistä ymmärrystä keskeisistä tavoitteista. (esim. Himanen, 2015; Kyngäs, 2008; Morris ym., 2016; Suomen Diabetesliitto, 2003.)

Aikaisemmista hoidonohjaukseen kytkeytyvistä yhteistyön määritelmistä on havaittavissa, että yhteistyö mielletään yleensä pitkäkestoiseksi kumppanuudeksi, mikä viittaa yhteistyön rakentuvan ajan kanssa ja olevan jatkuvan hoitosuhteen

ominaisuus. Nykypäivän suomalaisessa diabeteshoidossa on kuitenkin todellisuutta, että diabeetikoiden hoitosuhteet ovat usein kertaluontoisia muun muassa terveydenhuollon resursseista ja toimintatavoista johtuen, eikä pitkäkestoisia suhteita ole useinkaan mahdollista rakentaa (Koski, 2021). Aikaisemmissa tutkimuksissa on jäänyt toistaiseksi vähemmälle tarkastelulle, miten toimivaa yhteistyötä rakennetaan käytännön vuorovaikutuksessa yksittäisissä hoidonohjauskeskusteluissa, jotka voivat olla ajalliselta kestoiltaan varsin lyhyitä.

Vuorovaikutuksen tehtäväksi yhteistyön onnistumisen kannalta on nimetty muun muassa tuen osoittaminen ja saaminen, ideoiden tuottaminen ja jalostaminen, ongelmien käsitteleminen ja päätöksenteko, tiedon käsitteleminen, toiminnan arvioiminen, yhteisten tavoitteiden määrittäminen, keskinäisen riippuvuuden hallinta sekä osapuolten erilaisten perspektiivien ymmärtäminen (esim. Aikens ym., 2005; Aira, 2012; Lewis, 2006). Tutkijoille ei ole kuitenkaan muodostunut aivan yhtenäistä käsitystä siitä, mihin vuorovaikutuksessa rakennettaviin yhteistyön osa-alueisiin terveydenhuollon ammattilaisen ja diabeetikon olisi yksittäisissä hoidonohjauskeskusteluissa olennaisinta keskittyä. Lisäksi epäselväksi on jäänyt, mikä terveydenhuollon ammattilaisen ja diabeetikon välisessä vuorovaikutuksessa on kaikista ratkaisevinta, jotta vuorovaikutus olisi luonteeltaan yhteistyötä ja omahoitoa edistävää eikä estävää. Aikaisemmasta tutkimuksesta tiedetään, toimimaton vuorovaikutus – kuten kuuntelemattomuus sekä vähäinen sosiaalinen tuki – voi myös merkittävästi estää yhteistyön tekemistä ja sen tavoitteiden saavuttamista (esim. Kokanovic & Manderson, 2007; Oftedal ym., 2010; Sohal ym., 2015). Jotta yhteistyötä olisi mahdollista kehittää omahoidon kannalta entistä tarkoituksenmukaisemmaksi, tarvitaan uutta tutkimusta, joka selvittää vuorovaikutuksen edistävää ja estävää merkitystä yhteistyön eri osa-alueiden kannalta.

Tässä väitöskirjatutkimuksessa yhteistyötä tarkastellaan terveydenhuollon ammattilaisen ja diabeetikon välisessä vuorovaikutuksessa rakennettavana tavoitteena, joka on mahdollista saavuttaa jokaisessa yksittäisessä vuorovaikutustilanteessa. Jotta yhteistyötä voidaan käytännönläheisesti havainnollistaa, on tarkasteltava sitä edistävää ja estävää vuorovaikutusta. Lisäksi tutkimuksessa ajatellaan, että yhteistyötä tavoiteltaessa osapuolet pyrkivät saavuttamaan vuorovaikutuksessa sekä tehtäväkeskeisiä eli omahoidon sujuvuuteen liittyviä tavoitteita että keskinäisen suhteen rakentamiseen liittyviä tavoitteita eli epäsymmetrian ja symmetrian välisen tasapainon hallintaa. Tästä syystä ammattilaisen ja potilaan välisen yhteistyön tarkastelu vuorovaikutuksen tasolla voi tuoda esille vuorovaikutuksen, suhteen sekä niitä yhdistävien tavoitteiden keskinäisen suhteen, mikä parhaimmillaan avaa näkymän vuorovaikutuksen ja suhteen merkitykseen terveyteen liittyvien seurausten osalta.

3 TUTKIMUSASETELMA

3.1 Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Tämän laadullisen väitöskirjatutkimuksen tarkoituksena on kuvata ja ymmärtää, miten tyypin 2 diabeetikoiden vuorovaikutuskokemukset terveydenhuollon ammattilaisten kanssa ovat yhteydessä omahoitoon. Lisäksi tarkoituksena on kuvata ja arvioida, miten merkityksellisten tapahtumien tekniikka soveltuu ammattilais-potilasvuorovaikutuksen tutkimiseen. Väitöskirjatutkimuksen tavoitteena on tuottaa uutta monitieteellisesti hyödynnettävää tutkimustietoa terveydenhuollon ammattilaisen ja diabeetikon välisen vuorovaikutuksen mahdollisuuksista ja ongelmakohdista, jotka huomioon ottamalla omahoitoa on mahdollista vahvistaa. Lisäksi tutkimuksen tavoitteena on tuoda enemmän esille diabeetikoiden ääntä yhteiskunnallisessa keskustelussa, jotta diabeetikoiden hoitoa olisi mahdollista kehittää entistä potilaslähtöisemmäksi. Tutkimuksen metodologisena tavoitteena on tuottaa uutta tietoa merkityksellisten tapahtumien tekniikan soveltuvuudesta tutkittaessa terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välistä vuorovaikutusta sekä osoittaa keinoja tekniikan soveltamiseen jatkossa erilaisissa terveysviestinnän alan tutkimusasetelmissä.

Väitöskirjatutkimus muodostuu neljästä osatutkimuksesta sekä niiden tulokset kokoavasta yhteenvedosta. Kaksi ensimmäistä osatutkimusta kuvaavat diabeetikoiden vuorovaikutuskokemuksissa ilmenevän ammattilais-potilasvuorovaikutuksen ja siinä rakennettavan suhteen luonnetta. Kolmannessa osatutkimuksessa tarkastellaan terveydenhuollon ammattilaisen ja diabeetikon välisen vuorovaikutuksen edistävää ja estävää merkitystä omahoitoon kytkeytyvälle yhteistyölle. Neljännessä osatutkimuksessa kuvataan ja arvioidaan tutkimuksessa hyödynnettävän merkityksellisten tapahtumien tekniikan soveltuvuutta ammattilais-potilasvuorovaikutuksen ja sen terveyteen liittyvien seurausten tutkimiseen. Osatutkimukset on esitelty tiiviisti taulukossa 1 ja tarkemmin luvussa 4.

Taulukko 1. Tutkimuskokonaisuuteen kuuluvat osatutkimukset

	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto ja analyysimenetelmät
Osatutkimus 1 (Peltola, Isotalus & Åstedt-Kurki, 2018)	Tutkimuksen tarkoituksena on määrittää diabeetikoiden vuorovaikutuskokemusten suhtautumisen viestimiseen liittyvät ominaispiirteet.	Aineisto: 63 merkityksellistä tapahtumaa Analyysi: Aineistolähtöinen sisällönanalyysi
Osatutkimus 2 (Peltola & Isotalus, 2019)	Tutkimuksen tarkoituksena on tunnistaa terveydenhuollon ammattilaisen ja tyypin 2 diabeetikon väliseen suhteeseen liittyvät kilpailevat diskurssit, jotka esiintyvät diabeetikoiden vuorovaikutuskokemuksissa.	Aineisto: 63 merkityksellistä tapahtumaa Analyysi: Kontrapunktaalinen analyysi
Osatutkimus 3 (Peltola, Isotalus & Åstedt-Kurki, 2021)	Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata tyypin 2 diabeetikoiden kokemuksia siitä, miten terveydenhuollon ammattilaisen ja diabeetikon välinen vuorovaikutus edistää ja estää omahoitoon kytkeytyvää yhteistyötä.	Aineisto: 63 merkityksellistä tapahtumaa Analyysi: Aineistolähtöinen sisällönanalyysi
Osatutkimus 4 (Peltola, Isotalus & Åstedt-Kurki, 2022)	Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ja arvioida merkityksellisten tapahtumien tekniikan soveltuvuutta terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välisen vuorovaikutuksen ja sen terveyteen liittyvien seurausten tutkimiseen.	Aineisto: Koko väitöskirjatutkimus Flanaganin (1954) ohjeistus sekä aikaisemmat monitieteelliset terveystutkimukset, joissa on sovellettu merkityksellisten tapahtumien tekniikkaa. Analyysi: Aikaisempien merkityksellisten tapahtumien tekniikkaa soveltaneiden tutkimusten ja väitöskirjatutkimuksen arviointi Carterin ja Littlen (2007) mallin avulla.

Osatutkimusten tulokset kootaan yhteen tässä yhteenvedossa vastaamalla kahteen koko väitöskirjatutkimusta yhdistävään tutkimuskysymykseen. Ensimmäinen tutkimuskysymys on: *1) miten terveydenhuollon ammattilaisen ja diabeetikon välinen vuorovaikutus edistää ja estää omahoitoa.* Diabeetikoiden vuorovaikutuskokemusten ja omahoidon välistä yhteyttä tarkastellaan ammattilais-potilasvuorovaikutuksen näkökulmasta. Vuorovaikutuksessa ei keskitytä osapuolten yksittäisiin lausumiin, nonverbaalisiin

vihjeisiin tai yhteisen ymmärryksen saavuttamiseen tutkimiseen, vaan vuorovaikutusta lähestytään osapuolten yhteisesti luomana moniulotteisena kokonaisuutena, jossa on otettava huomioon myös osapuolten tekemät tulkinnot vuorovaikutuksesta sekä vuorovaikutuksen kontekstisidonnaisuus (Street, 2003). Lisäksi vuorovaikutus nähdään kaksisuuntaisena ilmiönä, joka voi sekä edistää että estää potilaslähtöisen lähestymistavan saavuttamista ja sitä kautta hoidon tuloksellisuutta (esim. Cegala & Street, 2010).

Toinen tutkimuskysymys on: 2) *miten merkityksellisten tapahtumien tekniikka soveltuu terveydenhuollon ammattilaisen ja diabeetikon välisen vuorovaikutuksen tutkimiseen*. Metodologiasta on tässä tutkimuksessa oma tutkimuskysymys, jotta tutkimuksessa on mahdollista huomioida tutkimuksen tekemisen molemmat ydintehtävät: tutkimuksen tekemisen tarkoitus ei ole pelkästään tuottaa uutta tietoa tutkittavasta ilmiöstä, vaan tehtävänä on myös arvioida ja kehittää käytettävää tutkimusmetodologiaa (Carter & Little, 2007). Kyseinen arviointi- ja kehittämistyö tukee parhaimmillaan erilaisten ilmiöiden tutkimista sekä erilaisten tutkimusotteiden soveltamista jatkossa entistä tarkoituksenmukaisemmin. Lisäksi tutkimusmetodologian arvioiminen ja kehittäminen edistää tieteen tekemisen läpinäkyvyyttä tuomalla esiin, että tutkittavan ilmiön tarkastelu perustuu aina epistemologisiin, metodologisiin ja metodin käyttöön liittyviin valintoihin, jotka vaikuttavat merkittävästi myös tutkimuksen tuloksiin.

3.2 Tutkimuksen tieteenfilosofiset lähtökohdat

Tämä väitöskirjatutkimus keskittyy kuvaamaan ja ymmärtämään diabeetikoiden vuorovaikutuskokemuksia yksittäisistä hoidonohjauskeskusteluista, joilla on diabeetikoiden kokemusten mukaan ollut omahoitoa edistävä tai estävä merkitys. Tutkimuksessa ei kerätä terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksia tilanteista, diabeetikon hoitotietoihin kirjattuja terveystietoja eikä määritellä tutkijalähtöisesti, mikä terveydenhuollon ammattilaisen ja diabeetikon välisessä vuorovaikutuksessa voisi olla erityisen merkityksellistä suhteessa omahoitoon. Sen sijaan tutkimuksessa oletetaan tulkitsevan tieto- ja totuuskäsityksen mukaisesti, että vuorovaikutuskokemusten ja omahoidon välisestä yhteydestä ei ole olemassa yhtä ainoaa totuutta. Tutkimuksessa tiedostetaan, että on olemassa monenlaisia yhtäaikaisia käsityksiä vuorovaikutuksesta, kokemuksesta, omahoidosta sekä niiden välisestä yhteydestä, ja näitä käsityksiä rakennetaan suhteessa erilaisiin viitekehyksiin (esim. Braithwaite & Baxter, 2008; Manning & Kunkel, 2014). Tällaisia viitekehyksiä ovat tässä tutkimuksessa diabeetikoiden henkilökohtainen hoitohistoria, aiemmat viestintäkokemukset ja koettuun

keskusteluun liittyneet tilannetekijät sekä yhteiskunnalliset ja kulttuuriset tekijät (Street, 2003). Lisäksi tutkijan tavoitteiden, arvojen ja tutkimustapojen katsotaan vaikuttavan tiedon ja totuuden rakentumiseen esimerkiksi siten, millaista tietoa tutkija tavoittelee, millaisia kysymyksiä tutkija esittää, miten hän on vuorovaikutuksessa tutkimukseen osallistuvien kanssa sekä millaisen ymmärryksen pohjalta hän tulkitsee potilaiden kerrontaa. Tästä syystä tämän tutkimuksen tieteenfilosofinen näkökulma kytkeytyy tulkitsevan lähestymistavan suuntauksista hermeneutiikkaan ja konstruktivismiin, sillä tiedon katsotaan rakentuvan jatkuvien tulkintojen prosessina, jossa tutkimukseen osallistujilla, tutkijalla sekä tutkijan ja osallistujien välisellä vuorovaikutuksella on keskeinen merkitys.

Tutkimustavoitteiden osalta tutkimuksen tieteenfilosofisella perustalla on yhteys pragmatismiin, jossa käytännön toiminta on tiedon tuottamisen päämäärä sekä edellytys. Pragmatismi ei selkeästi sijoitu tulkitsevan lähestymistavan yhteyteen vaan pikemminkin realistisen ja tulkitsevan tieto- ja totuuskäsityksen välimaastoon. Pragmatistisen ajattelun ei kuitenkaan katsota olevan ristiriidassa tulkitsevan lähestymistavan kanssa, sillä vaikka pragmatismissa painottuu käytännön kannalta hyödyllisen tiedon tavoittelu, myös pragmatismissa hyväksytään monien yhtäaikaisten totuuksien olemassaolo. (Allemang ym., 2022.) Tässä tutkimuksessa pragmatismi näyttäytyy hoidonohjauskeskustelujen retrospektiivisessä tarkastelutavassa. Lisäksi pragmatismi ilmenee tutkimuksen tavoitteissa, sillä tutkimuksen tavoitteena on tuottaa uutta monitieteellisesti hyödynnettävää tutkimustietoa terveydenhuollon ammattilaisen ja diabeetikon välisen vuorovaikutuksen mahdollisuuksista ja ongelmakohdista, jotka huomioon ottamalla omahoitoa on mahdollista vahvistaa. Pragmatistinen ajattelu näkyy myös tutkimuksen metodologisessa tavoitteessa, sillä tavoitteena on tuottaa uutta tietoa merkityksellisten tapahtumien tekniikan soveltuvuudesta tutkittaessa terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välistä vuorovaikutusta sekä osoittaa keinoja tekniikan soveltamiseen jatkossa erilaisissa terveysviestinnän alan tutkimusasetelmissä.

Tutkimuksen moniulotteisesta tieteenfilosofisesta taustasta johtuen myös tutkimuksen viestintäkäsitys kytkeytyy useampaan viestinnän tutkimuksen traditioon (Craig, 1999). Viestinnän tutkimuksen traditioita on käytetty tässä tutkimuksessa ajattelun välineenä valittaessa kiinnostavia viestinnällisiä perspektiivejä ammattilais-potilasvuorovaikutuksen tarkasteluun (Craig, 2009). Tutkimuksen viestintäkäsityksessä on havaittavissa yhtymäkohtia fenomenologisen, sosiokulttuurisen sekä pragmatistisen viestinnän tradition kanssa (Craig, 1999; Craig, 2007).

Fenomenologisessa viestinnän traditiossa viestintä ymmärretään kokemuksena toiseudesta: keskeistä vuorovaikutuksessa on, miten osapuolet tulkitsevat vuorovaikutusta omista lähtökohdista käsin ja miten he tekevät sen perusteella johtopäätöksiä

osapuolten välisestä yhteydestä (Craig, 1999). Myös tässä tutkimuksessa vuorovaikutusta tarkastellaan tulkintojen kautta. Vuorovaikutusta lähestytään diabeetikoiden kokemuksina, yksilöllisinä kertomuksina siitä, miten diabeetikot ovat kokeneet viestinnän kautta itsensä ja toisensa. Vaikka tutkimuksessa ei pystytä tavoittamaan diabeetikoiden kokemuksia vuorovaikutuksesta autenttisesti sellaisena kuin juuri he sen omista lähtökohdistaan kokevat, kokemuksia tutkimalla on kuitenkin mahdollista päästä käsiksi siihen, miten diabeetikot kuvaavat tulkitsemaansa vuorovaikutusta ja sen merkitystä omahoidolle omasta senhetkisestä todellisuudestaan käsin. Tutkimuksessa tiedostetaan, että diabeetikoiden kokemukset vuorovaikutuksesta eivät ole luonteeltaan staattisia vaan ne voivat ajan kuluessa muuttaa muotoaan ja merkitystään kokemusten uudelleen tulkintojen kautta. Kokemusten dynaamisuus ei kuitenkaan tarkoita sitä, etteikö kokemuksia olisi tärkeää tutkia sellaisina kuin ne kerrontahetkellä ilmenevät. Kokemusten voidaan ajatella olevan kulloisellakin kerrontahetkellä kokijalleen tosia ja täten merkityksellisiä tutkimuskohteita.

Vuorovaikutus ei tapahdu tyhjiössä vaan sosiaalisten todellisuuksien ja vuorovaikutusta koskevien tulkintojen katsotaan rakentuvan vuorovaikutuksessa toisten ihmisten kanssa kielenkäytön kautta (esim. Baxter, 2011). Tutkimuksessa ajatellaankin sosiokulttuurisen tradition viestintäkäsityksen mukaisesti, että samanaikaisesti kun terveydenhuollon ammattilaisen ja diabeetikon katsotaan luovan viestinnän keinoin todellisuutta rakentamalla esimerkiksi diabeetikoiden hoitoon, vuorovaikutukseen ja suhteeseen liittyviä merkityksiä, myös ympäröivän yhteiskunnan, kulttuurin, sekä terveydenhuollon rakenteiden nähdään vaikuttavan ammattilaisen ja diabeetikon väliseen vuorovaikutukseen ja sen tulkintaan. Tästä syystä vuorovaikutuskokemuksia lähestyttäessä otetaan huomioon myös kulttuuriset ja yhteiskunnalliset tekijät (Street, 2003). Tutkimuksen taustakirjallisuudessa sekä diabeetikoiden vuorovaikutuskokemuksia analysoitaessa on huomioitu terveydenhuoltoon ja terveystiedon viestintään liittyviä kulttuurisia tekijöitä sekä ammatilliseen vuorovaikutukseen kytkeytyvä yhteiskunnallinen keskustelu tyyppiin 2 diabeteksesta.

Fenomenologisen ja sosiokulttuurisen viestinnän tradition lisäksi tutkimuksen viestintäkäsityksellä on yhtymäkohtia myös pragmatistisen viestinnän tradition kanssa (Craig, 2007). Craigin (2007) mukaan pragmatistisessa traditiossa viestintää voidaan luonnehtia erilaisia ihmisiä yhdistäväksi toiminnaksi, jonka merkitys tulee todeksi sen käytännön seurausten kautta. Viestintä nähdään siis eräänlaisena vastauksena tai ratkaisuna ihmisten välisen yhteistyön ongelmiin. Vaikka pragmatistista traditiota on myös kritisoitu muun muassa pragmatismien tieteenfilosofien perinteiden puutteellisesta käsittelystä (Bergman, 2012), tämän väitöskirjatutkimuksen tavoitteissa on huomioitu myös pragmatistinen viestintäkäsitys: vuorovaikutusta tutkimalla

katsotaan olevan mahdollista edistää omahoitoa, sillä vuorovaikutuksen mahdollisuuksien ja ongelmakohtien tunnistaminen voidaan nähdä yhtenä ratkaisuna omahoidon ongelmiin. Lisäksi pragmatistinen käsitys viestinnästä näkyy myös siinä, miten vuorovaikutuksen ja omahoidon välistä yhteyttä on tutkimusaineiston perusteella lähestytty. Vuorovaikutuksen ja omahoidon välisen yhteyden tarkastelussa huomio on kohdistettu omahoitoon kytkeytyvään vuorovaikutuksessa rakennettavaan yhteistyöhön. Yhteistyö tarkastelunäkökulmana nivoo yhteen ammattilais-potilasvuorovaikutuksen monitasoista olemusta ja sen merkitystä käytäntöön suuntaavalla tavalla, mikä palvelee omahoidon vahvistamiseen kytkeytyvän tutkimustavoitteen saavuttamista ja sopii yhteen tutkimuksen tieteenfilosofisten lähtökohtien kanssa.

3.3 Merkityksellisten tapahtumien tekniikka

Tässä väitöskirjatutkimuksessa diabeetikoiden vuorovaikutuskokemuksia lähestytään laadullisen tutkimuksen keinoin merkityksellisten tapahtumien tekniikan avulla (critical incident technique, CIT). Kyseessä on joustava tekniikka, jonka avulla on mahdollista selvittää tarkasteltavan toiminnan edistäviä ja/tai estäviä tekijöitä (Flanagan, 1954). Tekniikan keskeisenä tavoitteena on päästä kiinni sellaisiin merkityksellisiin tekijöihin ihmisten käyttäytymisessä, jotka tekevät tarkasteltavasta toiminnasta onnistunutta tai epäonnistunutta (Viergever, 2019). Merkityksellisten tapahtumien tekniikan juuret ovat Yhdysvaltojen armeijan ilmavoimien ilmailupsykologian tutkimuslaitoksella, joka perustettiin toisen maailmansodan aikana kehittämään menettelytapoja lentomiehistön valintaan ja luokitteluun. Sodan jälkeen osa tutkimusohjelmaan osallistuneista psykologeista perusti uuden tutkimuslaitoksen, jossa tekniikka varsinaisesti kehitettiin. John Flanagan, joka ensimmäisenä henkilönä tieteellisesti kuvasi merkityksellisten tapahtumien tekniikan vuonna 1954, oli yksi tutkimuslaitoksen psykologeista. Nykyään tekniikkaa on sovellettu useilla eri tieteenaloilla kuten psykologiassa (Butterfield ym., 2005), sosiaalitieteissä (Doherty & DeWeaver, 2002), kauppatieteissä (Gremler, 2004), viestintätieteissä (Pariera & Turner, 2020; Query & Wright, 2003; Ruben, 1993) sekä terveystieteissä (Grant ym., 1996; Kempainen, 2000; Norman ym., 1992).

Merkityksellisten tapahtumien tekniikkaa on hyödynnetty varsinkin laadullisissa tutkimuksissa, mutta sitä on sovellettu myös määrällisissä tutkimuksissa sen joustavasta epistemologisesta perustasta johtuen. Merkityksellisten tapahtumien tekniikka on yhdistetty tieteenfilosofilta lähtökohdiltaan niin positivismiin, post-positivismiin,

interpretivismiin kuin pragmatismiin. Merkityksellisiä tekijöitä on lähestytty tutkimuksissa esimerkiksi niin, että osallistujat tai tutkija ovat tehneet havaintoja autenttista tilanteista. Terveystieteellisissä tutkimuksissa merkityksellisiä tekijöitä on puolestaan tarkasteltu pääsääntöisesti retrospektiivisesti toimintaan osallistuneiden henkilöiden kokemusten kautta. Tällöin osallistujat ovat saaneet itse jäsentää merkitykselliset tekijät mutta myös itse valita tarkasteltavat tilanteet, tapahtumat, keskustelut tai kokemukset, joiden osalta merkityksellisiä tekijöitä katsotaan. (Viergever, 2019.)

Terveydenhuoltoa käsittelevissä tutkimuksissa merkityksellisten tapahtumien tekniikkaa on sovellettu sellaisissa tutkimusasetelmissä, joissa on tarkasteltu hoitoon liittyviä eettisiä kysymyksiä (von Post, 1996; Wolf & Zuzelo, 2006), hoidon turvallisuuden liittyviä tekijöitä (Strid ym., 2021), tiettyihin professioihin liittyviä vaatimuksia (Wagner, 1950) sekä hoitotoimenpiteiden kouluttamiseen liittyviä asioita (Kelo ym., 2013). Merkityksellisten tapahtumien tekniikkaa on hyödynnetty myös reflektiotaitoja tukevana työkaluna kehitettäessä terveydenhuollon ammattilaisten sekä ammatillisiksi opiskelevien ammatillisia valmiuksia (Graybill et al., 2017; Rademacher ym. 2010).

Merkityksellisten tapahtumien tekniikkaa on hyödynnetty myös tutkittaessa hoidon laatua sekä terveyteen liittyviä seurauksia terveydenhuollon ammattilaisten, potilaiden ja potilaiden läheisten näkökulmista (Grant ym., 1996; Kemppainen, 2000; Norman ym., 1992). Kyseisissä tutkimuksissa painopiste on ollut sen selvittämisessä, mitkä eri tekijät ovat edistäneet tai estäneet tutkittujen hoitotilanteiden onnistumista. Yhtenä keskeisenä hoitotilanteiden onnistumista edistävänä ja estävänä tekijänä tutkimuksissa on havaittu olevan terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välinen vuorovaikutus (Ruben, 1993; Wennman ym., 2021). Tästä syystä merkityksellisten tapahtumien tekniikkaa on hyödynnetty myös tutkittaessa, mitkä vuorovaikutukseen liittyvät tekijät ovat erityisen merkityksellisiä suhteessa potilaiden terveyteen liittyviin seurauksiin, kuten toivon kokemiseen, luottamuksen vahvistumiseen, fyysiseen aktiivisuuteen, terveellisen ravinnon syömiseen sekä stressin hallintaan (Björklund & Fridlund, 1999; Ivarsson ym., 2004; Wendt ym., 2004; Wong-Wylie & Jevne, 1997). Usein tutkimuksissa on määriteltäytty tutkijalähtöisesti, suhteessa millaisiin terveyteen liittyviin seurauksiin vuorovaikutuksen merkitystä tarkastellaan. Lisäksi moni tutkimus on keskittynyt tarkastelemaan ja kehittämään terveydenhuollon ammattilaisen viestintää sen sijaan, että huomio olisi ollut ammattilaisen ja potilaan välisessä yhteisesti rakennettavassa vuorovaikutuksessa.

Merkityksellisten tapahtumien tekniikka sisältää viisi vaihetta, jotka kytkeytyvät sekä tutkimuksen suunnitteluun että toteutukseen. Ensimmäisessä vaiheessa tutkimukselle asetetaan selkeä tavoite lyhyen lausuman muodossa. Toisessa vaiheessa

tehdään suunnitelmia siitä, mihin tekijöihin tutkimuksessa keskitytään. Kolmannessa vaiheessa tieto kerätään osallistujilta systemaattisesti ja huolellisesti niin, että heidän on mahdollista kuvata yksityiskohtaisesti tutkittavaa toimintaa. Neljännessä vaiheessa merkitykselliset tapahtumat analysoidaan keskittymällä tapahtumiin ja niihin vaikuttaneisiin tekijöihin. Viidennessä vaiheessa tutkimuksen tuloksia tulkitaan ja ne raportoidaan niin, että niitä voidaan käyttää tehokkaasti moniin erilaisiin käytännön tarkoituksiin. (Butterfield ym., 2005; Flanagan, 1954.)

Vaikka merkityksellisten tapahtumien tekniikkaan on olemassa selkeät vaiheet, tekniikan soveltaminen käytännössä ei ole kuitenkaan osoittautunut yksinkertaiseksi. Tekniikan soveltamista käytännössä ovat vaikeuttaneet tutkijoiden erilainen ymmärrys siitä, onko tekniikka luonteeltaan enemmän metodi kuin metodologia, millaista tietoa tekniikalla on mielekästä tavoitella, miten merkityksellisen tapahtuma tulisi nimetä ja määritellä sekä millä tavalla tekniikkaa tulisi soveltaa suhteessa alkuperäiseen Flanaganin (1954) ohjeistukseen (esim. Bradbury-Jones & Tranter, 2008; Viergever, 2019). Lisäksi epäselväksi on jäänyt, miten tekniikan soveltuvuutta valittuun tutkimusasetelmaan olisi mielekästä arvioida, jotta siinä tulisi huomioitua myös epistemologiset ja metodologiset näkökulmat.

Tässä väitöskirjatutkimuksessa merkityksellisten tapahtumien tekniikka ymmärretään koko tutkimusprosessia ohjaavaksi lähestymistavaksi, joka kytkeytyy tutkimuksen suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Merkityksellisillä tapahtumilla tarkoitetaan diabeetikoiden vuorovaikutuskokemuksia yksittäisistä hoidonohjauskeskusteluista, joilla on diabeetikoiden kokemusten mukaan ollut omahoitoa edistävä tai estävä merkitys. Tutkimuksessa ei ole ennalta määritely, suhteessa mihin omahoidon osa-alueisiin vuorovaikutuskokemuksen merkitystä katsotaan, vaan omahoitoa lähestytään aineistolähtöisesti, jotta vuorovaikutuskokemuksen yhteydestä omahoitoon saataisiin mahdollisimman kokonaisvaltainen ja potilaslähtöinen kuva. Lisäksi tutkimuksessa keskitytään aikaisemmista tutkimuksista poiketen ammattilais-potilasvuorovaikutuksen merkityksellisten tekijöiden selvittämiseen. Tällöin huomio kiinnittyy diabeetikoiden kokemuksissa myös siihen, miten diabeetikot refleктоivat oman toimintansa merkitystä omahoitoa edistävässä ja estävässä hoidonohjauskeskusteluissa.

3.4 Tutkimukseen osallistujat ja aineistonkeruu

Tämän väitöskirjatutkimuksen kohderyhmänä olivat täysi-ikäiset Pirkanmaan maakunnassa asuvat henkilöt, joilla oli diagnosoitu tyypin 2 diabetes, jotka kykenivät

antamaan tietoisien suostumuksen tutkimukseen, ja jotka ovat asioineet lääkärin ja/tai hoitajien kanssa tyyppin 2 diabetekseen liittyvissä asioissa. Tutkimukseen osallistujille ei asetettu yläikärajaa, sillä tutkimuksessa tavoiteltiin eri-ikäisten diabetesta sairastavien henkilöiden vuorovaikutuskokemuksia mahdollisimman rikkaan aineiston saavuttamiseksi. Aineistonkeruu rajautui kuitenkin Pirkanmaan maakuntaan, jotta tutkijalla oli mahdollista tavata tutkimukseen osallistujia myös kasvotusten. Lisäksi tutkimuksessa rajauduttiin tarkastelemaan lääkärin ja hoitajien kanssa tapahtuneita hoidonohjauskeskusteluja, sillä kyseiset ammattiryhmät vastaavat pääasiallisesti tyyppin 2 diabeetikoiden hoidonohjauksesta ja hoidon seurannasta Suomessa ja kummallakin ammattiryhmällä katsottiin olevan keskeinen merkitys omahoidon kannalta. Ennen osallistujien rekrytoinnin aloittamista tutkimukselle haettiin myönteinen lausunto Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen alueelliselta eettiseltä toimikunnalta.

Tutkimuksesta tiedotettiin (Liitteet 1 ja 2) Diabetesliiton verkkosivujen sekä liiton ylläpitämän Kohtauspaikka-keskustelufoorumien kautta. Tutkimuksesta tiedotettiin myös erikseen pirkanmaalaisille diabetesyhdistyksille. Lisäksi tutkimuspyynnöt julkaistiin tutkimusta varten perustetulla kaikille avoimella Facebook-sivustolla, ja myös tutkimukseen osallistujat välittivät tutkimuksesta tietoa tuttavilleen. Tutkimukseen osallistujat saivat tutustua ennen tutkimukseen osallistumista tutkimustiedotteisiin (Liitteet 3 ja 4) ja heille järjestettiin mahdollisuus esittää kysymyksiä tutkimuksesta ennen suostumuksen (Liite 5) antamista. Tutkimukseen vastasi yhteensä 41 henkilöä. Osallistujista 31 olivat naisia ja kymmenen miehiä. Iältään osallistujat olivat 30–93-vuotiaita. Diagnoosin saamisesta osallistujilla oli kulunut aikaa 3–28 vuotta ja kaikilla osallistujilla oli diabeteksen vuoksi joko tabletti- tai insuliinihoito.

Väitöstutkija keräsi tutkimusaineiston aikavälillä syyskuu 2014 – tammikuu 2015. Tutkimuksen aineistonkeruumenetelminä käytettiin avointa kyselyä ja teemahaastattelua, joissa molemmissa sovellettiin merkityksellisten tapahtumien tekniikkaa. Kyseiset aineistonkeruumenetelmät valittiin tähän tutkimukseen, koska kumpikin menetelmä mahdollistaa hyvin tutkimukseen osallistujien omien kokemusten esiin tuomisen (esim. Manning & Kunkel, 2014), mikä on tärkeää tutkittaessa diabeetikoiden kokemuksia merkityksellisistä tapahtumista (esim. Schluter, 2008). Menetelmien valintaan vaikuttivat myös aikaisemmat merkityksellisten tapahtumien tekniikkaa soveltaneet tutkimukset, joissa kyseisiä tiedonkeruumenetelmiä on hyödynnetty onnistuneesti (esim. Wong-Wylie & Jevne, 1997). Kahden erilaisen tiedonkeruumenetelmän käyttäminen oli myös tutkimuksen metodologiseen tarkoitukseen liittyvä ratkaisu, sillä kahta eri tiedonkeruumenetelmää käyttämällä oli mahdollista tarkastella,

miten diabeetikot reflektoivat kokemuksiaan kirjallisesti ja miten puolestaan yhdessä keskustellen, sekä onko tässä eroja.

Avoimen kyselyn ja teemahaastattelujen kysymysten ja teemojen muotoilussa hyödynnettiin Flanaganin (1954) alkuperäistä ohjeistusta sekä tekniikkaa soveltaneiden tutkimusten kysymyksenasetteluja (esim. Kemppainen, 2000; Schluter ym., 2008). Flanaganin (1954) kuvauksessa ei kuitenkaan ole selkeää ohjetta siitä, tulisiko merkityksellisten tapahtumien osalta tarkastella sekä edistäviä että estäviä tapahtumia ja tekijöitä. Tässä tutkimuksessa diabeetikoita pyydettiin kuvailemaan omahoidon kannalta myönteisiä ja kielteisiä vuorovaikutuskokemuksia. Ennen aineistonkeruun aloittamista diabeetikoille esitettäviä kysymyksiä testattiin koehaastattelussa kolmen pitkäaikaissairautta sairastavan henkilön kanssa, jotka kuuluivat väitöskirjan tekijän tuttavapiiriin. Haastatteluja ei tallennettu eikä niitä sisällytetty tutkimusaineistoon. Koehaastattelujen ja haastateltavien antaman palautteen perusteella haastattelukysymyksiä hieman lyhennettiin ja täsmennettiin. Lisäksi teemahaastatteluiden kysymyksiä vielä täsmennettiin avoimen kyselyn vastausten perusteella, sillä avoin kysely toteutettiin ensin.

Sekä avoimessa kyselyssä että teemahaastattelujen kysymyksissä (Litteet 6 ja 7) osallistujia pyydettiin kuvailemaan omin sanoin yksittäisissä hoidonohjauskeskustelussa käytettyjä puheenvuoroja, keskustelun aiheita, keskustelun ilmapiiriä sekä miten molemmat osapuolet olivat käyttäytyneet kyseisissä keskusteluissa. Osallistujat saivat itse valita, kuvailivatko he omahoidon kannalta myönteisiä ja/tai kielteisiä keskusteluita. Lisäksi osallistujia pyydettiin kuvailemaan, miksi keskustelu oli heidän mielestään omahoidon kannalta joko myönteinen tai kielteinen.

Koska avoin kysely katsottiin aiheelliseksi pitää tiiviinä ja helposti vastattavana, osallistujille annettiin mahdollisuus kertoa ainoastaan yhdestä myönteisestä ja/tai yhdestä kielteisestä lääkärikokemuksesta sekä yhdestä myönteisestä ja/tai kielteisestä hoitajakokemuksesta. Teemahaastattelussa osallistujat saivat sen sijaan kertoa niin monesta kokemuksesta kuin he itse halusivat. Teemahaastattelussa oli mahdollista käyttää myös enemmän apukysymyksiä pyydetessä kuvailemaan, mikä teki hoidonohjauskeskustelusta omahoidon kannalta myönteisen tai kielteisen kokemuksen. Lisäksi teemahaastattelussa huomioitiin merkityksellisten tapahtumien tekniikkaa kehittäneiden Butterfieldin ja kumppaneiden (2009) suositus tulevaisuuteen suuntaavasta kysymyksenasettelusta. Tutkijoiden mukaan osallistujia kannattaa pyytää kuvaamaan jo tapahtuneen toiminnan lisäksi myös sitä, millaista he toivoisivat toiminnan olevan jatkossa vastaavissa tilanteissa. Tästä syystä teemahaastattelussa kysyttiin, millaisia keskusteluita diabeetikot haluaisivat jatkossa käydä terveydenhuollon ammattilaisten kanssa omahoitoon liittyvissä asioissa.

Avoin kysely toteutettiin syyskuussa 2014 yliopiston ylläpitämällä E-lomakeohjelmistolla, jotta kysely oli mahdollisimman monen diabeetikon saavutettavissa. Vastausaika oli kolme viikkoa. Kyselyyn vastasi yhteensä 16 henkilöä. Kolmen vastaajan vastauslomake jouduttiin kuitenkin hylkäämään, sillä lomakkeet oli jätetty lähes tyhjiksi. Vastausten pituus vaihteli viidestä rivistä A4-sivun mittaisiin vastauksiin. Suuri osa kyselyvastauksista oli lyhyesti muotoiltuja, muutaman rivin pituisia vastauksia. Teemahaastattelut toteutettiin aikavälillä lokakuu 2014–tammikuu 2015. Haastatteluihin osallistui yhteensä 25 henkilöä. Haastattelut kestivät 30–90 minuuttia, ja ne toteutettiin osallistujien valitsemissa paikoissa kasvokkain. Pääasiassa haastattelut toteutettiin osallistujien kotona, yliopistolla ja kahviloissa. Kaikki haastattelut äänitettiin ja kirjoitettiin myöhemmin tekstiksi. Haastatteluista tehtyihin litterointeihin ei tallennettu osallistujien ilmeitä, eleitä, asentoja tai taukoja, vaan tutkimuksessa tehtiin ratkaisu analysoida vain puhuttua sisältöä. Yhteensä tutkimusaineistoa kertyi 379 sivua, josta avoimen kyselyaineiston osuus oli 14 sivua.

3.5 Aineiston analysointi

3.5.1 Analyysiyksikkö

Monitieteellisissä merkityksellisten tapahtumien tekniikkaa hyödyntäneissä terveystutkimuksissa analyysiyksikkönä on usein käytetty merkityksellistä tapahtumaa, kokemusta, tilannetta tai kokemusten kokoelmaa, joiden sisällä merkityksellisiä tekijöitä tarkastellaan (esim. Bradbury-Jones & Tranter, 2008; Norman ym., 1992). Tässä väitöskirjatutkimuksessa analyysiyksikkönä käytettiin merkityksellistä tapahtumaa eli diabeetikon vuorovaikutuskokemusta yksittäisestä hoidonohjauskeskustelusta, jolla on diabeetikon kokemuksen mukaan ollut omahoitoa edistävä tai estävä merkitys. Kyseinen analyysiyksikkö oli sama kaikissa väitöskirjatutkimuksen osatutkimuksissa. Analyysiyksikkö päädyttiin määrittelemään tutkimuksessa mahdollisimman laajaksi, jotta osallistujien kokemuksista ei kadotettu mitään oleellista tietoa. Analyysiyksikön laajuutta perusteli myös se, että tutkimuksessa ei keskitytty vuorovaikutuksen rajattuihin osa-alueisiin, vaan tutkimuksessa vuorovaikutusta lähestyttiin kokonaisuutena.

Jotta tutkimus vastaisi tarkoitustaan, merkityksellisten tapahtumien tuli sisältää kokemuskuvaksia yksittäisistä hoidonohjauskeskusteluista. Kuvausten tuli sisältää tietoa hoidonohjauskeskustelun tilannetekijöistä (esim. osapuolet, tilanteen tarkoitus,

keskustelun aihe) sekä osapuolten viestinnästä ja viestinnällisestä ilmapiiristä. Lisäksi kokemuksesta tuli sisältää tietoa hoidonohjauskeskustelun omahoitoa edistävästä tai estävästä tekijöistä. Koska tällaisia kokemuskuvauksia löytyi sekä kysely- että teemahaastatteluaineistosta, oli aineistojen yhdistäminen mahdollista ja perusteltua. Kaksi merkityksellistä tapahtumaa oli erotettavissa puhelimitse tapahtuneiden hoidonohjauskeskusteluiden kuvauksista, kaikki muut merkitykselliset tapahtumat olivat erotettavissa kasvokkain tapahtuneiden hoidonohjauskeskusteluiden kokemuskuvauksista.

Merkitykselliset tapahtumat jaoteltiin myönteisiksi ja kielteisiksi sen perusteella, millaisiksi diabeetikot kokemuksensa omahoidon kannalta määrittivät. Kyseisen jaottelun tarkoituksena oli tehdä näkyväksi vuorovaikutuksen omahoitoa edistävä ja estävä luonne sekä mahdollistaa kokemusten kuvaaminen tästä näkökulmasta. Jaottelua tehtäessä huomattiin, että aineisto sisälsi kuvauksen neljästä sellaisesta tapahtumasta, joiden kohdalla diabeetikot eivät selkeästi pystyneet määrittelemään, oliko kokemus omahoidon kannalta enemmän myönteinen vai kielteinen. Koska kaikki kuvauksilta edellytetyt kriteerit eivät täyttyneet, näitä tapahtumia ei sisällytetty tutkimusaineistoon. Yhteensä tutkimuksessa tarkasteltiin 63 merkityksellistä tapahtumaa, joista omahoidon kannalta myönteisiä kokemuksia oli 42 ja kielteisiä 21.

Diabeetikoiden myönteisiä ja kielteisiä kokemuksia tarkasteltiin kolmen ensimmäisen osatutkimuksen analyysien yhteydessä myös siitä näkökulmasta, oliko kokemuskuvauksen kertoja mies- vai naisdiabeetikko sekä esiintyikö kokemuksissa lääkäri vai hoitaja. Kyseisen erottelun tarkoituksena oli tunnistaa, esiintyykö lääkärin ja hoitajan kanssa käydyissä hoidonohjauskeskusteluissa erilaisia vuorovaikutukseen liittyviä tekijöitä. Samalla tarkasteltiin, olivatko keskustelut tapahtuneet ennalta tutun vai tuntemattoman terveydenhuollon ammattilaisen kanssa. Tarkoituksena oli tunnistaa, onko osapuolten välisen suhteen jatkuvuudella merkitystä vuorovaikutuksen ja omahoidon välisen yhteyden kannalta. Vaikka tutkimus on lähestymistavaltaan laadullinen tutkimus, ja jokaista yksittäistä vuorovaikutuskokemusta pidetään ainutlaatuisena ja arvokkaana, analyysivaiheessa katsottiin tarkoituksenmukaiseksi tarkastella, antavatko vuorovaikutuskokemuksiin liittyvät taustatiedot lisäarvoa laadullisen aineiston rikkaukselle.

Omahoidon kannalta myönteisistä vuorovaikutuskokemuksista 32 oli tapahtunut lääkärin ja kymmenen hoitajan kanssa. Näistä 18 keskustelua oli tapahtunut tutun ammattilaisen kanssa ja 16 ennalta tuntemattoman ammattilaisen kanssa. Kahdeksan osallistujaa ei maininnut tai muistanut, olivatko he tavanneet ammattilaisen aiemmin. Kielteisistä kokemuksista 14 oli tapahtunut lääkärin ja seitsemän hoitajan kanssa. Näistä kokemuksista 11 keskustelua tapahtui tutun ammattilaisen kanssa, ja viisi

tuntemattoman ammattilaisen kanssa. Viisi osallistujaa ei maininnut tai muistanut, olivatko he tavanneet ammattilaisen aiemmin. Osatutkimusten analyysien edetessä ainoaksi kokemuksiä erottelavaksi tekijäksi jäi kuitenkin kokemusten edistävää ja estävää merkitys suhteessa omahoitoon, sillä muilla taustatiedoilla ei ollut laadullista aineistoa ja sen analyysia rikastuttavaa merkitystä vuorovaikutuksen luonteen ja sen merkityksen tarkastelun kannalta.

Taulukko 2. Tutkimusaineiston merkityksellisten tapahtumien (N=63) kuvaus

Taustatiedot	Myönteiset tapahtumat n=42	Kielteiset tapahtumat n=21
Vastaajan sukupuoli		
Mies (n=10)	11	5
Nainen (n=31)	31	16
Terveydenhuollon ammattilainen, jonka kanssa hoidonohjauskeskustelu käyty		
Lääkäri	32	14
Hoitaja	10	7
Ammattilaisen tuttuus		
ennalta tuttu ammattilainen	18	11
ennalta tuntematon ammattilainen	16	5
ei mainintaa / ei muistikuvaa	8	5

3.5.2 Osatutkimusten analyysimenetelmät

Osatutkimuksissa 1 ja 3 (Peltola ym., 2018; Peltola ym., 2021) diabeetikoiden merkityksellisiä tapahtumia analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä, jonka avulla tutkimusaineistoa oli mahdollista kuvata tiiviissä muodossa (Elo & Kyngäs, 2008; Kyngäs, 2020; Kyngäs & Vanhanen, 1999). Aineistolähtöisen sisällönanalyysin on katsottu soveltuvan hyvin merkityksellisten tapahtumien tekniikalla kerättyjen tutkimusaineistojen analysointiin, sillä sen avulla on todettu olevan mahdollista tiivistää tutkimusaineistoa niin, että keskeiset merkitykselliset tekijät tulevat aineistosta esille (esim. Bradbury-Jones & Tranter, 2008). Lisäksi sisällönanalyysin on havaittu sopivan analyysimenetelmäksi sellaisiin tutkimuksiin, joiden on tarkoitus lisätä

ymmärrystä ammattilais-potilasvuorovaikutuksesta ja sen merkityksestä terveydenhuollon eri prosesseissa (Cavanagh, 1997).

Osatutkimuksissa tehdyt aineistolähtöiset sisällönanalyysit koostuivat kolmesta päävaiheesta, jotka olivat valmistelu-, analyysi- ja raportointivaihe (Elo ym., 2022). Valmisteluvaiheessa päätettiin analyysiyksikkö, joka oli tässä tutkimuksessa merkityksellinen tapahtuma eli diabeetikon vuorovaikutuskokemus yksittäisestä hoidonohjauskeskustelusta, jolla on diabeetikon kokemuksen mukaan ollut omahoitoa edistävä tai estävä merkitys. Valmisteluvaiheeseen sisältyi myös huolellinen perehtyminen tutkimusaineistoon sekä tutkimuskysymysten täsmentäminen niin, että niihin oli mahdollista vastata.

Analyysivaiheessa merkitykselliset tapahtumat purettiin merkityksellisiin ilmauksiin, jotka sisälsivät tutkimuskysymyksiin vastaamisen kannalta oleellista tietoa. Ensimmäisen osatutkimuksen (Peltola ym., 2018) analyysissa kiinnitettiin huomiota erityisesti ilmauksiin, joissa diabeetikot kuvasivat keskinäistä suhdetta terveydenhuollon ammattilaisen kanssa, suhteen osapuolia, molempien osapuolten suhtautumisen viestimistä sekä diabeetikoiden tekemiä tulkintoja vuorovaikutuksen merkityksestä hoidonohjauskeskustelun etenemisen ja tuloksellisuuden kannalta. Kolmannen osatutkimuksen (Peltola ym., 2021) analyysissa huomio kiinnittyi puolestaan ilmauksiin, joissa kuvattiin osapuolten välistä vuorovaikutusta (kuten keskustelemista ja kuuntelemista) tai vuorovaikutuksen puuttumista. Samalla kiinnitettiin huomiota ilmauksiin, joissa kuvattiin vuorovaikutuksen merkitystä yhteistyön tekemisen sekä omahoitoon kytkeytyvien tekijöiden kannalta.

Merkityksellisiä ilmaisuja pelkistettiin poistamalla niistä ylimääräiset täytesanat muuttamatta ilmaisun sisältöä. Pelkistetyistä ilmauksista tehtiin myös muistiinpanoja pelkistysten ydinsisällöistä kokonaisuuden hallitsemiseksi. Pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin alaluokiksi etsimällä niistä samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Analyysi eteni vertailemalla muodostettuja alaluokkia keskenään ja yhdistämällä samansisältöisiä luokkia yläluokiksi ja sitten vielä pääluokiksi.

Analyysin raportointivaiheessa tutkimustulokset raportoitiin kuvaamalla osatutkimuksissa ensin pääluokat ja tämän jälkeen ylä- ja alaluokat. Sisällönanalyysien luotettavuus varmistettiin palaamalla alkuperäiseen tutkimusaineistoon analyysiprosessin eri vaiheissa sekä keskustelemalla analyysissa tehdyistä havainnoista toisten tutkijoiden kanssa. Analyysista esitettiin osatutkimuksissa taulukot analyysin etenemisestä, ja tulososuuksissa esitettiin aineistoesimerkkejä tutkimusaineistosta. Lisäksi saavutettuja tuloksia verrattiin aikaisempaan tutkimuskirjallisuuteen.

Toisessa osatutkimuksessa (Peltola & Isotalus, 2019) terveydenhuollon ammattilaisen ja diabeetikon välisen suhteen kilpailevia diskursseja analysoitiin relationaalisen

dialektiikan teoriaan kytkeytyvällä kontrapuntaalisella analyysillä (Baxter, 2011). Kyseessä on diskurssianalyysin muoto, joka on kehitetty tunnistamaan kilpailevia diskursseja, niiden tapaa kilpailla keskenään sekä kilpailun kautta vuorovaikutuksessa rakentuvia merkityksiä (Nykänen, 2021). Kontrapuntaalinen analyysi oli tarkoituksenmukainen valinta osatutkimukseen, sillä analyysimenetelmä mahdollisti vuorovaikutuksen ja suhteen välisen yhteyden tarkastelun merkityksenantojen tasolla.

Kontrapuntaalinen analyysi eteni tutkimuksessa kolmivaiheisesti, joista ensimmäinen vaihe oli tutkittavaan ilmiöön liittyvien diskurssien etsiminen tutkimusaineistosta teema-analyysin avulla (Braun & Clarke, 2006). Teema-analyysin avulla diabeetikoiden vuorovaikutuskokemuksiin tutustuttiin huolellisesti tutkimuskysymysten näkökulmasta muistutpanoja tehden. Aineistonlähtöisessä teemoittelussa kiinnitettiin erityistä huomiota sellaisiin ilmauksiin, joissa diabeetikot kehuivat, kritisoivat, tuomitsivat tai osoittivat tukea jotakin ammattilais-potilassuhteeseen, tyyppin 2 diabetekseen tai omahoitoon liittyvää osa-aluetta kohtaan (Baxter, 2011; Martin & White, 2005).

Kontrapuntaalisen analyysin toisessa vaiheessa nimettiin keskenään kilpailevat diskurssit. Baxterin (2011) mukaan puhujan puheesta on mahdollista havaita erilaisia diskurssin merkittäjiä, joilla hän merkitsee kaksi tai useamman diskurssin toistensa vastakohtiksi. Kilpailun tunnistamiseksi teema-analyysissa löydettyjä diskursseja tarkasteltiin kolmen kriteerin perusteella, jotka olivat kieltäminen, korvaaminen sekä puntaroiminen (Baxter, 2011; Martin & White, 2005; Nykänen, 2021). Kieltämisen osalta löydettyjä diskursseja tarkasteltiin siitä näkökulmasta, mitkä diskurssit diabeetikoiden kokemuspuheenvuoroissa kiellettiin tai kuvattiin epäolennaisiksi. Esimerkiksi jos diabeetikko kuvaili, että terveydenhuollon ammattilaisen suhtautuminen häneen ei ollutkaan kontrolloivaa, lauseen ajateltiin paljastavan samalla mahdollisen vastakkaisen diskurssin, joka oli tässä tapauksessa se, että suhtautuminen diabeetikoon voisi olla myös kontrolloivaa.

Korvaamisen osalta diskursseja tarkasteltiin siitä näkökulmasta, korvattiinko diabeetikoiden kokemuspuheenvuoroissa hallitsevampia diskursseja marginaalisemmilla diskursseilla. Korvaamista paljastavia sanavalintoja on havaittu olevan esimerkiksi sanat ”toisaalta”, ”mutta”, ”kuitenkin”, ”silti” ja ”vaikka” (esim. Baxter, 2011; Martin & White, 2005; Norwood, 2010). Esimerkiksi jos diabeetikko kuvaili, että hänet nähtiin hoidonohjauskeskustelussa yhtenä potilaana muiden joukossa, vaikka hän olisi kaivannut yksilöllistä huomiota, diabeetikon käyttämän vaikka-konjunktion katsottiin paljastavan standardisoidun suhteen ja yksilöllisen suhteen diskurssien välisen kilpailun.

Puntaroimisen osalta diskursseja tarkasteltiin siitä näkökulmasta, esitettiinkö joitakin diskursseja niin kuin ne olisivat vaihtoehtoja muiden mahdollisten diskurssien joukossa. Tämänkaltaisen kilpailun voi tunnistaa esimerkiksi seuraavanlaisista sanavalinnoista, kuten ”todennäköisesti”, ”on mahdollista”, ”minun mielestäni” ja ”ehkä” (Baxter, 2011; Martin & White, 2005). Esimerkiksi jos diabeetikko kuvaili, että hänen mielestään hänellä oli oikeus saada terveydenhuollon ammattilaiselta apua, lauseesta voidaan tulkita, että kaikilla ei ehkä tällaista oikeutta ole.

Analyysia jatkettiin siirtymällä kontrapuntaalisen analyysin kolmanteen vaiheeseen, jossa löytyneitä kilpailevia diskurssipareja tarkasteltiin siitä näkökulmasta, miten diskurssit olivat vuorovaikutuksessa keskenään ja sitä kautta muodostivat merkityksiä ammattilais-diabeetikkosuhteeseen liittyen. Diskurssien välisellä vuorovaikutuksella tarkoitettiin niitä tapoja, joilla diskurssit kohtasivat tai asettuivat vastakkain lausumissa (Baxter, 2011). Analyysissa kiinnitettiin erityistä huomiota siihen, nostettiinkö joitakin diskursseja etualalle, esiintyivätkö ne yhtä vahvoina tai siirrettiinkö toista diskurssia taka-alalle. Diskurssien välillä huomattiin erilaista vuorovaikutusta diabeetikoiden myönteisissä ja kielteisissä kokemuksissa, ja tästä syystä diskurssien kilpailu esitettiin osatutkimuksen tuloksissa erikseen myönteisten ja kielteisten kokemusten osalta. Kontrapuntaalisen analyysin luotettavuus varmistettiin palaamalla tutkimusaineistoon useassa vaiheessa analyysia sekä keskustelemalla tehdyistä havainnoista ja analyysin vaiheista eri alojen tutkijoiden kanssa. Lisäksi tulososuudessa esitettiin aineistoesimerkkejä tutkimusaineistosta ja saavutettuja tuloksia verrattiin aikaisempaan tutkimuskirjallisuuteen.

Neljännessä osatutkimuksessa (Peltola ym., 2022) merkityksellisten tapahtumien tekniikan soveltuvuutta ammattilais-potilasvuorovaikutuksen ja sen terveyteen liittyvien seurausten tutkimiseen arvioitiin Carterin ja Littlen (2007) kehittämän mallin avulla. Kyseinen malli on laadullisen tutkimuksen laadun arviointiin kehitetty arviointikehys, jossa tutkimusprosessissa tehtyjä valintoja tarkastellaan epistemologisista, metodologisista ja metodin käyttöön liittyvistä näkökulmista. Ontologiaa ei mallissa tarkastella erikseen, sillä arviointikehysten kirjoittajat lähtevät siitä oletuksesta, että tutkimuksen kohteeksi valitut ilmiöt ovat riittävän todellisia nimettäväksi, tutkittaviksi ja analysoitaviksi. Kokonaisvaltaisen mallin katsottiin soveltuvan hyvin merkityksellisen tapahtuman tekniikan arviointiin, sillä tekniikan hyödyntäminen tutkimuksessa kytkeytyy kokonaisvaltaisesti tutkimuksen toteutukseen ulottuen suunnitteluvaiheesta aina tutkimuksen arviointiin asti (Flanagan, 1954).

Merkityksellisten tapahtumien tekniikan soveltuvuutta ammattilais-potilasvuorovaikutuksen ja sen terveyteen liittyvien seurausten tutkimiseen tarkasteltiin Flanaganin (1954) alkuperäisen ohjeistuksen, aikaisempien tekniikkaa soveltaneiden

terveystutkimusten ja tämän väitöskirjatutkimuksen kautta. Aikaisempia menetelmää soveltaneita tutkimuksia etsittiin Ebsco-, Cinahl, Medline ja PubMed -tietokannoista väitöskirjatutkimuksen avainsanoja ja niiden synonyymeja hyödyntäen. Lisäksi osatutkimukseen sopivia tutkimuksia etsittiin tietokantahauissa löytyneiden artikkeleiden kirjallisuusluetteloista. Osatutkimuksessa hyödynnettiin ainoastaan vertaisarvioituja artikkeleita, joissa merkityksellisten tapahtumien tekniikkaa oli sovellettu perustuen Flanaganin (1954) alkuperäiseen ohjeistukseen. Osatutkimukseen valittiin mahdollisimman kattavasti esimerkkejä erityyppisistä terveystutkimuksista, joissa merkityksellisten tapahtumien tekniikkaa oli sovellettu.

Merkityksellisten tapahtumien tekniikan soveltuvuuden arviointi ammattilais-potilasvuorovaikutuksen ja sen terveyteen liittyvien seurausten tutkimiseen aloitettiin analysoimalla, millaisina Carterin ja Littlen (2007) mallissa kuvatut epistemologiset, metodologiset ja metodin käyttöön liittyvät valinnat näyttäytyivät Flanaganin (1954) alkuperäisessä ohjeistuksessa sekä aikaisemmissa tekniikkaa soveltaneissa tutkimuksissa. Tämän jälkeen osatutkimuksessa analysoitiin, miten kyseiset valinnat näyttäytyivät tässä väitöskirjatutkimuksessa ja miten ne edistivät tai estivät tekniikan soveltuvuutta ammattilais-potilasvuorovaikutuksen ja sen terveyteen liittyvien seurausten tutkimisessa. Analyysissa tehtyjä huomioita esiteltiin osatutkimuksessa osa-alueittain jaoteltuna epistemologiaan, metodologiaan ja metodin käyttöön liittyvinä havainnoina. Arvioinnin keskeiset tulokset vedettiin yhteen osatutkimuksen pohdintaosassa. Analyysin luotettavuus varmistettiin perehtymällä huolellisesti aikaisempiin merkityksellisten tapahtumien tekniikkaa käsitteleviin tutkimuksiin sekä tämän väitöskirjatutkimuksen suunnittelun vaiheisiin sekä osatutkimuksiin. Lisäksi analyysissa tehdystä havainnoista keskusteltiin useamman kerran eri alojen tutkijoiden kanssa.

4 OSATUTKIMUSTEN KESKEISET TULOKSET

4.1 Ensimmäinen osatutkimus: Vuorovaikutuskokemusten suhtautumisen viestimiseen liittyvät ominaispiirteet

Ensimmäisen osatutkimuksen tarkoituksena oli määrittää suhtautumisen viestimisen näkökulmasta omahoitoa edistäneiden ja estäneiden vuorovaikutuskokemusten ominaispiirteet (Peltola ym., 2018). Tutkimuksessa etsittiin vastausta kysymyksiin: 1) mitkä ovat diabeetikoiden myönteisten vuorovaikutuskokemusten suhtautumisen viestimiseen liittyvät ominaispiirteet, ja 2) mitkä ovat diabeetikoiden kielteisten vuorovaikutuskokemusten suhtautumisen viestimiseen liittyvät ominaispiirteet. Diabeetikoiden vastauksista tunnistetut 63 merkityksellistä tapahtumaa analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Tutkimuksen tavoitteena oli tunnistaa keskeiset suhtautumisen viestimiseen liittyvät ominaispiirteet, joiden avulla omahoidon kannalta tarkoituksenmukaisia hoidonohjauskeskusteluja on mahdollista rakentaa.

Sekä myönteisistä että kielteisistä vuorovaikutuskokemuksista tunnistettiin neljä moniulotteista suhtautumisen viestimiseen liittyvää ominaispiirrettä. Kyseiset ominaispiirteet olivat *luottamuksen rakentaminen toista osapuolta kohtaan, viestintähalukkuus, emotionaalinen läsnäolo ja asiallisuus. Luottamuksen rakentaminen toista osapuolta kohtaan* ilmeni diabeetikoiden vuorovaikutuskokemuksissa terveydenhuollon ammattilaisten ja diabeetikoiden osalta eri tavoin. Diabeetikot kuvasivat rakentavansa luottamusta terveydenhuollon ammattilaisiin sen pohjalta, miten terveydenhuollon ammattilaiset viestivät hoidonohjauskeskusteluissa suhtautumista diabeetikoihin ja heidän hoitoonsa sekä itseensä ihmisinä ja ammattilaisina. Diabeetikoiden kokemusten perusteella terveydenhuollon ammattilaiset rakensivat luottamusta diabeetikoita kohtaan puolestaan sen pohjalta, millaisiksi ammattilaiset olivat käydyissä keskusteluissa arvioineet diabeetikoiden omahoitotaidot sekä miten he näiden arvioidensa pohjalta olivat viestineet luottamusta diabeetikoita kohtaan. Diabeetikoiden myönteisissä vuorovaikutuskokemuksissa ammattilaiset viestivät luottamusta kuuntelemalla hyväksyvästi diabeetikoiden kuvaukset terveydentilastaan, sanoittamalla diabeetikoiden pärjäävän sairauden kanssa sekä antamalla joustavia ohjeita omahoitoon. Kielteisissä vuorovaikutuskokemuksissa terveydenhuollon ammattilaiset puolestaan

kyseenalaistivat verbaalisella ja nonverbaalisella viestinnällään diabeetikoiden kertomukset omasta terveydentilastaan sekä omahoitoon liittyvän motivaation ja taidot.

Viestintähalukkuus, emotionaalinen läsnäolo ja asiallisuus olivat puolestaan ominaispiirteitä, joissa korostui sekä terveydenhuollon ammattilaisten että diabeetikoiden suhtautumisen viestimisen merkitys. *Viestintähalukkuuden* osalta oli keskeistä, että terveydenhuollon ammattilaiset ja diabeetikot viestivät suhtautuvansa arvostavasti toista osapuolta sekä käytettävissä olevaa yhteistä aikaa kohtaan. Myönteisissä vuorovaikutuskokemuksissa terveydenhuollon ammattilaiset viestivät aktiivisesti sekä verbaalisesti että nonverbaalisesti, huolehtivat tarkoituksenmukaisesta ajankäytöstä ja suhtautuivat diabeetikoihin varauksettomasti kertomalla itsestään ja käyttämällä huumoria sekä käyttämällä helposti ymmärrettäviä sanavalintoja. Olennaista keskusteluissa oli, että diabeetikot saivat osoittaa viestintähalukkuutta itselle parhaaksi katsomallaan tavalla. Kielteisissä vuorovaikutuskokemuksissa molempien osapuolten viestintähalukkuus oli puolestaan vähäistä, mikä ilmeni niukkana verbaalisena ja nonverbaalisena viestintänä, kiireen tuntuna ja niukkana itsestä kertomisena. Jos diabeetikot olivat kokeneet terveydenhuollon ammattilaisten olevan heti keskustelun aluksi haluttomia viestimään heidän kanssaan, tämä oli vähentänyt myös diabeetikoiden viestintähalukkuutta.

Emotionaalisessa läsnäolossa oli kyse siitä, miten terveydenhuollon ammattilaiset ja diabeetikot viestivät suhtautumista keskusteltavan aiheen herättämiin tunteisiin. Myönteisissä vuorovaikutuskokemuksissa korostui terveydenhuollon ammattilaisten tapa mukauttaa suhtautumista tarkoituksenmukaisella tavalla diabeetikon tunnetiloihin ja huoliin sekä diabeetikoiden avoin tyylit tuoda esille omahoitoon liittyviä erilaisia tunteita. Vaikka kaikki diabeetikot eivät halunneet osoittaa avoimesti suhtautumistaan diabetekseen liittyviin tunteisiin, tärkeää oli, että he kokivat mahdollisuuden siihen olevan olemassa. Kielteisissä vuorovaikutuskokemuksissa korostui puolestaan terveydenhuollon ammattilaisten mukauttamaton emotionaalinen läsnäolo, mikä ilmeni esimerkiksi turhautuneisuuden osoituksina diabeetikoiden terveydentilaa kohtaan tai liian varovaisena viestintänä, jolloin diabeetikoiden oli vaikea ymmärtää diabeteksen vakavuutta. Lisäksi kielteisissä vuorovaikutuskokemuksissa tyypillistä oli diabeetikoiden vähäinen suhtautumisen viestiminen omiin tunteisiin liittyen, sillä he kokivat, että keskustelun ilmapöytä ei ollut siihen riittävän turvallinen.

Asiallisuudessa kyse oli siitä, miten terveydenhuollon ammattilaiset ja diabeetikot viestivät suhtautumista toisen asiantuntijuutta, ihmisyyttä sekä keskustelun yhteisiä tavoitteita kohtaan. Myönteisissä vuorovaikutuskokemuksissa molemmat osapuolet viestivät suhtautuvansa toisiinsa kunnioittavasti asiantuntijoina: terveydenhuollon ammattilaiseen suhtauduttiin terveydenhuollon asiantuntijana ja diabeetikoon

oman terveytensä ja arkensa asiantuntijana. Lisäksi myönteisissä vuorovaikutuskokemuksissa molemmat osapuolet viestivät suhtautuvansa hoidonohjauskeskusteluun tilanteena, jonka tulee hyödyttää ennen kaikkea diabeetikkoa. Tällöin keskustelut olivat tulevaisuusorientoituneita, joissa osapuolet suhtautuivat keskusteluihin mahdollisuuksina muuttaa asioita parempaan suuntaan. Kielteisissä vuorovaikutuskokemuksissa ilmeni puolestaan kunnioituksen puutetta molempien osapuolten asiantuntijuutta sekä ihmisyyttä kohtaan, sillä diabeetikot kokivat keskustelut tyyliään syyllistävänä ja käskevinä. Lisäksi terveydenhuollon ammattilaiset olivat diabeetikoiden kokemusten mukaan viestineet suhtautuvansa keskusteluun tilanteina, joissa hoidetaan ammattilaisten valitsemia asioita diabeetikoiden tarpeiden sijasta.

Osatutkimuksen tulokset osoittivat, että diabeetikot arvioivat suhtautumisen viestimistä ennen kaikkea terveydenhuollon ammattilaisten viestinnän osalta. Toisaalta omahoitoa edistäneissä kokemuksissa oli havaittavissa, että suhtautumisen viestimisessä oli kyse myös molempien osapuolten vastavuoroisesta toiminnasta. Tämä ei kuitenkaan tarkoittanut, että molemmat osapuolet olisivat viestineet suhtautumista samalla tavalla tai yhtä aktiivisesti, vaan keskeistä oli, että diabeetikoiden oli mahdollista tulla mukaan vuorovaikutukseen ja keskinäisen suhteen rakentamistyöhön omalla tyyllillään. Tästä syystä vuorovaikutuskoulutuksissa tulisikin jatkossa keskittyä diabeetikon aktiivisen osallistumisen (esim. miten esitetään kysymyksiä, miten otetaan puheenvuoroja) vahvistamisen lisäksi myös sellaisten koulutussisältöjen kehittämiseen, joissa keskiössä on keskinäistä suhdetta rakentava suhtautumisen viestiminen ja sen merkitys omahoitoa edistävän hoidonohjauskeskustelun rakentamiselle.

Osatutkimuksen tulokset osoittivat, että suhtautumisen viestimiseen liittyvät ominaispiirteet ovat osaltaan kulttuurisidonnaisia. Tässä tutkimuksessa asiallisuus näyttäytyi aikaisempiin kansainvälisiin ja kansallisiin tutkimustuloksiin nähden uutena suhtautumisen viestimiseen liittyvänä piirteenä. Aiemmin asiallisuutta on kuvattu enemmän nonverbaaliseen viestintään, viestin sisältöön tai viestijän persoonallisuuden liittyvänä tekijänä. Tässä tutkimuksessa asiallisuus näyttäytyi kuitenkin osapuolten laajempaan suhtautumisen viestimistä kuvaavana piirteenä – ainakin suomalaisien terveydenhuoltopalvelujen yhteydessä. Jatkossa tulisikin kiinnittää entistä enemmän huomiota siihen, miten erilaiset kulttuuriset tekijät vaikuttavat terveydenhuollon ammattilaisten ja potilaiden väliseen suhtautumisen viestimiseen, sekä mikä on kulttuuristen tekijöiden merkitys suhteessa hoidonohjauskeskustelujen omahoitoa vahvistaviin tavoitteisiin.

4.2 Toinen osatutkimus: Ammatilais-potilassuhteen kilpailevat diskurssit tyyppin 2 diabeteksen hoidossa

Toisen osatutkimuksen tarkoituksena oli tunnistaa terveydenhuollon ammatilaisen ja tyyppin 2 diabeetikon välisen suhteen keskeiset kilpailevat diskurssit, jotka esiintyivät omahoidon kannalta myönteisissä ja kielteisissä vuorovaikutuskokemuksissa. Tutkimuksessa etsittiin vastauksia kysymyksiin: 1) mitä suhteeseen liittyviä kilpailevia diskursseja diabeetikoiden kokemuskuvauksissa esiintyi, ja 2) miten diskurssit kilpailivat keskenään. Suhteen moniulotteisia merkityksenantoja lähestyttiin relationaalisen dialektiikan teorian näkökulmasta, jossa merkityksenantojen nähtiin rakentuvan erilaisten kilpailevien diskurssien ristivedossa (Baxter, 2011). Tutkimusaineisto analysoitiin teoriaan kytkeytyvällä kontrapunktaalisella analyysillä. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa uutta tietoa ammatilaisen ja diabeetikon välisen suhteen moninaisista luonnehdinnoista sekä korostaa niiden huomioon ottamista diabeteksen hoidonohjauksessa ja sitä kautta myös omahoidossa.

Sekä myönteisissä että kielteisissä vuorovaikutuskokemuksissa ilmeni kolme terveydenhuollon ammatilaisen ja diabeetikon väliseen suhteeseen liittyvää kilpailevaa diskurssiparia. Kilpailevat diskurssiparit olivat, *a) subde jokaisen diabeetikon oikeutena – subde ansaittavana tukimuotona*, *b) subde ohjauksen areenana – subde kontrolloinnin areenana* ja *c) subde yksilöllisenä – subde standardoituna kokonaisuutena*. Diskurssiparien osalta havaittiin, että ne kilpailivat myönteisissä ja kielteisissä vuorovaikutuskokemuksissa eri tavoin. Ensimmäisen diskurssiparin (*subde jokaisen diabeetikon oikeutena – subde ansaittavana tukimuotona*) välinen kilpailu ilmeni diabeetikoiden kokemuskuvauksissa varsinkin sellaisissa hoidonohjauskeskustelun hetkissä, joissa osapuolet olivat keskustelleet sairastumiseen ja omahoitoon liittyvistä kielteisistä tunteista. Omahoidon kannalta myönteisissä kokemuskuvauksissa diabeetikot kertoivat tuoneensa esille omia syyllisyyden tunteita sairastumisestaan, terveyden laiminlyönnistä ja siitä aiheutuvasta hoidon tarpeesta. Diabeetikot kuvasivat, että syyllisyyden tunteisiin oli yhteydessä erityisesti oma ajattelu asiasta, mutta taustalla vaikutti myös diabetekseen liittyvä syyllistävän sävyinen yhteiskunnallinen keskustelu. Myönteisiksi koettujen keskustelujen alussa diskurssi suhteesta ansaittavana tukimuotona oli vahvimpana esillä, mutta keskustelujen edetessä suhdetta merkityksennettiin kuitenkin enemmän jokaisen diabeetikon oikeudeksi, mikä oli kokemuskuvausten perusteella terveydenhuollon ammatilaisen osoittaman hyväksyvän viestinnän ansiota. Kielteisissä kokemuskuvauksissa keskustelun alussa vallitsi aluksi käsitys suhteesta jokaisen oikeutena, sillä keskustelut alkoivat diabeetikoiden asioiden ja huolenaiheiden esittämisellä. Tilanteen edettyä

keskustelua alkoi kuitenkin hallita diskurssi ansaittavasta suhteesta, kun diabeetikot kokivat terveydenhuollon ammattilaisten syyllistävän heitä epäterveellisistä elämäntavoista, sairastumisesta diabetekseen tai eri mieltä olemisesta terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Joissakin kielteisissä kokemuskuvauksissa terveydenhuollon ammattilaiset olivat myös kieltäytyneet hoitamasta diabeetikon oireita sillä perusteella, että he näkivät diabeetikoiden huonon terveystilanteen olevan heidän oman epätarcoituksenmukaisen terveyskäyttäytymisensä syytä.

Toisen diskurssiparin (*subde ohjauksen areenana – subde kontrolloinnin areenana*) välinen kilpailu ilmeni diabeetikoiden kokemuskuvauksissa sellaisissa hoidonohjauskeskustelun hetkissä, joissa tehtiin hoitoon liittyviä päätöksiä. Myönteisissä kokemuskuvauksissa suhde näyttäytyi yhtäaikaaisesti sekä ohjaamisen että kontrolloinnin areenana: suhde miellettiin ohjauksen areenana, jossa kontrolli oli jaettu osapuolten välillä eri tavoin. Diabeetikoiden määriteltiin kontrolloivan omahoitoa, keskustelun aiheita sekä viime kädessä hoitoon liittyvää päätöksentekoa. Terveydenhuollon ammattilaisten määriteltiin puolestaan kontrolloivan omahoidon suunnittelua sekä hoidonohjauskeskustelujen etenemistä. Myös kielteisissä kokemuskuvauksissa ohjauksen ja kontrolloinnin diskurssit näyttäytyivät samanaikaisesti, mutta toisiinsa nähden vastakkaisina diskursseina. Diabeetikot kuvasivat ohjauksen suhteen viestinnälliseksi tavoitetilaksi, mutta ammattilaisten kontrolloivasta viestinnästä johtuen diabeetikot kokivat tämän tavoitetilan mahdottomaksi saavuttaa. Ammattilaiset olivat muun muassa rajoittaneet diabeetikoiden osallistumista keskusteluun, osoittaneet kuuntelemattomuutta sekä antaneet diabeetikoiden mielestä epäselviä, itsestään selviä tai liian rajoittavia ja käskeviä ohjeita, joita diabeetikot eivät kokeneet omahoitonsa kannalta hyödyllisiksi.

Kolmannen diskurssiparin (*subde yksilöllisenä – subde standardoituna kokonaisuutena*) välinen kilpailu ilmeni diabeetikoiden kokemuskuvauksissa sellaisissa hoidonohjauskeskustelun hetkissä, joissa rakennettiin hoitosuunnitelmaa. Myönteisissä kokemuskuvauksissa suhde määriteltiin sekä yksilöllisenä että standardoituna: suhteen roolia osana omahoitoa rakennettiin hoitosuunnitelman tekemisen puitteissa jokaisen diabeetikon yksilöllisestä tilanteesta käsin, mutta samalla diabeteshoidon yleisiä standardeja noudattaen. Lisäksi suhdetta rakennettiin ensisijaisesti kahden yksilön välille, mutta samalla tiedostaen, että osapuolten välinen suhde saattaa jäädä kertaluontoiseksi. Tästä syystä suhteen roolia osana omahoitoa määriteltiin ennen kaikkea yleisellä tasolla, eli mitkä ovat diabeetikon ja terveydenhuollon ammattilaisen roolit ja vastuut keskinäisessä omahoitoon kytkeytyvässä suhteessa. Myös kielteisissä kokemuskuvauksissa esiintyivät sekä yksilöllisen että standardoidun suhteen diskurssit, mutta ne esiintyivät pääsääntöisesti toisiinsa nähden vastakkaisina. Diabeetikot

kokivat, että suhteen rakentamisessa edettiin diabeteshoidon standardien mukaan, eivätkä osapuolet onnistuneet rakentamaan toisensa tiedostavaa, yksilöllistä suhdetta. Kielteisissä kokemuksekuvauksissa diskurssipari kilpaili myös siten, että yksilöllinen ja standardoitu suhde esiintyivät diskursseina rinnakkain: yhden kielteisen kokemuksen pohjalta diabeetikot vaikuttivat pohtivan, ovatko kaikki diabetekseen liittyvät suhteet terveydenhuollon ammattilaisten kanssa samanlaisia, vai oliko kokemus suhteesta vain valitettava poikkeus.

Osatutkimuksen tulokset osoittavat, että yksittäisissä hoidonohjauskeskusteluissa ei ole keskeistä tarkastella vain sitä, millaisia merkityksiä tyyppin 2 diabetekselle ja omahoidolle annetaan, tai millaista viestintää molemmilta osapuolilta tulisi edellyttää, jotta hoidonohjauskeskustelu olisi mahdollisimman tarkoituksenmukainen omahoidon kannalta. Olennaista on myös kiinnittää huomiota siihen, kuinka monenlaisia merkityksiä ammattilaisen ja diabeetikon väliseen suhteeseen voidaan liittää sekä miten ja kenen aloitteesta suhteeseen liittyviä merkityksenantoja rakennetaan. Kyseisten merkityksenantojen olennaisuutta perustelee osaltaan myös se, että tulosten pohjalta yksittäisissä vuorovaikutustilanteissa suhteelle annetut merkitykset eivät kytkeydy vain tiettyjen henkilöiden väliseen suhteeseen yksittäisessä tilanteessa, vaan myös siihen, millaiseksi diabeetikot ymmärtävät suhteen ja sen merkityksen yleisemmällä tasolla osana diabeetikoiden hoitoa.

Tuloksissa erityisen kiinnostava diskurssipari oli *subde jokaisen diabeetikon oikeutena – subde ansaittavana tukimuotona*, joka ei ole selkeästi esiintynyt aikaisemmissa ammatillis-potilassuhteita tarkastelevissa tutkimuksissa. Diskurssiparin ilmeneminen diabeetikoiden kokemuksekuvauksissa osoittaa osaltaan, että hoidonohjauskeskusteluissa ei vain tehdä hoitosuunnitelmaa ja rakenneta keskinäistä suhdetta, vaan samanaikaisesti hoidonohjauskeskusteluissa otetaan kantaa perustavanlaatuisiin, ihmisoikeuksiin liittyviin kysymyksiin siitä, millaisten potilaiden nähdään olevan oikeutettuja rakentamaan toimivan suhteen terveydenhuollon ammattilaisten kanssa ja saamaan tarvitsemaansa hoitoa. Näin ollen terveydenhuollon ammattilaisen ja diabeetikon välistä suhdetta ei tulisikaan tarkastella ja kehittää ainoastaan siitä näkökulmasta, miten se verbaalisesti ja nonverbaalisesti rakentuu ja millainen suhteen tulisi viestinnällisesti olla. Yhtä tärkeää suhteen rakentamisessa on kiinnittää huomiota myös siihen, miten osapuolet määrittelevät suhdetta sekä millaisena osapuolet ymmärtävät suhteen merkityksen osana diabeetikon omahoitoa.

4.3 Kolmas osatutkimus: Tyypin 2 diabeetikoiden kokemukset vuorovaikutuksen merkityksestä omahoitoon kytkeytyvässä yhteistyössä

Kolmannen osatutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ja ymmärtää tyypin 2 diabeetikoiden kokemuksia siitä, miten terveydenhuollon ammattilaisen ja diabeetikon välinen vuorovaikutus edistää ja estää omahoitoon kytkeytyvää yhteistyötä (Peltola ym., 2021). Tutkimuksessa etsittiin vastausta kysymyksiin: 1) miten terveydenhuollon ammattilaisen ja tyypin 2 diabeetikon välinen vuorovaikutus edistää omahoitoon kytkeytyvän yhteistyön tekemistä, ja 2) miten terveydenhuollon ammattilaisen ja tyypin 2 diabeetikon välinen vuorovaikutus estää omahoitoon kytkeytyvän yhteistyön tekemistä diabeetikon kokemana. Diabeetikoiden vastauksista tunnistetut 63 merkityksellistä tapahtumaa analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Tutkimuksen tavoitteena oli tehdä vuorovaikutuksen kaksisuuntainen merkitys näkyvämmäksi yhteistyön tekemisessä, jotta yhteistyötä pystyttäisiin kehittämään omahoidon kannalta entistä toimivammaksi ja tarkoituksenmukaisemmaksi.

Diabeetikoiden vuorovaikutuskokemuksista havaittiin, että vuorovaikutus edisti ja esti omahoitoon kytkeytyvän yhteistyön tekemistä *tiedon jakamisen, sosiaalisen tuen osoittamisen ja saamisen sekä yhteistyöroolien määrittämisen osa-alueilla*. Tiedon jakamista edisti omahoidon kannalta myönteisissä kokemuksissa tarvelähtöinen, kuunteleva ja diabeetikon viestintätyyliin mukautettu vuorovaikutus. Tällöin diabeteshoitoon liittyvistä asioista oli vuorovaikutuksessa sujuvampaa keskustella ja diabeetikot kokivat helpommaksi ymmärtää ja toteuttaa annettuja ohjeita. Kielteisissä vuorovaikutuskokemuksissa tiedon jakaminen estyi puolestaan tehtävälähtöisen, kuuntelemattoman ja ammattilaisten viestintätyleihin mukautetun vuorovaikutuksen vuoksi. Tällöin diabeetikot passivoituivat vuorovaikutuksen osapuolina ja muodostui väärinymmärryksiä, jotka konkretisoituivat myös koettujen vuorovaikutustilanteiden jälkeen tehtyjen hoitopäätösten tasolla.

Sosiaalisen tuen osoittamista ja saamista edisti diabeetikoiden myönteisissä kokemuksissa välitön ja välittävä vuorovaikutus. Tällaisessa vuorovaikutuksessa diabeetikoiden käsitykset ammattilaisista muuttuivat inhimillisempään suuntaan ja diabeetikot kokivat, että ammattilaisten kanssa pystyi puhumaan vaikeista aiheista ja tunteista ja myös sairauden sekä sairauteen liittyvien kielteisten tunteiden hallinta helpottui. Kielteisissä vuorovaikutuskokemuksissa sosiaalisen tuen osoittamista ja saamista esti puolestaan vetäytyvä ja ojentava vuorovaikutus. Tällöin terveydenhuollon

ammattilaiset jäivät diabeetikoille etäiseksi, kielteisten tunteiden käsittely oli vaikeaa ja hoitosuhteita katkesi.

Yhteistyöroolien määrittelemistä edisti myönteisissä vuorovaikutuskokemuksissa jaettu päätöksenteko sekä hoidonohjauksen prosessimaisuutta korostava vuorovaikutus. Tällöin diabeetikot eivät kokeneet jäävänsä sairauden kanssa yksin, vaan heille muodostui käsitys hoitoprosessin jatkuvuudesta joko saman tai muiden terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Kielteisissä vuorovaikutuskokemuksissa yhteistyöroolien määrittelemistä esti sen sijaan autoritäärinen päätöksenteko sekä hoidonohjauksen episodimaisuutta korostava vuorovaikutus. Diabeetikot kokivat jäävänsä vuorovaikutuksessa oman onnensa nojaan, mistä johtuen he tekivät usein itsenäisiä hoitoratkaisuja esimerkiksi lääkityksen aloittamisen osalta.

Tämän osatutkimuksen tuloksissa yhteistyöroolien määrittelyminen näyttäytyi erityisen kiinnostavana osa-alueena, sillä tämän osa-alueen yhteydessä tuli ilmi yhteistyön tekemisen merkitys suhteessa myös tuleviin hoidonohjauskeskusteluihin. Tutkimuksen tulokset osoittivat, että kun yhteistyöroolit määriteltiin yhdessä keskustellen, diabeetikoille muodostui käsitys terveydenhuollon ammattilaisen kanssa tehtävästä yhteistyöstä jatkuvana prosessina, jota toteutetaan joko saman tai toisten terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Kun yhteistyörooleja ei määritetty, hoidonohjauskeskustelut näyttäytyivät diabeetikoille enemmän yksittäisinä keskustelutilanteina, joiden jälkeen diabeetikot tekivät usein hoitoratkaisut itsenäisesti. Tulosten perusteella voidaan päätellä, että yhteistyöroolien määrittelyllä on keskeinen merkitys paitsi yhden hoidonohjauskeskustelun onnistumiselle, myös tulevaisuudessa terveydenhuollon ammattilaisten kanssa käytäville hoidonohjauskeskusteluille. Tästä syystä on tärkeää, että jokaisessa hoidonohjaustilanteessa määritellään, miten molemmat osapuolet ymmärtävät yhteistyön tekemisen suhteessa yksittäiseen hoidonohjauskeskusteluun ja omahoitoon sekä millaiset roolit molemmilla osapuolilla katsotaan yhteistyön tekemisessä olevan.

Tulosten perusteella voidaan havaita, että yhteistyötä edistävän ja estävän vuorovaikutuksen merkityksen osalta ratkaisevassa roolissa oli, onnistuivatko terveydenhuollon ammattilaiset ja diabeetikot rakentamaan hoidonohjauskeskusteluissa yhteisen vuorovaikutustyylin, joka rakentui diabeetikoiden tilannekohtaisten viestinnän, toiveiden ja tarpeiden pohjalta. Yhteistyötä edistävä vuorovaikutustyyli näyttäytyi diabeetikoiden kokemuksissa verbaalisesti ja nonverbaalisesti monipuolisena sekä vastavuoroista, kunnioittavaa ja tasavertaista suhdetta rakentavana vuorovaikutuksena. Yhteistyötä estävä vuorovaikutustyyli näyttäytyi puolestaan niukkana, yksisuuntaisena ja tehtävään keskittyvänä sekä autoritääristä ja etäistä suhdetta rakentavana vuorovaikutuksena. Mitä enemmän diabeetikot pystyivät vaikuttamaan yhteisen

vuorovaikutustyylin rakentamiseen, sitä myönteisemmäksi omahoitoon kytkeytyvä yhteistyö koettiin.

Tulosten perusteella yhteisen vuorovaikutustyylin merkitys yhteistyön kannalta kytkeytyy paitsi omahoidon suunnitteluun myös omahoidon toteuttamiseen. Kun terveydenhuollon ammattilainen ja diabeetikko onnistuivat rakentamaan hoidonohjauskeskusteluissa yhteisen vuorovaikutustyylin, tämä edisti diabeetikoiden kokemusten mukaan ymmärrettävän tiedon ja sosiaalisen tuen saamista sekä yhteistyöhön liittyvien roolien selkeytymistä. Jos yhteistä vuorovaikutustyyliä ei puolestaan onnistuttu rakentamaan, tiedon jakamisen koettiin vaikeutuvan ja diabeetikot kokivat jääneensä vaille sosiaalista tukea. Tällä oli merkitystä muun muassa hoitoon hakeutumisen, hoitoon motivoitumisen sekä hoito-ohjeiden noudattamisen kannalta. Tutkimustuloksista voidaan päätellä, että jokainen yksittäinen hoidonohjauskeskustelu on tärkeä mahdollisuus edistää vuorovaikutuksen keinoin omahoitoon kytkeytyvän yhteistyön tekemistä tarkoituksenmukaisempaan suuntaan.

4.4 Neljäs osatutkimus: Merkityksellisten tapahtumien tekniikka terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välisen vuorovaikutuksen tutkimisessa

Neljännän osatutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ja arvioida merkityksellisten tapahtumien tekniikan soveltuvuutta terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välisen vuorovaikutuksen ja sen terveyteen liittyvien seurausten tutkimiseen (Peltola ym., 2022). Soveltuvuuden arvioinnissa keskityttiin tässä väitöskirjatutkimuksessa tehtyjen tekniikan käyttöön liittyvien ratkaisujen pohtimiseen ja arviointiin. Lisäksi merkityksellisten tapahtumien tekniikan soveltuvuutta tarkasteltiin Flanaganin (1954) alkuperäisen ohjeistuksen ja aikaisempien tekniikkaa soveltaneiden tutkimusten kautta. Merkityksellisten tapahtumien tekniikan kuvaamisessa ja arvioinnissa sovellettiin Carterin ja Littlen (2007) kehittämää mallia, jonka avulla tekniikkaa arvioitiin epistemologian, metodologian ja metodien käytön näkökulmista. Osatutkimuksen tavoitteena oli tuottaa uutta tietoa tekniikan soveltuvuudesta, soveltamisesta ja arvioinnista ammattilais-potilasvuorovaikutuksen tutkimisessa.

Arvioinnin tulokset osoittivat, että merkityksellisten tapahtumien tekniikalla on mahdollista tutkia vuorovaikutuksen terveyteen liittyviä seurauksia, mutta tällöin on tarkasti määriteltävä, suhteessa millaisiin terveyteen liittyviin seurauksiin

vuorovaikutuksen merkitystä tarkastellaan. Arviointi osoitti myös, että merkityksellisten tapahtumien tekniikalla on mahdollista tutkia terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välisen vuorovaikutuksen moniulotteista luonnetta, sillä sisällöltään rikkaita merkityksellisiä tapahtumia oli mahdollista lähestyä erilaisilla analyysimenetelmillä. Vuorovaikutuksen luonteen tutkiminen edellyttää kuitenkin tarkkaa rajaamista sen osalta, millaiseksi merkityksellinen tapahtuma ymmärretään (keskusteluksi, tapahtumaksi, kokemukseksi, tilanteeksi, vuorovaikutustilanteeksi) sekä millaisin kysymyksin vuorovaikutuksen tutkimista lähestytään. Arvioinnin perusteella on hyödyllistä, että osallistujille suunnatuissa kysymyksissä kysytään suoremmin viestinnästä ja vuorovaikutuksesta ja myös kuvataan osallistujille, mitä kyseisillä käsitevalinnoilla tarkoitetaan.

Merkityksellisten tapahtumien tekniikka toimi teemahaastattelujen yhteydessä, jolloin potilailla oli mahdollista reflektoida kokemuksiaan vuorovaikutuksessa tutkijan kanssa. Refleктоiva keskustelu ei vähentänyt potilaan “omistajuutta” kokemukseen, vaan selkeytti ja jäseni potilaiden vuorovaikutuskokemuksia sekä niiden edistävää ja estävää merkitystä suhteessa omahoitoon. Arvioinnin tulosten perusteella merkityksellisten tapahtumien tekniikassa on hyödyllistä kysyä potilailta sekä myönteisistä että kielteisistä vuorovaikutuskokemuksista, jotta vuorovaikutuksen moniulotteinen luonne sekä edistävä ja estävä merkitys tarkasteltavan toiminnan kannalta tulisi esille. Sen sijaan vuorovaikutuskokemusten luokittelu omahoidon kannalta myönteisiksi ja kielteisiksi sekä kyseisen jaottelun käyttäminen kaikkien osatutkimusten analyysin pohjana ei osoittautunut tarkoituksenmukaiseksi ratkaisuksi. Jatkossa potilaiden vuorovaikutuskokemuksia olisikin hyödyllistä analysoida ilman että kokemuksia jaotellaan myönteisiin ja kielteisiin tai edistäviin ja estäviin vaan keskitytään tarkastelemaan vahvemmin vuorovaikutuksen merkityksellisiä tekijöitä, jolloin vuorovaikutuksen luonteesta voisi tulla näkyväksi uudenlaisia näkökulmia.

Tutkimuksessa tehty arviointi osoitti, että merkityksellisten tapahtumien tekniikan onnistunut soveltaminen edellyttää tutkimuksen suunnittelusta lähtien tarkkaa harkintaa, miten tekniikkaa tulisi tarkoituksenmukaisesti hyödyntää tutkimuksen tarkoituksen ja tavoitteen kannalta. Tässä harkinnassa on mahdollista käyttää apuna Carterin ja Littlen (2007) laadullisen tutkimuksen arviointimallia, jonka osa-alueita (epistemologiaa, metodologiaa ja metodia) voi käyttää ikään kuin kolmena peilinä tutkimusasetelman ja merkityksellisten tapahtumien tekniikan yhteensopivuuden arvioinnissa. Kun tutkija kääntää yhtä peiliä tutkimuksen edetessä eri kulmaan, tällöin on samalla muistettava katsoa, miltä tutkimusasetelman ja merkityksellisten tapahtumien tekniikan yhteensopivuus myös muista peleistä katsottuna näyttää, jotta tutkimuksen koherenssi ei katoaisi.

Merkityksellisten tapahtumien tekniikkaa voidaan käyttää myös vuorovaikutuskemusten reflektoinnin työkaluna. Tekniikkaa on käytetty terveydenhuollon ammattilaisten koulutuksissa (esim. Graybill ym., 2017, Rademacher ym., 2010), mutta aikaisempien tutkimusten perusteella potilaiden koulutuksissa kyseistä lähestymistapaa on hyödynnetty vasta rajallisesti. Tässä tutkimuksessa havaittiin, että merkityksellisten tapahtumien tekniikan hyödyntäminen tutkimushaastattelun tukena auttoi potilaita refleктоimaan ja jäsentämään kokemuksiaan sekä ymmärtämään molempien osapuolten viestinnän merkitystä ammattilais-potilasvuorovaikutuksessa. Täten kyseinen lähestymistapa voi soveltua terveydenhuollon ammattilaisten lisäksi myös potilaiden vuorovaikutusosaamisen kehittämisen työkaluksi sekä ammattilaisen ja potilaan välisen yhteistyön kehittämisen apuvälineeksi.

5 TULOSTEN YHTEENVETO, POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän väitöskirjatutkimuksen tulokset kootaan yhteen vastaamalla seuraaviin koko väitöskirjatutkimusta yhdistäviin tutkimuskysymyksiin: 1) miten terveydenhuollon ammattilaisen ja diabeetikon välinen vuorovaikutus edistää ja estää omahoitoa, ja 2) miten merkityksellisten tapahtumien tekniikka soveltuu terveydenhuollon ammattilaisen ja diabeetikon välisen vuorovaikutuksen tutkimiseen. Osatutkimusten keskeiset tulokset on koottu taulukkoon 3.

Taulukko 3. Osatutkimusten keskeiset tulokset

Osatutkimus 1 Suhtautumisen viestimiseen liittyvät keskeiset ominaispiirteet olivat:	Osatutkimus 2 Ammattilais-potilassuhteeseen liittyvät keskeiset kilpailevat diskurssit olivat:
Luottamuksen rakentaminen toista osapuolta kohtaan Viestintähäluksuus Emotionaalinen läsnäolo Asiallisuus	Suhde jokaisen diabeetikon oikeutena – suhde ansaittavana tukimuotona Suhde ohjauksen areenana – suhde kontrolloinnin areenana Suhde yksilöllisenä – suhde standardoituna kokonaisuutena
Osatutkimus 3 Vuorovaikutus edisti ja esti omahoitoon kytkeytyvän yhteistyön tekemistä kolmella yhteistyön osa-alueella, jotka olivat:	Osatutkimus 4 Merkityksellisten tapahtumien tekniikka soveltuu:
Tiedon jakaminen Sosiaalisen tuen osoittaminen ja saaminen Yhteistyöroolien määrittelemineen	Ammattilais-potilasvuorovaikutuksen terveyteen liittyvien seurausten tutkimiseen Ammattilais-potilasvuorovaikutuksen moniulotteisen luonteen tutkimiseen Terveydenhuollon ammattilaisten ja potilaiden vuorovaikutuskokemusten reflektointiin

5.1 Omahoitoa edistävä ja estävä vuorovaikutus

Tämän väitöskirjatutkimuksen tulokset osoittivat, että terveydenhuollon ammattilaisen ja diabeetikon välinen vuorovaikutus edistää ja estää omahoidon suunnittelua ja toteutusta omahoitoon kytkeytyvän yhteistyön kautta (Peltola ym., 2021). Vuorovaikutus edisti yhteistyön kautta parhaimmillaan ymmärrettävän ja tarkoituksenmukaisen tiedon saamista ja hyödyntämistä, sosiaalisen tuen saantia sekä selkeytti ammattilaisen ja diabeetikon vastuita omahoitoon liittyen. Mikäli vuorovaikutus ei toiminut tarkoituksenmukaisesti, se vaikeutti tiedon jakamista ja yhteistyöroolien määrittelyä sekä aiheutti diabeetikoille tuetta jäämisen kokemuksen, millä oli merkitystä esimerkiksi hoito-ohjeiden noudattamisen, hoitoon motivoitumisen sekä hoitoon hakeutumisen kannalta.

Aikaisemmissa tutkimuksissa hoidonohjauskeskustelun ja sitä rakentavan vuorovaikutuksen merkitys on yhdistetty ennen kaikkea omahoidon suunnitteluun, sillä terveydenhuollon ammattilaisen ja diabeetikon välisen hoidonohjauskeskustelun keskeinen tavoite on tehdä yhdessä toimiva hoitosuunnitelma sekä opettaa diabeetikolle kaikki tarvittavat asiat, jotta diabeetikon olisi mahdollisuus onnistua omahoidossa (esim. Tyypin 2 Diabetes. Käypä hoito -suositus, 2020). Tämän tutkimuksen tulokset kuitenkin osoittavat, että vuorovaikutuksella ei ole merkitystä ainoastaan hoidonohjauskeskustelun sujuvuuden ja omahoidon suunnittelemisen kannalta vaan sillä on merkitystä myös tarkoituksenmukaisen omahoidon toteuttamisen kannalta. Täten jokainen hoidonohjauskeskustelu voidaan nähdä tärkeäksi mahdollisuudeksi edistää omahoitoa vuorovaikutuksen keinoin tarkoituksenmukaisempaan suuntaan.

Aikaisemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että vuorovaikutuksen yhteyttä terveyteen liittyviin seurauksiin on vaikea tutkia, sillä vuorovaikutus on moniulotteinen kokonaisuus ja se voi olla yhteydessä terveyteen liittyviin seurauksiin sekä välillisesti että välittömästi (Cegala & Street, 2010; Epstein & Street, 2007; Street ym., 2009). Vaikka vuorovaikutukseen liittyvien tekijöiden yhdistäminen suoraan yksittäisiin omahoidon osa-alueisiin, kuten liikunnan harrastamiseen, terveelliseen ravitsemukseen ja stressin hallintaan ei ollut tässä tutkimuksessa mahdollista, yhteistyönäkökulman kautta tutkimuksessa oli mahdollista tunnistaa sekä omahoidon suunnittelemiseen että toteuttamiseen liittyvän vuorovaikutuksen keskeisiä tekijöitä. Yhteistyönäkökulman avulla oli lisäksi mahdollista rakentaa laajempaa kokonaiskuvaa vuorovaikutuksen moniulotteisesta luonteesta omahoitoa edistävästä ja estävästä tekijänä, kun huomio ei rajautunut vain tiettyihin vuorovaikutustekijöihin tai tiettyihin terveyteen liittyviin seurauksiin. Tutkimuksen tulokset osoittavat, että vaikka jatkossakin on tärkeää tutkia tiettyjä ammattilais-potilasvuorovaikutuksen terveyttä edistäviä ja

estäviä välillisiä ja välittömiä merkityksiä, yhtä tärkeää on myös tehdä kokonaisvaltaisempaa tutkimusta siitä, miten ammattilais-potilasvuorovaikutus voi edistää ja estää omahoitoa laaja-alaisesti (esim. Thorne ym., 2004).

Yhteistyön tutkimista vuorovaikutusta ja omahoitoa yhdistävänä tekijänä puoltaa myös se, että omahoitoon kytkeytyvää yhteistyötä oli mahdollista tarkastella sekä diabeetikoiden lääkäri- että hoitajakokemuksista, omahoitoa edistävästä ja estävästä kokemuksista sekä tuttujien ja ennalta tuntemattomien terveydenhuollon ammattilaisten kanssa tapahtuneista kokemuksista. Aikaisemmissa tutkimuksissa yhteistyötä on määritelty yleensä toistuvassa vuorovaikutuksessa ja jatkuvassa suhteessa rakennettavaksi ilmiöksi (esim. Aira, 2012; Suomen Diabetesliitto, 2003). Tämän tutkimuksen tulokset kuitenkin osoittivat, että myös yksittäisessä hoidonohjauskeskustelussa on mahdollista tehdä suhteen epäsymmetrian ja symmetrian välistä eroa (esim. Billig ym., 1988; Peräkylä, 2001) tasapainottavaa yhteistyötä ja sen toteutumista on mahdollista yksittäisen keskustelun osalta tarkastella. Täten yhteistyö soveltuu hyvin sekä terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välisen kertaluontoisen että toistuvan vuorovaikutuksen tarkastelukohteeksi.

Alun perin tutkimuksessa oli tarkoitus kuvata diabeetikoiden vuorovaikutuskokemuksia lääkäreiden ja hoitajien kanssa tapahtuneista hoidonohjauskeskusteluista erikseen. Analyysivaihteessa kuitenkin huomattiin, että diabeetikoiden merkityksellisissä vuorovaikutuskokemuskuvauksissa ei ollut ammattilaisryhmiin liittyviä eroavaisuuksia, joten ammattilaisryhmäkohtainen kokemusten analysointi ei ollut tarkoituksenmukaista. Tutkimuksessa ilmeni, että sekä lääkärin että hoitajan kanssa käydyt hoidonohjauskeskustelut ovat diabeetikoille tärkeitä ja niiden myönteisyyteen ja kielteisyyteen omahoidon kannalta kytkeytyvät samankaltaiset vuorovaikutukselliset tekijät. Havainto antaakin aihetta pohtia, voisiko tutkimuksissa siirtyä eri ammattiryhmien ja potilaan välisen vuorovaikutuksen erityispiirteiden tarkastelusta entistä enemmän ammattilais-potilasvuorovaikutukseen liittyvien tekijöiden, kuten toimivan yhteistyön tarkasteluun, joiden voidaan ajatella vahvistavan eri terveydenhuollon ammattilaisten ja potilaan välistä vuorovaikutusta ja yhteistyötä potilaan parhaaksi.

Tässä tutkimuksessa tunnistettiin kolme yhteistyön osa-aluetta (*tiedon jakaminen, sosiaalisen tuen osoittaminen ja saaminen, yhteistyöroolien määrittelemine*n), joihin vuorovaikutuksella on keskeinen edistävä ja estävä merkitys (Peltola ym., 2021). Tutkimuksen tulokset vahvistavat aikaisempia tutkimustuloksia, joissa vuorovaikutuksen tehtäviä yhteistyössä on määritelty (esim. Aikens ym., 2005; Lewis, 2006). Yhteistyö on kuitenkin aina kontekstisidonnainen ilmiö (Aira, 2012), eivätkä kaikki yhteistyön osa-alueet ole todennäköisesti kaikissa tilanteissa yhtä merkittäviä. Lisäksi yhteistyötä on aiemmin tarkasteltu enemmän ammattilaisten välisessä toiminnassa kuin

terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välisissä keskusteluissa (esim. Fox ym., 2021; Mönkkönen ym., 2019; Nikander, 2003). Tutkimusta on kyllä tehty yhteistyöhön liittyvistä ilmiöistä, kuten ammattilaisen ja potilaan välisestä potilaslähtöisestä vuorovaikutuksesta, hoidosta sopimisesta ja kumppanuudesta (esim. Routasalo ym., 2009). Kuitenkaan yhteistyötä, joka voidaan nähdä laaja-alaisempana tehtävä- ja suhdekeskeisiä tavoitteita yhdistävänä ilmiönä, on tarkasteltu vähemmän varsinkin aikaisemmissa kansallisissa tutkimuksissa. Tämä tutkimus tarjoaakin uutta tietoa siitä, mitkä ovat terveydenhuollon ammattilaisen ja diabeetikon välisessä hoidonohjauskeskustelussa yhteistyön keskeiset osa-alueet, joihin vuorovaikutuksella on omahoidon kannalta edistävää tai estävää merkitystä.

Tämän väitöskirjatutkimuksen tuloksista ilmeni, että omahoitoon kytkeytyvää yhteistyötä edistävä ja estävä vuorovaikutus on luonteeltaan moniulotteista. Diabeetikoiden kokemuskuvauksissa korostuivat sekä verbaalinen että nonverbaalinen viestintä, ja tärkeiksi tekijöiksi nähtiin myös kuunteleminen ja sen osoittaminen. Erityisen merkittävä osa-alue vuorovaikutuksessa oli se, miten osapuolet huomioivat keskinäisen suhteen rakentamisen, jonka on todettu olevan toimivan ammattilais-potilasvuorovaikutuksen ja hyvän hoidon ydin (de Haes & Bensing, 2009; Kyngäs, 2008; Lipponen, 2006; Ruben, 2016; Tähkä, 1977; Vatjus, 2014).

Tässä tutkimuksessa havaittiin, että terveydenhuollon ammattilainen ja potilas rakentavat keskinäistä suhdetta ja tasapainoilevat suhteen epäsymmetrisyyden ja symmetrisyyden välillä viestimällä suhtautumista toiseen osapuoleen, itseensä ja käsiteltävään asiaan sekä hallitsemalla ammattilais-potilassuhteeseen liittyviä kilpailevia merkityksenantoja (kilpailevat diskurssit). Aikaisemmista ammatillista suhdetta ja sitä rakentavaa vuorovaikutusta käsittelevistä tutkimuksista on havaittavissa, että niissä tarkastelun painopiste on ollut enemmän joko suhtautumisen viestimisessä tai suhteeseen liittyvissä merkityksenannoissa. Toisaalta kyseisiä näkökulmia on myös yhdistelty katsomalla laajasti ammatillisiin suhteisiin kytkeytyvää relationaalista viestintää (esim. Gerlander & Isotalus, 2010) – erottelematta kuitenkaan yksityiskohtaisesti, mikä on kummankin suhteen rakentamisen tavan keskeinen tehtävä sekä millaista tietoa kummallakin tarkastelutavalla on mahdollista saavuttaa. Tämän tutkimuksen tulokset osoittavat, että suhtautumisen viestimisen kautta osapuolet rakentavat erityisesti keskinäistä tilannekohtaista suhdetta, joka perustuu osapuolten viestintään ja vuorovaikutukseen liittyvään järjestykseen, kuten puhumisen ja kuuntelemisen prosesseihin. Suhteeseen liittyvien merkitystenantojen kautta osapuolet rakentavat myös tilannekohtaista suhdetta määrittävää sosiaalista suhdetta, joka perustuu sosiaaliseen järjestykseen (Sigman, 1995). Täten tilannekohtainen vuorovaikutus ja siinä rakennettava suhde eivät kytkeydy vain yksittäiseen hoidonohjauskeskusteluun, vaan ne

määrittävät suuntaa myös tuleville hoidonohjauskeskusteluille ja niissä rakennettaville suhteille. Tulosten perusteella vuorovaikutuksen ja suhteen yhteys on kaksisuuntaisuuden lisäksi myös vähintään kaksitasoinen, minkä tässä tutkimuksessa käytetyt kaksi lähestymistapaa toivat esille (Baxter, 2011; Watzlawick ym., 1967). Tästä syystä molemmat suhteen rakentamisen tavat – sekä suhtautumisen viestiminen että suhteeseen liittyvät merkityksenannot – on tärkeää ottaa huomioon samanaikaisesti omahoitoa edistävän ja estävän vuorovaikutuksen tarkastelussa.

Tarkasteltaessa sekä suhtautumisen viestimiseen että suhteeseen liittyviä merkityksenantoa vuorovaikutuksessa huomattiin, että omahoitoa edistävissä vuorovaikutuskokemuksissa korostui diabeetikoiden toiveiden, tarpeiden ja tilannekohtaisen viestintätyylin ehdoilla tapahtuva vuorovaikutus. Jos diabeetikot saivat vaikuttaa vuorovaikutuksen kulkuun itse parhaaksi katsomallaan tavalla, vuorovaikutus koettiin kaikissa näissä tilanteissa omahoitoa edistäväksi. Diabeetikoiden osallistumisen merkitys havaittiin myös tutkimuksessa, jossa tarkasteltiin yhteistyötä edistävää ja estävää vuorovaikutusta (Peltola ym., 2021). Yhteistyötä edistävä vuorovaikutus näyttäytyi diabeetikoiden kokemuksissa verbaalisesti ja nonverbaalisesti monipuolisena sekä vastavuoroista, kunnioittavaa ja tasavertaista suhdetta rakentavana vuorovaikutuksena. Yhteistyötä estävä vuorovaikutus näyttäytyi puolestaan niukkana, yksisuuntaisena ja tehtävään keskittyvänä sekä autoritääristä ja etäistä suhdetta rakentavana vuorovaikutuksena. Vuorovaikutusta yhdistävänä piirteenä havaittiin kaikissa osatutkimuksissa myös kontekstisidonnaisuus, kuten vuorovaikutuksen yhteys kulttuuriin, diabeteshoitoon liittyvään yhteiskunnalliseen keskusteluun sekä hoidonohjauksen kansallisiin käytäntöihin, mikä tukee aikaisempien tutkimusten havaintoja vuorovaikutuksen kontekstisidonnaisesta luonteesta (Street, 2003). Tuloksista on pääteltävissä, että diabeetikoiden ehdoilla tapahtuvassa vuorovaikutuksessa ei ole kyse vain terveydenhuollon ammattilaisen tai diabeetikon viestintätapoihin tai -odotuksiin mukautumisesta, vaan enemmänkin yhteisestä, yksittäisessä tilanteessa rakennettavasta vuorovaikutustyylistä, jonka perusta on vuorovaikutuksen ja suhteen välisen kaksisuuntaisen ja kaksitasoisen yhteyden huomioimisessa.

Yhteisen vuorovaikutustyylin käsite ei ole kuitenkaan ongelmaton, sillä aikaisemmissa ammattilais-potilasvuorovaikutusta käsittelevissä tutkimuksissa vuorovaikutustyyli on ymmärretty enemmän yksilön viestintätyyliksi (esim. Franks ym., 2006; Kokanovic & Manderson, 2007) kuin niinkään osapuolten yhteiseksi tyyliksi, joka rakentuu osapuolten välisessä vuorovaikutuksessa. Viestintätieteellisissä tutkimuksissa on kuitenkin havaittu, että vuorovaikutusosaaminen – joka on yleensä mielletty yksilön osaamiseksi – voi rakentua yhteisesti esimerkiksi tiimin jäsenten tai kollegojen välillä (esim. Baxter & Montgomery, 1996; Horila, 2018; Laajalahti, 2014;

Spitzberg & Cupach, 1984). Lisäksi aikaisemmissa tiimejä ja ryhmiä käsittelevissä monitieteellisissä tutkimuksissa on käytetty käsitettä ryhmän vuorovaikutustyyli (esim. Cooke & Szumal, 1994; Gonzáles-Navarro ym., 2010). Kyseisten havaintojen ja tämän väitöskirjatutkimuksen tulosten pohjalta voidaan ajatella, että myös terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan voidaan katsoa rakentavan vuorovaikutuksessa yhteistä tilannekohtaista vuorovaikutustyyliä, jota ei voida sellaisenaan siirtää vastaaviin muihin ammattilais-potilasvuorovaikutustilanteisiin. Engeström (1999, 321–322) on todennut vastaanottokeskusteluja tarkastelevassa tutkimuksessaan, että ammattilaisen ja potilaan välisessä vuorovaikutuksessa olisi tärkeää pyrkiä dialogiseen ymmärtämiseen eli lääketieteellisen tiedon ja potilaan tiedon yhdistämiseen yhdessä neuvotellen. Tähän liittyen Engeström jäsentää ammattilaisen asiantuntijuuden tarkoittavan *”paitsi alan jäsentynyttä tietoperustaa myös uuden löytämistä vuorovaikutuksessa: asiantuntijuuden koettelemista uusien ongelmien ja kysymysten yhteydessä.”* Tämän väitöskirjatutkimuksen tuloksia tarkasteltaessa uuden löytäminen vuorovaikutuksessa ei kuitenkaan välttämättä tarkoita vain asiantuntijuuden kehittymistä tietoa yhdistelemällä: se voi tarkoittaa myös ammattilaisen ja potilaan välisen yhteisen, tilannekohtaisen vuorovaikutustyylin löytämistä viestintäkäytäntöjen tasolla.

Yhteisen vuorovaikutustyylin käsitteen tarkka määrittely vaatii kuitenkin tuekseen lisää viestintätieteellistä ammattilais-potilasvuorovaikutukseen kohdentuvaa tutkimusta. Tutkimus on tarpeen, sillä yhteisen vuorovaikutustyylin käsite voisi parhaimmillaan selventää, miten potilaslähtöinen vuorovaikutus ilmenee. Potilaslähtöinen vuorovaikutus on mielletty enemmän terveydenhuollon ammattilaisen viestinnässä ilmeneväksi suhtautumistavaksi kuin niinkään osapuolten välisessä yhteisessä vuorovaikutuksessa rakentamaksi tyyliksi (esim. Cegala & Street, 2010; Street, 2017). Yhteisen vuorovaikutustyylin käsitteen käyttäminen hoidonohjausta koskevassa keskustelussa voisi parhaimmillaan vahvistaa aikaisempien tutkimustulosten siirtymistä käytäntöön: potilaslähtöisessä vuorovaikutuksessa olennaista ei ole vain terveydenhuollon ammattilaisen viestintä ja hänen myönteinen asenteensa vuorovaikutukseen, vaan kyse on nimenomaan osapuolten välisestä yhdessä rakennettavasta vuorovaikutuksesta (Street, 2017).

5.2 Merkityksellisten tapahtumien tekniikan soveltuvuus terveydenhuollon ammattilaisen ja diabeetikon välisen vuorovaikutuksen tutkimiseen

Tässä väitöskirjatutkimuksessa etsittiin vastausta myös kysymykseen, miten merkityksellisten tapahtumien tekniikka soveltuu terveydenhuollon ammattilaisen ja diabeetikon välisen vuorovaikutuksen tutkimiseen. Arvioinnin tulokset osoittivat, että merkityksellisten tapahtumien tekniikalla on mahdollista tutkia vuorovaikutuksen merkitystä suhteessa terveyteen liittyviin seurauksiin, mutta samalla tekniikka mahdollistaa myös vuorovaikutuksen edistävän ja estävän luonteen tarkastelun, sillä merkityksellisten tapahtumien keskeisenä ideana on tunnistaa tarkasteltavaan toimintaan liittyvät keskeiset ominaispiirteet eli kriittiset vaatimukset (Flanagan, 1954; Viergever, 2019). Lisäksi arvioinnin tulokset osoittivat, että tutkimalla samanaikaisesti sekä omahoidon kannalta myönteisiä ja kielteisiä kokemuksia, vuorovaikutuksesta oli mahdollista tunnistaa keskeisiä ominaispiirteitä, jotka voivat olla ratkaisevia vuorovaikutuksen omahoitoa edistävän ja estävän merkityksen kannalta. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella vuorovaikutuksen kaksisuuntaista luonnetta kannattaakin tarkastella samanaikaisesti, mihin merkityksellisten tapahtumien tekniikka tarjoaa hyvät mahdollisuudet.

Merkityksellisten tapahtumien tekniikan soveltuminen monenlaisiin tutkimustarkoituksiin on mahdollista siitä syystä, että tekniikka soveltuu sekä laadulliseen että määrälliseen tutkimukseen sekä useiden erilaisten tiedonkeruutapojen ja analyysimenetelmien käyttämiseen (Flanagan, 1954; Viergever, 2019). Lisäksi merkitykselliset tapahtumat on mahdollista määritellä kuhunkin tutkimustarkoitukseen sopivalla tavalla – kuten kokemukseksi, keskusteluksi, tilanteeksi tai useamman kokemuksen pohjalta muodostuneeksi kokonaisuudeksi (esim. Butterfield ym., 2005; Norman ym., 1992). Tekniikka ei myöskään poissulje arkipäiväisten tilanteiden ja tapahtumien tarkastelua erityisten ja harvinaisten tapahtumien lisäksi, sillä tekniikalla tavoitellaan tietoa siitä, mikä on tapahtuman kokijalle tai havainnoijalle kussakin tutkimuskontekstissa merkityksellistä (esim. Schluter, 2008).

Vaikka merkityksellisten tapahtumien tekniikan on todettu soveltuvan monenlaisiin tutkimusasetelmiin, tekniikan onnistunut soveltaminen edellyttää tutkimuksen suunnittelusta lähtien tarkkaa epistemologista, metodologista sekä metodien käyttöön liittyvää harkintaa liittyen siihen, miten tekniikkaa tulisi hyödyntää tutkimuksen tarkoituksen ja tavoitteen kannalta. Tutkijan on tehtävä alusta lähtien toisiinsa

sidoksissa olevia valintoja sen osalta, millaista tietoa tekniikalla tavoitellaan, miten tavoiteltu tieto saavutetaan sekä millaisia menetelmien käyttöön liittyviä käytännön ratkaisuja tutkimuksessa on tarkoituksenmukaista tehdä (Carter & Little, 2007; Viergever, 2019). Kyseisten valintojen tekeminen ei ole kuitenkaan helppoa, sillä tekniikan alkuperäinen kuvaus (Flanagan, 1954) on melko vaikeaselkoinen, ja kuvausta on tulkittu aiemmissa tutkimuksissa eri tavoin.

Merkityksellisten tapahtumien tekniikan käyttöön liittyvien valintojen tekemistä on osaltaan vaikeuttanut myös se, että aikaisemmissa tutkimuksissa on esiintynyt epäselvyyttä siihen liittyen, onko merkityksellisten tapahtumien tekniikka puhtaasti vain metodi tai metodologia (Bradbury-Jones & Tranter, 2008; Viergever, 2019). Tässä tutkimuksessa tehty arviointi osoitti, että merkityksellisten tapahtumien tekniikka ei ole vain metodi tai metodologia, vaan koko tutkimusprosessia ohjaava tutkimuksellinen lähestymistapa, joka kytkeytyy niin tutkimuksen tarkoitukseen, lähtökohtiin, tiedonkeruumenetelmiin, tiedon analysointitapoihin, tutkimuksen arviointiin ja kirjallisen raportin esitystapaan. Merkityksellisten tapahtumien tekniikan ymmärtäminen laajemmin tutkimuksellisenä lähestymistapana on tämän tutkimuksen perusteella yksi keino ratkaista tekniikan käyttämiseen liittyviä vaikeuksia. Tekniikan käytössä tutkijan huomio tulee ohjata ensin epistemologisten, metodologisten ja metodin käyttöön liittyviin valintoihin, joiden tekemiseen ja arviointiin Carterin ja Littlen (2007) laadullisen tutkimuksen laadun analysoimiseen kehitetty malli on tämän tutkimuksen perusteella hyödyllinen työväline.

Merkityksellisten tapahtumien tekniikan arvioinnissa havaittiin, että tekniikka toimi erityisen hyvin silloin, kun hyödynnettiin keskusteluun perustuvia aineistonkeruumenetelmiä. Tällaisia aineistonkeruumenetelmiä ovat esimerkiksi teemahaastattelut ja fokusryhmähaastattelut (esim. Flanagan, 1954; Schluter, 2008). Myös tässä väitöskirjatutkimuksessa toteutetut teemahaastattelut osoittautuivat tilanteiksi, joissa diabeetikot reflektoivat tutkijan tuella kokemuksiaan laaja-alaisesti. Keskustelut auttoivat diabeetikoita jäsentämään vuorovaikutuskokemuksia ja tätä kautta myös saamaan niihin uudenlaista näkökulmaa – esimerkiksi pohtimalla molempien osapuolten viestintään vaikuttaneita tekijöitä. Arvioinnin tulosten perusteella merkityksellisten tapahtumien tekniikka soveltuikin hyvin terveydenhuollon ammattilaisten lisäksi (esim. Graybill ym., 2017; Rademacher ym., 2010) myös potilaiden reflektointia tukeväksi työvälineeksi, jota on mahdollista hyödyntää erilaisissa terveysviestinnällisissä tutkimuksissa sekä potilaille tarjottavissa koulutuksissa. Merkityksellisten tapahtumien tekniikkaa olisi hyödyllistä soveltaa laajemminkin pitkäaikaissairautta sairastaville potilaille suunnattujen koulutusten yhteydessä, sillä tämän tutkimuksen tulokset osoittivat, että yksittäinen hoidonohjauskeskustelu pohjustaa myös tulevia

hoidonohjauskeskusteluja. Tästä syystä pitkäaikaissairaiden potilaiden olisi tärkeää osata jäsentää jo tapahtuneita hoidonohjauskeskusteluja vuorovaikutuksen näkökulmasta, jotta tulevat hoidonohjauskeskustelut palvelisivat ensisijaisesti heidän tarpeitaan ja tätä kautta arjessa tapahtuvaa omahoitoa.

5.3 Käytännön soveltamismahdollisuudet

Suomalainen terveydenhuolto on ollut 2000-luvulla voimakkaassa murroksessa. Esi-merkiksi uusien hoitojen ja lääkkeiden jatkuva kehittäminen sekä digitalisaatio ovat uudistaneet terveydenhuoltoa monin tavoin. Myös väestön ikääntyminen ja moninaistuminen, pitkäaikaissairauksien lisääntyminen, koronapandemia, terveydenhuollon kustannusten nousu sekä hoitajapula ovat aiheuttaneet muutostarpeita terveydenhuollon toimintaan. Tällä hetkellä käynnissä onkin merkittävä hallinnollinen uudistus, sillä sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen järjestämisen vastuu siirtyi vuoden 2023 alusta kunnilta ja kuntayhtymiltä 21 hyvinvointialueelle. Lisäksi Helsingin kaupunki vastaa näiden tehtävien järjestämisestä alueellaan. (Valtioneuvosto, 2022.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimeen liittyvien uudistusten yhteydessä olisi otollinen aika uudelleen harkita ja uudistaa tyyppin 2 diabeetikoiden hoidon käytäntöjä, sillä uudistus tuo oletettavasti muutoksia myös monien pitkäaikaissairaiden potilaiden, kuten diabeetikoiden hoidon järjestämiseen. Sosiaali- ja terveysministeriö on käynnistänyt laaja-alaisen Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman, jonka tarkoituksena on palveluiden saatavuuden, oikea-aikaisuuden, jatkuvuuden ja laadun parantaminen, hoidon painopisteen siirtäminen erikoisterveydenhuollosta perusterveydenhuoltoon, kustannusten nousun hillitseminen sekä palveluiden vaikuttavuuden ja yhteistoimivuuden parantaminen (Koivisto ym., 2022). Todennäköistä on, että kyseisen ohjelman yhteydessä kehitetään myös diabeetikoiden hoidon toteuttamista. Uudistusta on tärkeää tehdä potilaslähtöisesti, sillä hoitoa järjestetään ennen kaikkea diabeetikoita varten. Tämän väitöskirjatutkimuksen tulokset antavat hyödyllisiä näkökulmia siihen, mitkä asiat hoidonohjauskeskustelua rakentavassa vuorovaikutuksessa ovat diabeetikoiden mielestä tärkeitä ottaa huomioon.

Väitöskirjatutkimuksen tuloksia on mahdollista hyödyntää päivitettäessä diabeetikoiden hoidonohjauksen kansallisia laatukriteerejä (2003). Tutkimustuloksia voi hyödyntää nykyisten ohjausprosessiin liittyvien laatukriteerien kirkastamisessa muun muassa siltä osin, mitä hoidonohjauksen osapuolten tavoitteiden ja

taustafilosofioiden yhtenäisyydellä käytännössä tarkoitetaan. Lisäksi tutkimustuloksia voi hyödyntää suunniteltaessa, millaisin seurantaindikaattorein hoidonohjauskeskustelujen laatua tulisi arvioida, jotta hoidonohjauskeskustelujen vuorovaikutuksellinen luonne sekä vuorovaikutuksen merkitys omahoidon kannalta tulisi otettua paremmin huomioon. Yksi tällainen seurantaindikaattori voisi olla omahoitoon kytkeytyvän yhteistyön ja tässä tutkimuksessa esiin nostettujen yhteistyön kolmen osa-alueen toteutuminen terveydenhuollon ammattilaisen ja diabeetikon välisessä vuorovaikutuksessa.

Suomessa on viime vuosina toteutettu ja käynnistetty uusia diabeetikoiden hoidon kehittämishankkeita, joissa diabeteksen ennaltaehkäisyyn sekä omahoidon tueksi on kehitetty erilaisia digisovelluksia. Esimerkiksi vuosina 2016–2019 Itä-Suomen yliopisto, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL sekä Teknologian tutkimuskeskus VTT toteuttivat yhdessä useiden sidosryhmien kanssa Stop Diabetes – tiedosta ratkaisuihin -tutkimushankkeen, jonka tavoitteena oli luoda toimintamalleja tyypin 2 diabeteksen ehkäisyyn sekä tunnistaa sairastumisriskissä olevat ennen sairauden puhkeamista (StopDia-hankesivu). Tutkimushankkeessa toteutettiin Pienet teot -sovellus, jossa käyttäjä voi valita omaan arkeensa sopivia pieniä tekoja sekä seurata uusien elintapojen vakiintumista. Parhaillaan käynnissä oleva Diabetesliiton koordinoima hanke on puolestaan Diabetesta sairastavan hyvinvoinnin digipolut. Hankkeen tavoitteena on luoda sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen rinnalle digitaalisia tukea tarjoavia työkaluja, joita diabetesta sairastavat sekä diabetesriskissä olevat voivat hyödyntää arjen ja omahoidon tukena (Suomen Diabetesliitto ry, 2023). Elokuussa 2022 julkaistiin tyypin 2 diabeetikoille oma digitaalinen hyvinvoinnin polku, jonka kautta diabeetikoiden on mahdollista saada esimerkiksi tietoa unesta, liikunnasta, hoitoväsymyksestä ja sosiaaliturvasta. Hyvinvoinnin polulla on tietoa myös diabeetikon läheisistä muodostuvista tukiverkoista ja niiden tärkeydestä. Terveydenhuollon ammattilaisen ja diabeetikon välinen vuorovaikutus ja sen merkitys ei kuitenkaan tule hyvinvoinnin polulla vielä selkeästi esille. Tämän tutkimuksen tuloksia olisikin mahdollista hyödyntää myös hyvinvoinnin polkujen kehittämistyössä, esimerkiksi lisäämällä polulle ammattilais-potilasvuorovaikutuksesta ja sen merkityksestä kertova osio, jotta hoidonohjauskeskustelujen merkitys ja niiden vuorovaikutuksellinen luonne tulisi jatkossa entistä vahvemmin huomioitua.

Väitöskirjatutkimuksen tuloksia on mahdollista hyödyntää myös muiden pitkäaikaissairauksia sairastavien henkilöiden hoidonohjauksen kehittämisessä. Vaikka pitkäaikaissairauden luonteen on todettu vaikuttavan myös ammattilais-potilasvuorovaikutukseen ja siihen kohdistuviin odotuksiin (esim. Kangas, 2003; Thorne, 2004), eri pitkäaikaissairautta sairastavien hoidonohjausta yhdistää kuitenkin

tilannekohtaisen vuorovaikutuksen merkitys omahoidon tukemisessa sekä tavoite onnistuneesta yhteistyöstä, mitä on tärkeää vuorovaikutuksen keinoin tukea sairaudesta riippumatta. Eri pitkäaikaissairautta sairastavien hoidonohjaukselle on myös enenevässä määrin yhteistä, että jatkuvat hoitosuhteet samojen terveydenhuollon ammattilaisten kanssa ovat muuttumassa eri ammattilaisten kanssa rakennettavaksi kertaluontoisiksi yksittäisiksi hoidonohjauksikäynneiksi. Tämän tutkimuksen tulokset antavat arvokasta tietoa siitä, miten myös yksittäiset hoidonohjaukseskustelut ovat tärkeitä mahdollisuuksia edistää pitkäaikaissairaiden omahoitoa tarkoituksenmukaisempaan suuntaan vuorovaikutuksen keinoin.

Tutkimustuloksia on mahdollista hyödyntää myös terveydenhuollon ammattilaisille ja pitkäaikaissairautta sairastaville potilaille suunnatuissa vuorovaikutuskoulutuksissa, joissa käsitellään hoidonohjaukseskustelun ja sitä rakentavan vuorovaikutuksen merkitystä omahoidon kannalta. Tähän mennessä vuorovaikutuskoulutuksia on suunnattu erityisesti terveydenhuollon ammattilaisille, ja niitä on myös integroitu osaksi eri tutkinto-ohjelmien opintoja. Esimerkiksi kaikissa Suomen lääketieteellisissä tiedekunnissa opetetaan vuorovaikutusopintoja, joissa vuorovaikutusta harjoitellaan monipuolisesti esimerkiksi opiskelutovereiden, simuloitujen potilaiden sekä oikeiden potilaiden kanssa (esim. Koponen, 2012; Pyörälä ym., 2020). Vuorovaikutuskoulutuksen avulla terveydenhuollon ammattilaisten on mahdollista löytää itselle sopiva ja potilasta kunnioittava tapa toimia työssään ja näin tukea potilaan hyvinvointia (esim. Koponen, 2012; Pyörälä, 2001). Tämän väitöskirjatutkimuksen tulokset antavat tietoa omahoitoa edistävästä ja estävästä vuorovaikutuksesta potilaiden kokemusten näkökulmasta. Aikaisemmissa tutkimuksissa onkin havaittu, että potilailta saatava kokemustieto sekä potilaiden osallistuminen terveydenhuollon ammattilaisten vuorovaikutuskoulutukseen tukevat vuorovaikutustaitojen oppimista (esim. Suikkala ym., 2018). Toisaalta tutkimuksissa on myös todettu, että potilaiden osuutta ammattilaisten vuorovaikutuskoulutuksissa kuitenkin yhä aliarvioidaan (esim. Hardie ym., 2022).

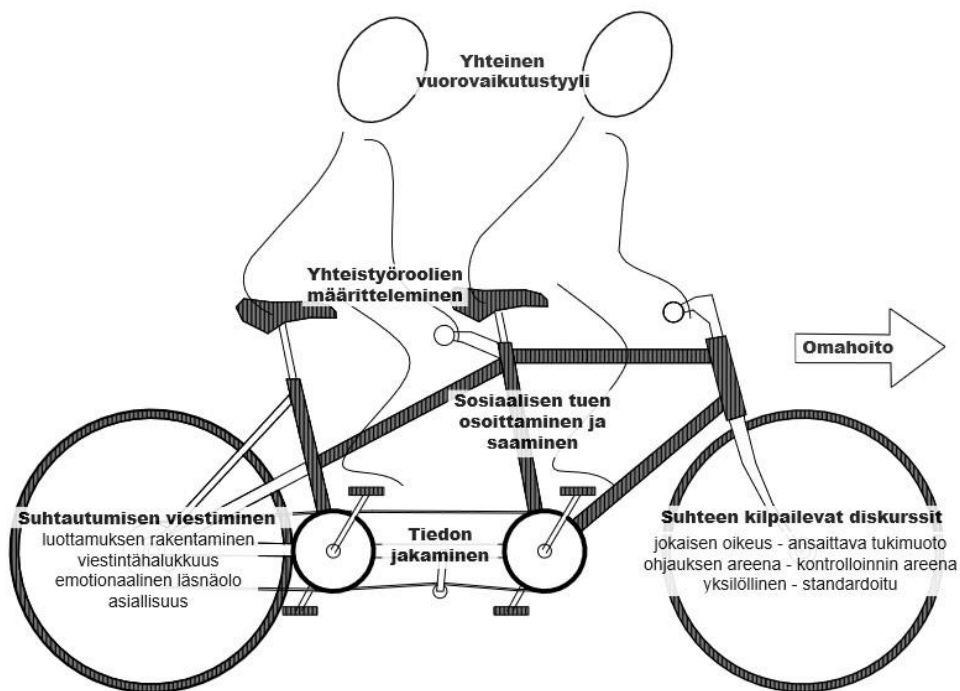
Myös potilaille suunnatuille vuorovaikutuskoulutuksille on havaittu olevan tarvetta, ja niitä on tutkittu ja kehitetty tutkimustulosten avulla (esim. D'Agostino ym., 2017; Duggan, 2006; Shue ym. 2010). Toistaiseksi potilaille suunnattu vuorovaikutuskoulutus on kuitenkin keskittynyt enemmän keskusteluun osallistumisen tukemiseen, esimerkiksi keskittymällä kysymysten esittämistaidon sekä potilaiden sairautta koskevan tietotaidon kehittämiseen (esim. Cegala ym., 2003). Jatkossa olisikin hyödyllistä tarjota potilaille myös yhteistyöorientaatiota ja -taitoja kehittävää vuorovaikutuskoulutusta, jotta potilaat voisivat vahvistaa osallistumistaan myös sellaisissa hoidonohjaustilanteissa, joissa keskustelu ei etene heidän kannaltaan

tarkoituksenmukaiseen suuntaan. Tällöin potilaat voisivat parhaimmillaan alkaa nähdä hoidonohjauskeskustelun entistä tasavertaisempaan vaikuttamisen paikkana.

Potilaiden vuorovaikutuskoulutuksissa olisi ammattilaisille suunnattujen koulutusten tapaan mielekäästä hyödyntää monipuolisia aktiivisia oppimismenetelmiä, kuten simulaatiota, omasta viestinnästä saatavaa palautetta sekä ryhmäkeskusteluja hoidonohjauksen eri aihealueista, joita ovat esimerkiksi elämäntavat, hoitomotiivaatio sekä lääkitykseen liittyvät muutokset (esim. Berkhof ym., 2011; Hardie ym., 2022). Lisäksi koulutuksissa olisi tärkeää hyödyntää aikaisempien vuorovaikutuskokemusten reflektointia, joka voidaan nähdä myös keskeisenä vuorovaikutusosaamisen kehittämiseen kuuluvana tekijänä (esim. Hyvärinen, 2011; Koponen, 2012; Koponen, Pyörälä & Isotalus, 2011; Laajalahti, 2014). Aikaisempien vuorovaikutuskokemusten reflektoinnissa on mahdollista hyödyntää merkityksellisten tapahtumien tekniikkaa, joka soveltuu paitsi terveydenhuollon ammattilaisten myös potilaiden reflektiota tukeväksi työkaluksi. Kyseistä tekniikkaa on suositeltavaa hyödyntää keskustelutyökaluna, jolloin osallistujien on mahdollista keskustellen jäsentää kokemuksiaan sekä pohtia ohjatusti vuorovaikutuksen monimuotoista luonnetta ja merkitystä. Tällöin potilaat voivat saada kokemuksiinsa uutta näkökulmaa ja ymmärrystä, mikä parhaimmillaan ohjaa heidän toimintaansa tulevissa ammatillisissa vuorovaikutustilanteissa tarkoituksenmukaisempaan suuntaan. Kokemusten jakaminen ja jäsentäminen ohjatusti merkityksellisten tapahtumien tekniikan avulla voi edistää myös osallistujien vertaistuen saantia, mikä on todettu pitkäaikaissairaille tärkeäksi tukimuodoksi (esim. Kingod ym., 2017).

Vuorovaikutuksen kokonaisvaltaista luonnetta hoidonohjauskeskusteluissa ja sen merkitystä omahoidolle voidaan havainnollistaa vuorovaikutuskoulutuksissa esimerkiksi oheisella tandempyöräkuvalla (Kuvio 1). Tandempyörä on melko yleisesti hyödynnetty havainnollistuskeino kuvaamaan ihmisten välisen yhteistoiminnan merkitystä erilaisissa tilanteissa (esim. Melana, 2021; Milne & Dunkelrey, 2010). Koska tandempyörän idea on valmiiksi jo monille tuttu, se voisi soveltua havainnollistusvälineeksi myös hoidonohjauksen vuorovaikutuksen ja sen eri osa-alueiden merkityksen kuvaamiseen sekä terveydenhuollon ammattilaisille mutta myös potilaille. Kyseistä havainnollistusta voisi soveltaa myös laajemmassa mediavälitteisessä terveysviestinnällisessä kansalaiskeskustelussa, jota on aikaisemmissa tutkimuksissa suositeltu järjestettävän potilaiden tasavertaisemman osallistumisen ja tätä kautta potilaslähtöisen vuorovaikutuksen tukemiseksi (esim. Kettunen ym., 2002).

Kuvio 1. Omahoitoon kytkeytyvää ammatillis-potilasvuorovaikutusta kuvaava tandempyörä



Tandempyörä kokonaisuutena kuvaa omahoitoon kytkeytyvää ammatillis-potilasvuorovaikutusta. Kuvassa pyörän runko, istuimet sekä polkimet ja rattaat kuvaavat omahoitoon kytkeytyvän yhteistyön kolme osa-aluetta, joita vuorovaikutus edistää ja estää. Tandempyörän istuimet kuvastavat yhteistyöroolien määrittämistä. Terveystuon ammattilainen ensisijaisesti ohjaa, sillä hän on asemansa puolesta pääasiallisessa vastuussa hoidonohjauskeskustelun sujuvuudesta (Kyngäs, 2008). Ilman potilasta vuorovaikutus ei kuitenkaan käynnisty eikä etene, ja tästä syystä hänellä on yhtä tärkeä rooli vuorovaikutuksen ja sitä kautta hoidonohjauskeskustelun eteenpäin kuljettamisessa (Street, 2017). Vuorovaikutuksessa rakennettavat roolit ja tehtävät eivät myöskään ole pysyviä, vaan ne voivat vaihdella keskusteluaiheen ja tilanteen mukaan. Tästä syystä vuorovaikutuksessa voi ilmaantua myös hetkiä, jolloin potilaan on otettava vastuuta keskustelun eteenpäin kuljettamisesta ja ikään kuin siirryttävä tandempyörän etuistuimelle.

Tandempyörän runko kuvastaa yhteistyön osa-alueista sosiaalisen tuen osoittamista ja saamista, sillä tuen osoittamisen ja saamisen voidaan ajatella olevan omahoidon edistämisen kannalta hoidonohjauskeskustelun ydinedellytys (esim. Dwarswaard ym., 2016). Ilman sosiaalista tukea yhteinen matka todennäköisesti katkeaa. Yhteistyön osa-alueista tiedon jakaminen nähdään puolestaan hoidonohjauskeskustelussa jatkuvasti vuorovaikutuksessa työstettävänä perustehtävänä, ja tästä syystä tandempyörän rattaat ja polkimet kuvastavat sitä. Tietoa tulee ikään kuin prosessoida polkien, jotta se on mahdollista sisäistää ja matkan edetessä ymmärrys tiedosta ja sen merkityksestä syvenee.

Yhteistyön osa-alueiden lisäksi hoidonohjauskeskustelussa tulee huomioida myös terveydenhuollon ammattilaisen ja diabeetikon välisen suhteen rakentaminen, jolle toimivan yhteistyön tekeminen voidaan katsoa perustuvan. Tästä syystä suhteen rakentaminen näyttäytyy tandempyörässä kahtena renkaana, joiden varaan yhteistyön osa-alueet nojaavat. Etupyörä kuvastaa suhteen kilpailevien diskurssien hallintaa, sillä suhteen luonteen määrittelyn voidaan katsoa antavan suunnan sille, millainen osapuolten välisen vuorovaikutuksen ja suhteen ajatellaan olevan. Takapyörä kuvastaa puolestaan suhtautumisen viestimistä, joka voi merkittävästi edistää ja estää suhteen luonteen tarkoituksenmukaista määrittelyä sekä yhteistyön tekemistä. Näin ollen hoidonohjauskeskustelussa ei voi onnistua kiinnittämällä huomiota vain jompaankumpaan suhteen rakentamisen tapaan, vaan kumpikin osa-alue on yhtä tärkeä.

Terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välinen yhteinen vuorovaikutustyyli on tandempyörän hallinnan, esimerkiksi yhteisen polkemisrytmin löytämisen ja pyörän ohjaamisen keskeinen tekijä. Vuorovaikutuksessa osapuolet käyvät jatkuvasti keskinäisiä merkitysneuvotteluja liittyen siihen, miten he näkevät itsensä, toisensa, suhteensa sekä käsiteltävän asian. Merkitysneuvottelujen tarkoituksenmukaisuutta ja näin ollen tandempyörän hallintaa edistää terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan yhteisen vuorovaikutustyylin löytäminen. Jos yhteinen vuorovaikutustyyli löytyy, hoidonohjauskeskustelua ja sen suuntaa on helpompi hallita, ja tällöin sille asetettuja tavoitteita on myös helpompi saavuttaa. Jos hoidonohjauskeskustelun osapuolet eivät puolestaan löydä yhteistä vuorovaikutustyyliä, yhteisiä merkitysneuvotteluja on vaikea käydä, eivätkä ne todennäköisesti edistä omahoidon suunnittelua tai toteutusta. Tandempyörän hallinnan osalta tämä tarkoittaisi muun muassa ojaan ajamista tai sellaista tilannetta, jossa polkemisestä tulee toiselle osapuolelle kohtuuttoman raskasta. Hoidonohjauskeskustelun vuorovaikutuksen sujuvuutta arvioitaessa on huomioitava, että vuorovaikutus ei koskaan tapahdu tyhjiössä, vaan se on aina sidoksissa erilaisiin konteksteihin, kuten kulttuuriin, terveydenhuollon käytäntöihin sekä osapuolten elämäntilanteisiin (Street, 2003). Myöskään tandempyörää ei koskaan poljeta

tyhjiössä vaan erilaisissa ympäristöissä, mikä vaikuttaa merkittävästi siihen, miten sujuvaa hoidonohjauskeskustelua rakentava vuorovaikutus kulloinkin on.

Tandempyörä on havainnollistava pelkistys omahoitoon kytkeytyvästä ammattilais-potilasvuorovaikutuksesta. Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu, että ammattilais-potilasvuorovaikutuksesta ja sen suhteesta terveyden edistämiseen pystytään tuskin koskaan tekemään kaiken kattavaa kuvausta vuorovaikutuksen moniulotteisesta luonteesta johtuen. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, etteikö havainnollistusten tekemiseen olisi hyvä pyrkiä vuorovaikutuksen merkityksellisyyden esiin tuomiseksi. (esim. Cegala & Street, 2010.) Myöskään tässä väitöskirjatutkimuksessa olevalla havainnollistuksella ei pyritä kaikenkattavaan vuorovaikutuksen ja sen merkityksellisyyden kuvaamiseen. Sen sijaan havainnollistuksen ensisijaisena tarkoituksena on kuvata, miksi molempien osapuolten osallistumisella vuorovaikutukseen on suuri merkitys hoidonohjauskeskustelun onnistumisen kannalta. Kyseistä havainnollistusta on mahdollista hyödyntää myös muissa yhteyksissä, esimerkiksi asiakasraati- ja kokemusasiantuntijatoiminnassa, jotka ovat tärkeitä terveydenhuollon ammattilaisten ja potilaiden yhteisen keskustelun paikkoja, ja joiden toiminnassa on havaittu olevan viestinnällisesti kehitettävää (Jones, 2019; Nykänen, 2021).

5.4 Tutkimuksen luotettavuuden arviointi

Tämän väitöskirjatutkimuksen luotettavuutta arvioidaan Tracyn (2010) kahdeksan kriteerin mukaan. Kyseiset kriteerit ovat *tutkimusaiheen merkittävyys*, *tutkimusasetelman perusteellisuus*, *vilpittömyys*, *uskottavuus*, *resonanssi*, *kontribuutio*, *eettisyys* sekä *tutkimuksen jobdonmukaisuus*. Tracyn (2010) kriteerit on kehitetty laadullisen tutkimuksen arviointiin, ja niitä on viime vuosina sovellettu useissa laadullisissa viestintätieteellisissä tutkimuksissa (esim. Horila, 2018; Kuuluvainen, 2016; Laapotti, 2018; Nykänen, 2021; Rajamäki, 2021). Tracyn (2010) kriteeristön katsottiin soveltuvan tämän väitöskirjatutkimuksen arviointiin hyvin, koska kriteeristö huomioi kattavasti tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin tutkimusasetelman perusteellisuudesta lähtien.

Tutkimusaiheen *merkittävyyttä* (Tracy, 2010) tukee tutkimusaiheen yhteiskunnallinen relevanttius. Tyypin 2 diabetes on yksi yleistyvimmistä pitkäaikaissairauksista niin Suomessa kuin muualla maailmassa ja sairauden hoitamiseen on sekä kansanterveydellisesti että -taloudellisesti tärkeä panostaa (Koski, 2021; Väätäinen, 2020). Tämä on entisestään lisännyt tarvetta kiinnittää huomiota myös diabeetikoiden hoidonohjauksen kehittämiseen ja heidän äänensä esille nostamiseen ja kuulemiseen.

Terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välinen vuorovaikutus on terveydenhuollon ydintoimintaa, joka on keskeisesti yhteydessä potilaiden tarkoituksenmukaiseen auttamiseen sekä heidän kokonaisvaltaisen hyvinvointinsa edistämiseen. Tutkimusaihe on myös tieteellisesti relevantti, sillä tutkimuksessa jäsennetään tuoreella tavalla ammattilais-potilasvuorovaikutusta ja vuorovaikutuksessa rakennettavan ammattilais-potilassuhteen merkitystä hoidonohjauskeskustelulle ja tätä kautta omahoidolle. Tulokset ovat keskustelua herättelevä avaus diabeteksen hoidonohjauksen laatuksenteoreiden (2003) päivittämiselle ja tuloksia on mahdollista hyödyntää myös terveydenhuollon ammattilaisille ja pitkäaikaissairaille suunnattavissa vuorovaikutuskoulutuksissa.

Tutkimusasetelman perusteellisuus (Tracy, 2010) ilmenee tutkimuksen laajana teoreettisena viitekehyksenä. Tutkimus on suunniteltu huolellisesti perehtymällä tutkimusaiheeseen liittyvään monitieteiseen tutkimuskirjallisuuteen, mikä on mahdollistanut tuoreen näkökulman löytämisen ammattilais-potilasvuorovaikutuksen tarkasteluun. Tieteenfilosofiset lähtökohdat ja viestintäkäsitykset on huomioitu laajasti, mikä antoi mahdollisuuden tarkastella tutkittavaa ilmiötä kokonaisuutena. Perusteellisuutta tukee myös merkityksellisten tapahtumien tekniikan systemaattinen soveltaminen niin tutkimuksen suunnittelussa, toteutuksessa kuin arvioinnissa. Kyseisen lähestymistavan soveltamisessa huomioitiin epistemologiset, metodologiset ja metodin valintaan liittyvät kysymykset, ja niitä on pohdittu kattavasti erillisessä osatutkimuksessa (Peltonen ym., 2022).

Perusteellisuutta arvioitaessa on kuitenkin huomioitava, että ontologia eli todellisuuden luonteeseen liittyvien kysymysten käsittely on jätetty tutkimuksessa vähemmälle huomiolle. Tutkimuksessa on lähdetty siitä ontologisesta oletuksesta, että tutkimuksen kohteeksi valittu ilmiö, ammattilais-potilasvuorovaikutus, on ilmiönä todellinen, mitä voidaan nimetä, tutkia ja analysoida. Tutkimuksessa on kuitenkin avattu, millaiseksi ilmiöksi ammattilais-potilasvuorovaikutus juuri tässä tutkimuksessa ymmärretään ja miksi sitä on lähestytty juuri kokemusten kautta merkityksellisten tapahtumien tekniikalla. Näin tutkimuksessa on epistemologisten, metodologisten ja metodin käyttöön liittyvien pohdintojen lisäksi myös tutkimusasetelmaan liittyvää ontologista pohdintaa.

Tutkimuksessa käytettiin kahta erilaista merkityksellisten tapahtumien tekniikkaan soveltuvaa tiedonkeruutapaa (avoin kysely, teemahaastattelu), mikä mahdollisti myös tiedonkeruutapojen vertailun ja niiden soveltuvuuden arvioinnin diabeetikoiden vuorovaikutuskokemusten keräämiseen. Avoimen kyselyn vastausmäärä jäi tutkimuksessa pieneksi, ja useat vastaukset olivat sisällöltään tiiviitä. Lisäksi kolme vastausta jouduttiin hylkäämään, koska vastaukset eivät sisältäneet tutkimukseen

liittyvää tietoa. Teemahaastattelu osoittautui toimivaksi tavaksi kerätä tietoa diabeetikoiden vuorovaikutuskokemuksista. Teemahaastatteluissa diabeetikoilla oli mahdollisuus reflektoida keskustellen kokemuksiaan yhdessä tutkijan kanssa, ja tutkijalla oli mahdollisuus esittää tarkentavia kysymyksiä. Toiseksi tiedonkeruutavaksi avoimen kyselyn sijasta olisi teemahaastattelun lisäksi voinut soveltua myös fokusryhmähaastattelu, joka olisi saattanut mahdollistaa näkökulmiltaan vielä monipuolisemman aineiston saamisen. Toisaalta aiheen sensitiivisyys ja aiheeseen mahdollisesti liittyvät häpeän tunteet puolsivat anonyymien kyselyn toteuttamista yksilöhaastatteluiden rinnalla.

Tutkimuksessa oli alun perin tarkoitus tarkastella vuorovaikutuskokemusten merkitystä suhteessa yksittäisiin omahoidon osa-alueisiin, kuten liikunnan harrastamiseen, terveelliseen syömiseen, lääkityksestä huolehtimiseen sekä kielteisten tunteiden hallintaan. Tarkastelunäkökulma olisi kuitenkin ollut hyvä rajata heti alusta lähtien selkeämmin ainoastaan vuorovaikutusilmiön tarkasteluun, sillä vuorovaikutuksen terveyteen liittyvien yksittäisten seurausten osoittaminen osoittautui liian vaikeaksi. Vaikka osallistujille esitetyt kysymykset oli yritetty muotoilla selkeästi ja niitä oli etukäteen pilotoitu, olisi ollut hyvä kuvata osallistujille ennen tutkimuskysymysten esittämistä tutkimuksen tarkoitusta, tavoitteita ja keskeisiä käsitteitä (mm. vuorovaikutus, omahoito) vielä hieman enemmän. Tällöin osallistujien olisi ehkä ollut helpompi vastata kysymyksiin yksityiskohtaisemmin. Teemahaastattelujen yhteydessä tutkija kyllä esitti osallistujille tarkentavia kysymyksiä, mutta tästä huolimatta yksityiskohtaisen tiedon saamisen näkökulmasta tarkentavatkin kysymykset jäivät liian laajoiksi eivätkä osallistajat pystyneet erottelmaan riittävän selkeästi vuorovaikutuksen merkitystä yksittäisille omahoidon osa-alueille. Rajatumman tarkastelunäkökulman valitseminen olisi myös helpottanut tutkimuskokonaisuuden hallitsemista.

Aineiston analyysitavoissa sovellettiin merkityksellisten tapahtumien tekniikan analyysin tekemisen periaatteita (Anderson & Wilson, 1997; Flanagan, 1954), mikä lisäsi linjakkuutta tutkimuksessa sovelletun lähestymistavan ja aineiston analyysin välillä. Analyysit suoritettiin systemaattisesti ja tutkimuksiin valitut analyysimenetelmät soveltuivat hyvin tutkimusaiheiden tarkasteluun. Analyysimenetelmien avulla oli mahdollista kuvata ja jäsentää osatutkimuksen tavoitteiden mukaisia ammattilaispotilasvuorovaikutukseen kytkeytyviä ilmiöitä. Jatkossa aineistolähtöisen sisällönanalyysin lisäksi voisi kuitenkin harkita myös teema-analyysin hyödyntämistä, jota on käytetty aikaisemmissa merkityksellisten tapahtumien tekniikkaa soveltaneissa tutkimuksissa (esim. Larsen ym., 2020; Wennman ym., 2021). Kyseinen analyysimenetelmä voisi mahdollistaa vuorovaikutuskokemusten moniulotteisuuden tarkastelemisen vielä laajemmin – huomioimalla esimerkiksi vahvemmin kontekstin ja sen

ulottuvuuksien merkityksen suhteessa kuvatus ammattilais-potilasvuorovaikutuksen seurauksiin.

Tutkija arvioi omia ennakkokäsityksiä, asenteita sekä tutkimuksessa tehtyjä valintoja läpi koko tutkimusprosessin, mikä on tärkeää tutkimuksen *vilpittömyyden* takamiseksi (Tracy, 2010). Tutkijalla ei ollut diabeteshoitoon liittyviä ennakko-olettamuksia tai asenteita eikä tutkimusaiheeseen liittyneitä sidonnaisuuksia. Vilpittömyyden osalta on kuitenkin otettava huomioon, että tutkimuksessa valittiin tarkastelukohteeksi potilaiden kokemukset ammatillisesta vuorovaikutuksesta. Vaikka tutkija pitää tärkeänä myös terveydenhuollon ammattilaisten vuorovaikutuskokemusten tutkimista ja heidän äänensä esille saamista ammattilais-potilasvuorovaikutuksen kehittämistä koskevassa keskustelussa, tässä tutkimuksessa tutkija halusi nostaa erityisen huomion kohteeksi potilaat, joita varten hoidonohjauskeskustelut järjestetään ja joiden kokonaisvaltaista terveyttä hoidonohjauskeskustelujen on ensisijaisesti tarkoitus tukea.

Vilpittömyyttä arvioitaessa on myös huomioitava, että tutkijalla oli ammattilais-potilasvuorovaikutukseen liittyviä kokemuksia ja olettamuksia oman taustansa puolesta. Tutkimusprosessin aikana tutkija sai lapsen, jolla oli syntyessään terveydellisiä ongelmia. Tästä syystä tutkija asioi tutkimusvuosien aikana lukuisten terveydenhuollon ammattilaisten kanssa, mikä osaltaan vaikutti tutkijan käsityksiin terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välisestä vuorovaikutuksesta ja sen merkityksellisyydestä. Ennen lapsen syntymistä tutkimus oli jo suunniteltu ja aineisto oli kerätty, joten näiltä osin tutkijan omat kokemukset ja siitä aiheutuneet olettamukset eivät vaikuttaneet tutkimuksen kulkuun.

Tulosten *uskottavuutta* (Tracy, 2010) lisäsi tutkijan huolellinen perehtyminen aineistoon sekä tulosten yksityiskohtainen raportointi osallistujien suoria lainauksia käyttäen. Tutkimuksessa tuotiin selkeästi esille, mikä on tämän tutkimuksen tulos, mitkä ovat aikaisempien tutkimusten tulokset ja mikä puolestaan on tutkijan omaa pohdintaa. Aineistonkeruu- ja analyysimenetelmät sekä merkityksellisten tapahtumien tekniikka tutkimuksellisenä lähestymistapana sitoivat tutkimusasetelman tarkoituksen ja tavoitteen toisiinsa. Lisäksi tutkimuksessa hyödynnettiin monitieteistä tutkimuskirjallisuutta, erilaisia teoreettisia näkökulmia sekä monitieteisten asiantuntijoiden osaamista, sillä tutkimuksen ohjaajat edustavat eri tieteenaloja. Yhteistyössä tutkimusasetelmaa, osatutkimusten tuloksia sekä osatutkimuksista tehtyä yhteenvetoa oli mahdollisuus arvioida monitieteisesti ja kriittisesti tutkimusprosessin eri vaiheissa. Osatutkimusten näkökulmat sekä niistä saadut tulokset olivat myös linjassa aiempien tieteellisten tutkimustulosten kanssa, mikä lisää tutkimuksen uskottavuutta.

Uskottavuutta arvioitaessa on pohdittava myös tutkimuksen kohdejoukkoa. Tutkimukseen vastasi yhteensä 41 henkilöä, joista suurin osa oli naisia (31). Toisaalta tutkimuksessa havaittiin, että vuorovaikutuskokemusten viestinnällisissä piirteissä ei ollut sukupuoleen liittyviä eroavaisuuksia. Epätasaisen sukupuolijakauman ei siis katsottu heikentävän osallistujien edustavuutta ja tätä kautta tulosten uskottavuutta. Enemmän osallistujien edustavuuteen ja tulosten uskottavuuteen on saattanut vaikuttaa se, että aineistonkeruuhetkellä suuri osa diabeetikoista oli yli 60-vuotiaita, joiden suhtautuminen ammatilliseen vuorovaikutukseen saattaa olla erilaista kuin nuoremilla diabeetikoilla. Myös tutkimuksesta tiedottamistapa on saattanut vaikuttaa osallistujien edustettavuuteen, sillä tutkimuksesta tiedotettiin diabetesyhdistysten ja Diabetesliiton kautta. Tästä syystä kohderyhmä on saattanut painottua yhdistysten ja liiton toiminnassa aktiivisesti mukana oleviin diabeetikoihin. Tutkimuksesta informoitiin kuitenkin myös sosiaalisessa mediassa ja tutkimukseen osallistuneet diabeetikot kertoivat lähipiirilleen tutkimukseen osallistumismahdollisuudesta. Tällä tavoin pyrittiin varmistamaan, että tieto tutkimuksesta saavuttaisi mahdollisimman laajasti eri-ikäiset pirkanmaalaiset tyypin 2 diabeetikot.

Uskottavuutta arvioitaessa on pohdittava myös tutkimusaineiston määrää ja laatua. Avoimeen kyselyyn vastanneiden määrä jäi tutkimuksessa pieneksi, ja useat vastaukset olivat sisällöltään tiiviitä, mitä voidaan jossain määrin pitää tutkimuksen uskottavuuteen liittyvänä rajoitteena. Lisäksi kolmen vastaajan vastaukset jouduttiin hylkäämään, sillä lomakkeet oli jätetty lähes tyhjiksi. Teemahaastattelu osoittautui puolestaan erityisen toimivaksi tavaksi kerätä tietoa diabeetikoiden vuorovaikutuskokemuksista. Teemahaastatteluissa diabeetikoilla oli mahdollisuus reflektoida keskustellen kokemuksiaan yhdessä tutkijan kanssa, ja tutkijalla oli mahdollisuus esittää tarkentavia kysymyksiä, mikä lisäsi aineiston rikkautta. Vaikka avoin kyselyaineisto jäi pieneksi, se kuitenkin täydensi hyvin teemahaastatteluaineistoa ja osoitti osaltaan, että tietyt merkitykselliset vuorovaikutukseen liittyvät tekijät toistuivat aineistossa.

Tutkimusaineistossa oli havaittavissa saturoitumista 15 teemahaastattelun jälkeen, sillä niissä alkoi esiintyä selkeästi yhtäläisiä kuvauksia vuorovaikutuksesta tarkasteltujen tekijöiden osalta. Tämänkaltainen aineiston saturoituminen vahvisti osaltaan aineiston uskottavuutta. Toisaalta on kuitenkin todettava, että jokainen vuorovaikutuskokemus on ainutkertainen, ja tästä syystä täsmällistä saturaatiopistettä on vaikea määritellä. Keskeisinä aineiston riittävyuden kriteereinä pidettiin aineiston laatua, eli vastaavatko merkitykselliset tapahtumat niille asetettuja kriteerejä (esim. Anderson & Wilson, 1997). Lisäksi aineiston riittävyttä arvioitaessa huomioitiin myös aineiston monipuolisuus esimerkiksi sen osalta, mikä oli myönteisten ja kielteisten vuorovaikutuskokemusten määrä ja keskinäinen suhde tutkimusaineistossa.

Tutkimusaineistosta oli eroteltavissa yhteensä 63 merkityksellistä tapahtumaa, jota voidaan pitää uskottavuuden näkökulmasta riittävänä. Aikaisempien tutkimusten perusteella tiedetään, että potilaat muistavat ja tuovat esille helpommin kielteisiä kuin myönteisiä kokemuksia (Roter & Hall, 2006). Tässä tutkimuksessa myönteisiä kokemuksia (42) oli kuitenkin kaksi kertaa enemmän kuin kielteisiä (21), mikä osaltaan vahvistaa aineiston rikkautta sekä uskottavuutta.

Uskottavuutta arvioitaessa on kuitenkin otettava huomioon, että tutkimuksessa merkitykselliset tapahtumat jaoteltiin tutkimuksessa omahoidon kannalta myönteisiksi ja kielteisiksi kokemuksiksi ja tätä jaottelua käytettiin kolmessa osatutkimuksessa. Jako myönteisiin ja kielteisiin kokemuksiin osoittautui kuitenkin osin ongelmalliseksi, sillä kokemukset voivat olla myös neutraaleja, samaan aikaan myönteisiä ja kielteisiä sekä dynaamisia, jolloin kokemukset voivat muistelukäytännöissä sekä uusien kokemusten kertyessä muuttua muotoaan. Jatkossa vuorovaikutuskokemuksia olisikin tarkoituksenmukaista analysoida ilman että kokemuksia jaotellaan omahoidon kannalta tiukasti myönteisiksi tai kielteisiksi. Sen sijaan oleellista olisi keskittyä tarkastelemaan analyysissä vuorovaikutuksen merkityksellisiä tekijöitä, jolloin vuorovaikutuksen luonteesta sekä merkityksellisyydestä voisi tulla näkyväksi uudenlaisia näkökulmia. Tällainen ratkaisu olisi paremmin linjassa myös alkuperäisen merkityksellisten tapahtumien tekniikan kuvauksen kanssa (Flanagan, 1954).

Uskottavuutta arvioitaessa on myös huomioitava, että tutkimuksessa tehdyt analyysit perustuivat osallistujien, tutkijan sekä osallistujan ja tutkijan välisessä vuorovaikutuksessa rakennettuihin tulkintoihin. Tästä syystä myös potilaiden kokemuksista rakentuva todellisuuskuva ammattilais-potilasvuorovaikutuksesta ja sen omahoitoon kytkeytyvistä seurauksista pohjautui ennen kaikkea tulkintoihin. Tulkinallisuus ei kuitenkaan merkitse tutkimuksen luotettavuusongelmaa, vaan erilaiset todellisuudet hyväksytään laadullisessa tutkimuksessa osaksi tutkimuksen luonnetta (Malterud, 2001; Popay ym., 1998). Myös tässä tutkimuksessa erilaiset todellisuudet ovat parhaimmillaan lisänneet ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä, eli terveydenhuollon ammattilaisen ja diabeetikon välisen vuorovaikutuksen merkityksestä omahoidolle.

Resonanssia (Tracy, 2010) vahvistettiin julkaisemalla tutkimustuloksia suomeksi ja englanniksi sekä luetuttamalla tekstiä erilaisilla kohdeyleisöillä ja ottamalla huomioon heidän kehitysideansa teorioiden, tulosten ja pohdintojen esittämistavoissa. Tutkimustuloksissa hyödynnettiin mahdollisimman paljon diabeetikoiden omia ilmaisuja, jotta heidän kokemuksensa tulisi mahdollisimman selkeästi ja ymmärrettävästi esiin. Tämä tukee tulosten hyödynnettävyyttä diabeetikoiden hoidossa ja vuorovaikutuskoulutuksissa. Lisäksi tulokset ovat soveltuvien osin hyödynnettävissä myös muita pitkäaikaissairauksia sairastavien vuorovaikutuskokemusten tutkimisen

kehittämiseen ja vuorovaikutuskoulutusten suunnitteluun. Resonanssia arvioitaessa on myös huomioitava, että vaikka tutkimuksen painopiste on ollut ammattilaisen ja diabeetikon välisessä vuorovaikutuksessa, tutkimuksessa tarkasteltiin nimenomaan niitä vuorovaikutuskokemuksia, joilla diabeetikot kokivat olleen yhteys omahoitoonsa. Näin tutkimuksella voi olla merkitystä myös yksilötasolla, sillä tulokset voivat herättää lukijassa ajatuksia henkilökohtaisella tasolla. Kaiken kaikkiaan tulokset ovat aiheen ajankohtaisuuden vuoksi yhteiskunnallisesti kiinnostavia ja antavat mahdollisuuden uusille keskustelunavauksille.

Tutkimuksen *kontribution* (Tracy, 2010) teoreettista merkittävyyttä vahvisti ammattilais-potilasvuorovaikutuksen ja omahoidon välisen yhteyden jäsentäminen tuoreella tavalla. Varsinkin relationaalisen dialektiikan teorian (Baxter, 2011) soveltamista tässä tutkimuskontekstissa voidaan pitää teoreettisesti tuoreena lähestymistapana, joka lisäsi ymmärrystä ammattilais-potilasvuorovaikutuksen ja suhteen välisestä yhteydestä (Peltola & Isotalus, 2019). Metodologista merkittävyyttä vahvisti puolestaan merkityksellisten tapahtumien tekniikan soveltaminen ammattilais-potilasvuorovaikutuksen tutkimisessa, jossa kyseistä lähestymistapaa on käytetty toistaiseksi melko rajallisesti. Metodologista merkittävyyttä lisäsi myös neljännessä osatutkimuksessa tehty merkityksellisten tapahtumien tekniikan kattava metodologinen arviointi, jossa hyödynnettiin Carterin ja Littlen (2007) laadullisen tutkimuksen laadun arvioinnin kehystä (Peltola ym., 2022). Metodologinen arviointi avasi tuoreita ja käytännönläheisiä näkökulmia merkityksellisten tapahtumien tekniikan soveltamiseen tuoden näkyviin sekä menetelmän hyödyt että kohdat joihin menetelmää sovellettaessa on kiinnitettävä erityistä huomiota. Lisäksi arviointi osoitti merkityksellisten tapahtumien tekniikan potentiaalın potilaiden reflektoinnin tukemisessa ja tätä kautta potilaiden vuorovaikutusosaamisen sekä ammattilais-potilasvuorovaikutuksen kehittämisessä.

Heuristista ja käytännöllistä merkittävyyttä (Tracy, 2010) vahvisti yhteenveto-osassa esitetty käytännönläheinen havainnollistus omahoitoon kytkeytyvästä ammattilais-potilasvuorovaikutuksesta (Kuvio 1). Kyseinen kuvio voi parhaimmillaan olla konkreettinen työkalu ammattilais-potilasvuorovaikutuksen arvioimiselle sekä diabeetikoiden hoidon yhteydessä että muissa terveydenhuollon konteksteissa. Lisäksi yhteenvedon lopussa esitettävät jatkotutkimusaiheet voivat edistää jatkossa terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välisen vuorovaikutuksen tutkimuksen tekemistä potilaslähtöisellä sekä vuorovaikutuksen moniulotteisen luonteen huomioivilla tavoilla.

Eettisyyteen (Tracy, 2010) tutkija kiinnitti huomiota koko prosessin ajan. Tutkimus suunniteltiin huolellisesti ja sen suorittamisessa noudatettiin hyvän tieteellisen

käytännön periaatteita (TENK, 2019). Ennen aloittamista tutkimukselle haettiin myös Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen alueelliselta eettiseltä toimikunnalta myönteinen lausunto. Tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta tiedotettiin selkeästi, ja ennen suostumuksen pyytämistä kaikille osallistujille annettiin riittävät tiedot tutkimusaiheesta, tutkijasta, tutkimuksen toteutuksesta sekä tulosten käyttötarkoituksista. Osallistujille kerrottiin heidän oikeutensa osallistujina sekä millä tavoin heidän yksityisyytensä suojataan. Lisäksi aineistoa kerättiin kahdella eri menetelmällä, jotta diabetesta sairastavat henkilöt voisivat halutessaan kertoa kokemuksistaan anonyymisti kirjoittaen tai tutkijan kanssa keskustellen. Tutkimuksessa oli varauduttu myös siihen, että haastattelujen yhteydessä on mahdollista kohdata sellaisia tyyppin 2 diabetesta sairastavia henkilöitä, joiden terveydellinen tilanne edellyttää avun piiriin ohjaamista. Tällaisia tilanteita ei kuitenkaan tullut esille.

Tutkimuksessa tiedostettiin alusta lähtien tutkimusaiheen arkaluontoisuus. Aikaisempien tutkimusten perusteella oli tiedossa, että tyyppin 2 diabetes on stigmatisoitu sairaus (esim. Browne, 2013), ja merkityksellisten tapahtumien muistelemisen diabeteshoidon yhteydessä saattaa herättää osallistujissa erilaisia tunnereaktioita. Tästä syystä tutkimuksessa kiinnitettiin erityistä huomiota tutkija-osallistujasuhteen eettisyyteen panostamalla luottamuksen rakentamiseen sekä tiedottamisvaiheessa että aineistonkeruuvaiheessa (TENK, 2019). Tutkimusaineistoa ja tutkimustuloksia käsiteltiin koko tutkimusprosessin ajan luottamuksellisesti.

Johdonmukaisuus (Tracy, 2010) ilmeni aikaisemman tutkimustiedon, metodien ja raportoinnin yhteensopivana käyttötapana. Merkityksellisten tapahtumien tekniikka kulki kantavana ja tutkimusta ohjaavana tekijänä läpi koko tutkimuksen ja siihen liittyviä valintoja arvioitiin kriittisesti (Peltola ym., 2022). Jokaisen erillisen osatyön osalta on varmistettu, että tulokset vastaavat niille asetettuja tutkimustarkoituksia ja tavoitteita. Tutkimuksen huolellinen suunnittelu ja suunnan tarkistaminen matkan varrella on auttanut varmistamaan, että tutkimuksen osatyöt ovat keskenään linjassa ja muodostavat yhdessä yhtenäisen kokonaisuuden.

Johdonmukaisuutta rajoittaa tutkittavien ilmiöiden ja käsitteiden monimuotoisuus, vaikka käsitteiden määrittelyyn kiinnitettiin tutkimuksessa alusta asti huomiota. Lisäksi tulosten julkaiseminen sekä suomen että englannin kielellä teki käsitteiden johdonmukaisesta käyttämisestä osin vaikeaa. Johdonmukaisuutta rajoittaa osaltaan myös pitkä tutkimusaika, sillä tutkimus on ollut tekeillä lähes kymmenen vuotta. Tänä aikana tutkimuksen tekemisessä on ollut myös taukoja, jotka ovat jonkin verran vaikeuttaneet kokonaisuuden hallintaa. Tutkija on kuitenkin tiedostanut tähän liittyvät riskit ja aktiivisesti aina taukojen jälkeen palauttanut mieleensä aikaisempien osatutkimusten sisällön ja palannut myös alkuperäisen aineiston äärelle. Lisäksi tutkija on

koko tutkimusprosessin ajan seurannut aiheeseen liittyvää yhteiskunnallista keskustelua ja aihealueeseen liittyvää tieteellistä tutkimusta ja näin huolehtinut ajan tasalla pysymisestä. Tauot ovat toisaalta mahdollistaneet myös ymmärryksen lisääntymisen tutkittavasta ilmiöstä, mikä on osaltaan auttanut tutkimuksen johdonmukaisuuden säilyttämisessä.

5.5 Jatkotutkimusehdotukset

Tämän väitöskirjatutkimuksen tulosten perusteella terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välinen vuorovaikutus ja siinä rakennettava yhteistyö ovat ilmiöitä, joita on aiheellista tutkia myös jatkossa sekä diabeetikoiden että muiden pitkäaikaissairautta sairastavien potilaiden hoidon yhteydessä. Tutkimusta tarvitaan lisää vuorovaikutuksen, yhteistyön ja omahoidon välisestä yhteydestä ja siitä, miten tässä tutkimuksessa löydetty yhteistyön kolme keskeistä osa-aluetta ja niitä rakentava vuorovaikutus näyttäytyvät erilaisissa hoidonohjaustilanteissa. Lisäksi tarvitaan tutkimusta terveydenhuollon ammattilaisten sekä eri-ikäisten ja hoidon eri vaiheissa olevien pitkäaikaissairaiden potilaiden näkemyksistä yhteistyön rakentamisesta, jotta yhteistyön kontekstuaalinen luonne tulisi kokonaisvaltaisesti huomioiduksi. Esimerkiksi hoidon eri vaiheisiin liittyvä vuorovaikutustutkimus voisi antaa arvokasta tietoa siitä, millaisia asioita yhteistyössä tulee huomioida sairauden diagnosointivaiheessa tai lääkityksen muutosvaiheissa.

Terveydenhuollon ammattilaisen ja pitkäaikaissairautta sairastavan potilaan vuorovaikutuksessa rakennettavan yhteistyön tutkimisessa on tärkeää huomioida myös moniammatillisuus. Pitkäaikaissairautta sairastavien potilaiden hoito edellyttää usein monien eri alojen ammattilaisten – kuten ravitsemusterapeuttien, fysioterapeuttien ja farmaseuttien – asiantuntemusta esimerkiksi liitännäissairauksien tai sairaudesta johtuvien moninaisten tuen tarpeiden vuoksi (Koski, 2021). Moniammatillisen yhteistyön toteutumisessa yhdessä potilaan kanssa on kuitenkin havaittu olevan monia vaikeuksia. Esimerkiksi terveydenhuollon ammattilaisten vaihtuvuus on usein suurta, tietojärjestelmät ovat keskenään yhteensopimattomia ja potilaat joutuvat läheistensä kanssa asioimaan useiden yksittäisten toimijoiden kanssa erikseen sen sijaan, että kaikki asiantuntijat kokoontuisivat potilaan kanssa saman pöydän ääreen (Gerlander ym., 2014). Myös yhteisen kokonaiskuvan muodostamisen potilaan tilanteesta ja hoidon etenemisestä sekä potilaan hoidon kokonaisvastuun määrittämisen on havaittu olevan vaikeaa (esim. Engeström, 2003; Jyrkkiö ym., 2020). Moniammatillista

yhteistyötä ja siihen liittyviä vuorovaikutuksellisia tekijöitä olisi hyödyllistä tutkia esimerkiksi seuraamalla pitkäaikaissairaahan hoitopolun rakentumista pitkittäistutkimuksena, jolloin olisi mahdollista saada kokonaisvaltaista ja konkreettista tietoa moniammatillisen verkoston toiminnasta ja siinä rakennettavasta yhteistyöstä pitkäaikaissairaiden potilaiden hoidossa.

Moniammatillisen näkökulman lisäksi terveydenhuollon ammattilaisen ja pitkäaikaissairautta sairastavan potilaan välisen vuorovaikutuksen ja omahoitoon kytkeytyvän yhteistyön tarkastelussa tulisi jatkossa ottaa entistä vahvemmin huomioon myös potilaan perhe ja läheiset (esim. Rintala, 2014). Perhe ja läheiset ovat usein tärkeä tuki pitkäaikaissairaahan potilaan hoidossa, sillä he voivat antaa tärkeää tiedollista, emotionaalista ja käytännöllistä tukea esimerkiksi lääkityksestä huolehtimiseen sekä terveellisen ruokavalion noudattamiseen. Usein perheenjäsenillä ja läheisillä on potilaan elämään läheisesti kuuluvina henkilöinä aivan erityistä ja arvokasta näkemystä siitä, mitkä tekijät edistävät tai estävät potilaan omahoitoa ja kokonaisvaltaista hyvinvointia. Toisaalta aikaisemmissa tutkimuksissa on havaittu, että potilaan läheiset voivat myös hankaloittaa ja rajoittaa hoidonohjauskeskustelun tarkoituksenmukaista etene mistä ottamalla keskusteluissa liian keskeistä roolia itse potilaaseen nähden (esim. Pyörälä, 2003). Jatkossa olisikin tärkeää tutkia sellaisia keskustelutilanteita ja niissä rakentuvaa vuorovaikutusta, joissa on mukana terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan lisäksi myös potilaan läheinen. Tutkimustavaksi soveltuisi keskustelutilanteiden havainnointi ja lisäksi kokemuksia olisi tärkeä reflektoida sekä terveydenhuollon ammattilaisen kanssa että yhdessä potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Tähän merkityksellisten tapahtumien tekniikka tarjoaisi hyvän tutkimuksellisen lähestymistavan. Näin omahoitoa edistävästä ja estävästä vuorovaikutuksesta sekä siinä rakennettavasta yhteistyöstä voisi saada entistä kokonaisvaltaisemman käsityksen.

Vuorovaikutuksessa rakennettavan yhteistyön tutkimisessa on tärkeää ottaa huomioon hoidonohjaustilanteisiin vaikuttavan teknologian kehitys ja sen käyttöönotto erilaisissa terveydenhuollon palveluissa. Viestinnällisen teknologian kehityksen myötä terveydenhuollon ammattilaiset, potilaat ja heidän läheisensä voivat enenevässä määrin keskustella hoitoon liittyvistä asioista esimerkiksi chatissa ja etävastaanotoilla (esim. Hietanen ym., 2020). Teknologia on mahdollistanut myös hoivarobottien kehittämisen ja käytön. Robotteja on hyödynnetty muun muassa ikäihmisten hoidossa, ja niiden on todettu soveltuvan yksinäisyyden tunteen vähentämiseen (esim. Hung ym., 2019), liikkumiseen aktivoimiseen (esim. Huisman & Kort, 2019) sekä mielen hyvinvoinnin tukemiseen (esim. Abbott ym., 2019). Teknologiavälitteistä vuorovaikutusta on etupäässä kuvailtu terveydenhuoltoon ja sen laatua edistävästä tekijänä, sillä sen on katsottu tehostavan terveydenhuollon rajallisten resurssien käyttöä

sekä mahdollistavan terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välisen nopean ja sujuvan yhteydenpidon. Lisäksi teknologiavälitteisen vuorovaikutuksen on arvioitu parhaimmillaan edistävän potilaslähtöistä hoitoa ja potilaiden välistä yhdenvertaisuutta esimerkiksi entistä saavutettavampien palvelujen osalta. (esim. Mäkelä & Mäkijärvi, 2017.) On kuitenkin otettava huomioon, että vuorovaikutuksessa rakennetaan aina keskinäistä suhdetta ja tällöin vuorovaikutuksella on myös suhteeseen liittyviä tavoitteita. Tarvitaankin lisää tutkimusta siitä, miten suhtautumisen viestiminen sekä suhteeseen liittyvien merkityksenantojen hallinta näyttäytyvät terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välisessä teknologiavälitteisessä vuorovaikutuksessa sekä miten niihin huomiota kiinnittämällä voidaan rakentaa entistä potilaslähtöisempää etävuorovaikutusta käytettävästä viestintävälineestä riippumatta.

Viestintäteknologian kehittyminen on mahdollistanut myös sen, että sekä terveydenhuollon ammattilaisilla että potilailla on käytettävissään yhä monimuotoisempaa terveyteen liittyvää tietoa ja osaamista, jota he voivat hyödyntää vastaanotolle valmistautuessaan ja siellä toimiessaan (esim. Helve & Koponen, 2020; Huisman ym., 2019). Jatkoa ajatellen varteenotettava tutkimuskohde olisi suomalainen Kanta.fi-palvelu, joka on terveydenhuollon ammattilaisten, potilaiden sekä heidän valtuuttamiensa henkilöiden käytettävissä. Kanta.fi-palveluun tallentuvat terveydenhuollossa kirjatut tiedot kuten esimerkiksi terveystiedot, reseptitiedot sekä laboratoriotutkimukset ja niiden tulokset. Kiinnostavaa olisi tutkia Kanta.fi-palveluun tallentuvia terveydenhuollossa tehtyjä kirjauksia osana ammattilais-potilasvuorovaikutusta, sillä kirjatut asiat, mukaan lukien tyyli, jolla asiat on kirjattu, voivat paitsi edistää myös osaltaan estää potilaan hoidon ja hoitopolun tarkoituksenmukaista etenemistä (esim. Pyörälä, 2020; Sane & Saha, 2013). Terveydenhuollossa tehdyt kirjatut saattavat muun muassa sisältää potilaiden tilanteesta virheellistä tai puutteellista tietoa, jonka korjaaminen jälkikäteen on vaikeaa. Jatkossa olisikin tärkeää tutkia, miten potilaiden hoitoon osallistuvien eri terveydenhuollon ammattilaisten näkökulmat sekä potilaiden ja heidän läheistensä arviot, kannanotot ja kuvaukset voitaisiin ottaa terveydenhuollon ammattilaisten tekemissä kirjauksissa paremmin huomioon entistä potilaslähtöisemmän ja tarkoituksenmukaisemman ammattilais-potilasvuorovaikutuksen ja potilaan hoidon turvaamiseksi.

KIRJALLISUUS

- Abbott, R., Orr, N., McGill, P., Whear, R., Bethel, A., Garside, R., Stein, K. & Thompson-Coon, J. (2019). How do “robotpets” impact the health and well-being of residents in care homes? A systematic review of qualitative and quantitative evidence. *International Journal of Older People Nursing*, 14(3), 1–23. <https://doi.org/10.1111/opn.12239>
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/opn.12239>
- Aikens, J. E., Bingham, R. & Piette, J. D. (2005). Patient-provider communication and self-care behavior among type 2 diabetes patients. *The Diabetes Educator*, 31(5), 681–690. <https://doi.org/10.1177/0145721705280829>
- Aira, A. (2012). *Toimiva yhteistyö. Työelämän vuorovaikutussubteet, tiimit ja verkostot*. Jyväskylä studies in humanities 179. Jyväskylän yliopisto.
- Ala-Kortesmaa, S. (2015). *Professional listening in the legal context*. Acta Universitatis Tamperensis 2101. Tampereen yliopisto.
- Ala-Kortesmaa, S. & Isotalus, P. (2014). Relational tensions and optimal listening in the communication relationships of American and Finnish legal professionals. *Journal of Intercultural Communication Research*, 43(3), 173–193. <https://doi.org/10.1080/17475759.2014.916227>
- Allemang, B., Sitter, K. & Dimitropoulos, G. (2022). Pragmatism as a paradigm for patient-oriented research. *Health Expectations*, 25(1), 38–47. <https://doi.org/10.1111/hex.13384>
- Amati, R. & Hannawa, A. F. (2014). Relational dialectics theory: Disentangling physician-perceived tensions of end-of-life communication. *Health Communication*, 29, 962–973. <https://doi.org/10.1080/10410236.2013.815533>
- Anderson, L. & Wilson, S. (1997). Critical incident technique. Teoksessa D. L. Whetzel & G. R. Wheaton (toim.), *Applied measurement methods in industrial psychology* (s. 89–112). Davies-Black Publishing.
- 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, 399–414. <https://doi.org/10.1080/00909882.2016.1225164>
- Armstrong, D. (2014). Actors, patients and agency: A recent history. *Sociology of Health & Illness*, 36, 163–174. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12100>

- Artkoski, M. & Hyvärinen, M-L. (2015). Huonojen uutisten kertominen – vuorovaikutuksen haaste lääkärille. *Prologi: publievistinnän vuosikirja 2015*, 32–51. <http://prologos.fi/prologi/index.php?page=vuosikirjat>
- Bahtin, M. 1981. *The dialogical imagination: four essays by M. M. Bakhtin*. University of Texas Press.
- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Gloyer, G., Beale, E. A. & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. *The Oncologist*, 5(4), 302–311. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A. & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: A review. *Patient Education and Counseling*, 48(2), 177–187. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(02\)00032-0](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00032-0)
- Bavelas, J. B. (2021). Pragmatics of Human Communication: 50 Years Later. *Journal of Systemic Therapies*, 40(2), 3–25. <https://doi.org/10.1521/jsyt.2021.40.2.3>
- Baxter, L. A. (2011). *Voicing relationships: A dialogic perspective*. Sage.
- Baxter, L. A. & Montgomery, B. M. (1996). *Relating: Dialogues and Dialectics*. Guilford Press.
- Bennett, K. C. & Irwin, H. (1997). Shifting the emphasis to “patient as central”: Sea change or ripple on the pond? *Health Communication*, 9, 83–93. https://doi.org/10.1207/s15327027hc0901_7
- Berger, C. R. (2005). Interpersonal Communication: Theoretical perspectives, future prospects. *Journal of Communication*, 55(3), 415–447. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.2005.tb02680.x>
- Bergman, M. (2012). Pragmatism as a communication-theoretical tradition: An assessment of Craig's proposal. *European Journal of Pragmatism and American Philosophy*, IV(1), 208–221. <https://doi.org/10.4000/ejap.785>
- Berkhof, M., Jolanda van Rijssen, H., Schellatr, A. J. M., Anema, J. R. & van der Beek, A. J. (2011). Effective training strategies for teaching communication skills to physicians: An overview of systematic reviews. *Patient Education and Counseling*, 84, 152–162. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.06.010>
- Berry, L. L. (2019). Service innovation is urgent in healthcare. *AMS Review*, 9(1–2), 78–92. <https://doi.org/10.1007/s13162-019-00135-x>
- Billig, M., Condor, S., Edwards, D., Gane, M., Middleton, D. & Radley, A. (1988). *Ideological dilemmas: A social psychology of everyday thinking*. Sage.
- Björklund, M. & Fridlund, B. (1999). Cancer patients' experiences of nurses' behaviour and health promotion activities: A critical incident analysis. *European Journal of Cancer Care*, 8(4), 204–212. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2354.1999.00166.x>

- Bradbury-Jones, C. & Tranter, S. (2008). Inconsistent use of the critical incident technique in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 64(4), 399–407. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04811.x>
- Braithwaite, D. O. & Baxter, L. A. (2008). Introduction. Meta-theory and theory in interpersonal communication research. Teoksessa L. A. Baxter & D. O. Braithwaite (toim.), *Engaging theories in interpersonal communication* (s.1–22). Sage.
- Brashers, D. E., Haas, S. M. & Neidig, J. L. (1999). The patient self-advocacy scale: Measuring patient involvement in health care decision-making interactions. *Health Communication*, 11, 97–121. https://doi.org/10.1207/s15327027hc1102_1
- Brashers, D. E., Neidig, J. L., Haas, S. M., Dobbs, L. K., Cardillo, L. W. & Russell, J. A. (2000). Communication in the management of uncertainty: The case of persons living with HIV or AIDS. *Communication Monographs*, 67(1), 63–84. <https://doi.org/10.1080/03637750009376495>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77–101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Brown, J. B., Stewart, M. & Ryan, B. L. (2003). Outcomes of patient-provider interaction. Teoksessa T. L. Thompson, A. M. Dorsey, K. I. Miller & R. Parrott (toim.), *Handbook of health communication*. (s. 141–161). Lawrence Erlbaum.
- Browne, J. L., Ventura, A., Mosely, K. & Speight, J. (2013). I call it the blame and the shame disease: A qualitative study about perceptions of social stigma surrounding type 2 diabetes. *BMJ Open*, 3, 1–10. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003384>
- Brundisini, F., Vanstone, M., Hulan, D., DeJean, D. & Giacomini, M. (2015). Type 2 diabetes patients' and providers' differing perspectives on medication nonadherence: A qualitative meta-synthesis. *BMC Health Services Research*, 15, 516. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1174-8>
- Burke, J. A., Earley, M., Dixon, L. D., Wilke, A. & Puczynski, S. (2006). Patients with diabetes speak: Exploring the implications of patients' perspectives for their diabetes appointments. *Health Communication*, 19, 103–114. https://doi.org/10.1207/s15327027hc1902_2
- Burleson, B. R. (2010). The nature of interpersonal communication. A Message-centered approach. Teoksessa C. R. Berger, M. E. Roloff & D. R. Ewoldsen (toim.), *Handbook of Communication Science*. 2nd edition (s. 145–164). Sage.
- Butterfield, L. D., Borgen, W. A., Amundson, N. E. & Maglio, A. S. T. (2005). Fifty years of the critical incident technique: 1954–2004 and beyond. *Qualitative Research*, 5(4), 475–497. <https://doi.org/10.1177/1468794105056924>

- Butterfield, L. D., Borgen, W. A., Maglio, A. S. T. & Amundson, N. E. (2009). Using the enhanced critical incident technique in counselling psychology research. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 43(4), 265–282.
- Carbaugh, D., Berry, M. & Nurmikari-Berry, M. (2006). Coding personhood through cultural terms and practices: Silence and quietude as Finnish “natural way of being.” *Journal of Language and Social Psychology*, 25, 203–220. <https://doi.org/10.1177/0261927X06289422>
- Carter, S. M. & Little, M. (2007). Justifying knowledge, justifying method, taking action: Epistemologies, methodologies, and methods in qualitative research. *Qualitative Health Research*, 17(10), 1316–1328. <https://doi.org/10.1177/1049732307306927>
- Cavanagh, S. (1997). Content analysis: Concepts, methods, and applications. *Nurse Researcher*, 4(3), 5–16. doi:10.7748/nr.4.3.5.s2.
- Cegala, D. J. (1997). A study of doctors’ and patients’ communication during a primary care consultation: Implications for communication training. *Journal of Health Communication*, 2(3), 169–194. <https://doi.org/10.1080/108107397127743>
- Cegala, D. J. (2003). Patient communication skills training: a review with implications for cancer patients. *Patient Education and Counseling*, 50(1), 91–94. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(03\)00087-9](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(03)00087-9)
- Cegala, D. J., McGee, D. S. & McNeilis, K. S. (1996). Components of patients’ and doctors’ perceptions of communication competence during a primary care medical interview. *Health Communication*, 8, 1–27. https://doi.org/10.1207/s15327027hc0801_1
- Cegala, D. J. & Street, R. L. Jr. (2010). Interpersonal dimensions of health communication. Teoksessa C. R. Berger, M. E. Roloff & D. R. Roskos-Ewoldsen (toim.), *The Handbook of Communication Science* (s. 401–418). Sage.
- Charles, C. & Wheelan, T. (1999). What do we mean by partnership in making decisions about treatment? *British Medical Journal*, 72(12), 780–783.
- Cheng, L., Sit, J. W., Choi, K. C., Chair, S. Y., Li, X. & He, X. L. (2017). Effectiveness of interactive self-management interventions in individuals with poorly controlled type 2 diabetes: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 14(1), 65–73. <https://doi.org/10.1111/wvn.12191>
- Cooke, R. A. & Szumal, J. L. (1994). The impact of group interaction styles on problem-solving effectiveness. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 30(4), 415–437. <https://doi.org/10.1177/0021886394304005>
- Craig, R. T. (1999). Communication theory as a field. *Communication Theory*, 9(2), 119–161. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2885.1999.tb00355.x>
- Craig, R. T. (2007). Pragmatism in the field of communication theory. *Communication Theory*, 17(2), 125–145. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2885.2007.00292.x>

- Craig, R. T. (2009). Reflection on "Communication Theory as a Field". *Revue internationale de communication sociale et publique*, 2009(2), 7–11. <https://doi.org/10.4000/communiquer.346>
- D'Agostino, T. A., Atkinson, T. M., Latella, L. E., Rogers, M., Morrissey, D., DeRosa, A. P. & Parker, P. A. (2017). Promoting patient participation in healthcare interactions through communication skills training: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 100, 1247–1257. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.02.016>
- Dean, M. & Oetzel, J. G. (2014). Physicians' perspectives of managing tensions around dimensions of effective communication in the emergency department. *Health Communication*, 29, 257–266. <https://doi.org/10.1080/10410236.2012.743869>
- de Haes, H. & Bensing, J. (2009). Endpoints in medical communication research, proposing a framework of functions and outcomes. *Patient Education and Counseling*, 74(3), 287–294. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.12.006>
- Della, L. J., Ashlock, M. Z., Hartson, K. R., King, K. M. & Basta, T. B. (2020). Opposing discourses surrounding type 2 diabetes in Eastern Appalachian Kentucky. *Family & Community Health*, 43(3), 238–245. <https://doi.org/10.1097/fch.0000000000000262>
- Doherty, J. B. & Deweaver, K. L. (2002). Critical incidents in the lives of elders with a disability: Factors leading to institutional placement. *Journal of Gerontological Social Work*, 38(4), 39–51. https://doi.org/10.1300/J083v38n04_05
- Duggan, A. (2006). Understanding interpersonal communication processes across health contexts: Advances in the last decade and challenges for the next decade. *Journal of Health Communication*, 11(1), 93–108. doi: 10.1080/10810730500461125
- Dwarswaard, J., Bakker, E. J. M., van Staa, A. L. & Boeije, H. R. (2016). Self-management support from the perspective of patients with a chronic condition: A thematic synthesis of qualitative studies. *Health Expectations*, 19, 194–208. <https://doi.org/10.1111/hex.12346>
- Edwall, L-L., Hellström, A.-L., Öhrn, I. & Danielson, E. (2008). The lived experience of the diabetes nurse specialist regular check-ups, as narrated by patients with type 2 diabetes. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 772–781. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02015.x>
- Elo, S., Kajula, O., Tohmola, A. & Kääriäinen, M. (2022). Laadullisen sisällönanalyysin vaiheet ja eteneminen. *Hoitotiede*, 34(4), 215–225.
- Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107–115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
- Emanuel, E. J. & Emanuel, L. L. (1992). Four models of physician-patient relationship. *JAMA*, 267, 2221–2226. doi:10.1001/jama.1992.03480160079038

- Engeström, R. (1999). *Toiminnan moniäänisyys. Tutkimus lääkäri vastaanottojen keskusteluista*. Toiminnan teorian ja kehittävän työntutkimuksen yksikön teoksia. Helsinki University Press.
- Engeström, R. (2003). Sairauden kokemisen moniäänisyys terveydenhuollossa. Teoksessa M-L. Honkasalo, I. Kangas & U. Seppälä (toim.) *Sairas, potilas, omainen. Näkökulmia sairauden kokemiseen* (s. 308–331). Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- Engeström R., Engeström, Y. & Kerosuo, H. (2006). *Neuvotteleva työtapa monisairaiden asiakkaiden hoidossa*. Helsingin yliopisto.
- Engeström, R. & Ruusuvuori, J. E. (2003). Puhe lääkärin työvälineenä ja laadullisen tutkimuksen kohteena. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, 119(4), 303–311. <https://www.duodecimlehti.fi/duo93425>
- Engeström, Y. (2013). Potilas-lääkärisuhteesta yhteistyösuhteeseen. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, 129(6), 651–655. <https://www.duodecimlehti.fi/duo10860>
- Engeström, Y., Engeström, R. & Kerosuo H. (2001). *Neuvottelevan työtavan kehittäminen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä Helsingissä*. Helsingin kaupungin terveystieteiden raportteja 2001:5.
- Enlund, H., Kastarinen, H. & Hämeen-Anttila K. (2013). Potilas päättää lääkkeenotosta. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, 129(6), 659–665. <https://www.duodecimlehti.fi/duo10875>
- Epstein, R. M. & Street, R. L. Jr. (2007). *Patient-centered communication in cancer care: Promoting healing and reducing suffering*. National Cancer Institute.
- Finlex. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Flanagan, J. C. (1954). The critical incident technique. *Psychological Bulletin*, 51, 327–358. <https://doi.org/10.1037/h0061470>
- Fox, A. & Reeves, S. (2014). Interprofessional collaborative patient-centred care: a critical exploration of two related discourses. *Journal of Interprofessional Care*, 29(2), 113–118. <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.954284>
- Fox, S., Gaboury, I., Chiocchio, F. & Vachon, B. (2021). Communication and interprofessional collaboration in primary care: From ideal to reality in practice. *Health Communication*, 36(2), 125–135. <https://doi.org/10.1080/10410236.2019.1666499>
- Franks, P., Jerant, A.F., Fiscella, K., Shields, C.G., Tancredi, D.J. & Epstein, R.M. (2006). Studying physician effects on patient outcomes: physician interactional style and performance on quality-of-care indicators. *Social Science & Medicine*, 62, 422–432. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.05.027>
- Fredriksson, M., Eriksson, M. & Tritter, J. (2017). Who wants to be involved in health care decisions? Comparing preferences for individual and collective involvement in

- England and Sweden. *BMC Public Health*, 18, 18. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4534-y>
- Frey, L. R., Botan, C. H. & Kreps, G. L. (2000). *Investigating communication. An introduction to research methods*. 2. painos. Allyn & Bacon.
- Gerlander, M. (2003). *Jännitteet lääkärin ja potilaan välisessä viestintäsuhteessa*. Jyväskylä Studies in Humanities 3. Jyväskylän yliopisto.
- Gerlander, M. & Isotalus, P. (2010). Professionaalisten viestintäsuhteiden ääriviivoja. *Puhe Ja Kieli*, 30(1), 3–19.
- Gerlander, M. & Kostiainen, E. (2005). Jännitteisyys opettajan ja oppijan vuorovaikutussuhteessa. *Prologi: pubaviestinnän vuosikirja 2005*, 68–87. https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/51240/2005_Gerlander_Kostiainen.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Gerlander, M., Lukkari, T. & Kettunen, T. (2014). Yksittäisen hoitokäynnin tarkastelusta pitkäaikaissairaana vuorovaikutussuhteiden verkoston tarkasteluun. *Prologi - Pubaviestinnän vuosikirja, 2014*, 27–34. <https://doi.org/10.33352/prlg.95891>
- Goméz-Navarro, P., Orengo, V., Zornoza, A., Ripoll, P. & Peiro, J. M. (2010). Group interaction styles in a virtual context: The effects on group outcomes. *Computers in Human Behavior*, 26(6), 1472–1480. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2010.04.026>
- Gómez-Velasco, D. V., Almeda-Valdes, P., Martagón, A. J., Gálan-Ramírez, G. A. & Aguilar-Salinas, C. A. (2019). Empowerment of patients with type 2 diabetes: current perspectives. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, 12, 1311–1321. <https://doi.org/10.2147/DMSO.S174910>
- Grant, N. K., Reimer, M. & Bannatyne, J. (1996). Indicators of quality in long-term care facilities. *International Journal of Nursing Studies*, 33(5), 469–478. [https://doi.org/10.1016/0020-7489\(96\)00012-0](https://doi.org/10.1016/0020-7489(96)00012-0)
- Graybill, E., Heggs, A., Truscott, S., Vinoski, E., Crenshaw, M. & Crimmins, D. (2017). Using the critical incident technique to measure long-term outcomes of interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 31(4), 533–536. <http://dx.doi.org/10.1080/13561820.2017.1307172>
- Gremler, D. D. (2004). The critical incident technique in service research. *Journal of Service Research*, 7(1), 65–89. <https://doi.org/10.1177/1094670504266138>
- Griffin, E. M., Ledbetter, A. & Sparks, G. (2015). *A First Look at Communication Theory*. 9. painos. McGraw-Hill Education.
- Gustafsson, L.-K., Snellma, I. & Gustafsson, C. (2013). The meaningful encounter: Patient and next-of-kin stories about their experience of meaningful encounters in healthcare. *Nursing Inquiry*, 20, 363–371. <https://doi.org/10.1111/nin.12013>

- Hallamaa, J. (2020). Potilaan aktiivinen osallistuminen oman hoidon toteuttamiseen. Teoksessa P. Hietanen, J. Kaleva-Kerola & E. Pyörälä (toim.), *Lääkärin ja potilaan vuorovaikutus* (s. 45–47). Kustannus Oy Duodecim.
- Hardie, P., Darley, A., Langan, L., Lafferty, A., Jarvis, S. & Redmond, C. (2022). Interpersonal and communication skills development in general nursing preceptorship education and training programmes: A scoping review. *Nurse Education in Practice*, 65, 103482. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103482>
- Harvey, G., Bubric, K., VandenBerg, S. & Hair, H. (2021). Understanding patient experience in the emergency room using multiple methods. *Design for Health*, 5(2), 233–251. <https://doi.org/10.1080/24735132.2021.1989133>
- Heinrich, E., Schaper, N. C. & de Vries, N. K. (2010). Self-management interventions for type 2 diabetes: A systematic review. *European Diabetes Nursing*, 7, 71–82. <https://doi.org/10.1002/edn.160>
- Helve, O. & Koponen, J. (2020). Terveysthuollon digitalisaatio – eHealth. Teoksessa P. Hietanen, J. Kaleva-Kerola & E. Pyörälä (toim.), *Lääkärin ja potilaan vuorovaikutus* (s. 248–249). Kustannus Oy Duodecim.
- Heritage, J. & Maynard, D. W. (2006). Introduction: Analyzing interaction between doctors and patients in primary care encounters. Teoksessa J. Heritage & D. W. Maynard (toim.) *Communication in medical care. Interaction between primary care physicians and patients* (s.1–21). Cambridge University Press.
- Heritage, J., Robinson, J. D., Elliott, M. N., Beckett, M. & Wilkes, M. (2007). Reducing patients' unmet concerns in primary care: The difference one word can make. *Journal of General Internal Medicine*, 22(10), 1429–1433. doi: 10.1007/s11606-007-0279-0
- Hietanen, P., Kaleva-Kerola, J. & Pyörälä, E. (2020). Vuorovaikutus lääkärin työssä. Teoksessa P. Hietanen, J. Kaleva-Kerola & E. Pyörälä (toim.), *Lääkärin ja potilaan vuorovaikutus* (s. 14). Kustannus Oy Duodecim.
- Himanen, O. (2015). Diabeteksen kanssa elämisen aakkoset. Kirjassa P. Ilanne-Parikka, T. Rönnemaa, M. T. Saha, ym. (toim.) *Diabetes*. (s. 41–44). Duodecim.
- Holman, H. & Lorig, K. (2000). Patients as partners in managing chronic illness. *British Medical Journal*, 73(24), 526–527. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7234.526>
- Horila, T. (2018). *Vuorovaikutusosaamisen yhteisyys työelämän tiimeissä*. Jyväskylä Studies in Humanities 344. Jyväskylän yliopisto.
- Hornsten, A., Lundman, B., Selstam, E. K. & Sandstrom, H. (2005). Patient satisfaction with diabetes care. *Journal of Advanced Nursing*, 51, 609–617. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03546.x>

- Huisman, C. & Kort, H. (2019). Two-year use of care robot Zora in Dutch nursing homes: An evaluation study. *Healthcare*, 7(1), 31. <https://www.mdpi.com/2227-9032/7/1/31#cite>
- Huisman, M., Joye, S. & Biltreyst, D. (2019). Searching for health: Doctor Google and the shifting dynamics of the middle-aged and older adult patient–physician relationship and interaction. *Journal of Aging and Health*, 32(9), 998–1007. <https://doi.org/10.1177/0898264319873809>
- Hung, L., Liu, C., Woldum, E., Au-Yeung, A., Berndt, A., Wallsworth, C., Horne, N., Gregorio, M., Mann, J. & Chaudhury, H. (2019). The benefits of and barriers to using a social robot PARO in care settings: A scoping review. *BMC Geriatrics*, 19(232), 1–10. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12877-019-1244-6>
- Hyvärinen, M-L. (2011). *Alakobtainen vuorovaikutusosaaminen farmasiassa*. Acta Electronica Universitatis Tamperensis 1064. Tampereen yliopisto.
- Häggman-Laitila, A. & Åstedt-Kurki, P. (1994). What is expected from the nurse–client interaction and how these expectations are realized in Finnish health care. *International Journal of Nursing Studies*, 31, 253–261. [https://doi.org/10.1016/0020-7489\(94\)90051-5](https://doi.org/10.1016/0020-7489(94)90051-5)
- Ilanne-Parikka, P. (2019a). Terveystyömalli diabeteksen hoidon viitekehyksenä. Kirjassa P. Ilanne-Parikka, L. Niskanen, T. Rönnemaa ym. (toim.), *Diabetes* (s. 40). Duodecim.
- Ilanne-Parikka, P. (2019b). Hoitoyhteistyö ja hoitosuunnitelma. Kirjassa P. Ilanne-Parikka, L. Niskanen, T. Rönnemaa ym. (toim.), *Diabetes* (s. 41–43). Duodecim.
- Ingadottir, B. & Halldorsdottir, S. (2008). To discipline a “dog”: The essential structure of mastering diabetes. *Qualitative Health Research*, 18(5), 606–619. <https://doi.org/10.1177/1049732308316346>
- Ivarsson, B., Larsson, S. & Sjöberg, T. (2004). Patients’ experiences of support while waiting for cardiac surgery. A critical incident technique analysis. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 3(2), 183–191. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2004.03.001>
- Jain, P. (2014). Intergroup, interpersonal, and intercultural nature of patient–provider communication: A comparison of IMG and USMG physicians. *The Communication Review*, 17, 27–44. <https://doi.org/10.1080/10714421.2014.872498>
- Jokinen, A. (2016). Asiakkaan ja sosiaalityöntekijän välinen suhde. Teoksessa M. Törrönen, K. Hänninen, P. Jouttimäki, T. Lehto-Lundén, P. Salovaara & M. Veistilä (toim.), *Vastavuoroinen sosiaalityö* (s. 138–147). Gaudeamus.
- Jones, M. (2019). Kokemustiedon määrittelyt ja käyttö julkisen terveydenhuollon kontekstissa. Teoksessa J. Toikkanen & I. Virtanen (toim.), *Kokemuksen tutkimus VI. Kokemuksen käsite ja käyttö* (s.169–190). Lapland University Press.

- Jyrkkiö, S., Tyynelä-Korhonen, K. & Kinnunen, M. (2020). Lääkäriyhteistyön karikoita. Teoksessa P. Hietanen, J. Kaleva-Kerola & E. Pyörälä (toim.), *Lääkäriin ja potilaan vuorovaikutus* (s. 217). Kustannus Oy Duodecim.
- Kangas, I. (2003). Sairaalan asiantuntijuus – tieto ja kokemus sairastamisen arjessa. Teoksessa M-L. Honkasalo, I. Kangas & U. Seppälä (toim.), *Sairas, potilas, omainen. Näkökulmia sairauden kokemiseen*. Tietolipas 189 (s.73–95). Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- Kansainvälinen diabetesliitto IDF. (2021). *Diabetes atlas*. https://diabetesatlas.org/id-fawp/resource-files/2021/07/IDF_Atlas_10th_Edition_2021.pdf
- Karhe, L. (2017). *Potilaan hoitoyksinäisyys: Käsitteellinen malli potilaan yksinäisyydestä hoitosuhteessa ja hoitoyksinäisyyteen yhteydessä olevista tekijöistä*. Acta Universitatis Tamperensis 2251. Tampereen yliopisto.
- Karpinen, K. (2019). Onko asiakas korvannut potilaan terveydenhuollossa? *Kielikello*, 3/19. <https://www.kielikello.fi/-/onko-asiakas-korvannut-potilaan-terveydenhuollossa>
- Kelo, M., Martikainen, M. & Eriksson, E. (2013). Patient education of children and their families: Nurses' experiences. *Pediatric Nursing*, 39(2), 71–79.
- Kempainen, J. K. (2000). The critical incident technique and nursing care quality research. *Journal of Advanced Nursing*, 32(5), 1264–1271. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01597.x>
- Kettunen, T. (2001). *Neuvontakeskustelu. Tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysneuvonnassa*. Studies in sport, physical education and health 75. Jyväskylän yliopisto.
- Kettunen, T., Poskiparta, M. & Gerlander, M. (2002). Nurse–patient power relationship: preliminary evidence of patients' power messages. *Patient Education and Counseling*, 47, 101–113. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(01\)00179-3](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(01)00179-3)
- Kettunen, T., Poskiparta, M. & Liimatainen, L. (2000). Communicator styles of hospital patients during nurse–patient counseling. *Patient Education and Counseling*, 41(2), 161–180. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(99\)00076-2](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(99)00076-2)
- Kettunen, T., Poskiparta, M., Liimatainen, L., Sjögren, A. & Karhila, P. (2001). Taciturn patients in health counseling at a hospital: Passive recipients or active participants? *Qualitative Health Research*, 11, 399–422. <https://doi.org/10.1177/104973201129119181>
- Kim, H. S., Holter, I. M., Lorensen, M., Inayoshi, M., Shimaguchi, S., Shimazaki-Ryder, R. & Munkki-Utunen, M. (1993). Patient-nurse collaboration: A comparison of patients' and nurses' attitudes in Finland, Japan, Norway and the U.S.A. *International Journal of Nursing Studies*, 30, 387–401. [https://doi.org/10.1016/0020-7489\(93\)90049-Z](https://doi.org/10.1016/0020-7489(93)90049-Z)

- Kingod, N., Cleal, B., Wahlberg, A. & Hustedt, G. R. (2017). Online peer-to-peer communities in the Daily lives of people with chronic illness: A qualitative systematic review. *Qualitative Health Research*, 27(1) 89–99. <https://doi.org/10.1177/1049732316680203>
- Kiuru, P., Poskiparta, M., Kettunen, T., Saltevo, J. & Liimatainen L. (2004). Advice-giving styles by Finnish nurses in dietary counseling concerning type 2 diabetes care. *Journal of Health Communication*, 9(4), 337–354. <https://doi.org/10.1080/10810730490468586>
- Kleinman, A. (1980). *Patient and healers in the context of culture*. University of California Press.
- Knapp, M. L., Stohl, C. & Reardon, K. K. (1981). Memorable messages. *Journal of Communication*, 31(4), 27–41. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.1981.tb00448.x>
- Koenig, C. J., Wingard, L. M., Sabee, C., Olsher, D. & Vandegriff, I. (2014). Managing patient-centered communication across the type 2 diabetes illness trajectory: A grounded practical theory of interactional sensitivity. *Journal of Applied Communication Research*, 42, 244–267. <https://doi.org/10.1080/00909882.2014.911943>
- Koivisto, J., Muurinen, H. & Parviainen, L. (2022). *Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman hyötytavoitteiden toteutumisen kansallinen seuranta ja arviointi: Kevät 2022*. Työpäpaperi 40/2022. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Koivisto, K., Kukkola, J., Latomaa, T. & Sandelin, P. (2014). Kokemuksen mahdollisuudet. Teoksessa K. Koivisto, J. Kukkola, T. Latomaa & P. Sandelin (toim.), *Kokemuksen tutkimus IV. Annan kokemukselle mahdollisuuden*. (s. 7–30). LUP Lapin Yliopistokustannus.
- Kokanovic, R. & Manderson, L. (2007). Exploring doctor–patient communication in immigrant Australians with type 2 diabetes: A qualitative study. *Journal of General Internal Medicine*, 22, 459–463. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0143-2>
- Koponen, J. (2012). *Kokemukselliset oppimismenetelmät lääketieteen opiskelijoiden vuorovaikutuskoulutuksessa*. Acta Universitatis Tamperensis 1734. Tampereen yliopisto.
- Koponen, J., Pyörälä, E. & Isotalus, P. (2011). "On tärkeää kuunnella potilasta tarkkaan ja myös osoittaa se" : lääketieteen opiskelijoiden itsearvioidut oppimistulokset kolmessa ryhmässä. *Prologi: pubaviestinnän vuosikirja 2011*, 7–24. <http://prologos.fi/prologi/index.php?page=vuosikirjat>
- Koski, S. (2021). *Diabetesbarometri 2021*. Suomen Diabetesliitto ry. https://www.diabetes.fi/files/21805/Diabetesbarometri_2021.pdf
- Kreps, G. L. & Thornton, B. C. (1984). *Health communication*. Longman Inc.
- Kukkola, S. (1997). *Kommunikatiivinen potilas-hoidonantajasuhte. Tutkimus halutun ja saadun kommunikation vastaavuudesta perusterveydenhuollossa*. Helsingin yliopisto.
- Kuuluvainen, V. (2016). *Supportive Communication in Al-Anon mutual-aid groups*. Acta Universitatis Tamperensis 2171. Tampereen yliopisto.

- Kyngäs, H. (2008). Hoidonohjauksen lähtökohtia. Teoksessa T-M. Rintala, S. Kotisaari & S. Olli (toim.), *Diabeetikon hoidonohjaus* (s. 27–40). Sanoma Pro Oy.
- Kyngäs, H. (2020). Inductive content analysis. Teoksessa H. Kyngäs, K. Mikkonen & M. Kääriäinen (toim.) *The application of content analysis in nursing Science research* (s. 13–22). Springer International Publishing AG.
- Kääriäinen, M. (2007). *Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehitäminen*. Acta Universitatis Ouluensis D937. Oulun yliopisto.
- Köhler, H. (2019). *Hoitava viestintä. Lääkärin vaikuttava viestintä potilaskohtaamisessa*. Valtiotieteellisen tiedekunnan julkaisuja 2019:124. Helsingin yliopisto.
- Laajalahti, A. (2014). *Vuorovaikutusosaaminen ja sen kehittyminen tutkijoiden työssä*. Jyväskylä Studies in Humanities 225. Jyväskylän yliopisto.
- Laapotti, T. (2018). *Vuorovaikutus sairaalajohtoryhmien kokouksissa*. JYU Dissertations 29. Jyväskylän yliopisto.
- Larsen, J. L., Schäfer, J., Nielsen, H. H. & Rasmussen, P. V. (2020). Qualitative factors shaping MS patients' experiences of infusible disease-modifying drugs: A critical incident technique analysis. *BMJ Open*, 10, e037701. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037701>
- Lehtonen, L., Hiilamo, H., Erhola, M., Arajärvi, P., Huttunen, J., Kananaja, A., Kekomäki, M., Pohjola, A., Tainio, H., Lillrank, P., Saxell, T., Silander, K. & Vartiainen, P. (2018). Valinnanvapaus SOTE-uudistuksessa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 55(1), 78–87. <https://doi.org/10.23990/sa.69227>
- Leino-Kilpi, H. (1991). Good nursing care – the relationship between client and nurse. *Hoitotiede* 3, 200–207.
- Lewis, L. K. (2006). Collaborative interaction: Review of communication scholarship and a research agenda. *Communication Yearbook*, 30, 197–247. <https://doi.org/10.1080/23808985.2006.11679058>
- Lindfors, P. (2005). *Homeopaatin vastaanotolla - tutkimus vuorovaikutuksesta ja päätöksenteosta*. Acta Electronica Universitatis Tampereensis 456. Tampereen yliopisto.
- Linmans, J. J., van Rossem, C., Knottnerus, J. A. & Spigt, M. (2015). Exploring the process when developing a lifestyle intervention in primary care for type 2 diabetes: A longitudinal process evaluation. *Public Health*, 129, 52–59. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2014.11.004>
- Lipponen, V. (2006). *Läheisyyttä ja etäisyyttä kuoleman lähestyessä. Kuolevan potilaan ja omahoitajan hoitosubte dialogisen filosofian näkökulmasta tarkasteltuna*. Acta Universitatis Tampereensis 1161. Tampereen yliopisto.

- Littlejohn, S. W. & Foss, K. A. (2009). Health communication theories. Teoksessa S. W. Littlejohn & K. A. Foss (toim.), *Encyclopedia of communication theory* (s. 1–20). <https://dx.doi.org/10.4135/9781412959384>
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet* 358, 483–488. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05627-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05627-6)
- Manning, J. & Kunkel A. (2014). *Researching interpersonal relationships. Qualitative methods, studies, and analysis*. Sage.
- Martin, J. R. & White, P. R. R. (2005). *The language of evaluation: Appraisal in English*. Palgrave Macmillan.
- Mattila, L-R. (2001). *Vabvistumista ja tunnekokemuksen jakamista. Potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta kuvaavan käsitejärjestelmän kehittäminen*. Acta Universitatis Tamperensis 816. Tampereen yliopisto.
- Mead, N. & Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, 51(7), 1087–1110. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00098-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00098-8)
- Melana, L. I. T. (2021). Tandem care: A concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 11(1), 8–19. doi: 10.5923/j.nursing.20211101.02
- Michie, S., Miles, J. & Weinman, J. (2003). Patient-centeredness in chronic illness: What is it and does it matter? *Patient Education and Counseling*, 51, 197–206. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(02\)00194-5](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00194-5)
- Mikkola, L. (2006). *Tuen merkitykset potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa*. Jyväskylä Studies in Humanities 66. Jyväskylän yliopisto.
- Mikkola, L. & Torckkola, S. (2007). Viestinnän tutkimus vierastaa terveyttä. *Media & Viestintä*, 30(4), 2–8. <https://journal.fi/mediaviestinta/article/view/62642>
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2013). *Helping people change*. Guilford Press.
- Milne, D. & Dunkerley, C. (2010). Towards evidence-based clinical supervision: The development and evaluation of four CBT guidelines. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 3(2), 43–57. <https://doi.org/10.1017/S1754470X10000048>
- Mishler, E. (1984). *The discourse of medicine: dialectics of medical interviews*. Ablex.
- Morris, H. L., Carlyle, K. E. & Elston, L. J. (2016). Adding the patient’s voice to our understanding of collaborative goal setting: How do patients with diabetes define collaborative goal setting? *Chronic Illness*, 12(4), 261–271. <https://doi.org/10.1177/1742395316648748>
- Moser, A., van der Bruggen, H., Widdershoven, G. & Spreeuwenberg, C. (2008). Self-management of type 2 diabetes mellitus: A qualitative investigation from the perspective of participants in a nurse-led, shared-care programme in the Netherlands. *BMC Public Health*, 8(1), 91–99. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-91>

- Mulder, B. C., Lokhorst, A. M., Rutten, G. E. H. M. & van Woerkum, C. M. J. (2015). Effective nurse communication with type 2 diabetes patients: A review. *Western Journal of Nursing Research*, 37(8), 1100–1131. <https://doi.org/10.1177/0193945914531077>
- Mäkelä, M. & Mäkijärvi, M. (2017). Teknologia mullistaa sairaalat ja lääkärityön - otatko haasteen vastaan? *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, 133(5), 435–436. <https://www.duodecimlehti.fi/duo13606>
- Mönkkönen, K., Kekoni, T. & Pehkonen, A. (2019). *Moniammatillinen yhteistyö: Vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla*. Gaudeamus.
- Nagelkerk, J., Reick, K. & Meengs, L. (2006). Perceived barriers and effective strategies to diabetes self-management. *Journal of Advanced Nursing*, 54, 151–158. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03799.x>
- Nahon-Serfaty, I. (2012). The disruptive consequences of discourse fragmentation in the organization and delivery of health care: A look into diabetes. *Health Communication*, 27, 506–516. <https://doi.org/10.1080/10410236.2011.618426>
- Ngenye, L. & Kreps, G. (2020). A review of qualitative methods in health communication research. *The Qualitative Report*, 25(3), 631–645. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2020.4488>
- Nikander, P. (2003). Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon haasteena. Vuorovaikutuksellinen näkökulma. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 40, 279–290.
- Norman, I. J., Redfern, S. J., Tomalin, D. A. & Oliver, S. (1992). Developing Flanagan's critical incident technique to elicit indicators of high- and low-quality nursing care from patients and their nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 17(5), 590–600. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1992.tb02837.x>
- Nykänen, H. (2021). *Vammaispalvelun asiakas-työntekijäsubteen rakentuminen vuorovaikutuksessa*. JYU Dissertations 452. Jyväskylän yliopisto.
- Oftedal, B., Karlsen, B. & Bru, E. (2010). Perceived support from healthcare practitioners among adults with type 2 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 66, 1500–1509. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05329.x>
- Ogden, J. & Parkes, K. (2013). 'A diabetic' versus 'a person with diabetes': the impact of language on beliefs about diabetes. *International Diabetes Nursing*, 10(3), 80–85. <https://doi.org/10.1002/edn.233>
- O'Hara, L. L. S. (2017). Discursive struggles in “diabetes management”: A case study using Baxter's relational dialectics 2.0. *Western Journal of Communication*, 81(3), 320–340. <https://doi.org/10.1080/10570314.2016.1241425>
- O'Hara, L. L. S. & Shue, C. K. (2018). Discourses of diabetes management in patient-physician interactions. *The Qualitative Report*, 23(6), 1282–1300. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2018.3174>

- Paananen, J. (2019). *Yhteisymmärryksen rakentaminen monikulttuurisilla lääkärin vastaanotoilla*. Turun yliopiston julkaisuja Sarja C osa – Tom. 465. Turun yliopisto.
- Pariera, K. L. & Turner, J. W. (2020). Invitational rhetoric between parents and adolescents: Strategies for successful communication. *Journal of Family Communication*, 20(2), 175–188. <https://doi.org/10.1080/15267431.2020.1729157>
- Pasternack, A. (2004). Asiakkaana potilas? *Duodecim*, 120(4), 2872–2873. <https://www.duodecimlehti.fi/duo94683>
- Pederson, J. R. (2014). Competing discourses of forgiveness: A dialogic perspective. *Communication Studies*, 65, 353–369. <https://doi.org/10.1080/10510974.2013.833526>
- Peltola, M. & Isotalus, P. (2019). Competing discourses of professional–patient relationships in type 2 diabetes management. *Health Communication*, 35(14), 1811–1820. <https://doi.org/10.1080/10410236.2019.1663586>
- Peltola, M., Isotalus, P. & Åstedt-Kurki, P. (2018). Patients’ interpersonal communication experiences in the context of type 2 diabetes care. *Qualitative Health Research*, 28(8), 1267–1282. <https://doi.org/10.1177/1049732318759934>
- Peltola, M., Isotalus, P. & Åstedt-Kurki, P. (2021). Tyypin 2 diabetesta sairastavien kokemukset vuorovaikutuksen merkityksestä omahoitoon kytkeytyvässä yhteistyössä. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 58(4), 396–411. <https://doi.org/10.23990/sa.95513>
- Peltola, M., Isotalus, P. & Åstedt-Kurki, P. (2022). The critical incident technique (CIT) in studying health care professional–patient communication. *The Qualitative Report*, 27(9), 1868–1889. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2022.5580>
- Peräkylä, A. (2001). Diagnoosin kertominen ja vastaanottaminen. Teoksessa M-L. Sorjonen, A. Peräkylä & K. Eskola (toim.), *Keskustelu lääkärin vastaanotolla* (s.71–88). Vastapaino.
- Peräkylä, A., Eskola, K. & Sorjonen, M-L. (2001a). Lääkärin ja potilaan vuorovaikutus tarkastelun kohteena. Teoksessa M-L. Sorjonen, A. Peräkylä & K. Eskola (toim.), *Keskustelu lääkärin vastaanotolla* (s. 7–26). Vastapaino.
- Peräkylä, A., Sorjonen, M-L., Tammi, T., Raevaara, L. & Haakana, M. (2001b). Potilaan elämäntavoista keskusteleminen. Teoksessa M-L. Sorjonen, A. Peräkylä & K. Eskola (toim.), *Keskustelu lääkärin vastaanotolla* (s.161–182). Vastapaino.
- Popay, J., Williams, G. & Rogers, A. (1998). Rationale and standards for the systematic review of qualitative literature in health services research. *Qualitative Health Research*, 8, 341–351. doi: 10.1177/104973239800800305
- Potter, S. J. & McKinlay, J. B. (2005). From a relationship to encounter: an examination of longitudinal and lateral dimensions in the doctor–patient relationship. *Social Science & Medicine*, 61(2), 465–479. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.11.067>

- Pyökäri, N. (2014). Terapeuttinen yhteistyösuhde nuoren psykoterapiassa. *Suomen Lääkäri-lehti* 14/2017 vsk 72. <https://www.potilaanlaakarilehti.fi/site/assets/files/0/11/32/254/sll142017-927.pdf>
- Pyörälä, E. (2000). *Interaction in dietary counselling of diabetic children and adolescents*. Kansanterveystieteen julkaisuja M 173. Helsingin yliopisto.
- Pyörälä, E. (2001). Keskusteluanalyttisen vuorovaikutustutkimuksen soveltaminen lääkärikoulutuksessa. Teoksessa M-L. Sorjonen, A. Peräkylä & K. Eskola (toim.), *Keskustelu lääkärin vastaanotolla* (s.183–196). Vastapaino.
- Pyörälä, E. (2003). ”Aina se alkaa huolehtia” – lapset, nuoret ja äidit diabeetikkojen ravitsemusneuvonnassa. Teoksessa M-L. Honkasalo, I. Kangas & U. Seppälä (toim.), *Sairas, potilas, omainen. Näkökulmia sairauden kokemiseen*. Tietolipas 189 (s.290–307). Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- Pyörälä, E. (2004). The participation roles of children and adolescents in the dietary counselling of diabetics. *Patient Education and Counseling* 55(3), 385–395. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(98\)90018-0](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(98)90018-0)
- Pyörälä, E. (2020). Potilaan näkökulma digitalisaatioon. Teoksessa P. Hietanen, J. Kaleva-Kerola & E. Pyörälä (toim.), *Lääkärin ja potilaan vuorovaikutus* (s.250–253). Kustannus Oy Duodecim.
- Pyörälä, E., Koponen, J. & Toivonen, A. (2020). Hyvän vuorovaikutuksen perusteet. Teoksessa P. Hietanen, J. Kaleva-Kerola & E. Pyörälä (toim.), *Lääkärin ja potilaan vuorovaikutus* (s. 17). Kustannus Oy Duodecim.
- Query, J. L. Jr. & Wright, K. (2003). Assessing communication competence in an online study: Toward informing subsequent interventions among older adults with cancer, their lay caregivers, and peers. *Health Communication*, 15(2), 203–218. https://doi.org/10.1207/S15327027HC1502_8
- Rademacher, R., Simpson, D. & Marcdante, K. (2010). Critical incidents as a technique for teaching professionalism. *Medical Teacher*, 32(3), 244–249. <https://doi.org/10.3109/01421590903197001>
- Rajamäki, S. (2021). *Työyhteisöön liittyminen ja kuulumisen rakentuminen vuorovaikutuksessa*. JYU Dissertations 461. Jyväskylän yliopisto.
- Reader, T. W., Gillespie, A. & Roberts, J. (2014). Patient complaints in healthcare systems: A systematic review and coding taxonomy. *British Medical Journal Quality and Safety*, 23(8), 678–679. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002437>
- Rintala, T-M. (2014). *Diabeteksen näkyvä ja näkymätön läsnäoleminen. Substatiivinen teoria aikuisen diabetesta sairastavan henkilön perheen arkielämästä*. Acta Universitatis Tampereensis 1889. Tampereen yliopisto.

- Ritholz, M. D., Beverly, E. A., Brooks, K. M., Abrahamson, M. J. & Weinger, K. (2014). Barriers and facilitators to self-care communication during medical appointments in the United States for adults with type 2 diabetes. *Chronic Illness*, 10, 303–313. <https://doi.org/10.1177/1742395314525647>
- Rogers, L. E. (2009). Relational communication theory. Teoksessa S. W. Littlejohn & K. A. Foss (toim.) *Encyclopedia of communication theory* (s. 829–833). Sage Publications Inc.
- Roter, D. L. & Hall, J. A. (2006). *Doctors talking with patients/ patients talking with doctors*. (2. painos). Praeger Publishers.
- Routasalo, P., Airaksinen, M., Mäntyranta, T. & Pitkälä, K. (2009). Potilaan omahoidon tukeminen. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, 125(21), 2351–2359. <https://www.duodecimlehti.fi/duo98401>
- Ruben, B. D. (1993). What patients remember: A content analysis of critical incidents in health care. *Health Communication*, 5(2), 99–112. https://doi.org/10.1207/s15327027hc0502_3
- Ruben, B. D. (2016). Communication theory and health communication practice: The more things change, the more they stay the same. *Health Communication*, 31(1), 1–11. <https://doi.org/10.1080/10410236.2014.923086>
- Ruusuvuori, J. (2001). Miten vastaanotto aloitetaan? Teoksessa M-L. Sorjonen, A. Peräkylä & K. Eskola (toim.), *Keskustelu lääkärin vastaanotolla* (s. 27–48). Vastapaino.
- Sallinen-Kuparinen, A. (1986). *Finnish communication reticence: Perceptions and self-reported behavior*. Studia Philologica Jyväskyläensia, Vol. 19. Jyväskylän yliopisto.
- Sane, T. & Saha, H. (2013). Potilaskertomus. Teoksessa R. Laitila & M. Penttilä (toim.), *Akuutti – Potilaan käsikirja* (s. 293–303). Gummerus.
- Saxén, H., & Saxén, S. (2016). *Miten bioetiikka voi muuttaa suomalaista terveydenhuoltoa?* Kunnallislisan kehittämisseätiön Polemia-sarjan julkaisu nro 104. Otava.
- Schluter, J., Seaton, P. & Chaboyer, W. (2008). Critical incident technique: A user's guide for nurse researchers. *Journal of Advanced Nursing*, 61(1), 107–114. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04490.x>
- Schwartz, D. D., Stewart, S. D., Aikens, J. E., Bussell, J. K., Osborn, S. Y. & Safford, M. M. (2017). Seeing the person, not the illness: Promoting diabetes medication adherence through patient-centered collaboration. *Clinical Diabetes*, 35(1), 35–42. <https://doi.org/10.2337/cd16-0007>
- Settineri, S., Frisone, F., Merlo, E. M., Geraci, D. & Martino, G. (2019). Compliance, adherence, concordance, empowerment, and self-management: Five words to manifest a relational maladjustment in diabetes. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 12, 299–314. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S193752>

- Shue, C. K., O'Hara, L. L. S., Marini, D., McKenzie, J. & Schreiner, M. (2010). Diabetes and low-health literacy: A preliminary outcome report of a mediated intervention to enhance patient-physician communication. *Communication Education*, 59, 360–373. <https://doi.org/10.1080/03634521003646877>
- Sigman, S. J. (1995). Order and continuity in human relationships. A social communication approach to defining “relationship”. Teoksessa W. Leeds-Hurwitz (toim.), *Social approaches to communication* (s. 188–200). The Guilford Press.
- Spitzberg, B. H. & Cupach, W. R. (1984). *Interpersonal communication competence*. Sage.
- Sohal, T., Sohal, P., King-Shier, K. M. & Khan, N. A. (2015). Barriers and facilitators for Type-2 diabetes management in South Asians: A systematic review. *PLoS ONE*, 10(9), e0136202. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0136202>
- Sorjonen, M-L., Raevaara, L., Haakana, M., Tammi, T. & Peräkylä, A. (2006). Lifestyle discussions in medical interviews. Teoksessa J. Heritage & D. W. Maynard (toim.) *Communication in medical care. Interaction between primary care physicians and patients* (s.340–378). Cambridge University Press.
- Step, M. M., Rose, J. H., Albert, J. M., Chevuru, V. K. & Siminoff, L. A. (2009). Modeling patient-centered communication: Oncologist relational communication and patient communication involvement in breast cancer adjuvant therapy decision-making. *Patient Education and Counseling*, 77, 369–378. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.09.010>
- Stewart, M., Brown, J. B., Weston, W. W., McWhinney, I. R., McWilliam, C. L. & Freeman, T. R. (1995). *Patient-centered medicine. Transforming the clinical method*. Sage.
- Stivers, T. (2006). Treatment decisions: negotiations between doctors and patients in acute care encounters. Teoksessa J. Heritage & D. W. Maynard (toim.) *Communication in medical care. Interaction between primary care physicians and patients* (s.279–312). Cambridge University Press.
- StopDia-hankesivu. *Stop Diabetes – tiedosta ratkaisuihin -tutkimushanke*. Haettu 13.1.2023. <https://sites.uef.fi/stopdia/>
- Street, R. L. Jr. (2003). Communication in medical encounters: An ecological perspective. Teoksessa T. L. Thompson, A. M. Dorsey, K. I. Miller, & R. Parrott (toim.), *Handbook of health communication* (s. 63–89). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Street, R. L. Jr. (2017). The many “disguises” of patient-centered communication: Problems of conceptualization and measurement. *Patient Education and Counseling*, 100(11), 2131–2134. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.05.008>
- Street, R. L. Jr., Makoul, G., Arora, N. K. & Epstein, R. M. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician–patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling*, 74(3), 295–301. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.11.015>

- Strid, E. N., Wählin, C., Ros, A. & Kvarnström, S. (2021). Health care workers' experiences of workplace incidents that posed a risk of patient and worker injury: A critical incident technique analysis. *BMC Health Services Research*, 21, 511. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06517-x>
- Suikkala, A., Koskinen, S. & Leino-Kilpi, H. (2018). Patients' involvement in nursing students' clinical education: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 84, 40–51. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.010>
- Suomen Diabetesliitto ry (2003). *Diabeetikoiden hoidonohjauksen laatukriteerit*. Suomen DESG ry:n laatukriteerityöryhmä. Dehko-raportti 2003; 3.
- Suomen Diabetesliitto ry (2022). *Tyyppin 2 diabetes*. Haettu 2.2.2023. https://www.diabetes.fi/diabetes/tyypin_2_diabetes#5f0768ba
- Suomen Diabetesliitto ry (2023). *Hyvinvoinnin digipolut -hanke*. Haettu 2.2.2023. https://www.diabetes.fi/ammattilaiset/tukea_asiakkaallesi/hyvinvoinnin_digipolut_hanke#a11aa03f
- Suominen, T. (1994). Rintasyöpäpotilaiden kokemukset hoidosta eivät ole samanlaisia kuin hoitajien näkemykset asiasta. *Hoitotiede*, 6, 127–132.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2022). *Diabeteksen yleisyys*. Haettu 20.1.2023. <https://diabetespolut.fi/tyypin-2-diabetes/>
- Thompson, T. L., Robinson, J. D. & Brashers, D. E. (2011). Interpersonal communication and health care. Teoksessa M. L. Knapp & J. A. Daly (toim.), *The SAGE handbook of interpersonal communication*. (4. painos, s. 633–678). Sage.
- Thorne, S. E., Harris, S. R., Mahoney, K., Con, A. & McGuinness, L. (2004). The context of health care communication in chronic illness. *Patient Education and Counseling*, 54, 299–306. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2003.11.009>
- Torkkola, S. (2008). *Sairas juttu. Tutkimus terveysjournalismin teoriasta ja sanomalehden sairaalasta*. Acta Electronica Universitatis Tampereensis 781. Tampereen yliopisto.
- Tracy, S. J. (2010). Qualitative quality: Eight “big-tent” criteria for excellent qualitative research. *Qualitative Inquiry*, 16(10), 837–851. <https://doi.org/10.1177/1077800410383121>
- Tuorila, H. (2015). *Potilaan valinnanvapaus julkisessa terveydenhuollossa. Osa 1: Säätelykehikko kansallisessa ja rajat ylittävissä terveydenhuollossa*. Kilpailu- ja Kuluttajaviraston selvityksiä 3/2015. <https://www.kkv.fi/uploads/sites/2/2021/11/2015-kkv-selvityksia-3-2015-potilaan-valinnanvapaus-julkisessa-terveydenhuollossa-osa-1.pdf>
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). (2019). *Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakkoarviointi Suomessa*. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden_eettisen_ennakkoarvioinnin_ohje_2019.pdf

- Tyyppin 2 diabetes. *Käypä hoito -suositus*. (2020). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Sisätautilääkärin yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. https://www.kaypa-hoito.fi/hoi50056#s9_1
- Tähkä, V. (1977). *Potilas-lääkärisubde*. Suomen lääkäriliitto.
- Valle, T., Reunanen, A., Koivisto, V. & Koski, S. (2010). Diabeetikkojen hoitotasapaino Suomessa vuosina 2009–2010. Diabetesliitto, DEHKO-raportti 2010:5.
- Valtioneuvosto (2022). Hyvinvointialueet. Haettu 22.1.2023. <https://soteuudistus.fi/hyvinvointialueet/>
- Vatjus, R. (2014). *Kohti subdekeskeisyyttä lääkärin ja potilaan kohtaamisessa. Laadullinen tutkimus potilas-lääkärisubteen habmottumisesta yleislääkäreiden koulutuksessa*. Acta Universitatis Ouluensis D1232. Oulun yliopisto.
- Viergever, R. F. (2019). The critical incident technique: Method or methodology? *Qualitative Health Research*, 29(7), 1065–1079. <https://doi.org/10.1177/1049732318813112>
- Virtanen, V. (1991). *Lääkärin ja potilaan hoitosubde. Tutkimus perusterveydenhuollon lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksesta*. Acta Universitatis Ouluensis, D Medica 218. Oulun yliopisto.
- von Post, I. (1996). Exploring ethical dilemmas in perioperative nursing practice through critical incidents. *Nursing Ethics*, 3(3), 236–249. <https://doi.org/10.1177/096973309600300306>
- Välikoski, T-R. (2004). *The Criminal Trial as a Speech Communication Situation*. Acta Universitatis Tamperensis 1011. Tampereen yliopisto.
- Väättäinen, S. (2020). *Health utility along the diabetes continuum, examination of utility values in impaired glucose metabolism using pre-scored multi-attribute utility instruments*. Dissertations in Health Sciences 555. Grano.
- Wagner, R. F. (1950). Critical requirements for dentists. *Journal of Applied Psychology*, 34(3), 190–192. <https://doi.org/10.1037/h0054257>
- Watzlawick, P., Beavin, J. B. & Jackson, D. (1967). *Pragmatics of human communication*. W.W. Norton.
- Wendt, E., Fridlund, B. & Lidell, E. (2004). Trust and confirmation in a gynecologic examination situation: A critical incident technique analysis. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 83(12), 1208–1215. <https://doi.org/10.1111/j.0001-6349.2004.00597.x>
- Wennman, I., Carlström, E., Fridlund, B. & Wijk, H. (2021). Experienced critical incidents affecting lead-times in the stroke care chain for low-priority patients—A qualitative study with critical incident technique. *International Emergency Nursing*, 58. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.101040>
- Wilkins, R. J. & Isotalus, P. (2009). Finnish Speech Culture. Teoksessa R. J. Wilkins & P. Isotalus (toim.), *Speech culture in Finland* (s. 1–16). University Press of America.

- Wolf, Z. R. & Zuzelo, P. R. (2006). “Never again” stories of nurses: Dilemmas in nursing practice. *Qualitative Health Research*, 16(9), 1191–1206. <https://doi.org/10.1177/1049732306292544>
- Wong-Wylie, G. & Jevne, R. F. (1997). Patient hope: Exploring the interactions between physicians and HIV seropositive individuals. *Qualitative Health Research*, 17(1), 32–56. <https://doi.org/10.1177/104973239700700103>
- Young, M. & Klinge, R. S. (1996). Silent partners in medical care: A cross-cultural study of patient participation. *Health Communication*, 8, 29–53. https://doi.org/10.1207/s15327027hc0801_2

LIITTEET

LIITE 1: TUTKIMUSPYYNTÖ (E-LOMAKEKYSELY)

Tutkimuspyyntö tyypin 2 diabetesta sairastaville pirkanmaalaisille

Onko Teillä kokemusta lääkärin tai diabeteshoitajan kanssa käydystä keskustelusta,

- joka on jäänyt mieleenne, ja
- jolla on ollut mielestänne merkitystä tyypin 2 diabeteksen hoitonne kannalta?

Jos olette täysi-ikäinen ja vastasitte yllä oleviin kysymyksiin *kyllä*, pyydän Teitä kertomaan kokemuksestanne vastaamalla E-lomakekyselyyn. E-lomake ja tutkimusta koskeva tarkempi tiedote löytyvät osoitteesta: _____.

E-lomakekysely täytetään nimettömänä. Kyselyyn vastaaminen vie aikaanne noin 30 minuuttia. Lomakevastaukset raportoidaan niin, etteivät yksittäiset vastaukset ole yhdistettävissä kehenkään henkilöön. Vastausaika kyselyyn on ___/___/2014 - ___/___/2014.

Kyselyaineisto on osa väitöskirjatutkimusta. Tutkimuksessa selvitetään tyypin 2 diabetesta sairastavien kokemuksia lääkärin ja hoitajien kanssa tapahtuneista merkityksellisistä vuorovaikutustilanteista, jotka ovat edistäneet tai estäneet omahoidon toteuttamista arjessa. Tutkimustuloksia on mahdollista hyödyntää tyypin 2 diabeteksen hoitokäytänteiden kehittämisessä sekä terveydenhuollon ammattilaisille ja asiakkaille suunnatuissa koulutuksissa.

Jos Teillä on kysyttävää E-lomakekyselystä tai väitöskirjatutkimuksesta, vastaan kysymyksiin mielelläni.

Tutkimusterveisin,

Maija Peltola (FM)

Puheviestinnän tohtoriopiskelija

Tampereen yliopisto (Viestinnän, median ja teatterin yksikön tutkijakoulu)

puh. xxx xxx xxxx

s-posti. maija.peltola@xxx.fi

LIITE 2: TUTKIMUSPYYNTÖ (TEEMAHAASTATTELU)

Haastattelupyyntö tyypin 2 diabetesta sairastaville pirkanmaalaisille

Onko Teillä kokemusta lääkärin tai diabeteshoitajan kanssa käydystä keskustelusta,

- joka on jäänyt mieleenne, ja
- jolla on ollut mielestänne merkitystä tyypin 2 diabeteksen hoitonne kannalta?

Jos olette täysi-ikäinen ja vastasitte yllä oleviin kysymyksiin *kyllä*, pyydän Teitä kertomaan kokemuksestanne tutkimushaastattelussa.

Haastattelu toteutetaan yksilöhaastatteluna Teidän toivomassanne paikassa. Haastattelutilanteet ovat keskustelunomaisia ja täysin luottamuksellisia. Tutkimustulokset raportoidaan niin, että haastatteluihin osallistuneiden henkilöllisyys ei ole tunnistettavissa. Haastattelu kestää noin 1-2 tuntia. Haastattelusta ei makseta palkkiota.

Haastatteluaineisto on osa väitöskirjatutkimusta. Tutkimuksessa selvitetään tyypin 2 diabetesta sairastavien kokemuksia lääkärin ja hoitajien kanssa tapahtuneista merkityksellisistä vuorovaikutustilanteista, jotka ovat edistäneet tai estäneet omahoidon toteuttamista arjessa. Tutkimustuloksia on mahdollista hyödyntää tyypin 2 diabeteksen hoitokäytänteiden kehittämisessä sekä terveydenhuollon ammattilaisille ja asiakkaille suunnatuissa koulutuksissa.

Jos kiinnostuitte tutkimuksesta, pyydän Teitä ottamaan minuun yhteyttä sähköpostitse, tekstiviestillä tai puhelimitse 31.12.2014 mennessä. Yhteydenottonne jälkeen toimitan Teille tarkemman tiedotteen tutkimuksesta, jonka perusteella voitte harkita osallistumistanne haastatteluun.

Jos Teillä on kysyttävää haastattelun toteuttamisesta tai väitöskirjatutkimuksesta, vastaan kysymyksiin mielelläni.

Tutkimusterveisin,

Maija Peltola (FM)
Puheviestinnän tohtoriopiskelija
Tampereen yliopisto (Viestinnän, median ja teatterin yksikön tutkijakoulu)
puh. xxx xxx xxxx
s-posti. maija.peltola@xxx.fi

LIITE 3: TIEDOTE TUTKIMUKSESTA (E-LOMAKEKYSELY)

VUOROVAIKUTUSKOKEMUKSET ASIAKKAAN JA TERVEYDENHUOLLON AMMATILAISEN VÄLILLÄ TYYPIN 2 DIABETEKSEN OMAHOITOPROSESSISSA

Pyydämme Teitä osallistumaan tähän tutkimukseen, jonka tarkoituksena on kuvata, miten asiakkaan ja terveydenhuollon ammattilaisen välinen vuorovaikutus on yhteydessä tyypin 2 diabeteksen omahoitoprosessiin. Sovellutte tutkimukseen, jos

- Teillä on diagnosoitu tyypin 2 diabetes
- asutte Pirkanmaan alueella
- olette keskustelleet terveydenhuollon ammattilaisen kanssa yhden tai useamman kerran tyypin 2 diabeteksen hoidosta.

Perehdyttyänne tähän tiedotteeseen Teillä on mahdollisuus ottaa päätutkijaan yhteyttä ja päättää, jatkatteko kyselyyn vastaamista.

Tutkimuksen tarkoitus

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tutkia pirkanmaalaisten diabeetikkojen kokemuksia lääkärin ja hoitajien kanssa tapahtuneista vuorovaikutustilanteista, jotka ovat edistäneet tai estäneet omahoidon toteuttamista arjessa. Tutkimustulokset ja niihin pohjautuvat toimintasuositukset ovat hyödynnettävissä hoitokäytänteiden kehittämisessä sekä terveydenhuollon ammattilaisille ja asiakkaille suunnattujen koulutusten suunnittelussa.

Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen alueellinen eettinen toimikunta on arvioinut tutkimussuunnitelman ja antanut siitä puoltavan lausunnon.

Tutkimuksen kulku

Osa tutkimuksen aineistosta kerätään E-lomakyselyn avulla. Lomakkeeseen vastataan nimettömänä. Kysely toteutetaan Tampereen yliopiston ylläpitämällä E-lomakeohjelmistolla (versio 3.1). Voitte täyttää kyselyn millä tahansa laitteella, jolla on toimiva verkkoyhteys. Kyselyssä esitetään pääasiassa avoimia kysymyksiä, jotka käsittelevät kokemuksianne terveydenhuollon ammattilaisen kanssa käydystä yhdestä tai useammasta mieleen painuneesta keskustelusta tyypin 2 diabeteksen hoitoon liittyen. Lisäksi lomakkeessa esitetään taustatietokysymyksiä (esim. sukupuoli, syntymävuosi ja asuinmaakunta), joiden avulla aineistoa on analysoinnin yhteydessä

mahdollista ryhmitellä. Mihinkään lomakkeessa esitettyyn kysymykseen ei ole välttämättä vastata.

E-lomakekyselyn vastausaika on 1.9.2014 -22.9.2014.

Tutkimukseen liittyvät hyödyt ja riskit

Tutkimukseen osallistumisesta ei ole Teille välitöntä hyötyä, mutta omien vuorovaikutuskokemusten pohtiminen voi syventää ajatuksianne omahoitoprosessinne vuorovaikutuksellisista tekijöistä. Aiheen tutkiminen ja tietoisuuden lisääminen vuorovaikutuksellisten tekijöiden merkityksestä voi tulevaisuudessa hyödyttää myös Teitä. Tutkimukseen osallistuminen vie aikaanne noin 30 minuuttia. Muutoin tutkimuksesta ei aiheudu Teille haittaa.

Luottamuksellisuus, tietojen käsittely ja säilyttäminen

Teistä kerättyä tietoa ja tutkimustuloksia käsitellään luottamuksellisesti henkilötietolain edellyttämällä tavalla. E-lomakevastaukset on suojattu Tampereen yliopiston perus-palvelutunnuksella, johon on lisätty erillinen käyttöoikeus kyseisen tutkimuksen lomakevastauksiin. Tämä oikeus on vain päätutkijalla. E-lomake täytetään salatun HTTPS-yhteyden kautta.

E-lomakevastaukset analysoidaan ja raportoidaan niin, etteivät yksittäiset vastaukset ole yhdistettävissä kehenkään henkilöön. Tutkimuksen päätyttyä nimettömänä kerätty E-lomakekysely-aineisto arkistoidaan Yhteiskuntatieteellisen tietoarkiston käyttöön mahdollisia jatkotutkimustarpeita ajatellen.

Tutkimus rahoitetaan säätiöiden ja rahastojen myöntämällä apurahoilla. Suomen Kulttuurirahaston Pirkanmaan maakuntarahasto on myöntänyt tutkimukselle työskentelyapurahan ajalle 1.8.2014–31.7.2015.

Vapaaehtoisuus

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Voitte keskeyttää sähköiseen lomakkeeseen missä tahansa vastaamisen vaiheessa. Lomakkeelle täyttämänne tiedot tallentuvat vasta silloin, kun lopetatte lomakkeeseen vastaamisen painamalla kohtaa ”tallenna”. Tutkimustietokantaan tallennettuja tietoja ei voida poistaa tutkimuksesta vetäytymisen jälkeen, jos tiedot on jo ehditty analysoida.

Tutkimukseen osallistumisesta ei makseta palkkiota.

Tutkimustuloksista tiedottaminen

Tämä tutkimus on Maija Peltolan väitöskirjatyö, jonka ohjaajina toimivat puheviestinnän professori Pekka Isotalus (tutkimuksesta vastaava henkilö) ja hoitotieteen professori Päivi Åstedt-Kurki. Tutkimuksen tulokset julkaistaan kansallisissa ja kansainvälisissä julkaisuissa. Lisäksi tutkimustuloksia on tarkoitus esitellä diabeteksen hoitoa käsittelevissä tapahtumissa sekä tieteellisissä konferensseissa.

Lisätiedot

Pyydämme Teitä esittämään kysymyksiä tutkimuksesta päättökija Maija Peltolalle.

Tutkijoiden yhteystiedot

Päättökija

Maija Peltola (FM)
puh. xxx xxx xxxx
s-posti. maija.peltola@xxx.fi

Tutkimuksesta vastaava henkilö

Pekka Isotalus (FT)
puh. xxx xxx xxxx
s-posti. pekka.isotalus@xxx.fi

LIITE 4: TIEDOTE TUTKIMUKSESTA (TEEMAHAASTATTELU)

VUOROVAIKUTUSKOKEMUKSET ASIAKKAAN JA TERVEYDENHUOLLON AMMATILAISEN VÄLILLÄ TYYPIN 2 DIABETEKSEN OMAHOITOPROSESSISSA

Pyydämme Teitä osallistumaan tähän tutkimukseen, jonka tarkoituksena on kuvata, miten asiakkaan ja terveydenhuollon ammattilaisen välinen vuorovaikutus on yhteydessä tyypin 2 diabeteksen omahoitoprosessiin. Sovellutte tutkimukseen, jos

- Teillä on diagnosoitu tyypin 2 diabetes,
- asutte Pirkanmaan alueella
- olette keskustelleet terveydenhuollon ammattilaisen kanssa yhden tai useamman kerran tyypin 2 diabeteksen hoidosta.

Perhdyttyänne tähän tiedotteeseen Teille järjestetään mahdollisuus esittää kysymyksiä tutkimuksesta, jonka jälkeen Teiltä pyydetään suostumus tutkimukseen osallistumisesta.

Tutkimuksen tarkoitus

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tutkia pirkanmaalaisten tyypin 2 diabeetikkojen kokemuksia lääkärin ja hoitajien kanssa tapahtuneista vuorovaikutustilanteista, jotka ovat edistäneet tai estäneet omahoidon toteuttamista arjessa. Tutkimustulokset ja niihin pohjautuvat toimitasuositukset ovat hyödynnettävissä hoitokäytänteiden kehittämisessä sekä terveydenhuollon ammattilaisille ja asiakkaille suunnattujen koulutusten suunnittelussa.

Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen alueellinen eettinen toimikunta on arvioinut tutkimussuunnitelman ja antanut siitä puoltavan lausunnon.

Tutkimuksen kulku

Osa tutkimuksen aineistosta kerätään teemahaastattelumenetelmällä. Teemahaastattelulla tarkoitetaan keskustelunomaista tilannetta, jossa tutkimusaiheesta puhutaan etukäteen suunniteltujen aihealueiden eli teemojen kautta. Haastattelujen teemat ovat kaikille haastateltaville samat. Haastateltava voi vastata kysymyksiin omin sanoin, ja tutkijalla on mahdollisuus esittää lisäkysymyksiä.

Päätutkija yksilöhaastattelee kaikkia tutkittavia yhden kerran. Yksi haastattelu kestää noin 1–2 tuntia, ja se äänitetään digitaalisella nauhurilla. Haastattelu toteutetaan haastateltavan toiveiden mukaisesti joko haastateltavan kotona tai Tampereen yliopiston tiloissa. Kaikki tutkimushaastattelut on tarkoitus toteuttaa vuoden 2015 loppuun mennessä. Päätutkija kirjoittaa haastattelut tekstiksi äänitallenteiden perusteella.

Tutkimukseen osallistumisesta ei makseta palkkiota.

Tutkimukseen liittyvät hyödyt ja riskit

Tutkimukseen osallistumisesta ei ole Teille välitöntä hyötyä, mutta haastatteluun osallistuminen voi syventää ajatuksianne omahoitoprosessinne vuorovaikutuksellista tekijöistä. Lisäksi tutkimuksen tuottama uusi tieto vuorovaikutuksellisten tekijöiden merkityksestä voi tulevaisuudessa hyödyttää myös Teitä.

Tutkimukseen osallistuminen vie aikaanne noin 1-2 tunnin verran. Muutoin tutkimuksesta ei aiheudu Teille haittaa.

Luottamuksellisuus, tietojen käsittely ja säilyttäminen

Teistä kerättyä tietoa ja tutkimustuloksia käsitellään luottamuksellisesti henkilötietolain edellyttämällä tavalla. Yksittäisille tutkimushenkilöille annetaan tunnuskoodi ja tieto säilytetään koodattuna tutkimustiedostossa. Tulokset analysoidaan koodattuina, jolloin yksittäinen henkilö ei ole tunnistettavissa ilman koodiavainta. Koodiavainta säilyttää päätutkija eikä tietoja anneta tutkimuksen ulkopuolisille henkilöille. Lopulliset tutkimustulokset raportoidaan niin, ettei yksittäisten tutkittavien tunnistaminen ole mahdollista. Tutkimustiedostoja, suostumuslomakkeita ja äänitallenteita säilytetään päätutkijan kotona lukollisessa kaapissa tutkimuksen päättymiseen saakka. Tutkimuksen päätyttyä tutkimustiedostot arkistoidaan nimettöminä Yhteiskunta-tieteelliseen tietoarkistoon mahdollisia jatkotutkimuksia varten. Haastatteluista tallennetut äänitteet hävitetään tutkimuksen päätyttyä digitaaliselta nauhurilta sekä kaikista tallennustiedostoista.

Tutkimus rahoitetaan säätiöiden ja rahastojen myöntämillä apurahoilla. Suomen kulttuurirahaston Pirkanmaan maakuntarahasto on myöntänyt tutkimukselle työskentelyapurahan ajalle 1.8.2014–31.7.2015.

Vapaaehtoisuus

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Voitte keskeyttää tutkimukseen osallistumisenne missä tahansa tutkimuksen vaiheessa ennen sen päättymistä

ilman, että siitä koituu Teille mitään haittaa. Voitte myös peruuttaa tämän suostumuksen, jolloin Teistä kerättyjä tietoja ei käytetä enää tutkimustarkoituksessa. Tutkimustietokantaan tallennettuja tietoja ei voida poistaa tutkimuksesta vetäytymisen jälkeen, jos tiedot on jo ehditty analysoida.

Vakuutukset ja korvaukset

Tutkimukseen osallistumisesta ei makseta palkkiota. Tutkittavat kuuluvat potilasvahinkovakuutuksen piiriin.

Tutkimustuloksista tiedottaminen

Tämä tutkimus on Maija Peltolan väitöskirjatyö, jonka ohjaajina toimivat puheviestinnän professori Pekka Isotalus (tutkimuksesta vastaava henkilö) ja hoitotieteen professori Päivi Åstedt-Kurki. Tutkimuksen tulokset julkaistaan kansallisissa ja kansainvälisissä julkaisuissa. Lisäksi tutkimustuloksia on tarkoitus esitellä diabeteksen hoitoa käsittelevissä tapahtumissa sekä tieteellisissä konferensseissa.

Lisätiedot

Pyydämme Teitä esittämään kysymyksiä tutkimuksesta päättökijä Maija Peltolalle. Tutkijoiden yhteystiedot

Päättökijä

Maija Peltola (FM)
puh. xxx xxx xxxx
s-posti. maija.peltola@xxx.fi

Tutkimuksesta vastaava henkilö

Pekka Isotalus (FT)
Puh. xxx xxx xxxx
s-posti. pekka.isotalus@xxx.fi

LIITE 5: TUTKITTAVAN SUOSTUMUS

VUOROVAIKUTUSKOKEMUKSET ASIAKKAAN JA TERVEYDEHUOLLON AMMATTILAISEN VÄLILLÄ TYYPIN 2 DIABETEKSEN OMAHOITOPROSESSISSA

Minua on pyydetty osallistumaan yllä mainittuun tieteelliseen tutkimukseen ja olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa tutkimuksesta ja mahdollisuuden esittää siitä tutkijalle kysymyksiä. Ymmärrän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä sekä perua suostumukseni milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Voin keskeyttää tutkimukseen osallistumiseni missä tahansa tutkimuksen vaiheessa ennen sen päättymistä ilman, että siitä koituu minulle mitään haittaa. Mikäli peruutan suostumukseni tutkimukseen, minusta kerätyjä tietoja ei enää käytetä tutkimustarkoituksessa. Tutkimustietokantaan tallennettuja tietojani ei voida poistaa tutkimuksesta vetäytymiseni jälkeen, jos tiedot on jo ehditty analysoida. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

xxxxxxxxx _____.____.20____

xxxxxxxxx _____.____.20____

Suostun osallistumaan tutkimukseen:

Suostumuksen vastaanottajat:

tutkittavan allekirjoitus

tutkijan allekirjoitus

nimenselvennys

nimenselvennys

tutkittavan henkilötunnus tai syntymäaika

osoite

LIITE 6: AVOIN KYSELY (E-LOMAKEKYSELY)

TAUSTATIEDOT

Kysymykset 1–9 käsittelevät taustatietoja. Vastatkaa alla oleviin kysymyksiin valitsemalla sopiva vaihtoehto kysymyksen yhteydessä olevasta valikosta tai kirjoittamalla vastaus kysymyksen yhteydessä olevaan tekstikenttään.

1. Sukupuoli:

- 1 Nainen
- 2 Mies

2. Syntymävuosi: _____

3. Maakunta, jossa asutte:

- | | | |
|-------------------|----------------------|--------------------|
| 1 Ahvenanmaa | 8 Keski-Suomi | 15 Pohjois-Savo |
| 2 Etelä-Karjala | 9 Kymenlaakso | 16 Päijät-Häme |
| 3 Etelä-Pohjanmaa | 10 Lappi | 17 Satakunta |
| 4 Etelä-Savo | 11 Pirkanmaa | 18 Uusimaa |
| 5 Kainuu | 12 Pohjanmaa | 19 Varsinais-Suomi |
| 6 Kanta-Häme | 13 Pohjois-Karjala | |
| 7 Keski-Pohjanmaa | 14 Pohjois-Pohjanmaa | |

4. Vuosi, jolloin tyypin 2 diabetes Teillä diagnosoitiin: _____

5. Kuvailkaa omin sanoin, millaista säännöllistä hoitoa sairastamanne tyypin 2 diabetes Teiltä edellyttää (*esim. lääkehoito, verensokeriseuranta, ruokavalio, lääkäri- ja diabeteshoitajakäynnit*)?

6. Millä terveydenhuollon sektorilla asioitte pääsääntöisesti diabeteksen hoitoa koskevissa asioissa?

- 1 Terveyskeskuksessa
- 2 Yliopistollisessa sairaalassa
- 3 Yksityisellä terveysasemalla
- 4 Työterveyshuollossa
- 5 Muualla

7. Jos vastasitte edelliseen kysymykseen ”*muualla*” (kohta 5), millä muulla terveydenhuollon sektorilla asioitte pääsääntöisesti diabeteksen hoitoa koskevissa asioissa?

8. Kuinka monta kertaa vuodessa asioitte keskimäärin lääkärin vastaanotolla diabeteksen hoitoon liittyvissä asioissa?

- 1 Kerran kuukaudessa tai useammin
- 2 Noin joka toinen kuukausi
- 3 Noin 4 kertaa vuodessa
- 4 Noin kaksi kertaa vuodessa
- 5 Kerran vuodessa
- 6 Harvemmin kuin kerran vuodessa

9. Kuinka monta kertaa vuodessa asioitte keskimäärin diabeteshoitajan vastaanotolla diabeteksen hoitoon liittyvissä asioissa?

- 1 Kerran kuukaudessa tai useammin
- 2 Noin joka toinen kuukausi
- 3 Noin 4 kertaa vuodessa
- 4 Noin kaksi kertaa vuodessa
- 5 Kerran vuodessa
- 6 Harvemmin kuin kerran vuodessa

LIITE 7: TEEMAAHAASTATTELURUNKO

Aiheen ja menettelytapojen esittely

- Varmistetaan tutkittavan ymmärrys tutkimuksesta.
- Lisäksi haastateltavalla on mahdollisuus esittää lisäkysymyksiä.

Suostumuslomakkeen läpikäyminen ja allekirjoittaminen

Taustatiedot

- Haastateltavan sukupuoli ja syntymävuosi
- Sairastumisvuosi
- Millä terveydenhuollon sektorilla asioitte pääsääntöisesti diabeteksen hoitoon liittyvissä asioissa (terveyskeskus/yliopistollinen sairaala/työterveyshuolto/yksityinen/muu)?
- Millaista omahoitoa diabeteksen hoito Teiltä edellyttää (ruokavalio, liikunta, lääkitys)?
- Kuinka usein (krt/vuosi) tapaatte lääkäriä ja diabeteshoitajaa diabeteksen hoitoon liittyvissä asioissa?
- Kuinka usein (krt/vuosi) olette lääkäriin ja diabeteshoitajaan puhelimitse yhteydessä diabeteksen hoitoon liittyvissä asioissa?

Teema 1:

Myönteisten ja kielteisten vuorovaikutuskokemusten ominaispiirteet

- Muistelkaa yhtä tai useampaa lääkärin ja/tai diabeteshoitajan kanssa käytyä keskustelua, jonka koette vaikuttaneen joko myönteisesti tai kielteisesti omahoitoosi. Kuvatkaa mahdollisimman tarkasti kyseistä keskustelua.
- Minä vuonna keskustelu tapahtui? Tapahtuiko se kasvokkain vai puhelimitse?
- Oliko terveydenhuollon ammattilainen Teille entuudestaan tuttu?
- Kuinka kauan olitte sairastanut siihen mennessä tyypin 2 diabetesta?
- Mikä oli keskustelun aihe?
- Miten keskustelu eteni?
Kuvatkaa esim. keskustelun kulkua ja käytettyjä puheenvuoroja.
- Miten terveydenhuollon ammattilainen toimi kyseisessä tilanteessa?
- Miten itse toimitte?
- Millainen ilmapiiri keskustelussa oli? Miksi?

Teema 2:

Vuorovaikutustekijöiden merkityksellisyys omahoitoprosessin kannalta

Mitkä asiat tekivät keskustelusta mielestänne erityisen myönteisen tai kielteisen, mieleen jääneen kokemuksen? Liittyivätkö merkitykselliset tekijät jollakin tavoin esim.

- terveydenhuollon ammattilaisen toimintaan?
- omaan toimintaan?
- keskustelun aiheeseen tai sisältöön?
- keskustelun ajankohtaan ja senhetkiseen omahoidon sujuvuuteen?

Teema 3:

Merkityksellisten vuorovaikutuskokemusten yhteys omahoitoprosessiin

- Miten mieleen jäänyt keskustelu on mielestänne vaikuttanut sairauden omahoitoon?
- Esim.
- tyytyväisyyteenne terveydenhuollon ammattilaisten toimintaa kohtaan?
- keskinäiseen vuorovaikutukseenne terveydenhuollon ammattilaisen kanssa?
- hoito-ohjeisiin sitoutumiseenne (esim. ruokavalio- ja liikuntatottumuksiin, lääkkeiden käytön säännöllisyyteen, verensokeriseurantaan jne.)?
- osallistumiseenne vertaistuki-/diabetesyhdistystoimintaan?
- fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiinne?
- Kuinka pitkäaikaisia keskustelujen vaikutukset sairauden omahoitoon ovat mielestänne olleet? Mistä se mielestänne johtuu?

Teema 4:

Merkityksellisten vuorovaikutuskokemusten eroavaisuudet omahoitoprosessin kannalta ammattiryhmittäin vertailtuina

- Jos olette asioinut sekä lääkärin että diabeteshoitajan kanssa, millaisia yhteneväisyyksiä ja eroavaisuuksia olette huomannut heidän kanssaan keskustelemisen suhteen? (Onko eroavaisuuksia esim. keskustelujen pituudessa tai tiheydessä, viestintäkäyttäytymisessä, puheenaiheissa tai niistä puhumisen helppoudessa?)
- Mistä yhteneväisyydet ja eroavaisuudet eri ammattiryhmien välillä voisivat mielestänne johtua omien kokemustenne perusteella?

Lopetus ja keskustelun kokoaminen

Haluaisitteko vielä kommentoida, millaisia keskusteluja haluaisitte jatkossa käydä terveydenhuollon ammattilaisten kanssa diabeteksen omahoitoon liittyvissä asioissa?

Haluaisitteko vielä lisätä tai tarkentaa joitakin asioita? Tai sanoa jotain muuta, mitä en ole huomannut kysyä?

Kiittäminen

JULKAISUT

JULKAISU

I

**Patients' interpersonal communication
experiences in the context of type 2
diabetes care**

Maija Peltola, Pekka Isotalus & Päivi Åstedt-Kurki

Qualitative Health Research, 28(8), 1267–1282.
<https://doi.org/10.1177/1049732318759934>

Artikkelin käyttöön väitöskirjan osana on saatu kustantajan lupa

Patients' Interpersonal Communication Experiences in the Context of Type 2 Diabetes Care

Short title: Patients' significant interpersonal communication experiences

First and corresponding author	Maija Peltola (MA) Speech Communication Faculty of Communication Sciences Kalevantie 4, 33014 University of Tampere, Finland maija.peltola@uta.fi +358408417591
Second author	Pekka Isotalus (PhD, Professor) Speech Communication Faculty of Communication Sciences University of Tampere, Finland
Third author	Päivi Åstedt-Kurki (PhD, Professor) Nursing Science Faculty of Social Sciences University of Tampere and Pirkanmaa Hospital District, Finland

Abstract

The aim of our study is to determine the relational communication characteristics of professional-patient communication situations that have either facilitated or impeded patients' self-management. Conducted from the perspective of Finnish patients in the context of type 2 diabetes care, we used as our research method an open e-survey and semi-structured interviews. Data were analyzed using inductive qualitative content analysis. The critical incident technique was utilized throughout in all these methods. The results show that both positive and negative experiences described by patients were connected to four multidimensional relational communication characteristics: a) *building trust in the other party in the professional-patient relationship*, b) *willingness to communicate*, c) *emotional presence*, and d) *appropriateness*. Although the findings support the recommendations of earlier studies concerning individually tailored patient-centered care, acknowledging the characteristics in question can be used as a communication frame for constructing significant care relationships from the perspective of patients' self-management.

Keywords: doctor-patient communication, nurse-patient communication, health care, chronic illness and disease, diabetes, self-care, qualitative research, Finland

In the field of health communication research, one of the most problematic research questions in the treatment of chronic illness is how to improve patients' self-management through health care professional (HCP)-patient communication (e.g., Burke, Earley, Dixon, Wilke, & Puczynski, 2006; Linmans, van Rossem, Knottnerus, & Spigt, 2015). Earlier studies confirm the importance of this question by showing that patients with chronic illnesses – especially those with type 2 diabetes – have difficulty in achieving optimal glycemic control through a combination of healthy diet, physical activity, and medication (Mulder, Lokhorst, Rutten, & van Woerkum, 2015). It has been estimated that less than 20% of diabetic patients achieve optimal values in blood glucose, lipid levels, and blood pressure (Casagrande, Fradkin, Saydah, Rust, & Cowie, 2013) and that approximately 40% take less than 80% of the drugs prescribed (e.g., Cramer, Benedict, Muszbek, Keskinaslan, & Khan, 2008). Although diabetes care is known to entail patient-centered communication and thus good HCP-patient relationships to achieve optimal self-care discussions and treatment outcomes, the actual nature of such self-management related patient-centered communication remains unclear (e.g., Boström, Isaksson, Lundman, Lehulante, & Hörnsten, 2014; Thorne, Harris, Mahoney, Con, & McGuinness, 2004).

This qualitative study aimed to ascertain the relational level of professional-patient communication within the framework of the interactional view (Watzlawick, Bavelas, & Jackson, 1967). We asked Finnish patients with type 2 diabetes to remember and describe positive and negative interpersonal communication experiences, with doctors and nurses, which either facilitated or impeded their self-management. The study offers concrete insights into the relational communication characteristics reported by patients in these situations and into how the behaviors of both participants are related to these characteristics.

Relational Communication Characteristics of HCP-Diabetic Patient Relationships

In addition to the medical care processes, interpersonal communication between HCPs and patients is known to contribute to patients' overall well-being (e.g., Duggan, 2006; Stewart et al., 1999). Interpersonal communication can be defined as communication where two participants create verbal and nonverbal communication messages in an effort to generate shared meanings and accomplish situation and relationship related goals (Burlison, 2010). Hence, interpersonal communication is not just communicating with someone, but entails addressing each other as unique human beings and acknowledging their personal and professional identities (Beebe, Beebe, & Redmond, 2008). The definition of interpersonal communication is in line with the patient-centered approach which has been held up as an ideal to improve medical practice (Swenson, Zettler, & Lo, 2006) and health outcomes (Charlton, Dearing, Berry, & Johnson, 2008; Robinson, Callister, Berry, & Dearing, 2008). The core of this approach is a functional HCP-patient relationship built through communication taking as its main goal mutual respect and patients' personal needs and values (Boström et al., 2014; Mead & Bower, 2000).

The crucial dimension in the patient-centered approach is relational communication rendering feasible psychosocial and emotional patient care (Cegala, 1997). According to the framework of Watzlawick's interactional view, in addition to purely informative content, people send relational messages through verbal and nonverbal communication (Watzlawick et al., 1967). Relational messages indicate how the content of the message should be interpreted, for example, if the message was intended to express concern or blame. Relational messages also give cues for constructing how participants actually perceive each other, themselves, and their communication – based relationship in specific communication situations. Thus these interpretations of the communication affect the relationship while the interpretation of the relationship affects the ongoing communication. This two-way effect of communication and

relationship creates a dynamic system between the interlocutors, who attempt to construct appropriate patterns of communication to achieve their respective goals in the ongoing process (Guerrero, Andersen, & Afifi, 2014). In the context of HCP–patient communication, this process contributes to a communication climate that can facilitate or inhibit various outcomes, such as patient satisfaction and patients’ participation in their care and medical conditions (Step, Rose, Albert, Chevuru, & Siminoff, 2009). In addition, it has been estimated that HCP–patient relational communication in particular is connected to the judgment patients and their families make regarding the perceived quality of care as a whole (Ruben, 2016).

The significance of relational communication features has also been identified in the treatment of chronic illnesses, where the need for care is usually lifelong and dependent on patients’ self-management (Dwarswaard, Bakker, van Staa, & Boeije, 2016). In diabetes care especially, it has been stated that patient-centered communication with HCPs is crucial to patients in learning self-management skills (e.g., Mulder et al., 2015; Schöpf, Martin, & Keating, 2017). Such cognitive, practical, and social skills include, for example, managing treatments, care discussions, emotional stress, and lifestyle changes concerning diet, exercise, and medication in daily life (Barlow, Wright, Sheasby, Turner, & Hainsworth, 2002; Moser, van der Bruggen, Widdershoven, & Spreuwenberg, 2008). Earlier diabetes-related studies have claimed, for example, that trust (Edwall, Hellström, Öhrn, & Danielson, 2008; Peek et al., 2013; Oftedal, Karlsen, & Bru, 2010), sympathy (Kokanovic & Manderson, 2007), nonjudgmental acceptance (Ritholz, Beverly, Brooks, Abrahamson, & Weinger, 2014) and frank communication (Beverly et al., 2012) are features of relational communication that facilitates self-management. In addition, showing interest in the patient and meeting the patient as a person instead of a sufferer of a certain illness have been found to be relational communication features conducive to self-management from the patients’ perspective (Burke et al., 2006). On the other hand, results have also shown that the neglect of self-management

may be due to relational communication features. For example, minimal emotional support from HCPs, lack of reassurance and cultural sensitivity (Sohal, Sohal, King-Shier, & Khan, 2015), lack of interest, unfriendliness (Abdulahadi, Al Shafae, Freudenthal, Östenson, & Wahlström, 2007; Thorne et al., 2004), lack of trust (Hornsten, Lundman, Selstam, & Sandstrom, 2005), and patients' fear of being judged (Ritholz et al., 2014) have been shown to impede self-management.

In earlier studies, there have been four major limitations in examining relational communication features in the patient-centered care of chronic illness. First, there has been less research on relational communication features chosen retrospectively by patients regarding what they deemed significant to their own self-management (e.g., Burke et al., 2006; Dwarswaard et al., 2016; Hornsten et al., 2005). One way to examine patients' perspectives is to focus on critical incidents. Depending on the research objectives and the methods used, nursing and medical studies have also referred to these experiences as meaningful encounters. Both concepts have been defined as affecting social situations in which a person has been personally involved and which he/she has thought to have had either positive or negative effect on change of his/her own ideas, attitudes, or behavior (Flanagan, 1954; Gustafsson, Snellma, & Gustafsson, 2013; Norman, Redfern, Tomalin, & Oliver, 1992; Schluter, Seaton, & Chaboyer, 2008). Such experiences have been studied especially when estimating the quality of nursing (Grant, Reimer, & Bannatyne, 1996; Kemppainen, 2000), exploring the outcomes of HCP-patient communication (Wong-Wylie & Jevne, 1997), and ascertaining what patients remember of their health care related encounters (Ruben, 1993). However, in the context of chronic illnesses the experiences in question have been only little studied.

Second, it remains unclear how patient-centered care is actually applied in actual health care practice (Koenig, Wingard, Sabee, Olsher, & Vandergriff, 2014). Although several studies have demonstrated the important communication features of the patient-centered approach

(e.g., matching treatment to patients' needs, encouraging, empowering, and giving patients the right to choose the best care for themselves), there have been inconsistencies across studies in the definition of patient-centeredness. Such conceptual inconsistency has made it more difficult to study associations between patient-centeredness and different health outcomes and to design replicable patient-centered interventions. (Michie, Miles, & Weinman, 2003; Smith, Dwamena, Grover, Coffey, & Frankel, 2011; Street 2017.) Patient-centeredness has been described as more of a philosophical orientation than a set of practical guidelines for patient-centered care, which may partly explain why patient centeredness has proven to be relatively challenging to implement in practical health care and its development projects. Most attention is still directed to solving patients' problems and managing symptoms, instead of building a reciprocal relationship through relational communication behaviors (Mulder et al., 2015; Roter & Hall, 2006; Ruben, 2016). More in-depth study of patient-centered communication from the perspective of relational communication is needed.

Third, although the efficiency of the HCP–patient relationship has been shown to depend on active participation by both the HCP and the patient (Cegala, Street, & Clinch, 2007), the patient-centered approach is usually defined through the relational communication behaviors of HCP. Through these, the HCP shows interest in the patient's feelings, concerns, and opinions and facilitates the patient's involvement in discussions and decision-making (Bensing, 2000; Mead, Bower, & Hann, 2002). This focus may result from the notion that building a functional care relationship is seen as more the responsibility of the professional than the patient due to the asymmetrical nature of HCP–patient communication (e.g., Bennett & Irwin, 1997; Cegala, McGee, & McNeilis, 1996; Roter & Hall, 2006). However, this does not mean that no attempts have been made to support the patient's communication behaviors. Quite a lot of research has, for example, addressed patient self-advocacy (e.g., Brashers, Haas, & Neidig, 1999), uncertainty management (Brashers et al., 2000), relational control patterns of

the HCP–patient relationship (e.g., von Friederichs-Fitzwater & Gilgun, 2001), and strengthening the patient’s participation in HCP-patient discussions (D’Agostino et al., 2017; Shue, O’Hara, Marini, McKenzie, & Schreiner, 2010; Cegala, Marinelli, & Post, 2000). These studies have concentrated primarily on the patient’s willingness and ability to challenge the HCP’s authority and to ask questions to gain information (Cegala, 2003). In this study, we seek to add to this body of research by paying attention to a less examined perspective on how patients view their own behavior as part of the work to build care relationships and functional self-management in the context of specific chronic illnesses (see e.g. Kettunen, Poskiparta, Liimatainen, Sjögren, & Karhila, 2001; Thorne et al., 2004). In addition, our study participates in the necessary discussion on whether these descriptions correspond to the principles of the patient-centered care recommended.

The fourth limitation is connected to the cultural dimension of HCP-patient relationships. Culture is suggested to have a significant but understudied and underestimated influence on HCP-patient discussions (e.g., Jain, 2014; Wachtler, Brorsson, & Troein, 2006). The cultural context shapes not only expectations regarding how certain things should be discussed, but also the communication behaviors concerning how messages are created and sensed as well as subsequent reactions in HCP-patient communication (e.g., Ruben, 2016; Young & Klinge, 1996). The cultural dimension is mostly addressed in studies comparing the communication styles of HCPs from different cultures or identifying barriers to intercultural communication (e.g., Schouten & Meeuwesen, 2006). Similarly, some studies have also assessed and improved the interlocutors’ cultural competence in certain areas, such as the use of the patient-centered approach (Schouten, Meeuwesen, & Harmsen, 2005; Teal & Street, 2009). Far less research has been devoted to specific communication cultures and their relational communication characteristics in HCP-patient discussions shaped by culturally acquired norms, expectations, and attitudes (e.g., Perloff, Bonder, Ray, Ray, & Siminoff, 2006).

It has been claimed that the population of Finland is highly homogenous, with distinctive cultural ways of communicating, and therefore, an interesting people to study (see e.g., Wilkins & Isotalus, 2009). The Finns have been observed to appreciate certain communication characteristics and behaviors, such as silence, message centeredness, a direct listener-oriented communication style, long turns at speaking (with low tolerance of interruptions), and a need for autonomy (e.g., Carbaugh, Berry, & Nurmikari-Berry, 2006; Sallinen-Kuparinen, 1986; Wilkins & Isotalus, 2009). In addition, Finnish people have been reported to be reserved, shy, and less willing to communicate than members of other speech cultures (Sallinen-Kuparinen 1986; Sallinen-Kuparinen, McCroskey, & Richmond, 1991). Similar results have been reported in a few studies on Finnish care culture. It has been claimed that Finnish people are inclined to shift the decision-making to the HCP (Kim et al., 1993). In addition, studies have found that patients are reluctant to burden their HCPs with their concerns, and certain issues, especially those of a psychological nature, are handled on a more superficial level (Suominen, 1994). However, it has also been claimed that Finnish patients can participate in HCP-patient discussions in several ways, by asking questions and expressing opinions and feelings (Häggman-Laitila & Åstedt-Kurki, 1994; Kettunen, Poskiparta, & Liimatainen, 2000). In this study we seek to add to this body of research by presenting new information on how Finnish speech-cultural elements of communication appear in authentic situations in the context of the prevailing health care culture, especially regarding how they are resolved, by describing the relational communication nature of HCP-patient relationships.

This study concentrated on addressing the limitations of earlier studies on the relational communication of both participants in individual care situations as described retrospectively by Finnish patients with diabetes in the framework of the patient-centered approach and interpersonal communication research. The main purpose was to identify the core relational communication characteristics of critical doctor–patient and nurse–patient incidents that

facilitated or impeded self-management by patients with diabetes. Critical incidents were defined in this study as HCP–patient discussions described by patients as somehow connected to patients’ self-management. To emphasize that patients’ ability for self-management invariably emerges in the context of HCP–patient relationships, in this study, we regard critical incidents as significant interpersonal communication experiences.

Because our study is specifically concerned with learning about the relational communication features connected to positive care experiences from the perspective of the self-management, the first research question is:

RQ1. What are the relational communication characteristics in positive interpersonal communication experiences from the patient’s perspective?

To ascertain if the relational communication characteristics present in both positive and negative situations can indeed be identified, it was deemed appropriate also to examine the negative experiences described by patients. The second research question, therefore, was:

RQ2. What are the relational communication characteristics in negative interpersonal communication experiences from the patient’s perspective?

The study objective was to produce new information to help HCPs, patients, and others in care networks to become more aware of the significance of the relational communication characteristics of HCP–patient relationships in the context of type 2 diabetes care. From the perspective of patient self-management, therefore, the study findings could be used to develop more effective and appropriate communication in care relationships.

Method

This study uses a descriptive qualitative design with an open e-survey and semi-structured interviews. The critical incident technique was utilized in both methods because it focuses on avoiding generalizations in order to find solutions to real practical problems and it has helped patients be as specific as possible when describing significant interpersonal

communication experiences (Flanagan, 1954; Kemppainen, 2000). In this study, the technique was used as a form of research where the patients provided, from memory, descriptions of HCP-patient discussions that facilitated or impeded their self-management. The participants also had the opportunity to report both positive and negative experiences with their HCPs and they were allowed to choose whether they would first talk about a positive or a negative experience.

The selection criterion for the participants included being aged 18 or over, voluntarily participating, having a diagnosis of type 2 diabetes, being resident in the province of Finland where the study was conducted, and having experiences of discussions with doctors or nurses concerning type 2 diabetes. Discussions with doctors and nurses were chosen for this study because in Finland doctors and nurses are generally the main professionals in the field of diabetes care. Instead no criterion was set as to whether the HCPs were employed in the public, private or occupational health care sector; diabetes care practices vary significantly in Finland (e.g. Tuomola, Idänpään-Heikkilä, Halkoaho, & Virkamäki, 2011).

Research data were collected during the years 2014 and 2015. Information on the e-survey and the semi-structured interviews was sent to all the diabetes associations in one Finnish province, to social media, and to the discussion forum of the Finnish Diabetes Association. Thirteen females and three males, with an age range of 30 to 93 years, participated in an e-survey. Three of the female participants' answers had to be excluded from the research data because their response forms had been left nearly empty. The semi-structured interviews included 18 female and 7 male participants, with an age range of 30 to 89 years. Time since diagnosis ranged from 3 to 28 years among the participants. In addition to dietary measures, all participants took insulin or oral medication to maintain glycemic control.

In both research methods the participants were asked to describe the situation and progress of the chosen HCP-patient discussion, how both parties to the interaction behaved,

the nature of the atmosphere, and the significance of the chosen discussion for their self-management. These questions are in line with the information requirements of effective and useful critical incident reports (Anderson & Wilson, 1997). The length of the e-survey responses varied from five lines to a whole page. The interviews lasted from 30 to 90 minutes; they were conducted by the first author in places chosen by the interviewees, for example, at the university, in a cafeteria, and at the interviewees' homes. All interviews were audio-taped and transcribed verbatim.

The first author started the analysis after collecting e-survey data and conducting ten interviews. In the analysis process the recommendations of the original critical incident technique were taken into consideration. Incidents were used as the unit of analysis, and the classification system was created in keeping with the main aims of the study. Categories were formed inductively and reported at the most appropriate level of specificity-generality. (Butterfield, Borgen, Amundson, & Maglio, 2005; Flanagan, 1954.) The unit of analysis in our study was a critical incident constituting a logical entity for several sentences relating to one HCP-patient discussion. Applying the principles of Flanagan (1954), the critical incident had to contain information on situational factors (the topic of discussion, the discussants) and a description of at least one factor contributing to both positive and negative experiences. Additionally, in the research field of this study, the critical incident had to include a description of at least one HCP-patient communication factor (what the communication between the HCP and the patients was like) and the self-management related outcomes of the incident. In this phase, 67 critical incidents were found in the data.

These 67 critical incidents were analyzed using inductive qualitative content analysis as recommended by Flanagan (1954) to achieve a concise but broad description of the relational communication characteristics (Elo & Kyngäs, 2008). This analysis method was chosen because it has been used to identify critical processes (Lederman, 1991) and to develop an

understanding of the meaning of communication in the health care context by generating detailed, practical, meaningful information on communication phenomena and their applicability in different care situations (e.g. Cavanagh, 1997).

At the start of the analysis, all the descriptions connected to the patients' critical incidents were abstracted from the research data. Each incident had its own subcoding sheet to ensure an overview of the incidents. After abstracting the descriptions of critical incidents from the research data, each incident was read several times to obtain an overall understanding and to classify incidents as positive and negative according to the research questions. The classification was based on the patients' opinions on whether the experience was more positive or negative from the perspective of self-management. The division into positive and negative incidents proceeded smoothly, except for four experiences on which the patients could not decide whether they were positive or negative from a self-management perspective. Hence it was reasonable to exclude these experiences from the analysis to avoid the risk of excessive interpretation by the researcher. In total, the 13 participants in the open e-survey reported 23 incidents, and the 25 participants in the semi-structured interviews mentioned 40 incidents related to self-management.

After classification of the 63 incidents as positive and negative, all the patients' expressions concerning relational communication features were coded for each critical incident because they were the focal point of this study. Expressions were coded when they included descriptions of the HCP-patient relationship, the interlocutors in the relationship, the interlocutors' communication behaviors, and the patients' interpretations of the meanings of the communication behaviors of both discussants. These expressions were listed on the coding sheets and grouped according to on commonality (Krippendorff, 1980) into 26 tentative subcategories of positive experiences and 21 tentative subcategories of negative experiences.

The categories were formed to answer the question: *What kind of relational communication characteristics are found in the critical incidents?*

In the first round of analysis the incidents were coded in a highly specific manner, and the headings of the subcategories consisted of brief statements. In order to ensure the credibility of these subcategories, they were recoded and discussed with the second and third authors as well as with researchers from communication, nursing, and medical sciences. As a result of these discussions, significant parts of the specifically named subcategories were combined, and the number of subcategories was reduced in relation to both positive and negative experiences, resulting in 10 subcategories. For example, the subcategories “calming the patient down,” “expressing acceptance of the patient,” and “making the patient take things serious” were seen to be related to emotional support, which was needed to accommodate each patient.

Next, new coding sheets were created, and the relational communication characteristics of positive and negative experiences were compared in light of the duration of the care relationships and the precise profession of the HCP, which have been shown in earlier studies to be significant factors in patients’ evaluations of care relationships (e.g., Burke et al., 2006). No significant differences in these factors were perceived, so the categories of positive and negative experiences remained the only distinguishing characteristic.

In the final stage of the analysis the generic categories of the relational communication characteristics of the positive and negative experiences were merged to arrive at the most appropriate level of specificity-generality (Butterfield et al., 2005; Flanagan, 1954). In practice, this meant deciding on which level of precision would be appropriate for reporting the results given the potential applications of the results. According to Flanagan (1954), the headings of generic categories should be practical, easily applied, and neutral so that the critical features can be stated in positive terms. The headings should also cover all incidents and have the same level of importance. In deciding on the appropriate level of specificity-generality concerning

generic categories, the main questions were: should the relational communication characteristics of positive and negative experiences have separate generic categories, and should HCPs' and patients' relational communication behaviors be kept separate when naming the categories? In order to resolve these questions, we compared the relational communication characteristics of the positive and negative experiences to each other. We found that the patients' descriptions of the interpersonal communication in positive and negative experiences were associated with the same relational communication characteristics. Moreover, comparison of positive and negative experiences showed that the communication behaviors of both interlocutors seemed to be associated with the same relational communication phenomena in the positive and negative experiences. For example, feeling and demonstrating trust/mistrust in HCP–patient communication was seen to relate to the phenomenon of building trust. Thus it was decided that the relational communication characteristics concerning the experiences and both interlocutors would be combined into four generic categories. The names of the generic categories were: *building trust in the other party in the HCP–patient relationship*, *willingness to communicate*, *emotional presence*, and *appropriateness*. These categories are neutral, they cover all the incidents, and they have the same level of importance, as suggested by Flanagan (1954). In addition, they give a concise yet broad description of the relational communication characteristics, congruent with the aim of this study. Table 1 presents an example of the category formation process.

Good scientific practice was followed during every phase of the study. Accordingly, ethical approval by the Regional Ethics Committee of Tampere University Hospital was obtained prior to data collection (R14098). All the participants were informed about the purpose of the study and its voluntary nature. They were assured of confidentiality and anonymity before giving their written consent to participate. In the analysis of the research data, reliability was ensured by recoding during the preparation, organization, and reporting

phases (Elo et al., 2014). Thus the research methods and units of analysis were chosen carefully, the categorization of the research data was discussed with several researchers, and the findings are reported in a clear, easily comprehensible way. Throughout the research process the research material and the research results were treated in confidence as required by the law regarding personal data.

Table 1
Example of the Content Analysis Process (Positive Experiences).

Textual units	Brief statements	Subcategory	Generic category	Main category
I felt that the HCP accepted me as I am, even though this kind of serious illness has just been diagnosed.	The HCP accepted the patient as he is despite the illness	Accommodating emotional support	Emotional presence	Relational characteristics of positive interpersonal communication experiences.
I was shocked, but the HCP was able to calm me with his words.	The HCP calmed the patient down with his words.			
Even though the HCP had a strict tone of voice, it was rather a good thing at that point, because it made me realize that perhaps I should take this seriously.	The HCP made the patient take him seriously by using a strict tone of voice.			
After hearing that I felt relieved.	The patient felt relieved.	Handling emotions appropriately		
I told the HCP, for example, that I really had to discuss with myself why I had this kind of illness.	The patient told the HCP about his negative feelings about the diagnosis.			

Results

In the research data, 42 communication experiences were positive in nature: 32 concerned doctor-patient communication and 10 concerned nurse-patient communication. With the exception of one experience with a doctor involving a telephone discussion, all experiences described were face-to-face situations. According to the research data, 18 of the positive experiences occurred with a familiar HCP and 16 with an unknown HCP. Eight participants could not recall the duration of the care relationship or did not mention it in their responses to the open e-survey.

According to the research data, 21 experiences were negative in nature: 14 concerned doctor-patient communication and seven concerned nurse-patient communication. Except for one experience involving a telephone discussion with a doctor, all experiences involved face-to-face situations. According to the data, 11 of the discussions took place with a familiar HCP and five with an unknown HCP. Five participants could not recall the duration of the care relationship, or did not mention it in their responses.

Regardless of whether the professional was a doctor or a nurse, or whether the care relationships were new or continuing, the findings indicated that both positive and negative experiences were connected by the four main relational communication characteristics. These characteristics were building trust in the other party in the HCP-patient relationship, willingness to communicate, emotional presence, and appropriateness.

Building trust in another party in the HCP-patient relationship

Building the patients' trust in their professionals was connected to the patients' evaluations of the HCPs' style of providing care and especially their ability to manage the patients' care. In positive experiences, this trust seemed to increase when the professionals showed interest in the patients' overall state of health and shared understandable, many-sided

information that seemed to be processed many times with the help of the patients' own experiences and new research results. One of the patients described the information as follows:

The information was of such a nature—well, I cannot say that it was personal information because I don't think that the HCP had diabetes. But it was information that she had developed through work experience. It seemed to be somehow more profound than information stated in a brochure.

In contrast, in negative experiences, the patients' trust in the HCPs' ability to manage their care decreased when the patients felt that the HCPs were not interested in the patients' state of health and when they gave contradictory information concerning diabetes care. In addition, the patients' trust in their HCPs decreased when the HCPs seemed to be incapable of coping with their patients' needs. One example of this is seen in the following citation:

I told the HCP that my eating had something in common with symptoms of eating disorders, and I asked her what could be done for this kind of problem. She said that I could, for example, keep a candy day once in a while. I thought, 'You've got to be kidding me'. It was horribly difficult to admit this to myself and still more difficult to an outsider, and then the reaction was this! I wondered whether we were talking about the same matter. She was a wonderful human being and surely wanted to do good for me, but I realized that she had no ability to help in that kind of a situation.

The patients' feelings of trust were also connected to their evaluations of the care provided by the HCPs. These evaluations were based on the patients' perceptions developed in the situations described, in previous encounters, and, in some cases, the experiences of other patients. The evaluations included notions of what kinds of people the HCPs seemed to be and what kind of work motivation they seemed to have. The patients with positive experiences described their HCPs' personalities with positive adjectives: pleasing, humane, nurturing, and consistent in different situations involving different patients. The HCPs' work motivation was

evaluated positively when they seemed to put effort into designing the best possible care to facilitate the patients' lives and told the patients that they continuously develop their expertise. One example of a positive description of the type of care provided by the HCP is seen in the following citation:

For me, it seemed that the HCP gave every patient help. I had a safe feeling because he really tried to put effort into patient care... I knew right away that I was in safe hands.

In the negative experiences, some patients described their HCPs with adjectives such as non-empathetic, weird, and incapable of communicating with patients. The HCPs' lack of work motivation was described as concentrating on doing routine medical care activities without giving patients individual attention. However, after expressing negative opinions, the patients often softened their statements by offering possible explanations for the HCPs' negative behaviors, such as haste and problems in their personal lives. One patient described the HCP's lack of motivation as follows:

The HCP did not bother to treat me as a patient. ... I think that she did not actually think of me in that situation. She thought of what she had to do, and perhaps some other matter was also troubling her at that moment.

In the research data, the patients perceived trust building as the HCPs demonstrated trust in their patients' self-management abilities. In the positive experiences, the HCPs believed the patients' descriptions of their health situations, introduced them to the possibility of surviving without medication, and gave useful, flexible instructions—not strict orders. That behavior empowered the patients to decide what medications they would take and what care plan they would follow. Such autonomy in decision making was reportedly important to the patients:

It was really important that I was allowed to carefully think about beginning the insulin care before we started the treatment. ... There was no feeling of being forced or such in that situation. The HCP only gave options.

In the negative experiences, some patients felt that the HCPs questioned their self-care motivation. Some patients said that their professionals did not seem to believe their descriptions of their health situation or their ability to manage dietary treatment. This distrust also seemed to affect matters related to diabetes. One description of this is seen in the following:

When type 2 diabetes was diagnosed, ... the HCP insisted that a mere change of diet would not suffice. ... I was merely handed a prescription with no explanation of the nature of the illness or the overall care.

In summary, the patients' and the HCPs' trust building manifested as different kinds of processes in the patients' significant interpersonal communication experiences. According to the patients' positive and negative experiences, the patients felt trust, while the HCPs were described as demonstrating trust in their patients. In addition, the patients' trust was more closely associated with the HCPs' communication behaviors, but the HCPs' trust was associated with evaluations concerning patients' self-management abilities. However, in this research data, the manner in which the HCPs appeared to make evaluations concerning the patients' self-management abilities seemed unclear.

Willingness to communicate

In the patients' experiences willingness to communicate was connected to evaluations of communication activity, suitable use of time, and being unreserved. In the positive experiences it was crucial that the patients experienced these elements as behaviors involving both parties. Regarding communication activity, reciprocity was especially significant in nonverbal communication behaviors. Both the patients and the HCPs made eye contact, sat down face to face, and showed that they were listening to each other. Although the patients

described all the HCPs as engaged in high levels of verbal activity, the patients' level of activity in verbal communication varied. Some patients described themselves as listeners, and others as very active communicators. The common factor was that the patients described themselves as communicators capable of asking questions and participating in the discussion when they found it appropriate. In positive experiences, the suitable use of time was seen as proceeding flexibly in the discussion according to the situation, not acting in hurried manner, and reserving enough time for the discussion. One example concerning reciprocal communication activity and suitable use of time is seen in the following citation:

The length of the visit was set appropriately, and it was also good that the HCP talked with me a lot during the same visit. ... My own communication behavior was important in the sense that I was forthcoming myself and I wanted to know things. However, I was also good at listening. The illness itself interested me, and the diagnosis interested me. I was not in a hurry to leave.

The patients' impression of being unreserved in positive experiences was based on reciprocal open self-disclosure and an absence of emphasis on difference in status. In addition, the patients' perceptions of themselves as somehow similar to their professionals—especially having common or compatible communication styles—strengthened the impression of there being no reservations. The de-emphasized difference in status was seen in the HCPs' behaviors as avoiding medical language, warming up to the situation by discussing matters unconnected with the illness, and using humor when talking about health issues. For the patients, de-emphasizing the difference in status meant accommodating their behavior, particularly the absence of reserve on the part of the HCPs and overall readiness for communication, which was said to be easier if the patients had visited the HCPs before. However, according to some patients, this was also possible in a first meeting:

To me, it felt as if we had known each other for ages, even though it was the first time we had ever met. First, the HCP's attention was caught by my surname. Right away, he asked where I was from. ... The first appointment is absolutely essential. It should not start with the question, 'What is the matter'? We discussed all sorts of other matters first. The interaction should be initiated with a little small talk free of jargon to make it spontaneous and not too formal.

Reciprocal self-disclosure was seen in discussing hobbies, families, places of residence, and ways of spending vacations. Given the health-related topics, in all the cases the patients revealed more about themselves than did the HCP. Nevertheless, the patients appreciated the HCPs' willingness to share personal information about themselves and thus not strictly separate the work self and personal self in care situations. One example concerning this finding is seen in the following description:

I remember that the HCP at one time mentioned that she would not be there the next time because she would be on maternity leave. In addition, she told me how many children she had. In my opinion, it was not too personal information. ... Many keep their work self and personal life strictly separate. She obviously felt no need to do so, and I at least felt it was positive.

In the negative experiences, the patients' evaluations of willingness to communicate were connected especially to the HCPs' behaviors. The patients described their HCPs as engaging in minimal communication activity, including giving short answers, avoiding eye contact, and asking few questions. The use of time was also seen as inappropriate because the HCPs usually expressed haste nonverbally and verbally, for example, moving restlessly and telling the patients that they had many things to do. In addition, giving the patients no space to process matters in a limited time was part of the inappropriate use of time. Moreover, a lack of immediacy was perceived in the patients' experiences as the HCPs' did not self-disclose and

emphasized the difference in status, particularly by using medical language and a lack of humor. One description of an HCP's minimal communication activity and emphasized status difference is seen in the following citation:

There was a chair, the HCP, and the computer. It was as if there should have been a perspex screen between us. He didn't let the patient respond in normal language; all the time it had to be this Latin or something about the comprehension of comprehension.

All the patients with negative experiences said that the HCPs' behavior, especially minimal communication activity and standoffishness, diminished their willingness to communicate. They described minimal communication activity as giving short answers, asking few questions, and not expressing differing opinions. One patient described the effects of the HCP's communication behavior as follows:

When with a smile I tried something, no, a got nothing back. No humor, but I tried to ask something nicely about the subject, he didn't change at all. That he would turn as express an opinion. That didn't happen so it was quite dull. I expected that, interaction. That it would be comfortable for me to talk... for that reasons much about health was left unsaid. I just got the medication, the prescriptions and then I left.

The standoffishness emerged in the patients' descriptions as minimal self-disclosure and recalling negative attitudes toward the communication situation. This was seen, for example, in focusing on and waiting for the end of the discussion. A few patients said they had a negative attitude toward the communication situation beforehand because they had negative experiences with the particular HCP. In addition, the patients' notions of themselves as somehow different from their professionals—especially having different personalities or communication styles—exacerbated the lack of unreservedness in the patients' behaviors. Some of the patients reported that the dissimilarity also prevented the patients from being themselves in HCP-patient discussions:

For some reason, communication is important to me. That I could be me. I do not mean that I would laugh and giggle for a half an hour in the consultation pace. I mean that I have multiple words in my vocabulary that I can use to explain my own situation. But it was not possible with the HCP because he was so stiff.

In summary, the initiative of the HPCs in expressing willingness to communicate was a significant factor in both the positive and negative experiences described by the patients. However, regarding the positive experiences, the patients also emphasized the meaning of reciprocity and appreciated the different opportunities to participate in the discussions. In contrast, regarding the negative experiences, the HCPs' lack of willingness to communicate was so chilling that the patients experienced a sense of powerlessness to change the relational communication behaviors in question.

Emotional presence

In both positive and negative experiences, emotional presence was especially connected to the patients' evaluations of their HCPs' ability to give accommodating emotional support. In positive experiences, the patients described their HCPs' accommodating emotional support as giving approval to their patients, calming them down, or helping them to take things seriously. The HCPs showed approval by giving positive feedback on self-care and showing understanding of the patients' feelings, disagreements, and problems in self-management. Calming the patients down meant focusing on the positive aspects of their health, giving up-to-date information on their health, and assuring them that everything was going to be all right. A few patients found it calming when the HCPs spoke in a peaceful manner and patted them on the shoulder. In a few experiences reported by the patients, the HCPs attempted to make the patients serious by expressing their anxiety and urging them not to underrate the situation. Even though these situations made the patients feel confused and ashamed, the experiences became

positive in their minds because it was possible to perceive caring in the HCPs' communication behaviors:

Even though the HCP had a strict tone of voice, it was a good thing at that point as it caused me to think that perhaps I should take this seriously, that perhaps this illness was not to be trifled with. ... In fact, I was a little surprised that this person actually cared about what I did.

In the negative experiences, the HCPs' lack of accommodating emotional support was seen in showing frustration to the patients, threatening them with the risk of additional illnesses, and softening information so that the patients did not realize the seriousness of their condition.

One example of this is seen in the following citation:

The HCP was extremely emphatic when diabetes was diagnosed. ... She talked really approvingly and maybe too gently when I think about it afterwards. She did not put all the cards on the table immediately. For this reason, I did not perhaps understand the seriousness of the illness at first.

While the HCPs' emotional presence was highlighted in both positive and negative experiences, the patients' descriptions also reflected their own emotional presence. In positive experiences, it was seen in experiencing positive internal emotions and handling difficult emotions with HCPs, such as feeling guilty about getting diabetes. Despite the patients' emotional presence, not all of them felt the need to discuss emotional matters with their professionals but, nonetheless, appreciated feeling that it was easy to discuss all kinds of things with their HCP. An example of an HCP's accommodating emotional support and a patient's handling of difficult emotions with the HCP is seen in the following statement:

The HCP's ability to accommodate the patient's emotional arousal was impressive. I said, for example, that I really have had to discuss with myself why I had to have this kind of illness. She replied that getting diabetes is always a challenging situation, and

some people have to process it for a long time, but usually, it gets easier with time and achieving a good care balance.

In the case of negative experiences the patients' emotional presence was manifest in silence and becoming serious. This was felt to be a consequence of the HCPs' behavior. In addition, the patients experienced a significant amount of negative internal feelings, such as guilt, panic, and depression. In the patients' negative experiences there was one exception in which the patient showed her emotions to the HCPs. The patient said that she openly expressed her frustration to the HCP, asking her to stop talking about negative things. The HCP changed her behavior, and the patient recognized that she was able to defend herself in that kind of situation, so this action stayed in the patient's mind as positive.

In summary, the patients found it important that they could handle and express all kinds of emotions in ways that were suitable for them in the care situations. In this process, the emotional support from the HCPs was essential in both positive and negative experiences. According to the patients' descriptions', the main communication process related to giving emotional support was accommodation. For example, in this study, some of the patients appreciated very gentle emotional support, but some of them appreciated a firmer communication style when giving emotional support – especially when they analyzed the care situations afterwards.

Appropriateness

On the level of communication behavior, appropriateness comprised two factors: showing understanding of the purpose of the communication situation and demonstrating respect. In the positive experiences, it was crucial that the patients saw these as reciprocal communication behaviors by both parties. The first factor meant reciprocal understanding that a particular discussion was intended to benefit the particular patient. This was seen as concentrating on the main reason for the communication situation and as attempting to

determine the patients' other possible acute needs. The HCPs seemed to play a certain role in this task, listening to the patients and asking at the end of the discussion whether the patient still had acute needs. According to the data, mutual understanding also entailed a forward-looking orientation. In particular, the HCPs focused on the future by finding solutions, did not blame the patients for having diabetes and unhealthy lifestyles, and instead tried to motivate them to improve their self-management. In negative experiences, the HCPs typically engaged in blaming behaviors and concentrated on irrelevant issues. One patient described these communication behaviors as follows:

I went to the HCP because of having flu. Luckily, I haven't had to visit the HCP often for that purpose. And she wanted to inform me more about diabetes and its dangers, instead of concentrating on the fact that I needed an antibiotic. That visit made me feel very guilty. However, she did take care of what I wanted. The flu matter was taken care of, but at the same time, we addressed diabetes care issues I could not have managed at that moment.

In the patients' positive experiences, mutual respect was seen as mutual politeness, appreciation for each other's expertise in the field of type 2 diabetes care, and honesty. In practice, mutual politeness meant being friendly and neutral to each other and avoiding disagreements. Appreciating each other's expertise was seen as mutual willingness to benefit from the other's knowledge. The patients gave their HCPs space to conduct the necessary medical examinations, give information, and present the possible care guidelines. The HCPs asked about and listened to the patients' experiences of their health situation and the outcomes of various treatments. In mutual honesty, all matters were talked through appropriately so that the patients had a realistic idea of the dimensions of treating a chronic illness:

I left there with a positive mentality even though the HCP's answers were not mind encouraging. He talked very clearly about those matters and did not make the illness sound nice, but he did not make it any worse either. That was a very appropriate visit.

In the patients' negative experiences, the descriptions related to respect were mainly connected to the HCPs' communication behaviors. Some patients described their HCPs as impolite, for example, snapping and underestimating the patients' concerns. Underestimating the patients' expertise emerged in not asking about and listening to the patients' descriptions of their state of health and indicating that the HCPs knew more about diabetes than the patients. The elements of honesty were not seen in negative experiences as they were in positive experiences.

In the patients' negative experiences, the patients' descriptions of their own communication did not noticeably demonstrate elements of appropriateness. Three patients mentioned that they had found it difficult to show respect for their HCPs, which may have caused some communication difficulties. One patient said that she formed a negative attitude towards the HCP at the first meeting. The other two reported that their negative attitudes toward their HCPs had developed during long-term care. One of these patients described her negative attitude as follows:

I usually feel it extremely distasteful to attend her consultation. Perhaps I am not appealing, I don't know, but I do not waste words. I talk about my issues with her, and if I do not get a response that I like I can't be bothered to beat around the bush. Because the situation is as it is, I see no point in persevering.

In summary, appropriateness was associated with appreciation of each other's expertise, humanity, and common objective in terms of facilitating a patient's well-being in a particular situation. For both positive and negative experiences the time orientation seemed to be connected to these elements. According to the patients' descriptions, several situations were

deemed meaningful, e.g., the kind of situation in which the diabetes care was discussed, where the discussions were past or future oriented, and how the earlier care history and knowledge about diabetes were used and seen in the care discussions.

Discussion

According to the results, the four core relational communication characteristics of the HCP–patient communication in the patients’ positive and negative care experiences were *building trust in the other party in the HCP–patient relationship, willingness to communicate, emotional presence, and appropriateness*. The occurrence of these characteristics in both experiences indicates that the characteristics in question may be central in achieving experiences of care conducive to self-management from the patients’ perspective. The main findings concerning relational communication characteristics could be crystallized into four main points.

First, the four relational communication characteristics of the patients’ experiences related to self-management related experiences appeared to support the idea of patient-centeredness. All the characteristics in question seem to be associated with the care recommendations, whereby supporting patients’ participation and overall wellbeing and building a confidential and respectful care relationship are placed at the center of a good care experience (see e.g. Epstein & Street 2007; Mead & Power 2000; Smith et al. 2011). In addition, the results lend support to the recommendation that patient-centeredness should not be understood simply as a result of the verbal and nonverbal behaviors of HCPs. Although the initiative of the HCPs was decisive in the patients’ experiences, both positive and negative, reciprocity in relational communication was also clearly emphasized. Thus patient-centeredness can be understood as a process and as a result of HCP-patient interpersonal communication in which both interlocutors’ relational communication behaviors are of

significance for the success of the care relationship and the patients' care (e.g., Street, 2017; see also Watzlawick et al., 1967).

Second, the relational communication characteristics were perceived to be more reciprocal in the positive experiences than in the negative experiences, which emphasized the relational communication of the HCPs. Interestingly, the descriptions of the patients' relational communication differed significantly in the positive and the negative experiences. In the positive experiences, the patients' ways of showing willingness to communicate varied from listening to active questioning and open disclosure in care situations, whereas in the negative experiences most patients described themselves as passive, quiet listeners due to the HCPs' behavior. Although these descriptions differed, a common feature was that the patients' relational communication was connected to the ability to communicate in ways natural to them. This finding partially questions the findings of earlier studies suggesting that in care situations and decision-making HCPs should encourage more verbal participation on the part of patients to make the communication more patient-centered (see e.g., D'Agostino et al. 2017; Shue et al., 2010). Although various types of verbal communication, such as asking questions, stating opinions, and expressing emotions have been associated with treatment adherence, psychological well-being and satisfaction in the HCP-patient relationship (e.g., Cegala, Marinelli, & Post, 2000; Venetis, Robinson, & Kearney, 2015), there also seems to be a need to strengthen patients' interpersonal communication skills to facilitate their chances of participating, especially in negative communication situations (e.g., D'Agostino et al. 2017; Kettunen et al., 2001). Despite the increasing attention directed towards improving patient skills in the 2000s (Duggan, 2006; Shue et al., 2010), strengthening patients' interpersonal communication skills to participate in the construction of appropriate HCP-patient relationships has not been sufficiently emphasized.

Third, according to the patients' views, patient-centered care could be carried out in individual care situations, as well as in continuous relations with doctors and nurses. In this study, in positive and negative experiences alike the continuity of the care relationship appeared to affect both patients' willingness to communicate and the trust the HCP invested in the care provided. However, the elements of trust and willingness to communicate were also seen in the descriptions of individual care situations. Interestingly, more than half of the patients' negative experiences (11/21) occurred with familiar HCPs. Although in earlier studies patients with diabetes have apparently appreciated continuity in care relationships (e.g., Burke et al., 2006; Naithani, Gulliford, & Morgan, 2006; Parchman & Burge, 2002), the continuity of the care relationship did not seem protect the patients in this study from negative care experiences. Earlier research has also questioned whether continuity is more important to interpersonal communication-related outcomes than to outcomes related to self-management (Mainous, Koopman, Gill, Baker, & Pearson, 2004). These findings afford another perspective on the development of health care services: how relational communication characteristics supported both objectives in relationships and objectives in care regardless of the duration of the care relationship.

Finally, although the relational communication characteristics seemed to be the same across professionals and the length of the HCP–patient relationship, the features of these multidimensional characteristics may have manifested differently in the positive and negative experiences depending on the speech culture (e.g., Jain, 2014). For example, the many-sided descriptions of the characteristic “willingness to communicate” support those old studies where Finns have been claimed to be less willing to communicate (Sallinen-Kuparinen, McCroskey, & Richmond, 1991) but also where Finnish patients have been claimed to participate in the HCP-patient discussions in numerous ways (Kettunen et al., 2000; Kim et al., 1993). The uniformity of the results of this and earlier studies may indicate that such multidimensional and

even contradictory tendencies in patients' relational communication behaviors may be typical – not only in Finnish speech culture – but also specifically in Finnish health communication culture, which is important to recognize when developing old and new health care practices.

In addition to different manifestations of relational communication characteristics, patients' care experiences in general may have included special relational communication characteristics depending on the speech culture. Appropriateness was the most interesting individual relational communication characteristic in this study because, unlike the other three characteristics, it has not been emphasized as a central relational communication characteristic in international health communication research. In earlier studies related to Finnish speech culture, the features of appropriateness were seen primarily as cultural norms manifest primarily in nonverbal communication, communication content, and personal characterizations produced by individuals (e.g., Wilkins, 2005; 2009) – and not in features of relational communication in relationships, as in this study. The same connection was also apparent in Finnish health care instructions and instruments concerning quality of care (e.g., Töyry, 2001). These findings suggest that appropriateness seems to be an appreciated relational communication characteristic, at least in the context of Finnish health care services. More research is needed to identify the ways in which appropriateness is connected to the relational communication behaviors of both participants in medical discussions, as well as in the context of different speech cultures.

The limitations of this study are connected particularly to the research methods. One limitation is that the research data may suffer from recall bias in patients' retrospective self-reports from several years before (e.g., Burleson & MacGeorge, 2002). Moreover, patients with continuing care relationships may have confused their perceptions of a single visit with those of other visits. However, studying retrospective self-reports gave the participants time to thoroughly process the main factors of the HCP-patient communication situations, which is

important in studying significant interpersonal communication experiences. The success of the research frame is additionally reflected in the fact that the patients described more positive (42) than negative (21) experiences. It has been stated that the meaning of the communication processes will usually be concrete to the parties in typically negative situations (Roter & Hall, 2006); however, in this study, both positive and negative experiences were well represented.

Although most of the participants could define the nature of the significant interpersonal communication experiences as clearly positive or negative, some participants had difficulties in distinguishing whether their experiences were predominantly positive or negative. In this study, this limitation was resolved by classifying the patients' experiences as positive and negative according to whether the patients themselves regarded the experiences a help or hindrance to their self-management. As regards distinguishing between the processes, the other challenge was the multi-dimensional nature of the relational communication characteristics meaning, that their characteristics could be equally well related to other relational communication characteristics. More research is needed on relational communication characteristics as separate phenomena and as combinations contributing to different outcomes in the HCP-patient relationships.

The final limitation was that most of the participants were women, and their perceptions of supportive communication may have differed from those of men (e.g., Hanasono et al., 2011). However, the same questions were gone through with all the participants and there were no significant differences between the responses of the women and the men.

Conclusions

Significant interpersonal communication experiences related to self-management are formed in a frame of relational communication, where the participants' manner of establishing a particular care relationship with a particular person is crucial. This is specifically communicated through verbal and nonverbal communication behaviors. The relational

communication characteristics of the patients' significant interpersonal communication experiences seem to be constructed simultaneously by the behaviors of both the patient and the HCP – especially in positive experiences. More research is needed on patients' relational communication behaviors in negative experiences and on ways to strengthen the use of interpersonal communication skills in such situations. Although individually tailored communication has always been thought to be important to patients, this research identified the relational communication characteristics that are common across situations involving patients. Clinicians can utilize these as characteristics as an important support for self-management and choose individual strategies to accommodate individual, contextual, and cultural differences.

Declaration of Conflicting Interests

The Author(s) declare(s) that there is no conflict of interest.

Funding

The manuscript is part of the first author's doctoral studies which have been supported by the University of Tampere (Faculty of Communication Sciences), the Pirkanmaa Regional Fund of Finnish Cultural Foundation (grant number: 50141591) and the Finnish Diabetes Association.

References

- Abdulhadi, N., Al Shafae, M., Freudenthal, S., Östenson, C-G., & Wahlström, R. (2007). Patient-provider interaction from the perspectives of type 2 diabetes patients in Muscat, Oman: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 7, 162–172. doi: 10.1186/1472-6963-7-162
- Anderson, L., & Wilson S. (1997). Critical incident technique. In D. L. Whetzel, & G. R. Wheaton (Eds.) *Applied Measurement Methods in Industrial* (pp. 89–112). California, Palo-Alto: Davies-Black Publishing.
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: A review. *Patient Education and*
- Beebe, S. A., Beebe, S. J., & Redmond, M. V. (2008). *Interpersonal Communication: Relating to Others*. 5th ed. Boston: Allyn & Bacon.
- Bensing, J. (2000). Bridging the gap: the separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. *Patient Education and Counseling*, 39(1), 17–25. doi: 10.1016/S0738-3991(99)00087-7
- Bennett, K. C., & Irwin, H. (1997). Shifting the emphasis to “patient as central”: Sea change or ripple on the pond? *Health Communication*, 9(1), 83–93. doi: 10.1207/s15327027hc0901_7
- Beverly, E. A., Ganda, O. P., Ritholz, M. D., Lee, Y., Brooks, K. M., Lewis-Schroeder, N. F., ...Weinger, K. (2012). Look who’s (not) talking: Diabetic patients’ willingness to discuss self-care with physicians. *Diabetes Care*, 35(7), 1466–1472. doi: 10.2337/dc11-2422
- Boström, E., Isaksson, U., Lundman, B., Lehuluante, A., & Hörnsten, Å. (2014). Patient-centered care in type 2 diabetes – an altered professional role for diabetes specialist

- nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(4), 675–682. doi: 10.1111/scs.12092
- Brashers, D. E., Haas, S. M., & Neidig, J. L. (1999). The patient self-advocacy scale: Measuring patient involvement in health care decision-making interactions. *Health Communication*, 11(2), 97–121. doi: 10.1207/s15327027hc1102_1
- Brashers, D. E., Neidig, J. L., Haas, S. M., Dobbs, L. K., Cardillo, L. W., & Russell, J. A. (2000). Communication in the management of uncertainty: The case of persons living with HIV or AIDS. *Communication monographs*, 67(1), 63–84. doi: 10.1080/03637750009376495
- Burke, J. A., Earley, M., Dixon, L. D., Wilke, A., & Puczynski, S. (2006). Patients with diabetes speak: Exploring the implications of patients' perspectives for their diabetes appointments. *Health Communication*, 19(2), 103–114. doi: 10.1207/s15327027hc1902_2
- Burleson, B. R. (2010). The nature of interpersonal communication: A Message-centered approach. In C. R. Berger, M. E. Roloff, & D. R. Roskos-Ewoldsen (Eds.), *The Handbook of Communication Science*. 2nd ed. (pp. 151). Los Angeles: Sage.
- Burleson, B. R., & MacGeorge, E. L. (2002). Supportive communication. In M. L. Knapp, & J. A. Daly (Eds.), *Handbook of Interpersonal Communication* (pp. 374–424). California: Sage.
- Butterfield, L. D., Borgen, W. A., Amundson, N. E., & Maglio, A-S. T. (2005). Fifty years of the critical incident technique: 1954–2004 and beyond. *Qualitative Research*, 5(4), 475–497. doi: 10.1177/1468794105056924
- Carbaugh, D., Berry, M., & Nurmikari-Berry, M. (2006). Coding personhood through cultural terms and practices: Silence and quietude as Finnish “natural way of being”. *Journal of Language and Social Psychology*, 25(3), 203–220. doi: 10.1177/0261927X06289422

- Casagrande, S. S., Fradkin, J. E., Saydah, S. H., Rust, K. F., & Cowie, C. C. (2013). The prevalence of meeting A1C, blood pressure, and LDL goals among people with diabetes, 1988-2010. *Diabetes Care*, *36*, 2271–2279. doi: 10.2337/dc12-2258
- Cavanagh, S. (1997) Content analysis: concepts, methods and applications. *Nurse Researcher* *4*, 5–16. doi: 10.7748/nr.4.3.5.s2.
- Cegala, D. J. (1997). A study of doctors' and patients' communication during a primary care consultation: Implications for communication training. *Journal of Health Communication*, *2*(3), 169–194. doi: 10.1080/108107397127743
- Cegala, D. J. (2003). Patient communication skills training: a review with implications for cancer patients. *Patient Education and Counseling*, *50*(1), 91–94. doi:10.1016/S0738-3991(03)00087-9
- Cegala, D. J., Marinelli, T., & Post, D. (2000). The effects of patient communication skills training on compliance. *Archives of Family Medicine* *9*(1), 57–64. doi: 10.1001/archfami.9.1.57
- Cegala, D. J., McGee, D. S., & McNeilis, K. S. (1996). Components of patients' and doctors' perceptions of communication competence during a primary care medical interview. *Health Communication*, *8*(1), 1–27. doi: 10.1207/s15327027hc0801_1
- Cegala, D. J., Street, R. L. Jr., & Clinch, C. R. (2007). The impact of patient participation on physicians' information provision during primary care medical interview. *Health Communication*, *21*(2), 177–185. doi: 10.1080/10410230701307824
- Charlton, C. R., Dearing, K. S., Berry, J. A., & Johnson, M. J. (2008). Nurse practitioners' communication styles and their impact on patient outcomes: An integrated literature review. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, *20*(7), 382–388. doi: 10.1111/j.1745-7599.2008.00336.x.
- Cramer, J. A., Benedict, Å., Muszbek, N., Keskinaslan, A., & Khan, Z. M. (2008).

- The significance of compliance and persistence in the treatment of diabetes, hypertension and dyslipidaemia: A review. *International Journal of Clinical Practice*, 62(1), 76–87. doi: 10.1111/j.1742-1241.2007.01630.x
- D'Agostino, T. A., Atkinson, T. M., Latella, L. E., Rogers, M., Morrissey, D., DeRosa, A. P., & Parker, P. A. (2017). Promoting patient participation in healthcare interactions through communication skills training: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 100(7), 1247–1257. doi: 10.1016/j.pec.2017.02.016
- Duggan, A. (2006). Understanding interpersonal communication processes across health contexts: Advances in the last decade and challenges for the next decade. *Journal of Health Communication*, 11(1), 93–108. doi: 10.1080/10810730500461125
- Dwarswaard, J., Bakker, E. J. M., van Staa, AL., & Boeije, H. R. (2016). Self-management support from the perspective of patients with a chronic condition: a thematic synthesis of qualitative studies. *Health Expectations*, 19(2), 194–208. doi: 10.1111/hex.12346
- Edwall, L.-L., Hellström, A.-L., Öhrn, I., & Danielson, E. (2008). The lived experience of the diabetes nurse specialist regular check-ups, as narrated by patients with type 2 diabetes. *Journal of Clinical Nursing*, 17(16), 772–781. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02015.x
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107–115. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
- Elo, S., Kääriäinen, M., Kanste, O., Pölkki, T., Utriainen, K. & Kyngäs, H. 2014. Qualitative content analysis: A focus on trustworthiness. *SAGE Open* 4(1), 1–10. doi: 10.1177/2158244014522633.
Retrieved from <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2158244014522633>
- Epstein, R. M., & Street, R. L. Jr. (2007). *Patient-Centered Communication in Cancer Care: Promoting Healing and Reducing Suffering*. National Cancer Institute: Bethesda, MD, NIH Publication No. 07–6225.

- Flanagan, J. C. (1954). The critical incident technique. *Psychological Bulletin*, *51*(4), 327–358.
doi : 10.1037/h0061470
- Grant, N. K., Reimer M., & Bannatyne, J. (1996). Indicators of quality in long-term facilities. *International Journal of Nursing Studies*, *33*(5), 469–478. doi: 10.1016/0020-7489(96)00012-0
- Guerrero, L. K., Andersen, P. A., & Afifi, W. A. (2014). Close encounters. Communication in relationships. 4th ed. Thousand Oaks: Sage.
- Gustafsson, L.-K., Snellma, I., & Gustafsson, C. (2013). The meaningful encounter: Patient and next-of-kin stories about their experience of meaningful encounters in health-care. *Nursing Inquiry*, *20*(4), 363–371. doi: 10.1111/nin.12013
- Hanasono, L. K., Burlison, B. R., Bodie, G. D., Holmstrom, A. J., Rack, J., MacCullough, J. D., & Rosier, J. G. (2011). Explaining gender differences in the perception of support availability: The mediating effects of construct availability and accessibility. *Communication Research Reports*, *28*(3), 254–265. doi: 10.1080/08824096.2011.588580
- Hornsten, A., Lundman, B., Selstam, E, K., & Sandstrom, H. (2005). Patient satisfaction with diabetes care. *Journal of Advanced Nursing* *51*(6), 609–617. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03546.x
- Häggman-Laitila, A., & Åstedt-Kurki, P. (1994). What is expected from the nurse – Client interaction and how these expectations are realized in Finnish health care. *International Journal of Nursing Studies* *31*(3), 253–261. doi: 10.1016/0020-7489(94)90051-5
- Jain, P. (2014) Intergroup, interpersonal, and intercultural nature of patient–provider communication: A comparison of IMG and USMG physicians. *The Communication Review*, *17*(1), 27–44. doi: 10.1080/10714421.2014.872498

- Kettunen, T., Poskiparta, M., & Liimatainen, L. (2000). Communicator styles of hospital patients during nurse-patient counseling. *Patient Education and Counseling*, *41*(2), 161–180. doi: 10.1016/S0738-3991(99)00076-2
- Kettunen, T., Poskiparta, M., Liimatainen, L., Sjögren, A., & Karhila, P. (2001). Taciturn patients in health counseling at a hospital: Passive recipients or active participators? *Qualitative Health Research*, *11*(3), 399–422. doi: 10.1177/104973201129119181
- Kemppainen, J. K. (2000). The critical incident technique and nursing care quality research. *Journal of Advanced Nursing*, *32*(5), 1264–1271. doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01597.x
- Kim, H. S., Holter, I. M., Lorensen, M., Inayoshi, M., Shimaguchi, S., Shimazaki-Ryder, R., ...Munkki-Utunen, M. (1993). Patient-nurse collaboration: A comparison of patients' and nurses' attitudes in Finland, Japan, Norway and the U.S.A. *International Journal of Nursing Studies*, *30*, 387–401. doi: 10.1016/0020-7489(93)90049-Z
- Koenig, C. J., Wingard, L. M., Sabee, C., Olsher, D., & Vandegriff, I. (2014). Managing patient-centered communication across the type 2 diabetes illness trajectory: A grounded practical theory of interactional sensitivity. *Journal of Applied Communication Research*, *42*(3), 244–267. doi: 10.1080/00909882.2014.911943
- Kokanovic, R., & Manderson, L. (2007). Exploring doctor-patient communication in immigrant Australians with type 2 diabetes: A qualitative study. *Journal of General Internal Medicine*, *22*(4), 459–463. doi: 10.1007/s11606-007-0143-2
- Krippendorff, K. 1980. *Content analysis. An introduction to its methodology*. The Sage Commtext Series, Sage Publications Ltd: London.
- Lederman, R. P. (1991). Content analysis of word texts. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, *16*(3), 169.

- Linmans, J. J., van Rossem, C., Knottnerus, J. A., & Spigt, M. (2015). Exploring the process when developing a lifestyle intervention in primary care for type 2 diabetes: A longitudinal process evaluation. *Public Health, 129*(1), 52–59. doi: 10.1016/j.puhe.2014.11.004
- Mainous, A. G., Koopman, R. J., Gill, J. M., Baker, R., & Pearson, W. S. (2004). Relationship between continuity of care and diabetes control: Evidence from the third national health and nutrition examination survey. *American Journal of Public Health, 94*(1), 66–70. doi: 10.2105/AJPH.94.1.66
- Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centeredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science Medicine, 51*(7), 1087–1110. doi: 10.1016/S0277-9536(00)00098-8
- Mead, N., Bower, P., & Hann, M. (2002). The impact of general practitioners' patient-centeredness on patients' post-consultation satisfaction and enablement. *Social Science & Medicine, 55*(2), 283–299. doi: 10.1016/S0277-9536(01)00171-X
- Michie, S., Miles, J., & Weinman, J. (2003). Patient-centeredness in chronic illness: What is it and does it matter? *Patient Education and Counseling, 51*(3), 197–206. doi: 10.1016/S0738-3991(02)00194-5
- Moser, A., van der Bruggen, H., Widdershoven, G., & Spreeuwenberg, C. (2008). Self-management of type 2 diabetes mellitus: A qualitative investigation from the perspective of participants in a nurse-led, shared-care programme in the Netherlands. *BMC Public Health, 8*(1), 91–99. doi: 10.1186/1471-2458-8-91
- Mulder, B. C., Lokhorst, A. M., Rutten, G. E. H. M., & van Woerkum, C. M. J. (2015). Effective nurse communication with type 2 diabetes patients: A review. *Western Journal of Nursing Research, 37*(8), 1100–1131. doi: 10.1177/0193945914531077

- Naithani, S., Gulliford, M., & Morgan, M. (2006). Patients' perceptions and experiences of 'continuity of care' in diabetes. *Health Expectations*, *9*(2), 118–129. doi: 10.1111/j.1369-7625.2006.00379.x
- Norman, I. J., Redfern, S. J., Tomalin, D. A., & Oliver, S. (1992). Developing Flanagan's critical incident technique to elicit indicators of high and low quality nursing care from patients and their nurses. *Journal of Advanced Nursing*, *17*, 590–600. doi: 10.1111/j.1365-2648.1992.tb02837.x
- Oftedal, B., Karlsen, B., & Bru, E. (2010). Perceived support from healthcare practitioners among adults with type 2 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, *66*(7), 1500–1509. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05329.x.
- Parchman, M. L., & Burge, S. K. (2002). Continuity and quality of care in type 2 diabetes. *The Journal of Family Practice*, *51*(7), 619–624.
- Peek, M. E., Gorawara-Bhat, R., Quinn, M. T., Odoms-Young, A., Wilson, S. C., & Chin, M. H. (2013). Patient trust in physicians and shared decision-making among African-Americans with diabetes. *Health Communication*, *28*(6), 6166–6123. doi: 10.1080/10410236.2012.710873
- Perloff, R. M., Bonder, B., Ray, G. B., Ray, E. B., & Siminoff, L. A. (2006). Doctor-patient communication, cultural competence, and minority health: Theoretical and empirical perspectives. *American Behavioral Scientist*, *49*(6), 835–852. doi: 10.1177/0002764205283804
- Ritholz, M. D., Beverly, E. A., Brooks, K. M., Abrahamson, M. J., & Weinger, K. (2014). Barriers and facilitators to self-care communication during medical appointments in the United States for adults with type 2 diabetes. *Chronic Illness*, *10*(4), 303–313. doi: 10.1177/1742395314525647

- Robinson, J. H., Callister, L. C., Berry, J. A., & Dearing, K. A. (2008). Patient-centered care and adherence: Definitions and applications to improve outcomes. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20(12), 600–607. doi: 10.1111/j.1745-7599.2008.00360.x.
- Roter, D. L., & Hall, J. A. (2006). *Doctors talking with patients/ patients talking with doctors*. (2nd ed.). Westport: Praeger Publishers.
- Ruben, B. D. (1993). What patients remember: A content analysis of critical incidents in health care. *Health Communication*, 5(2), 99–112. doi: 10.1207/s15327027hc0502_3
- Ruben, B. D. (2016). Communication theory and health communication practice: The more things change, the more they stay the same. *Health Communication*, 31(1), 1–11. doi: 10.1080/10410236.2014.923086
- Sallinen-Kuparinen, A. (1986). *Finnish communication reticence. Perceptions and self reported behavior*. Studia Philologica Jyväskyläensia 19. Jyväskylä: University of Jyväskylä.
- Sallinen-Kuparinen, A., McCroskey, J., & Richmond, V. P. (1991). Willingness to communicate, communication apprehension, introversion, and self-reported communication competence: Finnish and American Comparisons. *Communication Research Reports*, 8, 55–64. doi: 10.1080/08824099109359876
- Schluter, J., Seaton, P., & Chaboyer, W. (2008). Critical incident technique: A user's guide for nurse researchers. *Journal of Advanced Nursing*, 61(1), 107–114. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04490.x.
- Schouten, B. C., & Meeuwesen, L. (2006). Cultural differences in medical communication: A review of the literature. *Patient Education and Counseling*, 64(1–3), 21–34. doi:10.1016/j.pec.2005.11.014

- Schouten, B. C., Meeuwesen, L., & Harmsen, H. A. M. (2005). The impact of an intervention in intercultural communication on doctor-patient interaction in the Netherlands. *Patient Education and Counseling*, 58(3), 288–295. doi: 10.1016/j.pec.2005.06.005
- Schöpf, A. C., Martin, G. S., & Keating, M. A. (2017). Humor as a communication strategy in provider–patient communication in a chronic care setting. *Qualitative Health Research*, 27(3), 374–390. doi: 10.1177/1049732315620773
- Shue, C. K., O’Hara, L. L. S., Marini, D., McKenzie, J., & Schreiner, M. (2010). Diabetes and low-health literacy: A preliminary outcome report of a mediated intervention to enhance patient-physician communication. *Communication Education*, 59(3), 360–373. doi: 10.1080/03634521003646877
- Smith, R. C., Dwamena, F. C., Grover, M., Coffey, J., & Frankel, R. M. (2011). Behaviorally defined patient-centered communication – A narrative review of the literature. *Journal of General Internal Medicine*, 26(2), 185–191. doi: 10.1007/s11606-010-1496-5
- Sohal, T., Sohal, P., King-Shier, K. M., & Khan, N. A. (2015). Barriers and facilitators for Type-2 diabetes management in South Asians: A systematic review. *PLoS ONE* 10(9). doi:10.1371/journal.pone.0136202
- Step, M. M., Rose, J. H., Albert, J. M., Chevuru, V. K., & Siminoff, L. A. (2009). Modeling patient-centered communication: Oncologist relational communication and patient communication involvement in breast cancer adjuvant therapy decision-making. *Patient Education and Counseling*, 77(3), 369–378. doi: 10.1016/j.pec.2009.09.010
- Stewart, A. L., Napoles-Springer, A., Perez-Stable, E. J., Posner, S. F., Bindman, A. B., Pinderhughes, H. L., & Washington, A. E. (1999). Interpersonal processes of care in diverse populations. *The Milbank Quarterly*, 77(3), 305–339. doi: 10.1111/1468-0009.00138

- Street, R. L. Jr. 2017. The many “Disguises” of patient-centered communication: Problems of conceptualization and measurement. *Patient Education and Counseling*, 100(11), 2131–2134. doi: 10.1016/j.pec.2017.05.008
- Suominen, T. (1994). Rintasyöpäpotilaiden kokemukset hoidosta eivät ole samanlaisia kuin hoitajien näkemykset asiasta (The experiences of breast cancer patients are not similar to nurses’ concepts). *Hoitotiede* 6, 127–132.
- Swenson, S. L., Zettler, P., & Lo, B. (2006). ‘She gave it her best shot right away’: Patient experiences of biomedical and patient-centered communication. *Patient Education and Counseling*, 61(2), 200–211. doi: 10.1016/j.pec.2005.02.019
- Teal, C., & Street, R. L. (2009). Critical elements of culturally competent communication in the medical encounter: A review and model. *Social Science & Medicine*, 68(3), 533–543. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.10.015
- Thorne, S. E., Harris, S. R., Mahoney, K., Con, A., & McGuinness, L. (2004). The context of health care communication in chronic illness. *Patient Education and Counseling*, 54(3), 299–306. doi: 10.1016/j.pec.2003.11.009
- Tuomola, S., Idänpään-Heikkilä, U. Halkoaho, A., & Virkamäki, A. (2011). *Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma (DEHKO 2010). Loppuraportti – osa 2. (The Development Programme of the Prevention and Care of the Diabetes. Final report, part 2)*. Retrieved from https://www.diabetes.fi/files/1373/Dehkon_loppuraportti.pdf
- Töyry, E. (2001). *Hoidon ihmisläheisyys erikoissairaanhoidossa - mittarin kehittäminen ja käyttö. (Human vicinity of the care in special health care: Developing and use of the indicator)*. (Doctoral dissertation) E Publications of University of Kuopio. Social Sciences 86. Kuopio, Finland: University of Kuopio.

- Venetis, M. K., Robinson, J. D., & Kearney, T. (2015). Breast-cancer patients' participation behavior and coping during presurgical consultations: A pilot study. *Health Communication* 30(1), 19–25. doi: 10.1080/10410236.2014.943633
- von Friederichs-Fitzwater, M. M., & Gilgun, J. (2001). Relational control in physician-patient encounters. *Health Communication*, 13(1), 75–87. doi: 10.1207/S15327027HC1301_07
- Wachtler, C., Brorsson, A., & Troein, M. (2006). Meeting and treating cultural differences in primary care. *Family Practice*, 23(1), 111–115. doi: 10.1093/fampra/cmi086
- Watzlawick, P., Bavelas, J. B., & Jackson, D. (1967). *Pragmatics of Human Communication*. New York: W. W. Norton.
- Wilkins, R. J. (2005). The optimal form: Inadequacies and Excessiveness within the Asiallinen (Matter of Fact) Nonverbal Style in Public and Civic Settings in Finland. *Journal of Communication*, 55(2), 383–401. doi: 10.1111/j.1460-2466.2005.tb02678.x
- Wilkins, R. J. (2009). The asiasta puhuminen event. In R. J. Wilkins, & P. Isotalus (Eds.), *Speech Culture in Finland* (pp. 63–84). Lanham: University Press of America.
- Wilkins, R. J., & Isotalus, P. (2009). Finnish Speech Culture. In R. J. Wilkins, & P. Isotalus (Eds.), *Speech Culture in Finland* (pp. 1–16). Lanham: University Press of America.
- Wong-Wylie, G., & Jevne, R. F. (1997). Patient hope: Exploring the interactions between physicians and HIV seropositive individuals. *Qualitative Health Research*, 17(1), 32–56. doi: 10.1177/104973239700700103
- Young, M., & Klinge, R. S. (1996). Silent partners in medical care: A cross-cultural study of patient participation. *Health Communication*, 8(1), 29–53. doi: 10.1207/s15327027hc0801_2

Author Biographies

Maija Peltola MA is a PhD student of Speech Communication at the Faculty of Communication Sciences, University of Tampere, Finland.

Pekka Isotalus PhD is a Professor of Speech Communication at the Faculty of Communication Sciences, University of Tampere, Finland.

Päivi Åstedt-Kurki PhD is a Professor of Nursing Science at the Faculty of Social Sciences, University of Tampere and Pirkanmaa Hospital District, Finland.

JULKAISU II

Competing discourses of professional–patient relationships in type 2 diabetes management

Maija Peltola & Pekka Isotalus

Health Communication, 35(14), 1811–1820.
<https://doi.org/10.1080/10410236.2019.1663586>

Artikkelin käyttöön väitöskirjan osana on saatu kustantajan lupa

Competing Discourses of Professional-patient Relationships in Type 2 Diabetes

Management

First and corresponding author

Maija Peltola (MA)

Speech Communication

Faculty of Information Technology

and Communication Sciences

Kalevantie 4, 33014 Tampere University, Finland

maija.p.peltola@gmail.com

Second author

Pekka Isotalus (PhD, professor)

Speech Communication

Faculty of Information Technology

and Communication Sciences

Tampere University, Finland

pekka.isotalus@tuni.fi

Abstract

Type 2 diabetes is a contradictory chronic illness that needs to be managed in cooperation with health care professionals. Despite the significant role of the professional-patient relationship in diabetes management, the meaning of this relationship as part of diabetes management has not yet been studied. The aim of this qualitative study is to describe the competing discourses of professional-patient relationships in type 2 diabetes management. As a background theory, the study applied the relational dialectics theory (RDT) 2.0 by analyzing discourses in patients' interpersonal communication experiences with health care professionals. Overall, 63 experiences were analyzed using contrapuntal analysis. According to the results, both the patients' positive and negative descriptions were connected to three struggling discourses: 1) having the right to care versus deserving care, 2) guidance versus control, and 3) personalization versus standardization. These discourses offered new perspectives to clarify and strengthen the role of professional-patient relationships in type 2 diabetes management.

Introduction

Diabetes is one of the most common chronic illnesses in the world, affecting patients' physical, psychological, and social wellbeing in several ways (International Diabetes Federation, 2017). Patients are, for example, required to make considerable lifestyle changes; begin regular medication regimes; and handle multidimensional emotions, including fear, sadness, uncertainty, and shame in relation to their illness (Browne, Ventura, Mosely, & Speight, 2013; DeCoster, 2003). Moreover, diabetes has been characterized as an invisible illness, as its symptoms, seriousness, and progression are difficult to detect and take into account in daily decision-making, which has the most central role in treating the illness (Stuckey & Tisdell, 2010; Vishwanath, 2014). Thus, diabetes has been characterized as a

multidimensional illness, which requires ongoing adjustment to change health conditions and feelings (Ingadottir & Halldorsdottir, 2008).

The contradictory and changing nature of diabetes might be one of the reasons why patients reportedly give ambiguous meanings to diabetes management, which has been defined as a complex task involving meal planning, medication, exercise, self-monitoring, and cooperation with health care professionals (Barlow, Wright, Sheasby, Turner, & Hainsworth, 2002; Moser, van der Bruggen, Widdershoven, & Spreuwenberg, 2008). While some patients have described diabetes management as “disciplining ‘the dog,’” with the control of the illness in the patients’ own hands (Ingadottir & Halldorsdottir, 2008), other patients have described diabetes management as “rolling with it” (Stuckey & Tisdell, 2010), or “being in the grip of blood glucose levels” (Rasmussen, O’Connell, Dunning, & Cox, 2007). With these findings in mind, the meanings given to diabetes management are of great importance. In fact, meaning-making may “affect how they [patients] rate their overall health, and these perceptions may influence treatment effectiveness, psychological symptoms, coping and somatic outcomes” (McFarland, Rhoades, Campbell, & Finch, 2001, p. 250). Thus, meaning-making might affect diabetes management as a whole (Ingadottir & Halldorsdottir, 2008).

Although diabetes management is based on patients’ daily lifestyle choices, the different meanings related to the illness and its management are not just the results of the patients’ own cognitive processes. The meanings in question are also constructed and discussed in interpersonal communication relationships with other people (Kleinman, 1988). In addition to family relations, friendships, and peer relationships, professional-patient relationships have a central role in diabetes management (Mulder, Lokhorst, Rutten, & van Woerkum, 2015; Rasmussen et al., 2007). The professional-patient relationship is central to successful chronic illness care; furthermore, this relationship is an operational environment in which patient care is administered and the various meanings of the illness, its management,

and the interlocutors' roles in this management are constructed through various interpersonal communication processes (e.g., Zoffman & Kirkevold, 2007). For example, these processes include the interlocutors' communication behaviors, as well as related influencing attributes, such as their communication styles, strategies, self-concepts, emotional states, health status, and perceptions of each other and their relationship (Street, 2003).

The interpersonal context is not the only relevant social context for meaning-making in professional-patient communication. According to the ecological perspective on communication (Street, 2003), professional-patient communication is situated within and affected by a variety of social contexts, such as organizational, political-legal, and media contexts. Thus, the meaning-making related to diabetes management in professional-patient communication is not limited to the discussions themselves; it is also affected by how the illness is seen and treated in different interpersonal relationships and health care cultures and how the etiology of diabetes and its treatment are emphasized in the different discussion platforms of the society.

Type 2 diabetes is an especially interesting chronic illness from the perspectives of different social contexts, as the number of the people with this form of diabetes is increasing explosively (International Diabetes Federation, 2017). In addition, special tensions have been associated with type 2 diabetes care, since, at the societal level, it tends to be framed as a self-caused, stigmatized illness (e.g., Browne et al., 2013; Viswanath, 2014) despite the connection of its etiology to a combination of biological, environmental, cultural, and social factors. Thus, type 2 diabetes has been described as a discursive battlefield where different actors advocate for their own perspectives and discourses concerning diabetes treatments, causes, and diagnostics in different societal forums (Nahon-Serfaty, 2012). Although this kind of discourse fragmentation has also contributed to the expansion of polyphonic discourses, where the managerial discourses in the health sphere, such as efficacy and efficiency (e.g., Iedema,

Degeling, Braithwaite, & White, 2004; Iriart, Merhy, & Waitzkin, 2001), have been confronted with the emergence of plural voices representing the patient perspective (e.g., Hivon, Lehoux, Denis, & Rock, 2010), the views of type 2 diabetes patients have stayed in the margins of the public discussions. Thus, more study is needed on how these patients recall the meaning-making processes related to type 2 diabetes management in different social contexts to strengthen their marginal voices. Moreover, this kind of research could support diabetic patients' participation in professional-patient relationships, which might be one of the most important ways for them to obtain reliable diabetes-related information and social support and update their views on diabetes management (e.g., Burke, Earley, Dixon, Wilke, & Puczynski, 2006).

Despite the significant role of the professional-patient relationship—not just as a social context but also as an important part of diabetes management (e.g., Barlow et al., 2002; Moser et al., 2008)—the meaning of this relationship from the patients' perspective has not yet been studied. Much of the previous research has focused on clarifying what kinds of communication behaviors gear meaning-making toward the widely recommended patient-centered orientation which encourages cooperative relationships that empower patients to choose the best care for themselves (e.g., Koenig, Wingard, Sabee, Olsher, & Vandergriff, 2014). However, these studies have also shown that, despite gaining more knowledge on the patient-centered approach, this practice has been relatively challenging to implement into practical diabetes care. For example, when giving advice on diabetes care, professionals used a very narrow selection of communication strategies, granting themselves control of the care situations; this is quite contrary to the widely recommended patient-centered approach (Kiuru, Poskiparta, Kettunen, Saltevo, & Liimatainen, 2004; Mulder et al., 2015). Since patients have the comprehensive responsibility for their own diabetes management and their views on the meanings of different aspects of diabetes management are the most important ones for

successful illness management (e.g., Burke et al., 2006), more study is needed on patients' perspectives of the types of meanings and meaning-making processes used in single care situations. Research of this kind can be executed utilizing the relational dialectics theory (RDT) 2.0, which is based on the communication sciences (Baxter, 2011).

Relational dialectics theory 2.0 as a theoretical background

Relational dialectics theory (RDT) describes the meanings surrounding individual and relationship identities and how these meanings are constructed through language use (Baxter, 2011). According to RDT, every relationship is a dynamic social entity in nature, which means that there is an unceasing interplay between several, usually contradictory discourses. According to this theory, discourses are systems of meanings or viewpoints that guide social constructions of understanding in relationships (Baxter, 2011; Pederson, 2014). The discourses are seldom equally strong; usually, some discourses are privileged and others are marginalized (Norwood, 2010). This kind of inequality causes struggle between the discourses, which can, consequently, strengthen the central discourses or form new meanings.

According to Baxter (2011), different discourses are actualized in utterances, which are not merely isolated communicative acts but are part of a wider utterance chain that extends to the past (already-spoken utterances) and to the future (not-yet-spoken utterances). The already-spoken and not-yet-spoken utterances are seen in the utterances of the present in two ways; on the one hand, the utterances reflect culture- and community-related privileged discourses, illustrating, for instance, the type of relationships that have been seen and evaluated as ideal and acceptable in the culture or community in question (distal utterances). On the other hand, the utterances also reflect the communication history of relationships and expectations related to future communication situations (proximal utterances).

Discourses are struggles in the communication processes between the interlocutors, as they are not only communicating content but also sending relational messages in which they

create and balance the meanings of selves and the nature of the relationship (Baxter & Montgomery, 1996; Watzlawick, Bavelas, & Jackson, 1967). For example, these meanings can imply whether the relationship is equal or formal and whether the interlocutors are independent or interdependent in the relationship. Thus, meaning-making is not examined as a product of the individuals but as a product of the communication processes between the interlocutors, which simultaneously connect and differentiate the participants through competing discourses (Baxter, 2011). The interplay between the competing discourses is not defined as a conflict or a problem to be resolved, but as an unavoidable and essential element of the relationships, connecting the discourses to each other in knots (*multivocal contradictions*) and affecting the nature, development, and outcomes of the relationships (Baxter, 2011; Baxter & Montgomery, 1996).

In more recent communication studies, the use of RDT to examine professional relationships has gained more interest among health communication scholars. The theory—especially version 1.0, which focuses on tensions—has been used when clarifying the dialectical nature of the cooperative processes between health care professionals (Apker, Ptacek, Beach, & Wears, 2016; Martin, O'Brien, Heyworth, & Meyer, 2008). In addition, RDT has been applied when studying the nature of professional-patient relationships in general (Gerlander, 2003) and in specific communication situations, such as end of life discussions (Amati & Hannawa, 2014; Considine & Miller, 2010) and when examining the relationships from the point of view of specific professional positions (Dean & Oetzel, 2014; Olufowote, 2011). However, meaning-making in the context of specific illnesses has been rarely studied.

To our knowledge, only two studies have utilized RDT 2.0 in the context of diabetes management. O'Hara's (2017) case study examined how the meanings of diabetes management were constructed through the interplay of competing discourses in the same physician-patient dyad during three different visits. In the second study O'Hara and Shue

(2018) examined six physician-patient dyads over multiple visits to determine the multiple meanings of diabetes management and the specific ways these meanings were shaped in the interplay between the competing discourses. However, the competing meanings that professional-patient relationships are given during discussions on diabetes management have rarely been examined. This kind of research frame might provide useful information when clarifying the challenges and the significance of professional-patient relationships in supporting the patients' comprehensive responsibility for diabetes management.

Study design

In this study, we concentrated on examining the competing discourses of professional-patient relationships as a part of type 2 diabetes management. These discourses were examined from the point of view of the patients through critical incidents with their doctors and nurses, which is a rarely applied approach within the frame of diabetes care. Depending on the research objectives and methods used, studies have also referred to critical incidents as meaningful encounters. Both concepts have been defined as affecting social situations in which a person has been personally involved and in which he/she was thought to have a positive or a negative effect on changing his/her own behavior, attitudes, or ideas (Flanagan, 1954; Gustafsson, Snellma, & Gustafsson, 2013; Norman, Redfern, Tomalin, & Oliver, 1992; Schluter, Seaton, & Chaboyer, 2008). In the present study, critical incidents were defined as professional-patient discussions that patients described as being positively or negatively connected to their diabetes management. In addition, to emphasize that patients' ability to manage their diabetes is always associated with professional-patient relationships, we have regarded critical incidents as significant interpersonal communication experiences.

While competing discourses were examined in both positive and negative experiences related to diabetes management, the aim was not to value the competing discourses in positive or negative ways. According to RDT, communication, relationships, and life itself are not

finalizable and have no ideal goals or endings (Baxter & Montgomery, 1996). Thus, the main purpose of the present study was to recognize what sort of struggling discourses related to professional-patient relationships can be found in different kinds of experiences. Moreover, our interest was to examine, whether some competing discourses were so central that they were emphasized in both positive and negative experiences. Therefore, the first research question (RQ) was posed as follows:

RQ1: *What competing discourses related to the professional-patient relationship in type 2 diabetes management can be found in the patients' descriptions of their experiences?*

According to Baxter (2011), studies should place more attention on how discourses struggle in the interlocutors' utterances in order to understand the various processes of meaning-making in relationships. The discourses can, for example, be emphasized differently depending on the context or time or they might interplay with each other within the same utterance. In addition, they may be presented as equal, or they may mix as the struggle between discourses ceases, making it possible for new meanings to be created. This approach may prove useful when clarifying how different meanings are constructed in professional-patient relationships, with meaning-making considered as a very complex process by both patients and professionals (e.g., Zoffman & Kirkevold, 2007). Thus, the second RQ was posed as follows:

RQ2: *How do the competing discourses interplay with one another in the patients' descriptions of their experiences?*

Methods

In order to enable patients to describe the nature of the communication situation and the significance of their experiences—the importance of which has been emphasized in the development of more patient-centered diabetes care practices (e.g., Burke et al., 2006; Thorne,

Harris, Mahoney, Con, & McGuinness, 2004)—we used an open e-survey and semi-structured interviews. In both methods, the critical incident technique was utilized to help the patients focus on describing genuine situations instead of creating generalizations and to help them be as specific as possible when describing their significant interpersonal communication experiences (Flanagan, 1954; Kemppainen, 2000). Consequently, the patients were instructed to choose and share, from memory, experiences of one or several professional-patient discussions that facilitated or impeded their self-management. Thus, in this study, the participants' descriptions of their professional-patient discussions were not seen as objective. Instead, the patients' descriptions were used to understand how meanings were constructed through professional-patient conversations from the patients' points of views.

Participants and data collection

The study participants were adult patients with type 2 diabetes diagnoses, who were residents of the province of Finland where the study was conducted; they agreed to participate voluntarily and had experiences of diabetes care discussions with doctors or nurses, who are the main professionals in the field of diabetes care. Since, in Finland, diabetes care practices vary significantly (e.g., Tuomola, Idänpään-Heikkilä, Halkoaho, & Virkamäki, 2011), there were no requirements related to whether the patients engaged services in the public, private, or occupational health care sectors.

The data collection was performed by the first author of this study after obtaining ethical approval from the Regional Ethics Committee of Tampere University Hospital. Information on the e-survey and the semi-structured interviews was transmitted to social media, to every diabetes association in the Finnish province in question, as well as to the discussion forum of the Finnish Diabetes Association. Altogether, 41 people participated in the study. The e-survey had 13 female and 3 male respondents; however, 3 of the female respondents were excluded from the study because their response forms were nearly empty. In addition, 18

women and 7 men participated in semi-structured interviews. The participants were 30–93 years old, and the time lapse since their diagnosis ranged from 3 to 28 years. All the participants used insulin or oral medication in addition to applying dietary measures to maintain glycemic control.

Following the principles of the critical incident technique (e.g., Anderson & Wilson, 1997), the participants in both the open e-survey and the semi-structured interviews were asked to describe the communication situation and the progression of the positive or negative professional-patient discussion of their choice. The questions concerned the communication situation, the atmosphere of the discussion, the communication behaviors of both interlocutors, and the significance of the discussion in relation to the patients' self-management. The same questions were used for the open e-survey and the interviews, but during the interviews, it was also possible to ask specific questions to the participants. The length of the open e-survey answers varied from five lines to a whole page. The interviews lasted from 30 to 90 minutes, and they were conducted in settings chosen by the interviewees, mostly at their homes. All interviews were audio-taped and transcribed verbatim.

The 13 participants of the open e-survey produced 23 stories, and the 25 participants of the semi-structured interviews provided 40 stories for possible use in this study. In total, there were 63 accounts of several sentences relating for each professional–patient discussion. The patients' experiences were classified as positive and negative according to whether the patients themselves regarded the experiences as helping or hindering their diabetes management. In total, 42 were positive—with 32 concerning communication between a patient and a doctor and 10 between a patient and a nurse. The number of negative experiences was 21—with 14 concerning communication between a patient and a doctor and 7 between a patient and a nurse.

Data analysis

The research data were analyzed by the first author using contrapuntal analysis, as recommended by Baxter (2011). Contrapuntal analysis is an RDT-related method of discourse analysis that can be utilized to identify competing discourses and examine, through different methodological practices, how meanings are created in the interaction between the discourses (Baxter, 2011; Baxter & Braithwaite, 2010). Discourse analysis is a theoretical and methodological frame that has been defined in several ways and used within various disciplines in qualitative research. In the present study, adapting the views of Baxter (2011), the definition is based on Taylor's (2001) article, in which discourse analysis is widely understood as a field of research that focuses on the thorough study of the use of language as a constructional factor of reality—not as a certain and strict manner of analysis.

The contrapuntal analysis consisted of three phases, as recommended by Baxter (2011): 1) searching the discourses, 2) identifying possible competing discourses, and 3) examining how the competing discourses were set against each other in the utterance chains. In these phases, several methodological practices were applied. In the first phase, the discourses were searched using theme analysis, as defined by Braun and Clarke (2006). The patients' significant interpersonal communication experiences were read several times to establish a general overview of the whole dataset. In addition, all of the research data were read several times so that no information of importance would be missed. After that, all expressions related to the professional-patient relationship and type 2 diabetes management were coded as brief statements with preliminary themes alongside each experience. The coded expressions were either short statements or longer parts of the e-survey answers or the interview responses. Special attention was given to the aspects of their professional-patient relationships and diabetes management that the patients praised, criticized, judged, or supported (e.g., Baxter, 2011; Martin & White, 2005). Within this approach, we found it reasonable to analyze the discourses inductively, not deductively, while realizing that the

discourses named in previous studies unavoidably affected our thinking when examining the utterance chains of the patients' experiences.

In the second phase, we examined whether the competing discourses found in the first phase fell under the three discourse markers: *negating*, *countering*, and *entertaining* (Baxter, 2011; Martin & White, 2005). The main focus was to determine which discourses were rejected or described as unessential (*negating*) and identify any unexpected discourses presented in connection with a more privileged discourse (*countering*). In addition to the mentioned discourse markers, the data were examined from the perspective of whether the patients considered other possible ways of communicating in relation to type 2 diabetes care (*entertaining*). One-on-one discussions between the authors and consultations with other researchers of the communication and nursing sciences revealed that there were three central discourse pairs that were struggling with each other in the positive and the negative experiences of the professional-patient communication relationships. These discourse pairs were: 1) having the right to care versus deserving care, 2) guidance versus control, and 3) personalization versus standardization.

In the last phase, the discourses were examined in terms of their positionings in relation to one another (Baxter, 2011) to show how struggling discourses construct different kinds of meanings in relation to type 2 diabetes management. Specifically, we examined which discourses were marginalized, which discourses co-existed in the patients' utterances, and which discourses were set in the foreground. According to the data, in terms of the interplay of the competing discourses, it seemed to make no difference whether the other interlocutor was a doctor or a nurse. What seemed to make a difference was whether the experience of the patient was positive and negative. For this reason, in the results, the interplay is described in terms of the patients' positive and negative experiences.

Results

Having the right to care versus deserving care

The discourses of having the right to care and deserving care in relation to the professional-patient relationship in diabetes management were seen as either every patient's right, irrespective of what one has or has not done, or as something to be deserved individually by taking good care of oneself. The discourses in question were implemented in the descriptions where the patients described their feelings of guilt for having the illness and the professionals' reactions toward patients with type 2 diabetes, which has been connected to unhealthy lifestyle habits. In the positive experiences, the patients typically saw type 2 diabetes as a self-caused illness because of their unhealthy lifestyle habits and their earlier indifference toward the care instructions given by the professionals. Also, the influence of the public discussions related to the causes and treatment expenses of type 2 diabetes was mentioned when analyzing the feelings of guilt about having diabetes:

Of course, my thoughts have been affected by the public discussions where it has been questioned, do the patients with this kind of self-caused illness have the right to use the public health care services. It has surely been affecting my feelings of guilt. (...) I am horribly good to get these thoughts of the public discussions.

In the positive descriptions, patients typically brought up their feelings of guilt in the professional-patient discussions. However, during the care situations, the discourse of having the right to care was more emphasized as a result of the supportive communication behaviors of the professionals. Thus, the discourses of having right to care and deserving care seemed to interplay as a spiraling inversion, which was "characterized by a back and forth pattern over time in the dominance of first one discourse and then another for a given topical or activity domain" (Baxter, 2011, p. 127). One of the patients described her experience as follows:

I was disappointed for not achieving, in my opinion, a sufficient care balance and for not keeping track of my blood sugar levels. I was disappointed with myself, with my

powerlessness. I felt that I should be in control of my illness. It is my own fault that I have become ill. But, this professional knew how to turn my thoughts to the positive matters and to what was well concerning my health. He did not blame me for having a standard illness.

In the negative experiences, it was more common for the care relationship to be seen as something to be deserved individually. In these experiences, the professionals awakened the patients' feelings of guilt when they blamed the patients for unhealthy lifestyle choices or stated that it was the patients' own fault that they had become ill with type 2 diabetes. In addition, according to some of the descriptions, the professionals directly refused to care for the patients. The blaming behaviors of the professionals were mainly seen as caused by their own negative personalities and attitudes, as well as difficult circumstances, such as the hurriedness of the professionals or their having a bad day. However, the professionals' behaviors were also seen as well-meaning efforts to help the patients, but the patients interpreted these behaviors as blaming because of their own life circumstances:

The professional, after my descriptions of flu-related symptoms, said that I should take better care of myself and that I should drop weight. She explained that when blood sugar is high, it will increase the infection risk. (...) I think that she surely thought that it was important to say these things to me because perhaps nobody had told me these facts before. However, it only made me feel guilt and led me to question my right to the care, because I was really tired, and I am not often sick. Moreover, I do not often need the professional's help.

In the negative experiences, the discourses were struggling through the spiraling inversion and segmentation; at the beginning of the care situations, the patients seemed to have the right to express their illness-related concerns, but later, the professionals seemed to shift their focus to mainly evaluating what the patients should have done or whether the patients

deserved the care. One of the patients described this kind of communication situation as follows:

I asked the professional to measure my blood pressure, because elsewhere it had been said to be very high. But my request only seemed to be rather amusing to her. She did not care about my blood pressure in any way, and pretty much threw me out of the room. (...) She thought that my symptoms were caused by obesity and the use of alcohol. In her opinion, I should merely stop drinking. (...) It felt as if I was complaining over nothing and that there were people even more ill than me.

Guidance versus control

The discourses of guidance and control were manifested in descriptions of whether professional-patient relationships were seen as communication arenas to control or guide the diabetes management that is implemented by patients in their daily lives. In the positive experiences, the patients described their professional-patient relationships as guiding processes, in which the control was differently divided between the interlocutors. Meanwhile, in the descriptions, the patients were seen as capable of taking control of their illness and flexibly controlling discussion subjects and decision-making in care situations. They also seemed to allow the professionals to control the guidance of the diabetes management in the care situations and to lead their illness-related thoughts in more functional directions. Thus, in the positive experiences, the discourses of guidance and control seemed to interplay through integration: the discourses were both equally present and did not compete with one another. One example of this integration can be seen in the following quotation:

It felt like that he was interested in which way I was treating my illness and how he would be able to help in that process. (...) It was like he was giving me his own professional knowledge to be used by me.

In the patients' negative descriptions, the discourses of guidance and control seemed to interact in synchronic interplay, as both discourses were present but set at contradictory poles. The patients usually described guiding as an ideal communication orientation but added that it was unreasonable with the professionals in question, because the controlling communication behaviors of the professionals restricted the patients' participation and control sharing in the care discussions. The professionals were described as giving too strict, unclear, or obvious care guidance, which made the patients feel as though the professionals were trying to control the diabetes management, but they did not provide any instructions that would have been useful to the patients. In addition, the patients remarked that the professionals did not seem to listen to them, which complicated the patients' abilities and willingness to try to control and move the nature of the professional-patient communication in a reciprocal direction. Thus, the patients had to figure out for themselves how to control and manage their diabetes. One example of the synchronic interplay can be seen in the following quotation:

In the future, I'll try to make an appointment with another professional. I have been thinking that I do not want to go to this professional anymore, because I was not able to give information about myself in a way that I felt it would be necessary. Talking to him was futile as it felt as if he was not listening to me.

Personalization versus standardization

The discourses of personalization and standardization concerned whether the professional-patient relationship was seen as a unique, episodic care situation between two individuals or a general process not to be differentiated from patient to patient and professional to professional. In the positive experiences, the patients described accommodated interpersonal communication, where the professional-patient communication and diabetes care were tailored to fit the patients' individual situations. At the same time, the patients stated that their care situations followed the standardized principles of diabetes care, which should be the same for

all diabetes patients. This meant, in practice, that the professionals and the patients discussed diabetes-related information and conducted diabetes-related tests. They also discussed health goals, the possibilities to change the patients' lifestyle habits, and the roles of the interlocutors in the professional-patient relationships and the diabetes management. Thus, the discourses seemed to interplay through integration, where the discourses were equally present and did not compete with one another. An example of this integration can be seen in one patient's description as follows:

I was worried about my ability to live according to the medicines; to be able to dose them correctly, to eat healthily, and simply to follow the professional's instructions in general. (...) The professional said that that is what the professionals are for—it is their job to create a medication plan that fits the life of the person, so the patient doesn't have to try to live one's life being controlled by the medication.

In the negative experiences, the discourses of personalization and standardization struggled through synchronic interplay, as both discourses were equally present but also pitted against one another. The patients reported having been treated according to the standards of diabetes care, not as individual patients. In practice, this meant that the professionals covered the matters that should be discussed with all diabetic patients as part of the basic appointment procedures, but the professionals did not employ communication strategies that would take notice of the individual patient in the discussion. One of the patients described this kind of situation as follows:

I just sat there, and she looked at my papers, looked at those results, asked for something, and wrote the new prescriptions. And said thanks, goodbye. Then I was outside the door. (...) I was one patient in that program of that day. (...) And, however, it the purpose of the visit was a question about quite a big matter, in my opinion, because my individual medication was changed.

Interestingly, these discourses also seemed to interplay through integration, with the discourses being equally present in the patients' negative experiences. This was seen in the patients' descriptions in which they linked a singular care situation to the standardized care relationships of diabetes management. Recently diagnosed patients with negative experiences, especially, seemed to wonder whether all professional-patient relationships related to diabetes care were similar or whether it was specific to a single experience. Both the synchronic interplay and the integration of personalization and standardization can be seen in the following quotation:

I think that she [the professional] did not actually think of me in that situation. She thought of what she had to do. (...) And I was thinking that here I am, in my first visit as diabetic patient, and the treatment is like this. Such a thought came, of course, to my mind that I must see if this continues.

Discussion

The aim of this study was to examine the competing meanings of the professional-patient relationship in professional-patient discussions held as part of type 2 diabetes management. This was accomplished by analyzing the patients' descriptions of significant interpersonal communication experiences with their health care professionals. The main findings on the competing discourses can be crystallized into four main points.

First, in addition to the meanings related to living with diabetes (Ingadottir & Halldorsdottir, 2008; Stuckey & Tisdell, 2010) and the meanings related to diabetes management (O'Hara, 2017; O'Hara & Shue, 2018), the professional-patient relationship also seems to give struggling meanings as part of diabetes management. So far, professional-patient relationships have been described quite consistently in the context of diabetes management through their objectives as cooperative processes supporting the patients' comprehensive responsibility for diabetes care. This study, however, shows that the relationships in question

have many struggling meanings in single care situations—at least from the perspectives of the patients. Thus, these meanings are important to include when analyzing chronically ill patients' multidimensional meaning-making processes as a whole related to diabetes management and its effects for living with the illness.

Second, the most interesting struggling discourse pair in this study was having the right to care versus deserving care, which has not yet been emphasized as a central struggling discourse pair of the professional-patient relationship in international health communication research, unlike other pairs, such as personalization versus standardization (Amati & Hannawa, 2014). The new discourse pair was related to how patients' feelings of guilt for having the illness were handled in care situations and how the professionals regarded patients with type 2 diabetes, which has been connected to unhealthy lifestyle habits. The handling of patients' guilt for causing their illness themselves and blaming behaviors of professionals in care situations have been examined in earlier studies (e.g., Browne et al., 2013). However, the new finding in the present study is that, at the same time that interlocutors construct meanings related to the causes of an illness and its management, there is also a more fundamental consideration: is the functional care relationship—which has usually been seen as a human right in patient care (e.g., Cohen & Ezer, 2013)—a service that patients with “self-caused” illnesses should earn through their own health-related actions? This multidimensional nature of the struggling discourses and their connections to fundamental rights justifies the importance of examining the struggling discourses of professional-patient relationships in order to recognize them and prevent the emphasis of detrimental discourses concerning suitable diabetes management.

When comparing the discourse pair right to care versus deserving care with the studies related to type 1 diabetes—which has also identified as a stigmatized illness (Viswanath, 2014)—in professional-patient relationships, patients have been blamed mainly for not following care instructions, not for causing the illness themselves (e.g., Browne et al., 2013;

Rasmussen et al., 2007). Thus, to our knowledge, there has not been same kind of struggling in the context of type 1 diabetes between the discourses of right to care and deserving care. Although the patients in the present study did not compare their professional-patient relationships with those of type 1 diabetics, the results, compared to previous studies, give grounds for supposing that the two types of diabetes might have different professional-patient communication challenges concerning diabetes management, at least with regard to meaning-making. Thus, more research needs to be done on professional-patient communication to distinguish between the management of different chronic illnesses and increase the understanding that different kinds of meanings are attached to different chronic illnesses and made visible and constructed in professional-patient communication in different ways (e.g., Thorne et al., 2004).

Third, when examining the discourse struggles in the patients' positive and negative descriptions (Baxter, 2011), the meaning-making process related to the professional-patient relationship as part of type 2 diabetes management seemed to be controlled by the professionals. The significance of the professionals' role was especially illustrated in the patients' negative experiences, in which the struggling discourses were set at opposite poles and the patients' impressions of the constructed meanings were based on the views offered by the professionals. These results are in line with studies that have presented professionals as controlling type 2 diabetes management, even when given the current knowledge on the benefits of patient-centered care (e.g., Kiuru et al., 2004; Mulder et al., 2015).

The professionals also played a central role in the positive experiences, especially in changing patient discourses that might have been harmful in terms of overall type 2 diabetes management. However, the most considerable difference between the patients' positive and negative descriptions was that, in the positive experiences, the patients were able to bring their own discursive struggles into the communication situation, and different discourses were

allowed to be present in the communication situations through negotiation. This was seen, for example, in the description by the patient who questioned her skills to live on the medication's terms. Although it has been asserted that the main responsibility in establishing a well-functioning relationship falls on the professional rather than the patient, due to the asymmetrical nature of professional-patient communication (e.g., Bennett & Irwin, 1997; Roter & Hall, 2006), examining the mechanisms of the discursive struggle afforded a new approach to study and implement the patient-centered orientation in practical care situations. In addition to focusing on what sort of communication behaviors result in a successful communication relationship, an essential question might also be what sort of meanings the interlocutors give to the professional-patient relationship as part of illness management and what kind of perception of the care relationship should be considered as the basis for the cooperation process. Considering these questions within care conversations could help the interlocutors place more responsibility on the care relationship instead of on single individuals, which might clarify the appropriate roles of both parties within chronic illness management (e.g., Zoffman & Kirkevold, 2007). Moreover, these perspectives on the care relationship might strengthen the understanding that patient-centeredness is already a process from the level of meaning-making in which both interlocutors' communication behaviors are of significance for the success of the care relationship and the patients' care (e.g., Street, 2017).

Finally, according to the results, the struggle between the discourses appeared, not only at the level of specific professional-patient relationships but also at the level of general professional-patient relationships, which were reflected in the patients' descriptions. On the one hand, the relationship was seen as a series of separate interaction situations in which the two interlocutors negotiated the meanings of, for instance, their responsibilities and rights in relation to care planning. On the other hand, the relationship was also seen as a shared care relationship, in which an illness suffered by a great number of people and treated by many

professionals. These findings support RDT's idea of the utterance chain (Baxter, 2011), which extends to the past and the future. The different discourses are not perceived as isolated communicative acts, but reflect how professional-patient relationships have been defined as part of diabetes management in the culture and in communities and the appreciations and expectations of the reflections and definitions in the present and the future. Thus, each communication situation with health care professionals could be seen as an opportunity, not only to support patients' current diabetes care and build current relationships but also to develop a wider understanding, in cooperation with professionals, of professional-patient relationships as part of type 2 diabetes management.

The results also support Street's (2003) ecological perspective in which professional-patient communication it is seen as part of the different social contexts. In the present study, other contexts mainly emerged when considering the patients' experiences in relation to wider perspectives of type 2 diabetes care, including questioning the patients' human right to the functional care relationship and when describing patients' feelings of guilt and the sources of this guilt, such as discussions in the media (e.g., Nahon-Serfaty, 2012). What is surprising, though, is that the effect of the Internet and the digitalization of health care did not emerge in the patients' experiences, although these themes have also been represented in Finnish public discussion and research (e.g., Drake, 2009). This might be because the questions asked in the open e-survey and semi-structured interviews did not cause the participants to think about their experiences in these perspectives. In addition, most of the study participants were retired, so the themes in question might not have been current to them. According to a recent study on the use of information and communications technology by individuals in Finland (OSF, 2018), 22% of 65- to 74-year-olds and 60% of 75- to 89-year-olds have never used the Internet. However, the use of the Internet is expected to increase, especially among older people, and social media is expected to become a more central place for influencing public discussions and

care practices (Hawn, 2009; Torkkola, 2016). This kind of digitalization might be one of the central ways to not only strengthen type 2 diabetes patients' marginal voices in the public discussion but also to enrich the discussion and deepen the understanding of diabetes management from a less discussed point of view—the discursive struggle related to professional-patient relationships in diabetes management.

The limitations of the study are particularly connected to the utilization of RDT and the research methods. The first limitation was that RDT 2.0 is usually not utilized when studying patients' positive and negative care experiences to avoid evaluating the discourses. In this study, however, separating the descriptions of the positive and negative experiences demonstrated in a new way how discourses compete in different ways in these types of experiences. Thus, the struggling of the discourses might have affected how patients experienced the care situations in question. Although RDT defines relationships as not finalizable and having no ideal goals or endings (Baxter & Montgomery, 1996), clarifying the interplay between competing discourses in different kinds of communication experiences could provide important information on how the competition of discourses affects the nature, development, and outcomes of the relationships. Thus, more research needs to be done on the discourse struggle in different relationships to clarify the complex process of meaning-making (Baxter, 2011).

The second limitation was related to the use of significant interpersonal communication experiences. It is important to recognize that the research data might suffer from recall bias in the patients' retrospective self-reports of events from several years before (e.g., Burleson & MacGeorge, 2002). Moreover, patients with continuing care relationships may have confused their perceptions of a single visit with those of other visits; in other words, memories are not necessarily realistic. However, the theory was applied well to the analysis of this type of data, as the discourses exist in the descriptions of past professional-patient discussions, not only in

genuine communication situations (Baxter, 2011). Moreover, in discourse analysis, the focus is not on determining what actually happened. What is essential is how the reality is described as constructed through various discourses (Remes, 2006).

The final limitation was that the majority of participants were women, and their perceptions of different communication behaviors—such as supportive communication—may have differed from those of men (e.g., Hanasono et al., 2011). However, in this study, the same questions were asked of all participants, and we did not find any substantial differences when comparing the responses of women and men regarding their positive and negative experiences.

Disclosure of potential conflicts of interest

No potential conflict of interest was reported by the authors.

Funding

The manuscript is part of the first author's doctoral studies which have been supported by the Tampere University (Faculty of Information Technology and Communication Sciences), the Pirkanmaa Regional Fund of Finnish Cultural Foundation (Grant 50141591), Jenny and Antti Wihuri Foundation (Grant 00180286) and the Finnish Diabetes Association.

References

- Amati, R., & Hannawa, A. F. (2014). Relational dialectics theory: Disentangling physician-perceived tensions of end-of-life communication. *Health Communication, 29*, 962–973. doi:10.1080/10410236.2013.815533
- Anderson, L., & Wilson, S. (1997). Critical incident technique. In D. L. Whetzel, & G. R. Wheaton (Eds.), *Applied measurement methods in industrial psychology* (pp. 89–112). Palo Alto, CA: Davies-Black Publishing.

- 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*, 399–414.
doi:10.1080/00909882.2016.1225164
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: A review. *Patient Education and Counseling, 48*, 177–187. doi:10.1016/S0738-3991(02)00032-0
- Baxter, L. A. (2011). *Voicing relationships: A dialogic perspective*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Baxter, L. A., & Braithwaite, D. O. (2010). Relational dialectics theory, applied. In S. W. Smith, & S. R. Wilson (Eds.), *New directions in interpersonal communication research* (pp. 48–66). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Baxter, L. A., & Montgomery, B. M. (1996). *Relating: Dialogues & dialectics*. New York, NY: The Guilford Press.
- Bennett, K. C., & Irwin, H. (1997). Shifting the emphasis to “patient as central”: Sea change or ripple on the pond? *Health Communication, 9*, 83–93.
doi:10.1207/s15327027hc0901_7
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*, 77–101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Browne, J. L., Ventura, A., Mosely, K., & Speight J. (2013). I call it the blame and the shame disease: A qualitative study about perceptions of social stigma surrounding type 2 diabetes. *BMJ Open, 3*, 1–10. doi:10.1136/bmjopen-2013-003384
- Burke, J. A., Earley, M., Dixon, L. D., Wilke, A., & Puczynski, S. (2006). Patients with diabetes speak: Exploring the implications of patients’ perspectives for their diabetes

- appointments. *Health Communication*, 19, 103–114.
doi:10.1207/s15327027hc1902_2
- Burleson, B. R., & MacGeorge, E. L. (2002). Supportive communication. In M. L. Knapp, & J. A. Daly (Eds.), *Handbook of interpersonal communication* (pp. 374–424). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Cohen, J., & Ezer, T. (2013). Human rights in patients' care: A theoretical and practical framework. *Health and Human Rights*, 15(2), E7–E19.
- Considine, J., & Miller, K. (2010). The dialectics of care: Communicative choices at the end of life. *Health Communication*, 25, 165–174. doi:10.1080/10410230903544951
- Dean, M., & Oetzel, J. G. (2014). Physicians' perspectives of managing tensions around dimensions of effective communication in the emergency department. *Health Communication*, 29, 257–266. doi:10.1080/10410236.2012.743869
- DeCoster, V. A. (2003). The emotions of adults with diabetes: A comparison across race. *Social Work in Health Care*, 36, 79–99. doi:10.1300/J010v36n04_05
- Drake, M. (2009). *Terveystiedon tuottajat ja hankkijat Internetissä. [At the interstices of health communication. Producers and seekers of health information on the Internet]*. Doctoral dissertation. *Jyväskylä Studies in Humanities*, 127, Jyväskylä: University of Jyväskylä.
- Flanagan, J. C. (1954). The critical incident technique. *Psychological Bulletin*, 51, 327–358. doi:10.1037/h0061470
- Gerlander, M. (2003). *Jännitteet lääkärin ja potilaan välisessä viestintäsuhteessa [Dialectical tensions in the doctor-patient communication and relationship]*. Doctoral dissertation. *Jyväskylä Studies in Humanities*, 3, Jyväskylä: University of Jyväskylä.

- Gustafsson, L.-K., Snellma, I., & Gustafsson, C. (2013). The meaningful encounter: Patient and next-of-kin stories about their experience of meaningful encounters in health-care. *Nursing Inquiry, 20*, 363–371. doi:10.1111/nin.12013
- Hanasono, L. K., Burlison, B. R., Bodie, G. D., Holmstrom, A. J., Rack, J., MacCullough, J. D., & Rosier, J. G. (2011). Explaining gender differences in the perception of support availability: The mediating effects of construct availability and accessibility. *Communication Research Reports, 28*, 254–265. doi:10.1080/08824096.2011.588580
- Hawn, C., (2009). “Take two aspirin and tweet me in the morning; How Twitter, Facebook, and other social media are reshaping health care. *Health Affairs, 28*, 361–368.
- Hivon, M., Lehoux, P., Denis, J.-L., & Rock, M. (2010). Marginal voices in the media coverage of controversial health interventions: How do they contribute to the public understanding of science? *Public Understanding of Science, 19*, 34–51.
- Iedema, R., Degeling, P., Braithwaite, J., & White, L. (2004). ‘It’s an interesting conversation I’m hearing’: The doctor as manager. *Organization Studies, 25*, 15–33. doi: 10.1177/0170840604038174
- Ingadottir, B., & Halldorsdottir, S. (2008). To discipline a “dog”: The essential structure of mastering diabetes. *Qualitative Health Research, 18*, 606–619. doi:10.1177/1049732308316346
- International Diabetes Federation (2017). *Diabetes atlas* (8th ed.). Retrieved from <http://www.idf.org/diabetesatlas>
- Iriart, C., Merhy, E. E., & Waitzkin, H. (2001). Managed care in Latin America: The new common sense in health policy reform. *Social Science & Medicine, 52*, 1243–1253. doi: 10.1016/S0277-9536(00)00243-4
- Kemppainen, J. K. (2000). The critical incident technique and nursing care quality research. *Journal of Advanced Nursing, 32*, 1264–1271. doi:10.1046/j.1365-2648.2000.01597.x

- Kiuru, P., Poskiparta, M., Kettunen, T., Saltevo, J., & Liimatainen, L. (2004). Advice-giving styles by Finnish nurses in dietary counseling concerning type 2 diabetes care. *Journal of Health Communication, 9*, 337–354. doi:10.1080/10810730490468586
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, healing and the human condition*. New York, NY: Basic Books.
- Koenig, C. J., Wingard, L. M., Sabee, C., Olsher, D., & Vandegriff, I. (2014). Managing patient-centered communication across the type 2 diabetes illness trajectory: A grounded practical theory of interactional sensitivity. *Journal of Applied Communication Research, 42*, 244–267. doi:10.1080/00909882.2014.911943
- Martin, D. R., O'Brien, J. L., Heyworth, J. A., & Meyer, N. R. (2008). Point counterpoint: The function of contradictions on an interdisciplinary health care team. *Qualitative Health Research, 18*, 369–379. doi:10.1177/1049732307311119
- Martin, J. R., & White, P. R. R. (2005). *The language of evaluation: Appraisal in English*. New York, NY: Palgrave Macmillan.
- McFarland, K. F., Rhoades, D. R., Campbell, J., & Finch, W. H. (2001). Meaning of illness and health outcomes in type I diabetes. *Endocrine Practice, 7*, 250–255. doi:10.4158/EP.7.4.250
- Moser, A., van der Bruggen, H., Widdershoven, G., & Spreeuwenberg, C. (2008). Self-management of type 2 diabetes mellitus: A qualitative investigation from the perspective of participants in a nurse-led, shared-care programme in the Netherlands. *BMC Public Health, 8*, 91–99. doi:10.1186/1471-2458-8-91
- Mulder, B. C., Lokhorst, A. M., Rutten, G. E. H. M., & van Woerkum, C. M. J. (2015). Effective nurse communication with type 2 diabetes patients: A review. *Western Journal of Nursing Research, 37*, 1100–1131. doi:10.1177/0193945914531077

- Nahon-Serfaty, I. (2012). The disruptive consequences of discourse fragmentation in the organization and delivery of health care: A look into diabetes. *Health Communication, 27*, 506–516. doi:10.1080/10410236.2011.618426
- Norman, I. J., Redfern, S. J., Tomalin, D. A., & Oliver, S. (1992). Developing Flanagan's critical incident technique to elicit indicators of high and low quality nursing care from patients and their nurses. *Journal of Advanced Nursing, 17*, 590–600. doi:10.1111/j.1365-2648.1992.tb02837.x
- Norwood, K. M. (2010). *Here and gone: Competing discourses in the communication of families with a transgender member* (Doctoral dissertation, University of Iowa, Department of Communication Studies). Retrieved from <https://ir.uiowa.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://www.google.com/&httpsredir=1&article=1749&context=etd>
- O'Hara, L. L. S. (2017). Discursive struggles in “diabetes management”: A case study using Baxter's relational dialectics 2.0. *Western Journal of Communication, 81*, 320–340. doi:10.1080/10570314.2016.1241425
- O'Hara, L. L. S., & Shue, C. K. (2018). Discourses of diabetes management in patient-physician interactions. *The Qualitative Report, 23*, 1282–1300.
- Official Statistics of Finland (OSF). (2018) *Use of information and communications technology by individuals* [e-publication]. Helsinki: Statistics Finland. Retrieved from http://www.stat.fi/til/sutivi/meta_en.html
- Olufowote, J. O. (2011). A dialectical perspective on informed consent to treatment: An examination of radiologists' dilemmas and negotiations. *Qualitative Health Research, 21*, 839–852. doi:10.1177/1049732311402097
- Pederson, J. R. (2014). Competing discourses of forgiveness: A dialogic perspective. *Communication Studies, 65*, 353–369. doi:10.1080/10510974.2013.833526

- Rasmussen, B., O'Connell, B., Dunning, P., & Cox, H. (2007). Young women with type 1 diabetes management of turning points and transitions. *Qualitative Health Research, 17*, 300–310. doi:10.1177/1049732306298631
- Remes, L. (2006). Diskurssianalyysin perusteet [The principles of the discourse analysis]. In J. Metsämuuronen (Eds.), *Laadullisen tutkimuksen käsikirja* [The guide of the qualitative research] (pp. 288–374). Helsinki: International Methelp.
- Roter, D. L., & Hall, J. A. (2006). *Doctors talking with patients/patients talking with doctors* (2nd ed.). Westport, CT: Praeger.
- Schluter, J., Seaton, P., & Chaboyer, W. (2008). Critical incident technique: A user's guide for nurse researchers. *Journal of Advanced Nursing, 61*, 107–114. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04490.x
- Street, R. L. (2003). Communication in medical encounters: An ecological perspective. In T. L. Thompson, A. M. Dorsey, K. I. Miller, & R. Parrott (Eds.), *Handbook of Health Communication* (pp. 63–89). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Street, R. L., Jr. (2017). The many “disguises” of patient-centered communication: Problems of conceptualization and measurement. *Patient Education and Counseling, 100*, 2131–2134. doi:10.1016/j.pec.2017.05.008
- Stuckey, H. L., & Tisdell, E. J. (2010). The role of creative expression in diabetes: An exploration into the meaning-making process. *Qualitative Health Research, 20*, 42–56. doi:10.1177/1049732309355286
- Taylor, S. (2001). Locating and conducting discourse analytic research. In M. Wetherell, S. Taylor, & S. J. Yates (Eds.), *Discourse as data: A guide for analysis* (pp. 5–48). Thousand Oaks: Sage.

- Thorne, S. E., Harris, S. R., Mahoney, K., Con, A., & McGuinness, L. (2004). The context of health care communication in chronic illness. *Patient Education and Counseling*, *54*, 299–306. doi:10.1016/j.pec.2003.11.009
- Torkkola, S. (2016). Multifaceted health communication. In V. Marinescu, & B. Mitu, (Eds.), *Health and the media: Essays on the effects of mass communication*. Jefferson, NC: McFarland, 17–36.
- Tuomola, S., Idänpään-Heikkilä, U., Halkoaho, A., & Virkamäki, A. (2011). *Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma (DEHKO 2010). Loppuraportti—osa 2* [The Development Programme of the Prevention and Care of the Diabetes. Final report, Part 2]. Retrieved from https://www.diabetes.fi/files/1373/Dehkon_loppuraportti.pdf
- Viswanath A. (2014). Negative public perceptions of juvenile diabetics: Applying attribution theory to understand the public’s stigmatizing views. *Health Communication*, *29*, 516–526. doi:10.1080/10410236.2013.777685
- Watzlawick, P., Bavelas, J. B., & Jackson, D. (1967). *Pragmatics of human communication*. New York, NY: W.W. Norton.
- Zoffman, V., & Kirkevold, M. (2007). Relationships and their potential for change developed in difficult type 1 diabetes. *Qualitative Health Research*, *17*, 625–638. doi:10.1177/1049732307301230

JULKAISU III

Tyypin 2 diabetesta sairastavien kokemukset vuorovaikutuksen merkityksestä omahoitoon kytkeytyvässä yhteistyössä

Maija Peltola, Pekka Isotalus & Päivi Åstedt-Kurki

Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti, 58(4), 396–411.
<https://doi.org/10.23990/sa.95513>

Artikkelin käyttöön väitöskirjan osana on saatu kustantajan lupa



Tyypin 2 diabetesta sairastavien kokemukset vuorovaikutuksen merkityksestä omahoitoon kytkeytyvässä yhteistyössä

Onnistunut omahoito edellyttää terveydenhuollon ammattilaisen ja diabeetikon välisessä vuorovaikutuksessa rakentuvaa toimivaa yhteistyötä. Omahoidon, yhteistyön ja vuorovaikutuksen välisiä suhteita sekä vuorovaikutuksen merkitystä yhteistyön toteutumisen kannalta on kuitenkin tarkasteltu tutkimuksissa vasta rajallisesti tyypin 2 diabeteksen hoidon kontekstissa.

Tämän viestintätieteellisen tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata tyypin 2 diabeetikoiden kokemuksia siitä, miten terveydenhuollon ammattilaisen ja diabeetikon välinen vuorovaikutus edistää ja estää omahoitoon kytkeytyvää yhteistyötä. Tutkimuksessa tarkasteltiin diabeetikoiden (N=41) kokemuksia lääkärin ja hoitajien kanssa tapahtuneista yksittäisistä hoidonohjauskusteluista (N=63), joiden koettiin edistäneen tai estäneen omahoitoa. Tutkimusaineisto kerättiin avoimella kyselyllä ja teemahaastattelumenetelmällä vuosina 2014–2015. Tutkimusaineistot yhdistettiin analyysivaiheessa ja ne analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalysilla. Tutkimuksen tekemisessä sovellettiin merkityksellisten tapahtumien tekniikkaa.

Tulokset osoittivat, että vuorovaikutus edisti ja esti omahoitoon kytkeytyvän yhteistyön tekemistä erityisesti kolmella osa-alueella, jotka olivat tiedon jakaminen, sosiaalisen tuen osoittaminen ja saaminen sekä yhteistyöroolien määrittäminen. Vuorovaikutuksella oli merkitystä yhteistyön osa-alueiden kautta sekä omahoidon suunnittelemiseen että omahoidon toteuttamiseen. Keskeistä vuorovaikutuksen edistävän ja estävän merkityksen kannalta oli, onnistuivatko ammattilainen ja diabeetikko rakentamaan hoidonohjauskusteluissa yhteisen vuorovaikutustyylin. Tuloksia voidaan hyödyntää diabeteksen hoidonohjauksen laatukriteereiden päivittämisessä ja tätä kautta omahoitoon kytkeytyvän yhteistyön arvioimisessa ja kehittämisessä.

ASIASANAT: yhteistyö, vuorovaikutus, tyypin 2 diabetes, omahoito

MAIJA PELTOLA, PEKKA ISOTALUS, PÄIVI ÄSTEDT-KURKI

YDINASIAT

- Terveydenhuollon ammattilaisen ja diabeetikon välinen vuorovaikutus edisti ja esti omahoitoon kytkeytyvän yhteistyön tekemistä erityisesti tiedon jakamisen, sosiaalisen tuen sekä yhteistyöroolien määrittämisen osa-alueilla.
- Vuorovaikutuksen merkitys näyttyi yhteistyön osa-alueiden kautta sekä omahoidon suunnittelemisessä että toteuttamisessa.
- Erityisen merkityksellistä yhteistyön toimivuuden ja onnistuneen omahoidon kannalta oli yhteinen vuorovaikutustyyli, joka rakennettiin yksilöllisesti ja tilannekohtaisesti hoidonohjauskusteluissa.
- Jokainen hoidonohjauskustelu tulisi nähdä mahdollisuutena edistää omahoitoon kytkeytyvää yhteistyön tekemistä vuorovaikutuksen keinoin.

JOHDANTO

TYYPIN 2 DIABETES

Tyypin 2 diabetes on heterogeeninen sairausryhmä, jolla ei ole yksiselitteisiä diagnostisia kriteerejä. Tavallisimmin tyypin 2 diabetes määritellään sairaudeksi, jossa verensokeripitoisuus on pitkäaikaisesti suurentunut. Sairauden kehittymiseen vaikuttavat sekä perimä että ympäristötekijät, ja usein tyypin 2 diabeetikolla on myös liitännäissairauksia, kuten kohonnut verenpaine tai rasva-aineenvaihdunnan häiriö. (1.) Lisäksi sairastumisriskiin ovat yhteydessä ylipaino, sosioekonomiset sekä psykososiaaliset kuormitustekijät, kuten pitkäaikainen stressi, univaikeudet ja masennus (2–4). Vuonna 2019 on arvioitu, että maailmanlaajuisesti diabetesta sairastaa joka yhdestoista aikuinen, ja heistä noin 90 prosenttia on tyypin 2 diabeetikkoja (5). Suomessa on arvioitu olevan yli 500 000 diabeetikkoa, joista noin 75 prosentilla on arvioitu olevan tyypin 2 diabetes (1). Tyypin 2 diabetesta on kutsuttu myös suomalaisiksi kansansairauksiksi, jonka hoitaminen on merkittävää niin yksilön, terveydenhuollon kuin koko yhteiskunnan kannalta (6–7).

YHTEISTYÖ OSANA ONNISTUNUTTA OMAHOITOA

Onnistunut omahoito on tyypin 2 diabeteksen hyvän hoitotasapainon perusta. Onnistuneella omahoidolla tarkoitetaan diabeetikon toteuttamaa päivittäistä hoitoa, jossa hän huolehtii terveellisestä ruokavaliosta, liikunnasta, lääkityksestä ja levosta. Omahoitoon sisältyy lisäksi liitännäissairauksien ennaltaehkäisy ja hoito sekä monipuolinen terveydentilan seuranta, kuten verensokerin ja verenpaineen sekä suun ja jalkojen terveyden seuranta. (1, 8.) Onnistunut omahoito on laaja ja dynaaminen kokonaisuus, joka edellyttää diabeetikolta motivoituneisuutta sitoutua päivittäiseen hoitamiseen sekä jatkuvaa valmiutta seurata terveydentilan muutoksia ja käsitellä sairastamiseen liittyviä tunteita, kuten epävarmuutta, pelkoa ja syyllisyyttä (9–10).

Vaikka vastuu omahoidon toteuttamisesta arjessa on diabeetikolla itsellään, on terveydenhuollon ammattilaisen kanssa tehtävällä yhteistyöllä keskeinen merkitys omahoidon onnistumisen kannalta (7, 11–12). Yhteistyön merkitystä omahoidossa korostetaan niin Käypä hoito -suosituksessa (1), hoidonohjauksen kansallisissa laatu-kriteereissä (13) kuin myös diabeteksen hoidon

kehittämishankkeiden viitekehyksenä toimivassa Terveystyömallissa (chronic care model), jossa tuloksellinen yhteistyö diabeetikon ja ammattilaisen välillä nähdään keskeiseksi terveyshyötyjä edistäväksi tekijäksi (14–15). Toimivan yhteistyön merkitys tulee esille hoitoon sitoutumista selittävänä tekijänä (16–18), keskeisenä voimaantumiseen liittyvänä tekijänä (19–20) sekä tasa-vertaisen hoitosuhteen ja siinä yhteisymmärryksessä tapahtuvan hoidosta sopimisen mahdollistajana (21–23).

YHTEISTYÖ HOIDONOHJAUKSEN KONTEKSTISSA

Yhteistyötä määriteltäessä on tärkeää huomioida, että yhteistyö ei tapahdu tyhjiössä, sillä konteksti antaa raamit yhteistyön luonteelle, sen tekemisen tavoille ja arvioinnille (24–25). Hoidonohjauksessa tapahtuvaa terveydenhuollon ammattilaisen ja diabeetikon välistä yhteistyötä kuvataan tavoitteelliseksi, prosessimaiseksi ja pitkäkestoiseksi kumpuunudeksi, jossa molemmat osapuolet osallistuvat omahoidon edistämiseen liittyvien tavoitteiden asettamiseen sekä yhteiseen työskentelyyn niiden saavuttamiseksi. Ammattilaisen tehtäväksi yhteistyössä on määritelty esimerkiksi tarvittavan tiedon antaminen, hoitotoimenpiteiden opettaminen sekä emotionaalisen tuen antaminen omahoitoon sitoutumisen vahvistamiseksi. Diabeetikon tehtäväksi yhteistyössä on puolestaan määritelty vastuun ottaminen hoitoon liittyvistä valinnoista sekä aktiivinen, oma-aloitteinen ja kanta-aottava käyttäytyminen. Diabeetikon toivotaan tuovan esille omia ajatuksia, tietoja, kokemuksia ja huolia diabeteksen kanssa elämisestä. Lisäksi hänen odotetaan ottavan puheeksi epäselväksi jääneitä ja tärkeiksi kokemiaan asioita, jotta hoidonohjaukseskustelut ja omahoitosuunnitelmat olisivat diabeetikon kannalta mahdollisimman tarkoituksenmukaisia. (1, 13, 26–27.) Täten toimivaa yhteistyötä ei nähdä vain ammattilaisvetoisena ohjaamisena ja vastuiden jakamisena, vaan ennen kaikkea potilaslähtöisenä toimintana, jossa keskinäinen kunnioitus sekä diabeetikon tarpeet, toiveet ja odotukset ovat toiminnan perustana, ja jossa hoito toteutetaan yhdessä diabeetikon kanssa (1, 12, 26, 28).

Potilaslähtöisyyden määrittelyssä ja toteuttamisessa on kuitenkin havaittu olevan ongelmia. Epäselväksi on esimerkiksi jäänyt, onko se enemmän ajattelu- vai toimintatapa, ja kuinka vastavuoroisena toimintana kyseinen orientaatio lopulta nähdään (29). Potilaslähtöistä toimintaa on

kuvattu pääasiallisesti ammattilaisen orientaation ja viestintätyylinä, jonka tavoitteena on saada potilas osallistumaan keskusteluun sekä hoitoon liittyvään päätöksentekoon (29–31). Yhteistyön tekemisessä ei kuitenkaan ole kyse vain siitä miten yksittäiset osapuolet toimivat, vaan myös siitä, miten molemmat osapuolet rakentavat keskinäistä ymmärrystä yhteistyön tekemisestä sekä siihen liittyvistä rooleista ja tavoitteista (25, 32). Kyseistä näkökulmaa perustelevat myös aikaisemmat tutkimukset, joissa on selvitetty tyyppin 1 ja tyyppin 2 diabeetikoiden näkemyksiä toimivasta hoitosuhteesta ja yhteistyöstä. Diabeetikot ovat kuvanneet arvostavansa sellaista hoitosuhdetta ja yhteistyötä, jossa molemmat osapuolet kuuntelevat ja oppivat toisiltaan, jakavat ideoita, ovat samaa mieltä keskeisistä tavoitteista sekä tukevat toiminnallaan tavoitteiden saavuttamista (33–35). Toistaiseksi on kuitenkin tarkasteltu vasta rajallisesti sitä, miten molempien osapuolten viestintäkäyttäytyminen on rakentanut yhteistyön tekemistä (29).

VUOROVAIKUTUKSEN MERKITYS TOIMIVAN YHTEISTYÖN RAKENTAJANA

Vuorovaikutuksella tarkoitetaan tässä tutkimuksessa ihmisten välisessä verbaalisessa ja nonverbaalisessa viestinnässä tapahtuvaa merkitysten luomista, jakamista ja niistä neuvottelemista. Merkitykset koskevat käsiteltävän asian lisäksi myös ihmisten käsityksiä ympäristöstään, itsestään sekä suhteestaan vuorovaikutuksen toiseen osapuoleen. Asiasisältöjen lisäksi on tärkeää tarkastella, millä tavoin vuorovaikutuksen osapuolet asemoituvat suhteessa toisiinsa ja miten he tätä vuorovaikutuksessa ilmaisevat. (25, 36.)

Vuorovaikutuksen ja yhteistyön välinen suhde on vähintään kaksiulotteinen. Toisaalta vuorovaikutuksen voidaan ymmärtää olevan tilannekohtaisesti rakentuva ympäristö, jossa osapuolet rakentavat ja ylläpitävät keskinäistä yhteistyötä luomalla ja tulkitsemalla verbaalisia ja nonverbaalisia viestejä käsiteltävästä aiheesta, itsestään ja suhteesta toiseen. Samanaikaisesti vuorovaikutus voidaan ymmärtää myös molempien osapuolten yhteiseksi työvälineeksi, jonka avulla on mahdollista luoda, muokata ja saavuttaa yhteistyöhön liittyviä tavoitteita. (25, 32.)

Vuorovaikutuksen tehtäväksi yhteistyön onnistumisen kannalta on nimetty muun muassa tiedon käsitteleminen, ideoiden tuottaminen ja

jalostaminen, toiminnan arvioiminen, tuen osoittaminen ja saaminen, keskinäisen riippuvuuden hallinta, yhteisten tavoitteiden määrittäminen, osapuolten erilaisten perspektiivien ymmärtäminen, ongelmien käsitteleminen ja päätöksenteko (25, 31, 37–38). Yhteistyöaiheisissa tutkimuksissa on kuitenkin havaittu, että useimmiten vuorovaikutuksen ja yhteistyön välinen suhde jää tarkemmin määrittelemättä. Myös yhteistyö on saatettu jättää tutkimuksissa kokonaan määrittelemättä, sillä ilmiötä pidetään usein itsestään selvyytenä. (25, 38.)

Yhteistyö määritellään usein positiiviseksi ilmiöksi – ikään kuin vuorovaikutuksessa rakentuva yhteistyö johtaisi aina onnistuneisiin lopputuloksiin (24). On kuitenkin todettu, että vuorovaikutus voi myös merkittävästi vaikeuttaa yhteistyön tekemistä ja sen tavoitteiden saavuttamista (25). Esimerkiksi niukka sosiaalinen tuki, kuuntelemattomuus sekä korostettu ammattilaisen ja diabeetikon välinen statusero ovat aikaisempien tutkimustulosten mukaan yhteydessä omahoidon laiminlyöntiin (12, 39–41). Jotta terveydenhuollon ammattilaisen ja diabeetikon välistä yhteistyötä pystyttäisiin kehittämään omahoidon kannalta entistä toimivammaksi ja tarkoituksenmukaisemmaksi, tarvitaan uutta tutkimusta selventämään vuorovaikutuksen roolia yhteistyön tekemisessä sekä tuomaan esille vuorovaikutuksen kaksisuuntainen merkitys.

TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE

Tämän viestintätieteellisen tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata tyyppin 2 diabeetikoiden kokemuksia siitä, miten terveydenhuollon ammattilaisen ja diabeetikon välinen vuorovaikutus edistää ja estää omahoitoon kytkeytyvää yhteistyötä. Tutkimuksen tavoitteena oli tehdä vuorovaikutuksen kaksisuuntainen merkitys näkyvämmäksi yhteistyön tekemisessä, jotta yhteistyötä pystyttäisiin kehittämään omahoidon kannalta entistä toimivammaksi ja tarkoituksenmukaisemmaksi.

Tutkimuskysymykset olivat:

1. Miten terveydenhuollon ammattilaisen ja tyyppin 2 diabeetikon välinen vuorovaikutus edistää omahoitoon kytkeytyvän yhteistyön tekemistä diabeetikon kokemana?
2. Miten terveydenhuollon ammattilaisen ja tyyppin 2 diabeetikon välinen vuorovaikutus estää omahoitoon kytkeytyvän yhteistyön tekemistä diabeetikon kokemana?

MENETELMÄT

KOHDERYHMÄ

Tämän tutkimuksen kohderyhmänä olivat tyypin 2 diabetesta sairastavat henkilöt. Tutkimuksen sisäänottokriteereinä olivat: 1. tutkimukseen osallistuja on täysi-ikäinen, 2. tutkimukseen osallistuvalla on diagnosoitu tyypin 2 diabetes, 3. tutkimukseen osallistuja on asioinut lääkärin tai hoitajan kanssa tyypin 2 diabeteksen hoitoon liittyen, 4. tutkimukseen osallistuja asuu Pirkanmaalla ja 5. tutkimukseen osallistuja on kykenevä antamaan tietoisien suostumusten tutkimukseen osallistumiseksi. Kaikkien edellä kuvattujen sisäänottokriteerien täytyminen oli edellytys tutkimukseen osallistumiselle.

AINEISTONKERUU

Tutkimusaineisto kerättiin Pirkanmaan maakunnassa vuosina 2014–2015. Tutkimuksesta tiedotettiin pirkanmaalaisten diabetesyhdistysten sekä Diabetesliiton kautta. Lisäksi tutkimuspyyntö julkaistiin avoimella Facebook-sivustolla sekä Diabetesliiton Kohtauspaikka-keskustelufoorumilla. Myös tutkimukseen osallistujat välittivät tutkimuksesta tietoa eteenpäin.

Tiedonkeruumenetelminä olivat avoin kysely ja teemahaastattelu, joissa molemmissa sovellettiin merkityksellisten tapahtumien tekniikkaa (critical incident technique, 42). Tässä tutkimuksessa merkityksellisellä tapahtumalla tarkoitettiin tyypin 2 diabeetikon yksittäiseen hoidonohjauskeskusteluun liittyvää merkityksellistä vuorovaikutuskokemusta, jonka hän itse koki olevan joko myönteisesti tai kielteisesti yhteydessä omahoitoon. Tutkimuksessa keskityttiin lääkärin ja hoitajien kanssa tapahtuneisiin hoidonohjauskeskusteluihin, sillä kyseiset ammattiryhmät vastaavat pääasiallisesti tyypin 2 diabeteksen hoidonohjauksesta ja hoidon seurannasta Suomessa. Tutkimuksessa ei rajattu diabeetikkojen kokemuksia sen perusteella, ovatko hoidonohjauskeskustelut tapahtuneet yksityisen, julkisen vai työterveyshuollon piirissä. Suomessa diabeteshoidon käytänteet vaihtelevat paljon (7), ja tästä syystä rajautuminen vain tietylle terveydenhuollon sektorille olisi voinut rajoittaa aineiston monipuolisuutta.

Osallistujia pyydettiin kuvailemaan omin sanoin yksittäisten hoidonohjauskeskustelujen etenemistä sekä miten molemmat osapuolet oli-

vat käyttäytyneet kyseisissä keskusteluissa. Lisäksi osallistujia pyydettiin kuvailemaan, miksi keskustelu oli omahoidon kannalta joko myönteinen tai kielteinen. Osallistujat saivat itse valita, kuinka monesta hoidonohjauskeskustelusta he haluavat kertoa ja haluavatko he kertoa myönteisistä ja/tai kielteisistä keskusteluista.

Avoin kysely toteutettiin e-lomakkeella, johon vastaajat kirjoittivat kokemuksistaan nimettömänä. Kysely toteutettiin yliopiston ylläpitämällä E-lomakeohjelmistolla (versio 3.1). Vastausten pituus vaihteli viidestä rivistä A4-sivun mittaisiin vastauksiin. Haastattelut kestivät 30–90 minuuttia, ja ne toteutettiin kasvokkain osallistujien valitsemissa paikoissa, kuten yliopistolla, kahviloissa sekä osallistujien kotona. Kaikki haastattelut äänitettiin ja kirjoitettiin tekstiksi.

AINEISTON ANALYYSI

Avoin kyselyaineisto ja teemahaastatteluaineisto yhdistettiin ja analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalysilla (43). Analyysiyksikkönä olivat merkitykselliset tapahtumat eli vuorovaikutuskokemukset, jotka ensin eroteltiin aineistosta. Kyseiset tapahtumat olivat useampien lauseiden muodostamia kokemuskuvia, jotka kytkeytyivät yksittäiseen hoidonohjauskeskusteluun. Tapahtumat sisälsivät tietoa tilannetekijöistä (esim. osapuolet, tilanteen tarkoitus, keskustelun aihe), viestinnällisestä ilmapiiiristä sekä omahoitoon liittyvistä seurauksista ja niihin yhteydessä olevista tekijöistä.

Aineistosta eroteltiin 63 merkityksellistä tapahtumaa, jotka luokiteltiin myönteisiksi ja kielteisiksi perustuen siihen, miten osallistujat olivat itse määritelleet kokemustensa myönteisyyden ja kielteisyyden omahoidon kannalta. Myönteisiä kokemuksia oli 42, joista 32 käsitteli lääkärin ja kymmenen hoitajan kanssa tapahtunutta hoidonohjauskeskustelua. Näistä 18 keskustelua tapahtui tutun ammattilaisen kanssa ja 16 ennalta tuntemattoman ammattilaisen kanssa. Kahdeksan osallistujaa ei maininnut tai muistanut, olivatko he tavanneet ammattilaisen aiemmin. Kielteisiä kokemuksia oli 21, joista 14 käsitteli lääkärin ja seitsemän hoitajan kanssa tapahtunutta keskustelua. Näistä yksitoista keskustelua tapahtui tutun ammattilaisen kanssa, ja viisi ennalta tuntemattoman ammattilaisen kanssa. Viisi osallistujaa ei maininnut tai muistanut, olivatko he tavanneet ammattilaisen aiemmin.

Analyysejä jatkettiin purkamalla tapahtumat merkityksellisiin ilmauksiin, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin. Tapahtumista etsittiin sellaisia ilmauksia, joissa kuvattiin vuorovaikutusta (kuten keskustelemista, kuuntelemista, toisen viestintään reagoimista) tai vuorovaikutuksen puuttumista. Samassa yhteydessä aineistosta etsittiin ilmauksia, joissa kuvattiin vuorovaikutuksen merkitystä yhteistyön tekemisen sekä muiden omahoidon onnistumiseen kytkeytyvien tekijöiden kannalta. Ilmaukset ryhmiteltiin kokemuksen myönteisyyden ja kielteisyyden, ammattilaisten ammattinimikkeen (lääkäri/hoitaja), diabeetikon sukupuolen sekä hoitosuhteen pituuden (ensikäynti/jatkuva hoitosuhde) perusteella.

Merkitykselliset ilmaukset pelkistettiin säilyttämällä alkuperäisilmauksen merkitys, ja pelkistykset luokiteltiin samankaltaisuuksien tai eroavaisuuksien mukaan alaluokiksi. Tässä vaiheessa lääkärin ja hoitajien kanssa tapahtuneiden keskustelujen kuvaukset yhdistettiin, sillä kuvauksissa ei havaittu keskeisiä eroja ammattikuntien välillä. Eroavaisuuksia ei havaittu myöskään sukupuolen osalta tai sen suhteen, oliko terveydenhuollon ammattilainen ennalta tuttu. Ainoaksi erotteluvaksi tekijäksi ilmausten jaottelussa jäi vuorovaikutuskokemusten myönteisyys ja kielteisyys yhteistyön tekemisen sekä muiden omahoitoon sisältyvien ulottuvuuksien kannalta.

Sekä myönteisten että kielteisten kokemusten merkityksellisistä ilmauksista muodostui 32 alaluokkaa. Alaluokista muodostettiin käsitteellistämisen kautta 14 yläluokkaa. Sekä myönteisistä että kielteisistä yläluokista muodostui kolme pääluokkaa, jotka olivat toistensa vastakohtia. Merkityksellisten tapahtumien tekniikan analyysiohjeiden mukaisesti (44, 42) myönteiset ja kielteiset pääluokat nimettiin neutraalisti. Tiivistetty esimerkki yhden pääluokan muodostumisesta on esitetty taulukossa 1. Taulukkoon 2 on koottu kaikki pääluokat, yläluokat ja alaluokat.

EETTISET NÄKÖKOHDAT

Tutkimuksen suunnittelussa ja toteuttamisessa noudatettiin tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) laatimia ihmistieteisiin luettavien tutkimusalojen eettisiä periaatteita (45). Ennen tutkimuksen aloittamista tutkimukselle haettiin eettisen toimikunnan myönteinen lausunto. Osallistujille annettiin ennen suostumuksen pyytämistä riittävä tieto tutkijoista, tutkimusaiheesta ja

toteutustavoista sekä tutkimuksen aikataulusta ja tulosten käyttötarkoituksista. Lisäksi osallistujille kerrottiin heidän oikeutensa tutkimukseen osallistujina sekä millä tavoin heidän yksityisyytensä suojataan. Kaikilta tutkimukseen osallistuvilta pyydettiin tietoinen suostumus tutkimukseen osallistumiseen.

Tutkimusaiheen arkaluonteisuus huomioitiin koko tutkimusprosessin ajan. Aineiston kerännyt tutkija tiedosti, että merkityksellisten tapahtumien muisteleminen saattaa herättää osallistujissa voimakkaita tunnereaktioita (46). Tutkija oli varautunut tarvittaessa keskeyttämään haastattelun ja ohjaamaan haastateltavan avun piiriin. Näin tutkija varautui toimimaan myös silloin, jos hän olisi havainnut osallistujan tarvitsevan apua terveydentilansa vuoksi. Tällaisia tilanteita ei kuitenkaan tullut esille. Kokonaisuutena tutkimusprosessi dokumentoitiin tarkasti ja tulokset esitettiin systemaattisen ja huolellisesti tehdyn analyysin pohjalta.

TULOKSET

Tutkimukseen osallistui yhteensä 41 henkilöä. Avoimeen kyselyyn vastasi yhteensä 13 naista ja kolme miestä. Kolmen vastaajan täyttämä avoin kysely jouduttiin hylkäämään, sillä vastauslomakkeet oli jätetty lähes tyhjiksi. Haastatteluihin osallistui 18 naista ja seitsemän miestä. Iältään osallistujat olivat 30–93-vuotiaita. Diagnoosin saamisesta oli kulunut aikaa 3–28 vuotta ja kaikilla osallistujilla oli joko tabletti- tai insuliinihoito.

Tulokset osoittivat, että diabeetikkojen kokemuksissa vuorovaikutus edisti ja esti omahoitoon kytkeytyvän yhteistyön tekemistä erityisesti kolmella osa-alueella, jotka olivat tiedon jakaminen, sosiaalisen tuen osoittaminen ja saaminen sekä yhteistyöroolien määrittely.

TIEDON JAKAMINEN

Tiedon jakaminen tarkoitti yhteisten merkitysneuvottelujen käymistä diabeteksesta ja omahoidosta. Myönteisissä vuorovaikutuskokemuksissa tiedon jakamista edisti tarvelähtöinen, kuunteleva ja diabeetikoiden viestintätyyleihin mukautettu vuorovaikutus. Tarvelähtöisyys tarkoitti tiedon jakamisen tapahtuneen diabeetikoiden lähtötietojen ja -tilanteen sekä toiveiden ja huolien pohjalta. Ammattilaiset käynnistivät yleensä tarvelähtöisen tiedon jakamisen esittämällä

Taulukko 1 Tiivistetty esimerkki pääluokan ”Sosiaalisen tuen osoittaminen ja saaminen” muotoutumisesta

Alkuperäisilmaus	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
”Ilmapiiri oli ihan semmonen, rento, koska hän oli, tuntu et hän oli aidosti kiinnostunu siit potilaasta, eli minusta, kun hän katto paljon mua. Varmaan mäkin oon ollu silloin rentoutuneempi – – Silloin uskaltaa paremmin puhua ja kysellä”	Ammattilainen osoitti kiinnostuneisuutta katsomalla diabeetikkoa Ammattilainen rentoutti ilmapiiriä Diabeetikko uskalsi puhua ja kysellä	Aktiivinen kontaktin ottaminen	Välitön vuoro-vaikutus	Sosiaalisen tuen osoittaminen ja saaminen
”Sitten me välillä puhuttiin taas sitä sairaudesta ja sitten hän taas rupes puhumaan yhtäkkiä meitä yhdistävistä asioista. (–) Se tuo heti semmosen turvallisen tunteen puhua ihan mistä vaan, niistä vaikeammistakin jutuis-ta.”	Ammattilainen ja diabeetikko kertoivat itsestään Yhdistävistä asioista puhuminen auttoi puhumaan myös vaikeam-mista asioista	Itsestä kertominen		
”Mä koin et mut hyväksyttiin semmosena ku mä olin siinä vaikka mä olinkin, mulla oli huomattu tämmönen vakava sairaus.”	Diabeetikko koki tulleen hyväk-sytyksi sairaudesta huolimatta	Hyväksynnän osoittaminen ja saaminen	Välittävä vuoro-vaikutus	
” – – se kyllä äkkiä vei siis kaikennäköiset tommoset pelot pois – – ku mä syyllistin itteeni sitten siinä aika paljon että minkä takia mä en sitte.. – – ottanu sitä tosissaan kun – – ammattilainen oli mua varottanu ja näin.”	Ammattilainen vei diabeetikon pelot pois Diabeetikko kertoi ammattilaiselle syyllisyyden tunteistaan			
” Mut se sano vaan että siis, et ei sitä kannata surra että nyt hoidetaan.”	Ammattilainen siirsi vuorovai-kutus-fokuksen murehtimisesta hoita-miseen	Tulevaisuuteen suuntautumi-nen		
”mä tunsin että vaikka mulla oli todettu tämmönen sairaus niin, mua ei moittittu yhtään, vaan todettiin että näin tämä on nyt tilanne että, nyt on uus tilanne elämäs-sä et ihan semmonen positiivinen.”	Ammattilainen ei moittinut diabeetikkoa sairastumisesta Ammattilainen ja diabeetikko totesivat diabeteksen uudeksi tilanteeksi elämässä			
”Ammattilainen ei oikeastaan kysynyt mitään ja kun kerroin kerroin olevani ruokavaliohoidolla, asia ei tunnu kiinnostavan mitenkään. Olen täysin omien mittausteni ja päätelmien varassa, en koe saaneeni tukea mistään.”	Ammattilainen ei esittänyt kysymyksiä Ammattilainen ei osoittanut kiin-nostusta diabeetikon ruokavalio-hoitoa kohtaan	Etäytyminen keskustelu-yhteydestä	Vetäytyvä vuoro-vaikutus	
”(–) se hoiti sen homman just mutta se oli sen sortinen että että ei sillä ollu mitään siis semmosta, tarvetta sitten sen ihmeempiä mun kanssani. (–) Häntä ei kiinnostanu millään lailla siis, mikään muu ku se että ne kokeitten tulokset (–). ku mä huomasin että se ei oo, kauheesti halua mun kanssa kommunikoida niin mäkin aattelin että olkoon. Ettei kato ettei ala ärsyttää siis sitä, tietien tahtoen sitä.”	Ammattilainen keskittyi kokeiden tuloksiin Diabeetikko ei yrittänyt muuttaa vuorovaikutuksen luonnetta Diabeetikko ei halunnut ärsyttää ammattilaista	Virallisuus		
”se jotenkin niin kun syytti hyvin selkein, selkein sanoin mua vähän niin kun kaikesta. Että mä syön väärin ja tota.. (–) sano tota lääkityksistäkin, että tota sä syöt niin hirvittävästi lääkkeitäkin, että tota nekin tekee sut huonokuntokseks ja .. (–)Niin se tuntu semmoselta inhottavalta, että siinä odotti kun pääsis vaan äkkiä läh-teen pois täältä, että siinä rupes tuleen jo vähän paniikin tuntua, semmosta että tota.. ja erittäin paha mieli sitten kyllä tuli. (..) vähän semmonen epätoivonen olo kanssa oli siinä, että tota. Kun tuntu, että siitä ei mitään, mitään hyötyä saa että on semmosta syytöstä, että oon tämmö-sen sairauden ittelteni hommannu ja tällain että.”	Diabeetikko koki ammattilaisen syyllistävän häntä vääränlaisesta ruokavaliosta Diabeetikko koki ammattilaisen syyllistävän häntä tarvittavan lääkityksen käyttämisestä Diabeetikko koki tulleen syyllis-tetyksi sairastumisesta Diabeetikko pahoitti mielensä Diabeetikko alkoi odottaa käynnin päättymistä Diabeetikko ei saanut käynnistä hyötyä	Syyllistämi-nen ja syyllistyminen	Ojentava vuoro-vaikutus	
” (–) mä pyysin sitä (ammattilaista) silloin jo, et piti mitata verenpainetta, kun se oli jossain muualla sanottu, että se oli hyvin korkea, niin (–) se ei hoitanut sitä mitenkään (–). Ja tota mä puhuin näistä pissattamisesta ja muuta että kun on aina väsyny, niin se oli sitä mieltä, että tää johtuu vaan mun alkoholin käyttötäustasta. (–) ja tota sitten kun on tätä vyötärolihavuutta. (–) se sano, että ei kai se tässä tilanteessa oo mikään ihme, jos verenpaine on vähän korkeella. (–) Et ei mitään tukea tai apua saanu, vaan sitä alas painamista menneestä (–) tää sit tosiaan aiheutti mulla semmosen pelkotilan (–) päätin, että mä en enää ikinä tuu tän ammattiryhmän vastaanotolle.”	Ammattilainen määritteli diabeeti-ikon oireiden johtuvan diabeetikon alkoholinkäyttötäustasta ja vyötä-rölihavuudesta Diabeetikko koki saaneensa avun ja tuen sijaan alas painamista menneisyydestään johtuen Kokemus aiheutti diabeetikolle ammattilaiskohtaamisiin liittyvän pelkotilan	Menneisyyteen suuntautumi-nen		

Taulukko 2 Pääluokat, yläluokat ja alaluokat

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Tiedon jakaminen diabeetikoiden lähtötietojen, tilanteen, toiveiden ja huolien pohjalta Tiedon tarpeiden kysyminen ja ääneen sanoittaminen Kuultuun reagoiminen Kuullun tiedon tarkentaminen Ajan antaminen kuuntelemiselle Jaetun tiedon konkretisoiminen Toisen viestintätyyliin tutustuminen	Tarvelähtöinen vuorovaikutus Kuunteleva vuorovaikutus Diabeetikkojen viestintätyyliin mukautettu vuorovaikutus	Tiedon jakaminen
Jaetun tiedon kytkeytyminen hoidettavaan tehtävään Tiedon tarpeiden selvittämättä jättäminen Vähäinen reagointi kuultuun Tiedon tarkentamatta jättäminen Kiireinen ilmapiiri Jaetun tiedon konkretisoimisen puute Toisen viestintätyyliin tutustumatta jättäminen	Tehtävälähtöinen vuorovaikutus Kuuntelematon vuorovaikutus Ammattilaisten viestintätyyliin mukautettu vuorovaikutus	
Aktiivinen kontaktin ottaminen Itsestä kertominen Hyväksynnän osoittaminen ja saaminen Tulevaisuuteen suuntautuminen	Välitön vuorovaikutus Välittävä vuorovaikutus	Sosiaalisen tuen osoittaminen ja saaminen
Etääntyminen keskusteluyhteydestä Virallisuus Syyllistäminen ja syyllistyminen Menneisyyteen suuntautuminen	Vetäytyvä vuorovaikutus Ojentava vuorovaikutus	
Päätöksistä keskusteleminen Molempien mielipiteiden huomioiminen Diabeetikon päätösvallan kunnioittaminen Hoidonohjauskeskustelun määrittelyminen osaksi jatkuvaa hoitoprosessia Hoitopäätösten määrittelyminen yhteisiksi Hoitopäätösten kuvaaminen dynaamisiksi	Jaettu päätöksenteko Hoidonohjauksen prosessimaisuutta korostava vuorovaikutus	Yhteistyöroolin määrittelyminen
Ammattilaisvetoinen yksisuuntainen keskustelu Diabeetikon kokemusperäisten havaintojen kyseenalaistaminen Senhetkiseen tilanteeseen keskittyminen Diabeteshoidon toteuttamisen määrittely yksin diabeetikon vastuulle	Autoritäärinen päätöksenteko Hoidonohjauksen episodimaisuutta korostava vuorovaikutus	

diabeetikoiden tilanteeseen ja tarpeisiin liittyviä kysymyksiä. Diabeetikot puolestaan edistivät kyseistä prosessia esittämällä tarkentavia kysymyksiä sekä sanoittamalla ääneen omia tiedon tarpeita.

Kuunteleva vuorovaikutus tarkoitti kuultuun reagoimista, kuullun tiedon tarkentamista sekä ajan antamista kuuntelemiselle. Molemmat osapuolet osoittivat kuultuun reagoimista katsekontaktilla, nyökkäyksin ja kuultuun tietoon tai kysymykseen vastaamalla. Lisäksi osapuolet tar-

kensivat tietoa pohtimalla yhdessä, miten jaettu tieto oli ymmärretty ja mitä tieto tarkoitti omaidon suunnitteleminen ja toteuttamisen osalta. Täten tietoa ei vain vaihdettu, vaan sitä prosessoitiin yhdessä. Lisäksi molemmat osapuolet osoittivat antavansa aikaa viestintätilanteelle ja toisen kuuntelemiselle.

Diabeetikoiden viestintätyyliin mukautettu vuorovaikutus tarkoitti jaetun tiedon konkretisoimista sekä tutustumista toisen viestintätyyliin. Myönteisissä vuorovaikutuskokemuksissa am-

mattilaiset käyttivät hoito-ohjeiden antamisessa arkielämän esimerkkejä sekä välttivät lääketieteellisten termien käyttöä, jolloin jaetusta tiedosta oli sujuvampaa keskustella ja diabeetikoiden oli helpompi ymmärtää annetut ohjeet. Toisen viestintätyyliin tutustuminen tarkoitti puolestaan toisen osapuolen viestintätyylin havainnointia ja oman viestintätyylin suhteuttamista siihen. Sopivan tyylin löytymistä tuki hoitosuhteen jatkuvuus. Tällöin osapuolet olivat jo oppineet tunteemaan toistensa tavat olla vuorovaikutuksessa. Sopiva tiedon jakamisen tyyli oli kuitenkin mahdollista löytää myös ensikäynneillä ammattilaisen osoittaman kiinnostuneisuuden, ystävällisyyden, rentouden sekä epämuodollisiin asioihin liittyvän itsestä kertomisen avulla. Joillekin sopiva tiedon jakamisen tyyli oli suora, joillekin ymmärtäväinen ja joillekin humoristinen.

”joo että sä voisit mennä ulkoiluttaa sun koiraa”, mä sanoin et joo kyllä ihan hyvä ehdotus mut mul ei oo koiraa. Niin (ammattilainen) sano että ”no ei se haittaa mee silti”. Et kuitenki että ku koiranulkoiluttajat niitten on kerta kaikkiaan mentävä että siinä ei voi miettiä et menenks mä vai en että, samalla asenteella niin, et hän viestitti tämmösellä jutulla. Ja kyllä mä rupesinki sitte käymään mä tein kuudelta aamulla pitkiä kävelylenkkejä ja sitte pyörällä ajoin kans aika paljon, mutta nyt mä en oo täällä sitä kovin paljoo, sitä aamukävelyä en oo moneen vuoteen harrastanu ollenkaan. Et kyl mä kävelylenkkejä teen, mut mä en ikinä unohda tätä kommenttia se oli mainio juttu kyllä.”

Kielteisissä vuorovaikutuskokemuksissa tiedon jakamista esti tehtävälähtöinen, kuuntelematon ja ammattilaisten viestintätyyleihin mukautettu vuorovaikutus. Tehtävälähtöisyys tarkoitti tiedon jakamisen kytkeytymistä hoidettavaan tehtävään sekä tiedon tarpeiden selvittämättä jättämistä. Keskustelut käynnistyivät ja rajautuivat niiden tietojen jakamiseen, jotka liittyivät keskustelun ennalta määriteltyyn tehtävään – esimerkiksi hoitovälineiden käytön opettelemiseen – sen sijaan, että keskustelussa olisi käsitelty diabeetikoiden senhetkistä tilannetta ja tarpeita. Rajauksen tekivät diabeetikoiden kokemusten mukaan ammattilaiset.

Kuuntelemattomuus ilmeni vähäisenä reagoimisena kuultuun, tiedon tarkentamatta jättämisenä sekä kiireisenä ilmapiirinä. Ammattilaisten toiminnassa kuuntelemattomuus ilmeni niukkana reagoitina diabeetikoiden kertomaan – esimerkiksi hymähtelynä ilman katsekontaktia. Ammattilaiset eivät olleet myöskään tarkistaneet tietoa antaessaan, oliko heidän viestinsä ymmärretty heidän tarkoittamallaan tavalla. Lisäksi ammattilaiset olivat luoneet omalla viestintäkäytännöllään kiireisyyden tuntua, esimerkiksi kertomalla odotustilassa olevista potilaista tai puhumalla käsiteltävät asiat nopeasti antamatta diabeetikoille tilaa osallistua keskusteluun. Diabeetikoiden toiminnassa kuuntelemattomuus ilmeni vähäisenä reagoimisena kuultuun. He ottivat ammattilaisten viestit vastaan, mutta katsoivat parhaaksi vaieta ja tehdä keskustelujen jälkeen omat johtopäätökset kuullusta omien tietojen pohjalta. Täten vuorovaikutuksessa muodostui väärinymmärryksiä, jotka konkretisoituivat myös koettujen hoidonohjauskeskustelujen jälkeen tehtyjen hoitopäätösten tasolla.

”kun mä sanoin sille että mulla on semmonen, mä kuulen mun sydämenlyönnit mun päässä, niin se sanoi ”ääh”, sit se kirjotti koneella niin vahvistuksen tolle.. verenpainelääkkeelle. No mää sanoin, että ”no mikäs tää nyt sitten on?” ”No se vahvistaa sitä verenpainelääkettä.” Ja, niin kuin monet tietää, kuinka vähän mulla on verenpainetta. – – Et se oli niinku turha keskustelu, kun tuntu, et se ei kuuntele. – – Mutta en minä oo ottanu kun sen yhden tabletin. Mitä tukee se verenpainelääke tarttee, kun mulla on verenpainemittari kotona ja ne on ihan ok.”

Ammattilaisten viestintätyyleihin mukautettu vuorovaikutus tarkoitti jaetun tiedon konkretisoinnin puutetta sekä toisen viestintätyyliin tutustumatta jättämistä. Ammattilaiset eivät olleet konkretisoineet hoito-ohjeita diabeetikoiden tietotason mukaan, eivätkä he osoittaneet halukkuutta huomioida diabeetikoiden viestintätyyliä vuorovaikutuksessa. Täten hoidonohjauskeskusteluissa ei yritetty löytää diabeetikoille sopivaa tapaa vastaanottaa ja prosessoida tietoa sekä osallistua keskusteluun, mikä vaikeutti tiedon jakamista sekä hoito-ohjeiden ymmärtämistä.

”ne (hoito-ohjeet) oli vähän semmosia.. vähän semmosia sekavia, että niistä ei ihan päässy sillain tarkalleen selville, että.. Että mitä se sitten loppujen lopuks niin tarkalleen tarkotti, mulle oli tämmöset sanat hiilihydraatti ja mitä sanoja se käytti noista, kun ne oli semmosia, et mä en niin kun sillain ymmärtäny, että missä on hiilihydraatteja ja tällain.”

SOSIAALISEN TUEN OSOITTAMINEN JA SAAMINEN

Sosiaalisen tuen osoittaminen ja saaminen tarkoittivat merkitysneuvotteluja, jotka liittyivät sairauteen ja omahoitoon liittyvien kielteisten tunteiden hallintaan. Syyllisyyttä, huolta, epävarmuutta, pelkoa ja ahdistuneisuutta aiheuttivat erityisesti oman terveydentilan heikentyminen sekä sairauden mahdolliset vaikutukset arkielämään.

Myönteisissä vuorovaikutuskokemuksissa sosiaalisen tuen osoittamista ja saamista edisti välitön ja välittävä vuorovaikutus. Välitön vuorovaikutus tarkoitti aktiivista kontaktin ottamista ja itsestä kertomista. Aktiivinen kontaktin ottaminen ilmeni kokemuksissa molemminpuolisena katsekontaktin ottamisena, hymyileväisyytenä, reippaana kädenpuristuksena sekä aktiivisena keskusteluna, jossa uskallettiin käyttää myös huumoria. Myös itsestä kertominen oli vastavuoroista. Vaikka diabeetikot kertoivat luontaisesti enemmän itsestään kuin ammattilaiset, molemmat osapuolet jakoivat tietoa yhteisistä kiinnostuksen kohteista, asuinpaikkakunnista, loma-kohteista, harrastuksista sekä perheenjäsenien määrästä. Itsestä kertominen säilyi kuitenkin tuttavallisella tasolla. Sekä aktiivisen kontaktin ottamisen että itsestä kertomisen ansiosta ammattilaiset vaikuttivat diabeetikoista inhimillisiltä ja helposti lähestyttäviltä; jos heidän kanssaan pystyi keskustelemaan tavallisista asioista, heidän kanssaan pystyi keskustelemaan myös arkaluontoisemmista, terveyteen liittyvistä vaikeammista ajatuksista ja tunteista (ks. taulukko 1).

Välittävä vuorovaikutus tarkoitti hyväksynnän osoittamista ja saamista sekä tulevaisuuteen suuntautumista. Hyväksynnän osoittaminen ja saaminen ilmenivät vuorovaikutuskokemuksissa kannustavan palautteen antamisena ja saamisena, samanmielisyyden ilmauksina sekä kielteisten tunteiden esittämisenä ja ymmärtäväisenä suhtautumisena niihin. Ammattilaiset esimerkiksi peilasivat kielteisiä ajatuksia toisten diabeetikoi-

den ajatuksiin kuvaten niitä luonteviksi, eivätkä ammattilaiset tuoneet esille omia mahdollisia kielteisiä ajatuksiaan diabeetikoita kohtaan. Osa ammattilaisista toi kuitenkin esille huolestuneisuutensa diabeetikoiden terveydentilasta esimerkiksi herkistymällä ja korostamalla vakavilla äänenpainoilla säännöllisen lääkityksen tärkeyttä. Tämänkaltaiset tunnelmaisut diabeetikot kokivat kuitenkin myönteisiksi välittämisen osoitukseksi.

Tulevaisuuteen suuntautuminen tarkoitti sitä, että ammattilaiset ohjasivat vuorovaikutusta ennen kaikkea siitä keskustelemiseen, miten diabeetikoiden omahoitoa voitaisiin jatkossa tukea. Myönteisissä vuorovaikutuskokemuksissa ammattilaiset ja diabeetikot pohtivat yhdessä konkreettisia ja maltillisia omahoitotavoitteita sekä niiden myönteisiä seurauksia diabeetikon terveydelle. Vaikka välittävän vuorovaikutuksen molempien osa-alueiden onnistuminen oli erityisesti ammattilaisten vastuulla, edellyttivät ne myös diabeetikoilta itseltään riskinottoa, kun he kertoivat ammattilaisille sairauteen liittyvistä syyllisyyden tunteista tai vaikeuksista omahoidossa. Kun välittävä vuorovaikutus toteutui, sairauteen liittyvien kielteisten tunteiden hallinta helpottui. Esimerkiksi sairauteen liittyvät pelot ja epävarmuuden tunteet lievenivät. Lisäksi sairaus ei enää vaikuttanut elämää hallitsevalta, vaan hallittavissa olevalta elämän osa-alueelta.

Kielteisissä vuorovaikutuskokemuksissa sosiaalisen tuen osoittamista ja saamista esti vetäytyvä ja ojentava vuorovaikutus. Vetäytyvä vuorovaikutus tarkoitti etäänymistä keskusteluyhteydestä sekä virallisuutta. Etäänntyminen keskusteluyhteydestä tarkoitti molempien osapuolten kohdalla kysymysten ja vastausten niukkaa esittämistä sekä etäisyyden ottamista esimerkiksi muualle päin katsomalla. Virallisuus tarkoitti keskustelun pysymistä tiukasti käsiteltävässä asiassa ilman huumoria. Ammattilaiset eivät keroneet itsestään, ja myös diabeetikot katsoivat parhaaksi kertoa vain välttämättömät asiat, jotta he eivät vaikeuttaisi keskustelun kulkua esimerkiksi ärsyttämällä vahingossa omalla käyttäytymisellään toista osapuolta.

Ojentava vuorovaikutus tarkoitti syyllistämistä ja syyllistymistä sekä ja menneisyyteen suuntautumista. Syyllistämistä ja syyllistymistä ilmeni keskusteluissa, joissa diabeetikot kokivat joutuneensa vastaanottamaan ammattilaisten suoria

tai epäsuoria moitteita sairastumisesta, terveyden laiminlyönnistä sekä terveyspalvelujen käytämisestä itseaiheutetun sairauden osalta. Menneisyyteen suuntautuminen tarkoitti ammattilaisten ohjanneen vuorovaikutusta siitä keskustelemiseen, miten tilanteeseen on tultu ja mitä diabeetikoiden olisi jo terveytensä edistämiseksi pitänyt tehdä. Kyseisissä keskusteluissa diabeetikot kokivat joutuneensa tilanteeseen, jossa heidän ainoa mielekäs vaihtoehtonsa oli odottaa keskustelun päättymistä puolustautumisen sijaan. Molemmat ojentavan vuorovaikutuksen muodot johtivat diabeetikkojen kokemuksissa usein hoitosuhteiden katkeamiseen sekä kielteisten tunteiden käsittelyn vaikeutumiseen.

YHTEISTYÖROOLIIEN MÄÄRITTELEMINEN

Yhteistyöroolien määrittely tarkoitti merkitysneuvottelujen käymistä liittyen siihen, miten omahoitoon ja hoidonohjaukseen liittyvät tehtävät ja vastuut ymmärrettiin ja jaettiin. Myönteisissä vuorovaikutuskokemuksissa yhteistyöroolien määrittelyä edisti jaettu päätöksenteko sekä hoidonohjauksen prosessimaisuutta korostava vuorovaikutus. Jaettu päätöksenteko tarkoitti päätösten tekemistä yhdessä keskustellen, molempien mielipiteet huomioiden sekä diabeetikoiden päätöksentekovaltaa kunnioittaen. Jaettu päätöksenteko tarkoitti käytännössä ammattilaisten esittämiä vahvoja suosituksia, joiden pohjalta diabeetikot tekivät lopulliset päätökset oman harkintansa pohjalta.

Mä menin niitä (labratuloksia) kuulemaan. Niin siinä kohtaa mä sanoin, että kuule, et mä en haluu alottaa sitä lääkitystä. Ja hän sano, no sä oot aikuinen ihminen ja se on sun oma ratkasu, ja että ei hän tietenkään pakota, että mutta et sä tiedät että tämmönen mahdollisuus on olemassa, että tämmöstäkin voi kokeilla. – – Ja sit siitä tulikin hirveen hyvä kokemus just sen takia, että huomas, että, et eihän tää ookkaan niin ku, et tää ei toimikkaan niin, että sieltä tulee vaan niitä käskyjä ja sitten me totellaan potilaat, että vaan todella se oli semmonen vuorovaikutteinen homma.”

Hoidonohjauksen prosessimaisuutta korostava vuorovaikutus tarkoitti hoidonohjauskeskustelun määrittelyä osaksi jatkuvaa hoitoprosessia.

Käytännössä tämä ilmeni hoitosuunnitelmien ja hoitopäätösten kuvaamista yhteisiksi, joiden suunnitteluun ja seurantaan molemmat osapuolet sitoutuivat. Lisäksi hoitosuunnitelmat ja päätökset määriteltiin dynaamisiksi, jolloin niitä olisi myös mahdollista diabeetikon terveystilanteen mukaan muuttaa. Täten diabeetikot eivät kokeneet jäävänsä sairauden kanssa yksin, vaan heille muodostui käsitys hoitoprosessin jatkuvuudesta joko saman tai muun terveydenhuollon ammattilaisen kanssa.

Kielteisissä vuorovaikutuskokemuksissa yhteistyöroolien määrittelyä estäviä tekijöitä korostava vuorovaikutus. Autoritääriin päätöksenteko sekä hoidonohjauksen episodimaisuutta korostava vuorovaikutus. Autoritääriin päätöksenteko näyttäytyi kokemuksissa ammattilaisvetoisina yksisuuntaisina keskusteluina, joissa ammattilaiset esittivät ehdottomia mielipiteitä sairauden hoitamisesta sekä kyseenalaistivat diabeetikoiden kokemusperäisiä havaintoja. Omahoitoon liittyvistä asioista keskusteleminen sekä päätöksentekoprosessi näyttäytyivät diabeetikoille keskusteluina, joihin he eivät pystyneet osallistumaan. Hoidonohjauksen episodimaisuutta korostava vuorovaikutus tarkoitti puolestaan vuorovaikutuksen keskittymistä senhetkiseen tilanteeseen sekä diabeteshoidon toteuttamisen määrittelyä yksin diabeetikon vastuulle. Hoidonohjauskeskusteluissa ei keskusteltu terveydenhuollon ammattilaisen roolista omahoidossa eikä keskustelua asetettu osaksi pidempää hoidon jatkumoa. Sen sijaan keskusteluissa korostui, että ammattilaiset määrittivät olevansa apuna vain siinä hetkessä – muutoin omahoidon toteuttamisvastuu sekä tarvittavan avun hakemisvastuu määriteltiin olevan yksin diabeetikoilla. Sekä autoritääriin päätöksenteko että hoidonohjauksen episodimaisuuteen painottunut vuorovaikutus johtivat yleensä diabeetikoiden itsenäisiin hoitoratkaisuihin.

”No se oli tällästä, kun oli kolesterolilääkkeestä kysymys ja kun oli sitten, ne ei sopinut ne lääkkeet minulle, ja hän – – sitten vastas siinä, kun mä sitten pyysin erilaisia lääkkeitä tai jotain, että kun mä en saanu kunnolla nukuttua tai muuta. Niin (ammattilainen) sit tokas vaan sitten, että ei ne mitään semmosta tee. Viistoista kiloo painosta poies, ja mikäähän se sitten oli vielä... ja elämäntapojen muutos. Ja mä itse mietin, että mikäähän, ja mä

liikunkin paljon enkä käytä alkoholia enkä tupakkaa. – – Enhä mä oikeastaan osannut sanoo mitään siinä kohtaa, mutta en myöskään syönyt sitä lääkettä sen jälkeen.”

POHDINTA

TULOSTEN TARKASTELUA

Tämän viestintätieteellisen tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata tyypin 2 diabeetikoiden kokemuksia siitä, miten terveydenhuollon ammattilaisen ja diabeetikon välinen vuorovaikutus edistää ja estää omahoitoon kytkeytyvää yhteistyötä. Tulokset osoittivat, että vuorovaikutus edisti ja esti yhteistyön tekemistä erityisesti tiedon jakamisen, sosiaalisen tuen sekä yhteistyöroolien määrittämisen osa-alueilla. Kyseisten osa-alueiden näyttäytyminen sekä myönteisissä että kielteisissä vuorovaikutuskokemuksissa kuvastaa niiden keskeisyyttä omahoitoon kytkeytyvän yhteistyön rakentumisen kannalta. Tutkimuksen tulokset vahvistavat myös aikaisempien tutkimusten tuloksia (11–12, 21, 31, 33–34), joissa on kuvattu osa-alueiden merkitystä omahoitoon kytkeytyvän yhteistyön onnistumisen kannalta.

Tässä tutkimuksessa yhtenä merkittävänä osa-alueena näyttäytyi yhteistyöroolien määrittäminen, joka on toistaiseksi esiintynyt diabetesaiheisissa tutkimuksissa harvemmin. Aiemmin vuorovaikutuksen merkitystä omahoitoon kytkeytyvässä yhteistyössä on kuvattu lähinnä suhteessa siihen, miten se edistää diabeetikon selviytymistä sairauden kanssa. Vähemmälle huomiolle on jäänyt se, miten yhteistyöroolien määrittäminen toteutetaan vuorovaikutuksessa jo yhteistyön alkuvaiheessa, eli miten molemmat osapuolet asemoivat itsensä ja toisensa yhteistyön tekijöiksi ja miten osapuolet yhteistyön tekemisen omahoidon kontekstissa ymmärtävät (23, 33). Tämän tutkimuksen tulokset osoittivat, että kun yhteistyöroolit määriteltiin yhdessä keskustellen, päätöksenteko näyttäytyi jaettuna ja yhteistyö terveydenhuollon ammattilaisten kanssa koettiin jatkuvana prosessina. Mikäli yhteistyörooleja ei määritely, päätöksenteko näyttäytyi autoritäärisenä ja hoitoprosessi yksittäisinä hoidonohjauskeskusteluina, joiden jälkeen diabeetikot tekivät usein hoitoratkaisut itsenäisesti. Voidaan todeta, että yhteistyöroolien määrittämisellä on keskeinen merkitys paitsi

yhdelle hoidonohjauskeskustelulle, myös tulevaisuudessa rakentuville hoidonohjauskeskusteluille terveydenhuollon ammattilaisten kanssa.

Yhteistyöroolien määrittämisestä sekä muiden yhteistyön osa-alueiden tarkoituksenmukaista toteutumista edisti ja esti tämän tutkimuksen tulosten perusteella erityisesti yhteinen vuorovaikutustyyli, jonka rakentumiseen sekä ammattilaiset että diabeetikot omalla viestintäkäyttäytymisellään hoidonohjauskeskusteluissa vaikuttivat. Yhteistyötä edisti runsas, vastavuoroinen, tasavertaista ja kunnioittavaa hoitosuhdetta rakentava sekä verbaalisesti ja nonverbaalisesti monipuolinen vuorovaikutustyyli, jota lähdettiin rakentamaan diabeetikon tarpeista ja toiveista mutta myös vuorovaikutuksessa ilmenevästä, tilannekohtaisesta viestintätyylistä käsin. Yhteistyötä estävä vuorovaikutustyyli näyttäytyi puolestaan yksisuuntaisena, niukkana ja tehtävään keskittyvänä vuorovaikutuksena, jonka tyyliä diabeetikot eivät kokeneet pystyvänsä muuttamaan. Voidaan todeta, että mitä enemmän diabeetikot kokivat pystyvänsä vaikuttamaan keskinäisen vuorovaikutustyylin muotoutumiseen, sitä myönteisemmäksi yhteistyö yksittäisessä hoidonohjauskeskustelussa koettiin.

Vuorovaikutustyyliin liittyvät tulokset täydentävät aikaisempia potilaslähtöisyyden merkitystä korostavia tutkimustuloksia ja ohjeistuksia, joissa kunnioittavan ja tasavertaisen vuorovaikutuksen sekä diabeetikon aktiivisen osallistumisen nähdään olevan onnistuneen omahoidon keskiössä (1, 12, 26, 28). Aiemmin tutkimuksissa on painotettu potilaslähtöisyyden olevan erityisesti ammattilaisten viestintäkäyttäytymisessä ilmenevä suhtautumistapa (29–31). Tämän tutkimuksen tulokset kuitenkin osoittivat, että potilaslähtöisyyden onnistuneessa toteuttamisessa on kyse myös yhteisen vuorovaikutustyylin luomisesta, joka rakennetaan yksilöllisesti ja tilannekohtaisesti.

Tulokset osoittivat lisäksi, että yhteisen vuorovaikutustyylin merkitys yhteistyössä ei kiinnity diabeetikkojen näkökulmasta pelkästään omahoidon suunnittelemiseen, vaan myös omahoidon toteuttamiseen. Kun ammattilainen ja diabeetikko onnistuivat rakentamaan yhteisen vuorovaikutustyylin, diabeetikot kokivat saavansa tarkoituksenmukaista ja ymmärrettävää tietoa, sosiaalista tukea sekä selkeyttä yhteistyön osapuolten rooleihin omahoidossa. Jos tarkoituksen-

mukaista vuorovaikutustyyliä ei hoidonohjauskeskusteluissa onnistuttu rakentamaan, tiedon jakaminen vaikeutui ja diabeetikot kokivat jääneensä vaille tukea, millä oli vaikutuksia muun muassa hoito-ohjeiden noudattamisen, hoitoon hakeutumisen sekä hoitoon motivoitumisen kannalta. Yhteistyön kytkeytyminen omahoidon toteuttamiseen on tuore näkökulma, sillä aikaisemmissa tutkimuksissa ja ohjeistuksissa yhteistyö on kytkeytynyt enemmän omahoidon suunnitteluvaiheeseen. Esimerkiksi diabeteksen hoidonohjauksen laatukriteereissä (13) yhdessä tekeminen kytketään osaksi diabeetikoiden tarpeista lähtevien tavoitteiden asettamista, mutta omahoidon toteuttamista kuvataan enemmän diabeetikkojen itsenäiseksi toiminnaksi. Tulosten perusteella on aiheellista pohtia, tulisiko terveydenhuollon ammattilaisen ja diabeetikon välisen toimivan yhteistyön ja sitä rakentavan vuorovaikutuksen olla jatkossa näkyvämpi ohjausprosessin laatukriteeri? Käytännössä tämä voisi tarkoittaa nykyisten laatukriteereiden kirkastamista esimerkiksi siltä osin, mitä hoidonohjaukseen osallistuvien tavoitteiden ja taustafilosofoiden yhtenäisyydellä käytännössä tarkoitetaan sekä miten tämän toteutumista arvioidaan eri seurantaindikaattorein.

TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS

Tämän laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan uskottavuuden, siirrettävyyden, vahvistettavuuden ja refleksiivisyyden näkökulmista (47). Tutkimuksen uskottavuutta lisää tutkijan huolellinen perehtyminen aineistoon sekä analyysin työstäminen yhdessä tutkijakollegoiden kanssa. Lisäksi uskottavuutta lisää aineiston sisällöllinen rikkaus, mikä ilmenee esimerkiksi myönteisten ja kielteisten kokemusten riittävänä määränä sekä monipuolisina kokemukuvauksina. Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu, että potilaat muistavat ja tästä syystä myös tuovat helpommin esille kielteisiä kuin myönteisiä kokemuksia (48). Tässä tutkimuksessa myönteisiä kokemuksia (N = 42) oli kuitenkin kaksi kertaa enemmän kuin kielteisiä (N = 21), minkä voidaan osaltaan katsoa vahvistaneen aineiston rikkautta ja uskottavuutta.

Tutkimusaineisto kerättiin kahden eri menetelmän avulla, ja aineistot yhdistettiin analyysivaiheen alussa. Koska molemmissa aineistoissa käytettiin samaa analyysiyksikköä (merkitykselliset tapahtumat), aineistojen yhdistäminen oli

perusteltua. Vaikka aineistot analysoitiin yhdessä, oli havaittavissa, että teemahaastatteluaineisto sisälsi pidempiä kuvauksia kuin kirjallisesti tuotettu aineisto. Avoimen kyselyn vastaukset puolestaan olivat usein ilmaisultaan tiiviimpiä ja niiden analysointi vaati erityistä tarkkaavaisuutta, jotta ilmauksen alkuperäinen tarkoitus varmasti säilyi. Tutkimuksen uskottavuutta arvioitaessa voidaan myös todeta, että erityisesti teemahaastattelumenetelmä mahdollisti rikkaan aineiston keräämisen. Tämä johtui siitä, että haastattelutilanteissa tutkija pystyi esittämään osallistujille tarkentavia lisäkysymyksiä. Kyse-lyaineisto kuitenkin täydensi tutkimusaineistoa ja osaltaan osoitti, että tietyt merkitykselliset ilmaisut toistuvat aineistossa, mikä lisää tulosten uskottavuutta.

Aineiston siirrettävyyttä arvioitaessa on huomioitava, että tutkimuksessa tarkasteltiin vain yhteistyön toisen osapuolen, eli diabeetikoiden muistikuviiin ja tulkintoihin perustuvia kokemukuvauksia toteutuneen yhteistyön vuorovaikutuksellisesta luonteesta. Myös tutkimukseen osallistujien ikärakenne vaikuttaa aineiston siirrettävyyteen. Suurin osa tutkimukseen osallistujista oli aineistonkeruuhetkellä yli 60-vuotiaita, joiden suhtautuminen ammatilliseen vuorovaikutukseen esimerkiksi päätöksentekotilanteissa saattaa olla erilainen kuin nuoremmilla tyyppin 2 diabeetikoilla. Siirrettävyyttä arvioitaessa on myös otettava huomioon, että tutkimuksesta tiedotettiin diabetesyhdistysten ja Diabetesliiton kautta, jolloin tutkimuksen kohderyhmä on voinut painottua liiton ja yhdistysten toiminnassa aktiivisesti mukana oleviin henkilöihin. Tutkimustiedote julkaistiin kuitenkin myös avoimesti sosiaalisessa mediassa ja tutkimukseen osallistuneet informoivat lähipiiriään tutkimuksesta. Näin turvattiin se, että tieto mahdollisuudesta osallistua tutkimukseen tavoitti mahdollisimman laajasti pirkanmaalaiset tyyppin 2 diabeetikot.

Tulosten vahvistettavuudesta ja refleksiivisyydestä huolehdittiin suunnittelemalla ja toteuttamalla tutkimusprosessi huolellisesti noudattaen tutkimuksen teon eettisiä periaatteita (45). Lisäksi tutkimusprosessi kuvattiin mahdollisimman tarkasti aineistonkeruuvaiheesta lähtien. Tulosten raportoinnissa käytettiin suoria lainauksia diabeetikoiden vastauksista. Tutkimukseen osallistuneiden ääni tuotiin kuuluviin ja kaikki keskeiset tutkimustulokset raportoitiin

rehellisesti ja johdonmukaisesti. Tutkijoilla ei ollut tutkimusaiheeseen liittyviä sidonnaisuuksia. On kuitenkin huomioitava, että tehdyt tulkinnat aineistosta rakentavat aina kokemuksista muodostuvaa todellisuuskuvaa. Tulkinnat eivät kuitenkaan merkitse tutkimuksen luotettavuusongelmaa, vaan erilaiset todellisuudet hyväksytään osaksi laadullisen tutkimuksenteon luonnetta (49). Täten sekä osallistujien että tutkijoiden tekemät tulkinnat ovat parhaimmillaan lisänneet ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä (50), eli tässä tapauksessa vuorovaikutuksen merkityksestä omahoitoon kytkeytyvän yhteistyön edistäjänä ja estäjänä.

PÄÄTELMÄT JA JATKOTUTKIMUSAIHEET

Tulokset osoittivat, että vuorovaikutus edisti ja esti omahoitoon kytkeytyvän yhteistyön tekemistä erityisesti tiedon jakamisen, sosiaalisen tuen sekä yhteistyöroolin määrittelemisen osa-alueilla. Vuorovaikutuksella oli merkitystä yhteistyön osa-alueiden kautta sekä omahoidon suunnitteluun että omahoidon toteuttamiseen. Erityisen merkityksellinen tekijä yhteistyön toimivuuden ja onnistuneen omahoidon kannalta oli yhteinen vuorovaikutustyyli, joka rakennettiin yksilöllisesti ja tilannekohtaisesti. Täten jokainen yksittäinen hoidonohjauskeskustelu on tärkeä mahdollisuus edistää vuorovaikutuksen keinoin omahoitoon kytkeytyvän yhteistyön tekemistä tarkoituksenmukaisempaan suuntaan. Tuloksia voidaan hyödyntää hoidonohjauksen laatuksiteereiden päivittämisessä ja tätä kautta omahoitoon kytkeytyvän yhteistyön arvioimisessa ja kehittämisessä.

Peltola, M., Isotalus, P., Åstedt-Kurki, P. Type 2 diabetic patients' experiences of the significance of professional-patient interaction in diabetes management-related collaboration. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine* 2021; 58: 396–411.

Successful diabetes management requires functional collaboration between health care professionals and diabetic patients, which is accomplished through the process of interaction. However, the relationships between diabetes management, collaboration, and professional-patient interaction and the significance of professional-patient interaction for the collaboration process have not been studied extensively in the context of type 2 diabetes care.

This communication science study aimed to describe the experiences of type 2 diabetic patients to show how professional-patient inter-

Tulosten vahvistamiseksi tarvitaan lisää tutkimusta yhteistyön, vuorovaikutuksen ja omahoidon välisestä suhteesta sekä niiden yhteydestä lähikäsitteisiin, kuten hoidosta sopimiseen sekä potilaslähtöisyyteen. Lisäksi tarvitaan tutkimusta terveydenhuollon ammattilaisten sekä eri-ikäisten ja hoidon eri vaiheissa olevien diabeetikkojen näkemyksistä yhteistyön rakentamisesta. Tällöin yhteistyön kontekstuaalinen luonne tulisi huomioiduksi entistä laajemmin, mutta samalla myös yksilöllisemmällä tasolla.

RAHOITTAJAT

Tutkimusta ovat rahoittaneet Tampereen yliopisto, Jenny ja Antti Wihurin rahasto, Suomen Kulttuurirahaston Pirkanmaan maakuntarahasto, Suomen Diabetesliitto sekä Tampereen kaupungin tiedeapurahatoimikunta.

KIRJOITAJIEN KONTRIBUUTIOT

Peltola on osallistunut tutkimuksen alkuun saattamiseen, suunnitteluun ja toteutukseen. Hän on kerännyt ja analysoinut aineiston sekä luonnostellut artikkelin. Isotalus on osallistunut tutkimuksen alkuun saattamiseen ja suunnitteluun sekä aineistosta tehdyn analyysin tulkintaan. Hän on tarkastanut artikkelikäsitteilykirjoituksen kriittisesti vaikuttaen merkittävästi sen sisältöön. Åstedt-Kurki on osallistunut tutkimuksen alkuun saattamiseen ja suunnitteluun. Hän on tarkastanut artikkelikäsitteilykirjoituksen kriittisesti vaikuttaen merkittävästi sen sisältöön.

action facilitates and impedes diabetes management-related collaboration. Patients' (N=41) perspectives were studied qualitatively by examining their experiences (N=63) with doctors and nurses that they found to facilitate or impede diabetes management. Data were collected using an open survey and semi-structured interviews during the years 2014 and 2015. The research data were combined at the analysis phase and were analyzed using qualitative content analysis. The critical incident technique was applied in conducting the study.

Professional-patient interaction both facili-

tated and impeded diabetes management–related collaboration, especially in three sub-areas: the sharing of information, showing and receiving social support, and defining the collaboration-related roles. Through these sub-areas, professional–patient interaction was related both to the planning of diabetes management and its implementation. A central element to the facilitating and impeding significance of professional–patient interaction was found to be whether professionals and diabetic patients managed to build a common

interaction style. The results of this study can be utilized to update the quality criteria for diabetes care and, therefore, to evaluate and develop diabetes management–related collaboration.

Keywords: collaboration, professional–patient interaction, type 2 diabetes mellitus, diabetes management

Saapunut (07.07.2020)
Hyväksytty (01.02.2021)

LÄHTEET

- (1) Tyypin 2 diabetes. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim, Suomen Sisätautilääkärin yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim; 2020. Luettu 1.11.2021. www.kaypahoito.fi
- (2) Pyykkönen AJ, Räikkönen K, Tuomi T, ym. Stressful life events and the metabolic syndrome: the prevalence, prediction and prevention of diabetes (PPP)-Bornia Study. *Diabetes Care* 2010;33:378–384. doi: 10.2337/dc09-1027
- (3) Cappuccio FP, D’Elia L, Strazzullo P, ym. Quantity and quality of sleep and incidence of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care* 2010;33:414–420. doi: 10.2337/dc09-1124
- (4) Agardh E, Allebeck P, Hallqvist J, ym. Type 2 diabetes incidence and socio-economic position: a systematic review and meta-analysis. *Int J Epidemiol* 2011;40:804–818. doi: 10.1093/ije/dyr029
- (5) International Diabetes Federation. *Diabetes atlas*; 2019. Luettu 1.11.2021. https://diabetesatlas.org/idfawp/resource-files/2019/07/IDF_diabetes_atlas_ninth_edition_en.pdf
- (6) Väättäin S. Health utility along the diabetes continuum, examination of utility values in impaired glucose metabolism using prescored multi-attribute utility instruments. 2020;Jyväskylä:Grano.
- (7) Koski S. *Diabetesbarometri 2019*. Suomen Diabetesliitto ry. Luettu 4.11.2021. https://www.diabetes.fi/files/11454/Diabetesbarometri_2019_web.pdf
- (8) Moser A, van der Bruggen H, Widdershoven G, ym. Self-management of type 2 diabetes mellitus: a qualitative investigation from the perspective of participants in a nurse-led, shared-care programme in the Netherlands. *BMC Public Health* 2008;8:91–99. doi:10.1186/1471-2458-8-91
- (9) Barlow J, Wright C, Sheasby J, ym. Self-management approaches for people with chronic conditions: A review. *Patient Educ Couns* 2002;48:177–187. doi: 10.1016/S0738-3991(02)00032-0
- (10) Ingadottir B, Halldorsdottir S. To discipline a “dog”: The essential structure of mastering diabetes. *Qual Health Res* 2008;18:606–619. doi:10.1177/1049732308316346
- (11) Nagelkerk J, Reick K, Meengs L. Perceived barriers and effective strategies to diabetes self-management. *J Adv Nurs* 2006;54:151–158. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.03799.x
- (12) Brundisini F, Vanstone M, Hulan D, ym. Type 2 diabetes patients’ and providers’ differing perspectives on medication nonadherence: a qualitative meta-synthesis. *BMC Health Serv Res* 2015;15:516. doi: 10.1186/s12913-015-1174-8.
- (13) Suomen Diabetesliitto. *Diabeetikoiden hoidon-ohjauksen laatuksiteerit*. Suomen DESG ry:n laatuksiteerityöryhmä. Dehko-raportti 2003; 3.
- (14) Ilanne-Parikka P. *Terveyshyötymalli diabeteksen hoidon viitekehystenä*. Kirjassa Ilanne-Parikka P, Niskanen L, Rönnemaa T, ym. (toim) *Diabetes*. Helsinki: Duodecim; 2019, 40.
- (15) Ilanne-Parikka P. *Hoitoyhteistyö ja hoitosuunnitelma*. Kirjassa Ilanne-Parikka P, Niskanen L, Rönnemaa T, ym. (toim) *Diabetes*. Helsinki: Duodecim; 2019, 41–43.
- (16) Freeman-Hildreth Y, Aron D, Cola PA ym. Coping with diabetes: Provider attributes that influence type 2 diabetes adherence. *PLoS ONE* 2019;14:e0214713. doi: 10.1371/journal.pone.0214713
- (17) Williams JLS, Walker RJ, Smalls BL, ym. Effective interventions to improve medication adherence in Type 2 diabetes: a systematic review. *Diabetes Manag (Lond)* 2014;4:29–48. doi: 10.2217/dmt.13.62
- (18) Schwartz DD, Stewart SD, Aikens, JE, ym. Seeing the person, not the illness: Promoting diabetes medication adherence through patient-centered collaboration. *Clin Diabetes* 2017;35:35–42. doi: 10.2337/cd16-0007

- (19) Gómez-Velasco DV, Almeda-Valdes P, Martagón AJ, ym. Empowerment of patients with type 2 diabetes: current perspectives. *Diabetes Metab Syndr Obes.* 2019;12:1311–1321. doi: 10.2147/DMSO.S174910
- (20) Funnell MM, Anderson RM. Empowerment and self-management of diabetes. *Clinical Diabetes* 2004;22:123–127. doi: 10.2337/DIACLIN.22.3.123
- (21) Settineri S, Frisone F, Merlo EM, ym. Compliance, adherence, concordance, empowerment, and self-management: five words to manifest a relational maladjustment in diabetes. *J Multidiscip Healthc* 2019;12:299–314. doi:10.2147/JMDH.S193752
- (22) Brunton S. I have never liked the term “compliance”. *Clin Diabetes.* 2017;35:76–77. doi:10.2337/cd17-0010
- (23) Chatterjee JS. From compliance to concordance in diabetes. *J Med Ethics* 2006;32:507–510. doi: 10.1136/jme.2005.012138
- (24) Keyton J, Ford DJ, Smith FI. A mesolevel communicative model of collaboration. *Commun Theory* 2008;18:376–406. doi: 10.1111/j.1468-2885.2008.00327.x
- (25) Aira A. Toimiva yhteistyö. Työelämän vuoro-vaikutussuhteet, tiimit ja verkostot. Jyväskylä studies in humanities 179. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto; 2012.
- (26) Kyngäs H. Hoidonohjauksen lähtökohtia. Kirjassa Rintala TR, Kotisaari S, Olli S, ym. (toim.) *Diabeetikon hoidonohjaus*. Tammi: Helsinki; 2008, 27–40.
- (27) Himanen O. Diabeteksen kanssa elämisen aakkoset. Kirjassa Ilanne-Parikka P, Rönnemaa T, Saha MT, ym. (toim.) *Diabetes*. Tampere: Duodecim; 2015, 41–44.
- (28) Boström E, Isaksson U, Lundman B, ym. Patient-centered care in type 2 diabetes—An altered professional role for diabetes specialist nurses. *Scand J Caring Sci* 2014;28:675–682. doi: 10.1111/scs.12092
- (29) Street RL Jr. The many “disguises” of patient-centered communication: Problems of conceptualization and measurement. *Patient Educ Couns* 2017;100:2131–2134. doi:10.1016/j.pec.2017.05.008
- (30) Mulder BC, Lokhorst AM, Rutten GEHM, ym. Effective nurse communication with type 2 diabetes patients: A review. *West J Nurs Res* 2015;37:1100–1131. doi:10.1177/0193945914531077
- (31) Burke JA, Earley M, Dixon LD, ym. Patients with diabetes speak: Exploring the implications of patients’ perspectives for their diabetes appointments. *Health Commun* 2006;19:103–114. doi: 10.1207/s15327027hc1902_2
- (32) Feudtner C. Collaborative communication in pediatric palliative care: Foundation for problem-solving and decision-making. *Pediatr Clin North Am.* 2007;54:583–607. doi: 10.1016/j.pcl.2007.07.008
- (33) Morris HL, Carlyle KE, Lafata JE. Adding the patient’s voice to our understanding of collaborative goal setting: How do patients with diabetes define collaborative goal setting? *Chronic Illn* 2016;12:261–271. doi: 10.1177/1742395316648748
- (34) Paiva D, Abreu L, Azevedo A, ym. Patient-centered communication in type 2 diabetes: The facilitating and constraining factors in clinical encounters. *Health Serv Res* 2019;54:623–635. doi: 10.1111/1475-6773.13126
- (35) Partanen TR. Diabeetikoiden hoitotytyväisyyssuomessa. Dehko-raportti 2003:4. Tampere: Suomen Diabetesliitto ry.
- (36) Braithwaite DO, Baxter LA. Introduction: Meta-theory and theory in interpersonal communication research. Kirjassa Baxter LA, Braithwaite DO (toim.) *Engaging theories in interpersonal communication*. Multiple perspectives. Thousand Oaks: Sage; 2008, 1–18.
- (37) Aikens J, Bingham R, Piette JD. Patient-provider communication and self-care behavior among type 2 diabetes patients. *Diabetes Educ* 2005;31:681–690. doi: 10.1177/0145721705280829
- (38) Lewis LK. Collaborative interaction: Review of communication scholarship and a research agenda. *Commun Yearb* 2006;30:197–247. doi: 10.1080/23808985.2006.11679058
- (39) Sohal T, Sohal P, King-Shier KM, ym. Barriers and facilitators for Type-2 diabetes management in South Asians: a systematic review. *PLoS ONE* 2015;10:e0136202. doi: 10.2337/cd16-0007
- (40) Oftedal B, Karlsen B, Bru, E. Perceived support from healthcare practitioners among adults with type 2 diabetes. *J Adv Nurs* 2010;66:1500–1509. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05329.x.
- (41) Kokanovic R, Manderson, L. Exploring doctor-patient communication in immigrant Australians with type 2 diabetes: A qualitative study. *J Gen Intern Med* 2007;22:459–463. doi: 10.1007/s11606-007-0143-2
- (42) Flanagan JC. The critical incident technique. *Psychol Bull* 1954;51:327–358. doi: 10.1037/h0061470
- (43) Kyngäs H. Inductive content analysis. Kirjassa Kyngäs H, Mikkonen K, Kääriäinen M (toim.). *The application of content analysis in nursing Science research*. 2020; Switzerland: Springer International Publishing AG, 13–22.
- (44) Butterfield LD, Borgen WA, Amundson NE ym. Fifty years of the critical incident technique: 1954–2004 and beyond. *Qual Res* 2005;5:475–497. doi: 10.1177/1468794105056924
- (45) Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) 2019. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Luettu 5.11.2021. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2019.pdf

- (46) Koponen P, Perälä ML, Räikkönen O. Kriittisten tapahtumien tekniikka tutkimusmenetelmänä – metodinen tarkastelu (osa 1). *Hoitotiede* 2000a; 12:164–172.
- (47) Kylmä J, Juvakka T. Laadullinen terveystutkimus. 3. uud. p. Helsinki: Edita; 2012.
- (48) Roter DL, Hall JA. Doctors talking with patients/ patients talking with doctors. (2. uud.p.) Westport: Praeger Publishers; 2006.
- (49) Popay J, Williams G, Rogers A. Rationale and standards for the systematic review of qualitative literature in health services research. *Qual Health Res* 1998;8:341–351.
doi: 10.1177/104973239800800305
- (50) Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet* 2001;358:483–488.
doi: 10.1016/S0140-6736(01)05627-6

MAIJA PELTOLA
FM, väitöskirjatutkija
Tampereen yliopisto
Informaatioteknologian ja viestinnän tiedekunta

PEKKA ISOTALUS
FT, viestinnän professori
Tampereen yliopisto
Informaatioteknologian ja viestinnän tiedekunta

PÄIVI ÅSTEDT-KURKI
THT, hoitotieteen professori emerita
Tampereen yliopisto
Yhteiskuntatieteiden tiedekunta

JULKAISU IV

The critical incident technique (CIT) in studying health care professional– patient communication

Maija Peltola, Pekka Isotalus & Päivi Åstedt-Kurki

The Qualitative Report, 27(9), 1868–1889.
<https://doi.org/10.46743/2160-3715/2022.5580>

Artikkelin käyttöön väitöskirjan osana on saatu kustantajan lupa

9-7-2022

The Critical Incident Technique (CIT) in Studying Health Care Professional–Patient Communication

Maija Peltola

Tampere University, Finland, maija.peltola@tuni.fi

Pekka Isotalus

Tampere University, Finland, pekka.isotalus@tuni.fi

Päivi Åstedt-Kurki

Tampere University, Finland, paivi.astedt-kurki@tuni.fi

Follow this and additional works at: <https://nsuworks.nova.edu/tqr>



Part of the Health Communication Commons, and the Interpersonal and Small Group Communication Commons

Recommended APA Citation

Peltola, M., Isotalus, P., & Åstedt-Kurki, P. (2022). The Critical Incident Technique (CIT) in Studying Health Care Professional–Patient Communication. *The Qualitative Report*, 27(9), 1868-1889. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2022.5580>

This Article is brought to you for free and open access by the The Qualitative Report at NSUWorks. It has been accepted for inclusion in The Qualitative Report by an authorized administrator of NSUWorks. For more information, please contact nsuworks@nova.edu.



Qualitative Research Graduate Certificate
Indulge in Culture
Exclusively Online • 18 Credits
LEARN MORE

NSU
NOVA SOUTHEASTERN
UNIVERSITY

NOVA SOUTHEASTERN

The Critical Incident Technique (CIT) in Studying Health Care Professional–Patient Communication

Abstract

Our study aimed to describe and evaluate the applicability of the critical incident technique (CIT) in qualitatively identifying the health-related outcomes of professional–patient communication. We described and evaluated the applicability of the CIT by analyzing previous CIT studies in the field of multidisciplinary health research, as well as conducting a study in which the CIT was applied. We based our description and evaluation on the qualitative research model developed by Carter and Little (2007). Our evaluation showed that in addition to defining the critical requirements of professional–patient communication in relation to specific outcomes, the CIT could be applied in defining the significance of the multidimensional nature of professional–patient communication. However, the successful use of the CIT requires correct epistemological, methodological, and method-related choices regarding the CIT's application in the research frame and the type of information sought.

Keywords

qualitative research, research methodology, critical incident technique, research evaluation, professional–patient communication, patient education, professional education

Creative Commons License



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-Share Alike 4.0 International License.

Acknowledgements

The manuscript is part of the first author's doctoral studies which have been supported by the Tampere University (Faculty of Information Technology and Communication Sciences), the Pirkanmaa Regional Fund of Finnish Cultural Foundation (Grant 50141591), Jenny and Antti Wihuri Foundation (Grant 00180286), the Finnish Diabetes Association and Tampere City Science Grants Committee.

The Critical Incident Technique (CIT) in Studying Health Care Professional–Patient Communication

Maija Peltola¹, Pekka Isotalus¹, and Päivi Åstedt-Kurki²

¹Faculty of Information Technology and Communication Sciences, Tampere University, Finland

²Faculty of Social Sciences, Tampere University, Finland

Our study aimed to describe and evaluate the applicability of the critical incident technique (CIT) in qualitatively identifying the health-related outcomes of professional–patient communication. We described and evaluated the applicability of the CIT by analyzing previous CIT studies in the field of multidisciplinary health research, as well as conducting a study in which the CIT was applied. We based our description and evaluation on the qualitative research model developed by Carter and Little (2007). Our evaluation showed that in addition to defining the critical requirements of professional–patient communication in relation to specific outcomes, the CIT could be applied in defining the significance of the multidimensional nature of professional–patient communication. However, the successful use of the CIT requires correct epistemological, methodological, and method-related choices regarding the CIT’s application in the research frame and the type of information sought.

Keywords: qualitative research, research methodology, critical incident technique, research evaluation, professional–patient communication, patient education, professional education

Introduction

In multidisciplinary health research, the most timely and problematic research questions focus on how to improve the overall well-being of the patient. In several studies, professional–patient communication has emerged as a key contributor to patient health, being implicated in many health-related factors such as patient satisfaction, patient empowerment, and making higher quality medical decisions (e.g., de Haes & Bensing, 2009; Epstein & Street, 2007). Multidisciplinary scholars have studied the health-related outcomes of professional–patient communication using a variety of research settings and methods, including quantitative self-report measures such as standardized scales in questionnaires and interviews (e.g., Ngenye & Kreps, 2020). However, studying the health-related outcomes of professional–patient communication has proven to be challenging because health is a multidimensional entity that can be viewed from many perspectives; it is also difficult to define which single communication factors may affect specific outcomes and how directly or indirectly they are mediated (e.g., Epstein & Street, 2007). Moreover, patients’ health is likely to be less influenced by specific communication characteristics and encounters than by care results and the cumulative outcomes of patients’ communication experiences over time in their multidimensional social environments (Street et al., 2009). In the present study, we describe and evaluate the critical incident technique (CIT) as a potential multidimensional qualitative research tool for application in studying the health-related outcomes of professional–patient communication.

Critical Incident Technique (CIT)

The CIT is a qualitative research tool developed in industrial and organizational psychology. Flanagan (1954, p. 328), who first scientifically described the use of CIT, regarded the CIT as an outgrowth of studies in the Aviation Psychology Program of the United States Army Air Forces, which was established to develop procedures for the selection and classification of aircrews in World War II. After the war, some psychologists in the program established a new research institute (the American Institute for Research), where the CIT was first developed.

The CIT focuses on human behaviors in natural settings rather than on the opinions of participants what is critical in human behavior in specific situations. The CIT has been frequently used to explore what people in a certain activity or profession should do—or not—to have the best chance of achieving their goals (Viergever, 2019). The CIT is implemented through five phases: (1) distilling a study's general aims into a brief statement, (2) making plans and specifying what factors should be focused on, (3) systematically collecting data by enabling informants to recall in detail what kinds of behavior facilitated or impeded the examined activity, (4) analyzing data by focusing on the incidents and their contributing factors, and (5) interpreting data and reporting the results in such that they can be effectively used for many practical purposes (Butterfield et al., 2005; Flanagan, 1954). Thus, the CIT considers the entire research process and can be used to guide the many choices required in this process (e.g., study focus, unit of analysis, form of the data collection, data analysis strategies, and written report). However, the CIT does not consist of a strictly defined series of rules. Flanagan defined the technique as “a flexible set of principles which must be modified and adapted to meet the specific situation at hand” (1954, p. 335).

The CIT has been applied across a wide range of disciplines, such as psychology (e.g., Butterfield et al., 2005), social services (e.g., Doherty & DeWeaver, 2002), business science (Gremmler, 2004), and communication studies (e.g., Pariera & Turner, 2020; Query & Wright, 2003; Ruben, 1993). The CIT has also been utilized in the fields of nursing science and medicine, along with in studying the ethical dilemmas in care (e.g., von Post, 1996; Wolf & Zuzelo, 2006), the critical requirements of specific professions (e.g., Wagner, 1950), patient education related to treatment measures (e.g., Kelo et al., 2013), and safety in clinical care (e.g., Strid et al., 2021). Moreover, the CIT has been used as a reflective tool to support the development of health care professionals and students in their work (Graybill et al., 2017; Keatinge, 2002; Rademacher et al., 2010; Steven et al., 2020).

The CIT has also been increasingly utilized to examine the quality and health-related outcomes of care from the perspective of patients, informal care givers, and health care professionals (e.g., Grant et al., 1996; Kempainen, 2000; Norman et al., 1992). Usually, the focus has been on clarifying what different elements have either facilitated or impeded the successfulness of the studied care situations. Promotional and inhibitory factors have been linked to, for example, clinical facets of treatment, organizational, staff and facility resources, and quantity of information. In addition, professional–patient communication has been stated to be one of the most central dimensions when studying the quality and health-related outcomes of care, especially as evaluated by patients and informal care givers (e.g., Ruben, 1993; Wennmann et al., 2021). Thus, the CIT has also been used when clarifying the critical elements of professional–patient communication in relation to patients' health-related outcomes (e.g., Björklund & Fridlund, 1999; Ivarsson et al., 2004; Wendt et al., 2004; Wong-Wylie & Jevne, 1997). However, most studies have focused on professionals' communication behaviors, with far fewer analyzing professional–patient communication and its outcomes from the perspective of interpersonal communication. From this perspective, the focus is not on individual acts of communication by individuals, but rather, it is on a relational process shared by both the

involved interlocutors, who are able to generate shared meanings and accomplish situation- and relationship-related goals through creating verbal and nonverbal communication messages (Burlison, 2010). The tendency to focus on professionals' communication behaviors in CIT studies has sparked our interest regarding whether the technique could be applied when qualitatively studying the health-related outcomes of professional–patient communication from patients' perspectives so that the patients' reflections related to the significance of their own behaviors are also considered. Thus, the interpersonal approach also can show whether the CIT could be applicable not only for professional use, but also for developing patients' interpersonal communication competence.

Objective of the Study

In the current study, we described and evaluated the applicability of the CIT in studying professional–patient communication and its health-related outcomes through the original description of the CIT (Flanagan, 1954) and technique-related multidisciplinary reviews. In addition, we considered the CIT studies handling the health- or health care quality–related outcomes of health care situations from either a professional or patient perspective. We searched suitable articles from the Ebsco, Cinahl, Medline, and PubMed databases. We considered only peer-reviewed studies where the CIT was applied based on Flanagan's (1954) original description.

We described and evaluated the CIT by utilizing Carter and Little's (2007) model for evaluating qualitative research. In this model, qualitative research is structured by those choices related to epistemology, methodology, and method that are made throughout the research process. The CIT and its applications have usually been described and evaluated as a method, technique, or tool for conducting research (e.g., Butterfield et al., 2005; FitzGerald et al., 2008; McDaniel et al., 2020; Schluter et al., 2008). The CIT has also been described and evaluated as a methodology because of its influence on the design of a research setting, such as the selection of data collection and analysis methods (e.g., Viergever, 2019). Interestingly, the CIT has also been described as both a method and methodology, as Flanagan (1954, p. 327) himself did in his own description. Thus, there has been a lack of agreement regarding whether the CIT is understood as a method or methodology—or neither (Bradbury-Jones & Tranter, 2008). This lack of consensus has made it difficult to understand the philosophical assumptions of the CIT and to apply and compare previous studies that have utilized the CIT (e.g., Bradbury-Jones & Tranter, 2008; Viergever, 2019). Thus, instead of accurately classifying the CIT as a method or methodology and, thus, being restricted to this perspective, our study provides insights into whether it is possible to find a more structured way to describe and evaluate the CIT as a framework and to do so from various perspectives.

The CIT and its applications have usually been described and evaluated in the context of analyzing the reliability of CIT studies and from the perspective of what should be generally considered in the design of a CIT study. However, the perspective on how the researcher faces and decides in practice specific epistemological, methodological, and method-related solutions at different stages in the conduct of an individual study has so far been little considered (e.g., McDaniel et al., 2020). Thus, we also evaluated the applicability of the CIT through one qualitative study conducted by us, where the CIT was applied. The study is the first author's dissertation study, through which she has familiarized herself with the CIT. The second author is a supervisor and a professor in the field of communication studies and the third author is a supervisor and professor in the field of nursing science. Because the study has a multidisciplinary approach, it was also natural to apply but also to describe and evaluate the CIT through multidisciplinary health research.

The aim of our study was to describe and understand how patients' significant interpersonal communication experiences with health care professionals were related to type 2 diabetes management. We studied professional–patient communication retrospectively by examining diabetic patients' experiences of care discussions that occurred with doctors or nurses and that facilitated or impeded diabetes management. In the current study, professional–patient communication has been defined as interpersonal communication in which professionals and patients were engaged in the same communication system and where they constructed meanings via verbal and nonverbal communication related to care, care relationships, health, illness, and health as a way to accomplish situation- and relationship-related goals (e.g., Beebe et al., 2008; Burleson, 2010; Watzlawick et al., 1967). Diabetes management was defined as a complex task involving meal planning, medication, foot care, exercise, self-monitoring, emotion management, and collaboration with health care professionals (e.g., Barlow et al., 2002; Ingadottir & Halldorsdottir, 2008; Moser et al., 2008). We collected research data using an open survey and semi structured interviews. We analyzed the data using qualitative content analysis and contrapuntal analysis based on relational dialectics theory (Baxter, 2011). Before starting the data collection, we obtained approval from the Regional Ethics Committee.

The CIT and Perspective of Epistemology

When describing and evaluating the epistemological basis of the CIT, attention has been drawn to clarifying the conception of knowledge: how information is seen to be constructed and, especially, how participants and researchers contribute to knowledge construction. In the context of epistemology, it is also essential to conduct axiological reflection because epistemology is always linked to individual and cultural values (Carter & Little, 2007). For this reason, to clarify the process of the construction of knowledge, we found it important to consider what kind of knowledge has been valued in the CIT description of Flanagan (1954) and its applications in the multidisciplinary field of health research and how knowledge-related valuations affect the conduct of practical research.

The Value and Construction of Knowledge

In both the original description of the CIT and studies that have applied the CIT in the multidisciplinary field of health research, there has been an appreciation of the production of pragmatic information that makes it possible to solve practical problems and develop practices in everyday life (Flanagan, 1954; Kemppainen, 2000). Thus, knowledge has been thought to be pragmatically significant when it is proven in practical use (Viergever, 2019). In CIT studies, this kind of pragmatic information has been shown to be dichotomic because studies have tended to consider the factors that facilitate or impede the activities under consideration (e.g., Schluter et al., 2008; Viergever, 2019). Moreover, in the field of multidisciplinary health research, it has also been stated that the “common attribute of the CIT is that it elicits aspects of best and worst practices” (Byrne, 2001, p. 537).

Instead of the nature of the knowledge to be valued, more diverse questions have been brought about who has the knowledge and how the researcher and research participants relate to each other in constructing this knowledge. According to Flanagan's (1954) description of the CIT, relevant information should be gathered from those who have assessed the activities through their observations. In some studies, the participants have been researchers or individuals who do not themselves participate in the activity under review but who instead observe situations based on the guidance they have received beforehand. In this case, the information can be constructed by the observers now the observations are made. This type of

knowledge construction refers to a positivist or postpositivist conception of knowledge in which knowledge can be thought to be accessible mainly through sensory perceptions (e.g., Viergever, 2019).

On the other hand, Flanagan (1954) Also presented studies in which observers of the situation have participated in the activities under review and who have evaluated their findings retrospectively. In this kind of research setting, knowledge seems to be constructed through reflection shaped by subjective and context-related meanings, beliefs, opinions, or feelings, which has been a typical approach in recent CIT-applied health research studies (Butterfield et al., 2005). Thus, CIT studies seem to have been developed from a positivistic conception of knowledge toward interpretive conception knowledge, where the studied incidents have been seen as more subjective and context-related phenomena (see McDaniel et al., 2020; Viergever, 2019). Despite the emphasis on the interpretive construction of knowledge, the CIT still enables research settings to be established based on both positivistic and interpretive philosophical assumptions, which could be seen as its strength. However, the flexible epistemological approach requires researchers to include knowledge perceptions so that the reader can understand the ways in which a researcher participates in the construction of knowledge (Viergever, 2019).

Interestingly, no matter how the participants are seen within the observed situation, the relationship between the researcher and participant has been something explored both Flanagan's (1954) article and in health research studies in the same kind of ways: the researcher's task is to collect all relevant information from the participants and transfer it into an exploitable form through subjective analysis. Flanagan also recognized that "the incidents must be studied in the light of relevant established principles of human behavior and of the known facts regarding background factors and conditions operating in the specific situation" (1954, p. 335). Thus, a study can never be fully inductive; instead, it inevitably includes the knowledge-related interpretation of the researcher. However, in health research studies where the interpretive construction of knowledge has been merely emphasized, there has been limited open reflection on what the role of researcher is when defining the critical incidents—especially when structuring the knowledge of the significance of a studied action: Do the participants structure it by themselves in the study situation, or is it interpreted because of interpersonal communication between the participant and researcher?

Our Application

The study that we conducted also took advantage of the possibility of establishing a research setting based on a diverse epistemology. The initial assumption of knowledge formation was that the knowledge of professional–patient communication and its diabetes management–related outcomes is formed based on situations where patients have self-assessed the facilitating and impeding significance of practical functioning. Here, the concepts of knowledge formation in our study were linked to pragmatism. However, analysis of the patients was thought to consist of individual interpretations, which are considered in conceptual, experiential, and cultural frames. For this reason, our study was linked not only to pragmatism, but also to hermeneutics, where the interpretation of details is considered to influence the interpretation of the whole and where reinterpreting interpretations of the subject produces an ever-expanding understanding of the subject.

In addition to hermeneutics, constructivist knowledge perception was applied in our study. We were involved in building knowledge not only by interpreting the participants' descriptions of professional–patient communication, but also by influencing the participants' interpretations, such as through method choices, question layouts, and our own communication behaviors with participants. The extent to which we would participate in the creation of

knowledge concerning the significance of a studied action was left to be clarified during the research process. Thus, the central advantage of the CIT approach was that the understanding of the structure of knowledge was allowed to develop as the research proceeded.

Because we considered the construction of knowledge to be a flexible and dynamic process, there was a need for epistemological anchor. In our study, the anchor was axiology; the direction of the study was revised according to what kind of knowledge we valued and how it would be best accessed. Because we understood professional–patient communication as a phenomenon that can both facilitate and hinder patients’ type 2 diabetes management, we did not look at only positive or only negative factors of interaction, but what dimensions of professional–patient communication both facilitated and impeded diabetes management. Thus, the valued knowledge was seen as being built in our study on cross-pull between “counterforces”: one must look at both the functional and nonfunctional actions to obtain in-depth information about the examined action. However, we did not consider it appropriate to make the dichotomous setting visible in the research objective because we wanted to leave open the possibility of examining the professional–patient communication and its relation to diabetes management from a non-dichotomous frame. Thus, during the research process, we regularly considered the perspectives from which it would be reasonable to study the relationships between professional–patient communication and type 2 diabetes management. This solution proved to be workable because the research data were eventually handled by us in three separate sub studies, two of which had a dichotomic research setup (Peltola et al., 2018; Peltola et al., 2021). Thus, instead of emphasizing the dichotomic setting in the research aim, the most important question when applying the CIT might be how the dichotomic setting could be utilized in the most appropriate way to achieve the research aim when collecting and analyzing the research data and structuring the main results.

The Epistemological Core of Critical Incidents

Valuing dichotomous knowledge was not the only axiological choice that has to be made in CIT studies. The central question is also what kind of information may specifically facilitate and impede practical activity—that is, how a critical incident is understood (e.g., Schluter et al., 2008; Viergever, 2019). In the original description of the CIT, a critical incident was defined as a human behavior–related critical requirement or element that facilitated or impeded the success of the action under review. According to Flanagan, the term incident refers to “any observable human activity that is sufficiently complete in itself to permit inferences and predictions to be made about the person performing the act” (1954, p. 327). The term critical denotes that an “incident must occur in a situation where the purpose or intent of the act seems fairly clear to the observer and where its consequences are sufficiently definite to leave little doubt concerning its effects” (p. 327).

Following Flanagan (1954), the CIT has been applied in multidisciplinary health research focusing on studying human behavior, particularly in health care professionals. However, the definition of a critical incident has expanded from a focus on human behavior to single situations and events or larger entities within which critical elements or requirements are considered (e.g., Viergever, 2019). Furthermore, some studies have characterized situations as those being significant, revelatory, and unexpected (e.g., Koponen et al., 2000; Norman et al., 1992; Schluter et al., 2008). Because of the specific, reflection-promoting nature of a situation, the events under consideration need not have happened recently. Indeed, the relevance of knowledge is preserved and structured over time, and descriptions of situations have begun to be collected even after an extended passage of time (e.g., Graybill et al., 2017; Norman et al., 1992).

Previous studies have also considered whether critical incidents should be studied as single incidents or as larger entities. For example, Butterfield, Borgen, Maglio, and Amundson (2009) proposed an enhanced version of the CIT (ECIT) that prescribes the additional collection of contextual information and views on “wish list items” (i.e., care that was not present but would have been helpful). This type of question format has some commonalities with Norman et al.’s (1992) article, in which the authors were especially interested in the events revealed by respondents reflecting on incidents. Thus, instead of single observations, situations, or experiences, critical incidents could also be understood as being constructed over time as a result of several experiences instead of single situations—and by looking to the future, reflections about situations that have already occurred can also be elucidated.

Our Application

In our study, the focus was not merely on human behaviors or situations, but instead, it was on professional–patient communication, which we defined as interpersonal communication. However, because we found the term discussion to be easier for patients to understand than the term professional–patient interpersonal communication, we described the incidents as professional–patient discussions. We also considered whether the studied professional–patient discussions should be studied in the context of single professional–patient communication situations and characterized as specific discussions. Initially, we had reservations about these restrictions because each discussion could be considered as having a distinct significance in the treatment history of patients with long-term illnesses. Furthermore, previous studies have shown that patients easily combine different care experiences in their minds and using adjectives that emphasize the specificity of the discussion or event could confuse participants and do not necessarily add value (e.g., Bradbury-Jones & Tranter, 2008). However, certain discussions or even individual statements (e.g., memorable messages) may have more significance for patient well-being than others (e.g., Gustafsson et al., 2013; Knapp et al., 1981). Because we specifically aimed to clarify whether such professional–patient discussions also occurred in the treatment of type 2 diabetes, the term significant was deemed appropriate (Schluter et al., 2008).

Overall, the focus on single significant professional–patient discussions was successful, allowing for studying both new and older experiences, even those that occurred 28 years ago. Moreover, describing the discussions as significant did not seem to restrict the study participants from recounting both conventional and extraordinary treatment discussions. Instead, the term significant implied that even the most ordinary professional–patient discussions, such as regarding care equipment, could be significant for the patients’ diabetes management. Although it was also found that some of the patients had difficulty focusing on single professional–patient discussion because their responses evolved into describing long-term care relationships or diabetes treatment experiences in general, the patients were also able to distinguish from their care histories those discussions that were more significant, here in a positive or negative sense. We found studying such discussions as valuable because the information the patients provided made it possible to consider what kind of discussions patients themselves perceived as relevant in relation to the diabetes management and how such discussions could be constructed more often in care situations.

Although the focus of our study was on significant professional–patient discussions, we named critical incidents as significant interpersonal communication experiences. This concept of experience was intended to highlight the patients’ interpretations of the significance of facilitating and impeding professional–patient communication regarding type 2 diabetes management. In addition, we wanted to emphasize the importance of reflection-based experiential knowledge in developing type 2 diabetes care practices. However, designating a

critical incident as an experience was not the most appropriate solution because it was difficult to use several concepts in parallel, such as the experience, incident, and communication situation within which the professional–patient discussion was examined. Although it was important to consider professional–patient communication within an experience, it was not necessary to regard the critical incident as an experience. The most expedient solution might be to use the original term critical incident and define it in each study so that the researchers can avoid muddling terms. This solution would also promote the evaluation and comparison of studies that utilized the CIT (e.g., Bradbury-Jones & Tranter, 2008). Noteworthy is that if research data are utilized in several sub studies, it would be reasonable to define a critical incident as a situation instead of a critical requirement or element of a specific activity, thus allowing it to be seen in a wider frame of analysis within which it is possible to view more narrowly the discussion and its features. This selection is in line with Flanagan’s (1954) original description of the CIT, according to which incidents are seen as situation-based elements.

The CIT and the Perspective of Methodology

When considering the methodology of a study, the compatibility of the research objectives and methods is usually examined. Carter and Little (2007) approached methodology much like Kaplan (1964, p. 18), who stated that methodology is “the study—the description, the explanation, and the justification—of methods, and not the methods themselves.” In the current article, we described and evaluated the methodology of the CIT by focusing on the relationship between the research aims and methods recommended by Flanagan (1954) and used in previous CIT studies in the field of multidisciplinary health research. Moreover, we described and evaluated the justification of the methods retrospectively by analyzing how successful the chosen methods were proven to be in our study.

Defining the Research Aim

Although CIT study is recommended to be done inductively, a clear research aim—in particular, in relation to which facilitating and impeding factors are considered—has been found to be important because this has been considered to facilitate collecting the simple types of observation concerning the selected activity (Flanagan, 1954). The same trend has also been seen in multidisciplinary health research studies that have explored in more detail the outcomes of professional–patient communication—such as health promotion (Björklund & Fridlund, 1999), experiencing hope (Wong-Wylie & Jevne, 1997), receiving social support (e.g., Ivarsson et al., 2004), and increasing trust and confirmation (e.g., Wendt et al., 2004).

Our Application

Compared with previous CIT applications in the field of multidisciplinary health research, our study was exceptional precisely in terms of study design; the critical elements of professional–patient communication and desired outcomes of professional–patient communication was not precisely defined in advance, but our study approached both aspects inductively. Previous studies have shown that diabetes management can be understood in many ways (e.g., Ingadottir & Halldorsdottir, 2008). Thus, we considered that the concept in question would also be best to define in a patient-oriented manner. Both the characteristics and outcomes of professional–patient communication was, however, difficult to examine inductively because they overlapped in the patients’ experiences in a variety of ways. For example, it was difficult to determine whether building trust in the other party was a characteristic of significant

professional–patient communication or if it was one of the diabetes managements–related outcomes of significant professional–patient communication. On the other hand, a broad inductive examination allowed for the multidimensionality and dynamism of the professional–patient communication to become more apparent—as well as its relevance as a treatment-promoting factor—and to become a key outcome of care situations that are usually constructed in interaction between a professional and patient. In a future study, however, the questions could be developed according to Björklund and Fridlund’s (1999) study, where the participants were asked to describe significant discussions in which coping with stress, nutrition, or exercise was the main subject. In this case, it would be possible to look at the outcomes of professional–patient communication in a more precise way, but also comparatively, considering the diversity of the communication. Moreover, these kinds of questions might be better aligned with the original CIT (Flanagan, 1954), which requires the researcher to define as specifically as possible in phase one (general aim) the studied action regarding its facilitating and impeding factors.

Selecting the Data Collection Methods

Flanagan (1954) mentioned observations, individual and group interviews, surveys, and writings as possible data collection methods in CIT studies. These recommendations may be explained by the fact that all these methods allow critical incidents to be viewed directly in a situation or retrospectively. The same methods have also been used in CIT applications implemented in the field of multidisciplinary health research when studying the outcomes of professional–patient communication, either individually or in combination with other methods. The most popular data collection methods have been semi-structured interviews (e.g., Björklund & Fridlund, 1999; Eriksson et al., 2016), focus group interviews (Krupić et al., 2019), and inscriptions (e.g., Wolf & Zuzelo, 2006). Interviews have been both face-to-face and telephone interviews. The participants have either written their narratives themselves or audio-recorded their narratives, and the researcher has transcribed them into text. In some studies, the researchers have also used direct observations as a data collection method (e.g., Keatinge et al., 2000).

Our Application

In our study, we selected an open survey and semi-structured interviews as methods of data collection. Both methods have proven to be useful when examining interactions from a retrospective perspective (e.g., Bradbury-Jones & Tranter, 2008). In addition, these methods have been considered as making it possible to properly bring out the study participants’ voices and look at their experiences from multidimensional perspectives. Because it was unclear how diabetic patients would reflect their experiences with health care professionals, we selected two distinct methods to determine the relevance to descriptions of experiences: an open survey, in which the individual participants had the possibility to reflect alone, and interviews, in which reflection occurred with the researcher. The open survey and semi-structured interviews were separate ways of collecting data. Thus, we did not aim to involve the same individuals in both forms of data collection. We first conducted the open survey using an e-form program provided by the university. After collecting the research data through open surveys, we conducted semi-structured interviews face to face.

The open survey, in which the patients wrote about their experiences, was a partially successful method choice. We received only a few answers (N=16), which mostly had limited content. Moreover, three answers had to be excluded from the research data because the response forms were left nearly empty. However, the data collected in the open survey provided

valuable insights into how difficult it was for the patients to reflect on professional–patient communication and its outcomes from the perspective of interpersonal communication because most of the responses focused on describing the behavior of the professionals. The same difficulty emerged at the beginning of the semistructured interviews (N=25), but it was possible to assist the participants in extending their descriptions of experiences by asking specific questions. However, it was surprising that in some interviews, the participants' views of their own experiences began to be structured deeply. This change occurred especially in the context of negatively perceived discussions. In the interview discussions, some participants began to consider the significance of their own activities, as well as the perspective of the health professionals. One participant described a change in his thinking at the end of the interview:

Perhaps, I could add now that I don't want to judge the professional, that he did his job for sure. So please don't put a terribly big minus after him. ... Maybe at that time, he didn't have either enough information about what kind of illness type 2 diabetes is.

It was also notable in the semi-structured interviews that the further the interviews progressed, the more smoothly, in more detail, and with more enthusiasm the patients described the discussions they had with health care professionals. Moreover, after the interviews, some participants seemed to be more relaxed and willing to verbalize their thoughts about their type 2 diabetes management–related experiences. Norman et al. (1992) reported that the most important incidents emerged after the interview, which may have been the result of increased trust between the participant and researcher, or that the conversation might have enabled the participants to think about their experiences in a more specific way. Thus, it seems that warming up the participants might provide deeper and rich research data. In the future, it would be important to consider how it would be possible to support the participants' reflection in the most appropriate way. Perhaps, a focus group interview or semi-structured interview could serve as a warm-up to address the topic, and then, it would be reasonable to gather additional research material by using writings or in-depth interviews. This kind of research setting would also make it possible to find out how patients' experiences of the significance of critical incidents are formed when the experiences of the same persons are approached using two different data collection methods.

Selecting the Analysis Methods

According to Flanagan, the purpose of data analysis is to “summarize and describe the data in an efficient manner so that it can be effectively used for many practical purposes” (1954, p. 344); he recommended using inductive analysis methods to give central weight to participants' descriptions. Inductive analysis methods have also been used in multidisciplinary health research studies where the CIT has been applied (e.g., Bradbury-Jones & Tranter, 2008). Studies have used, for example, inductive thematic analyses (e.g., Larsen et al., 2020; Schluter et al., 2008; Strachan et al., 2018). In addition, other inductive qualitative analysis methods have been used, such as the hermeneutic text interpretation (e.g., Hejkenskjöld et al., 2010), different forms of content analysis (e.g., Wong-Wylie & Jevne, 1997), and grounded theory (Jackson & Stevenson, 2000). To some degree, theory-related analysis methods have also been used in studies in which the CIT has been applied (e.g., Striley & Field-Springer, 2016).

Our Application

In our study, we used inductive qualitative content analysis in two sub studies because the method has been found to be effective in identifying critical processes (Lederman, 1991) and in developing an understanding about the meaning of communication in the health care context (e.g., Cavanagh, 1997). However, in terms of describing the diversity of patients' significant interpersonal communication experiences, inductive content analysis may not have been the best analysis method because the information is usually structured through the method in a concise form to obtain a clear description of the phenomenon under study. Although the information provided by the research data is not lost in content analysis and the fact that the method made it possible to focus our analysis more closely on professional–patient communication and its relation to diabetes management, possibilities to focus especially the diversity of the situation-related factors of single critical incidents was limited. In the future, thematic analysis would perhaps more comprehensively describe the complexity of professional–patient communication and its multidimensional relationships with contextual factors and outcomes.

Our study also utilized theory-related contrapuntal analysis, which is a form of discourse analysis that can be used to identify how different kinds of reality-related meanings are created in the interaction between the discourses through language use (Baxter, 2011). This analysis method was an atypical choice because discourse analysis has rarely been used in studies that have applied the CIT. Usually, researchers have focused on the studied activity and its facilitating and impeding critical requirements. Far fewer researchers have been interested in the word choices the participants use to describe critical incidents, especially what kind of understanding of reality these descriptions indicate. In our study, the use of contrapuntal analysis made it possible to look at critical incidents and professional–patient communication from a non-dichotomous perspective. This kind of analysis revealed that critical incidents are not voids; rather, they are incidents that also include different (also competing) discourses linked to the social and cultural framework that affect the formation and meaning making about critical incidents, for example, how the illness or professional–patient relationship are understood and how this kind of understanding is built and then affects professional–patient communication (e.g., Peltola & Isotalus, 2019). Thus, it might be reasonable to conduct more than one substudy including different kinds of analysis from critical incident data so that various levels of critical incidents could be seen and combined in a way that would shed light on the diverse nature of the studied incidents.

The CIT and the Perspective of the Method

According to Carter and Little (2007), the method is at the core of the implementation of research. Using these methods makes visible the epistemological and methodological premises of the study through data collection, data analysis, and interpretation of the results. Each of these phases is discussed in the following subsections.

Data Collection

According to Flanagan (1954), in addition to choosing the appropriate data collection method, designing the questions asked of the participants is the most crucial aspect of the data collection procedure because a slight change in wording can produce a substantial change in the way the incident is reported. He recommended designing the questions in line with the general aim of the activity and carefully considering the phrasing of the questions; for example, it is a different matter to ask, “how he behaved” instead of “what he did.” The multidisciplinary

health research studies in which the CIT has been applied have also contributed to the comprehensible formulation of the questions. However, there has been variation in how positive and negative critical incidents have been approached using questions. For example, Wong-Wylie and Jevne (1997) asked participants in the first data collection session to describe their experiences of interactions with doctors who influenced their hope. Some studies have asked only positive or only negative critical incidents (e.g., Strid et al., 2021; Wolf & Zuzelo, 2006), and some studies have asked separately both positive and negative incidents (e.g., Eriksson et al., 2016; Jackson & Stevenson, 2000; Strachan et al., 2018; Wendt et al., 2004).

Our Application

In our study, we based the interview questions on earlier CIT studies that included guidelines for the formulation of questions and concrete examples of them (e.g., Flanagan, 1954; Kempainen, 2000). We tested the questions for the open survey and the semi-structured interviews with acquaintances with chronic illnesses. Furthermore, we assessed the questions by presenting them to the Regional Ethics Committee. Instead of behaving and doing, we decided to use the verb “act,” which allows for a review of behavior, communication, and doing. However, this may have been too vague wording because in the semi-structured interviews, there was a clear need for help with those questions directing the participants’ focus on professional–patient communication. In the future, it might be appropriate to talk about communication and interaction at the level of questions asked from the participants and to justify the choice of perspective to the participants more clearly in advance.

Both in the open survey and semi-structured interviews, we decided to ask about the positive and negative experiences of the patients but in a slightly different way. Because the open survey aimed at being as concise as possible, we asked the respondents to describe only one positive and/or negative physician experience and one positive and/or negative nurse experience in relation to type 2 diabetes management. For the same reason, the number of help questions was also limited. An example of one question presented in the open survey is given in Table 1.

Table 1
Questions Asked in the Open Survey

Think about one doctor–patient discussion that has had a positive impact on type 2 diabetes management, according to your experience. Please describe as accurately as possible what happened during the discussion. You may use the sub questions below to describe the discussion:

- In what year did the discussion happen?
- Was the doctor familiar to you?
- How long had you had type 2 diabetes before the discussion?
- How was type 2 diabetes managed in everyday life before the discussion?
- What was the topic of the discussion?
- What happened during the discussion?

Please describe the course of the discussion, the content of the discussion, and the discussion atmosphere.

- What factors made the discussion a particularly significant experience?
 - How did the discussion affect type 2 diabetes management, according to your experience?
 - How long-term have the effects of the discussion been on type 2 diabetes management?
-

The frame of the semi-structured interviews contained the same types of questions as the open survey, but we allowed the participants to share as many experiences as they wanted. In the interviews, we also presented supplementary questions to the participants on the nature, significant features, and diabetes management–related outcomes of the described discussions. Although we studied single discussions, at the end of the interviews, we decided to ask the patients to describe their wishes related to professional–patient discussions based on the ECIT technique (see e.g., Butterfield et al., 2009) to see how this approach would work in our CIT study. The questions asked in the semi structured interviews are presented in Table 2.

Table 2

Questions Related to the Patients' Significant Interpersonal Communication Experiences in the Semi-Structured Interviews

Theme 1: The characteristics of the patients' significant interpersonal communication experiences

Think about one or more doctor–patient and/or nurse–patient discussions that you feel had either a positive or negative impact on your type 2 diabetes management. Please describe the discussion as accurately as possible.

- In what year did the discussion happen? Did it happen face to face or over the phone?
- Was the health care professional familiar to you?
- How long had you had type 2 diabetes before the discussion?
- What was the topic of the discussion?
- How did the discussion proceed? Please describe, for example, the course of the discussion and the content.
- How did the health professionals act in that situation? How did you act?
- What was the atmosphere in the discussion? Why?

Theme 2: The significance of communication factors in type 2 diabetes management–related interpersonal communication experiences

In your opinion, what factors made the professional–patient discussion a particularly positive or negative experience? Did relevant factors relate, for example, in some way to:

- the actions of the health care professional?
- your own actions?
- to the topic or content of the discussion?
- the timing of the discussion and the current status of type 2 diabetes management?

Theme 3: Type 2 diabetes management–related outcomes of significant interpersonal communication experiences

How do you think the discussion has affected type 2 diabetes management? Has the discussion, for example, been affected by:

- your satisfaction with the activities of health care professionals?
- mutual interactions with health care professionals?
- adherence to treatment guidelines (e.g., diet and exercise habits, regularity in taking medications, monitoring blood glucose, etc.)?
- your participation in peer support/diabetes association activities?
- your physical and psychological well-being?

In your opinion, how long-term have the outcomes of the discussion been? Why do you think so?

Theme 4: Differences between significant interpersonal communication experiences with doctors and nurses

If you have had discussions with both a doctor and nurse, what similarities and differences have you had in these discussions? (e.g., were there differences in the length or frequency of discussions, communication behaviors, talking points, or ease of talking with them?)

What could the possible commonalities and differences between doctors and nurses be attributed to, according to your own experience?

Ending the interview

Would you like to comment on the kinds of discussions you would like to have with health care professionals in the future in relation to type 2 diabetes management?

Would you like to elaborate on or add something to our discussion, such as something I haven't asked about?

Both the open survey and semi-structured interview questions worked well because the participants seemed to understand them well, and both positive and negative doctor–patient and nurse–patient discussions were described. It has been stated that in general, patients are more likely to recall negative rather than positive interaction experiences with health care professionals (e.g., Roter & Hall, 2006). However, in our study, there were twice as many positive experiences as negative ones. In addition, especially in the research data collected by the semi-structured interview method, it was noticeable that going through both positive and negative experiences helped the patients deepen their reflections of their experiences by comparing facilitating and impeding factors, thus giving the possibility to recognize the most critical dimensions of professional–patient communication in relation to type 2 diabetes management. Moreover, the help question related to the outcomes and patients' wishes (Butterfield et al., 2009) asked at the end of the interviews helped the participants identify what they were particularly pleased with in their positive experiences, what was missing from their negative experiences, and how these different types of experiences were different in relation to the health-related outcomes. In the future, regardless of the data collection method, it would be useful to align the questions so that all the participants could reflect their experiences with the help of the same supplementary questions, particularly in relation to their own communication behaviors and the outcomes of professional–patient communications.

Adequacy of the Research Data

In addition to informing the questions, another central dimension of data collection is to identify when the collected research data may be considered sufficient. According to Flanagan (1954), the number of participants in the study is not as crucial as the number of critical actions and their repetition in the observers' descriptions. He suggested that if the studied activity is simple, 50–100 critical actions (i.e., incidents) might be enough. Moreover, describing the critical requirements of a more complex activity may require the collection of as many as thousands of critical incidents.

In health research studies that have applied the CIT, the adequacy of the research data has been evaluated based on the number of descriptions of situations and experiences. The number of descriptions usually ranges from more than 20 (e.g., Wong-Wylie & Jevne, 1997) to more than 1,000 (e.g., Ruben, 1993), depending on the participant group and aim. The typical number of descriptions has exceeded 100 incidents. In addition, researchers have described the

phase of data collection in which no new information has been implemented in relation to the studied activity and its critical elements (e.g., Wendt et al., 2004). The reason for this might be that the adequacy of research data is difficult to evaluate before the quality of the data is ascertained. Thus, it has also been suggested that the adequacy of research data could be evaluated by determining the accuracy of the data on critical incidents. It has been stated that those descriptions related to critical incidents must include the situation (i.e., place, persons, conditions, and activities), the relevance to the general aim of the activity, and the effects on the activity. If full and precise details are given, it can be assumed that this information is accurate (e.g., Anderson & Wilson, 1997).

Our Application

In our study, 41 patients participated in the research. In total, we found 67 experiences of professional–patient discussions in the data, of which four had to be rejected because they did not meet the requirements of critical incidents (e.g., Anderson & Wilson, 1997; Flanagan, 1954). The research data were deemed sufficient because the number of discussion descriptions was sufficiently aligned with earlier health research studies. In addition, the characteristics of professional–patient communication and its relations to diabetes management began to recur after 15 interviews. However, the actual saturation point was difficult to determine because all descriptions were considered unique entities that inevitably contained new information. For this reason, the most important factor used to assess the adequacy of the data was the quality and versatility of the data, which we regularly evaluated throughout data collection. We initiated the data analysis after the collection of open survey data and 10 interviews. After that, the quality of the research data could be assessed more thoroughly. Such an assessment is also recommended in future assessments of the adequacy of research data.

Analyzing the Data

In the original description of the CIT, Flanagan (1954) recognized that no minimal criterion or set of rules could be structurally applied in all analyses. However, in categorizing research data, he recommended that the unit of analysis consist of critical requirements for some experience or activity (see also Viergever, 2019). Moreover, Flanagan (1954) recommended that “preferred categories will be those believed to be most valuable in using the statement of requirements” (p. 344). Interestingly, he also recommended that those categories related to central critical requirements be formulated in a neutral way. In practice, this means that at the end of analysis, the facilitating and/or impeding factors be combined as major categories that have the same level of importance.

In multidisciplinary health research studies where the CIT has been applied, the unit of analysis has usually been the critical event, situation, experience, or amalgam of multiple experiences, according to which the critical requirements of the studied activity have been described (Viergever, 2019). As recommended by Flanagan (1954), the critical elements have usually been defined in the results of health research studies in neutral names (e.g., Björklund & Fridlund, 1999; Wendt et al., 2004). However, in the results sections of some studies, the neutral major categories have also been described more precisely through the facilitating and impeding factors (e.g., Ivarsson et al., 2004). It is also worth noting that in some studies, the names of the categories show both contributing and inhibiting factors (e.g., Wong-Wylie & Jevne, 1997).

Our Application

In our study, the basis of analysis was a significant interpersonal communication experience in which professional–patient communication and diabetes management-related outcomes were explored. First, we distinguished from the research data the experiences, which we divided into positive and negative experiences based on whether the experiences facilitated or impeded diabetes management. This division was made to emphasize the two-way significance of professional–patient communication about type 2 diabetes management. We used the division in the categorization of the results to present the central professional–patient communication phenomena in the contexts of positive and negative experiences. This division provided the basis for all analyses.

However, separating the positive and negative experiences from the research data was not a straightforward process. Some participants had difficulties evaluating their experiences as positive or negative. Moreover, there was also difficulty maintaining the participants' focus regarding whether the experiences were positive or negative in general or whether they were only positive or negative, particularly in type 2 diabetes management. However, the facilitating and impeding significance of the participants' significant interpersonal communication experiences was facilitated by following Flanagan's (1954) instructions for applying the CIT. That is, we determined the criticality of the experiences by the study participants, and we also based the analysis on the participants' classification of interpretations. Future research should consider whether it would be more useful not to differentiate the experiences as either positive or negative. Moreover, examining the participants' experiences without a dichotomic setting would perhaps be better aligned with the original description of the CIT (Flanagan, 1954), which might offer more opportunities for studying the multidimensional, situation-based nature of professional–patient communication and its outcomes.

Discussion

The aim of our study was to describe and evaluate the applicability of the CIT in qualitatively identifying the health-related outcomes of professional–patient communication. We determined the applicability of the CIT in this context through previous CIT studies, as well as a study we conducted, in which we applied the CIT to explore those relationships between the patients' significant interpersonal communication experiences with health care professionals and type 2 diabetes management. As a framework for the description and evaluation of the CIT, we utilized Carter and Little's (2007) model of qualitative research to approach the CIT from the perspectives of epistemology, methodology, and method.

The description and evaluation of the CIT and its applications, especially in our study, showed that in addition to defining the critical requirements of professional–patient communication about specific outcomes, it was also possible to apply the CIT to identify the significance of the multidimensional nature of professional–patient communication. It is well known that patients' health is likely less influenced by single communication characteristics or encounters than by the care results and cumulative outcomes of the patients' communication experiences over time in their social environments (e.g., Epstein & Street, 2007; Street et al., 2009). However, the results of our study show that the CIT allowed for identifying how the interlocutors could create significant and multidimensional meanings already in a single care situation, to which it is possible to precisely reflect. Although reflecting on the incidents alone or in collaboration with a researcher may also alter the assessment of an individual critical incident in a research situation, it does not diminish the value of the incident, the participant's ownership of the incident, or the importance of exploring the single incidents. On the contrary, describing single critical incidents and structuring them through reflection supported by

researcher may together be the key to a more detailed and in-depth study of professional–patient communication and its outcomes (e.g., Norman et al., 1992).

When applying the CIT in the study conducted by the authors, we made many successful solutions. Especially, applying Flanagan’s (1954) guidelines and using the critical incident as the basis of analysis throughout the research process were successful solutions. Moreover, asking for both positive and negative experiences and using the interactive semi-structured interview method with the detailed interview frame were also successful choices (Norman et al., 1992; Schluter et al., 2008). Instead, terming critical incidents as significant interpersonal communication “experiences,” focusing on the discussion rather than the interaction situation, conducting a narrow open survey as the first data collection method, and using inductive content analysis instead of thematic analysis were not the most appropriate solutions. Making successful and not-so-successful choices shows that the CIT is a flexible framework should be applied with careful consideration and evaluation from the planning phase of the research when considering the CIT as a part of the research frame and the kind of information being sought. In this kind of evaluation processes, Carter and Little’s (2007) three dimensions (i.e., epistemology, methodology, and method) are effective and can be seen as similar to three turning mirrors, against which the research setting in the middle of the mirrors can be reflected simultaneously throughout the research process. When the researcher turns these three mirrors slightly as the research process progresses and knowledge of the studied phenomena and information building develops, the study setting changes, which is permissible (and usually necessary) in qualitative research. However, if the researcher does not regularly reflect on the research setting in relation to the dimensions of epistemology, methodology, and method, the coherence of this flexible research is easily lost (e.g., Viergever, 2019).

Our study also showed that in addition to using the CIT as a reflective tool for health care professionals to understand and develop their work practices (Graybill et al., 2017; Keatinge, 2002; Rademacher et al., 2010; Steven et al., 2020), the CIT could also be a tool for helping patients develop their interpersonal communication competence, which could have important positive effects not only for communicating appropriately with professionals and gaining clarity about the incident, but also for interpreting the professionals’ communication to receive important information and social support (see, e.g., Farrington & Townsend, 2014; Query & Wright, 2003). Although interpersonal communication competence has proven to be necessary for patients in every care situation, current methods used to increase patients’ interpersonal communication competence through reflection have been limited (e.g., D’Agostino et al., 2017). Interestingly, in our study, utilizing semi-structured interviews with the CIT seemed to help many patients to reflect and express their thoughts in multidimensional ways, clarify their experiences, and understand the significance of both interlocutors’ communication behaviors in successful interpersonal communication in care situations. Thus, based on the findings, the CIT could be recommended as a useful reflective tool not only in studying professional–patient communication, but also in developing professional–patient communication and its health-related outcomes by supporting both professionals’ and patients’ interpersonal communication competence.

References

- Anderson, L., & Wilson, S. (1997). Critical incident technique. In D. L. Whetzel & G. R. Wheaton (Eds.), *Applied measurement methods in industrial psychology* (pp. 89–112). Davies-Black Publishing.
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: A review. *Patient Education and Counseling*, 48, 177–187. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(02\)00032-0](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00032-0)

- Baxter, L. A. (2011). *Voicing relationships: A dialogic perspective*. Sage.
- Beebe, S. A., Beebe, S. J., & Redmond, M. V. (2008). *Interpersonal communication: Relating to others* (5th ed.). Allyn & Bacon.
- Björklund, M., & Fridlund, B. (1999). Cancer patients' experiences of nurses' behaviour and health promotion activities: A critical incident analysis. *European Journal of Cancer Care*, 8(4), 204–212. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2354.1999.00166.x>
- Bradbury-Jones, C., & Tranter, S. (2008). Inconsistent use of the critical incident technique in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 64(4), 399–407. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04811.x>
- Burleson, B. R. (2010). The nature of interpersonal communication: A message-centered approach. In C. R. Berger, M. E. Roloff, & D. R. Roskos-Ewoldsen (Eds.), *The handbook of communication science* (2nd ed., pp. 145–151). Sage.
- Butterfield, L. D., Borgen, W. A., Amundson, N. E., & Maglio, A. S. T. (2005). Fifty years of the critical incident technique: 1954–2004 and beyond. *Qualitative Research*, 5(4), 475–497. <https://doi.org/10.1177/1468794105056924>
- Butterfield, L. D., Borgen, W. A., Maglio, A. S. T., & Amundson, N. E. (2009). Using the enhanced critical incident technique in counselling psychology research. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 43(4), 265–282.
- Byrne, M. (2001). Critical incident technique as a qualitative research method. *AORN Journal*, 74, 536–539. DOI:10.1016/S0001-2092(06)61688-8
- Carter, S. M., & Little, M. (2007). Justifying knowledge, justifying method, taking action: Epistemologies, methodologies, and methods in qualitative research. *Qualitative Health Research*, 17(10), 1316–1328. <https://doi.org/10.1177/1049732307306927>
- Cavanagh, S. (1997). Content analysis: Concepts, methods, and applications. *Nurse Researcher*, 4(3), 5–16. DOI:10.7748/nr.4.3.5.s2.
- D'Agostino, T. A., Atkinson, T. M., Latella, L. E., Rogers, M., Morrissey, D., DeRosa, A. P., & Parker, P. A. (2017). Promoting patient participation in healthcare interactions through communication skills training: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 100(7), 1247–1257. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.02.016>
- De Haes, H., & Bensing, J. (2009). Endpoints in medical communication research, proposing a framework of functions and outcomes. *Patient Education and Counseling*, 74, 287–294. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.12.006>
- Doherty, J. B., & Deweaver, K. L. (2002). Critical incidents in the lives of elders with a disability: Factors leading to institutional placement. *Journal of Gerontological Social Work*, 38(4), 39–51. https://doi.org/10.1300/J083v38n04_05
- Eriksson, K., Wikström, L., Fridlund, B., Årestedt, K., & Broström, A. (2016). Patients' experiences and actions when describing pain after surgery—A critical incident technique analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 56, 27–36. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.12.008>
- Epstein, R. M., & Street, R. L. Jr. (2007). *Patient-centered communication in cancer care: Promoting healing and reducing suffering*. National Cancer Institute [NIH Publication No. 07-6225]. <https://doi.org/10.1037/e481972008-001>
- Farrington, N., & Townsend, K. (2014). Enhancing nurse-patient communication: A critical reflection. *British Journal of Nursing*, 23(14), 771–775. <https://doi.org/10.12968/bjon.2014.23.14.771>
- Flanagan, J. C. (1954). The critical incident technique. *Psychological Bulletin*, 51(4), 327–358. <https://doi.org/10.1037/h0061470>
- FitzGerald, K., Seale, N. S., Kerins, C. A., & McElvaney, R. (2008). The critical incident technique: A useful tool for conducting qualitative research. *Journal of Dental Education*, 72(3), 299–304. <https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.2008.72.3.tb04496.x>

- Grant, N. K., Reimer, M., & Bannatyne, J. (1996). Indicators of quality in long-term facilities. *International Journal of Nursing Studies*, 33(5), 469–478. [https://doi.org/10.1016/0020-7489\(96\)00012-0](https://doi.org/10.1016/0020-7489(96)00012-0)
- Graybill, E., Heggs, A., Truscott, S., Vinoski, E., Crenshaw, M., & Crimmins, D. (2017). Using the critical incident technique to measure long-term outcomes of interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 31(4), 533–536. <http://dx.doi.org/10.1080/13561820.2017.1307172>
- Gremler, D. D. (2004). The critical incident technique in service research. *Journal of Service Research*, 7(1), 65–89. <https://doi.org/10.1177/1094670504266138>
- Gustafsson, L. K., Snellma, I., & Gustafsson, C. (2013). The meaningful encounter: Patient and next-of-kin stories about their experience of meaningful encounters in healthcare. *Nursing Inquiry*, 20(4), 363–371. <https://doi.org/10.1111/nin.12013>
- Hejkenskjöld, K. B., Ekstedt, M., & Lindwall, L. (2010). The patient's dignity from the nurse's perspective. *Nursing Ethics*, 17(3), 313–324. <https://doi.org/10.1177/0969733010361444>
- Ingadottir, B., & Halldorsdottir, S. (2008). To discipline a “dog”: The essential structure of mastering diabetes. *Qualitative Health Research*, 18(5), 606–619. <https://doi.org/10.1177/1049732308316346>
- Ivarsson, B., Larsson, S., & Sjöberg, T. (2004). Patients' experiences of support while waiting for cardiac surgery. A critical incident technique analysis. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 3(2), 183–191. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2004.03.001>
- Jackson, S., & Stevenson, C. (2000). What do people need psychiatric and mental health nurses for? *Journal of Advanced Nursing*, 31(2), 378–388. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01288.x>
- Kaplan, A. (1964). *The conduct of inquiry: Methodology for behavioral science*. Chandler.
- Keatinge, D. (2002). Versatility and flexibility: Attributes of the critical incident technique in nursing research. *Nursing and Health Sciences*, 4(1–2), 33–39. <https://doi.org/10.1046/j.1442-2018.2002.00099.x>
- Keatinge, D., Scarfe, C., Bellchambers, H., MGee, J., & Oakham, R. (2000). The manifestation and nursing management of agitation in institutionalized residents with dementia. *International Journal of Nursing Practice*, 1(6), 16–25. <https://doi.org/10.1046/j.1440-172x.2000.00177.x>
- Kemppainen, J. K. (2000). The critical incident technique and nursing care quality research. *Journal of Advanced Nursing*, 32(5), 1264–1271. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01597.x>
- Kelo, M., Martikainen, M., & Eriksson, E. (2013). Patient education of children and their families: Nurses' experiences. *Pediatric Nursing*, 39(2), 71–79.
- Knapp, M. L., Stohl, C., & Reardon, K. K. (1981). Memorable messages. *Journal of Communication*, 31(4), 27–41. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.1981.tb00448.x>
- Koponen, P., Räikkönen, O., & Perälä, M. L. (2000). Kriittisten tapahtumien tekniikka tutkimusmenetelmänä – metodinen tarkastelu. *Hoitotiede*, 12(4), 164–172.
- Krupić, F., Grbić, K., Bišćević, M., Jašarević, M., Čustović, S., & Mukka, S. S. (2019). The experience of nurse anaesthetists in assessing postoperative pain in orthopaedic patients. *Medicinski Glasnik*, 16(2), 302–310. DOI:10.17392/1002-19
- Larsen, J. L., Schäfer, J., Nielsen, H. H., & Rasmussen, P. V. (2020). Qualitative factors shaping MS patients' experiences of infusible disease-modifying drugs: A critical incident technique analysis. *BMJ Open*, 10, e037701. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037701>
- Lederman, R. P. (1991). Content analysis of word texts. *The American Journal of Maternal*

- Child Nursing*, 16(3), 169. <https://doi.org/10.1097/00005721-199105000-00015>
- McDaniel, M. M., Borgen, W. A., Buchanan, M. J., Butterfield, L. D., & Amundson, N. E. (2020). The philosophical underpinnings of the enhanced critical incident technique. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 54(4), 738–755. <https://doi.org/10.47634/cjcp.v54i4.68139>
- Moser, A., Van der Bruggen, H., Widdershoven, G., & Spreeuwenberg, C. (2008). Self-management of type 2 diabetes mellitus: A qualitative investigation from the perspective of participants in a nurse-led, shared-care programme in the Netherlands. *BMC Public Health*, 8(1), 91–99. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-91>
- Ngenye, L., & Kreps, G. (2020). A review of qualitative methods in health communication research. *The Qualitative Report*, 25(3), 631–645. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2020.4488>
- Norman, I. J., Redfern, S. J., Tomalin, D. A., & Oliver, S. (1992). Developing Flanagan's critical incident technique to elicit indicators of high- and low-quality nursing care from patients and their nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 17(5), 590–600. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1992.tb02837.x>
- Pariera, K. L., & Turner, J. W. (2020). Invitational rhetoric between parents and adolescents: Strategies for successful communication. *Journal of Family Communication*, 20(2), 175–188. <https://doi.org/10.1080/15267431.2020.1729157>
- Peltola, M., & Isotalus, P. (2019). Competing discourses of professional–patient relationships in type 2 diabetes management. *Health Communication*, 35(14), 1811–1820. <https://doi.org/10.1080/10410236.2019.1663586>
- Peltola, M., Isotalus, P., & Åstedt-Kurki, P. (2018). Patients' interpersonal communication experiences in the context of type 2 diabetes care. *Qualitative Health Research*, 28(8), 1267–1282. <https://doi.org/10.1177/1049732318759934>
- Peltola, M., Isotalus, P., & Åstedt-Kurki, P. (2021). Tyypin 2 diabetesta sairastavien kokemukset vuorovaikutuksen merkityksestä omahoitoon kytkettyvässä yhteistyössä. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 58(4), 396–411. <https://doi.org/10.23990/sa.95513>
- Query, J. L. Jr., & Wright, K. (2003). Assessing communication competence in an online study: Toward informing subsequent interventions among older adults with cancer, their lay caregivers, and peers. *Health Communication*, 15(2), 203–218. https://doi.org/10.1207/S15327027HC1502_8
- Rademacher, R., Simpson, D., & Marcdante, K. (2010). Critical incidents as a technique for teaching professionalism. *Medical Teacher*, 32(3), 244–249. <https://doi.org/10.3109/01421590903197001>
- Roter, D. L., & Hall, J. A. (2006). *Doctors talking with patients/patients talking with doctors* (2nd ed.). Praeger.
- Ruben, B. D. (1993). What patients remember: A content analysis of critical incidents in health care. *Health Communication*, 5(2), 99–112. https://doi.org/10.1207/s15327027hc0502_3
- Schluter, J., Seaton, P., & Chaboyer, W. (2008). Critical incident technique: A user's guide for nurse researchers. *Journal of Advanced Nursing*, 61(1), 107–114. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04490.x>
- Steven, A., Wilson, G., Turunen, H., Vizcaya-Moreno, M. F., Azimirad, M., Kakurel, J., Porras, J., Tella, S., Pérez-Cañaveras, R., Sasso, L., Aleo, G., Myhre, K., Ringstad, Ø., Sara-Aho, A., Scott, M., & Pearson, P. (2020). Critical incident techniques and reflection in nursing and health professions education. Systematic narrative reviews. *Nurse Educator*, 45(6), E57–E61. DOI:10.1097/NNE.0000000000000796
- Strachan, P. H., Kryworuchko, J., Nouvet, E., Downar, J., & You, J. J. (2018). Canadian

- hospital nurses' roles in communication and decision-making about goals of care: An interpretive description of critical incidents. *Applied Nursing Research*, 40, 26–33. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.12.014>
- Street, R. L. Jr., Makoul, G., Arora, N. K., & Epstein, R. M. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician–patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling*, 74(3), 295–301. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.11.015>
- Strid, E. N., Wåhlin, C., Ros, A., & Kvarnström, S. (2021). Health care workers' experiences of workplace incidents that posed a risk of patient and worker injury: A critical incident technique analysis. *BMC Health Services Research*, 21, 511. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06517-x>
- Striley, K., & Field-Springer, K. (2016). When it's good to be a bad nurse: Expanding risk orders theory to explore nurses' experiences of moral, social and identity risks in obstetrics units. *Health, Risk & Society*, 18(1–2), 77–96. <http://dx.doi.org/10.1080/13698575.2016.1169254>
- Viergever, R. F. (2019). The critical incident technique: Method or methodology? *Qualitative Health Research*, 29(7), 1065–1079. <https://doi.org/10.1177/1049732318813112>
- Von Post, I. (1996). Exploring ethical dilemmas in perioperative nursing practice through critical incidents. *Nursing Ethics*, 3(3), 236–249. <https://doi.org/10.1177/096973309600300306>
- Wagner, R. F. (1950). Critical requirements for dentists. *Journal of Applied Psychology*, 34(3), 190–192. <https://doi.org/10.1037/h0054257>
- Watzlawick, P., Bavelas, J. B., & Jackson, D. (1967). *Pragmatics of human communication*. Norton.
- Wendt, E., Fridlund, B., & Lidell, E. (2004). Trust and confirmation in a gynecologic examination situation: A critical incident technique analysis. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 83(12), 1208–1215. <https://doi.org/10.1111/j.0001-6349.2004.00597.x>
- Wennman, I., Carlström, E., Fridlund, B., & Wijk, H. (2021). Experienced critical incidents affecting lead-times in the stroke care chain for low-priority patients—A qualitative study with critical incident technique. *International Emergency Nursing*, 58, 101040. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.101040>
- Wolf, Z. R., & Zuzelo, P. R. (2006). “Never again” stories of nurses: Dilemmas in nursing practice. *Qualitative Health Research*, 16(9), 1191–1206. <https://doi.org/10.1177/1049732306292544>
- Wong-Wylie, G., & Jevne, R. F. (1997). Patient hope: Exploring the interactions between physicians and HIV seropositive individuals. *Qualitative Health Research*, 17(1), 32–56. <https://doi.org/10.1177/104973239700700103>

Author Note

Maija Peltola (corresponding author) is a Ph.D. student of communication studies at the Faculty of Information Technology and Communication Sciences, Tampere University, Finland. Please direct correspondence to maija.peltola@tuni.fi.

Pekka Isotalus, Ph.D. is a professor of communication studies at the Faculty of Information Technology and Communication Sciences, Tampere University, Finland.

Päivi Åstedt-Kurki, Ph.D. is a professor emerita of nursing science at the Faculty of Social Sciences, Tampere University, Finland.

Acknowledgements: The manuscript is part of the first author's doctoral studies which have been supported by the Tampere University (Faculty of Information Technology and

Communication Sciences), the Pirkanmaa Regional Fund of Finnish Cultural Foundation (Grant 50141591), Jenny and Antti Wihuri Foundation (Grant 00180286), the Finnish Diabetes Association and Tampere City Science Grants Committee.

Declaration of Conflicting Interests: The authors declare no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

Copyright 2022: Maija Peltola, Pekka Isotalus, Päivi Åstedt-Kurki, and Nova Southeastern University.

Article Citation

Peltola, M., Isotalus, P., & Åstedt-Kurki, P. (2022). The Critical Incident Technique (CIT) in studying health care professional–patient communication. *The Qualitative Report*, 27(9), 1868-1889. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2022.5580>

