

ASIAKKAAN PSYKOSOSIAALINEN TUKEMINEN HYVINVOINTINEUVOLASSA

KESKINEN, KATRI: Asiakkaan psykososiaalinen tukeminen hyvinvointineuvolassa.
Pro gradu –tutkielma, 87 s., 1 liites.
Sosiaalipsykologia
Syyskuu 2009

Hyvinvointineuvola on uusi toimintamalli, joka on kehitetty tukemaan asiakasperheiden psykososiaalisten ongelmien ennaltaehkäisyä entistä suunnitelmallisemmin. Asiakastyön vuorovaikutukselliseksi tavoitteiksi määrittyvät myös asiakaslähtöisyys ja kumppanuus. Tässä tutkimuksessa selvitetään, miten terveydenhoitajat toteuttavat uuden neuvolainstituution tavoitteita vuorovaikutuksessaan analysoimalla tapoja, joilla asiakkaan psykososiaalisista ongelmista keskustellaan neuvolavastaanotolla. Aineistona on videoidut vastaanottotilanteet kolmesta eri hyvinvointineuvolasta. Näistä analysoin 19 huolenkerrontajaksoa, joissa asiakas ottaa puheeksi psykososiaaliseen aiheeseen liittyvän huolensa. Perinteisistä neuvoloista kerätyn rinnakkaisaineiston (2 huolenkerrontajaksoa) avulla selvitetään, millainen on huolenkerrontajaksojen vuorovaikutuskäytänteiden suhde hyvinvointineuvoloiksi siirtyneiden ja perinteisten neuvoloiden välillä.

Tutkimuksen lähtökohtana on etnometodologinen teoria sosiaalisen toiminnan organisoitumisesta. Asiakassuhteen vuorovaikutusta tarkastellaan terveydenhoitajan ja asiakkaan yhteisenä prosessina, joka rakentuu vaiheittain osallistujien tuottamien merkitysten ja tulkintojen kautta. Analyysimenetelmänä käytetään etnometodologian tutkimusperinteestä lähtöisin olevaa keskusteluanalyysia, jonka avulla tarkastellaan vuorovaikutuksen yksityiskohtaista rakentumista.

Vuorovaikutuksen analyysi osoitti, että asiakkaan tuodessa psykososiaalisen huolensa keskusteluun, huolta kohdeltiin ensisijaisesti neuvomista ja informaation antamista tarvitsevana sekä huoli ohitettiin tuomalla esiin tilanteen myönteisiä puolia. Terveydenhoitajat käyttivät vastustapoinaan myös huolen normalisoimista sekä empatiaa. Huolen tullessa keskusteluun, työn orientaationa näyttävät ennen kaikkea olevan huolen poistaminen ja sen ratkaisuyritykset. Terveydenhoitajat orientoituvat työhönsä myös tuen antajina osoittamalla asiakkaalle empatiaa, mikä oli tavanomainen käytänne huolikeskustelujakso lopettamiseen. Keskustelu huolesta päätettiin useimmiten osoittamalla asiakkaalle myönteinen tulkinta huolesta. Analyysin perusteella terveydenhoitajan työn orientaatioksi muodostuu ennen kaikkea fyysiseen terveyteen liittyvä seuranta, neuvonta sekä somaattiset toimenpiteet. Keskustelua asiakkaan psykososiaalisista huolista kohdeltiin neuvolatyön tavanomaiseen tehtävään kuulumattomana. Tämä ilmeni erityisesti tavassa käyttää suljettuja kysymyksiä, jotka oli muotoiltu ehdottamaan asiakkaalle myönteistä asiantilaa ja suuntaamaan fokusta pois ongelmasta. Vuorovaikutus huolenkerrontajaksoissa eteni useimmiten ammatillislähtöisesti asiakaslähtöisen tai dialogisen vuorovaikutuksen sijaan.

Vertailu perinteisen ja hyvinvointineuvolan välillä osoitti vuorovaikutuskäytänteet samankaltaisiksi. Näin ollen uusi toimintamalli ei vielä ole ulottunut työkäytänteisiin. Tämän tutkimuksen perusteella hyvinvointineuvola-toimintamallin implementointi asiakastyöhön vaatii vielä kehittämistä, jotta tavoitteet asiakasperheiden psykososiaalisesta tukemisesta mahdollistuvat.

Asiasanat: asiakassuhde, huolenkerronta, hyvinvointineuvola, institutionaalinen vuorovaikutus, keskusteluanalyysi, terveydenhoitajat, vuorovaikutus

SISÄLTÖ

1 Johdanto	1
2 Tutkimuksen lähtökohtia	3
2.1. Neuvola yhteiskunnallisena hyvinvoinnin edistäjänä	3
2.1.1. Tutkimusta neuvolasta psykososiaalisen hyvinvoinnin näkökulmasta	4
2.1.2. Hyvinvointineuvolamalli vastaamassa psykososiaalisen ennaltaehkäisyn tavoitteisiin	6
2.2. Asiakkaan ja ammattilaisen vuorovaikutussuhdetta erittelevät mallit	8
2.2.1. Asiakas- ja ammattilaislähtöisyys: Kenellä on tieto asiakassuhteesta?	9
2.2.2. Ohjaus ja dialogisuus: Kumppanuus asiakassuhteen viitekehyksenä	11
2.3. Etnometodologia teoreettisena lähestymistapana asiakassuhteen vuorovaikutukseen	13
2.4. Ammattilaisen ja asiakkaan välisen vuorovaikutuksen tutkiminen	15
2.4.1. Institutionaalisen vuorovaikutuksen tutkiminen	15
2.4.2. Huolenkerronta ilmiönä ja tutkimuskohteena	17
3 Tutkimuskysymykset ja tutkimuksen tavoitteet	22
4 Keskustelunanalyysi metodologisena lähestymistapana	24
4.1. Keskustelunanalyysi tutkimusmenetelmänä	24
4.2. Keskeiset käsitteet keskustelunanalyysissä	25
5 Tutkimuksen toteutus	30
5.1. Tutkimusasetelma ja aineiston kuvailu	30
5.2. Aineiston valinta ja analyysiprosessi	31
5.3. Tutkimuseettiset kysymykset	33
6 Analyysi	35
6.1. Huolenkerrontasekvenssin rakenne ja huolenilmaisun käytänteet	35
6.2. Huolenaiheet ja miten huolenkerronta vastaanotolla alkaa?	39
6.3. Avoimet ja suljetut kysymykset huolenkerronnan edeltäjinä	40
6.3.1. Avoimet eli ei-preferoidut kysymykset	40
6.3.2. Suljetut kysymykset	41
6.4. Oma aloite huolen ilmaisemiseen	45
6.5. Miten asiakkaan huolenkerrontaan vastataan ja mitä siitä seuraa?	47
6.5.1. Empatian osoittaminen vastauksena huoleen	48
6.5.2. Huolenaiheen normalisointi huolen vastaanottotapana	50
6.5.3. Positiivisen puolen osoittaminen	52
6.5.4. Huoleen vastataan neuvolla	54

6.6. Miten keskustelu huolesta päättyy?	56
6.6.1. Huolikeskustelu päätetään empatian osoittamisella	56
6.6.2. Huolikeskustelu päätetään positiivisen puolen osoittamiseen	58
6.6.3. Asiakas vaihtaa puheenaihetta	60
6.7. Huolenkerrontajakso havainnollistamassa vuorovaikutuskäytänteitä	62
6.8. Huolenkerrontaa perinteisessä neuvolassa	66
7 Yhteenveto ja pohdintaa	71
7.1. Tutkimustulokset ja niiden suhde tutkimuksen lähtökohtiin	71
7.2. Tutkimuksen arviointia	75
7.3. Tutkimuksen merkitys sekä jatkotutkimusaiheet	76
Lähdeluettelo	78
Painetut lähteet	
Elektroniset lähteet	
Liitteet	
Liite 1. Litteraatiomerkinnot keskusteluanalysissa	

1 Johdanto

Neuvoloilla on perinteisesti ollut keskeinen merkitys raskauden ja lapsen fyysisen hyvinvoinnin seurannassa. Asiakasperheiden psykososiaalisten ongelmien ennaltaehkäisyn tarpeita vastaamaan kehitettiin vuonna 2002 uusi toiminta-ajatus ja rakenteellinen uudistus hyvinvointineuvolasta, jossa huomion kohteena ovat lapsen ja äidin fyysisen terveyden lisäksi koko perheen psykososiaalinen hyvinvointi. Uudistuksen tavoitteena on, että neuvola laajentaa toimintamalliaan aiemmasta lapsikeskeisestä kohti ennaltaehkäisevää ja perhekeskeistä työtapaa. Vuonna 2003 Tampereella ensimmäinen neuvola siirtyi toteuttamaan hyvinvointineuvolan toimintaperiaatteita. Kesällä 2009 noin puolet Tampereen neuvoloista on hyvinvointineuvoloita ja tavoitteena on, että toimintamalli laajentuu koskemaan kaikkia Tampereen neuvoloita vuonna 2011 (Hietanen, sähköpostikeskustelu 24.06.2009).

Mikään institutionaalinen muutos ei käy kädenkäänteessä. Uudet tavoitteet siitä, että koko perheen psykososiaalinen hyvinvointi on keskeinen osa neuvolan työkenttää, asettaa terveydenhoitajien työtavat ja vuorovaikutustaidot uuden haasteen eteen. Asiakastyötä toteutetaan pitkälti vuorovaikutuksen avulla. Vuorovaikutuksen kautta ammattilaiset luovat suhteen asiakkaisiin, hoitavat työtehtäviään sekä välittävät suuren määrän erilaisia viestejä siitä, mikä meneillään olevan tilanteen tarkoitus on. Asiakkaan kertoessa neuvolan terveydenhoitajalle psyykkiseen tai sosiaaliseen hyvinvointiin, esimerkiksi parisuhteeseen, vanhemmuuteen, pelkoihin tai omaan jaksamiseensa liittyvän huolen, ovat terveydenhoitajan vuorovaikutustavat merkittävässä asemassa. Se, miten neuvolassa asiakasperheen esiintuomia huolia kohdellaan ja käsitellään, on tärkeää perheiden hyvinvoinnille. Huomion kiinnittäminen perheiden psykososiaaliseen hyvinvointiin ja varhaiseen tukeen on lasten tulevaisuuden kannalta yhä tärkeämpää. Kodin ulkopuolella sijoitettujen sekä huostaanottojen lasten ja nuorten määrä on kasvanut vuosittain. Vuonna 1997 kodin ulkopuolelle sijoitettujen 0-17 – vuotiaiden osuus oli 0,9 % vastaavasta ikäryhmästä, kun vuonna 2007 vastaava prosenttiosuus oli 1,2 eli kaikkiaan 16 059 lasta ja nuorta. (Suomen Tilastollinen Vuosikirja 2008, 505.) Taloudellisen taantumun aiheuttama kuormitus perheissä sekä julkisten palvelujen leikkaukset ovat osaltaan vaikuttamassa siihen, että erityisen tuen tarve perheissä on kasvava. Lapsiperheiden köyhyysaste on kaksinkertaistunut 10 vuodessa. Pulkkinen (2000) mukaan taloudelliset vaikeudet heijastuvat parisuhteeseen ja sitä kautta vanhemmuuden laatuun. Tutkimukset osoittavat vanhempien henkisellä hyvinvoinnilla olevan merkittävä yhteys lapsen emotionaaliselle, moraalille ja sosiaaliselle kehitykselle eli parhaiten lapsen kasvua ja kehitystä tuetaan vahvistamalla vanhempien voimavaroja (ks. esim. Pelkonen & Hakulinen 2002). Myös Vanhasen 2. hallituksen ohjelmassa painopisteeksi nostetaan lapsiperheiden pahoinvointia ja syrjäytymistä ennaltaehkäisevä työ ja varhainen

puuttuminen (Valtioneuvoston politiikkaohjelma 2007). Useat syrjäytymistä ennakoivat riskitekijät ovat havaittavissa jo varhaislapsuudessa. Varhainen puuttuminen perheiden ongelmiin vähentää inhimillistä hätää ja määrittää useiden lasten tulevaisuuden uudelleen. Se lisäksi tuottaa julkiselle taloudelle säästöä korjaavien toimenpiteiden vähetessä. Myös Pirkanmaan Sairaanhoidopiiriin päätös helmikuussa 2009 muuttaa sairaalassa järjestettävät synnytysvalmennukset internetistä itsenäisesti katsottaviksi nettivalmennuksiksi osaltaan paineistaa neuvoloita käsittelemään tulevaan synnytykseen liittyviä pelkoja.

Tutkimukseni tarkoituksena onkin videoitujen vastaanottotilanteiden analysoinnilla selvittää, miten uutta psykososiaalista hyvinvointia korostavaa toimintamallia toteutetaan tutkimukseen osallistuneiden hyvinvointineuvoloiden arjessa. Tutkin, toteuttavatko työ- ja vuorovaikutustavat asetettuja tavoitteita vanhempien psykososiaalisesta tukemisesta ja ennaltaehkäisyn tavoitteista? Mitä vastaanoton vuorovaikutuksessa konkreettisesti tapahtuu, kun asiakas esittää terveydenhoitajalle huolen? Vuorovaikutusta tarkastelemalla voin tuoda esiin terveydenhoitajien orientaatiota työhönsä eli sitä, miten he työnsä tavoitteet näkevät ja millaisin käytäntein he toteuttavat työtään psykososiaalisiin huoliin liittyvissä keskusteluissa.

Seuraavassa luvussa siirryn esittelemään työni teoreettiset lähtökohdat. Tarkemmat tutkimuskysymykseni ja tutkimukseni tavoitteet käsittelen luvussa 3. Esiteltäni keskusteluanalyysin vuorovaikutustutkimuksen metodologisena lähestymistapana, käsittelen tarkemmin aineistoani sekä sen keräämiseen ja valintaan liittyviä seikkoja. Analyysilukuni jälkeen tutkimukseni päättävä luku kokoaa yhteen tutkimustulokseni ja suhteuttaa niitä aiempaan neuvolatyön tutkimukseen ja käsityksiin asiakassuhteen vuorovaikutuksesta. Lisäksi arvioin vielä tutkimukseni luotettavuutta ja sen merkitystä laajemmin sekä esittelen mahdolliset jatkotutkimusaiheet.

2 Tutkimuksen lähtökohtia

Tässä luvussa sijoitan tutkimukseni neuvolatyön sekä asiakassuhteen vuorovaikutusta koskevien näkökulmien ja tutkimuksen kentälle. Esittelen myös tässä työssä teoreettisena viitekehyksenä toimivan etnometodologisen lähestymistavan. Lisäksi luvun lopussa tuon esiin institutionaaliseen vuorovaikutukseen ja huolenkerrontaan liittyvää tutkimusta.

2.1. Neuvola yhteiskunnallisena hyvinvoinnin edistäjänä

Kiinnostus lapsen yhteiskunnalliseen asemaan on kasvanut hyvinvoinnin ja tiedon lisääntyessä. Maamme ensimmäinen lastenneuvola perustettiin Mannerheimin Lastensuojeluliiton ja arkkiaatri Arvo Ylpön toimesta Helsinkiin vuonna 1922. Neuvoloiden tavoitteena oli vähentää imeväiskuolleisuutta opastamalla äitejä oikeaan ravintoon, puhtauteen ja eri sairauksien ehkäisyyn. (Ks. esim. Kangaspunta ym. 2004, 3521.) 1930-luvulla perustettiin ensimmäiset äitiys- ja lastenneuvolat koulutettuine kättilöineen ja terveydenhoitajineen. Koko maan kattavasta neuvolajärjestelmästä säädettiin laki vuonna 1944 (Puura ym. 2001, 4855) ja näin neuvola vakiinnutti asemansa merkittävänä yhteiskunnallisena raskauden sekä lapsen terveyden ja kehityksen seuraajana. Neuvolatoiminta onkin yhä keskeinen osa ehkäisevää kansanterveystyötä. Äitiys- ja lastenneuvolapalvelut saavuttavat nykyään lähes kaikki lasta odottavat ja alle kouluikäisten lasten perheet. Äitiysneuvoloissa asioi vuosittain vajaa 60 000 äitiä puolisoineen ja lastenneuvoloissa asiakkaana on noin 400 000 lasta ja 600 000 vanhempaa. Neuvolapalveluiden ulkopuolelle jättäytyy noin 0,2 - 0,4 % perheistä. (Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskus.) Neuvolapalvelut ovat kaikille vapaaehtoisia ja maksuttomia, mutta asiakkuus äitiysneuvolassa on perusteena äitiysavustuksen saamiselle. (Hakulinen-Viitanen ym. 2005, 21; STM 2009.)

Neuvolan perustehtävä on kautta aikain ollut fyysisen terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä. Viime vuosikymmeninä neuvolan tehtävät ovat laajentuneet myös psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämiseen koko perheen osalta. Sosiaali- ja terveysministeriö (2009) määrittelee äitiysneuvolan tehtäväksi *"edistää raskaana olevan naisen, sikiön ja vastasyntyneen lapsen ja koko lasta odottavan perheen terveyttä ja hyvinvointia. Neuvolan tuki suunnataan koko perheelle. Huomiota kiinnitetään parisuhteeseen ja vanhemmuuteen, johon olennaisena osana kuuluu isän rooli ja vastuu vanhempana. Neuvola tukee vanhempia valmistautumaan vanhemmuuteen ja lapsen tuomiin muutoksiin perheessä sekä edistää terveellisiä elintapoja."* Lastenneuvolan tehtävänä on alle kouluikäisten lasten ja heidän

perheidensä terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen. Lisäksi tavoitteena on *”kaventaa perheiden välisiä terveyseroja. Lastenneuvolassa seurataan ja edistetään lapsen fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista kasvua ja kehitystä sekä tuetaan vanhempia turvallisessa, lapsilähtöisessä kasvatuksessa ja lapsen hyvässä huolenpidossa sekä parisuhteen hoitamisessa. Lisäksi neuvolassa edistetään lapsen kasvu- ja kehitysympäristön sekä perheen elintapojen terveellisyyttä.”* (STM 2009.)

Äitiysneuvolassa käydään normaalisti etenevän raskauden aikana 11–15 kertaa terveydenhoitajan ja lääkärin vastaanotolla. Lisäksi tehdään vähintään yksi kotikäynti joko odotusaikana tai tavallisemmin lapsen synnyttyä. Neuvolatoimintaa säätelevän asetuksen mukaan odotusaikana arvioidaan molempien vanhempien hyvinvointia ja tuen tarvetta järjestämällä ainakin yksi laaja terveystarkastus. Alle kouluikäiset lapset käyvät neuvolassa vähintään 15 kertaa, joista käynneistä yli puolet ajoittuu lapsen ensimmäiselle elinvuodelle. (STM 2009.)

2.1.1. Tutkimusta neuvolasta psykososiaalisen hyvinvoinnin näkökulmasta

Lasten fyysinen terveys ja imeväiskuolleisuus ovat kehittyneet tavoiteltuun suuntaan vuosikymmenten aikana. Sen sijaan lasten ja nuorten henkinen hyvinvointi on heikentynyt, ja avohuollon tukitoimet sekä kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten ja nuorten määrä on kasvanut vuosi vuodelta. Neuvolaikäisten lasten perheistä noin 10–30 % arvioidaan olevan erityisen tuen tarpeessa. Usein näissä perheissä on vanhemmuuteen, parisuhteeseen tai elämäntilanteeseen liittyviä ongelmia. (Ks. esim. Hakulinen-Viitanen ym. 2005, 113.) Useimmat syrjäytymiseen liittyvät riskit ovat havaittavissa jo alle kouluikässä, jolloin varhainen puuttuminen niihin on erityisen tärkeää. Myöhemmät korjaavat toimet ovat yhteiskunnalle kalliita, ja elämän suunnan muutos on myöhemmin haasteellisempaa. Tämä on asettanut neuvolat vaativaan tilanteeseen: niiden tulisi jo varhaisessa vaiheessa kyetä havaitsemaan, kuulemaan ja auttamaan tuen tarpeessa olevia perheitä sekä ohjata heitä tarvittavien palveluiden äärelle. Lisäksi vanhempien tarpeet neuvolapalveluille heijastelevat muuttuvaa yhteiskuntaa. Nykyinen postmoderni yhteiskunta ei enää tarjoa valmiita malleja lasten kasvatukseen ja perhe-elämään. Lisäksi perhemuodot, elinolot sekä kasvatustehtävät ja -vastuu ovat moninaistuneet, mikä on lisännyt tarvetta kiinnittää huomiota myös neuvolatoiminnan kehittämiseen. (Alasuutari 2003; Hakulinen-Viitanen ym. 2005, 21.) Viime vuosina niin kutsuttu psykososiaalinen¹ näkökulma neuvolatyöhön fyysisen terveyden tukemisen lisäksi on vahvistunut:

¹ Psykososiaalisella tarkoitetaan sekä psykologisia että sosiaalisia tekijöitä laajasti eri ammattien ja tieteenalojen sisällä (ks. esim. Nätkin & Vuori 2007, 14).

vanhempien psyykkinen hyvinvointi, parisuhde ja lasten ja vanhempien välinen vuorovaikutus ovat nousseet yhdeksi neuvolatyön tavoitteeksi. (Nätkin & Vuori 2007, 13–14; Kangaspunta ym. 2004, 3521.)

Suomalaisia neuvoloita koskeva tutkimus osoittaa, että varhaisen puuttumisen ja ongelmien ennaltaehkäisyn tavoitteen esteenä ei useinkaan ole se, ettei lasten hyvinvointia uhkaavia riskitekijöitä tunnistettaisi. Ongelmana on se, että terveydenhoitajilla ei ole riittäviä keinoja ottaa puheeksi ongelmia tai käsitellä perheiden kanssa esille tulleita huolenaiheita. Perheiden huolet usein sivuutetaan, ja arkaluontoisia ja vaikeita asioita ei oteta herkästi puheeksi vastaanotolla. Varsinkin erityistukea tarvitsevien perheiden kohdalla neuvolatyön tavoitetta perheiden hyvinvoinnin parantamisesta ei ole saavutettu. (Hakulinen-Viitanen ym. 2005, 113–114.) Valtaväestöstä rakenteeltaan, kulttuuritaustaltaan tai toimintatavoiltaan erottautuvan perheen kohdalla ongelmia saatetaan normalisoida eikä niitä osata ottaa puheeksi. Selvityksen mukaan psykososiaaliset ongelmat ovat jääneet liian vähälle huomiolle, vaikka toisaalta terveydenhoitajien kyky tunnistaa ja määritellä perheiden tarpeita on monipuolistunut. Parhaiten neuvola onnistuu tukemaan ns. tavallisia perheitä, joilla on jo paljon voimavaroja. (Pelkonen & Löthman-Kilpeläinen 2000, 57.) Myös Marjo Kurosen (1994) etnografinen tutkimus osoittaa, että asiakastilanteissa ongelmista puhumista vältetään ja ongelmat halutaan selittää normaaleiksi ja yleisiksi. Tähän normalistamiseen osallistuvat sekä asiakas että terveydenhoitaja, kun molemmat haluavat säilyttää tulkinnan asiantilan tavallisuudesta. (Kuronen 1994, 61.)

Eija Heimon (2002) kyselylomakkein ja haastatteluin toteutettu seurantatutkimus vuosilta 1997–2000 osoittaa, että osa vanhemmista toivoi terveydenhoitajien kyselevän aktiivisemmin ongelmallisista asioista ja ottavan vastuun vaikeiden asioiden käsittelystä. Osa terveydenhoitajista taas koki, että ajanpuute esti vaikeiden asioiden käsittelyä ja luottamuksellisen vuorovaikutussuhteen rakentumista asiakkaan kanssa. (Heimo 2002, 131–132.) Henkilöstöressurit ovat niukkoja ja mahdollisesti vastaanottotilanteet ovat kiireisiä, jolloin perheiden ongelmien käsittelyyn ei ensisijaiseksi määritellyltä tehtävältä, lapsen kasvun ja kehityksen seurannalta, jää aikaa. Sosiaali- ja terveysministeriön tuottaman selvityksen mukaan lähes puolet neuvolan terveydenhoitajista ja lääkäreistä arvioi käytettävissä olevan työaikansa riittämättömäksi erityistukea tarvitseville perheille. (Hakulinen-Viitanen ym. 2005, 113) Lisäksi osa terveydenhoitajista koki puutteita taidoissaan ottaa vaikeita asioita puheeksi perheen kanssa. (Heimo 2002, 131–132, 139.) Heimo esittääkin tulostensa perusteella puheeksi ottamista helpottavien työvälineiden kehittämistä neuvolatyön arkeen (Heimo 2002, 139–140).

Riitta Paavilainen (2003) esittää samansuuntaisia tuloksia ongelmista puhumisesta väitöstutkimuksessaan, jonka aineiston hän keräsi haastatteleamalla lasta odottavia pariskuntia sekä keräten kirjallista aineistoa

erilaisista odotus- ja lapsiajan lehdistä, kirjeistä sekä yleisönosastokirjoituksista. Paavilaisen tutkimuksen mukaan asiakkaat kokivat, että heidän kielteiset tunteensa terveydenhoitajan vastaanotolla jäivät kuulematta ja huolet ilman vastakaikua. Asiakkaat myös kokivat, että terveydenhoitajat vetäytyivät vaikeista tilanteista, he kun olisivat kaivanneet enemmän rohkaisua ja myötätuntoa. (Paavilainen 2003, 94.)

Vaikka neuvola ei aiemman tutkimuksen mukaan ole pystynyt täysin vastaamaan psykososiaalisen tukemisen tavoitteeseen, ovat vanhemmat kuitenkin monilta muilta osin tyytyväisiä neuvolapalveluun. Tyytyväisyyden aiheina ovat Viljamaan (2003) tutkimuksen mukaan muun muassa se, että neuvola on lähipalvelu. Myös terveydenhoitajan toiminta, ilmapiirin luottamuksellisuus ja palvelun yksilöllisyys koettiin hyvinä. Tyytyväisyys neuvolasta saatuun henkilökohtaiseen tukeen sekä vanhemmuuden tukemiseen arvioitiin kuitenkin vain keskinkertaisiksi. (Viljamaa 2003, 107–110.) Pelkonen ja Löthman-Kilpeläinen ehdottavatkin neuvolatoimintaa koskevan selvityksensä perusteella terveydenhoitajien työmenetelmien kehittämistä esimerkiksi puheeksi ottamista helpottavien lomakkeiden avulla sekä ottamalla käyttöön voimavaraorientoituneita auttamismenetelmiä, jotka vastaavat perheiden psykososiaalisen tuen tarpeisiin. Heidän mukaansa terveydenhoitajan esittämät kysymykset voivat olla asiakasta auttavia ja ohjata häntä pohtimaan omaa tilannettaan ja erilaisia ratkaisuja siihen. Terveydenhoitajan ei tule olettaa tietävänsä valmiita ratkaisuja perheiden ongelmiin, vaan hänen ammattitaitonsa on hyödyksi kuuntelun, täsmentävien kysymysten, tiedon ja uusien näkökulmien kautta. (Pelkonen & Löthman-Kilpeläinen 2000, 62–63.)

Aiempi suomalaisia neuvoloita koskeva tutkimus osoittaa, että neuvola onnistuu hyvin sille perinteisesti kuuluneissa tehtävissä, jotka liittyvät raskauden ja lapsen hoidon sekä kehityksen seurantaan. Totutut työkäytännöt sekä vähäiset resurssit ovat vaikuttaneet siihen, että neuvolassa ei ole riittävästi kuitenkaan käsitelty perheiden ongelmia ja tuettu vanhempia muuttuvassa elämäntilanteessa, uusien kysymysten äärellä. Näiden tutkimustulosten perusteella alettiin kehittää uutta toimintamallia, hyvinvointineuvolaa, jonka tavoitteena on vastata entistä suunnitelmallisemmin perheiden psykososiaaliseen tukemiseen ja ongelmien ennaltaehkäisyyn.

2.1.2. Hyvinvointineuvolamalli vastaamassa psykososiaalisen ennaltaehkäisyn tavoitteisiin

Vanhemmuuden tukeminen ja varhainen puuttuminen ongelmiin raskausaikana ja lapsen synnyttyä ovat tärkeitä perheen myöhemmän hyvinvoinnin kannalta. Tutkimusten mukaan riskiryhmiin kuuluvissa perheissä raskausaikana aloitettu psykososiaalinen tuki muun muassa vähentää lasten laiminlyöntiä ja kaltoin kohtelua. Varhainen vuorovaikutus lapsuudessa luo pohjan myöhemmälle kehitykselle, mielenterveydelle ja sosiaalisille taidoille. (Ks. esim. Olds 2002). Vanhemmuus on suuri elämänmuutos,

jonka tukemisessa neuvolalla on keskeinen tehtävä. Psykososiaalisen tuen tavoitteen toteutumiseksi perinteinen neuvolajärjestelmä on kaivannut uudistusta, kuten edellä esittelemät tutkimukset osoittavat. Tähän tarpeeseen alettiin kehittää uutta toimintamallia, hyvinvointineuvola.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (ent. Stakes ja Kansanterveyslaitos) tutkimusprofessori Matti Rimpelän vuonna 2002 sekä Pirkanmaan mielenterveystyön hankkeen Peruspalvelutiimi-projektin vuosina 2002 - 2004 kehittämä toimintamalli perheen hyvinvointineuvolasta on pohjana Tampereen kaupungin hyvinvointineuvoloiden toiminnassa. Vuonna 2003 Tampereella ensimmäinen neuvola siirtyi toteuttamaan hyvinvointineuvolan toimintaperiaatteita. (Kangaspunta ym. 2004, 3523; Kangaspunta & Värrä 2007.) Kesällä 2009 noin puolet Tampereen neuvoloista ovat hyvinvointineuvoloita ja tavoitteena on, että toimintamalli laajentuu koskemaan kaikkia Tampereen neuvoloita vuonna 2011 (Hietanen, sähköpostikeskustelu). Uuden toimintamallin tavoitteena on tukea lasta odottavien ja alle kouluikäisten lasten ja heidän perheidensä kokonaisvaltaista hyvinvointia. Hyvinvointineuvola-toimintamalli on yhdistetty äitiys- ja lastenneuvola, jossa fyysisen terveydenhoidon, seurannan ja neuvonnan lisäksi kiinnitetään entistä suunnitelmallisemmin huomioita perheiden psykososiaaliseen hyvinvointiin ja varhaiseen puuttumiseen. Toimintamalli perustuu riskitilanteiden mahdollisimman varhaisen tunnistamisen ja tukemisen ajatteluun koko lapsiperheväestön osalta. (Kangaspunta & Värrä 2007; Rimpelä 2007.) Hyvinvointineuvolan toiminnan keskeisiä periaatteita ovat myös asiakaslähtöisyys ja voimavarakeskeisyys. Asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan keskustelutilanteen luomista, jossa molemmilla osapuolilla ajatellaan olevan tilanteessa tarvittavaa tietoa. Tavoitteena onkin näkemysten molemminpuolinen avartuminen ja kumppanuus. (Kangaspunta ym. 2004, 3523.) (Ks. lisää asiakaslähtöisyydestä luku 2.2.1.)

Toimintamallin keskeinen uudistus on myös äitiys- ja lastenneuvoneuvolatyön yhdistäminen siten, että perheen asiakkuus säilyy samoilla työntekijöillä raskauden ensikäynnistä lapsen kouluikään saakka. Tämän yhdistetyn työn tarkoituksena on luoda tuttuja ja luottamuksellisia asiakassuhteita, jotka osaltaan edesauttavat perheiden kokonaisvaltaista kohtaamista ja ongelmien varhaista käsittelyä. Myös tiimityön tavoitteena on raskausvaiheesta saakka tunnistaa ja käsitellä lapsen kehitystä uhkaavia tekijöitä ja hyödyntää tilanteessa moniammatillista apua. Moniammatilliseen tiimiin kuuluu kaksi terveydenhoitajaa ja perhetyöntekijää, neuvolalääkäri, sosiaalityöntekijä sekä neuvolapsykologi. Lisäksi hyvinvointineuvola järjestää erilaista vertaisryhmätoimintaa ja tavoitteena on myös raskaudenaikainen kotikäynti perinteisen synnytyksen jälkeisen kotikäynnin lisäksi. (Kangaspunta & Värrä 2007; Rimpelä 2007.)

Terveydenhoitajan työ vaatii näiden varhaisen puuttumisen tavoitteiden edessä hyviä vuorovaikutustaitoja ja kykyä ottaa ongelmia puheeksi. Puheeksi ottamista helpottamaan on kehitetty perheen psykososiaalista

hyvinvointia kartoittavia lomakkeita, jotka jaetaan vanhemmille erikseen, ja joiden pohjalta keskustellaan seuraavalla neuvolakäynnillä. Näitä lomakekäyntejä on kaikille asiakasperheille yhteensä kolme; raskauden toisen kolmanneksen lopulla, lapsen ollessa 2-3 kuukauden sekä yhden vuoden ikäinen. (Kangaspunta & Värri 2007, 7–8.) Lomakkeiden esiintuomat aiheet toimivat myös viestinä asiakasperheille siitä, että neuvolassa voi käsitellä myös psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin sekä vanhemmuuteen liittyviä asioita (Kangaspunta ym. 2004, 3524). Terveystenhoitajat ovat saaneet varhaisen vuorovaikutuksen koulutusta tuomaan valmiuksia lomakkeiden avulla käytäviin keskusteluihin (Kangaspunta & Värri 2007, 12). Asiakkaat tuovat vaikeita aiheita keskusteluun neuvolan vastaanotolla myös lomakekäyntien ulkopuolella, jollaisista tilanteista oma aineistoni on kerätty.

Hyvinvointineuvolamallissa on kyseessä organisaatiouudistus, joka liittyy ennen kaikkea työkäytänteiden kehittämiseen. Työtapojen muuttaminen on aina vaativaa, sillä kaikilla ammattilaisilla on työssään vakiintuneita toimintatapoja. Uudistuksen seurauksena uudet tavoitteet täytyy huomioida ja sisällyttää päivittäiseen asiakastyöhön. Tämä vaatii terveydenhoitajilta reflektointia työtettä, jolloin on tunnistettava vallitsevat työtavat ja niiden kehittämistarpeet. Totuttujen työkäytänteiden kehittäminen ja uusien tavoitteiden sisällyttäminen niihin on hidas ja vaativa prosessi, joka vaatii koulutusta, seuranta- ja tutkimusta. On myös kiinnitettävä huomiota hallinnon tasolla siihen, miten uusien työtapojen käyttöönottoa ja tavoitteiden toteutumista voidaan helpottaa. (Ks. esim. Ruusuvuori ym. 2008.)

Neuvolatyötä on tutkittu paljon, ja tutkimuksen tuottamaa tietoa on kiitettävästi hyödynnetty uusien toimintamallien kehittämisessä. Tämä tutkimukseni lisääkin puolestaan tietoutta siitä, miten uuden toimintamallin varhaisen puuttumisen tavoitteet toteutuvat tutkimukseen osallistuneissa tamperelaisissa hyvinvointineuvoloissa.

2.2. Asiakkaan ja ammattilaisen vuorovaikutussuhdetta erittelevät mallit

Neuvolassa yksi terveydenhoitajan tärkeimmistä työkaluista on vuorovaikutus. Vuorovaikutus voidaan määritellä ihmistenväliseksi sosiaalisesti kanssakäymiseksi ja tilannesidonnaiseksi tulkinnaksi, jossa merkityksiä rakennetaan yhteistoiminnassa. (Ks. esim. Heritage 1996/1984). Vuorovaikutus on taito, jota voi oppia ja kehittää jatkuvasti. Ammattilaisella on työssään vastuu sekä institutionaalisten tavoitteiden että asiakastilanteessa syntyneiden tavoitteiden saavuttamisesta. Ammatillisessa vuorovaikutuksessa on kyse ennen kaikkea kyvystä rakentaa vastavuoroinen suhde asiakkaaseen ja kyky olla toistamatta rutiineja. Onnistuneessa vuorovaikutuksessa ammattilainen muuttaa menetelmiään ja toimintaansa tilanteen mukaisesti, ja kykenee arvioimaan omaa toimintaansa. Toiminta asiakastyön vuorovaikutuksessa ei aina

ole tietoista, jolloin vuorovaikutuksessa eivät toteudu ne periaatteet, joita ammattilainen tavoittelee työtavassaan. (Järvinen ym. 2007, 189–192 ; Mönkkönen 2008, 17; Vilén ym. 2008, 17–18.)

Kiinnostukseni kohdistuessa siihen, miten hyvinvointineuvolan asiakastyössä käsitellään psykososiaalisia ongelmia, olen perehtynyt erilaisiin näkökulmiin, joilla asiakassuhteen vuorovaikutusta on mallinnettu. Tarkastelemani näkökulmat ovat toisiaan täydentäviä, osin päällekkäisiäkin, teoreettisia viitekehyksiä, joita tunnustetaan yleisimmin tämän hetken asiakastyössä. Nämä mallit ovat vallitsevia käsityksiä siitä, millaisia vuorovaikutuksellisia ihanteita asiakastyölle on asetettu. Anssi Peräkylä ja Sanna Vehviläinen kutsuvat vuorovaikutusideologioiksi erilaisia ammatillisia teorioita sosiaalisesta vuorovaikutuksesta, joita ammattilaiset asiakastyössään toteuttavat. Ammatillisen tietotaidon lisäksi ihmistyön ammatit kantavat mukanaan erilaisia normatiivisia ja tulkinnallisia malleja siitä, millainen vuorovaikutus ammatin piiriin kuuluu. Malleja synnyttävät ammattia koskeva kirjallisuus, ohjeet, neuvot ja koulutukset. (Peräkylä & Vehviläinen 1999.) Toisin kuin oma, etnometodologinen näkökulmani, nämä käsitykset eivät tarkastele sitä, miten ja millaisin toiminnoin nämä vuorovaikutukselliset suhteet saadaan aikaan. Esittelen seuraavaksi asiakaslähtöisyyden, ohjauksen ja dialogisuuden näkökulmat siihen, millaisena toimiva vuorovaikutus asiakastyössä nähdään. Hyvinvointineuvolan vuorovaikutuksellisiin periaatteisiin kuuluvat muun muassa asiakaslähtöisyys ja kumppanuus (Kangaspunta ym. 2004, 3523). Tavoite kumppanuudesta asiakassuhteen vuorovaikutuksessa liitetään ohjauksen ja dialogisuuden näkökulmiin. Luvussa 2.3. esittelen etnometodologian, joka toimii tässä tutkimuksessa teoreettisena lähestymistapana siihen, miten vuorovaikutusta asiakkaan ja terveydenhoitajan välillä tarkastelen. Sen avulla tarkastelen sitä, millaisin toiminnoin vuorovaikutusta rakennetaan. Seuraavaksi esittelemäni vuorovaikutukselliset näkökulmat asiakassuhteessa suhteutan tämän tutkimuksen lopuksi etnometodologisen teorian kautta tarkastelemaani aineistoon, ja siihen, miten nämä ihanteet näkyvät vuorovaikutuksessa.

2.2.1. Asiakas- ja ammattilaislähtöisyys: Kenellä on tieto asiakassuhteesta?

Ammattilaisten ja asiakkaiden välisissä vuorovaikutustilanteissa osapuolien tietämyksen jakaantuminen jäsentää vuorovaikutusta. David Armstrongin mukaan lääkärin ja potilaan sekä sairaanhoitajan ja potilaan välinen suhde alettiin nähdä vuorovaikutuksen näkökulmasta melko myöhään, vasta 1970-luvulla. Ennen tätä lääke- ja hoitotieteen kirjallisuudessa ei ollut kiinnitetty huomiota keskusteluun, vuorovaikutukseen eikä osallistujien subjektiivisiin kokemuksiin. Samansuuntainen muutos ammattilaisen suhteessa asiakkaaseen tapahtui opetus- ja kasvatustyön kentällä, kun ammattilainen alettiin nähdä yksipuolisen tiedonantajan sijasta osallistujana yhteisen tietämyksen rakentamisessa. (Peräkylä & Vehviläinen 1999, 330; emt. 2003, 729.)

Byrne ja Long (1984) ottivat käyttöön termit 'potilaskeskeinen' ja 'lääkärikeskeinen' työskentely. Lääkärikeskeisessä työskentelytavassa lähdetään liikkeelle lääkärin erityisistä tiedoista ja taidoista, kun taas potilaskeskeisessä tavassa huomioidaan potilaan tiedot ja kokemukset (Peräkylä & Vehviläinen 1999, 331). Asiantuntijakeskeiselle vuorovaikutukselle on tyypillistä asemoitua tilanteessa tietäjän rooliin ja tulkita ongelmia yksipuolisesti. Asiantuntijakeskeisessä vuorovaikutuksessa ammattilainen määrittää keskustelun kulun. (Mönkkönen 2007, 38–56.) Lääkärin ja potilaan välisessä suhteessa on myös polemisoitu suhteen symmetriaa ja epäsymmetriaa. Epäsymmetristä suhdetta korostavan näkemyksen mukaan lääkäriellä on ammattinsa tuomien lääketieteellisten tietojen ja taitojen ansiosta väistämättä auktoriteetti suhteessa potilaaseen. Symmetristä suhdetta korostavan näkemyksen mukaan lääkärin ja potilaan suhteen tulisi olla keskustelua, jossa molempien osapuolten näkemykset ja kokemukset pääsevät esille ja niitä sovitetaan yhteen. (Peräkylä 2001, 71.)

Kun kyseessä on asiakkaan ongelmallinen elämäntilanne, vallitsevan näkemyksen mukaan vuorovaikutuksellisessa tukemisessa asiakaslähtöisyys on olennaista. Vuorovaikutus lähtee tällöin asiakkaan tarpeista ja kokemusmaailmasta. Koska jokainen tilanne on erilainen, täytyy tuen tarve ja keinot selvittää ja neuvotella ensin yhdessä asiakkaan kanssa. (Vilén ym. 2008, 22–23.) Ammattilaisen positio asiakaskeskeisessä vuorovaikutuksessa on neutraali ja myötäilevä (Mönkkönen 2007, 79). Asiakaslähtöisyyttä voidaan kuvata seuraavin periaattein: asiakkaan kunnioittaminen, jokaisen oman tarinan ja kokemuksen ainutlaatuisuus, avoimuus, rehellisyys, luottamuksellisuus, kokonaisvaltaisuus ja valinnanmahdollisuus (Järvinen ym. 2007, 18). Asiakaskeskeinen orientaatio vuorovaikutukseen on väärinymmärrettyä ajoittain saattanut johtaa ammattilaisen liialliseen neutraaliuteen asiakastilanteissa, kun on haluttu korostaa sitä, että asiakasta kuultaisiin riittävästi häntä koskevissa asioissa. Jos vuorovaikutuksessa mennäänkin täysin toisen ehdoilla, ei vuorovaikutus tuo kummallekaan osapuolelle uutta ymmärrystä. (Mönkkönen 2007, 64–65.)

Keskustelu asiakaslähtöisyydestä voidaan linkittää myös näkökulmaan asiakkaan osallistumisesta itseään koskevaan päätöksentekoon. Tämä on kansainvälisesti tunnustettu tavoite terveydenhuollon asiakastyössä. Thompson (2007, 1297–1310) esittää neljä erilaista potilaan osallistumisen astetta vastaanotolla, jotka ovat yhteydessä siihen, mitä asiakassuhteen vuorovaikutuksessa tapahtuu. Matalin asiakkaan osallistumisen taso syntyy, kun ammattilainen sulkee koko asian käsittelyn, eikä asiakkaan asia pääse lainkaan käsittelyyn. Seuraava osallistumisen taso on paternalismi eli holhoaminen, jolloin ammattilaisella ajatellaan olevan asiassa tarvittava tietämys, ja asiakkaan rooliksi jää ottaa vastaan informaatiota ja antaa suostumuksensa ammattilaisen tekemään päätökseen. Suurempi osallistumisen

aste saavutetaan, kun päätöksenteko on jaettu asiakkaan ja ammattilaisen välillä, jolloin molemmilla ajatellaan olevan tilanteessa tarvittavaa tietämystä. Asiakkaan vahvimman osallistumisen mahdollistaa käytänne, jossa asiakas tekee viime käden päätöksen ammattilaisen antaman tiedon pohjalta. Thompson kuitenkin laajentaa tätä näkemystä osoittamalla laadullisella tutkimuksellaan, että kaikki potilaat eivät halua osallistua vastaanotolla yhtä paljon. Osallistumishalukkuus on yhteydessä käsitellyn ongelman vakavuuteen, persoonallisuuteen ja suhteeseen ammattilaisen kanssa eli asiakkaiden välisessä aktiivisuudessa on eroja. (Thompson 2007.)

Asiakaslähtöisyys on siis laajalti tunnustettu viitekehys, joka toimii lähtökohtana nykyisin eri alojen asiakastyössä (ks. esim. Peräkylä & Vehviläinen 2003, 729–730). Sitä on kuitenkin alettu kyseenalaistaa orientaationa, joka painottaa liikaa asiakkaan näkökulmaa ja yksipuolista ymmärrystä. Dialogisuus, johon liittyy näkökulma kumppanuudesta asiakassuhteessa, onkin noussut kolmanneksi näkökulmaksi ammattilais- ja asiakaskeskeisyyden ohella asiakastyön vuorovaikutukseen.

2.2.2. Ohjaus ja dialogisuus: Kumppanuus asiakassuhteen viitekehyyksenä

Ohjaus on vuorovaikutuksellista tukemista, joka lisää asiakkaan voimaantumisen kokemusta ja pyrkii ymmärtämään asiakasta. (Vilén ym. 2008, 11–12.) Ohjaus eli counselling on vuorovaikutukseen perustuva auttamismenetelmä, jota voidaan soveltaa laajalti sosiaali-, terveys- ja kasvatusalan asiakastyössä. Ohjauksessa pyritään kyseenalaistamaan perinteinen asiantuntijuus ja siihen liittyvä tiedollinen epäsymmetria. Tällaisen näkemyksen mukaan ammattilaisella on tilanteessa tarvittavaa tietoa, jolla hän ratkaisee asiakkaan ongelman. Ohjauksessa asiantuntijuus liittyy sellaisen prosessin ohjaamiseen, joka auttaa asiakasta käsittelemään kokemuksiaan, käyttämään resurssejaan ja ratkaisemaan ongelmiaan. Ohjaajalla ei ole valmista tietoa, vaan hän osallistuu asiakkaan elämäntilannetta koskevien merkitysten tuottamiseen asiakkaan kanssa. Näin asiakas ja ammattilainen voidaan nähdä kumppaneina ja vuorovaikutuksen tavoitteena on yhteisymmärrys. (Ks. esim. Peavy 2004, 16–47; Vehviläinen 2003, 11–13, 26–27.) Ohjauksen periaatteisiin kuuluu asenne siitä, että kumpikin osapuoli tietää parhaiten, mutta eri asioita. (Burnard 2005, 114–115; Peavy 2006, 56). Kun keskustellaan asiakkaan elämäntilanteesta, ammattilaisen tulisi välttää tekemästä tulkintoja tai antamasta selityksiä asiakkaan kokemuksille, tunteille tai toiminnalle. Vaarana tällaisten tulkintojen tekemisessä on, että ne värittyvät asiantuntijan tulkintojen mukaisiksi ja saattavat sävyttyä moraaliseksi kannanotoiksi, jotka eivät sovi asiakkaan kokemusmaailmaan. Enemmän tulisi avustavien kysymysten avulla auttaa asiakasta itseään muotoilemaan tilannettaan selkeyttäviä määritelmiä. (Burnard 2005, 115.) Neuvojen jakamiseen ohjauksessa suhtaudutaan varovaisesti. Neuvojen jakaminen saattaa muuttaa asiakassuhdetta, sillä

neuvot voivat osoittautua vääriksi. Tärkeää on kuitenkin huomata, että tiedon antaminen oikealla hetkellä ja mielekkäällä tavalla on asiakastyössä välttämätöntä. (Burnard 2005, 115–116 ; Peavy 2006, 56.)

Dialoginen viestintä on yksi keskeinen ohjauksen menetelmä. Dialogisuus on myös ohjausteorian ulkopuolella tunnustettu asiakastyön orientaatio, jonka avulla on kuvattu sekä ammattilaisen että asiakkaan aktiivista osuutta onnistuneessa vuorovaikutuksessa. Dialogisen vuorovaikutuksen käsitteeseen liitetään vaatimus vuorovaikutuksen vastavuoroisuudesta ja molemminpuolisesta ymmärryksestä. (Peavy 2004, 32–33; Mönkkönen 2007, 16.) Dialogisuus onkin laajennus asiakas-asiantuntijakeskeiseen keskusteluun: dialogisessa vuorovaikutuksessa osallistujat määrittelevät tilanteen yhdessä, kumppaneina, ja tuovat siihen kaksi näkökulmaa, kun aiemmassa vastakkainasettelussa vuorovaikutuksen lähtökohtana oli joko asiakkaan tai ammattilaisen orientaatio. Kuuntelu ja tilanteeseen sopiva vastaus ovat keskeinen osa dialogista vuorovaikutusta. Näin mahdollistuu empatiaa sisältävä suhde asiakkaan kanssa, ja voidaan ymmärtää jokaisen asiakkaan erityinen tilanne ja kokemus (Freshwater 2003, 46–47). Kannanottoja asiakkaan esittämään huoleen tulee dialogisuuden ajatuksen mukaan välttää antamasta liian nopeasti. Tulee pyrkiä siihen, että asiakas saisi määrittää huolensa omin käsittein. Dialogisessa keskustelussa ei pyritä tulkitsemaan käyttäytymistä ja kertomaan, mistä asiakkaan esittämässä huolossa on kysymys. Dialogisuuden idea onkin siinä, että tieto ja yhteinen ymmärrys rakentuvat tapaamisen kuluessa yhdessä asiakkaan kanssa. Yhteisellä ymmärryksellä ei kuitenkaan tarkoiteta tilannetta, jossa kumpikin pyrkii sanomaan vain myönteisiä ja yleisesti hyväksyttäviä asioita, vaan tarkoituksena on osapuolten välillä löytää uusia alueita. Dialogisuuden onnistuminen vaatii taustalle luottamussuhteen, sillä muutoin ammattilaisen esittämä erilainen ajatus voidaan kokea uhkana. (Mönkkönen 2007, 86–100; Seikkula & Arnkil 2005, 52.)

Asiakaslähtöisyydestä ja sittemmin dialogisuudesta on tullut laajasti tunnustettuja ihanteita asiakastyössä. Asiakastyön kaikissa kohdin dialogisuus yksin ei ole toimivaa, vaan tarvitaan ammattilaisen arviointia siitä, milloin on tarvetta vaihtaa työtettä ammattilaislähtöisempään suuntaan. Vuorovaikutuksen tavat vaikuttavat siihen, millaiseksi tilanne määrittyy. Erilaisten näkökulmien painottuminen saattaa sopia erilaisiin tilanteisiin. (Mönkkönen 2007, 18)

Tavoitellun vuorovaikutustavan toteutuminen ja sitä edesauttavien menetelmien tunnistaminen erilaisissa asiakastilanteissa vaatii kuitenkin osakseen tutkimusta sekä työntekijöiden koulutusta ja itsereflektointia. Näin tavoitteiden toteutuminen käytännön työssä mahdollistuu, eivätkä tavoitteet jää ainoastaan ideaalitason lähtökohdaksi tai oletukseksi, joita ammattilaiset olettavat työssään toteuttavansa. Edellä esittelin yleisiä malleja asiakassuhteen vuorovaikutuksen ihanteista. Seuraavaksi tuon esiin etnometodologian näkökulman vuorovaikutukseen, jonka pyrkimyksenä on kuvata sitä miten ja millaisin

käytäntein asiakas ja ammattilainen rakentavat vuorovaikutustaan. Tällöin vuorovaikutus ja sosiaalinen todellisuus katsotaan osallistujien yhdessä tuottamaksi. Etnometodologia tarjoaa teoreettisen viitekehyksen tutkimukseeni.

2.3. Etnometodologia teoreettisena lähestymistapana asiakassuhteen vuorovaikutukseen

Tutkimukseni sijoittuu siis laadullisen, etnometodologisen, tutkimuksen kenttään.² Kiinnostukseni kohdistuu siihen, millaisin prosessein ja menetelmin vuorovaikutuksessa toimintaa ja sosiaalista todellisuutta tuotetaan. (Ks. esim. Heritage 1996/1984.) Tutkimusaineistoni analysoin keskusteluanalyysilla (ks. luku 4), jonka juuret ovat Harold Garfinkelin etnometodologiassa. Etnometodologinen lähestymistapa vuorovaikutukseen on omiaan tässä tutkimuksessa, kun tarkastelen hyvinvointineuvolan vastaanotolla yksityiskohtaista vuorovaikutusta – miten keskustelu huolesta rakentuu, millaisia käytänteitä siinä toteutetaan, ja mitä siitä huolen käsittelyn kannalta seuraa.

Etnometodologia saavutti suosionsa 1960–70 -luvulla Yhdysvalloissa yhteiskunnallisessa tilanteessa, jossa laajemmin liikehdittiin valtaapitäviä suuria organisaatioita ja teorioita vastaan. Sosiologiassa ja sosiaalipsykologiassa polemisoitiin sosiaalitieteiden positivistista ihmiskuvaa sosiaalipsykologisessa kriisikeskustelussa. (Ks. esim. Suoninen 2001, 366–367; Ylijoki 2001, 227–229.) Etnometodologisen teorian kehittäjä Harold Garfinkel perusti ajattelunsa opettajansa Talcott Parsonsin toimintateorian kritiikille. Parsonsin teoriassa normien sisäistäminen on toimintaa määräävä tekijä. Tästä nousi esille kuitenkin 'rationaalisuuden ongelma', kun pohdittiin, mikä merkitys toimijoiden omille kuvauksille toiminnastaan ja toiminnan syistä olisi annettava. Kriittistä huomiota saivat myös toimintateorian käsitykset intersubjektiivisuudesta: miten toimijoiden jakama, yhteinen tieto ja ymmärrys olisivat selitettävissä.³ Garfinkelin mielestä Parsonsin toimintateoria oli liian mekanistinen ja jätti maallikkojärjen maailman sekä toimijan ymmärryksen ja tiedon huomiotta. Garfinkel korosti sitä, että ihmisten välinen vuorovaikutus perustuu toimijoiden väliseen päättelyyn tilanteisesti, ja tällaisten vaikutusten tieteellisen arvioinnin Garfinkel katsoi, Parsonsin teorian vastaisesti, mahdottomaksi. (Heritage 1996/1984, 35–47; Suoninen 2001, 368.) Garfinkel sai aineksia teoriaansa myös Alfred Schutzin fenomenologiasta. Schutzin mukaan kokemistapamme on luonteeltaan tyyppittynyttä. Arkityypittely perustuu tuttuuteen ja

² Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus ei pyri tilastollisiin yleistyksiin, vaan se käsittelee aineistoa kokonaisuutena ja pyrkii kuvaamaan ja ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä teoreettisen tulkinnan kautta. (Ks. esim. Eskola ja Suoranta 1998; Alasuutari 1999.)

³ Ks. lisää Parsonsin toimintateoriasta esim. Parsons, T. (1949) *The structure of social action*. Free Press, Glencoe.

ennalta tuntemiseen, joiden kautta outo ja vieras voidaan ylipäänsä tunnistaa. Toimijoiden oletetaan havaitsevan ja tulkitsevan maailmaa näiden tyyppikonstruktioiden kautta, ja muiden uskotaan jakavan nämä tyyppittelyt siinä määrin, että yhteinen toiminta on mahdollista. Tyyppikonstruktioiden katsotaan muuttuvan tilanteisesti toimijoiden välisessä vuorovaikutuksessa. (Heritage 1996/1984; 62–70; Suoninen 2001, 368–369.) Näin Garfinkel siis nosti teoriansa keskiöön sen, miten toimijat arkielämässä yhdessä tuottavat sosiaalista järjestystä, ja miten he tietyssä sosiaalisessa kontekstissa tekevät hetki hetkeltä eteneviä tulkintoja tilanteesta. Garfinkel myös korosti, että toiminnan analyysissa on huomioitava se sosiaalinen konteksti, jossa sosiaalinen toiminta syntyy, ja jossa sitä ylläpidetään. Sosiaalinen järjestys ei ole toiminnan selitys vaan lopputulos. (Heritage 1996/1984, 16–19; Suoninen 2001, 366–368.) Suoninen (2001, 369) määrittelee etnometodologian ”*sellaisten arkielämän menetelmien – käytäntöjen ja tiedollisten resurssien – tutkimiseksi, joiden varassa ihmiset käsittävät sosiaalisia tilanteita ja toimivat niissä.*” Etnometodologinen tutkimus on perustutkimuksellista siinä mielessä, että se havainnollistaa sosiaalisia prosesseja tekemällä toimijan osuuden näkyväksi. Sen tehtävä ei ole selittää, mistä tapahtumat johtuvat. (Suoninen 2001, 381.)

Toiminnassamme tukeudumme jatkuvasti sellaiseen itsestään selvään tietoon, arkielämän sääntöihin, joita on vaikeaa havaita, kunnes sosiaalinen järjestys rikkoontuu. Tällainen tieto tulee usein näkyväksi vasta ongelmatilanteissa, kun normien mahdollistama, tavanomainen käytös onkin odotusten vastaista. Tällaisten tilanteiden kautta voidaan tarkastella sitä, millaiseen tietoon toimijat orientoituvat toiminnassaan.⁴ Näiden näkymättömien sääntöjen rikkominen asettaa toimijan selontekovelvollisuuteen: tämän on perusteltava muille toimintansa logiikka ja tehtävä siitä muille ymmärrettävää. Sääntöjen noudattaminen ei kuitenkaan ole suoraviivaista vaan tekojen järjellisyttä osoitetaan vuorovaikutuskumppaneille tilanteittain refleksiivisesti ja luovasti. (Heritage 1996/1984, 108–114, 118–123; Suoninen 2001, 369–370, 375.) Tarkastelen ongelmista puhumista neuvolatyössä osallistujien yhdessä rakentamana toimintana, jonka avulla he tuottavat tilanteisesti sosiaalista todellisuutta. Terveystoimintaa tarkastelemalla saadaan selville, miten ja millaiseen tietoon hän orientoituu asiakkaan tuodessa huolen keskusteluun.

Esiteltyäni etnometodologisen lähestymistavan tutkimukseeni, asetan seuraavaksi tutkimukseni osaksi ammattilaisen ja asiakkaan välisen vuorovaikutustutkimuksen kenttää. Esittelen institutionaaliseen vuorovaikutukseen sekä huolenkerrontaan liittyvää aiempaa tutkimusta.

⁴ Garfinkel teki kuuluisilla sääntörikkomuskokeillaan näkyväksi sosiaalisen maailman sääntöjen olemassaoloa (ks. esim. Suoninen 2001, 370).

2.4. Ammatilaisen ja asiakkaan välisen vuorovaikutuksen tutkiminen

Tässä luvussa selvitän sitä, miten asiakassuhteen vuorovaikutusta on tutkittu etnometodologisen viitekehyksen kautta. Tuon esiin institutionaalisen vuorovaikutuksen käsitteen ja siihen liittyvää aineistoa tutkimusta. Tässä tutkimuksessa tarkastelen toimintaa hyvinvointineuvolassa institutionaalisen vuorovaikutuksen näkökulmasta. Tutkimukseni on myös osa huolenkerrontaan liittyvää tutkimusta, joten esittelen huolenkerronnan vuorovaikutuksellisenä ilmiönä sekä sitä koskevaa edeltävää tutkimusta.

2.4.1. Institutionaalisen vuorovaikutuksen tutkiminen

Arkikeskustelua pidetään vuorovaikutuksen ensisijaisena muotona. Arkikeskustelulla tarkoitetaan kasvokkaisen vuorovaikutuksen perusmuotoa, jonka avulla arkisessa elämässä toimimme. Arkikeskustelussa on kyse siitä vuorovaikutuksesta, jonka lapsi ensimmäisenä oppii sosiaalistumalla yhteisöön. Instituutiot voidaan määritellä erilaisten sääntöjen ja normien säätelemiksi sosiaalisten suhteiden kokonaisuuksiksi, joilla on keskeinen ja vakiintunut tehtävä yhteiskunnassa (ks. esim. Raevaara ym. 2001, 11). Tällaisia ovat esimerkiksi koulu, terveydenhuolto, sosiaalitoimi ja oikeuslaitos. Yhteiskuntatieteet tarkastelevat instituutioita sosiaalisina konstruktioina. Institutionaalinen vuorovaikutus määritellään puheeksi, jonka avulla keskustelijat suorittavat erityisiä institutionaalisia tehtäviä. Institutionaalinen vuorovaikutus ja sille ominainen kieli opitaan sosiaalistumalla arkikeskusteluja myöhemmin. (Peräkylä 1997, 177–178; Raevaara ym. 2001, 13–14.) Tässä tutkimuksessa tarkastelen institutionaalista vuorovaikutusta hyvinvointineuvolassa, ja näen osallistujat suorittamassa neuvolalle määrittelemiään institutionaalisia tehtäviä.

Arkikeskustelussa ja institutionaalisisessa vuorovaikutuksessa on paljon yhteisiä tarkan sosiaalisen järjestäytyneisyyden piirteitä, kuten esimerkiksi vuorottelu. Institutionaalinen keskustelu pohjautuu sille ominaisiin sääntöihin esimerkiksi keskustelun sisällöstä sekä siitä, kuka puhuu, kuka esittää kysymyksiä ja kuka vastaa. Siinä on yleensä myös tietty kokonaisrakenne. Arkikeskustelu sallii osallistujilleen paljon moninaisemman valikoiman keskustelun keinoja, jolloin keskustelussa vuorottelu, vuorojen sisältö ja pituus ei ole ennalta määrätty vaan ne ratkaistaan keskustelun kuluessa aina uudelleen. Institutionaaliset vuorovaikutustilanteet eroavat arkikeskusteluista, sillä puheenaiheiden kirjo on rajattu ja lisäksi asioiden käsittelyllä on aina tietty tavoite. (Drew ja Heritage 1992, 19; Ruusuvoori 2000, 38; Raevaara ym. 2001, 14–16; Vehviläinen 2003, 33, 144.)

Goffmanin ajatus vuorovaikutuksen sosiaalisesta järjestyksestä, jossa myös keskustelu nähdään omalakisena järjestelmänä, on pohjana institutionaalisen vuorovaikutuksen käsitykselle siitä, että puheella muokataan ja uusinnetaan instituutioita. (Ks. esim. Heritage 2004, 222.) Institutionaalisen vuorovaikutuksen tutkimuksella halutaan selvittää, mitä kaikkea puheenvuoroilla saadaan aikaiseksi. Kiinnostus kohdistuu muun muassa siihen, miten erilaiset roolit ja toimintamallit keskustelussa ”puhutaan esiin”. Tarkastelun kohteena on esimerkiksi se, miten osallistujat toiminnassaan ottavat huomioon instituution tehtäviä ja miten ammatillisen käyttäytymisen normistot tai instituution sisäiset toimintaperiaatteet näkyvät vuorovaikutuksessa. Asettavatko puhujat institutionaalisisessa keskustelussa itsensä esimerkiksi vastakkain toisen osapuolen kanssa tai millaiseksi he itsensä merkitsevät esimerkiksi tietämisen suhteen? Jokaista institutionaalista kohtaamista jäsentävät sille kuuluvat erityiset tehtävät ja käsitykset siitä, miten näitä tehtäviä tulisi suorittaa. Esimerkiksi neuvolatyössä sekä terveydenhoitajien koulutus että hyvinvointineuvolan tavoitteet asettavat näihin institutionaalisiin kohtaamisiin oman leimansa, joita ammattilaiset toteuttavat työssään. (Hakulinen 1997, 14–15; Raevaara ym. 2001, 13.) Drewin ja Heritagen (1992, 21–25) mukaan institutionaalisisissa keskusteluissa on kolme pääpiirrettä: 1) Keskustelulla on tietty tavoite, joka on yhteydessä instituution osallistujille määrittelemiin identiteetteihin (esim. lääkäri ja potilas tai opettaja ja oppilas), 2) keskusteluun osallistumisella on erityisiä rajoitteita, 3) keskustelussa käytetään kontekstin mukaisia tulkintakehyksiä ja käytänteitä. Nämä institutionaalisen vuorovaikutuksen piirteet jättävät erityisen sormenjälkensä jokaiseen institutionaaliseen keskusteluun ja sen kokonaisrakenteeseen. (Drew ja Heritage 1992, 21–25; Heritage 2004, 225.) Keskusteluun osallistujat rakentavat puheellaan toimintansa kontekstin tietyksi instituutioksi (ks. esim. Heritage 2004, 224.) Tilanteen institutionaalisuus ja toimijoiden roolit rakentuvat paikallisesti hetki hetkeltä.

Puhujat toteuttavat institutionaalisisissa keskusteluissa rooliaan tai tehtävänsä monin eri tavoin. Niitä voidaan tutkia kiinnittämällä huomiota esimerkiksi puhujien sanavalintoihin, toiminnan kielelliseen muotoilemiseen, sekvenssirakenteeseen, keskustelun kokonaisrakenteeseen ja vuorovaikutuksen symmetrisyyteen. Vuorovaikutus rakentuu usein siten, että ammattilaiset ja asiakkaat ottavat keskustelussa erilaiset asemat, joissa ammattilainen usein kontrolloi vuorovaikutuksen kulkua ja toimii tiedollisena auktoriteettina. Toisaalta myös asiakkaalla on keinoja kontrolloida keskustelua. Institutionaalista vuorovaikutusta tutkittaessa tarkastelun kohteena voi olla myös ammatillinen neutraalisuus ja responsiivisen toiminnan valinta. Vuorovaikutusta institutionaalisisissa kohtaamisissa leimaa usein ammattilaisen ja osin myös asiakkaan tapa puheessaan säilyttää neutraali suhde käsiteltäviin asioihin ja välttää esimerkiksi moraalisia kannanottoja. Responsiivisen toiminnan valinnalla tarkoitetaan toimijoiden vapautta valita seuraava toimintonsa. Ensimmäisen toimijan teko ei koskaan

ehdottomasti määrää seuraavaa. Valinnat voivat palvella toimijoiden institutionaalista tehtävää. (Drew ja Heritage 1992, 29–53; Peräkylä 1997, 180–181.)

Institutionaalisen vuorovaikutuksen tutkiminen on tärkeää, sillä modernissa yhteiskunnassa suuri osa ajasta toimitaan erilaisissa institutionaalisissa ympäristöissä, kuten työpaikoilla, kouluissa, terveydenhuollon tai muiden julkisten palvelujen parissa. Näissä institutionaalisissa konteksteissa puhe on keskeisin toiminnan väline. Lisäksi vietämme aikaa erilaisten puhetta tuottavien institutionaalisten medioiden, kuten television, radion ja internetin äärellä. (Ks. esim. Hutchby ja Wooffitt 1998, 145.) Institutionaalisia vuorovaikutustilanteita keskustelunanalyysillä tutkittaessa tuodaan ilmi vuorovaikutuksen rakenteita, joilla ammatillisia rooleja ja käytänteitä toteutetaan. Tällainen tutkimus on omiaan kuvaamaan, mitä vuorovaikutuksessa tapahtuu, miten se etenee, mitä siitä seuraa sekä sitä, millaiset seikat voivat vaikuttaa ongelmien syntymiseen vuorovaikutuksessa. Kun ammatillisia vuorovaikutustilanteita halutaan muuttaa tai kehittää, on tiedettävä lähtötilanne. (Raevaara ym. 2001, 14; Vehviläinen 2001, 39.) Tutkimuksen avulla kuvaa vuorovaikutuksesta voidaan laajentaa ja konkretisoida tai jopa purkaa aiempia oletuksia (Peräkylä & Vehviläinen 1999, 340).

Seuraavassa kappaleessa käsittelem huolenkerrontaa, joka on eräs asiakassuhteen ja institutionaalisen vuorovaikutuksen tutkimuskohde. Se on myös oman tutkimukseni keskiössä, sillä olen kiinnostunut siitä, mitä asiakkaan ja terveydenhoitajan välisessä vuorovaikutuksessa tapahtuu, kun asiakas ilmaisee vastaanotolla psykososiaalisiin aiheisiin liittyvän huolen.

2.4.2. Huolenkerronta ilmiönä ja tutkimuskohteena

Huolenkerrontaa on tutkittu niin arkikeskustelussa kuin erilaisissa institutionaalisissakin keskusteluissa. Seuraavaksi valotan sitä, millaisia käsityksiä aiemman tutkimuksen perusteella on huolenkerronnasta erilaisissa konteksteissa. Tässä tutkimuksessa käytän huolenkerrontakäsitettä kuvaamaan koko huolenkerrontajaksoa molempien osallistujien vuoroineen. En siis tarkoita huolenkerronnalla pelkästään huolen kertojan osuutta keskustelussa, vaan osallistujien yhdessä rakentamaa keskustelujaksoa. Huolenkerrontajakso alkaa siitä, kun asiakas ilmaisee huolen ja päättyy siihen, kun osallistujat päättävät huolesta puhumisen ja siirtyvät muihin toimintoihin. Varsinaiset tutkimuskysymykseni eivät koske niitä keskustelunkäytänteitä, joita huolen kertoja käyttää, vaan kiinnostukseni kohdistuu enemmän siihen, miten terveydenhoitaja näihin ilmaisuihin vastaa. Koska tarkastelen aineistoani etnometodologisesta lähtökohdasta, jolloin jokainen puheenvuoro suhteutuu edelliseen, on tärkeää hahmottaa myös asiakkaan

eli huolen kertojan osa vastaanoton vuorovaikutusta. Sivuan huolen ilmaisemisen käytäntöjä siis myös analyysissäni.

Huolen kertominen niin arkikeskustelussa kuin institutionaalisessa keskustelussakin on poikkeama vuorovaikutuksen normaalista kulusta. Huolenkerronnassa tuodaan keskusteluun, kuvataan ja vastaanotetaan kielteiseksi merkitty tai ongelmallinen, henkilökohtaisesti merkityksellinen asia. Vehviläisen mukaan huolenkerronnassa ”kyse on asian esittämisestä minulle tärkeänä asiana, joka on tavallisuudesta poikkeavalla tavalla vaikea tai huolestuttava. Huoli rakentuu näin erityistä huomiota tai tilaa vaativaksi asiaksi”. (Vehviläinen 2000, 226.) Institutionaalisissa tilanteissa keskustelijat orientoituvat käsittelemään tietynlaisia puheenaiheita, ja kohtaamisella on tietty tavoite. Tällöin huolenkerrontakin rakentuu institutionaalisesti, ja se poikkeaa jossain määrin arkikeskustelun huolenkerronnasta. Ammatillaiset eivät useinkaan osoita empatiaa tai yllättyneisyyttä vastauksena huoleen, kuten arkikeskusteluissa tapahtuu. Myös niin kutsutut ”toiset tarinat” ovat harvinaisia vastauksia institutionaalisissa huolenkerrontajaksissa, kun taas arkikeskustelussa huolen vastaanottaja saattaa kertoa rinnakkaisen kokemuksensa siitä, miten hänellekin sattui vastaavaa. Tämän käytänteen avulla osoitetaan ymmärrystä toisen huolelle. (Ks. esim. Ruusuvuori 2007; Vehviläinen 2001, 113–114.) Huolen käsittelyä voidaan institutionaalisissa kohtaamisissa kohdella myös tilanteeseen kuulumattomana, jolloin vuorovaikutuksessa näkyvällä tavalla se pyritään ohittamaan tai lopettamaan, ja siirtymään niihin tehtäviin, joita osallistujat tai ammattilainen määrittää institutionaalisten tavoitteiden mukaisiksi. Aina osallistujilla ei ole yhteistä käsitystä siitä, minkä kaltaiset aiheet kuuluvat institutionaaliin kohtaamisiin. Tällöin asiakas saattaa ”testata” huolenkerrontaa ja esittää huolensa tiedustellen sen vastaanottoa sekä aliarvioida puheessaan huolen merkitystä. (Jefferson 1988.) Tämä käytänte jättää asiakkaalle perääntymisen varaa, mikäli huolen vastaanottamista ei tapahdukaan. Lääkärin vastaanotolla potilaiden on todettu oikeuttavan huolensa relevanssi, sen ”lääkäröitävyys”, osoittamalla vakavasti otettava syy käyntiinsä. (Ruusuvuori 2000.) Esittelen analyysiosiossani (luku 6), miten omassa aineistossani asiakkaat erilaisin käytäntein merkitsevät huolensa erityiseksi, ja miten terveydenhoitajat kohtelevat näitä huolia institutionaaliseen kohtaamiseen kuulumattomina.

Ongelmista kertominen arkipäivän keskusteluissa tapahtuu Jeffersonin (1988) mukaan tietyn kehityskaaren mukaisesti: huolen esittäminen tiedustelevan lähestymistavan tai ennakkovaroituksen avulla, huolen vastaanottaminen, huolen käsittely, irrottautuminen ongelmasta, hakeutuminen kohti keskustelun normaalitilaa ja palaaminen tilanteessa tavanomaisina pidettyihin aiheisiin. Huolen vastaanottamiseen on kuitenkin useita eri mahdollisuuksia, joita keskustelussa voi käyttää. Koska huolenkerronta on poikkeama normaalista keskustelunkulusta, vuorovaikutuksellinen siirtyminen pois aiheesta on haastavaa. Näin keskustelussa rakennetaan usein siirtyminen normaaliin ja myönteiseen asiantilaan (’optimistic projection’),

ennen kuin siirtyminen pois huolikeskustelusta on vuorovaikutuksellisesti sujuvaa. (Jefferson 1988, 418–441.) Tutkittaessa keskusteluja, joissa kerrotaan toiselle tieto jonkun kuolemasta, on havaittu, että osallistujat ennen seuraavaan aiheeseen siirtymistä rakentavat tilanteesta myönteisen, esimerkiksi arvioimalla vainajan jälkeensä jättämää hyvää elämää tai parasta mahdollista tapaa kuolla. Tällaisen käytänteen, 'bright side sequencen', avulla osallistujat sulkevat normaalista poikkeavan keskustelunaiheen sujuvalla tavalla. (Mäynard 2003, 179–181.) Omassa aineistossani tällainen 'myönteisen puolen osoittaminen' on keskeinen käytäntö, jolla lopetetaan keskustelu huolesta

Hyvinvointineuvolassa asiakas merkitsee terveydenhoitajalle kertomansa psykososiaaliseen aihepiiriin kuuluvan huolen arkaluontoiseksi erilaisilla keskustelunkäytännöillä, ja terveydenhoitaja osoittaa vastauksellaan kuulleensa tämän erityisyyden. Sosiologisessa tutkimuksessa mitään puheenaihetta ei sinällään, sisäsyntyisesti, pidetä arkaluontoisena, vaan osallistujat yhdessä rakentavat tilanteisesti puheenaiheesta sellaisen (Heath 1988; Silverman 1997, 77, 84). Arkaluontoisen puheenaiheen esille ottamisen keskustelukäytäntöjä on tutkittu esimerkiksi lääkärin vastaanotolla (Heath 1988), psykiatrisen sairaalan alkuhaastatteluuissa (Bergmann 1992) sekä television uutisten haastatteluuissa (Clayman 1992). Arkaluontoinen asia voidaan keskustelussa ottaa puheeksi esimerkiksi siten, että kysymystä ei esitetä suoraan, vaan kerrotaan jotakin vastapuolesta kuultua, joka saa tämän usein tuottamaan vastauksen. Asiakkaalta ei esimerkiksi kysytä suoraan, että "olitko juonut eilen" vaan kerrotaan, että "kuulin, että olit ollut baarissa". (Bergmann 1992, 137.) Puheeksi ottamisen keskustelunkäytäntöitä tutkittaessa on myös havaittu tapa mainita joku kolmas osapuoli, jolta arkaluontoinen tieto on kuultu. Toinen tällainen käytäntö on mainita, että esittäjän esiin ottama aihe on syntynyt esittäjän itsensä tekemän havainnon pohjalta. Kolmantena, ja ehkä myös keskeisimpänä, keskustelunkäytännönä Bergmann (1992) käsittelee litoteesia, jonka avulla arkaluontoisia aiheita usein keskustelussa käsitellään. Litoteesi on kielitieteen termi, joka tarkoittaa sitä, että asia ilmaistaan kieltämällä sen vastakohta. Esimerkiksi siten, että lääkäri välttää sanomasta potilaalle tämän olevan sairas. Sen sijaan kerrotaan, että et ole aivan terve. Tämä puhemuoto antaa keskustelussa tilaa sen vastaanottajalle tuottaa vastauksena oma, "aito" kertomuksensa. Se on hienotunteinen ja varovainen puhetapa, jolla merkitään vuorovaikutuksessa jotakin senkaltaiseksi, jota siinä tulee kohdella hienotunteisesti ja varovaisesti. Litoteesin avulla vältetään nimeämästä jotakin arkaluontoiseksi, ja samalla osoitetaan, että asiassa on jotakin erityistä. Se, mitä se on, jää vastaanottajan tulkittavaksi ja edellyttää sitä, että vastaanottaja tunnistaa tällaisen vuorovaikutuskulttuurissamme olevan piirteen. (Bergmann 1992, 137–154.) Claymanin mukaan tätä puhetapaa käytetään myös television uutisten haastattelussa, kun halutaan pysyä neutraalina ja välttää ottamasta kantaa (Clayman 1992, 169–170). Haakana (1999) erittelee väitöskirjassaan naurun merkitystä lääkärin vastaanotolla. Hänen aineistossaan potilaat käyttivät naurua vuorovaikutuksessa merkitsemään arkaluontoisia asioita.

Tutkimuksen mukaan lääkäri ei yhtynyt nauruun kuin korkeintaan hetkeksi, jolla taas lääkäri merkitsi tilanteen institutionaalisen luonteen asialliseksi. Naurun avulla lääkäri myös lopetti vastaanoton tai keskustelujaksoja sen aikana. (Haakana 1999.) Nämä käytänteet, joilla keskustelussa osallistujat merkitsevät asioita erityisiksi, ovat relevantteja omassa analyysissäni, kun tarkastelen toimijoiden tulkintoja ja tapoja rakentaa keskustelusta huolikeskustelu.

Eräs keskustelussa käytetty keino aloittaa arkaluontoinen puheenaihe, on Maynardin (1991, 458–459) mukaan esittää vastapuolelle kysymys tämän mielipiteestä johonkin asiaan, ennen kuin tuo esiin oman, aihetta koskevan, näkemyksensä. Anita Pomerantz (1986, 219–229) esittää, että ääri-ilmaisu ('extreme case formulation') on käytäntö, jota keskustelussa käytetään paljon esimerkiksi valittamisessa, syyttämässä, oikeuttamisessa ja puolustamisessa. Kohdissa, joissa huolta kuvataan ääri-ilmaisuin, esiintyy usein myös tunnetta kuvaavia sanoja.

Sanna Vehviläinen (2001; 2003 112–133) on tutkinut huolenkerrontaa ohjaavissa koulutuksissa. Hän löysi ohjaajien vastauksista opiskelijoiden huoliin kuudenlaisia erilaisia vastauselementtejä. Vastauksissa oli yllättyneisyyden ja samaistumisen ilmauksia, neuvoja, avuntarjouksia, vastaväitteitä, normalisointeja sekä niin kutsuttuja tulkintaelementtejä. Näissä tulkinnoissa ohjaaja tekee opiskelijan esittämästä huolesta tulkinnan ja tarjoaa sitä opiskelijan vahvistettavaksi, jonka jälkeen yhteisen tulkinnan pohjalta aihetta lähdetään käsittelemään. Tämä terapiavuorovaikutuksessa yleinen vastauselementti oli ohjaavassa koulutuksessa harvinainen. Vehviläinen myös eritteli, millaiseen tehtävään ohjaaja orientoitui vastaanottaessaan opiskelijoiden huolenkerrontaa. Nämä kolme vastaustapaa olivat opiskelijaa aktivoiva responsi, välitön avun tarjoaminen ja huolen käsittely agendaan kuulumattomana asiana. (Em. 112–133.)

Ruusuvuori ja Voutilainen (2005) tarkastelevat empatiaa vastauksena huolenkerrontaan erilaisissa institutionaalisissa ympäristöissä; lääkärin vastaanotolla, homeopatiassa ja kognitiivisessa psykoterapiassa. Institutionaaliseen huolenkerrontaan vastataan lääkärin ja homeopaatin vastaanotoilla heidän mukaansa useimmiten neuvoilla ja huolta käsitellään ratkaisua kaipaavana ongelmana. Potilas saattaa kuitenkin jatkaa huolestaan puhumista niin kauan, kunnes saa empatiaa eli myötätuntoa sisältävän vastauksen.

Ruusuvuori (2005; 2007) on tutkinut myös emootioita institutionaalisessa vuorovaikutuksessa. Tutkimuskohteena ovat ammattilaisten vastaustavat potilaiden tunteiden ilmaisuun huolenkerronnan yhteydessä niin yleislääkärin kuin homeopaatin vastaanotolla. Tarkastelun kohteena on myös se, miten nämä ammattilaiset liittävät vastaustapansa varsinaiseen institutionaaliseen tehtäväänsä. Ruusuvuori

osoittaa, että molemmissa terveydenhuollon ympäristöissä ammattilaiset osoittavat ymmärrystä ja myötätuntoa potilaiden huolenilmauksille. Myötätunnon osoitus potilaalle liittyy kuitenkin kummallakin vastaanotolla huolenkerrontajakson päättämiseen, kun ammattilainen on siirtymässä niihin tehtäviin, jotka hän huolikeskustelun sijaan katsoo kyseiselle institutionaaliselle kontekstille kuuluvan. Ruusuvuori osoitti myös homeopaatin vastaanotolta käytänteen, jossa ammattilaisen myötätunnon osoitus toimi asiakkaalle kutsuna jatkaa huolenkerrontaa. Tämän kautta homeopaatti liitti keskustelun institutionaaliseen agendaan eli asiakkaan terveysongelmiin ja siihen määrättäviin homeopaattisiin lääkkeisiin. Kahdessa huolikeskustelussa homeopaatti osoitti myötätuntoa liittämättä sitä keskustelujakson päättämiseen. Näissä tapauksissa homeopaatti alkoi kertoa omasta kokemuksestaan vastaavasta huolenaiheestaan ja jättivät institutionaalisen agendan hetkeksi. Näissä tapauksissa potilas oli se, joka sulki huolenkerrontajakson ja palautti keskustelun varsinaiseen homeopaattiselle vastaanotolle kuuluvaan aiheeseen. Tutkimus osoittaa, että niin asiakas kuin ammattilainenkin kohtelevat kummankin vastaanoton varsinaista institutionaalista tehtävää ensisijaisina suhteessa emootioihin ja niiden ilmaisemiseen.

Tutkimukseni huolenkerronnasta hyvinvointineuvolassa avaa uuden näkökulman institutionaalisen vuorovaikutustutkimuksen kentällä. Edellä esiteltyjen huolenkerrontaa koskevien tutkimusten jälkeen on kiinnostavaa nähdä, miten psykososiaalisia huolia kohdellaan hyvinvointineuvolan vastaanotolla. Vuorovaikutusta tarkastelemalla voin osoittaa, mitä toimintoja ja millaisia aiheita hyvinvointineuvolan vastaanotolla kohdellaan sille kuuluviksi. Seuraavassa luvussa konkretisoin tutkimukseni tavoitteet ja tarkennan tutkimuskysymykseni ennen siirtymistä käyttämäni tutkimusmenetelmän, keskusteluanalyysin, esittelyyn (luku 4).

3 Tutkimuskysymykset ja tutkimuksen tavoitteet

Tutkimukseni on osa Tampereen kaupungin toteuttamaa uutta hyvinvointineuvolan toimintamallia koskevaa tutkimusprojektia ”Ennaltaehkäisevä terveystyö neuvolassa: Muuttuva asiakassuhde, tiimityö ja hyvinvointineurolamalli”. Tutkimusprojektin tarkoituksena on selvittää, miten uusi hyvinvointineurolamalli toimii käytännössä: millaisin keinoin ammattilaiset toteuttavat ennaltaehkäisevän neuvolatyön periaatteita, miten ammattilaiset ovat motivoituneet uuteen työtapaan ja, miten toimintaa voidaan heidän näkökulmasta kehittää, sekä miten asiakkaat ovat ottaneet uuden toimintamallin vastaan. (Ruusuvuori ym. 2008, 2.)

Uusi toimintamalli painottaa huomion suuntaamista aiempaa suunnitelmallisemmin koko perheen psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin perinteisen neuvolatyön osa-alueen, raskauden ja lapsen terveyden seurannan lisäksi. Oma kiinnostukseni kohdistuu siihen, millaisin keinoin terveydenhoitajat toteuttavat ennaltaehkäisevän neuvolatyön periaatteita, kun asiakas esittää vastaanotolla huolensa liittyen omaan jaksamiseensa, parisuhteeseen, vanhemmuuteen, pelkoihin tai muihin psykososiaalisiin aiheisiin. Etsin tutkimuksellani lisäksi ymmärrystä kysymykseen siitä, millaisia keskustelunkäytänteitä hyvinvointineuvolan vastaanotolla esiintyy ongelmista puhumisen yhteydessä, ja miten nämä vuorovaikutuskäytänteet vastaavat organisaatiolle asetettuja tavoitteita varhaisesta puuttumisesta asiakasperheen psykososiaalisiin ongelmiin.

Empiiriset tutkimuskysymykseni jäsenyivät seuraavasti: *Miten asiakas aloittaa ongelmista tai vaikeista asioista puhumisen, miten terveydenhoitaja vastaa huoleen ja miten keskustelu huolesta lopetetaan?* Laajemmin olen siis kiinnostunut siitä, *miten vuorovaikutus huolenkerrontajaksoissa rakentuu ja mitä siitä sosiaalisen vuorovaikutuksen kannalta seuraa?*

Analyysiosuuteni lopussa tarkastelen hyvinvointineuvola-aineiston lisäksi perinteisestä neuvolasta keräämäni pientä rinnakkaisaineistoa ja vertaan näiden kahden neurolamallin vuorovaikutusta ja keskustelunkäytänteitä huolenkerrontajakson aikana toisiinsa. Olen siis kiinnostunut myös siitä, *millainen on huolenkerrontajaksojen vuorovaikutuskäytänteiden suhde hyvinvointineuvoloiksi siirtyneiden ja perinteisten neuroloiden välillä.*

Tutkimukseni antaa tietoa uuden toimintamallin toteutumisesta käytännön työssä. Se tuottaa tietoa siitä, miten terveydenhoitajat toteuttavat neuvolainstituution toimintaperiaatteita vuorovaikutuksessaan, kun asiakas esittää huolen. Se myös lisää asiakastyötä tekevien ymmärrystä siitä, miten tietynkaltainen vuorovaikutus mahdollistaa huolten käsittelyn tai toisaalta sulkee keskustelua pois huolen käsittelystä.

Tutkimukseni antaa myös lähtökohtia mahdolliselle hyvinvointineurolamallin kehittämistyölle, mikäli tämän tutkimuksen tuottaman vuorovaikutustiedon perusteella se nähdään tarpeelliseksi. Tutkimusaiheeni on keskeinen, kun tarkastellaan sitä, miten huolikeskustelu hyvinvointineurolassa rakentuu, ja tukevatko nämä vuorovaikutuskäytänteet hyvinvointineurolan tavoitetta perheiden psykososiaalisten ongelmien ennaltaehkäisystä.

4 Keskustelunanalyysi metodologisena lähestymistapana

4.1. Keskustelunanalyysi tutkimusmenetelmänä

Harvey Sacks kehitti Garfinkelin luomaa etnometodologian teoriaa menetelmäksi, jonka avulla voidaan tutkia vuorovaikutusta aidoissa tilanteissa. Hän kehitti yhdessä Gail Jeffersonin ja Emanuel Schegloffin kanssa keskustelunanalyttisen metodin, jonka avulla voidaan tarkastella vuorovaikutusprosessin rakentumista. Keskustelunanalyysillä voidaan kuvata ja analysoida kasvokkaista vuorovaikutusta ja tuoda ilmi ne menetelmät, joiden avulla osallistujat tuottavat ja ymmärtävät sosiaalista toimintaa. (Heritage 1996/1984, 228; Peräkylä 1992, 264–265; Ruusuvuori 2001, 385, 396–400.)

Keskustelunanalyysissä tarkastelun keskiössä on puhe toimintana. Puhe nähdään omalakisena järjestelmänä, ei vain kommunikaationa tai muita sosiaalisen elämän prosesseja heijastavana näyttämönä. Keskustelunanalyysi perustuu myös ajatukseen, että puhe toimintana on rakenteellisesti organisoitunutta eli vuorovaikutus on sosiaalisesti jäsentynyttä ja järjestynyttä. Tällä tarkoitetaan esimerkiksi sitä, että peräkkäiset lausumat ovat suhteessa toisiinsa puheen jaksotuksen kautta. Vuorovaikutusta tarkastellessa huomio kiinnittyy esimerkiksi vuorotteluun, keskeyttämiseen, puheenvuoron korjaamiseen, aiheen vaihtamiseen, tervehdyksiin, kysymyksiin ja kutsumiseen. (Hakulinen 1997, 13–17.) Tässä tutkimuksessa tarkastelen terveydenhoitajan ja asiakkaan välistä keskustelua huolesta rakenteellisesti järjestäytyneenä toimintana, jonka avulla molemmat osallistujat toteuttavat tiettyjä tehtäviä. Kiinnostavaa on, miten keskustelu terveydenhoitajan ja asiakkaan välillä rakentuu esimerkiksi terveydenhoitajan kysymysmuotoilujen, vuorottelun ja huolipuheenaiheen päättymisen osalta.

Keskustelunanalyysi on kiinnostunut siitä, mitä toimijat tekevät ja miten. Tarkastelu kohdistuu myös siihen, mikä on osallistujien oma käsitys tilanteesta sekä mitä puheenvuoroista seuraa ja mikä niitä edeltää. (Peräkylä 1992, 264–265; Hakulinen 1997, 13–17; Ruusuvuori 2001, 396–400.) Keskustelunanalyysin teoriaan kuuluu myös käsitys siitä, että merkitykset tuotetaan vuorovaikutuksessa, osallistujien tulkintojen ja kontekstin yhteisvaikutuksena. (Ruusuvuori 2001, 385, 391; Hakulinen 1997, 14–15.) Asiakkaan tapa muotoilla huolensa vaikuttaa siihen, mitä terveydenhoitaja huolen vastaanottajana siinä kuulee. Lisäksi hyvinvointineuvola institutionaalisenä ympäristönä, omine tavoitteineen ja resursseineen on tuottamassa sitä, miten terveydenhoitaja asiakkaan huolen kuulee, mihin seikkoihin hän siinä tarttuu ja mihin suuntaan puheenaihetta lähdetään viemään.

Keskusteluanalyysin teoriassa keskeistä on vuorovaikutuksen tarkoitus ja konteksti, jossa se tapahtuu. Vuorovaikutuksen konteksti nähdään keskusteluanalyysissa toimintaa tuottavana ja toisaalta toiminta itsessään tuottaa ja uusintaa ympäröivää kontekstia. (Heritage 2004, 223–224.) Kontekstin käsitettä tarkastellaan kahdella tavalla: keskustelijat suuntautuvat puheenvuoroissaan toisaalta sekä paikalliseen ympäristöön, jossa toiminta tapahtuu että yhtäältä toimintaa edeltävään puheenvuoroon. (Drew ja Heritage 1992, 18–19.) Tässä tutkimuksessa paikallinen ympäristö on hyvinvointineuvola ja siellä terveydenhoitajan ja asiakkaan välinen vuorovaikutus. Heritagen (2004) mukaan keskustelun osallistujat orientoituvat vuorovaikutukseen seuraavanlaisesti:

- 1) Osallistujat suhteuttavat puheensa edeltävään puheenvuoroon, tavallisimmin juuri edeltävään puheenvuoroon. Näin heidän puheensa on kontekstin muokkaamaa.
- 2) Meneillään olevassa toiminnassaan osallistuja olettaa, että puheen vastaanottaja suhteuttaa puheensa seuraavaan puheenvuoroon. Näin molemmat osallistujat muokkaavat, ylläpitävät tai uudistavat kontekstia seuraavaa puheenvuoroa varten.
- 3) Seuraavissa puheenvuoroissaan osallistujat osoittavat, miten he ymmärsivät edeltävän puheenvuoron. Nämä ymmärrykset joko vahvistetaan tai niitä korjataan seuraavassa puheenvuorossa. (Heritage 2004, 223–224.) Keskusteluanalyysin avulla voin aineistostani vuoro vuorolta tarkastella sitä, miten huolenkerrontajakso rakentuu, ja miten asiakas ja terveydenhoitaja ovat tuottamassa yhteistä ymmärrystä asiakkaan huolta käsitellessään.

Keskusteluanalyysi on kiinnostunut havainnollistamaan osallistujien omia jäsennyksiä meneillään olevasta tapahtumasta. Tutkimuskohteena on luonnollinen aineisto eli aidot keskustelutilanteet, joita ei ole järjestetty tutkimusta varten, vaan ne ovat olemassa ilman tutkijaa. Aineistot nauhoitetaan tai videoidaan, koska tämä mahdollistaa aineiston toistettavan ja yksityiskohtaisen tarkastelun. Keskusteluanalyysissa aineistoa tulee olla riittävän paljon, jotta tarkastelun kohteena olevia säännönmukaisia, toistuvia ilmiöitä voidaan löytää. Apuna tutkimuksessa käytetään litteraatioita, joihin puheenvuorot kirjataan mahdollisimman tarkasti eri keskustelunpiirteineen, joita ovat esimerkiksi tauot, päällekkäispuhunta, puheen nopeus ja vuoronvaihdot. (Ks. esim. Raevaara ym. 2001, 26–28.)

4.2. Keskeiset käsitteet keskusteluanalyysissa

Esittelen joitakin keskeisiä keskusteluanalyttisiä käsitteitä, joiden kautta jäsenmän vuorovaikutusprosessin ilmiöitä omassa tutkimuksessani ongelmista puhumisen käytänteistä, ja joiden kautta vuorovaikutusprosessia keskusteluanalyttisessä tutkimuksessa yleensä jäsennetään. (Ks. esim. Heritage 1996/1984; Tainio 1997.)

Keskustelussa tapahtuvaa vuorottelua ohjaava *vuorottelujäsennys* on yksi keskeinen sosiaalisen järjestyneisyyden muoto. Arkikeskusteluissa vuorovaikutusta ohjaa vuorottelun säännöstö, jolloin osallistujat puhuvat pääosin yksi kerrallaan, ja päällekkäispuhunutta ja taukoja pyritään välttämään. Lisäksi puhuja vaihtuu toistamiseen ja yleensä siirtymä on sujuva, jolloin se tapahtuu ilman katkosta tai ilman pitkää päällekkäisyyttä. Vuorojen järjestys ja pituus eivät ole kiinteitä, eikä puheenvuoron sisältö ennalta määrätty. Näitä vuorottelun perussääntöjä keskustelijat eivät sovi etukäteen, vaan osallistujat tunnistavat ne tässä kulttuurissa vallitseviksi vuorovaikutusta ohjaaviksi normeiksi. Vuorot eivät vaihdu keskustelussa aivan sattumanvaraisesti, mutta niitä ei myöskään ole ennalta sovittu. *Siirtymän mahdollistava kohta* eli SMK on kohta, jossa puhujan vuoron voidaan olettaa päättyneen. Osallistujat tunnistavat tällaisen kohdan esimerkiksi edellisen puheenvuoron sisällön, lauserakenteen tai prosodian eli äänenpainon avulla. Siirtymän mahdollistavat kohdat sisältävät usein enemmän päällekkäispuhunutta. Vuorovaihdon mahdollistavaan kohtaan liittyy usein myös ymmärtämistä ja vuoron vastaanottamista osoittavia tai vuoroa jatkamaan rohkaisevia responssipartikkeleita, kuten ”mm”, ”joo” ja ”nii”. (Sacks ym. 1974, 696–735; Hakulinen 1997, 32–50; Raevaara ym. 2001, 15–16.) *Vuoron rakenneyksiköt* ovat niitä osia, joihin puheenvuoro toiminnallisesti jakautuu. Rakenneyksikkö voi olla yksi tai useampi lausuma, esimerkiksi huudahdus, virke tai useampi lause. (Hakulinen 1997, 36–38.)

Keskustelun vuorottelu, vuorojen pituus tai sisältö ei ole arkikeskustelussa ennalta määrätty, mutta institutionaalisessa keskustelussa on kyse erityisistä toimintatyypeistä, joissa pätee sille ominaiset vuorottelusäännöt. Tällä on vaikutuksia koko keskustelun rakenteelle. Arkikeskustelusta tutut rakenteet ovat perustana myös institutionaalisessa keskustelussa, mutta ne voivat saada tässä kontekstissa erityisiä muotoja. Esimerkiksi haastattelussa toinen osapuoli kontrolloi keskustelun kulkua toisen lähinnä vastatessa kysymyksiin. (Hakulinen 1997, 35–36, 54–55; Ruusuvuori & Tiittula 2005, 23; Vehviläinen 2001, 39–40.) Omassa tutkimuksessani vuorottelujäsennyksen kautta voin tarkastella esimerkiksi ammattilaisen kontrollin ilmiötä vuorovaikutuksessa kiinnittäen huomiota puhujaroolien jakautumiseen osallistujien välillä.

Vuorovaikutuksen toinen keskeinen rakennepiirre on keskustelun sekventiaalisuus. *Sekvenssijäsennyksellä* tarkoitetaan sitä, miten peräkkäiset puheenvuorot kiinnittyvät toisiinsa muodostaen toimintajaksoja eli sekvenssejä. Puheenvuoro laaditaan aina sopimaan edelliseen vuoroon ja lausuttu puheenvuoro ennakoii sitä, miten siihen odotetaan vastattavan. (Raevaara 1997, 75.) *Vieruspareiksi* kutsutuissa toimintopareissa seuraavaa vuoroa ennakoiva odotus on erityisen vahva. Tällaisia kokonaisuuksia ovat esimerkiksi tervehdys, kysymys–vastaus ja kutsu–vastaus. Vieruspari on siis kahden, vierekkäisen puheenvuoron muodostama toimintajakso, joka on eri puhujien tuottama. Vieruspari järjestyy myös *etu- ja jälkijäseneksi*

siten, että tietynlainen etujäsen vaatii tietyn tyyppisen jälkijäsenen. Vierusparin ensimmäinen vuoro, esimerkiksi kysymys, on etujäsen, joka asettaa vastaanottajalle odotuksen esittäen tietynlainen jälkijäsen eli vastaus. (Heritage 1996/1984, 240; Raevara 1997, 75–76.) Heritage (1996/1984; 241–242) kirjoittaa, että ”vierusparirakenne on toiminnan normatiivinen viitekehys, jonka täytöntöönpano on luonteeltaan selostettavissa olevaa ja selontekovelvollisuuden alaista. Näin ollen etujäseneksi tunnistettavan ilmauksen (esimerkiksi kysymyksen) tuottaminen valitsee seuraavan puhujan, jonka pitäisi välittömästi tuottaa sopiva jälkijäsen”. Puheenvuoro tuottaa odotuksen siitä, millainen jatko sitä seuraa. Mikäli jälkijäsen jää puuttumaan, sitä kohdellaan tavalla tai toisella selitystä vaativana, se otetaan puheeksi tai sille attribuoidaan erilaisia selityksiä.⁵ (Ks. esim. Heritage 1996/1984, 241–248; Raevara 1997, 91.) Sekvenssijäsennyksen käsite aktualisoituu suhteessa omaan tutkimusongelmaani tärkeällä tavalla. Tapa, jolla etujäsen on muotoiltu, luo odotuksen tietynlaisesta jälkijäsenestä. Se tapa, jolla vaikeita asioita tai ongelmia hyvinvointineuvolan vastaanotolla otetaan esiin ja miten niistä puhutaan, vaikuttaa siihen, miten puheenvuoroon vastataan ja miten vuorovaikutus tästä edelleen etenee.

Vuorovaikutuksen järjestyneisyyteen sisältyy piirre, joka tukee osallistujien samanlinjaisuutta ja sosiaalista solidaarisuutta sekä konfliktin välttämistä. Jälkijäsenellä, esimerkiksi vastauksella kutsuun, on kaksi vastakkaista vaihtoehtoa. *Preferoitu jälkijäsen* tukee sosiaalista solidaarisuutta, jolloin kutsu hyväksytään. Kutsusta kieltäytyminen tai puuttuva vastaus on *preferoimaton jälkijäsen*, jolloin sen tuottamiseen liittyy selontekovelvollisuus. Preferoitu jälkijäsen esitetään usein suoraan ja viivyttämättä, kun taas preferoimaton jälkijäsen suoritetaan viivytetysti tai selonteon kanssa. (Heritage 1996/1984, 261–263; Raevara 1997, 79; Tainio 1997, 93–94.) Garfinkelin selonteon⁶ käsite on osa arkielämän järjestyneisyyden ylläpitämistä. Preferoimaton puheenvuoro etäännyttää osallistujia, mutta selontekojen avulla luodaan yhteisyyttä ja samanlinjaisuutta osallistujien välille. Selittelemine on myös vastaanottajalleen preferoimattoman puheenvuoron tunnusmerkki. (Heritage 1996/1984, 269; Tainio 1997, 100.) Tutkimusaineistostani voin tarkastella preferenssijäsennyksen käsitteen kautta preferoituja vuoroja, joiden avulla vuorovaikutusta pidetään sosiaalista solidaarisuutta tukevana. Mikäli ammattilainen muotoilee kysymyksensä tavalla, joka sisältää odotuksen toivotusta tai suotavasta vastauksesta, tämä voi ohjata asiakasta vastaamaan toivotulla tavalla ylläpitääkseen samanlinjaisuutta tai välttääkseen konfliktin

⁵ Kun käyttäytyminen on rikkonut odotusta, voi selonteon tarjota toimija itse tai muut osallistajat. Tällöin odotuksia rikkoneen toimijan käyttäytymisestä tehdään erilaisia päättelyitä, esimerkiksi tilanteen olosuhteet tai toimijan persoonallisuuden piirteet, tavoitteet tai motiivit voivat toimia selittävinä tekijöinä. (Heritage 1996/1984, 249.)

⁶ Garfinkelin selonteon käsite on keskustelun rakenteellinen ominaisuus, jonka avulla osallistajat selostavat toimintaansa toisille järjelliseksi viitaten esimerkiksi erilaisiin kulttuurisiin sääntöihin tai arvoihin (ks. esim. Suoninen 2001, 375).

vuorovaikutuksessa. Seuraava aineistoesimerkki havainnollistaa ilmiötä, jossa ammattilainen esittää preferoidun kysymyksen (etujäsenen).

Esimerkki preferenssijäsennyksestä (ote synnytystapaa koskevasta keskustelusta terveydenhoitajan ja asiakkaan välillä):

H: .mt mut ei nyt kui[tenkaan yh- ihan yhtäkkiä oo
semmonen
N: [(-)
H: tunne et haluat haluat ehdottamasti et leikataan?,
(0.3)
N: .njhh no ↑oon mä sitä miettiny.
H: mm:? [joo:?
N: [ja sitten tota (0.6) et jo se mun
mahalääkäri puhu silloin aikasemmin että se on yks
(0.4) et jos mikä↑li toi maha on huonossa kunnossa
niin se on sitte se mun (0.3) synnytystapani,

Lause ”mut ei nyt kuitenkaan yh- ihan yhtäkkiä oo semmonen tunne et haluat haluat ehdottomasti et leikataan”. Tämä sisältää kielipiillisen ehdotuksen siitä, että asiakkaalla ei ole tunnetta, että hän haluaisi leikkausta. Preferoitu vastaus olisi samanlinjainen ehdotetun kanssa eli asiakas vastaisi, että ei halua leikkausta (sektiota). Asiakas kuitenkin odotusten vastaisesti tuottaakin preferoimattoman vastauksen (jälkijäsenen) ”no oon mä sitä miettiny”. Preferoimattoman vastauksen edellä on usein havaittavissa sitä ennakoiva tauko, kuten tässäkin esimerkissä. Tuleva vuoro voidaan osoittaa ongelmalliseksi esimerkiksi pienillä partikkelisanoilla (”tota”, ”öö”) tai sisäänhengityksellä. Viivytyks on vuorovaikutuksen keino, jolla voidaan ehkäistä kasvoja uhkaavia ja osallistujia etäännyttäviä kieltäytymisiä, sillä viivytyks tarjoaa etujäsenen esittäjälle mahdollisuuden muuttaa esittämänsä vuoroa. (Heritage 1996/1984, 271–272; Tainio 1997, 96–97.) No-partikkelilla asiakas osoittaa siirtyvänsä preferoimattomaan vastaukseen (kts. Raevaara 1989, 147–151). Asiakas antaa selonteon preferoimattomalle vastaukselleen siitä, että hän terveydenhoitajan odotusten vastaisesti onkin alatiesynnytyksen sijaan sektion kannalla, sillä selonteon antamatta jättäminen rikkoo sosiaalisen vuorovaikutuksen järjestäytyneisyyttä. Hän antaa selonteon tuomalla esiin kolmannen osapuolen ”mahalääkäriin”, joka on ollut sillä kannalla, että mahan kunnosta riippuen (asiakas sairastaa kroonista suolistosairautta) sektio voi olla ”sitte se mun synnytystapani”. Heritage ja Robinson (2006; 65, 71–74) kuvaavat artikkelissaan tätä kolmannen osapuolen tuomista erääksi tyypilliseksi keskustelukäytänteeksi, jota käytetään selittämään toiselle osapuolelle päätöksenteon syytä. *Preferenssijäsennys* siis ohjaa vuorovaikutusta, jonka kulussa samanlinjaisuuden periaatteen ylläpitäminen on keskeistä.

Keskustelunalyysin avulla tutkin institutionaalista vuorovaikutusprosessia hyvinvointineuvolan vastaanotolla terveydenhoitajan ja asiakkaan kohtaamisissa. Vuorovaikutus hyvinvointineuvolassa ammattilaisen ja asiakkaan välillä syntyy niistä toiminnoista, joita osallistujat yhdessä toteuttavat. Vuorovaikutus muotoutuu sekä osallistujien teoista vastaanottotilanteessa että laajempien sosiaalisten toimintayhteyksien mukaisesti. Osallistujat orientoivat toimintansa niihin päämääriin, joita he tunnistavat neuvolavastaanotolla laajemmin olevan ja toisaalta samalla toiminnan kautta rakennetaan näitä institutionaalisia kohtaamisia. Keskustelunalyysi antaa välineitä tutkia neuvolavastaanoton vuorovaikutusprosessia sosiaalisena toimintana. Sen avulla voin tarkastella vastaanottotilanteiden videoinneista niitä keskustelukäytäntöjä, joiden avulla ongelmia otetaan puheessa esiin, miten niihin vastataan, ja miten niistä puhuminen lopetetaan. Näitä keskustelukäytänteitä tutkimalla voidaan nähdä, miten erilaiset ongelmista puhumisen tavat otetaan vastaan sekä niiden sosiaalisia seuraamuksia vuorovaikutuksessa terveydenhoitajan ja asiakkaan välillä. Tällainen tieto voi toimia arvokkaana pohjana, kun halutaan kehittää vuorovaikutusta työssä. Keskustelunalyysin avulla saadaan myös esiin sellaisia tapoja ottaa vaikeita asioita tai ongelmia puheeksi neuvolavastaanotolla, joita mahdollisesti käytetään muissakin instituutioissa tekemään samankaltaisia tehtäviä. Uskon, että tutkimuksessani esiin tulleet keskustelukäytänteet voivat kertoa ongelmista puhumisen tavoista ja seurauksista yleisemmin muissakin institutionaalisissa vuorovaikutustilanteissa.

Seuraavassa luvussa esittelen tutkimusasetelmani sekä aineiston keräämiseen, valintaan ja analyysiin liittyvät vaiheet. Lisäksi pohdin tutkimukseni toteuttamiseen ja sen validiteettiin liittyviä eettisiä kysymyksiä.

5 Tutkimuksen toteutus

5.1. Tutkimusasetelma ja aineiston kuvailu

Tutkimusaineistoni koostuu videoiduista hyvinvointineuvolavastaanottojen asiakaskohtaamisista. Tutkimusaineistoni on kaksiosainen; pääpaino on hyvinvointineuvolavastaanottojen osuudessa, mutta suhteutan analyysiosuuteni lopuksi tulokseni myös perinteistä mallia toteuttavien neuvoloiden vastaanottotilanteiden käytänteisiin. Tutkimuksessani käytetty aineisto koostuu 19 videonauhoitetusta huolenkerrontajaksosta hyvinvointineuvolan vastaanotolla. Perinteisen neuvolan aineisto-osuus, johon varsinaisia tuloksiani suhteutan, on 2 videonauhoitettua huolenkerrontajaksota. Aineisto on kerätty lokakuun 2006 ja kesäkuun 2008 välisenä aikana kaikkien tutkimusprojektin jäsenten toimesta. Tutkijat eivät itse ole olleet läsnä vastaanotolla, vaan ovat poistuneet tilasta asennettuaan videokamerat. Tutkimukseen osallistuminen on asiakasperheille ja terveydenhoitajille ollut vapaaehtoista ja tähän on pyydetty kirjallinen lupa jokaiselta osallistujalta erikseen.

Aineistoni on kerätty kolmesta tamperelaisesta hyvinvointineuvolasta, joiden vastaanottojen videoimiseen tutkimusprojekti sai luvan. Näistä tutkimukseeni osallistui 8 eri terveydenhoitajaa. Hyvinvointineuvola-aineisto käsittää huolenkerrontajaksota 13 eri asiakasperheen neuvolakäynniltä, kun perinteisen neuvolan aineistossa on kaksi eri asiakasta. Tutkimusaineistokseni valitsemani huolenkerrontajaksot olivat pituudeltaan erimittaisia: 22 sekunnista yli 17 minuuttiin. Aineistoa kertyi kaikkiaan hyvinvointineuvolan osalta 45 minuuttia 10 sekuntia ja perinteisen neuvolan puolelta 9 minuuttia 21 sekuntia. Analysoimistani huolenkerrontajaksota 11 oli äitiysneuvolakäyntejä, ja lastenneuvolan huolikeskusteluja aineistossani on neljä. Lisäksi neljä analysoimaani huolenkerrontajaksota on videoitu vastaanotolla, joka on toiminut sekä äitiys- että lastenneuvolakäyntinä, kun samalle kerralle on yhdistetty esikoisen ja odottavan äidin neuvolakäynti. Perinteisen neuvolan puolelta analysoimani huolenkerrontajaksot ovat molemmat äitiysneuvolakäyntejä. Jätin tutkimuskohteeni ulkopuolelle niin kutsutut lomakekäynnit, jotka sisältyvät hyvinvointineuvolan toimintamalliin, ja joiden tarkoituksena on helpottaa psykososiaalisten aiheiden puheeksi ottamista. Lomakekäyntejä on harvakseltaan, joten koin, että arvokkainta informaatiota neuvolatyön vuorovaikutuksesta ja toimintakäytännestä saadaan, kun tutkitaan tavallisia vastaanottotilanteita, joita suurin osa neuvolatyön arjesta on. Lisäksi lomakekäynneillä puheenaiheet motivoituvat lomakkeesta, joten mielestäni keskeisintä luonnollista aineistoa tarjosi sen kaltaisten tilanteiden tarkastelu, jossa asiakas tuo itsenäisesti esiin mieltään askarruttavan aiheen.

Vastaanottotilanteissa, joiden huolenkerrontajaksija olen analysoinut, ovat läsnä terveydenhoitaja ja asiakas. Asiakas on useimmiten äiti, mutta joissakin aineisto-otteissa ovat läsnä molemmat vanhemmat (6 huolenkerrontajaksija), ja lastenneuvolakäynneillä läsnä on tietysti myös lapsi. Aineistoni 19 huolenkerrontajaksijasta yksi huoli on isän esittäjä, kun muut 18 tarkastelemani jaksoa ovat asiakasperheen äidin esittäjä huolia. Perinteisen neuvolan puolelta tarkastelemassani aineistossa molemmat huolenkerrontajaksijat ovat äidin kertomia huolia. Analysoimani tilanteet ovat keskusteluotteita eri vaiheissa vastaanottoa, sen alkupuolelta, keskivaiheilta tai loppupuolelta.

5.2. Aineiston valinta ja analyysiprosessi

Aloitin aineiston valinnan katsomalla 82 videoitua hyvinvointineuvolan vastaanottoa löytääkseni kohtia, joissa asiakas esittää huolen. Tämä osuus vei aikaa; olihan minulla noin 82 tunnin mittaista vastaanottoa, joita katsoin useaan kertaan löytääkseni niistä huolenkerrontajaksija. Psykososiaaliset ongelmat tai huolet eivät ole neuvolassa vastaanottotilanteiden pääasiallinen puheenaihe, vaan huomio keskittyy enimmäkseen odottavan äidin ja sikiön fyysiseen vointiin, mittaamiseen, rokottamiseen sekä lapsen syömiseen, ruokavalioon ja unirytmieihin. Siksi selkeästi psykososiaaliseen huoleen liittyviä keskustelujia videoituilla vastaanotoilla oli harvakseltaan. Näiltä vastaanotoilta valitsin tarkemman tutkimuksen kohteeksi hyvinvointineuvolan vastaanotolta 19 otetta ja vertailun vuoksi perinteisen neuvolan puolelta 2 huolenkerrontajaksija. Olen siis valinnut tutkimusaineistokseni sellaiset osiot vastaanottotilanteista, joissa asiakas ottaa puheeksi psykososiaalisiin aiheisiin liittyvän ongelman, huolen tai vaikean asian. Näin katson voivani saada tietoa vuorovaikutuskäytänteistä, joilla varhaisen puuttumisen tavoite vastaanotolla voi toteutua. Tutkimuskysymykseni tarkentuivat aineistoon perehtyessäni. Ennen aineiston valintaa olin ajatellut tutkia kohtia, joissa joko asiakas tai terveydenhoitaja ottaa puheeksi huolen. Keskustelujaksija, joissa terveydenhoitaja olisi ilmaissut huolensa asiakkaan tilanteesta, ei videoituissa vastaanottotilanteissa kuitenkaan esiintynyt. Näin päädyin luontevasti tutkimaan niitä kohtia, joissa *asiakas* ilmaisee huolen. Olen määrittänyt tai tunnistanut valitsemani keskustelunkohdat ongelmiksi tai huoliksi, sillä aiemman tutkimuksen avulla saatu tieto erilaisista keskustelunkäytänteistä, joilla vaikeista asioista puhutaan (ks. luku 2.4.), antaa minulle arvokasta tietoa siitä, miten tunnistaa vastaanoton keskusteluista jaksija, joita voi määrittää ongelmista puhumiseksi. Keskusteluanalyysin avulla saatu tieto on kumuloituvaa: sitä voidaan usein soveltaa tutkimuskohteen ulkopuolisiin tilanteisiin. Lisäksi se, että olen saman yhteiskunnan ja kulttuurin jäsen mahdollistaa sen, että voin arkijärjen perusteella tehdä näitä määrittelyjä. Esimerkiksi aineistossani asiakkaan lausahdukset *"tuntuu, et kaikki romahtaa"* tai *"kyllä sitten ei niinku nuppi ei kestä"* voi jokainen kulttuurimme jäsen tulkita viittauksena ongelmaan tai huoleen. Oma aineistoni voi

myös tuoda esiin uusia, juuri tälle institutionaaliselle kontekstille eli hyvinvointineuvolalle ominaisia huolenkerrontaan liittyviä käytäntöjä.

Aineiston valinnan jälkeen analyysiprosessi alkaa keskustelunanalyysissa videoidun aineiston litteroinnilla. Litteroinnissa kerätty aineisto puretaan kirjalliseen muotoon mahdollisimman tarkasti eri piirteineen. Näitä ovat esimerkiksi päällekkäispuhunta, tauot ja intonaatio eli äänen korkeuden vaihtelu puheessa. Intonaatio ohjaa vuoronvaihtoa keskustelussa ja tauot voivat viestiä sosiaalisen järjestyksen rikkoutumisesta puheessa tai vuoron lopettamisesta. Päällekkäispuhunnan avulla voidaan tutkia keskeyttämistä. Litteraation avulla siis saadaan esiin tutkimuskohteeseen liittyviä institutionaalisia erityispiirteitä. Litteraatio myös mahdollistaa tutkimuksen raportoimisen ja sen arvioimisen. (Ruusuvuori 2000, 42–43; Vehviläinen 2003, 37–38.) Litteroin itse 12 otetta ja sain valmiina 9 tutkimusprojektissa kirjoitettua litteraatiota. Litteroituja sivuja videoiduista vastaanottotilanteista syntyi hyvinvointineuvolavastaanottojen aineisto-osuudesta yhteensä 63 ja perinteisen neuvolan rinnakkaisaineiston osalta 18 sivua. Litterointivaiheessa olen muuttanut kaikki aineistossa olevat erisnimet ja muut osallistujien tunnistamisen mahdollistavat seikat. Aineiston analyysin olen tehnyt videotallenteesta, jonka tukena valmis litteraatio on toiminut.

Aloittaessani analyysin videotallenteesta, kiinnitin huomiota ongelmista puhumisen kohtiin, joista tein tarkkaa sekventiaalista analyysia. Tarkastelin aineistoa eri näkökulmista tehden eri toimintoja kuvaavia ryhmittelyjä. Piirsin myös jokaisesta huolenkerrontajaksosta sitä kuvaavan prosessikaavion, joka auttoi hahmottamaan, mitä osallistujat vuorollaan tekevät ja millaisista toiminnoista se koostui. Tarkan analyysin jälkeen aineistosta hahmottui toistuvia perustoimintoja. Analyysin edetessä nämä perustoiminnot jäsenyivät erilaisiksi keskustelunkäytänteiksi, joita terveydenhoitajat käyttivät resurssinaan eri kohdissa huolikeskusteluja. Analysoinnin apuna olivat myös keskustelunanalyttisessä tutkimuksessa tavanomaiset datasessiot, joihin tutkimusprojektimme jäsenet kokoontuivat yhdessä analysoimaan erilaisia aineisto-otteita videotallenteen ja sen litteraation avulla. Datasessioihin kokoonnuttiin lukukausien aikana noin kahden viikon välein syyskuusta 2007 alkaen. Datasessioiden etu on se, että tutkijat voivat keskustelemalla löytää uusia näkökulmia aineiston tulkintaan ja validoida toistensa havaintoja sekä oppia keskustelunanalyysimenetelmästä lisää. Tällainen käytäntö lisää tutkimuksen luotettavuutta.

Keskustelunanalyttisessä tutkimusmenetelmässä käytetään aina luonnollisia aineistoja, joiden avulla selvitetään, miten osallistujat tilanteeseen orientoituvat ja miten vuorovaikutus etenee hetki hetkeltä. Videoitu aineisto on myös paras mahdollinen, kun tutkitaan vuorovaikutusta. Se antaa tarkan kuvauksen

siitä, mitä vastaanotolla tapahtuu, ja miten osallistujat toimivat tilanteessa. Aineistoon voi myös palata jälkikäteen useaan kertaan, mikä on ehdoton etu esimerkiksi muistiinpanoin kerättyyn tietoon verrattuna. Videoitu aineisto terveydenhoitajan ja asiakkaan välisestä vuorovaikutuksesta huolista keskusteltaessa antaa mahdollisuuden tutkia luonnollista tilannetta sen eri piirteineen. Keskusteluanalyysissa ajatellaan sosiaalisen todellisuuden rakentuvan vuorovaikutuksessa osallistujien kesken. Keskeinen kysymys onkin, *miten ja millaisin* toimintaprosessein tämä tapahtuu. (Vehviläinen 2001, 34.) Kun tarkastelen sitä, miten huolikeskustelu hyvinvointineuvolavastaanotolla rakentuu, tarjoaa keskusteluanalyysi videoaineistoinen vahvan metodologisen välineen tämän tutkimiseen.

5.3. Tutkimuseettiset kysymykset

Katson tutkimuseettisiin kysymyksiin sisältyvän yhtäältä tutkimusaineiston keräämiseen, säilyttämiseen ja analysointiin sekä tutkimustulosten raportointiin liittyvät valinnat ja toisaalta sen, miten tutkimukseen osallistuneita ja heidän tietoturvaansa kohdellaan.

Tutkimusprojekti, jonka osa tämä tutkimus on, sai Tampereen kaupungin sosiaali- ja terveystoimen tutkimuslupatoimikunnalta luvan tutkimuksen tekemiseen (SOTE: 3827/403/2006). Tutkimukseen osallistuvilta perheiltä ja ammattilaisilta pyydettiin kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta, ja sen kerrottiin olevan vapaaehtoista. Osallistujat saivat myös sekä kirjallista että sanallista informaatiota tutkimuksesta sekä aineiston käyttötavoista ja sen säilytyksestä. Asiakkaalla on ollut mahdollisuus myös perua osallistumisensa tutkimukseen sen missä tahansa vaiheessa ilman erityistä syytä. Kaikki tunnistamisen mahdollistavat tiedot asiakkaista, ammattilaisista sekä tutkimuksen kohteena olevista neuvoloista olen muuttanut tutkimustuloksia raportoidessani tutkittavien anonymiteetin säilyttämiseksi. Olen lisäksi allekirjoittanut vaitiolositoumuksen, jossa olen luvannut säilyttää tutkimukseen osallistuneiden anonymiteetin sekä palauttaa tutkimusaineiston tutkimusprojektin johtajalle saatua tutkimukseni päätökseen.

Olen pyrkinyt tutkimukseni eri vaiheissa noudattamaan kaikin tavoin hyvää tutkimuseettistä käytäntöä. Eettisesti tärkeää on myös perustella ne valinnat, joita tutkimusprosessini eri vaiheissa olen tehnyt. Tämä mahdollistaa lukijalle tutkimukseni luotettavuuden ja tekemiäni ratkaisujen eettisen arvioinnin. Liittämällä tutkimukseni analyysiosioon aineisto-otteita, olen pyrkinyt siihen, että lukijani voivat arvioida tekemiäni tulkintoja. Katson, että tutkimukseni eettisyyteen liittyy myös arviointi siitä, mikä on oma asemäni tutkimusprosessissa. Tiedostan, että olen tuottamassa yhdenlaista sosiaalista todellisuutta, joka on yhteydessä tekemiini erilaisiin valintoihin, käsitteiden käyttöön ja tulkintoihini. (Jokinen ym. 2000,

45.) Tämä tutkimus on yksi tapa hahmottaa tätä sosiaalista todellisuutta. On tärkeää myös havaita, että tutkimuksen teoreettinen viitekehys aina ohjaa ja suuntaa tutkijan tekemiä havaintoja ja tulkintoja (Alasuutari 1994, 79).

6 Analyysi

Aloitan analyysilukuni esittelemällä huolenkerrontasekvenssin rakenteen. Näytän myös, millaisin keskustelunkäytäntein huoli hyvinvointineuvolavastaanotolla tavallisesti esitetään. Keskusteluanalyysissa keskeistä on *miten*-kysymysten kysyminen. Sen avulla saadaan tietoa siitä, miten sosiaaliset kohtaamiset ihmisten välillä rakentuvat ja miten osallistujat toteuttavat keskustelun asiakkaan huolesta. Tämän jälkeen siirryn käsittelemään aineistoani tutkimuskysymysteni mukaisesti eli tuon esiin, miten huolenkerrontajaksot alkavat, millaisin toiminnoin terveydenhoitaja niihin vastaa ja miten huolenkerrontajaksot päätetään. Hyvinvointineuvola käsittelevän osuuden päätän esittelemällä yhden kokonaisen huolenkerrontajakson ja sen analyysin, jotta lukijalle havainnollistuu vielä aineistostani tekemät havainnot, tulkinnat ja johtopäätökset kokonaisuudessaan. Tämän jälkeen siirryn käsittelemään perinteisen neuvolan puolelta keräämääni rinnakkaisaineistoa, josta olen tarkastellut vastaustapoja ja huolenkerrontajakson päättämisen käytänteitä. Suhteutan lopuksi molemmista aineistoista tekemäni päätelmät huolenkerrontasekvenssiin rakentumisesta toisiinsa. Havainnollistan tässä luvussa analyysiani aineisto-ottein, kuten keskusteluanalyysissa on tapana, jotta lukijalla on mahdollisuus arvioida tekemieni tulkintojen ja päätelmieni johdonmukaisuutta. Selostan ennen esimerkkiä lyhyesti, millaiseen keskustelutilanteeseen se liittyy, ja keitä vastaanotolla on paikalla. Olen numeroinut esimerkit juoksevilla numeroinnilla sekä otsikoinut ne sen määrittelemäni teeman mukaan, jota huoli koskee. Kirjaimet vuorojen alussa kuvaavat sen esittäjää: H = terveydenhoitaja, N = naisasiakas ja M = miesasiakas eli isä. Analyysin kannalta erityisen keskeisiä rivejä esitän tummennettuina. Litteraatiomerkinnot on selitetty liitteessä 1.

6.1. Huolenkerrontasekvenssin rakenne ja huolenilmaisun käytänteet

Tässä luvussa esittelen aineisto-otteen avulla huolenkerrontasekvenssin. Tämän esimerkin tarkoituksena on valottaa, millainen huolenkerrontasekvenssi aineistossani on rakenteeltaan: millaisia osia siinä on ja miten sekvenssi etenee alusta loppuun. Sekvenssi sisältää asiakkaan huolen ilmaisun ja sitä edeltävän toiminnon (terveydenhoitajan kysymys), terveydenhoitajan vastauksen huoleen sekä asiakkaan vastauksen tähän. Hyvinvointineuvola koskeva aineistoni koostuu siis 19 huolenkerrontajaksoista, jotka kukin koostuvat useista huolenkerrontasekvensseistä. Etnometodologinen näkökulma on läsnä koko ajan eli tarkastelen vuorovaikutusta vuoro vuorolta etenevänä toimintana, jolloin osallistujat suhteuttavat puheenvuoronsa aina edeltävään (ks. luku 2.2.3.). Tämän sekvenssiesimerkin avulla näytän myös, millaisia huolenkerronnan käytänteitä aineistossani hyvinvointineuvolan vastaanotolla on eli miten asiakas sanoittaa huolensa. Luvussa 2.4. esittelin huolenkerrontaa ilmiönä ja siihen liittyvää tutkimusta. Näitä samoja

käytänteitä huolenkerronnassa ilmenee myös neuvolavastaanotolla. Seuraava esimerkki on vastaanotolta, jossa nuori äiti on parin kuukauden ikäisen vauvansa kanssa. He ovat jo lähtemässä vastaanotolta, kun huolikeskustelu alkaa.

Esimerkki 1. Henkinen jaksaminen:

1 H: mitäs sitte oisko sulla nyt muuta mielessä ku oot
2 vauvaa hoidellu niin?
3 (0.1)
4 N: ei täs (mua) vaan välillä vähä itteä se (1.2) <jaksaminen
5 on vähän sellasta> ku se oikeen huutaa ku jäät yksin
6 aamul sen kaa ni (0.2) (.hh) nyt ku sil on ollu niit ihme
7 kausii tai sillon on ollu koko tän viikon et se on
8 ehkä tunnin puoltoista (0.3) nii se ei oo nukkunukkaan
9 et se vaan niinku (0.2) ähisee ja puhisee,
10 (0.8)
11 H: [aivan,
12 N: [ja, (.)
13 N: sit se rupee niinkun huutaan (.) vaikka sä annat ihan
14 niin paljo ruokaa et ku just niinku jonku
15 seitkytviis millii mä oon antanu,
16 (0.3)
17 H: joo, (.)
18 H: joo.
19 N: ja vaipat on vaihettu se on ihan sillain tipahtamis
20 pisteessä.
21 (0.2)
22 H: nii [justiinsa,
23 N: [sit se kuitenkin rupee (.) ähiseen ja puhiseen ja
24 (0.4) ihan niinku tunnin välein et tuntuu ettei niinku
25 jaksa [ite aamulla ku sä oot yksin sen kaa ni,
26 H: [°nii°
27 (0.5)
28 N: se on se viis kuus tuntii semmosta et se ähisee [ja
29 H: [m:m.
30 N: puhisee on ehkä vähä aikaa niinku (0.5) rauhassa nii, (.)
31 H: aivan?,
32 (0.4)
33 N: sit on #ihan sillai poikki ku ei saa yölläkää nukuttua et
34 mä en oo viittiny Jari-Mattia herättää nyt [niinku (0.2)
35 ku se menee töihin nii#,
36 H: [joo,
37 H: no mites tota (.) ooksä kysyny vielä mistään
38 kotipalvelusta että hh voisko ne tulla vähäks aikaa
39 päivällä kattoon vauvaa et sää saisit nukkua vaikka
40 päiväunia tai .hh [tai hoitaa jonku asian tai?
41 N: [ei mulla oo silleen,
42 (0.5)
43 N: ei oo tul (.) tänään onneks (.) nään yhen (.) vanhan tai
44 nyt luokkalaisen [niin (0.7) °nyt ku° Jari-Matti tulee
45 kotiin niin,

Terveystenhoitajan esitettyä asiakkaalle kysymyksen (rivillä 1) *"mitäs sitte oisko sulla nyt muuta mielessä ku oot vauvaa hoidellu niin"* asiakas tuo jaksamiseensa liittyvän huolensa esiin (riveillä 4-9): *"ei täs (mua) vaan välillä vähä itteä se jaksaminen on vähän sellasta ku se oikeen huutaa ku jäät yksin aamul sen kaa ni nyt ku sil on ollu niit ihme kausii tai sillon on ollu koko tän viikon et se on ehkä tunnin puoltoista nii se ei oo nukkunukkaan et se vaan niinku ähisee ja puhisee"*. Asiakas kertoo jaksamisestaan tyyppillisin huolenkerrontaan liittyvin käytäntein, joita on havaittu sekä tämän että aiempien tutkimusten huolenkerrontaa koskevissa aineistoissa. Huolenkerrontajakson alkaa terveydenhoitaja esittämällä kysymyksellä, johon asiakas ensiksi vastaa: *"ei täs (mua) vaan"*. Tämän jälkeen asiakas kuitenkin jatkaa varsinaiseen huoleensa käyttäen huolta vähätteleviä ja aliarvioivia ilmauksia *"välillä vähä itteä se jaksaminen on vähän sellasta"*. Jeffersonin (1988, 418–441; ks. myös luku 2.4.) mukaan huolenkerronnan sekventiaaliseen kehityskaareen liittyy usein tällainen 'tiedustelu', jolla testataan, onko tämänkaltaiselle keskustelunaiheelle sijaa. Samalla tämä käytäntö suojaa asiakasta, mikäli huoli ei tulekaan vastaanotetuksi. Asiakas perustelee huoltaan: *"ollut koko tän viikon"* ja *"vaan ähisee ja puhisee"*. Hän käyttää ääri-ilmaisuja (Pomeranz 1986, 219–229) tehostamaan huolensa kuulemista ja perustelua huolen olemassa ololle.

Aineistossani tämä onkin tyyppilinen käytäntö huolenkerronnassa: Huoli itsessään ilmaistaan huolen merkitystä tai suuruutta aliarvioiden, mutta sen jälkeen jatketaan huolen olemassa olon oikeuttamista ja kuulluksi tulemisen tehostamista ääri-ilmaisuja käyttäen. Kaikkiaan aineistossani on vahvasti läsnä nämä kaksi edellä mainittua huolenkerronnan käytäntöä; toisaalta huolen aliarviointi eli 'tiedustelu' (Jefferson 1988, 418–441) ja yhtäältä sen tehostaminen ääri-ilmaisuin (Pomeranz 1986, 219–229). Näillä huolenkerronnan käytänteillä asiakas merkitsee huolensa kuulijalle erityisenä varmistukseksi kuulluksi tulemisen.

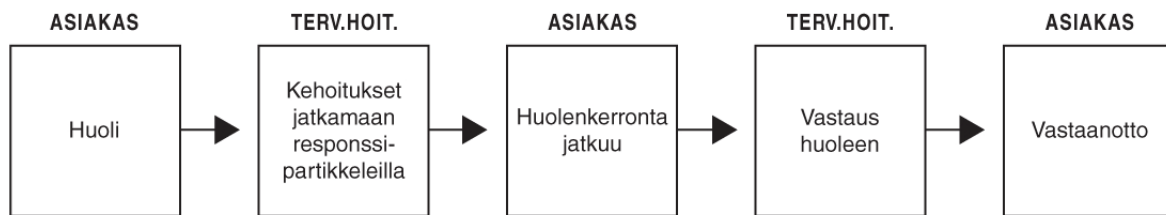
Tämän ensimmäisen huolen ilmaisun jälkeen on pieni tauko, jota seuraa tasaisella intonaatiolla lopettava terveydenhoitajan kehoitus asiakasta jatkamaan *"aivan"* (rivillä 11). Aineistossani jokaisen huolenkerrontajakson alussa toistuu tämä sama käytäntö: Huolenkerronta ei tapahdu yhdessä vuorossa, vaan terveydenhoitaja kannustaa jatkamaan ja osoittaa olevansa kuulolla erilaisilla responssipartikkeleilla. Tällaisia minimipalautteita ovat *aivan, nii, joo, nii justiinsa* ja *mm.* (Ks. esim. Heritage & Sefi 1992, 389.) Tämän kannusteen jälkeen asiakas jatkaa huolenkerrontaa (rivit 12-15): *"sit se rupee niinkun huutaan vaikka sä annat ihan niin paljo ruokaa et ku just niinku jonku seitkytviis millii mä oon antanu"*. Aineistossani on havaittavissa myös kolmas huolenkerronnan tapa, jossa asiakas esittää itsensä 'järkevänä' ja 'vastuullisena' ongelmastaan huolimatta. Tämä käytäntö on läsnä myös lääkärin vastaanotolla, kun potilas kertoo syytä vastaanotolle tulemisestaan. Potilas on sinnitellyt vaivan kanssa pitkään tai koittanut hoitaa

sitä hyvin. Näin hän osoittaa huolensa olevan erityinen, ja että hän ei ole tullut hakemaan apua ihan pieneen, juuri ilmenneeseen vaivaan, ja että hän on omalla toiminnallaan koettanut jo parantaa huolen aiheuttajaa. (Halkowski 2006, 86–114; Heritage & Robinson 2006, 48–85; Lerner 1996, 303–321; Ruusuvuori 2000, 136–14.) Tässäkin aineisto-otteessa asiakas osoittaa terveydenhoitajalle olevansa 'järkevä' ja tehneensä kaiken voitavan eli lapsen itku ei johdu nälästä, ja siten asiakkaan itsensä toiminnasta. Hän on antanut lapselle paljon ruokaa, eikä itkeminen siitä huolimatta lopu. Terveydenhoitajan jatkokehutusten (riveillä 16 ja 17) jälkeen asiakas jatkaa huolen perustelua ja itsensä osoittamista 'kaikkensa jo tehneeksi': *"ja vaipat on vaihettu se on ihan sillain tipahtamispisteessä"* (rivit 19-20). Asiakas jatkaa huolensa kuvailua ja terveydenhoitaja jatkokehutuksiaan riville 36 saakka. Tämän jälkeen terveydenhoitaja ehdottaa ratkaisua huoleen: *"no mites tota ooksä kysyny vielä mistään kotipalvelusta että voisko ne tulla vähäks aikaa päivällä kattoon vauvaa et sää saisit nukkua vaikka päiväunia tai tai hoitaa jonku asian ta"*. Esimerkin avulla voimme nähdä, että terveydenhoitaja kuulee asiakkaan vuoron huolena, ja näin kohtelee sitä asiana, johon hän päättää tarjota ratkaisua eli antaa neuvon. Neuvo on aineistossani yksi tyypillinen terveydenhoitajan vastaustapa asiakkaan huolenkerrontaan.

Asiakkaan seuraava puheenvuoro osoittaa, miten hän edeltävän puheenvuoron, terveydenhoitajan neuvon ottaa vastaan (rivit 41-45): *"ei mulla oo silleen ei oo tul tänään onneks nään yhen vanhan tai nyt luokkalaisen niin nyt ku Jari-Matti tulee kotiin niin"*. Tässä asiakas vastustaa neuvoa. Hän kertoo, ettei kotipalvelu ole ratkaisu ongelmaan ja lisäksi hän on tänään saamassa hengähdystaukoa arkeen, kun tapaa ystävänsä. Hän samalla etäännyttää huolta tuoden esiin valoisan puolen asiantilasta, ystävänsä tapaamisen tänään. Tämä käytänne siirtää keskustelua pois päin huolesta on yleinen huolenkerrontaan liittyen, erityisesti silloin kun huolta ei ole vastaanotettu esittäjän odottamalla tavalla. (Jefferson 1988, 433–434.)

Ennen aineistoni varsinaista analyysia halusin edellisen aineistokatkelman ja sen rakenteen analyysin avulla tuoda ilmi kaksi asiaa. Ensinnäkin sitä, millaisin käytäntein asiakas aineistossani sanoittaa huolensa. Näitä käytänteitä ovat 'tiedustelu' huolta esittäessä ja sen merkityksen aliarviointi (Jefferson 1988, 418–441) ääri-ilmaisut (Pomeranz 1986, 219–229) ja itsensä esittäminen 'järkevänä' ja vakavasti otettavana (Halkowski 2006, 86–114; Heritage & Robinson 2006, 48–85; Lerner 1996, 303–321; Ruusuvuori 2000, 136–14.) Toiseksi havainnollistin aineisto-otteen avulla sitä, miten huolenkerrontasekvenssi tyypillisesti aineistossani rakentuu. Asiakas siis kertoo huolen ja terveydenhoitaja kehottaa minimipalauttein asiakasta jatkamaan kertomista, ja osoittaa näin olevansa kuulolla ja tukevansa huolen esille tuomista. Tämän jälkeen terveydenhoitaja antaa vastauksen huolenkerrontaan. Tämän jälkeen asiakas seuraavassa vuorossaan vastaa siihen, miten terveydenhoitaja on kohdellut hänen kertomaansa huolta. Kiinnittämällä

huomiota tähän sekvenssin viimeiseen vuoroon, voimme keskustelunanalyttisen näkökulman avulla nähdä myös sen, miten terveydenhoitajan tapa vastata huoleen vastaa asiakkaan odotuksia.



Kuva 1. Huolenkerrontasekvenssin rakenne.

Edellä käsitellyn aineistoesimerkin avulla esittelemäni sekvenssin rakenteen ja huolenkerronnan käytänteiden esittelemisen jälkeen siirryn analysoimaan aineistoani varsinaisten tutkimuskysymysteni mukaisesti: miten huolenkerronta hyvinvointineuvolan vastaanotolla alkaa, miten siihen vastataan ja miten huolenkerrontajaksosta siirrytään toiseen puheenaiheeseen? Analysoimani huolenkerrontajaksot koostuvat useista peräkkäisistä sekvensseistä, sillä huolenkerronta ei pääty yhteen sekvenssiin, vaan asiakas usein jatkaa huolensa ilmaisua ja näin keskustelu huolesta jatkuu. Analyysini ilmentää sitä, millaisia toimintakäytänteitä osallistujilla on, kun asiakas ilmaisee huolen. Se antaa lisäksi tietoa siitä, mitä näistä huolen käsittelyn käytännöistä ja siten psykososiaalisen ennaltaehkäisyntavoitteen kannalta seuraa.

6.2. Huolenaiheet ja miten huolenkerronta vastaanotolla alkaa?

Asiakkaiden terveydenhoitajille kertomat huolet liittyvät seitsemään eri aiheeseen: henkiseen jaksamiseen (10), synnytyspelkoon (4), imetyksen onnistumiseen (1), keskenmenon pelkoon (1), vaikeaan suhteeseen lapsen isän kanssa, josta äiti on eronnut (1), pelkoihin siitä, onko sikiöllä kaikki hyvin (1) sekä parisuhdeongelmiin (1). Henkiseen jaksamiseen liittyvät huolet edustavat siis aineistossani valtaosaa esiintuoduista mieltä askarruttavista asioista. Nämä henkiseen jaksamiseen luokittelemani ongelmat liittyvät useisiin syihin, kuten uniongelmiin, oman ajan puuttumiseen, uupumiseen, yllätysraskauteen tai jatkuvaan raskauspahoinvointiin, joka vaikuttaa asiakkaan selviytymiseen arjessa. Näin ollen näen tutkimukseni erityisen merkitykselliseksi, kun tarkastellaan ennaltaehkäisevän tavoitteen toteutumista perheiden psykososiaalisen hyvinvoinnin osalta. Tarkastelemassani aineistossa huoli tuodaan esille eri vaiheissa vastaanoton kulkua eli huolenkerrontajaksot eivät sijoitu mihinkään tiettyyn kohtaan neuvolavastaanoton toimintaa. Huolia ei tässä aineistossa tuotu esiin koskaan aivan vastaanoton alussa, mutta yksi huolenkerrontajakso sijoittuu aivan vastaanoton lopulle, kun asiakas jo tekee lähtöä ja seuraava

käynti on sovittu. Millaisissa tilanteissa huolenkerronta sitten tapahtuu? Huoli tuodaan monesti esille osana muuta keskustelua, usein arkeen liittyvien puheenaiheiden, kuten vauvan nukkumisen tai isyyslomajärjestelyiden, lomassa (12 otetta). Toisaalta sopivan tauon tullessa asiakas saattaa tuoda esiin huolen, joka ei sinänsä liity edeltävään keskusteluun. Usein asiakas kertoo huolen siinä kohtaa, kun terveydenhoitajan kontrolli tilanteen eteenpäin viemisestä katkeaa, esimerkiksi hänen alkaessaan täyttää neuvolakorttia ja tietoja tietokoneelle. Tällöin asiakas saa käytännössä tilaisuuden tuoda esiin mieltään askarruttavia asioita (7 otetta).

Seuraavaksi tuonkin tarkemmin esiin, millaiset puheenvuorot aineistossani edeltävät asiakkaan aloittamaa huolenkerrontajaksoa. On tärkeää nähdä, millaiset keskustelukäytänteet tämän aineiston perusteella aktivoivat asiakasta hyvinvointineuvolan vastaanotolla ilmaisemaan huolen. Tarkastelen huolenkerrontajaksojen alkua terveydenhoitajan esittämien avoimien ja suljettujen kysymysten jälkeen sekä asiakkaan omasta aloitteestaan tuottamina.

6.3. Avoimet ja suljetut kysymykset huolenkerronnan edeltäjinä

Etnometodologisen lähestymistavan mukaan edeltävä puheenvuoro on tuottamassa seuraavaa, joten merkityksellistä vastauksen tuottamisen kannalta on se, miten ammattilainen muotoilee kysymyksen (ks. esim. Drew ja Heritage 1992, 18–19.) Kysymyksen muotoilulla sen esittäjä voi rajata vastaanottajan vastausta ja suunnata keskustelua. Tapa, jolla kysymys on muotoiltu sisältää ehdotuksen tai oletuksen suhteessa seuraavaan puheenvuoroon eli vastaukseen (ks. esim. Tainio 1997, 93–110.) Aiemman tutkimuksen mukaan esimerkiksi lääkärin vastaanoton alussa potilaan kertoessa syytä käyntiinsä, on nähty, että lääkärin esittämän kysymyksen muotoilulla on vaikutusta siihen, mitä potilas kertoo, kuten jopa koko vastaanoton kulkuun ja lopputulokseen (ks. esim. Ruusuvuori 2000, 58). Kysymystapojen muotoilu on liitetty myös keskusteluun asiakas- ja ammattilaiskeskeisyydestä. Suljettujen kysymysten ajatellaan nousevan ammattilaisen tuottamista olettamuksista, kun taas avoimet antavat tilaa asiakkaan omalle kokemusmaailmalle. (Keinänen-Kiukaanniemi & Mäkelä 1991, 76.)

6.3.1. Avoimet eli ei-preferoidut kysymykset

Avoimilla, ei-preferoiduilla, kysymyksillä tarkoitetaan kysymyksen muotoilua, joka ei pidä sisällään ehdotusta vastauksen sisällöstä tai osoita erilaisia vaihtoehtoja vastaukselle. Ne on usein muotoiltu alkamaan kysymyssanoilla *mitä* tai *miten* (ks. esim. Ruusuvuori ym. 2004, 337.) Useat asiakastyön ja vuorovaikutuksen menetelmät ehdottavat ammattilaisia käyttämään paljon avoimia kysymyksiä, jotta

asiakkaalle jää mahdollisuus itse määritellä, millaisia seikkoja he haluavat kertoa omasta tilanteestaan ja tuoda esiin tärkeiksi kokemiaan asioita (ks. esim. Raevaara & Sorjonen 2001, 49). Aineistoni 19 huolenkerrontajaksosta 5 alkoi tällaisen terveydenhoitajan esittämän avoimen kysymyksen jälkeen. Seuraava ote aineistostani osoittaa, miten terveydenhoitajan avoin kysymys tuottaa vastauksena asiakkaan kertomuksen pelostaan tulevaa synnytystä kohtaan. Kysymystä on edeltänyt keskustelu toista lastaan odottavan asiakkaan sokeriarvoista, joita hän on mitannut sormenpäästään.

Esimerkki 2. Synnytyspelko:

1 H: no mitäs muuta on ollu elämässä ku pistelyä, (.hh)
2 N: no tota mulla on niinku jatkuvasti joka toinen viikko tulee
3 suunnilleen joku flunssa mut varmaan Emil tuo (.) päiväkodista
4 näitä pöpöjä et hänkin on aina välillä nuhaa ja yskää et
5 vaikei nyt oo onneks sitten korvatulehduksia ollukkaan enää
6 mut tota ((nyökyttelee)) (.) mut semmosta pientä yskää ja nuhaa
7 ja (0.3) ja sit synnytys alkaa pelottaan jo ihan kauheesti
8 että tota öö tos viimesimmässä(h) Vauva-lehdessähän oli näitä
9 synnytys ja kipulääkejuttuja ni sit mä oikein itkin ku mä luin
10 [niitä
11 H: [Joo?
12 N: että se (.) rupes oikein karmimaan tää(h)

Esimerkissä 1 terveydenhoitaja esittää asiakkaalle avoimeksi muotoillun kysymyksen ”no mitäs muuta on ollu elämässä ku pistelyä”. Asiakas tuottaa vastauksen kertomalla ensin omasta ja esikoisensa sairastelusta ja pienen tauon jälkeen tuo esiin huolen tulevasta synnytyksestä.

Puhtaasti avoimeksi muotoiltujen kysymysten käyttäminen on aineistossani harvinaisempaa, sillä usein avoimena aloitetun kysymyksen perään terveydenhoitaja lisää jonkin sitä sulkevan määreen, joka suuntaa keskustelua kysymystavan mukaisesti.

6.3.2. Suljetut kysymykset

Suljetut kysymykset puolestaan ovat sellaisia, jotka ehdottavat tulevaa vastausta ja näin saattavat suunnata ja rajata keskustelua. Ne on muotoiltu esimerkiksi *-ko/-kö* – loppuisiksi tai ne ovat vaihtoehtoja ehdottavia *vai*-kysymyksiä, jolloin ne rajaavat vastauksen alaa. (Ks. esim. Ruusuvuori ym. 2004, 337.) Kaikkein ’suljetuimmat’ kysymystavat ovat sellaisia, joihin voi vastata pelkästään ’kyllä’ tai ’ei’ (Ruusuvuori 2000, 65). Terveydenhoitajan suljetun kysymyksen jälkeen asiakkaan esittämiä huolia aineistossani oli yhteensä neljä. Seuraavasta aineisto-otteesta voi nähdä, millä tavoin suljettu kysymysmuotoilu tässä

aineistossa tuottaa vastauksena huolen kerrontaa. Vastaaotolla on neljättä lastaan odottava nainen, jonka mies on vastikään muuttanut toiseen maahan.

Esimerkki 3. Henkinen jaksaminen:

1 H: sul on kuitenkin aika hyvänä pysyny mieli,
2 N: o:n,
3 H: mm,
4 H: onks sulla semmosia vaihteluja ollukaan mielessä tässä
5 raskauden aikana, (.)
6 N: en mä tiä =voi hetkellisesti sillai olla [että (.) tuntuu
7 H: [°mm°
8 N: et kaikki romahtaa mut sit taas hetke ajan pääst,

Terveystenhoitaja esittää asiakkaan mielialasta oletuksen, joka käytännössä on (suljettu) kysymys. Tällainen 'puheenaiheen ehdotus' ('topic proffering'), on toiminto, jolla ehdotetaan uutta aihetta keskusteluun. Vastaanottajalla on omalla vuorollaan mahdollisuus joko hylätä tai hyväksyä se. Tällaiset 'puheenaiheen ehdotukset' on usein muotoiltu kyllä-/ei- muotoisiksi suljetuiksi kysymyksiksi. (Schegloff 2007, 169–171.) Terveystenhoitajan vuoro (rivillä 1) "sul on kuitenkin aika hyvänä pysyny mieli" preferoi sen vastaanottajalta myönteistä vastausta, jonka se tässä tapauksessa tuottaakin. Asiakas vastaa mielialansa pysyneen hyvänä: "on". Tähän terveystenhoitaja vielä jatkaa (riveillä 4-5) tarkentavalla kysymyksellä: "Onks sulla semmosia vaihteluja ollukaan mielessä tässä raskauden aikana". Puheenaiheen ehdotus –sekvenssiin liittyy lähes poikkeuksetta myös tällainen 'toinen yritys' ('second try'), jolla puheenaihetta yhä tarjotaan keskusteluun (Schegloff 2007, 173–175). Jatkokysymys on myös niin kutsuttu epä määräistävää ainesta sisältävä suljettu kysymys, jota käytetään lieventämään kysyttävän asian arkaluontoisuutta: "semmosia vaihteluja ollukaan" preferoi kielipillisesti kielteiseen vastaukseen eli siihen, että mielialavaihteluita ei ole ollut. Tämä epä määräistävää ainesta sisältävä kysymystapa on tapa esittää arkaluontoinen kysymys kohdellen vastaajaa kohteliaammin (Ruusu vuori ym. 2004, 343.) Asiakas vastaa ensin varovaisesti, kantaansa ilmoittamatta (rivillä 6) "en mä tiä" (ks. esim. Silverman 1987, 165–167). Tämä kertoo asiakkaan vaikeudesta vastata, mahdollisesti siksi, että hänen mielialansa on ehkä ollut toisenlainen, kuin terveystenhoitajan kaksi edellistä suljetuksi muotoiltua kysymystä ovat ehdottaneet. Tämän jälkeen hän kuitenkin tuo (riveillä 6-7) varsinaisen huolensa esiin sanomalla, että "voi hetkellisesti sillai olla että tuntuu et kaikki romahtaa mut sit hetke ajan pääst". Asiakas ilmaisee tässäkin huolensa tavanomaisin huolenkerrontaan liittyvin käytäntein: huolta aliarvioiden ja nähden sen valoisan puolen "voi hetkellisesti sillai olla" ja "mut sit hetke ajan pääst" (Jefferson 1988), mutta toisaalta liittäen huolenkerrontaan ääri-ilmaisuja "tuntuu et kaikki romahtaa". Tässä kohdin keskustelua terveystenhoitajan

suljettu kysymys saa asiakkaan kertomaan huolen. Terveystenhoitajan esittämä jatkokysymys (riveillä 4-5) on keskeinen, sillä ensimmäinen kysymys ei vielä tuota huolenkerrontaa, vaan saa asiakkaan vastaamaan preferoidusti.

Seuraava aineisto-ote havainnollistaa myös sitä, miten terveydenhoitajan suljetut kysymykset voivat edeltää asiakkaan huolen puheeksi ottamista. Keskusteluotetta edeltää muutamaa viikkoa aiemmin syntyneiden kaksosten äidin punnitseminen sekä keskustelu äidin vartalon muutoksista ja fyysisestä palautumisesta synnytyksen jälkeen. Myös isä on vastaanotolla mukana.

Esimerkki 4. Henkinen jaksaminen:

1 N: et (.) silleen jaksaa [(.) ihan hyvin jo,
2 H: [myös henkisesti,
3 N: (.hh) henkisesti myös °joo että ei mitään [---°]
4 H: [ainakin sä oot pirt- (.)]
5 ihan pirteen näkönen oot ollu
6 (0.3) °ollu täällä et(h).°
7 (0.3)
8 M: mm,
9 (1.0)
10 N: #joo °emmää nyt sillain ---° että siis enemmän se on sitä
11 (.hh) (1.0) semmosta m- pientä riittämättömyyden tunnetta mikä
12 aina välillä iskee [mutta
13 M: [nii
14 N: >siihenkin nyt oli< (.) varautunut kyllä tietysti mut että
15 ((th istuu takaisin tuolilleen)) (0.3) et ei se o sen kummempi
16 ollu ku mi[tä mä
17 H: [joo,
18 N: olin ajatellukkaan mut et et se nyt on,
19 H: joo,
20 N: ehkä enemmän resaa kun semmonen, [(1.0)
21 M: [nii
22 N: et en mä varsinaisesti väsyny olis vielä ollu °mut semmosta -°
23 (0.7)

Terveystenhoitaja esittää suljetun kysymyksensä (rivillä 2) ”myös henkisesti”, kun asiakas on sitä ennen pohtinut fyysistä vointiaan synnytyksen jälkeen. Terveystenhoitajan esittämä, suljetuksi muotoiltu kysymys preferoi kielipöytäisesti myöntävää vastausta, jonka se saakin: ”henkisesti myös joo että ei mitään” (rivi 3). Terveystenhoitaja jatkaa seuraavassa vuorossaan tulkintaansa asiakkaan henkisen jaksamisen hyvänlaatuisuudesta riveillä 4-6: ”ainakin sä oot pirt- ihan pirteen näkönen oot ollu ollu täällä et”, joka ehdottaa asiakkaalle myönteistä asiantilaa. Äidin vuoroa edeltää pitkäkö tauko (rivillä 9), joka implikoi sitä, että tuleva vastaus on ei-preferoitu eli vastakkainen terveydenhoitajan esittämän kysymyksen sisältämälle oletukselle siitä, että äiti on ollut vastaanotolla pirteä. Varsinainen huolenkerronta alkaa tauon

(rivit 10-12) jälkeen huolta aliarvioiden (Jefferson 1988). Myös tauot kerronnan välissä ilmentävät asian ilmituomisen hankaluutta. ”*joo emmää nyt sillain että siis enemmän se on sitä semmosta m- pientä riittämättömyyden tunnetta mikä aina välillä iskee mutta*”. Asiakkaan huolenkerronta jatkuu tuoden ilmi sitä, että riittämättömyyden tunne ei ole tullut yllätyksenä, vaan hän on osannut varautua siihen, että vauvaperheen arki on sellaista. Näin hän tuottaa itsestään ’järkevän’ huolenkertojan (Halkowski 2006, 86–114; Heritage & Robinson 2006, 48–85; Lerner 1996, 303–321; Ruusuvuori 2000, 136–14.): ”*siihenkin nyt oli varautunut kyllä tietysti mut että et ei se o sen kummempi ollu ku mitä mä olin ajatellukkaan*” (rivit 14–18). Asiakas jatkaa vielä huolensa kuvaamista (riveillä 18–22): ”*mut et et se nyt on ehkä enemmän ressaat kun semmonen et en mä varsinaisesti väsyny olis vielä ollu mut semmosta*”, jolla hän viittaa takaisin rivillä 11 mainitsemaansa riittämättömyyden tunteeseen. Asiakas siis tuo esiin, että häntä stressaa riittämättömyyden tunne, joka ei ole tavanomaista väsymystä. Kaksosvauvojen äitinä ”varsinainen väsymys”, unenpuutteesta johtuva, olisi se itsestäänselvin tulkinta hänen tunteelleen, mutta asiakas merkitseekin kuulijalle riittämättömyyden tunteensa olevan jotain muuta.

Suljettuun kysymystapaan sisältyy myös mahdollisuus vaihtoehtojen tarjoamiseen. Tätä käytetään usein institutionaalisessa keskustelussa osoittamaan ’normaaleja’ ja institutionaalista tehtävää tukevia vaihtoehtoja vastaukselle (ks. esim. Raevaara & Sorjonen 2001, 65–68). Aineistossani yksi huolenkerrontajakso alkaa tällaisen toiminnon jälkeen. Terveystenhoitaja on aiemmin kysynyt raskauden ensikäynnillä olevalta asiakkaalta tämän voinnista, johon asiakas on vastannut kertomalla, että vointi on alkanut parantua, kun hän on liikkunut parin viime viikon aikana paljon enemmän. Siitä asiakas jatkaa:

Esimerkki 5. Henkinen jaksaminen:

1 N: (.hh) mutta (.)#m# (0.4) että alku oli kyllä tosi hankala,
 2 (0.6) #m: et#tä [s-
 3 H: [oliks sä väsyny [vai pahoinvoiva vai,
 4 N: [väsyny ja pahoinvoiv- (.)
 5 voiva ja sitte (.) (.hh) #e mmh# no aika ↑masen↓tunutki (.) ku
 6 jotenki että (.) no mi↑tä tapahtuu,

Terveystenhoitaja esittää rivillä 3 suljetun kysymyksen ”*oliks sä väsyny vai pahoinvoiva vai*”, joka sisältää ehdotuksen siitä, millaisia asiakkaan raskauden alkuun liittyvät hankaluudet olivat. Neuvolassa terveystenhoitajan oletamat alun hankaluudet, väsymys ja pahoinvointi, ovat normaaleja raskauden alkuoireita. Asiakas vahvistaakin olleensa väsynyt ja pahoinvoiva, mutta lisää vielä olleensa myös masentunut.

Terveydenhoitajan tapa kysyä asiakkaalta suljettuja kysymyksiä, jotka ehdottavat myönteistä ja ongelmatonta asiantilaa, on aineistossa hyvin yleinen. Tapa voi edesauttaa sujuvaa vuorovaikutusta ja nopeuttaa vastaanotolla siirtymistä seuraavaan asiaan, mutta se voi johtaa myös tilanteeseen, jossa asiakas kokee häneltä odotettavan myönteistä asiantilaa koskevia vastauksia. Tällöin mahdollisia huolia voi olla vaikeampi tuoda esille, jolloin ne jäävät käsittelemättä vastaanotolla ja kenties jatkossakin ottamatta esille. Myönteistä asiantilaa ja vastausta odottavat suljetuiksi muotoillut kysymystavathan sisältävät myös implisiittisen viestin asiakkaalle siitä, minkäkaltaiset vastaukset ja aiheet kuuluvat neuvolavastaanotolle. Keskusteluanalyysin avulla on kuitenkin kyseenalaistettu perinteinen käsitys siitä, että suljetun kysymyksen esittäminen aina estäisi asiakasta tuomasta esiin omia näkemyksiään (ks. Ruusuvuori 2000, 65–74). Tätä näkemystä omakin aineistoni osin tukee, mutta kuten edellä nähdyt aineisto-otteet osoittavat, voidaan olettaa, että vastausta eli huolenkerrontaa ohjaa se, onko suljettu kysymys esitetty ensimmäisessä sekvenssissä vai vai onko se esitetty jatkokysymyksenä. Huolen ilmaiseminen suljetun kysymyksen jälkeen saattaa edellyttää terveydenhoitajalta jatkokysymystä (kuten esimerkissä 3) asiakkaan antaman ensimmäisen preferoidun vastauksen jälkeen. Aineistoni perusteella näyttää siis siltä, että suljetun kysymyksen käyttäminen erilaisissa kohdissa meneillään olevaa keskustelua tuottaa asiakkaalta erilaisia vastauksia. Kaikkiaan tarkastelemassani aineistossa avoimen kysymyksen motivoimia huolenilmaisuja on viisi ja suljetun kysymyksen jälkeen kerrottuja huolia neljä.

6.4. Oma aloite huolen ilmaisemiseen

Kymmenessä huolenkerrontajaksossa asiakkaan huolenkerrontaa ei edellä terveydenhoitajan esittämä (avoin tai suljettu) kysymys. Seuraavaksi esittelen huolenkerrontajaksoja, jotka alkavat asiakkaan omasta aloitteesta. Esimerkissä 6 vastaanotolla asiakkaana on raskauden viimeisellä kolmanneksella oleva, toista lastaan odottava nainen. Terveydenhoitaja ja asiakas ovat keskustelleet edellä siitä, miten arki alkaa sujua, kun perheen toinen lapsi pian syntyy, ja millaisia käytännön järjestelyjä tullaan tekemään.

Esimerkki 6. Henkinen jaksaminen:

1 H: (0.5) mites sitte (.) itseasiassa ihan hyviä(h) (.) a[sioita
2 N: [joo
3 H: vähän pohtiakki,
4 N: njoo mut tosiaan ku nyt (.) tietää etukäteen ni se ei o
5 silleen niin (.) niin päällekaatuvaa sitten kun et ne tulee
6 sitten (.) **kuitenki paljon rankempana kun oli (.) kyllähän**
7 **sitä nyt (.) etukäteenkin tiesi jo ensimmäistä odottaessa m**
8 **ettei lapsen hoito mitään helppoa ole mut oli se silti heh m**

9 [silti,
 10 H: [joo?
 11 N: paljon rankempaa ku oli kuvitellu,
 12 H: aivan °joo°.

Terveydenhoitaja on tekemässä yhteenvetoa puhutusta ja lopettamassa aiheen käsittelyä riveillä 1 ja 3, ”itse asiassa ihan hyviä asioita vähän pohtiakki”, kun asiakas omasta aloitteestaan tuo esiin sen, miten paljon rankemmalta lapsen hoito esikoisen kanssa tuntuikaan, kuin oli etukäteen kuvitellut. Näin asiakas ilmaisee kokeneensa arjen vauvan kanssa raskaaksi ilman, että terveydenhoitaja kysyy asiasta tai viittaa siihen.

Seuraava aineisto-ote on ensimmäistä lastaan odottavan naisen ensikäynniltä hyvinvointineuvolan vastaanotolla. Edellinen keskustelu muista aiheista on päättynyt, ja terveydenhoitaja on kääntynyt pöytänsä ääreen ja alkanut kirjautua tietokoneelle.

Esimerkki 7. Keskenmenon pelko:

1 N: siitä mun piti vielä sanoo mitä ei oo siinä (0.3) >niistä
 2 keskenmenoista< et siis mullahan itellä ei oo mitään mutta,
 3 (.hh) (.)
 4 H: joo?
 5 N: äitillä meni kolme ensimmäistä kesken ja sille sanottiin
 6 sillä et se ei voi ikinä saada lapsia, [(.hh)
 7 H: [mm mm?
 8 N: et silläi vähä on jännitys ehkä siinä,
 9 H: aivan

Asiakas on selvästi ennakkoon suunnitellut ottavansa huolensa keskenmenosta puheeksi: ”siitä mun piti vielä sanoo mitä ei oo siinä” (rivillä 1). Hän jatkaa tuoden esiin huolensa siitä, voiko keskenmeno kohdata hänen äitinsä tavoin häntäkin ja viittaa huoleensa asian mahdollisesta omakohtaisuudesta rivillä 8: ”et silläi vähä on jännitys ehkä siinä”. Tässä esimerkissä asiakas ilmaisi huolensa siinä kohdin, kun terveydenhoitajan toiminta jätti sille tilaa eli hiljaisena hetkenä tämän kääntynyt tietokoneen ääreen.

Suuri osa aineistoni huolenkerronnasta alkaa siis asiakkaan omasta aloitteesta, jolloin keskeiseksi havainnoksi huolenkerronnan alkamisessa muodostuu asiakkaan oma aktiivisuus. Näin ollen terveydenhoitajan ei voi sanoa täysin kontrolloivan vastaanoton kulkua ja käsiteltäviä aihepiirejä. Erilaisissa institutionaalisissa konteksteissa vaihtelee se, miten suuri kontrolli ammattilaisella on puheenaiheiden

topikalisoinnissa. Esimerkiksi lääkärin vastaanottoja tutkittaessa, on havaittu, että niissä lääkärin kontrolli puheenaiheen määrittelyssä ja siten vastaanoton rakenteen etenemisessä on suuri. (Ruusuvuori 2000.) Yhtäältä keskeistä siinä, että huolenkerrontajaksot alkavat hyvin usein asiakkaan aloitteesta, näyttää olevan asiakkaan oma aktiivisuus ottaa huoli puheeksi ilman, että mieltä askarruttavia asioita otettaisiin vastaanotolla puheeksi tai kysyttäisiin niistä terveydenhoitajan aloitteesta. Asiakkaat siis voivat nostaa ja nostavatkin huoliaan esiin vastaanotolla. Toisaalta on mahdollista, että vähemmän aktiivisen asiakkaan huoli vastaanotolla jää nousematta keskusteluun. Moni asiakas saattaa neuvolan vastaanotolla asettautua rooliin, jossa hän antaa terveydenhoitajalle vallan vastaanoton vuorovaikutuksen kulussa ja puheenaiheiden määrittelyssä. Huolenkerrontajaksojen alettua, niissä tilanteissa, joissa asiakkaat ovat ottaneet jo ongelmansa puheeksi, terveydenhoitajat käyttävät usein enemmän suljettuja, kuin avoimia kysymysmuotoja.

Tässä osiossa tarkastelin sitä, millaiset terveydenhoitajan kysymysmuotoilut edeltävät huolenkerrontajakson alkua sekä niitä jaksoja, joissa asiakas tuo huolen keskusteluun omasta aloitteestaan. Seuraavaksi siirryn esittämään analyysiani erilaisista toiminnoista, joiden avulla terveydenhoitajat vastaavat asiakkaiden ongelmiin huolenkerrontajakson aikana.

6.5. Miten asiakkaan huolenkerrontaan vastataan ja mitä siitä seuraa?

Kun asiakas ottaa neuvolavastaanotolla huolensa puheeksi, tapahtui puheeksi ottaminen sitten terveydenhoitajan esittämän kysymyksen motivoimana tai asiakkaan omasta aloitteesta, ollaan asiakassuhteen kannalta tärkeällä rajapinnalla. Kertoessaan huolen, asiakas on kokenut, että neuvola instituutiona on sellainen, jossa myös tämänlaisia aihepiirejä voidaan käsitellä. Toisekseen asiakas, päättäessään vastaanotolla tuoda huolenaiheensa esille, kokee neuvolatyötä tekevän yksittäisen terveydenhoitajan senkaltaiseksi, että haluaa ja uskaltaa tuoda tällaiseen institutionaaliseen kohtaamistilanteeseen aran tai vaikean asian ja näin liikauttaa vuorovaikutustilannetta henkilökohtaisempaan suuntaan. Tässä aineistossa esiintuodut huolet useimmiten koskivat asiakkaan omaa henkistä jaksamista, mutta myös erilaisia pelkoja ja läheisiin ihmissuhteisiin liittyviä pulmia. Erityiseksi tämän huolenkerronnan rajapinnan tekee se, miten terveydenhoitaja huoleen vastaa. Vastaamisen tapa vaikuttaa sillä hetkellä esiintuodun ongelman käsittelyyn ja kuulluksi tulemisen kokemukseen, mutta on myös asiakkaalle tärkeä viesti siitä, miten toimia jatkossa huolineen. Vastaustapa voi vaikuttaa siihen, onko hyvinvointineuvola asiakkaan kokemuksen mukaan se paikka, jossa jatkossakin ottaa tämänkaltaisia puheenaiheita esille. Kiinnostavaa onkin havaita, millaisia ovat ne toimintakäytänteet, joilla terveydenhoitajat vastaavat huolenkerrontaan. Keskeistä on se, miten terveydenhoitaja tulkitsee sitä,

mitä asiakas kertoo, ja miten terveydenhoitaja lähtee käsittelemään asiaa. Tähän on yhteydessä luonnollisesti myös se, miten asiakas esittää huolen. Nämä käytänteet ovat suhteessa myös heidän työorientaatioonsa tai vuorovaikutusideologioihinsa (Peräkylä & Vehviläinen 1999) eli siihen, millaisena he oman työnsä ja sen tavoitteet näkevät. Analyysillani olen yrittänyt hahmottaa, millainen on vuorovaikutukseen osallistujien toiminnan logiikka. Vuorovaikutuksen etnometodologisen lähestymistavan mukaisesti voimme vuoro vuorolta osallistujien toimintaa tarkastellen nähdä, miten he tulkitsevat tilannetta. Näin ollen asiakkaan vuoroa terveydenhoitajan vastauksen jälkeen tarkastelemalla saadaan arvokasta tietoa siitä, miten asiakas tämän vastauksen tulkitsee ja ottaa vastaan. Toimintaa tarkastelemalla saamme tietoa siitä, onko vastaus riittävä siihen, että asiakas kokee kertomansa huolen tulleen kuulluksi ja käsitellyksi.

Sekventiaalisella analyysillä aineistostani hahmottui neljä erilaista vastaustapaa tai -käytännettä, joilla terveydenhoitajat vastasivat asiakkaan huoleen: empatian osoittaminen, huolen normalisointi, tilanteen positiivisen puolen osoittaminen sekä neuvominen. Näiden käytänteiden avulla terveydenhoitajat näyttävät toteuttavan työtään, kun asiakas ottaa huolen puheeksi. Yhdessä huolenkerrontajaksossa, keskustelun edetessä, terveydenhoitaja käyttää resurssinaan useita näistä vastaustavoista, jotka seuraavaksi esittelen aineisto-ottein havainnollistamalla. Etenen määrittelemällä ensiksi, millainen nimeämäni vastaustapa on. Sen jälkeen havainnollistan käytännettä aineistoesimerkin avulla, jossa esitän vastaustavat tummennettuina. Tämän jälkeen esittelen laajemmin sitä, miten ja millaisissa tilanteissa kyseinen vastaustapa ilmenee aineistossani, millainen on asiakkaan seuraava vuoro ja millaista orientaatiota terveydenhoitajan työhön tämä käytänne ilmentää.

6.5.1. Empatian osoittaminen vastauksena huoleen

Empatia sisäisenä kokemuksena voidaan määritellä toisen kokemuksen ymmärtämisenä, myötätuntona, ja kykynä asettaa itsensä toisen ihmisen asemaan. Empaattinen vastaustapa on sellainen, jossa vastataan toisen tunteisiin, mutta kuitenkin niin, että oma ja toisen kokemus erotetaan toisistaan, eikä tämä tunne siirry osaksi omaa tunnetilaa. Empatian tarkoituksena on todella ymmärtää toista. (Davis 1996, 7–9; Ruusuvuori 2005; Vilén ym. 2008, 81.) Analyysissani tarkastelen, etnometodologisen lähestymistavan mukaisesti, empatiaa *toimintana* vuorovaikutuksessa, eivätkä puhujan sisäiset kokemukset ole huomioni kohteena. Empatian avulla terveydenhoitaja osoittaa asiakkaalle ymmärtävänsä tämän kertomaa tilannetta ja jakavansa käsityksen siitä, että huoli on aiheellinen.

Terveydenhoitajan lisäksi vastaanotolla ovat läsnä toista lastaan odottavat äiti ja isä sekä heidän esikoisensa. Isä on yrittäjä eikä ole ensimmäisen lapsen syntyessä voinut pitää isyyslomaa. Juuri ennen aineisto-otteen alkua, terveydenhoitaja on kysynyt isältä isyysloman mahdollisuudesta toisen lapsen syntyessä, ja isä on epäillyt, ettei voi pitää isyyslomaa.

Esimerkki 8. Henkinen jaksaminen:

1 H: sulla on tietysti melkoseet paineet ((katsoo isään)) että
2 pitäs olla [töissä
3 N: [nii,
4 H: ja kotona [ja
5 M: [nii,
6 H: joka paikassa sua tarvitaan eks o?
7 M: [kyllä,
8 N: [sehän se varmaan onki muuten ihan kauheeta,
9 M: kyllä mulla kymmenen kiloo lähti painostaki tossa keväällä
10 että, (.)
11 N: joo,
12 H: **jessus sentään, (0.5) nii että nii että (.) ihan niinku**
13 **vaan siihen arjen**
14 N: nii(hihihii) (.) pyörittämisee,
15 H: **se on kyllä melko[sta,**
16 N: [on se,

Terveydenhoitaja tunnistaa perheen isän haastavan elämäntilanteen ja topikalisoii sen keskusteluun: ”*sulla on tietysti melkoseet paineet että pitäs olla töissä ja kotona ja joka paikassa sua tarvitaan eks o*”. Isä vahvistaa tämän ja tuo vielä evidenssiä kokemukselleen siitä, että elämäntilanne on hänelle haastava (riveillä 9-10): ”*kyllä mulla kymmenen kiloo lähti painostaki tossa keväällä että*”. Vastauksessaan riveillä 12-13 terveydenhoitaja validoi isän kuvauksen huoleksi ja osoittaa ymmärtävänsä isän huolen: ”*jessus sentään nii että nii että ihan niinku vaan siihen arjen*”, jonka lauseen äiti päättää naurun (ks. Haakana 1999) säestämänä ”*nii pyörittämisee*”. Seuraavassa vastauksessaan (rivillä 15) ”*se on kyllä melkosta*”, terveydenhoitaja osoittaa empatiaa antamalla ymmärtää, että hänellä on pääsy isän huolen kaltaiseen tilanteeseen (ks. Ruusuvuori 2005). Tässä tapauksessa terveydenhoitajan empatiaa sisältävä vastaustapa otetaan vastaan jatkamalla terveydenhoitajan lausetta (rivillä 16) ja vahvistamalla terveydenhoitajan tulkinta: ”*on se*”. Näyttää siltä, että asiakas ottaa vastaan terveydenhoitajan empatiaa osoittavan vastaustavan huoleen relevanttina.

Näin laajasti ja suoraan empatiaa osoitettiin asiakkaan huolelle aineistossani hyvin poikkeuksellisesti, mutta myös näissä tapauksissa näytti siltä, että asiakas kohteli terveydenhoitajan vastaustapaa relevanttina ja kommentoi sitä painokkaasti. Asiakkaat vahvistivat terveydenhoitajan empaattisissa

vuoroissa esittämät oletukset oikeiksi. Huolenkerronnan jatkumista sen saaman vastauksen jälkeen voidaan pitää merkinä siitä, että kertoja ei koe huolensa vielä tulleen kuulluksi. Tarkastelemalla kohtia, joissa terveydenhoitajan vastaustapa sisältää empatiaa, huomasin, että niiden jälkeen asiakkaalla ei enää ollut tilaisuutta jatkaa keskustelua tai asiakas osallistui yhdessä terveydenhoitajan kanssa päättämään keskustelua. Näyttääkin siltä, että aineistoni huolenkerrontajaksojen aikana terveydenhoitajat käyttävät tällaista suoraa empatiaa jaksojen lopussa siirryttäessä pois huolenkerronnasta. Tätä käytännettä tarkastelen luvussa 6.6.

Toinen, melko harvinainen, tapa aineistossani osoittaa ymmärrystä asiakkaan hankalalle tilanteelle on lyhyiden *nii* -partikkelisanojen käyttäminen. Nämä ilmaisevat minimaalista ymmärrystä ja yhtymistä asiakkaan kokemukseen (Ruusuvuori 2007, 600). Asiakkaat näyttävät kohtelevan tätä minimaalisen empatian osoitusta enemmänkin kehotuksena jatkamaan huolenkerrontaa. Esimerkin tästä voi nähdä seuraavan alaluvun aineisto-otteessa, jossa esittelen normalisoimista huolen vastaanottotapana.

Empatia terveydenhoitajan vastaustapana asiakkaan ilmaisemaan huoleen on aineistossani ainoa käytänne, jolla terveydenhoitaja osoittaa suoraan ymmärtävänsä asiakkaan vaikeaa kokemusta tai tilannetta ja vastaa asiakkaan tunnekokemukseen. Muut vastaustavat huoleen pyrkivät joko sen ratkaisemiseen tai suuntaavat keskustelua huolesta myönteisen asiantilan suuntaan.

6.5.2. Huolenaiheen normalisointi huolen vastaanottotapana

Nimitän huolen normalisoimiseksi sellaista vastaustapaa, joka pyrkii selittämään esiin tuodun huolen tai vaikean tilanteen yleisenä, asiaan kuuluvana ja tavallisena. Seuraavassa esimerkissä nuori äiti ja parin kuukauden ikäinen vauva ovat terveydenhoitajan vastaanotolla. Äiti on ottanut puheeksi väsymyksensä huonosti nukkuvan ja tyytymättömän vauvan kanssa. Ennen tätä aineisto-otetta asiakas on jo kuvaillut väsymystään, ja tähän terveydenhoitaja on tarjonnut perhetyötä ratkaisuksi. Asiakas on torjunut tämän hänelle sopimattomana vaihtoehtona ja jatkanut yhä huolensa kertomista.

Esimerkki 9. Henkinen jaksaminen:

1 N: .hh et saa yöllä nukuttuu ku se on [nyt nii et kun sillä
2 H: [joo
3 N: on (.) aamuvuoroviikko niin mä herään sit kaks kertaa
4 yöllä ja,
5 (.)
6 H: [nii joo,

7 N: [.hh sitte (0.7) justiinsa <koko päivä> silleen siihen
 8 kolmeen asti,
 9 (0.5)
 10 N: ja sit [timoki on väsyny ku se tulee töistä vielä niinku,
 11 H: [ni:i.
 12 H: aivan,
 13 N: ku tää ku yöllä huutaa nii,
 14 (0.8)
 15 H: **mut se on hetken aikaa sitä todellisuutta,**
 16 N: nii,
 17 (0.9)
 18 H: **kaikilla.**
 19 (.)
 20 N: niihän se on.
 21 (.).

Asiakas kuvailee huoltaan riveillä 1-14 terveydenhoitajan kehottaessa minimipalauttein häntä jatkamaan. Terveystenhoitaja esittää minimaalista empatiaa riveillä 6 ("nii joo") ja 11 ("nii"). Asiakkaan tilanteen normalisoimista osoittava vastaukset alkaa rivillä 15: "mut se on hetken aikaa sitä todellisuutta". Asiakkaan myöntävän vastauksen ja tauon jälkeen terveydenhoitaja jatkaa lausettaan vielä rivillä 18: "kaikilla". Asiakas myöntää laimealla äänensävyllä terveydenhoitajan vastauksen vaikean tilanteen tavanomaisuudesta.

Terveystenhoitajalla olisi tässä myös mahdollisuus osoittaa ymmärtävänsä asiakkaan väsymystä ja validoida huoli. Huolenaiheiden normalisointi saattaa olla asiakkaalle viesti siitä, että tämän tyyppisten ongelmien tuominen esiin neuvolassa ei ole tarpeellista, vaan niitä tulee sietää elämäntilanteeseen normaaleina kuuluvina. Tällaiset vastaukset aineistossani liittyivät usein kohtiin, joissa keskustellaan asiakkaan haastavaksi kokemastaan ja uuvuttavasta elämäntilanteesta. Myös huolenkerrontajaksossa keskenmenon pelosta käytettiin normalisointia yhtenä vastauksena. Normalisoimisen käytänteeseen liittyy myös se, että asiakkaan huolenkerrontaan liittyvä vuoro kuullaan tavanomaisena, 'hyvänlaatuisen ongelman' asiantilaa koskevana ja huolta lähdetään käsittelemään senkaltaisena, vaikka huolenkerronta olisi mahdollista tulkita 'pahanlaatuisemman ongelman' esiintuomisenä.

Huolen normalisoinnin tarkoitus saattaa olla asiakkaan rohkaiseminen: hänelle kerrotaan, että huolestuttava tilanne tai asia onkin hyvin tavanomainen ja ongelmaton, ja monet muutkin jakavat sen. Aineistossani tällaisten kohtien vuorovaikutuksen tarkempi analyysi kuitenkin osoittaa, että normalisointi suuntaa keskustelun pois asiakkaan henkilökohtaisesta kokemuksesta ja vastaa asiakkaan edellä esittämäänsä huolen käsittelemällä sitä tavallisena ja yleisellä tasolla. Aineistossani normalisoivan terveydenhoitajan vastauksen jälkeen asiakkaat vastaavat myöntäen tilanteen 'normaaliuden' sanalla tai kahdella, jonka jälkeen he joko jatkavat huolenkerrontaa tai terveydenhoitaja jatkaa vastaustaan

huolenaiheeseen liittyen erilaisin toiminnoin. Normalisointi ei siis siten aineistossani näytä riittävän vastaukseksi asiakkaan huolenkerrontaan. Terveystenhoitaja näyttää normalisoinnin käytänteellä toteuttavan institutionaalista tehtävänsä informaation antajana. Normalisoinnin käytänne liittyy tiedon antamiseen siitä, mikä on tavallista, ja miten asiat yleisellä tasolla ovat. Samalla tämä käytänne sivuuttaessaan asiakkaan henkilökohtaista kokemusta, voi liittyä siihen, että huolikeskustelua halutaan välttää esimerkiksi vastaanoton aikarajoitusten vuoksi ja päästä siirtymään seuraavaan tehtävään.

Edellä esitellyt vastaustavat, normalisoinnin ja empatia, olivat aineistossani harvinaisemmat, kun taas kaikkein yleisimmät vastaustavat huolenkerrontajaksissa olivat positiivisen puolen osoittaminen ja neuvo, jotka seuraavaksi esittelen.

6.5.3. Positiivisen puolen osoittaminen

Käytänne, jonka avulla asiakkaan huolenaiheesta rakennetaan vastaanotolla myönteinen tilanne ja positiivinen näkökulma, on aineistossani hyvin yleinen. Olen määritellyt tällaisiksi asiakkaan huolenkerrontaa seuraavat terveydenhoitajan vuorot, joissa tuodaan esiin myönteinen kuvaus asiakkaan juuri kertoman ongelman tilasta. Seuraavassa aineisto-otteesta odottava äiti ja terveydenhoitaja keskustelevat tulevasta synnytyksestä ja naisen aiemmista synnytyksistä, joista hänellä on ikäviä muistoja.

Esimerkki 10. Synnytyspelko:

1 H: et joskus käy niin että [(-)]
2 N: [ja sit ne (.) joutu leikkaa kahdesta
3 kohtaa ja sitte ekalla kerralla meni suoni poikki ja (.) mulle
4 jäi ihan teu(h)rastamo[kuva ja sit[te jäi
5 H: [no joo [mm
6 N: semmonen kammo
7 H: valunu paljon ja
8 N: mm
9 H: =joo
10 (.)
11 H: **no onneks täs on kuitenkin sitte (.) Ellaaki miellyttäväm[pi**
12 **synnytys jo (.) jo takana vähä**
13 N: [mm
14 H: **pehmittämässä sitä (.) kuvaa**
15 (.)

Edellä nainen kuvailee ääri-ilmaisuin kokemustaan viimeistä edeltäneestä synnytyksestään, jonka vuoksi hän nyt jännittää tulevaa synnytystään (rivit 2-4 ja 6): ”ja sit ne joutu leikkaa kahdesta kohtaa ja sitte ekalla

kerralla meni suoni poikki ja mulle jäi ihan teurastamokuva ja sitte jäi semmonen kammo". Riveillä 11, 12 ja 14 terveydenhoitaja tuottaa varsinaisen vastauksensa asiakkaan synnytyskokemukseen liittyvään huolen kuvaukseen: *"no onneks täs on kuitenkin sitte Camillaaki miellyttävämpi synnytys jo jo takana vähä pehmittämässä sitä kuvaa"*. Asiakas ei enää vastaa, ja tämän jälkeen (ei näy aineisto-otteessa) terveydenhoitaja topikalisoi keskustelun pelkopoliklinikalla käymiseen.

Terveydenhoitaja siis tunnistaa huolen synnytykseen liittyvästä pelosta, mutta ei kutsu asiakasta jatkamaan huolenkerrontaa. Hän ei myöskään suuntaa keskustelua huolen ja asiakkaan emotionaalisen kokemuksen käsittelemiseen, vaan tuottaa siihen vastauksen, jolla hän vie asiantilaa myönteiseen suuntaan ja sen jälkeen tarjoaa jonkinlaista ratkaisua. Tässä tapauksessa se, että asiakas ei vastaa terveydenhoitajan positiiviseen tulkintaan asiakkaan kerrottua aiemman synnytyksen jättämästä kammosta, viestii siitä, että asiakas on voinut odottaa terveydenhoitajalta toisenlaista vastausta. Voidaan pohtia, millä tavoin se, että terveydenhoitajan olisi ilmaissut tunnistavansa ja ymmärtävänsä asiakkaan rankan synnytyskokemuksen, ennen kuin toi keskusteluun positiivisen tulkinnan tilanteesta, olisi vaikuttanut keskustelun jatkuon. Olisiko asiakas voinut kokea saavansa tukea vaikean kokemuksensa jättämälle pelolle ja osoituksen sen aiheellisuudesta.

Osassa niitä kohtia, joissa terveydenhoitajan vastaa huoleen positiivisen puolen näkemisen käytänteellä, on nähtävissä, miten asiakaskin vastaa siihen etäännyttäen huolta ja alkaa myös rakentaa tilanteesta myönteistä, toisin kuin edellä näyttämässäni tilanteessa. (Jefferson 1988; Ruusuvoori 2008 (konferenssiesitelmä).) Tämä käytänne viestii myös siitä, että kun vastaus huoleen ei ole odotetun kaltainen, asiakas huolenkerronnan 'testauksen' jälkeen ikään kuin vetää huolensa takaisin ja tuottaa tilanteesta myönteisen.

Positiivisen puolen näkeminen vastaustapana sisältää aineksia käytänteestä, joka ei välttämättä kuule asiakkaan huolta sellaisena, kuin asiakas sen itse sanoittaa, vaan vastaa huoleen suunnaten keskustelua myönteiseen. Näin huolikeskustelujakso usein loppuu. Positiivisen puolen osoittaminen asiakkaan huolenaiheesta palvelee terveydenhoitajan työn orientaationa sitä näkemystä, että asiakasta rohkaistaan ja tuodaan esille voimavaroja ongelmien sijaan. Voimavarakeskeisyys onkin, oikein käytettynä, pinnalla oleva näkemys tämän päivän asiakastyössä (ks. esim. Rönkkö 2008, 171–192). Näin käytettynä ilman, että asiaa lähdetään yhdessä kehittämään ja asiakas saa itse tuottaa positiivisia näkemyksiä tilanteestaan, se kuitenkin toimii huolikeskustelun sulkijana. Positiivisen puolen näkeminen, kuten myös empatian osoittaminen, ovatkin käytänteitä, joilla huolikeskustelu aineistossani hyvin usein päätetään.

6.5.4. Huoleen vastataan neuvolla

Olen määritellyt neuvoiksi sellaiset huolenkerrontaa seuraavat toiminnot, joissa terveydenhoitaja ehdottaa jotakin toimintatapaa, näkökulmaa tai ratkaisua asiakkaalle. Neuvo sisältää aineksia siitä, että neuvon antajalla on enemmän tietämystä suhteessa ongelman haltijaan. Usein hoito- ja neuvontatyössä ammattilainen tekee työtään neuvon antamiseen tukeutuen. (Vehviläinen 2003, 171.)

Seuraavassa aineistoesimerkissä vastaanotolla ovat läsnä viisiviikkoisten kaksosten molemmat vanhemmat sekä terveydenhoitaja. Äiti tuo esiin huolen, kun terveydenhoitaja alkaa täyttää neuvolakorttia.

Esimerkki 11. Henkinen jaksaminen:

1 N: että se se on niinkun ressin aihe ku (2.0) kun toinen (0.3)
2 syä ja toinen huutaa että kun.
3 H: nii,
4 (0.3)
5 N: tai kitisee (1.0) ei nyt hirveen usein sellasta oo että,
6 H: mm, ((katsoo tietokoneen ruutuun))
7 N: pitäs niinku varsinaisesti (.) huutoo kuunnella mut,
8 (1.5)
9 H: **missäs asennossa sää yleensä syötät,**
10 (1.0)
11 N: mä oon melkein (0.5) istuess- tai siis sillain niinku
12 istualtaan niinku päivällä mut kyllä yöllä (1.0) ((vauva
13 kitisee)) näit on kyllä pidetty sängyssä että,
14 H: joo,
15 (0.3)
16 N: et sillon kyllä makuulla (1.0) ei tarvi ku aina kylkee kääntää
17 ku toinen on [toisella puolella,
18 H: [mm (.) näin o.
19 (0.5)
20 H: **no mites tota (.) m- e- onks sulla mitään (0.3) syöt- meta-**
21 **imetystyynyä [että**
22 N: [on,
23 H: **et sää oo viä kokeillu sitte että kahta,**
24 N: kyllä sitä vähä kokeiltu on mutta ei (.) ei varsinaisesti en
25 oo vielä ihan hirveesti harjotellu kyllä niinku kahen kans
26 että (0.3) tänään just aattelin että täytys (.) taas (.)

Asiakas tuo huolensa esiin omasta aloitteestaan riveillä 1-7: ”*että se se on niinkun ressin aihe ku kun toinen syä ja toinen huutaa että kun tai kitisee, ei nyt hirveen usein sellasta oo, että pitäs niinku varsinaisesti huutoo kuunnella mut*”. Rivillä kolme terveydenhoitaja osoittaa minimaalista empatiaa *nii-*partikkelilla, jonka jälkeen asiakas vielä jatkaa tilanteen kuvaamista. Terveydenhoitaja voisi tässä kuulla huolen liittyvän myös äidin henkiseen jaksamiseen, jota äiti kuvailee sanalla ”*ress*”. Terveydenhoitaja lähestyy huolta kuitenkin syömiseen liittyvällä, käytännön ratkaisua tarjoavalla vastauksella, neuvolla. Hän

esittää ensin neuvon kaltaisen tai neuvoa ennakoivan kysymyksen ”*missäs asennossa sää yleensä syötät*” (rivi 9). Tätä neuvonkaltaista kysymystä seuraa tauko ennen asiakkaan vastausta, mikä implikoi sitä, että terveydenhoitajan vastaus edeltävään vuoroon ei ole asiakkaan odotusten mukainen. Tämän jälkeen asiakas alkaa kuvailla syöttöasentoja vastaten terveydenhoitajan esittämään kysymykseen. Tätä vastausta seuraa terveydenhoitajan neuvo (riveillä 20-21 ja 23) koskien imetystyynyn käyttämistä, jotta molempien vauvojen syöttäminen onnistuisi yhtä aikaa: ”*no mites tota m- e- onks sulla mitään syöt- meta- imetystyynyä että et sää oo viä kokeillu sitte että kahta*”. Tähän asiakas vastaa kertoen, että imetystyynyn käyttäminen vaatii vielä harjoittelua. Neuvojen jälkeen, huolenkerrontajakson jatkuessa, asiakas suuntaa puheenaiheen pois päin huolesta myönteiseen tulkintaan koskien kaksosten unirytimejä (ei näy aineistotteessa).

Huomionarvoista on, että asiakas kuvaili tilannetta ”*ressin aiheena*” eikä muotoillut vuoroaan esimerkiksi syöttämiseen liittyväksi kysymykseksi. Terveydenhoitajalla oli näin ollen tilanteessa useita vaihtoehtoja siitä, mihin aspektiin hän asiakkaan vuorossa tarttuu. Keskustelu olisi voinut edetä toiseen suuntaan, mikäli terveydenhoitaja olisi kuullut äidin vuoron jaksamiseen ja elämäntilanteeseen, eikä lasten syömiseen, liittyvänä huolena. Tämä voidaan yhdistää myös normalisoimisen käytänteeseen liittyviin huomioihini. Neuvoja ja positiivisen puolen osoittavia vastauksia oli aineistossani selvä enemmistö (68% kaikista vastauksista), mikä viittaisi siihen, että neuvolavastaanotolla orientoidutaan esitettyihin ongelmiin neuvonpyyntöinä tai ratkaisua kaipaavina asoina. Vastauksena asiakkaan huoleen annetut neuvot koskevat tavallisimmin perhetyön tarjoamista vastauksena väsymykseen, loppuun palamiseen ja äidin uniongelmiin. Neuvoja annetaan paljon myös koskien sitä, millainen suhtautuminen huolenaiheeseen on hyväksi. Eräs variaatio aineistossani neuvon antamisesta on ’kliininen terveydenhoitoon liittyvä faktatiedon antaminen’, jollaisia aineistossani oli synnytykseen tai keskenmenon pelkoon liittyvien huolten kohdalla. Terveydenhoitaja käsittelee silloin huolta sen kaltaisena, joka kaipaa lääketieteellistä tietoa tai toimintaohjeita esimerkiksi synnytystä tai keskenmenoja koskevissa pelkotilanteissa. Neuvomisen käytänte huolenkerronnassa osoittaa sen, että terveydenhoitaja orientoituu työhönsä ohjeiden antajana ja ongelman ratkaisijana. Hän asettuu tällöin asiantuntija-asemaan, jolla on tieto, miten tilanteessa toimia. Hän kuulee huolen, ja vastaa siihen huolen poistamisen näkökulmasta. Tämä orientaatio työhön juontanee juurensa jo neuvolatyön varhaisimmista ajoista ja silloin neuvolalle asetetuista tavoitteista lähtien.

Neuvoja kuitenkin annetaan aineistossani melko nopeasti vastauksena huolenkerrontaan, ennen kuin asiaa on kehitelty yhdessä ja huolta on osoitettu ymmärrettävän. Aineistoni perusteella asiakkaat usein vastustavatkin liian aikaisin annettua neuvoa. Tämän asiakas osoittaa esimerkiksi suoraan ilmaisemalla sanallisesti, miksi neuvolla tarjottu ratkaisu ei sovi hänen tilanteeseensa. Toinen tapa vastata neuvon on

huolen etäännyttäminen, jolloin asiakas tuokin esiin tilanteen myönteisen puolen, ja tällä tavalla vastustaa ratkaisua, jota neuvolla on tarjottu. Asiakas ikään kuin vetää huolensa takaisin, kun neuvo ei tyydytä. Kolmas asiakaskohtaamisissa yleisesti esiintyvä piirre on, että asiakas neuvon saatuaan jatkaa huolenkerrontaansa yhä negatiivisemmin, josta voi päätellä, etteivät tällaiset vastaukset tyydytä asiakasta tässä tilanteessa. Neuvon antamisen ongelma suhteessa psykososiaalisiin ongelmiin puuttumisen tavoitteessa on, että se suuntaa keskustelun usein ongelman ratkaisemiseen käytännössä, kuten edellä esittämässäni aineisto-otteessa syöttämiseen liittyen, sen sijaan, että keskityttäisiin asiakkaan emotionaaliseen tilaan, jonka tämän huolenkerronnasta voisi myös ottaa käsittelyyn. Huomionarvoista on, että analyysini perusteella neuvo annetaan tavallisesti tilanteissa, joissa asiakkaan edeltävä vuoro tai asiakkaan tarve antavat odottaa toisenlaista vastausta.

6.6. Miten keskustelu huolesta päättyy?

Tässä osassa tuon esiin niitä käytänteitä, joiden avulla keskustelu huolesta päätetään. Huolenkerrontajakson päättymisen tarkastelu on keskeistä voidaksemme tarkastella huolenkerrontajakson koko rakennetta ja havaitaksemme, millaisin käytäntein huolikeskustelu päätetään ja mitä huolen käsittelylle vastaanotolla lopulta tapahtuu. Aineistostani nousi esiin kolme erilaista toimintoa, joilla keskustelu huolesta päätettiin. Nämä toiminnot ovat 1) terveydenhoitaja päättää huolikeskustelun empatian osoittamisella, 2) terveydenhoitaja päättää keskustelun huolesta positiivisen puolen osoittamisella ja 3) asiakas vaihtaa puheenaihetta. Huolikeskustelun päättymiseksi katsoin sen, kun vastaanotolla siirryttiin joko toteuttamaan neuvolatyön perinteisiä fyysiseen terveyteen liittyviä toimenpiteitä tai keskustelemaan muista aiheista kuin alkuperäinen asiakkaan esittämä huoli oli. Aineistossani, kuten institutionaalisessa vuorovaikutuksessa tavallisestikin, ammattilainen puheenaiheen vaihtumisen lisäksi osoittaa keskustelujakson päättyneeksi kääntymällä pois päin asiakkaasta esimerkiksi tietokoneen, papereiden tai toimenpiteisiin liittyvien välineiden suuntaan. Seuraavaksi esittelen löytämäni käytänteet, joilla huolikeskustelu lopetetaan, ja lisäksi havainnollistan niitä tapausesimerkkien avulla.

6.6.1. Huolikeskustelu päätetään empatian osoittamisella

Aineistossani on huolenkerrontajaksoja, joissa terveydenhoitaja osoittama empatia toimii käytänteenä huolenkerrontajakson sulkemiseen ja toiseen aiheeseen siirtymiseen. Seuraavassa tapauksessa esikoistaan odottava nainen on ensikäynnillään hyvinvointineuvolan vastaanotolla ottanut puheeksi

huolensa mahdollisesta keskenmenosta. Aiheesta on keskusteltu parisen minuuttia ja esimerkissä näemme, miten keskustelu päätetään.

Esimerkki 12. Pelko keskenmenosta:

1 H: näin tässä ja sit kyllä kahestakymmenestä viikosta ruvetaan
2 sit siirtyyn £synnytysvastaanottoon eli[kä£
3 N: [nii, ((hymyillen))
4 H: siinä sitten nää elämän edellytykset rupee jo oleenkin
5 mutta että (0.3) mutta et mennään tässä nyt £rauhassa
6 eteen[päin£
7 N: [°niin, °
8 H: ja kattellaan että mitä siä sitte tulee, [(.hh)
9 N: [näinpä,
10 H: **tietysti aika herkkänä varmaan oot ollu hehhe sillain**
11 **eh[kä**
12 N: [nii,
13 H: **kotonaki tulee (.) sitä miet[tii jo**
14 N: [mm,
15 H: **kaikki asiat läpi että, [hehhe**
16 N: [kyllä
17 H: **mistä vaan ja (-) ja voiks sitä ny kertoo kaikille ja**
18 **[(.) kaikkee,**
19 N: [nii nii,
20 H: tätä mutta että nyt ihan vaan £rohkeesti eteen[päin£
21 N: [nii
22 H: hehhe kyllä se siinä (.) ((asettautuu ja kääntää katseen
23 takaisin tietokoneen ääreen)) siinä sitte on (.) (.hh) eli
24 tässä tota (0.3) täähän on on näitä perustietoja mitä tänne
25 (.hh) tulee ((näyttää neuvolakorttia)) laitetaa sitte sun noi
26 sun veriryhmät ja tämmöset tekijät tänne,

Aineisto-ote alkaa terveydenhoitajan tiedonannolla siitä, miten toimia keskenmenon sattuessa. Asiakas vastaa hymyillen "nii". Tämän jälkeen terveydenhoitaja vielä tuo esiin informaatiota siitä, että kahdennenkymmenennen raskausviikon jälkeen "elämän edellytykset rupee jo oleenkin". Tätä seuraa pieni tauko, jonka jälkeen terveydenhoitajan 'asiantuntijapuhe' loppuu ja hänen asemansa suhteessa asiakkaaseen muuttuu. Terveydenhoitaja ei ole enää keskenmenoon liittyvän huolen asiantuntija, vaan nyt hän tunnistaa asiakkaan emotionaalisen tilanteen. Riveillä 5-6 terveydenhoitaja rohkaisee asiakasta "mutta et mennään tässä nyt rauhassa eteenpäin ja kattellaan että mitä siä sitte tulee". Tämän jälkeen hän osoittaa tunnistavansa asiakkaan tunnetilaa eli osoittaa empatiaa asiakasta kohtaan: "tietysti aika herkkänä varmaan oot ollu sillain ehkä kotonaki tulee, sitä miettii jo kaikki asiat läpi mistä vaan ja (-) ja voiks sitä ny kertoo kaikille ja kaikkee tätä". Hän lopettaa vielä osoittaen tunnistavansa asiakkaan pelkoon liittyvää tunnetilaa ja rohkaisee häntä (riveillä 20 ja 22): "mutta että nyt ihan vaan rohkeesti eteenpäin, kyllä se siinä sitten on". Tässä kohtaa terveydenhoitaja kuuluvan sisäänhengityksen avulla pitää vuoron

itsellään, kääntyy takaisin tietokoneen ääreen ja siirtää keskustelun neuvolakortin täyttämiseen. Esitellyn jakson aikana asiakas myötäilee terveydenhoitajan puhetta lyhyin palautesanoin. Painokkaasti hän vastaa rivillä 19 ”*nii nii*” terveydenhoitajan vuoroon siitä, uskaltaako keskenmenon pelossa kertoa raskaudesta kaikille. Näin asiakas vahvistaa paikkansa pitäväksi terveydenhoitajan empaattisen oletuksen siitä, millaisia ajatuksia asiakkaan tilanteessa nousee mieleen (ks. Ruusuvuori 2005). Vielä osuvampaa voisi olla asiakkaalle esitetty kysymys siitä, millaisia ajatuksia raskaus tai pelko keskenmenosta on herättänyt. Näin asiakas voisi itse muotoilla omia tunnetilojaan koskevat tulkinnat.

Huomionarvoista on myös se, että pari minuuttia kestäneen huolenkerrontajakson aikana terveydenhoitaja on antanut neuvoja ja normalisoinut asiakkaan tilannetta, mutta tuo empatian keskusteluun nyt, sulkiessaan huolenkerrontajakson. Tämä viittaa siihen, että terveydenhoitaja tunnistaa tehtävänään myös psykososiaalisen tuen antamisen, jollaisena empatian osoittamisen näen. Hän ei kuitenkaan kohtele sitä ensisijaisena toimintanaan, vaan kohtelee sellaisena tiedon antamista, josta huolenkerrontajakson toiminnot pääsosan koostuvat.

Aineistossani terveydenhoitaja päättää myös neljä muuta tarkastelemaani huolenkerrontajaksoa empatian osoittamiseen. Kahdessa muussa tapauksessa asiakas vastaa terveydenhoitajan empatiaan sanalla tai kahdella myönnellen, ennen kuin terveydenhoitaja siirtää keskustelun toiseen aiheeseen. Kahdessa tapauksessa keskustelu päättyy empatian osoittamisen jälkeen niin kutsuttujen ’collaborative completions’ –käytänteiden avulla. Tällaisissa tilanteissa osallistujat rakentavat puheellaan yhteisen näkemyksen meneillään olevasta asiasta ja osallistuvat yhdessä tuottamaan puheenjakson vaihtumisen. (Ks. esim. Lee 2006, 90.) Näissä kohdissa on usein paljon päällekkäispuhuntaa tai osallistujat päättävät toisen aloittamia lauseita. Terveydenhoitajat tuovat empatiavastauksensa keskusteluun vasta siirtyessään toiseen puheenvuoroon, sillä huolenkerrontajaksoa on hankala päättää vuorovaikutuksellisesti sujuvasti ilman jonkinlaista myönteistä vuoroa. (Jefferson 1988.)

6.6.2. Huolikeskustelu päätetään positiivisen puolen osoittamiseen

Yleisin käytänne lopettaa huolenkerrontajakso aineistossani on tilanteen positiivisen puolen osoittaminen. Tällöin terveydenhoitaja tuo esiin positiivisen tulkinnan huolesta ja näin rakentaa ongelmasta myönteisen asiantilan ennen siirtymistä toiseen aiheeseen. Terveydenhoitajan vastaanotolla on vauvan kanssa nuori äiti. Vauvan unirytmistä keskusteltaessa terveydenhoitaja on kysynyt myös äidin nukkumisesta, jolloin äiti tuonut esiin edellisyön unettomuutensa miettiessään lapsen isän tulevaa vierailua heidän luonaan.

Pariskunta on eronnut jo ennen vauvan syntymää, ja mies on käyttänyt päihteitä. Myös elatusmaksujen kanssa on ollut ongelmia. Viisi ja puoli minuuttia kestävä huolenkerrontajakso päättyy seuraavalla tavalla.

Esimerkki 13. Asiakkaan huolena suhde lapsen isään, josta hän on eronnut:

1 H: et toikin nin (0.2) molemmilla että (0.6) (-) varmaan tässä
2 nyt aika pitkäänkin on että kun käy nin ni sä oot läsnä tai
3 joku muu on aina läsnä (.hh) sitte Miianki kanssa siinä että,
4 N: mm,
5 H: että totah °(on) näitä, °
6 (0.4)
7 V: [#äh#
8 N: [°@(Ni,)@°
9 (0.4)
10 N: °@Oot siinä noin,@° ((puhuu vauvalle))
11 (0.8)
12 H: **@on se. =kyl ne onneks on jotenki aina vähän ne asiat sillai**
13 **(.hhhh) on tässä selkiytyny matkan var°rella.°**
14 (0.2)
15 H: @mm:? (.) niin o,@
16 (0.5)
17 H: kyllä.
18 (0.6)
19 N: hm,
20 H: onks hän kova nauraan (.) Miia kotona?,

Aineisto-ote alkaa terveydenhoitajan vuorolla, jossa hän kuvailee käytännön tilannetta, kun lapsen isä vierailee perheessä. Varsinaisen lopettavan vuoron terveydenhoitaja tuottaa riveillä 12-13. Tällä vuorollaan hän rakentaa tilanteesta myönteisemmän ja sellaisen, joka on jo menossa parempaan suuntaan. Pienen tauon jälkeen asiakas vastaa lyhyin minipalauttein preferoidusti. Sanalla "kyllä" (rivillä 17) terveydenhoitaja tuottaa jo jakson lopetusta. Siirtymä seuraavaan aiheeseen tapahtuukin rivillä 20, kun terveydenhoitaja kysyy äidiltä vauvan nauramisesta. Tämä positiivisen puolen, kuten empatian osoittaminenkin, ovat käytänteitä, joiden avulla hankalan aiheen käsittelystä voidaan sujuvalla tavalla siirtyä pois. (Jefferson 1988.)

Suurin osa aineistoni huolenkerrontajaksosta päättyy yllämainitun kaltaiseen käytänteeseen, jossa terveydenhoitaja osoittaa tilanteen valoisian puolen ennen siirtymistä toiseen aihepiiriin. Toisissa tapauksissa asiakas lähtee mukaan tähän käytänteeseen rakentamaan tilanteesta myönteisen. Useimmiten asiakas kuitenkin vastaa tähän terveydenhoitajan puheenaiheenvaihtoon preferoidusti responssipartikkeleilla, kuten "nii" tai "mm" ennen siirtymistä pois huolenkerrontajaksosta. Aineistossani on

myös tapauksia, joissa asiakas ei enää vastaa mitään terveydenhoitajan tuotettua tilanteesta positiivisen tulkinnan. Nämä ovat usein sellaisia tilanteita, joissa huolenkerrontajakso on lyhyt ja tämä positiivinen päätös jaksolle tuotetaan nopeasti huolen tultua esiin.

6.6.3. Asiakas vaihtaa puheenaihetta

Edellä esittelemissäni käytänteissä terveydenhoitaja oli se, joka kontrolloi huolijakson kulkua ja lopetti sen empatian tai asiantilan positiivisen puolen osoittamisella. Tässä kolmannessa aineistostani löytyneessä käytänteessä asiakas on se, joka lopettaa keskustelun huolesta. Tämän hän tekee vaihtamalla puheenaihetta. Tällaisia huolenkerrontajakson lopetuksia aineistossani oli kolme. Seuraavassa aineistotteessa havainnollistan sitä, miten asiakas päättää huolikeskustelun hiljaisuuteen ja alkaen sitten puhua sylissään olevalle vauvalle. Asiakas on tuonut esiin omaan nukkumiseensa liittyvät ongelmat vähäunisen vauvan kanssa. Vastaanotolla ovat läsnä äiti, vauva ja terveydenhoitaja.

Esimerkki 14. Henkinen jaksaminen:

1 H: mutta sitte tosiaan ku sä (0.3) ni:i sun tarvii vaan
2 rohkeesti soittaa sinne sitte vaikka joku tekeen
3 kotitöitä tai (.) .hh [et niinku et (--)
4 N: [ei se muuten mut se on vaan just
5 se että,
6 H: ni,
7 (0.4)
8 N: et tuntuu sitte ku ↓ois niinku aikaa nukkua niin se uni ei
9 tuu.=on jo niin väsy[ny et se uni niinku (0.2) on sellanen
10 H: [joo?
11 N: uni[lukko tuntuu oikeen (.) et vaikka sä kuinka meet
12 H: [nii,
13 N: sinne #sängyn pohjalle niin ei tuu se uni#
14 H: joo (.) joo,
15 (2.5)
16 H: et kotipalvelustaki ne voi ihan hyvin tulla just tiskaan
17 ja laittaa vaikka sulle ruokaa sinne että niinku
18 saat hyvin syötyä ja,
19 (.)
20 N: joo,
21 H: ja sillain niinku että (0.6) saat sitte ite kuitenkin olla
22 vauvan kanssa ja,
23 ((kuiskii vauvalle))
24 H: ne on ihan mukavia ihmisiä muutenki siellä ne nyt ei
25 sillain,
26 N: ((puhuu vauvalle))
27 H: ei (.) ei sillain kattede mitenkään ihmisten huusholleja
28 tarkasti eikä muuta että [ne on kyllä on kyllä nähny tätä,
29 N: [nii,
30 N: hei (.) sä oot nyt tosi oudossa asennossa. ((puhuu vauvalle))
31 H: kaupunkilaisten arkea että ei,
32 **(9.0) ((asiakas pitää vauvaa sylissään ja katselee sitä))**

33 N: ((puhuu vauvalle vauvan asennosta))
34 H: tutin kuitenkin huoliiko,

Huolenkerrontajakso kestää kaikkiaan kaksi ja puoli minuuttia. Tämän aikana terveydenhoitaja on yrittänyt tarjota perhetyötä avuksi erilaisiin arjen tehtäviin, mutta asiakas on vuoro vuorolta vastustanut neuvoa ja jatkanut huolenkerrontaansa yhä kiihtyvämmin. Vastaustapoina neuvojen lisäksi tämä huolenkerrontajakso on rakentunut myös huolen normalisoinnista. Aineisto-otteen alussa (riveillä 1-3) terveydenhoitaja antaa neuvon eli tarjoaa perhetyötä. Asiakas keskeyttää tämän rivillä 4-5 ja vastustaa neuvoa sekä jatkaa huolenkerrontaa riveillä 7-13, minkä jälkeen terveydenhoitaja antaa taas perhetyötä koskevan neuvon. Terveydenhoitaja perustelee neuvoa asiakkaalle (riveillä 16-18) ja asiakas vastaa rivillä 20 vielä ”joo”, jonka jälkeen terveydenhoitaja vielä tuottaa lisää perusteita sille, miksi perhetyötä ei kannata hylätä ratkaisuna asiakkaan ongelmiin. Riveillä 26 ja 31 asiakas puhuu vauvalle, mutta kiittää vielä kuulleensa terveydenhoitajan ratkaisuehdotuksen sanalla ”ni” (rivillä 30) ja jatkaa puhumista vauvalle tämän asennosta. Terveydenhoitaja jatkaa vielä neuvon perustelua, johon asiakas ei enää vastaa mitään. Vuorovaikutuksessa huomattavan pitkän tauon jälkeen äiti puhuu taas vauvalle tämän asennosta ja terveydenhoitaja kysyy huoliiko vauva tuttia. Näin asiakkaan toimesta huolenkerrontajakso suljettiin ja terveydenhoitaja siirtyi mukaan tähän tavanomaiseen aiheeseen, huoliaiheen sijaan.

Keskustelun lopettaminen hiljaisuuteen on vuorovaikutuksessa radikaali tapa. Jälkijäsenen puuttumista kohdellaan vuorovaikutuksessa selitystä vaativana toimintana. (Ks. esim. Heritage 1996/1984, 241–248; Raevaara 1997, 91.) Tässä tapauksessa tämä rivillä 32 näkyvä yhdeksän sekunnin mittainen asiakkaan hiljaisuus terveydenhoitajan neuvon jälkeen viestii asiakkaan tyytymättömyyttä huolen käsittelyyn. Jo sen, että asiakkaan huolenkerronta jatkuu pitkän huolenkerrontajaksoa voi tulkita siten, että asiakkaan huoli ei ole saanut toivottua vastausta sitä edeltävässä vuorossa. Terveydenhoitajan antamat neuvot eivät ole olleet osuvia, kuten asiakas on jo useaan otteeseen tuonut esille, tai ne on tuotu liian nopeasti vuorovaikutukseen heti huolenkerrontajakson alussa. Voi myös tulkita, että huoleen vastaaminen koko huolenkerrontajakson ajan neuvoin ja normalisoinnin käytäntein ei saa asiakasta kokemaan, että hän on tullut kuulluksi ja ymmärretyksi ja, että hänen huolensa on oikeutettu.

Tässä yhdessä esimerkissä puheenaiheen vaihtamista edeltää pitkä tauko, jossa asiakas ei vastaa lainkaan terveydenhoitajan vuoroon (rivillä 32). Kahdessa muussa tapauksessa puheenaiheen vaihtamista ei edellä tauko, vaan asiakas suuntaa keskustelun pois huolesta tavanomaiseen, ongelmattomaan aiheeseen. Tämä onkin vuorovaikutuksessa sujuvampi ja arkikeskustelussa käytetty tapa lopettaa meneillään oleva jakso. Nämä tapaukset voivat viestiä siitä, että huoli on tullut käsiteltyä ja asiakas kokee,

että voidaan siirtyä toiseen aiheeseen. Toisaalta se, että asiakas lopettaa keskustelun esiin tuomastaan huolesta, voi liittyä siihen, että asiakas kokee, että huolen käsittelylle ei ole sijaa tai annetut vastaustavat eivät riitä. Näissä tapauksissa asiakkaan puheenaiheen vaihtamista edelsi terveydenhoitajan toimintoina neuvo ja toisessa positiivisen puolen osoittaminen.

Huolenkerrontajakso siis päättyi aineistossani kolmella erilaisella käytänteellä. Useimmiten puheenaiheen vaihtaa terveydenhoitaja joko osoittamalla empatiaa asiakkaan huolelle tai osoittamalla asiantilan myönteisen puolen ennen siirtymistä toiseen aiheeseen. Myös asiakas saattaa lopettaa keskustelun huolesta. Hän tekee sen aineistossani joko jättämällä vastaamatta omalla vuorollaan, jolloin hän radikaalilla tavalla osoittaa, ettei enää halua keskustella aiheesta. Toinen tapa, jolla asiakas lopettaa keskustelun huolesta on se, että asiakas kääntää keskustelun myönteiseen ja tavalliseen aiheeseen. Huolenkerrontajakson päättymiseen liittyy usein myös kehollinen viesti siirtymisestä toiseen aiheeseen. Tällöin terveydenhoitaja kääntyy pois päin asiakkaasta tietokoneen tai papereiden ääreen.

6.7. Huolenkerrontajakso havainnollistamassa vuorovaikutuskäytänteitä

Olen voinut havainnollistaa lukijalle tulkintojani analyysissäni lyhyin ottein huolenkerrontajaksoista, sillä kokonaisten jaksoiden esittäminen täyttäisi nopeasti tässä työssä käytettävissäni olevat sivut. Hyvinvointineuvola-aineiston analyysiosuuden lopuksi esittelen vielä aineistoesimerkinä yhden kokonaisen huolenkerrontajakson, joka kokoaa yhteen useimmat tähän mennessä esittelemäni käytänteet. Tämän avulla voin osoittaa, miten löytämiäni keskustelunkäytänteitä, huolenkertomisen tapaan, siihen vastaamisen käytänteisiin ja huolikeskustelun päättämiseen liittyen, käytetään kokonaisen huolenkerrontajakson aikana. Tämä aineisto-ote havainnollistaa sitä, miten terveydenhoitaja käyttää resurssinaan huolikeskustelussa useita edellä esittelemiäni vastauslementtejä. Vastaanotolla ovat läsnä toista lastaan odottavat äiti ja isä sekä heidän puolitoistavuotias esikoisensa. Terveydenhoitaja valmistee lapsen rokotetta ja hän keskustele samalla äidin kanssa lapsen hoitamisesta, ja äiti on kertonut olevansa huono ottamaan isovanhemmilta apua arkeen.

Esimerkki 15. Henkinen jaksaminen:

1 H: jotenki että haluais niinku sillain olla (.) omillansa et se
2 on tää vaihtoehtona [kanssa,
3 N: [aiva.
4 (1.0)
5 N: [mul oli tossa,
6 H: [varsinki sitte siihen kohtaan ku vauva syn[tyy

7 N: [syntyy niin,
 8 H: viimeistään,
 9 N: =nii tuli tossa semmonen >vähän loppunpalaminen< tossa varmaan
 10 (.) kolmisen viikkoo sitten tai sellane,
 11 H: joo?
 12 N: että rupes räjähteleen ensin mää luulin et se on se väsymys ku
 13 on niin valvonu Laurin kanssa sen vuoden niin ja sitten,
 14 [(.hh)
 15 H: [joo?
 16 N: on vaan niiku sinnitelly ni sitte tulee semmosena kiukkusena
 17 niinku se (.) väsymys on mennyt tavallaan ohi mutta tulee
 18 semmosia niinku et zzz[zz, ((puristaa nyrkkejään))
 19 H: [joo
 20 N: tekis mieli hyökätä, [(.hh)
 21 H: [joo [eikä oikein tiedä että mitä,
 22 N: [iskän kimppuun niin,
 23 H: sitte hän onki tavallaan [sitte se
 24 N: [siinä ihan syyttömänä syyllisenä
 25 joutuu oleen ja. (.)
 26 H: joo no (.) se on tietysti aina se mutta silloin [ku sä tiedät
 27 N: [(--)
 28 H: joo sitte ku se että ku tietää noita omia varomerkkejänsä
 29 tavallaan miten [toimii,
 30 N: [nii
 31 H: ni sehän on kans jo yks semmonen mikä on aika. [(.)
 32 N: [aiva
 33 H: aika hyvä asia
 34 (1.0)
 35 H: tuunks mää nyt sinne teidän viereen ((siirtää jakkaran äidin
 36 ja isän eteen rokottaakseen lasta))
 37 N: joo
 38 H: eli vasen [tonne
 39 N: [vasen
 40 M: tänne
 41 ((alkavat asetella lasta isän sylissä rokotusta varten))

Asiakkaan huolenkerronta alkaa riviltä 9. Hän kiirehtii ottamaan puheenvuoron itselleen heti terveydenhoitajan vuoron päätyttyä, koska hän on aiemmin jo yrittänyt aloittaa huolensa kertomista (rivillä 5) ”mul oli tossa”, mutta ei ole saanut vuoroa itselleen. Tätä ennen hän on myös kertaalleen yrittänyt saada terveydenhoitajalta vuoron itselleen sanomalla ”kyllä mulla tossa” (ei näy aineisto-otteessa). Asiakkaan saadessa puheenvuoron, hän tuo esiin huolensa: ”nii tuli tossa semmonen vähän loppunpalaminen tossa varmaan kolmisen viikkoo sitten tai sellane” (rivillä 9). Asiakkaan sanavalinnat ”semmonen vähän” kertovat varovaisesta lähestymisestä huolen kertomiseen. Tällainen käytäntö näkyy neuvolan muissakin huolenkerrontajaksoissa, erityisesti henkiseen jaksamiseen liittyvissä kohdissa. Tällä varovaisuudella asiakas ikäänkuin testaa, millaisen vastaanoton huolenkerronta saa ja onko tällaiselle aiheelle tässä kontekstissa tilaa. Jefferson (1988) on osoittanut, että huolenkerrontasekvenssit tavallisesti alkavat tällaisella tiedustelulla ja niihin liittyy myös huolen aliarviointia. Myös sanavalinnat rivillä 10 ”tai

sellane” korostavat yhä huolenkerronnan varovaisuutta ja kuulijalle jätettävää monitulkintaisuutta, mikä käytänne toimii asiakkaan suojana, mikäli huolen vastaanottamista ei tapahdukaan.

Terveydenhoitajan vuoro ”joo” rivillä 11 kutsuu nousevan äänenpainonsa vuoksi asiakasta jatkamaan huolensa kertomista. Asiakas jatkaakin loppuun palamisen selostamista edelleen. Rivillä 12 hän kumoo normaalin ja sen itsestään selvimmän tulkinnan loppuun palamiselleen: hän on itsekkin ensin ajatellut ”räjähtelyn” olevan vuoden valvomisten aiheuttamaa väsymystä, mutta se onkin jotakin muuta. Terveydenhoitaja kutsuu taas nousevalla intonaatiolla esitetyn (rivillä 14) ”joo” –sanan kautta asiakasta jatkamaan. Asiakas jatkaakin: ”on vaan niinku sinnitelly”. Hän osoittaa, että loppuun palaminen ja ”räjähtely” ovat pitemmän sinnittelyn seurausta. Tämä on eräänlainen puolustus loppuun palamisen kokemukselle; tämä äiti ei ole ensimmäisestä hankalasta hetkestä lannistunut, vaan on jaksanut pitkään. (Ks. Lerner 1996, 303–321; Ruusuvuori 2000, 136–142; Heritage & Robinson 2006, 48–85; Halkowski 2006, 86–114.) Rivillä 16 asiakas tuo uudelleen esille, että tämä ei ole sitä äideille tavanomaista väsymystä, vaan ”väsymys on mennyt tavallaan ohi, mutta tulee semmosia niinku et zzzzz”. Terveydenhoitaja kutsuu yhä jatkamaan ja asiakas kertoo rivillä 17, että ”tekisi mieli hyökätä”. Tässä kohtaa asiakkaan sisäänhengityksen aikana terveydenhoitaja ottaa vuoron itselleen ”joo eikä tiedä oikein että mitä”, jolla hän osoittaa ymmärtävänsä tilanteen. Sekä asiakas että terveydenhoitaja kohtelevat asiakkaan kokemusta yhteisesti jaettavana käyttämällä niin kutsuttua nollapersoonarakennetta. Nollapersoonan avulla kokemuksen subjekti häivytetään ja kuulija kutsutaan tunnistamaan ja jakamaan vaikeaa tilannetta. (Ks. esim. Ruusuvuori 2007, 606.) Asiakas jatkaa rivillä 21 ”iskän kimppuun niin” täydentämällä edellistä vuoroaan, että hänen miehensä, lapsen isän, kimppuun hänen tekisi mieli näinä hetkinä hyökätä. Terveydenhoitaja sovittaa vuoronsa (rivillä 22) taas äidin edeltävään kommenttiin, jatkaa äidin puheenvuoroa ja esittää näin, että hän tunnistaa ilmiön ja tietää, mistä puhutaan (Lerner 1996).

Tässä kohtaa terveydenhoitajan toiminnalle voisi olla muitakin vaihtoehtoja: hän voisi pyytää asiakasta kertomaan lisää tai osoittaa tunnistavansa asiakkaan ongelman ja määrittää sen validiksi huolenaiheeksi. Sen sijaan terveydenhoitaja jatkamalla asiakkaan lauseita väittää tunnistavansa asiakkaan kertoman tilanteen ennen kuin tämä on kertonut sen loppuun. Käytänne on tapa ottaa puheenvuoro itselleen ja siirtyä arvioimaan kerrottua asiaa. Tässä tapauksessa voi tulkita, että tämä tapahtuu ennen aikaisesti, ennen kuin äiti on kertonut huolensa loppuun saakka.

Terveydenhoitaja kertoo kuitenkin vuorollaan ymmärtävänsä, mistä asiakas puhuu: ”sitte hän onki tavallaan sitte se”. Samalla terveydenhoitaja suuntaa keskustelua isän kokemukseen siitä, että äidin ”räjähtelyt” kohdistuvat häneen. Tämä vuoro osoittaa tukea eli empatiaa asiakkaan huolelle, mutta samalla

terveydenhoitajan vuoro suuntaa pois päin asiakkaan alkuperäisen huolen kertomisen jatkamisesta ja topikalisoii isän kokemuksen keskusteluun. Tulkintaa tukee se, että asiakas keskeyttää terveydenhoitajan vuoron (rivi 23), jatkaa vuoroaan terveydenhoitajan edellisen vuoron loppuun saakka ja valitsee keskustelun suunnaksi terveydenhoitajan tekemän topikalisoinnin siitä, että isän kokemus äidin ”räjähtelyn” kohteeksi joutumisesta otetaan käsittelyyn: ”siinä ihan syyttömänä syyllisenä joutuu oleen ja”. Vaikka sana ”ja” kieliopillisesti osoittaa, että asiakas olisi jatkamassa vuoroaan, hänen äänenpainonsa ei osoita sitä. Pienen tauon jälkeen terveydenhoitaja ottaakin puheenvuoron itselleen (rivi 25) aloittamalla sen ”joo no”: No-partikkeli on kieliopillinen käytänte, joka toimii puheenaiheen siirtymän merkinä. Sitä käytetään tilanteissa, joissa siirrytään takaisin varsinaiseen keskustelunaiheeseen tai laajemman asiakokonaisuuden sisällä siirrytään aihepiiristä toiseen. (Raevaara 1989, 147–151.) Vuoro jatkuu ”se on tietysti aina se”, jonka myötä terveydenhoitaja validoi asiakkaan aiemman vuoron isän kohtalosta vaimon loppuun palamisen kohteena. Terveydenhoitaja jatkaa yhä rivillä 25: ”mutta sillon ku sä tiedät” vieden puheenaihetta toisaalle, etäämmälle aiemmin keskustellusta aiheesta, erityisesti sanan ”mutta” avulla. Tässä kohtaa on päällekkäispuhunutta, jossa asiakkaan vuorosta ei saa selvää. Rivillä 26 terveydenhoitaja jatkaa ”joo sitte ku se että ku tietää noita omia varomerkkejänsä tavallaan miten toimii ni sehän on kans jo semmonen yks mikä on aika aika hyvä asia”. Tässä on kahteen otteeseen päällekkäispuhunutta, kun asiakas kommentoi ”nii” ja ”aiva”. Tämä terveydenhoitajan käytänte ’positiivisen puolen näkemisestä’ (vrt. ’bright side telling’ Maynard 2003 ja ’optimistic projection’ Jefferson 1988) suuntaa keskustelua pois päin äidin huolesta loppuun palamisestaan ja isän kokemuksesta siitä. Se on positiivinen, rohkaiseva kommentti, jonka avulla viestitään, että äidin tilanne on ihan hyvä, koska hän tunnistaa varomerkkinsä loppuun palamisessa. Siinä on lisäksi neuvon antamisen piirteitä. Tässä kohtaa asiakas ei enää kommentoi vuorollaan mitään, ja tauon jälkeen terveydenhoitaja jälleen siirtyy rokottamaan lasta.

Merkittävää on, että keskustelunaihe vaihtui potilaan huolesta omasta loppuun palamisestaan siihen, miten isä joutuu olemaan ”syyttömänä” näiden ”räjähtelyiden” kohteena. Äiti on tätä ennen merkinnyt huolensa loppuun palamisestaan erityiseksi, se ei ole tavanomaista väsymystä, vaan jotain muuta. Tätä asiaa ei käsitellä lainkaan, vaan isä nousee keskustelunaiheeksi. Asiakas on kuvaillut loppuun palamisensa tunnusmerkkejä siten, että kiukun tullessa tekisi mieli hyökätä miehen kimppuun (rivit 20 ja 22). Tässä kohtaa terveydenhoitaja suuntaa keskustelun pois siitä, miten loppuun palaminen äidin itsensä kokemana ilmenee siihen, millainen kokemus se isälle mahtaa olla: ”siinä hän onki sitten se”. Asiakas lähtee tähän suuntaan mukaan: ”siinä ihan syyttömänä syyllisenä joutuu oleen ja”. Tämän jälkeen terveydenhoitaja osoittaa asiantilan positiivisen puolen ja tämä vuoro sisältää samalla neuvon kaltaisia piirteitä siitä, että omien varomerkkien tunnistaminen on hyvä asia, jos kokee loppuun palamisen oireita. Näin terveydenhoitaja lopettaa keskustelun huolesta ja lapsen rokottamiseen siirtymisen kautta viestittyy äidin

jaksamiseen liittyvien huolten sijaan neuvolan varsinainen perustehtävä. Huolenkerrontaa siis rohkaistaan ensin, mutta sen käsittely ohitetaan nopeasti ja lopetetaan tuomalla esiin tilanteen myönteinen puoli. Huomionarvoista on myös se, että vaikka isä on läsnä vastaanotolla, hän ei osallistu keskusteluun eikä häneltä kysytä hänen kokemuksistaan äidin loppuun palamisesta ja sen kohdistamisesta häneen.

6.8. Huolenkerrontaa perinteisessä neuvolassa

Olen edellä esitellyt analyysini siitä, miten huolikeskustelua uudessa neuvolan toimintamallissa, tutkimukseen osallistuneissa hyvinvointineuvoloissa, käydään. Aineistoesimerkkien havainnollistamana toin esiin käytänteitä, joilla terveydenhoitajat vastaavat asiakkaan huoleen. Lisäksi tarkastelin sitä, millaisin käytäntein osallistujat lopettavat keskustelun huolesta, ja siirtyvät huolen käsittelystä toiseen toimintajaksoon. Terveydenhoitajan käytänteet vastata asiakkaan esittämään huoleen suhteutuvat terveydenhoitajan työn orientaation eli siihen, miten hän näkee neuvolan institutionaaliset tavoitteet ja toteuttaa niitä työssään. Jotta voisin verrata vuorovaikutuskäytänteitä eri neuvolamallien, hyvinvointineuvolan ja perinteisen neuvolan, kesken, olen kerännyt osaksi aineistoani kaksi huolenkerrontajaksoa perinteisen neuvolan vastaanotolta. Nämä molemmat huolikeskustelut on videoitu samasta neuvolasta, kahden eri terveydenhoitajan vastaanotoilta. Tämän perinteistä neuvolaa koskevan rinnakkaisaineistoni avulla voin katsoa, miten keskustelunkäytänteet huolipuheessa suhteutuvat toisiinsa hyvinvointineuvolan ja perinteisen neuvolan vastaanotoilla. Perinteinen neuvola tavoittelee varmasti työssään samaa asiakkaiden henkistä tukemista, kuin hyvinvointineuvolakin, mutta terveydenhoitajien työtä ohjaavat eri tavoin kirjatut institutionaaliset tavoitteet. He eivät ole osa uutta toimintamallia, jonka tarkoituksena on edesauttaa työkäytäntöjen muuttumista, kun aiemman tutkimuksen osoittamana neuvolan asiakasperheilleen tarjoama psykososiaalinen tuki on ollut riittämätöntä. Kiinnostukseni tässä analyysiosiossa kohdistuu siis siihen, millaisista toiminnoista huolenkerrontajakso perinteisessä neuvolassa rakentuu. Tarkastelen toimintoja, joilla terveydenhoitaja vastaa asiakkaan esittämään huoleen sekä niitä keskustelukäytänteitä, joilla huolenkerrontajakso suljetaan. Esitän taas esimerkkioitteiden havainnollistamana tarkastelemiani piirteitä molemmista huolenkerrontajaksoista. Seuraava ote on vastaanotolta, jossa äiti on muutaman kuukauden ikäisen vauvansa kanssa. Ote on huolenkerrontajakson alusta, jota ennen asiakas on puhunut aiheestaan soittaa perhetyöntekijöitä avuksi arkeensa. Hän on kertonut miehensä perustaneen hiljattain oman yrityksen ja tämän tekevän töitä usein jopa seitsemänä päivänä viikossa.

Esimerkkiote 1. Henkinen jaksaminen:

1 H: no mi[†]ten (0.3) te pärjätte,
2 (0.4)
3 H: ei oo kuiten^okaan vielä sis^o [semmonen (0.4) loppuun
4 N: [nii no sis,
5 H: palamisen olo,
6 N: =no vähän on välilläh.
7 H: ju[st,
8 N: [sellasia päiviä et tekis mieli vaan itkee (.)
9 ku [ei tiedä pitäskö itkee vai nauraa ^oku tää^o .on
10 H: [nii:,
11 N: niin kaaosta.
12 H: **no sun täytyy vaan soittaa [sinne,**
13 N: [nii nyt mun pitää
14 [soittaa sinne ja siis et[tä tulis vaikka
15 H: [JOO:, [joo,
16 N: aamupäiviks pari päivää

Huolenkerrontajakso alkaa terveydenhoitajan esittämällä avoimella kysymyksellä perheen ”pärjäämisestä”, johon asiakas ei heti vastaa, sen mahdollistavasta kohdasta huolimatta (rivillä 2). Terveydenhoitaja lisääkin kysymykseensä preferoidun, suljetuksi kysymystavaksi muotoillun, tarkennuksen ”ei oo kuitenkaan vielä sisemmonen loppuunpalamisen olo”. Tämä on myönteistä asiantilaa ennakoiva vuoron muotoilu, joka on aineistoni vuorovaikutuksessa, myös hyvinvointineuvolassa, tyypillinen käytänne. Asiakas aloittaa vastauksensa jo päällekkäin terveydenhoitajan vuoron kanssa, mutta terveydenhoitajan lopetettua kysymyksensä, asiakas tuottaa vastauksensa suoraan sen perään. Hän vastaa preferoituun kysymykseen ei-preferoidusti ja käyttää tässä no-sanaa osoittamaan vuoroa, joka suuntaa aihetta pois päin edeltävästä vuorosta (Raevaara 1989, 148–159). Asiakas kuvaa huoltaan ääri-ilmaisuin ”tekis mieli vaan itkee” ja ”ku tää on niin kaaosta”. Terveydenhoitaja osoittaa minimaalista empatiaa rivillä 10 nii-partikkelilla. Asiakkaan kertomukseen tukalasta tilanteestaan terveydenhoitaja vastaa neuvolla soittamaan perhetyöntekijöille (”sinne”). Asiakas on jo aikaisemmin kertonut toiveestaan kotiapuun, ja hän vahvistaakin neuvon olevan sopiva.

Terveydenhoitaja ei kuitenkaan ota käsittelyyn asiakkaan tilanteen mentaalista puolta, vaan keskustelu fokuoituu käytännön asioiden ja arjen hoitumisen ratkaisemiseen kotiavun keinoin. Asiakas on kuitenkin kuvaillut tilannettaan melko tukalaksi, ja voimme pohtia olisiko tässä otollinen kohta, jossa terveydenhoitaja voisi tarttua vaikeisiin tuntemuksiin ja jatkaa niiden käsittelyä. Keskustelu jatkuu terveydenhoitajan asiakkaalle antamaan kehotukseen ottaa itselleenkin omaa aikaa, sillä hänen mukaansa perhetyöntekijät pärjäävät kaikkien kanssa. Huolenkerrontajakso jatkuu asiakkaan kertomuksella yrittäneensä opettaa

vauvaa syömään tuttipullosta, jotta hän voisi joskus käydä jossain, sillä hän kertoo olleensa vauvasta erossa vain kaksi tuntia. Seuraavassa otteessa näkyy terveydenhoitajan vastaus tähän:

Esimerkkiote 2. Henkinen jaksaminen:

```
1 H:          @sitä se [on tää vauva-aika.@
2 N:          [nii:?,
3 H:          @nii,@
4 N:          =e:i mulla siis mitää valittamista oo mut et jos tulee joku
5            tilanne et ku menee johonki ni et se osais syödä,
```

Terveydenhoitajan vastaus asiakkaan ongelmalliseen tilanteeseen on normalisoiva; hän tuo esiin tilanteen tavanomaisuuden vastaamalla ”*sitä se on tää vauva-aika*”. Asiakkaan vastauksen perusteella voi nähdä, että hän tulkitsee terveydenhoitajan vuoroa jollain tapaa kritiikkinä omasta ajasta haaveilulle. Asiakas puolustautuu kieltämällä sen, että hän valittaisi tilanteestaan ja perustelee edellistä vuoroaan omaan aikaansa liittyen sillä, että lapsen tulisi osata syödä, mikäli tulee tällainen tilanne.

Tässä tapauksessa voi olettaa, että terveydenhoitajan normalisoiva vuoro ei välttämättä edistä asiakassuhteen muodostumista ja tue asiakasta vaikeassa tilanteessaan. Huolenkerrontajakso jatkuu asiakkaan jatkaessa perusteita sille, miksi vauvan tulisi osata syödä, jos äidin on oltava jossain muualla. Huolenkerrontajakso päättyykin pian siihen, että terveydenhoitaja vahvistaa asiakkaan huolen vauvan opettamisesta syömään muutakin kuin rintaa, jotta ”*äitikin sais vähä vapaata*”. Tämä huolenkerrontajakson sulkeva vuoro sisältää empatian piirteitä, joilla terveydenhoitaja osoittaa ymmärtävänsä ja tukevansa asiakkaan tarvetta omalle ajalleen. Keskustelu huolesta siirtyy tämän jälkeen terveydenhoitajan aloitteesta ihaillemaan vauvaa ja mittaamaan pään ympärystä. Näin huolenkerrontajakso päätetään.

Myös toisesta perinteisen neuvolan huolenkerrontajaksosta olen tarkastellut niitä piirteitä, joilla terveydenhoitaja vastaa asiakkaan huoleen, ja joilla keskustelu päätetään. Seuraavan esimerkkioitteen avulla havainnollistan kohtaa, jossa asiakas tuo huolenkerrontaan äärimmäisiä piirteitä, sillä hän on jatkanut vaikean raskauspahoinvoinnin ja monien oireiden kuvaamista terveydenhoitajalle pitkään. Hän on ensikäynnillä neuvolassa ja odottaa toista lastaan. Pahoinvointi on jatkuvaa ja vaikeuttaa hänen työssäkäyntiään ja esikoisesta huolehtimista. Terveydenhoitaja on vastannut hänelle neuvoin liittyen

esimerkiksi siihen, miten usein tulisi syödä kuvotusta välttääkseen, vaikka asiakas on jo aiemmin kertonut syövänsä jatkuvasti. Asiakas onkin vastustanut neuvoja ja huolenkerronta jatkuu seuraavalla tavalla:

Esimerkki 3. Henkinen jaksaminen:

1 N: mää olen jo toivottavasti että #mm# (.) yrittäny niinku
2 sinnitellä että mulla on hyvä syy kestää #mut että# (0.3)
3 toivottavas#ti:# (.) niitäki oon kuullu että toiset on kärsiny
4 synnytyssa#liin asti että to[ta# (.) tu- tuota ei
5 H: [mm:?
6 N: kyl[lä sitten nuppi #ei niinku kes[tä#.
7 H: [mm:? [mm:?
8 N: (.hhh) (0.3) ku se on nii siis semmosta,
9 (.)
10 H: .mt no yleensä tämä menee ohi sinne neljätöista viikkoon
11 mennes^osä että,^o (.) (.hh) jospas tää niinku helpot^otas^o.
12 (.)
13 N: #n[ii. (.) joo.#
14 H: [voi'aan pikku hiljaa.
15 (0.5)
16 H: >on parempia päiviä ja yhtäkkiä huomaa että oho?<

Asiakas tuo huolenkerronnassaan esiin, miten hän on sinnitellyt, eikä hänkään turhasta valita, vaan tietää, että hänellä on hyvä syy kärsiä. Hän tuo myös esiin huolensa siitä, että pahoinvointi jatkuisi aina synnytyssaliin asti. Tämän jälkeen hän tuottaa äärimmäisen kuvauksen ongelmastaan ja sen vakavuudesta tuomalla keskusteluun suoraan mentaalisen ilmaisen ”*kyllä sitten nuppi ei niinku kestä*”. Terveystenhoitajan vastaus riveillä 10-11 normalisoi asiakkaan tilannetta ja kertoo, miten raskauspahoinvointi yleensä loppuu 14. raskausviikkoon mennessä. Terveystenhoitaja ei fokuo keskustelua jatkuvan pahoinvoinnin aiheuttamaan henkiseen puoleen, jonka asiakas tuo tässäkin selvästi esille. Vaikuttaa siltä, että asiakas ei ole edelleenkään saanut odotustensa kaltaista vastausta, sillä hän jatkaa yhä huolenkerrontaansa. Terveystenhoitaja jatkaa neuvojen antamista ja asiakkaan tilanteen normalisoimista (ei näy aineisto-otteessa). Huolenkerrontajakso päättyy esimerkkiotteen havainnollistamalla tavalla:

Esimerkki 4. Henkinen jaksaminen:

1 N: semmone et sit ku s'- siihen pää#see että (.) aikansa se#
2 kestää (.) sängyssäkin #ennen kun# (.) sit kun se olo vähän
3 sillai niinku helpottuu että vaipuu siihen uneen ni se on siis
4 paras olotila kos:ka [sillon ei sit #niinku#
5 H: [mm::,
6 (.)
7 H: mm::?,

8 (0.7)
9 N: oo paha ollah.
10 H: m[m. ↑sillo on
11 N: [mutta siis se-
12 (.)
13 H: suht hyvä olla. [hehheh heh (.)](.hh)
14 N: [nii. [kun on ihan liikkumatta vaan siinä sit.
15 (1.5)
16 H: no nii:n h. (.) muutetaanpa heti tuolta tuota niin (.)
17 otetaanpa tuo sun raskaus, =↑onko tää nyt toinen raskaus sulla
18 sit^ote.^o

Asiakas kertoo, että ainoa tilanne, jossa olo hieman helpottaa, on nukkuminen. Terveydenhoitaja löytää asiakkaan ilmaisusta myönteisen puolen kääntämällä tämän ilmaisun ”*sillon ei oo paha olla*” positiiviseksi ”*sillo on suht hyvä olla*”. Tähän positiivisen puolen osoittamiseen terveydenhoitaja päättää huolenkerrontajakson ja siirtyy puhumaan raskaudesta ja sen kestosta.

Näitä kahta perinteisen neuvolan huolenkerrontajaksoa tarkastelemalla löysin niistä samoja keskustelunkäytänteitä, joita löysin hyvinvointineuvolan asiakaskohtaamisistakin. Terveydenhoitaja vastaa asiakkaan huoleen ensisijaisesti neuvoin ja normalisoivin käytäntein. Empatiaa terveydenhoitaja osoittaa pääosin lopettaessaan huolenkerrontajakson ja siirtäessään puheenaiheen toiseen. Toinen käytänne huolikeskustelun lopettamiseen on, että terveydenhoitaja osoittaa asiakkaalle tilanteen positiivisen puolen. He orientoituvat psykososiaalisten huolten käsittelyyn neuvolatyön normaaliin kulkuun kuulumattomina. Terveydenhoitajien tapa muotoilla kysymyksensä suljetuiksi sekä vastata huolenkerrontaan sisältävät usein ehdotuksen ’hyvänlaatuisesta tilanteesta’ (Maynard 2003). Analysoituani keskusteluanalyysin avulla 19 huolenkerrontajaksoa hyvinvointineuvolasta ja 2 perinteisen neuvolan vastaanotolta, näyttää siltä, että terveydenhoitajat uudessa hyvinvointineuvolamallissa toteuttavat työtään samoin keinoin, kuin ennen uudistustakin. Aineistoni perusteella voidaan nähdä, että uusi hyvinvointineuvolamalli kaipaa osin vielä kehittämistä, jotta kirjatut tavoitteet psykososiaalisten ongelmien ennaltaehkäisystä saatetaan näkymään vielä kirukkaammin arjen työtavoissa.

7 Yhteenveto ja pohdintaa

Tässä tutkimuksessa olen tarkastellut, miten uudessa hyvinvointineuvolan toimintamallissa sen tavoite varhaisesta puuttumisesta asiakasperheiden psykososiaalisiin huoliin toteutuu. Olen tutkinut vuorovaikutuksessa niitä kohtia, joissa asiakas tuo terveydenhoitajan vastaanotolla keskusteluun huolen. Huolenkerrontajakson rakentumista tarkastelemalla olen osoittanut erilaisia käytänteitä siinä, miten keskustelu huolesta aloitetaan, millaisin toiminnoin terveydenhoitaja huoleen vastaa ja miten osallistujat lopettavat keskustelun huolesta. Pääasiallisena aineistona olen käyttänyt videoituja huolenkerrontajaksoja hyvinvointineuvolasta. Tämän lisäksi suhteutin perinteisen neuvolan puolelta keräämäni rinnakkaisaineiston avulla näiden kahden eri neuvolamallin vuorovaikutuskäytänteitä huolten käsittelyssä toisiinsa. Tämän luvun aluksi kokoan tutkimustulokseni yhteen ja suhteutan ne aiempiin neuvolatyötä ja asiakassuhteen vuorovaikutusta koskeviin tutkimustuloksiin. Sen jälkeen arvioin tutkimukseni yleistettävyyttä sekä sen tieteellistä pätevyyttä ja luotettavuutta. Ennen loppusanoja pohdin tutkimukseni merkitystä neuvolatyön kehittämisessä sekä laajemmin yhteiskunnallisesti. Tuon esiin vielä tutkimukseni merkityksen keskusteluanalyysin tieteellisessä kentässä sekä pohdin mahdollisia jatkotutkimusaiheita.

7.1. Tutkimustulokset ja niiden suhde tutkimuksen lähtökohtiin

Lähdin tutkimuksessani liikkeelle tarkastelemalla aiemmin tehtyjä tutkimuksia, joissa on selvitetty neuvolan asiakasperheilleen antamaa psykososiaalista tukea. Aiempi tutkimus osoitti, että neuvola ei ole pystynyt tukemaan asiakkaitaan tavoitellulla tavalla, vaan asiakkaat ovat kokeneet terveydenhoitajien suuntaavan keskustelun pois ongelmallisista asioista ja välttelevän niihin tarttumista. (Hakulinen-Viitanen ym. 2005; Heimo 2002; Kuronen 1994; Paavilainen 2003.) Tämän ongelman edessä on kehitetty hyvinvointineuvolan toimintamalli, jonka tavoitteena on asiakasperheiden psykososiaalinen tukeminen ja ennaltaehkäisy entistä suunnitelmallisemmin. Oma tutkimukseni osoittaa, että terveydenhoitajat orientoituvat työkäytänteissään neuvolatyöhön ongelmien ratkaisun ja neuvonannon tavoilla, joilloin uuden psykososiaalisen tukemisen tavoitteen toteutuminen vaatii vielä aikaa ja koulutusta. Terveydenhoitajien entiset vuorovaikutukselliset työkäytänteet ovat yhä läsnä, minkä osoitin tarkastelemalla myös pientä rinnakkaisaineistoa, joka oli kerätty perinteisen neuvolan puolelta.

Asiakkaat aloittavat huolikeskustelun aineistossani useimmiten omasta aloitteestaan (10), mutta myös terveydenhoitajan esittämän kysymyksen jälkeen. Niin avoimiksi (5) kuin suljetuiksi (4) muotoillut kysymykset motivoivat asiakasta ilmaisemaan huolensa. Suljettu kysymystapa ei siis aina estä asiakasta

tuomasta esiin asiantilaa, joka ei vastaakaan kysyjän ehdotusta. Tämä silti vaatii usein terveydenhoitajalta jatkokysymyksen, jonka jälkeen asiakas vasta kertoo huolensa. Terveydenhoitajan tapa ehdottaa myönteistä asiantilaa kysymystävän muotoilullaan saattaa viestiä asiakkaalle normatiivisen mallin toivotusta tilanteesta ja vaikuttaa siihen, miten paljon tästä poikkeavan todellisuuden asiakas tulee tuoneeksi keskusteluun. Se, että suuri osa asiakkaiden huolenkerronnasta alkoi heidän omasta aloitteestaan kertoo yhtäältä siitä, että vastaanoton vuorovaikutuksessa terveydenhoitajan kontrolli puheenaiheiden esille tuomisesta on suhteellisen löyhä, mikä mahdollistaa myös asiakkaalle haluamiensa aihepiirien esille ottamisen. Toisaalta se kertoo siitä, että mieltä painavien huolten esille ottaminen on paljolti asiakkaan oman aktiivisuuden varassa, sillä varsinaisesti mahdollisista mieltä askarruttavista asioista terveydenhoitajat kysyivät vain satunnaisesti. Tällöin vähemmän aktiivisen asiakkaan huolet saattavat jäädä kertomatta.

Terveydenhoitajat käyttävät työssään huolen tullessa keskustelunaiheeksi resursseinaan neljää erilaista toimintoa tai vastaustapaa, jotka ovat 1) neuvo, 2) positiivisen puolen osoittaminen, 3) normalisointi ja 4) empatia. Nämä käytännöt suhteutuvat siihen, miten hyvinvointineuvolan terveydenhoitaja orientoituu työhönsä ja sen institutionaalisiin tavoitteisiin. He liikkuvat toiminnassaan huolenkerrontajakson aikana käyttäen vastaustapoja sen mukaan, mikä kulloinkin on järkevää edelliseen vuoroon suhteutettuna sekä meneillään olevaan tilanteeseen että heidän mieltämiinsä institutionaalisiin tavoitteisiin nähden.

Analyysini perusteella terveydenhoitajan työn orientaatio määrittyy ennen kaikkea normaalin raskauden kulun seurantaan, ja keskustelua asiakkaan psykososiaalisista huolista kohdellaan neuvolatyön tavanomaiseen tehtävään kuulumattomina. Asiakkaan tuodessa ongelmallisen tai vaikean asian keskusteluun, huolta kohdellaan ensisijaisesti neuvomista ja informaation antamista tarvitsevana. Työn orientaationa näyttävätkin vahvasti olevan huolen poistaminen ja sen ratkaisuyritykset. Analyysini perusteella neuvo annetaan melko nopeasti huolenkerrontajakson alussa. Neuvo ei useinkaan vastaa asiakkaan tarpeeseen tai tämän edellä esittämään vuoroon. Haastavaa näyttääkin olevan, miten sovittaa neuvo vuorovaikutuksessa asiakkaan tilanteeseen. Kun asiakas ei ole muotoillut vuoroaan pyytääkseen neuvoa, on terveydenhoitaja kuitenkin tulkinnut edeltävässä vuorovaikutuksessa jollain tapaa ilmenneen neuvon tarpeen (Heritage & Sefi 1992, 380; Vehviläinen 2001, 172). Neuvon antamista on tutkittu paljon erilaisissa ammatillisissa ympäristöissä. Neuvominen voidaankin nähdä ongelmallisena suhteessa dialogisuuteen ja asiakaslähtöisyyteen, sillä se asettaa ammattilaisen väistämättä autoritatiiviseen asemaan. Neuvon antaminen vuorovaikutuksellisenä toimintona olettaa, että neuvojalla on tietoa, joka puuttuu neuvon kohteelta. Näin lähestytään ammattilaislähtöistä asetelmaa, jossa vuorovaikutuksen osapuolet ovat epäsymmetrisessä asemassa. (Ks. esim. Vehviläinen 2001, 171–172.) Neuvolan

varhaiseen tarkoitukseen kuuluu kuitenkin hyvin vahvasti neuvominen, nimensä mukaisesti, jolloin asiakasta saatetaan kohdella jo lähtökohtaisesti neuvoa tarvitsevana. Vehviläisen (2001, 193) tutkimuksen mukaan ohjaustilanteissa asiakkaan mielipiteen kysyminen edesauttaa neuvon hyväksymistä ja vähentää tietämiseen liittyvää epäsymmetriaa vuorovaikutuksessa osallistujien välillä.

Toiseksi terveydenhoitajat näyttävät orientoituvan huolikeskusteluun osoittamalla asiakkaalle huolen myönteisiä puolia. Tämä tapa luoda asiantilasta myönteinen on aineistossani hyvin tyypillinen vastustapa huoleen. Terveydenhoitaja toteuttaa tällä käytänteellä rohkaisevaa, voimavaroja korostavaa työorientaatiota sekä kuljettaa keskustelua pois ongelmasta. Positiivisen puolen osoittaminen vastauksena huoleen sulkee asiakkaan huolenkerrontaa ja suuntaa keskustelua pois huolesta siten, että tämän käytänteen kautta ylläpidetään positiivista asiantilaa. Tällöin asiakkaan voi olla hankalaa tuoda keskusteluun muita kuin myönteisiä asioita. Tätä vastustapaa käytetään myös hyvin paljon huolenkerrontajakson lopettamiseen siirryttäessä toteuttamaan muita neuvolan tehtäviä.

Terveydenhoitajat vastasivat asiakkaan huoleen myös tehden ongelmista tavanomaisia ja normaaleja. Huolen normalisoiminen on käytänne, jolla viedään asiantilaa kohti tavanomaista ja ongelmatonta. Tämä käytänne vastata huoleen voi myös toimia asiakkaalle rohkaisevana viestinä siitä, että hänen tilanteessaan moni muukin kokee samalla tavalla, tai että huoli on elämäntilanteeseen kuuluvaa ja menee aikanaan ohi. Tätä viestiä terveydenhoitajat todennäköisesti haluavatkin normalisoinnilla asiakkaalle välittää. Kuitenkin, tarkemmin katsottuna, huolen normalisoiminen samalla suuntaa keskustelua pois päin asiakkaan henkilökohtaisesta kokemuksesta ja sulkee keskustelun huolesta, ja tekee siitä tavanomaisen ja yleisen. Huolen normalisoinnin kautta asiakkaalle saattaa välittyä viesti siitä, että ongelma ei ole todellinen ja oikeutettu, ja että sitä tulee sietää ja siihen tulee suhtautua tavanomaisena, elämäntilanteeseen kuuluvana. Normalisoinnin kautta asiakkaan subjektiivinen huoli sinänsä tavallisessa tilanteessa voi jäädä huomiotta ja käsittelemättä vastaanotolla. Asiakkaan huolen kuvaukset myös kuultiin usein kertovan tavanomaisista ongelmista, ja keskustelua lähdettiin kuljettamaan tällaiseen suuntaan.

Analyysini perusteella empatian osoittaminen vastauksena huoleen on asiakkaan toimintaa tarkastellen osuvin käytänne. Suoraa empatiaa osoittavan terveydenhoitajan vastauksen jälkeen asiakas usein täydentää terveydenhoitajan lauseita ponnekaasti ja yhtyy yhteiseen tulkintaan tilanteesta tai asiasta. Minimaalista empatiaa *nii* -partikkelilla osoittavat terveydenhoitajan vuoroja asiakas kohtelee kehotuksina jatkamaan kerrontaa. Empatia vastauskäytänteenä huolikeskustelussa osoittaa terveydenhoitajan orientoituvan työhönsä myös asiakkaan emotionaalisenä tukijana. Empatiaa terveydenhoitajat osoittavat aineistossani huolenkerrontajakson aikana kuitenkin hyvin poikkeuksellisesti. Empatia näyttäytyi yhtenä

terveydenhoitajan keinona lopettaa huolikeskustelu ja siirtyä toiseen aiheeseen. Käytänne on yhteneväinen Ruusuvuoren (2007) tulosten kanssa, jotka koskevat yleislääkärin ja homeopaatin vastaanottoja.

Asiakkaan vastauksista oli pääteltävissä, että terveydenhoitajien vastaukset huolenkerrontajaksojen aikana eivät aina olleet asiakkaiden odotusten mukaisia. Terveydenhoitaja fokusoi keskustelun tavallisesti ongelmaan ja puheenaiheeseen sinänsä, ei asiakkaan psyykkiseen tai emotionaaliseen tilaan, joka olisi tunnistettavissa asiakkaan vuoroista. Tavanomaisimmat vastaustavat asiakkaan esittämään huoleen ovat sen kaltaisia toimintoja, joilla terveydenhoitaja ohjaa keskustelua pois huolen ongelmallisuudesta ja kohti seuraavaa puheenaihetta. Huolikeskustelua lopettaessa empatia ja tilanteen myönteisen puolen osoittaminen näyttävät olevan keskeiset käytänteet siirtyä toiseen aiheeseen. Tämä onkin vuorovaikutuksellisesti sujuva tapa lopettaa keskustelujakso (ks. esim. Jefferson 1988; Maynard 2003), mutta antaa aiheen miettiä, olisiko empatiaa sisältävä vastaus aiheellinen jo aiemmin, asiakkaan tuotua huolensa esiin. Terveydenhoitajat taitavat empatian käytön eli yhden keskeisen tavan osoittaa psykososiaalista tukea, mutta sitä käytetään enimmäkseen sujuvana tapana siirtyä vaikeasta puheenaiheesta toiseen. Tämä on yhteydessä siihen, miten terveydenhoitajat työnsä tarkoituksen määrittävät. Terveydenhoitajien tapa olla lähtemättä käsittelemään psykososiaalisia ongelmia ja osoittamaan asiakkaille tukea vastaanotolla voi liittyä niin kiireeseen kuin työorientaatioonkin: terveydenhoitajat näkevät työnsä ennenkaikkea neuvonantajina ja somaattiseen terveyteen sekä käytännön ongelmiin liittyvien ongelmien ratkaisijoina. Yli puolet terveydenhoitajista ja lääkäreistä arvioi, että työaika ei riitä työn suunnitteluun ja arviointiin (Hakulinen-Viitanen ym. 2005, 120), jolloin työkäytäntöjen ja vuorovaikutustaitojen kehittämisen ohella olisi varmistettava riittävät aikaresurssit ammattilaisille toteuttaa työtään tavoitteiden mukaisesti. Tutkimukseni ehdottaa samansuuntaisia kehittämistarpeita, kuin Pelkosen ja Löthman-Kilpeläisen (2000) selvitys neuvolatoiminnasta; vuorovaikutuksellisissa työtavoissa on yhä kehitettävää, jotta asiakasperheiden psykososiaalinen tukeminen mahdollistuu.

Toinen lähtökohta tutkimukselleni olivat erilaiset näkökulmat ja tutkimukset siitä, millaisten käytänteiden nähdään mahdollistavan sujuva vuorovaikutus asiakassuhteessa. Toin esiin ammattilais-asiakaslähtöisyyden sekä ohjauksen ja dialogisuuden (asiakassuhde kumppanuutena) näkökulmat, sillä hyvinvointineuvolan tavoitteiksi asiakastyössä määrittyvät juuri kumppanuus ja asiakaslähtöisyys. Asiakkaiden psykososiaalisten huolten käsittelyssä aineistossani ammattilainen ei kuitenkaan kohtaa asiakasta kumppanina ja asiakaslähtöisesti, vaan vuorovaikutus etenee useimmiten ammattilaislähtöisesti. Kuten analyysissäni osoitin, terveydenhoitaja ohjaa vuorovaikutusta huolenkerrontajaksossa, ja kiiruhtaa asiakkaan kerrottua ongelmastaan ottamaan vuoron itselleen ja tulkitsemaan tilannetta. Huoleen

paneutumisen sijaan terveydenhoitajat lopettavat huolikeskustelun verrattain nopeasti ja siirtyvät toteuttamaan neuvolan institutionaalista perustehtävää, jollaisiksi terveydenhoitajat työssään näyttäisivät määrittävän fyysiseen terveyteen liittyvän seurannan, neuvonnan ja toimenpiteet. Tarkastelemissani huolenkerrontajaksissa terveydenhoitaja on se, joka tietää enemmän, jolloin voidaan puhua ammattilaislähtöisestä vuorovaikutuksesta asiakaslähtöisen tai dialogisen vuorovaikutuksen sijaan. Tämä tulee esiin erityisesti tavassa käyttää suljettuja kysymyksiä, jotka on muotoiltu ehdottamaan asiakkaalle myönteistä asiantilaa ja suuntaamaan fokusta pois ongelmasta, mikä huomio on linjassa aiemman neuvolaa koskevan tutkimuksen kanssa. Esiin tuotuja ongelmia käsitellään mahdollisimman tavanomaisina ja luoda niistä ongelmaton käsitys. (Ks. esim. Kuronen 1994.) Mikäli lähtökohtana hyvään ja tavoiteltuun vuorovaikutukseen pidetään dialogisuuden, asiakaslähtöisyyden ja ohjauksen näkökulmia, kuten hyvinvointineuvolan kirjatuissa tavoitteissa on, ja suhteutetaan se hyvinvointineuvolassa ja perinteisessä neuvolassa tarkastelemani vuorovaikutukseen, päädytään siihen tulokseen, että vuorovaikutuksellisesti vaativan asiakastyön tekemisessä kaivataan vielä työkäytänteiden hiomista.

7.2. Tutkimuksen arviointia

Tutkimuksessa on syytä huomioida analyysin pätevyys ja luotettavuus. Analyysin validiteetissa on kyse siitä, onko tutkimus pätevä eli ovatko tehdyt tulkinnot ja tulokset uskottavia ja vakuuttavia. Reliaabeliudella arvioidaan tutkimuksen johdonmukaisuutta ja sitä, ettei sen sisällä ole ristiriitaisuuksia. (Eskola ja Suoranta 1998, 214.) Lisäksi aineistoa on tarkasteltava kokonaisuutena siten, että siitä tehdyt tulkinnot perustuvat koko aineistoon. Aineistoa on kerättävä riittävän suuri määrä, jotta tarkasteltavan ilmiön eri variaatiot tulevat esiin (Peräkylä 2004, 288). Valitsin aineistoni verrattain suuresta määrästä nauhoitettuja vastaanottoja (82 kappaletta), joista valitsin kaikki niissä esiintyvät psykososiaalisia aiheita koskevat huolenkerrontajaksot (19 kappaletta). Keskusteluanalyysissa aineisto on aina pienehkö sen työlään käsittely- ja analyysivaiheen vuoksi (Peräkylä 2004, 295). Aineistoa analysoidessani sieltä erottuivat erilaiset toiminnot selkeästi, ja näenkin, ettei aineiston laajentaminen toisi enää esiin uusia keskustelunpiirteitä. Aineistoni etuna on, että se on kuvattu kaikkiaan kolmessa eri hyvinvointineuvolassa, kuuden eri terveydenhoitajan vastaanotolla niin äitiys- kuin lastenneuvolatyössäänkin. Näin tekemäni johtopäätökset perustuvat useamman eri neuvolan ja terveydenhoitajan työkäytänteiden analysoimiseen. Videonauhoitusten laatu on ollut kauttaaltaan hyvä ja litteraatiot ovat analysoimiltani osioilta tarkkoja (vrt. Peräkylä 2004, 288).

Voidaan myös pohtia, onko vastaanottojen kuvaaminen vaikuttanut terveydenhoitajien työtapoihin ja asiakkaan huolten esiin tuomiseen neuvolassa. Asiakkaat olivat aineistoa kerätessä hyvin myönteisiä

vastaanottojen videokuvaamiseen, joten voi olettaa, että kameroiden läsnäolo vastaanottotilanteessa ei ole vaikuttanut siihen, miten arkaluontoisia aiheita he uskaltavat tuoda esiin. Osana tutkimusprojektia on haastateltu tutkimukseen osallistuneita terveydenhoitajia, ja heidän mukaansa kameroiden läsnäolo unohtui pian. (Ruusu vuori ym. 2008.) Mikäli kameroiden läsnäolo olisi muuttanut terveydenhoitajien työtapoja ja vuorovaikutusta asiakkaiden kanssa, he todennäköisesti ovat videokuvatuissa asiakaskohtaamisissaan kiinnittäneet yhä tarkemmin erityistä huomiota työskentelyynsä, jotta se vastaisi hyvinvointineuvolan institutionaalisia tavoitteita. Tällöin aineistoni koostuisi neuvolatyön vuorovaikutuksen parhaimmistosta.

Tutkimukseni tarkoitus on ollut kertoa ongelmista ja vaikeista asioista puhumisen käytännöistä hyvinvointineuvolavastaanotolla ja suhteuttaa se siihen ennaltaehkäisyyn tavoitteeseen, joka hyvinvointineuvolan uudelle toimintamallille on asetettu asiakaslähtöisyyttä ja kumppanuuden ihannetta toteuttamalla. Voidaanko tutkimustulosteni perusteella sitten päätellä mitään tämän instituution ulkopuolisista puhekäytännöistä huolenkerronnassa? Laadullisen tutkimuksen tarkoitus ei ole yleistää tilastollisesti, vaan voidaan puhua teoreettisesta tai olemuksellisesta yleistettävyydestä (Uusitalo 1991, 78). Tällöin merkityksellistä on aineistosta tehtyjen tulkintojen kestävyys, ei aineiston koko, kuten kvantitatiivista tutkimusta tehtäessä. Eskolan ja Suorannan mukaan laadullisen tutkimuksen tuloksia voidaan arvioida siirrettävyyden käsitteen avulla, jolla tarkoitetaan tulosten soveltumista toisenlaiseen toimintaympäristöön. (Eskola ja Suoranta, 1998, 68.) Peräkylä lähestyy yleistettävyyden vaatimusta keskusteluanalyysissä myös mahdollisuuden käsitteen kautta. Tutkimuksen avulla esiin saadut toiminnot ovat kuvauksia käytännöistä, joita on mahdollista havaita myös laajalti tutkitun kontekstin ulkopuolella. (Peräkylä 2004, 297.) En voi väittää, että tulokseni kertoisivat huolien käsittelyn tavoista kaikissa suomalaisissa hyvinvointineuvoloissa. Löytämäni käytännöt ovat kuitenkin *mahdollisia* tapoja, joilla muissakin neuvoloissa käsitellään psykososiaalisia huolia. On myös mahdollista, että muissakin institutionaalisissa asiakaskohtaamisissa, hyvinvointineuvolavastaanoton ulkopuolella, esiintyy samantyyppisiä puhekäytännöitä huolista keskusteltaessa.

7.3. Tutkimuksen merkitys sekä jatkotutkimusaiheet

Tässä tutkimuksessa olen lähtenyt tarkastelemaan, miten uuden hyvinvointineuvolamallin tavoitteet asiakasperheiden psykososiaalisten huolten käsittelystä toteutuvat vastaanotolla. Tuotaessa uusia toimintamalleja organisaatioihin, on tärkeää kohdistaa tutkimusta siihen, toteutuvatko asetetut tavoitteet ja ihanteet työn arjessa ja toimintakäytännöissä. Näenkin tutkimukseni tuottavan tärkeää tietoa niin terveydenhoitajille kuin toimintamallien kehittäjille. Tulokseni valottavat sitä, että toimintakäytännöt työn

arjessa muuttuvat hitaasti vastaamaan organisaatiouudistusten ja uusien toimintamallien tavoitteita, työntekijöiden saamasta koulutuksesta huolimatta, sillä työtapojen muuttaminen vaatii paljon reflektointia ja tutkimusta. Tulokseni antavat aihetta miettiä terveydenhoitajien vuorovaikutustapojen kehittämistä, jotta hyvinvointineuvolan tavoite varhaisesta puuttumisesta psykososiaalisiin ongelmiin toteutuisi. Neuvolalla on erityinen asema yhteiskunnassamme lapsiperheiden tukijana, joten on tärkeää varmistaa ammattilaisille resurssit toteuttaa ja kehittää työtään institutionaalisten tavoitteiden mukaisesti.

Tutkimukseni tuo myös institutionaalisen vuorovaikutustutkimuksen ja keskusteluanalyysin kentille uutta, sillä huolenkerrontaa ei ole aikaisemmin tutkittu neuvolaympäristössä. Tutkimuksessani tarkastelin kuitenkin vain palasta siitä mielenkiintoisesta maailmasta, joka asiakassuhteen vuorovaikutukseen ja työkäytänteiden kuvaamiseen liittyy. Jatkossa olisi tarpeen tutkia psykososiaalisten aiheiden käsittelyä myös hyvinvointineuvolan lomakekäynneillä. Lomakkeet on luotu helpottamaan puheeksi ottamista ja arkaluontoisempien asioiden käsittelyä. Olisi mielenkiintoista tarkastella ongelmien käsittelyä ja terveydenhoitajien vastaustapoja asiakkaan kertomiin huoliin sellaisissa tilanteissa, jotka varta vasten on varattu mahdollisten huolien esiintuomiseen. Tässä tutkimuksessa tarkasteltuja huolenkerrontajaksoja tavallisissa vastaanottotilanteissa terveydenhoitajat kohtelivat selvästi neuvolaympäristöön kuulumattomina ja huolten käsittelyä pyrittiin ohjaamaan kohti muuta, tavanomaiseen neuvolatyöhön kuuluvaa aihetta. Näin voisi verrata, onko käytetyillä vastaustavoilla eroa lomakekäynneillä ja tavallisella vastaanotolla, jolloin asiakas on oma-aloitteisesti tuonut esiin huoliaan. Voi olla, että terveydenhoitajat tietämättään orientoituvat työssään siihen, että lomakekäynnit ovat ensisijaisesti niitä tilanteita, jotka on varattu psykososiaalisten aiheiden käsittelyyn, ja muilla vastaanottokerroilla keskitytään neuvolan perinteiseen toimintaan. Tämän tutkimuksen puitteissa ei ollut mahdollisuutta myöskään syventyä analysoimaan tarkemmin löytämiäni eri toimintakäytänteitä, joilla terveydenhoitajat vastaavat asiakkaan huolenkerrontaan. Mielenkiintoista olisi tutkia lisää, miten esimerkiksi neuvojen antaminen muotoillaan, ja mitä eri tavoista vuorovaikutuksen kannalta seuraa. Myös empatian osuus sujuvassa asiakaskohtaamisen vuorovaikutuksessa kaipaisi jatkossa tutkimusta.

Lähdeluettelo

Painetut lähteet

Alasuutari, Pertti (1999) Laadullinen tutkimus. 3. uudistettu painos. Vastapaino, Tampere.

Bergmann, Jörg R. (1992) Veiled Morality: Notes on Discretion in Psychiatry. Teoksessa Drew, Paul & Heritage, John (toim.) Talk at Work. Interaction in Institutional Settings. Cambridge University Press, Cambridge, 137–162.

Burnard, Philip (2005) Counselling Skills for Health Professionals. 4th Edition. Nelson Thornes, Cheltenham.

Clayman, Steven E. (1992) Footing in the Achievement of Neutrality: The Case of News-interview Discourse. Teoksessa Drew, Paul & Heritage, John (toim.) Talk at Work. Interaction in Institutional Settings. Cambridge University Press, Cambridge, 163–198.

Davis, Mark H. (1996) Empathy. A Social Psychological Approach. Westview Press, Boulder, Colorado.

Drew, Paul & Heritage, John (1992) Analyzing talk at work: an introduction. Teoksessa Drew, Paul & Heritage, John (Ed.) Talk at work. Interaction in institutional settings. Cambridge University Press, Cambridge, 3–65.

Eskola, Jari & Suoranta, Juha (1998) Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 2. painos. Vastapaino, Tampere.

Freshwater, Dawn (2003) Counselling Skills for Nurses, Midwives and health Visitors. Open University Press, Philadelphia.

Haakana, Markku (1999) Laughing Matters. A Conversation Analytical Study of Laughter in Doctor-Patient Interaction. Department of Finnish Language, University of Helsinki.

Hakulinen, Auli (1997) Johdanto. Teoksessa Tainio, Liisa (toim.) Keskustelunalyysin perusteet. Vastapaino, Tampere, 13–17.

Hakulinen, Auli (1997) Vuorottelujäsennys. Teoksessa Tainio, Liisa (toim.) Keskustelunalyysin perusteet. Vastapaino, Tampere, 32–55.

Hakulinen-Viitanen, Tuovi & Pelkonen, Marjaana & Haapakorva, Arja (2005) Äitiys- ja lastenneuvolatyo Suomessa. Sosiaali- ja terveysministerio, Helsinki.

Halkowski, Timothy (2006) Realizing the illness: Patients' narratives of symptom discovery. Teoksessa Heritage, John & Maynard W. Douglas (toim.) Communication in Medical Care. Interaction between primary care physicians and patients. Cambridge University Press, Cambridge, 86–114.

Heath, Chip (1988) Embarrassment and Interactional Organization. Teoksessa Drew, Paul ja Wootton, Anthony (toim.) Erwing Goffman: Exploring the Interaction Order. Northeastern University Press, Boston, 136–160.

Heritage, John & Sefi, Sue (1992) Dilemmas of advice: Aspects of the delivery and reception of advice in interactions between health visitors and first-time mothers. Teoksessa Drew, Paul & Heritage, John (toim.) Talk at work. Interaction in institutional settings. Cambridge University Press, Cambridge, 359–417.

Heritage, John (1996) Harold Garfinkel ja etnometodologia. Suom. Ilkka Arminen, Outi Paloposki, Anssi Peräkylä, Sanna Vehviläinen ja Soile Veijola. Gaudeamus, Jyväskylä. Englanninkielinen alkuteos 1984.

Heritage, John (2004) Conversation analysis and institutional talk. Analyzing data. Teoksessa Silverman, David (toim.) Qualitative Research. Theory, Method and Practice. 2nd edition. Sage, London, 222–245.

Heritage, John & Robinson, Jeffrey D. (2006) Accounting for the visit: Giving reasons for seeking medical care. Teoksessa Heritage, John & Maynard, W. Douglas (toim.) Communication in Medical Care. Interaction between primary care physicians and patients. Cambridge University Press, Cambridge, 48–85.

Hutchby, Ian & Wooffitt, Robin (1998) Conversation analysis. Principles, practices and applications. Polity Press, Cambridge.

Jefferson, Gail (1988) On the Sequential Organization of Troubles-talk in Ordinary Conversation. *Social Problems*, Vol. 53, No. 4, 418–441.

Jokinen, Arja & Juhila, Kirsi & Suoninen, Eero (2000) *Diskurssianalyysin aakkoset*. 2. painos. Alkup. 1993. Vastapaino, Tampere.

Jokinen, Arja & Suoninen, Eero & Wahlström Jarl (2000) Miten tavoittaa auttamistyön ydintä? Teoksessa Jokinen, Arja & Suoninen, Eero (toim.) *Auttamistyö keskusteluna. Tutkimuksia sosiaali- ja terapiatyön arjesta*. Vastapaino, Tampere, 15–33.

Järvinen, Ritva & Lankinen, Aila & Taajamo, Terhi & Veistilä, Minna & Virolainen, Arja (2007) *Perheen parhaaksi. Perhetyön arkea*. Edita, Helsinki.

Kangaspunta, Riitta & Kilkku, Nina & Punamäki, Raija-Leena & Kaltiala-Heino, Riittakerttu (2004) Psykososiaalisen tuen tarve äitiys- ja lastenneuvolatyön haasteena. *Kokemuksia Perheen Hyvinvointineuvola – projektista*. *Suomen lääkärilehti* 38/2004, 3521–3525.

Kangaspunta, Riitta & Väri, Merja (2007) *Hyvinvointineuvola – toimintamalli Tampereella 2007*. Tampereen kaupunki, Hyvinvointipalvelut/avopalvelut. *Hyvinvointipalvelujen julkaisuja* 11/2007.

Keinänen-Kiukaanniemi, S. & Mäkelä, M. (1991) Vastaanotto. Teoksessa Kumpusalo, E. & Elonen, M. & Keinänen-Kiukaanniemi, S. & Mattila, K. (toim.) *Yleislääketiede*. Duodecim, Helsinki, 74–80.

Kuronen, Marjo (1994) *Lapsen hyväksi naisten kesken*. Tutkimus äitiys- ja lastenneuvolan toimintakäytännöistä. Stakes, Helsinki.

Lee, Sina (2006) *Collaborative Completions in L2 Adult-Child Interactions*. Seoul National University Department of English Language and Literature, SNU Working Papers in English Language and Linguistics 5, 90–112.

Lerner, Gene H. (1996) Finding "face" in the preference structures of talk-in-interaction. *Social Psychology Quarterly*, 59; 4, 303–321.

Maynard, Douglas W. (1991) Interaction and Asymmetry in Clinical Discourse. *The American Journal of Sociology*, Vol. 97, Nro 2, 448–495.

Mönkkönen, Kaarina (2007) *Vuorovaikutus. Dialoginen asiakastyö*. Edita, Helsinki.

Nätkin, Ritva & Vuori, Jaana (2007) Perhetyön tieto ja kritiikki. Teoksessa Vuori, Jaana & Nätkin, Ritva (toim.) *Perhetyön tieto*. Vastapaino, Tampere, 7–38.

Olds, D. (2002) The prenatal/Early infancy project. Teoksessa Price R.H. & Cowen E.L. & Lorion R.P. & Ramos-McKay J. (toim.) *Fourteen Ounces of Prevention: A Casebook for Practitioners*. American Psychological Association, Washington DC, 9–23.

Paavilainen, Riitta (2003) Turvallisuutta ja varmuutta lapsen odotukseen. Äitien ja isien kokemuksia raskaudesta ja äitiyshuollosta. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos.

Peavy, Vance R. (2004) Sosiodynaaminen näkökulma ja ohjauksen käytäntö. Teoksessa Onnismaa, Jukka & Pasanen, Heikki & Spangar, Timo (toim.) *Ohjaus ammattina ja tieteenalana 3. Ohjauksen välineet*. PS-kustannus, Jyväskylä, 16–47.

Pelkonen, Marjaana & Löthman-Kilpeläinen Leeni (2000) Neuvola lapsiperheiden tukena. Selvitys äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan kohdistuneista tutkimuksista ja kehittämishankkeista 1990-luvulla. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Pelkonen, Marjaana & Hakulinen, Tuovi (2002) Voimavaroja vahvistava malli perhehoitotyöhön. *Hoitotiede* 5, 202–212.

Peräkylä, Anssi (1992) Toiminta, rakenne ja intersubjektiviteetti keskusteluanalyysissa. *Sosiologia*, Nr. 4, 264–276.

Peräkylä, Anssi (1997) Institutionaalinen keskustelu. Teoksessa Tainio, Liisa (toim.) *Keskusteluanalyysin perusteet*. Vastapaino, Tampere, 177–203.

Peräkylä, Anssi & Vehviläinen, Sanna (1999) Vuorovaikutustutkimus ja vuorovaikutusideologiat. *Psykologia* 34; 329–342.

Peräkylä, Anssi (2001) Diagnoosin kertominen ja vastaanottaminen. Teoksessa Sorjonen, Marja-Leena & Peräkylä, Anssi & Eskola, Kari (toim.) Keskustelu lääkärin vastaanotolla. Vastapaino, Tampere, 71–88.

Peräkylä, Anssi & Vehviläinen, Sanna (2003) Conversation analysis and the professional stocks of interactional knowledge. *Discourse & Society*, 14:6; 727–750.

Peräkylä, Anssi (2004) Reliability and Validity in Research Based on Naturally Occurring Social Interaction. Teoksessa Silverman, David (toim.) *Qualitative Research. Theory, Method and Practice*. Sage, London, 283–304.

Pomerantz, Anita (1986) Extreme Case Formulations: A Way of Legitimizing Claims. *Human Studies*, Vol. 9, 219–229.

Puura, Kaija & Tamminen, Tuula & Mäntymaa, Mirjami & Virta, Eija & Turunen, Merja-Maaria & Koivisto, Anna-Maija (2001) Lastenneuvolan terveydenhoitaja vauvaperheen tuen tarpeen havaittajana. *Suomen Lääkärilehti*, 47; 4855–4861.

Raevaara, Liisa (1989) No – vuoronalkuinen partikkeli. Teoksessa Hakulinen Auli (toim.) *Suomalaisen keskustelun keinoja 1*. Helsingin yliopiston suomen kielen laitos, Helsinki.

Raevaara, Liisa & Sorjonen Marja-Leena (2001) Lääkärin kysymykset ja potilaan vastaukset. Teoksessa Sorjonen, Marja-Leena & Peräkylä, Anssi & Eskola, Kari (toim.) *Keskustelu lääkärin vastaanotolla*. Vastapaino, Tampere, 49–69.

Raevaara, Liisa & Ruusuvuori, Johanna & Haakana, Markku (2001) Institutionaalinen vuorovaikutus ja sen tutkiminen. Teoksessa Ruusuvuori, Johanna & Raevaara, Liisa & Haakana, Markku (toim.) *Institutionaalinen vuorovaikutus. Keskustelunanalyttisiä tutkimuksia*. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki, 11–38.

Ruusuvuori, Johanna (2000) *Control in Medical Consultation. Practices of Giving and Receiving the Reason for the Visit in Primary Health Care*. University of Tampere, 2000.

Ruusuvuori, Johanna (2001) Harvey Sacks. Arkielämän metodit ja keskusteluanalyysi. Teoksessa Hänninen, Vilma & Partanen, Jukka & Ylijoki Oili-Helena (toim.) Sosiaalipsykologian suunnannäyttäjiä. Vastapaino, Tampere, 383–403.

Ruusuvuori, Johanna & Raevaara, Liisa & Haakana, Markku (2001) Institutionaalinen vuorovaikutus ja sen tutkiminen. Teoksessa Ruusuvuori, Johanna & Raevaara, Liisa & Haakana, Markku (toim.) Institutionaalinen vuorovaikutus. Keskusteluanalyttisiä tutkimuksia. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki, 11–38.

Ruusuvuori, Johanna & Lindholm, Camilla & Korpela, Eveliina (2004) Avoimet vai suljetut kysymykset? Haastattelu lääkärin vastaanotolla. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti, 41; 336–351.

Ruusuvuori, Johanna & Tiittula, Liisa (2005) Haastattelu: tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Teoksessa Ruusuvuori, Johanna & Tiittula, Liisa (toim.) Haastattelu: tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Vastapaino, Tampere, 22–56.

Ruusuvuori, Johanna (2007) Managing affect: integration of empathy and problem-solving in health care encounters. *Discourse Studies*, 9:5; 597–622.

Ruusuvuori, Johanna (2008) Konferenssiesitelmä. Topicalizing mental and social wellbeing in finnish maternity health care clinics.

Ruusuvuori, Johanna & Lindfors, Pirjo & Homanen, Riikka & Haverinen, Sanni & Keskinen, Katri & Lehtonen, Heidi (2008) Ennaltaehkäisevä terveystyö neuvolassa: Muuttuva asiakassuhde, tiimityö ja hyvinvointineurolamalli. Tampereen kaupungin hyvinvointipalvelut. Julkaisuja 7/2008.

Rönkkö, Leena (2008) Ratkaisu- ja voimavarakeskeinen näkökulma vuorovaikutuksessa. Teoksessa Vilén, Marika & Leppämäki, Päivi & Ekström, Leena (2008) Vuorovaikutuksellinen tukeminen. 3. uudistettu painos. WSOY, Helsinki, 171–191.

Sacks, Harvey & Schegloff, Emanuel A. & Jefferson, Gail (1974) A simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation. *Language*, Vol. 50. Nr. 4, 696–735.

Schegloff, Emanuel A. (2007) *Sequence Organization in Interaction. A Primer in Conversation Analysis* 1. University Press, Cambridge.

Seikkula, Jaakko & Arnkil, Tom Erik (2005) *Dialoginen verkostotyö*. Tammi, Helsinki.

Silverman, David (1987) *Communication and Medical Practice*. Sage, London.

Silverman, David (1997) *Discourses of Counselling. HIV Counselling as a Social Interaction*. Sage, London.

Sorjonen, Marja-Leena (1997) *Korjausjäsenitys*. Teoksessa Tainio, Liisa (toim.) *Keskustelunalyysin perusteet*. Vastapaino, Tampere, 111–137.

Suoninen, Eero (2001) Harold Garfinkel. *Etnometodologia ja sosiaaliset järkeilytavat*. Teoksessa Hänninen, Vilma & Partanen, Jukka & Ylijoki, Oili-Helena (toim.) *Sosiaalipsykologian suunnannäyttäjät*. Vastapaino, Tampere, 365–382.

Tainio, Liisa (1997) *Preferenssijäsenitys*. Teoksessa Tainio, Liisa (toim.) *Keskustelunalyysin perusteet*. Vastapaino, Tampere, 93–110.

Thompson, Andrew G.H. (2007) *The Meaning of Patient Involvement and Participation in Health Care Consultations: A Taxonomy*. *Social Science & Medicine* 64; 1297–1310.

Uusitalo, Hannu (1991). *Tiede, tutkimus ja tutkielma. Johdatus tutkielman maailmaan*. WSOY, Juva.

Vehviläinen, Sanna (2000) *Keskustelunalyysia ohjausvuorovaikutuksesta: Esimerkkina opiskelijan huolten käsittely*. Teoksessa Onnismaa, Jussi & Pasanen, Heikki & Spangar, Timo (toim.) *Ohjaus ammattina ja tieteenalana 1. Ohjauksen lähestymistavat ja ohjaustutkimus*. PS-Kustannus, Jyväskylä, 221–250.

Vehviläinen, Sanna (2001) *Neuvomisen ongelmia ja ratkaisuja – vertaileva näkökulma*. Teoksessa Ruusuvoori, Johanna & Raevaara, Liisa & Haakana, Markku (toim.) *Institutionaalinen vuorovaikutus. Keskustelunalyyttisiä tutkimuksia*. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki, 39–61.

Vehviläinen, Sanna (2003) Ohjaus vuorovaikutuksena. 2. painos. Gaudeamus, Helsinki.

Vilén, Marika & Leppämäki, Päivi & Ekström, Leena (2008) Vuorovaikutuksellinen tukeminen. 3. uudistettu painos. WSOY, Helsinki.

Viljamaa, Marja-Leena (2003) Neuvola tänään ja huomenna. Vanhemmuuden tukeminen, perhekeskeisyys ja vertaistuki. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.

Vuori, Jaana & Nätkin, Ritva (2007) Perhetyön tieto. Vastapaino, Tampere.

Ylijoki, Oili-Helena (2001) Rom Harré. Toimijuus, kieli ja moraalit. Teoksessa Hänninen, Vilma & Partanen, Jukka & Ylijoki, Oili-Helena (toim.) Sosiaalipsykologian suunnannäyttäjät. Vastapaino, Tampere, 225–251.

Elektroniset lähteet

Hietanen Pia, Tampereen kaupungin neuvolatoiminnan koordinaattori, sähköpostikeskustelu, 24.6.2009.

Neuvolatyön tutkimus- ja kehittämiskeskus (2009) Neuvolatyo.

<<http://neivolakeskus.stakes.fi/Fl/neurolatyo/index.htm>>

(Viitattu 13.7.2009)

STM 2009. Sosiaali- ja terveysministeriö (2009) Terveyspalvelut. Neuvolat.

<http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/perusterveydenhuolto/neurolat>

(Viitattu 13.7.2009)

Suomen Tilastollinen Vuosikirja 2008. Tilastokeskus.

<http://helios.uta.fi:2474/sahkoiset_julkaisut/vuosikirja2008/pdf/julkaisu.pdf>

(Viitattu 3.6.2009)

Valtioneuvosto. Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelma Vanhasen II hallituksen ohjelmassa 19.4.2007.

<<http://www.valtioneuvosto.fi/toiminta/politiikkaohjelmat/lapset/lapsiohjelma-hallitusohjelmassa/fi.jsp>>

(Viitattu 3.6.2009)

Liitteet

Liite 1. Litteraatiomerkinnot keskusteluanalyysissa

.	laskeva intonaatio
,	tasainen intonaatio
?	nouseva intonaatio
↑	sana lausuttu ympäristöä korkeammalta
↓	sana lausuttu ympäristöä matalammalta
—	(alleviivaus) sanan painotus muualla kuin sen lopussa
[päällekkäispuhunnan alku
(.)	mikrotauko: lyhyempi kuin 0.2 sekuntia
(0.7)	mikrotaukoa pidempi tauko; pituus ilmoitettu sekunnin sadasosina
=	kaksi sanaa liittyvät tauotta toisiinsa
><	(sisäänpäin osoittavat nuolet) nopeutettu jakso
<>	(ulospäin osoittavat nuolet) hidastettu jakso
o:n	(kaksoispiste) äänteen venytys
°°	ympäristöä hiljaisempaa puhetta
JOO	(isot kirjaimet) voimakkaammalla äänellä
.hh	sisäänhengitys
hh	ulohengitys
.joo	(piste sanan edessä) sana lausuttu sisäänhengittäen
heh	naurua
j(h)oo	nauraen lausuttu sana
£	hymyillen lausuttu sana tai jakso
#	narisevalla äänellä lausuttu kohta
@	äänien laadun muutos
(--)	sana tai jakso, josta ei ole saatu selvää
-	kesken jäänyt sana
(())	kaksoissulkeiden sisällä litteroijan huomioita tai selvennystä nonverbaalisesta vuorovaikutuksesta