

**LÄÄKÄRIN JA TYYPIN 2 DIABEETIKON VÄLISEN VIESTINTÄSUHTEEN MERKITYS  
OMAHOIDON ONNISTUMISPROSESSISSA**

**Maija Peltola**

**Puheviestinnän pro gradu -tutkielma**

**Kevät 2011**

**Viestinnän, median ja teatterin yksikkö**

**Tampereen yliopisto**

## TAMPEREEN YLIOPISTO

Tieteenalayksikkö – School Viestinnän, median ja teatterin yksikkö	Pääaine – Major Subject Puheviestintä
Tekijä - Author Maija Peltola	Työn laji – Level Pro gradu -tutkielma
Työn nimi – Title Lääkärin ja tyypin 2 diabeetikon välisen viestintäsuhteen merkitys omahoidon onnistumisprosessissa	
Aika – Month and year Kesäkuu 2011	Sivumäärä – Number of pages 123 + 5 liitesivua
Tiivistelmä - Abstract	
<p>Yksi yleistyvimmistä pitkäaikaissairauksista niin Suomessa kuin muuallakin maailmassa on tyypin 2 diabetes. Kyseinen aineenvaihduntasairaus on yhteiskunnalle merkittävä kustannuksellinen sekä terveydenhuoltojärjestelmän resursseihin vaikuttava tekijä. Vaikka sairauden hoito perustuu erityisesti diabeetikon arkielämässä tapahtuvaan omahoitoon, myös terveydenhuollon asiantuntijoiden kanssa tehtävä vuorovaikutuksellinen yhteistyö on keskeinen tekijä diabeetikon hyvinvoinnin edistämisessä.</p> <p>Tämän pro gradu -tutkielman tavoitteena on selvittää, millaiset lääkäri-potilassuhteen viestinnälliset tekijät edistävät omahoidon onnistumista diabeetikoiden käsitysten mukaan. Tutkimus toteutettiin alkuvuonna 2010 laadullisin tutkimusmenetelmin. Teemahaastatteluihin osallistui 13 keski-ikäistä tai sitä vanhempaa tyypin 2 diabeetikkoa. Haastattelujen sisältö analysoitiin aineistolähtöisen sisällönanalyysimenetelmän avulla.</p> <p>Vaikka diabeetikon oman toiminnan merkitys korostui tutkielman tuloksissa tärkeimmäksi omahoidon onnistumiseen liittyväksi tekijäksi, myös kokonaisvaltaisesti onnistuneella lääkäri-potilassuhteella katsottiin olevan keskeinen merkitys kyseisessä hoitoprosessissa. Lääkäri-potilassuhde näyttäisi edistävän omahoidon onnistumista erityisesti silloin, kun kyseinen viestintäsuhte on sekä suhdekeskeinen että vastavuoroiseen yhteistyöhön pyrkivä. Tämä tarkoittaa käytännössä tuttavallista ja kumppanuksellista mutta ammatillista viestintäsuhdetta, jossa kummatkin osapuolet työskentelevät sitoutuneesti diabeetikon oma-aktiivisuuden vahvistamiseksi sekä vastaanottotilanteissa että arkielämässä. Kyseisen viestintäsuhteen luominen näyttäisi olevan pääasiallisesti lääkärin viestintäkäyttäytymisen vastuulla hänen asiantuntija- asemansa vuoksi. Lääkäri-vetoisuus ei kuitenkaan tarkoita lääkärin dominoivaa viestintäkäyttäytymistä, vaan turvallisen keskusteluympäristön rakentamista potilaskeskeisten lähestymistapojen sekä diabeetikon arkielämään liittyvän ohjauksen kautta. Tällainen lääkärin viestintäkäyttäytyminen kannustaa diabeetikkoa osallistumaan vastaanotolla käytäviin keskusteluihin, mikä puolestaan edistää tarkoituksenmukaisten hoitosuunnitelmien luomista. Lääkäri-potilassuhteen sekä omahoidon onnistumisen kannalta olisi myös tärkeää, että diabeetikolla olisi oma-aloitteista halukkuutta osallistua vastavuoroisen yhteistyön sekä kumppanuuden rakentamiseen.</p> <p>Tulosten perusteella myös ohjauskeskustelujen säännöllinen toistuvuus saman lääkärin kanssa näyttäisi edistävän sekä lääkäri-potilassuhteen että omahoidon onnistumista. Toisaalta tuloksista käy myös ilmi, että lääkärin ja diabeetikon välisen viestintäsuhteen sekä omahoidon onnistuminen ei aina edellytä jatkuvuutta. Lääkäri voi nimittäin luoda tuttavallisen vaikutelman jo ensimmäisellä tapaamiskerralla esimerkiksi sinuttelemalla, käyttämällä huumoria sekä olemalla kiinnostunut diabeetikon elämästä. Lisäksi tuloksista on havaittavissa, että viestintäsuhteeseen saattaa muodostua jatkuvuuden myötä myös toimimattomia sekä vaikeasti muutettavia viestinnällisiä rutiineja, jotka saattavat olla omahoitoprosessin kannalta haitallisia. Täten lääkäri-potilassuhteen jatkuvuutta tärkeämpää näyttäisi olevan se, että lääkäri onnistuisi luomaan jokaisella vastaanottokäynnillä tuttavallisen, potilaskeskeisen sekä vastavuoroiseen yhteistyöhön pyrkivän keskusteluyhteyden.</p>	
Asiasanat – Keywords Puheviestintä, terveystietä, lääkäri-potilassuhde, lääkäri-potilasviestintä, lääkäri-potilasviestinnän seuraukset, tyypin 2 diabetes, omahoito.	
Säilytyspaikka – Depository Tampereen Yliopiston pääkirjasto	
Muita tietoja – Additional information	

# SISÄLLYS

<b>1</b>	<b>JOHDANTO</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>KÄSITERATKAISUT</b> .....	<b>4</b>
2.1	Lääkäri, potilas ja avohoidon konteksti .....	4
2.2	Suhde, viestintä ja viestintäsuhde .....	5
<b>3</b>	<b>TYYPIN 2 DIABETES JA OMAHOITO</b> .....	<b>7</b>
3.1	Sairauden kuvaus .....	7
3.2	Omahoito .....	8
3.3	Perustelut lääkäri-näkökulman valinnalle .....	10
<b>4</b>	<b>LÄÄKÄRIN JA POTILAAN VÄLINEN VIESTINTÄSUHDE</b> .....	<b>12</b>
4.1	Lääkäri-potilaviestintä terveystieteiden tutkimuskohteena .....	12
4.2	Lääkäri-potilassuhteen prototyypit .....	15
4.3	Ideaalisen lääkäri-potilassuhteen määrittelyn haasteet .....	18
<b>5</b>	<b>LÄÄKÄRIN JA POTILAAN VÄLISEN VIESTINTÄSUHTEEN SEURAUKSET</b> .....	<b>23</b>
5.1	Potilastyytyväisyys .....	23
5.2	Lääkärin persoona, viestintäkäyttäytyminen ja ammattiosaaminen .....	24
5.2.1	<i>Tiedon tarjoaminen ja päätöksentekoon osallistuminen</i> .....	25
5.2.2	<i>Lääkäri-potilassuhteen jatkuvuus</i> .....	27
5.3	Hoitomyyntömyyvyys ja hoitoon sitoutuminen .....	28
5.3.1	<i>Tiedon tarjoaminen</i> .....	30
5.3.2	<i>Potilaan aktiivisuus sekä lääkärin ja lääkäri-potilassuhteen ominaisuudet</i> .....	31
5.3.3	<i>Potilaan ohjaaminen</i> .....	32
5.4	Terveydelliset seuraukset .....	36
<b>6</b>	<b>TUTKIMUSONGELMA JA TUTKIMUSKYSYMYKSET</b> .....	<b>39</b>
<b>7</b>	<b>MENETELMÄT</b> .....	<b>42</b>
7.1	Tieteenfilosofiset lähtökohdat .....	42
7.2	Tutkimusmenetelmä .....	43
7.3	Aineiston keruu .....	44
7.4	Haastateltavat .....	46
7.5	Aineiston analysointi .....	47
7.6	Tutkielman eettiset kysymykset .....	49
<b>8</b>	<b>TULOKSET</b> .....	<b>52</b>
8.1	Kokemukset lääkärin ja potilaan välisestä viestintäsuhdesta .....	52
8.1.1	<i>Tyytyväiset</i> .....	53
8.1.2	<i>Ristiriitaiset</i> .....	58
8.2	Omahoitokeskustelut .....	65
8.2.1	<i>Tyytyväiset</i> .....	66
8.2.2	<i>Ristiriitaiset</i> .....	71
8.3	Omahoidon onnistuminen ja lääkärikäynnit .....	76
8.3.1	<i>Tyytyväiset</i> .....	76
8.3.2	<i>Ristiriitaiset</i> .....	80
<b>9</b>	<b>POHDINTA</b> .....	<b>86</b>

9.1	Tutkimuksen arviointi .....	86
9.2	Tulosten tarkastelu .....	90
9.2.1	<i>Omahoidossa onnistuneet Tyytyväiset</i> .....	90
9.2.2	<i>Omahoidossa onnistuneet Ristiriitaiset</i> .....	97
9.2.3	<i>Omahoidossa parantamisen varaa nähneet Tyytyväiset</i> .....	100
9.2.4	<i>Omahoidossa parantamisen varaa nähneet Ristiriitaiset</i> .....	102
9.2.5	<i>Yhteenveto</i> .....	107
9.3	Jatkotutkimusaiheet ja viestinnälliset kehitysehdotukset.....	109
<b>KIRJALLISUUS .....</b>		<b>115</b>
<b>LIITTEET.....</b>		<b>124</b>

# 1 JOHDANTO

Kansanterveyslaitoksen koordinoiman Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan suurella osalla suomalaisista on ainakin yksi pitkäaikaissairaus, joka aiheuttaa pitkäaikaista lääketieteellistä ja toiminnallista haittaa ihmisen elämässä. Työikäisistä 44 prosenttia ilmoitti tutkimuksessa olevansa pitkäaikaissairaita, eläkeikäisistä peräti 82 prosenttia. (Aromaa & Koskinen 2002.) Yksi yleisimmistä aikuisiän pitkäaikaissairauksista niin Suomessa kuin muuallakin maailmassa on tyypin 2 diabetes.

Kansainvälisen diabetesliiton arvion mukaan aikuistyyppin diabetesta sairastaa tällä hetkellä yhteensä noin 285 miljoonaa ihmistä, ja vuoteen 2030 mennessä määrän odotetaan nousevan peräti 438 miljoonaan. Huolestuttavin tilanne diabeteksen yleistymisen suhteen näyttäisi olevan Yhdysvalloissa, jossa maan terveysviraston (CDC) ennusteen mukaan diabetekseen saattaa sairastua joka kolmas amerikkalainen vuoteen 2050 mennessä. Suomessa aikuisiän diabetesta sairastaa arvioiden mukaan noin 500 000 ihmistä, minkä voidaan ajatella olevan merkittävä määrä maamme asukaslukuun nähden. (Tutkimus: Joka kolmannella amerikkalaisella diabetes vuonna 2050. 22.10.2010.) Ja kuten muualla maailmassa, myös Suomessa diabetekseen sairastuneiden lukumäärä eri ikäryhmissä on huomattavassa kasvussa (Saraheimo & Sane 2009, 13-14). Täten kyseinen pitkäaikaissairaus koskettaa tulevaisuudessa yhä suurempaa joukkoa suomalaisia joko omakohtaisesti tai läheisen ihmisen välityksellä.

Diabeteksen yleistymisen lisäksi huolestuttavaa on myös se, että erilaisten taloustutkimusten mukaan diabeteksen hoidossa ja ennaltaehkäisyssä on Suomessa onnistuttu melko heikosti. Diabetesliiton koordinoiman kansallisen diabetesohjelma Dehkon toteuttaman tutkimuksen mukaan vuonna 2007 diabeteksen hoito maksoi yhteiskunnalle 1350 miljoonaa euroa vuodessa, kun vuonna 1998 kustannukset olivat 738 miljoonaa euroa. Suomen terveydenhuollon menoista diabeteksen hoidon osuus on arvioitu olevan jopa 10 prosenttia. Eniten diabeteksen hoidon kustannuksia nostavat kyseiseen sairauteen liittyvät lisäsairaudet, kuten sydän- ja aivoinfarktit sekä alaraajojen valtimosairaudet. Kyseisten sairauksien on nimittäin arvioitu lähes kolminkertaistavan hoitokustannukset diabeetikkoa kohti. (Jarvala, Raitanen & Rissanen 2009.) Täten voidaan päätellä,

että jos hoitotulokset yhä huononevat, myös suomalaisen terveydenhuollon resurssit entisestään vähenevät, jolloin tilanteesta saattaa muotoutua jatkuva ja laajeneva ongelmien kehä.

Syitä diabeteksen hoidon epäonnistumiselle on esitetty useita. Yleisimmät niistä lienevät epäterveellisten ruokailutottumusten lisääntyminen, liikunnan harrastamisen vähentyminen, hoito-ohjeiden laiminlyönti sekä diabeetikon huono motivaatio itsensä hoitamiseksi. Välillä perusteluina on käytetty myös ristiriitaisia hoitosuosituksia sekä terveydenhuollon resurssien vähäisyyttä. Useimmiten syitä hoidon epäonnistumiselle on etsitty diabeetikosta itsestään, sillä diabeteksen hoitaminen perustuu paljolti potilaan oma-aktiiviseen hoitoon arkielämässä. Marttilan (2009d, 49) mukaan omahoitopainotteisuus ei kuitenkaan merkitse sitä, että sairauden kanssa tulisi pärjätä yksin, vaan diabeetikon hyvinvointia edistäviin tuloksiin on mahdollisuus päästä ennen kaikkea hoidon kokonaisvaltaisen onnistumisen kautta. Tällä hän tarkoittaa diabeetikon oma-aktiivisuuden lisäksi myös terveydenhuollon ammattilaisten ja muiden tärkeiden tukihenkilöiden kanssa tehtävää elinikäistä ja tiivistä sekä vastavuoroista ja tuloksekasta yhteistyötä, joka tapahtuu vuorovaikutuksessa.

Rubenin (1993,100) mukaan hoidonantajan ja hoidon saajan välisellä vuorovaikutuksella on tärkeä merkitys terveydenhuollon prosesseissa, sillä sen kautta hoidon tarvitsijalle syntyy käsitys sairaudesta, terveydestä ja niiden merkityksestä niin yleisellä tasolla kuin hänen henkilökohtaisessa elämässäänkin. Näihin tietoihin ja käsityksiin pohjautuen potilaan voidaan ajatella muokkaavan arkielämänsä käytäntöjä sekä minäkäsitystään sairauden asettamin ehdoin, jolloin hoidonantajan ja hoidon tarvitsijan välisellä vuorovaikutuksella voi olla myös kauaskantoisia ja pysyviin muutoksiin johtavia seurauksia. Myös lukuisissa kansainvälisissä terveystieteiden tutkimuksissa yli 30 vuoden ajalta on havaittu, että hoidonantajan ja saajan välinen viestintäsuhde on yksi keskeisimmistä tekijöistä potilastyytyväisyyden ja -myöntövyuden aikaansaamisessa. Näiden seurausten on puolestaan katsottu olevan tärkeimpiä tekijöitä sekä paremman fyysisen että psyykkisen hyvinvoinnin saavuttamisessa (ks. esim. Brown, Stewart & Ryan 2003). Suomalaista viestinnällistä tutkimusta aiheesta on kuitenkin tehty tiettävästi vasta vähän, erityisesti pitkäaikaissairauksien yhteydessä, joissa suhde hoidonantajaan on välttämätön ja elinikäinen. Täten on tärkeää kiinnittää myös suomalaisessa kontekstissa huomiota siihen, millä tavoin terveydenhuollon ydinprosesseissa, hoidonantajan ja -saajan välisissä viestintäsuhteissa, on onnistuttu sekä millainen merkitys niillä on ja voisi olla diabeetikon omahoidon onnistumisen kannalta. Erityisesti diabeetikoiden näkemysten selvittäminen on olennaista, sillä he ovat oman terveydentilansa sekä toiveidensa ja tarpeidensa

parhaita asiantuntijoita. Ilman tietoa heidän näkemyksistään tarvittavien muutosten aikaansaaminen ja niiden seurausten analysoiminen ei olisi mahdollista.

Tässä laadullisin menetelmin toteutetussa pro gradu -tutkielmassa tarkastellaan lääkärin ja diabeetikon välistä viestintäsuhdetta sekä sen merkitystä diabeetikon omahoidon onnistumisprosessissa. Työn erityisenä ydintavoitteena on selvittää, millaiset viestinnälliset tekijät lääkäri-potilassuhteessa edistävät omahoidon onnistumista diabeetikoiden näkemysten mukaan. Tutkielmaa varten teemahaastateltiin kolmeatoista pirkanmaalaista diabeetikkoa, joita pyydettiin kertomaan kokemuksistaan liittyen lääkäri-potilassuhteisiinsa sekä lääkärin kanssa käytyihin omahoitokeskusteluihin. Lisäksi heitä pyydettiin arvioimaan, millainen merkitys lääkäri-potilassuhteella on kokonaisvaltaisesti ollut heidän omahoitonsa onnistumisen kannalta. Tutkielman tieteellisenä tavoitteena on syventää ymmärrystä erityisesti suomalaisten lääkäri-potilassuhteiden viestinnällisistä rakenteista sekä niiden yhteyksistä omahoidon onnistumisprosesseihin diabeteskontekstissa. Tutkielman yhteiskunnallisena tavoitteena on puolestaan antaa näkemystä suomalaisen diabeteshoidon nykytilanteesta lääkäri-potilassuhteiden kontekstissa. Lisäksi tarkoituksena on tehdä näkyväksi sellaisia viestinnällisiä ongelmakohtia ja mahdollisuuksia, jotka hahmottamalla terveydenhuollon ydinprosesseja on mahdollista muokata diabeteksen hoidon tehostamiseksi – yhteiskunnalliset kustannusresurssit huomioon ottaen.

## 2 KÄSITERATKAISUT

### 2.1 Lääkäri, potilas ja avohoidon konteksti

Tässä pro gradu -tutkielmassa lääkäriä tarkoitetaan lääketieteellisen koulutuksen saanutta terveydenhuollon ammattilaista, joka on saanut oikeuden harjoittaa lääkärinammattia laillistettuna ammattihenkilönä. Lääkärin työn tarkoituksena on potilaiden terveyden palauttaminen tai ylläpitäminen sekä sairauksien ehkäiseminen. Tässä työssä haastateltavien kuvailemat lääkärit ovat terveyskeskuksen yleislääkäreitä, työterveyslääkäreitä sekä diabetekseen erikoistuneita lääkäreitä.

Potilaalla tarkoitetaan puolestaan henkilöä, jota varten terveydenhuoltojärjestelmää ylläpidetään ja kehitetään. Potilaasta on alettu käyttää Gerlanderin (2003, 19) mukaan myös nimityksiä kuluttaja, asiakas, kumppani ja partneri, sillä potilas-termi on koettu ongelmalliseksi käsitteeksi. Esimerkiksi potilas-nimikkeen on ymmärretty viittaavan sairautteen paranemisen sijasta, ja tällöin se edellyttää vapaaehtoisuuden sijasta välttämätöntä suhdetta terveydenhuollon ammattilaiseen. Lisäksi kyseisen käsitteen merkityssisältöihin on Sharfin ja Streetin (1997, 4) mukaan yhdistetty ajatus siitä, että potilas olisi myöntynäinen ohjeiden vastaanottaja eikä aktiivinen toimija. Tähän tutkielmaan potilas-käsite soveltuu muita vaihtoehtoisia termejä paremmin, sillä potilas on tässä tapauksessa pitkäaikaissairas, jonka tarve terveydenhuollon palveluille on elinikäinen. Lisäksi tässä työssä viitataan yleisesti tietynlaisen suhteen prototyyppiin, jolloin lääkäri-potilassuhde on toimiva ja kirjallisuudessa eniten käytettyjä termejä vastaava käsite. Välillä työssä viitataan potilaaseen asiakkaana ja diabeetikkona korostettaessa lääkäri-potilassuhteen asiantuntija-asiakaskohtaamisen luonnetta sekä tutkielman kohteena olevaa pitkäaikaissairautta.

Tässä tutkielmassa tyypin 2 diabeetikon ja lääkärin välistä suhdetta tarkastellaan avohoidon kontekstissa. Avohoidolla tarkoitetaan ohjattua terveyden- tai sairaanhoitoa, jossa potilas asuu omassa kodissaan. Yleensä avohoitoon kuuluu myös kuntoutus ja sairauksien ehkäisy esimerkiksi terveysneuvonnan avulla. Tässä tutkielmassa avohoidolla tarkoitetaan erityisesti sellaista tilannetta, jossa lääkäri ja diabeetikko tapaavat säännöllisesti vastaanottokäynneillä, jolloin he voivat keskustella diabeteksen hoitoon ja potilaan hyvinvointiin liittyvistä asioista. Muu varsinainen diabeteksen hoito tapahtuu diabeetikon normaalin arkielämän yhteydessä.



## 2.2 Suhde, viestintä ja viestintäsuhde

Tässä pro gradu -tutkielmassa käytetään terveystieteiden tutkimuskirjallisuuden mukaisesti eniten käsitettä lääkäri-potilassuhde, joka nähdään tässä työssä ontologiselta luonteeltaan viestinnälliseksi. Täten viestinnässä toteutetaan lääkäri-potilassuhteeseen liittyviä tavoitteita ja tehtäviä sekä määritellään kyseisen suhteen luonnetta ja ilmennetään sen laatua. Korostettaessa tutkielman viestinnällistä luonnetta työssä käytetään välillä myös käsitettä lääkärin ja potilaan välinen viestintäsuhde, joka ymmärretään synonyymiseksi käsitteiden lääkäri-potilasviestintä ja lääkäri-potilassuhde kanssa. (vrt. Gerlander 2003, 15-18.)

Lääkäri-potilassuhteen määrittely viestintäsuhteeksi ei ole Gerlanderin (2003, 15-18) mukaan kuitenkaan ongelmattonta, sillä viestintä ja suhde eivät ole samanlaisia. Sigmanin (1995, 192-195) mukaan sosiaalinen suhde ja viestinnässä rakentuva suhde perustuvat erilaisiin selitysjärjestelmiin. Sosiaalinen suhde, kuten ystävyysuhde, perustuu tutkijan mukaan sosiaaliseen järjestykseen, kun taas viestintäsuhteen, esimerkiksi puhujan ja kuulijan välinen suhde pohjautuu viestintäprosessin sisäiseen järjestykseen. Täten viestintäsuhteen, kuten tutkimushaastattelun alkaminen ja päättyminen on tutkijan mukaan hyvin selkeästi havaittavissa, kun taas sosiaalisen suhteen, esimerkiksi ystävyden alkaminen ja päättyminen, on vaikeammin määriteltävissä. Suhde ei siten ole sama kuin viestintäsuhde, vaikka ne ovat yhteydessä toisiinsa. Jos suhde kuitenkin ymmärretään Gerlanderin (2003, 17) mukaan ontologiselta luonteeltaan viestintäprosessiin kytkeytyväksi, tällöin lääkärin ja potilaan välille voidaan katsoa muodostuvan aina jonkinlainen relationaalinen suhde myös ensitapaamisten yhteydessä.

Suhde voidaan ymmärtää Valon (2000) mukaan myös siten, että sitä määrittävät jatkuvuus sekä osapuolten henkilökohtainen ja vastavuoroinen tieto toisistaan. Lisäksi suhdetta määrittävät molemminpuoliset odotukset omaa ja toisen osapuolen käyttäytymistä kohtaan. Nämä tekijät ovat tutkijan mukaan etupäässä toistuvien viestintäprosessien tulosta. Näin ollen esimerkiksi lääkärin ja potilaan ensitapaamisella ei voisi vielä muodostua suhdetta, vaan se olisi toistuvien käyntikertojen ja vuorovaikutusprosessien tulos. Lisäksi suhteen syntymiseen vaikuttaisi se, millaista jatkuvuutta ja henkilökohtaista tietoa osapuolet pitävät riittävänä suhteen syntymiseksi. Tämä näkemys on yhteydessä tutkijoiden valtanäkemyksiin interpersonaalisen viestinnän henkilökohtaisuuden sekä jatkuvuuden edellytyksistä (ks. Gerlander 2003, 20-21).

Lääkäri-potilassuhteen kaltaisissa professionaalis-institutionaalisissa asiantuntija-asiakas-kohtaamisissa on Gerlanderin (2003, 18) mukaan otettava huomioon myös niiden perustuminen tiettyyn tavoitteeseen, kuten potilaan ongelman ratkaisemiseen. Esimerkiksi Duck & Pittman (1994, 680–681) ovat määritelleet suhteen tavoitteellisuuden yhdeksi suhteen toteutumisen funktioksi, ja täten tavoitteellisuutta voidaan pitää yhtenä näkökulmana suhteen määrittelyssä. Myös Valo (2000) kirjoittaa tavoitteellisuudesta korostaessaan sitoutumisen merkitystä; hänen mukaansa suhteen osapuolten tulee sitoutua suhteeseen ja sen tarkoitukseen, jotta viestintäsuhte voisi ylipäättään olla suhde. Täten lääkäri-potilassuhdetta ei voitaisi määritellä viestintäsuhteeksi, jos heillä ei olisi yhteistä tavoitetta ja päämäärää, johon he molemmat olisivat sitoutuneita.

Tässä tutkielmassa lääkäri-potilassuhde ymmärretään tavoitteelliseksi interpersonaaliseksi viestintäsuhteeksi. Kyseinen suhde syntyy lääkärin ja potilaan välisessä, kulttuuristen odotusten säätelemässä sosiaalisessa vuorovaikutuksessa, jonka kautta osapuolet myös jatkuvasti tuottavat, ylläpitävät ja muokkaavat keskinäistä suhdettaan. Lääkäri-potilassuhde on siten luonteeltaan vahvasti viestinnällinen, ja se voi olla kestoaltaan rajattu; vaikka pitkäaikaissairas tarvitsee oletettavasti koko elämänsä ajan lääkäripalveluja, suhde tietyn lääkärin kanssa voi päättyä esimerkiksi asuinpaikan vaihdoksen myötä. Suhteen muodostuminen ei edellytä suhteen jatkuvuutta tai kehittymistä, mutta se vaatii molempien osapuolten sitoutumista suhteeseen sekä sen tarkoitukseen ja tavoitteisiin. Lisäksi kyseinen suhde on Valoa (2000, 44) lainaten enemmän kuin satunnainen kahden ihmisen välinen vuorovaikutustilanne.

Vaikka suurin osa haastateltavien kuvailemista lääkäri-potilassuhteista oli ajallisesti pitkäkestoisia, lääkäri-potilassuhdetta ei kuitenkaan katsottu aiheelliseksi määritellä jatkuvuuden kautta. Kyseinen ratkaisu pohjautui tutkielman näkökulmaan; koska tarkastelun kohteena ovat vain potilaiden käsitykset lääkäri-potilassuhteistaan, näkemykset muista jatkuvuuteen liittyvistä tekijöistä kuin lääkärisuhteen ajallisesta kestosta, esimerkiksi henkilökohtaisen tiedon jakamisesta, ovat yksipuolisia ja tulkinnanvaraisia. Tästä syystä lääkäri-potilassuhde katsottiin parhaaksi määritellä lääkäri-potilassuhteen dynaamiseksi interpersonaaliseksi viestintäsuhteeksi, jonka tärkeimmät olemassaolon edellytykset ovat molempien osapuolten sitoutuminen suhteeseen ja sen tavoitteisiin.

## 3 TYYPIN 2 DIABETES JA OMAHOITO

### 3.1 Sairauden kuvaus

Tyypin 2 diabetes on yleensä aikuisiällä puhkeava elimistön aineenvaihduntasairaus, joka aiheutuu insuliinin vaikutuksen heikentymisestä sekä riittämättömästä insuliininerityksestä. Tällöin maksan sokerintuotanto lisääntyy, ja veren sokeripitoisuus kohoaa toistuvasti liian suureksi. Tyypin 2 diabetes saattaa olla pitkään oireeton, sillä veren sokeripitoisuuden kohoaminen tapahtuu vähitellen ja elimistö tottuu normaalia korkeampaan sokeritasoon. Kyseinen sairaus havaitaan usein muita sairauksia tutkittaessa tai normaalissa terveystarkastuksessa. Täten tieto sairastumisesta saattaa tulla potilaalle ikävänä ja ennalta odottamattomana yllätyksenä. (Suomen Diabetesliitto ry 2009, 9-11.)

Tyypin 2 diabetes on usein vahvasti yhteydessä metaboliseen oireyhtymään (*MBO*). Sillä tarkoitetaan aineenvaihdunnallisten muutosten tilaa, jonka oireita ovat esimerkiksi keskivartalo-  
lihavuus, kohonnut verenpaine, normaalista poikkeavat veren rasva-arvot sekä insuliinin heikentynyt vaikutus. Tutkimusten mukaan yli puolelle metabolista oireyhtymää sairastavista puhkeaa myös diabetes. (Suomen Diabetesliitto ry 2009, 9-11.) Lisäksi perimän on todettu vaikuttavan merkittävästi tyypin 2 diabeteksen puhkeamiseen. Kyseinen sairaus esiintyy tyypillisesti suvuiittain. Jos toisella vanhemmista on diabetes, jokaisen lapsen sairastumisriskin arvioidaan olevan noin 40 prosenttia. Jos sen sijaan molemmilla vanhemmilla on diabetes, lapsen riski sairastua on noin 70 prosenttia. (Saraheimo 2009, 31.) Metabolisen oireyhtymän ja perimän lisäksi sairastumisen riskitekijöitä ovat raskausdiabetes sekä liikunnan vähäisyys ja epäterveelliset elämäntavat. Nykyään tyypin 2 diabetesta ei nähdä pelkästään yli 35-vuotiaiden sairautena, vaan elämäntapojen muuttumisen myötä siihen sairastuvat yhä nuoremmat. Vaikka nuorten osuus diabeetikoista on arvioitu olevan suhteellisen pieni, on kuitenkin ennustettu, että tyypin 2 diabetes tulee tulevaisuudessa lisääntymään kaikissa ikäryhmissä ja yleistymään Suomessa merkittäväksi kansantaudiksi. (Suomen Diabetesliitto ry 2009, 11.)

Tyypin 2 diabetes on parantumaton krooninen sairaus, joka aiheuttaa pitkäaikaista lääketieteellistä ja toiminnallista haittaa ihmisen elämässä. Hoitamattomana kyseinen sairaus voi johtaa hankaliin sekä elämänlaatua ja -pituutta vähentäviin lisäsairauksiin, kuten erilaisiin sydän- ja verisuoni-

tauteihin sekä silmä- ja munuaissairauksiin. Jos hoidossa puolestaan onnistutaan, diabeetikon on mahdollista elää lähes normaalia arkea ilman merkittäviä rajoitteita. Hyvinvointia edistäviin tuloksiin on mahdollisuus päästä hoidon kokonaisvaltaisen onnistumisen kautta. Tämä tarkoittaa diabeetikon oma-aktiivista terveytensä hoitamista sekä terveydenhuollon ammattilaisten ja muiden tärkeiden tukihenkilöiden kanssa tehtävää tiivistä, vastavuoroista ja tuloksekasta yhteistyötä, joka toteutuu vuorovaikutuksessa. (ks. Suomen Diabetesliitto ry 2009; Himanen 2009a.)

### **3.2 Omahoito**

Tyypin 2 diabeteksen hoito perustuu ensisijaisesti potilaan omahoitoon. Kyseisellä termillä tarkoitetaan potilaan oma-aktiivista sairauden hoitoa jokapäiväisessä arkielämässä. Käytännössä tämä merkitsee onnistuessaan aktiivista tiedonhankintaa ja liikkumista, terveyttä edistävien elämäntapojen noudattamista sekä terveellistä ruokavaliota. Lisäksi onnistunut omahoito edellyttää säännöllistä oman terveydentilan seuranta, esimerkiksi verensokerimittauksien tekemistä, jalkojen hoitoa sekä suun terveydestä huolehtimista. Useimmiten diabeetikko tarvitsee lääkkeettömien hoitomuotojen rinnalle myös joko tabletti- tai insuliinilääkityksen. Tällöin onnistuneeseen omahoitoon kuuluu myös lääkkeen säännöllisestä ottamisesta sekä niiden riittävydestä huolehtiminen. (Suomen Diabetesliitto ry 2009.)

Onnistunut omahoito on Marttilan (2009c, 47) mukaan tiedoista ja kokemuksista muodostuva toimiva rutiini, joka ylläpitää terveyttä ja hyvinvoinnin voimavaroja. Tällä kirjoittaja tarkoittaa, että aktiivisen tiedon hankinnan myötä diabeetikko rohkaistuu tekemään arjessaan erilaisia hoitokokeiluja, seuraamaan niiden tuloksia sekä valikoimaan itselleen sopivimmat hoitokäytännöt. Näin toimiessaan hänen arkensa helpottuu ja hänen fyysinen ja psyykinen hyvinvointinsa paranee. Täten onnistuneessa omahoidossa on kyse käytännöllisistä ratkaisuista ja niistä oppimisesta, ei pelkästä teoreettisesta tietotaidosta. Lisäksi kirjoittaja painottaa, että vaikka omahoidon olisi hyvä olla arkeen kuuluva rutiini, sen on myös reagoitava elämässä tapahtuviin muutoksiin. Näin ollen omahoito on prosessi, joka ei voi koskaan tulla valmiiksi. Tällöin tärkeäksi onnistumisen kysymykseksi nousee se, oppiiko diabeetikko hahmottamaan, millainen omahoito missäkin elämäntilanteessa on hänelle parhain mahdollinen.

Omahoidon onnistuminen ei kuitenkaan ole vain aktiivista tiedon hankintaa ja käytännön toimintaa. Onnistuminen edellyttää diabeetikolta myös motivoitunutta asennetta sekä kokonaisvaltaista

sitoutumista sairauden hoitoon. Tämä tarkoittaa käytännössä sairauden hyväksymistä osaksi jokapäiväistä elämää sekä itsestä nousevaa halua huolehtia omasta terveydestä. Tästä syystä diabeetikon olisi sairastumisen alkuvaiheessa hyvä pysähtyä miettimään, millaiset asiat elämässä ovat tärkeitä sekä millaiset syyt kannustavat ja motivoivat häntä omasta terveydestä huolehtimiseen. Tällaisen ajatusprosessin läpikäymisellä luodaan hyvät lähtökohdat omahoidon tavoitteiden ja periaatteiden sisäistämiseksi sekä hoidossa onnistumiselle. (Marttila 2009a, 46-47.)

Kansainvälisissä tutkimuksissa omahoidon laiminlyönti on yhdistetty usein diabeetikon ja hoidonantajan väliseen vuorovaikutukseen. Omahoidon laiminlyönti voi viitata esimerkiksi siihen, että potilaat eivät pidä saamiaan hoito-ohjeita luotettavina, tai heillä on riittämätön tieto erilaisista hoitovaihtoehdoista sekä niiden hyöty- ja haittavaikutuksista (ks. Martin, Williams, Haskard & DiMatteo 2005; Shue, O'Hara, Marini, McKenzie & Schreiner 2010). Myös vähäinen sosiaalinen tuki (ks. Glasgow, Toobert & Gillette 2001) sekä diabeetikon ja terveydenhuollon ammattilaisten ristiriitaiset käsitykset omahoidon toteuttamisesta saattavat johtaa omahoidon laiminlyöntiin (ks. van Dam, van der Horst, van der Borne, Ryckman & Crebolder 2002). Lisäksi tutkimuksissa on havaittu, että lääkärin ja potilaan välinen statusero on koettu potilaiden osalta hankalaksi. Kyseinen asetelma voi johtaa siihen, että potilas pitää itseään kokonaisvaltaisesti huonompana kanssaviestijänä, mikä saattaa aiheuttaa ongelmia vastaanotolla tapahtuvalle vuorovaikutukselle. (Li, Koehn, Desroches, Yum & Deagle 2007).

Suomalaisissa diabetesoppaissa omahoidon laiminlyönnin syinä korostetaan potilaan henkilökohtaisia ominaisuuksia, asennetta sekä elämäntilannetta. Esimerkiksi Ilanne-Parikan (2009b, 217) mukaan omahoidon esteenä voi olla hankala elämäntilanne, muut sairaudet tai masennus, jolloin diabeteksen hoitoon ei ehkä riitä voimia. Joskus diabeetikko ei puolestaan pidä kirjoittajan mukaan hoitoaan riittävän tärkeänä. Vähän koholla oleva sokeri ei kuulosta vaaralliselta, sillä se ei aiheuta arkielämää haittaavia oireita. Siksi sairauden unohtaminen voi tuntua hetkellisesti helpommalta kuin elintapojen muuttaminen sekä diabeteksen hoitoon perehtyminen. Onnistunut omahoito tulisikin nähdä Marttilan (2009e, 55) mukaan omassa käytössä olevana välineenä mielekkään ja normaalin arjen elämiseen sekä sellaisten päämäärien tavoittelemiseen, joista diabeetikko haaveili ennen sairastumistaan.

Vaikka tyyppin 2 diabetes on pääpainotteisesti omahoitoinen sairaus, se ei kuitenkaan tarkoita sitä, että diabetesta olisi tarkoitus hoitaa yksin. Ilanne-Parikan (2009b, 214-245) mukaan Suomessa hoitoalan ammattilaiset, kuten lääkäri, diabeteshoitaja ja ravitsemusterapeutti, voivat

parhaimmillaan olla tärkeitä yhteistyökumppaneita sairauden hallintaprosessissa ja mahdollisimman normaalin elämän saavuttamisessa. Marttilan (2009f, 56) mukaan diabeetikon on mahdollisuus saada terveydenhuollon ammattilaisilta tuoretta tietoa sairaudesta ja sen hoidosta, sosiaalista tukea sekä käyttökelpoisia, jo muiden diabeetikkojen kanssa testattuja neuvoja omahoidon vaihteleviin tilanteisiin. Lisäksi omat terveydenhuoltopalvelut ovat tarvittaessa portti muiden hoitoa edesauttavien asiantuntijoiden luokse. Myös Himanen (2009a, 50) on määritellyt suomalaisen terveydenhuollon osuutta diabeetikon hoidossa. Hänen mukaansa suomalaisten terveydenhuollon ammattilaisten vastuulla on riittävä hoidonohjaus ja neuvonta, hoitovälineiden tarjoaminen ja niiden käyttöopastus, lääketieteellinen hoito ja sen arviointi sekä määrääaikaistutkimusten ja seurantakäyntien järjestäminen.

Terveydenhuollon ammattilaisten lisäksi myös diabeetikon perheenjäsenillä ja ystävillä on tärkeä rooli omahoidon tukemisessa, sillä he elävät diabeetikon kanssa yhteistä arkea, jossa terveyteen liittyvät elämäntapavalinnat tehdään. Perheenjäsenet ja ystävät voivat esimerkiksi omalla viestintäkäyttäytymisellään vahvistaa diabeetikon itseluottamusta, tarjota motivaatiota itsestä huolehtimiseksi sekä kannustaa elämäntapojen muutokseen. Myös vertaistuellalla on todettu olevan keskeinen merkitys diabeetikon omahoidon onnistumisen ja hyvinvoinnin kannalta. Kohdatessaan muita vertaisia diabeetikot voivat esimerkiksi jakaa yhteisiä kokemuksia ja ongelmia sekä löytää niihin yhdessä toimivia ratkaisuja. Vertaistukea on mahdollista löytää muun muassa internet-foorumien, paikallisen diabetesyhdistystoiminnan kautta sekä hakemalla Suomen Diabetesliitto ry:n järjestämille sopeutumis-, valmennus- ja kuntoutuskursseille. (Marttila 2009f, 56-57.)

### **3.3 Perustelut lääkäri-näkökulman valinnalle**

Tässä tutkielmassa keskitytään tarkastelemaan erityisesti lääkärin ja diabeetikon välisen viestintäsuhteen merkitystä omahoitoprosessissa kolmesta eri syystä. Ensinnäkin diabeetikkojen tarve lääkärikäynneille on elinikäinen, sillä lääkärit ovat ensisijaisesti vastuussa lääkityksen määräämisestä ja muuttamisesta, tarkempien tutkimusten teosta, laboratoriokoetulosten selvittämisestä sekä jatkotutkimuksiin lähettämisestä. Toisena perusteena näkökulman valinnalle on lääkärikäyntien vähentyminen suomalaisessa diabeteshoitojärjestelmässä, sillä yhä useammissa kunnissa diabeteksen hoitovastuu on siirretty pääasiallisesti joko terveyden- tai diabeteshoitajille. Esimerkiksi tätä tutkielmaa valmisteltaessa on astunut voimaan uusi laki, joka antaa myös koulutetuille diabeteshoitajille valtuudet määrätä itsenäisesti tiettyjä diabeteslääkkeitä. Koska

kansainvälisten terveysviestinnällisten tutkimusten mukaan myös lääkäriellä on havaittu olevan keskeinen merkitys omahoitoprosessin onnistumisessa (esim. Shue et al. 2010), on olennaista selvittää, mitä mieltä suomalaiset diabeetikot ovat lääkärin merkityksestä heidän omahoitonsa onnistumisen kannalta sekä millaista ohjausta he lääkäreiltään kaipaavat.

Kolmantena perusteena lääkärin ja diabeetikon välisen vuorovaikutuksen tarkasteluun on sen tieteellinen ajankohtaisuus. Erityisesti viimeisen kahden vuosikymmenen aikana lääkärin ja tyypin 2 diabeetikon välinen viestintäsuhde ja sen seuraukset ovat herättäneet kiinnostusta eri maiden terveysviestinnän tutkijoiden keskuudessa. Tutkimuksissa on muun muassa todettu, että kyseinen viestintäsuhde on merkityksellinen tekijä potilaan omatoimista selviytymistä ajatellen, mikä on diabeteksen omahoidon kannalta olennaista (esim. Burke, Earley, Dixon, Wilke & Puczynski 2006; Hampson, McKay & Glasgow 1996). Suomessa tehty aiempi diabetestutkimus on kuitenkin ollut enemmän hoito- kuin viestintätieteellisesti painottunutta. Lisäksi tehdyt tutkimukset ovat keskittyneet enemmän diabeteshoitajien tai ravitsemusterapeuttien kuin lääkäreiden ja potilaiden välisiin viestintäsuhteisiin. Esimerkiksi Kiuru, Poskiparta, Kettunen, Saltevo ja Liimatainen (2004) tutkivat nauhoitettujen keskustelujen perusteella hoitajien neuvonantamistyylejä ruokavalio-ohjeistusta suunniteltaessa. Pyörälä (2000) tutki ravitsemusneuvontatilanteita siitä näkökulmasta, miten diabetesta sairastavien lasten ja nuorten kokemukset, toiveet ja tarpeet tulevat ilmi ja miten niitä kyseisissä tilanteissa käsitellään. Toljamo (1998) puolestaan keskittyi omassa väitöskirjassaan sosiaalisen tuen sekä terveysuskomusten merkitykseen omahoitoon sitoutumisen kannalta. Sosiaalista tukea tarkasteltiin kuitenkin läheisten ja vertaisten eikä niinkään hoitohenkilökunnan antaman tuen muodossa. Tämän tutkimustarpeen perusteella on tärkeää selvittää, millaisia kokemuksia tyypin 2 diabeetikoilla on erityisesti lääkäri-potilassuhteesta suomalaisen terveydenhuollon kontekstissa.

## 4 LÄÄKÄRIN JA POTILAAN VÄLINEN VIESTINTÄSUHDE

### 4.1 Lääkäri-potilasviestintä terveysviestinnän tutkimuskohteena

Tämä pro gradu -tutkielma sisältyy tutkimusongelman perusteella terveysviestinnän tutkimuskenttään. Terveysviestintä on Krepsin, Bonacuron ja Queryn (1998, 2-7) mukaan 1970-luvulla omaksi alueekseen eriytynyt tutkimusala, jolla tarkastellaan viestintä- ja vuorovaikutusprosessien yhteyksiä yksilön ja yhteisön hyvinvointiin. Varsinkin terveystieteen laajeneminen biomedikaalisesta lähestymistavasta biopsykososiaaliseen lähestymistapaan oli tärkeä tekijä kyseisen tutkimusalan muotoutumiselle. Aikaisemmin terveystieteen pohjautui Pettergrewin ja Loganin (1987, 676-679) mukaan biomedikaaliseen lähestymistapaan, jolla tarkoitetaan terveyden määrittelyn perustuvan vain ihmisen fysiologiaan. Vähitellen terveys alettiin kuitenkin ymmärtää olevan muuttuva biopsykososiaalinen kokonaisuus, joka toteutuu fyysisellä, psyykkisellä ja sosiaalisella ulottuvuudella. Tämän seurauksena myös hoitokäsitys muuttui pelkästä parantamisesta sairastuneen yksilölliseksi ja kokonaisvaltaiseksi hoitamiseksi, joka toteutuu erityisesti hoitohenkilökunnan ja potilaan välisessä vuorovaikutuksessa. Täten viestintä ymmärretään Krepsin, Bonacuron ja Queryn (1998, 5-7) mukaan terveysviestinnän tutkimuksissa terveyden edistämisen ja toteutumisen perusprosessina.

Lääkärin ja potilaan välinen viestintä on ollut suosittu ja yleinen terveysviestinnän tutkimuskohde jo yli 30 vuoden ajan (Cegala & Broz 2003, 95). Tutkimusaiheen tarpeellisuutta selittää kyseisen viestintäsuhteen välttämättömyys, sillä lääkäripalveluille on aina kysyntää. Esimerkiksi suomalaisten on arvioitu Peräkylän, Eskolan ja Sorjosen (2001, 10) mukaan käyvän lääkärin vastaanotolla keskimäärin 2-3 kertaa vuodessa, joten tällaisia kohtaamisia kertyy vuodessa miljoonia. Täten lääkärikäynnin voidaan ajatella kirjoittajien mukaan olevan yksi merkittävimmistä terveydenhuollon ydintapahtumista. Lisäksi tutkimusaiheen merkittävyyttä korostavat viestinnän alan tutkimuksissa saadut tulokset siitä, että kyseinen viestintäsuhde on tärkeä tekijä potilaan hoitotyytyväisyyden ja -myöntyvyyden sekä fyysisen ja psyykkisen hyvinvoinnin kannalta (Brown, Stewart & Ryan 2003).



Terveysviestinnän tutkimusalan mukaisesti myös lääkäri-potilasviestintää koskevan tutkimuksen tavoitteena on ollut ongelmalähtöisesti löytää, tutkia ja ratkaista terveydenhuoltojärjestelmään sekä potilaiden terveyteen liittyviä viestinnällisiä tekijöitä kaikilla viestinnän tasoilla (Kreps et al. 1998, 5-7). Tyypillisimmin kyseiset tutkimukset ovat Gerlanderin (2003, 23) mukaan olleet kertaluontoisia lääkärikäyntejä tarkastelevia kvantitatiivisia vaikutustutkimuksia, joissa on etsitty hoidon ja toiminnan tuloksellisuuteen liittyviä viestinnällisiä tekijöitä. Erityisesti lääkärin viestintäkäyttäytymisen ja potilastyytyväisyyden sekä hoitomyöntyvyyden väliset yhteydet ovat olleet suosittuja tarkastelukohteita (Thompson & Parrott 2002). Sharf ja Street (1997) ovat kuitenkin kritisoineet, että lääkäri-potilasviestinnän tutkimuksellinen näkökulma on kaventunut liiallisesta ongelmalähtöisyydestä johtuen, ja varsinaisten viestintäprosessien tarkastelu on jäänyt tutkimuksissa vähemmälle huomiolle. Myös tutkimustulokset ovat Gerlanderin (2003, 23) mukaan jääneet laihoiksi ja puutteellisiksi. Täten tutkimuksia on kritisoitu fragmentaariseksi ja ateoreettiseksi; tutkimukset ovat keskittyneet vain tiettyihin viestintäprosessin piirteisiin, kuten lääkärin kysymysstrategiaan, ja niistä on puuttunut yleinen, kattava teoreettinen viitekehys (Thompson & Parrott 2002). Tulosten ristiriitaisuutta, kapea-alaisuutta ja laihuutta on viimeisen vuosikymmenen aikana pyritty ratkaisemaan muun muassa lisäämällä sellaista terveystieteellistä tutkimusta, joka keskittyy lääkäri-potilassuhteen viestintäprosesseihin ilmiöinä (Gerlander 2003). Lisäksi kyseisellä tutkimusalalla on alettu käyttää laadullisia tutkimusmenetelmiä kvantitatiivisten menetelmien (kuten vuorovaikutusanalyysien tai kyselylomakkeiden) sijasta tai rinnalla. Erityisesti haastattelumenetelmän käyttö on tutkimuksissa lisääntynyt, jotta potilaiden hoitokokemukset tulisivat mahdollisimman hyvin kartoitetuiksi ja ymmärretyiksi. (Roter & McNeilis 2003.)

Vaikka terveystieteiden tutkijat ovat alkaneet tiedostaa lääkäri-potilasviestinnän ja -suhteen tutkimiseen liittyviä ongelmia, tutkimusaiheita löytyy kuitenkin vielä runsaasti. Esimerkiksi Burken, Earleyn, Dixonin, Wilken ja Puczynskin (2006) mukaan tutkimuksissa on yhä kiinnitetty paljon huomiota siihen, millaista lääkäri-potilasviestintää on potilaiden arvioiden mukaan ollut. Kirjoittajien mielestä tutkimusten tulisi menneen vuorovaikutustilanteen tarkastelemisen sijasta keskittyä enemmän sen selvittämiseen, millaisia toiveita ja tarpeita potilailla on liittyen lääkärin ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen. Tällöin saataisiin tietoa siitä, millaiset viestinnälliset tekijät vastaanottotilanteen vuorovaikutuksessa ovat juuri terveydenhuoltopalveluja käyttäville, arvioiville ja ylläpitäville potilaille tärkeimpiä. Toisaalta on kuitenkin huomioitava, että potilaiden toiveet eivät välttämättä ole kovin pysyviä, sillä ne saattavat tutkimusten mukaan muuttua jopa yhden vastaanotokäynnin jälkeen. Esimerkiksi Golinin, DiMatteon, Duanin, Leaken ja Gelbergin (2002) tekemässä diabeetikkojen päätöksentekohalukkuutta koskevassa tutkimuksessa havaittiin

diabeetikkojen haluavan vastaanottokäyntien jälkeen, että heidän osallistumistaan päätöksentekoprosesseihin helpotetaan lääkärin toimesta, vaikka he ennen vastaanottokäyntiä kertoivat, että he eivät halua osallistua päätöksentekoon. Koska pelkkä toiveiden kartoittaminen saattaa olla harhaanjohtavaa, tutkimusten olisi tarpeellista pyrkiä selvittämään niiden lisäksi myös potilaiden havainnoimia todellisia kokemuksia lääkäri-potilassuhteistaan. Näiden kertomusten kautta voidaan saada myös tietoa potilaan lääkärisuhteeseen kohdistamista toiveista ja tarpeista, jotka nousevat oletettavasti esiin esimerkiksi sen kautta, miten potilaat ilmaisevat johonkin asiaan liittyvää tyytyväisyyttään tai tyytymättömyyttään.

Lääkäri-potilasviestinnän tutkimuksia on myös kritisoitu siitä, että pitkäkestoiset lääkäri-potilassuhteet sekä lääkäri-potilasviestinnän pitkävaikutteiset seuraukset ovat jääneet tutkimuksissa vähemmälle huomiolle, vaikka niiden merkityksellisyys tutkimusaiheina on kasvanut pitkäaikais-sairauksien yleistyessä (Dibbelt, Schaidhammer, Fleischer & Greitemann 2009; Golin et al. 2002; Kokanovic & Manderson 2007). Jatkuvuuden tutkimuksen tärkeyttä perustelevat myös saadut tutkimustulokset siitä, että lääkäri-potilasviestintä ja sen tavoitteet näyttäisivät muuttuvan jatkuvuuden myötä. Esimerkiksi van Dulmenin, Verhaakin ja Bilon (1997) tekemässä tutkimuksessa tarkasteltiin kolmea eri käyntikertaa, jolloin diabeetikko asioi saman lääkärin kanssa. Tuloksia tarkasteltaessa havaittiin, että ensimmäinen käyntikerta oli tärkeä suhteen rakentamisen kannalta, ja tällöin potilaat näyttivät arvostavan erityisesti lääkärin sosiaalista, myönteistä ja avointa viestintäkäyttäytymistä. Lisäksi havaittiin, että ensimmäisellä käyntikerralla diabeetikko ja lääkäri olivat lähes yhtä aktiivisia keskustelijoita. Toisen käyntikerran pääasiallinen merkitys oli puolestaan hoitomuodoista keskusteleminen ja tiedon vaihtaminen. Tällöin potilaat painottivat potilas-keskeisyyden tärkeyttä ja kokivat myös sen toteutuneen, vaikka lääkärit olivatkin ensimmäiseen käyntikertaan verrattuna paljon enemmän äänessä kuin potilaat. Kolmannella käyntikerralla tärkeintä oli tutkimustulosten mukaan psykologisen neuvonnan tarjoaminen, esimerkiksi diabeetikon huolenaiheisiin liittyen. Myös Gambling ja Long (2009) saivat vastaavanlaisia tuloksia tutkiessaan diabeetikoiden puhelinneuvontaa. Näin ollen näyttäisi siltä, että lääkäri-potilassuhde etenisi jatkuvuuden myötä yhä henkilökohtaisempaan suuntaan, ja tätä diabeetikot näyttivät myös odottavan. Samankaltaisia tuloksia jatkuvuuden merkityksestä potilaille on saatu myös muissa tutkimuksissa (vrt. Burke, Earley, Dixon, Wilke & Puczynski 2006; Kokanovic & Manderson 2007; Virtanen 1991).

## 4.2 Lääkäri-potilassuhteen prototyypit

Puheviestinnän tutkimuskirjallisuudessa lääkäri-potilassuhdetta on pyritty kuvailemaan neljän erilaisen mallin avulla, jotka ovat paternalistinen, konsumeristinen, vetäytyvä ja vastavuoroinen malli. Nämä niin kutsutut lääkäri-potilassuhteen prototyypit eroavat toisistaan sen suhteen, millaiset valta-asetelmat lääkärillä ja potilaalla kyseisessä viestintätilanteessa on. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, millaista kontrollia erityisesti asiantuntijan ja hoidontarjoajan asemassa oleva lääkäri harjoittaa; ottaako hän potilaan mukaan keskusteluun ja päätöksentekoon, katsooko hän päätöksenteon kuuluvan yksin itselleen vai jotakin siltä väliltä. Lisäksi kontrolliin liittyy olennaisesti potilaan odotukset vastaanotolla tapahtuvan vuorovaikutuksen luonteesta sekä hänen viestintäkäyttäytymisensä kyseisessä tilanteessa. Näin ollen lääkäri-potilassuhteen luonteen määrittelyyn liittyvät olennaisesti seuraavat kysymykset: kuka määrittelee käynnin ja hoidon tavoitteet (lääkäri, potilas, vai lääkäri ja potilas yhdessä), kuinka merkittävässä asemassa potilaan arvot ja mielipiteet päätöksenteossa ovat sekä millainen funktionaalinen rooli lääkärillä nähdään olevan, toisin sanoen onko hän neuvonantaja, vartija vai kenties konsultti. (Emanuel & Emanuel 1992.)

Paternalistisessa mallissa lääkäri on Emanuelin ja Emanuelin (1992) mukaan dominoiva tiedontarjoaja sekä hoidosta päättäjä, potilas on puolestaan ensisijaisesti tiedon ja hoidon vastaanottaja. Täten lääkäri vastaa potilaan terveydentilan arvioinnista sekä sen määrittelystä, milloin potilas on terve tai sairas. Paternalistista mallia toteuttavan lääkärin on todettu kysyvän paljon kysymyksiä, keskeyttävän potilaan puheenvuoron useasti, elehtivän paljon sekä olevan hyvin argumentatiivinen (Buller & Buller 1987). Paternalistisen lääkäri-potilassuhteen etuina ovat Roterin ja Hallin (2006, 28) mukaan sen tuottamat turvallisuuden, luottamuksen ja tuen saamisen tunteet, joita erityisesti vakavasti sairaiden sekä iäkkäämpien potilaiden on todettu tuntevan. Tällöin lääkäri on ikään kuin isä- tai äitihahmo, joka pitää potilaasta huolta ilman, että hänen tarvitsee olla mistään huolissaan. Schneiderin (1998) mukaan ongelmalliseksi on kuitenkin nähty kyseisen suhteen käyttäminen potilaan manipuloimiseen ja päätösvallan riistämiseen. Tutkijan mukaan on myös havaittu, että paternalistinen lääkäri-potilassuhde vähentää potilaan osallistumista päätöksentekoon sekä rohkeutta ja kiinnostusta vastuun ottamisesta omaan hoitoon liittyen. Täten voisi olettaa, että kyseinen suhdetyyppi olisi pikemminkin haitallinen kuin hyödyllinen erityisesti tyypin 2 diabeetikolle omahoidon onnistumista ajatellen.

Vastakkainen lähestymistapa paternalismille on konsumerismi. Kyseisellä käsitteellä tarkoitetaan Roterin ja Hallin (2006, 31) mukaan ikään kuin kuluttajakeskeistä kaupankäyntiprosessia, jossa lääkäri pyrkii markkinoimaan asiakkaalleen eli potilaalle mahdollisimman toimivat ja yksilöidyt terveydenhuollon tarjoamat palvelut. Potilas on tutkijoiden mukaan ”aina oikeassa oleva” kuluttaja, joka on kustannustietoinen, etsii oma-aloitteisesti terveyttään koskevaa tietoa sekä harjoittelee itsenäistä päätöksentekoa. Lääkäriin rooli on puolestaan olla vakuuttava ja myyvä hoidontarjoaja. Hibbardin ja Weeks (1985) tekemässä tutkimuksessa kuitenkin havaittiin, että vain vähemmistö kahdesta tuhannesta tutkittavasta osoitti edellä kuvailtua kuluttajakäyttäytymistä (Roterin & Hallin 2006, 32 mukaan). Eniten kuluttajan piirteitä havaittiin nuorten ja korkeasti koulutettujen keskuudessa, sen sijaan vanhempi väestö ei kyseenalaistanut lääkärin tietotaitoa eikä tehnyt itsenäisiä hoitopäätöksiä. Myös muissa tutkimuksissa on saatu samankaltaisia tuloksia, erityisesti sellaisissa, joissa on tutkittu vakavasti sairaita tai pitkäaikaissairaita potilaita (Beisecker & Beisecker 1990; Blanchard, Labrecque, Ruckdeschel & Blanchard 1988). Fallowfieldin, Hallin, Maguiren & Baumin (1990) tekemän rintasyöpäpotilaita koskevan tutkimuksen mukaan kuluttajakäyttäytymisen vähäistä suosiota voidaan selittää muun muassa sillä, että vastuu omasta terveydestä sekä siihen liittyvistä hoitopäätöksistä pelottaa ja aiheuttaa potilaalle liiallista stressiä. Tutkijoiden mukaan vastuun ja päätöksentekoon osallistumisen sijasta potilaat saattavat kaivata tarkempaa tietoa eri hoitovaihtoehdoista sekä lääkärin suositusten perusteista. Tutkijat kuitenkin huomauttavat, että potilaille tulee tarjota mahdollisuus osallistua päätöksentekoon, mutta myös mahdollisuus kieltäytyä osallistumasta.

Vetäytyneellä suhdetyypillä Roter ja Hall (2006) tarkoittavat epäonnistunutta lääkäri-potilassuhdetta, jossa potilaan ja lääkärin odotukset jäävät epäselviksi tai ne eivät kohtaa, ja tällöin odotukset jäävät täyttymättä. Sen seurauksena suhteen osapuolet turhautuvat tietämättömyyteensä ja epävarmuuteensa, ja suhteen ylläpitäminen sekä tarkoituksenmukaisuus vaarantuvat. Tutkijoiden mukaan on kuitenkin yleistä, että tyytymättömyyttä herättävän lääkäri-potilassuhteen ylläpito jatkuu vanhasta tottumuksesta ilman, että ratkaisuja ongelmiin koskaan etsitään. Tällöin potilas alkaa jättäytyä vastaanottokäynneiltä pois, eikä lääkäri edes välttämättä huomaa potilaan harventunutta käyntiväliä. Lisäksi mahdollisia seurauksia epäonnistuneelle viestinnälle lääkäri-potilassuhteessa ovat myös hoitovirheet sekä vastaanottokäynneistä tehdyt valitukset. Hicksonin, Claytonin ja Entmanin (1994) tekemän tutkimuksen mukaan kyseiset huomautukset kohdistuivat erityisesti kiireen tuntuun, lyhyisiin vastaanottokäynneihin, potilaan huomiotta jättämiseen sekä epätarkkojen hoito-ohjeiden antamiseen (Roterin & Hallin 2006, 38 mukaan). Levinsonin, Roterin, Mulloolyn, Dullin ja Frankelin (1997) tutkimuksen mukaan hoitovirheestä syytetyt lääkärit olivat viettäneet

vähemmän aikaa potilaidensa kanssa sekä käyttäneet vähemmän huumoria kuin sellaiset lääkärit, joita ei ollut koskaan syytetty hoitovirheestä. Lisäksi hoitovirheestä syytetyt lääkärit olivat pyytäneet potilaitaan kertomaan mielipiteitään harvemmin kuin hoitovirhesyytteet välttäneet lääkärit sekä jättäneet tarkistamatta potilaidensa ymmärryksen vastaanotoilla käsitellyistä asioista.

Vertaillessaan erilaisia lääkäri-potilassuhteesta tehtyjä tutkimustuloksia terveystiedon tutkijat ovat tulleet siihen tulokseen, että ideaalinen lääkäri-potilassuhde koostuu sekä potilas- että lääkäri-keskeisyydestä. Tällaista lähestymistapaa Roter ja Hall (2006) kutsuvat vastavuoroiseksi yhteistyöksi (*mutuality*). Vastavuoroisessa lääkäri-potilassuhteessa kumpikaan osapuoli ei kannaksin vastuuta hoidon suunnittelemisesta ja sen onnistumisesta, vaan kummatkin osallistuvat tasavertaisina hoitosuunnitelman sekä keskinäisen yhteistyön rakentamiseen. Lisäksi vastavuoroisuus edellyttää sekä lääkärin että potilaan sitoutumista suhteeseen ja sen tavoitteisiin ja myös tahtoa selvittää myös keskinäisiä erimielisyyksiä. Lääkärin ja potilaan välisen yhteistyön suosiota selittää sen yhteys moniin positiivisiin potilaan terveyttä edistäviin seurauksiin, kuten potilaan odotusten täyttymiseen (esim. Rao, Weinberger & Kroenke 2000), potilastyytyväisyyteen (esim. Ong 1995), parempaan hoitomyöntyvyyteen (esim. DiMatteo, Reiter & Gambone 1994), lyhyempiin toipumisaikoihin sekä parempaan yleisesti koettuun terveydentilaan (esim. Stewart 1995).

Vastavuoroisen viestintäsuhteen muodostuminen katsotaan olevan erityisesti lääkärin vastuulla, sillä hänellä on asiantuntija-asemansa myötä keskusteluissa vastuullinen ja vuorovaikutusta ohjaava rooli. Brodyn (1980) tekemän tutkimuksen mukaan lääkäri voi rohkaista potilasta vastavuoroisuuteen neljällä eri tavalla: 1) osoittamalla potilaalle, että hänen mielipiteitään arvostetaan, 2) vahvistamalla potilaan tavoitteet ja odotukset, 3) antamalla potilaalle tietoa sairaudesta sekä keskustelemalla eri hoitovaihtoehtojen hyödyistä ja haitoista, sekä 4) kannustamalla potilasta kertomaan mielipiteensä ja selvittämällä lääkärin ja potilaan väliset erimielisyydet. Nämä käyttäytymismallit on määritelty tutkimuskirjallisuuden mukaan potilaskeskeisen viestintäkäyttäytymisen kulmakiviksi. Quill (1983) kuitenkin huomauttaa, että lääkärin velvollisuus ei ole hyväksyä kaikkia potilaan esittämiä ehdotuksia vain kannustaakseen häntä osallistumaan, vaan hänellä on oikeus lääketieteelliseen ammattitaitoonsa nojaten myös kumota potilaan ehdotukset hyviin perusteluihin vedoten (Roter & Hall 2006, 35 mukaan). Täten vastavuoroinen lääkäri-potilassuhde on myös vastavuoroista rehellisyyttä sekä omien resurssien täysipainoista käytäntöön soveltamista.

Terveysviestinnän tutkijat ovat pohtineet lääkäri-potilassuhteen vastavuoroisuuteen liittyen, millä tavoin potilaat ymmärtävät vastavuoroisen päätöksenteon. Vaikka viestinnän tutkimuksissa vastavuoroisuus on nähty tehokkaaksi päätöksentekomalliksi sen seurauksiin nähden, ja potilaat haluaisivatkin saada paljon informaatiota sairauteensa ja sen hoitoon liittyen, tutkimuksissa on myös raportoitu siitä, että potilaat osallistuvat vastaanottotilanteessa tapahtuvaan vuorovaikutukseen huomattavasti lääkäreitä vähemmän sekä ajallisesti että puheenvuorojen määrän suhteen (ks. Beisecker & Beisecker 1990; Blanchard et al. 1988; Roter, Hall, Merisca, Ruehle, Cretin & Svarstad 1988). Esimerkiksi Gerlanderin (2003) tekemästä tutkimuksesta kävi ilmi, että potilaat kuvailivat yhteisen päätöksenteon olevan ensisijaisesti lääkärin toimintaa: lääkäri kertoo sen, mitä katsoo tarpeelliseksi sekä kysyy potilaan mielipidettä päätöksen suhteen. Potilaan tehtävänä päätöksenteossa on puolestaan tiedon vastaanottaminen sekä omista tuntemuksista kertominen, jotta lääkäri osaisi kertoa hänelle tarkoituksenmukaista tietoa. Lisäksi potilaan tehtävänä on päättää, mikä hoitomuoto on hänelle parhain.

Lääkäri-potilassuhteen neljän eri mallin lisäksi terveystieteen tutkimuksissa on alettu kahden viimeisen vuosikymmenen aikana käyttämään myös termiä suhdekeskeinen hoito (*relationship-centered care*). Kyseinen käsite eroaa esimerkiksi vastavuoroisuus-mallista siten, että se korostaa lääkäri-potilassuhteen muodostumisessa erityisesti potilaan ja lääkärin persoonallisuuspiirteitä ja tunteita sekä osapuolten vastavuoroista vaikuttamista toistensa käyttäytymiseen. Suhdekeskeisen lääkäri-potilasviestinnän tavoitteena on pyrkiä siten yhteistyöhön tähtäävää suhdetta syvemmälle; toisin sanoen mahdollisimman aitoon, vilpittömään ja rehelliseen yksilölliseen suhteeseen, joka nähdään moraalisesti tärkeäksi ja arvokkaaksi sekä hoidon seurausten kannalta tuloksettaiseksi toimintamalliksi. (Beach & Inui 2006.)

### **4.3 Ideaalisen lääkäri-potilassuhteen määrittelyn haasteet**

Lukuisissa terveystieteen tutkimuksissa on havaittu, että kokonaisvaltaisesti toimiva lääkärin ja potilaan välinen viestintäsuhde on tärkeä ja merkityksellinen tuloksellisen hoidon edellytys (ks. Dibbelt, Schaidhammer, Fleischer & Greitemann 2009; Shue et al. 2010; Stewart 1995). Täten lääkäri-potilasviestintää koskevissa tutkimuksissa on pyritty erityisesti selvittämään, millainen lääkärin ja potilaan välinen viestintäsuhde tulisi potilaan näkökulmasta olla, jotta sillä olisi positiiviset seuraukset potilaan kokonaisvaltaiselle hyvinvoinnille. Eniten tutkimuksissa on kiinnitetty huomiota lääkärin instrumentaalisen eli tehtäväkeskeisen viestintäkäyttäytymisen osa-

alueisiin. Tutkituimpia osa-alueita ovat olleet tiedon tarjoaminen, kysymysten esittäminen, huonojen uutisten kertominen, neuvominen ja hoito-ohjeiden antaminen sekä päätöksenteko, sillä nämä osa-alueet ovat keskeisiä vastaanottokäynnin vuorovaikutusprosesseja. (ks. Brown et al. 2003; Gerlander 2003; Ong 1995; Roter & Hall 2006.)

Tehtävä-orientoituneen viestinnän lisäksi tutkijat ovat olleet kiinnostuneita myös lääkärin sosioemotionaalisen viestintäkäyttäytymisen merkityksestä toimivan vuorovaikutuksen rakentumisessa. Tällaisen ei-lääketieteellisen viestinnän piirteitä ovat muun muassa potilaan rohkaiseminen, lääkärin rentous, ystävällisyys, avoimuus ja rehellisyys sekä aidon huolen, hyväksynnän ja empatian osoittaminen. (Ong 1995, 904.) Toisten tutkijoiden mielestä lääkäri-potilasviestinnässä on keskeistä erityisesti hyvän sosiaalisen suhteen muodostuminen, jolloin tarpeellisia lääkärin suhdekeskeisen viestintäkäyttäytymisen piirteitä ovat huumorintaju, potilaan persoonaan liittyvien huomioiden tekeminen, kohteliaisuuksien antaminen potilaalle, kiinnostuksen osoittaminen, ystävällisyys sekä rehellisyys. Lisäksi auttamishalukkuus, potilaalle omistautuminen, neutraali asenne potilaan ongelmiin sekä sosiaalisuus ovat tärkeitä tekijöitä onnistuneen lääkäri-potilassuhteen rakentamisessa. (ks. Buller & Buller 1987; Hall, Roter & Katz 1987.)

Toiset tutkijat ovat Ongin (1995, 904) mukaan olleet sitä mieltä, että kyseisen suhteen onnistumisessa tärkeimpiä tekijöitä ovat terapeutitset ominaisuudet. Tällaisia ovat muun muassa keskinäisen luottamuksen sekä toimivan ja tehokkaan yhteistyösuhteen rakentaminen, jonka tärkeimpiä kulmakiviä ovat Rogersin (1967) terapeuttisen viestinnän mallin mukaisesti empatian, kunnioituksen, aitouden, hyväksynnän sekä lämpimyden osoittaminen. Erimielisyyksistä huolimatta tutkijat ovat kuitenkin Ongin (1995, 904) mukaan olleet yhtä mieltä siitä, että empatia on tärkeä tekijä lääkäri-potilassuhteen onnistumisessa. Empaattisessa lääkäri-potilassuhteessa lääkäri käyttää menetelmään hiljaisuutta, rohkaisua, nonverbaalista viestintää sekä kuuntelemista ja sen havainnoimista, mitä potilas ei sano ääneen. Potilaalla on puolestaan vapaus ilmaista tunteita ja ajatuksia omin sanoin niistä asioista, mistä hän itse haluaa puhua ja vain sen verran, kuin hänestä itsestä tuntuu hyvältä kertoa (DiMatteo, Taranta & Friedman 1980; Comstock, Hooper & Goodwin 1982.) Terapeuttiseen malliin on Ongin (1995, 904) mukaan läheisesti yhteydessä potilaskeskeinen lähestymistapa (*patient-centered method*). Kyseisen lähestymistavan perusajatuksena on, että lääkäri kannustaa potilasta kertomaan kaikki syyt, ajatukset, tunteet ja huolenaiheet, jotka liittyvät hänen vastaanottokäyntiinsä, ja lääkärin tehtävänä on kuunnella potilasta tarkkaavaisesti sekä ohjata kertomaan lisää. Täten tavoitteena on tutkijan mukaan potilaan kokemusmaailman ymmärtäminen hänen omista lähtökohdistaan käsin.

Tutkimusten havainnot siitä, pystyvätkö potilaat erottelemaan tehtävä-orientoitunutta ja sosioemotionaalista viestintää toisistaan sekä arvioimaan niiden merkitystä vuorovaikutuksen onnistuneisuuden sekä sen seurausten kannalta, ovat kuitenkin olleet ristiriitaisia. Tämän on nähty Ongin (1995, 908) mukaan johtuvan muun muassa siitä, että eri tutkimukset ovat määritelleet kyseiset viestintäulottuvuudet eri tavoin. Roterin ja Hallin (2006, 144–147) mukaan on myös epäilty, osaavatko potilaat todella arvioida, millaiset tekijät laadukkaassa hoidossa ovat tärkeimpiä. Monet tutkimukset ovat kuitenkin kirjoittajien mukaan osoittaneet, että potilaat tunnistavat laadukkaan ja huonolaatuisen hoidon. Lisäksi kirjoittajat muistuttavat, että terveydenhuoltopalvelujen toimivuus määrittyy epäilyksistä huolimatta edelleen potilaiden kokemuksista muotoutuneiden mielipiteiden kautta. Nykyään vallalla oleva käsitys Ongin (1995, 908, 913) mukaan onkin, että tehtävä-orientoitunut että sosioemotionaalinen viestintä ovat kiinteässä yhteydessä toisiinsa kasvokkain-viestinnän vuorovaikutustilanteissa, ja täten niitä ei ole syytä erotella toisistaan. Tärkeämpää on pyrkiä kokonaisvaltaisesti arvioimaan, millainen lääkäri-potilasviestintä palvelee mahdollisimman hyvin potilaiden odotuksia ja tarpeita sekä hyvinvointia.

Ideaalisen lääkäri-potilassuhteen kokonaisvaltainen määrittely ei ole ollut yksinkertaista. Ensinnäkin määrittelyä hankaloittavat ihmisten erilaiset käsitykset hyvän lääkäri-potilassuhteen tavoitteista; toisten mielestä lääkäri-potilassuhteen kuuluisi olla tehtävä-orientoitunut neutraali ihmissuhde, jossa lääkäri ohjaa keskustelua, tekee kaikki hoitopäätökset sekä keskittyy nimenomaan potilaan vastaanottotilanteessa esittelemään ongelmaan. Toisten mielestä lääkäri-potilassuhteen kuuluisi puolestaan olla läheinen, jatkuva ja potilaan hyvinvointiin kokonaisvaltaisesti paneutuva ihmissuhde, jossa potilas voisi käsitellä myös muita kuin sen hetkiseen terveydentilaan liittyviä asioita ja ongelmia. Lisäksi potilaan tulisi saada osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon tasavertaisena keskustelijana. Jotkut potilaat taas voivat odottaa lääkäri-potilassuhteen olevan jotakin tältä väliltä; toisaalta lääkärin tulisi olla empaattinen ja potilaan mielipiteet huomioon ottava, mutta toisaalta hänen tulisi myös kantaa vastuunsa asiantuntijana ja täten tehdä kaikki hoitoon liittyvät päätökset ja ehdotukset.

Potilaiden asettamien tavoitteiden ja odotusten erilaisuuteen on katsottu olevan yhteydessä erityisesti yksilölliset eli persoonalliset sekä kokemuksiin perustuvat tekijät, mutta myös sosiodemografiset tekijät, kuten potilaan ikä, sukupuoli, sosioekonominen tausta, terveydentila sekä etnisuus (Roter & Hall 2006, 57–106). Esimerkiksi vanhempien potilaiden on katsottu Greenen, Adelmanin, Friedmanin sekä Charonin (1994) mukaan arvostavan erityisesti lääkärin affektiivisia ominaisuuksia enemmän kuin keskusteltavana olevia asioita. Täten vanhemmat potilaat näyttäisivät



odottavan ennen kaikkea välittämistä, ystävällisyyttä ja kohteliaisuutta, ei lääketieteellisen tietämyksen kasvamista. Lisäksi tutkijat havaitsivat, että vanhemmat potilaat kunnioittavat lääkärin ammattitaitoa niin paljon, että he eivät uskalla haastaa lääkärinsä asiantuntemusta. Roterin ja Hallin (2006, 57–106) mukaan myös lääkärin sosiodemografiset ominaisuudet sekä potilaiden arviot niistä on katsottu olevan yhteydessä lääkäri-potilassuhteen toimivuuteen. Tällaisia piirteitä ovat muun muassa lääkärin ikä, sukupuoli, poliittinen tausta, sosiaalinen luokka, saatu lääketieteellinen koulutus, persoonallisuuspiirteet sekä lääkärin asenteet potilaan hoitoa kohtaan.

Potilaiden ristiriitaisiin odotuksiin ja mielipiteisiin vaikuttavat oletettavasti myös yhteiskunnalliset arvot ja normit. Toisaalta yhteiskunta kannustaa jäseniään esimerkiksi demokraattisuuteen, mikä tarkoittaisi lääkäri-potilassuhteen kohdalla lääkärin ja potilaan keskinäistä tasa-arvoisuutta hoidosta päättäjinä. Toisaalta yhteiskunta kuitenkin rohkaisee luottamaan asiantuntijoiden tietotaitoon. Täten lääkärin vastuulla olisi vastaanottotilanteen eteenpäin vieminen, olennaisten asioiden kysyminen, oikean diagnoosin tekeminen sekä hoidosta päättäminen. Myös yhteiskunnassa kulloinkin vallitsevat erilaiset trendit vaikuttavat siihen, millaista lääkäri-potilassuhdetta ihmiset pitävät tavoiteltavana. Esimerkiksi tällä hetkellä vallitsevina trendeinä näyttäisivät olevan lääkäri-potilassuhteen persoonallistuminen sekä asiakaslähtöinen konsumerismi, toisin sanoen potilaan persoonaa, mielipiteitä, oikeuksia ja päätäntävaltaa kunnioittava lääkäri-potilassuhde. Myös kulttuurien keskeiset eroavaisuudet vaikeuttavat ideaalin lääkäri-potilassuhteen määrittelyä; esimerkiksi suomalaiset vierastavat lääkäri-potilassuhteen vertaamista ystävyys-suhteeseen pitkäkestoisinkin suhteen ollessa kyseessä, mutta yhdysvaltalaisille lääkärin kutsuminen ystäväksi on täysin luonnollista. (Gerlander 2003.)

Ideaalin lääkäri-potilassuhteen määrittelyä vaikeuttaa myös lääkäri-potilassuhteen perusluonteeseen kuuluva dynaamisuus (ks. Gerlander 2003, 71–73). Kyseisellä termillä tarkoitetaan lääkäri-potilassuhteen olevan jatkuvan muutoksen alainen, johtuen erityisesti kyseisessä suhteessa piilevistä jännitteistä, mutta myös esimerkiksi potilaiden ja lääkärin sosiodemografisten taustatekijöiden muuttumisesta. Tällaisia muutoksia ovat esimerkiksi vanheneminen, terveydentilan heikkeneminen tai elinolosuhteissa tapahtuvat muutokset. Täten myös lääkäri-potilassuhteen kohdistuvat odotukset ja tavoitteet ovat jatkuvan muutoksen alaisia, ja näin ollen vaikeasti määriteltävissä.

Koska kokonaisvaltaista, pysyvää ja ideaalia lääkäri-potilassuhdetta on mahdotonta määrittää siihen liittyvien dynaamisten osatekijöiden vuoksi, terveysviestinnän tutkimukset ovat pyrkineet määrittämään toimivaan lääkäri-potilassuhteeseen liittyviä tekijöitä rajatuissa konteksteissa. Täten

tutkimuksen kohteina ovat olleet eri-ikäiset ja erilaisia sairauksia sairastavat ihmiset, yksityinen ja julkinen terveydenhuolto sekä avo- ja sairaalahoito. Lisäksi lääkäri-potilassuhteen eri osatekijöitä on pyritty tutkimaan erikseen, kuten esimerkiksi päätöksentekoprosesseja, emotionaalisen tuen tarjoamista sekä näiden yhteyttä lääkäri-potilassuhteen tutkituimpiin seurauksiin. Tutkimuksissa on myös pyritty selvittämään lääkäreiden ja potilaiden erilaisten sosiodemografisten tekijöiden, kuten iän, sukupuolen, sosioekonomisen aseman ja etnisyyden yhteyttä lääkäri-potilasviestinnän ja -suhteen toimivuuteen. (Roter & Hall 2006, 57-106.)

Tämä tutkielma pyrkii selvittämään toimivan lääkäri-potilassuhteen viestinnällisiä tekijöitä julkisen terveydenhuollon tarjoamassa avohoidon kontekstissa, ja tutkimuskohteeksi on rajattu keski-ikäiset ja sitä vanhemmat tyyppin 2 diabetesta sairastavat potilaat. Tutkielman fokus ei kuitenkaan ole sosiodemografisissa tekijöissä tai vain tiettyjen lääkäri-potilasviestinnän osa-alueissa, vaan tavoitteena on löytää laajemmin sellaisia lääkäri-potilassuhteen viestinnällisiä tekijöitä, jotka edesauttavat diabeetikon omahoidon kokonaisvaltaista onnistumista. Teoreettisena kehyksenä niiden selvittämiseksi käytetään erityisesti lääkäri-potilasviestinnän tutkituimpia seurauksia, jotka ovat potilastyytyväisyys, hoitomyöntyvyys ja terveydelliset seuraukset. Nämä seuraukset on katsottu merkittävimiksi siitä syystä, että niiden on todettu olevan yhteydessä potilaan kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin; jos potilas on lääkäri-potilassuhteeseensa tyytyväinen, hän myös todennäköisemmin sitoutuu hoitoonsa sekä noudattaa saamiaan hoito-ohjeita, ja näin ollen myös hänen fyysinen terveydentilansa voi kohentua. Konkreettinen terveydentilan parantuminen puolestaan tuottaa onnistumisen kokemuksia ja täten vahvistaa myös potilaan psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia.

## 5 LÄÄKÄRIN JA POTILAAN VÄLISEN VIESTINTÄSUHTEEN SEURAUKSET

### 5.1 Potilastyytyväisyys

Kaikista tutkituin lääkäri-potilasviestinnän seuraus on ollut potilastyytyväisyys. Sillä tarkoitetaan potilaan näkemystä hoidon laadusta sekä hänen odotustensa ja todellisuuden yhteneväisyydestä, esimerkiksi kuinka hyväksytyksi ja vapautuneeksi hän kokee olonsa sekä kuinka vakavasti lääkäri ottaa hänen huolenaiheensa. Kyseisen käsitteen määritelmä pitää yleensä sisällään viestinnällisten tekijöiden lisäksi myös lääketieteelliset asiat, kuten esimerkiksi lääkehoidon onnistuneisuuden ja siitä aiheutuneet kustannukset. Täten potilastyytyväisyys on moniolotteinen kokonaisuus, jonka tutkimisessa on otettava huomioon monta eri tekijää. (Koehler, Fottler & Swan 1992.)

Potilastyytyväisyyden suosiota tutkimusaiheena selittää sen yhteys potilaan parempaan fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin. Jos potilas on esimerkiksi tyytyväinen lääkäriinsä ja saamaansa hoitoon, hänen on todettu suuremmalla todennäköisyydellä seuraavan hoito-ohjeita ja täten kokonaisvaltainen terveydentila voi kohentua. Jos potilas on puolestaan tyytymätön, hän suuremmalla todennäköisyydellä jättää lääkärin hoito-ohjeet noudattamatta tai lääkärikäynnit jopa kokonaan väliin. (Brown et al. 2003; Roter & Hall 2006.) Erityisesti pitkäaikaissairaiden, kuten diabeetikkojen tyytyväisyyteen yhteydessä olevat tekijät on Golinin ja kumppaneiden (2002) mukaan tärkeää selvittää, sillä tyytyväisyyden on katsottu olevan olennaisesti yhteydessä hoitomyöntyvyyteen, mikä puolestaan on keskeinen osatekijä omahoidon onnistumisprosessissa. Tutkimuksissa on perusteltu tyytyväisyyden merkitystä myös sillä, että terveydenhuollosta on tullut monien muiden palvelujen tavoin yksi markkinatuote, jonka laadun osoittaja palvelun käyttäjien eli potilaiden tyytyväisyys on (ks. Franciosi, Pellegrini, De Berardis, Belfiglio, Di Nardo, Greenfield, Kaplan, Sacco, Tognoni, Valentini & Nicolucci 2004, 277–278).

Hall ja Dornan (1988) kartoittivat 107 potilastyytyväisyystutkimuksen perusteella, millaisiin tekijöihin potilaiden tyytyväisyys lääkäri-potilassuhteessa yleensä kohdistuu. Tutkijat havaitsivat 11 erilaista ulottuvuutta, joista yleisin oli potilaiden tyytyväisyys lääkäriinsä kokonaisvaltaisesti. Seuraavaksi yleisimmät tyytyväisyysulottuvuudet olivat tutkijoiden mukaan lääkärin humanisuus, lääketieteellinen ammattiosaaminen sekä saadun hoidon terveydelliset seuraukset. Keskipaiheen ulottuvuuksia olivat puolestaan tarjolla olevat hoitopalvelut, hoidon jatkuvuus sekä hoitoon

pääsemisen helppous. Viimeiset sijat tutkijoiden tekemässä kartoituksessa jakoivat lääkärin informatiivisuus, hoidosta aiheutuneet kustannukset, odotusaika sekä lääkärin antama huomio potilaan psykososiaalisia ongelmia kohtaan. Tulosten perusteella näyttäisi siltä, että potilastyytyväisyys kohdistuisi erityisesti lääkärin persoonaan, viestintäkäyttäytymiseen, ja lääketieteelliseen ammattiosaamiseen liittyviin ominaisuuksiin kuin terveydenhuoltosysteemiin liittyvät tekijöihin. Samankaltaisia tuloksia ovat esittäneet myös muut potilastyytyväisyyttä tarkastelleet tutkijat.

## **5.2 Lääkärin persoona, viestintäkäyttäytyminen ja ammattiosaaminen**

Lääkärin persoonaan liittyen tutkimuksissa on havaittu, että potilaat ovat tyytyväisiä, jos lääkärit ovat heitä kohtaan ystävällisiä, kohteliaita, avoimia, empaattisia ja huumorintajuisia sekä rauhallisia ja sosiaalisesti orientoituneita (esim. Shaw, Ibrahim, Reid, Ussher & Rowlands 2009). Viestintäkäyttäytymisen suhteen tärkeimpiä tyytyväisyyttä herättäviä tekijöitä ovat tutkimusten mukaan potilaskeskeiseen viestintäkäyttäytymiseen liittyvät asiat, kuten potilaan kuunteleminen ja ymmärtäminen tämän omista lähtökohdista käsin, potilaan mielipiteiden oikeuttaminen ja samaa mieltä oleminen, potilaan esille nostamien asioiden käsitteleminen, ajan antaminen keskustelulle sekä vähäinen kritiikin esittäminen (esim. Buller & Buller 1985; Roter, Stewart, Putnam, Lipkin, Stiles & Inui 1997). Myös kumppanuuden rakentaminen, toisin sanoen potilaan kohteleva tasavertaisena osallistujana päätöksentekoprosesseissa, puhumaan kannustaminen, etunimellä kutsuminen, välittämisen osoittaminen, yhdessä nauraminen, kiinnostuminen potilaan muista kuin terveydentilaan liittyvistä asioista ja täten potilaan huomioiminen kokonaisvaltaisena persoonana on havaittu tutkimuksissa tärkeäksi potilastyytyväisyyden aiheuttajaksi (esim. Bertakis, Callahan, Helms, Azari, Robbins & Miller 1998; Williams, Weinman & Dale 1998).

Diabeetikkoja tutkittaessa juuri potilaskeskeisyyteen sekä kumppanuuden rakentamiseen liittyvät viestinnälliset piirteet on todettu merkittäviksi tyytyväisyyttä herättäviksi tekijöiksi. Esimerkiksi Kokanovicin ja Mandersonin (2007) tekemässä haastattelututkimuksessa kävi ilmi, että diabeetikot arvostivat pidennettyjä vastaanottokäyntejä, lääkärin empaattisuutta ja sosiaalisen tuen antamista sekä lääkärin kiinnostuneisuutta ja ymmärrystä heidän henkilökohtaisia elämäntilanteita kohtaan. Burken ja kumppaneiden (2006) ryhmäkeskustelumenetelmällä tehdyssä tutkimuksessa puolestaan selvisi, että diabeetikkojen mukaan onnistuneet lääkäri-potilastapaamiset ovat sellaisia, joissa potilas kohdataan kokonaisena persoonana, ei pelkkänä sairastapauksena. Lisäksi potilaan

kuunteleminen ja huomioiminen, voinnin tiedustelu sekä mahdollisuuden tarjoaminen kysymysten esittämiselle lisäävät osallistujien mukaan heidän tyytyväisyyttään lääkärikäyntejä kohtaan.

Potilastyytyväisyyden kannalta on havaittu myös olevan olennaista, että lääkärin ja potilaan välinen vuorovaikutus tapahtuu kasvokkaisviestinnässä (Shaw et al. 2009). Nonverbaalin viestinnän potilastyytyväisyyttä lisääviksi tekijöiksi on havaittu lääkäreiden tapa elehtiä ja nyökkäillä, pitää katsekontakti potilaassa tulosten tuijottamisen sijaan, käyttää positiivista äänensävyä sekä pitää fyysinen etäisyys lyhyenä esimerkiksi eteenpäin kumartumalla (Roter & Hall 2006; van Dulmen 1997). Toisaalta myös huolestunut äänensävy yhdistettynä empaattiseen verbaaliseen viestintäkäyttäytymiseen voi lisätä potilastyytyväisyyttä, sillä se viestii lääkärin välittävän potilaan huolenaiheista ja terveydentilasta (ks. esim. Hall, Roter & Rand 1981).

### **5.2.1 Tiedon tarjoaminen ja päätöksentekoon osallistuminen**

Lääkärin viestintäkäyttäytymiseen ja ammattiosaamiseen liittyen merkittävimmiksi potilastyytyväisyyttä herättäviksi tekijöiksi on katsottu erityisesti tiedon tarjoamiseen liittyvät asiat. Monissa tutkimuksissa potilaiden on huomattu olevan sitä tyytyväisempiä, mitä enemmän he saavat tietoa sellaisista asioista, mistä he ovat kaivanneet lisää tietoa. Myös tiedon esittämisessä käytetyt ymmärrettävät sanavalinnat (l. vähäinen lääketieteellisen jargonin käyttö) sekä potilaan ymmärryksen varmistaminen on nähty lisäävän potilastyytyväisyyttä, samoin kuin tiedon antamiseen käytetty aika; mitä pidempään lääkärit ovat valmiita keskustelemaan ja tarjoamaan tietoa, sitä tyytyväisempiä potilaat ovat olleet. (esim. Shaw et al. 2009; Roter & Hall 2006; Brown et al. 2003; Thompson & Parrott 2002.) Tiedon määrään liittyen useissa tutkimuksissa on kuitenkin havaittu, että lääkärit käyttävät kokonaisvaltaisesti arvioituna hyvin vähän aikaa tiedon tarjoamiseen (Waitzkin 1984). Tämän on katsottu johtuvan muun muassa siitä, että liian suuren tietomäärän on pelätty kuormittavan potilaita sekä aiheuttavan heissä negatiivisia tunteita ja reaktioita. Lisäksi lääkäreiden ajasta suurin osa on todettu menevän kysymysten esittämiseen eli tiedon etsimiseen. (Roter & Hall 2006.) Täten lääkärit näyttäisivät usein aliarvioivan potilaidensa tiedolliset tarpeet, vaikka he toisaalta myös tiedostavat tiedon tarjoamisen merkityksen (Shaw et al. 2009).

Aikaisempien tutkimusten mukaan näyttäisi siltä, että erityisesti pitkäaikaissairailta tiedon tarve on huomattava. Esimerkiksi Burken ja kumppaneiden (2006, 110) tekemän tutkimuksen mukaan diabeetikot näyttäisivät tarvitsevan paljon tietoa riippumatta siitä, kuinka pitkä sairaushistoria heillä

on takanaan. Tärkein asia, josta kyseiseen tutkimukseen osallistuneet kaipasivat tietoa, oli sairauden kanssa selviytyminen ja siihen liittyvät käytännölliset neuvot. Tärkeää diabeetikkojen mielestä oli myös saada säännöllisesti tietoa sairauden etenemisestä sekä muista mahdollisista tiedonhakulähteistä, esimerkiksi luotettavilta internet-sivustoilta. Mitä enemmän diabeetikot siis kokivat saaneensa tietoa kyseisistä asioista, sitä tyytyväisempiä he olivat lääkäripotilassuhteeseensa.

Huomionarvoista kuitenkin on, että tutkimustulokset kertovat myös potilaista, jotka ovat olleet kannustuksesta sekä tiedon tarpeesta huolimatta haluttomia esittämään kysymyksiä sekä osallistumaan itseä koskevaan päätöksentekoon. Tuckettin ja kumppaneiden (1985) tekemän tutkimuksen mukaan 75 prosenttia kaikenikäisistä haastateltavista kertoi, että vaikka heillä olisi ollut kysyttävää vastaanottokäynnin aikana, he eivät kuitenkaan maininneet siitä lääkäreilleen. Suurin osa haastateltavista perusteli käyttäytymistään sillä, että he pelkäsivät lääkäriensä reaktioita; potilaat arvelivat lääkäriensä ymmärtävän heidät väärin ja ajattelevan potilaidensa kyseenalaistavan heidän ammattitaitoaan. Muutamit haastateltavat mainitsivat heistä tuntuneen siltä, että lääkärit tahtoivat heidän kysyvän lisätietoja, mutta toisaalta he olivat myös kokeneet huolta siitä, että he veisivät kysymyksillään aikaa enemmän apua tarvitsevilta potilailta, jotka odottivat aulassa. Lisäksi haastateltavat kertoivat olevansa huolissaan siitä, osaavatko he kiireessä muotoilla kysymyksensä ymmärrettävästi. Täten kysymysten vähäinen esittäminen näyttäisi olevan kiinni myös viestinnällisistä tekijöistä, kuten esimerkiksi esimerkiksi kysymysten esittämisen taidon puutteesta tai lääkärin auktoriteettiasemaa korostavasta viestintäkäyttäytymisestä, joka saa potilaat tuntemaan itsensä epävarmaksi, vajavaiseksi tai tietämättömämmäksi kanssaviestijäksi (ks. Schillinger, Bindman, Wang, Stewart ja Piette 2004).

Golin ja kumppanit (2002) selvittivät omassa tutkimuksessaan erityisesti diabeetikkojen potilastyytyväisyyden yhteyttä päätöksentekoon osallistamiseen. Diabeetikkoja haastateltiin sekä ennen että jälkeen lääkärikäynnin. Tutkimustuloksista kävi ilmi, että diabeetikot olivat tyytyväisiä, jos lääkärit rohkaisivat heitä osallistumaan itseään koskevaan päätöksentekoon. Diabeetikot olivat tulosten mukaan tyytyväisiä myös siinä tapauksessa, vaikka he eivät olisivatkaan tahtoneet osallistua päätöksentekoon ennen vastaanottotilannetta. Toisaalta terveysviestinnän tutkimusalalla on saatu myös sellaisia tutkimustuloksia, joiden mukaan diabeetikot haluaisivat osallistua mahdollisimman vähän itseään koskevaan päätöksentekoon verrattuna esimerkiksi terveisiin aikuisiin tai muuta sairautta sairastaviin potilaisiin (esim. Arora & McHorney 2000; Moran et al. 2008). Tästä ristiriitaisuudesta voidaan päätellä, että diabeetikon toiveet ja tarpeet sekä

tyytyväisyyteen yhteydessä olevat viestinnälliset tekijät ennen ja jälkeen vastaanoton voivat olla kaksi eri asiaa. Näin ollen voisi myös olettaa, että yhden käyntikerran tutkiminen ei välttämättä riitä diabeetikon tyytyväisyyteen vaikuttavien tekijöiden syvempään tarkasteluun. Tästä syystä on tärkeää kartoittaa, millä tavoin diabeetikot kuvailevat tyytyväisyyttään myös pitkäaikaisen lääkäri-potilassuhteen kontekstissa.

### **5.2.2 Lääkäri-potilassuhteen jatkuvuus**

Lääkäri-potilassuhteeseen liittyviksi potilastyytyväisyyttä herättäviksi tekijöiksi on havaittu erityisesti suhteen jatkuvuus ja sen myötä syntyneet luottamuksellisuus sekä tuttavallisuus (ks. esim. Branch 2000; Shaw et al. 2009; Stewart 2004; Kukkola 1997; Virtanen 1991). Jatkuvuudella tarkoitetaan tässä pitkäkestoista suhdetta, jonka aikana potilaan vuorovaikutuskontaktit lääkärin kanssa ovat toistuneet useaan kertaan. Luottamuksella puolestaan tarkoitetaan useimmiten jatkuvuuden seurauksena muodostunutta vastavuoroista keskinäistä yhteyttä, jonka myötä potilas uskaltaa puhua lääkärilleen mieltä askarruttavista asioista. Täten myös lääkäri voi luottaa potilaaseensa, että tämä kertoo hänelle kaikki tarvittavat asiat tarkoituksenmukaisen hoidon tarjoamiseksi. Viimeisenä mainitulla tuttavallisuudella tarkoitetaan myös jatkuvuuteen yhteydessä olevaa potilaan parempaa tuntemista. Täten lääkäri muistaa potilaansa asiat, keskustelee potilaan kanssa muistakin kuin terveydellisistä asioista, kuuntelee tarkkaavaisesti, puhuttelee tuttavallisesti etunimellä sekä osoittaa tunnistavansa tämän myös vastaanoton ulkopuolella. Täten tuttavallisuus on myös olennaisesti yhteydessä kumppanuuden rakentamiseen.

Lääkäri-potilassuhteen jatkuvuus on todettu merkittäväksi potilastyytyväisyyttä lisääväksi tekijäksi varsinkin pitkäaikaisairaiden keskuudessa (Thompson & Parrott 2002, 705). Esimerkiksi Kokanovicin ja Mandersonin (2007) tekemän laadullisen haastattelututkimuksen mukaan diabeetikot olivat tyytyväisiä, jos heillä oli mahdollisuus jatkuvaan lääkäri-potilassuhteeseen. Jatkuvuuden etuina haastateltavat mainitsivat, että heidän hoitohistoriansa sekä elämäntilanteensa on saman lääkärin tiedossa. Lisäksi haastateltavat kokivat tärkeäksi, että jatkuvuuden myötä omalääkäri tulee heille tutummaksi ja sen myötä heidän luottamuksensa lääkäriä kohtaan kasvaa. Täten lääkärin antamia hoito-ohjeita uskaltaa kyseenalaistaa, ja lääkärin antaman kritiikin sietokyky kasvaa. Samankaltaisia tuloksia ovat saaneet myös Burke ja kumppanit (2006, 111). Tuloksista voisi siis päätellä, että suhteen jatkuvuus lisää molemminpuolista luottamusta ja sen kautta myös vastavuoroista avoimuutta ja rehellisyyttä. Jatkuvuuden ja tyytyväisyyden välisen suhteen

tutkimisessa on kuitenkin ollut ongelmana, että tyytyväisyyttä on tarkasteltu potilaiden toiveiden ja tarpeiden lisäksi vain kertakäyntien tai muutaman käyntikerran yhteydessä (van Dulmen et al. 1997; Golin et al. 2002).

Jatkuvuuden, luottamuksellisuuden sekä tuttavallisuuden on todettu olevan yhteydessä tyytyväisyyden lisäksi myös parempaan viestintään sekä hoidon kokonaisvaltaisen laadun arvioimiseen (Piette, Schillinger, Potter & Heisler 2003, 624-625). Lisäksi tutkimukset ovat osoittaneet, että kyseisillä pitkäkestoisilla suhteilla on myös yhteiskunnallista merkitystä niiden kustannustehokkuuden vuoksi; saman lääkärin kanssa asioivat tarvitsevat keskimäärin harvemmin lääkäri- ja muita terveydenhuollon palveluita, ja näin ollen ne tulevat terveydenhuollolle edullisiksi (Weiss & Blustein 1996). On kuitenkin huomioitava, että harvat käyntivälit eivät aina kerro toimivasta lääkäri-potilassuhteesta; myös tyytymättömät potilaat saattavat käydä lääkärin vastaanotolla entistä harvemmin, jos he eivät kykene vaihtamaan lääkäriään (Roter & Hall 2006, 143). Tästä huolimatta on merkittävää, että jatkuvat lääkäri-potilassuhteet voisivat vähentää terveydenhuoltopalvelujen tarvetta, jolloin niiden voisi olettaa kannustavan parempaan omatoimiseen arjessa selviytymiseen.

### **5.3 Hoitomyöntyvyys ja hoitoon sitoutuminen**

Hoitomyöntyvyydestä (*patient compliance/patient adherence*) on tullut potilastyytyväisyyden ohella yksi suosituimmista tutkimuskohteista terveystieteen tutkimusalalla (DiMatteo 2004). Hoitomyöntyvyydellä on Koehlerin ja kumppaneiden (1992) mukaan kuvattu yleensä lääkärin viestintäkäyttäytymisen vaikutuksia potilaan käyttäytymiseen omassa arkielämässään, erityisesti lääkärin antamien hoito-ohjeiden noudattamisen suhteen. Käsitys siitä, että potilaan hoitomyöntyvyys olisi vain lääkärin viestintäkäyttäytymisen varassa, on kuitenkin alkanut muuttua. Nykyään kyseinen seuraus nähdään olevan ennemminkin sekä lääkärin että potilaan päätöksentekoon osallistumisen tulosta. (ks. Weijts 1994.) Näin ollen tutkijat ovat alkaneet pitää ongelmallisena myös hoitomyöntyvyyden käsitettä, sillä se antaa helposti sellaisen kuvan, että lääkäri on aina oikeassa ja potilas on väärässä, jos hän ei tee niin kuin lääkäri määrää (Perkins & Repper 1999, Thompsonin ja Parrottin 2002, 707 mukaan). Nykyään tutkimuksissa on hoitomyöntyvyyden rinnalla alettu käyttää käsitettä yhteistyö (*cooperation*), jonka avulla on pyritty korostamaan potilaan osallistumista päätöksentekoon täysivaltaisena keskustelukumppanina yhdessä lääkärin kanssa. Tässä tutkielmassa käytetään pääsääntöisesti hoitomyöntyvyyden käsitettä



aiemman kirjallisuuden mukaisesti, mutta kyseinen käsite ymmärretään lääkärin ohjeiden noudattamisen ja yhteistyön tekemisen lisäksi myös hoitoon sitoutumisena, mikä näyttäisi tutkimusten sekä diabetesoppaiden mukaan olevan keskeinen tekijä diabeetikon omahoidon onnistumisen kannalta (ks. esim. Diabetes 2009; Suomen Diabetesliitto ry 2009).

Hoitomyöntyvyyden merkittävyyttä terveysviestinnän tutkimuskohteena selittävät sen yhteydet potilaiden terveydentilaan sekä terveydenhuollon kustannuksiin; mitä hoitomyöntyväisempi potilas on tutkimusten mukaan ollut, sitä paremmin hän on voinut ja sitä taloudellisemmin terveydenhuollon tarjoamat resurssit on tullut hyödynnettyä. Erityisesti pitkäaikaissairauksien kohdalla hoitomyöntyvyys on nähty tärkeäksi tekijäksi tehokkaan hoidon saavuttamisessa (esim. DiMatteo 2004.) Potilaan hoitomyöntyvyyden parantaminen ja ylläpitäminen eivät kuitenkaan ole osoittautuneet itsestään selviksi ja helpoiksi tehtäviksi. Lääkärit ovat päinvastoin nimenneet hoito-ohjeisiin sitouttamisen yhdeksi suurimmaksi ongelmaksi, varsinkin vanhempien pitkäaikaissairaiden kohdalla (Heisler, Cole, Weir, Kerr, Rodney & Hayward 2007; Vermeire, Hearnshaw, Van Royen & Denekens 2001). Erityisesti diabeetikkojen hoitomyöntyvyys on todettu tutkimuksissa alhaiseksi monista eri syistä, kuten esimerkiksi sairauden oireettomuudesta ja sen edellyttämistä haasteellisista elämäntapamuutoksista johtuen (ks. Kokanovic & Manderson 2007, 459; Thorne, Harris, Mahoney, Con ja McGuinness 2004, 302).

Monet tutkimukset ovat myös osoittaneet, että potilaat noudattavat lääkärin antamia hoito-ohjeita ja lääkemääräyksiä keskimäärin heikosti. Lisäksi tutkimuksissa on havaittu, että potilaat eivät useinkaan ymmärrä, mitä lääkärit heille sanovat ja mitä kirjallisissa hoito-ohjeissa sanotaan muun muassa vaikean lääketieteellisen termistön sekä oman tietämättömyyden vuoksi. Potilaat eivät myöskään usein onnistu palauttamaan mieleen kotiin tultuaan, millaisista asioista lääkärin kanssa oli ollut puhe. (Martin et al. 2005; Ong 1995.) Ongelmista huolimatta McLanen, Zyzanskin ja Flocken (1995) mukaan on tärkeää muistaa, että hoitomyöntyvyyden aikaansaaminen on lääkäri-potilassuhteen tärkeä tehtävä, joka onnistuu vain viestinnän avulla. Tätä mielipidettä tukevat monet eri tutkimustulokset, joissa lääkäri-potilasviestintä on nimetty yhdeksi tärkeimmäksi tekijäksi potilaan hoitomyöntyvyyden aikaansaatamisessa monissa eri kohderyhmiä koskevissa tutkimuksissa (ks. Brown et al. 2003; 144-146), myös diabetes-aiheisissa (esim. Kokanovic & Manderson 2007; Matthews, Peden & Rowles 2009; Piette et al. 2003). Hoitomyöntyvyyttä parantavien viestinnällisten tekijöiden on havaittu tutkimusten mukaan liittyvän erityisesti tiedon tarjoamiseen, potilaan aktiiviseen rooliin päätöksentekoprosesseissa, lääkärin positiiviseen vaikutukseen empatian ja rohkaisemisen muodoissa sekä potilaan ohjaamiseen (Brown et al. 2003).

### 5.3.1 Tiedon tarjoaminen

Tiedon tarjoamiseen liittyen tärkeiksi hoitomyöntyvyyttä edistäviksi tavoitteiksi on Roterin ja Hallin (2006, 152–156) mukaan havaittu potilaan ymmärryksen lisääminen omasta terveydentilasta sekä sen kohenemiseen tarvittavien hoitojen käytännöistä ja merkityksistä. Tutkimuskirjallisuus on esitellyt lukuisia erilaisia ohjeistuksia näiden tavoitteiden saavuttamiseksi, ja ne liittyvät kaikki olennaisesti lääkärin viestintäkäyttäytymiseen. Keskeisimmiksi hoitomyöntyvyyttä lisääviksi tekijöiksi on todettu selkeiden ohjeiden antaminen ja niiden toistaminen, riittävä keskustelu-aika, tiedon jaottelu ja kategorisointi sekä ohjeiden antaminen mahdollisimman yksinkertaisessa muodossa. Myös ohjeiden yksityiskohtaistaminen ja yksilöllistäminen, potilaan ymmärryksen ja muistamisen tarkistaminen sekä erilaisten viestintästrategioiden, kuten esimerkiksi videoiden, diagrammien ja kuvien käyttö on liitetty positiivisesti hoitomyöntyvyyteen. (Garrity 1981; Kjellgren, Ahlner, & Saljo 1995; Shaw et al. 2009.) Kyseiset tekijät näyttäisivät tukevan Vermeiren ja kumppaneiden (2001, 337) näkemystä siitä, että potilaiden hoitomyöntyvyys lisääntyy, jos sairauden ja sen arkielämässä tapahtuvan hoidon välille pystytään tiedon tarjoamisen avulla luomaan toimiva, selkeä ja konkreettinen yhteys sekä yhteinen ymmärrys omahoitoon liittyvistä asioista. Myös diabeetikkoja tutkineet van Dulmen ja kumppanit (1997, 235) tulivat siihen tulokseen, että diabeetikkojen hoitoon sitoutuminen on erityisesti yhteydessä siihen, kuinka hyvin hoito on kytkeytynyt potilaan tarpeisiin sekä konkreettisiin elinolosuhteisiin.

Tiedon ymmärtämiseen liittyen on myös tärkeää huomioida, milloin ja minkälaisina annoksina tieto tulisi potilaalle tarjota. Esimerkiksi Ongin ja kumppaneiden (1995, 912) mukaan tiedon ymmärtämisen ja mieleen palauttamisen kannalta on hyödyllistä, jos tiedon antaminen tärkeimmistä asioista suoritetaan joko vastaanoton aluksi tai lopuksi. Lisäksi muissa tutkimuksissa on havaittu, että sairausdiagnoosin kuultuaan potilaat eivät kykene heti ottamaan paljoakaan tietoa vastaan, sillä he ovat vielä järkyttyneitä kuulemastaan uutisesta (esim. Hogbin & Fallowfield 1989; Kokanovic & Manderson 2007). Tämän seurauksena erityisesti syöpäpotilaiden on todettu kärsivän myöhemmin tiedon puutteesta, mikä saattaa johtaa epävarmuuteen, pelkoihin ja masennukseen (Fallowfield et al. 1990). Voisi olettaa, että tällaiset seuraukset olisivat mahdollisia myös diabeetikkojen keskuudessa, sillä kyseessä on elinikäinen sairaus, jonka omatoiminen hoitaminen tarvitsee tuekseen tarkoituksenmukaista ja ajankohtaista tietotaitoa.

### 5.3.2 Potilaan aktiivisuus sekä lääkärin ja lääkäri-potilassuhteen ominaisuudet

Golinin, DiMatteon & Gelbergin (1996) mukaan yksi tärkeimmistä hoitomyöntyvyyden peruseräkkeistä varsinkin diabeteksen hoidossa on se, että potilas hyväksyy oman vastuunsa sairautensa hoitamisessa. Tämän vastuunkantamisen asenteen tulisi tutkijoiden mukaan näkyä myös vastaanottotilanteiden päätöksentekoprosesseissa, joissa arjen hoitosuunnitelmia koskevat suuntaviivat luodaan. Täten diabeetikoiden tulisi pitää aktiivisesti huolta terveydestään sekä etsiä myös omatoimisesti sitä koskevaa tietoa, olla lääkärille rehellinen, kysyä epäselväksi jääneitä asioita, kuunnella lääkäriä tarkkaavaisesti sekä varmistaa oma ymmärrys läpikäytyistä asioista (Burke et al. 2006, 111). Tällaisen viestintäkäyttäytymisen positiivisesta yhteydestä hoitomyöntyvyyteen on myös olemassa näyttöä. Esimerkiksi Garrityn (1981) tekemän tutkimuksen mukaan potilaat, jotka omaksuivat vastaanotolla aktiivisen roolin, toisin sanoen esittivät enemmän kysymyksiä ja osallistuivat päätöksentekoa koskeviin keskusteluihin, sitoutuivat paremmin sovittuihin hoitosuunnitelmiin. Myös Pietten ja kumppaneiden (2003) saamista diabetes-aiheisista tutkimustuloksista kävi ilmi, että kun diabeetikot saivat olla mukana päättämässä omasta hoidostaan, he sitoutuivat paremmin hoitosuunnitelmiin.

Monet tutkijat ovat kuitenkin Garrityn (1981) tekemän tutkimustyön jälkeen tulleet siihen tulokseen, että potilaan aktiivisuus vastaanotolla ja päätöksentekoprosesseissa ei aina ole yhteydessä hoitomyöntyvyyteen. Kuten jo potilastyytyväisyyden yhteydessä on mainittu, joidenkin tutkimusten mukaan erityisesti diabeetikot halusivat osallistua mahdollisimman vähän itseään koskevaan päätöksentekoon verrattuna esimerkiksi terveisiin aikuisiin tai muuta sairautta sairastaviin potilaisiin (esim. Arora & McHorney 2000; Moran et al. 2008). Potilaan osallistumishaluttomuuden taustalla voivat Golinin ja kumppaneiden (2002, 872–873) mukaan olla esimerkiksi potilaan henkilökohtaiset käsitykset ja persoonallisuuspiirteet, sairauksien määrä ja niiden vakavuusasteet, vieras vastaanottoympäristö sekä päätöksenteon kohteena oleva aihe. Osallistumishalukkuuteen saattavat tutkijoiden mukaan puolestaan vaikuttaa kokemus ja tietotaito sairauden hoidosta sekä suuria elämänmuutoksia vaativat hoitotoimenpiteet. Tutkimustuloksista kävi myös ilmi, että diabeetikot eivät aina näytä tietävän, kuinka paljon he todellisuudessa halusivat osallistua.

Potilaan osallistuminen lääkärin ja potilaan välisiin päätöksentekoprosesseihin sekä hoitomyöntyvyys voivat tutkimuskirjallisuuden perusteella liittyä moniin lääkärin ja lääkäri-potilassuhteen ominaisuuksiin. Merkittävimpiä hoitomyöntyvyyttä lisääviä tekijöitä lääkärin ominaisuuksien suhteen on todettu olevan lääkärin empatian osoittamisen kyky sekä potilaan

ymmärtäminen ja rohkaiseminen. Erityisesti emotionaalinen tuki (Garrity (1981), ystävällisyys (Kjellgren et al. 1995), empatia (Squier 1990) ja kumppanuuden rakentaminen (Roter 1989; Vermeire et al. 2001) on nähty tärkeiksi tekijöiksi keskusteluaktiivisuuden sekä hoitomyöntyvyyden parantamisessa. Täten voisi päätellä, että potilaat suosivat erityisesti potilaskeskeisiä lähestymistapoja sekä pyrkivät rakentamaan toimivan vastavuoroisen suhteen lääkärin kanssa. On myös havaittu, että mitä tutumpia lääkärit potilaille ovat olleet ja mitä paremmin potilaat ovat pystyneet luottamaan lääkäreihinsä, sitä paremmin he ovat sitoutuneet hoitosuunnitelmiin (Branch 2000; Rost, Roter, Bertakis & Quill 1990, Martinin et al. 2005 mukaan).

### **5.3.3 Potilaan ohjaaminen**

Hoitomyöntyvyyteen yhteydessä olevalla potilaan ohjaamisella tarkoitetaan Brownin ja kumppaneiden (2003, 144–146) mukaan potilaan tietotaidon lisäämistä ja vahvistamista sekä soveltamista lääkärin tarjoaman tiedon avulla. Kun lääkäri tarjoaa potilaalle yksilöllisesti valikoitua tietoa, hän auttaa potilasta kehittämään omaa tietotaitoaan sekä kokeilemaan annettuja hoito-ohjeita. Samalla hän myös rohkaisee ja vahvistaa potilaan omatoimista selviytymistä omalla persoonallaan ja viestintäkäyttäytymisellään sekä kannustaa kertomaan kokemuksistaan ja täten osallistumaan päätöksentekoon. Tutkijoiden mukaan potilaan ohjaamisen tavoitteina siis on, että potilas ymmärtää hoitosuositukset, uskoo niiden hyödyllisyyteen sekä uskoo omiin kykyihinsä noudattaa niitä.

Potilaan ohjaaminen on keskeinen lääkärin ja diabeetikon välisen viestintäsuhteen osa-alue, sillä diabetes on omahoitopainotteinen sairaus, jonka edesauttamiseen lääkäri voi yleensä osallistua vain lääkemääräysten sekä vastaanotolla tapahtuvan ohjaavan vuorovaikutuksen kautta. Tärkeimpiä ohjauksen aiheita diabetekseen liittyen ovat lääkitys, ruokavalioasiat, liikunta sekä terveelliset elämäntavat yleensä, sillä niissä diabeetikot ovat kokeneet eniten vaikeuksia omahoidon onnistumisen suhteen (Hanestad 1991, Toljamon 1998, 28 mukaan). Esimerkiksi lääkitykseen liittyvät ongelmat ovat Vermeiren ja kumppaneiden mukaan (2001, 336) usein yhteydessä siihen, että potilaat pelkäävät niiden mahdollisia haitallisia sivuvaikutuksia. Roterin ja Hallin (2006, 154) mukaan lääkityksestä puhuttaessa lääkärin tulisi varata keskustelulle riittävästi aikaa ja antaa potilaalle tietoa seuraavista asioista: lääkkeen nimi ja käyttötarkoitus, lääkkeen ottamisen hyödyt, lääkkeen annostelu, lääkkeen ottotapa ja -aika, lääkkeen maksimikäyttömäärä ja sen käyttöaika, lääkkeen säilytystavat sekä lääkkeiden mahdolliset haittavaikutukset ja yhteensopivuusongelmat

muiden lääkkeiden kanssa. Tutkimuksissa on kuitenkin todettu, että lääkkeitä keskusteleminen on ollut vastaanotoilla melko vähäistä (esim. Makoul, Arntson & Schofield 1995).

Myös elämäntapoihin (alkoholin käyttö, tupakointi, ruokavalio ja liikunta) liittyvissä keskusteluissa on havaittu olevan parantamisen varaa (Roter & Hall 2006; Thompson & Parrott 2002). Vaikka tutkimusten mukaan lääkärit kokevat velvollisuudekseen potilaiden valistamisen elämäntapoihin liittyvistä asioista, vain osa lääkäreistä on kertonut keskustelewansa säännöllisesti kyseisistä teemoista potilaidensa kanssa (esim. Goldstein, Fischer, Richards, Goldstein & Shank 1987). Lisäksi esimerkiksi Kiuru ja kumppanit (2004) ovat havainneet, että hoidonantajat eivät näyttäisi olevan tarpeeksi tietoisia käyttämistään neuvontatyyleistä, sillä ainakin suomalaiset diabeteshoitajat näyttivät tutkimustulosten mukaan käyttävän erilaisia viestintästrategioita potilaan ohjaamisessa melko kapea-alaisesti. Suurimmassa osassa diabeteshoitajien ja diabeetikkojen välisiä havainnoituja keskusteluja hoitajat käyttivät nimittäin suosittavaa tyyliä, joka perustuu eri hoitovaihtoehtojen hyötynäkökulmien kuvailuun. Kyseisessä tyyliissä hoitajat olivat selkeästi eniten äänessä, ja potilaat puolestaan reagoivat hyvin minimaalisesti, kuten hymähtelemällä. Muita selkeästi vähemmän käytettyjä ohjaustyyliä tutkimuksen mukaan olivat suostutteleva, tukea antava sekä myönnyttelevä tyyli.

Myös Kokanovicin ja Mandersonin (2007) tekemässä haastattelututkimuksessa selvitettiin osaltaan diabeetikoiden havaintoja lääkäreinsä ohjaustyyleistä. Tutkimuksessa havaittiin, että lääkärit käyttivät yleensä ottaen kahta erilaista strategiaa, normalisoimista sekä pelottelua omahoidosta keskusteltaessa. Normalisoimisella tarkoitetaan tutkimuksen mukaan sellaista lähestymistapaa, jossa lääkäri yleistää sairauden koskettavan monia muita ihmisiä sekä kuvailee sairauden olevan hallittavissa pienillä toimenpiteillä, joiden suorittaminen riippuu potilaista itsestään. Normalisoivan ohjaustyylin kautta lääkäri toisin sanoen pyrkii antamaan potilailleen diabeteksestä sellaisen sairauden vaikutelman, joka on helposti hallittavissa ilman suurta stressiä ja jonka kanssa potilaat pystyvät jatkamaan lähes normaalia elämää. Pelotteleva ohjaustyyli puolestaan perustuu sairauden vakavuuden todisteluun sekä erilaisten lisäsairauksien esittelemiseen. Pelottelevan ohjaustyylin avulla lääkäri pyrkii siten osoittamaan potilaalle, miksi diabetekseen tulee suhtautua vakavasti ja miksi omahoidon onnistuminen on erityisen merkityksellisessä asemassa kyseisen sairauden hoidossa. Tutkimuksen mukaan useimmat potilaat yhdistivät pelottelevan tyylin liittyvän heidän motivoimiseensa omahoidon toteuttamisen suhteen, ja kokivat sen tarpeelliseksi. Osa potilaista piti pelottelua kuitenkin vain lähinnä lääkäreiden ilkeytenä, mikä herätti heissä negatiivisia tunteita lääkäreitä kohtaan. Täten tärkeäksi ohjauksen onnistumisen elementiksi näyttäisikin nousevan se,

onnistuuko lääkäri vastaanotokäynnillä havaitsemaan, millaista viestintäkäyttäytymistä ja ohjaustyyliä kukin potilas häneltä odottaa ja tarvitsee.

Terveysviestinnän tutkimuksissa on myös havaittu, että lääkärit näyttäisivät ohittavan elämäntapakeskustelut hyvin nopeasti, elleivät kyseiset aihealueet liity olennaisesti potilaan terveydentilaan tai sairauden hoitoon. Esimerkiksi Arborelius ja Thakker (1995) haastattelivat 13 lääkäriä, jotka välttelivät keskustelua alkoholin käytöstä potilaidensa kanssa. Välttelyn syiksi kyseiset lääkärit esittivät liian lyhyen vastaanottoajan sekä pelon potilassuhteen pilaamisesta, jos he menevätkin potilaiden mielestä alkoholista puhuessaan liian henkilökohtaisuuksiin. Lisäksi haastateltavat lääkärit eivät uskoneet voivansa vaikuttaa potilaidensa mielipiteisiin alkoholin käytöstä, sillä heidän mielestään potilaat kuitenkin vain valehtelisivat heille eivätkä ottaisi heidän neuvojaan vakavasti. Useissa tutkimuksissa on Roterin ja Hallin (2006, 155) mukaan kuitenkin havaittu, että lääkäreiden vaikutus potilaidensa päätöksiin on itse asiassa paljon suurempi mitä he itse ovat osanneet kuvitellaan. Esimerkiksi tupakan polton lopettamiseen liittyen useat tutkimukset ovat kirjoittajien mukaan osoittaneet, että tupakoijat, jotka olivat huolissaan terveydestään sekä saaneet lääkäriltä neuvon lopettaa, tekivät muita useammin lopettamisyrityksiä sekä pääsivät paremmin tupakasta kokonaan eroon. Täten näyttäisi siltä, että potilaat sitoutuvat helpommin, kun lääkärit ottavat heidän terveytensä ja sitä koskevat uhat vakavasti. Näin ollen lääkäreiden tulisi Richardsin (1992) mielestä suhtautua jokaisen potilaan kohdalla tupakan polttoon vakavasti sekä paneutua sen lopettamiseen muun muassa vaatimalla potilaalta selvitystä, mitä kaikkea hän on jo itse yrittänyt tehdä tupakan polton lopettamiseksi.

Jos lääkärin vaikutus potilaan mielipiteisiin ja käyttäytymiseen on arvioitua suurempi positiivisessa mielessä, sen voisi olettaa olevan keskeinen myös negatiivisessa mielessä. Täten esimerkiksi lääkärin passiivisuus lopettamispäätökseen kannustamisessa tai syyllistäminen tupakanpoltoista voivat johtaa ajattelutapaan, että tupakanpolto ei olekaan kovin merkittävä asia, joten lopettamispäätöstä ei tarvitse tehdä. Kuten Humphrey, Moos ja Cohenkin (1997, 237) ovat todenneet, yksilön motivaatio muuttua käytöstään muokkautuu niiden vuorovaikutusprosessien kautta, joissa kanssaviestijä pyrkii auttamaan yksilöä muuttamaan käytöstään (Thompsonin & Parrottin 2002, 703 mukaan).

Viime vuosien aikana erityisesti diabeetikon ohjaamiseen liittyvissä tutkimuksissa kiinnostus on kohdistunut erilaisten interventioiden merkitykseen potilaan hoitoon sitoutumisen kannalta. Tutkimuksissa on selvitetty muun muassa kasvokkaisviestinnässä tapahtuvien interventioiden (esim.

Rickheim, Weaver, Flader & Kendall 2002), puhelinneuvonnan (esim. Gambling & Long 2009), multimediavälitteisen viestinnän (esim. Gerber, Brodsky, Lawless, Smolin, Arozullah, Smith, Berbaum, Heckerling & Eiser 2005) sekä videokoulutuksen (esim. Shue et al. 2010) mahdollisuuksia potilaan tuloksekkaamman ohjauksen saavuttamiseksi. Tähänastiset tulokset ovat herättäneet toiveita siitä, että diabeetikon ohjaaminen ja kouluttaminen erilaisten viestintävälineiden kautta voi tuottaa kustannustehokkaita ja hoitoon sitouttamisen kannalta hyviä tuloksia. Shuen ja kumppaneiden (2010) mukaan tällaisten ohjausmuotojen tarkoituksenmukainen kehittäminen edellyttäisi kuitenkin vielä parempaa tietämystä omahoitokeskustelujen sisällöistä sekä vastaanottokäyntien vuorovaikutusrakenteista niin hoidonsaajan kuin hoidonantajankin näkökulmasta.

Kaiken kaikkiaan potilaan ohjaamista ja sen yhteyttä hoitomyöntyvyyteen on kuitenkin selvitetty vielä melko vähän verrattuna muihin lääkäri-potilasviestinnän osa-alueisiin (Thompson & Parrott 2002). Myös Arboreliuksen (1996) mukaan terveystieteen tutkijat eivät ole saaneet selville riittävästi tietoa siitä, millä tavoin lääkäri voi ennalta ehkäistä neuvonnallaan sairauden syntyä tai pahenemista. Viestinnällistä tutkimusta olisi tutkijan mukaan tarpeellista tehdä jatkossakin, sillä potilaan ohjaamisella on todettu olevan tärkeä rooli potilaan hyvinvoinnin edistämässä sekä sairauksien kanssa pärjäämisessä. Lisäksi potilaiden on havaittu odottavan lääkäreiltään henkilökohtaista ohjausta ja neuvontaa yhä enenevässä määrin. Esimerkiksi Burken ja kumppaneiden (2006) ryhmäkeskustelumenetelmällä toteutetussa tutkimuksessa havaittiin, että tyyppin 2 diabeetikkojen mielestä heidän olisi tarpeellista tavata useita kertoja vuodessa, jotta he saisivat ajankohtaista tietoa omasta terveydentilastaan ja hoidon onnistumisesta sekä kannustusta sairauden kanssa pärjäämiseen. Tutkimuksen mukaan lääkäri-potilastapaamisten suhteen olennaista on myös se, että diabeetikko kohdataan kokonaisuutena persoonana, ei pelkkänä sairastapauksena. Lisäksi potilaan huolellinen kuunteleminen ja huolenaiheiden huomioiminen, voimien tiedustelu sekä mahdollisuuden tarjoaminen kysymysten esittämiselle lisäävät osallistujien mukaan heidän tyytyväisyyttään lääkärikäyntejä kohtaan. Schultzin, Spraguen, Branenin ja Lambethin (2001) mukaan tärkeää on myös se, että lääkärit ymmärtävät diabeteksen potilaiden omasta kokemusmaailmasta käsin. Thorne ja kumppanit (2004) puolestaan korostavat, että diabeetikon ohjaamisessa tärkeää on diabeetikkojen kunnioittaminen sekä myös hoidonantajan sitoutuminen hoidon mahdollisimman onnistuneeseen toteuttamiseen. Nämä mielipiteet ovat osaltaan yhteneviä Arboreliuksen (1996) esittämien ajatusten kanssa; hänen mukaansa lääkärin tärkeimpiä tehtäviä potilaan ohjaamisessa ovat potilaan muutosvalmiuden arvioiminen, oikeiden terveystietojen vahvistaminen sekä potilaan rohkaiseminen päättämään oikein.

Martin ja kumppanit (2005) huomauttavat tutkimuksessaan, että ei ole olemassa mitään tiettyä vuorovaikutuskaavaa, joka saisi kaikki potilaat sitoutumaan entistä paremmin hoitosuunnitelmiin. Tästä syystä hoidon tulee tutkijoiden mukaan olla mahdollisimman yksilöllisesti suunniteltu, toisin sanoen kunkin potilaan elämäntilanteen, toiveet, tarpeet ja huolenaiheet huomioiva kokonaisuus. Burken (2006, 112) mukaan potilaiden kaikkia toiveita ei kuitenkaan ole mahdollista toteuttaa yhden käyntikerran aikana. Näin ollen voisi tulkita, että pitkäaikaissairailta on tarve muodostaa pidempiaikainen suhde saman lääkärin kanssa, jotta potilas voisi kyseisen ihmissuhteen kehittyessä kertoa avoimemmin tuntemuksistaan ja toiveistaan ja näin sitoutua omaan hoitoonsa. Samansuuntaisia päätelmiä ovat tehneet myös van Dulmen ja kumppanit (1997, 228), joiden tekemän tutkimuksen mukaan diabeetikot tarvitsevat useita käyntejä, jotta he sopeutuisivat sairauden kanssa elämiseen.

#### **5.4 Terveydelliset seuraukset**

Lääkäri-potilasviestinnän merkitystä potilaan kokonaisvaltaiselle hyvinvoinnille on pyritty selvittämään potilastyytyväisyyden ja hoitomyöntyvyyden lisäksi myös terveydellisten seurausten kautta. Roterin ja Hallin (2006, 156–159) mukaan lääkärin ja potilaan välinen viestintäsuhde on yhdistetty parempaan paranemiseen leikkausten jälkeen, kipulääkkeiden vähenevään tarpeeseen, sekä lyhyempiin sairaalakäynteihin. Myös Stewart (1995) havaitsi aiheutta käsittelevässä kirjallisuuskatsauksessaan lääkäri-potilasviestinnän olevan yhteydessä useisiin terveydellisiin seurauksiin, kuten emotionaaliseen terveyteen, oireiden häviämiseen, toimintakykyyn sekä verenpaineen, verensokerin ja kivun parempaan kontrollointiin.

Roterin ja Hallin (2006, 157) mukaan potilaan terveyteen voidaan katsoa olevan yhteydessä erityisesti kolme lääkäri-potilassuhteen viestinnällistä tekijää, jotka ovat 1) tiedon tarjoaminen, 2) kumppanuuden rakentaminen sekä 3) emotionaalinen vastaanottavaisuus. Tiedon tarjoaminen on Roterin ja Hallin (2006, 157) mukaan tärkeä viestinnän osa-alue, joka on terveysviestinnän tutkimuksissa yhdistetty vahvasti myös potilaan terveydellisiin seurauksiin. Tutkijoiden mukaan on saatu esimerkiksi selville, että kun lääkäri tarjoaa selkeää informaatiota emotionaalisen tuen tarjoamiseen yhdistettynä, potilaan psykologinen stressi pienenee (Roter, Hall, Kern, Barker, Cole & Roca 1995), oireet pysyvät paremmin kurissa (Haezen-Klemens & Lapinska 1984) ja verenpaine sekä verensokeri laskevat (Kaplan, Greenfield & Ware 1989). Selkeän tiedon tarjoamisen on todettu olevan yhteydessä myös kivun vähentymiseen (Dibbelt et al. 2009), toimintakyvyn parantumiseen



(Johnson, Nail, Lauver, King & Keys 1988) ja huolestuneisuuden vähenemiseen (Dibbelt et al. 2009).

Kumppanuuden rakentumisella tarkoitetaan tässä yhteydessä potilaskeskeisiä lähestymistapoja, toisin sanoen lääkärin kiinnostuneisuutta potilaan ymmärrystä, mielipiteitä ja arvomaailmaa kohtaan sekä pyrkimystä jaettuihin päätöksentekoprosesseihin. Tutkimusten mukaan potilaskeskeisten lähestymistapojen seurauksena potilaan oireiden on todettu lieventyvän ja huolestuneisuuden vähenevän. Esimerkiksi Stewartin, Brownin, Donnerin, McWhinneyn, Oatesin, Westonin ja Jordanin (2000) tekemässä tutkimuksessa kävi ilmi, että kun lääkäri ja potilas keskustelivat avoimesti sekä olivat yhtä mieltä ongelman luonteesta, hoidosta ja seurannasta, ongelma ja oireet lievenivät. Fallowfieldin, Hallin, Maguiren ja Baumin (1990) tutkimuksessa puolestaan todettiin, että potilaan huolestuneisuus ja masentuneisuus vähenivät erityisesti syöpäpotilaiden keskuudessa, kun lääkäri tarjosi potilaille mahdollisuuden valita itselleen parhaimman hoitosuunnitelman eri vaihtoehdoista ja näin ollen osallistua merkitykselliseen päätöksentekoon.

Viimeiseksi mainitulla emotionaalisella vastaanottavaisuudella tarkoitetaan lääkärin kykyä hyväksyä potilaan tunnereaktiot sekä kannustaa potilasta empaattisen viestintäkäyttäytymisen avulla tuomaan huolenaiheensa ja kysymyksensä esille. Tällaisen käyttäytymisen on todettu olevan yhteydessä etenkin psykologisen ahdistuneisuuden vähenemiseen, fyysisten oireiden lievenemiseen sekä kokonaisvaltaisesti parempiin hoitotuloksiin (Roter & Hall 2006, 158). Aikaisemmissa tutkimuksissa ei ole kuitenkaan tiettävästi kiinnitetty huomiota siihen, kuinka pitkäaikaisia kyseiset vaikutukset ovat olleet. Sen sijaan aikaisemmissa hoitajia koskevissa tutkimuksissa pitkäaikaisia seurauksia on tutkittu, ja niiden on myös havaittu olevan mahdollisia. Esimerkiksi Olsonin (1995) tutkimuksessa saatiin selville, että hoitajien empaattinen viestintäkäyttäytyminen oli suoraan yhteydessä alkoholistien hoidon jälkeisten repsahdusten vähenemiseen (Thompsonin ja Parrottin 2002 mukaan). Tällainen tutkimustulos antaa viitteitä siitä, että myös lääkärin ja potilaan välisellä viestintäsuhteella voi mahdollisesti olla pitkäaikaisia vaikutuksia potilaan kokonaisvaltaiselle hyvinvoinnille. Terveydellisiä seurauksia on kuitenkin tutkittu suhteessa muihin seurauksiin kauttaaltaan vasta melko vähän, ja täten kyseisen oletuksen selvittämiseksi tarvitaan vielä enemmän esimerkiksi seurantatyypistä tutkimusta, jolloin potilaan terveydentilaa sekä lääkäri-potilassuhdetta on mahdollista tarkastella pidemmällä aikavälillä.

Burken ja kumppaneiden (2006, 105) mukaan diabeetikkoja koskevissa terveysviestinnän tutkimuksissa lääkäri-potilasviestinnän on katsottu olevan yhteydessä erityisesti parempaan

verensokerin sekä verenpaineen hallintaan. Kolme edellä esiteltyä lääkäri-potilassuhteen viestinnällistä tekijää (tiedon tarjoaminen, kumppanuuden rakentaminen ja emotionaalinen vastaanottavaisuus) ovat keskeisiä myös diabetes-aiheisissa tutkimuksissa. Esimerkiksi Kaplan, Greenfield ja Ware (1989) saivat selville, että diabeetikon verenpaine sekä verensokeri laskivat, kun hän oli havainnut lääkärin tiedon tarjoamisen riittäväksi ja ymmärrettäväksi sekä kokenut saavansa vastaanottokäynnillä emotionaalista tukea. Lisäksi tuloksista ilmeni, että potilaan osallistumista tukeva neuvonta tuotti parempia terveydellisiä tuloksia kuin sellainen neuvonta, jossa lääkäri vastasi pääasiallisesti päätöksentekoprosesseista. Myös Williams, Freedman ja Deci (1998) ovat todenneet, että diabeetikon osallistaminen päätöksentekoon, hänen huoliensa ymmärtäminen sekä neuvojen antaminen ilman painostusta niiden toteuttamiseen näyttäisivät olevan yhteydessä parempaan verensokerin hallintaan. Street, Piziak, Carpentier, Herzog, Heil, Skinner ja McLellan (1993) saivat puolestaan selville, että diabeetikon kontrolloiminen määräyksiä esittämällä oli päinvastoin yhteydessä huonompaan painonhallintaan. Tutkimustuloksista voisi päätellä, että diabeetikkojen paremmat terveydelliset seuraukset ovat erityisesti oman aktiivisuuden tulosta niin arjessa mutta myös jo lääkärin vastaanotolla tapahtuvissa vuorovaikutustilanteissa. Stewart (1995) kuitenkin muistuttaa, että potilaan autonomisuus ja aktiivinen osallistuminen päätöksentekoon ei yksistään ole ratkaisu; jos vastaanottotilanteen vuorovaikutus on jaettu prosessi, ja jos lääkärillä ja potilaalla on yhteinen näkemys ongelmasta sekä molemmat sitoutuvat sen ratkaisemiseen, myös terveydelliset seuraukset näyttäisivät olevan parempia.

## 6 TUTKIMUSONGELMA JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tätä pro gradu -tutkielmaa työstettäessä on pyritty huomioimaan lääkäri-potilasviestinnästä tehtyjen aiempien tutkimusten ansiot, ongelmakohdat sekä jatkotutkimustarpeet. Tähän esityöhön perustuen tutkielma pyrkii osaltaan vastaamaan lääkäri-potilasviestinnän tutkimusta koskeviin haasteisiin. Vaikka myös tässä tutkielmassa selvitetään monien muiden terveystieteen tutkimusten tavoin potilaan omahoidon onnistumista edistäviä viestinnällisiä tekijöitä (l. millaista viestinnän tulisi olla), tutkielmassa pyritään tekemään näkyväksi myös lääkäri-potilassuhteen erilaisia viestintäprosesseja ja sen luonnetta sinänsä potilaiden kokemusten kautta. Täten tavoitteena ei ole vain lääkäri-potilassuhteiden positiivisten viestinnällisten piirteiden kuvaaminen, vaan myös lääkäri-potilassuhteiden kokonaisvaltaisempi viestinnällinen tarkasteleminen diabeteshoidon kontekstissa.

Luvuissa 1-5 esitellyn tieteellisen ja yhteiskunnallisen tiedon perusteella tutkimusongelmani on seuraava:

**Millaiset viestinnälliset tekijät lääkäri-potilassuhteessa edistävät omahoidon onnistumista tyypin 2 diabeetikon käsityksen mukaan?**

Tutkimusongelman tavoitteena on selvittää tyypin 2 diabeetikoiden käsityksiä siitä, millaiset lääkäri-potilassuhteen viestinnälliset tekijät edistävät hyvän omahoidon toteuttamista. Tarkoituksena on syventää ymmärrystä siitä, millaisista tekijöistä lääkärin ja tyypin 2 diabeetikon välinen viestintäsuhde rakentuu, millaista lääkäri-potilasviestintä on omahoidosta keskusteltaessa sekä kuinka tyytyväinen diabeetikko on lääkäri-potilassuhteeseensa kokonaisvaltaisesti. Erityisenä tavoitteena on selvittää, millaisena tyypin 2 diabeetikko kokee lääkäri-potilassuhteensa merkityksen omahoidon onnistumisen ja tarkoituksenmukaisuuden kannalta. Näitä asioita on tarkoitus tarkastella pääasiallisesti sekä diabeetikon kokemusten että toiveiden kautta.

Tutkimusongelmaan haetaan vastauksia kolmen tutkimuskysymyksen avulla, jotka ovat:

### **1. Millainen lääkärin ja tyypin 2 diabeetikon välinen viestintäsuhde on?**

Ensimmäisen tutkimuskysymyksen tavoitteena on selvittää, millaista lääkäri-potilasviestintä on diabeetikon käsityksen mukaan: miten lääkäri suhtautuu diabeetikoon ja toisinpäin, millaisista asioista keskustellaan ja millaisista ei, millaiset roolit heillä on vastaanottokäynneillä sekä voiko lääkäri-potilassuhde jotenkin muuttua suhteen jatkuessa. Lisäksi tavoitteena on selvittää, millainen mielikuva diabeetikolla on lääkäristään ja itsestään potilaana kyseisen viestintäsuhteen osapuolina.

### **2. Millaista lääkärin ja tyypin 2 diabeetikon välinen viestintä on omahoidosta keskusteltaessa?**

Toisen tutkimuskysymyksen tavoitteena on selvittää perusteellisemmin, millaista lääkäri-potilasviestintä on diabeetikon mielestä omahoitokeskustelujen yhteydessä. Omahoitokeskustelulla tarkoitetaan tässä tutkielmassa lääkärin ja potilaan keskinäistä vuorovaikutustilannetta, jonka tavoitteena on kartoittaa, mitä potilas itse tekee arkielämässään diabeteksensa hoitamiseksi, millä tavoin hän on sitoutunut omahoitoonsa ja kuinka hän on siinä onnistunut. Yleisimpiä keskustelunaiheita näissä tilanteissa ovat muun muassa liikunnan harrastaminen, ruokavalio, elämäntavat, lääkitys sekä potilaan henkinen ja fyysinen jaksaminen. Myös laboratoriokoetulosten läpikäyminen voidaan laskea osaksi omahoitokeskustelua, sillä tuloksista puhuminen käynnistää useimmiten keskustelun diabeetikon omasta toiminnasta sairauden hoitoon liittyen. Tällaisia keskusteluteemoja tämä tutkimuskysymys pyrkii viestinnällisestä näkökulmasta tarkastelemaan.

### **3. Millä tavoin lääkärin ja tyypin 2 diabeetikon välinen viestintäsuhde on yhteydessä omahoidon onnistumiseen?**

Kolmannen ja tutkielman tarkoituksen kiteyttävän tutkimuskysymyksen tavoitteena on selvittää, millainen merkitys lääkäri-potilassuhteella on tyypin 2 diabeetikon mielestä hänen omahoitonsa toteuttamisen kannalta. Tarkoituksena on muun muassa hahmottaa, miten diabeetikko kokee omahoidossaan onnistuvansa sekä millaiset tekijät ovat kyseiseen hoitoprosessiin yhteydessä. Erityisenä tavoitteena on syventää ymmärrystä siitä, millaiset viestinnälliset tekijät diabeetikko kokee lääkäri-potilassuhteessaan keskeisinä omahoitonsa onnistumisen sekä hoitoon sitoutumisen kannalta. Lisäksi tarkoituksena on selvittää, millainen lääkäri-potilassuhteen tulisi olla, jotta sillä olisi positiivinen merkitys omahoidon onnistumisen kannalta.

Omahoidon onnistumista koskevilla arvioinneilla on otettava huomioon, että tutkielma keskittyy tarkastelemaan diabeetikon terveyttä ja siitä huolehtimista vain hänen itsensä kertomien kokemusten perusteella. Vaikka objektiivista tietoa diabeetikon terveydentilasta ei täten ole mahdollista saavuttaa, tutkielmassa voidaan kuitenkin selvittää, kokeeko diabeetikko mahdollisena, että hänen lääkäri-potilassuhteellaan voisi olla merkitystä hänen kokonaisvaltaisen terveydentilansa ja hyvinvointinsa kannalta. Tämä tieto on tärkeää saavuttaa, sillä aikaisempien tutkimusten perusteella voidaan olettaa, että kokonaisvaltaisesti toimiva lääkärin ja potilaan välinen viestintäsuhde on merkityksellinen hyvän ja tuloksellisen hoidon edellytys ja täten myös terveydellisiin seurauksiin yhteydessä oleva tekijä (esim. Dibbelt et al. 2009; Shue et al. 2010; Stewart 1995).

## 7 MENETELMÄT

### 7.1 Tieteenfilosofiset lähtökohdat

Tämän tutkielman tieteenfilosofiset lähtökohdat ovat fenomenologis-hermeneuttiset. Fenomenologialla tarkoitetaan Virtasen (2006, 164–174) mukaan tieteenfilosofista suuntausta, joka korostaa ihmisen kokemuksiin ja havaintoihin perustuvaa tiedon tuottamista. Täten tarkastelun kohteena ovat ihmisen subjektiiviset kokemukset, joiden kautta tieto maailmasta on mahdollista saavuttaa. Tämä tieto on mahdollista saavuttaa viestinnällä, jonka fenomenologia tulkitsee Graigin (1999, 138) mukaan pyrkimykseksi ymmärtää toisen ihmisen näkökulmia ja kokemuksia; viestijän on tiedostettava olevansa myös viestinnän kohde. Fenomenologisessa suuntauksessa on olennaista myös tutkijan avoimuus, jolla tarkoitetaan tutkimuskohteen lähestymistä ilman ennalta määriteltyjä olettamuksia tai valmista teoreettista viitekehystä (Virtanen 2006).

Hermeneutiikalla tarkoitetaan puolestaan tieteenfilosofista suuntausta, joka korostaa merkityksiä sisältävien kokonaisuuksien ymmärtämistä ja tulkintaa. Hermeneuttisessa suuntauksessa tiedon tuottaminen tapahtuu hahmottamalla asioiden ja niiden kontekstien välisiä yhteyksiä sekä tarkastelemalla ilmiöitä suhteessa toisiinsa samankaltaisiin ilmiöihin ja niiden muuttumiseen. Tieto ymmärretään jatkuvana tulkintojen prosessina, jota kuvataan usein hermeneuttiseksi kehäksi; tulkittaessa yksityiskohtia tulkitaan myös kokonaisuutta, jolloin tulkinta liikkuu jatkuvasti yksittäisen ja yleisen välillä. Täten tutkimuksesta esiin nousevat asiat suhteutetaan siihen, mitä asiasta on jo aiemmin ymmärretty, kunnes saadaan aikaan mahdollinen tulkintavaihtoehto. On myös otettava huomioon, että tulkinnat perustuvat aina tulkitsijoiden elämäkäytäntöihin sekä aikakauden ajattelutapoihin. Täten lopullista tulkintaa ei pystytä koskaan muodostamaan, mutta se ei hermeneuttisen suuntauksen mukaan ole tarpeellistakaan (Littlejohn 2002, 210–211.) Tämä tutkielma voidaan katsoa pohjautuvaksi hermeneuttiseen tieteenfilosofiaan erityisesti siitä syystä, että tutkielman tulokset perustuvat ennen kaikkea tutkijan tekemiin tulkintoihin diabeetikkojen kertomista kokemuksista, jotka puolestaan pohjautuvat diabeetikkojen tekemiin tulkintoihin. Myös tiedon tuottaminen tässä tutkielmassa tapahtuu hermeneuttisen suuntauksen mukaisesti hahmottamalla asioiden välisiä yhteyksiä sekä vertailemalla niitä samankaltaisiin ilmiöihin. Tässä työssä selvitetään lääkäri-potilassuhteen keskeisten viestinnällisten tekijöiden välisiä yhteyksiä lääkäri-potilassuhteen merkittävimpiin seurauksiin sekä niiden yhteyttä diabeetikon omahoidon onnistumiseen.

Fenomenologis-hermeneuttisessa tutkimuksessa yritetään Tuomen ja Sarajärven (2002, 35) mukaan tehdä näkyväksi se, minkä tottumus on häivyttänyt huomaamattomaksi ja itsestään selväksi, tai se, mikä on koettu mutta ei vielä tietoisesti ajateltu. Esimerkiksi diabeetikot saattavat pitää lääkäripotilaskohtauksia rutiininomaisina ja sairauden hoitoon kuuluvina välttämättöminä käynteinä, jotka rakentuvat aina samoista asioista sekä toimintatavoista. Täten he eivät ole välttämättä tulleet ajatelleeksi lääkäri-potilassuhteen merkitystä omien toimintatapojen ja ajattelumallien sekä niiden myötä omahoidon onnistumisen ja kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin kannalta. Fenomenologis-hermeneuttisen tieteenfilosofian mukaisesti myös tässä tutkielmassa pyritään tekemään näkyväksi itsestäänselvyksiä sekä diabeetikoiden vielä tiedostamattomia ajatusprosesseja purkamalla lääkäri-potilassuhde erilaisiin viestinnällisiin tekijöihin. Tämän prosessin myötä tavoitteena on esitellä sellaisia viestinnällisiä tekijöitä, jotka ovat yhteydessä erityisesti diabeetikon omahoidon onnistumiseen.

## **7.2 Tutkimusmenetelmä**

Tässä tutkielmassa käytetään laadullisia tutkimusmenetelmiä. Laadullisella tutkimuksella tarkoitetaan Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2006, 151–157) mukaan todellisissa tilanteissa tapahtuvaa kokonaisvaltaista tiedon keräämistä. Kyseinen tutkimus ei kirjoittajien mukaan pyri ennustamaan tai tekemään kattavia yleistyksiä, vaan pääasiallisena tavoitteena on tutkimuskohteen syvempi ymmärtäminen. Lisäksi laadullisessa tutkimuksessa aineistoon suhtaudutaan joustavasti ja sitä pidetään ainutlaatuisena. Koska tutkimuskysymykset ovat kuvailevia ja niiden tavoitteena on selvittää tyyppin 2 diabeetikkojen henkilökohtaisia kokemuksia lääkäri-potilassuhteistaan, kyseinen lähestymistapa on perusteltu valinta. Tarkoituksena ei ole siten etsiä yleispäteviä periaatteita vaan selvittää juuri tähän tutkielmaan osallistuvien henkilöiden ainutlaatuisia käsityksiä. Lisäksi on huomioitava, että tutkittavien vastaukset eivät ole etukäteen ennustettavia, joten myös joustavuus tutkimusaineiston käsittelyssä puoltaa laadullista tutkimusotetta.

Tutkielman aineistonkeruumenetelmänä käytetään teemahaastattelua. Kyseisellä menetelmällä tarkoitetaan Eskolan ja Suorannan mukaan (1998, 86–87) mukaan keskustelunomaista tilannetta, jossa puhutaan ennalta suunnitelluista teemoista. Haastateltava voi kirjoittajien mukaan vastata kysymyksiin omin sanoin, ja tutkijalla on mahdollisuus esittää lisäkysymyksiä. Haastattelun teemat ovat kaikille haastateltaville samat. Hirsjärven ja Hurmeen (2008, 35) mukaan teemahaastattelu soveltuu tutkimusmenetelmäksi erityisesti silloin, kun tutkittavalle halutaan antaa tilaisuus kertoa

omista kokemuksistaan mahdollisimman vapaasti. Lisäksi kyseinen menetelmä soveltuu kirjoittajien mukaan hyvin arkojen aiheiden käsittelyyn. Koska tässä tutkielmassa käsitellään pitkäaikaissairaiden muistikuvia ja kokemuksia hyvin henkilökohtaisesta ihmissuhteesta, teemahaastattelu on tutkielman tavoitteita ajatellen sopivin haastattelumenetelmä. Lisäksi on oletettavaa, että haastattelussa ilmenee arkaluontoisia asioita esimerkiksi sairastamisen kokemuksiin liittyen, jolloin kyseinen menetelmä antaa mahdollisuuksia käsitellä aihetta vapaammin ja yksityiskohtaisemmin. Teemahaastattelun etuna on myös tutkijan oikeus valita haastatteluihin sellaiset henkilöt, joilla on kokemusta ja tietoa tutkittavasta ilmiöstä sekä tavata heidät henkilökohtaisesti (Tuomi ja Sarajärvi 2002, 76). Tällöin tutkijalla on mahdollisuus esittää tarkentavia kysymyksiä jo itse tilanteessa mahdollisten epäselvyyksien välttämiseksi. Lisäksi tutkimusmenetelmän käyttöä puoltavat tutkielman fenomenologis-hermeneuttiset lähtökohdat sekä aiemmasta tutkimuskirjallisuudesta ilmenevä laadullisen tutkimuksen tarve.

Teemahaastattelut toteutetaan yksilöhaastatteluina, sillä lääkäri-potilassuhteesta keskusteleminen ei välttämättä onnistu kovin vapautuneesti vieraiden ihmisten kanssa aiheen arkaluontoisuuden vuoksi. Toisaalta ryhmähaastattelun toteuttaminen useamman diabeetikon kanssa voisi olla hedelmällistä, koska silloin osallistujat saisivat toisiltaan virikkeitä sekä tukea mielipiteidensä ilmaisuisissa. Toisaalta taas tutkijan voisi olla tilanteessa vaikeaa hahmottaa, kenen mielipiteestä on lopulta kyse sekä onko kaikilla haastateltavilla mahdollisuus osallistua tasapuolisesti keskusteluun.

### **7.3 Aineiston keruu**

Tutkielmaan haastateltiin yhteensä 13 henkilöä, kahdeksaa naista ja viittä miestä. Kahdeksan haastateltavista löytyi kahden pirkanmaalaisen diabetesyhdistyksen kautta. Tutkija välitti kyseisten yhdistysten puheenjohtajille sähköpostitse kirjallisen haastattelupyynnön (Liite 2), jota he välittivät eteenpäin. Loput viisi haastateltavaa tutkija tavoitti lumipallomenetelmän avulla. Kaikki osallistujat suostuivat vapaaehtoisesti haastateltavaksi.

Tammikuun 2010 alkupuolella tutkija oli yhteydessä haastateltaviin joko puhelimitse tai sähköpostitse, jolloin hän selvitti osallistujille jo etukäteen tutkielman tavoitteet sekä haastattelutilanteeseen liittyviä käytännön asioita ja haastateltavan oikeuksia. Lisäksi tutkija katsoi parhaaksi kysyä jo etukäteen muutamia esikysymyksiä (Liite 2: taustatiedot) osatakseen orientoitua haastattelutilanteisiin. Esikysymykset käytiin läpi myös haastattelutilanteissa, jotta tutkija sai tiedot



varmennettua sekä tallennettua ääninauhalle. Tarkkoja haastatteluteemoja tutkija ei katsonut aiheelliseksi paljastaa haastateltaville etukäteen, jotta sosiaalisesti hyväksyttävien vastausten todennäköisyys olisi pienempi ja haastattelutilanne olisi mahdollisimman autenttinen.

Kaikki haastattelut toteutettiin Pirkanmaan alueella tammi-helmikuun 2010 aikana. Ennen varsinaisia haastatteluja suoritettiin yksi esihaastattelu, jonka tarkoituksena oli testata käytännössä teemahaastattelurungon (Liite 1) soveltuvuutta. Esihaastattelun jälkeen kyseiseen runkoon tehtiin pieniä muutoksia, mutta tarvetta perusteellisemmille muutoksille ei ilmennyt. Haastattelut toteutettiin pääsääntöisesti haastateltavien kotona heidän pyynnöstään. Lisäksi haastatteluja tehtiin myös Tampereen yliopiston ryhmätyöhuoneessa sekä haastateltavien ehdottamissa rauhallisissa toimitiloissa. Haastattelupaikkoja valitessa oli tärkeää huomioida, että tutkimukseen osallistujat pystyisivät puhumaan aroistakin aiheista ja ajatuksistaan. Tästä syystä tilat valittiin etupäässä haastateltavien ehdoilla. Haastattelut kestivät 65 minuutista 120 minuuttiin. Keskimäärin haastattelut kestivät 90 minuuttia.

Haastattelujen aluksi tutkielmaan osallistuvia pyydettiin lukemaan tutkijan laatima kirjallinen selvitys tutkielmasta, sen tavoitteista ja tarkoituksesta, sekä haastateltavien oikeuksista (Liite 3). Lisäksi tutkija pyysi haastateltavia allekirjoittamaan kirjallisen suostumuskaavakkeen (Liite 4), jonka myötä he antoivat luvan tallentaa haastattelun *Vuorovaikutus professionaalisissa viestintäsuhteissa* -tutkimusprojektin aineistoksi sekä tarvittaessa Yhteiskunnalliseen tietoaarkistoon. Kaikki osallistujat allekirjoittivat suostumuksen vapaaehtoisesti, eikä kukaan kieltänyt oman haastattelunsa käyttämistä tutkimusaineistossa jälkikäteen. Kaikki haastattelut toteutettiin suunnitelman mukaisesti yksilöhaastatteluina, ja niissä käsiteltiin haastattelurungossa määriteltyjä teemoja. Hirsjärven ja Hurmeen (2008, 66-67) mukaan teemat toimivat haastattelijan muistilistana sekä keskustelua suuntaavina aihealueina. Teemojen ei ole tarkoitus toimia tiukkoina keskustelun rajaajina, vaan niiden tulee kirjoittajien mukaan olla tarpeeksi väljiä, jotta monimuotoinen tutkittava ilmiö tulisi mahdollisimman hyvin esille. Täten haastattelutilanteet olivat hyvin joustavia, ja haastattelurungosta oli mahdollista poiketa.

Kaikki haastattelut äänitettiin tutkijan omalla minidisc-soittimella. Ruusuvuoren ja Tiittulan (2005, 14-15) mukaan uudelleen kuuntelemisen kautta on mahdollista saada sellaista tietoa, joka itse haastattelutilanteessa saattaa jäädä havaitsematta. Esimerkiksi tauotukset, epäröinnit, haastattelijan johdattelu tai haastateltavan suhtautuminen keskusteltavaan aiheeseen voivat antaa paljon merkittävää lisätietoa tutkimusaihetta koskien. Lisäksi haastattelijan on kirjoittajien mukaan

mahdollista tehdä korjauksia ja tarkennuksia äänitallenteiden avulla. Uudelleen kuuntelun jälkeen aineisto litteroitiin tietokoneella sanatarkkuutta noudattaen. Litteroituja haastatteluja kertyi yhteensä 202 sivua. Haastattelut numeroitiin ja koodattiin satunnaisessa järjestyksessä sukupuolen mukaan: naiset N1-8-koodeilla ja miehet M1-5-koodeilla. Tällä tavoin varmistettiin, että tutkittavien anonymiteetti säilyy tutkimusraporttia kirjoitettaessa, ja että haastatteluihin on myöhemmin tutkimuksen edetessä helppo palata. Lisäksi haastatteluista poistettiin kaikki muut tunnistetiedot, esimerkiksi lääkäreiden nimet ja asuinalueet. Tutkimuksessa kerätty aineisto on säilytetty koko tutkimuksen teon ajan huolellisesti. Myös aineiston käsittelyssä on noudatettu erityistä huolellisuutta, ja aineistoon ovat tutustuneet tutkijan lisäksi vain *Vuorovaikutus professionaalisessa viestintäsuhteessa* -tutkimusprojektin vetäjät. Tutkielman valmistuttua kerätty aineisto säilytetään asianmukaisesti.

#### **7.4 Haastateltavat**

Tutkielmaa varten haastateltiin kahdeksaa naista ja viittä miestä. Kaikki kolmetoista haastateltavaa asuvat Pirkanmaan alueella, ja he ovat iältään 51-84-vuotiaita. Tutkittavien iän keskiarvo on 63 vuotta. Haastateltavat ovat sairastaneet tyyppin 2 diabetesta 2-15 vuotta, enemmistö heistä keskimäärin 4-5 vuotta. Kaikilla haastateltavilla on ruokavalio- ja liikuntahoidon lisäksi diabetekseen lääkitys: yhdellä heistä on sekä insuliini- että tablettilääkitys, muilla pelkästään tablettilääkitys.

Kaikilla haastateltavilla oli kokemuksia vähintään yhdestä yli vuoden mittaisesta lääkäri-potilassuhteesta. Kukaan osallistujista ei ollut itse valinnut lääkäriään, vaan hoitava lääkäri oli määrätynyt joko asuinpaikkakunnan tai työyksikön mukaan. Seitsemällä haastateltavalla on ollut sama lääkäri sairauden toteamisesta lähtien haastatteluhetkeen saakka, muilla haastateltavilla lääkäri on sen sijaan vaihtunut yhden tai useamman kerran sairauden toteamisen jälkeen luonnollisista syistä, kuten lääkärin eläkkeelle jäännistä tai potilaan asuinpaikkakunnan vaihdoksesta johtuen. Kukaan osallistujista ei ollut omaehtoisesti vaihtanut lääkäriään. Neljä henkilöä niistä haastateltavista, joilla oli kokemuksia useammasta lääkärisuhteesta, kertoivat haastattelutilanteessa kokemuksiaan kahdesta erilaisesta lääkäri-potilassuhteesta, sillä heillä oli kummastakin ihmissuhteesta yhtä vahvat muistikuvat. Nämä kokemukset on myös huomioitu aineiston raportoinnissa.

## 7.5 Aineiston analysointi

Laadullisessa tutkimuksessa aineiston analysoinnin lähtökohtana ei ole ennalta määrättyjen hypoteesien testaaminen vaan tulosten mahdollisimman moniulotteinen ja yksityiskohtainen tarkastelu. Tutkija ei toisin sanoen pysty ennalta määrittelemään, mikä aineistossa on merkittävää tutkimuksen kannalta. Tästä syystä kvalitatiivisten tutkimustulosten analysoinnissa on käytetty usein aineistolähtöistä, induktiivista analyysia (Hirsjärvi ym. 2006, 155.) Kyseisellä menetelmällä tarkoitetaan Tuomen ja Sarajärven (2002, 95-106) mukaan sanallista tekstien kuvaamista, jossa erilaisia tekstejä analysoidaan merkityksiä tuottavina aineistoon perustuen. Kirjoittajien mukaan analyysiyksiköt valitaan aineistosta tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävänasettelun mukaisesti, jolloin ne eivät ole etukäteen sovittuja tai harkittuja. Näin ollen aikaisemmillä havainnoilla, tiedoilla tai teorioilla ei pitäisi olla mitään tekemistä analyysin toteuttamisen kanssa.

Myös tässä tutkielmassa tutkimusaineisto analysoitiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla. Kyngäs ja Vanhanen (1999, 4-11) kuvailevat sitä analyysimenetelmäksi, jonka tarkoituksena on tiivistää ja käsitteellistää tutkimustulokset erilaisten luokittelujen ja mallien avulla. Tavoitteena on luoda selkeyttä aineistoon, jotta sen perusteella voidaan tehdä selkeitä ja luotettavia johtopäätöksiä tutkittavasta ilmiöstä (Hämäläinen 1987, Tuomen & Sarajärven 2002, 110 mukaan). Aineistolähtöinen sisällönanalyysi oli tarkoituksenmukaisin menetelmä tähän tutkimukseen, sillä sen avulla tutkijan on mahdollista löytää ilman teoreettisia etukäteisolettamuksia sekä pieniä yksityiskohtia että laajempia kokonaisuuksia, joiden molempien havaitseminen on tämän tutkimuksen kannalta tärkeää. Lisäksi valittu menetelmä noudattaa fenomenologis-hermeneuttista tieteenfilosofiaa; tämän tutkielman tarkoituksena on ymmärryksen syventäminen diabeetikon omahoidon onnistumisen kokemuksista sekä lääkäri-potilassuhteen viestinnällisestä merkityksestä kyseisessä hoitoprosessissa, ei teoreettisten ennakko-oletusten paikkansa pitävyyden testaaminen. Täten tavoitteena on tiedon lisääminen erityisesti haastateltavien kokemuksia ymmärtämällä, joka on mahdollista kokemusten uudelleen tulkinnan kautta.

Tuomi ja Sarajärvi (2002, 98) kuitenkin kritisoivat, että puhdas induktiivinen päättely ei ole mahdollista, sillä objektiivisia havaintoja ei ole olemassa. Heidän mukaansa havaintoihin ovat yhteydessä esimerkiksi tutkijan valitsevat tutkimusmenetelmät ja käsitteet, jotka vaikuttavat tulosten tarkasteluun. Eskola ja Suoranta (1998) kuitenkin toteavat, että vaikka tutkijalla on etukäteistietoa sekä -olettamuksia tutkittavasta aiheesta, niiden aiheuttamaa häirintää kohdistuen aineistosta itsestään nouseviin teemoihin voi pyrkiä välttämään. Tuomen ja Sarajärven (2002, 98)

mukaan fenomenologis-hermeneuttisessa perinteessä ongelma on pyritty ratkaisemaan niin, että tutkija kirjoittaa kattavasti auki omat ennakkokäsityksensä ilmiöstä sekä tiedostaa ne analyysin aikana. Tämän kaltaista itsereflektointia ja luotettavuuden arviointia on tarkoitus myös tässä tutkielmassa esitellä. Aineistolähtöisyyden periaatetta tukee tässä työssä lisäksi se, että tutkielman lopullinen teoriaosuus on kirjoitettu vasta tulosten alustavan analysoinnin jälkeen. Täten tutkija pystyi tulkitsemaan tuloksia ennen kuin hän oli tutustunut tarkemmin aiempiin tutkimustuloksiin sekä määritellyt tuloksia tukevan teoreettisen viitekehyksen.

Aineistolähtöisen sisällönanalyysin kolme vaihetta ovat aineiston pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi (1. luokittelu). Pelkistämällä tarkoitetaan prosessia, jonka aikana tutkimusmateriaalista poimitaan ja merkitään ylös tutkimuskysymyksiin liittyvää tietoa. Ryhmittelyvaiheessa aineiston samaa tarkoittavat ilmaukset luokitellaan samoihin ryhmiin, ja annetaan niille nimeksi jokin kuvaava nimi. Tässä kohtaa tutkija samalla myös luokittelee aineistoaan, sillä ryhmitellessään ilmauksia hänen täytyy pohtia, mitkä asiat keskenään tarkoittavat samaa ja mitkä eivät. Analyysi jatkuu aineiston luokittelulla edelleen ala- ja yläkategorioihin, joita yhdistellään niin kauan kuin se on mahdollista ja mielekästä. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5-7.)

Aineiston analysointi aloitettiin lukemalla tutkimusaineisto useita kertoja läpi, jolloin aineiston kokonaiskuva alkoi hahmottua tutkijalle. Jo litteroitaessa aineistoa tutkija merkitsi ylös jo alustavia huomioita tutkimusongelmaan ja -kysymyksiin liittyen, ja näitä merkintöjä hyödyntäen aineistosta lähdettiin keräämään systemaattisesti niiden kannalta keskeisiä sanoja, lauseita tai lauseenosia. Tämän jälkeen kerättyjä tekstin osia ryhmiteltiin teema-alueiden mukaan sekä tarkasteltiin niiden yhteneväisyyksiä ja eroavaisuuksia. Tekstin osien joukosta valittiin olennaisimmat kohdat, jotka ryhmiteltiin ja joiden alkuperäisistä sanamuodoista muodostettiin pelkistetyt ilmaukset. Ryhmittelyn jälkeen samansisältöiset pelkistetyt luokat yhdistettiin tutkielman teema-alueisiin, jotka muodostivat erilaisia alakategorioita. Tämän vaiheen jälkeen samansisältöiset alakategoriat yhdistettiin laajemmiksi yläkategorioiksi, jotka muodostivat lopulta tutkimusaiheen kannalta keskeisen luokan, eli lääkärin ja potilaan välisen viestintäsuhteen merkityksen tyypin 2 diabeetikon omahoidon onnistumisprosessissa. Pelkistämisen, ryhmittelyn ja jaottelun avulla tehty kategorisointiprosessi kirjoitettiin auki tutkimustulosten muotoon, joita tutkija analysoi teoreettisen viitekehyksen pohjalta. Näin tapahtuvan synteessin avulla tutkija työsti tutkimusaiheesta selkeitä ja ymmärrettäviä johtopäätöksiä.

## 7.6 Tutkielman eettiset kysymykset

Eettisiä kysymyksiä pohditaan erityisesti sellaisilla tieteenaloilla, jotka tutkivat ihmisiä sekä heidän inhimillistä toimintaansa. Kuulan (2006, 11) mukaan eettisiä kysymyksiä voi liittyä tutkimuskohteen ja menetelmän valintaan, aineiston hankintaan, tieteellisen tiedon luotettavuuteen, tutkimustulosten vaikutuksiin, tutkittavien kohteluun sekä tiedeyhteisön sisäisiin toimintaperiaatteisiin. Tässä tutkielman tekoprosessissa keskeiset eettiset kysymykset liittyvät aineiston hankintaan sekä tutkittavien kohteluun.

Tyypin 2 diabetes on leimautunut suomalaisessa mediassa melko vahvasti itse aiheutetuksi elämäntapasairaudeksi, joka on käytännössä ilmennyt sekä syyllistämisenä että ikävän sävyisenä keskusteluna koskien erityisesti sairauden aiheuttamia kustannuksia kunnille ja valtiolle. Täten tutkija pystyi jo ennalta huomioimaan, että tyypin 2 diabetes voi olla keskustelunaiheena arkaluontoinen joka herättää kielteisiä tunteita tutkittavissa. Tästä syystä tutkija pyrki selvittämään heti alusta lähtien haastattelupyynnössään sekä puhelin- ja sähköpostiviestinnässään, että tutkielman tarkoituksena ei ole lääketieteellisesti arvioida ja arvostella kenenkään elämäntapoja ja hoidon onnistumisen tasoa. Sen sijaan tavoitteena on pyrkiä erityisesti selvittämään potilaan toiveita ja tarpeita koskien lääkärin kanssa käytäviä omahoitokeskusteluja sekä oma-aktiivisuuteen kannustamista. Lisäksi haastateltaville painotettiin heidän oikeuksiaan, esimerkiksi vapaaehtoisuutta sekä heidän mahdollisuuttaan vetäytyä tutkimuksesta missä vaiheessa tahansa. Samalla heitä informoitiin jo haastatteluja sovittaessa tutkimuksen tarkoituksesta ja tutkimusmenetelmästä, *Vuorovaikutus professionaalisisissa viestintäsuhteissa* -projektista, haastattelujen nauhoittamisesta sekä haastattelutilanteesta allekirjoitettavasta kirjallisesta suostumuslomakkeesta. Näin tutkija pyrki tekemään toimintansa mahdollisimman läpinäkyväksi kertomatta kuitenkaan liiallisesti haastattelunsa sisällöstä sosiaalisesti hyväksyttävien vastausten välttämiseksi. Kuulan (2006, 105) mukaan tarkkaa tutkimusongelmaa ja -hypoteeseja ei ole välttämättä tarvitse kertoa tutkittaville, mutta tutkielman pääaiheet on selvitettävä tarpeeksi perusteellisesti, jotta tutkittavat pystyvät tekemään päätöksensä osallistumisestaan riittävin perustein.

Haastattelujen sopimisvaiheessa tutkija painotti osallistujille myös luottamuksellisuutta sekä anonymiteettiä, jotka ovat erittäin oleellisia eettisiä tekijöitä tietojen käsittelyyn ja hankintaan liittyen. Luottamuksellisuudella tarkoitetaan Ruusuvuoren ja Tiittulan (2005, 17) mukaan muun muassa sitä, että tutkija sitoutuu olemaan haastateltaville totuudenmukainen kaikissa tutkielmaan liittyvissä toimissaan koko tutkimusprosessin ajan. Samoin hänen on käsiteltävä ja säilytettävä

saamia tietoja luottamuksellisina sekä huolehdittava siitä, että tutkittavien henkilöllisyys ei paljastu. Tämän tutkielman aineistonkeruuprosessissa tutkija varmisti monin tavoin, että keskusteltavat asiat eivät pääse muiden tietoon. Tutkija otti huomioon esimerkiksi haastattelutilan rauhallisuuden sekä huolehti kaikista tutkimukseen liittyvistä papereista, äänitteistä sekä yhteystiedoista. Tutkija otti myös haastateltaviin yhteyttä hyvissä ajoin ennen haastattelua, jotta haastateltavat saisivat etukäteistietoa siitä, millaisen ihmisen kanssa he tulisivat sairaudestaan keskustelemaan. Lisäksi tutkimusaineistoa käsiteltäessä tutkija poisti jo litteroitaessa haastateltavien mainitsevat nimi- ja muut tunnistetiedot.

Haastatteluja sovittaessa osa tutkittavista tuntui olevan varovaisia sen suhteen, mitä he uskaltavat kertoa sairaudestaan vieraalle ihmiselle. Näiden keskustelujen pohjalta tutkija pyrki aloittamaan haastattelutilanteet positiivisen ja luotettavan ilmapiirin luomisella. Lisäksi tutkija kertasi selvitys- ja suostumuspaperien avulla puhelimesta käytyt tärkeät asiat liittyen tutkielman tavoitteisiin ja käyttötarkoituksiin sekä haastateltavan oikeuksiin. Kuulan (2006, 105) mukaan tutkittavia olisi myös hyvä motivoida kertomalla, millaista uutta tietoa tutkielmalla tavoitellaan, ja miten sitä voidaan tulevaisuudessa hyödyntää. Motivoimiseen ei ilmennyt tarvetta haastatteluja sovittaessa, mutta kirjallisessa selvityksessään tutkija katsoi parhaaksi perustella aiheen tärkeyttä.

Kaikki haastattelutilanteet muotoutuivat avoimiksi vuorovaikutustilanteiksi, joissa keskustelu eteni joustavasti eteenpäin. Myös tutkittavien ehdoilla tapahtunut leikinlasku vapautti tunnelmaa monessa keskustelussa haastattelun kulkua edistävällä tavalla. Lisäksi tutkija pyrki välttämään liian arkaluonteisten asioiden kysymistä, jotta haastattelu ei antaisi henkilökohtaisten asioiden utelun vaikutelmaa (vrt. Eskola & Suoranta 1998, 56). Muutaman kerran tutkija kuitenkin havaitsi haastateltavien nonverbaalisesta käyttäytymisestä, esimerkiksi poikkeuksellisesta hiljaisuudesta tai tyypistetyistä vastauksista, että jokin kysymys oli liian henkilökohtainen. Silloin tutkija saattoi muotoilla kysymyksensä saman tien uusiksi tai jättää kysymättä tarkentavia lisäkysymyksiä kyseisestä aiheesta. Sellaisia henkilökohtaisia vastauksia, joiden perusteella haastateltavien anonymiteetti olisi ollut uhattuna tai jotka eivät liittyneet tutkimusongelmaan, ei ole tulos-osiossa esitelty.

Tämän tutkielman eettisiä kysymyksiä pohdittaessa on myös huomioitava, että haastattelu on itsessään moniulotteinen interpersonaalinen viestintätilanne, joka mahdollistaa aina toiseen ihmiseen vaikuttamisen (Johannesen 1990, 1). Tällainen vaikuttamisen mahdollisuus on huomioitava erityisesti silloin, kun viestinnällä on jokin tarkoitus ja päämäärä ja sen oikeellisuus on

arvioitavissa oikeaksi tai vääräksi. Tästä syystä johtuen absoluuttista totuutta haastateltavien mielipiteistä ei ole mahdollista saavuttaa. Fenomenologis-hermeneuttisen tieteenfilosofian mukaisesti voidaan kuitenkin ajatella, että haastattelussa on kyse ennen kaikkea kokemusten ymmärtämisestä niiden uudelleen tulkinnan kautta, ei yksiselitteisten totuuksien saavuttamisesta. Tärkeämpää tutkielman teon eettisyydestä huolehtimisessa onkin se, että tutkija pyrkii tekemään parhaansa tutkittavien ymmärtämisessä ja tulkitsemisessa heidän omista lähtökohdistaan käsin.

## 8 TULOKSET

Tämä tutkielman aineisto on raportoitu tutkimuskysymyksittäin. Raportissa esiintyvät sitaatit havainnollistavat aineiston olennaisia yksityiskohtia sekä aihekokonaisuuksia. Sitaateista on poistettu tai muutettu kaikki tunnistetiedot, kuten henkilötiedot ja sellaisten paikkojen nimet, jotka voisivat uhata tutkittavien anonymiteettia. Sitaattien sisällä esiintyvät välimerkit ovat tutkijan lisäämiä. Naishaastateltavat on nimetty aineistossa satunnaisessa järjestyksessä koodeilla N1-N8 ja mieshaastateltavat koodeilla M1-M5.

Tuloksia lukiessa on huomioitava, että tutkielman tarkastelun kohteena ovat erityisesti lääkäri-potilassuhteet. Koska neljällä haastateltavalla oli vahvat muistikuvat kahdesta erilaisesta lääkäri-potilassuhteesta, molemmat kuvaukset on huomioitu tulosten raportoinnissa. Tästä syystä johtuen tuloksissa esitetty haastateltavien lukumäärä (17) ei vastaa kokonaislukumäärää (13). Lisäksi on huomioitava, että vaikka osa haastateltavista kuvaili nykyistä ja osa aikaisemmin päättynyttä lääkäri-potilassuhdettaan, tätä eroa ei katsottu aiheelliseksi tulosraportissa korostaa. Tästä syystä kaikista kuvailluista lääkäri-potilassuhteista on kirjoitettu lukemisen helpottamiseksi mennessä aikamuodossa.

### 8.1 Kokemukset lääkärin ja potilaan välisestä viestintäsuhteesta

Ensimmäisen tutkimuskysymyksen tavoitteena oli selvittää, millaisia kokemuksia tyyppin 2 diabeetikoilla on lääkärin ja potilaan välisestä viestintäsuhteesta. Haastateltavien kokemukset voidaan jakaa aineiston perusteella kahteen ryhmään sen mukaan, millaisia mielikuvia heille oli muodostunut lääkäristä, keskinäisestä vuorovaikutuksesta sekä saadusta hoidosta. Koska tässä tutkielmassa ollaan erityisesti kiinnostuneita lääkäri-potilassuhteen viestinnällisestä luonteesta ja seurauksista, ja potilastyytyväisyys näyttäisi aiemman tutkimuksen perusteella olevan merkittävästi yhteydessä sekä hoitomyöntyvyyteen että terveydellisiin seurauksiin, ryhmäjako muodostettiin pohjautuen siihen, millaisiin asioihin haastateltavat olivat lääkäri-potilassuhteissaan tyytyväisiä ja tyytymättömiä. Ensimmäiseen ryhmään kuuluvat sellaiset lääkäri-potilassuhteet, joissa haastateltavat kuvailivat olleensa tyytyväisiä lääkäriin, keskinäiseen vuorovaikutukseen sekä kaikkeen saatuun lääketieteelliseen hoitoon. Tästä ryhmästä käytetään jatkossa nimitystä



*Tyytyväiset.* Toinen ryhmä muodostuu puolestaan sellaisista ristiriitaisista lääkäri-potilassuhteista, joissa potilaat kertoivat olleensa yleisesti hoitoon tyytyväisiä, mutta heillä oli kokemuksia myös huonosta hoidosta joko diabeteksen tai muiden terveydellisten ongelmien yhteydessä. Tässä ryhmässä ristiriitaista oli myös se, että osallistujat kokivat keskinäisen vuorovaikutuksen sujuneen lääkärin kanssa melko hyvin, mutta toisaalta siinä oli ollut haastateltavien mukaan myös parantamisen varaa. Lisäksi kuvaukset lääkäristä sekä omasta toiminnasta olivat ristiriitaisia. Tästä ryhmästä käytetään jatkossa nimitystä *Ristiriitaiset*. Tätä ryhmäjakoja havainnollistetaan jatkossa raportoitaessa kummankin ryhmän lääkäri-potilassuhteiden ominaispiirteitä. Kyseinen ryhmäjako toistuu myös tutkimuskysymyksissä kaksi ja kolme.

### **8.1.1 Tyytyväiset**

Yhteensä kymmenellä haastateltavalla, viidellä miehellä ja viidellä naisella, oli kokemuksia sellaisista lääkäri-potilassuhteista, joihin he olivat olleet tyytyväisiä. Suurin osa heistä kuvaili kyseistä suhdetta jopa ihanteelliseksi. Seitsemällä haastateltavalla lääkäri-potilassuhteet olivat kestäneet 4-15 vuotta, ja lääkäri oli heille ennalta tuttu ennen tyyppin 2 diabeteksen diagnosointia. Kahdella haastateltavalla sen sijaan oli kokemusta lyhytaikaisesta, noin vuoden mittaisesta hoitosuhteesta, mutta tästä huolimatta tutkittavat kokivat olleensa kyseisiin lääkäri-potilassuhteisiinsa varsin tyytyväisiä. Lähes kaikki tutkittavat olivat pyrkineet saamaan myös muissa sairastapauksissa omalääkäriltään vastaanotto- tai puhelinajan, ja he kokivat tavoittaneensa lääkärin hyvin. Poikkeuksellisesti yksi haastateltavista kertoi asioineensa lääkäriinsä kanssa vain diabeteksen yhteydessä. Tämä selittyi sillä, että hän oli diabetekseen erikoistunut lääkäri, jota haastateltava oli tavannut vain sopeutumiskurssin yhteydessä.

Haastateltavat olivat käyneet lääkäriinsä vastaanotolla keskimäärin 1-5 kertaa vuodessa, ja käyntikertojen pituus vaihteli 15-20 minuutista 40 minuuttiin. Yksi haastateltavista kertoi poikkeuksellisesti asioineensa omalääkäriinsä kanssa useamman kerran kuukaudessa, mutta nämä käynnit olivat koskeneet etupäässä muita terveydellisiä ongelmia. Sen sijaan käyntien sisällöissä ei ollut havaittavissa suurempia eroavaisuuksia. Haastattelujen mukaan jokaisella diabetekseen liittyvällä tapaamisella oli käyty läpi laboratorikoetulokset, lääkitys, potilaan yleiskunnon arviointi sekä omahoitokeskustelu. Lääkärikäyntien määrä, pituus ja sisällöt olivat olleet kaikkien haastateltavien mielestä riittäviä ja asianmukaisia, ja kuhunkin osa-alueeseen käytetty aika oli osattu mitoittaa hyvin.

Haastateltavien tyytyväisyys lääkäri-potilassuhteisiinsa koostui neljästä eri osatekijästä, jotka olivat lääkärin persoona, viestintäkäyttäytyminen ja lääketieteellinen ammattiosaaminen sekä keskinäinen vuorovaikutus. Kaikki nämä osatekijät limittyivät toisiinsa, sillä yhden tekijän kuvailu sisälsi kuvausta myös muista tyytyväisyyteen yhteydessä olevista asioista. Erityisesti lääkäriin liittyvät osatekijät (persoona, viestintäkäyttäytyminen ja lääketieteellinen ammattiosaaminen) limittyivät haastatteluissa vahvasti toisiinsa, ja tästä syystä nämä tekijät käsitellään yhtenä kokonaisuutena.

Kaikki haastateltavat kuvailivat lääkäreidensä persoona pelkästään positiivisin adjektiivein, joista käytetyimpiä olivat huumorintajuinen, miellyttävä, asiallinen ja luotettava. Kun näitä luonnehdintoja pyydettiin haastattelutilanteissa selittämään tarkemmin, tutkittavat kuvailivat erityisesti lääkärin viestintäkäyttäytymistä ja lääketieteellistä ammattiosaamista. Huumorintajulla tutkittavat tarkoittivat lääkärin kykyä saada heidät nauramaan ja rentoutumaan puhumalla muistakin kuin lääketieteellisistä asioista, esimerkiksi maailman tapahtumista tai säästä. Tällöin vastaanoton ilmapiiristä ei ollut muodostunut liian virallinen vaan sopivan leppoisa, eikä haastateltavien ollut tarvinnut jännittää lääkäreitään. Yhden haastateltavan mielestä myös vakavista asioista puhuminen huumorin varjolla oli ollut osoitus lääkärin hyvästä huumorin- ja tilannetajusta. Tällöin terveydelliset asiat eivät olleet tuntuneet liian raskailta ja ahdistavilta, ja niitä oli ollut helpompi lääkärin kanssa yhdessä käsitellä.

”Se oli oikeestaan tosi hauskaa kun lääkäri sano näin, että: ”Jaa, että minkäslainen vaaka tämä tämmöinen on, joka näin paljon näyttää?” – nauraa – Että se oli niin kun.. Mä olin kyllä kuullu siellä kylällä muiltakin ihmisiltä, että hän oli hirveen pidetty lääkäri, koska se oli hirveen huumoristi, että sillä oli aina jotain tämmösiä hauskoja, huumorin varjolla puhu vakavista asioista.” (N2)

Miellyttävyydellä tutkittavat tarkoittivat puolestaan lääkäreidensä puheliaisuutta ja sosiaalisuutta sekä tapaa käyttäytyä heitä kohtaan kohteliaasti, myönteisesti ja ystävällisesti. Lisäksi lääkärit olivat olleet miellyttäviä silloin, kun he olivat keskittyneet heihin yksi kerrallaan, olleet toimissaan rauhallisia sekä kysyneet kuulumisia ja vointia. Asiallisuudella haastateltavat puolestaan tarkoittivat potilaan ammatillista kunnioittamista ja huomioimista. Täten lääkärit olivat keskittyneet ensisijaisesti vastaanottokäytien varsinaisten tavoitteiden täyttämiseen sekä suhtautuneet tutkittavien huoliin ammatillisella vakavuudella. Lisäksi lääkärit eivät olleet udelleet liikaa haastateltavien yksityiselämään liittyvistä asioista.

Luotettavuudella tutkittavat tarkoittivat puolestaan lääkäreidensä kykyä ja halua kuunnella sekä osoittaa avoimella käyttäytymisellään ja kysymyksillään, että tutkittavat voivat halutessaan puhua

lääkäreidensä kanssa mistä tahansa - myös diabetekseen liittymättömistä ongelmista. Luottamusta tutkittavissa oli herättänyt myös lääkäreiden tapa katsoa silmiin sekä tapa tervehtiä kädestä. Samoin luottamusta oli herättänyt se, että lääkärit olivat osoittaneet käyttäytymisellään muistavansa heidät sekä ottavansa heidän huolenaiheensa tosissaan.

Luotettavuuden yhteydessä käsiteltäväksi teemaksi nousi myös lääkärin lääketieteellinen ammatti-osaaminen. Kaikki haastateltavat kuvailivat saaneensa asiantuntevaa ja ammattitaitoista hoitoa sekä diabeteksen että muiden sairauksien ja vaivojen kohdalla. Tällä tutkittavat tarkoittivat sitä, että lääkärit olivat tehneet oikeita diagnooseja, määränneet sopivia lääkkeitä, olleet tutkimuksissaan tarkkoja ja perusteellisia sekä lähettäneet tarvittaessa jatkotutkimuksiin. Lisäksi ammattitaitoisiksi kuvailut lääkärit olivat tarjonneet tutkittaville riittävästi, havainnollistavasti ja oma-aloitteisesti tietoa.

”Hän sen silloin hyvin tarkasti mulle oma-aloitteisesti selitti ja piirteli verisuonen seinämät ja selvitti taas, että minkä takia tää oli nyt ihan viisasta, että mä sitten tähän lääkitykseen päädyin.” (N1)

Vuorovaikutukseen liittyvää tyytyväisyyttä taustoitti erityisesti viisi osatekijää, jotka olivat lääkärivetoisuus, potilaan aktiivinen rooli keskusteluun osallistujana, tilanteen tavoitteellisuus, lääkäri-potilassuhteen jatkuvuus sekä lääkärin suhtautuminen potilaaseen persoonana. Lääkärivetoisuudella haastateltavat tarkoittivat lääkäriensä tapaa ohjata vastaanottotilannetta aktiivisesti ja oma-aloitteisesti eteenpäin esimerkiksi asiansiirtymien, tiedon tarjoamisen sekä kysymysten avulla. Täten heidän ei ollut tarvinnut kantaa huolta siitä, että vastaanottokäyntien tavoitteiden täytyminen olisi ollut heidän itsensä esittämistä kysymyksistä sekä muusta keskusteluaktiivisuudesta kiinni. Haastateltavat perustelivat lääkärivetoisuutta erityisesti lääkärin asiantuntija-asemalla; koska lääkäriellä on diabeetikkoa parempi tietotaito ja keskustelu tapahtuu hänen toimitiloissaan, hänen vastuullaan on pääasiallisesti myös vastaanottokäynnin ohjaaminen ja sen onnistuminen.

”Totta kai se on se.. mitenkä lääkäri käyttäytyy, niin sehän antaa sen hengen sinne huoneeseen.” (M5)

Kaikki haastateltavat kertoivat olleensa tyytyväisiä myös omaan aktiiviseen rooliinsa potilaana. Tällä he tarkoittivat aktiivista keskusteluun ja päätöksentekoon osallistumista, esimerkiksi tarkentavia kysymyksiä sekä omia mielipiteitä esittämällä. Lisäksi haastateltavat olivat osoittaneet aktiivisuutta myös kuuntelemalla sekä kunnioittamalla lääkäreidensä mielipiteitä. Täten potilaan

aktiivisuuden ei tarvitse haastateltavien mukaan olla jatkuvaa äänessä olemista, vaan tilanteessa vahvasti läsnä olemista.

Tärkeäksi tekijäksi haastateltavat mainitsivat tyytyväisyytensä rakentumisessa myös vastaanotto-tilanteen tavoitteellisuuden. Tällä he tarkoittivat työskennelleensä lääkärin kanssa yhdessä saman päämäärän, eli potilaan paremman hyvinvoinnin saavuttamiseksi. Täten sekä haastateltavat että lääkärit olivat sisäistäneet tilanteen vaatimat edellytykset sekä toimineet systemaattisesti niiden täyttämiseksi.

”Se on semmonen.. asiallinen ja keskusteleva ja semmonen.. ihan jotenkin varmaan molemmin puolin ystävällinen, että musta tuntuu, että meillähän on sama tavote sen lääkärin kanssa.. että hän pyrkii tekeen ittensä tarpeettomaks, ja määkään en siellä ihan vaan niin kun mielikseni käy.” (N1)

Tyytyväisyyttä keskinäisessä vuorovaikutuksessa lähes kaikissa haastateltavissa oli herättänyt myös lääkäri-potilassuhteen jatkuvuuden myötä lisääntynyt tuttavallisuus, luottamuksellisuus ja avoimuus. Tällä haastateltavat tarkoittivat sitä, että lääkäreiden tultua tutuksi heidän kanssaan oli pystynyt puhumaan entistä avoimemmin ja lääkäreiden toimintatavat olivat tulleet turvallisen tutuiksi. Tähän liittyen yksi haastateltavista kertoi, että lääkärin tultua tutuksi hän oli pystynyt myös paremmin ilmaisemaan oman eriävän mielipiteensä ilman pelkoa siitä, että lääkäri olisi turhautunut häneen niin, että koko suhteen toimivuus olisi ollut vaarassa. Jatkuvuuden myötä lääkärit olivat myös oppineet muistamaan tutkittavien asiat sekä tulkitsemaan heidän käyttäytymistään entistä paremmin, jolloin keskinäisestä vuorovaikutuksesta oli tullut vapautuneempaa ja avoimempaa. Tämän kautta haastateltavat olivat kokeneet saaneensa myös parempaa hoitoa.

Kahdeksan haastateltavaa kuvaili lääkäri-potilassuhteidensa olleen tyytyväisyyttä herättäviä jo ensitapaamisesta lähtien, ja tämän pohjalta keskinäistä viestintäsuhdetta oli ollut helppo rakentaa entistä toimivammaksi jatkuvuuden myötä. Kaksi haastateltavaa sen sijaan kertoi, että heidän lääkäri-potilassuhteensa olivat herättäneet aluksi tyytymättömyyttä, sillä lääkärit olivat käyttäytyneet heitä kohtaan etäisesti. Jatkuvuuden myötä lääkärin viestintäkäyttäytyminen oli kuitenkin alkanut muuttua tuttavallisemmaksi ja tyytyväisyyttä herättäväksi. Niin läheiseksi yksikään lääkäri-potilassuhde ei ollut kuitenkaan muodostunut, että haastateltavat olisivat olleet tekemisissä lääkäriensä kanssa myös vastaanottojen ulkopuolella.

Lääkäri-potilassuhteen jatkuvuuden seurauksena tyytyväisyyttä keskinäisessä vuorovaikutuksessa herätti myös lääkäreiden suhtautuminen haastateltaviin persoonina ja tasavertaisina ihmisinä, ei

pelkkinä sairastapauksina muiden joukossa. Tämä ilmeni siten, että he olivat pystyneet olemaan vastaanotoilla omina itsenään sekä puhumaan lääkäriensä kanssa terveyteen ja osittain yksityiselämäänsä liittyvistä asioista, esimerkiksi perheistä, harrastuksista ja työstressistä. Lisäksi lääkärit olivat osoittaneet muistavansa heidät hyvin muuallakin kuin vastaanottoympäristössä, esimerkiksi tervehtimällä kauppareissuilla ja keskustelemalla heidän kanssaan lyhyesti. Myös vastaanottoikäyneillä lääkärit olivat muistaneet tutkittavien asiat hyvin ja paneutuneet niihin keskittyneesti, eikä pelkästä ammatillisesta velvollisuudesta.

”Mä oon saanu semmosen kuvan, että hän niin kun tietää, ja.. tuntee. Että hän ei mun mielestä hoida mua pelkästään potilaana, tai varmasti siis yrittää kaikkensa muittenkin kohdalla, mutta tota.. Mä oon huomannu, että siinä on, siis hän tosissaan tahtoo auttaa, että siinä ei oo pelkkää semmosta ammatillisuutta.. että se on sen takia, että hän on lääkäri, niin hänen täytyy sen takia tehdä nää jutut.” (M2)

Poikkeuksellisesti kahden haastateltavan mielestä heidän lääkäriensä olivat suhtautuneet heihin ensisijaisesti asiakkaina, ei persoonina. Tämä näkemys johtui siitä, että he olivat asioineet lääkäriensä kanssa vain lyhyen ajan, jolloin he eivät olleet ehtineet tutustua toisiinsa lähemmin. Tämä ei ollut kuitenkaan haitannut kumpaakaan haastateltavaa, sillä myös he olivat saaneet lääkäreiltään tuttavallista kohtelua. Tuttavallisuuden vaikutelma oli syntynyt haastateltavien mukaan esimerkiksi siten, että lääkärit olivat puhutelleet heitä etunimellä, osoittaneet kiinnostusta heidän arkielämäänsä kohtaan, katsoneet heitä silmiin, käyttäneet huumoria, kuunnelleet aktiivisesti, puhuneet kiireettömästi sairauden lisäksi myös muista asioista sekä olleet kaikin puolin kohteliaita, ystävällisiä sekä empaattisia. Täten tutkittavat olivat pystyneet olemaan vastaanotoilla omina itsenään sekä puhumaan lääkäriensä kanssa rehellisesti terveyteen ja osittain yksityiselämäänsä liittyvistä asioista.

Tuttavallisuudesta ja avoimuudesta huolimatta jokainen haastateltavista totesi lääkäriensä olleen aina lääkäri, tukija ja ammatillinen asiantuntija, sillä lääkäri-potilassuhde on erityislaatuinen ja yksisuuntainen asiantuntija-asiakassuhde: lääkärin tulee olla kiinnostunut potilaan asioista sekä olla potilasta varten, ei potilaan lääkäriä varten. Yhden haastateltavan mielestä hänen lääkäri-potilassuhteensa oli jossain mielessä verrattavissa lakimieheen, yhden haastateltavan mielestä psykoterapeuttiin; kummankin lääkärit olivat olleet perillä asiakkaansa henkilökohtaisista asioista, mutta suhteen tavoitteena oli ollut vain toisen osapuolen auttaminen sekä hyvinvoinnin edistäminen. Lisäksi yksi haastateltava vertasi lääkärisuhdettaan valmentaja-valmennettava-suhteeseen: lääkärin tarkoituksena oli ollut auttaa häntä onnistumaan omassa arjessaan ilman, että lääkäri olisi ollut varsinaisesti tekemässä arjen valintoja.

### 8.1.2 Ristiriitaiset

Yhteensä seitsemällä haastateltavalla, kuudella naisella ja yhdellä miehellä, oli kokemuksia sellaisesta ristiriitaisesta lääkäri-potilassuhteesta, johon he olivat olleet osittain tyytyväisiä mutta myös osittain tyytymättömiä. Yli puolella haastateltavista lääkäri-potilassuhde oli kestänyt 3-5 vuotta, eikä lääkäri ollut heille ennalta tuttu ennen sairastumista tyypin 2 diabetekseen. Kolmella haastateltavalla sen sijaan oli kokemusta saman lääkärin kanssa asioimisesta 7-15 vuoden ajalta. Lisäksi lääkärit olivat olleet heille ennalta tuttuja ennen sairastumistaan diabetekseen. Kaikki tutkittavat kertoivat varanneensa myös muissa terveydellisissä asioissa vastaanotto- tai puhelinajan samalle lääkärille ja tavoittaneensa lääkärin hyvin, jos siihen oli ilmennyt tarvetta. Kuitenkin vain yksi tutkittavista oli kokenut tärkeäksi saada asioida joka kerta omalääkäriensä kanssa, muut haastateltavat olivat suhtautuneet myönteisesti myös sijaislääkäreihin.

Kaikki *Ristiriitaiset*-ryhmään kuuluvat haastateltavat kertoivat lääkäriissäkäyntivälien olleen harvoja. Viisi haastateltavaa kertoi asioineensa lääkärinsä kanssa keskimäärin 1-2 kertaa vuodessa, mutta kaksi heistä oli asioinut usein omalääkäriensä sijaisen kanssa. Yksi haastateltavista puolestaan kertoi käyneensä lääkäriillä vain silloin, kun hänellä oli ollut siihen muiden vaivojen yhteydessä tarvetta; diabetekseen liittyvistä käynneistä ei oltu sovittu lääkärin kanssa ollenkaan. Lisäksi yksi haastateltava oli asioinut omalääkäriensä kanssa muita selvästi harvemmin - vain kerran kahdessa vuodessa. Käyntiväli perustui haastateltavan mukaan lääkkeiden uusimiseen: kun lääkäri ei ollut enää uusinnut diabeteslääkkeitä ilman vastaanottokäyntiä, haastateltava oli tiennyt varata ajan lääkärilleen.

Myös käyntikertojen pituuksissa ilmeni vaihtelua. Yli puolet haastateltavista kertoi lääkärikäyntiensä kestäneen noin 15-20 minuuttia, muut haastateltavat sen sijaan arvioivat käyntikertojensa pituudeksi 30-40 minuuttia. Lääkärikäyntien sisältö oli ollut kuitenkin kaikilla haastateltavilla samankaltainen, samoin kuin ryhmässä *Tyytyväiset*. Vastaanotoilla oli käyty läpi laboratorioetulokset, lääkitys, potilaan yleiskunto sekä omahoito. Kaikkien haastateltavien mielestä käyntikertojen määrä sekä niihin käytetty aika olivat olleet riittäviä, eikä heillä ollut ollut kiireen tuntua. Yli puolet tutkittavista kuitenkin mainitsi, että jos kyseessä olisi ollut joku muu lääkäri, he olisivat saattaneet olla halukkaita keskustelemaan pidempäänkin omahoidollisista asioista.

Haastateltavien tyytyväisyys lääkäri-potilassuhteisiinsa koostui *Tyytyväiset*-ryhmän tavoin neljästä toisiinsa limittyvästä osatekijästä, jotka olivat lääkärin persoona, viestintäkäyttäytyminen ja lääketieteellinen ammattiosaaminen sekä keskinäinen vuorovaikutus. Samat osatekijät olivat yhteydessä myös haastateltavien tyytymättömyyteen kyseisissä viestintäsuhteissa. Koska tässä ryhmässä syntyi ristiriitaisuuksista johtuen enemmän hajontaa sen suhteen, mihin haastateltavat olivat lääkäri-potilassuhteissaan tyytyväisiä ja tyytymättömiä, kertomukset päätettiin raportoida kahdessa pienemmässä alaryhmässä. Ensimmäiseen ryhmään kuuluu kaksi haastateltavaa ja toiseen viisi haastateltavaa.

### \* Ristiriitaisista tyytyväisimmät

Ensimmäisen alaryhmän haastateltavat kertoivat olleensa enemmän tyytyväisiä kuin tyytymättömiä lääkäriinsä persoonaan, viestintäkäyttäytymiseen ja lääketieteelliseen ammattiosaamiseen sekä heidän keskinäiseen vuorovaikutukseensa. *Tyytyväiset*-ryhmän haastateltavien tavoin lääkäriin persoonaan liitetyimpiä adjektiiveja olivat huumorintajuinen, miellyttävä, luotettava ja asiallinen, ja niiden merkitykset olivat myös melko yhtenevät ensimmäisen ryhmän kanssa. Ristiriitaisuutta oli kuitenkin havaittavissa miellyttävyyden ja luotettavuuden kuvauksissa. Miellyttävyyden kohdalla molemmat haastateltavat kuvailivat lääkäriensä olleen vähän liiankin lempeitä, millä he tarkoittivat lääkäriensä olleen niin hienotunteisia, etteivät he olleet kertoneet asioista tarpeeksi suoraan ja informatiivisesti. Luotettavuuden kohdalla eroavaksi tekijäksi ilmeni lääkärin lääketieteelliseen ammattiosaamiseen liittyvät asiat. Toinen haastateltavista kuvaili lääkäriään ”*nuukaksi*”, sillä lääkäri oli tuntunut ajattelevan välillä enemmän kunnan taloudellista tilannetta kuin tutkittavan esittämiä jatkotutkimustarpeita. Tästä syystä haastateltava koki olleensa yksin vastuussa siitä, millaisiin jatkotutkimuksiin hänellä oli oikeus pyytää lähetteitä. Toinen haastateltavista oli ollut sen sijaan tyytymätön lääkitykseensä, sillä hänestä se ei ollut tehonnut oikealla tavalla. Muuten haastateltavat kertoivat olleensa tyytyväisiä kaikkeen saamaansa hoitoon, sillä lääkärit olivat olleet toimissaan perusteellisia ja tarkkoja.

Keskinäiseen vuorovaikutukseen liittyen tyytyväisyyttä molemmissa haastateltavissa oli herättänyt neljä osatekijää: potilaan mahdollisuus osallistua aktiivisesti viestintätilanteeseen, lääkärin aktiivisuus hoitoon liittyvien päätösten teossa, lääkäri-potilassuhteen jatkuvuus sekä lääkärin suhtautuminen potilaaseen persoonana. Molemmat haastateltavat kuvailivat olleensa puheliaita ja aktiivisia potilaita, jotka olivat kertoneet lääkäreilleen oma-aloitteisesti ongelmistaan, myös

diabetekseen liittymättömistä. Molempien haastateltavien mielestä heille oli avautunut siihen jokaisella käyntikerralla mahdollisuus, sillä heidän lääkärinsä olivat olleet hyviä kuuntelijoita.

”Että ei hän juurikaan niin kun neuvo, ei, mutta niin kun kuuntelee vaan, ja se on tärkeätä. (--) Kyllä minä hänelle puhuin, ihan kaikkea mahdollista, mikä mua ahdisti millonkin, niin minä puhuin. Niin se on minusta tärkeätä. Että pystyn kyllä puhumaan ihan kaikesta.” (N7)

Vaikka keskustelutilanteet olivat edenneet pääasiallisesti haastateltavien ehdoilla, kummatkin kertoivat lääkäriensä tehneen kaikki hoitoon liittyvät päätökset. Tätä tutkittavat eivät kuitenkaan olleet kokeneet ongelmalliseksi, sillä heillä ei ollut itsellään samankaltaista tietoa kuin lääkäreillä, joten he olivat katsoneet parhaaksi luottaa ammatti-ihmiseen. Lisäksi heillä olisi ollut mielestään mahdollisuus kyseenalaistaa ja pyytää lisäselvitystä lääkärin ratkaisuksista, jos siihen olisi ilmennyt tarvetta.

Tyytyväisyyttä keskinäiseen vuorovaikutukseen oli herättänyt myös lääkäri-potilassuhteen jatkuvuuden myötä lisääntynyt tuttavallisuus ja turvallisuus. Tällä tutkittavat tarkoittivat *Tyytyväiset*-ryhmän haastateltavien tavoin sitä, että lääkäreiden tultua tutuksi useampien käyntikertojen myötä keskinäisestä vuorovaikutuksesta oli tullut entistä vapautuneempaa ja avoimempaa, ja kumpikin osapuoli oli oppinut tulkitsemaan toistensa käyttäytymistä. Lisäksi lääkärit olivat oppineet muistamaan haastateltavien asiat entistä paremmin.

Onhan se (suhde) muuttunu paljonkin, koska tuota.. Kun ihmiset tutustuu, niin uskaltaa enemmän kysyä, kaikkia mitä mieleen juolahtaa. Että sen takia minä pidän tän omalääkärisysteemin hyvänä. Ja ehkä siinä tulee se vuorovaikutus, että hänkin tietää minusta. (--) Että hän muistaa minut varmasti ja tietää tarkkaan, että se sairastaa sitä ja sitä ja sillä on sitä. Ja mä huomaan, että hänellä on hirveen hyvä muisti. Se muistaa, että viimeks tää arvo oli sitä ja sitä, nyt se on menny parempaan, toi on menny huonompaan. (--) Että se on hirveen hyvä. Se tuttavuus juuri lisää sitä avoimuutta.” (N7)

Toinen haastateltavista kertoi lääkärinsä kohdelleen häntä aluksi liukuhihnapotilaan tavoin, millä hän tarkoitti ”*Päivää, mikä teitä vaivaa? No katsotaanpa, no siihen auttaa burana, näkemiin.*” -tyyppistä potilaan kohtaamista. Tilanne oli kuitenkin muuttunut seuraavien käyntien myötä, mutta muutoksen ajankohtaa tai siihen liittyvää tilannetta tutkittava ei osannut paikantaa. Toisen haastateltavan lääkäri-potilassuhde oli lähtenyt heti ensimmäisellä vastaanotokerralla hyvin liikkeelle, mutta tarkempia muistikuvia hänellä ei kyseisestä tapaamisesta ollut.

Lääkäri-potilassuhteen jatkuvuuden myötä tyytyväisyyttä keskinäisessä vuorovaikutuksessa oli herättänyt myös lääkäreiden suhtautuminen haastateltaviin persoonina, ei pelkkinä sairastapauksina muiden joukossa. Haastateltavat olivat nimittäin pystyneet olemaan vastaanotoilla omina itsenään



sekä puhumaan lääkäriensä kanssa terveyteen ja osittain yksityiselämäänsä liittyvistä asioista, esimerkiksi perheistä ja harrastuksista. Lisäksi lääkärit olivat osoittaneet muistavansa heidät hyvin muuallakin kuin vastaanottoympäristössä, esimerkiksi tervehtimällä kauppareissuilla tai paikallisissa tapahtumissa. Myös etunimellä puhuttelu oli ollut toisen haastateltavan mielestä osoitus persoonallisuudesta ja tuttavallisuudesta.

#### \* Ristiriitaisista tyytymättömämmät

Toisen alaryhmän haastateltavat kuvailivat olleensa enemmän tyytymättömiä kuin tyytyväisiä lääkäriensä persoonaan, viestintäkäyttäytymiseen ja lääketieteelliseen ammattiosaamiseen sekä heidän keskinäiseen vuorovaikutukseensa. Lääkäriin persoonaan ja viestintäkäyttäytymiseen liittyviä tyytyväisyyttä herättäjiä tekijöitä olivat olleet lääkäreiden kohteliaisuus ja asiallisuus. Kohteliaisuudella haastateltavat tarkoittivat lääkäriensä hyviä käytöstapoja vastaanotolla. Kaikki lääkärit olivat esimerkiksi tervehtineet tutkittavia kädessä sekä tullessa että lähtiessä ja tiedustelleet heiltä käynnin syytä. Asiallisuudella tutkittavat puolestaan tarkoittivat sitä, että lääkärit olivat pitäytyneet vastaanottokäynnin pääasiallisessa tarkoituksessa eli terveydellisten asioiden puhumisessa. Lisäksi lääkärit olivat kohdelleet tutkittavien mielestä heitä asiakkaina, joiden asioiden hoitamiseen lääkärit olivat suhtautuneet ammatillisella vakavuudella.

Tyytymättömyyttä kaikissa viidessä haastateltavassa oli puolestaan herättänyt persoonaan ja viestintäkäyttäytymiseen liittyen lääkäreiden virallisuus sekä passiivinen keskustelukäyttäytyminen. Virallisuudella tutkittavat tarkoittivat lääkäreiden etäistä tapaa istua jäykästi hiljaa tuolillaan sekä katseen suuntaamista useimmiten tietokoneruutuun. Lisäksi lääkärit olivat vaikuttaneet kovin vakavilta, sillä he eivät olleet käyttäneet vastaanottotilanteissa juuri lainkaan huumoria. Passiivisella keskustelukäyttäytymisellä haastateltavat puolestaan tarkoittivat lääkäriensä olleen hiljaisia ja epäaktiivisia keskustelijoita, jotka eivät olleet puhuneet eivätkä kyselleet muista kuin terveyteen liittyvistä asioista.

Yksi haastateltavista oli kokenut tyytymättömyyttä myös lääkäriensä rauhattomuudesta johtuen. Kyseisellä ominaisuudella hän tarkoitti lääkäriensä muun muassa lääkäriin nopeaa puhetyyliä sekä hänen tapansa hoitaa asiat vastaanotolla ”*nopeasti pois päiväjärjestyksestä*”. Lisäksi kahdella haastateltavalla oli tyytymättömyyttä herättäviä kokemuksia myös ”*töksöistä*” lääkäreistä. Tällä käsitteellä tutkittavat tarkoittivat lääkäriensä tapaa ilmaista mielipiteensä liiankin suorasti

ajattelematta sitä, miltä potilaasta sen kuuleminen mahtaisi tuntua. Tämä piirre oli noussut herkemmin esille puhelinkeskustelujen kuin vastaanottokäyntien yhteydessä. Eron oli kuullut tutkittavien mukaan erityisesti äänensävyistä. Lisäksi lääkärit olivat olleet herkempiä arvostelemaan potilaidensa toimia puhelimessa kuin kasvotusten.

”Sehän on just tää laihduttaminen joka olis kauheen tärkeätä diabeteksessa, niin se lääkäri sanoo niin kun paljon tylymmin sen asian puhelimessa kun sitten siellä vastaanotolla. (--) Siinä äänenpainossa on jotakin erilaista, se on jotenkin sellanen paljon kylmempi ja vähän semmonen ilkeempi puhelimessa kuin vastaanotolla.” (N6)

Kaikki toiseen alaryhmään kuuluvat haastateltavat selittivät lääkäreidensä negatiivisiksi koettuja piirteitä lääkäreiden omista persoonista johtuviksi. Täten esimerkiksi rauhattomuus, virallisuus ja huumorintajuttomuus katsottiin johtuvan erityisesti lääkäreiden ”luonteenlaadusta” eikä esimerkiksi lääkärin ammatillisesta asemasta. Yksi haastateltavista yhdisti lääkärin virallisuuden, jäykkyyden ja huumorintajuttomuuden lisäksi kulttuurieroihin ja huonoon suomen kielen osaamiseen, sillä lääkäri oli syntyperältään ulkomaalainen. Kaksi haastateltavaa yhdisti negatiiviset piirteet myös lääkärin nuoresta iästä johtuneeseen kokemattomuuteen. Yksi haastateltavista koki puolestaan lääkärinsä negatiiviseksi ja ylimieliseksi koetun käyttäytymisen johtuneen siitä, että lääkäri oli ollut ”vanhan koulukunnan edustaja”. Tällä ilmauksella hän tarkoitti lääkärinsä ihannoineen vanhaa yhteiskunnallista ajattelumallia, jossa lääkäreitä pidettiin korkeassa arvossa ja osaamista mitattiin lähinnä numeroilla, ei potilaiden mielipiteillä.

Tyytyväisyyttä lääkärin lääketieteellisessä ammattiosaamisessa haastateltavissa oli herättänyt hoito- toimenpiteiden tarkka ja huolellinen suorittaminen sekä yleislääkärille riittävän tietotaidon omaaminen. Lisäksi he olivat saaneet hyvää hoitoa kaikkiin vaivoihinsa. Tyytymättömyyttä tutkittavissa oli puolestaan aiheuttanut ristiriitaisesti lääkärin kyseenalainen tietotaito. Tällaista näkemystä haastateltavat perustelivat muun muassa lääkärin nuoresta iästä johtuneella kokemattomuudella, määrättyjen lääkkeiden epäsojivuudella, eläkeikäisen lääkärin tietotaidon vanhentumisella sekä yleislääkärin tietojen riittämättömyydellä etenkin diabeteksen hoidossa. Yksi haastateltavista oli kokenut tyytymättömyyttä omalääkäriinsä myös vakavan hoitovirheen vuoksi, jonka lääkäri oli tehnyt muun terveydellisen asian yhteydessä.

Keskinäiseen vuorovaikutukseen liittyen tyytyväisyyttä haastateltavissa oli herättänyt ensisijaisesti vain oma viestintäkäyttäytyminen vastaanottotilanteissa. Kaikki viisi haastateltavaa kuvailivat olleensa melko passiivisia potilaita, jotka olivat olleet enemmän aktiivisia kuuntelijoita kuin kyselijöitä. Tämän katsottiin johtuneen oman luonteen lisäksi myös siitä, että lääkäreiden tavat

viestiä eivät olleet rohkaisseet heitä olemaan aktiivisempia keskustelijoita. Kaikki kertoivat kuitenkin saaneensa epäselvät asiat kysytyä sekä esitettyä oman eriävän mielipiteensä, jos siihen oli ilmennyt tarvetta. Täten haastateltavat kokivat hoitaneensa oman osuutensa vastaanottokäynnistä riittävän hyvin, vaikka he olisivat voineet omien sanojensa mukaan olla aktiivisempiakin potilaita. Vastaanotoilla käytävä keskustelu on kuitenkin tutkittavien mielestä yleisesti ottaen enemmän lääkäreiden vastuulla, sillä he ovat tilanteen asiantuntijoita ja keskustelu käydään heidän huoneessaan.

”Kyllä lääkärin tulis olla enemmän äänessä ja tarjota tietoa, kun en mä ite osaa kauheesti sitä, että mieluummin niin päin, että lääkäri ohjailee sitä keskustelua.” (N6)

Tyytymättömyyttä keskinäisessä vuorovaikutuksessa olivat puolestaan aiheuttaneet lääkärin ylimielinen ja etäinen keskustelukäyttäytyminen sekä lääkärin suhtautuminen potilaaseen yhtenä sairastapauksena muiden joukossa. Lääkärin ylimielisellä puhetyylillä haastateltavat tarkoittivat lääkäreidensä tapaa puhua heille ”*vähättelevästi ja käskävästi ylhäältä alaspäin*”. Esimerkiksi tutkittavien omat mielipiteet oli usein jätetty huomiotta lääkehoitoa määrättäessä, ja lääkäri oli tehnyt johtopäätökset omien mielipiteidensä perusteella. Tämä oli herättänyt tutkittavissa mielikuvan keskinäisen kunnioituksen ja arvostuksen puutteesta sekä epätasa-arvoisesta keskustelutilanteesta.

Tyytymättömyyttä haastateltavissa oli herättänyt myös lääkäreiden tapa suhtautua heihin nimenomaan potilaina. Tämä oli ilmennyt erityisesti vastaanottokäynneillä puhutuista asioista ja keskustelun tasosta; vastaanotoilla oli menty suoraan asiaan, ja keskustelua oli syntynyt ainoastaan terveyteen liittyvistä asioista. Lääkäreiden suhtautumistapaa haastateltavat perustelivat myös sillä, että lääkärit eivät olleet antaneet sellaista vaikutelmaa, että he olisivat muistaneet tutkittavat ja heidän asiansa. Edellisen käynnin tapahtumiin ei oltu koskaan palattu eikä haastateltavilta oltu kyselty kuulumisia.

”No ei me mitään muuta puhuttu, kun jos jotain kipua valitti, niin siitä, että ei se kysyny koskaan, että mitenkä se ja se.. että ei se koskaan edelliskerran vaivoin palannu, että se ei kysyny, että onko se parantunu. (--) Joskus aattelin, että vois muistaa tai kattoo koneelta, että mitä on ollu ennen.” (N3)

Haastateltavien kertomuksissa lääkärin suhtautumisesta heihin oli kuitenkin havaittavissa myös ristiriitaisuutta. Vaikka tutkittavat kertoivat olleensa tavallisia potilaita lääkäreidensä vastaanotoilla, suurin osa heistä ei ollut saanut sellaista vaikutelmaa, että he olisivat olleet niin sanottuja ”*liukuhihnapotilaita*”. Tätä ilmiötä haastateltavat perustelivat siten, että lääkärit olivat käyttäneet koko vastaanottoajan heidän hoitamisekseen ja suorittaneet lääketieteellisen osuutensa

diabeteksen yhteydessä riittävän hyvin. Lisäksi tutkittavat olivat pystyneet puhumaan lääkäriensä kanssa muistakin asioista, jos he olisivat tehneet itse aloitteen. Täten tutkittavien päätavoite, hyvän hoidon saaminen, oli tullut monen kohdalla täytetyksi, ja tämä oli herättänyt oman toiminnan lisäksi tyytyväisyyttä lääkäri-potilassuhdetta kohtaan.

Myös lääkäri-potilassuhteen muutoksista kysyttäessä haastateltavien vastauksissa oli havaittavissa hajontaa. Suurin osa haastateltavista oli sitä mieltä, että heidän lääkäri-potilassuhteissaan ei ollut tapahtunut minkäänlaisia muutoksia. Yhden haastateltavan mielestä hänen ja lääkärin välinen vuorovaikutus oli kuitenkin muuttunut käyntien myötä entistä niukemmaksi, sillä haastateltava oli pyrkinyt pääsemään tilanteesta mahdollisimman nopeasti pois. Kaksi tutkittavaa oli puolestaan havainnut lääkäriensä viestintäkäyttäytymisen muuttuneen suhteen jatkuvuuden myötä heitä kohtaan lämpimämmäksi. Tämän oli ollut huomattavissa erityisesti lääkärin ”*pehmenneestä äänensävyistä*” sekä lääkärin tavasta huolehtia potilaansa hyvinvoinnista arjessakin. Lisäksi he kokivat myös itse jännittäneensä entistä vähemmän lääkäriään, sillä he olivat jo oppineet ennakoimaan lääkärin toimintatavat ja viestintäkäyttäytymisen edellisten käyntikertojen perusteella. Muutoksen ajankohtaa haastateltavat eivät kuitenkaan osanneet paikantaa.

*Tyytyväiset*-ryhmän tavoin myös kaikki *Ristiriitaiset*-ryhmän haastateltavat suhtautuivat lääkäriin nimenomaan lääkärinä ja asiantuntijana. Myös heidän käsityksensä mukaan lääkäri-potilassuhde on erityislaatuinen ja yksisuuntainen asiantuntija-asiakassuhde, jonka merkitys on tarjota potilaalle hänen tarvitsemansa apu silloin kun hän sitä itse tarvitsee. Yhden haastateltavan mielestä hänen lääkäri-potilassuhdettaan voi kuitenkin verrata jollakin tapaa ”*arkipäivän tuttuun*”; kyseisessä ihmissuhteessa molemmat olivat tienneet toistensa taustoista jotakin, mutta kummallakaan osapuolella ei ollut velvollisuutta kertoa itsestään kaikkea eikä pitää toiseen yhteyttä muuta kuin arjen vaatimissa tilanteissa.

## 8.2 Omahoitokeskustelut

Toisen tutkimuskysymyksen tarkoituksena oli selvittää, millaisia kokemuksia diabeetikoilla on lääkäreiden kanssa käytävistä omahoitokeskusteluista. Tässä tutkielmassa omahoitokeskustelulla tarkoitetaan lääkärin ja potilaan keskinäistä vuorovaikutustilannetta, jonka tavoitteena on kartoittaa, mitä potilas itse tekee arkielämässään diabeteksensa hoitamiseksi, millä tavoin hän on sitoutunut omahoitoonsa ja kuinka hän on siinä onnistunut. Yleisimpiä keskustelunaiheita näissä tilanteissa ovat muun muassa liikunnan harrastaminen, ruokavalio, elämäntavat, lääkitys sekä potilaan henkinen ja fyysinen jaksaminen. Myös laboratoriokoetulosten läpikäyminen voidaan laskea osaksi omahoitokeskustelua, sillä tuloksista puhuminen käynnistää useimmiten keskustelun diabeetikon omasta toiminnasta sairauden hoitoon liittyen.

Tässä omahoitokeskusteluja koskevassa tulosraportissa on käsitelty myös jonkin verran diabeteksen diagnosointiin liittyviä muistikuvia, sillä varsinkin yhden haastateltavan kokemus kyseisestä tilanteesta oli ollut koko lääkäri-potilassuhteen kannalta merkittävä. Sen sijaan diagnosoinnin jälkeisiä ensimmäisiä omahoitokeskusteluja ei ole erikseen käsitelty, sillä niistä tutkittavilla ei ollut vahvoja muistikuvia. Tämä johtui suurimmaksi osaksi siitä, että huomattava enemmistö tutkittavista oli diagnosoinnin jälkeen ohjattu diabeteshoitajan vastaanotolle keskustelemaan hoidon aloittamiseen liittyvistä asioista. Lisäksi osalla haastateltavista diabeteksen toteamisesta oli kulunut jo aikaa, joten muistikuvat alkuvaiheen keskusteluista olivat ymmärrettävästi heikentyneet. On myös huomioitava, että haastateltavien mielestä omahoitokeskusteluissa ei ollut tapahtunut vuosien kuluessa juuri muutoksia, joten keskustelujen ajallista jaksottamista ei nähty tässä työssä tarkoituksenmukaiseksi.

Haastateltavien kokemukset omahoitokeskusteluista on jaoteltu samalla tavoin kahteen eri ryhmään kuin ensimmäisen tutkimuskysymyksen kohdalla. *Tyytyväiset*-ryhmään kuuluvat sellaisten haastateltavien lääkäri-potilassuhdekuvaukset, joissa myös omahoitokeskustelut olivat herättäneet diabeetikoissa pelkästään tyytyväisyyttä. *Ristiriitaiset*-ryhmään kuuluvat puolestaan sellaisten haastateltavien lääkäri-potilassuhdekuvaukset, joissa omahoitokeskustelut oli koettu osittain riittäviksi mutta toisaalta myös vaillinaisiksi.

## 8.2.1 Tyytyväiset

Kaikki ryhmän kymmenen haastateltavaa kertoivat keskustelleensa lääkäriensä kanssa omahoidollisista asioista jokaisella käyntikerralla. Kyseiset keskustelut eivät olleet muodostaneet mitään selkeää vastaanottokäynnin osa-aluetta, vaan omahoidolliset asiat olivat limittyneet käyntikertaan kokonaisuudessaan. Enimmäkseen keskustelut olivat painottuneet laboratoriokoetulosten läpikäymisen yhteyteen sekä vastaanottokäyntien loppupuolelle. Koska käyntikerrat olivat olleet tutkittavien mielestä hyvin keskustelupainotteisia, keskustelujen ajallista kestoja oli vaikea arvioida. Suurin osa haastateltavista oli kuitenkin sitä mieltä, että omahoitoon liittyvälle keskustelulle oli varattu riittävästi aikaa. Kaksi haastateltavaa sen sijaan mainitsi, että he olisivat mielellään puhuneet lääkäriensä kanssa enemmän omahoidollisista asioista, mutta lääkäreiden ajalliset resurssit eivät olleet tarjonneet siihen mahdollisuutta. Keskustelujen aiheet olivat vaihdelleet käyntikerroittain potilaan terveydentilan ja tarpeiden mukaan, mutta eniten puheenaiheista olivat painottuneet ruokavalio, liikunta ja elämäntavat.

Kaikille niille tutkittaville, joiden haastatteluissa kuvailtu lääkäri oli myös todennut diabeteksen, oli jäänyt kyseisestä vuorovaikutustilanteesta myönteiset muistikuvat. Lääkärit olivat olleet haastateltavien mielestä empaattisia ja hienovaraisia, mutta myös tarpeeksi suorasanaisia, jolloin sairauden vakavuus ja luonne olivat tulleet selkeästi esille.

”Kyllä se sen melko.. melko suoraan ilman mitään kiertelemättä, että näin on, ja nyt ruvetaan tästä sitten rakentamaan tätä hoitosuunnitelmaa, että miten edetään. (--) Alkuvaiheessa tietysti käytiin se, että minkä tasosta sairaudesta on niin kun kysymys, ettei tää nyt ihan mitään hengen päälle käypää oo. (--) Kyl määhän niin kun siis, kun tämmösestä sairaudesta niin kun kysymys, niin.. eihän sitä nyt passaa ruveta pyöritteleen siinä, että kyllä se sillain syytä on ilmoittaa, että.. et siihen suhtautuu potilaskin niin kun tosissaan.” (M2)

Yhdelle haastateltavista oli jäänyt erityisen positiivinen muistijälki sairauden toteamisesta liittyen lääkärin viestintäkäyttäytymiseen. Kun tutkittava oli kertonut omista itsesyyllistävistä tuntemuksistaan lääkärille sairauden toteamisen yhteydessä, lääkäri oli rohkaissut häntä unohtamaan itsesyytökset ja keskittymään oman hyvinvoinnin edistämiseen, sillä sairaus olisi voinut kehittyä kaikista ehkäisevistä toimenpiteistä huolimatta. Haastateltava oli kokenut lääkäriensä puheen kannustavaksi ja rauhoittavaksi.

”Lääkäriini päinvastoin on mulle ihan suoraan sanonu, että vaikka sä olisit mitä maratonia juossu tossa.. ja laihduttanu ja tehny vaikka mitä, niin ettei kukaan pysty sitä sanoon, että oisko se kakkostyyppin diabetes puhjennu siitä huolimatta, että loppujen lopuks ne geneettiset tekijät, ja monet muut joita me ei edes tunneta, niin on siellä taustalla, että juuri tässä mun lääkäri-potilassuhteessa, niin tässä on erinomainen lähtökohta jo, että.. että hän on niin kun kehottanut, että itseruokinta vallaan pois, että turha jossitella niin kun sitten sitä, mitä on jo tapahtunut. (--) Ja tää tuntui aivan ihanalta tietysti, just kun niin kun.. et.. en mä

tiedä, minkälaiseks meidän suhde siitä olis kehittyny, jos se olis ensimmäisenä jankannu sitä sitten, että ”No niinpä, siinä se nyt näät, ja.. voi sentään, kun olisit nyt sitten ollu ihmisiks, niin ei olis tätä sattunu..” (N1)

Haastateltavien kuvailut käydyistä omahoitokeskusteluista olivat kauttaaltaan hyvin myönteisiä. Tutkittavien tyytyväisyys kyseisiin keskusteluihin muodostui kolmesta osatekijästä, jotka olivat lääkärin viestintäkäyttäytyminen ja lääketieteellinen ammattiosaaminen sekä keskinäinen vuorovaikutus. Kaksi ensimmäisenä mainittua osatekijää kytkeytyvät vahvasti toisiinsa, ja ne käsitellään yhtenä kokonaisuutena.

Lääkärin viestintäkäyttäytymiseen ja lääketieteelliseen ammattiosaamiseen liittyvä tyytyväisyys koostui haastattelujen perusteella neljästä osatekijästä, jotka olivat lääkärin oma-aloitteisesti tarjoama tieto ja neuvova viestintätyyli sekä lääkärin antama kannustava palaute ja empatia. Oma-aloitteisella tiedon tarjoamisella tutkittavat tarkoittivat lääkärin kertoneen heille diabeteksestä koskevan tiedon siten, ettei haastateltavien ollut tarvinnut itse huolehtia olennaisten asioiden esille nostamisesta vastaanottokäyntien aikana. Haastateltavat kertoivat myös saaneensa aina ajankohtaista tietoa diabeteksen luonteesta, sen etenemisestä ja mahdollisista liitännäissairauksista, sen hoitomahdollisuuksista sekä oman panoksen merkityksestä terveytensä säilyttämisessä. Lisäksi lääkärit olivat käyttäneet selvityksissään ymmärrettäviä käsitteitä, seuranneet diabeteksen hoitoon liittyviä suosituksia sekä ohjanneet haastateltavia tarvittaviin jatkotutkimuksiin. Kolme haastateltavaa mainitsi lääkäreidensä käyttäneen apunaan myös havainnollistamista, jonka tutkittavat olivat kokeneet hyväksi menetelmäksi.

”Sillä oli aina niitä hienoja kaavioita, miten kolesterolit menee, ja miten maksa polttaa sokeria tai ei polta ja näitä.. (--) Oli just niitä tikku-ukkoja, ja meni kolesteroliuukkoja sinne ja tänne, ja just niin kun se. Ja havainnollistettiin ja näytettiin ja.. ruoka-annoksetkin oli näytetty kuvina ja tällain näin. Et se selvensi hirveesti.” (N4)

Kiitosta lääkärit saivat myös asiantuntevasta otteestaan laboratoriokoetuloksiin ja lääkemääräyksiin liittyen. Haastateltavien mukaan lääkärit olivat selittäneet laboratoriokoetulokset ymmärrettävin termein ja perusteellisesti siten, että tutkittavat olivat ymmärtäneet niiden merkitykset terveydentilansa kannalta. Myös lääkemääräyksiin suhteen haastateltavat kokivat saaneensa riittävästi tietoa niiden käytöstä ja hyödyistä sekä mahdollisista haittavaikutuksista. Lisäksi lääkärit olivat osanneet perustella hoitosuosituksensa ymmärrettävästi ja asiantuntevalla tavalla.

Neuvovalla viestintätyylillä haastateltavat tarkoittivat lääkäriensä tapaa esittää asiansa ehdotusten, suositusten, muistutusten ja neuvojen, ei ehdottomien käskyjen tai määräysten muodossa. Täten

tutkittaville oli muodostunut tyytyväisyyttä herättävä käsitys siitä, että he olivat itse päävastuussa omasta terveydestään ja saivat myös itse tehdä sitä koskevat päätökset. Yksi haastateltavista kuitenkin mainitsi lääkärinsä tehneen kaikki hoitoon liittyvät päätökset, mutta hän oli kokenut voivansa vaikuttaa kyseisiin päätöksiin niin tahtoessaan. Lisäksi lääkärien neuvot oli koettu erityisen hyviksi silloin, kun ne olivat olleet konkreettisia sekä sidoksissa kunkin tutkittavan arkielämään. Tällöin haastateltavat olivat saaneet tärkeitä työkaluja elämäntapojensa parantamiseksi, ei pelkkiä yleistettyjä ehdotuksia, kuten ”*Ja painoa pois!*”.

”Hän niin kun tuo sellasia vaihtoehtoja esille, ja saattaa suositella jotain, mutta se ei oo niin.. semmosta.. ne ei ole lääkärin määräyksiä, joista mua sitten tentattais seuraavalla tapaamiskerralla, että ootko kiltisti tehny vai etkö oo.” (N1)

Tärkeäksi viestintätyytyväisyyden osatekijäksi haastattelujen perusteella ilmeni myös lääkärin antama kannustava palaute. Tällä haastateltavat tarkoittivat lääkäreidensä tapaa antaa heille positiivista palautetta ja kiitosta aiheesta, esimerkiksi silloin kun arvot olivat olleet kohdallaan, he olivat laihtuneet tai he olivat aloittaneet uuden liikuntaharrastuksen. Lääkärit eivät kuitenkaan olleet haastateltavien mukaan antaneet liiallisesti positiivista palautetta, vaan he olivat kannustaneet yrittämään vielä enemmän siihen vedoten, että tutkittavat olivat jo aloittaneet elämänmuutoksen ja saaneet aikaan näkyviä tuloksia. Yksi haastateltavista kuvaili lääkärinsä palautteenantoa näin:

”Mää selitin kyllä, että mä oon ruvennu pyörälennkejä tekemään ja.. kuudelta aamulla lähden tonne kävelymatkalle ja oli niin kun tosi mielissään, että kiva juttu, että oot löytäny tällasta. Sit ruokavaliosta tietysti kun kävi ilmi se, että mä olin laihtunu sen kahdeksan kiloa, ja se oli todella.. Mut mä kiinnitin huomiota siihenkin, että hän ei niin kun hirveen korostetusti sitten mitenkään, että ”Vaau, hieno juttu!”, vaan hän tota.. ihan rauhallisesti vaan totes, että toinen mokoma vielä, niin sitten alkaa olla hyvä.. – naurahtaa -. Mä ajattelin, että vau..et ei varmaan onnistu se, että vielä laihtus kahdeksan kiloa lisäksi. Ei me puhuttu siitä asiasta kuitenkaan, että.. Mut hän sit sano, että joo, että samalla tavalla sun kannattaa jatkaa ton ruokavalion suhteen, että kannusti siihen kovasti kyllä, että ei kannata palata vaan siihen entiseen. Ja sitten kuitenkin juuri se, että hän ei niin kauheesti reagoinu oli juuri se, että.. tästä olis hyvä tulla tapa. (--) Että hän otti sen niin kun itsestään selvänä, että se on muuttunu paremmaks. Että ehkä hän ei sitten sen takia niin kauhean voimakkaasti reagoinu siihen.” (N2)

Tutkittavat olivat kokeneet kannustavaksi myös rakentavan palautteen, jolla he tarkoittivat lääkäreiden tapaa osoittaa ”*hienovaraisesti*” omahoidossa olleen vielä kehitettävää. Tällä tavoin lääkärit eivät olleet syyllistäneet ja arvostelleet tutkittavia ja heidän omahoitoaan vaan kehottaneet konkreettisten esimerkkien kautta miettimään, voisiko omassa toiminnassa olla jotakin parannettavaa.

”Se kyllä sano jos ei ollu mennykään hyvin. Se sano, että ”Nyt ei oo kuule menny ihan niin kuin olis pitäny”, että.. antoi sillain vähän neuvona, että nyt täytyy taas vähän käydä lenkillä tai pidentää lenkkejä, taikka tämmöstä.” (M5)



Lääkäriin osoittamalla empatialla haastateltavat tarkoittivat lääkärin tapaa osoittaa ”aitoa välittämistä”. Tämä ilmeni tutkittavien mukaan esimerkiksi siten, että lääkärit olivat kuunnelleet heitä sekä tiedustelleet heidän vointiaan jokaisella käyntikerralla. Lisäksi lääkärit olivat tuntuneet ilahtuvan heidän terveydentilansa kohenemisesta sekä olleensa huolissaan, jos arvot olivat huonontuneet edellisestä kerrasta. Yksi haastateltavista kertoi empaattisuuden ilmenneen myös lääkärin tavassa esittää ohjeensa hyvin henkilökohtaisesti koetulla tavalla.

”Sitten hän rupes selvästi miettimään, että mitä hän sanois mulle, että mä tajuaisin sen, kuinka tärkeä on hoitaa sitä. Sitten hän sano siinä, että verisuonet rasittuu, jos veressä on liikaa sokeria jatkuvasti niin verisuonet rasittuu hirveesti. Ja esitti tämmösen hirveen konkreettisen kuvan, niin se jäi kyllä mulle jotenkin mieleen. (--) Se oli sen vastaanoton loppupuolella, kun oltiin käyty ne kaikki kokeet läpi, ja sit mä olin jo lähtemässä pois ja sanomassa näkemiini, niin siinä vaiheessa hän vasta sit sanoi, että kannattaa kiinnittää huomiota tähän sokerijuttuun, että.. se tuli vähän niin kun ylimääräisenä, se ei tullu sieltä pöydän takaa. Vaan niin kun ihan ylimääräisenä kommenttina. Mä koin sen hirveen hyvänä kyllä.” (N2)

Omahoitokeskusteluissa keskinäiseen vuorovaikutukseen liittyvää viestintätyytyväisyyttä taustoitti haastattelujen perusteella erityisesti neljä osatekijää, jotka olivat keskustelun vastavuoroisuus, lääkärin aktiivisuus keskustelun ohjaajana, oma keskusteluaktiivisuus sekä keskustelutilanteen tavoitteellisuus. Keskustelun vastavuoroisuudella haastateltavat tarkoittivat sekä lääkäriensä että heidän itsensä olleen keskusteluissa aktiivisia mutta toisensa huomioonottavia osapuolia. Lääkäriin aktiivisella roolilla haastateltavat puolestaan tarkoittivat lääkäriensä tapaa esittää keskustelua aloittavia ja ylläpitäviä kysymyksiä sekä osoittaa sanoin ja elein, mistä on tärkeää keskustella ja millä tavoin. Täten lääkärit olivat toimineet ikään kuin keskustelujen ohjaajina. Lisäksi he olivat ohjanneet hoitoon liittyvää päätöksentekoa, mutta he olivat myös antaneet tutkittaville mahdollisuuden ilmaista mielipiteensä hoidon toteuttamiseen liittyen. Täten lääkärit olivat kunnioittaneet potilaidensa päätäntävaltaa sekä ihmisarvoa. Tutkittavat suhtautuivat kyseiseen toimintaan positiivisesti, sillä heidän mielestään lääkärit pystyvät yleisesti ottaen parhaiten hahmottamaan, millaista hoitoa he tarvitsevat sekä millaisissa omahoidollisissa asioissa heidän tulisi vielä kehittyä.

Omalla keskusteluaktiivisuudellaan haastateltavat puolestaan tarkoittivat sitä, että he olivat osallistuneet keskusteluihin aktiivisen kuuntelun ja kyselemisen muodoissa. Lisäksi he kokivat voineensa rohkeasti ilmaista eriävän mielipiteensä lääkäreilleen sekä puhua heille rehellisesti. Suurin osa haastateltavista oli ottanut myös itse selvää diabeteksestä muiden lähteiden avulla ja selvittänyt lääkäriensä kanssa niiden pohjalta heränneitä kysymyksiä, esimerkiksi liikuntaharrastusten sopivuudesta, erilaisten jatkotutkimusten tarpeellisuudesta sekä alkoholin käytöstä. Lisäksi he olivat seuranneet säännöllisesti verensokeriarvojaan. Oma-aktiivisen

selvitystyön kautta he olivat voineet osallistua keskusteluihin tasavertaisempina osanottajina, ja lääkärit olivat tuntuneet arvostavan heidän tietämystään ja kiinnostustaan sairauden hoitoa kohtaan entistä enemmän. Tämä oli ilmennyt lääkärien tavoissa osoittaa aktiivista kuuntelemista sekä antaa myönteistä palautetta tutkittavien toiminnasta ja ehdotuksista.

Tilanteen tavoitteellisuudella haastateltavat tarkoittivat sitä, että sekä lääkäreillä että tutkittavilla oli ollut keskustelujen suhteen sama tavoite: diabeetikon hyvinvoinnin parantaminen ja hänen motivoimisensa omasta terveydestä huolehtimiseen. Täten omahoitokeskusteluille oli varattu joka kerta aikaa, ja niiden aiheet olivat määräytyneet tutkittavien tarpeista käsin, joko heidän itsensä esittäminä tai laboratoriokoetulosten perusteella. Tärkeää haastateltavista oli ollut myös se, että keskustelut olivat kytkeytyneet vahvasti heidän arkielämäänsä sekä kokonaisvaltaiseen hyvinvointiinsa. Puheenaiheina olivat olleet esimerkiksi tutkittavien työt ja niiden aiheuttamat haasteet omahoidolle, vapaa-ajan vieton mahdollisuudet ja ongelmat sekä tutkittavien yleinen terveydentila.

Tilanteen tavoitteellisuuteen liittyen kolme haastateltavaa toi esille myös omahoidon onnistumisen merkityksen omahoitokeskustelujen sujuvuudelle. Kun lääkärit olivat havainneet tutkittavien panostavan omahoitoonsa ja tutkittavilla itsellään oli ollut ”*luottavainen mieli*” mennä lääkärin vastaanotolle, myös keskustelutilanteista oli syntynyt monipuolisia, vastavuoroisia ja miellyttäviä kokemuksia. Täten omahoitoon liittyviä perusasioita ei ollut tarvinnut jokaisella käyntikerralla toistaa, ja keskustelut olivat olleet eteenpäin suuntautuneita.

”Mul on niin kun sillain.. et mua ei oo tarvinnu niin kun ihan, et ne meidän.. tapaamiset ei.. ei niiden oo tarvinnu mennä sellaseks, että.. että täytyy lyödä nyrkkiä pöytään, ja.. ja antaa niin kun kauheesti ohjeita, vaan.. vaan tota.. hän.. hän saattaa sitten esimerkiksi kertoo jostain, antaa esimerkkejä ja suosituksia.” (N1)

Yksi merkittävimmistä tekijöistä omahoitokeskustelujen onnistumiselle ja sen myötä haastateltavien viestintäytyytyväsyydelle oli myös kokonaisvaltaisesti toimiva lääkäri-potilassuhde. Näin ollen huumorintajuiseksi, miellyttäväksi, luotettavaksi, ammattitaitoiseksi ja asialliseksi koettu lääkäri sekä molemminpuoliselle luottamukselle perustuva keskinäinen vuorovaikutus olivat olleet tärkeitä tekijöitä myös onnistuneiden omahoitokeskustelujen saavuttamisessa. Lisäksi pitkäaikaista lääkäri-potilassuhdetta kuvailleet haastateltavat olivat sitä mieltä, että lääkäri-potilassuhteen jatkuvuus oli taannut paremmat lähtökohdat heidän kokonaisvaltaisen hoitonsa onnistumiseksi. Heidän mukaansa tutut lääkärit olivat omanneet ajallisesti laajemman perspektiivin heidän terveydentilansa arvioimiseksi sekä osanneet käsitellä heitä potilaina tarkoituksenmukaisin tavoin.

## 8.2.2 Ristiriitaiset

Kaikki *Ristiriitaiset*-ryhmän seitsemän haastateltavaa kertoivat keskustelleensa lääkärinsä kanssa omahoidollisista asioista melko vähän tai ei juuri lainkaan. Omahoitoa oli käsitelty vain pinta-puolisesti ja pikaisesti laboratoriokokeiden läpikäymisen yhteydessä tai vastaanottokäynnin loppupuolella. Haastateltavat eivät myöskään käyttäneet mielellään sanaa keskustelu, sillä heidän mukaansa omahoidolliset asiat olivat olleet vastaanotoilla esillä vain lääkärin hoitomääräysten yhteydessä tai heidän omissa maininnoissaan, esimerkiksi laboratoriokoetuloksia läpikäydessä. Puheenaiheet omahoitoon liittyen olivat olleet samankaltaisia jokaisella käyntikerralla. Ehdottomasti suosituin aihe oli ollut paino, mutta myös elämäntavat ja liikunta olivat olleet vastaanottokäynneillä esillä.

Haastateltavien kuvailut omahoitokeskustelujen sisällöistä olivat etupäässä negatiivisia, mutta joidenkin tekijöiden suhteen myös ristiriitaisesti positiivisia. Koska tässä ryhmässä syntyi enemmän hajontaa sen suhteen, mihin haastateltavat olivat olleet lääkäri-potilassuhteissaan tyytyväisiä ja tyytymättömiä, tulokset esitellään ensimmäisen tutkimuskysymyksen tavoin kahdessa pienemmässä alaryhmässä. Ensimmäiseen alaryhmään kuuluu kaksi haastateltavaa ja toiseen viisi haastateltavaa.

### \* Ristiriitaisista tyytyväisimmät

Ensimmäisen alaryhmän toiselle haastateltavalle oli jäänyt sairauden toteamisesta sekä positiivinen että negatiivinen mielikuva. Hänen mukaansa lääkäri oli selvittänyt riittävän perusteellisesti sairauteen liittyvän olennaisen tiedon, ja lisäksi hän oli ollut empaattinen. Lääkärin informatiivisesta ja ystävällisestä viestintäkäyttäytymisestä huolimatta haastateltava muisti itse diagnoosin herättäneen hänessä negatiivisia ja sairauden kieltämiseen liittyviä ajatuksia. Tästä syystä hän ei kokenut voivansa ottaa vastaan kaikkea sitä tietoa kerralla, mikä oli ollut tarjolla, vaan hän oli lähtenyt vastaanotolta hämmentynein ajatuksin.

Toiselle haastateltavalle sairauden diagnosoinnista oli puolestaan jäänyt negatiivinen mielikuva, vaikka lääkäri oli käyttäytynyt hänen mukaansa ystävällisesti. Tapaaminen lääkärin kanssa oli ollut nopea, ja käyntikerralla oli keskitytty etupäässä oikean lääkityksen etsimiseen. Täten lääkäriltä oli jäänyt haastateltavan mielestä kertomatta paljon olennaisia tietoja muun muassa siitä, millaisesta sairaudesta on kyse, kuinka se etenee, millaisia liitännäissairauksia voi tulla sekä millaisia hoito-

mahdollisuuksia on olemassa. Lääkärikäynnin jälkeen haastateltava oli ohjattu suoraan diabeteshoitajan vastaanotolle kuulemaan lisätietoa käytännön asioista ja saamaan diabetekseen liittyvää lukemista. Kuitenkin vasta kotona materiaaleja lukiessaan haastateltavalle oli selvinnyt sairauden todellinen kuva.

Ensimmäisen alaryhmän haastateltavien viestintätyytymättömyys omahoitokeskusteluihin oli johtunut erityisesti lääkärin viestintäkäyttäytymisestä. Kummatkin haastateltavat kertoivat kokeneensa lääkärin viestintäkäyttäytymisessä tyytymättömyyttä puutteelliseen tiedon tarjoamiseen ja ohjeistukseen mutta myös tarkoituksenmukaisen palautteen puutteeseen sekä potilaan huolen aliarvioimiseen. Puutteellisella tiedon tarjoamisella molemmat haastateltavat tarkoittivat lääkäriensä antaneen heille oma-aloitteisesti liian niukasti informaatiota sairauden luonteesta ja sen hoitomuodoista, lääkityksestä sekä laboratoriokokeiden tuloksista. Haastateltavien mielestä he olivat joutuneet itse kysymään lääkäriltä asioita, jos he olivat halunneet saada jotakin uutta selville. Täten haastateltavat kokivat kantaneensa suuren vastuun tiedon saannista.

”Hän on hoitanu minua hyvin, en minä voi sitä sanoa, että tuota.. Mutta semmonen mielikuva mulla on, että hän tietäis paljon enemmän ja mitä olis minulle kerrottavaa, mutta hän ei sitä kerro enkä minä osaa kysyä, kun en mä tiedä mitä minä kysysin. (-- ) Et se tieto, kaikki se tieto, mitä täs on mahdollista, niin minä haluaisin tietää. Ettei panttais sitä.” (N7)

Puutteellisella ohjeistuksella haastateltavat tarkoittivat lääkärin tapaa esittää ohjeensa yleisten määräysten ja käskyjen muodossa, ei konkreettisina ja tutkittavien arkeen sidoksissa olleina kehotuksina. Täten lääkärit eivät olleet ottaneet tarpeeksi selvää haastateltavien arjesta ja miettineet yhdessä heidän kanssaan, millaiset hoitomuodot olisivat sopineet heille parhaiten. He eivät olleet myöskään kertoneet tutkittaville diabeetikoille suunnatusta kurssi- tai yhdistystoiminnasta, joka olisi voinut sopeuttaa heitä elämään sairauden kanssa. Toinen haastateltavista kuitenkin kertoi lääkärin yrittäneen aluksi antaa hänelle ruokavalioon ja säännölliseen syömiseen liittyviä ohjeita. Kun näkyviä tuloksia ei alkanut ilmetä, lääkäri oli alkanut toistaa samoja hyödyttömiä neuvojaan. Tällöin tutkittava oli tuntenut itsensä neuvottomaksi, sillä lääkärin olisi pitänyt itse ymmärtää oman toimintansa puutteet.

”Ei se enää sitä kelkkaansa muuta. Kun eihän se toimis jos mä sanoisin sille, että kuinka sen pitää sanoo mulle. Et sen pitäis sieltä lähteä.” (N5)

Tarkoituksenmukaisen palautteen puutteella haastateltavat puolestaan tarkoittivat sitä, että lääkärit olivat antaneet heille riittävästi palautetta, mutta se ei ollut ollut sellaista, mitä he olisivat toivoneet saavansa. Toinen haastateltavista kertoi saaneensa positiivista palautetta, jos hänen painonsa oli

pudonnut esimerkiksi yhden kilonkin verran. Hän ei kuitenkaan ollut kokenut hyötynensä tästä palautteesta, sillä hän ei ollut tehnyt mitään painonsa pudottamiseksi eikä hän ollut uskaltanut olla siitä rehellinen lääkärilleen. Tällaisen suorittamiseen keskittyvän positiivisen palautteen sijaan haastateltava olisi kaivannut henkilökohtaisempaa palautetta, joka olisi saanut hänet uskomaan enemmän itseensä ja omiin mahdollisuuksiinsa laihtua. Lisäksi hän olisi kaivannut palautetta siitä, millaiseksi hänen terveydentilansa saattaisi mennä, jos hän ei kunnolla havahtuisi omahoitonsa puutteisiin. Esimerkiksi konkreettiset kuvaesimerkit diabeteksen tekemistä vaurioista elimistössä olisivat saattaneet auttaa. Lääkärin negatiivinen palaute oli sen sijaan ollut hänen mielestään liian lempeää, esimerkiksi ”*Voivoi, mitäs nyt tehdään?*” -tyylistä kommentointia. Myös toinen haastateltava kertoi kaivanneensa enemmän suoraa ja rakentavaa palautetta, sillä hänen saamansa korjaava palaute oli esitetty yleensä tyypistetyssä käskymuodossa, esimerkiksi ”*Lenkille vaan!*”. Positiivista palautetta hän oli sen sijaan saanut mielestään riittävästi ja aiheesta.

Myös haastateltavien huolen aliarvioiminen oli herättänyt heissä tyytymättömyyttä. Lääkärit eivät olleet nimittäin kuuntelemisesta huolimatta keskittyneet heidän ongelmiinsa, vaan he olivat usein ehdottaneet asian käsittelyn siirtämistä seuraavalle käyntikerralle. Toinen haastateltavista oli lisäksi kokenut ongelmallisena sen, että lääkäri oli lähtenyt liian helposti mukaan ”*höpö-juttujen*” puhumiseen ja naurahdellut potilaan kertomuksille koskien hänen omia ongelmallisia ruokailutottumuksiaan. Haastateltavan mukaan lääkäri ei ollut siten ymmärtänyt tilanteen vakavuutta.

”Mut pitäis varmaan laittaa johonkin terapeutille selvittämään näitä mun syömistöpoja ja siihen vaikuttavia juttuja, kun mä ihan täysin valehtelen ittelleni kun mä syön salaa, eikä se oo olevinaan mitään. Eikä lääkäri oo sillain mua saanu kiinni, se vaan nauraa, kun mä puhun.. sillä on niin hauskaa kun mä puhun. Mä peittelen silläkin tosiasioita.” (N5)

Tyytyväisiä ensimmäisen alaryhmän haastateltavat olivat olleet omahoitokeskusteluissa pääasiallisesti siihen, että heidän lääkäri-potilassuhteensa oli ollut perusluonteeltaan toimiva. Heidän mukaansa lääkäreiden miellyttäviksi koetut persoonat ja tavat viestiä sekä muissa asioissa luotettavaksi havaittu lääketieteellinen ammattiosaaminen olivat luoneet hyvät lähtökohdat myös avoimille omahoitokeskusteluille. Myös oma-aktiivinen toiminta kyseisissä viestintätilanteissa herätti etenkin toisessa haastateltavassa tyytyväisyyttä, sillä hänen ei ollut tarvinnut diagnoosikerran jälkeen lähteä vastaanotolta epävarmana ja tietämättömänä, koska hän oli itse ottanut asiasta selvää lääkäriltään.

### **\* Ristiriitaisista tyytymättömämmät**

Niille toisen alaryhmän tutkittaville, joiden kuvailemat lääkärit olivat myös todenneet diabeteksen, oli jäänyt kyseisestä vuorovaikutustilanteesta sekä positiivisia että negatiivisia muistoja. Tilanteen positiivisesti kokeneet haastateltavat kertoivat lääkäriensä olleen suorasanaisia ja asiallisia, jolloin sairauden luonne oli tullut selvästi esille. Lisäksi he mainitsivat lääkäriensä olleen puheissaan hienovaraisia sekä informatiivisia, eivätkä he olleet kokeneet minkäänlaista syyllistämistä. Lääkärit olivat myös ohjanneet heidät heti diabeteshoitajan vastaanotolle kuulemaan lisätietoa sairaudesta. Negatiivisesti diagnosoinnin kokeneet haastateltavat olivat puolestaan erityisen tyytymättömiä lääkäreidensä tapaan ilmoittaa sairaus sekä vaillinaiseksi koettuun tiedontarjontaan. Yksi haastateltavista oli ollut pahoillaan siitä, että diagnoosi ja lääkityksen aloittaminen oli ilmoitettu hänelle lyhyesti puhelimitse. Keskustelu oli painottunut etupäässä lääkityksen aloittamiseen, ja muu tieto oli jätetty diabeteshoitajan kerrottavaksi. Haastateltavan mielestä tällaiset diabeetikkoa mahdollisesti järkyttävät asiat tulisi kertoa kasvotusten ja kahden kesken.

Toisen alaryhmän viestintätyytymättömyys omahoitokeskusteluihin muodostui haastattelujen perusteella lääkärin viestintäkäyttäytymisestä sekä keskinäisestä vuorovaikutuksesta. Lääkärin viestintäkäyttäytymiseen liittyen haastateltavat olivat olleet tyytymättömiä erityisesti puutteelliseen tiedon tarjoamiseen ja ohjeistukseen sekä riittämättömään palautteen antamiseen. Puutteellisella tiedon tarjoamisella haastateltavat tarkoittivat lääkemääräyksiin ja laboratoriokoetuloksiin liittyviä tekijöitä. Useamman tutkittavan mielestä lääkärit eivät olleet riittävästi perustelleet lääkemääräyksiään eivätkä kertoneet tarpeeksi tai juuri lainkaan niiden mahdollisista haittavaikutuksista. Laboratoriokokeiden tarkastelu oli puolestaan vienyt liian paljon aikaa, koska tutkittavat eivät olleet useinkaan ymmärtäneet koetulosten merkitystä oman terveydentilansa kannalta.

Suurin osa haastateltavista oli ollut sen sijaan tyytyväisiä lääkäreiltään saamaansa tiedon määrään ja laatuun koskien diabetesta, sen hoitoa ja sen etenemistä. Tätä mielipidettä haastateltavat perustelivat sillä, että he olivat saaneet tietoa myös diabeteshoitajalta sekä yhdistystoiminnan kautta. Lisäksi heille oli kertynyt sairausvuosien ajalta kokemusperäistä tietoa diabeteksen hoidosta. Tutkittavat ilmaisivat tyytyväisyytensä myös siihen, että lääkärit olivat ohjanneet heidät tarvittaessa diabetesta koskeviin jatkotutkimuksiin sekä kuunnelleet heidän pyyntöjään niitä koskien.

Puutteellisella ohjeistuksella haastateltavat tarkoittivat lääkäriensä tapaa esittää ohjeensa yleisten määräysten ja käskyjen muodossa, ei konkreettisina ja tutkittavien arkeen sidoksissa olleina

kehotuksina. Täten lääkärit eivät olleet riittävästi kiinnostuneita heidän arjestaan ja miettineet yhdessä heidän kanssaan, millaiset hoitomuodot olisivat sopineet heille parhaiten. Lääkärit eivät olleet myöskään kertoneet diabeetikoille suunnatusta kurssi- tai yhdistystoiminnasta. Puutteelliseen ohjeistukseen liittyen suurin osa haastateltavista oli myös sitä mieltä, että lääkärit olivat korostaneet liikaa heidän ylipainoaan, mutta eivät siitä huolimatta olleet osanneet tarjota kunnollisia neuvoja painon pudottamiseksi.

Myös vähäinen palautteen saanti ilmeni aineistossa keskeisenä viestintätytymättömyyttä aiheuttaneena tekijänä. Suurin osa haastateltavista oli sitä mieltä, että heidän lääkärinsä olivat antaneet melko niukasti positiivista palautetta, jos he olivat edistyneet omahoitonsa suhteen. Lisäksi ongelmallista oli ollut se, että positiivinen palaute oli sisältynyt usein korjaantuneiden arvojen toteamiseen eikä tutkittavan toimintaan, jonka seurauksena arvot olivat parantuneet. Toisaalta puolet haastateltavista oli myös sitä mieltä, että he eivät olisi kaivanneet enempää positiivista palautetta, sillä hyvien koetulosten kuuleminen oli palkinnut kaikista eniten. Tyytyväisiä palautteenannon suhteen haastateltavat olivat olleet puolestaan siihen, etteivät he olleet saaneet osakseen myöskään syyllistävästä arvostelua. Toisaalta arvojen huonontumisesta oli seurannut yleensä vain käskymuodossa esitetty kehoitus tehdä jotakin tilanteen korjaamiseksi, esimerkiksi ”*Liikkeelle vaan!*” tai ”*Kyllä sinun pitäisi pudottaa painoa!*”, mutta ei haastateltavien kaipaamaa konkreettista parannusehdotusta. Tämä oli tuntunut haastateltavista turhauttavalta.

”Kyllähän se sano, että pitäis painoo pudottaa, mutta niinhän ne kaikki sanoo. Kyllä sen itekin tietää, kun se käytäntö on ihan eri asia kun se mitä pitäis.” (N4)

Keskinäisen vuorovaikutuksen suhteen viestintätytymättömyydessä korostuivat samat tekijät kuin ensimmäisen tutkimuskysymyksen kohdalla: lääkärin ylimielinen ja etäinen keskustelukäyttäytyminen sekä lääkärin suhtautuminen tutkittaviin yksinä sairastapauksina muiden joukossa. Ylimielisellä keskustelukäyttäytymisellä haastateltavat tarkoittivat lääkäreiden puhuneen heille ikään kuin ”*ylhäältä alaspäin*”. Tämän vaikutelman tutkittavat olivat saaneet erityisesti hoitopäätöksiä tehtäessä, sillä lääkäreillä oli ollut tapana käskää tutkittavia noudattamaan heidän määräyksiään ilman kunnollisia perusteluja. Lisäksi lääkärit olivat ”*tyrmänneet*” haastateltavien mukaan heidän omat ehdotuksensa esimerkiksi lääkkeiden vaihtamisesta, ja täten tutkittavat olivat kokeneet jääneensä päätöksentekoprosessin ulkopuolelle. Ylimielisyys oli ollut joidenkin haastateltavien mukaan pääteltävissä myös ”*töksäyttelevästä*” ja ajattelemattomasta puhetyylistä sekä lääkärin tavasta asettaa puheissaan kaupungin säästölinja diabeetikon hoidon edelle. Nämä

kaikki tekijät olivat vaikuttaneet myös tutkittavien päätelmiin siitä, että lääkärit olivat kohdelleet heitä yksittäisinä sairastapauksina. Lisäksi lääkärin tapa olla kyselemättä haastateltavien arjesta tai perheistä sekä heidän kuulumisistaan oli antanut tutkittaville viitteitä kiinnostumattomuudesta.

Toisen alaryhmän haastateltavien tyytymättömyyden taustalla omahoitokeskusteluja kohtaan oli ollut erityisesti tyytymättömyys omaa lääkäri-potilassuhdetta kohtaan. Koska haastateltavat olivat olleet etupäässä tyytymättömiä lääkärin persoonaan, viestintäkäyttäytymiseen, lääketieteelliseen ammattiosaamiseen sekä keskinäiseen vuorovaikutukseen, myöskään omahoitokeskustelut eivät olleet herättäneet tyytyväisyyttä. Haastateltavien mielestä omahoidosta keskusteleminen oli ollut vaikeaa, sillä he eivät kokeneet olleensa lääkärinsä kanssa ”*samalla aaltopituudella*” sekä tasavertaisia keskustelukumppaneita. Tämän seurauksena lääkärit eivät olleet tietoisia tutkittavien kokonaisvaltaisesta elämäntilanteesta, joka on haastateltavien mielestä yksi olennaisimmista onnistuneen omahoitokeskustelun teemoista.

### **8.3 Omahoidon onnistuminen ja lääkärikäynnit**

Tämän tutkimuskysymyksen tarkoituksena oli selvittää, millaiset tekijät diabeetikko kokee merkityksellisinä omahoitonsa onnistumisen sekä hoitoon sitoutumisen kannalta. Erityisenä tavoitteena oli selvittää, millaiset lääkäri-potilassuhteen viestinnälliset tekijät ovat diabeetikon mielestä yhteydessä omahoitoprosessin onnistumiseen. Haastateltavien kokemukset omahoidon onnistuneisuudesta sekä siihen liittyvistä tekijöistä käsitellään kahden edellisen tutkimuskysymyksen tavoin *Tyytyväiset-* ja *Ristiriitaiset-*ryhmissä.

#### **8.3.1 Tyytyväiset**

Viisi *Tyytyväiset*-ryhmän haastateltavaa koki onnistuneensa kuvaillun lääkäri-potilassuhteensa aikana diabeteksen hoidossa pääasiallisesti hyvin. Käytännössä tämä tarkoitti hyviä hoitotuloksia sekä erilaisia arkielämään liittyviä toimia, muun muassa oma-aloitteista tiedon hankkimista sekä säännöllistä verensokeriarvojen seuranta. Lisäksi haastateltavat kertoivat kiinnittäneensä huomiota ruokavalioonsa, harrastaneensa aktiivisesti liikuntaa sekä ottaneensa lääkkeitä säännöllisesti ja ajallaan. Vaikka haastateltavat kertoivat välillä myös lipsuneensa omahoidossaan, he olivat kuitenkin aina tarttuneet ongelmiin nopeasti. Täten omahoidossa ei ollut tapahtunut merkittäviä



notkahduksia. Haastateltavien mukaan omahoidon onnistumiseen olivat olleet yhteydessä erityisesti neljä tekijää, jotka olivat oma asenne ja toiminta, perheen ja ystävien tuki, vertaistuki sekä lääkärikäynnit.

Omalla asenteella ja toiminnalla haastateltavat tarkoittivat diabeteksen hyväksymistä sekä sen ymmärtämistä, että vaikka sairaus ei ollut aiheuttanut minkäänlaisia oireita, se oli kuitenkin olemassa ja siitä täytyi pitää huolta. Täten he olivat sitoutuneet hoitamaan diabetesta oma-aloitteisesti etsimällä siitä tietoa sekä sitoutumalla lääkärin ja diabeteshoitajan antamiin hoito-ohjeisiin. Oma asenne sisälsi kahden haastateltavan mukaan myös motivaation löytymisen omasta elämästä. Tällä he tarkoittivat miettineensä omaa elämäänsä siitä näkökulmasta, millaisia heidän elämänsä tärkeimmät asiat ovat ja miksi he haluavat pysyä terveinä. Haastateltavien mielestä oma asenne ja toiminta ovat omahoidon onnistumiseen yhteydessä olevista tekijöistä tärkeimpiä, sillä vain he itse pystyvät vaikuttamaan siihen, millainen heidän terveydentilansa on ja kuinka paljon he ovat valmiita tekemään työtä sen edistämiseksi.

Myös perheeltä ja ystäviltä saadulla tuella oli ollut merkitystä omahoidon onnistumisen kannalta. Haastateltavat kertoivat saaneensa kannustusta esimerkiksi terveellisemmän ruokavalion noudattamisessa sekä liikunnan harrastamisessa. Myös vertaistuki oli ollut tärkeä tekijä omahoidon onnistumisessa. Yhdistystoiminnan ja sopeutumiskurssien kautta tutkittavien oli ollut mahdollisuus tavata toisiaan ja jakaa kokemuksiaan sairauden kanssa elämisestä. Nämä kokoontumiset olivat olleet myös hyviä tiedonlähteitä sekä konkreettisten neuvojen saantimahdollisuuksia.

Omahoidossaan onnistuneet haastateltavat kertoivat myös lääkärikäyntien olleen merkityksellinen tekijä diabeteksen hoidon onnistumiselle. Lääkärikäyntien hyödyllisyyteen oli ollut yhteydessä erityisesti neljä tekijää, jotka olivat käyntien säännöllisyys, lääkärin diabetekseen liittyvä ammattiosaaminen, lääkärin tarjoama tieto sekä onnistuneet vastavuoroiset omahoitokeskustelut. Tutkittavien mielestä omahoidon onnistumisen kannalta oli ollut ensinnäkin tärkeää, että lääkärikäynnit olivat olleet säännöllisin väliajoin. Tällöin tutkittavat olivat pysyneet ajan tasalla sairautta ja terveydentilaa koskevien muutosten suhteen sekä saaneet arvokasta tietoa erilaisista hoitovaihtoehdoista.

”Se (lääkäri) on tavallaan niin kun.. kuormassa semmonen perälauta, ettei sieltä kyydistä pääse putoamaan. Sitähän se nimenomaan on.” (M3)

”Enemmänkin se on ehkä se ihana mahdollisuus käydä se pari kertaa vuodessa niissä labrakokeissa ja lääkärissä, niin on niin kun ihanaa päästä sinne kuulemaan, että kaikki on edelleen hyvin. Ja niin kun

tietää, että pääsee erilaisiin, tosiaan sitten lisätutkimuksiin, ja että asioita seurataan. Se on rauhottavaa ja semmosta niin kun turvallista.” (N1)

Lääkärin diabetekseen liittyvällä ammattiosaamisella tutkittavat tarkoittivat lääkäriensä määränneen heille sopivia lääkkeitä, kartoittaneen huolellisesti jatkotutkimustarpeet sekä antaneen hyvää lääketieteellistä hoitoa. Täten haastateltavat olivat voineet rauhallisina luottaa olevansa osaavan ihmisen kanssa tekemisissä. Lääkärin tarjoama tieto katsottiin omahoitoa edistäväksi tekijäksi puolestaan siitä syystä, että lääkärit olivat tarjonneet tietoa oma-aloitteisesti, jolloin tutkittavien ei ollut tarvinnut huolehtia lääkärikäyntien onnistumisesta. Lisäksi tutkittavat olivat saaneet arvokasta tietoa uusista hoitosuosituksista sekä laboratoriokoetuloksista ja niiden merkityksestä heidän terveydentilansa kannalta. Perusteellisen tiedon tarjonnan myötä tutkittavat kokivat myös motivoituneensa paremmin itsensä hoitamiseen, kun he olivat oppineet ymmärtämään, miksi ehdotetut hoitotoimenpiteet olivat tarpeellisia, millaisia hyöty- ja haittavaikutuksia eri lääkkeillä voi olla sekä millä tavoin sairaus vaikuttaa heidän terveydentilaansa.

**N1:** ”Et sen täytyy tulla niin kun jotenkin sillä lailla, että sen itte oivaltais, että mulla on niin kun hyvä syy huolehtia ittestäni. Tässä on mun terveydestäni kysymys.”

**Haastattelija:** ”Miten se lääkäri voi hyvin ohjata juuri tähän itse oivaltamiseen?”

**N1:** ”Just tollain niin kun selittämällä, että mistä tässä on kysymys, ja mitä sussa tapahtuu.. Mitä siä sun elimistössäs, mihin kaikkeen tää vaikuttaa, ja minkä takia me nyt aletaan seurata esimerkiks sitä kolesterolia, ja minkä tutkitaan tämmösiä asioita, ja miks (--).”

Onnistuneilla vastavuoroisilla omahoitokeskusteluilla haastateltavat tarkoittivat lääkärivetoisia keskustelutilanteita, joissa lääkärit olivat ensisijaisesti huolehtineet keskustelun tarkoituksenmukaisuudesta sekä onnistuneisuudesta. Lääkärivetoisuus ei ollut kuitenkaan tarkoittanut lääkärin yksinpuhelua, vaan lääkärit olivat pyrkineet empaattisin ja potilaskeskeisin lähestymistavoin osallistamaan tutkittavia käytyihin keskusteluihin kyselemisen ja kuuntelemisen kautta, jolloin tutkittavien oli ollut helppo kertoa avoimesti omista ajatuksistaan sekä esittää tarkentavia kysymyksiä. Lisäksi he olivat saaneet kokea tullessa kuulluksi sekä olla rehellisiä ilman pelkoa lääkärin negatiivisesta suhtautumisesta. Täten keskustelut olivat muodostuneet vastavuoroisiksi vuorovaikutustilanteiksi, joiden pohjalta omahoitosuunnitelmia oli ollut mielekästä yhdessä rakentaa.

Omahoitokeskustelujen vastavuoroisuutta oli tutkittavien mukaan edistänyt myös se, että sekä lääkärit että tutkittavat olivat ymmärtäneet oman tärkeän roolinsa diabeteksen hoidossa; lääkärit olivat olleet arkielämään soveltuvien konkreettisten hoito-ohjeiden antajia, ja tutkittavat olivat olleet puolestaan omahoidon toteuttamisesta vastaavia. Tutkittavien mielestä omahoidon

onnistumista oli edistänyt erityisesti se, että lääkärit olivat antaneet ohjeistuksensa arkielämään sidoksissa olleiden neuvojen eikä määräysten muodossa. Tällöin tutkittavat olivat saaneet kokea, että lääkärit olivat luottaneet heidän omaan asiantuntemukseensa diabeteksen hoidossa ja antaneet heidän itse päättää, millaiset hoitomuodot heidän arkielämäänsä todellisuudessa sopivat. Tämä oli puolestaan kannustanut tutkittavia olemaan aktiivisia myös vapaa-ajalla diabeteksen hoidon suhteen.

Myös lääkärien omahoitokeskusteluissa antama positiivinen palaute oli auttanut haastateltavia onnistumaan diabeteksen hoidossa. Eniten haastateltavia oli kannustanut aiheesta annettu positiivinen palaute, joka oli kohdistunut heidän omaan toimintaansa diabeteksen hoidon hyväksi, ei esimerkiksi lääkkeiden sopivuuteen. Lisäksi lääkärit olivat hallinneet myös rakentavan palautteen antamisen sekä osanneet kannustaa tutkittavia pyrkimään entistä parempiin hoitotuloksiin. Yksi haastateltavista mainitsi myös saaneensa heti sairauden toteamisen yhteydessä empaattista palautetta, joka oli poistanut hänen omaa syyllisyyttään ja auttanut keskittymään sairauden hoitamiseen. Tällä palautteella oli ollut suuri merkitys omahoidon onnistumisen kannalta.

Haastattelujen perusteella lääkärikäyntien hyödyllisyyteen oli merkittävästi yhteydessä myös kokonaisvaltaisesti toiminut lääkäri-potilassuhde. Persoonaltaan ja viestintäkäyttäytymiseltään miellyttäväksi ja ammattitaitoiseksi koettu lääkäri sekä potilaan ja lääkärin sujuva, molemminpuoliselle luottamukselle perustuva keskinäinen vuorovaikutus olivat nimittäin olleet tärkeitä tekijöitä onnistuneiden omahoitokeskustelujen lisäksi myös varsinaisen hoidon onnistumiselle. Näihin tekijöihin oli puolestaan yhteydessä hoitosuhteen jatkuvuus, jonka myötä sekä haastateltavat että lääkärit olivat oppineet tuntemaan toisensa paremmin. Täten keskinäisestä vuorovaikutuksesta oli tullut avoimempaa ja turvallisempaa sekä asiasisällöltään tarkoituksenmukaisiin asioihin keskittyvää.

Viisi *Tyytyväiset*-ryhmän haastateltavista ei puolestaan kokenut onnistuneensa niin hyvin omahoidossaan kuin edellä mainitut haastateltavat. Tällä tutkittavat tarkoittivat muun muassa liikkuneensa liian vähän, lipsuneensa ruokavaliossa ja terveellisissä elämäntavoissa sekä luottaneensa liikaa lääkitykseen. Nämä ongelmat katsottiin johtuneen erityisesti oman tahdonvoiman puutteesta. Yksi haastateltavista kertoi hänellä olleen vaikeuksia myös sairauden myöntämisen kanssa, ja tästä syystä hänen oli ollut hankala motivoitua omahoitoon niin hyvin kuin olisi pitänyt. Tästä syystä johtuen hän ei ollut myöskään hakenut vertaistukea, mikä olisi saattanut tukea omahoitoprosessia. Myös toinen haastateltava mainitsi vertaistuen puutteen muiden

sairauksien lisäksi omahoidon onnistumista vaikeuttaneina tekijöinä. Lisäksi yksi haastateltavista koki ongelmallisena elämäntapamuutokseen liittyvät kustannukset.

**Haastattelija:** ”(--)) olisko tää lääkäri voinu tehdä mitään paremmin, jotta se olis vaikuttanu enemmän siihen sun omahoitoon?”

**N4:** ”Ei, se on oma valinta. Mä oon käyny ravitsemusterapeutillakin, mutta ei se paljon vaikuta. Ikinä ei oo rahaa ostaa mitään vihanneksia eikä muita eikä hedelmiä, niin se on vähän siitäkin kiinni.”

Omahoidossaan onnistuneet haastateltavat kokivat, että heidän lääkäriensä eivät olisi voineet tehdä mitään paremmin koskien diabetesta ja sen hoitoa. Myös omahoidossaan parantamisen varaa nähneet olivat hyvin tyytyväisiä lääkäreidensä toimintaan, eivätkä he syyllistäneet lääkäreitä omahoidossaan lipsumisesta. Neljä haastateltavaa kuitenkin kertoi, että olisi ollut mukavaa, jos omahoitokeskustelulle olisi varattu enemmän aikaa. Pidemmän keskusteluajan myötä omahoidosta olisi ollut mahdollista keskustella enemmän, ja täten tutkittavat olisivat saattaneet saada lääkäreiltään perusteellisempaa tietoa ja kannustusta.

### **8.3.2 Ristiriitaiset**

*Ristiriitaiset*-ryhmän seitsemällä haastateltavalla oli erilaisia näkemyksiä siitä, millä tavoin he olivat omahoidossaan onnistuneet sekä millaiset tekijät siihen olivat olleet yhteydessä. Koska kahdessa edellisessä tutkimuskysymyksessä tämän ryhmän haastateltavien kokemukset on jaoteltu kahteen pienempään alaryhmään, myös tämän tutkimuskysymyksen kohdalla noudatetaan samaa ryhmäjakoa. Ensimmäiseen ryhmään kuuluu kaksi haastateltavaa, toiseen viisi haastateltavaa.

#### **\* Ristiriitaisista tyytyväisimmät**

Ensimmäisen alaryhmän haastateltavat kertoivat onnistuneensa omahoidossaan kuvailemiensa lääkäri-potilassuhteiden aikana melko hyvin, sillä diabetes ei ollut aiheuttanut mitään liitännäissairauksia eikä se ollut hankaloittanut merkittävästi normaalin arjen elämistä. Toisaalta haastateltavat kertoivat turvautuneensa etupäässä lääkitykseen sekä säännöllisiin lääkärikäynteihin, ja täten esimerkiksi ruokavalio- ja liikunta-asioissa olisi ollut parantamisen varaa. Omaan toimintaansa haastateltavat olivat kuitenkin melko tyytyväisiä, sillä he olivat yrittäneet hankkia diabetekseen liittyvää tietotaitoa sekä lääkäreiltään että toisilta diabeetikoilta. Lisäksi he olivat

huolehtineet lääkkeiden saatavuudesta sekä niiden säännöllisestä otosta. Täten omahoitoprosessin sujuvuus ei ollut ollut vain heistä itsestään kiinni.

Suurimmiksi ongelmiksi omahoidon toteuttamisessa toinen haastateltavista näki oman asenteen, vertaistuen puutteen sekä lääkärikäynnit. Omalla asenteella haastateltava tarkoitti sairauden kieltämistä sekä oman tahdonlujisuuden puutetta. Koska tutkittavalle ei ollut ilmennyt vakavia diabetekseen liittyviä oireita, hänen oli ollut vaikea mieltää sairastavansa kyseistä pitkäaikaissairautta. Tästä syystä hän ei ollut motivoitunut riittävästi hoitamaan itseään ja tekemään tarvittavia elämänmuutoksia. Sen sijaan hän oli jatkanut epäterveellisten elämäntapojen ylläpitoa yrittäen pitää ne muilta salassa, osittain myös lääkäriltä.

Vertaistuen puutteella haastateltava tarkoitti omien tuttavien välinpitämättömyyttä hänen terveydentilaansa kohtaan. Tutkittava oli nimittäin yrittänyt kysellä tuntemiltaan diabeetikoilta neuvoja, millä tavoin he olivat onnistuneet laihtumaan ja millaista ruokavaliota he olivat noudattaneet. Tuttavat eivät kuitenkaan olleet halukkaita tarjoamaan hänelle apuaan, ja hän koki jääneensä sairauden kanssa yksin. Lisäksi hän oli sairauden alkuvaiheessa osallistunut kerran diabetesta koskevalle yleisöluennolle, mutta myös siellä hän oli kokenut itsensä ulkopuoliseksi; muut osallistujat olivat sairastaneet häntä pidempään diabetesta, ja käsitellyt aiheet sekä heidän esittämänsä kysymykset eivät olleet tarjonneet tutkittavan kaipaamaa tietoa.

Lääkärikäyntien suurimpia ongelmia omahoitoprosessin kannalta olivat haastateltavan mukaan olleet lääkärin vaillinnainen tiedon tarjonta ja ohjaustyyli sekä lääkäri-potilas-suhteen jatkuvuuden myötä syntyneet toimimattomat vuorovaikutusrutiinit. Vaillinnaisella tiedon tarjoamisella haastateltava tarkoitti sitä, että lääkäri oli puhunut vastaanottokäynneillä toistuvasti samoista asioista, erityisesti painosta. Lisäksi lääkäri ei ollut haastateltavan mielestä enää ensimmäisten käyntikertojen jälkeen yrittänyt tarjota uutta tietoa tai konkreettista ehdotusta omahoidon parantamiseksi.

”Et siitä painosta nyt sanotaan ja tupakista ja siitä.. Niin.. se on mullekin se vastaanottaminen, kun se on periaatteessa sanonu sen niin monta kertaa, ettei se enää tunnu missään. Kun tietää mitä se sanoo, kun menee vastaanotolle.” (N5)

Lääkärin vaillinnainen tiedontarjonta ja ohjaustyyli olivat tutkittavan mukaan näkyneet myös lääkityksen määräämisessä, sillä hän oli kokenut epävarmuutta hänelle määrätyn sokerilääkkeen sopivuudesta. Lisäksi laboratorikoetulosten yhteydessä lääkäri ei ollut selvittänyt haastateltavalle

tarpeeksi yksityiskohtaisesti, mitä termit tarkoittivat sekä millaisia arvojen olisi tullut olla. Täten myös koetuloksista saatu hyöty omahoidon suhteen oli jäänyt heikoksi, vaikka laboratorio-koetulosten läpikäymiseen oli käytetty haastateltavan mielestä melko paljon aikaa.

Vuorovaikutusrutiineilla haastateltava puolestaan tarkoitti sitä, että keskinäinen vuorovaikutus vastaanottotilanteessa oli muotoutunut tietynlaiseksi vuosien saatossa, ja tätä kaavaa oli haastateltavan mukaan ollut vaikea rikkoa. Tutkittava kertoi olleensa ”*pattitilanteessa*”, sillä hän ei kokenut voivansa pyytää lääkäriä ottamaan hänet tosissaan, sillä silloin hänellä itselleen olisi tullut liikaa vastuuta ja hän olisi joutunut neuvomaan itse itseään. Haastateltava koki lääkärin ohjeistamisen haastavaksi myös siitä syystä, että muutoin heidän keskinäinen vuorovaikutuksensa oli ollut hänen mielestään varsin sujuvaa ja onnistunutta. Näistä syistä johtuen kyseistä lääkäripotilassuhdetta ei olisi voinut enää korjata, joten ainoa vaihtoehto paremman hoidon saamiseksi olisi ollut lääkärin vaihtaminen. Lisäksi tutkittava mainitsi vuorovaikutusrutiinien yhteydessä, että hän oli saattanut kokea lääkärikäynnit jo liiankin turvallisiksi. Koska tutkittava oli tiennyt, millä tavoin hänen lääkärinsä toimi vastanotoilla ja seurasi hänen sairauttaan, hän oli saattanut ajatella sen riittävän. Täten hän ei omasta mielestään ollut ehkä ymmärtänyt tarpeeksi hyvin omaa vastuutaan diabeteksen hoidossa.

”Tavallaan se on sillain, että mää en oo kauheesti surru sitä diabetesta, kun se lääkäri tietää, mikä mulla on ja pitää siitä omalla tavallaan huolen. Se on vähän pettävääkin, siihen niin kun uinahtaa ja se omahoito jää huonommalle.” (N5)

Ensimmäisen alaryhmän toinen haastateltava puolestaan kertoi, että suurin ongelma koskien omahoidon onnistumista oli ollut lääkärin vaillinainen tiedon tarjonta ja ohjaustyyli. Tutkittava oli nimittäin saanut lääkäriltään alusta lähtien liian niukasti informaatiota diabeteksen luonteesta, sen parantumattomuudesta ja hoidosta sekä mahdollisista liitännäissairauksista. Tästä syystä johtuen tutkittavan oli täytynyt osata itse kysyä lääkäriltä, jos hän oli halunnut tietää jotakin sairaudesta ja sen hoidosta. Tämä oli tuntunut haastateltavasta epäoikeudenmukaiselta, sillä lääkärillä oli ollut häntä parempi tietotaito ja sen myötä suurempi vastuu vastaanottokäynnin onnistumisesta. Myös omahoitoa koskevat neuvonannot olivat olleet lähinnä epämääräisiä käskyjä vailla haastateltavan kaipaamaa konkretiaa, kuten ”*Pidät sen verensokerin siellä vaan!*”. Lisäksi laboratoriokoetuloja ei ollut käyty tarpeeksi perusteellisesti läpi, jotta tutkittava olisi ymmärtänyt arvojen merkityksen hänen hyvinvointinsa kannalta. Myöskään lääkityksestä ja sen annostelusta ei oltu tarpeeksi keskusteltu. Negatiivisena omahoitonsa kannalta haastateltava näki myös sen, että lääkäri ei ollut

ohjannut häntä diabeetikoille suunnatuille sopeutumiskursseille. Tällaisen mahdollisuuden haastateltava olisi kokenut tärkeäksi omahoitoa auttavaksi tekijäksi.

### \* **Ristiriitaisista tyytymättömämmät**

Toisen alaryhmän haastateltavista neljä koki onnistuneensa hyvin kuvaillun lääkäri-potilassuhteen aikana. Tällä haastateltavat tarkoittivat esimerkiksi oma-aktiivista tiedon hankkimista ja voinnin seurantaan sekä onnistunutta painonpudotusta ja terveellisten elämäntapojen noudattamista. Lisäksi haastateltavat kertoivat, että he olivat pystyneet omaksumaansairauden kanssa elämisen hyvin alusta lähtien sekä olleensa motivoituneita itsensä hoitamiseen. Onnistumisen syiksi haastateltavat määrittelivät erityisesti oman asenteen. Tällä tutkittavat tarkoittivat sairauden hyväksymistä sekä sen ymmärtämistä, että heidän hyvinvointinsa on heistä itsestään kiinni. Täten he olivat pyrkineet tekemään itse mahdollisimman paljon oman hyvinvointinsa edistämiseksi eivätkä odottaneet kenenkään muun kantavan vastuuta heidän omahoidostaan. Haastateltavien mielestä oikeanlainen asenne diabeteksen hoitoon on kaikista tärkein onnistuneen omahoidon ja sen myötä hyvinvoinnin saavuttamisen edellytys.

”Kun täähän on nimenomaan sellanen sairaus, että.. täähän vaatii sitä, että täytyy tehdä semmonen tietynlainen elämänmuutos. (--) Kyl tää on semmonen sairaus, että jos ei suju, niin kyl se on mentävä tohon peilin eteen sitten.” (M3)

Kaikki haastateltavat kokivat ratkaisevaksi myös sen, että heille oli ehtinyt kertyä kokemusperäistä tietoa diabeteksen hoidosta ennen kuvailtuja lääkäri-potilassuhteita. Hoitokokemuksen lisäksi kaksi haastateltavaa korosti myös puolisonsa merkittävää roolia omahoidon onnistumisessa; kun puoliset olivat sitoutuneet noudattamaan diabeetikkojen kanssa terveellisempiä elämäntapoja, haastateltavien ei ollut tarvinnut yksin huolehtia diabeteksen hoidosta. Kaksi haastateltavaa kertoi saaneensa tärkeää tukea myös diabeteshoitajalta, jonka vastaanotolla he olivat käyneet useamman kerran vuodessa. Diabeteshoitajien kanssa haastateltavien oli ollut mahdollisuus keskustella enemmän ja säännöllisesti omahoidon sujuvuudesta sekä sitä tukevista tekijöistä.

Yksikään haastateltavista ei nähnyt lääkäri-potilassuhdettaan merkittäväksi tekijäksi omahoitonsa onnistumisen kannalta. Kaikki tutkittavat kertoivat, että he eivät olleet keskustelleet lääkäriensä kanssa juuri lainkaan omahoidollisista asioista, eivätkä he olleet saaneet konkreettisia neuvoja oman hyvinvointinsa edistämiseksi. Lääkärikäynnit olivat olleet hyödyllisiä vain siinä mielessä, että

heidän vointinsa oli arvioitu säännöllisesti laboratoriokokeiden avulla ja lääkityksen sopivuus oli tarkastettu. Laboratoriokoeulosten kautta haastateltavat olivat saaneet mielestään riittävästi tietoa siitä, kuinka he olivat omahoidossaan onnistuneet, joten heille oli ollut oikeastaan yhdentekevää, kuka kyseiset toimenpiteet oli suorittanut. Omahoidon onnistuminen oli siis ollut kaikista eniten heistä itsestään kiinni, lääkärin rooli oli ollut lähinnä vain teknisten toimenpiteiden suorittajana oleminen.

”Tietysti niin kun tähän ne kannusteethan tulee siitä, kun näkee niitten kokeitten tuloksia. Että sehän kertoo kylmää tosiasiaa siitä, että.. Et mitä pitää niin kun tehdä.” (M3)

Haastateltavien mielestä lääkärit olisivat voineet helpottaa omahoitoprosessissa onnistumista myönteisellä palautteella sekä keskusteluhalukkuudella omahoidollisista asioista. Lääkärit olisivat voineet myös pyrkiä tutustumaan enemmän heidän arkeensa ja sen myötä antaa konkreettisempia ohjeita sairauden kanssa elämiseen. Lisäksi kaksi tutkittavaa mainitsi, että lääkärit olisivat myös voineet enemmän kuunnella heitä ja ottaa heidän mielipiteensä huomioon hoitopäätöksiä tehdessä. Täten haastateltavat olisivat saattaneet motivoitua ottamaan enemmän osaa vastaanotolla käytyihin keskusteluihin sekä kertomaan avoimemmin omat ajatuksensa diabeteksen hoidon ongelmakohdista. Tällöin he olisivat saattaneet saada juuri heidän tilannettaan paremmin vastaavaa ohjausta sekä hoitoa.

Yksi tämän ryhmän haastateltavista koki omahoidossaan olleen puolestaan parantamisen varaa kuvailemansa lääkäri-potilassuhteen aikana. Tämä tarkoitti käytännössä lipsumista ruokavaliossa ja liikkumisessa sekä muissa terveellisissä elämäntavoissa. Lisäksi hän kertoi luottaneensa liikaa lääkitykseen eikä hän ollut seurannut tarpeeksi aktiivisesti omia verensokeriarvojaan. Tällainen käyttäytyminen oli johtunut ensisijaisesti hänen oman tahdonvoimansa puutteesta. Tällä haastateltava tarkoitti sitä, ettei hänellä ollut ollut riittävästi motivaatiota muuttaa elämäntapojaan, sillä lääkitys oli toiminut hyvin eikä hän ollut kokenut itseään sairaaksi. Sen sijaan lääkäri-potilassuhteella haastateltava ei katsonut olleen merkitystä omahoidossa lipsumisessa, sillä lääkärin tehtävänä on yleisesti ottaen vain huolehtia sopivien lääkkeiden määräämisestä, laboratoriokoetutkimusten teettämisestä sekä jatkotutkimustarpeen kartoittamisesta. Omahoitokeskustelut haastateltava puolestaan koki itseään ajatellen turhiksi, sillä hänelle oli mielestään kertynyt vuosien saatossa riittävä tietotaito diabeteksen hoitamiseksi. Toisaalta haastateltava kuitenkin myönsi, että jos lääkäri-potilassuhde olisi kokonaisvaltaisesti toimiva, omahoitoon liittyvästä keskustelusta olisi tuskin haittaakaan. Tällaista suhdetta haastateltavalla ei kuitenkaan ollut ollut, sillä esimerkiksi keskinäisten henkilökemioiden toimimattomuus, lääkärin



passiivinen ja etäinen keskustelukäyttäytyminen sekä vähäinen palautteen anto olivat heikentäneet mahdollisuuksia omahoitoa tukevan lääkäri-potilassuhteen rakentamiseksi. Toisaalta haastateltava kuitenkin mainitsi, että ehkä kyseisen suhteen toimimattomuus oli johtunut myös hänen omasta negatiivisesta suhtautumisesta lääkäriä kohtaan, sillä hän oli saanut lääkäriltään aina riittävän hyvää hoitoa sekä kohteliaan vastaanoton. Lisäksi lääkäri oli ollut jokaisella käyntikerralla halukas keskustelemaan omahoidollisista asioista. Haastateltavan mielestä kyseinen lääkäri-potilassuhde ei olisi kuitenkaan saanut häntä sitoutumaan paremmin omaan hoitoonsa, vaan ainoa ratkaisu olisi ollut lääkärin vaihto.

## 9 POHDINTA

### 9.1 Tutkimuksen arviointi

Mäkelän (1990, 47–48) mukaan laadullista tutkimusta arvioitaessa tulisi kiinnittää huomiota viiteen eri tekijään, jotka ovat aineiston yhteiskunnallinen merkittävyys ja riittävyys sekä analyysin kattavuus, arvioitavuus ja toistettavuus. Eskolan ja Suorannan (1998, 210) mukaan laadullisen tutkimuksen arviointi pelkistyy kysymykseksi koko tutkimusprosessin luotettavuudesta, jonka merkittävin kriteeri on kirjoittajien mukaan tutkija itse ja hänen toimintansa koko tutkimusprosessissa. Tässä alaluvussa tutkielmaa ja sen luotettavuutta arvioidaan Mäkelän (1990) esittämien kriteerien pohjalta huomioiden myös tutkijan oma toiminta tutkimusprosessissa.

Tämän tutkielman aihe on osoittautunut yhteiskunnallisesti tärkeäksi muun muassa siitä syystä, että diabetes on tutkimusaiheena hyvin ajankohtainen; erityisesti tyypin 2 diabetes on yleistynyt nopeasti merkittäväksi kansantaudiksi niin Suomessa kuin muuallakin maailmassa. Lisäksi erilaisten taloustutkimusten perusteella voidaan havaita, että suomalainen terveydenhuolto ei ole onnistunut diabeteksen hoidossa ja ennaltaehkäisyssä riittävän hyvin, sillä sairauden hoidosta aiheutuneet kustannukset ovat lähes kaksinkertaistuneet viimeisen kymmenen vuoden aikana. Terveydenhuoltojärjestelmän resurssien rajallisuuden vuoksi on tärkeää kiinnittää huomiota myös sellaisiin terveydenhuollon ydinprosesseihin, kuten esimerkiksi lääkärin ja potilaan välisiin viestintäsuhteisiin, joiden ongelmakohtia tarkastelemalla ja niihin tarttumalla diabeteksen hoitoa on mahdollista tehostaa pienehköin kustannuksin.

Tutkielman yhteiskunnallista tärkeyttä perustelee myös jatkuva lääkäri-potilassuhdetta koskevan tutkimuksen tarve. Rubenin (1993, 100) mukaan lääkärin ja potilaan välisellä vuorovaikutuksella on keskeinen merkitys potilaan hyvinvoinnille, sillä sen kautta potilaalle syntyy käsitys sairaudesta, terveydestä ja niiden merkityksestä hänen arkielämänsä kannalta. Kyseisen viestintäsuhteen tärkeyttä on perusteltu myös monissa muissa lääkäri-potilassuhteen seurauksia koskevissa tutkimuksissa (esim. Brown, Stewart & Ryan 2003). Koska lääkärikäynnit ovat pitkäaikaissairaille elinikäisiä välttämättömyyksiä, on tärkeää saada esimerkiksi diabeetikoilta kokemuseräistä tietoa

siitä, millainen lääkäri-potilassuhde helpottaisi heidän omatoimista selviytymistään sairauden kanssa arkielämässä.

Aineiston riittävyttä on Mäkelän (1990,52) mukaan tärkeää arvioida aina tutkimuskohtaisesti, sillä aineiston riittävydelle ei ole olemassa mitään yleispäteviä lukumääriä. Olennaista kirjoittajan mukaan on, että kerätty aineisto on riittävän monipuolinen. Riittävyden arviointiin liittykin olennaisesti tutkimusmenetelmän arviointi. Tässä tutkielmassa aineisto kerättiin teemahaastattelumenetelmää käyttäen, mikä osoittautui toimivaksi ja luotettavuutta lisääväksi valinnaksi. Ensinnäkin tutkijan oli mahdollista saada haastattelujen avulla tutkitusta asiasta yksityiskohtaisempaa ja tarkempaa tietoa, selvittää epäselvyydet ja väärinymmärrykset heti haastattelutilanteessa sekä puhua arkaluontoisista asioista joustavasti tutkittavien ehdoilla. Myös valinta yksilöhaastattelujen tekemisestä osoittautui onnistuneeksi, sillä jokaisella haastateltavalla oli samanlainen mahdollisuus kertoa omista kokemuksistaan tutkielman aiheeseen liittyen. Lisäksi tutkimusmenetelmän käytön luotettavuutta lisäsi tutkijan aiempi haastattelukokemus, mikä osaltaan helpotti haastattelujen tekemistä sekä vastavuoroisen vuorovaikutuksen syntymistä haastattelutilanteissa.

Haastattelumenetelmän osalta on kuitenkin olennaista pohtia, kuinka totuudenmukaisia haastateltavien vastaukset ovat olleet. On nimittäin mahdollista, että arkaluontoisten asioiden ollessa kyseessä haastateltavat voivat antaa myös sosiaalisesti suotavia vastauksia, tai he voivat jättää tutkimusaiheen kannalta merkittäviä tietoja kertomatta. Välillä tutkijasta tuntuikin siltä, että haastateltavat eivät kertoneet täysin rehellisesti ja avoimesti kaikista tuntemuksistaan lääkäriä, itseään ja sairauttaan kohtaan. Erityisesti lääkäriä arvioitaessa osa tutkittavista vastasi melko varovaisesti kuvaillessaan lääkäriensä negatiivisia piirteitä. Lisäksi haastateltavat kertoivat omiin kertomuksiinsa nähden välillä melko ristiriitaisia mielipiteitä saman haastattelun aikana. Syyt tällaiseen käyttäytymiseen olivat oletettavasti kunkin haastateltavan kohdalla henkilökohtaiset, ja tästä syystä tutkija ei katsonut tarpeelliseksi asettaa haastateltavien kertomuksia kyseenalaisiksi itse haastattelutilanteissa. Lisäksi ristiriitaisuutta saattoi selittää myös tarve mielipiteen tarkennukselle, sillä kysymykset tulivat haastattelutilanteissa yllättäen, ja täten haastateltavat eivät välttämättä saaneet aina riittävästi aikaa miettiä omia vastauksiaan. On kuitenkin huomioitava, että täydellisten vastausten antoon sekä niiden tulkintaan ei kykene kukaan. Tärkeintä on, että tutkija pyrkii tutkimuskohteen syvempään ymmärtämiseen sekä mahdollisimman monipuoliseen ja totuudenmukaiseen, tutkittavan mielipiteet huomioivaan tulkintaan.

Tässä tutkielmassa aineiston riittävyttä voidaan perustella vastaajien lukumäärällä, sukupuoli- ja ikäjakaumalla sekä aineiston laajuudella. Tutkielmaa varten haastateltiin kolmeatoista eri puolilla Pirkanmaata asuvaa diabeetikkoa, ja haastattelulitteraatteja kertyi yhteensä 202 sivua. Tämä on laadulliseksi aineistoksi kattava määrä. Lisäksi tutkielman kohdejoukko koostui kahdeksasta naisesta ja viidestä miehestä, joten molempien sukupuolten esiin tuomat näkökulmat on tutkielmassa huomioitu. Haastateltavat olivat myös eri-ikäisiä (50-84v.), mikä osaltaan rikastutti ja monipuolistutti aineistoa. Eroa miesten ja naisten välisille mielipiteille tai ikäerojen huomioimista ei kuitenkaan ollut tarkoituksenmukaista tehdä, sillä tutkielman tavoitteena oli saada tietoa lääkäri-potilassuhteen viestinnällisten piirteiden eikä osapuolten sosiodemografisten ominaisuuksien merkityksestä diabeetikon omahoidon onnistumisprosessissa. Lisäksi haastateltavien näkemykset koskien lääkäri-potilassuhteeseen kohdistuneita toiveita ja tarpeita olivat melko yhtenevät, jolloin sukupuoli- tai ikäerottelua ei katsottu merkitykselliseksi tämän tutkielman tulosten kannalta.

Ongelmallisimmaksi tekijäksi tutkielmaa tehtäessä muodostui haastateltavien lääkäri-potilassuhteiden kirjavuus. Osalla haastateltavista oli kokemuksia pitkistä, yli kymmenen vuoden mittaisista lääkäri-potilassuhteista, jotka olivat alkaneet jo ennen diabeteksen puhkeamista. Osalla haastateltavista lääkärien vaihtuvuus oli puolestaan ollut suurta, eikä kovin pitkiä lääkäri-potilassuhteita ollut päässyt muodostumaan. Lisäksi osa haastateltavista oli ollut enemmän tekemisissä diabeteshoitajan kanssa kuin lääkärin, mikä välillä johdatti keskusteluja myös diabeteshoitajan ja diabeetikon väliseen vuorovaikutukseen. Kirjavuutta lisäsi myös se, että osa haastateltavista oli sairastanut diabetesta jo yli kymmenen vuoden ajan, osa vajaat viisi vuotta. Täten muistikuvat sairauden toteamisesta sekä lääkäri-potilassuhteiden alkuvaiheista olivat monilla haastateltavilla heikentyneet. Alun perin tavoitteena oli saada tutkielmaan sellaisia haastateltavia, joilla olisi ollut kokemuksia pitkäaikaisista lääkäri-potilassuhteista sekä muistikuvia sairauden toteamisesta. Tästä periaatteesta luovuttiin kuitenkin nopeasti, sillä tällaisten haastateltavien löytäminen osoittautui hyvin haastavaksi. Merkittävin syy siihen oli oletettavasti se, että diabeteksen hoitaminen ei edellytä erikoislääkärin hoitoa sekä säännöllisiä ja yhdenmukaisia, kaikkien diabeetikkojen kohdalla toistuvia hoitomuotoja. Myös kuntien erilaiset tavat hoitaa diabeetikkoja näyttäisivät vaihtelevan suuresti. Näistä syistä johtuen aineistosta ei ollut mahdollista analysoida kattavasti sairauden toteamiseen liittyviä muistikuvia sekä lääkäri-potilassuhteissa tapahtuneita muutoksia. Haastatteluaineiston laaja-alaisuudesta johtuen tutkielmassa olisi ollut ehkä tarkoituksenmukaisempaa tarkastella lääkärin ja diabeetikon välisen viestintäsuhteen sijasta jotakin tarkkarajaisempaa ilmiötä, esimerkiksi lääkärin ja diabeetikon välistä ohjausvuorovaikutusta omahoitokeskustelujen yhteydessä.

Aineiston riittävyttä analysoitaessa on otettava huomioon myös aineistonkeruutapa. Koska tämän tutkielman aineisto kerättiin kahden pirkanmaalaisen diabetesyhdistyksen sekä lumipallopallomenetelmän avulla, useampi haastateltava asui keskenään samalla paikkakunnalla ja täten aineisto on saattanut vääristyä sen vertailtavuuden kannalta. Lisäksi osa haastateltavista tunsivat toinen toisensa, ja jo haastatellut henkilöt olivat saattaneet jakaa kokemuksiaan haastattelusta sellaisille henkilöille, joita tutkija ei ollut vielä ehtinyt haastatella. Täten osa haastateltavista saattoi saada enemmän valmistautumisaikaa kuin toiset. Toisaalta lumipallopallomenetelmällä kerätyn aineiston positiivinen puoli oli se, että menetelmän avulla tutkielmaa varten oli mahdollista tavoittaa juuri sellaisia ihmisiä, joilla oli omakohtaisia kokemuksia tutkittavasta aiheesta. Lisäksi haastateltavia kertyi lumipallopallomenetelmästä huolimatta neljästä eri pirkanmaalaisesta kunnasta tai kaupungista, joten aineisto muotoutui varsin monipuoliseksi.

Mäkelän (1990, 47–57) esittämät kolme viimeistä laadullisen tutkimuksen arviointikriteeriä liittyvät läheisesti toisiinsa. Analyysin kattavuudella kirjoittaja tarkoittaa, että tulkintoja ei perusteta satunnaisiin poimintoihin aineistosta. Täten analyysin kattavuus edellyttää huolellista analyysia ja luokittelutyötä sekä sen selkeää ja luotettavaa raportointia. Aineiston arvioitavuudella kirjoittaja tarkoittaa puolestaan sitä, että lukija kykenee seuraamaan tutkijan päättelyä. Näin ollen lukijalle annetaan edellytykset hyväksyä tutkijan tulkinnat tai asettaa ne kyseenalaisiksi. Viimeiseksi mainittu aineiston toistettavuus on kirjoittajan mukaan analyysissa käytettyjen luokittelusääntöjen mahdollisimman yksiselitteistä esittämistä. Tällöin toinen tutkija voi parhaimmillaan niitä soveltamalla päätyä samoihin tuloksiin.

Tässä tutkielmassa analyysin kattavuudesta, arvioitavuudesta ja toistettavuudesta sekä täten myös luotettavuudesta pyrittiin huolehtimaan siten, että tutkielman peruslähtökohdat, ongelmanasettelu sekä aineiston keräämiseen, käsittelyyn, luokitteluun ja analysointiin liittyvät vaiheet on pyritty selvittämään yksityiskohtaisesti ja tarkasti. Lisäksi aineiston tulkinta on tehty haastatteluteemojen mukaan, ja niitä on havainnollistettu aineistosta nostettujen ymmärtämistä helpottavien haastattelu-sitaattien avulla. Koska haastatteluissa ilmeni myös yksittäisiä yleisestä linjasta poikkeavia mainintoja, nämä on myös huomioitu yksityiskohtaisesti tuloksissa, jotta lääkäri-potilassuhteiden moniulotteisuus sekä viestinnälliset piirteet tulisivat korostetuiksi. Tästä syystä vasta pohdinnassa yhdistellään koko tutkimuksen kohdejoukkoa koskevia linjauksia.

Käytännössä kvalitatiivisen tutkimuksen arviointi on kuitenkin ongelmallista, sillä haastattelu-tilanteet sekä haastateltavien vastaukset ovat ainutkertaisia. Laadullista tutkimusta arvioitaessa

onkin ymmärrettävä, että tulokset ovat aina tulkinta tutkitusta aineistosta. Täten tässäkin tutkielmassa saatuja tuloksia ei voida yleistää, mutta ne ovat suuntaa antavia ja edustavat monipuolisen diabeetikkojen ryhmän kokemuksia lääkäri-potilassuhteesta sekä sen merkityksestä omahoitoprosessissa.

## 9.2 Tulosten tarkastelu

Tämän pro gradu -tutkielman tarkoitus oli selvittää, millaiset viestinnälliset tekijät lääkäri-potilassuhteessa edistävät tyypin 2 diabeetikon omahoidon onnistumista diabeetikon käsityksen mukaan. Tutkimusongelmaa lähestyttiin kolmen tutkimuskysymyksen avulla. Tutkimuskysymykset käsittelivät lääkäri-potilassuhteen viestinnällistä luonnetta, omahoitokeskusteluja sekä lääkäri-potilassuhteen merkitystä omahoidon onnistumisen kannalta.

Tulosten tarkastelun tavoitteena on esitellä tutkielman keskeisimmät tulokset sekä niistä tehdyt johtopäätökset neljän uuden ryhmän avulla. Kyseiset ryhmät perustuvat tuloksissa käytettyyn ryhmäjakoon, mutta uutena jaotteluperiaatteena on käytetty tutkimusongelman mukaisesti haastateltavien käsityksiä omahoidossa onnistumisesta sekä siihen liittyvistä lääkäri-potilassuhteen viestinnällisistä tekijöistä. Uudet ryhmät ovat nimeltään ”*Omahoidossa onnistuneet Tyytyväiset*”, ”*Omahoidossa onnistuneet Ristiriitaiset*”, ”*Omahoidossa parantamisen varaa nähneet Tyytyväiset*” ja ”*Omahoidossa parantamisen varaa nähneet Ristiriitaiset*”.

### 9.2.1 Omahoidossa onnistuneet Tyytyväiset

Tämän tutkielman haastatteluaineistossa yhteensä viisi *Tyytyväiset*-ryhmään kuuluneista haastateltavista koki onnistuneensa omahoidossaan hyvin kuvailemansa lääkäri-potilassuhteen aikana. Jokainen heistä kertoi onnistumisen johtuneen ensisijaisesti omasta motivoituneisuudesta sekä sitoutuneisuudesta sairauden hoitamiseen, sillä vain he itse olivat pystyneet vaikuttamaan siihen, millainen heidän terveydentilansa oli ollut ja kuinka paljon he olivat olleet valmiita tekemään työtä sen edistämiseksi. Oman motivoituneisuuden ja sitoutuneisuuden ylläpitämisessä haastateltavat näkivät keskeisinä tekijöinä diabetekseen tutustumisen ja sen vakavuuden ymmärtämisen oireettomuudesta huolimatta sekä myös sen pohtimisen, miksi he haluavat pysyä mahdollisimman terveinä. Myös perheenjäsenet, ystävät ja vertaiset olivat tutkittavien mukaan

auttaneet motivaation ja oikeanlaisten toimintatapojen löytämisessä, sillä heidän kanssaan haastateltavat olivat voineet jakaa kokemuksiaan sairauden kanssa elämisestä sekä saaneet arvokasta kannustusta terveellisempien elämäntapojen opettelu-prosessissa. Nämä tulokset ovat yhteneviä suomalaisten diabetesoppaiden käsitysten kanssa diabeetikon toiminnan sekä vertaistuen merkityksistä omahoidon onnistumisen kannalta (vrt. esim. Marttila 2009f, 56-57).

Haastateltavien mielestä myös kokonaisvaltaisesti toiminut lääkäri-potilassuhde oli ollut tärkeä tekijä omahoitoprosessin onnistumisen kannalta, erityisesti heidän motivoitumisensa sekä hoitoon sitoutumisensa kautta. Vaikka lääkäri-potilassuhteen kokonaisvaltaisen toimivuuden määritelmään sisältyivät myös lääkärin lääketieteellinen ammattiosaaminen, hyvä hoito sekä lääkärin miellyttäväksi koetut persoonallisuuspiirteet, keskeisimmiksi tekijöiksi haastatteluissa korostuivat kuitenkin lääkäri-potilassuhteeseen liittyvät viestinnälliset tekijät. Kun haastateltavat nimittäin kertoivat lääkäriensä persoonista, lääketieteellisestä ammattiosaamisesta sekä saamastaan hoidosta, he kuvailivat lääkäriensä viestintäkäyttäytymistä – toisin sanoen sitä, millä tavoin lääkärit olivat tuoneet tai jättäneet tuomatta oman ammattiosaamisensa sekä persoonansa esille. Täten näyttäisi siltä, että lääkärin nimikkeellinen pätevyys sekä miellyttävä persoonallisuus ei riitä kokonaisvaltaisesti toimivan lääkäri-potilassuhteen aikaansaamiseksi, vaan kyseisten tekijöiden tulisi ilmentyä diabeetikolle erityisesti lääkärin miellyttävän ja tarkoituksenmukaisen viestintäkäyttäytymisen kautta.

Verrattaessa omahoidossaan onnistuneiden *Tyytyväisten* lääkäri-potilassuhteita tutkielman teoria-osassa esiteltyihin prototyyppeihin voidaan havaita, että kaikilla heistä näyttäisi olleen eniten vastavuoroisen yhteistyön kaltainen lääkäri-potilassuhde, jossa kumpikaan osapuoli ei ollut kantanut yksin vastuuta hoidon suunnittelemisesta ja sen onnistumisesta, vaan kummatkin olivat osallistuneet hoitosuunnitelman sekä keskinäisen yhteistyösuhteen rakentamiseen (vrt. Roter & Hall 2006). Tämä tulos ei ole aikaisempaan tutkimuskirjallisuuteen nähden yllättävä, sillä vastavuoroisen yhteistyön on havaittu olevan yhteydessä moniin potilaan terveyttä edistäviin seurauksiin, kuten potilaan odotusten täyttymiseen (esim. Rao et al. 2000), potilastyytyväisyyteen (esim. Ong 1995), parempaan hoitomyöntyvyyteen (DiMatteo et al. 1994) sekä parempaan yleisesti koettuun terveydentilaan (esim. Stewart 1995). Tämän tutkielman tutkimusongelman kannalta olennaista on kuitenkin analysoida sitä, millaisena vastavuoroinen yhteistyömalli näyttäytyi haastateltavien kuvailemissa lääkäri-potilassuhteissa.

Tarkasteltaessa haastateltavien lääkäri-potilassuhdekuvailuja vastavuoroisen yhteistyömallin valossa voidaan ensinnäkin havaita, että vastavuoroisuus ei tarkoittanut täysin yhtäläistä keskusteluaktiivisuutta sekä keskustelutilanteen ohjaamiseen osallistumista. Lääkärit olivat nimittäin olleet suhteissa aktiivisempia sekä oma-aloitteisempia keskustelun ohjaajia, tiedon tarjoajia sekä hoitomuotojen esittelijöitä. Lääkärivetoisuus ei kuitenkaan näyttänyt olleen tässä tutkimuksessa potilastyytyväisyyttä ja hoitomyöntyvyyttä alentava sekä yhteistyötä rajoittava vaan pikemminkin edistävä tekijä, sillä juuri tällaista viestintäkäyttäytymistä haastateltavat olivat asiantuntija-asemassa olleilta lääkäreiltään toivoneet. Täten tutkittavien ei ollut tarvinnut itse huolehtia siitä, että vastaanottokäynnin onnistuminen olisi ollut ensisijaisesti heidän toiminnastaan sekä esittämistään kysymyksistä kiinni, vaan he olivat pystyneet luottamaan siihen, että paremman tietotaidon omanneet lääkärit osaisivat esittää oma-aloitteisesti oikeat kysymykset sekä kertoa tarvittavat tiedot sairauden tilasta ja ajankohtaisista hoitovaihtoehdoista. Nämä lääkärivetoisuuteen kohdistuneita odotuksia koskevat havainnot ovat yhteydessä aikaisempiin terveystieteiläisiin tutkimuksiin vastavuoroiseen viestintäsuhteeseen liittyen (vrt. Brody 1980; Gerlander 2003).

Havainnot lääkärivetoisuudesta ovat vastavuoroiseen yhteistyömalliin verrattuna ristiriitaisella tavalla yhteydessä myös paternalistiseen suhdetyyppiin, jossa lääkäri on dominoivampi osapuoli, ja potilas puolestaan hoidon passiivinen vastaanottaja (vrt. Emanuel & Emanuel 1992). Paternalistisen suhdetyypin suosion on aikaisemmissa tutkimuksissa selitetty johtuvan sen potilaissa herättämistä positiivisista turvallisuuden, luottamuksen ja tuen saamisen tunteista (vrt. Roter & Hall 2006, 28). Tällaisia tuntemuksia lääkärivetoisuus oli myös tämän tutkielman haastateltavissa herättänyt. Positiiviset tunteet eivät olleet kuitenkaan ainoita syitä haastateltavien tyytyväisyyteen lääkärivetoisuuteen liittyen. Lääkärivetoisuus näyttäisi nimittäin olleen myös keskeinen vastavuoroista yhteistyötä edistävä tekijä, sillä lääkärien ammattitaitoinen keskustelun ohjaaminen oli konkreettisesti helpottanut tutkittavien osallistumista keskusteluihin sekä omahoitoa koskeviin päätöksentekotilanteisiin. Tutkittavat olivat lääkäriensä rohkaisemina esimerkiksi uskaltaneet kertoa omista hoitokokemuksistaan ja arkielämän omahoidollisista haasteista, selventää epäselväksi jääneitä hoito-ohjeita, kysellä lisätietoja uusista hoitosuosituksista, kertoa mielipiteistään sekä pyytää neuvoja terveellisten elämäntapojen noudattamiseksi. Tällaisen vuorovaikutteisen keskustelukäyttäytymisen seurauksena tutkittavat olivat pystyneet luomaan lääkäriensä kanssa omahoidon toteuttamiseen liittyviä yhteisiä tavoitteita, joihin kummatkin osapuolet olivat voineet sitoutua. Täten omahoitosuunnitelmista oli muodostunut entistä yksilöllisempiä, tarkoituksenmukaisempia sekä toimivampia kokonaisuuksia, mikä oli vaikuttanut positiivisesti tutkittavien terveydentilaan. Näiden havaintojen perusteella näyttäisi ensinnäkin siltä, että myös paternalistiseen



suhdetyyppiin viittaava lääkärin aktiivisempi viestintäkäyttäytyminen ei vähennä diabeetikoiden osallistumista keskusteluun ja päätöksentekotilanteisiin, niin kuin aikaisemmissa tutkimuksissa on epäilty (ks. Schneider 1998). Sen sijaan lääkärivetoisuus voi olla merkittävä keskusteluaktiivisuutta lisäävä ja täten myös potilastyytyväisyyttä, hoitomyöntyvyyttä sekä terveydellisiä seurauksia edistävä tekijä, jos lääkärin ohjaavan keskustelukäyttäytymisen tavoitteena on ensisijaisesti diabeetikon keskusteluaktiivisuuden lisääminen eikä oman asiantuntija-aseman korostaminen. Lisäksi tulokset näyttäisivät vastaavan aiempien tutkimustulosten havaintoja siitä, että potilaan aktiivinen osallistuminen keskusteluihin sekä päätöksentekotilanteisiin edesauttaa hoitosuunnitelmaan sitoutumista sekä sen onnistumista erityisesti yhteisten tavoitteiden sekä tarkoituksenmukaisten hoitosuunnitelmien laatimisen muodoissa (vrt. Blackwell 1996; Garrity 1981; Golin et al. 1996; Heisler et al. 2007; Jahng et al. 2005).

Haastateltavien kuvauksissa keskusteluaktiivisuutta sekä sitoutuneisuutta ja motivoituneisuutta omahoidon toteuttamiseen lisännyt lääkärivetoinen viestintäkäyttäytyminen oli ollut käytännössä informatiivista sekä potilaskeskeistä ja empaattista ohjaamista. Informatiivisuus ilmeni haastatteluaineistosta siten, että lääkärit olivat tarjonneet tutkittaville tuoretta, ymmärrettävää sekä havainnollistettua tietoa lääkityksestä, laboratoriokoetuloksista ja terveydentilasta, tutkittavien arkielämään sopivista hoitovaihtoehdoista sekä tutkittavien itsensä esille nostamista asioista. Lisäksi tutkittavat olivat saaneet mielestään riittävästi tietoa liitännäissairauksista ja niiden ennaltaehkäisystä sekä vertaistukimahdollisuuksista, esimerkiksi paikallisen diabetesyhdistyksen toiminnasta tai Diabetesliiton järjestämistä sopeutumiskursseista. Tiedon tarjoamiseen liittyvät havainnot ovat yhteydessä aiempiin tutkimuksiin, joiden mukaan diabeetikot arvostavat lääkäreiltään samaa monipuolista tietoa sairauden kanssa selviytymisestä sekä sairauden etenemisestä (esim. Burke et al. 2006; Golin et al. 2002). Lisäksi perusteellisen sekä arkielämään sovellettavissa olevan tiedon tarjoamisen on havaittu myös aiemmissä tutkimuksissa olevan yhteydessä potilastyytyväisyyteen (esim. Shaw et al. 2009; Thompson & Parrott 2002), hoitomyöntyvyyteen (esim. Roter & Hall 2006; Vermeire et al. 2001) sekä terveydellisiin seurauksiin (esim. Kaplan et al. 1989; Stewart 1995).

Potilaskeskeinen ja empaattinen ohjaaminen ilmeni haastatteluaineistosta puolestaan siten, että lääkärit olivat jättäneet omahoitoa koskevalle keskusteluille riittävästi aikaa, pyrkineet kuuntelemaan tutkittavia huolella sekä rohkaisemaan heitä kertomaan omin sanoin omista ajatuksistaan, huolenaiheistaan sekä tunteistaan niin paljon kuin he olivat vain itse niistä tahtoneet kertoa. Lisäksi he olivat pyrkineet antamaan rakentavaa ja rohkaisevaa palautetta, osoittamaan

kiinnostusta tutkittavien arkielämää kohtaan sekä ymmärtämään heidän kokemusmaailmaansa heidän omista lähtökohdistaan käsin. Nämä havainnot ovat yhteydessä useisiin aikaisempiin tutkimuksiin, joissa lääkärin potilaskeskeinen viestintäkäyttäytyminen sekä empatian osoittaminen on todettu keskeisiksi tekijöiksi lääkäri-potilassuhteen onnistumisen (esim. Ong 1995; Rogers 1967) sekä potilaan paremman terveydentilan kannalta (esim. Roter & Hall 2006, 157–158).

Lääkärin toteuttamaan potilaskeskeiseen ja empaattiseen ohjaukseen liittyvä tutkimuskirjallisuuden mukaan olennaisesti myös kumppanuuden rakentaminen. Kyseisellä käsitteellä tarkoitetaan lääkärin viestintäkäyttäytymisen sosioemotionaalisia piirteitä, kuten välittämisen, kiinnostuksen ja huolehtimisen osoittamista sekä potilaan huomioimista sairastapauksen sijasta persoonana (Bertakis et al. 1998; Greene et al. 1994; Williams, Weinman & Dale 1998). Kumppanuuden rakentamisella on katsottu olevan keskeinen merkitys toimivan sosiaalisen suhteen rakentamisessa (ks. Ong 1995) sekä potilastyytyväisyyden (ks. Buller & Buller 1987; Roter et al. 1997), hoitomyöntyvyyden (Roter 1989; Vermeire et al. 2001) ja terveydellisten seurausten (ks. Stewart 1995) saavuttamisessa. Kyseisen viestintäprosessin tärkeys on näkynyt terveystiedotuksellisisä tutkimuksissa myös siinä, että prototyyppien lisäksi tutkimuksissa on alettu käyttämään myös termiä suhdekeskeinen hoito (Beach & Inui 2006). Sillä tarkoitetaan aidon vilpittömän sekä rehellisen yksilöllisen suhteen rakentamista, joka ymmärretään moraalisesti tärkeäksi sekä hoidon seurausten kannalta tuloksettaaksi toimintamalliksi.

Myös tämän tutkielman tuloksissa kumppanuuden rakentamiseen liittyvät suhdekeskeiset tekijät olivat merkityksellisiä lääkäri-potilassuhteen kokonaisvaltaisen toimivuuden sekä omahoidon onnistumisen kannalta. Aikaisemman tutkimuskirjallisuuden tavoin kumppanuuden rakentaminen määriteltiin erityisesti lääkärin viestinnälliseksi tehtäväksi. Sen sijaan oman viestintäkäyttäytymisen merkitystä kyseisessä prosessissa haastateltavat eivät juuri tuoneet esille, muuten kuin mainitsemalla olleensa rehellisiä ja avoimia sekä halukkaita osallistumaan vastaanotoilla käytyihin keskusteluihin. Myöskään aikaisemmissa terveystiedotuksellisisä tutkimuksissa ei ole tietävästi kiinnitetty kovin paljon huomiota siihen, millä tavoin potilas osallistuu kumppanuuden rakentamiseen sekä millä tavoin hänet saataisiin osallistumaan kyseiseen toimintaan entistä aktiivisemmin. Sen sijaan tutkimuksissa on kiinnitetty paljon huomiota siihen, millaiset syyt vaikuttavat potilaiden päätöksentekohalukkuuteen sekä millä tavoin sitä voitaisiin parantaa. Koska kumppanuuden rakentaminen on kuitenkin lääkäri-potilassuhteen sekä omahoidon kannalta tärkeä vuorovaikutteinen prosessi, jonka onnistuminen ei ole pelkästään lääkärin viestintäkäyttäytymisen

varassa, tulevissa tutkimuksissa olisi olennaista kiinnittää huomiota myös diabeetikon viestintäkäyttäytymisen merkitykseen kyseisessä prosessissa.

Keskeinen edistävä tekijä kumppanuuden rakentamisprosessissa oli haastateltavien kuvailemissa lääkäri-potilassuhteissa ollut myös vastaanottokäyntien toistuvuus saman lääkärin kanssa. Jatkuvuuden myötä osapuolten oli haastateltavien mukaan ollut mahdollista tutustua toisiinsa ja toistensa toimintatapoihin entistä paremmin, mikä oli herättänyt keskinäisen luottamuksellisuuden ja turvallisuuden tunnetta. Tämän seurauksena myös keskinäisestä vuorovaikutuksesta oli tullut avoimempaa ja rehellisempää ja täten myös omahoidon kannalta tarkoituksenmukaisempaa, kun heidän ei ollut tarvinnut jännittää lääkäreitään. Jatkuvuuden myötä lääkärit olivat myös oppineet muistamaan tutkittavat ja heidän terveydelliset asiansa entistä paremmin. Tällöin myös ohjauskeskusteluissa oli pystytty etenemään paremmin uusiin asioihin, ja tutkittavat olivat voineet luottaa siihen, että ohjauskeskustelut olivat perustuneet vahvalle tieto- ja tuntemispohjalle. Lääkäri-potilassuhteen jatkuvuus on katsottu tärkeäksi tekijäksi myös aikaisemmissa diabeetikkoja sekä muita pitkäaikaissairaita koskevissa tutkimuksissa, erityisesti potilastyytyväisyyden (esim. Kokanovic & Manderson 2007; Thompson & Parrott 2002), paremman lääkärin ja potilaan välisen vuorovaikutuksen (esim. Piette et al. 2003), sekä hoitomyöntyvyyden (esim. Burke et al. 2006) aikaansaamisessa. Aikaisemmat tutkimukset ovat kuitenkin tutkineet jatkuvuutta etupäässä vain kertakäyntien tai muutaman käyntikerran yhteydessä, ja täten pidemmän lääkäri-potilassuhteen yhteydet lääkäri-potilassuhteen sekä hoidon onnistumiseen ovat jääneet epäselviksi (van Dulmen et al. 1997; Golin et al. 2002). Tämän tutkielman tulosten perusteella näyttäisi siltä, että diabeetikoilla ei ole vain tarve muodostaa pitkäaikainen suhde saman lääkärin kanssa, vaan jatkuvalla lääkäri-potilassuhteella näyttäisi olevan myös konkreettisia positiivisia seurauksia keskinäisen vuorovaikutuksen onnistumiselle ja sen kautta diabeetikoiden kokonaisvaltaiselle hyvinvoinnille. Sen sijaan sillä, kokevatko diabeetikot lääkäri-potilassuhteen onnistuneeksi alusta lähtien, ei näyttäisi olevan suurta merkitystä lääkäri-potilassuhteen sekä omahoidon onnistumisen kannalta. Kyseinen suhde voi nimittäin tulosten perusteella muuttua lääkärin viestintäkäyttäytymisessä tapahtuvien muutosten seurauksena positiiviseksi kokemukseksi lääkärikäyntien toistuvuuden myötä.

Kahden haastateltavan mukaan tuttavallinen ja luottamuksellinen lääkäri-potilassuhde ei kuitenkaan aina edellytä lääkäri-potilassuhteen jatkuvuutta. Heillä oli nimittäin kokemuksia sellaisista lääkäri-potilassuhteista, joissa tuttavallisuuden vaikutelma oli syntynyt jo ensimmäisen tai toisen kohtaamisen aikana. Tällainen vaikutelma oli syntynyt haastateltavien mukaan esimerkiksi siten, että lääkärit olivat sinutelleet, osoittaneet kiinnostusta heidän arkielämäänsä kohtaan, katsoneet

heitä silmiin, käyttäneet huumoria, puhuneet kiireettömästi sairauden lisäksi myös muista asioista sekä olleet kohteliaita, ystävällisiä sekä empaattisia. Näiden havaintojen perusteella näyttäisi aikaisempien tutkimusten tavoin siltä, että lääkäri-potilaskohtaamisten jatkuvuus edistää lääkäri-potilassuhteen sekä omahoidon onnistumista, mutta tärkeämpää on, että lääkäri pyrkii luomaan jokaisella ohjauskeskustelukerralla diabeetikon tuttuudesta riippumatta tuttavallisen ja turvallisen keskusteluympäristön esimerkiksi edellä mainituin viestinnällisin keinoin. Kyseiset keinot on nähty myös aikaisemmissa tutkimuksissa tärkeiksi potilastyytyväisyyttä (esim. Bertakis et al. 1998 Burke et al. 2006), hoitomyöntyvyyttä (esim. Garrity 1981; Kjellgren et al. 1995; Squier 1990) sekä terveydellisiä seurauksia edistäviksi viestinnällisiksi tekijöiksi (esim. Roter & Hall 2006, 157-158; Stewart et al. 2000).

Lääkäri-potilassuhteen kumppanuksellisuus sekä jatkuvuus eivät olleet kuitenkaan kenenkään haastateltavien lääkäri-potilassuhteissa johtaneet keskinäiseen ystävyyteen, vaan kyseiset lääkäri-potilassuhteet olivat olleet aina yksisuuntaisia ammatillisia asiantuntijan ja asiakkaan välisiä viestintäsuhteita. Lääkäri-potilassuhteen ammatillisuuden ymmärtäminen sekä sen ilmeneminen kummankin osapuolen viestintäkäyttäytymisessä näyttäisivät tulosten perusteella olevan myös tärkeitä tekijöitä omahoidon onnistumisen suhteen. Haastateltavien kuvailemissa lääkäri-potilassuhteissa kummatkin osapuolet olivat nimittäin ensisijaisesti keskittyneet vastaanottokäyntien varsinaisten tavoitteiden saavuttamiseen. Lisäksi molemminpuolinen ammatillinen suhtautuminen oli auttanut heitä sisäistämään omat erilaiset roolinsa vastaanottokäyntien sekä diabeteksen hoidon onnistumisessa. Täten lääkärit olivat esittäneet suurimmalle osalle tutkittavista asiansa ehdotusten, suositusten, muistutusten ja neuvojen, ei ehdottomien käskyjen tai määräysten muodossa. Näin toimiessaan lääkärit olivat myös osoittaneet luottamusta tutkittavien omaa asiantuntemusta kohtaan diabeteksen hoidossa sekä antaneet heidän itse päättää, millaiset hoitomuodot heidän arkielämäänsä parhaiten sopivat. Tällainen lääkärien viestintäkäyttäytyminen oli herättänyt tutkittavissa merkittävää potilastyytyväisyyttä sekä hoitomyöntyvyyttä. Nämä näkemykset vahvistavat myös aiempien tutkimusten tuloksia, joiden mukaan lääkärin tärkeimpiä tehtäviä potilaan ohjaamisessa ovat ennen kaikkea potilaan muutosvalmiuden arvioiminen, oikeiden terveyskäsitusten vahvistaminen sekä potilaan rohkaiseminen päättämään oikein (esim. Arborelius 1996).

Diabeetikon asiantuntemusta kunnioittavassa lääkärin viestintäkäyttäytymisessä ei kuitenkaan näyttäisi olevan kyse konsumeristisesta lähestymistavasta, joka Roterin ja Hallin (2006, 31) mukaan tarkoittaa lääkärikäynnin määrittelemistä ”*aina oikeassa olevan*” kuluttajan eli potilaan ostettavissa olevaksi palveluksi. Kuten lääkärivetoisuuden yhteydessä on jo mainittu, pääasiallinen vastuu

lääkärikäynnin onnistumisesta tahdotaan olevan erityisesti asiantuntijan asemassa olevalla lääkäriellä. Yksi haastateltavista kertoi lääkärinsä tehneen yksin kaikki hoitopäätöksetkin, mutta haastateltava ei ollut kokenut sitä millään tavoin potilastyytyväisyyttä tai omahoidon onnistumista haittaavaksi tekijäksi. Hän nimittäin uskoi, että hänen lääkärinsä olisi kyllä huomionnut hänen eriävän mielipiteensä, jos hän olisi katsonut aiheelliseksi sen esittämisen. Näiden havaintojen perusteella näyttäisi siltä, että diabeetikot odottavat lääkäri-potilassuhteiltaan toisaalta kumppanuksellista tasavertaisuutta mutta toisaalta myös asiantuntijan ja asiakkaan välistä ammatillisuutta, jotta heillä olisi omahoitonsa tukena vastuuta kantava lääketieteellisen hoidon asiantuntija.

Keskeinen yhteinen tekijä haastateltavien kertomuksissa oli lääkäri-potilassuhteen sekä omahoidon onnistumisen kannalta myös se, että tutkittavat olivat osoittaneet oma-aloitteista halukkuutta sekä aktiivisuutta sairaudesta huolehtimiseen niin arkielämässä kuin myös vastaanottotilanteissa. Tutkittavat olivat ensinnäkin saavuttaneet hyviä hoitotuloksia, ja tästä syystä he olivat saaneet lääkäreiltään säännöllisesti positiivista palautetta onnistuneesta omahoidosta sekä enenevää luottamusta omaa asiantuntemusta ja elämänhallintataitoja kohtaan. Tämän seurauksena omahoitokeskusteluissa ei ollut tarvinnut käyttää aikaa vanhojen asioiden kertaamiseen, vaan keskusteluissa oli pystytty etenemään uusiin käsiteltäviin asioihin. Lisäksi vastaanotolle oli ollut mukavampi mennä, kun odotettavissa oli ollut positiivista palautetta. Hyvien hoitotulosten lisäksi diabeetikot olivat osoittaneet aktiivista halukkuutta vastuun kantamiseen myös perehtymällä oma-aloitteisesti vapaa-ajallaan diabeteksen hoitoon. Tällainen toimintatapa oli saattanut kasvattaa tutkittavien luottamusta omaa asiantuntijuutta sekä viestintätaitoja kohtaan esimerkiksi terminologian opetteluun sekä yhteisten puheenaiheiden etsimisen myötä, ja tämä puolestaan oli rohkaissut heitä lääkärin kannustuksen lisäksi osallistumaan aktiivisemmin vastaanotolla käytyihin omahoitokeskusteluihin sekä päätöksentekotilanteisiin (vrt. Golin et al. 2002). Näiden havaintojen perusteella näyttäisi olevan tärkeää, että diabeetikkojen tietotaitoa sairauden hoidosta pyrittäisiin tulevaisuudessa systemaattisesti parantamaan myös muualla kuin vastaanottotilanteissa, sillä kyseinen tekijä näyttäisi liittyvän lääkärin kanssa käytyjen omahoitokeskustelujen sekä varsinaisen omahoidon onnistumiseen diabeetikon viestintäkäyttäytymisen kautta.

### **9.2.2 Omahoidossa onnistuneet *Ristiriitaiset***

Tämän tutkielman haastatteluaineistossa yhteensä neljä *Ristiriitaisista tyytymättömämmät* -ryhmään kuuluneista haastateltavista koki onnistuneensa omahoidossaan hyvin kuvailemansa lääkäri-potilas-

suhteen aikana. Jokainen heistä kertoi *Tyytyväiset*-ryhmän jäsenten tavoin onnistumisen johtuneen ensisijaisesti omasta motivoituneisuudesta sekä sitoutuneisuudesta sairauden hoitamiseen. Myös perheenjäsenet, ystävät sekä vertaiset olivat olleet tärkeitä arkielämän tukihenkilöitä omahoidon toteuttamisprosessissa.

Toisin kuin *Tyytyväiset*-ryhmän haastateltavat, *Ristiriitaiset*-ryhmän onnistujat eivät katsoneet lääkäri-potilassuhteen olleen yhteydessä omahoidon onnistumiseen muun kuin lääketieteellisen hoidon osalta. Heidän mukaansa lääkärikäytien merkittävin hyöty oli ollut säännöllisen ja luotettavan tiedon saaminen omasta terveydentilasta laboratoriotutkimusten sekä muiden seuranta-tutkimusten avulla. Lisäksi omahoidon onnistumista olivat edistäneet tarvittaviin lisätutkimuksiin pääseminen sekä sopivien diabeteslääkkeiden saaminen.

Verrattaessa haastateltavien lääkäri-potilassuhteita teoriaosassa esiteltyihin prototyyppisiin voidaan havaita, että kaikilla heistä näyttäisi olleen osittain paternalistisen ja osittain vetäytyvän suhdetyypin kaltainen lääkäri-potilassuhde. Paternalistisessa suhdetyypissä lääkäri on dominoiva hoidosta päättäjä, potilas on puolestaan ensisijaisesti hoidon vastaanottaja (ks. Emanuel & Emanuel 1992). Vaikka toisaalta lääkärit eivät olleet kaikkien haastateltavien kohdalla dominoivia vaan päinvastoin liian passiivisia keskustelijoita, lääkärit olivat kuitenkin tehneet paternalistisen viestintä-käyttäytymisen tavoin hoitopäätökset yksin kaikissa kuvailluissa lääkäri-potilassuhteissa. Vetäytyvässä suhdetyypissä keskeistä on puolestaan osapuolten keskinäisten odotusten epäselvyys tai ristiriitaisuus, ja tällöin suhteen ylläpitäminen ja sen tarkoituksenmukaisuus voivat merkittävästi vaarantua (ks. Roter & Hall 2006). Aikaisemmissa tutkimuksissa on esitetty havaintoja siitä, että kummatkin suhdetyypit näyttäisivät vähentävän potilaan osallistumista päätöksentekoon sekä rohkeutta ja kiinnostusta vastuun ottamisesta omahoitoon liittyen (esim. Schneider 1998). Tämän tutkielman tulosten perusteella näyttäisi kuitenkin siltä, että vaikka paternalistiset ja vetäytyvät lääkäri-potilassuhteet alentaisivat potilastyytyväisyyttä, ne eivät ole aina negatiivisesti yhteydessä omahoidon onnistumiseen sekä diabeetikon motivoituneisuuteen sairauden hoidossa, jos diabeetikoilla on jo valmiiksi käytössään toimivat psyykkiset selviytymiskeinot hoitomotivaation nostattamiseksi, terveyttä edistävät hoitomenetelmät sekä hyvä tukiverkosto arkielämässä.

Vaikka paternalististen ja vetäytyvien suhdetyyppien ominaisuudet eivät näyttäisikään olevan suoranaisesti yhteydessä omahoidon onnistumiseen, sen sijaan lääkärin ja potilaan välisen viestintäsuhteen onnistumisessa kyseiset tekijät näyttäisivät olevan keskeisiä. Tutkittavat kertoivat olleensa tyytymättömiä esimerkiksi lääkäriensä virallisuuteen, määräilevään, ylimieliseen ja

etäiseen keskustelukäyttäytymiseen, vaillinaiseen tiedontarjontaan ja ohjeistukseen sekä persoonattomaan kohtelemiseen. Nämä viestinnälliset tekijät ovat olleet esillä myös aiemmissa lääkäri-potilassuhteen onnistumiseen liittyvissä tutkimuksissa (esim. Hickson et al. 1994; Levinson et al. 1997; Roter & Hall 2006). Suurin vaikutus kyseisillä tekijöillä näyttäisi tämän tutkielman tulosten perusteella olevan diabeetikon viestintäkäyttäytymiseen vastaanottotilanteissa. Kaikki haastateltavat nimittäin kertoivat olleensa melko passiivisia keskustelijoita ja osallistujia päätöksentekotilanteisiin myös siitä syystä, että lääkärit eivät olleet kysymyksillään, palautteillaan tai muulla viestintäkäyttäytymisellään rohkaisseet heitä olemaan aktiivisempia keskustelijoita. Jos lääkärit olisivat haastateltavien mukaan pyrkineet tutustumaan enemmän heihin ja heidän arkeensa, antaneet konkreettisempia neuvoja sairauden kanssa elämiseen, kuunnelleet heitä enemmän sekä ottaneet heidän mielipiteensä huomioon hoitopäätöksiä tehdessä, haastateltavat olisivat saattaneet motivoitua ottamaan enemmän osaa vastaanotolla käytyihin keskusteluihin. Tällöin lääkäri-potilassuhteella olisi saattanut olla enemmän merkitystä omahoidon onnistumiselle, kun he olisivat saaneet juuri heidän tilannettaan paremmin vastaavaa ohjausta sekä hoitoa. Myös nämä havainnot ovat yhteydessä *Tyytyväiset*-ryhmän onnistujien kertomuksiin siitä, että lääkärin viestintäkäyttäytyminen on yhteydessä diabeetikon osallistumisaktiivisuuteen vastaanottotilanteissa, ja että diabeetikon viestintäkäyttäytymisellä on keskeinen merkitys omahoitoprosessin kannalta. Kyseiset havainnot ovat yhteydessä myös aikaisempiin tutkimustuloksiin diabeetikon aktiivisen keskustelukäyttäytymisen tärkeydestä. (esim. Blackwell 1996; Garrity 1981; Golin et al. 1996; Heisler et al. 2007; Jahng et al. 2005).

Mielenkiintoinen havainto tutkimustuloksissa oli se, että kahden haastateltavan tyytymättömyys lääkäri-potilassuhteita kohtaan oli ollut samankaltaista ensitapaamisesta lähtien, mutta kahden haastateltavan tyytyväisyys oli sen sijaan alkanut lieventyä lääkärin viestintäkäyttäytymisessä tapahtuneiden muutosten seurauksena vastaanottokäyntien toistuvuuden myötä. Toisaalta he eivät kuitenkaan nähneet *Tyytyväiset*-ryhmän kahden omahoidossaan onnistuneen haastateltavan tavoin lääkäri-potilassuhteidensa muodostuneen viestinnällisesti niin toimivaksi, että sillä olisi ollut merkitystä omahoidon onnistumisen kannalta. Näiden havaintojen perusteella näyttäisi siltä, että jos lääkäri-potilassuhde aiheuttaa diabeetikoissa tyytymättömyyttä alusta lähtien, kyseistä suhdetta on vaikea muuttaa toimivammaksi ilman lääkärin tekemää viestinnällistä aloitetta. Lisäksi havainnoista on pääteltävissä, että vaikka lääkärin viestintäkäyttäytyminen muuttuisi diabeetikon mielestä mielekkäämmäksi, diabeetikon asenne lääkäriä ja viestintäsuhdetta kohtaan ei välttämättä muutu kovin nopeasti. Täten näyttäisi siltä, että ensitapaamisiin panostaminen on keskeistä toimivan ja omahoitoa edistävän lääkäri-potilassuhteen rakentamisen kannalta. Toisaalta *Tyytyväiset*-ryhmän

onnistujien yhteydessä oli havaittavissa, että lääkäri-potilassuhde voi muuttua potilastytymättömyyttä herättävästä suhteesta potilastyytyväisyyttä herättäväksi sekä omahoitoa edistäväksi suhteeksi. Millä tavoin tämä prosessi tapahtuu ja kuinka nopeasti, sitä olisi mielenkiintoista tutkia jatkossa tarkemmin.

*Ristiriitaiset*-ryhmän onnistujien kertomuksista tehtyjen havaintojen perusteella näyttäisi siltä, että vaikka lääkärin ja diabeetikon välinen tyytymättömyyttä aiheuttava viestintäsuhde ei olisi suoranaisesti yhteydessä omahoidon epäonnistumiseen, se vahingoittaa kuitenkin lääkäri-potilas-suhteen onnistumista sekä vähentää diabeetikon osallistumista vastaanotolla käytäviin omahoitoa koskeviin keskusteluihin. Tämä puolestaan saattaa hankaloittaa tarkoituksenmukaisten yksilöllisten hoitosuunnitelmien luomista, mikä on osaltaan yhteydessä omahoitoprosessin onnistumiseen. Täten näyttäisi olevan tärkeää, että diabeetikon hyvästä arkielämän tukiverkostosta sekä toimivista hoitomenetelmistä huolimatta myös lääkäri-potilassuhteesta pyrittäisiin rakentamaan alusta lähtien viestinnällisesti toimivaa kumppanuksellista suhdetta, joka pyrkisi tehostamaan omahoitoprosessia erityisesti diabeetikon aktiivisuuden lisäämisen kautta - niin vastaanottotilanteita kuin myös arkielämää ajatellen.

### **9.2.3 Omahoidossa parantamisen varaa nähneet *Tyytyväiset***

Yhteensä viisi *Tyytyväiset*-ryhmään kuuluneista haastateltavista koki omahoidossaan olleen parantamisen varaa kuvailemiensa lääkäri-potilassuhteiden aikana. Kaikki haastateltavat näkivät kehitettävää vain omassa asennoitumisessaan sekä toiminnassaan, sillä omahoidossaan onnistuneiden tavoin haastateltavat kokivat sairauden hoidon olevan eniten heistä itsestään kiinni. Suurimpana ongelmana haastateltavat näkivät oman tahdonvoiman puutteen, sillä heillä ei ollut ollut riittävästi motivaatiota muuttaa elämäntapojaan sekä etsiä oma-aloitteisesti tietoa diabeteksen hoidosta. Tämän katsottiin johtuneen muun muassa sairauden oireettomuudesta sekä elämäntapamuutoksen edellyttämistä liiallisista kustannuksista. Lisäksi yksi haastateltavista mainitsi omahoidon onnistumisen esteeksi sen, että hän ei ollut kunnolla hyväksynyt sairautta eikä sisäistänyt sen olemassaoloa. Nämä tulokset näyttäisivät olevan yhteneväisiä suomalaisissa diabetesoppaissa esitettyjen näkemysten kanssa siitä, että omahoidon epäonnistuminen on yhteydessä erityisesti diabeetikon henkilökohtaisiin ominaisuuksiin, asenteisiin sekä elämäntilanteeseen (ks. Diabetes 2009; Suomen Diabetesliitto ry 2009).



Kansainvälisissä tutkimuksissa omahoidon laiminlyönti on yhdistetty myös diabeetikon ja hoidonantajan väliseen vuorovaikutukseen. Laiminlyönnin syiksi tutkimuksissa on esitetty muun muassa hoito-ohjeiden epäluotettavuutta ja riittämätöntä tiedon tarjoamista erilaisista hoitovaihtoehdoista (esim. Martin et al. 2005; Shue et al. 2010). Myös vähäisen sosiaalisen tuen (esim. Glasgow et al. 2001), lääkärin ja diabeetikon välisen statuseron (esim. Li et al. 2007) sekä ristiriitaisten käsitysten omahoidon toteuttamisesta (esim. van Dam et al. 2002) on katsottu olevan yhteydessä omahoidon laiminlyömiseen. Tämän tutkielman tulosten perusteella näyttäisi kuitenkin siltä, että jos diabeetikolla on mielestään kokonaisvaltaisesti toimiva lääkäri-potilassuhde, sen ei katsota olevan yhteydessä omahoitoprosessin puutteisiin. Kaikki haastateltavat nimittäin kuvailivat *Tyytyväiset*-ryhmän onnistujien tapaan lääkäri-potilassuhteitaan kumppanuuden rakentamiseen tähtääviksi, ammatillisiksi sekä vastavuoroisen yhteistyömallin mukaisiksi. Lisäksi haastateltavat painottivat, että lääkärit eivät olisi voineet tehdä mitään paremmin heidän omahoitonsa parantamiseksi.

Kokonaisvaltaisesta tyytyväisyydestä huolimatta neljä haastateltavista kuitenkin mainitsi, että he olisivat halunneet keskustella lääkäriensä kanssa omahoidollisista asioista enemmänkin, mutta siihen ei ollut ajallisista resursseista johtuen tarjoutunut mahdollisuutta. Täten omahoitokeskusteluissa oli ollut heidän mielestään hieman kiireen tuntua. Aikaisemmissa tutkimuksissa kiireen tuntu on yhdistetty varsinkin potilastyytymättömyyteen, mutta myös potilaan osallistumis- ja haluttomuuteen (esim. Tuckett et al. 1985). Tähän on katsottu olevan syynä esimerkiksi potilaan haluttomuus viedä lääkärin sekä muiden odottavien potilaiden aikaa. Lisäksi kiireen on katsottu lisäävän potilaan epävarmuutta omien viestintätaitojen käytöstä muun muassa kysymysten esittämisen yhteydessä (vrt. Schillinger et al. 2004). Nämä tekijät ovat saattaneet olla taustalla myös niiden haastateltavien kohdalla, jotka kertoivat omahoidossaan olleen parantamisen varaa kokonaisvaltaisesti toimineesta lääkäri-potilassuhteesta huolimatta. Koska haastateltavien vastaanottokäynnit olivat kestäneet omahoidossaan onnistuneiden *Tyytyväisten* tapaan 15-40 minuuttia, ongelmana ei näyttäisi olevan niinkään käytettävissä oleva aika vaan ajankäyttö. Näiden havaintojen perusteella näyttäisi siltä, että kokonaisvaltaisesti onnistuneen ja omahoitoa edistävän lääkäri-potilassuhteen viestinnällinen osatekijä on myös onnistunut, tarkoituksenmukainen ja molemminpuolinen ajanhallinta.

Kiireen tunnun lisäksi myös arkielämässä saadun sosiaalisen tuen puute oli saattanut vaikeuttaa tämän ryhmän haastateltavien omahoidossa onnistumista. *Tyytyväiset*-ryhmän onnistujat nimittäin painottivat perheenjäseniltä, ystäviltä sekä vertaisilta saadun tuen merkitystä omahoitoprosessin

onnistumisessa, mutta omahoidossaan parantamisen varaa nähneistä haastateltavista kolme eivät sen sijaan kokeneet saaneensa arkielämässä säännöllisesti tukea sairauden hoidossa. Tämä havainto vahvistaa osaltaan suomalaisten diabetesoppaiden näkemystä siitä, että lähimmäisiltä sekä vertaisilta saatu sosiaalinen tuki on keskeinen tekijä omahoitoprosessin onnistumisen kannalta (vrt. Marttila 2009f, 56-57). Sosiaalisen tuen merkitystä diabeetikon omahoitoprosessille tulisikin tulevaisuudessa tutkia lisää, jotta se pystyttäisiin ottamaan paremmin huomioon myös diabeetikon ja lääkärin välisissä keskusteluissa, joissa hoitosuunnitelmat pääasiallisesti luodaan.

#### **9.2.4 Omahoidossa parantamisen varaa nähneet *Ristiriitaiset***

Yhteensä kolme *Ristiriitaiset*-ryhmään kuulunutta tutkittavaa koki omahoidossaan olleen parantamisen varaa kuvailemansa lääkäri-potilassuhteen aikana. Kaksi heistä kuului *Ristiriitaisista tyytyväisimmät* -alaryhmään, yksi *Ristiriitaisista tyytymättömämmät* -alaryhmään. Kaikki haastateltavat näkivät parantamisen varaa omassa asennoitumisessaan ja toiminnassaan muihin ryhmiin kuuluneiden haastateltavien tavoin. Lisäksi ensimmäisen alaryhmän haastateltavat näkivät omahoitoaan vaikeuttavana tekijänä myös vertaistuen puutteen. Nämä tulokset näyttäisivät olevan yhteneviä myös suomalaisten diabetesoppaiden näkemysten kanssa diabeetikon toiminnan sekä lähimmäisten ja vertaistuen merkityksestä omahoidon onnistumisprosessissa (vrt. Diabetes 2009; Suomen Diabetesliitto ry 2009).

Muista pohdinta-luvussa esitellyistä ryhmistä poiketen tämän ryhmän sisällä esiintyi myös ristiriitaisia näkemyksiä lääkäri-potilassuhteen viestinnällisestä merkityksestä omahoitoprosessiin liittyen. Ensimmäisen alaryhmän haastateltavat nimittäin korostivat lääkäri-potilassuhteen olleen keskeinen tekijä omahoidon sujuvuuden kannalta, mutta toisen alaryhmän haastateltava ei kokenut sillä olleen juuri merkitystä hänen hyvinvoinnilleen. Näitä näkemyseroja pyritään tarkastelemaan syvemmin teoriaosassa esiteltyjen prototyyppien sekä aikaisempien tutkimustulosten avulla.

Vertailtaessa ensinnäkin toiseen alaryhmään kuuluneen haastateltavan lääkäri-potilassuhdetta teoriaosassa esiteltyihin prototyyppeihin voidaan havaita, että hänen lääkäri-potilassuhteensa oli ollut eniten vetäytyneen eli epäonnistuneen lääkäri-potilassuhteen kaltainen. Tutkittava nimittäin kertoi tavanneensa lääkäriään mahdollisimman harvoin, sillä hän oli ollut tyytymätön lääkärin epämiellyttävään persoonaan, huonoon suomen kielen osaamiseen, viralliseen, passiiviseen ja huumorintajuttomaan viestintäkäyttäytymiseen sekä jatkuviin moitteisiin painon hallinnasta (vrt.

esim. Roter & Hall 2006). Haastateltavan mielestä lääkäri-potilassuhde ei olisi myöskään voinut kehittyä paremmaksi, vaan ainoa vaihtoehto toimivamman lääkäri-potilassuhteen saamiseksi olisi ollut lääkärin vaihto. Toisaalta haastateltava kuitenkin ristiriitaisesti mainitsi lääkäriinsä olleen hänelle ystävällinen ja kohtelias, ja lisäksi hän oli tarjonnut haastateltavalle hyvää lääketieteellistä hoitoa. Täten haastateltava kertoi suhteen viestinnällisen toimivuuden olleen myös hänestä itsestään kiinni, sillä hän ei ollut itse halunnut osallistua sosiaalisen suhteen rakentamiseen ”*liian erilaisista henkilökemioista*” johtuen. Motivaation puute kyseisen viestintäsuhteen parantamiseen oli johtunut haastateltavan mukaan myös siitä, ettei hän yleensä koe hyötyvänsä lääkärin kanssa käytävistä omahoitokeskusteluista; oma toiminta sekä arkielämässä saatava tuki lähimmäisiltä ja vertaisilta ovat haastateltavan mielestä kaikista ratkaisevimpia tekijöitä omahoidon onnistumisessa. Lääkärin tehtävänä on puolestaan ensisijaisesti määrätä sopivat lääkkeet. Toisaalta haastateltava kuitenkin mainitsi, että jos lääkäri-potilassuhde olisi alusta lähtien kokonaisvaltaisesti toimiva, hän saattaisi haluta keskustella enemmän omahoidollisista asioista.

Edellä esitettyjen havaintojen perusteella näyttäisi siltä, että vetäytynyt lääkäri-potilassuhde ei aikaisempien tutkimusten perusteella ainakaan edistä diabeetikon motivoitumista sekä sitoutumista sairauden hoitoon (vrt. Roter & Hall 2006, 38). Lisäksi on pääteltävissä, että tällaisen lääkäri-potilassuhteen katsotaan muodostuvan erityisesti tyytymättömyyttä herättävän lääkärin viestintäkäyttäytymisen seurauksena. Toisaalta havainnot vahvistavat jo aiemmin pohdinnassa esitettyjä päätelmiä siitä, että myös diabeetikon viestintäkäyttäytymisellä sekä halukkuudella osallistua lääkäri-potilassuhteen rakentamiseen näyttäisi olevan keskeinen merkitys kyseisen suhteen sekä omahoidon onnistumisen kannalta. Täten lääkäri-potilassuhteen onnistuminen tai epäonnistuminen ei näyttäisi olevan vain joko lääkärin tai diabeetikon viestintäkäyttäytymisestä kiinni, vaan kyseinen suhde edellyttää molemmilta osapuolilta tarkoituksenmukaista viestintäkäyttäytymistä sekä halukkuutta ja sitoutuneisuutta vastaanottokäynnille asetettujen tavoitteiden täyttämiseksi.

Verrattaessa prototyyppisiä puolestaan ensimmäisen alaryhmän haastateltavien lääkäri-potilassuhteisiin voidaan havaita, että kyseiset viestintäsuhteet olivat olleet useamman prototyypin kaltaisia. Suhteissa oli ollut esimerkiksi paternalistisia piirteitä, sillä molemmat haastateltavat kertoivat lääkäriensä tehneen pääasiallisesti kaikki hoitopäätökset, ja tällaista viestintäkäyttäytymistä he olivat myös lääkäreiltään toivoneet. Toisaalta toinen haastateltavista koki paternalistisen viestintäsuhteen olleen hänelle myös haitallinen, sillä hän oli jättänyt diabeteshoidon liiaksi lääkärin huolenpidon varaan. Tämä havainto tukee aikaisempia tutkimustuloksia, joiden mukaan paternalistinen viestintäsuhde vähentää potilaan osallistumista päätöksentekoon sekä

rohkeutta ja kiinnostusta vastuun ottamisesta omaan hoitoon liittyen (vrt. Schneider 1998). Täten näyttäisi siltä, että paternalistisen viestintäsuhteen piirteet voivat olla omahoidolle myös haitallisia, jos lääkärin ja diabeetikon roolit diabeteshoidon vastuunkannossa eivät ole yhteisesti sovittuja ja molempien tiedossa.

Ensimmäisen alaryhmän haastateltavien suhteissa oli ollut myös suhdekeskeisiä piirteitä (vrt. Beach & Inui 2006), sillä kummatkin haastateltavat kuvailivat pyrkineensä lääkäriensä kanssa tuttavalliseen, luottamukselliseen sekä turvalliseen viestintäsuhteeseen, ja tällaisen suhteen he olivat jatkuvuuden myötä myös saavuttaneet. Tällainen kumppanuksellinen suhde oli herättänyt molemmissa tutkittavissa merkittävää potilastyytyväisyyttä. Tämä havainto on yhteydessä myös aikaisempiin kumppanuuden rakentamisen merkitystä korostaviin tutkimuksiin (vrt. Burke et al. 2006; Ong 1995; Vermeire et al. 2001) sekä omahoidossaan onnistuneiden *Tyytyväiset*-ryhmän jäsenten lääkäri-potilassuhdekuvailuihin.

Mielenkiintoisin ja merkittävin yhteneväinen tekijä haastateltavien kuvauksissa oli se, että tuttavallisuudesta huolimatta kummankaan haastateltavan lääkäri-potilassuhteet eivät sisältäneet vastavuoroisen yhteistyön kaltaisia piirteitä. Haastateltavat kertoivat kylläkin itse pyrkineensä vastavuoroiseen yhteistyöhön kertomalla arjestaan ja huolenaiheistaan sekä esittämällä lisäkysymyksiä, mutta lääkärit eivät olleet heidän mukaansa osallistuneet sekä sitoutuneet tarpeeksi hyvin diabeteshoitoon liittyvän yhteistyösuhteen rakentamiseen. Tämä oli tutkimusaineiston perusteella kaikista ongelmallisista tekijä tutkittavien omahoidon sujuvuuden kannalta. Kyseisen havainnon perusteella voidaan tulkita, että potilastyytyväisyyttä herättävä kumppanuksellinen ja jatkuva lääkäri-potilassuhde ei välttämättä takaa tyytyväisyyttä herättävää, hoitoon sitouttavaa sekä positiivisiin terveydellisiin seurauksiin johtavaa diabeteshoitoa. Täten näyttäisikin siltä, että pidempiaikaisen sosiaalisen suhteen rakentamista tärkeämpää lääkärin ja diabeetikon välisessä viestintäsuhteessa olisi omahoitokeskusteluihin ja siinä tapahtuvaan ohjausvuorovaikutukseen panostaminen.

Merkittävimmiksi puutteiksi ohjauskeskusteluissa tutkittavat määrittivät lääkäriensä vaillinaisen tiedon tarjonnan sekä ohjaustyylin. Vaillinaisella tiedon tarjonnalla tutkittavat tarkoittivat sitä, että heidän lääkäriensä eivät olleet tarjonneet sairauden alusta lähtien riittävästi ja tarpeeksi ymmärrettävällä tavalla tietoa laboratoriotuloksista, lääkityksestä, erilaisista hoitovaihtoehdoista sekä sopeutumiskurssi- ja vertaistukimahdollisuuksista. Ongelmallista oli ollut myös se, että lääkärit eivät olleet tarjonneet tarpeeksi tietoa oma-aloitteisesti, vaan tutkittavien oli pitänyt ottaa

vastaanotolla aktiivinen kyselijän rooli, jos he olivat tahtoneet saada jotakin uutta selville. Edellä esitetyt havainnot vaillinaisen tiedon tarjonnan merkityksestä tukevat aikaisempia tutkimustuloksia, joiden mukaan lääkärit näyttäisivät aliarvioivan potilaidensa tiedolliset tarpeet sekä käyttävän liian vähän aikaa tiedon tarjoamiseen (esim. Shaw et al. 2009; Waitzkin 1984). Kyseiset tulokset vahvistavat myös tutkimustuloksia, joissa hoito-ohjeiden epäluotettavuus sekä riittämätön tiedon tarjoaminen eri hoitovaihtoehdoista on katsottu olevan yhteydessä omahoidon laiminlyömiseen (esim. Martin et al. 2005; Shue et al. 2010). Toisaalta havainnot haastateltavien tyytymättömyydestä vaillinaista tiedon tarjontaa kohtaan tukevat myös aiemmin tässä tutkielmassa esitettyjä sekä aiempien tutkimusten tuloksia siitä, että diabeetikot näyttäisivät arvostavan lääkäri-potilas-suhteissaan monipuolisen ja arkielämään sovellettavan tiedon saamista (esim. Burke et al. 2006), ja sillä näyttäisi olevan myös monia diabeetikon omahoitoon positiivisesti vaikuttavia seurauksia (esim. Roter & Hall 2006; Stewart 1995; Thompson & Parrott 2002).

Vaillinaisella ohjauksella haastateltavat puolestaan tarkoittivat epämääräisiä ja käskymuotoisia hoito-ohjeita, jotka eivät olleet olleet riittävän selkeitä ja konkreettisia sekä tarpeeksi hyvin sidoksissa tutkittavien arkeen. Omahoitokeskustelut olivat myös keskittyneet liiallisesti ylipainoon sekä samojen hoito-ohjeiden esittelemiseen, ja täten keskustelujen sisällöt olivat jääneet lääkäreiden osalta suppeiksi. Lisäksi ongelmallista oli ollut se, että lääkärit eivät olleet aina ottaneet heidän huolenaiheitaan tarpeeksi todesta, ja tästä syystä niistä ei oltu yhdessä vakavasti keskusteltu. Myös liian hienovaraisen sekä aiheettoman positiivisen palautteen antaminen katsottiin omahoitoa haittaaviksi tekijöiksi. Tällaisen palautteen sijasta tutkittavat olisivat kaivanneet enemmän suoraa, herättelevää sekä omaan toimintaan liittyvää kannustavaa palautetta. Nämä ohjaukseen liittyvät havainnot ovat yhteydessä aiempiin tutkimustuloksiin, joissa lääkäreiden on todettu ohjaavan diabeetikkoja liian vähän omahoitoon liittyvissä asioissa, esimerkiksi terveellisten elämäntapojen noudattamisessa (esim. Roter & Hall 2006) tai lääkkeiden käytössä (esim. Vermeire et al. 2001). Havainnot samankaltaisena toistuneesta tehottomasta ohjauksesta ovat puolestaan yhteydessä esimerkiksi Kiurun ja kumppaneiden (2004) sekä Kokanovicin ja Mandersonin (2007) tutkimustuloksiin, joissa hoidonantajien on todettu käyttävän potilaan ohjaamisessa erilaisia viestintästrategioita melko kapea-alaisesti. Kyseisten tutkimustulosten sekä tämän tutkielman tulosten perusteella näyttäisikin siltä, että omahoidolle ongelmia aiheuttava ohjaaminen saattaa osaltaan aiheutua siitä, että hoidonantajat eivät näyttäisi olevan tarpeeksi tietoisia käyttämistään ohjaustyyleistä sekä niiden toimivuudesta kunkin diabeetikon kohdalla. Tästä syystä lääkäreiden käyttämiä ohjaustyyliä sekä lääkäreiden tietoisuutta niistä olisi tärkeää tutkia jatkossa enemmän.

Tuloksia tarkasteltaessa voidaan päätellä, että omahoitokeskustelujen sujumattomuuteen oli lääkärin viestintäkäyttäytymisen lisäksi saattanut olla yhteydessä myös toisen tutkittavan oma viestintäkäyttäytyminen. Tutkittava nimittäin kuvaili olleensa hyvin puhelias potilas, joka oli saanut mielestään hallita ehkä hieman liikaakin vastaanotolla käytyjä keskusteluja. Toisaalta omista asioista puhuminen sekä lääkärin osoittama kuunteleminen oli tuntunut hänestä tärkeältä, mutta toisaalta vastaanottokäynnin varsinaisten tavoitteiden saavuttaminen oli tästä syystä myös vaikeutunut, kun puheenaiheet olivat harhautuneet liiaksi ”höpö-juttujen” puhumiseen. Tähän haastateltava katsoi suurimmaksi syyksi sen, että lääkäri ei ollut ohjannut keskusteluja tarpeeksi tiukasti sekä johdonmukaisesti. Toisaalta hän kuitenkin kertoi olleensa lääkärille välillä myös epärehellinen, mikä oli myös hankaloittanut omahoitokeskustelujen onnistumista esimerkiksi aiheettoman palautteenannon muodossa. Tämä havainto vahvistaa entisestään muiden ryhmien kohdalla tehtyä johtopäätöstä siitä, että myös diabeetikon omalla viestintäkäyttäytymisellä on keskeinen merkitys lääkäri-potilassuhteen sekä omahoidon onnistumiselle.

Vaikka molemmat haastateltavat kokivat lääkäri-potilassuhteidensa tuttavallisuuden ja jatkuvuuden tärkeiksi tyytyväisyyttä sekä yleisesti terveydellisten asioiden lääketieteellistä hoitoa edistäviksi tekijöiksi, toinen haastateltavista koki niiden olleen ristiriitaisesti myös diabeteshoitoa haittaavia tekijöitä. Jatkuvuuden myötä vastaanottokäynnit olivat nimittäin alkaneet noudattaa myös toimimattomia vuorovaikutuksellisia sekä toimenpiteellisiä rutiineja, joiden muuttamiseen tutkittava ei kokenut voineensa potilaan ominaisuudessa vaikuttaa; asiantuntijan asemassa olleen lääkärin olisi itse pitänyt ymmärtää tarve muutokseen. Tutkittava ei ollut halunnut tuoda tyytymättömyyttään esille myöskään sen vuoksi, että hän oli pelännyt vahingoittavansa muuten toimivaa, tuttavallista ja turvallista lääkäri-potilassuhdetta (vrt. Tuckett et al. 1985). Toisaalta tutkittava kuitenkin mainitsi, että ainoa vaihtoehto tarkoituksenmukaisemman hoitosuhteen saamiseksi olisi ollut lääkärin vaihto. Täten haastateltava ei ilmeisesti katsonut voineensa vaikuttaa omatoimisesti myöskään omaan viestintäkäyttäytymiseensä, esimerkiksi rehellisyyteensä lääkäriä kohtaan, mikä oli varmasti osaltaan hankaloittanut lääkäri-potilassuhteen sekä omahoidon onnistumista. Tämä on mielenkiintoinen sekä tuore havainto aikaisempaan tutkimuskirjallisuuteen nähden; vaikka onnistuneen lääkäri-potilassuhteen rakentamisen on katsottu useissa tutkimuksissa edellyttävän lääkärivetoisuutta (esim. Brody 1980), tämän tutkielman tulosten perusteella myöskään suhteessa tapahtuvat viestinnälliset muutokset eivät näyttäisi olevan mahdollisia ilman lääkärin viestinnällistä aloitetta - eivät edes potilaan viestintäkäyttäytymiseen liittyvät. Kyseistä havaintoa vahvistavat tässä tutkimusaineistossa myös osaltaan niiden haastateltavien kertomukset, jotka kokivat lääkäri-potilassuhteissaan tapahtuneen lähentymistä erityisesti lääkärin viestintäkäyttäytymisen muutoksesta

johtuen. Lisäksi joidenkin haastateltavien kuvailemien lääkäri-potilassuhteiden muuttumattomuus oli saattanut johtua siitä, että lääkäri ei ollut tehnyt muutokseen johtavaa aloitetta. Tämän lääkäri-potilassuhteen laatuun sekä mahdollisesti myös omahoidon onnistumiseen liittyvän muutoksen tarkemmaksi määrittelemiseksi kaivattaisiin kuitenkin vielä enemmän viestinnällistä tutkimusta.

### **9.2.5 Yhteenveto**

Tarkasteltaessa tämän tutkielman sekä aikaisempien tutkimusten tuloksia voidaan todeta, että vaikka diabeteksen hoidon onnistuminen on ensisijaisesti kiinni diabeetikon omasta toiminnasta arkielämässä, myös lääkäri-potilassuhteella on keskeinen merkitys diabeetikon omahoidon onnistumisprosessissa. Laadukkaan lääketieteellisen hoidon tarjoamisen sekä säännöllisen seurannan lisäksi lääkäri-potilassuhde näyttäisi vaikuttavan omahoitoprosessiin myös diabeetikon motivoituneisuuden sekä sitoutuneisuuden kautta, joiden on arvioitu olevan tärkeimpiä tekijöitä omahoidon onnistumisen kannalta (vrt. esim. Diabetes 2009; Suomen Diabetesliitto ry 2009). Näihin prosesseihin lääkäri-potilassuhde on yhteydessä erityisesti omahoitoon liittyvien vuorovaikutuksellisten ohjauskeskustelutilanteiden kautta.

Tulosten perusteella kokonaisvaltaista tyytyväisyyttä herättävä lääkäri-potilassuhde näyttäisi olevan todennäköisemmin yhteydessä omahoidon onnistumiseen kuin tyytymättömyyttä herättävä lääkäri-potilassuhde omahoidon sujumattomuuteen. Tyytymättömyyttä herättävän lääkäri-potilassuhteen vaikutusta omahoidolle näyttäisi haastatteluaineiston perusteella lieventävän erityisesti kokemuksen myötä karttunut tietotaito sekä perheenjäseniltä, ystäviltä, vertaisilta ja muulta hoitohenkilökunnalta saatu sosiaalinen tuki. Jos diabeetikot eivät sen sijaan saa tarpeeksi sosiaalista tukea, tai he kokevat oman tietotaitonsa riittämättömäksi, tällöin toimivan lääkäri-potilassuhteen merkitys omahoitoprosessissa saattaa entisestään korostua. Nämä havainnot perustelevat osaltaan lääkäri-potilassuhteen viestinnällisten tekijöiden keskeisyyttä omahoitoprosessin onnistumisessa.

Lääkäri-potilassuhde näyttäisi tulosten perusteella olevan yhteydessä omahoidon onnistumiseen erityisesti silloin, kun kyseinen viestintäsuhde on sekä suhdekeskeinen että vastavuoroiseen yhteistyöhön pyrkivä. Tämä tarkoittaa käytännössä tuttavallista, luottamuksellista ja kumppanuksellista mutta ammatillista viestintäsuhdetta, jossa kummatkin osapuolet työskentelevät sitoutuneesti diabeetikon oma-aktiivisuuden vahvistamiseksi niin vastaanottotilanteissa kuin myös arkielämässä. Kyseisen suhteen luominen näyttäisi olevan diabeetikoiden mielestä pääasiallisesti lääkärin

viestintäkäyttäjyksen vastuulla hänen asiantuntija-asemansa vuoksi. Lääkärivetoisuus ei kuitenkaan tarkoita lääkärin dominoivaa viestintäkäyttäjyystä, vaan ennen kaikkea turvallisen keskusteluympäristön rakentamista potilaskeskeisten lähestymistapojen sekä diabeetikon arkielämään liittyvän ohjauksen kautta. Tällainen lääkärin viestintäkäyttäjyminen kannustaa parhaimmillaan myös diabeetikkoa osallistumaan vastaanotolla käytäviin keskusteluihin, mikä puolestaan edistää tarkoituksenmukaisten hoitosuunnitelmien luomista. Lääkäri-potilassuhteen sekä omahoidon onnistumisen kannalta olisi myös tärkeää, että diabeetikolla olisi oma-aloitteista halukkuutta osallistua vastavuoroisen yhteistyön ja kumppanuuden rakentamiseen muun muassa kyselymällä epäselväksi jääneitä asioita, seuraamalla säännöllisesti terveydentilaansa sekä etsimällä aktiivisesti tietoa sairauden hoidosta myös vapaa-ajalla.

Toisaalta on kuitenkin huomioitava, että kaikki diabeetikot eivät tulosten perusteella halua osallistua aktiivisesti vastaanotoilla käytäviin keskusteluihin, esimerkiksi vanhemmasta iästä, persoonallisuuspiirteistä sekä vieraasta vastaanottoympäristöstä johtuen (vrt. Arora & McHorney 2000; Moran et al. 2008). Toisaalta tutkimuskirjallisuudesta löytyy myös tutkimustuloksia, joiden mukaan diabeetikon toiveet ja tarpeet osallistumiseen liittyen ennen ja jälkeen vastaanottokäynnin näyttäisivät olevan kaksi eri asiaa (vrt. Golin et al. 2002). Täten näyttäisi olevan tärkeää, että lääkäri pyrkisi kunkin diabeetikon kanssa avoimesti keskustelemaan, millaista keskustelu- ja päätöksentekoprosessia diabeetikko odottaa sekä millä tavoin hän kokee voivansa niihin parhaiten osallistua.

Tulosten perusteella myös ohjauskeskustelujen toistuvuus saman lääkärin kanssa näyttäisi edistävän suhdekeskeisen ja vastavuoroisen yhteistyösuhteen aikaansaamista sekä omahoidon onnistumista. Jatkuvuuden myötä osapuolten on mahdollista tutustua toisiinsa sekä toistensa toimintatapoihin entistä paremmin, mikä edesauttaa keskinäisen luottamuksen rakentumista ja täten myös avoimemman sekä rehellisemmän keskusteluyhteyden saavuttamista - kuitenkin ammatillisen ja yksisuuntaisen asiantuntija-asiakassuhteen asettamissa rajoissa. Lisäksi diabeetikko voi jatkuvuuden myötä luottaa siihen, että lääkäri tuntee hyvin hänen hoitotaustansa. Tällöin myös ohjauskeskustelut perustuvat vahvalle tieto- ja tuntemispohjalle. Tuloksia tarkasteltaessa on kuitenkin huomioitava, että lääkärin ja diabeetikon välisen viestintäsuhteen sekä omahoidon onnistuminen ei aina edellytä jatkuvuutta. Lääkäri voi nimittäin luoda tuttavallisen vaikutelman jo ensimmäisellä tapaamiskerralla esimerkiksi sinuttelemalla, käyttämällä huumoria, puhumalla muista asioista kuin sairaudesta, olemalla kiinnostunut diabeetikon elämästä sekä käyttäytymällä ystävällisesti ja kohteliaasti. Lisäksi tuloksista on havaittavissa, että viestintäsuhteeseen saattaa muodostua jatkuvuuden myötä myös toimimattomia sekä vaikeasti muutettavia viestinnällisiä rutiineja, jotka saattavat olla



omahoidon kannalta haitallisia. Täten lääkäri-potilassuhteen jatkuvuutta tärkeämpää näyttäisi olevan se, että lääkäri onnistuisi luomaan jokaisella vastaanottokäynnillä tuttavallisen, luottamuksellisen, potilaskeskeisen sekä yhteistyöhön pyrkivän keskusteluyhteyden.

### **9.3 Jatkotutkimusaiheet ja viestinnälliset kehitysehdotukset**

Tutkimusten mukaan merkittävänä kansanterveydellisenä sekä -taloudellisena ongelmana pidetty tyypin 2 diabetes tulee tulevaisuudessa yleistymään entisestään niin Suomessa kuin myös muualla maailmassa. Kansainvälisen diabetesliiton arvion mukaan nykyinen sairastavien lukumäärä voi peräti kaksinkertaistua seuraavien kahden vuosikymmenen aikana (Tutkimus: joka kolmannella amerikkalaisella diabetes vuonna 2050, 22.10.2010). Vaikka viimeisimmät hoitotulokset ovat lupailleet hyvää diabeteksen hoidon kehitystä ajatellen, eri alojen tutkijoiden on kuitenkin myös jatkossa tehtävä yhdessä aktiivisesti työtä sen selvittämiseksi, millaisin keinoin kyseistä sairautta voitaisiin paremmin ennaltaehkäistä sekä hoitaa lisäsairauksien välttämiseksi. Tässä tutkimusyhteistyössä myös terveystiedon alan tutkijoilla tulisi olla tärkeä rooli, sillä hoidonantajan ja diabeetikon välisellä viestintäsuhteella on havaittu olevan keskeinen merkitys diabeteksen hoitoprosessin onnistumisen kannalta.

Tämän tutkielman tulosten perusteella lääkärin ja diabeetikon välisen viestintäsuhteen merkitystä omahoidon onnistumisen kannalta olisi jatkossa hyödyllistä tutkia ensinnäkin tarkemmin rajattujen kohdejoukkojen avulla. Tällaisia rajausperusteita voisivat olla ikä, sukupuoli, lääkäri-potilassuhteen kesto sekä sairastavuusaika. Lisäksi tulevissa tutkimuksissa olisi hyödyllistä, jos lääkäri-potilassuhteita sekä omahoitokeskusteluja tarkasteltaisiin pienemmissä osa-alueissa. Tällä tavalla toimittaessa lääkäri-potilassuhteen viestinnällisten tekijöiden yhteydet saattaisivat tulla entistä näkyvimmiksi sekä paremmin jäsenneyiksi. Tällöin tuloksia saattaisi olla myös helpompi verrata myös muihin pitkäaikaissairaiden lääkäri-potilassuhteita koskeviin tutkimuksiin. Yksi tällainen rajattu tutkimusaihe voisi olla esimerkiksi ohjausvuorovaikutuksen tarkastelu sairauden diagnosoinnin yhteydessä. Tämän tutkielman haastatteluaineistosta kävi nimittäin ilmi, että onnistunut diagnosointikokemus voi luoda hyvän pohjan toimivalle lääkäri-potilassuhteelle sekä omahoitoprosessille. Toisaalta se näyttäisi voivan myös hankaloittaa kyseistä hoitoprosessia, mikä osaltaan perustelee diagnosointiin liittyvien viestinnällisten tekijöiden tarkempaa analysointitarvetta. Tällainen tutkimus antaisi arvokasta tietoa esimerkiksi suomalaisille terveydenhuoltojärjestelmille diagnosointitapahtuman merkityksestä diabeetikoille sekä siitä, millaisia viestinnällisiä asioita

diagnoosin kertomisessa sekä ensimmäisissä omahoitokeskusteluissa hoidonantajien olisi hyvä ottaa huomioon.

Tutkimuksen kohdejoukon sekä tutkittavan aiheen rajaamisen lisäksi olisi tärkeää, että tulevaisuudessa lääkärin ja diabeetikon välistä viestintäsuhdetta tutkittaisiin myös kokonaisvaltaisempaan viestinnällisenä ilmiönä, jotta aiheesta tehdyt tutkimukset eivät jäisi liian kapea-alaisiksi. Yksi mielenkiintoinen ja ajankohtainen kokonaisvaltaisempi tutkimusaihe olisi esimerkiksi lääkärin ja diabeetikon välisen viestintäsuhteen jatkuvuus. Tämän tutkielman tulosten perusteella näyttäisi siltä, että diabeetikot toivovat lääkäri-potilassuhteiltaan jatkuvuutta, ja että jatkuvuus on omahoidon onnistumista edistävä tekijä. Toisaalta tuloksista kävi kuitenkin ilmi, että jatkuvuus ei ole lääkäri-potilassuhteen sekä omahoidon onnistumisen välttämätön kriteeri. Lisäksi se saattaa myös osaltaan aiheuttaa haitallisia vuorovaikutuksellisia rutiineja, tai ainakin vaikeuttaa niiden purkamista. Tulevissa tutkimuksissa olisikin merkityksellistä syventää käsityksiä siitä, millainen lääkärin ja diabeetikon välinen viestintäsuhde määrittää jatkuvaksi, millä tavoin lääkäri ja diabeetikko pyrkivät rakentamaan jatkuvaa viestintäsuhdetta, millaisia muutoksia kyseisessä suhteessa jatkuvuuden myötä tapahtuu sekä millä tavoin jatkuvuus voi edistää tai haitata omahoitoprosessin onnistumista. Tällaisten tutkimustulosten saavuttaminen saattaisi onnistua parhaiten havainnointimenetelmällä toteutettavien seurantatutkimusten avulla, joissa tutkija voisi analysoida esimerkiksi videokuvan perusteella lääkärin ja diabeetikon välisiä vuorovaikutustilanteita säännöllisin väliajoin vuoden tai kahden verran. Ongelmana seurantatutkimuksissa ovat kuitenkin lääkäri-potilassuhteisiin liittyvät luonnolliset muutokset, kuten lääkärin tai diabeetikon muutto toiselle paikkakunnalle. Toisaalta on kuitenkin oletettavaa, että lääkäri-potilassuhteiden jatkuvuus ei ole katoava ilmiö niiden toivottavuuden vuoksi, ja tästä syystä esimerkiksi yksityiset terveysasemat saattaisivat olla potentiaalisia pidempiaikaisten lääkäri-potilassuhteiden etsintäkohteita kyseisiä seurantatutkimuksia ajatellen.

Keskeinen jatkotutkimusaihe on tämän tutkielman perusteella myös lääkärivetoisuuden sekä diabeetikon viestintäkäyttäytymisen välinen suhde. Tulosten perusteella diabeetikot näyttäisivät pitävän lääkärivetoisuutta keskeisimpänä ohjauskeskustelujen onnistumiseen liittyvänä tekijänä, sillä lääkärin odotetaan olevan keskustelun ohjaaja, tiedon oma-aloitteinen tarjoaja sekä hoitovaihtoehtojen esittelijä. Tulosten perusteella lääkäri näyttäisi olevan myös kumppanuuden rakentaja, sosiaalisen tuen antaja sekä diabeetikon osallistumisaktiivisuuden lisääjä. Lisäksi tuloksia tarkasteltaessa mielenkiintoisesti havaittiin, että lääkärivetoinen viestintäkäyttäytyminen ei ole keskeisessä roolissa vain diabeetikon osallistumisaktiivisuuden lisäämisessä, vaan myös sen

ohjaamisessa ja kehittämisessä, sillä myös haastateltavien omaa viestintäkäyttäytymistä koskevat muutokset näyttäisivät olevan ainakin jollakin tavoin lääkärin viestintäkäyttäytymisestä kiinni. Tätä aikaisempiin tutkimuksiin nähden tuoretta havaintoa sekä yleensä lääkärin viestintäkäyttäytymisen merkitystä diabeetikon viestintäkäyttäytymiselle olisi olennaista tutkia jatkossa lisää.

Toisaalta tutkielmassa kuitenkin havaittiin aikaisempien tutkimusten tavoin, että myös diabeetikon halukkuus osallistua aktiivisesti keskusteluihin näyttäisi vaikuttavan diabeetikon ja lääkärin välisen vuorovaikutuksen onnistumiseen. Tähän halukkuuteen saattavat puolestaan olla yhteydessä useat eri tekijät, kuten ikä, persoonallisuuspiirteet sekä vieras vastaanottoympäristö (ks. esim. Arora & McHorney 2000; Moran et al. 2008). Tämän tutkielman perusteella diabeetikon osallistumis- halukkuuteen saattaisivat vaikuttaa myös diabeetikon tietotaito sairauden hoidosta, hyvien hoitotulosten saavuttaminen sekä epävarmuus omista viestintätaidoista. Näitä diabeetikon keskusteluhalukkuuteen liittyviä tekijöitä tulisi myös jatkossa tutkia tarkemmin, jotta kyseiset tekijät voitaisiin ottaa paremmin ohjauskeskusteluissa huomioon.

Tärkeä tulevaisuuden jatkotutkimusaihe on tämän tutkielman perusteella myös lääkärin ja diabeetikon välisten omahoitokeskustelujen viestinnällinen kehittäminen. Tuloksista kävi nimittäin ilmi, että diabeetikot näyttäisivät kohdistavan kyseisiin keskusteluihin paljon viestinnällisiä odotuksia, vaikka toisaalta koko vastaanottokäyntiin lääketieteellisine toimenpiteineen on yleensä varattu aikaa vain 15-40 minuuttia. Toisaalta nämä kyseiset odotukset, esimerkiksi lääkäri-vetoisuuteen, kumppanuuden rakentamiseen, arkielämän hoitokokemusten käsittelemiseen sekä tiedon tarjoamiseen liittyen ovat kuitenkin myös aikaisempien tulosten perusteella merkittävästi yhteydessä potilastyytyväisyyteen, hoitomyöntyvyyteen sekä terveydellisiin seurauksiin, joten niitä ei olisi myöskään syytä ohjauskeskusteluissa sivuuttaa.

Koska jatkuvia lääkäri-potilassuhteita ei ole mahdollista tarjota kaikille diabeetikoille, olennaisempaa tutkimuksissa olisi keskittyä sen pohtimiseen, millaisin keinoin yksittäisistä seurantakäynneistä saataisiin viestinnällisesti mahdollisimman onnistuneita ja tarkoituksenmukaisia. Keskeinen kysymys tulevissa tutkimuksissa tulisi tämän tutkielman perusteella liittyä siihen, millä tavoin lääkärin ja diabeetikon välisestä vuorovaikutuksesta saadaan vastavuoroista ja suhdekeskeistä sekä yhteistyöhön tähtäävää. Koska diabeetikoiden käsityksen mukaan kyseisen yhteistyösuhteen saavuttaminen näyttäisi olevan erityisesti lääkärin viestintäkäyttäytymisestä kiinni, myös lääkärin näkemyksiä vastaanottotilanteen onnistuneisuudesta sekä osapuolten keskinäisistä rooleista olisi olennaista kartoittaa. Tällä tavoin toimimalla kummankin osapuolen näkemykset



tyypin 1 diabetes, tyypin 2 diabetes, ruokavalio, varoitusmerkit mahdollisista akuuteista ongelmista, verensokerin seuranta (2-osainen), vastaanottokäynneille valmistautuminen sekä liikunta. Tutkimustuloksista kävi ilmi, että diabeetikot pitivät videokoulutusta hyödyllisenä, selkeänä, vertaistukea antavana ja informatiivisena, ja monet alkoivat harkita oman käyttäytymisensä muuttamista vastaanottokäynntejä ajatellen. Osan tutkittavien mielestä videokoulutus toimi heille suorastaan sysäyksenä diabetes-aiheisten keskustelujen käymiseen lääkärinsä kanssa. Kyseiset tutkimustulokset antavat viitteitä siitä, että potilaiden kouluttamisella on mahdollista parantaa heidän tietotaitoaan sekä näin rohkaista heitä osallistumaan aktiivisemmin vastaanottokäynneillä lääkärin kanssa käytäviin keskusteluihin. Täten voisi olettaa, että vastaavanlaisella koulutuksella voitaisiin saada aikaan hyviä tuloksia myös Suomessa - varsinkin, jos diabeetikoiden olisi mahdollisuus kouluttautua kotona. Tämä ei kuitenkaan tulisi tarkoittaa sitä, että vastuu hoidon ohjauksesta siirtyy kokonaan tekniikan varaan. Sen sijaan videokoulutus, tai ehkä mieluummin dvd-koulutus, voisi toimia varsinkin sairauden alkuvaiheessa apuvälineenä omahoitoon sitouttamisessa sekä keskustelun aktivoimisessa hoitohenkilökunnan kanssa. Lisäksi kyseinen koulutus voisi olla hyödyllinen ja kannustava tietopaketti myös diabeetikoiden perheenjäsenille ja ystäville, joiden antama sosiaalinen tuki näyttäisi olevan tärkeä omahoidon onnistumista edistävä tekijä.

Shuen ja kumppaneiden (2010) tutkimaa videokoulutusta ei voitaisi kuitenkaan soveltaa suoraan suomalaiseen yhteiskuntaan muun muassa kulttuuristen viestinnällisten eroavaisuuksien ja erilaisten hoitokäytänteiden vuoksi. Tästä syystä vastaavanlaisen suomalaisen koulutuksen kehittäminen edellyttäisi paikallisista asiantuntijoista koostuvan moniammatillisen työryhmän perustamista, jotta käsiteltävät asiat olisivat mahdollisimman tarkoituksenmukaisia suomalaisille diabeetikoille. Lisäksi kyseinen hanke edellyttäisi tarkempaa selvitystyötä omahoitokeskustelujen sisällöistä ja ohjausvuorovaikutusrakenteista sekä diabeetikoiden että lääkärin näkökulmasta, jotta diabeetikkoja pystyttäisiin ohjaamaan eri mediavälineiden avulla entistä paremmin.

Tutkielman lopuksi vielä todettakoon, että kuten tuloksissa havaittiin, lääkärin viestintäkäyttäytymiseen liittyvillä pienillä sekä ajallisesti vähän vievillä tekijöillä voi olla suuri merkitys lääkäri-potilaskohtaamisen onnistumisen kannalta. Tällaisia tekijöitä ovat esimerkiksi hymyileminen, huumorin käyttö, sinutteleminen, kädestä tervehtiminen sekä ystävällinen ja kohtelias käyttäytyminen. Tulosten perusteella voisi olettaa, että jos myös diabeetikko pyrkisi lääkärin kanssa tämänkaltaiseen viestintäkäyttäytymiseen, kyseisillä kohtaamisilla olisi entistä paremmat mahdollisuudet onnistua. Täten seurantakäyntien vuorovaikutuksellinen onnistuminen ei

välttämättä edellytä aikaa vieviä ja uusia viestinnällisiä toimenpiteitä vaan sellaisten vuorovaikutuskäyttäytymisperiaatteiden kertaamista, joilla toivoisi myös itseään viestintätilanteissa kohdeltavan.

## KIRJALLISUUS

- Arborelius, E. & Thakker, K. D. 1995. Why is it so difficult for general practitioners to discuss alcohol with patients? *Family Practice* 12, 419-422.
- Arborelius, E. 1996. Using doctor-patient communication to affect patients' lifestyles. Theoretical and practical implications. *Psychology and Health* 11, 845-855.
- Aromaa A. & Koskinen S. (toim.) 2002. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 - tutkimuksen päätulokset. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002.
- Arora, N. K. & McHorney, C. A. Patient preferences for medical decision making. Who really wants to participate? *Medical Care* 2000 (38), 335-341.
- Beach, M. C. & Inui, T. 2006. Relationship-centered care: a constructive reframing. *Journal of General Internal Medicine* 21 (1), 3-8.
- Beisecker, A. & Beisecker, T. D. 1990. Patient information-seeking behaviors when communicating with doctors. *Medical Care* 28 (1), 19-28.
- Bertakis, K. D., Callahan, E. J., Helms, L. J., Azari, R., Robbins, J. A. & Miller, J. 1998. Physician practice styles and patient outcomes: differences between family practice and general internal medicine. *Medical Care* 36, 879-891.
- Blackwell, B. 1996. From compliance to alliance. A quarter century of research. *Netherlands Journal of Medicine* 48, 140-149.
- Blanchard, C. G., Labrecque, M. S., Ruckdeschel J. C. & Blanchard, E. B. 1988. Information and decision-making preferences of hospitalized adult cancer patients. *Social Science Medicine* 26 (11), 1139-1145.
- Branch, W. T. Jr. 2000. Is the therapeutic nature of the patient-physician relationship being undermined. A primary care physician's perspective. *Archives of Internal Medicine* 160, 2257-2260.
- Brody, D. S. 1980. The patient's role in clinical decision-making. *Annals of Internal Medicine* 93, 718-722.
- Brown, J. B., Stewart, M. & Ryan, B. L. 2003. Outcomes of patient-provider interaction. Teoksessa T. L. Thompson, A. M. Dorsey, K. I. Miller & R. Parrott (toim.) 2003. Handbook of health communication. Mahwah: Lawrence Erlbaum, 141-161.

- Buller, M. K. & Buller, D. B. 1987. Physicians' communication style and patient satisfaction. *Journal of Health and Social Behaviour* 28, 375-388.
- Burke, J. A., Earley, M., Dixon, L. D., Wilke, A. & Puczynski S. 2006. Patients with diabetes speak: exploring the implications of patients' perspectives for their diabetes appointments. *Health Communication* 19 (2), 103-114.
- Cegala, D. J. & Broz, S. L. 2003. Provider and patient communication skills training. Teoksessa T. L. Thompson, A. M. Dorsey, K. I. Miller & R. Parrott (toim.) 2003. *Handbook of health communication*. Mahwah: Lawrence Erlbaum, 95-120.
- Comstock, L. M., Hooper, E. M., Goodwin, J. M. 1982. Physician behaviors that correlate with patient satisfaction. *Journal of Medical Education* 57 (2), 105-112.
- Dibbelt, S., Schaidhammer, M., Fleischer, C. & Greitemann, B. 2009. Patient-doctor interaction in rehabilitation: the relationship between perceived interaction quality and long-term treatment results. *Patient Education and Counseling* 76, 328-335.
- DiMatteo, M. R., Taranta, A., Friedman H. S. & Prince, L. M. 1980. Predicting patient satisfaction from physicians' nonverbal communication skills. *Medical Care* 28 (4), 376-387.
- DiMatteo, M. R., Reiter, R. C. & Gambone J. C. 1994. Enhancing medication adherence through communication and informed collaborative choice. *Health Communication* 4, 234-265.
- DiMatteo, M. R. 2004. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Medical Care* 42, 200-209.
- Duck, S. & Pittman, G. 1994. Social and personal relationships. Teoksessa M. L. Knapp & G. R. Miller (toim.). *Handbook of interpersonal communication*. Toinen painos. Thousand Oaks: Sage, 676-695.
- Emanuel, E. J. & Emanuel, L. L. 1992. Four models of the physician-patient relationship. *Journal of the American Medical Association* 267, 2221-2226.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere: Vastapaino.
- Fallowfield, L. J., Hall, A., Maguire, G. P. & Baum, M. 1990. Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial. *British Medical Journal* 22 (301), 575-580.
- Franciosi, M., Pellegrini, F., De Berardis, G. Belfiglio, M., Di Nardo, B., Greenfield, S., Kaplan, S. H., Sacco, M., Tognoni, G., Valentini, M. & Nicolucci, A. 2004. Correlates of satisfaction for the relationship with their physician in type 2 diabetic patients. *Diabetes Research and Clinical Practice* 66, 277-286.



- Gambling, T. & Long, A. F. 2009. The realisation of patient-centered care during a 3-year proactive telephone counselling self-care intervention for diabetes. *Patient Education and Counseling* 80 (2), 219-226.
- Garrity, T. F. 1981. Medical compliance and the clinician-patient relationship: a review. *Medical Psychology* 15, 215-222.
- Gerber, B. S., Lawless, I. G., Smolin, L. I., Arozullah, A. M., Smith, E. V., Berbaum, M. L., Heckerling, P. S. & Eiser, A. R. 2005. Implementation and evaluation of a low-literacy diabetes education computer multimedia application. *Diabetes Care* 28, 1574-1580.
- Gerlander, M. 2003. Jännitteet lääkärin ja potilaan välisessä viestintäsuhteessa. Väitöskirja. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Glasgow, R. E., Toobert, D. J. & Gillette, C. D. 2001. Psychosocial barriers to diabetes self-management and quality of life. *Diabetes Spectrum* 14, 33-41.
- Goldstein, S., Fischer, P. M., Richards, J. W., Goldstein, A. & Shank, J. C. 1987. Smoking counseling practices of recently trained family physicians. *Journal of Family Practice* 24, 195-197.
- Golin, C. E., DiMatteo, M. R. & Gelberg, L. 1996. The Role of patient participation in the doctor visit: implications for adherence to diabetes care. *Diabetes care* 19, 1153-1164.
- Golin, C., DiMatteo, R., Duan, N., Leake, B. & Gelberg, L. 2002. Improverished diabetic patients whose doctors facilitate their participation in medical decision making are more satisfied with their care. *Journal of General Internal Medicine* 17, 866-875.
- Graig, R. T. 1999. Communication theory as a field. *Communication Theory* 9 (2), 119-161.
- Greene, M. G., Adelman, R. D., Friedmann, E. & Charon, R. 1994. Older patient satisfaction with communication during an initial medical interview. *Journal of the American Geriatrics Society* 42, 413-419.
- Haezen-Klemens, I. & Lapinska, E. 1984. Doctor-patient interaction, patients' health behaviour and effects of treatment. *Social Science & Medicine* 19, 9-18.
- Hall, J. A., Roter, D. L. & Rand, C. S. 1981. Communication of affect between patient and physician. *Journal of Health and Social Behavior* 22, 18-30.
- Hall, J. A., Roter, D. L. & Katz, N. R. 1987. Task versus socio-emotional behaviors in physicians. *Medical Care* 25, 399-412.
- Hall, J. A. & Dornan, M. C. 1988. What patients like about their medical care and how often they are asked: A meta-analysis of the satisfaction literature. *Social Science and Medicine* 27, 637-644.

- Hampson, S. E., McKay, H. G. & Glasgow, R. E. 1996. Patient-physician interactions in diabetes management: consistencies and variation in the structure and content of two consultations. *Patient Education and Counseling* 29, 49-58.
- Heisler, M., Cole, I., Weir, D., Kerr, E. A & Hayward, R. A. 2007. Does physician communication influence older patients' self-management and glygemic control? Results from the health and retirement study (HRS). *Journal of Gerontology* 62A (12), 1435-1442.
- Himanen, O. 2009a. Diabeteksen kanssa elämisen aakkoset. Teoksessa P. Ilanne-Parikka, T. Rönnemaa, M-L Saha & T. Sane (toim.) 2009. *Diabetes*. 6. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 49–51.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2006. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hogbin, B. & Fallowfield, L. J. 1989. Getting it taped: the bad news consultation with cancer patients. *British Journal of Hospital Medicine* 41 (4), 330-333.
- Ilanne-Parikka, P. 2009b. Tyypin 2 diabeteksen hoito. Teoksessa P. Ilanne-Parikka, T. Rönnemaa, M-L Saha & T. Sane (toim.) 2009. *Diabetes*. 6. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 214-245.
- Jarvala, T., Raitanen, J. & Rissanen, P. 2009. Diabeteksen kustannukset Suomessa 1998-2007. Kansallinen diabetesohjelma Dehko. Suomen Diabetesliitto ry. <http://www.diabetes.fi/files/1264/Kustannusraportti.pdf> Luettu 22.11.2010.
- Johannesen, R. L. 1990. *Ethics in human communication*. Illinois: Waveland Press Inc.
- Johnson, J. E., Nail, L. M., Lauver, D., King, K. B. & Keys, H. 1988. Reducing the negative impact of radiation therapy on functional status. *Cancer* 61, 46-51.
- Kaplan, S. H., Greenfield, S. & Ware, J. E. Jr. 1989. Impact of the doctor-patient relationship on the outcomes of chronic disease. Teoksessa Stewart, M. & Roter, D. (toim.) *Communicating with medical patients*. Newbury Park: Sage, 228-245.
- Kiuru, P., Poskiparta, M. Kettunen, T., Saltevo, J. & Liimatainen, L. 2004. Advice-giving styles by finnish nurses in dietary counseling concerning type 2 diabetes care. *Journal of Health Communication* 9, 337-354.
- Kjellgren, K. I., Ahlner, J. & Saljo, R. 1995. Taking antihypertensive medication: controlling or co-operating with patients? *International Journal of Cardiology* 47, 257-268.
- Koehler, W. F., Fottler, M. D. & Swan, J. E. 1992. Physician-patient satisfaction: equity in the health service encounters. *Medical Care Review* 49, 455-484.

- Kokanovic, R. & Manderson, L. 2007. Exploring doctor-patient communication in immigrant australians with type 2 diabetes: a qualitative study. *Journal of General Internal Medicine* 22 (4), 459-463.
- Kreps, G. L., Bonacuro, E. W. & Query, Jr. J. L. 1998. The history and development of the field of health communication. Teoksessa L. D. Jackson & B. K. Duffy (toim.). *Health communication research. A guide to developments and directions*. Westport: Greenwood, 1-16.
- Kukkola, S. 1997. Kommunikatiivinen potilas-hoidonantajasuhde. Tutkimus halutun ja saadun kommunikaation vastaavuudesta perusterveydenhuollossa. Väitöskirja. Helsinki: Yliopistopaino.
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineiston hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.
- Kyngäs, H. & Vanhanen L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11, 4-11.
- Levinson, W., Roter, D. L., Mullooly, J., Dull, V. & Frankel, R. (1997). Doctor-patient communication: a critical link to malpractice in surgeons and primary care physicians. *Journal of the American Medical Association* 227, 553-559.
- Li, H. Z., Koehn, C., Desroches, N. G., Yum, Y. & Deagle, G. 2007. Asymmetrical talk between physicians and patients: a quantitative discourse analysis. *Canadian Journal of Communication* 32, 417-433.
- Littlejohn, S. W. 2002. *Theories of human communication*. 7. painos. Belmont: Wadsworth.
- Makoul, G., Arntson, P. & Schofield, T. 1995. Health promotion in primary care: physician-patient communication and desicion making about prescription medications. *Social Science & Medicine* 41 (9), 1241-1254.
- Martin, L. R., Williams, S. L., Haskard, K. B. & DiMatteo, M. R. 2005. The challenge of patient adherence. *Journal of Therapeutics and Clinical Risk Management* 1 (3), 189-199.
- Marttila, J. 2009a. Meneekö koko elämä uusiksi? Teoksessa P. Ilanne-Parikka, T. Rönnemaa, M-L Saha & T. Sane (toim.) 2009. *Diabetes*. 6. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 46-47.
- Marttila, J. 2009c. Miten kaiken uuden oppii hallitsemaan? Teoksessa P. Ilanne-Parikka, T. Rönnemaa, M-L Saha & T. Sane (toim.) 2009. *Diabetes*. 6. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 48-49.
- Marttila, J. 2009d. Diabeteksen omahoidossa jaksaminen. Teoksessa P. Ilanne-Parikka, T. Rönnemaa, M-L Saha & T. Sane (toim.) 2009. *Diabetes*. 6. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 53-55.
- Marttila, J. 2009e. Diabetes ja mieliala. Teoksessa P. Ilanne-Parikka, T. Rönnemaa, M-L Saha & T. Sane (toim.) 2009. *Diabetes*. 6. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 55-56.

- Marttila, J. 2009f. Diabeteksen omahoidon tukiverkostot. Teoksessa P. Ilanne-Parikka, T. Rönnemaa, M-L Saha & T. Sane (toim.) 2009. Diabetes. 6. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 56-57.
- Matthews, S. M., Peden, A. R. & Rowles, G. D. 2009. Patient-provider communication: understanding diabetes management among adult females. *Patient Education and Counseling* 76 (1), 31-37.
- McLane, C. G., Zyzanski, S. J. & Flocke, S. A. 1995. Factors associated with medication noncompliance in rural elderly hypertensive patients. *American Journal of Hypertension* 8, 206-209.
- Moran, J., Bekker, H. & Latchford, G. 2008. Everyday use of patient-centered, motivational techniques in routine consultations between doctors and patients with diabetes. *Patient Education and Counseling* 73, 224-231.
- Mäkelä, K. 1990. Kvalitatiivisen analyysin arviointiperusteet. Teoksessa K. Mäkelä (toim.) Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Helsinki: Gaudeamus, 42-61.
- Ong, L. M. L., De Haes, J. C. J. M., Hoos, A. M. & Lammes, F. B. 1995. Doctor-patient communication: A review of the literature. *Social Science Medicine* 40 (7), 903-918.
- Peräkylä, A., Eskola, K. & Sorjonen, M-L. 2001. Lääkärin ja potilaan vuorovaikutus tarkastelun kohteena. Teoksessa M-L. Sorjonen, A. Peräkylä & K. Eskola (toim.). Keskustelu lääkärin vastaanotolla. Tampere: Vastapaino, 7-26.
- Pettersgrew, L. S. & Logan, R. 1987. The health care context. Teoksessa C. R. Berger & S. H. Chaffee (toim.). *Handbook of communication science*. Newbury Park: Sage, 675-710.
- Piette, J. D., Schillinger, D., Potter, MB & Heisler, M. 2003. Dimensions of patient-provider communication and diabetes self-care in an ethnically diverse population. *Journal of General Internal Medicine* 18(8), 624-633.
- Pyörälä, E. 2000. Interaction in dietary counselling of diabetic children and adolescents. *Kansanterveystieteen julkaisuja M 173*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Rao, J. K., Weinberger, M. & Kroenke, K. 2000. Visit-specific expectations and patient-centered outcomes: a literature review. *Archives of Family Medicine* 9, 1148-1155.
- Richards, J. W. 1992. Words as therapy: smoking cessation. *Journal of Family Practice* 34, 687-692.
- Rickheim, P. L., Weaver, T. W., Flader, J. L. & Kendall D. M. 2002. Assessment of group versus individual diabetes education: a randomized study. *Diabetes Care* 25, 269-274.
- Rogers, C. R. 1967. Some learnings from a study of psychotherapy with schizophrenics. Teoksessa C. R. Rogers & B. Stevens (toim.), *Person to person: the problem of being human*. Lafayette: Real People Press, 181-192.

- Roter, D. L., Hall, J. A., Merisca, R. Ruehle, B., Cretin, D. & Svarstad, B. 1988. Effectiveness of interventions to improve patient compliance: a meta-analysis. *Medical Care* 36, 1138-1161.
- Roter, D. 1989. Which facets of communication have strong effects on outcome: a meta-analysis. Teoksessa M. Stewart & D. Roter. (Toim.), *Communicating with medical patients*. Newbury Park: Sage, 183-197.
- Roter, D. L., Hall J. A., Kern D. E., Barker L. R., Cole, K. A. & Roca, R. P. 1995. Improving physician's interviewing skills and reducing patients' emotional distress: a randomized clinical trial. *Archives of Internal Medicine* 155, 1877-1884.
- Roter, D. L., Stewart, M., Putnam, S., Lipkin, M., Stiles, W. & Inui, T. 1997. Communication patterns of primary care physicians. *Journal of the American Medical Association* 270, 350-355.
- Roter, D. & McNeilis, K. S. 2003. The nature of the therapeutic relationship and the assessment of its discourse in routine medical visits. Teoksessa T. L. Thompson, A. M. Dorsey, K. I. Miller & R. Parrott (toim.) 2003. *Handbook of health communication*. Mahwah: Lawrence Erlbaum, 121-140.
- Roter, D. L. & Hall, J. A. 2006. *Doctors talking with patients/ patients talking with doctors. 2. painos*. Westport: Praeger Publishers.
- Ruben, B.D. 1993. What patients remember: A content analysis of critical incidents in health care. *Health Communication* 5, 99-112.
- Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. (toim.) 2005. *Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus*. Tampere: Vastapaino.
- Saraheimo, M. 2009. Tyypin 2 diabetes. Teoksessa P. Ilanne-Parikka, T. Rönnemaa, M-L Saha & T. Sane (toim.) 2009. *Diabetes. 6. painos*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 30-32.
- Saraheimo, M. & Sane, T. 2009 (toim.). *Diabetes lisääntyy. 6.painos*. Teoksessa P. Ilanne-Parikka, T. Rönnemaa, M-T. Saha & T. Sane. 2009. *Diabetes*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 13-14.
- Schillinger, D., Bindman, A., Wang, F., Stewart, A. & Piette, J. 2004. Functional health literacy and the quality of physician-patient communication among diabetes patients. *Patient Education and Counseling* 52 (3), 315-323.
- Schultz, J. A., Sprague, M. A., Branen, L. J. & Lambeth, S. 2001. A comparison of views of individuals with type 2 diabetes mellitus and diabetes educators about barriers to diet and exercise. *Journal of Health Communication* 6, 99-115.
- Schneider, C. E. 1998. *The practise of autonomy: patients, doctor and medical decisions*. New York: Oxford University Press.

- Sharf, B. F. & Street, R. L. Jr. 1997. The patient as a central construct: shifting the emphasis. *Health Communication* 9, 1-11.
- Shaw, A., Ibrahim, S., Reid, F., Ussher, M. & Rowlands, G. 2009. Patients' perspectives of the doctor-patient relationship and information giving across of literacy levels. *Patient Education and Counseling* 75, 114-120.
- Shue, C. K., O'Hara, L. S. L., Marini, D., McKenzie, J. & Schreiner, M. 2010. Diabetes and low-health literacy: a preliminary outcome report of a mediated intervention to enhance patient-physician communication. *Communication Education* 59 (3), 360-373.
- Sigman, S. J. 1995. Order and continuity in human relationships. A social communication approach to defining "relationship". Teoksessa W. Leeds-Hurwitz (toim.). *Social approaches to communication*. New York: The Guilford Press, 188-200.
- Squier, R. W. 1990. A model of empathic understanding and adherence to treatment regimens in practitioner-patient relationships. *Social Science & Medicine* 30, 325-39.
- Stewart, M. A. 1995. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Canadian Medical Association Journal* 152, 1423-1433.
- Stewart, M., Brown, J. B., Donner, A., McWhinney, I. R., Oates, J., Weston, W. W. & Jordan, J. 2000. The impact of patient-centered care on outcomes. *The Journal of Family Practice* 49 (9), 796-804.
- Stewart, M. 2004. Continuity, care and commitment: the course of patient-clinician relationships. *Annual Family Medicine* 2, 388-390.
- Street, R. L., Piziak, V. K., Carpentier, W. S., Herzog, J., Hejl, J., Skinner, G. & McLellan, L. 1993. Provider-patient communication and metabolic control. *Diabetes Care* 16, 714-721.
- Suomen Diabetesliitto ry. 2009. Tyypin 2 diabetes – opas aikuistyyppin diabeetikolle. 5. painos. Jyväskylä: Gummerus.
- Thompson, T. L. & Parrott, R. 2002. Interpersonal communication and health care. Teoksessa M. L. Knapp & J. A. Daly (toim.). *Handbook of interpersonal communication*. Thousand Oaks: Sage, 680-725.
- Thorne, S. E., Harris, S. R., Mahoney, K., Con, A. & McGuinness, L. 2004. The context of health care communication in chronic illness. *Patient Education and Counseling* 54, 299-306.
- Toljamo, M. 1998. Insuliinihoitoisten diabeetikkojen omahoito. Väitöskirja. Oulu: Oulun yliopisto.
- Tuckett, D., Boulton, M., Olson, C. & Williams, A. 1985. *Meetings between experts*. New York: Tavistock Publications.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Tammi.

Tutkimus: Joka kolmannella amerikkalaisella diabetes vuonna 2050.

[http://yle.fi/uutiset/terveys\\_ja\\_hyvinvointi/2010/10/tutkimus\\_joka\\_kolmannella\\_amerikkalaisella\\_diabetes\\_vuonna\\_2050\\_2080715.html](http://yle.fi/uutiset/terveys_ja_hyvinvointi/2010/10/tutkimus_joka_kolmannella_amerikkalaisella_diabetes_vuonna_2050_2080715.html). Julkaistu 22.10.2010. Luettu 22.10.2010.

- Valo, M. 2000. Tietokonevälitteinen vuorovaikutus. Teoksessa H-P. Lappalainen (toim.). Virikkeitä viestintävalmiuksien arviointiin. Helsinki: Opetushallitus, 39-53.
- van Dam, H. A., van der Horst, F., van der Borne, B., Ryckman, R. & Crebolder, H. 2003. Provider-patient interaction in diabetes care: effects on patient self-care and outcomes. A systematic review. *Patient Education and Counseling* 51, 17-28.
- van Dulmen, A., Verhaak, P. & Bilo, H. J. G. 1997. Shifts in doctor-patient communication during a series of outpatient consultations in non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Patient Education and Counseling* 30, 227-237.
- Vermeire, E., Hearnshaw, H., Van Royen, P. & Denekens, J. 2001. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* 26, 331-342.
- Virtanen, J. 2006. Fenomenologia laadullisen tutkimuksen lähtökohtana. Teoksessa J. Metsämuuronen (toim.) Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Helsinki: International Methelp Ky, 149-214.
- Virtanen, V. 1991. Lääkärin ja potilaan hoitosuhde. Tutkimus perusterveydenhuollon lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksesta. Väitöskirja. Oulu: Oulun yliopisto.
- Waitzkin, H. 1984. Doctor-patient communication. Clinical implications of social scientific research. *Journal of the American Medical Association* 252 (17), 2441-2446.
- Weijts, W. 1994. Responsible health communication: taking control of our lives. *American Behavioral Scientist* 38, 257-270.
- Weiss, L. J. & Blustein, J. 1996. Faithful patients: the effect of long-term physician-patient relationships on the costs and use of health care by older Americans. *American Journal of Public Health* 86, 1742-1747.
- Williams, G. C., Freedman, Z. R., Deci, E. I. 1998. Supporting autonomy to motivate patients with diabetes for glucose control. *Diabetes Care* 21, 1644-1651.
- Williams, S., Weinman, J. & Dale, J. 1998. Doctor-patient communication and patient satisfaction: a review. *Family Practice* 15, 480-492.

# LIITTEET

## LIITE 1

### TEEMAHAASTATTELURUNKO

#### \* Taustatiedot

- ikä
- kauanko sairastanut, hoitohistoria lyhyesti
- millaisia ja minkä mittaisia lääkäri-potilassuhteita ollut
- millainen lääkäri hoitaa? (työterveys-/ yleis-/erikoislääkäri, mies/nainen)
- tapaako muita terveydenhuollon ammattilaisia, esim. diabeteshoitajaa
- miten hoitaa itseään arkielämässä

#### \* Nykyinen lääkäri-potilassuhde

- milloin alkoi, millaisissa merkeissä tapasivat
- millaista on keskinäinen yhteydenpito, miten tavoittaa lääkärin
- miten kuvailee lääkäriään ja itseään potilaana
- millaista on keskinäinen vuorovaikutus ja vastaanottokäyntien ilmapiiri
- millaista on lääkärin suhtautuminen potilaaseen ja toisinpäin
- lääkärisuhteen rinnastettavuus johonkin muuhun ihmissuhteeseen
- suhteessa tapahtuneet muutokset ja mahdollinen kehitys

#### \* Lääkäri-potilasviestintä omahoidosta keskusteltaessa

- mielikuvat sairauden diagnosoinnista ja hoitosuunnitelman rakentamisesta
- nykyinen keskustelu omahoidosta:
- kuinka usein keskustellaan ja mistä asioista
- lääkärin viestintäkäyttäytymisen ja ammattitaidon arviointi (tiedon tarjoaminen, palautteenanto, keskustelun ohjaaminen, kannustaminen)
- potilaan viestintäkäyttäytymisen arviointi (rooli keskustelun aloittamisessa, sen ohjaamisessa ja päättämisessä, kyseenalaistaminen)

#### \* Lääkäri-potilasviestinnän seuraukset omahoidolle

- ymmärrys omahoidosta, sen onnistumisesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä
- hoitosuunnitelmien toimivuus ja potilaan sitoutuminen niihin
- lääkärin kanssa käytyjen keskustelujen hyödyt ja haitat omahoidon onnistumisen kannalta
- omahoitoa edistävät ja ehkäisevät asiat lääkäri-potilassuhteessa
- millaista tukea, ohjausta, tietoa ja vuorovaikutusta kaipaisi lääkäriltä, jotta omahoidosta tulisi entistä onnistuneempaa
- mitä voisi itse tehdä toisin
- lääkäri-potilassuhteen tärkeimmät tavoitteet

#### \* Lopuksi

- kysymykset ja kommentit



## HAASTATTELUPYYNTÖ

Hei!

Olen 23-vuotias puheviestinnän pääaineopiskelija Tampereen yliopistosta, ja teen parhaillani pro gradu -tutkielmaa lääkärin tyyppin 2 diabeetikon välisestä viestintäsuhteesta. Tarkoitukseni on muun muassa selvittää, millainen lääkäri-potilassuhde on tyyppin 2 diabeetikkojen mielestä onnistunut sekä millaisia toiveita ja tarpeita heillä on kyseistä suhdetta koskien.

Toivoisin saavani haastatella Sinua, joka sairastat tyyppin 2 diabetesta ja haluaisit jakaa kokemuksiasi omasta lääkäri-potilassuhteestasi. Toivoisin, että olisit asioinut saman lääkärin kanssa sairauden toteamisesta lähtien vähintään yhden vuoden ajan sekä tavannut häntä jo useamman kerran. Lisäksi käytännön järjestelyjen kannalta olisi hyödyllistä, jos asuisit Pirkanmaalla. Yksilöhaastattelu toteutettaisiin tammikuussa Sinulle sopivassa rauhallisessa paikassa, esimerkiksi yliopistolla, kirjastossa tai kahvilassa. Haastattelu äänitetään minidisc-soittimella, jotta saan kaiken arvokkaan tiedon talteen. Kaikki haastattelumateriaali käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti ja nimettömästi. Palkkiota haastattelusta en valitettavasti voi luvata, mutta kahvit tarjoaisin mielelläni!

Jos olet kiinnostunut osallistumaan tutkielmaani, toivon että otat minuun yhteyttä sähköpostitse tai puhelimitse 31.1.2010 mennessä. Annan myös tarvittaessa lisätietoja kiinnostuneille.

Ystävällisin terveisin,  
Maija Peltola

*(yhteystiedot poistettu)*

## SELVITYS HAASTATELTAVILLE PRO GRADU -TUTKIELMASTA

Puheviestinnän pro gradu- tutkielmani tarkoituksena on selvittää potilaan näkökulmasta, millaisista tekijöistä tyypin 2 diabeetikon ja lääkärin välinen viestintäsuhde rakentuu sekä millaisia toiveita ja tarpeita potilailla kyseistä suhdetta kohtaan on. Tavoitteena on erityisesti lisätä ymmärrystä siitä, miten lääkäri-potilassuhteista saataisiin viestinnällisin keinoin entistä mielekkäämpiä ja tarkoituksenmukaisempia tyypin 2 diabeetikon omahoitoa ajatellen. Aihetta on erittäin tärkeää tutkia, sillä omahoidon onnistuminen ja siten potilaan hyvinvoinnin edistäminen edellyttävät sujuvaa sekä vuorovaikutteista yhteistyötä hoitavan lääkärin ja potilaan välillä. Lisäksi tutkimusaihe on hyvin ajankohtainen ja yhteiskunnallisesti merkittävä; vaikka tyypin 2 diabetes on yksi voimakkaammin yleistyvimmistä pitkäaikaissairauksista Suomessa, puheviestinnällistä tutkimusta aiheesta ei ole tiettävästi vielä maassamme juurikaan tehty.

Tutkielmani on osa laitoksella käynnissä olevaa isompaa tutkimusprojektia "Vuorovaikutus professionaalisissa viestintäsuhteissa", jota rahoittaa Suomen Akatemia. Tutkimushanketta johtaa professori Pekka Isotalus, joka on myös päätoiminen lopputyöni ohjaaja. Toisena ohjaajanani toimii Maija Gerlander, joka toimii tutkijana kyseisessä tutkimushankkeessa. Tutkimusprojektissa tarkastellaan vuorovaikutuksen laatua ja dynamiikkaa erilaisissa professionaalisissa viestintäsuhteissa. Lisäksi tarkastellaan kyseisten suhteiden muuttumista ja niissä tarvittavan viestintäosaamisen kehittymistä. Professionaalisina viestintäsuhteina tutkitaan mm. opettaja-oppija-, ohjaaja-ohjattava-, logopedi-asiakas-, lääkäri-potilas-, farmaseutti-asiakas- ja esimies-alaissuhdetta, jotka kaikki edustavat ns. interpersonaalisia eli ihmissuhdeasiantuntija-asiakassuhteita. Pro gradu -tutkielmaani varten keräämääni haastatteluaineistoa saatetaan käyttää myöhemmin hyödyksi kyseisen tutkimushankkeen osatutkimuksissa.

Tutkielmani aineisto kerätään teemahaastattelujen avulla. Kyseisellä menetelmällä tarkoitetaan keskustelunomaista tilannetta, jossa puhutaan tutkijan ennalta suunnitelluista teemoista. Haastateltava voi vastata kysymyksiin omin sanoin, ja tutkijalla on mahdollisuus esittää lisäkysymyksiä. Haastattelun teemat ovat kaikille haastateltaville samat. Haastatteluun osallistuminen on täysin luottamuksellista ja vapaaehtoista, ja haastateltava voi vetäytyä tutkimuksesta missä vaiheessa tahansa. Tutkimukseen osallistuminen ei myöskään sido osallistumaan muihin laitoksemme tutkimushaastatteluihin.

Haastattelut nauhoitetaan minidisc -soittimella, jotta saisin kaiken arvokkaan tiedon talteen. Haastattelujen jälkeen ääninauhat puretaan tekstiksi, ja kyseiset nauhat hävitetään. Tekstiaineisto säilytetään huolellisesti, ja siitä poistetaan haastateltavia sekä heidän mainitsemiaan henkilöitä ja yhteisöjä yksilöivät tiedot (esim. nimi-, yhteystiedot, asuin- tai hoitopaikka, terveystiedot). Tarvittaessa haastattelutallenteista kirjatut tekstitiedostot voidaan arkistoida pysyvästi aihetta koskevan tieteellisen tutkimuksen ja opetuksen käyttöön Yhteiskuntatieteelliseen tietoaarkistoon. Aineiston käyttäminen arkistosta edellyttää kirjallista käyttöehtositoumusta. Tutkimustuloksia raportoitaessa ei käytetä nimiä eikä muitakaan tietoja, joiden perusteella haastateltavien anonymiteetti voisi olla uhattuna. Täten yksittäisiä haastateltavia ei ole tutkimusraportista mahdollista tunnistaa.

Tavoitteenani on, että pro gradu -tutkielmani valmistuisi vuoden 2010 aikana. Tutkimuksen tuloksista on mahdollisuus saada ilmainen tiivistelmä tutkielman valmistuttua.

Tampereella 6. tammikuuta 2010

---

Maija Peltola

Tutkielman tekijän ja ohjaajien yhteystiedot:

Maija Peltola  
Puheviestinnän pääaineopiskelija, Tampereen yliopisto  
Sähköposti: [maija.peltola@uta.fi](mailto:maija.peltola@uta.fi)

Pekka Isotalus  
Puheviestinnän professori  
Puheopin laitos  
33014 Tampereen yliopisto  
Sähköposti: [pekka.isotalus@uta.fi](mailto:pekka.isotalus@uta.fi)

Maija Gerlander  
FT, tutkija, vuorovaikutus professionaalisissa viestintäsuhteissa  
Puheopin laitos  
33014 Tampereen yliopisto  
sähköposti: [maija.gerlander@uta.fi](mailto:maija.gerlander@uta.fi)

## SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN

Olen tutustunut selvitykseen Maija Peltolan pro gradu -tutkielmasta, joka liittyy Tampereen yliopistossa puheopin laitoksella tehtävään Suomen Akatemian tutkimusprojektiin, jossa selvitetään vuorovaikutusta professionaalisissa viestintäsuhteissa.

Tutkimusprojektin johtajana toimii professori Pekka Isotalus ja hankkeen tutkijana Maija Gerlander. Annan luvan tallentaa haastatteluni tutkimusprojektin tutkimusaineistoksi sekä tarvittaessa arkistoida siitä tehdyn tekstiaineiston Yhteiskunnalliseen tietoaarkistoon.

Minulle on selvitetty, että kyseessä on vapaaehtoinen suostumus ja että voin vetäytyä tutkimuksesta halutessani.

Nimi: \_\_\_\_\_

Syntymävuosi: \_\_\_\_\_

Puhelin: \_\_\_\_\_

Osoite: \_\_\_\_\_

Sähköpostiosoite: \_\_\_\_\_

Päiväys ja paikka: \_\_\_\_\_

Allekirjoitus: \_\_\_\_\_

Haluan saada tiivistelmän tutkimuksen tuloksista

Sitoudumme kunnioittamaan vapaaehtoisuutta ja suojelemaan osallistujien yksityisyyttä.

Maija Peltola

Maija Gerlander