

**AKUUTIN PSYKIATRISEN  
OSASTOHOIDON  
YHTEISTYÖNEUVOTTELUN  
KESKUSTELUSSA  
RAKENTUVAT KERTOMUKSET**

**PÄIVI  
VUOKILA-OIKKONEN**

Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos,  
Psykiatrian klinikka,  
Oulun yliopisto

OULU 2002

Abstract in English





*PÄIVI VUOKILA-OIKKONEN*

**AKUUTIN PSYKIATRISEN  
OSASTOHOIDON  
YHTEISTYÖNEUVOTTELUN  
KESKUSTELUSSA RAKENTUVAT  
KERTOMUKSET**

Esitetään Oulun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan suostumuksella julkisesti tarkastettavaksi psykiatrian klinikalla Väinö Pääkkösen salissa, Peltolantie 5, 24. tammikuuta 2003 kello 12.00.

OULUN YLIOPISTO, OULU 2002

Copyright © 2002  
University of Oulu, 2002

Työn ohjaaja  
Professori Sirpa Janhonen

Esitarkastajat  
Professori Jukka Aaltonen  
Professori Matti Hyvärinen

ISBN 951-42-6890-3 (URL: <http://herkules.oulu.fi/isbn9514268903/>)

ALSO AVAILABLE IN PRINTED FORMAT

Acta Univ. Oul. D 704, 2002

ISBN 951-42-6889-X

ISSN 0355-3221 (URL: <http://herkules.oulu.fi/issn03553221/>)

OULU UNIVERSITY PRESS  
OULU 2002

## **Vuokila-Oikkonen, Päivi, Narratives unfolding in cooperative team meetings in acute psychiatric care**

Department of Nursing Science and Health Administration; Department of Psychiatry, University of Oulu, P.O.Box 5000, FIN-90014 University of Oulu, Finland  
Oulu, Finland  
2002

### ***Abstract***

The aim was to describe the narratives unfolding in cooperative team meetings in acute psychiatric care. The cooperative team meeting is based on cooperative care, in which power and responsibility are shared between the participants. The participants in cooperative team meeting are the patient, her/his significant others and health care professionals. The aim of these meetings is defined based on the patient's need for care. The purpose of the study was to produce new knowledge about cooperative team meetings in psychiatric care. The results can be used to develop psychiatric care and the processes of learning and studying to nurse.

The study approach was narrative, and it was focused on narratives in the cooperative team storytelling process. The data consisted of 11 videotaped cooperative team meeting in two acute psychiatric wards. The participants in each case consisted of a voluntary patient, his/her significant others, primary physicians, nurses and other experts. The research was a process. The spoken narratives in cooperative team meetings were approached using the methods of "Categorical-Content" reading and dialogue analysis based on a narrative approach. The unspoken narratives were unfolded using the QRS NVivo computer program and the "Holistic-Content" reading method.

In the first phase, the silent narrative "*shame*" was found. In the second phase, the narratives "*active*" and "*passive participation*" based on cooperative care were found. In the third phase, the spoken and unspoken combined narrative "*Shared-rhythm cooperation*" was found. According to the results, the cooperative team meeting consisted of unspoken narratives. The cooperative team meeting was based on cooperative care if the participants defined and shared the topic of discussion and had eye contact and the authoritarian participant gave space for expression. The cooperative team meetings required open-ended and reasonable questions by the health care professionals. Furthermore, the interpretation was to be based on the patient's or the significant other's narratives and the meanings the events had had for them. The participants were able to introduce their narratives to the storytelling process if they had enough time. Shared understanding was possible if all participants' narratives were in interaction with each other. The cooperative team meeting was expert-initiative, if the storytelling was based on the professionals' narratives. The expert-initiative storytelling consisted of control, monologue, unreadable faces and immobility. The main goal was to elicit information of the patient, and the role of the patient and his/her significant others was to be a passive recipient.

**Keywords:** control, narrative approach, power, psychiatric care, unspoken and spoken storytelling



# **Vuokila-Oikkonen, Päivi, Akuutin psykiatrisen osastohoidon yhteistyöneuvottelun keskustelussa rakentuvat kertomukset**

Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos, Oulun yliopisto; Psykiatrian klinikka, Oulun yliopisto, PL 5300, FIN-90014 Oulun yliopisto, Finland

2002

Oulu, Finland

## ***Tiivistelmä***

Tutkimuksessa kuvataan psykiatrisen yhteistyöneuvottelun keskustelussa rakentuvia kertomuksia. Yhteistyöneuvottelu perustuu yhteistoiminnallisen hoidon lähtökohtiin, jossa valta ja vastuu ovat jaettu siihen osallistuvien kesken. Siten yhteistyöneuvottelu on psykiatrisen potilaan, hänen määrittelemiensä läheisten ja hänen hoitoonsa osallistuvien asiantuntijoiden potilaan tilanteeseen perustuva tapaaminen. Tutkimuksessa on tuotettu uutta tietoa yhteistoiminnallisesta yhteistyöneuvottelusta psykiatrisessa hoidossa. Tulosten perustella voidaan kehittää hoitotyön käytäntöä ja koulutusta.

Tutkimuksen lähestymistapa oli narratiivinen ja tutkimuksen kohteena oli yhteistyöneuvottelun kertomistilanteessa rakentuvat kertomukset. Tutkimusaineisto muodostui 11 videoidusta yhteistyöneuvottelusta kahdelta psykiatriselta akuuttiosastolta. Näihin yhteistyöneuvotteluihin osallistuvat olivat vapaaehtoisia potilaita, hänen nimeämiään läheisiä, lääkäreitä, hoitajia ja muita asiantuntijoita. Tutkimus eteni prosessina. Yhteistyöneuvottelun sanallisia kertomuksia rakennettiin narratiivisella "Categorical-Content" - ja dialogianalyysi lukutavoilla. Sanattomia kertomuksia rakennettiin QRS NVivo-tietokoneohjelmalla ja " Holistic-Content"- lukutavalla.

Prosessin ensimmäisessä vaiheessa löydettiin yhteistyöneuvottelun kertomaton kertomus "häpeä". Prosessin toisessa vaiheessa rakentui yhteistoiminnallisuutta kuvaavat "aktiivinen-" ja "passiivinen osallistuja"- kertomukset. Kolmannessa vaiheessa rakentui sanallisen ja sanattoman kertomisen yhdistävä "jaettu rytmisen yhteistyö"-kertomus.

Tulosten mukaan psykiatrisen yhteistyöneuvottelu sisälsi kertomatonta kertomusta. Psykiatrisen yhteistyöneuvottelu oli yhteistoiminnallista, jos siihen osallistujat määrittelivät ja jakoivat yhteisen kertomisen kohteen, osallistujilla oli katsekontakti ja auktoriteetti antoi tasapuolisesti tilaa kaikille osallistujille. Yhteistoiminnallisuus edellytti asiantuntijoilta avoimia ja perusteltuja kysymyksiä. Lisäksi se edellytti, että asiantuntija vahvisti kertomisen seurauksena syntyvän tulkinnan potilaalta. Yhteistoiminnallinen hoito edellytti myös aikaa, jotta kaikki voivat tuoda näkökulmansa yhteisen kertomuksen rakentamiseen. Jaettu ymmärrys potilaan tilanteesta mahdollistui, jos kaikkien osallistujien kertomukset olivat vuorovaikutuksessa keskenään. Psykiatrisen yhteistyöneuvottelu oli asiantuntijalähtöistä, jos yhteistyöneuvottelun sisältöä rakennettiin asiantuntijoiden kertomuksista ja asiantuntijat pitäytyivät omilla kertomuksissaan. Asiantuntijalähtöinen kertominen sisälsi kontrollointia, monologia, ilmeettömyyttä ja eleettömyyttä. Asiantuntijalähtöisen kertomuksen pääpaino oli tietojen keruussa, tällöin potilaan ja hänen läheisensä tehtävänä oli tiedon antaminen.

*Asiasanat:* kontrolli, narratiivinen tutkimus, psykiatrisen hoito, psykiatrisen hoitotyö, sanaton ja sanallinen kertominen, valta





*Anna-Janikalle*



## On aika kiittää

Yhteistyön hedelmällisyys ja samalla sen vaikeus on kiinnostanut minua niin kauan, etten muista milloin kiinnostukseni alkoi. Yhteistyöllä tarkoitan yhteistoiminnallista yhteistyötä, jossa valta ja vastuu ovat jaettu. Yhteistyöhön osallistuvilla on yhteinen ja jaettu kertomisen kohde ja heillä on mahdollisuus tuoda erilaisia, perusteltuja näkökulmia kertomukseen. Tuloksena voidaan rakentaa jotain sellaista uutta ymmärrystä, jota kukaan ei ehkä yksin olisi tullut keksineeksi.

Tutkimukseni onnistumiseksi yhteistyö oli edellytys. Tutkimukseni ei olisi onnistunut ilman yhteistyötä potilaiden ja heidän läheistensä kanssa. Kiitos Teille! Tärkeää oli myös yhteistyö tutkimukseeni osallistuvan, OYS:n psykiatrian klinikan henkilökunnan kanssa. Teette arvokasta ja vaativaa työtä, kiitos yhteistyöstä!

Professori, THT Sirpa Janhoselle esitän nöyryimmät kiitokseni. Olet ollut ohjaajanani tieteellisen urani alkumetreiltä, pro gradu -tutkielmasta, lähtien. Kiitos Sinulle, että tutkimusprosessini alussa uskoit tutkimusideaani. Tutkimusprosessin aikana Sinun tieteellinen asiantuntijuutesi on ollut yhteisissä dialogeissamme myös minun käytössäni. Ohjaajana olet antanut minulle mahdollisuuden itse oivaltaa, olet vaatinut perusteluja, ja se on kehittänyt omaa ajatteluaani sekä tutkijana että opettajana. Olet myös kannustanut ja tukenut minua. Vaikeina hetkinä keskustelu kanssasi on tuonut uutta näkökulmaa asioihin.

THT, dosentti Merja Nikkoselle ja LT, dosentti Outi Saarenmolelle kiitos asiantuntevasta paneutumisesta yhteisiin artikkeleihimme sekä yhteenveto-osaan. Kiitos LT Leena Väisärselle paneutumisesta yhteiseen artikkeliimme. Leenalle kiitos myös laadullisen monitieteisen tutkimusryhmän (LATU) perustamisesta ja vetämisestä psykiatrian klinikalla. Sain esitellä ryhmässä tutkimustani ja saamani palaute vei työtäni eteenpäin. TtT Eila Latvalalle ja FT Marja Harrille kiitoksia yhteistyöstä artikkeliemme yhteydessä. Kiitos myös Marjalle, että muistutit elämän realiteeteissa kiinni pysymisestä.

Esitarkastajilleni professori Matti Hyväriselle ja professori Jukka Aaltoselle kiitos asiantuntevasta paneutumisesta tutkimukseeni. Teidän arvokas palaute auttoi minua jäsentämään ja kirkastamaan työtäni.

Olen saanut tehdä yhteistyötä erilaisissa ryhmissä. THM Kaisa Koivistolle ja muille ”TOTI” -ryhmäläisille kiitos kriittisistä ja kannustavista kommentteista. KERTONET-verkoston tutkijatapaamisissa olen saanut esittää tutkimustani sen eri vaiheissa. Kiitos kriittisestä palautteesta, se auttoi tutkimukseni eteenpäin viemisessä. Aineiston keruuvaiheessa

sain teknistä apua videointiin opetushoitaja Aaro Pelkoselta. Klinikasihteeri Helena Vörlinin apu videoiden arkikirjoittamisessa oli korvaamaton. Kiitos teille molemmille! Englanninkielisten artikkeleiden kielentarkastuksen ovat tehneet FL Sirkka-Liisa Leinonen ja Bachelor of Art., KL Tuija Honkanen. Yhteenveto-osan äidinkielen kieliasun on tarkastanut FM Tuula Koski. Kiitos teille! Yhteenveto-osan kuvat on piirtänyt arkkitehti Michal Stys, kiitos sinulle!

Lämpimät kiitokset kannustuksesta lähimmälle työyhteisölleni, ”hodin porukalle”, THT, professori Sirpa Janhoselle, TtT Liisa Vanhanen-Nuutiselle, TtM Tiina Poraselle, TtM Susanna Saariselle, TtM Lilli Pesämaalle ja TtM Antti Niemelle. Kiitän työyhteisöäni Oulun yliopiston hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksella mahdollisuudesta työskennellä haastavassa oppimisympäristössä.

Kiitän saamastani taloudellisesta tuesta Emil Aaltosen säätiötä, Hoitotieteiden tutkimusseuraa HTTS r.y.:tä, Suomen Sairaanhoitajaliittoa, Sairaanhoitajien Koulutussäätiötä, Oulun yliopistollista sairaalaa ja Oulun yliopistollisen sairaalan psykiatrian klinikkaa.

Ilman ystäviäni elämäni ja kertomukseni olisi vajaa. Taina, Tuomo, Liisa, Hannele, Ulla ja Anneli kiitoksia mukana elämisestä!

Kiitän myös vanhempiani Aila ja Eero Vuokilaa henkisestä ja taloudellisesta tuesta. Ilman Teitä minun kertomustani ei olisi olemassa. Äiti, olet aina kannustanut opiskelemaan ja kehittämään itseä. Naisena sinulle on ollut tärkeää, että on ammatti ja itsenäisyys. Isä, sinun huolenpitosi on ollut tärkeää ja sinun minusta kokemasi ylpeys on tuntunut hyvältä. Kiitos teille! Kiitos mukana elämisestä veljelleni Paulille, tädilleni Lailalle ja edesmenneelle psykologiselle isoäidilleni Vienolle.

Kertomukseni rakkaimmat ihmiset ovat mieheni Kari ja 6-vuotias tyttärenne Anna-Janika. Kari, olet kannustanut ja ollut ylpeä minusta. Kiitos, että olet olemassa. Anna-Janika, olemme yhdessä kirjoittaneet artikkeleita, sinä omaasi ja minä omaani. Välillä sinua ei saanut häiritä, kun artikkelisi oli kesken. Kiitos, että olette isän kanssa pitäneet minua realiteeteissa. Kiitos, että opetat minua.

Kempeleessä 1.12.2002

*Pain: Luukkainen*

## Luettelo kuvioista

Kuvio 1. Asetelma videonauhoitustilanteesta . . . . .	51
Kuvio 2. Yhteisen kertomuksen kohteen määrittely. . . . .	58
Kuvio 3. 'Jaettu rytminen- yhteistyö' lääkäreiden välillä. . . . .	60
Kuvio 4. Osaston lääkäri kertomuksen johtajana. . . . .	62



## **Luettelo taulukoista**

Taulukko 1. Tutkimuskysymykset, aineiston lukutavat, aineistolle esitetyt kysymykset, kertomuksen viestit, kertomuksen nimi ja raportointi vaiheittain. . . . .	46
---	----





## Luettelo alkuperäisjulkaisuista

- I Latvala E, Vuokila-Oikkonen P & Janhonen S (2000) Videotaped recording as a Method of Participant Observation in Psychiatric Nursing. *Journal of Advanced Nursing* 31(5): 1252-1257.
- II Vuokila-Oikkonen P & Janhonen S & Nikkonen M (2002) Patient initiatives in psychiatric care concerning shame in the discussion in co-operative team meetings. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 9 (1) 23-32.
- III Vuokila-Oikkonen P, Janhonen S, Saarento O & Harri M (2002) Storytelling of Cooperative Team Meetings in Acute Psychiatric Care. *Journal of Advanced Nursing* 40 (2), 189-198.
- IV Vuokila-Oikkonen P, Janhonen S, Väisänen L (2002) 'Shared- rhythm' cooperation in co-operative team meetings in acute psychiatric care. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* (Arvioitavana)



## Sisällysluettelo

Abstract	
Tiivistelmä	
On aika kiittää	
Luettelo kuvioista	
Luettelo taulukoista	
Luettelo alkuperäisjulkaisuista	
1 Johdanto	19
2 Alkutilanne	23
2.1 Yhteistoiminnallisen hoidon kehittyminen	23
2.2 Yhteistoiminnallinen hoito	26
2.3 Yhteistoiminnallisen hoidon ja suomalaisen, perheterapeuttisen tutkimuksen yhteyksiä	28
2.4 Yhteenveto yhteistoiminnallisesta hoidosta	31
2.5 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävät	32
3 Yhteistyöneuvottelun kertomistilanteen arviointi	33
3.1 Potilaan ja asiantuntijoiden välisen vuorovaikutuksen vaihtoehtoisista lähestymistavoista	33
3.1.1 Sanattoman vuorovaikutuksen tutkiminen ja merkitys yhteistoiminnallisessa hoidossa	35
3.2 Narratiivinen lähestymistapa	37
3.2.1 Narratiivin käsite	38
3.2.2 Narratiivisen tutkimuksen juuret	40
3.2.3 Narratiivisen tutkimuksen aineiston analysointi	42
3.2.3.1 Narratiivisen tutkimuksen lukutavat	42
3.2.3.2 Dialogianalyysimenetelmä aineiston lukutapana	43
3.3 Aineisto ja aineiston keruu	44
3.4 Aineiston analyysi	45
3.5 Tutkimuksen eettisyys	48
4 Tulokset	50
4.1 ”Häpeä”-kertomus	51
4.2 Yhteistoiminnallisuutta kuvaava kertomistilanne	53
4.2.1 ”Aktiivinen osallistuja”-kertomus	54
4.2.2 ”Passiivinen osallistuja”-kertomus	55

4.3	”Jaettu, rytmisen yhteistyö” -kertomus .....	57
4.4	Tuloksista esitettävät johtopäätökset .....	63
5	Päättäjä .....	64
5.1	Tulosten tarkastelua .....	64
5.2	Tulosten tarkastelua hoitotieteen ja hoitotyön näkökulmasta .....	68
5.3	Tutkimuksen merkitys psykiatrisen hoidon yhteistyöneuvotteluille .....	69
5.4	Tutkimuksen luotettavuus .....	72
5.5	Jatkotutkimus ja kehittämishaasteet .....	74
6	Lähteet .....	77

# 1 Johdanto

Aloitin työskentelyni psykiatrisena sairaanhoitajana akuutilla psykiatrisella osastolla nykyisen Oulun yliopistollisen sairaalan psykiatrian klinikalla 1980-luvun puolivälissä. Tuolloin psykiatrinen hoito oli vielä perinteistä. Potilaita pyrittiin kuitenkin hoitamaan yksilöllisesti ja potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutussuhde oli tärkeää. Perinteinen psykiatrinen laitoshoido ja potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutus eivät ole kuitenkaan tukeneet potilaan ja hänen läheistensä selviytymistä jokapäiväisessä elämässä sairaalan ulkopuolella. Psykiatrinen hoito on ollut laitoskeskeistä ja potilasta passivoivaa. (Nikkonen 1994, Latvala 1998.)

Vähitellen 1990-luvulta alkaen psykiatrisen hoidon painopiste siirtyi avohoitoon. Muutosta nopeuttivat sekä psykiatrisen hoidon ideologian muutos että taloudellinen lama. Suomessa avohoitoon siirtyminen tapahtui muita länsimaita hitaammin. (Nikkonen 1994, Sytömaa 1994.) Uusi mielenterveyslaki vuodelta 1991 edellytti myös, että mielenterveyspalvelut järjestetään ensisijassa avohoidossa.

Mielenterveyspalveluiden uudelleen järjestäminen edellytti minulta sairaanhoitajana uudenlaisten yhteistyömuotojen oppimista. Yhteistyökumppaniksi ei enää riittänyt yksin potilas ja oman osaston henkilökunta, vaan yhteistyötä alettiin ensin tehdä potilaan perheen ja myöhemmin hänen sosiaalisen verkostonsa kanssa (Seikkula 1991). Yhteistyö tapahtui yhteistyöneuvotteluissa. Yhteistyöneuvottelun keskustelun sisältö määräytyi potilaan sen hetkisen tilanteen mukaan. Keskustelun kohde oli esimerkiksi potilaan sairaalaan johtanut tilanne tai hoidon suunnittelu.

Psykiatrisena sairaanhoitajana osallistuin useita kertoja oman potilaani yhteistyöneuvotteluihin. Minusta tuntui, että toisinaan yhteistyöneuvottelu meni ihan hyvin, mutta toisinaan siitä jäi epämääräinen olo. Mietin usein sitä, mitä yhteistyöneuvottelussa oikeastaan tapahtuu ja mitä niissä puhutaan. Mietin myös sitä, mikä yhteistyöneuvottelussa auttaa potilasta ja hänen läheisiään.

Psykiatriseen sairauteen sairastuminen on yksi ihmistä koskettavista voimakkaimmista kriiseistä. Psykiatrisista sairauksista erityisesti psykoosiin sairastuminen on kokemuksena traaginen potilaalle ja hänen läheisilleen, ja sekä sairastunut että sairastuneen läheiset kärsivät. (Szmukler & Bloch 1997, Gardner 1998). Potilaassa ja hänen läheisissään psykiatrisen sairastaminen herättää monenlaisia tunteita. Näitä tunteita ovat suru, ahdistus, pelko, syyllisyys, häpeä, viha ja voimattomuus. Psykiatriseen sairauteen sairastuminen aiheuttaa

surua. Tietämättömyys sairauden syystä, sen hoidosta tai sen ennusteesta aiheuttaa ahdistusta ja pelkoa. Psykiatriseen sairauteen liittyy syyllisyyden tunteita siitä onko perheenjäsenenä ollut vaikuttamassa läheisensä sairastumiseen. Psykiatrista sairautta hävetään, sairastunut läheinen yritetään piilottaa ja sairaus halutaan salata ulkopuolisilta. Myöskään perheen sisällä ei läheisen sairastumisesta tai sairaudesta juuri puhuta. (Parker 1993, Reinhard 1994, Robertson 1994, Loukissa 1995, Rose 1997, Webb *et al.* 1998). Potilaan läheisille kohdistuu usein vastuu potilaan pärjäämisestä ja tämä aiheuttaa heissä väsymistä, vihaa ja voimattomuutta. (Reinhard 1994, Friedrich *et al.* 1999, Mays & Lund 1999). Potilaan läheiset ovat myös huolissaan siitä, miten toimia, etteivät he omalla toiminnallaan pahenna läheisensä sairautta.

Tutkimusten (Rose 1997, Webb *et al.* 1998, Ala-aho 2000, Chambers *et al.* 2001) mukaan potilaan läheiset toivovat yhteisiä keskusteluja psykiatrisen hoidon asiantuntijoiden kanssa. He toivovat myös saavansa asiantuntijoilta tietoa läheisensä sairaudesta, sen hoidosta ja mahdollisesta parantumisesta ja selviytymistä sairauden kanssa.

Yhteistyöneuvottelun päätyttyä en aina tiennyt, mikä sai aikaan tunteen siitä, miksi yhteistyöneuvottelu meni hyvin tai miksi ei mennyt. Pohdin usein myös sitä, kenen ehdoilla yhteistyöneuvottelu toteutuu ja kuinka paljon potilaan ja hänen läheisensä voivat todellisuudessa olla vaikuttamassa yhteistyöneuvottelun sisältöön. Toisinaan minusta tuntui, että asiantuntijoina luulimme tietävämme, mikä oli potilaalle parasta ja olimme jopa etukäteen tehneet päätöksiä. Tutkimusten (mm. Beckman, & Frankel 1984, Jaatinen 1996, Latvala & Janhonen 1998, Lowry *et al.* 2000, Raevaara 2000, Ruusuvuori 2000) mukaan edellä kuvaamaani potilaan ja asiantuntijoiden välistä vuorovaikutusta voidaan kutsua asiantuntijälähtöiseksi yhteistyöksi. Asiantuntijälähtöisyys hoidossa tarkoittaa sitä, että hoitamista ohjaa asiantuntijan tietoperusta. Asiantuntijan tietoperusta sisältää asiantuntijan käsityksen terveydestä, sairaudesta ja hoitamisesta. Asiantuntija tietää, mikä potilaalle on parasta ja miten potilaan tulisi toimia. Vuorovaikutuksessa potilaan kanssa asiantuntija määrittelee keskustelun kohteen, ja potilaan tehtävänä on tuoda ongelmansa vuorovaikutukseen. Asiantuntijan tehtävänä on ratkaista potilaan ongelma. Potilaalla on vain vähän tai ei ollenkaan mahdollisuutta vaikuttaa omaan hoitoonsa. (Janhonen 1993, 1999.)

Kuitenkin tarkasteltaessa vuorovaikutusta potilaan ja sairaanhoitajan yhteistyön näkökulmasta siinä korostuvat vuorovaikutuksen keskeiset tekijät, joita ovat potilaan kuuntelu, tukeminen, avoimuus, aitous ja empatia. Hoitajan toiminnassa korostuu lisäksi potilaan kunnioittaminen arvokkaana ihmisenä, potilaalle mielekkään toiminnan järjestäminen (Henneman *et al.* 1995, Motyka *et al.* 1997, Barker *et al.* 1999, Bray 1999, Tilley 1999, Latvala *et al.* 2000), potilaan uskomisen ja potilaalle saatavilla oleminen (Breeze & Repper 1998).

Avohoitoideologiaan liittyen on monissa suomalaisissa tutkimuksissa kehitetty keinoja, joilla potilaan ja hänen läheistensä selviytymistä voidaan edistää hänen ollessaan avohoidossa. Tutkimuksissa korostuu perhekeskeisyyden tai perheterapian merkitys potilaan selviytymisen tukemisessa (Alanen *et al.* 1991, Alanen 1993, Holma 1999, Wahlström 1992) ja potilaan perheen ja muun sosiaalisen verkoston mukaan ottaminen aktiivisiksi osallistujiksi hoitoon (Alanen 1988, Seikkula 1991, Keränen 1992, Haarakangas 1997) sekä yhteistoiminnallinen psykiatrinen hoito (Latvala & Janhonen 1998, Janhonen 1999). Lisäksi tutkimuksen avulla on tuotettu tietoa esimerkiksi psykiatrisen hoidon muutoksesta (Nikkinen 1996, Lepola 1997), psykiatrisesta kuntoutumisesta (Nojonen 1990), psykiatrisesta hoitotyöstä laitoksessa (Latvala 1998), skitsofreniapotilaan hoidosta (Tuori 1994, Aaltonen *et al.*

2000, Rasinkangas & Aaltonen 2001), psykiatrisesta hoitojärjestelmästä (Saarento 1996) ja psykiatrisesta yhteisohoidosta (Isohanni 1977, 1983, Nieminen 1996).

Valtakunnallisessa skitsofreniaprojektissa 1981-1987 (Lääkintöhallitus 1988, Alanen *et al.* 2000) ja sitä seuranneessa API-projektissa (akuutin psykoosin integroitu hoito) (Vuorio *et al.* 1993 a, b,c, Holma & Aaltonen 1995, Holma & Aaltonen 1997, Holma 1999, Lehtinen *et al.* 2000, Rasinkangas & Aaltonen 2001, Aaltonen *et al.* 2000) korostetaan yhtenä hoidon periaatteena perhekeskeisyyttä ja vuorovaikutusta heti potilaan tultua psykiatriseen hoitoon ja alkutilanteen selvittelyyn. Seikkulan (1991) ja Keräsen (1992) mukaan potilaan perheen ja sosiaalisen verkoston vuorovaikutuksellisilla tekijöillä on merkitystä potilaan sairaalahoidosta päätettäessä. Psykiatrisen hoidon asiantuntijat voivat vaikuttaa potilaan hoitoratkaisun syntymiseen ja perheen sisäisen toimintatason parantumiseen kytkeytymällä vastavuoroiseen vuorovaikutukseen potilaan ja hänen sosiaalisen verkostonsa kanssa. Hoito-organisaation pyrkimyksellä aktiiviseen yhteistyöhön potilaan perheen ja verkoston kanssa on ollut myös psykiatrista sairauskäsitystä ja psykiatrisen potilaan asemaa muuttavia tekijöitä. Haarakankaan (1997) mukaan yhteistyö potilaan ja hänen läheistensä kanssa edellyttää psykiatrisen hoidon asiantuntijoilta dialogisuutta.

Dialogisuudella ja yhteistoiminnallisella hoidolla on yhteisiä tekijöitä. Yhteistoiminnallisessa psykiatrisessa hoidossa valta on jaettu siihen osallistuvien kesken, ja hoidosta ovat vastuussa kaikki siihen osallistuvat. Yhteistoiminnallinen psykiatrinen hoito on yhteistyötä potilaan, hänen määrittelemiensä läheisten ja asiantuntijoiden kanssa. Yhteistoiminnallisen hoidon lähtökohdaksi on potilaan hoidon tarve ja hänen voimavarojensa. Potilaan voimavaroja tukevia keinoja yhteistoiminnallisessa psykiatrisessa hoidossa ovat jaettu vastuu, vastuullinen toiminta, konsultoiva ohjaus ja osallistuva vuoropuhelu. (Janhonen 1999, Sarja & Janhonen 1999.)

Potilaan, hänen läheistensä ja asiantuntijoiden vuorovaikutusta on tutkittu sanallisen vuorovaikutuksen näkökulmasta. Sitä, millaista sanatonta ja sanallista vuorovaikutusta potilaan, hänen läheistensä ja terveydenhuoltohenkilökunnan välillä psykiatrisessa hoidossa rakennetaan, on tutkittu vähän. Kuitenkin ihmisenä oleminen ja ihmisen kertomus rakentuu sanallisesti ja sanattomasti. (Burgoon *et al.* 1996) Tärkeää on myös tutkia, miten potilaan ja hänen läheistensä hoitoon osallistuminen mahdollistuu psykiatrisen hoidon yhteistyöneuvottelussa. Tätä hoitoon osallistumista on mahdollisuus tutkia tutkimalla potilaan, hänen läheistensä sekä asiantuntijoiden muodostaman psykiatrisen yhteistyöneuvottelun sisältöä. Psykiatrisen yhteistyöneuvottelun sisältöä on mahdollista tutkia tutkimalla yhteistyöneuvottelussa rakentuvia sanallisia ja sanattomia kertomuksia narratiivisen lähestymistavan mukaisesti ja käyttämällä narratiiviselle lähestymistavalle ominaisia menetelmiä. (Mishler 1984, Gubrium & Holstein 1997, Hyvärinen 1998 a,b.)

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata psykiatrisen hoidon yhteistyöneuvottelun keskustelussa rakentuvia sanallisia kertomuksia ja sanatonta kertomusta. Yhteistyöneuvotteluun osallistujat rakentavat kertomusta omista lähtökohdistaan, ja tutkijana olen kiinnostunut heidän kertomuksistaan tutkimukselleni asettamani tarkoituksen ja tavoitteen mukaisesti. Tutkimukseen osallistuvien kertomuksen osat esiintyvät tutkimuksessa alkuperäisen aineiston kuvaamisen yhteydessä. (Abma 2002.) Hoitotieteen näkökulmasta tutkimukseni on mielenkiintoinen, koska tutkimuksen kohteena on hoitotieteessä merkittävät ilmiöt: hoitamisen sisältö, potilaan ja hänen läheistensä hoitoon osallistuminen sekä moniammattillinen yhteistyö.

Tutkimusraportti koostuu neljästä osajulkaisusta ja yhteenveto-osasto. Tutkimuksen aineisto on kerätty videoimalla yhteistyöneuvotteluja. Ensimmäisessä osajulkaisussa (osajulkaisu I) kuvataan videoiden käyttöä aineiston keruumenetelmänä psykiatrisella osastolla. Toisessa osajulkaisussa (osajulkaisu II) kuvataan yhteistyöneuvottelun kertomaton ”häpeä” -kertomus. Kolmannessa osajulkaisussa (osajulkaisu III) kuvataan yhteistyöneuvottelun ”aktiivinen -” ja ”passiivinen” - osallistuja kertomus. Neljännessä osajulkaisussa (osajulkaisu IV) esitetään sanallisen ja sanattoman kertomuksen muodostama ”jaettu, rytminen yhteistyö” - kertomus. Osajulkaisut ovat yhteisjulkaisuja ja niiden työnjako oli seuraava. Osajulkaisu I: Latvala, E. & Vuokila-Oikkonen, P. & Janhonen, S. 2000. Videotaped recording as a Method of Participant Observation in Psychiatric Nursing. Ensimmäisen kirjoittajan ja minun tutkimusteni aineistot olivat videoaineistoja, ja artikkeli perustuu molempien kokemukseen ja esimerkkeihin videoiden käyttämisestä aineiston keruumenetelmänä psykiatrisella osastolla. Artikkelin kirjoitettiin molempien kirjoittajien yhteistyönä ja kolmas kirjoittaja antoi artikkelista palautetta artikkelin parantamiseksi. Osajulkaisussa II, III ja IV artikkeleiden aineisto perustuu väitöskirja-aineistooni. Analysoin aineistoni itse, esitin analyysini perusteella tuloksia ja tein tuloksista johtopäätöksiä. Osajulkaisu II: Vuokila-Oikkonen, P. & Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2002 Patient initiatives in psychiatric care concerning shame in the discussion in co-operative team meetings. Artikkelin muut kirjoittajat perehtyivät aineistoni analyysiin, analyysini perusteella esittämiini tuloksiin, kirjoittamaani artikkeliin ja antoivat palautetta. Muut kirjoittajat hankkivat myöskin artikkeliin liittyvää tutkimustietoa käyttööni. Palautteen perusteella työstin artikkelin valmiiksi. Osajulkaisu III: Vuokila-Oikkonen, P., Janhonen, S., Saarento, O., Harri, M. 2002. Storytelling of Cooperative Team Meetings in Acute Psychiatric Care. Sirpa Janhonen perehtyi aineistoni analyysiin, sen perusteella esittämiini tuloksiin ja antoi niistä palautetta. Lisäksi hän ja muut kirjoittajat perehtyivät artikkeliini ja antoivat siitä palautetta artikkelin valmiiksi saamiseksi. Outi Saarento antoi artikkeliin kehittämisehdotuksia kliinisen psykiatrisen hoidon asiantuntijalääkäriin näkökulmasta. Osajulkaisu IV: Vuokila-Oikkonen, P., Janhonen, S., Väisänen, L. 2002. “Shared-rhythm” cooperation in co-operative team meetings in acute psychiatric care. Muut kirjoittajat perehtyivät aineistoni analyysiin ja sen perusteella esittämiini tuloksiin. He antoivat palautetta artikkelin eri kirjoitusvaiheissa artikkelin eteenpäin viemiseksi.

Yhteenveto-osan olen rakentanut seuraavista osista: johdanto, alkutilanne, yhteistyöneuvottelun kertomistilanteen arviointi, päätäntä ja lähteet. Alkutilanne -luvussa määrittelin tutkimuksen keskeisen käsitteen yhteistoiminnallinen hoito, esitän tutkimukseni tarkoituksen ja tutkimustehtävät. Yhteistyöneuvottelun kertomistilanteen arviointi -luku sisältää tutkimuksen metodologian, narratiivisen lähestymistavan, tutkimusaineiston kuvaamisen, aineiston analyysin ja tutkimuksen eettisyyden pohdinnan. Tulokset -luku sisältää tutkimuksen tuloksen. Päätäntä -luvussa tarkastelen tuloksia suhteessa aikaisempiin tutkimuksiin ja teoriaan, pohdin tutkimuksen luotettavuutta sekä tutkimuksen merkitystä psykiatrisen hoidon yhteistyöneuvotteluille ja esitän jatkotutkimushaasteita. Tutkimukseni lukija voi käyttää tutkimusta myös osana oman kertomuksensa rakentamista psykiatrisista yhteistyöneuvotteluista.



## 2 Alkutilanne

Tämän tutkimuksen tutkittava ilmiö oli psykiatrinen yhteistyöneuvottelu. Yhteistyöneuvottelua voidaan sen sisällön näkökulmasta tarkastella käsitteellä yhteistoiminnallinen hoito, joka on tutkimukseni keskeinen käsite. Alkutilanne -luvussa tarkastelen yhteistoiminnallisen hoidon kehittymistä, määrittelen käsitteen yhteistoiminnallinen hoito ja rakennan yhteyksiä suomalaisen perheterapeuttisen tutkimuksen ja yhteistoiminnallisen hoidon välille. Esitän myös tutkimukseni tarkoituksen ja tutkimustehtävät.

### 2.1 Yhteistoiminnallisen hoidon kehittyminen

Yhteistoiminnallisen psykiatrisen hoidon kehittymiseen Suomessa vaikutti ensimmäiseksi terapeuttisen yhteisön tutkimus. Psykiatrasta hoitoa kehitettiin terapeuttisen yhteisön lähestymistavan mukaisesti 1970-1980-luvuilla. Tällöin psykiatrisen avo- ja sairaalahoidon kehittäminen ja tutkiminen perustui Maxwell Jonesin (1953,1968) Englannissa kehitetyn terapeuttisen yhteisön ajatteluun. Jonesin (1953,1968) mukaan terapeuttisessa yhteisössä korostuu tasa-arvoisuus, avoimuus, demokraattisuus ja yhteisöllisyys. Tärkein muutos potilaan tilanteessa oli potilaan aktiivinen mukaan ottaminen oman hoitonsa suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Terapeuttinen yhteisö korostaa vuorovaikutusta potilaan ja asiantuntijoiden välillä. Terapeuttiseen yhteisöön liitetään myös käsite miljö ja miljöterapia. Käsite miljö korostaa yhteisön ympäristön merkitystä hoidossa.

Psykiatrasta hoitoa kehitettiin järjestelmällisesti terapeuttisen yhteisön suuntaan 1970-luvulta alkaen Veikkolan Parantolassa (Veikkolan Parantola 60 vuotta) ja Oulun yliopistollisen sairaalan psykiatrian klinikalla (Isohanni 1977, 1983, 1993). Myös kasvatustieteessä ollaan oltu kiinnostuneita terapeuttisesta yhteisöstä yhteisökasvatuksen näkökulmasta. (Kaipio 1977, Murto 1977, Kaipio & Murto 1980). Terapeuttisen yhteisön periaatteita on käytetty vaikeasti psyykkisesti sairaiden potilaiden kuntoutumisessa. Sopimusvuori r.y. Tampereella on yksi merkittävimmistä psykiatrisista kuntoutusyksiköistä Suomessa. Sen toiminnassa korostuu porrasteinen, integroitu kuntoutus, ja sen toimintayksiköt toimivat terapeuttisen yhteisön periaatteita noudattaen. (Anttinen *et al.* 1971, Anttinen 1978, Anttinen & Ojanen 1984, Ojanen *et al.* 1995.)

Isohannin (1983) mukaan terapeutinen yhteisö edellyttää asiantuntijoilta auktoriteettien purkamista ja asettumista tasa-arvoiseen yhteistyösuhteeseen potilaan kanssa. Terapeuttisessa yhteisössä korostuu ryhmäterapioiden merkitys hoidossa ja sosiaalisten taitojen oppiminen (Isohanni 1983, Isohanni & Moring 1993). Isohanni (1977) korostaa terapeuttisen yhteisön merkitystä psykiatrisen potilaan hoidossa, koska se mahdollistaa perinteistä inhimillisemmän hoitopolitiikan ja avoimemman kommunikaation hoitotiimissä. Terapeuttinen yhteisö lisää myös yhteistyötä asiantuntijoiden, potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Tällöin hoitoajattelu perustuu tiimityölle, joka ottaa huomioon yksilö-, ryhmä- ja perhedy-namiikan ja koko hoitojärjestelmän potilaan hoidossa.

Nikkosen (1996) mukaan terapeutista yhteisöhoitoa tulee tarkastella myös kriittisesti. Käsitteistä terapeuttinen yhteisö, miljöö tai miljööterapia ei ole olemassa selkeää määritelmää. Lisäksi terapeuttisen yhteisön käsitteellinen malli sisältää epäselvyyksiä. Terapeutista yhteisöä on kritisoitu, koska siinä on analysoimatta kytketty yhteen erilaisia psykiatriseen hoitoon ja ryhmäprosessiin liittyviä ilmiöitä. Esimerkiksi terapeuttisen yhteisön ideologialle ominainen konkreettinen osaston toimintamuoto on suuryhmä. Suuryhmä tarkoittaa potilaan mukaan ottamista osaston hallinto- ja hoitokäytäntöihin, joka tarkoittaa potilaiden vetämistä henkilökunnan toimintoihin suurelta osin henkilökunnan ehdoilla. Suuryhmässä potilaat kertovat julkisesti sairauten tilastaan henkilökunnalle ja muille potilaille. Edellä mainittuun liittyy valtakaksymyksiä, mutta terapeuttisen yhteisön analyysissä ei esitetä kuitenkaan mitään valtaan liittyvää problematisointia. (Nikkonen 1996.)

Terapeuttisen yhteisön tutkimisesta käsitteen näkökulmasta ei oltu enää kiinnostuneita 1980-luvun jälkeen. Delaney (1997) mukaan tutkimuksen lähtökohdana terapeuttinen yhteisö -käsite ei ole perusteltu, vaan tutkimuksen lähtökohdan tulee nousta hoidon käytännöstä.

Toiseksi, Suomessa psykiatrisen yhteistoiminnallisen hoidon kehittymiseen vaikutti Turun skitsofreniaprojekti (Alanen *et al.* 1986, 1991) ja vuosina 1981-1987 toteutettu valtakunnallinen skitsofreniaprojekti (Lääkintöhallitus 1988, Alanen *et al.* 2000). Valtakunnallisen skitsofreniaprojektin tavoitteena oli selvittää ja edistää skitsofreniaa sairastavien mahdollisuutta elää yhteiskunnassa laitostumatta. Projektissa oli kaksi painopistealuetta: uusien skitsofreniapotilaiden hoidon kehittäminen (USP-projekti) ja pitkäaikaispotilaiden hoidon ja kuntoutuksen kehittäminen (PSP-projekti). USP-projektin tuloksena syntyi uusien skitsofreniapotilaiden hoitomalli ns. tarpeenmukainen hoitomalli, joka sisälsi neljä periaatetta: Varhainen, perhekeskeinen interventio mahdollisimman nopeasti potilaan tultua hoitoon, ryhmätyöskentely potilaan, hänen perheensä ja sosiaalisen verkoston kanssa hoitoprosessin alusta alkaen, hoidon psykologisen jatkuvuuden takaaminen ja erilaisten hoitomenetelmien jatkuva integroiminen yhteen koko hoitoprosessin ajan ja moniammatillisen psykoosityöryhmän toiminta. Skitsofreniaprojektissa painotetaan myös eri hoitomuotojen ja -käytäntöjen tutkimuksen tärkeyttä. (Alanen 1988, 1993, 1997.) Uusien skitsofreniaan sairastuneiden potilaiden hoitomallissa suositeltiin sairaanhoitopiireihin perustettavaksi erityisiä ”psykoosityöryhmiä” Psykoosityöryhmä koostui psykiatrisen hoidon asiantuntijoista, joiden tehtävänä oli vastata potilaiden laajasta alkuvaiheen selvittelystä ja hoidosta. (Alanen 1988.)

Yhteistoiminnallisen hoidon kehittymiseen ovat vaikuttaneet myös akuutin psykiatrisen hoidon integroitu hoito-projekti (API-projekti) (Vuorio *et al.* 1993 a, b,c, Aaltonen *et al.* 2001) ja avoimen dialogin hoitomalli Keroputaan sairaalassa Torniossa (Seikkula 1991, Keränen 1992, Haarakangas 1997, 2002). API-projektin hoitomallin yleiset periaatteet

ovat hoidon tarpeenmukaisuus, integroitu hoito, perhekeskeisyys, moniammatilliset työryhmät ja hoitosuhteen yksilöllisyys. Hoidon tarpeenmukaisuudella tarkoitetaan potilaan ja hänen perheensä hoitoprosessin myötä muuttuvia hoidollisia tarpeita. Hoidosta vastaavan työryhmän on reagoitava potilaan ja hänen perheensä muuttuviin yksilöllisiin tarpeisiin hoidollisesti. Hoidon integraatiolla tarkoitetaan hoidon eri osa-alueiden yhdistämistä tavalla, joka edistää potilaan selviytymistä. Potilaan perhe kytketään hoitoon ja sen suunnitteluun mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Moniammatillisuus tarkoittaa sitä, että potilaan hoidollisiin tarpeisiin voidaan vastata mahdollisimman laaja-alaisesti. Hoitomallissa korostetaan myös yksilöllistä hoitosuhdetta, ja jokaiselle potilaalle nimetään omahoitaja mahdollisimman varhaisessa vaiheessa hoidon alussa. (Alanen *et al.* 2000, Lehtinen *et al.* 2000, Aaltonen *et al.* 2001.)

Avoimen dialogin hoitomallin periaatteet ovat hoidon nopea aloittaminen, omaiset ja muut läheiset osallistuvat hoitoon, työryhmä ottaa vastuun hoidosta, epävarmuuden sietäminen, hoito vastaa asiakkaan muuttuviin tarpeisiin, verkostokeskinen työskentely ja avoin dialogi hoitokokouksissa (Haarakangas 2002). Hoitomallin keskeiset periaatteet ovat lähellä API-projektin hoitomallin yleisiä periaatteita ja molemmissa malleissa tärkeä työmuoto on hoitokokous. Alasen (1993) mukaan hoitokokouksella on informatiivinen tehtävä, mikä tarkoittaa informaation saamista ja sen yhteisesti jakamista seikoista, jotka liittyvät potilaan sairauden alkamiseen ja hoitoon tuloon. Diagnostisella tehtävällä tarkoitetaan mahdollisuutta tutkia elävässä tilanteessa perheen psykologista dynamiikkaa. Vuoro-vaikutuksellisen kokemuksen perusteella on mahdollista diagnosoida potilaan ja perheen hoidolliset tarpeet. Hoidollisen tehtävän tavoitteena on antaa alusta alkaen tukea sekä potilaalle että muille perheen jäsenille.

Haarakankaan (1997, 2002) mukaan hoitokokouksen tulee perustua avoimeen dialogiin. Avoin dialogi tarkoittaa sitä, että jokaisen hoitokokoukseen osallistuvan on mahdollista sanoa sanottavansa. Hoitokokouksen keskustelu on dialogista. Dialoginen keskustelu on kuuntelemista ja oman puheenvuoron rakentamista vastauksena toisen esittämiin ajatuksiin. Keskustelun tavoitteena on löytää yhteistä ymmärrystä puheena olevaan asiaan. Avoimen dialogiin sisältyy myös reflektiivisyys. Itsereflektiossa tunnistetaan tunteet ja ajatukset, jotka tulevat omasta henkilöhistoriasta tai jotka ovat vastausta johonkin muuhun kuin siihen, mitä keskustelussa on meneillään. Työryhmän keskinäinen reflektio on keskustelua hoitokokouksesta tai työryhmässä heränneistä tunteista potilaan ja hänen läheistensä kuunnellessa. (Haarakangas 1997, 2002.)

Saari (2002) tutki psykoosityöryhmän toimintaa Kainuussa. Tutkimuksessa verrattiin psykoosityöryhmässä (koeryhmä) hoidettuja ja tavanomaiseen tapaan avo- ja sairaalassa hoidettuja (kontrolliryhmä) vaikeista mielenterveyshäiriöistä kärsiviä potilaita. Tarkastelun kohteena oli potilaiden psyykkisen tilan ja toimintakyvyn muutos ja psykiatrisen sairaalahoidon käyttö. Samalla tutkittiin myös lähiomaisten ja perheen tunneilmapiirin muutoksia. Tulosten mukaan psykoosityöryhmän työskentely oli tavanomaista psykiatrista erikoissairaanhoidon tuloksellisempaa ja taloudellisempaa. Koeryhmä käytti psykiatrista sairaalahoidon huomattavasti vähemmän kuin kontrolliryhmä. Omaisten ja läheisten osallistuminen hoitokokouksiin oli tavallisempaa koeryhmässä. Myös lähiomaisten subjektiivinen ja objektiivinen kuormittuneisuus laskivat aluksi molemmissa ryhmissä. Myönteinen kehitys jatkui edelleen koeryhmässä, mutta pysähtyi kontrolliryhmässä.

Myös Saarento (1996) korostaa tutkimuksessaan psykiatrisen akuuttihoiton kehittämisen tärkeyttä ja potilaan ensimmäisen psykiatrisen hoitokontaktin merkitystä. Wahlbergin

(1998) mukaan psykiatriseen hoitoon liittyvien ensimmäisten yhteistyöneuvottelujen tarkoituksena on saada aikaan yhteinen ymmärrys siitä, mitä potilaalle on tapahtunut ennen sairaalahoitoa.

## 2.2 Yhteistoiminnallinen hoito

Yhteistoiminnallisessa hoidossa valta on jaettu siihen osallistuvien kesken ja hoidosta ovat vastuussa kaikki siihen osallistuvat. Kukin asiantuntija käyttää tietoperustaansa potilaan parhaaksi. Oman tietoperustan jakaminen yhdessä muiden hoitoon osallistujien kanssa on väline yhteisen ymmärryksen löytymiseen potilaan tilanteesta. (Janhonen 1992, 1999, Rivadeneira *et al.* 2000, Shaywitz *et al.* 2000, Little *et al.* 2001.) Yhteistoiminnalliseen hoitoon osallistuvien tulee löytää ja tukea potilaan omia voimavaroja. Näitä voimavaroja tukevia keinoja ovat jaettu vastuu, vastuullinen toiminta, konsultoiva ohjaus ja osallistuva vuoropuhelu. (Latvala 1998, Sarja & Janhonen 1999.)

Yhteistoiminnallisessa hoidossa hoidon tarve tunnustetaan muutoksen tarpeena. Yhteistoiminnallisen hoidon tavoitteet ja toiminta ovat potilaalle mielekkäitä, koska hänellä on mahdollisuus ottaa vastuuta omasta hoidostaan. Potilaan lähtökohdista muutokseen pyritään konsultoivan yhteistyön, yhteisen päätöksenteon ja jaetun vastuun keinoin (Latvala 1998). Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että sosiaali- tai terveydenhuollon asiantuntija kuuntelee potilaan kertomusta, tukee ja ymmärtää hänen tarpeitaan selviytyä jokapäiväisessä elämässään (Bowers & Moore 1997, Bray 1999, Janhonen 1999). Jaettu vastuu merkitsee myös sitä, että sairaanhoitajalla on hoitamisessa omaan asiantuntemukseensa perustuva tehtävä, josta hän on vastuussa. Dialogin vastavuoroisuuden mukaisesti sairaanhoitaja ilmaisee tarvittaessa myös omat eriävät näkemyksensä potilaan hoitoon liittyen. (Janhonen 1999.)

Yhteistoiminnallista hoitoa toteutetaan potilaan, hänen määrittelemiensä läheisten sekä terveyden- ja sosiaalihuollon asiantuntijoiden välisinä yhteistyöneuvotteluina (Janhonen 1999). Tällainen yhteistyöneuvottelu on potilaan hoitoprosessin aikana järjestettävä tapaaminen, jonka tavoitteena voi esimerkiksi olla potilaan hoidon tai jatkohoidon suunnittelu.

Käsitteet potilaslähtöisyys ja potilaskeskeisyys ovat lähtökohtia potilaan, hänen läheisensä ja asiantuntijoiden väliselle yhteistyölle ja yhteistoiminnalliselle hoidolle. Näin yhteistoiminnallista hoitoa voidaan tarkastella potilaskeskeisyyden ja potilaslähtöisyyden käsitteillä. Käsitteet ovat toistensa lähikäsitteitä ja niitä käytetään usein synonyymeina. Käsitteet sisältävät samoja ilmiöitä, mutta niistä on löydettävissä myös eroavuutta. Potilaat haluavat, että heitä hoidetaan potilaskeskeisesti tai potilaslähtöisesti. Molemmat lähtökohdat korostavat asiantuntijan ja potilaan välisen vuorovaikutuksen merkitystä. Vuorovaikutuksessa tärkeää on kuulla, mitä potilaalla on sanottavaa omasta tilanteestaan ja tunteistaan tai mikä hänen mielestään on hoidon tarve. Molemmat lähtökohdat edellyttävät myös potilaan koko persoonaan huomioimista hoidossa. Vaikka potilaslähtöinen hoito sisältää samoja elementtejä kuin potilaskeskeinen hoito, potilaslähtöisessä hoidossa korostuu potilaan ja asiantuntijan yhteistoiminnallinen suhde potilaan hoidon aikana (Janhonen 1999, Malloch *et al.* 2000). Näin määritellen potilas ja hänen läheisensä ovat hoidon keskipisteenä, ja hoitaminen perustuu yhteistyöhön.

Skitsofreniaprojekti (1988), API-projekti (Aaltonen *et al.* 2000) sekä eri tutkijat (Alanen *et al.* 1986, 1991, Seikkula 1991, Keränen 1992, Lehtinen 1994, Tuori 1994, Holma & Aaltonen 1995, 1997, 1999, Haarakangas 1997, Latvala & Janhonen 1998, Rosenbaum *et al.* 1998, Janhonen 1999, Rasinkangas & Aaltonen 2001) korostavat yhteistyötä psykiatrisen potilaan, hänen läheistensä ja asiantuntijoiden välillä sekä eri ammattiryhmien kesken. Yhteistoiminnallisuuteen pyrkivää yhteistyötä psykiatrisessa hoidossa on kuvattu myös potilasta tukevana sosiaalisena verkostona ja yhteistyöneuvotteluja verkostokokouksina. Sosiaalinen verkosto on ihmisen voimavara selviytymisessä. Sosiaalinen verkosto toimii "puskurina" yksilön elämäntilanteesta tulevaa liiallista stressiä vastaan. Jos tällaista puskuria ei ole, voi stressi johtaa terveydentilan huonontumiseen. (Marsella & Snyder 1981.) Sosiaalinen verkosto on ne vuorovaikutussuhteet, joiden kautta yksilö pitää yllä sosiaalista identiteettiään, näistä hän saa sosiaalista ja materiaalista tukea, tietoa, apua ja uusia ihmissuhteita. Ihmisen sosiaaliseen verkostoon kuuluvat hänen perheensä, sukunsa, ystävänsä, tuttavansa, työ- ja opiskelukaverit sekä viranomaisia. (Seikkula 1991.) Yhteistoiminnallinen hoito perustuu yhteistyöhön potilaan ja hänelle läheisten ihmisten kanssa (Janhonen 1999). Yhteistyöneuvottelusta käytetään psykiatrisessa hoitamisessa myös käsitettä hoitokokous. Hoitokokous on terapeuttisia päämääriä varten luotu sosiaalinen vuorovaikutustilanne, jossa hoito toteutuu keskusteluna. Hoitokokouksessa hoitava asiantuntijaryhmä on osa potilaan ongelman herättämää vuorovaikutusprosessia. (Alanen *et al.* 1986, 1991, 1997, Seikkula 1991, Haarakangas 1997.)

Kun yhteistyötä potilaan, hänen läheisensä ja asiantuntijoiden välillä tarkastellaan yhteistoiminnallisen hoidon lähtökohdista, niin pyrkimyksenä on psykiatrisen hoidon asiantuntijan muutosvalmiuden kehittäminen neljällä ulottuvuudella: Asiantuntijalähtöisyydestä jaettuun vastuuseen, normatiivisesta ohjauksesta konsultoivaan ohjaukseen, passiivisesta osallistumisesta tilanteenmukaiseen osallistumiseen ja vuoropuheluun ja suorittamisesta vastuulliseen toimintaan. (Janhonen 1993, 1999).

Yhteistoiminnallisen hoidon vastakohtana on asiantuntijalähtöinen psykiatrinen hoito. Asiantuntijalähtöistä psykiatrista hoitoa voidaan tarkastella varmistavan, ymmärtävän ja kasvattavan hoidon käsitteillä. (Janhonen 1993, 1999.) Varmistava hoito perustuu käsitykseen psykiatrisesta sairaudesta aivojen toiminnan häiriönä. Psykiatrinen sairaus on vaikea, potilaan tilanne on toivoton ja potilaan selviytyminen ja muutoksen resurssit vähäiset. (Latvala 1998.) Hoidossa tämä näkyy siten, että potilaalla on vähän tai ei ollenkaan mahdollisuutta vaikuttaa hoitoonsa. Asiantuntija on hoidon ainoa auktoriteetti, joka tietää mikä on potilaalle parasta. Hoitohenkilökunnan ja potilaan välinen vuorovaikutus on jokapäiväistä keskustelua. (Sullivan 1998 a, b, Latvala *et al.* 2000.) Potilaan tulee käyttäytyä asiantuntijoiden määrittelemien normien ja sääntöjen mukaan ja asiantuntijan tehtävänä on kontrolloida potilaan käyttäytymistä. Hoitaminen perustuu hierarkiaan ja hierarkian alimmalla tasolla on potilas (Latvala *et al.* 2000.) Varmistavassa hoidossa asiantuntijan toiminnassa painottuu ulkoinen ja kontrolloiva tarkastelu esimerkiksi se, miten lääkkeet ovat vaikuttaneet tai oliko potilas nauttinut ne (Latvala 1998).

Psykiatrisessa hoidossa ajaututaan myös helposti potilaan itsehoidollisuutta korostavaan, ymmärtävään hoidon käsitykseen. Ymmärtävässä hoidossa asiantuntija pyrkii toimimaan potilaskeskeisesti vastaamalla potilaan sen hetkisiin tarpeisiin. Ymmärtävässä hoidossa keskeisenä piirteenä on potilaan toiveita kunnioittava ja potilaan toiveiden mukaan toteutuva hoito. (Janhonen 1993.) Ymmärtävän hoitokäsityksen taustalla on myös dialoginen näkemys potilaan ja asiantuntijan välisestä vuorovaikutuksesta. Käsitys dialogista on

kuitenkin myötäilevä, jolloin asiantuntija siirtää omaa asiantuntijavaltansa toisille asiantuntijoille tai potilaalle. Ymmärtävässä hoidossa vuorovaikutuksen sisältö muodostuu ymmärryksen osoittamisesta kuulemalla potilaan kertomus ja reagoimalla siihen. Ymmärtävässä hoidossa ei kuitenkaan mahdollistu erilaisten näkökulmien kohtaaminen ja näin hoidossa ei päästä yhteisen ymmärryksen muodostamiseen potilaan tilanteesta. (Janhonen 1992, 1993.)

Kasvattava hoito perustuu normatiiviseen ohjaukseen ja on riippuvainen asiantuntijan taidoista. Asiantuntijan ja potilaan vuorovaikutus on usein yksisuuntaista viestintää eli monologia, mikä tarkoittaa sitä, että asiantuntija tekee potilaalle kysymyksiä ja potilaan tehtävänä on vastata näihin kysymyksiin. Asiantuntija usein myös päättää, mikä on parasta potilaalle ja potilaan tulee noudattaa hänen ohjeitaan. Näin potilaan rooli on olla sivustakatsoja. Vuorovaikutuksessa ei synny yhteistä näkemystä asiasta, vaan asiantuntija pyrkii siirtämään ideaalimalliin perustuvaa tietoa potilaalle. Kasvattavassa hoidossa asiantuntija toimii koordinoivasti muiden asiantuntijoiden kanssa. Kasvattavan hoitotavan mukaisesti toimiva asiantuntija odottaa potilaan toimivan hoito-ohjeiden mukaisesti ja olevan hoidossa vastuullisena vastaanottajana (Janhonen 1993, Barker *et al.* 1999, Latvala *et al.* 2000).

Yhteistoiminnallinen hoito sisältää myös varmistavan, ymmärtävän ja kasvattavan hoidon piirteitä, silloin kun potilaan tilanne sitä vaatii. (Janhonen 1993, 1999.) Esimerkiksi psykoottinen, itselleen tai muille vaarallinen potilas tarvitsee selkeitä rajoja ja normatiivista ohjausta. Oleellista yhteistoiminnallisessa hoidossa on kuitenkin tilanteenmukainen toiminta. Tämä tarkoittaa sitä, että asiantuntija kykenee analysoimaan potilaan tilanteen yhdessä potilaan kanssa ja toimimaan perustellusti potilaan voinnin ja sen hetkisen tilanteen vaatimalla tavalla. (Janhonen 1992, 1993, 1999, Latvala *et al.* 2000.)

### **2.3 Yhteistoiminnallisen hoidon ja suomalaisen, perheterapeuttisen tutkimuksen yhteyksiä**

Yhteistoiminnallista psykiatriasta hoitoa kehitettäessä voidaan suomalaisesta, perheterapeuttisesta tutkimuksesta ja yhteistoiminnallisen hoidon tutkimuksesta löytää yhteneväisyyksiä, ja tutkimukset tukevat näin toisiaan. Suomalainen, perheterapeuttinen tutkimus on kohdistunut muun muassa perheterapeuttisen keskustelun tutkimiseen. Yhteistoiminnallisessa hoidossa potilaan ja hänen läheisensä kertomusten tulee olla hoidon lähtökohtana. Wahlströmin (1992) mukaan perheterapiassa puhetta tuotetaan erilaisista diskursseista, viitekehyksistä tai äänistä. Elämän pulmatilanteisiin liittyvät hämmennykset ovat usein seurausta keskusteluyhteisössä vallitsevina olevien diskurssien yhteensovittamattomuudesta ja yhteentörmäyksestä. Yhteistoiminnallisen hoidon mukaisesti erilaiset diskurssit voivat olla tulosta eri kertomuksista. Erilaisten kertomusten huomioiminen ja niistä yhteisen, jaetun kertomuksen rakentaminen mahdollistaa yhteistoiminnallisen hoidon mukaisen yhteisen ymmärryksen syntymisen potilaan ja hänen läheistensä välille.

Yhteistoiminnallisessa hoidossa asiantuntijan ja potilaan kohtaamisessa on tärkeää, että kohtaamisessa syntyvä ilmiö tai kertomus nimetään ja tärkeää on myös, miten se nimetään. Jos ilmiö nimetään kapeasti asiantuntijoiden viitekehyksestä ”ongelmaksi”, se voi samalla

määrittyä asiaksi, joka voi olla potilaan oman toiminnan tai vaikutusvallan ulottumattomissa. Tavoitteiden kytkeminen potilaalle vieraisiin seikkoihin on omiaan synnyttämään kommunikaatio-, motivaatio-, ja yhteistyöongelmia. Riikosen (1992) mukaan kompetenssiuntautuneen asiantuntijan ja potilaan kohtaaminen sisältää onnistumisen ja kompetenssin osoittamisen potilaalle, todennäköisesti kompetenssivastauksiin johtavien puheenaiheiden ja kysymystyyppien valinnan, tavoitteiden selvittelyn ja kehittämisen sekä toiminnalliset ja kehitystävälliset metaforat. (Riikonen 1992.) Yhteistoiminnallisessa hoidossa asiantuntijan toiminta perustuu konsultoivaan yhteistyöhön ja päätöksentekoon sekä vastuu hoidosta on jaettu, ja näin kompetenssiuntautuneen asiantuntijan toiminta on yhteneväinen yhteistoiminnallisen hoidon asiantuntijan toiminnan kanssa. (Riikonen 1992, Janhonen 1993, 1999.)

Sosiaalisen verkoston merkitys hoitoon osallistumisessa korostuu sekä yhteistoiminnallisessa hoidossa että perheterapeuttisessa tutkimuksessa. Seikkulan (1991), Keräsen (1992) ja Haarakankaan (1997) tutkimukset liittyvät Torniossa Keroputaan sairaalassa kehitettyyn hoitomalliin. Seikkula (1991) kehitti osallistuvan toimintatutkimuksensa ensimmäisessä vaiheessa psykiatrisen potilaan vastaanottotapahtumaa kuvaavan hoitomallin. Tutkimuksen toisessa vaiheessa potilaan sosiaalisen verkoston merkitys oli päähuomioin kohteena. Jos potilaalla oli verkostossaan riittävästi ihmisiä, ja hänen verkostossaan oli riittävästi vastavuoroisia ja riippuvaista vuorovaikutusta, tarvitsi hän sairaalahoidoa vähemmän (Seikkula 1991, Keränen 1992). Vastaanottotilanteen huolellisella rakentamisella voitiin rakentaa vuorovaikutusta, missä puuttuvan sosiaalisen verkoston merkitys voitiin korvata. Asiantuntijoiden tehtävä ei ollut muuttaa potilasta ja hänen verkostoaan, vaan toimia subjektina vuorovaikutusmahdollisuuksia avartavassa dialogissa. Dialogiin osallistujat olivat kaikki hoidon suunnittelijoita, toteuttajia ja tulosten arvioijia. Keräsen (1992) mukaan potilaan sosiaalisen verkoston vuorovaikutuksellisilla tekijöillä on merkitystä potilaan sairaalaanottotilanteessa. Jos potilas ja häntä hoitava työryhmä oli oppinut toimimaan vuorovaikutussuhteissa vastavuoroisesti, he kykenivät siihen myös tilanteessa, jossa sairaalahoidosta päätettiin. Kytkeytymällä vastavuoroiseen vuorovaikutukseen potilaan ja hänen sosiaalisen verkostonsa kanssa työryhmä saattoi vaikuttaa potilaan hoitoratkaisun syntymiseen ja perheen sisäisen toimintatason parantumiseen siten, että hoitoratkaisu oli useimmin avohoito. Hoito-organisaation pyrkimyksellä aktiiviseen yhteistyöhön potilaan perheen ja verkoston kanssa oli vaikutusta psykiatrisen sairauskäsitykseen ja psykiatrisen potilaan asemaan.

Sosiaalisen verkoston merkitys korostuu myös yhteistoiminnallisessa hoidossa. Yhteistoiminnallinen hoito on myös yhteistyötä potilaan ja hänen läheistensä kanssa sekä vastuun jakamista kaikkien hoitoon osallistuvien kesken. Yhteistoiminnallinen hoito lähtee potilaan tarpeista ja yhteistyöneuvottelussa tulee näin ollen puhua ääneen potilaan senhetkiseen tilanteeseen liittyvät kertomukset. (Janhonen 1992, 1993, 1999.) Keroputaan sairaalassa kehitetty hoitomalli ja yhteistoiminnallinen hoito korostavat dialogia potilaan ja hänen läheisensä yhteistyössä.

Haarakangas (1997) kuvasi perhekeskeistä psykiatrista hoitokokouskeskustelua dialogisena prosessina erityisesti työryhmän toiminnan näkökulmasta. Keskustelun dialogisuudella Haarakangas (1997) tarkoittaa lausumien dialogista suhdetta toisiinsa. Ollessaan dialogisessa suhteessa toisiinsa puhujien lausumat ovat vastauksia edeltäviin lausumiin. Puhuja pyrkii lausumassaan ottamaan huomioon kuulijansa, hän tarkoittaa puheensa ymmärrettäväksi ja odottaa siihen joko sanallista tai sanatonta vastausta tai merkkiä siitä,

miten lausuma on ymmärretty. Dialogisessa keskustelussa pyritään puhelumppanien yhteisten merkitysten luomiseen. Haarakankaan (1997) mukaan hoitokokouksen dialogisuuden kehitys edellyttää työryhmän jäseniltä sellaista kielellistä kytkeytymistä asiakkaiden diskurssiin, jossa on mahdollista siirtyä symboliselta merkitysalueelta indikatiiviseen merkitysalueeseen ja päinvastoin.

Symbolinen kieli perustuu kielen yleiseen ominaisuuteen käyttää sanoja tai muita symboleja olioiden tai asioiden edustajina ilman niiden konkreettia läsnäoloa. Indikatiivinen kieli perustuu taas merkityksiin, joissa kielen merkki viittaa tarkoitteisiin, jotka ovat osoitettavissa kielenkäytön välittömässä läheisyydessä. Dialogisuus edellyttää työryhmän jäseniltä, että he pyrkivät irrottautumaan keskustelua edeltävistä merkityssysteemeistään ja olemaan avoimia keskustelussa esilintuleville uusille merkityksenannoille. Polyfonisuus toteutuu silloin, kun yksi ääni ei muodostu hallitsevaksi, vaan hoitokokouksen osallistujat sisällyttävät lausumiinsa myös vieraita sanoja siten, että eri äänet ovat dialogisessa vuorovaikutuksessa keskenään. Dialogissa syntyvät uudet merkitykset johtavat ongelman häviämiseen kielen tasolla. Hoitokokouskeskustelujen kielellistä kehitystä voidaan vahvistaa työryhmän keskinäisellä reflektoinnilla.

Haarakankaan (1997) tutkimus dialogisuus sisältää samoja elementtejä yhteistoiminnallisen hoidon kanssa, jossa dialogi on prosessi ja se edellyttää sitä, että yhteistyöneuvotteluun osallistujat määrittelevät yhteisen keskustelun kohteen ja keskustelun kohde on jaettu. Yhteisen keskustelun kohteen jälkeen osallistujat tuovat omat näkökulmansa tai kertomuksensa mukaan keskusteluun. Osallistujien kertomukset voivat olla toisistaan eriäviä, mutta yhdellä osallistujalla voi olla useita ja mahdollisesti toisistaan eriäviä kertomuksia yhteisestä kohteesta (polyfonia). Näistä eri kertomuksista on mahdollista rakentaa kertomus, joka voi olla uusi tai erilainen tapa lähestyä keskustelussa olevaa ilmiötä.

Yhteistoiminnallinen hoito ja suomalainen, perheterapeutin tutkimus korostavat terveydenhuollon asiantuntijuuden kehittymistä. Asiantuntijuudessa korostuu ei-tietäminen ja tasa-arvoisuus. Yhteistyötä tehdään potilaan lähtökodista ja tarpeista. Keskustelussa korostuu dialogisuus. Vuosina 1992-1998 toteutetussa akuutin psykoosin integroidun hoidon (API)- projektissa tärkeimpänä tavoitteena oli akuutin psykoosin hoitokäytäntöjen kehittäminen projektissa mukana olevissa yksiköissä sekä tiedon hankkiminen siitä, miten eri hoitomuotoja tulee integroida psykoosipotilaan hoidossa. API-projektin tulosten mukaan akuutin psykoosin hoitomallin kehittämisessä tutkimuksen kohteena tulee potilaan ja hänen perheensä lisäksi olla ympäristö, jossa hoito tapahtuu sekä hoitohenkilökunnan omat kokemukset. (Aaltonen *et al.* 2000.) Projektissa päädytään kahteen uuteen tarpeenmukaisen hoidon periaatteeseen. 1. Horisontaalinen asiantuntijuus, jossa pyritään tietoisesti reviirien purkamiseen ja asiantuntemusten välisten rajojen ylittämiseen. Painopiste on itseohjautuvissa tiimeissä ja erillisten tiimien yhteistyössä. Tämä on yhteneväinen yhteistoiminnallisen hoidon asiantuntijan kehittämisessä asiantuntijalähtöisyydestä jaettuun vastuuseen ja normatiivisesta ohjauksesta konsultoivaan ohjaukseen. 2. Rituaalinen purkaminen ja avoin dialogi. Hoito ei ole myöskään aikaan ja paikkaan jäykästi sidottua. (Aaltonen *et al.* 2000.) API-projektin periaatteista voi löytää yhtäläisyyksiä yhteistoiminnallisen asiantuntijan kehittämiseksi passiivisesta osallistumisesta tilanteenmukaiseen osallistumiseen ja vuoropuheluun sekä suorittamisesta vastuulliseen toimintaan. (Janhonen 1993, 1999.)

Yhteistoiminnallisessa hoidossa hoidon tarve tunnustetaan muutoksen tarpeena. Yhteistoiminnallisen hoidon tavoitteet ja toiminta ovat potilaalle mielekkäitä, koska hänellä on mahdollisuus ottaa vastuuta omasta hoidostaan. Yksi yhteistoiminnallisen hoidon tavoit-



teista on potilaan tarpeesta lähtevän ja voimavaroja tukevan kertomuksen rakentaminen. Holman (1999) tutkimus liittyy API-projektiin ja siinä selvitettiin tarpeenmukaisen hoitomallin psykologiaa narratiivisesta näkökulmasta. Tutkimusjoukon muodostivat ensi kertaa akuuttiin psykoosiin sairastuneet potilaat, heidän perheenjäsenensä ja moniammatillinen hoitokokous. Tutkimuksen tuloksena voidaan tehdä seuraavia johtopäätöksiä. Ensimmäiseksi, akuutissa psykoosissa olevan potilaan identiteettikertomus voi olla romahtanut tai se ei ole tarpeeksi koherentti. Psykoottinen henkilö ei pysty luomaan riittävän koherenttia identiteettikertomusta sosiaalisesti tarjolla olevista kertomuksista. Tällaisissa tilanteissa tulee moniammatillisissa hoitokokouksissa pyrkiä luomaan potilaan, lähiomaisen ja henkilökunnan kesken potilaasta monipuolisia ja uudenlaisia kertomuksia. Toiseksi, akuutissa psykoosissa oleva henkilö pyrkii luomaan kokemuksilleen kertomuksellisen jäsenyyden, mutta saatavilla olevat kertomukselliset jäsentämistavat eivät tarjoa siihen riittävää mahdollisuutta, ja osa kokemuksista saattaa jäädä jäsentymättä. Kolmanneksi, koska tietyt kokemukset saattavat jäädä jäsentymättä, tietyt kokemukset ajallisuudesta saattavat puuttua psykoottiselta henkilöltä kokonaan. Näin hoitokokousten tavoitteena tulee olla potilaan ei-jäsentyneen kokemuksen kertomuksellistaminen. Neljänneksi, ilman psykoottisen henkilön ja hänen perheensä mukanaolo tasavertaisina kumppaneina kertomuksen muodostamisessa työntekijöiden kertomukset eivät liittyneet psykoottiseen henkilön tai perheenjäsenen kokemuksiin vaan pelkästään työryhmän jäsenten kokemuksiin ja tapoihin hahmottaa tilanne diagnostisten tai teoreettisten kertomusten kautta.

## 2.4 Yhteenveto yhteistoiminnallisesta hoidosta

Perinteinen psykiatrinen hoito on ollut laitoskeskeistä, asiantuntijälähtöistä ja potilasta passivoivaa. Psykiatrinen hoito on kehitetty mm. Englannissa kehitetyn terapeuttisen yhteisön lähestymistavan mukaisesti. Terapeuttinen yhteisö edellytti asiantuntijoilta auktoriteettien purkamista ja asettumista tasa-arvoiseen yhteistyösuhteeseen potilaan kanssa. Suomessa psykiatrisen hoidon kehittämiseen ovat vaikuttaneet mm. skitsofreniaprojekti ja sitä seurannut akuuttiin psykoosin integroitu hoito-projekti, jotka molemmat ovat olleet lähtökohtia yhteistoiminnallisen psykiatrisen hoidon kehittämiseksi. Yhteistoiminnallinen psykiatrinen hoito edellyttää asiantuntijoilta jaettua vastuuta, konsultoivaa ohjausta, tilanteenmukaista osallistumista, vuoropuhelua ja vastuullista toimintaa. Yhteistoiminnallisen psykiatrisen hoidon lähtökohtana on potilaan ja hänen läheisensä kertomus potilaan tilanteesta. Ohjaus perustuu konsultaatioon ja yhteistyössä mahdollistuu kaikkien siihen osallistuvien vuoropuhelu ja osallistuminen. Aikaisemmat tutkimukset ovat korostaneet psykiatrisen potilaan, hänen perheensä ja verkostonsa sekä asiantuntijoiden yhteistyötä yhteistyöneuvottelussa. Tätä tutkimusta tarvitaan, koska yhteistyöneuvottelun sisällöstä on olemassa vain vähän tutkimusta. Tutkimukseni avulla saadaan teoretietoa ja tämän tiedon avulla voidaan yhteistoiminnallisen hoidon sisältöä edelleen kehittää psykiatrisessa hoidossa.

## 2.5 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävät

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata psykiatrisen hoidon yhteistyöneuvottelun kertomistilanteessa rakentuvia kertomuksia. Tutkimuksen tavoitteena on löytää terveydenhuollon henkilöstön ja asiakkaan yhteistyön olennaiset piirteet ja luoda kokonaiskuva yhteistyöstä asiakkaan ja terveydenhuoltohenkilöstön välillä psykiatrisessa yhteistyöneuvottelussa. Tutkimuksen avulla saadaan teoretietoa kertomusten käytöstä yhteistyön kehittämiseksi terveydenhuollon henkilökunnan sekä potilaan ja hänen läheistensä kanssa psykiatrisessa yhteistyöneuvottelussa.

Tutkimustehtävä:

Aloitin tutkimuksen laajalla kysymyksellä:

Millaista yhteistoiminnallisuutta rakentuu osallistujien sanallisissa ja sanattomissa kertomuksissa psykiatrisen hoidon yhteistyöneuvotteluissa?

Tutkimukseni oli prosessi. Tutkimusprosessin ensimmäinen julkaisu oli videoiden käytämisestä aineiston keruumenetelmänä psykiatrisessa sairaalassa (Videotaped recording as a Method of Participant Observation in Psychiatric Nursing. *Journal of Advanced Nursing* 31(5): 1252-1257)

Tutkimusprosessin eri vaiheista muodostin tutkimuskysymykset ja raportoin tuloksen alkuperäisjulkaisuna seuraavasti:

1. Miten häpeä rakentuu psykiatrisen potilaan ja hänen läheistensä kertomuksissa psykiatrisessa yhteistyöneuvottelussa? (II Patient initiatives in psychiatric care concerning shame in the discussion in co-operative team meetings. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 9 (1) 23-32)
2. Miten häpeästä keskustellaan psykiatrisessa yhteistyöneuvottelussa? (II Patient initiatives in psychiatric care concerning shame in the discussion in co-operative team meetings. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 9 (1) 23-32)
3. Millainen kertominen mahdollistaa potilaan ja hänen läheisensä osallistumisen yhteistyöneuvottelussa? (III Storytelling of Cooperative Team Meetings in Acute Psychiatric Care. *Journal of Advanced Nursing* 40 (2), 189-198)
4. Millainen kertominen estää potilaan ja hänen läheisensä osallistumisen yhteistyöneuvottelussa? (III Storytelling of Cooperative Team Meetings in Acute Psychiatric Care. *Journal of Advanced Nursing* 40 (2), 189-198)
5. Millaista kertomusta sanaton kertomus rakentaa psykiatrisessa yhteistyöneuvottelussa? (IV 'Shared-rhythm' cooperation in co-operative team meetings in acute psychiatric care. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* (Arvioitavana)

### **3 Yhteistyöneuvottelun kertomistilanteen arviointi**

Seuraavissa luvuissa kuvaan potilaan ja asiantuntijan välisen sanallisen ja sanattoman vuorovaikutuksen tutkimusta ja tutkimuksessani käyttämäni narratiivista lähestymistapaa.

#### **3.1 Potilaan ja asiantuntijoiden välisen vuorovaikutuksen vaihtoehtoisista lähestymistavoista**

Potilaan ja asiantuntijan/asiantuntijoiden vuorovaikutusta on tutkittu kehysanalyysillä, diskurssianalyysillä ja keskusteluanalyysillä. Peräkylä (1990) tutki sosiologisesta näkökulmasta vuorovaikutusta kuolevan potilaan hoitamisessa kehysanalyysin avulla. Vuorovaikutusta tarkasteltiin vakiintuneina kokonaisuuksina, kehyksinä. Kehys on sana, jolla viitataan sosiaalisen vuorovaikutuksen peruselementteihin sellaisina kuin ne voidaan tunnistaa. Kehys viittaa siihen, mitä vuorovaikutuksen osapuolet tekevät ja miten he tekemiseensä liittyen ja sen tuloksena tilanteensa määrittelevät. Peräkylän (1990) tutkimuksessa kuolevan potilaan hoitoon liittyvät kehykset olivat lääketieteellinen, käytännöllinen ja psykologinen kehys ja maallikkokehys. Lääketieteellisessä kehyksessä asiantuntija on tietävä ja toimiva subjekti. Hän tuntee potilaan lääketieteellisen tilan ja ohjaa hänen hoitoaan. Potilas on lääketieteellisen tiedon ja hoitotoimenpiteiden ruumiillinen kohde. Käytännöllisessä kehyksessä asiantuntija on toimiva subjekti, joka huolehtii päivittäisistä tehtävistä osastolla. Potilas on päivittäisten tehtävien kohde, jolla on rajallinen mahdollisuus myötävaikuttaa päivittäisten tehtävien suorittamiseen. Maallikkokehyksen mukaan asiantuntija on tunteva ja kokeva subjekti ja hän seuraa lähimmäisensä kuolemaa. Potilas on kokeva ja tunteva subjekti, joka lähestyy omaa kuolemaansa toisten ihmisten saattamana. Psykologinen kehys määrittelee asiantuntijan tietävänä ja toimivana subjektina, joka tuntee potilaiden ja henkilökunnan tunnereaktiot ja pystyy ohjailemaan niitä. Potilas on tunteva ja kokeva subjekti ja hän on psykologisen tiedon ja ohjailun kohteena.

Diskurssianalyysia voi luonnehtia laaja-alaiseksi lähestymistavaksi tai väljäksi teoreettiseksi viitekehykseksi, ei niinkään yhdeksi kielen käytön tutkimuksen menetelmäksi (Jokinen *et al.* 1993). Diskurssianalyysi tavoittelee metodologisesti yhtenäistä logiikkaa ja sitä

tarkastellaan usein yhden tieteenalan, sosiologian, näkökulmasta (Engeström 1999). Sosiaalipsykologisen lähestymistavan mukaan diskurssianalyyssissä kielen ymmärretään olevan sidoksissa vuorovaikutustilanteen lisäksi niihin yhteisöihin, joissa kieltä käytetään. Tässä tapauksessa diskurssia lähestytään yhteisön eikä yksilöiden näkökulmasta kuten keskusteluanalyyssissä tehdään. (Jokinen *el al.* 1993, Luukka 2000.) Diskurssin käsitettä voi verrata merkityksen välittäjänä muiden tutkimussuuntausten tuottamiin samansuuntaisiin käsitteisiin, kehys (Goffman 1974) ja ääni (Bakhtin 1986). Diskurssianalyysi tuottaa tietoa siitä, miten ihmiset ovat vuorovaikutuksessa keskenään. Diskurssi on säännönmukaisten merkityssuhteiden systeemi, joka rakentuu sosiaalisessa käytännössä ja samalla rakentaa sosiaalista todellisuutta. Merkityssysteemit eivät välttämättä rajoitu vain sanojen ja lauseiden muodostamiin systeemeihin, vaan myös ei-sanallisia tekoja voidaan tarkastella merkityksellisinä. Kielenkäyttö on sosiaalista todellisuutta muuntavaa ja uusintavaa toimintaa. Kontekstuaalisuus on keskeinen analyttinen periaate. Kontekstin huomioonottamisella tarkoitetaan sitä, että analysoitavaa toimintaa tarkastellaan tietyssä ajassa ja paikassa, johon tulkinta pyritään suhteuttamaan. Diskurssianalyyssissä keskeistä on vuorovaikutuksen ja sosiaalisen rakenteen suhdetta koskeva pohdinta, viime kädessä pohdinta mikro- ja makrotasojen integraatiosta sosiologiassa (Jokinen *el al.* 1993, Luukka 2000).

Suomessa oli 1990-luvulla ja 2000-luvun taitteessa mielenkiinnon kohteena vuorovaikutuksen tutkiminen lääkärin (Engeström 1999, Raevaara 2000, Ruusuvuori 2000) ja diabeteshoitajan vastaanotoilla (Pyörälä 2000, 2001). Tutkimusten lähestymistapana oli keskusteluanalyysi. Keskusteluanalyysi on mikrososiologinen tutkimuksen suuntaus ja sen juuret ovat etnometodologiassa. Silvermanin (1993) mukaan keskusteluanalyysi perustuu sosiaalisen toiminnan perusteoriaan ja sen kohteena ovat puheen vuorovaikutukselliset muodot. Keskusteluanalyyssillä tutkitaan kielen sisältäviä indeksikaalisia ilmauksia. Tutkittavana oleva kieli ja sen muoto ei pysty sellaisenaan antamaan ilmaisulle tarkkaa ”objektiivista” merkitystä ja indeksikaalisuus tarkoittaa sitä, että ilmaukset sisältävät symbolisen merkityksen ohella kontekstuaalisen tulkinna vaatimuksen. Keskusteluanalyysi tutkii tätä kontekstuaalisuutta erityisesti sosiaalisten rakenteiden avulla (Hakulinen 1997, Engström 1999). Keskusteluanalyyssillä selvitetään vuorovaikutuksen etenemistä osallistujien ehdoin pitäytymällä tiukasti vain aineiston ilmentämissä seikoissa. Keskusteluanalyyssin perusajatuksena on, että vuorovaikutus on rakenteeltaan organisoitunut, kontekstista riippuvainen ja siinä jatkuvasti muotoutuva. Sekä diskurssianalyyssillä että keskusteluanalyyssillä tutkitaan vuorovaikutusta, mutta diskurssianalyyssillä on mahdollista tutkia merkitysten rakentumista vuorovaikutuksessa kun taas keskusteluanalyyssillä itse vuorovaikutuksen rakentumista.

Ruusuvuoren (2000) mukaan lääkärit ja potilaat pitävät lääkärin oikeutena avata keskustelu käynnin syystä ja siirtymisestä keskustelussa eteenpäin lääkärin vastaanotolla. Potilaat pitivät vastaanotolla keskeisenä tehtävänä käynnin oikeutuksen osoittamista. Potilaalle ei vastaanoton alussa anneta aikaa kertoa omasta tilanteestaan. Beckmanin ja Frankelin (1984) mukaan lääkäri keskeyttää potilaan puheenvuoron vastaanoton alussa 18 sekunnin kuluttua ja siirtää puheen häntä kiinnostaviin teemoihin. Potilaat tekivät vastaanotolla myös diagnoosiehdotuksia. Potilaan diagnoosiehdotukset sijoituivat Raevaaran (2000) mukaan ensimmäiseksi tilanteeseen, kun potilas kertoi jostakin vaivastaan ja mielsi kertomisen jollakin tavalla ongelmalliseksi. Toiseksi potilaat esittivät diagnoosiehdotuksia tilanteissa, joissa lääkäri näytti olevan erilainen käsitys selvitettävän ongelman vakavuudesta kuin heillä itsellään. Pyörälän (2001) mukaan potilaiden esittämät kysymykset vas-

taanottotilanteissa olivat harvinaisia. Asiantuntija saattoi tarjota vastaanoton lopussa potilaalle mahdollisuuden tehdä kysymyksiä. Tällöin vastaanoton päätehtävät oli suoritettu: potilaan tulosy selvitetty, tutkimukset tehty, diagnoosi ja hoito-ohjeet kerrottu ja mahdolliset reseptit kirjoitettu ja ojennettu potilaalle. Potilas tulkitsi vastaanoton lopussa hänelle esitetyn mahdollisuuden esittää kysymyksiä tilanteen loppumisen merkiksi.

Myös hoitotieteessä vuorovaikutusta on tutkittu eri menetelmillä hoitajan ja potilaan kahdenkeskisen vuorovaikutuksen luonteen näkökulmasta. (Henneman *et al.* 1995, Motyka *et al.* 1997, Barker 1999, Bray 1999, Tilley 1999, Latvala *et al.* 2000.) Nämä tutkimukset korostavat terapeuttisen vuorovaikutuksen keskeisiä piirteitä eli kuuntelua, tukemista, avoimuutta, aitoutta ja empatiaa. Hoitajan toiminnassa korostuu potilaan kunnioittaminen arvokkaana ihmisenä, potilaalle mielekkään toiminnan järjestäminen (Latvala *et al.* 2000), potilaan uskomisen ja potilaalle saavavilla oleminen (Breeze & Repper 1998).

Aikaisempien vuorovaikutukseen liittyvien tutkimusten tuloksista voi tehdä johtopäätöksen, että terveydenhuollon henkilökunnan, potilaan ja hänen läheistensä välinen sanallinen yhteistyö on asiantuntijajohtoista (Beckman & Frankel 1984, Latvala & Janhonen 1998, Lowry *et al.* 2000, Raevaara 2000, Ruusuvuori 2000), ja vuorovaikutuksen sisällön tutkiminen on vasta käynnistynyt.

### ***3.1.1 Sanattoman vuorovaikutuksen tutkiminen ja merkitys yhteistoiminnallisessa hoidossa***

Vuorovaikutuksen tutkimuksessa on pääasiallisesti tarkasteltu vain sanallista kommunikaatiota eikä vuorovaikutusta kokonaisuudessaan. Muutamissa hoitotieteellisissä tutkimuksissa on tutkittu myös sanatonta vuorovaikutusta (Sullivan 1998 a, Tilley 1999), vaikka sanattoman vuorovaikutuksen osuus kommunikaatiosta eri tutkijoiden (Burgoon *et al.* 1996, Saarnio 1997, Vrij *et al.* 2000) mukaan vaihtelee 70-90 prosentin välillä. Burgoonin *et al.* (1996) mukaan sanatonta ja sanallista vuorovaikutusta ei tulisi kuitenkaan tutkia erillisinä. Sanaton ja sanallinen kommunikaatio rakentuvat toistensa kanssa vuorovaikutuksessa kokonaiskommunikaatioksi.

Sanatonta vuorovaikutusta on aikaisemmissa tutkimuksissa lähestytty pääosin kvantitatiivisin menetelmin. Tutkimuksissa aineisto on kerätty osallistuvan havainnoinnin avulla. Tutkimuksen kohteena on ollut hyvän vuorovaikutussuhteen rakentaminen potilaan kanssa, ja mittari on tällöin koostunut hyvää vuorovaikutussuhdetta kuvaavista muuttujista (Bensing *et al.* 1996, Caris-Verhallen *et al.* 1999) Bottorff ja Morse (1994) sekä Routasalo (1996, 1999) kehittivät tutkimuksiaan varten mittarin, joka koostui erilaisista koskettamiseen liittyvistä muuttujista. Burgoon *et al.* (1996) ovat käyttäneet useita lähestymistapoja ja menetelmiä sanattoman vuorovaikutuksen tutkimiseksi ja he ovat sitä mieltä, että sanatonta vuorovaikutusta tulee tutkia eri lähestymistavoista ja eri menetelmillä.

Aikaisemman tutkimuksen mukaan käsitteitä sanaton vuorovaikutus, ruumiin kieli tai kertominen ovat käsitteinä osin päällekkäisiä ja osin ne leikkaavat toisensa. (Bensing *et al.* 1996, Caris-Verhallen *et al.* 1999.) Sanaton vuorovaikutus on yleisempää kuin sanallinen ja se ilmaisee sen, mitä sanallinen vuorovaikutus ei voi tai mitä sen ei pitäisi ilmaista. Sanattoman vuorovaikutuksen ilmaiseminen on opittua ja kulttuurisidonnaista. Esimer-

kiksi hymy on sosiaalisessa vuorovaikutuksessa syntyvä toiminta. Hymyn merkityksen ymmärtäminen edellyttää kuitenkin hymyn esittävän henkilön kulttuurin tuntemista. (Bird-whistell 1973.)

Sanattoman vuorovaikutuksen avulla ilmaistaan hoidossa tärkeitä positiivisia tunteita, kuten lämpöä, rakkautta ja tukea (Bensing *et al.* 1996) ja ratkaistaan tunteisiin, asenteisiin, ihmisten väliseen vuorovaikutukseen ja erilaisiin vaikutelmiin liittyviä kysymyksiä. (Burgoon *et al.* 1996.) Sanaton käyttäytyminen muodostaa kokonaisuuden ja se on myös riippuvainen kontekstista. Esimerkiksi katsekontaktiaktin avulla voidaan ilmaista kiinnostusta ja lämpöä, mutta tuijottava katse voi olla myös osoitus vallasta. (Heintzman *et al.* 1993.)

Yhteistoiminnallisen hoidon rakentaminen edellyttää siihen osallistuvilta lämpöä sekä innostuneisuuden ja kiinnostuksen osoittamista myös sanattomasti. (Harrigan *et al.* 1985, Heintzman *et al.* 1993.) Kun potilaan ja asiantuntijan vuorovaikutuksen tavoitteena on yhteistyösuhteen rakentaminen, niin sanattomassa vuorovaikutuksessa korostuu koskettaminen, kuunteleminen, pään nyökkäys, hymyileminen, vartalon asento ja katsekontakti. (Heintzman *et al.* 1993, Bottorff & Morse 1994, Lewis *et al.* 1995, Caris-Verhallen *et al.* 1999, Fredriksson 1997.) Katsekontaktin avulla on mahdollista ilmaista kiinnostusta, empatiaa ja lämpöä potilaalle. Katsekontakti ilmaisee myös sitoutumista yhteistoimintaan toisen henkilön kanssa. Päänyökkäys on osoitus lämmöstä ja puhujan ymmärtämisestä. (Heintzman *et al.* 1993, Bottorff & Morse 1994, Lewis *et al.* 1995, Burgoon *et al.* 1996, Caris-Verhallen *et al.* 1999.) Suora katsekontakti tukee sopivalla tavalla yksilön kykyä ilmaista asiansa, se on osoitus avoimuudesta, luotettavuudesta ja uskottavuudesta (Heintzman *et al.* 1993, Burgoon *et al.* 1996).

Kosketuksen täytyy olla tilanteeseen sopivaa ja silloin se on osoituksena lämmöstä ja huolenpidosta. (Heintzman *et al.* 1993.) Kuitenkaan kosketus yhteistyöneuvottelussa ei ole hyvien psykoterapeuttisten tapojen mukaista (LaTorre 2000).

Yhteistyössä sanalliseen puheeseen osallistumista edesauttaa, jos keskustelijat hakeutuivat lähemmäksi istumaan, kumartuvat toisiaan kohti, katsovat toisiaan ja osallistujien vartalot viestivät luonnollisuutta ja rentoutta. (Heintzman *et al.* 1993.) Luonnollisuutta ja rentoutta viestittävät käsien symmetrinen asento vartaloon nähden, jalat vierekkäin, mutta ei ristissä ja vartalon asento suoraan potilaaseen päin. (Harrigan *et al.* 1985.)

Psykiatrinen yhteistyöneuvottelu on kertomistilanne ja tällöin siihen osallistuja lähestyy ja puhuu helpommin sellaiselle ihmiselle, joka on edustaa hänen sosiaalista taustaansa. (Gifford 1982, Burgoon & Walther 1990.) Ihminen myös valitsee mieluummin vierekkäisen tai suoraa vastapäätä olevan paikan suhteessa toiseen henkilöön ja/tai toisiin keskustelijoihin. Silloin mahdollistuu fyysinen läheisyys, katsekontakti ja keskittyminen yhteen asiaan kerrallaan, jotka kaikki edistävät keskustelua ja yhteistyötä. Yhteistyöneuvottelu alkaa osallistujien tervehtimisellä ja katsekontakti avaa keskusteluyhteyden. Keskustelun aikana yksi puhuja on kerrallaan äänessä. Kuulijoiden täytyy myös osoittaa jollakin tavalla, että he kuuntelevat puhujaa. Burgonin *et al.* (1996) mukaan sosiaalinen keskustelu edellyttää rytmistä yhteistyötä, joka tarkoittaa sitä, että keskusteluun osallistuvilla on katsekontakti, heidän vartalonsa mukautuu puheen tempoon ja heidän asentonsa ja eleensä muodostavat kokonaisuuden. (Burgoon *et al.* 1996.)

Tutkimuksessani olin kiinnostunut, mitä yhteistyöneuvottelun kertomistilanteessa tapahtuu, sen sisällön näkökulmasta. En ollut sinänsä kiinnostunut siitä, miten merkityksiä vuorovaikutuksessa rakennetaan tai siitä miten vuorovaikutus rakentuu.

### 3.2 Narratiivinen lähestymistapa

Tässä tutkimuksessa olin kiinnostunut kertomistapahtumassa syntyvistä sanattomista ja sanallisista kertomuksista akuutissa psykiatrisessa yhteistyöneuvottelussa. Näitä sanallisia ja sanattomia kertomuksia oli mahdollista tutkia narratiivisella lähestymistavalla. Narratiivinen lähestymistapa mahdollisti myös mahdollisten kertomattomien kertomusten kuvaamisen.

Hatchin ja Wisniewskin (1995) mukaan keskeisin ero perinteisen laadullisen tutkimuksen ja narratiivisen tutkimuksen välillä on tietämisen subjektiivisuus. Narratiivisen tutkimuksen totuus muodostuu konstruoinnin tuloksena. Totuus on suhteellinen ja se rakennetaan sosiaalisessa prosessissa. (Abma 2002.) Narratiivinen tutkimus ei pyri yleistettävään tai objektiiviseen tietoon, vaan paikalliseen, henkilökohtaiseen ja subjektiiviseen tietoon. Gubrium ja Holsteinin (1997) mukaan narratiivi tarjoaa joko implisiittisen tai eksplisiittisen skeeman, organisoida ja ymmärtää tapahtuminen ja ilmiöiden välisiä suhteita. Heikkisen *et al.* (1999) mukaan narratiivinen tutkimus voidaan ymmärtää väljäksi metodiseksi viitekehikseksi, jonka ydin on siinä, että huomio kohdistetaan kertomuksiin todellisuuden ja maailman merkitysten välittäjänä ja tuottajana. Narratiivisen tutkimuksen avulla voidaan lisätä potilaslähtöisyyttä hoidossa (Janhonen 1999, Vuokila-Oikkonen *et al.* 2001), se mahdollistaa tutkijan analyysiprosessin kehittymisen (Greenhalgh & Hurwitz 1999, Vuokila-Oikkonen *et al.* 2001) ja narratiivinen tutkimus voi tuottaa uusia hypoteeseja tutkittavasta ilmiöstä (Greenhalgh & Hurwitz 1999). Narratiivinen tutkimus tarjoaa mahdollisuuden vähentää lääketieteen ylivaltaa potilaan hoitamisessa. Se voi toimia välineenä lääketieteen kehittämisen humanistisista lähtökohdista, mutta yhtälailla se on myös avainasemassa luomassa uutta lääketieteellistä tietoperustaa potilaan kohtaamiseen. (Hurwitz 2000.)

Narratiivi voidaan ymmärtää tutkimuksen lähestymistapana, jolloin puhutaan tutkittavan ilmiön ontologiasta eli tiedon luonteesta ja epistemologiasta eli, siitä millä menetelmällä tietoa saadaan. Narratiivin ontologiset lähtökohdat määrittelevät ihmisen aktiiviseksi ja merkityksiä antavaksi toimijaksi. Ihmisen elämään liittyvät ilmiöt ovat prosessimaisia; niitä voidaan tulkita kielen avulla ja ne ovat aikaan ja paikkaan sidottuja. Ihminen on luonnostaan vuorovaikutuksessa toisten ihmisten kanssa ja tässä vuorovaikutuksessa hän muodostaa oman käsityksensä ympäröivästä todellisuudesta. Yksityisen ihmisen käsitys muokkaa puolestaan yhteistä kokemusta. Kun ihminen kertoo tarinaansa, hän samalla elää sitä. (MacIntyre 1981, Mishler 1986, Poirier & Ayres 1997.) Käytännössä ihmisen kertomus ja kertominen sisältää sekä kerrotut tapahtumat ja sen, miten kertomus kerrotaan. Narratiivisen lähestymistavan mukaan eri kertomuksen elementit muodostavat johdonmukaisen kokonaisuuden (Gubrium & Holstein 1997).

Epistemologisissa lähtökohdissa on keskeistä, että ihminen käyttää kieltä kokemuksensa tuottamiseen. Kielen avulla hän tekee kokemuksen ymmärrettäväksi muille. Siten narratiivinen aineisto perustuu kieleen. Narratiivinen aineisto voi olla puhetta ja kirjoitettua tekstiä, mutta myös ei-kielellistä viestintää. Narratiivista lähestymistapaa käyttävän tutkijan lähtökohdiana on ajatus siitä, että tieto on luonteeltaan kertomuksellista ja todellisuutta voidaan jäsentää kielen avulla. (Gubrium & Holsteinin 1997, Lieblich *et al.* 1998.)

Tutkimuksessani narratiivinen lähestymistapa fokuoitiuu ”*storytelling*” -näkökulmaan. ”*Storytelling*” -käsitteellä tarkoitan kertomista yhteistyöneuvottelussa. Yhteistyöneuvot-

telu on kertomistilanne, jossa on mahdollista rakentaa sanallisia tai sanattomia kertomuksia. Sanallinen kertominen on puhetta ja sanaton kertominen on sitä, miten ihminen muulla viestinnällään osallistuu kertomistapahtumaan. Kertominen mahdollistaa omien toiveiden, asenteiden, arvojen, pelkojen ja unelmien yksilöllisen tiedostamisen ja niiden jakamisen kertomiseen osallistuvien kesken. (Banks-Wallance 1998, 1999, Evans & Severtsen 2001.) Potilaan kertomuksen ja kertomisen tulisi olla lähtökohta hoitamisessa (Banks-Wallance 1998, 1999, Lehna 1999, Chelf *et al.* 2000). Kertomisen tutkimisen avulla voidaan saada selville, miten potilas, hänen läheisensä ja asiantuntijat työskentelevät yhdessä ja rakentavat potilaan tilanteesta asiaankuuluvaa kertomusta (Laurer 1999). Kertomisen tutkimisella voidaan löytää muuten kertomattomiksi jääneitä kertomuksia. Riippuen ihmisestä ja hänen kokemuksistaan kertominen voi olla vaikeaa tai helppoa. Kertominen on vaikeaa ihmisille, joilla on pelkoja ja vaikeita kokemuksia elämässään. Tällaisia ryhmiä ovat seksuaaliset vähemmistöt ja psykiatriset potilaat. Heidän kertomuksensa jäävät helposti kuulematta tai niitä ei oteta vakavasti jokapäiväisessä elämässä. Siksi heidän kertomustensa tutkiminen on tärkeää, koska tällöin voidaan julkistaa mahdollista kertomatonta kertomusta. (Abma 2002.)

Tutkimuksessani yhteistyöneuvottelun jokainen osallistuja ilmentää omaa tarinaansa tai kertomustaan kertomistilanteessa (Holstein & Gubrium 1997). Kertominen toimii kertojan tiedon, taidon, ihmisten välisen vuorovaikutuksen ja ihmisen persoonan ilmentäjänä. Näin yhteistyöneuvottelussa asiantuntijat paljastavat tietoperustansa kertomuksessaan (Lehna 1999, Ramsey 2000, Evans & Severtsen 2001), joka voi Janhosen (1999) mukaan olla yhteistoiminnallinen tai asiantuntijalähtöinen. Lisäksi jokaisen asiantuntijan kertomuksessa heijastuu hänen kulttuurinsa, asenteensa, arvonsa ja kokemuksensa psykiatrisesta hoitamisesta. Ramsey (2000) mukaan kertomisen tutkiminen ja analysointi on kertomukseen osallistujien, kertomuksen tapahtumien, asetelman ja viestin kuvaamista narratiivisella lukutavalla tai narratiiviseen lähestymistapaan yhteensopivalla tutkimus- ja analyysimenetelmällä.

### 3.2.1 Narratiivin käsite

Narratiivi -käsite on peräisin latinan kielestä, jonka substantiivi ”*narratio*” tarkoittaa kertomusta ja verbi ”*narrare*” kertomista. Englannin kielessä kantasanat ovat muuttuneet substantiiviksi ”*narrative*” ja verbiksi ”*narrate*”.

Narratiivista on suomen kieleen vakiintuneet käsitteet *tarina (story)* ja *kertomus (narrative)*. Käsite *tarina* viittaa ihmisen mielen sisäiseen tapaan hahmottaa elämää ja maailmaa (Wiltshire 1995). Tarina on ihmisen kokemus, joka ei välttämättä avaudu koskaan sellaisenaan ulkopuoliselle. Tarinan osia ovat tapahtumat, tapahtumiin liittyvät henkilöt, tapahtumapaikat ja aika. Tarinalla ei välttämättä ole kertojaa ja se voi esiintyä eri konteksteissa erilaisena. Tarina voi olla osa ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa tuotettua kertomusta. Samaa tarinaa voidaan myös kertoa useissa kertomuksissa. (Ball 1999.) Ihmisen tarina muovautuu kertomukseksi sen mukaan, missä se kerrotaan ja kenelle se kerrotaan (Wiltshire 1995, Hänninen 1996). Tarina voi olla myös Hännisen (1999) kuvaama sisäinen tarina. Sisäinen tarina on sosiaalisesta tarinavarannosta tuotettu tulkintamalli, jonka mukaan ihminen tekee tulkintoja ja valintoja eri tilanteissa. Sisäisen tarinan avulla ihminen



määrittelee identiteettiään, arvojaan, tavoitteitaan ja asemaansa suhteessa muihin ihmisiin. Ihmisen sisäinen tarina saa uusia piirteitä tai muuttuu kun ihminen joutuu elämässään uusien tai erilaisten tilanteiden eteen. Tarinallisuudella taas voidaan viitata tarinatyyppeihin. Tarinatyyppejä ovat sairaus tarinana ( Williams 1984, Hänninen 1999), tarina sairautesta (Berman 1999, Draucker 1998) tai tarina sairautena (Hydén 1997)

*Kertomus* -käsitteen ymmärtämiseksi etenen seuraavan ”minikertomuksen” analyysin avulla:

1. Kuningas kuoli
2. Sitten kuoli kuningatar.

Edellä kuvattu on vasta raporttia tai kronikkaa, mutta seuraava on kertomuksen minimaalisen muoto, koska se sisältää arvioinnin kertomuksen tapahtumasta:

1. Kuningas kuoli
2. Sitten kuningatar kuoli suruun.

Kertomuksen ja tarinan välistä eroa voi tarkastella myös kaikille tutun ”Tuhkimo”-tarinan avulla. ”Tuhkimo”-tarinasta on olemassa eri versioita, joita ovat ainakin teksti-(eri kielille käännetty tai eri-ikäisille kuulijoille tarkoitettu), elokuva- ja balettiversio. ”Tuhkimo”-tarinasta voi paikantaa myös tietyn tapahtumien kulun. ”Tuhkimo”- sadussa on aina myös spesifi teksti. Kertomus sisältää myös tarinan spesifin kertomisen tavan (Bal 1999). Kertomus on tekstuaalinen ja siitä voidaan paikantaa kertomuksen tapahtumien kulku. Kertomukseen liittyy olennaisesti kertomuksen konteksti, kertoja, kertojan ääni, kertomisen tapa ja kertomukselle ajateltu yleisö. Kertomus on myös ajallinen, merkitysten rajaa kokonaisuus. (Bal 1999.) Kertomus etenee prosessina (MacIntyre 1981) ja se sisältää alun, keskivaiheen ja päätöksen. Dienstagin (1997) mukaan kertomuksen loppua voi olla vaikea paikantaa ja kertomus voi jäädä kesken tai se voi jatkua eri yhteydessä. Kertomus voidaan kertoa myös lopusta alkuun. Kertomus itsessään osoittaa ajallisen järjestyksen, tapahtumien loogiset suhteet, mutta myös tapahtumien taustat ja ennakoinnit. Kertomus voi sisältää erilaisia tarinoita ja toisia kertomuksia lähes loputtomasti (Bal 1999, Aaltonen 2002). Kertomuksen juonellisuus tarkoittaa sitä, että tapahtumat kytkeytyvät toisiinsa inhimillisten syiden ja seurausten ketjuina, jolloin lähestymistapa mahdollistaa myös kertomusten loogis-kronologisen rakenteen tutkimisen. Tällä juonellisella kokonaisuudella on aina moraalinen ulottuvuus, joka välittää ja ylläpitää yhteisön traditioita ja arvoja (MacIntyre 1981). Kertomuksia voidaan luokitella sen juonien perusteella. Juonia voivat olla esimerkiksi komedia, romanssi, tragedia ja ironia. (Alasuutari 1999, Greenhalgh & Hurwitz 1999.)

Kertomus voidaan kertoa eri tavalla eri yksilöille ja jälleen eri tavalla eri ryhmille. Jokainen kertomukseen osallistuja on vuorovaikutuksellaan vastuussa siitä, millaiseksi ihmisen tarina tai kertomus muodostuu. (Sandelowsky 1991.) Kertomistilanne, kerronnan säännöt ja kuulijoiden odotukset ohjaavat tapaa, jolla ihminen kertoo kokemuksiaan: hän voi esittää itseään arvostettavana, hakea myötätuntoa tai osoittaa viattomuuttaan. Kerronnan avulla ihminen antaa kokemukselleen ulkoisen muodon, mikä auttaa häntä jäsentämään ja muovaamaan kokemustaan. Tarinan kertominen voi myös muokata sisäistä tarinaa ja auttaa etsimään elämäntilanteelle uusia tulkintoja (Hänninen 1996).

Kertomuksen tulkinta määrittelee ihmisen elämän tapahtumat ja kokemukset toivoa herättäviksi, kunnian, häpeän tai suuttumuksen aiheiksi. Kertomus voi olla myös draamatyinen, eli sen tapahtumat liikkuvat moraalisisessä ja emotionaalisisessä jännitekentässä, jossa

onni ja epäonni, vaara ja pelastus, kunnia ja häpeä, tappio ja voitto, ykseys ja erillisuus kamppailevat keskenään ja vaihtuvat toisikseen. (Sandelowsky 1991, Saleebey 1994, Bowers & Moore 1997, Lieblich *et al.* 1998.)

Hänninen (1996) tarkastelee narratiivisuutta myös käsitteen draama avulla. Hännisen (1996) käyttämä draama viittaa siihen todellisuuden puoleen, missä ihmisen tarinat toteutuvat tai jäävät toteutumatta elävässä elämässä. Sisäistä tarinaa ei siis voi elää sellaisenaan ilman törmäystä toisiin ihmisiin ja toisiin tarinoihin. Sosiaalisissa vuorovaikutussuhteissa ihmiset kommunikoivat keskenään tavalla tai toisella draaman tapahtumia ja sisäistä tarinaa. Kertomalla pyritään selostamaan tapahtuneita asioita ja omia pyrkimyksiä, mutta kertomiseen liittyy myös enemmän tai vähemmän tietoisia, retorisia tarkoituksia, jotka vaikuttavat siihen, mitä kerrotaan ja miten. Kertominen auttaa ihmistä jäsentämään yksilöllistä, joskus jopa kaaosmaista kokemusta itselleen (Poirier & Ayres 1997, Abma 2002).

Tutkijoiden mukaan narratiiville ja narratiiviselle tutkimukselle tai lähestymistavalle ei ole kuitenkaan olemassa selvärajaista ja yleisesti hyväksyttyä määritelmää. Narratiivinen tutkimus ei myöskään nojaa selvästi mihinkään yhteen traditioon tai tieteeseen (Heikkinen 2000, 2002). Narratiivisessa tutkimustraditiossa on erikseen narratiivien tutkimusta ja narratiivista tutkimusta. Narratiivien tutkimuksessa kiinnitetään huomiota kertomisen muotoon, tekstiin tai puhuntaan sellaisenaan. Narratiivisessa tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita niistä tapahtumista, joista kerrotaan, siis kiinnostuksen kohde on kertomuksen sisältö. Tällöin tutkimuksen tavoitteena on erilaisten kertomusten tai äänten kuuntelu, analysointi ja tutkimuksen avulla yhteiseksi tiedoksi saattaminen. (Lieblich *et al.* 1998, Heikkinen 2002.) Tässä tutkimuksessa kuuntelen, analysoin ja rakennan kertomistapahtumassa syntyviä sanallisia ja sanattomia kertomuksia ja tuon ne tutkimukseni avulla yhteiseksi tiedoksi. Rakentamillani kertomuksilla on konteksti ja olen itse niiden kertoja. Kertomusten ääni on minun ääneni ja kertomisen tapa on syntynyt aineistoni lukutapojen tuloksena. Kertomukseni yleisönä on tutkimukseni lukijat.

### ***3.2.2 Narratiivisen tutkimuksen juuret***

Kertomuksen tutkimuksen perinteet ovat lähtöisin humanistisista tieteistä, kuten filosofiasta, kirjallisuustieteistä ja kielitieteistä. Genette (1980) ja Todorov (1980) loivat narratologian käsitteen ja lähestymistavan kirjallisuustieteisiin. Myös semiootikoille (Greimas 1970, Eco 1984, Barthes 1967) narratologian käsite on keskeinen. Narratiivisella tutkimuksella ja elämänekertatutkimuksella on yhteisiä intressejä ja rajapintoja, mutta näkökulma on molemmissa erilainen (Hyvärinen 1998a,b). Elämänekertatutkimuksen ja narratiivisen tutkimuksen erottaa toisistaan narratiivisen tutkimuksen suhde aikaan ja narratiivisen tutkimuksen juonellisuus. Lisäksi perinteisesti elämänekertatutkimuksella on tutkittu yksilöiden elämänhistoriaa (Bertaux 1981). Elämänekertatutkimuksen yksi analyysi- tai luku-tapa on narratiivinen. Tällöin ydin on haastateltavan ja haastattelijan välisessä vuorovaikutuksessa muotoutuva tarina. (Backman *et al.* 2001.)

Kertomuksen tutkimisen erilliset näkökulmat kohtasivat 1980-luvulla. Ensimmäiseksi Mitchelin (1981) teos, *On Narrative*, yhdisti ensimmäistä kertaa omaelämäkerran tutkijat, taiteen tutkijat, filosofit, sosiologit ja humanistit. Toiseksi, MacIntyren (1981) julkaisemassa teoksessa, *After Virtue*, esitettiin ajatus siitä, että ihmisen identiteetti rakentuu ja on

olemassa kertomuksena. MacIntyre (1981) myös esitti ajatuksen siitä, että ihmiset myös elävät kertomuksia. Kolmas kertomuksen yleiseen läpimurtoon vaikuttanut tekijä oli Ricoeurin (1984) kolmiosainen projekti *Time and Narrative*, jossa hän yritti ratkaista ajan kokemisen fenomenologisia umpikujia suhteessa kerronnan muotoon. Ricoeur (1984) pyrki yhdistämään filosofian, narratologian ja historiatieteen erilliset keskustelut yhdeksi tulkinnaksi kertomuksen luonteesta (KERTONET 2000).

Narratiivisen tutkimuksen käsitettä täsmennettiin ja samalla metodologian käyttö laajeni. Yleisestä narratiivisesta käännteestä puhuttiin 1990-luvulla. (Hyvärinen 1998, KERTONET 2000.) Narratiiviselle käännteelle on tunnusomaista se, että huomion kohteeksi nousivat kertomukset tiedon rakentajina. Samalla sen käyttö laajeni terveystutkimukseen ja urheilusosiologiaan. Sairauksetutkimuksen kautta narratiivisesta lähestymistavasta tuli suosittua terveystutkimuksen alueella (Kleinman 1985, Mishler 1984). Tämän muutoksen jälkeen narratiivisuudella viitataan sekä teoriaan (Somers 1994), haastattelemisen tapaan (Misher 1984), analyysitapaan että tiedeproosan vaihtoehtoiseen muotoon. Narratiivista otetta käytetään myös ammatillisessa työssä psykoterapiassa (Papadopoulos & Byng-Hall 1997, Weingarten 1998, Holma 1999, Laurer 1999, McLeod & Lynch 2000, Speedy 2000), terveydenhoidossa (Holmes 1998), somaattisessa lääketieteessä (Evelyn & Gwyn 1999, Greenhalgh & Hurtwitz 1999, Charon 2001 a,b) kasvatuksessa, opetuksessa (Kaasila 2000, Heikkinen 2001, 2002), sosiaalityössä ja kuntoutuksessa (Hänninen 1999).

Hoitotieteessä narratiivista tutkimusta on tehty jonkin verran, mutta tutkimusperinne on vasta kehittyvässä (Graham 1999, Bottorff *et al.* 2000, McCance *et al.* 2001, Abma 2002). Narratiivista lähestymistapaa on käytetty, kun on tutkittu väkivaltaisessa ympäristössä elävien ihmisten ja heidän terveytensä yhteyttä (Draucker 1998, Berman 1999) sekä ikääntyvien naisten kokemuksia terveydenhuollosta (Feldman 1999). Dementiaa hoitavien kertomuksissa tuli esiin hoitajien tarve kehittää keinoja, miten käsitellä hoitamiseen liittyviä tunteita (Graham 1999). Psykiatriseen hoitamiseen liittyvä pakottaminen oli vaikea ja herkkä asia, joka tuli esiin psykiatrisessa hoidossa työskentelevien hoitajien kertomana (Olofsson *et al.* 1998). Kertomista on käytetty auttamismenetelmänä kehitettäessä potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta tavoitteena potilaan aktiivinen osallistuminen omaan hoitoonsa (Banks-Wallance 1998, 1999), selviytymisessä erilaisista elämään liittyvistä vaikeista tilanteista (Bowers & Moore 1997, Banks-Wallance 1998, Moore 2001), kuten vakavasta sairaudesta (Byrne 2001) ja vakavasti sairaan potilaan pelkojen ja yksinäisyyden tunteen kohtaamisessa (Kirkpatrick *et al.* 1997, Chelf *et al.* 2000).

Terveysalan opiskelijoiden oppimisen lähestymistapana narratiivinen lähestymistapa on tarjonnut uuden näkökulman oppimiseen ja opettamiseen (Daves 2001). Oppimisen lähtökohtana on potilaan kertomuksen kuuntelemisen oppiminen. Potilaan kertomus on lähtökohtana opiskelijan ja potilaan ongelmanratkaisussa. Opettajan rooli muuttuu asiantuntijasta tai tutorista yhdessä oppimiseen ja osallistuvaan oppimiseen. Opiskelija ja opettaja ovat yhdessä vastuussa oppimisesta ja näin vastuu oppimisesta on jaettu opettajan ja opiskelijan kesken (Swenson & Sharon 2001).

### 3.2.3 Narratiivisen tutkimuksen aineiston analysointi

Narratiivinen analyysimenetelmä määräytyy tutkittavan ilmiön, tutkimuskohteen, tutkimusongelman ja tutkimuksen käytännön toteuttamisen mukaan. Narratiivisen aineiston analyysitapa on usein vapaamuotoinen, mutta myös tarkkoja analyysimenetelmiä on kehitetty (Alasuutari 1999, Hänninen 1996). Hyvärisen (1998 a,b) mukaan narratiivinen analyysi on tapa lukea tutkimusaineistoa, mutta yhtä ainoaa lukutapaa ei ole olemassa. Aineiston analyysissa tutkija esittää aineistolleen teoreettisia kysymyksiä. Narratiivisen aineiston analyysissä tulee kiinnittää huomiota kahteen tärkeään asiaan. Ensinnäkin tutkijan on oltava tietoinen, mitä kysymyksiä hän aineistolleen esittää. Toiseksi, hänen tulee olla tietoinen siitä, miten hän näitä kysymyksiä esittää. (Hyvärinen 1998.) Analyysin tavoitteena on alkuperäisen kertomuksen välittäminen mahdollisimman tarkasti, jotta lukija voi arvioida tehtyjen tulkintojen luotettavuutta (Arvilommi 1998, Hänninen 1999). Lieblin *et al.* (1998) mukaan narratiivinen lukutapa tai analyysi vaatii kolmen eri kertomuksen tai äänen (Bakhtin 1986) jatkuvaa keskinäistä dialogia. Narratiivinen lukutapa tai analyysi vaatii kertomuksen kertojan äänen mukana oloa, joka on nauhoitettua tai kirjoitettua kertomusta. Edellytetään teoreettista analyysia, joka tarkoittaa sitä, että tutkija tarkastelee tulkintojensa oikeellisuutta suhteessa aikaisempiin tutkimuksiin ja teorioihin. Lisäksi on käytettävä reflektiivistä aineiston lukutapaa ja tulkintaa, joka on tietoisuutta aineiston analyysiin tuloksena syntyvistä johtopäätöksistä.

#### 3.2.3.1 Narratiivisen tutkimuksen lukutavat

Polkinghorne (1995) ehdottaa narratiivisen aineiston analyysiin kahta eri tapaa, joita voi hänen mukaansa myös yhdistää. Toisen analyysimenetelmän avulla etsitään kertomusta kuvaavia yhteisiä teemoja ja toisilleen vastakkaisia teemoja. Analyysin tuloksena syntyy tutkittavaa ilmiötä kuvaava yleisempi käsite. Edellä mainittua analyysia voi tehdä myös deduktiivisesti, jolloin aikaisempi tutkimus tai teoria ohjaa analyysia tai aineistolähtöisesti, jolloin kertomus tuottaa sitä kuvaavat käsitteet. Toisen analyysimenetelmän avulla kertomuksesta etsitään juonia, jotka analyysin kuluessa rakentuvat tutkittavaa ilmiötä kuvaavaksi kokonaisuudeksi.

Alasuutari (1999) mainitsee kirjassaan Proppin kehittämän lukutavan, jonka hän nimeää juonirakennepiirityksi. Juonirakennepiirityksen avulla löydetään eri kertomusten väliset erot ja yhtäläisyydet. Se on myös avain kertomusten merkitysrakenteiden tutkimiseen. Juonirakennepiirityksen avulla tekstistä etsitään niissä itsessään olevia rakennepiirityksiä. Juonirakenne on kuitenkin vasta alku aineiston analyysissa, mutta se on väylä kohti tulkintoja kertomusten merkitysrakenteesta.

Lieblin *et al.* (1998) ehdottavat narratiivisen aineiston lukemiseen, tulkintaan ja analysointiin kahta toisilleen vastakkaisista lähestymistapaa: laaja-alaisuuteen (holistic) tai luokiteluun (categorical) perustuva lähestymistapa ja kerronnan sisältöön (content) tai kerronnan muotoon (form) perustuvaa lähestymistapaa. Holistic-Content -lukutapa tarkastelee koko kertomusta ja tarkentuu kertomuksen tuottaman sisällön analysointiin. Holistic-Form -lukutavalla voidaan löytää juonia tai kertomuksen struktuuria. Kertomus voi esimerkiksi muodostua komediaksi, tragediaksi tai romanssiksi.

Categorical Content -lukutavalla ja sisällön analyysissä on yhteisiä piirteitä. Aineistosta löydetään teemoja, juonia tai viestejä, joita abstrahoimalla löydetään sisältöä kuvaava kertomus. Edellistä lähestymistapaa voidaan myös käyttää, jos aineistoa halutaan kvantifioida. Categorical-Form -lukutavalla voidaan erottaa tyylillisiä (millaisia metaforia kertoja käyttää) tai kielellisiä (miten tiheään kertoja käyttää passiivisia tai aktiivisia ilmaisuja) ominaisuuksia, joita kertomuksessa esiintyy. (Lieblich *et al.* 1998.) Tässä tutkimuksessa käytin mukaillen Categorical Content- ja Holistic-Content -lukutapaa tutkimukseni aineiston analysoimiseksi. Tutkimukseni lukutavat määräytyivät tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimustehtävien perusteella. Lisäksi käytin dialogianalyysimenetelmää aineiston lukutapana, koska halusin tutkia potilaan ja hänen läheistensä hoitoon osallistumista.

### 3.2.3.2 *Dialogianalyysimenetelmä aineiston lukutapana*

Dialogianalyysimenetelmällä tunnistin kertomisen, joka mahdollisti tai esti potilaan ja hänen läheisensä aktiivisen yhteistyöneuvotteluun osallistumisen. (Joiner 1993, 1995, Janhonen & Sarja 2000.)

Dialogi on kommunikatiivinen suhde, jonka tarkoituksena on uuden luominen ja yhteisen ymmärryksen synnyttäminen. Lisäksi Bakhtin (1973, 1986) kytkee ristiriidat (niin sisäiset kuin ulkoisetkin) kiinteästi dialogiin kuuluvaksi ominaisuudeksi. Hänelle kieli on muu-  
tosta ja vastakkainasettelua yhtenäistävien ja normatiivisten sekä moninaisuutta ja erilaisuutta vaativien pyrkimysten välillä. Käytännön vuorovaikutustilanteissa, esimerkiksi moniammatillisissa yhteistyöneuvotteluissa, samasta kohteesta tuotetaan usein erilaisia kertomuksia (Laurer 1999). Tätä kertomusten moniäänisyyttä Bakhtin (1986) kutsuu polyfoniaksi, joka syntyy moninaisten näkökulmien ja kielten vuorovaikutuksesta. Moniäänisyys voi ilmetä myös puhujan sisäisenä dialogina, niinä vastakkaisina ja ristiriitaisina pyrkimyksinä, joita henkilökohtaiset kokemukset, tuntemukset ja mieltymykset hänessä synnyttävät. Tätä kerronnan yksilöllistä tasoa, yksilön tietoisuutta vuorovaikutustilanteessa, Bakhtin (1986) kuvaa äänen käsitteellä. Ääni kertoo puhujan tietoperustan kulloisestakin kertomisen kohteesta. Huomattava myös on, että puhujien kertomukset voivat koostua erilaisista historiallisista äänistä.

Narratiivinen lähestymistavan mukaisesti ihminen voi kertoa samasta asiasta erilaisia kertomuksia, ja eri ihmisillä on erilaisia tai samanlaisia kertomuksia kyseisestä ilmiöstä (Gubrium & Holstein 1997). Näin voidaan löytää yhtymäkohtia Bakhtinin (1986) äänen käsitteen ja narratiivisen tutkimuksen kertomus -käsitteen välillä.

Bakhtinille (1986) sana on ennen muuta merkki, joka saa merkityksensä vain sen ollessa vuorovaikutuksessa niiden muiden sanojen kanssa, joita yhteistyöneuvottelussa lausutaan. Näin yksittäisellä sanalla ei ole irrallista merkitystä, jos se irrotetaan siitä kontekstista, missä se on lausuttu. Toisin sanoen dialogianalyysissä korostuu sanojen ja puheen sosiaalinen ja historiallinen luonne. Sana on samalla yhteistyöneuvottelussa syntyvän institutionaalisen kertomuksen ja jokaisen yksilön sisäisen kommunikaation välittäjä. Tietoa totuudesta ja ihmisen ajattelusta voidaan Bakhtinin (1986) mukaan tutkia ainoastaan dialogissa sekä huomioimalla yksilöiden sisäinen ja yksilöiden välinen erilainen kerronta vuorovaikutuksen aikana.

Dialogi on prosessi, jonka lopputulos ei ole ennalta määritelty, vaan jää usein avoimeksi. Sen käynnistymisen tärkeimpänä edellytyksensä on kuitenkin yhteisen keskustelun kohteen luominen. (Janhonen & Sarja 2000, Sarja 2000.) Ainoastaan sama kohde, asia tai ongelman ytimeen keskittyminen mahdollistavat potilaan ja hänen läheisensä yhteistyöneuvotteluun osallistumisen. Yksittäisen kertomisen tarkoituksena on myös mahdollistaa erilaisten kertomusten esiintuominen sekä sellaisen uuden kertomuksen synnyttäminen, jota kukaan yhteistyöneuvottelun osapuolista ei olisi yksin tullut kertoneeksi. Näin erilaisten kertomusten jakaminen voi edesauttaa potilaan ja hänen läheisensä hoitoon osallistumista. (Bakhtin 1986, Seikkula 1991, Janhonen & Sarja 2000, Sarja 1995, 2000.)

Dialogianalyysimenetelmä pyrkii jäljittämään kohteen, josta kertomukseen osallistujat keskustelevat. Keskeistä on tällöin, että yhteistyöneuvottelun osapuolet rakentavat tietoisesti keskinäistä ymmärrystä, vaikka tuloksena ei olekaan välttämättä saman näkemyksen jakaminen. Dialogisen vastavuoroisuuden tulee näkyä koko vuorovaikutusprosessin ajan. Käytännössä ilmiö rajataan yhteisesti ja siitä tuodaan esiin vuorovaikutusprosessin kuluessa erilaisia perusteltuja kertomuksen osia tai kertomuksia. Tämä tapahtuu myös toisen puheesta sanoja lainaamalla, niitä laajentamalla ja toisen puhetta toistamalla. Yhteisneuvotteluun osallistuminen ei ole toteutunut, mikäli osapuolet eivät ilmaise vaihtoehtoisten ratkaisujen selitysmalleja myöhemmässä puheessaan. (Sarja & Janhonen 1999, Janhonen & Sarja 2000.) Dialogianalyysissa on keskeistä tuoda esiin käytännön tilanteissa nousevien ristiriitaisten kertomusten kokemukselliset ja teoreettiset perusteet, jotta kertomusten erilaisuutta pystyttäisiin hyödyntämään yhteisenä tietämyksenä.

### 3.3 Aineisto ja aineiston keruu

Tutkimukseni aineistona on yksitoista (11) videoitua yhteistyöneuvottelua kahdelta Oulun yliopistollisen sairaalan psykiatriselta akuuttiosastolta. Tutkimusaineisto kerättiin ilmiön omassa kontekstissa, akuuteilla psykiatrisilla osastoilla, 12.10–6.12. 1998. Olin osastoilla tutkimusajankohdan ja kaikkien potilaiden, joiden yhteistyöneuvottelu oli tuona aikana, oli mahdollista osallistua tutkimukseen. Osallistumiseen liittyvät eettiset kriteerit olen raportoinut tutkimuksen eettisyys -luvussa.

Yhteistyöneuvotteluun osallistujat olivat potilas, sairaanhoitaja/mielenterveyshoitaja / mielisairaanhoitaja/ lähihoitaja ja lääkäri psykiatriselta osastolta ja potilaan nimeämiä läheisiä ihmisiä hänen sosiaalisesta verkostostaan, kuten puoliso ja lapset. Potilaan tilanteesta riippuen yhteistyöneuvotteluun osallistui myös osaston ulkopuolisia asiantuntijoita, kuten sairaanhoitaja, kotisairaanhoitaja, kotipalvelun työntekijä, psykologi, sosiaalityöntekijä, fysioterapeutti tai avohoidon psykiatri. Käytän jatkossa käsitettä hoitaja, ja sillä tarkoitan sairaanhoitajaa, mielenterveyshoitajaa, mielisairaanhoitajaa, lähihoitajaa, kotisairaanhoitajaa ja fysioterapeuttia. Käytän myös jatkossa käsitettä asiantuntija, jolla tarkoitan edellä mainittuja asiantuntijoita ja lisäksi osaston sairaanhoitajaa/ mielisairaanhoitajaa/ mielenterveyshoitajaa/ lähihoitajaa ja lääkäriä. Potilaat olivat työikäisiä ja heidän psykiatrinen diagnoosinsa oli joko psykoottisuus tai vaikea depressio. Yhteistyöneuvottelun tavoite mää räytyi jokaisen potilaan yksilöllisen tilanteen mukaan.

Yhteistyöneuvottelu kesti puolesta tunnista puoleentoista tuntiin ja sen tavoite saattoi olla esimerkiksi potilaan sairaalaan johtaneen tilanteen selvittäminen tai jatkohoidon suunnittelu. Yhteistyöneuvottelut pidettiin osaston neuvotteluhuoneessa potilaan sairaalahoidon alussa, keskivaiheessa tai lopussa. Videoin itse kaikki yhteistyöneuvottelut ja niissä olevan puhutun tekstin aukikirjoittamiseen sain ulkopuolista apua. Puhuttu teksti kirjoitettiin auki sanatarkasti, mitä kertyi 1-rvivälillä kirjoitettuna 300 sivua. Katsoin itse videot läpi heti aukikirjoitetun tekstin kanssa ja tein tekstiin korjauksia niitä havaittuani. Aukikirjoitettuun tekstiin koodattiin myös hiljaisuudet, tauot, päällekkäin puhuminen ja toisen puheen keskeyttäminen. Kirjoitin itse sanattoman kertomuksen auki QSRNvivo-tietokoneohjelmalla sellaisena kuin se videokuvassa ilmeni (Richards & Richards 1994).

### 3.4 Aineiston analyysi

Tutkimuksessa tehtävänäni oli vastata tutkimuskysymykseen: millaista yhteistoiminnallisuutta rakentuu osallistujien sanallisissa ja sanattomissa kertomuksissa psykiatrisen hoidon yhteistyöneuvotteluissa? Alasuutari (1999) käyttää tutkimuskysymyksen ratkaisemisesta nimitystä arvoituksen ratkaiseminen, joka laadullisessa aineistossa tapahtuu muotoutuvien ja kehittyvien tulkintojen avulla. Arvoituksen ratkaiseminen on prosessi ja tässä tutkimuksessa se edellytti eri luku- ja analyysitapojen käyttöä. Arvoituksen ratkaiseminen tarkoittaa sitä, että tuotettujen johtolankojen ja käytettävissä olevien luku- ja analyysimenetelmien perusteella tehdään tulkinta tutkittavasta ilmiöstä. Kehittyvien tulkintojen myötä tutkijan ymmärrys tutkittavasta ilmiöstä lisääntyy tuottaen siitä vähitellen rikastuvan ja täydentyvän kuvan. (Alasuutari 1999.) Tutkimuksessani narratiivinen lähestymistapa fokuoiti kertomistilanteessa (storytelling) rakentuvien kertomusten analysointiin. Tutkimuksessani tämä tarkoitti sitä, että kuvasin kertomukseen osallistujat, kertomuksen tapahtumat, asetelman ja viestin kuvaamista narratiivisella luetavalla tai narratiiviseen lähestymistapaan yhteensopivalla tutkimus- ja analyysimenetelmällä. Viestien avulla rakensin ilmiötä kuvaavat kertomukset, toisin sanoen viestit olivat kertomuksen rakeneosia.

Tässä tutkimuksessa havaintoyksikkö on yksi yhteistyöneuvottelu ja analyysiyksikkö yhden kertojan puheenvuorojen kokonaisuus kulloisestakin ilmiöstä. Analyysi eteni prosessina ja käytin narratiivisia luku- ja analyysitapoja kuitenkin mukailen niitä tutkimukseni tarkoituksen ja tavoitteen mukaisesti, sen sijaan, että olisi käyttänyt niitä tiukan ”keittokirjamaisesti”. (Taulukko 1). Koska laadullinen tutkimus on prosessi, aineiston analyysi ja tulos menevät päällekkäin.

*Taulukko 2. Tutkimuskysymykset, aineiston lukuavat, aineiston lukuavat, aineistolle esitetyt kysymykset, kertonuksen viesti, kertonuksen nimi ja raportointi vaihtelevain.*

Tutkimus-	Tutkimus-	aineiston luku-	Aineistolle esitetyt kysymykset	Kertonuksen viestit	Kertonuksen viestit	Kertonuksen viestit	Raport-
sen prosessi	kysymys	tapa	mykset				toimit
Vaihe 1	Miten häpeä rakentuu psykiat-	Categorical	Mitä yhteistyökokouk-	Mitä ihmiset ajattelevat minusta?	”Häpeä”	Osaaji-	
kevat-syksy	riksen potilaan ja hänen läheis-	Content Rea-	seen osallistujat kerto-	Olen pelotissani.		kausu II ja	väitöskir-
1999	tenä kertonuksissa	ding	vat?			jan	
	psykiatrisessa yhteistyöneuvot-		Mitä potilas kertoo?			vteto-osa	
	telussa?					ytteen-	
	Miten häpeästä keskustellaan					vteto-osa	
	psykiatrisessa yhteistyöneuvot-					vteto-osa	
	telussa?					vteto-osa	
Vaihe 2	Millainen kertominen mahdol-	Categorical	Missä kertominen tapah-	Yhteistyöneuvottelu tapahtuu osaston neuvot-	Yhteistoi-	Osaaji-	
kevat 2000-	listaa potilaan ja hänen lähe-	Content Rea-	tuu?	teluhoonessa.	minnalli-	kausu III	vteto-osa
kevat 2001	senä osallistumisen	ding ja dialo-	Kuka tässä kertoo?	Laäkari määrittellee kertonuksen kohteeksi	suutta	ja väitös-	
	yhteistyöneuvottelussa? Millai-	ganaalyysi-luku	Kuka määrittellee kerto-	Potilas kuvaa tilannettaan ennen sairaalahoi-	kuvaavat	kirjan	
	nen kertominen estää potilaan	tapa	muksen kohteen?	Mitä potilaan kertominen	kertomukset	vteto-osa	
	ja hänen läheisensä osallistu-			sisältää?		vteto-osa	
	misen yhteistyöneuvottelussa?			Mitä asiastauntujan kerto-		vteto-osa	
				Mitä sisältää?		vteto-osa	
				tekehysksestään.		vteto-osa	
Vaihe 3	Millaista kertomusta sanaton	QRSNvivo-tie-	Mitä kuvanauhalla	Kaikki tapahtumat merkittävää	”Jaettu, ryt-	Osaaji-	
kevat 2001-	kertominen rakentaa psykiatrit-	tokoneohjelma	tapahtuu?		minen	kausu IV	
syksy 2002	essa yhteistyöneuvottelussa?	Holistic Con-	Mitä yhteistyöneuvotte-	Potilaalla ja lääkäriillä on katsekontakti	ytteis-	ja väitös-	
		tent Reading	lun osallistujat tekevät	Laäkari osoittaa tystioterapeuttia somella	työ”-kerto-	kirjan	
			kun potilas kertoo kerto-	Kotisairaanhoidajan puhe on monologi	mus	ytteen-	
			mustaan?	Asiantuntija katsoo ilmeettömänä eteenpäin		vteto-osa	



Tutkimukseni ensimmäisessä vaiheessa käytettiin Categorical-Content -lukutapaa. Ensin luin aineistoa läpi useaan kertaan. Analyysini on aineistolähtöinen ja esitin aineistolle seuraavanlaisia kysymyksiä: ”mitä tässä tapahtuu?”, ”miten yhteistyökokoukseen osallistujat kertovat?”, ”kuka tässä kertoo?”, ”miten potilas kertoo?”, ”miten lääkäri kertoo?” ”Miten potilaan läheinen kertoo?” Sitten etsin kysymyksiini vastauksia. (Hyvärinen 1998, Lieblich *et al.* 1998.) Narratiivinen analyysi voi liittyä useisiin ulottuvuuksiin, kuten puheen sisältöön, puhujan tunteenpiirteisiin, motiiveihin ja käsityksiin. Tässä vaiheessa analyysini kohdistui puheen sisältöön, ja ensimmäisen lukukerran jälkeen kertomuksen viestejä alkoi löytyä. Niitä olivat esimerkiksi ”mitä ihmiset ajattelevat minusta”, ”ulkopuoliset tietää” tai ”olen peloissani”. Ryhmittelin aineiston kertomuksen viestien mukaan ja erotin samassa yhteydessä kunkin puhujan kertomuksen suhteessa kertomuksen viestiin.

Päätin seurata niitä merkityksellisiä viestejä kontekstissa, jotka liittyivät psykiatrisen potilaan ja hänen omaisensa sekä asiantuntijoiden kertomukseen psykiatrisesta sairastumisesta ja sairastamisesta. Tässä vaiheessa viestejä näytti yhdistävän häpeä -käsite. Luin jokaisen osallistujan kertomuksen uudelleen läpi. Kertomuksen viestit kuroivat yhteen merkityksellisen kertomuksen psykiatrisen hoidon kontekstissa. Tarkastelin tulkintojeni oikeellisuutta suhteessa aikaisempaan tutkimukseen ja kirjallisuuteen häpeästä, esimerkiksi kokemuksen ja tunteena. Analyysini, aikaisempaan tutkimukseen ja teoriaan perehtymisen avulla rakensin kertomuksen viesteistä ”häpeä” -kertomuksen.

Koska ”häpeä” -kertomus oli muodostunut kertomukseksi, jota ei kerrottu, halusin seuraavaksi tutkia, millainen kertominen mahdollistaa potilaan ja hänen läheisensä hoitoon osallistumisen. Tutkin edelleen kertomuksen sisältöä. Tutkimukseni toisessa vaiheessa Categorical Content -lukutapaa käyttämällä luin yhteistyöneuvotteluja, joissa kertominen liittyi potilaan sairaalahoidon tarpeeseen. Kysyin aineistolta uudelleen ”missä kertomus tapahtuu ja ketkä ovat kertomukseen osallistujat?” ”kuka tässä kertoo?”, ”miten kertomuksen kohde määritellään?” ”miten keskustelun kohde rakennetaan ja jaetaan?” ”mitä potilaan kertomus sisältää?”, ”mitä asiantuntijan kertomus sisältää?”, ”mikä omaisen kertomuksen sisältö on?”, ”miten asiantuntija vastaa potilaan kertomukseen?”, ”millainen on yhteisneuvottelun kertomuksen viesti?” (Lieblich *et al.* 1998) Tämän jälkeen kuvasin kertomukseen osallistujat, kertomuksen tapahtumat ja asetelman. Kertomuksen viestin analysoin dialogianalyysimenetelmällä. (Joiner 1993, 1995, Janhonen & Sarja 2000).

Dialogianalyysimenetelmä auttoi edelleen ymmärtämään, miten potilas ja hänen läheisensä osallistuvat potilaan hoidosta rakentuvaan kertomukseen yhteistyöneuvottelussa. Tässä vaiheessa analyysi kohdistui kertomiseen ja eri kertomusten viestien kuvaamiseen. Siten en pyrkinyt kielen merkityksen tutkimiseen semiotiikan näkökulmasta. Pyrkimys oli tunnistaa yhteistyöneuvottelussa syntyvä kertominen ja siten dialogianalyysi muodostui seuraavista vaiheista: millainen kertominen mahdollisti yhteisen kohteen löytymisen yhteistyöneuvottelussa sekä millainen osallistujien kertomusten viestien luonne oli. (Joiner 1993, 1995, Lehna 1999, Sarja & Janhonen 1999, Ramsey 2000). Kertomuksen viestin analysoinnin tuloksena syntyi yhteistoiminnallisuutta kuvaavat ”aktiivinen -” ja ”passiivinen osallistuja” -kertomukset.

Tutkimuksen tässä vaiheessa olin löytänyt yhteistoiminnallista hoitoa rakentavaa kertomusta ja kertomista, mutta myös kertomista, joka ei rakentanut yhteistoiminnallista hoitoa. Tämän jälkeen, tutkimukseni kolmannessa vaiheessa, analyysini kohdistui sanattoman kertomuksen lukemiseen. QRSNvivo-tietokoneohjelma (Richards & Richards 1994) ja Holistic-Content -lukutapa (Lieblich *et al.* 1998) mahdollistivat sanattoman kertomuksen lukemi-

sen. QSRNvivo- tietokoneohjelma mahdollisti sanattoman kertomuksen aukikirjoittamisen sellaisena kuin se aineistossa ilmeni. Ohjelman avulla muodostin myös Holistic-Content -lukutavalla aineistoa kuvaavia sisältöjä. Ohjelma mahdollisti laajan aineiston hallinnan ja sen avulla oli mahdollista etsiä kertomuksen viestejä ja tarkastella niitä suhteessa eri kertomuksiin. Holistic-Content -lukutapa eteni prosessina seuraavasti: Ensin luin sanatonta kertomusta läpi huolellisesti, empaattisesti ja avoimin mielin, ja aineisto alkoi ”puhua” minulle. Luin ensimmäisiä ja laajoja kertomuksia tai kertomuksen viestejä kokonaisuudesta ja kiinnitin huomiota sanallisen ja sanattoman kertomuksen väliseen ristiriitaisuuteen. Näitä ristiriitaisuuksia olivat puhumattomuus, ihmeettömyys, eleettömyys ja katsekontakti. Toiseksi, kysyin aineistolta seuraavia kysymyksiä: ”mitä yhteistyöneuvottelun asiantuntijajäsenet tekevät kun potilas kertoo?”, ”mitä potilas tekee kun asiantuntijat kertovat?” Analyysin tässä vaiheessa kuvasin kertomukseen osallistujat, tapahtumat ja asetelman.

Seuraavaksi analysoin sanattoman kertomuksen viestin. Kertomuksen viestejä olivat esimerkiksi: ”potilaalla ja lääkärillä on katsekontakti”, ”lääkäri osoittaa sormella fysioterapeuttia”, ”hoitajalla ja potilaalla on katsekontakti” tai ”kotisairaanhoidajan puhe on monologi” (Lieblich *et al.* 1998, Ramsey 2000). Seuraavaksi tarkastelin sanatonta kertomusta eri tutkimusten ja kirjallisuuden valossa. Aineiston lukeminen jatkui ja nimesin tärkeäksi kertomuksen viestiksi katsekontaktin. Analysoin aineistoa edelleen ja löysin katsekontaktin merkittäväksi keskustelussa. Kertomuksen viesteistä rakentui ”jaettu, rytminen yhteistyö” -kertomus, joka sisälsi yhteisen kertomisen kohteen määrittelyn ja jakamisen sekä katsekontaktin yhteistyöneuvottelun osallistujien välillä.

### 3.5 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen eettisissä kysymyksissä tulee pohtia tutkijan ja tutkimuksen kohteena olevaan organisaatioon liittyvät kysymykset, tutkijan ja tutkittavien väliseen suhteeseen liittyvät kysymykset ja aineistoon liittyvät kysymykset. Tutkijan ja organisaatioon väliseen suhteeseen liittyy tutkimusluvan saaminen ja tutkittavien suojeleminen. Tutkimussuunnitelma hyväksyttiin Oulun yliopiston eettisessä toimikunnassa 20.10.1997 ja lääketieteellisessä tiedekunnassa 9.12.1997. Oulun yliopistollisen sairaalan psykiatrian klinikassa tutkimussuunnitelma hyväksyttiin 8.1.1998.

Tutkijan ja tutkittavien suhde on tärkeä, koska tutkittavilla on oikeus tietää, mitä heille tapahtuu, jos he osallistuvat tutkimukseen. Tutkimukseen osallistujilta edellytetään tietoista suostumusta tutkimukseen (informed consent) (Burns & Grove 1993, Vehviläinen-Julkunen 1997). Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Osallistujilta pyydettiin kirjallinen lupa ja heille annettiin mahdollisuus keskeyttää tutkimus halutessaan. Lupa sisälsi tiedot tutkimuksen tekijästä, nimestä, tarkoituksesta sekä tiedon siitä, mihin tutkimuksessa tuotettua tietoa käytetään.

Tutkimuksesta ei saa aiheutua vahinkoa siihen osallistuville (Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 1999). Tutkimusjoukkona psykiatriset potilaat ja heidän läheisensä ovat haavoittuva ryhmä. Psykiatriset potilaat ovat toisaalta halukkaita osallistumaan tutkimukseen ja toisaalta heitä on vaikea saada osallistumaan (Välimäki *et al.* 1996). Esimerkiksi tässä

tutkimuksessa eräs avoimen psykoottinen potilas aluksi halusi osallistua tutkimukseen ja sanoin hänelle, että päätöstä ei tarvitse tehdä vielä ja hän voi miettiä osallistumista. Seuraavina päivinä potilas oli jo koostuneempi ja hän kieltäytyi osallistumasta. Toinen potilas kieltäytyi tutkimuksesta, koska hänellä oli aikaisempi kokemus tutkimukseen osallistumisesta. Hänelle oli luvattu, ettei aineistoa käytetä muussa yhteydessä ja sitä oli hänen mukaansa käytetty koulutustarkoituksessa.

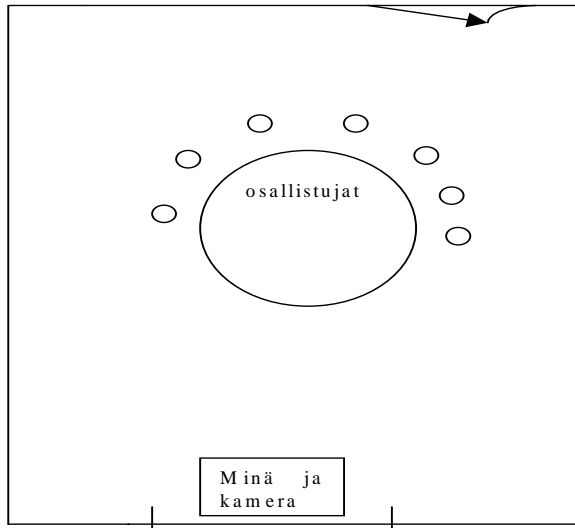
Potilaat eivät voineet olla avoimen psykoottisia. Dresserin (1999) ja Saksin (1999) mukaan potilaan osallistuminen riippuu hänen terveydentilastaan. Psykiatriset potilaat kykenevät tekemään päätöksiä oman hoitonsa suhteen, mutta heillä voi olla vaikeuksia ymmärtää tutkimukseen liittyviä yksityiskohtia. (Koivisto *et al.* 2001.) Kävin jokaisen tutkimukseen osallistuvan potilaan ja hänen omaisensa kanssa huolellisesti läpi tutkimukseen liittyvät kysymykset ja painotin heille tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuutta. Korostin myös sitä, että tutkimus ei ole osa hoitoa. Aineisto on kerätty kahden kuukauden aikana ja vietin koko aineiston keruun ajan tutkimukseen osallistuvilla osastoilla. Olen erikoissairaanhoidtajana työskennellessäni osallistunut lukuisiin yhteistyöneuvotteluihin. Ennen aineiston keruun aloittamista osallistuin yhteen yhteistyöneuvotteluun tutkijan roolissa. Yhteistyöneuvottelussa olivat mukana potilas, hänen puolisonsa, potilaan vanhemmat, sisaruksia sekä asiantuntijoista potilaan oma hoitaja ja psykologi. Potilas oli hoidettava akuutilla psykiatrisella osastolla. Yhteistyöneuvottelun tavoitteena oli ymmärryksen rakentaminen perheen kriisitilanteessa.

Varasin ennen videoinnin aloittamista kaksi viikkoa aikaa osastojen toimintaan osallistumiseen. Olin suurimmalle osalle henkilökunnasta tuttu, koska olin työskennellyt molemmilla osastoilla. Osallistuin henkilökunnan raporttitilanteisiin. Potilaiden tutustumisen itseeni mahdollistin osallistumalla osastoilla toimiviin aamuryhmiin ja viettämällä aikaa potilaiden päiväsalissa keskustellen heidän hoitoonsa ja tutkimukseeni liittyvistä kysymyksistä. (Koivisto *et al.* 2001.) Potilaat käyttivät minusta osastolla lausetta: ”*tu o se tutkija.*” Potilaan osallistumisen arvioivat potilas itse, hoitava lääkäri, omahoitaja (sairaanhoitaja/mielenterveyshoitaja) sekä tutkija. Tutkimukseen osallistujien anonyymiteetti säilytettiin koko prosessin ajan siten, että raportissa kaikki tutkimukseen osallistuvien tunnistetiedot, kuten tutkimuksessa olleiden nimet, asuinpaikat ym. tiedot naamioitiin. Tutkimusaineisto on ainoastaan minun käytössäni ja säilytän sitä lukollisessa kaapissa siten, että sillä ei ole mahdollisuutta joutua ulkopuolisten käsiin. Hävitän aineiston tutkimuksen valmistumisen jälkeen tyhjentämällä aineistonani olevat videonauhat.

## 4 Tulokset

Tutkimukseni eteni kertomuksen tapaan prosessina, ja näin rakensin myös tutkimuksen tulokset tutkimusprosessin mukaisesti. Esitän tässä lukutapojeni tuloksena rakentuneet yhteistyöneuvottelun kertomukset. Tulokset on kuvattu osajulkaisuissa (roomalainen numero kunkin kertomuksen lopussa kertoo osajulkaisun) ja tässä yhteydessä käytän tärkeimpiä tuloksia kokonaisuuden kertomiseksi. Yhteistyöneuvotteluun osallistuvien nimet ja muut tunnistamisen mahdollistavat seikat, esimerkiksi paikkanimet, on vaihdettu. Kertomukset on kuvattu myös kussakin osajulkaisussa.

Jokainen yhteistyöneuvottelu tapahtui kyseessä olevan akuuttiosaston neuvotteluhuoneessa. Neuvotteluhuone oli rauhallinen. Huoneen ovi oli lukittu ja yhteistyöneuvottelun sujuminen mahdollistui ilman ulkopuolista häiriötä. Osallistujat istuivat pöydän ympärillä puoliympyrässä, vierekkäin tai vastapäätä toisia. Jokainen sai itse valita paikkansa. Se kuka, henkilökunta, potilas vai läheinen, valitsi paikkansa ensin, vaihteli. Useimmiten potilas ja hänen läheisensä istuivat vierekkäin ja asiantuntijat vierekkäin. Yhteistyöneuvotteluun osallistujilla oli mahdollisuus katsekontaktiin. Kuvasin yhteistyöneuvottelut yhdellä kameralla. Olin samassa huoneessa ja paikkani oli huoneen perällä (Kuvio 1) (Osajulkaisu I).



**Kuva 1. Asetelma videonauhoitustilanteesta.**

#### 4.1 ”Häpeä” -kertomus

Tutkimukseni ensimmäisessä vaiheessa löysin yhteistyöneuvottelun kertomattoman kertomuksen. Kertomaton kertomus rakentui yhteistyöneuvottelun sanallisten kertomusten viesteistä ja nimesin tämän kertomuksen ”häpeä” -kertomukseksi.

Häpeä oli kokemus potilaalle ja hänen läheisilleen. Psykiatrinen sairaus oli vaikea kokemus. Useat psykiatriset potilaat tarvitsivat pitkän sairausloman, ja psykiatrinen sairaus oli usein syy työkyvyttömyyteen. Pitkä sairausloma ja työkyvyttömyys johtivat taloudellisiin vaikeuksiin. Kokemuksena häpeä oli tunnetta erilaisuudesta, väsymystä ja yksinäisyyttä potilaalla ja hänen läheisillään. Tunteena erilaisuus oli erilaisuutta perheessä ja ystävien keskuudessa. Psykiatrinen sairaus aiheutti väsymystä selviytyä päivittäisistä toimista. Potilas ei kyennyt osallistumaan perheen elämään ja toimintaan kotona. Kykenemättömyys täyttää odotuksia aiheutti häpeää.

Tässä ”häpeä” -kappaleessa kuvaamani esimerkki on yhden potilaan yhteistyöneuvottelusta. Yhteistyöneuvotteluun osallistujat olivat potilas, häntä hoitava lääkäri osastolta, omahoitajana toimiva mielenterveyshoitaja sekä avohoidon omahoitajana toimiva psykologi. Potilas oli naimisissa oleva mies ja hän oli sairaalahoidon aikana työkyvyttömyyseläkkeellä. Potilaalla oli aikuisia lapsia ja hän oli isoisä. Potilaan perheessä oli tapahtunut kaksi kuolemaan johtanutta onnettomuutta, joista perheessä ei oltu puhuttu. Potilaan hoitodiagnoosi oli vaikea masennus, ja hän oli ollut sairaalahoidossa kuukauden. Hän oli ollut kotonaan lomalla ja tullut nyt yhteistyöneuvotteluun ennen siirtymistään avohoitoon.

Seuraavassa potilas ja häntä avohoidossa hoitava psykologi rakentavat kertomusta potilaan kokemasta erilaisuuden, väsymyksen ja yksinäisyyden tunteesta.

- Psykologi:* *että nythän sinä sitten oot kertonut, että se elämänpiiri on aikalailla kaventunut että sä et taho oikein - jos voin puhua mistä on viimeksikin puhuttu –*
- Potilas* *joo..*
- Psykologi:* *että sinä et kotonakaan mielellään lähde liikkeelle, tulee semmoinen niinkö että - ihmiset mitä ne ajattelee minusta tai jotain tällöistä kerroit, ett se on joku ympyrä, joka pitäisi saada varmaan yhdessä niinku purettua, että johonkin niinku...että et jäisi yksin sitten kuitenkaan miettimään niitä kottiin - ett se terapiasa käynti on hyvä, mutta sen lisäksi*
- Potilas:* *no se ystäväpiiri on niin supistunut, että ei minulla oikeastaan juuri kettään...en oo kellekään mittään kertonut mistään, enkä minä voi osallistua heidän menoihinsa enkä minä jaksa, vaikka joskus kun on vieraita, meen mielellään makuuhuoneeseen vaikka oon minä koettanut olla mukana*
- Lääkäri:* *onko se juuri sitä että sinä eristäydyt, sinä koet ittes niin erilaiseksi tai erilaisessa asemassa olevaksi*

Edellisen neuvottelun potilas kuvaa ”häpeä” -kertomuksen viesteillä ”en kenellekkään ole kertonut”, ”enkä minä jaksa” ja ”meen mielelläni makuuhuoneeseen” kokemaansa häpeän tunnetta. Häpeää rakentava kertomuksen viesti oli myös potilaan kokemus erilaisuudesta suhteessa muihin ihmisiin. Potilaiden mielestä heidän perheensä jäsenet pitivät potilasta erilaisena. Erilaisuus aiheutti häpeän tunnetta myös potilaan läheisillä. Potilaan läheiset häpesivät omaisensa sairautta ja eivät puhuneet siitä mielellään perheen ulkopuolella, mutta eivät myöskään perheen kesken. Potilaan läheinen alkoi myös vältellä tilanteita, joissa joutuisi kertomaan sairaana olevasta omaisestaan. Potilaalla ja hänen läheisillään häpeä johti lopulta eristäytymiseen ja yksinäisyyteen.

Yhteistyöneuvottelussa potilas ja hänen läheisensä lähestyvät kerronnassaan kokemaansa häpeän tunnetta erilaisin, heidän kertomustensa sisältämin viestein. Asiantuntijat reagoivat potilaan ja hänen läheistensä yrityksiin kahdella tavalla. Ensinnäkin, he vaihtoivat keskustelun kohdetta ja alkoivat kysyä potilaan jokapäiväisestä elämästä tai asiantuntijat rationalisoivat kokemuksen. Toiseksi, asiantuntijat reagoivat potilaan ja hänen läheisensä yrityksiin puhua häpeästä hiljaisuudella. Hoitajilla hiljaisuus oli puhumattomuutta ja äänettömyyttä. Lääkärillä hiljaisuus on keskustelun kohteen vaihtamista.

Edellisen esimerkin yhteistyöneuvottelu jatkui, ja potilas kuvasi tilannettaan seuraavasti:

- Potilas:* *jotenkin sen sanoisin että, en ehkä sillä tavalla, minä en jaksa mua ei kiinnosta (hiljaisuus).....se on ollut jo niin kauhea prosessi minun mielestä se, kun minä oon tuolla terapiassa kulukenu. Terapeutinkin sanoi, että kyllä se varmasti korjaantuu eihän se voi olla korjaantumatta, minä kaks vuotta ootin sitä päivästä päivään, päivästä päivään, että jotakin tapahtuu ja että se järki voittaa, koitin välillä jumpata ja sitten kun sitä teen tarpeeksi niin jostain nytkähtää selkä ja sitten se katkii se kuntoutus siihen ja se on se on niin kuin harakka tervassa, että milloin on nokka tarttuu milloin pyrstö tarttuu, että siitä ei pääse irti (hiljaisuus) - noita selkävaivojakaan kun niitä ei saa yksinkertaisesti saa pois, vaikka minä kuinka koitan, nytkin minä oon kyllä tuolla kuntosalilla kulukenu ja minä oon koko ajan tehnyt niin paljon kuin minä ikinä jaksan, että sinne tuli tuonne niskaan välillä mikä oli sen aiheuttaja, mutta kun se ei muutu, minä oon sitä niin monta vuotta tehnyt, että se ei muutu.*

Edellisessä kerronnassa potilas kuvasi tilannettaan ja kokemustaan sairastaa masenusta erilaisin oirein ja yrityksiään selviytyä sairautensa kanssa. Yhteistyöneuvottelussa asiantuntijoiden kertomistilanteeseen osallistuminen oli potilaan tilanteen kartoittamista, tarkentamista ja tulkittamista lähtien asiantuntijoiden omista kertomuksista. Yhteistyö-

neuvottelu jatkui ja lääkäri tulkitsi seuraavaksi potilaan tilanteen yhden, fyysisen oireen näkökulmasta seuraavasti:

- Lääkäri: niin se on varmaan ihan tosiasia, että ne pienet muutokset jotka siellä rangassa oli, ne ei varmaankaan muutu, mutta se että tokihan on niin, että sä varmaan kuntoilemalla olet saanut ylläpidettyä sen, että olet jonkinlaisessa kunnossa, mutta varmaan suuri tekijä sinulla on ihan se mieliala tällä hetkellä, että kaikki vastoinkäymiset alkaa tuntua vuoren suuruisilta, että kyllä ne käsikädessä kuitenkin jossain määrin kulkee*
- Potilas: kyllä minä tiijän että ne käsi käjessä kulkee, mutta minä en tiijä kyllä ulospääsyä tästä*

Potilas kertoi tietävänsä ns. tosiasiat sairaudesta, mutta hän haluaisi tietää, miten voisi selviytyä sairautensa kanssa. Tämän psykologi ja lääkäri tulkitsivat aggressiivisuudeksi ja yhteistyöneuvottelu jatkui seuraavasti:

- Psykologi: ja varmaan niin niitä aggressioita alkaa kerääntyä yhä enemmän ja enemmän, että niittenkin kans on pulassa*
- Lääkäri: niin että jos on koko ajan vihainen, epämääräisesti vihainen kaikelle niin se on hirveen kuluttavaa*
- Psykologi: sulla on kuitenkin lapsiin ihan hyvät suhteet, sillai kun ajattelee ihmissuhteita niin et ihan yksin kuitenkaan, sulla on se oma perhe ja lastenlapsia - miten sinä jaksatko sinä heidän kanssaan touhuta*
- Potilas: se on kyllä aika vähästä ollu mitä koettaa, olen hoitanut. Onneksi ne lastenlasten vanhemmat koettaa olla tukena, ei ne voi sitä ihan käsittää, että isä on tällainen*
- Psykologi: sinä oot kuitenkin pystynyt heille sen sanomaan se oli jo iso asia eteenpäin (pitkä hiljaisuus)*
- Psykologi: tällainen tilanne on...*
- Hoitaja: just aattelin, että niihin päätöksiin jos menee puoli vuotta, niin minkälaista tukea sinä tarvitset, millä tavalla me voitais auttaa sinua*
- Potilas: ei sille kun joku jonkin piikin pistäisi, että pääsisi pois.*

Edellisessä esimerkissä psykologi nimesi tilanteen 'tämmöiseksi', hoitaja päätyi kysymään potilaan mielipiteen, miten asiantuntijat voisivat potilasta auttaa ja keskustelun tässä vaiheessa potilas totesi, että kuolema olisi paras auttaja, ja näin potilas ei saanut valmiuksia selviytymiseen sairaalan ulkopuolella psykiatrisen sairautensa kanssa. Yhteistyöneuvottelun alussa potilaan kertomus sisälsi "häpeä" -kertomuksen viestejä, mutta kukaan yhteistyöneuvotteluun osallistuja ei rakentanut potilaan puhetta häpeä -kertomukseksi.

Häpeä oli tuloksen mukaan yhteistyöneuvottelun kertomaton kertomus. Kertomaton kertomus tarkoitti sitä, että potilas ja hänen omaisensa eivät voineet rakentaa yhteistyöneuvottelussa sellaista kertomusta, joka auttaa heitä selviytymään sairaudesta aiheutuvan häpeän kanssa sairaalan ulkopuolella (osajulkaisu II).

## 4.2 Yhteistoiminnallisuutta kuvaava kertomistilanne

Seuraavaksi mielenkiintoni kohdistui kertomiseen, joka kuvaa yhteistoiminnallisuutta yhteistyöneuvottelussa. Tutkimuksen kohteena oli se, millainen kerronta yhteistyöneuvottelussa mahdollistaa potilaan ja hänen läheisensä osallistumisen hoitoonsa. Tuloksena löytyi kaksi kertomusta "aktiivinen osallistuja" -kertomus ja "passiivinen osallistuja"

-kertomus. Molemmat kertomukset sisälsivät potilaan ja asiantuntijan kerrotun kertomuksen viestejä, jotka olivat edistämässä tai estämässä potilaan ja hänen läheisensä hoitoon osallistumista.

#### 4.2.1 ”Aktiivinen osallistuja” -kertomus

”Aktiivinen osallistuja” -kertomus edellytti, että asiantuntijat mahdollistivat ja edesauttoivat kertomisen kohteen rajaamisen. Kohteen rajaaminen tarkoitti sitä, miten yhteistyöneuvottelun osallistajat onnistuivat rajaamaan keskustelun kohteen eli puhumaan samasta asiasta.

Seuraavassa neuvottelussa potilas oli tullut edellisenä iltana ensimmäistä kertaa psykiatriseen sairaalaan ja hänen yhteistyöneuvottelunsa oli seuraavana aamuna. Yhteistyöneuvotteluun osallistajat olivat potilas, häntä hoitava osaston lääkäri ja omahoitajana toimiva mielenterveyshoitaja. Potilas oli nuori mies. Aluksi yhteistyöneuvotteluun osallistajat kätelivät ja esittelivät toisensa.

*Lääkäri: Tuota normaalisti meillä on semmoinen tapa, että aamulla raportilla katsotaan, ketä on tullut uusia potilaita ja sen kans me katellaan nämä päiväohjelmat ja tosiaan minä sitten toimin sinun lääkärinä täällä...ja yleensä meillä on täällä alussa semmoinen tulohaastattelu, jossa tarkoituksena on kertoa vähän mitä meillä on ajatuksia tässä tilanteessa, mutta toisaalta sitten suunnitellaan sitä hoitoa ja myöskin sitten että kuullaan kuka meille on tullut potilaaksi...semmoista, semmoista haastattelua otetaan yks kerta.....elikkä tuota mulla on tässä sun paperitiedot, mutta mielelläni kuulisin sinun oman käsityksen siitä, mikä oli tilanne kun tulit sairaalaan.*

Yhteistyöneuvottelun alussa lääkäri rajasi kertomuksen kohteen potilaan sairaalaan johtaneen tilanteen selvittämiseen ja pyysi potilasta kertomaan tilanteestaan, ja yhteistyöneuvottelu jatkui seuraavasti:

*Potilas: no se alako siellä nykyisessä kotipaikassa se ja tätä on jatkunut siitä asti, kun mulle tuli ero siitä avovaimosta, se oli ehkä mulle liikaa kun muutenkin on ollu niin vaikia..(hiljaisuus).....*

*Hoitaja: niin tarkoitat että alkoholin käyttö on lisääntynyt nyt sitten sen jälkeeen*

*Potilas: niin, niin, oon minä kyllä käyttänyt runsaasti enne sitäki... se oli niinku liikaa ja sitten ku mulla ei asuntoa oo ku tämän kuun loppuun, se että saaha asioita pitää hoitaa tommoset perusasiat, saaha kuntoon*

Edellisessä kertomuksen osassa yhteistyöneuvottelun yhteinen kertomus melkein päättyi hoitajan tekemään tulkintaan potilaan tilanteesta. Hoitajan kertomuksen viesti oli hänen tietoperustaansa mukainen tulkinta potilaan tilanteesta. Kuitenkin lääkärin kertomuksen viesteinä kuvailevat kysymykset mahdollistivat kertomuksen jatkumisen seuraavasti:



- Lääkäri: *hmm, mitä ne oli ne vaikeudet mitä sulle tuli, mitä tarkoitat*  
 Potilas: *no mulla vaan tuntuu että minä en päriää missään, minä en jaksa olla missään, itsemurha kävi mielessä monta kertaa, mutta sitten välillä tuntui että kyllä tämä tästä, mutta ei se .....on vaikea käsittää, mutta, mutta ei se tota nuin.....*  
 Lääkäri: *kauanko on siitä on siitä avoerosta?*  
 Potilas: *no siitä nyt on kaks viikkoo suunnilleen*

Yhteistyöneuvottelussa ”aktiivinen osallistuja” -kertomus rakentui seuraavista kertomisen viesteistä: kerronnan kohde määriteltiin ja jaettiin, potilas ja hänen läheisensä pystyivät kertomaan kertomuksensa vapaasti ja he myös perustelivat kertomustaan. Yhteistyöneuvottelun asiantuntijajäseniltä ”aktiivinen osallistuja”-kertomus edellytti, että heidän kertomustensa sisälsi kuvailevia kysymyksiä, empatian osoittamisen ja kysymysten perustelemisen. Mikäli asiantuntijat tulkitsivat potilaan tai hänen läheisensä kertomusta, he perustelivat tulkintansa ja tarkastivat sen oikeellisuuden potilaalta ja hänen läheisiltään. (osajulkaisu III).

#### 4.2.2 ”Passiivinen osallistuja” -kertomus

”Passiivinen osallistuja” -kertomukselle tyypillistä kerrontaa oli, että yhteistyöneuvotteluun osallistujat eivät rakentaneet yhteistä kertomuksen kohdetta. Potilas ja hänen läheisensä eivät voineet puhua sairaalaan johtaneista syistä, vaan heidän tehtävänsä oli kertoa vastaukset asiantuntijoiden esittämiin kysymyksiin. Yhteistyöneuvottelun asiantuntijajäsenten kerronnalle ”passiivinen osallistuja” -kertomuksessa oli tyypillistä, että he esittivät kysymyksiään omasta viitekehystänsä. Seuraavassa yhteistyöneuvottelussa olivat läsnä potilas, osaston potilasta hoitava lääkäri, osaston omahoitajana toimiva sairaanhoitaja sekä toisen hoito-osaston potilaalle tuttu mielenterveyshoitaja. Potilas oli nuori nainen, ja hän oli ollut useita kertoja sairaalassa, hänen edellisestä sairaalahoidojaksosta oli yli vuosi. Potilas oli tullut sairaalaan edellisenä iltana akuutin psykoosin vuoksi. Potilas asui yksin. Hänen vanhempansa olivat eronneet potilaan ollessa lapsi. Potilas ei pidä äitiinsä yhteyttä, mutta isän kanssa potilas oli vuorovaikutuksessa.

- Lääkäri: *sä oot lähtenyt kotiin silloin heinäkuussa 97, pitääkö tuo paikkansa*  
 Potilas: *joo*  
 Lääkäri: *eli siitä on reilu vuosi kun sä oot viimeksi*  
 Sairaanhoitaja: *ja sitten sinulla oli avokäyntejä*  
 Lääkäri: *psykiatrian poliklinikalle oli silloin suunniteltu sen sairaanhoitajan luo*  
 Mielenterveys-  
 hoitaja: *joo, ja tämä sairaanhoitajahan tuli sitten toiselle osastolle töihin tuossa vuoden alussa, että onko sinulla ollut hänen tilalla sitten yhtään kettään*  
 Potilas: *ei*  
 Mielenterveys-  
 hoitaja: *että silläkin lailla oot ollut ihan yksin,*  
 Potilas: *niin*  
 Mielenterveys-  
 hoitaja: *ei ees seurakuntasisar eikä*  
 Potilas: *ei*

Edellä oleva yhteistyöneuvottelu alkoi siten, että yhteistä kertomisen kohdetta ei nimetty, vaan asiantuntijat alkoivat kartoittaa potilaan tilannetta. Asiantuntijoiden kertominen sisälsi seuraavat viestit: asiantuntijat esittivät potilaalle kysymyksiä omasta viitekehyydestään ja potilaan tehtävänä oli vastata asiantuntijoiden kysymyksiin. Seuraavaksi lääkäri ja mielenterveyshoitaja olivat kiinnostuneita potilaan avohoidosta:

*Lääkäri: minkälaista se sun ...*  
*Potilas: en minä ihan yksin oon ollut, että niin on mulla tuttuja siinä niissä baareissa*  
*Mielenterveys- niin, niin niitä, mutta minä tarkoitan ihan näitä ammatti-ihmisiä*  
*hoitaja:*  
*Potilas: ei mulla mitään ammatti-ihmisiä oo ollut*  
*Lääkäri: kävitkö sinä sen sairaanhoitajan luona muistatko sen viimeisen sairaalahoidon*  
*jälkeen*  
*Potilas: joo, ei semmoseen ihmiseen voi luottaa*  
*Lääkäri: justuinsa että et käynytkään montaa kertaa*  
*Potilas: joo en*  
*Lääkäri: että käytännössä sen viimeisen sairaalahoidon jälkeen ootko missään käynyt*  
*Potilas: noo oon mä yhen tytön luona kävin jutteleen, mutta niin se katto etten minä tän-*  
*ne kuulu, että alahan laputtaa siitä*  
*Lääkäri: hmm, missä tää on, missä*  
*Potilas: mä kävin siellä, kun olisin halunnut jutella vähän asioista niin ...(hiljai-*  
*suus).siellä*  
*Lääkäri: X-paikkakunnalla*  
*Potilas: X-paikkakunnalla siellä on se mielenterveystoimisto, siellä kävin se ei, ei*  
*halunnut ruveta kätteleen, se oli vähän samannäköinen kuin minun kotipaikas-*  
*ta oleva tyttö*  
*Lääkäri: päätteletkö sinä, että se liittyy siihen jotenkin että te ootte saman näköisiä*  
*Potilas: siihen se liittyy joo, joo ei se voinut kattoo itseänsä silmiin*  
*Lääkäri: tunsitko sinä tämän työntekijän sitten sieltä jotenkin niin kuin ennestään*  
*Potilas: en mä tuntenut*  
*Lääkäri: mutta sinä yritit hakea apua*  
*Potilas: ei ku mä olisin halunnut käyvä juttelemassa jotain semm..*  
*Lääkäri: niin justuinsa, joo oliko se nyt syksyllä kun sinä kävit siellä?*  
*Potilas: oli*  
*Lääkäri: joo, sehän on aika ikävä tilanne, jos hakee apua eikä niinkö saa sitä*  
*Potilas: niin olisin halunnut käydä jutteleen*

Edellisessä kerronnassa asiantuntijoiden kertomuksen viestit olivat: asiantuntijat kysyivät suljettuja kysymyksiä ja potilaan tehtävänä oli vastata näihin kysymyksiin. Lisäksi asiantuntijat käyttivät omaan tietoperustaansa liittyviä käsitteitä (esim. asiantuntijan käsite hakea apua, kun potilaan käsite samasta asiasta on, olisin halunnut keskustella), joita he eivät määritelleet. Asiantuntija pitäytyi myös omissa käsitteissään.

Asiantuntijan kertomisen kohteen vaihtuminen saattoi olla myös arvoituksellista. Arvoituksellisuus tarkoitti sitä, että asiantuntija otti potilaan elämään liittyvän tekijän mielenkiinnon kohteeksi perustelematta kohteen vaihtoa ja alkoi keskustella tästä. Asiantuntijuus yhteistyöneuvottelussa perustui myös perinteiseen hierarkiaan. Perinteisessä hierarkiassa asiantuntijoista korkeimmin koulutettu on korkeimmalla tasolla, ja potilas on hierarkiassa alimmaisena. Asiantuntija, joka oli hierarkiassa korkeimmalla sai puheenvuoron ja määräsi keskustelun kohteen (Osajulkaisu III).

Tässä vaiheessa tutkimusprosessia olin siis löytänyt potilaan ja hänen läheisensä hoitoon osallistumista mahdollistavaa kerrontaa ja tuloksista voitiin esittää seuraavat johtopäätökset: *Potilaan ja hänen läheisensä osallistuminen hoitoon mahdollistui ”aktiivinen osallistuja”-kertomuksessa.* Tärkein potilaan ja hänen omaisensa aktiivisen osallistumisen edellytys oli, että yhteistyöneuvottelun jäsenet määrittelivät yhteisen kertomuksen kohteen, ja yhteistyöneuvottelun asiantuntijajäsenten kertominen sisälsi seuraavia kertomuksen viestijä:

1. Asiantuntijoiden kysymykset olivat avoimia ja mahdollistivat potilaan ja hänen läheisensä oman kertomuksen ilmaisemisen.
2. Asiantuntijat perustelivat kysymyksensä ja kysymyksen sisältö lausuttiin ääneen
3. Jos asiantuntija tulkitsi potilaan tai/ja hänen läheisensä kertomusta, tulkinta tarkistettiin potilaalta ja/tai hänen läheisiltään.

*Potilaan ja hänen läheisenä hoitoon osallistuminen ei mahdollistunut ”passiivinen osallistuja” -kertomuksen aikana.* ”Passiivinen osallistuja” -kertomuksessa yhteistä kerronnan kohdetta ei määritelty, lisäksi kertomus sisälsi seuraavat asiantuntijoiden kertomuksen viestit:

1. Asiantuntijoiden kerrontaan liittyvät kysymykset olivat heidän näkökulmastaan, ja potilaan ja hänen läheisensä tehtävänä oli kysymyksiin vastaaminen.
2. Voimakkain kertomus oli asiantuntijan kertomus ja sillä oli mahdollisuus katkaista yhteistoiminnallisuutta aktivoiva kertomus.
3. Asiantuntijat käyttivät käsitteitä, joita he eivät määritelleet.

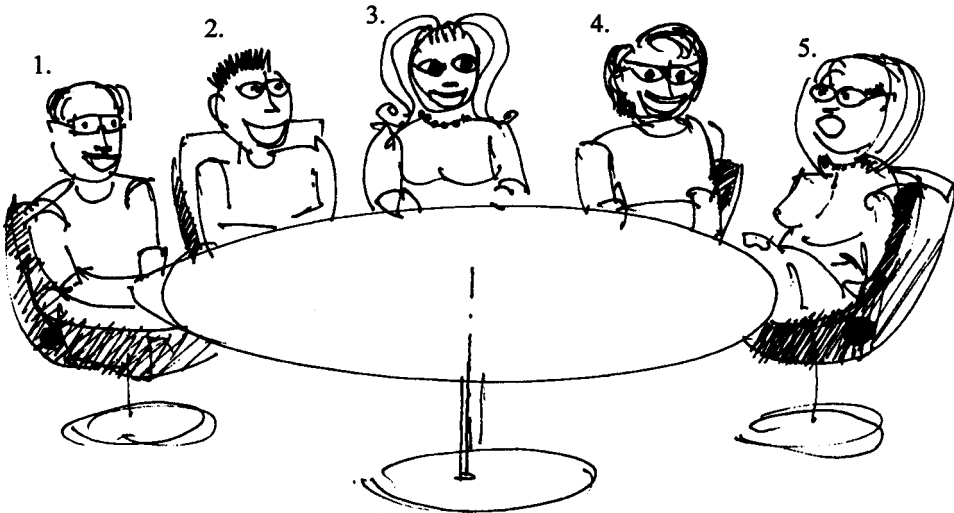
Seuraavaksi mielenkiintoni tutkijana kohdistui sanattoman kertomuksen tutkimiseen yhteistyöneuvottelussa.

### 4.3 ”Jaettu, rytmisen yhteistyö” -kertomus

Tutkimusprosessin aikana olin kiinnittänyt huomiota sellaisiin sanattoman kertomisen viesteihin, kuten neutraalisuus, kontrolli ja ilmeettömyys. Edellä mainitut näyttivät olevan yhteydessä yhteistyöneuvottelun osallistumiselle. Päädyin siis lukemaan yhteistyöneuvottelun sanattoman kertomusta. Sanattoman kertomuksen tuloksena löytyi *”jaettu, rytmisen yhteistyö”* -kertomus. *”Jaettu, rytmisen yhteistyö”* -kertomus tarkoitti sitä, että yhteistyöneuvotteluun osallistuvat määrittelivät ja jakoivat sanallisessa kerronnassa yhteisen kerronnan kohteen ja tämän lisäksi heillä on katsekontakti keskenään. Seuraava kertominen sisältää esimerkin *”jaettu, rytmisen yhteistyö”* -kertomuksesta yhteistyöneuvottelussa. Yhteistyöneuvotteluun osallistuivat potilas, hänen hoitava lääkäriinsä osastolta, osastolla omahoitajana toimiva sairaanhoitaja, potilaan läheinen ja potilaan avohoidon psykiatri. Potilas oli ollut sairaalassa useita viikkoja, koska hän sairasti vaikeaa masennusta. Potilas oli johtavassa asemassa, ja hän oli väitellyt alaltaan tohtoriksi. Potilas oli kuntoutumassa ja hän oli siirtymässä avohoitoon. Potilaan kuntoutumista vaikeutti hänen invaliditeettinsä, jonka vuoksi hän tarvitsi apuvälineitä päivittäisistä toiminnoista selviytymisessä.

	<i>Alkuperäinen lausuma</i>	<i>Sanaton kertomus</i>
<i>Lääkäri</i>	<i>se oli ensimmäinen. tämmöinen sosiaali-</i>	<i>Lääkäri ja potilas katsovat toisiaan</i>
	<i>nen tapahtuma...</i>	
<i>Potilas</i>	<i>kyllä</i>	<i>katsoo lääkäriin</i>
<i>Lääkäri</i>	<i>että jos puolikuus sinne avajaisiin niin</i>	
	<i>sopivassa määrin</i>	
<i>Lääkäri</i>	<i>ihan niinku kannattaa tässä keskittyä ihan</i>	<i>potilas ja lääkäri katsovat toisiaan</i>
	<i>niinku jatkohoito-suunnitelman tekemi-</i>	
	<i>seen</i>	

Yhteistyöneuvottelun alussa potilas ja lääkäri katsoivat toisiaan ja lääkäri määrittä yhteistyöneuvottelun yhteisen kertomuksen kohteen. Yhteistyöneuvottelu jatkui siten, että kertomukseen sanallisesti osallistuvat määrittelivät edelleen yhteistä kohdetta siten, että se tuli jaetuksi. Kerronta siirtyi potilaan sairaalahoidon kertaamiseen, ja kohde oli jaettu siihen osallistujien kesken ja kerrontaan osallistujilla oli myös katsekontakti keskenään. (Kuva 2). Yhteistyöneuvottelu jatkui seuraavasti:



1. avohoidon lääkäri
2. potilaan läheinen
3. hoitaja
4. potilas
5. osaston lääkäri

Kuva 2. Yhteisen kertomuksen kohteen määrittely.

	<i>Alkuperäinen lausuma</i>	<i>Sanaton kertomus</i>
<i>Potilas</i>	<i>niin siis tuota kotiinlähtöön ja ...</i>	<i>Potilas katsoo lääkäriin</i>
<i>Lääkäri</i>	<i>niin sen suunniteluun</i>	<i>potilas kääntää hetkesi katseen alas</i>
<i>Potilas</i>	<i>sen suunniteluun</i>	<i>osallistujat katsovat potilasta ja tämä katsoo heitä</i>

Lääkäri	ihan..ihan... en ole tässä ollut aikaisemmin näissä kaikissa suunniteluissa mukana, mutta ihan..voisko sanoa, sillä tavalla, että kolmisen viikkoa on ollut se mieliala semmoinen korkea	Lääkäri vilkaisee sanan ”suunnitteluis- sa” kohdalla avohoidon lääkäriä, muut läsnäolijat katsovat liikkumatta potilasta
Potilas	kyllä se niin on, kyllä se kolmisen viikkoa se on ollut korkealla	katsoo lääkäriin
Lääkäri	että tosiaan niin hoitava lääkärisi tulee vasta tuossa reilun puolentoista viikon päästä takaisin tälle osastolle mutta niin vastentahtoisen hoidon päätöksestä sekin on tässä nyt rauennut tässä välissä eikös näin ole	lääkäri katsoo avohoidon lääkäriä
Potilas	näin se on	katsoo vuorotellen läsnäolijoita
Lääkäri	että näin on tilanne nyt	
Avohoidon psykiatri	joo, niin sinä olet ollut yli kolme kuukautta nyt	katsoo potilaaseen
Lääkäri	niin se varmaan on, mutta täytyy vielä tarkistaa tästä....muistatko sinä sitä päivää?	alkaa selata potilaspapereita ja katsoo papereihin
Hoitaja	tuosta alkukuusta se oli	Hoitaja alkaa nyökytellä ja katsoo lääkäriä

Edellisen yhteistyöneuvottelun kertomisen loppuvaiheessa lääkäri käänsi katseensa potilaspapereihin ja muilla osallistujilla katsekontakti alkoi harhailla. Yhteistyöneuvottelun kertominen jatkui siten, että avohoidon psykiatri ja osaston lääkäri alkoivat suunnitella potilaan avohoitoa seuraavasti:

**Osaston lääkäri:** *Voisitko ajatella, että kun lähdet osastolta, niin sinua ei vielä uloskirjoteta ja jatkaisit ns. osaston potilaana vielä muutaman päivän. Se voisi olla vaikka sellainen koeaika ennen varsinaista uloskirjoitusta.*

**Psykiatri ... tai miten olisi, jos olisit yöt osastolla ja päivät kotona ...**

**Osaston lääkäri:** *Niin, se voisi olla mahdollista. Voisit lähteä osastolta joka aamu kotiin ja tulla illalla osastolle takaisin.*

**Psykiatri:** *Voisitko sinä hakea hänet? (sanoo potilaan läheiselle)*

**Potilaan läheinen:** *Kyllä tietenkin*

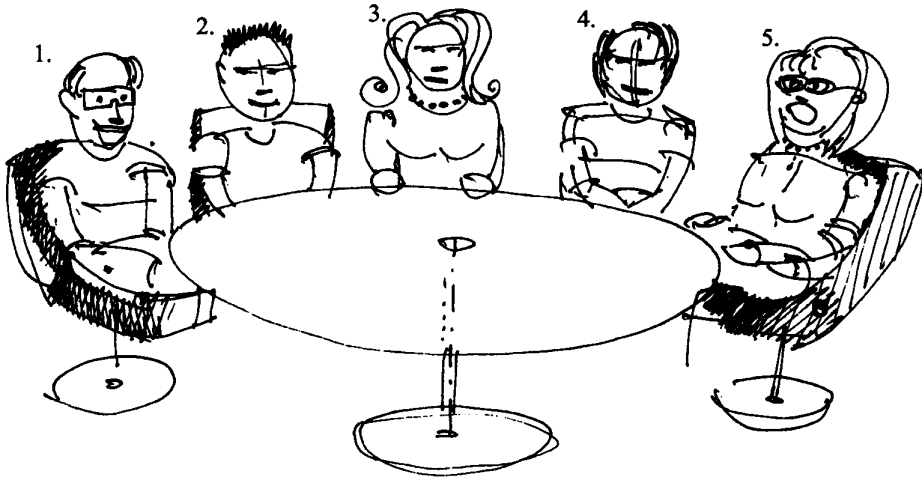
**Psykiatri:** *Niin voisimme nähdä miten sinulla alkaa mennä kotona*

**Osaston lääkäri:** *Tämä kuulostaa hyvältä, voisit ottaa näin pieniä askelia kohti avohoitoa*

**Psykiatri:** *Et olisi yksin, niin ne voi olla pieniä askelia, mutta mitä itse ajattelet tästä?*

**Osaston lääkäri:** *Ja voitaisiin järjestää jotain viikonlopuksi myös. Ja sunnuntaisin tulisit takaisin osastolle.*

Edellisessä esimerkissä psykiatrin ja osaston lääkärin välille syntyi ”jaettu, rytmäinen yhteistyö”, koska heillä oli yhteinen jaettu kertomisen kohde ja lisäksi heidän välillä oli katsekontakti. Muut osallistujat eivät jakaneet kertomusta potilaan avohoidon suunnittelusta. (Kuva 3).



1. avohoidon lääkäri
2. potilaan läheinen
3. hoitaja
4. potilas
5. osaston lääkäri

Kuva 3. 'Jaettu rytminen- yhteistyö' lääkäreiden välillä.

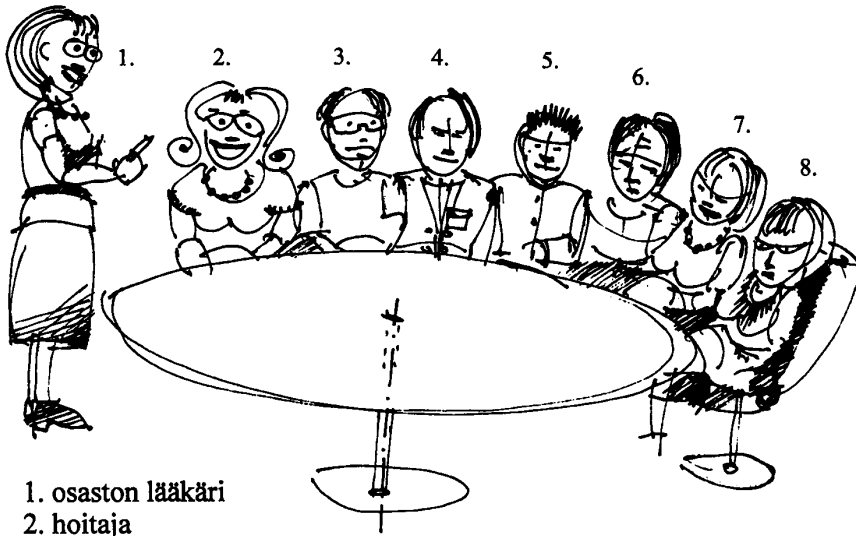
"Jaettu, rytminen yhteistyö" ei mahdollistunut, jos sanallinen ja sanaton kertominen oli kontrolloivaa. Asiantuntija kontrolloi yhteistyöneuvottelua seuraavilla sanattoman kertomusten viesteillä: monologi, asiantuntijan pitäytyminen omassa kertomuksessaan, kertomukseen osallistujien nimeäminen sormea osoittamalla, kertomukseen osallistuvan puheenvuoron keskeyttäminen ja katseen kiertäminen yhteistyöneuvotteluun osallistuvissa. Monologi tässä tarkoitti jonkun yhteistyöneuvotteluun osallistujan keskeytymätöntä yksinpuhelua. Katseen kiertäminen tarkoitti sitä, että asiantuntija ei odottanut katseeseensa vastausta.

"Jaettu, rytminen yhteistyö" ei ollut kertomuksessa myöskään mahdollista, jos asiantuntijat eivät osallistuneet sanalliseen kertomukseen, istuivat hiljaa ja katsoivat eteensä. Asiantuntijan neutraalius tarkoitti tässä tutkimuksessa ilmeettömyyttä, eleettömyyttä ja osallistumattomuutta sanalliseen kertomukseen. Asiantuntijan kontrolloiva sanaton kertominen esti jaetun, rytminen yhteistyön.

Seuraava yhteistyöneuvottelu oli saman potilaan toisesta yhteistyöneuvottelusta. Yhteistyöneuvotteluun osallistuivat potilas, hänen läheisensä, hänen omahoitajanaan toimiva erikoissairaanhoitaja, potilaan lääkäri osastolta, avohoidon psykiatri, kotisairaanhoitaja, potilasta hoitava fysioterapeutti ja kotipalvelun työntekijä. Yhteistyöneuvottelu alkoi siten, että siihen osallistujat istuutuivat pöydän ympärille ja potilasta hoitava osaston lääkäri seiso.

	<i>Alkuperäinen lausuma</i>	<i>Sanaton kertomus</i>
<i>psykiatri</i>	<i>Pitäisi olla kaikki nyt</i>	<i>istuu paikallaan</i>
<i>lääkäri</i>	<i>no ku minä en ite pyytänyt, kun minä olin kaks viikkoa lomalla, mulle vaan sanottiin että tänään on tämä juttu ja sitten että te tuutte, mutta se että muistanko minä varmasti että kaikki on paikalla, no minä olen se Maija Meikäläinen (nimi muutettu) ja minä oon täällä lääkärinä, Maran lääkärinä minkä Maran on täällä sairaalassa ollut, ja minä tässä aatelin, että minä sanon ihan muutamalla lauseella milloin Maran on tänne tullut ja miksi niinku, kun tekin ootte vasta ensimmäistä kertaa tässä mukana, minun pitää luntata tästä se tulopäivä, Maran on tullut tänne meidän osastolle 30.7. ja siinä oli semmoinen tilanne, että Marahan sairastaa sitä maanisdepressiivistä sairautta ja siinä oli tosi synkkä masennusjakso menneillään ja sitä tuota jatkui ja jatkui mutta ei ihan loputtomiin asti, vaan siinä kuukauden puolentoista aikana se masennus alkoi tosiaan väistymään ja Maran on palannut meidän kirjoihin takaisin tavallaan, että se oli niin kauhean synkkää se masennus jotenkin että ja tota nyt oon sen kaks viikkoa ollut pois ja suurin piirtein hyvää kuulamista siltä ajalta on olemassa ja sitten on treenattu jo kotona olemistakin jonkun verran, näin minä ymmärsin että lomilla on Maran käyny niin tuota tämä on palaveri sitten pyydetty kassaan ihan niinku mietittäs sitä että kotona olemista ja pärjäämistä ja mikä se on millainen se on kaikkienensa, kun Maralla on kiusana vielä tuo toisenpuolinen halvauskin muutaman vuoden ja se tuo käytännön ongelmia no tota jos minä sen eilisen illankin otan vähän mukkaan niin tota minä en oikein ossaa itselleni hahmottaa minkälainen se oli, mutta aamuraportilla kuulin, että tuota noin Maran oli ollut illalla sillai sekava että aika oli ollut niinku hukassa mutta.....tota Manta (hoitajan muutettu nimi) oli silloin illalla töissä, niin varmaan sinä ossaat paremmin kuvailla ja</i>	<i>Lääkäri puhuu seisoltaan ja kiertää katseellaan kaikki läsnäolijat</i>  <i>istuutuu samalle tasolle pöydän ympärille</i> <i>alkaa puhua potilaan tiedoista, ei kysy keneltäkään mitään, puhuu potilaan epikriisiin</i> <i>alkaa selata potilaan papereita</i> <i>laittaa potilaspaperit kiinni ja alkaa katsoa potilaaseen</i> <i>muut osallistujat ovat istuneet hiljaa liikkumatta katsoen eteensä, psykiatri katsoo potilaaseen ja</i> <i>osoittaa sormella potilaaseen</i> <i>osallistujat ovat istuneet hiljaa liikkumatta katsoen eteensä ja nyt kaikki kääntävät katseensa potilaaseen</i>  <i>osoittaa sormella hoitajaa antaen puheenvuoron</i>
<i>hoitaja</i>	<i>muistatko Maran sinä illan tapahtumia...mitä oli katsoo potilaaseen puhetta, sinä elit niinku päivää 26.10</i>	

Edellisessä esimerkissä potilasta hoitava lääkäri seiso i yhteistyöneuvottelun alussa. Seisomalla lääkäri osoitti olevansa yhteistyöneuvottelun puheenjohtaja. Lääkäri kertoi kertomuksen potilaan tilanteesta. Kertomus oli monologi ja se oli näin lääkärin yksinpuhelu potilaan tilanteesta. Lääkäri kontrolloi yhteistyöneuvottelun kulkua osoittamalla sormellaan ja hän myös sormeaa osoittamalla antoi muille yhteistyöneuvottelun jäsenille mahdollisuuden osallistua kertomukseen. Yhteistyöneuvotteluun sanattomasti osallistuneet asian tuntijat istuivat paikoillaan, he olivat liikkumatta ja katsoivat eteensä. Näin toimien he asettuivat yhteistyöneuvottelun ulkopuolisiksi tarkkailijoiksi. Hoitaja ja potilas jatkoivat kertomusta lääkärin antaman puheenvuoron mukaisesti seuraavasti (kuva 4):



1. osaston lääkäri
2. hoitaja
3. potilas
4. potilaan läheinen
5. avohoidon lääkäri
6. fysioterapeutti
7. kotisairaanhoitaja
8. kotipalvelun työntekijä

Kuva 4. Osaston lääkäri kertomuksen johtajana.

	<i>Alkuperäinen lausuma</i>	<i>Sanaton kertomus</i>
<i>potilas</i>	<i>niinkö</i>	<i>katsoo hoitajaa</i>
<i>hoitaja</i>	<i>niin, sinä tulit sanomaan minulle että tilat- kaahan taksii huomiseksi, että sinulla on sopimus ajasta lääkärin kanssa, sinulla oli joku vanha lappu, jonka mukaan sinä ....me siinä juteltiin ja mietittiin, että no mikä päivä se oikein on, mutta sehän oli eletty jo pois jo se päivä mistä sinä puhuit</i>	<i>psykiatri katsoo välillä hoitajaa ja potilasta, muut osallistujat katsovat hoitajaa potilas sanoo joo ja alkaa katsoa pöydän pintaa</i>
<i>potilas:</i>	<i>niin....</i>	<i>potilas nostaa katseensa hoitajaan, muut osallistujat katsovat liikkumatta ja ilmeettömänä eteensä</i>

Potilas ja hoitaja jakoivat keskustelun kohteen ja aluksi heillä oli katsekontakti. Potilas käänsi välillä katseensa pois hoitajasta. ”Jaettu, rytmisen yhteistyö” ei mahdollistunut, koska osallistujat eivät osallistuneet sanallisesti kertomuksen rakentamiseen ja heillä ei ollut katsekontaktia keskenään.

Prosessin tässä vaiheessa esitin seuraavat tulokset:

1. Sanatonta ja sanallista kertomusta tulee tarkastella samanaikaisesti.
2. Yhteistyö edellytti jaettua rytmistä yhteistyötä, mikä tarkoitti sitä, että kertomisella oli yhteinen sanallisesti jaettu kohde ja kertomukseen osallistujilla oli katsekontakti. Jaettua rytmistä yhteistyötä ei mahdollistunut, jos osallistujilla ei ollut katsekontaktia ja



kertominen oli monologia. Asiantuntijan kontrolloiva kertominen esti rytmisen yhteistyön syntymisen. Kontrolloiva kertominen tarkoitti sitä, että asiantuntija pidättäytyi omassa kertomuksessaan, antoi puheenvuoron osoittamalla sormellaan puhujaa, kiersi katsettaan muissa osallistujissa ja ei odottanut katsekontaktia. Asiantuntija keskeytti puhujan. Asiantuntijoista hoitoalan koulutuksen saaneet istuivat hiljaa katsoen neutraalisti eteenpäin.

#### **4.4 Tuloksista esitettävät johtopäätökset**

1. Psykiatrinen yhteistyöneuvottelu sisältää kertomatonta kertomusta.
2. Tutkimissani yhteistyöneuvotteluissa ei ole sisäänrakennettuna sellaista yhteistoiminnallisen hoidon kertomisen kulttuuria, jossa potilaan kertomukselle annetaan tilaa.
3. Psykiatrissa yhteistyöneuvottelua voidaan pitää yhteistoiminnallisena, jos siihen osallistujat määrittelevät ja jakavat yhteisen kertomuksen kohteen ja osallistujilla on katsekontakti. Yhteistoiminnallinen hoito edellyttää myös aikaa, jotta kaikki voivat tuoda näkökulmansa yhteisen kertomuksen rakentamiseen. Yhteistoiminnallinen hoito edellyttää asiantuntijoilta avoimia, perusteltuja kysymyksiä ja sitä, että asiantuntija tarkistaa kertomisen seurauksena syntyvän tulkinnan potilaalta. Tärkeää on, että kaikkien osallistujien sanalliset kertomukset ovat vuorovaikutuksessa keskenään. Ainoastaan näin voidaan mahdollistaa jaettu ymmärrys potilaan tilanteesta.
4. Psykiatrinen yhteistyöneuvottelu ei ole yhteistoiminnallista hoitoa, jos yhteistyöneuvottelun sisältöä rakennetaan asiantuntijoiden kertomuksista ja asiantuntijat pitäytyvät omassa kertomuksessaan. Yhteistyöneuvottelu on tällöin asiantuntijalähtöistä. Asiantuntijalähtöinen kertomus sisältää puheenvuorojen kontrollointia, monologia, ilmeettömyyttä ja eleettömyyttä. Asiantuntijalähtöisen kertomuksen pääpaino on tietojen keruussa, jolloin potilaan ja hänen läheisensä tehtävänä on tiedon antaminen.

## 5 Päättäntä

Päättäntä luvussa tarkastelen tuloksia suhteessa aikaisempiin tutkimuksiin ja teoriaan sekä arvioin käytettyjä menetelmiä, tutkimuksen merkitystä psykiatrisen hoidon yhteistyöneuvotteluille ja esitän jatkotutkimushaasteita.

### 5.1 Tulosten tarkastelua

Tässä tutkimuksessa olin kiinnostunut akuutin, psykiatrisen hoidon yhteistyöneuvottelun kertomistapahtumasta. Tästä kertomistapahtumasta rakensin yhteistyöneuvottelussa kertomattoman ”häpeä” -kertomuksen. Kuvasin yhteistyöneuvottelua yhteistoiminnallisuutta rakentavana kertomistilanteena ja tällöin kertomukset olivat ”aktiivinen-” ja ”passiivinen osallistuja” -kertomukset. Lisäksi rakensin sanallisen ja sanattoman kertomuksen yhdistävän ”jaettu, rytminen yhteistyö” -kertomuksen. Tutkimieni yhteistyöneuvotteluiden kertomistilanne sisälsi sekä asiantuntijälähtöistä että yhteistoiminnallista hoitoa.

Tutkimukseni asiantuntijälähtöistä, psykiatrista hoitoa tarkastelen vallan käsitteen näkökulmasta. Lukes (1974,1987) erottaa kolme vallan ulottuvuutta. Ensimmäinen ulottuvuus vallasta on pakottamista. Pakottamisella tarkoitetaan sitä, että henkilö A pakottaa henkilöä B tekemään jotakin, jota B ei muuten tekisi (Lukes 1974, 1987). Psykiatrisen hoitoon liittyy edellä mainittua valtaa tilanteissa, kun potilasta voidaan pitää hoidossa ja häntä voidaan hoitaa ilman hänen tahtoaan. Tällaiset tilanteet on määritelty mielenterveyslaissa, jonka mukaan ihminen voidaan määrätä hoitoon tai pitää hoidossa ainoastaan lääketieteellisin perustein. (Mielenterveyslaki 1991.) Wrongin (1980) mukaan huomioitava on, että kun henkilö pakotetaan toimimaan, hän tekee sen pelon alaisena tai lojaalisuuttaan (Wrong 1980).

Toinen ulottuvuus vallasta on kontrolli. Tällöin valta on kontrollia henkilöiden välisessä vuorovaikutuksessa. Vuorovaikutusta voidaan säädellä tarkoituksellisesti siten, että vuorovaikutuksessa päästään toivottuun tulokseen. Kontrolli ilmenee mielipiteeseen vaikuttamaan pyrkimisenä, auktoriteettina olemisena, voimana tai manipulaationa. (Lukes 1974, 1987, Wrong 1980, Parsons 1987.) Hoidossa tämä tarkoittaa sitä, että asiantuntija voi esittää potilaalle erilaisia vaihtoehtoja hoitoon, mutta jättää kertomatta osan vaihtoehtoista

(Janhonen 1993). Kontrolli vuorovaikutuksessa on valtaa hiljentää potilas ajan puutteen vuoksi, ei-terapeuttista ympäristöä, puutteellista kuuntelemisen taitoa ja johtajuutta tavalla, joka estää potilaan hoitoon osallistumisen (Breeze & Repper 1998) ja kysymysten tekemisen vastaanotolla. (Ruusu vuori 2000, Canter 2001). Kontrollin käyttöön samaistutaan sosiaalistumisen kautta, mutta kontrolli on myös usein tiedostamatonta (Wrong 1980). Psykiatriseen akuuttihoitoon sisältyy myös kontrollia, jota voidaan pitää hoitamisena. Tällaista kontrollia esiintyy esimerkiksi akuutissa psykoosissa tai itsemurhavaarassa olevan potilaan hoitamisessa. Tällöin asiantuntijan tehtävänä on kontrolloida potilaan käyttäytymistä niin, että hän ei aiheuta varaa itselleen tai ympäristölleen. (Mielenterveyslaki 1991, Sullivan 1998 b). Kaksi Lukesin (1974, 1987) edellä kuvattua vallan ulottuvuutta ilmenee ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa. Kolmas vallan ulottuvuus on myös kontrollia. Kontrolli on tällöin laajempien, esimerkiksi väestöryhmien mielipiteeseen vaikuttamista ja se on yhteydessä sitä käyttävien tietoon oikeista vaihtoehdoista. Tätä kontrollin ulottuvuutta on vaikea havaita, koska kumpikaan henkilöistä, A ja B, eivät tiedosta lähestymistapansa muovautuvan olemassa olevasta paradigmasta. Paradigma sisältää käsityksen vallasta ja kontrollista. (Lukes 1974.) Vallan käytön tavoitteena on manipuloida sosiaalisten ryhmien toiveita ja tavoitteita (Wrong 1980, Parsons 1987).

Tutkimistani yhteistyöneuvotteluista voidaan löytää yhteistyöneuvottelun vuorovaikutuksen liittyvää kontrollia. Asiantuntijoista lääkäri kontrolloi yhteistyöneuvottelua määräämällä kertomuksen kohteen, jakamalla puheenvuoroja, kiertämällä katsettaan muissa osallistujissa, keskeyttämällä toisen kertomuksen ja käyttämällä monologia. Kontrolli tutkimuksessani tarkoitti lääkärin valtaa määrittellä kertomuksen sisältö ja kohde. Kontrolli oli myös sitä, että lääkärin kertominen sisälsi pääasiassa kysymykset ja potilaan kertominen vastaukset lääkärin kysymyksiin. Yhteistyöneuvottelussa potilaita ei pyydetty kertomaan eikä heiltä pyydetty kertomuksia, vaan heiltä pyydettiin psykiatriaan liittyviä tietoja. Neilsonin ja Brennanin (2001) mukaan päätöksentekoprosessi psykiatrisella osastolla on lääkärin kontrolloimaa. Sairaanhoidajat haluavat toteuttaa hoitamista humanistisesta ja kokonaisvaltaisesta lähestymistavasta (Hummelvoll & Severinsson 2001) ja he haluavat osallistua enemmän päätöksentekoon, kuin mitä heille annetaan mahdollisuutta (Neilson & Brennan 2001). Kuitenkin tutkimukseni hoitajilla yhteistyöneuvottelun osallistumiseen liittyi kontrollointia, joka oli puhumattomuutta, ilmeettömyyttä ja eleettömyyttä. Edellä mainituilla toiminnoilla he ulkoistivat itsensä yhteistyöneuvottelun ulkopuolisiksi tarkkailijoiksi ja jättivät lääkärin selviytymään yhteistyöneuvottelusta yksinään. Tämän tutkimuksen tuloksista ei voida päätellä sitä, olisivatko hoitajat halunneet osallistua enemmän yhteistyöneuvottelun kertomuksen rakentamiseen kuin he nyt osallistuivat. Toisaalta lääkärin kontrolloi yhteistyöneuvottelua siten, että hän otti puheenjohtajuuden heti yhteistyöneuvottelun alussa ja jakoi puheenvuoroja esimerkiksi sormea osoittamalla, ei tukenut potilaan, hänen läheistensä, hoitajien tai muiden osallistujien mahdollisuutta osallistua tasavertaisina kertomuksen rakentajiina.

Asiantuntijalähtöistä yhteistyöneuvottelua ohjasi lääketieteellinen viitekehys ja asiantuntijat määrittelivät kertomisen sisällön omasta viitekehyksestään. Kapeasti ajateltuna lääketieteen lähestymistavalle on tunnusomaista, että psykiatrinen diagnoosi ohjaa lääketieteellistä hoitoa. Lisäksi psykiatrinen sairaus on tauti. Taudin syy on biologinen aivojen toiminnan häiriö, johon ovat yhteydessä persoonallinen kehitys, perhedynamiikka ja elämänkokemukset. Hoitamisessa on tällöin huomion kohteena sairauden oireet ja potilaan diagnooitu sairaus. (Hall 1996, Latvala *et al.* 2000.) Tutkimuksessani asiantuntijalähtöisyys

kertomuksen rakentamisessa tarkoitti sitä, että asiantuntijat puhuivat eri käsitteillä samasta ilmiöstä kuin potilas ja hänen läheisensä. Asiantuntijat pitäytyivät myös omissa käsitteisään. Myös Laurerin (1999) mukaan asiantuntijat psykiatrisessa hoidossa käyttävät usein hämmäntävää ja ristiriitaista kieltä havaintojensa kuvaamiseen.

Yksinomaan lääketieteellisestä lähestymistavasta seuraa helposti kapea-alainen ymmärrys ihmisestä. Lääketieteellinen lähestymistapa ei aina huomioi potilaan voimavaroja ja persoonallisia eroavuuksia, kuten ei myöskään potilaan sosiaalisia suhteita, kulttuurisia eroavuuksia tai kokemuksia sairaudesta. Kun hoitaminen on asiantuntijalähtöistä (Hall 1996, Latvala *et al.* 2000) niin asiantuntijat tietävät, mikä potilaalla on ongelmana. Tärkeimmät hoidon suunnitteluun ja hoitoon vaikuttavat tekijät ovat sairauden dynamiikka ja oireet. Potilaan ymmärtäminen persoonana ei ole olennaista, ja potilaan ja asiantuntijan välinen suhde on patriarkaalinen ja hierarkkinen. Asiantuntijalla on valta suhteessa potilaaseen. (Hall 1996.) Lääketieteellisestä lähestymistavasta seuraa se, että sairaus muodostuu ihmisen elämän tärkeimmäksi ilmiöksi ja se seuraa ihmistä läpi elämän (Goffman 1963, Nikkonen 1996). Psykiatrinen sairaus aiheuttaa myös nöyryytystä ja kaavamaisista suhtautumista sosiaalisissa suhteissa. (Hall 1996.)

Se, että tutkimukseni toteutettiin akuuteilla, psykiatrisilla osastoilla, voi selittää lääketieteellistä lähestymistapaa hoitoon. Akuutin, psykiatrisen osaston toiminta painottuu nopeaan tilanteen arviointiin, oikean diagnoosin tekemiseen ja potilaan välittömään hoitoon. Akuutin psykiatrisen osaston toimintaa ohjaa näin lääketieteellinen viitekehys, ja lääkärin ja myös hoitajan lähestymistapa hoitamiseen on lääketieteellinen. Hoitotyössä korostuu potilaan sairauden oireiden tarkkailu ja niistä johtopäätösten teko lääkärille. Nämä ovat tärkeitä oikean diagnoosin löytymiseksi. Hoitajan tehtävänä on raportoida oireista lääkärille ja kontrolloida potilaan käyttäytymistä. Myös potilas voi tukea toiminnallaan lääketieteellistä lähestymistapaa. Potilas voi uskoa, että suostumalla hoitoon ja hyväksymällä hänelle asetetun diagnoosin ja hoidon tarpeen, hän pääsee nopeammin sairaalasta pois. Tällöin potilaan rooli on passiivinen ja hän ei ota vastuutaan omasta osuudestaan hoidossa. (Hummelvoll & Severinsson 2001.)

Toisaalta tämän tutkimuksen tuloksia voi lähestyä myös valtaan liittyvän auktoriteetin näkökulmasta. Auktoriteetti voi olla pakottavaa, suostuttelua, laillista, pätevyyteen perustuvaa ja henkilökohtaista. Pakottamista ja suostuttelua käsitelin tämän kappaleen alussa valta -käsitteen yhteydessä. Lailliseen auktoriteettiin perustuva valta on sidottu sosiaalisiin rooleihin, ei niinkään rooleja toteuttaviin persooniin. Roolit on määritelty normeina, joita kyseessä olevassa ryhmässä tai yhteisössä tulee noudattaa. (Wrong 1980.) Tämän tutkimuksen yhteistyöneuvotteluiden asiantuntijoiden valta perustuu suomalaisessa yhteiskunnassa arvostettuun terveydenhuollon ammattiin.

Myös pätevyyteen perustuvaa auktoriteettia voidaan lähestyä potilaan ja asiantuntijan vuorovaikutuksen näkökulmasta. Edellä mainittuun vuorovaikutukseen liittyy tällöin suostumus. Suostumus perustuu luottamukseen asiantuntijaa kohtaan. Potilas luottaa asiantuntijaan ja asiantuntijan tiedon perustella suostuu hoitoon. Potilas ei välttämättä edes ymmärrä valintojensa rationaalisia perusteluita eikä hän niitä kaipaa, vaan luottamus auktoriteettiin saa hänet suostumaan. Tällaisessa vuorovaikutuksessa asiantuntija tarjoaa palveluja tietonsa ja taitonsa perusteella (Wrong 1980). Tässä tutkimuksessa potilas ja hänen läheisensä mahdollisesti suostuivat yhteistyöneuvottelun kertomukseen asiantuntijoiden johdolla, koska he luottivat asiantuntijoiden tietoon. Kaikki ihmiset eivät halua vaikuttaa hoitoonsa, heille riittää asiantuntijoiden heille tarjoamat palvelut sellaisenaan (Janhonen

1999). Tutkittaessa kirurgien toimintaa, heidän valtansa leikkaussalissa perustuu heidän toimintaansa hyvän puolesta. Kirurgin tehtävänä on tuottaa leikkauksen avulla hyvää potilaalle, mikä on yksi perustelu potilaan suostumiselle kirurgin hoidettavaksi (Fox 1992). Pätevyyteen liittyvään auktoriteetin tekee ongelmalliseksi se, että valta tulee aseman perusteella, ja valtaa käyttävät usein myös itse kontrolloivat itseään. Henkilökohtaisen auktoriteetin yhteydessä puhutaan myös ”puhtaasta” auktoriteetista. Henkilökohtaisen auktoriteetin omaava voi olla pätevä alallaan, mutta hänellä on tämän lisäksi henkilökohtaista karismaa. (Wrong 1980.)

Tämän tutkimuksen ”jaettu, rytmisen yhteistyö” -kertomus oli kertomus, joka kuvasi yhteistoiminnallista yhteistyöneuvottelua. ”Jaettu, rytmisen yhteistyö” -kertomus sisälsi yhteisen kertomuksen kohteen nimeämisen sanallisesti ja sen jakamisen kaikkien yhteistyöneuvotteluun osallistujien kesken sekä katsekontaktin yhteistyöneuvotteluun osallistujien välillä. Sosiaalinen vuorovaikutustilanne, kuten yhteistyöneuvottelu on, edellyttää, että siihen osallistujat sitoutuvat yhteiseen kertomuksen synnyttämiseen (Janhonen 1999, Speedy 2000) kukin omasta kertomuksestaan lähtien, mutta samalla huomioiden, että jokaisen kertomus vuorovaikutuksessa toisen kertomuksen kanssa rakentaa yhteistä kertomusta ja ymmärrystä potilaan tilanteesta (Mishler 1986, Laurer 1999). Yhteistyöneuvottelussa on tärkeää, että potilaan kertomukselle annetaan vuoro. Vuoron antaminen joko perustellaan tai myönnetään. Tässä tutkimuksessa asiantuntija määritteli yhteisen keskustelun kohteen, jolle kertominen rakentui. Asiantuntijoista lääkärin kertomus oli voimakkain keskustelun kohteen määrittelemisessä. Heathin (1986) mukaan lääkärille on luonteenomaista määritellä keskustelun sisältö, keskeyttää potilaan puhe ja pyytää siihen tarkennusta, mutta potilaalle tarjoutuu siihen harvoin mahdollisuus (Heath 1986, Ruusuvuori 2000).

”Jaetussa, rytmisessä yhteistyö” -kertomuksessa tärkeää oli katsekontakti. Katsekontakti oli tärkein sanattoman kertomuksen viesti, kun tavoitteena oli yhteisen kertomuksen rakentaminen yhteistyöneuvottelussa. Katsekontakti merkitsi sitä, että kertoja osallistui sanalliseen kertomukseen ja otti kaikki yhteistyöneuvottelussa mukana olijat tasavertaisina kertomuksen rakentajina huomioon. Tutkimusten (Heintzman *et al.* 1993, Bottorff & Morse 1994, Lewis *et al.* 1995, Caris-Verhallen *et al.* 1999, Fredriksson 1997) mukaan potilaan ja asiantuntijan välisessä sanattomassa vuorovaikutuksessa katsekontakti on tärkeä, kun tavoitteena on yhteistyösuhteen luominen potilaan ja asiantuntijan välille. Yhteistyöneuvottelussa katsekontaktin avulla pyritään ilmaisemaan empatiaa, kiinnostusta ja lämpöä potilaalle (Heintzman *et al.* 1993, Bottorff & Morse 1994, Lewis *et al.* 1995, Burgoon *et al.* 1996, Caris-Verhallen *et al.* 1999). Suoran katsekontaktin avulla asiantuntija ilmaisee potilaalle tukensa ja helpottaa potilasta ilmaisemaan itseään. Katsekontakti ilmaisee luottamusta ja uskottavuutta. (Heintzman *et al.* 1993, Burgoon *et al.* 1996). Asiantuntijan reagoiminen potilaan katseeseen on osoitus yhteistoiminnallisesta hoidosta. (Heintzman *et al.* 1993).

Tutkimuksessani yksi katsomisen tapa oli ilmeetön, eteenpäin katsominen. Tämä katseen muoto oli asiantuntijan katse silloin, kun hän ei sanallisesti osallistunut yhteisen kertomuksen rakentamiseen. (Heath 1986). Perinteisen psykoterapian mukaan terapeutti on hyvä kuuntelija (Tähkä 1970, Benedetti 1964, Achté 1992, Motyka *et al.* 1997) ja hän pysyy olemaan neutraali, mutta samalla avoin suhteessa potilaaseen ja hänen tilanteeseensa. Tämä tarkoittaa sitä, että terapeutin tehtävä ei ole ilmaista potilaalle kaikkea, mitä hänen mieleensä tulee, vaan hänen avoimuutensa ilmenee siinä, millä tavalla hän on potilaan

kanssa. Hänen on tietoisesti ja johdonmukaisesti pidättäytyttävä ilmaisemasta sellaisia omia tunteitaan, mielipiteitään ja mielikuviaan, joiden vastaanottaminen ei ole potilaan asia. (Tähkä 1970.) Äärimmäisessä tapauksessa neutraalius voi tarkoittaa sitä, että asiantuntija ulkoistaa itsensä potilaan tilanteesta sivustaseuraajaksi (Weingarten 1998). Tässä tutkimuksessa ilmeeton, eteenpäin katsominen merkitsi asiantuntijan käsitystä itsestään ulkopuolisena potilaan kertomuksen seuraajana, ei yhteiseen kertomistilanteeseen osallistujana.

Yhteistyöneuvottelussa neutraaliutta voidaan lähestyä myös perheterapian näkökulmasta. Tällöin puhutaan systeemisestä työskentelytavasta perheterapiassa. Terapeutti voi pyytää kolmatta perheenjäsentä kuvaamaan kahden välistä suhdetta ja niin hän liittoutuu tämän kanssa. Seuraavaksi perheterapeutti kysyy samaa asian muilta, näin toimien liittouma myös siirtyy seuraavaan jäseneseen. Lopputuloksena on, että terapeutti on liittoutunut jokaisen kanssa vuorollaan ja mahdollisesti säilyttänyt neutraalisuuden suhteessa kaikkiin osallistujiin. (Selvini *et al.* 1980.)

Williamsin *et al.* (2000) mielestä potilas voi kokea olevansa autonominen tai kontrolloitu omassa hoidossaan. Kokemus autonomiasta merkitsee potilaan omatahtoisuutta ja motivaatiota hoidossaan. Se edellyttää ymmärryksen osoittamista potilaalle, hänen asenteidensa, uskomustensa, henkilöhistoriansa ja elämäntilanteensa huomioimista hoidossa (Read 2001). Lääkärin ja potilaan vuorovaikutusta tutkittaessa on todettu, että potilaan mahdollisuus yhteistoiminnalliseen hoitoon on yhteydessä lääkärin ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen. Potilaan kohtaaminen edellyttää aikaa (Read 2001). Williamsin *et al.* (2000) yleislääkärin vastaanotolla tehdyn tutkimuksen mukaan lääkäri kuuntelee vastaanoton alussa potilaan kertomusta 18-22 sekuntia, minkä jälkeen hän keskeyttää potilaan kertomuksen ja kontrolloi potilaan kertomusta kysymyksillään, joita hän esittää omasta viitekehystänsä. Lääkärin hyvät vuorovaikutustaidot potilaan hoitotilanteessa edesauttavat potilaan mahdollisuutta omaan hoitoonsa liittyvään yhteistoiminnallisuuteen (McGrath 1999). Kokemus kontrollista merkitsee ulkopuolista painostusta ja käyttäytymistä ulkopuolisten odotusten mukaan (Williams *et al.* 2000).

## 5.2 Tulosten tarkastelua hoitotieteen ja hoitotyön näkökulmasta

Tämä tutkimus tuottaa tietoa moniammatillisesta, psykiatrisesta hoidosta ja siten myös psykiatrisesta hoitotyöstä. Tutkimus toisaalta vahvistaa aikaisempaa tietoa psykiatrisesta hoidosta ja hoitotyöstä, mutta se tuottaa uutta tietoa psykiatrisen yhteistyöneuvottelun sisällöstä. Hoitotieteen näkökulmasta uusia, mielenkiintoisia ja tärkeitä tuloksia olivat psykiatrisen yhteistyöneuvottelun kertomaton kertomus, sanattoman ja sanallisen kertomuksen yhtäaikaisuus sekä yhteistyöneuvottelun valtaan sisältyvän kontrollin problematiikka.

Narratiivinen lähestymistapa hoitotieteessä on uutta. Narratiivisella lähestymistavalla voidaan saada teoriatietoa ja kehittää psykiatrista hoitamista sen sisällön näkökulmasta. Lähestymistapa mahdollistaa myös psykiatrisen hoidon hoitotyöntekijöiden ja muiden asiantuntijoiden tietoisien toiminnan kehittämisen. Psykiatrisen hoitajan tietoperusta pohjautuu parhaimmillaan monitieteelliseen näkemykseen, ja yksi tämän näkemyksen raken-

tamisessa on hoitotieteellinen tieto. Tässä tutkimuksessa hoitajan hoitotieteellisen tiedon käyttäminen oman hoitotyönsä tietoperustana ei tullut esille. Tutkimukseni yhteistyöneuvotteluissa hoitaja osoitti riippuvaa suhtautumista suhteessa muihin yhteistyöneuvottelun jäseniin. Tästä oli esimerkkinä se, että yhteistyöneuvottelussa hoitaja raportoi potilaan tilanteen lääkärille. Hoitajan toiminta perustui varmistavaan hoitamiseen, jossa painottui ulkoinen ja kontrolloiva potilaan tilanteen tarkastelu esimerkiksi, miten potilas oli käyttäytynyt osastolla ja että potilaan lääkkeet tuli jaettua potilaalle kun hän lähti viikonloppumalle. (Janhonen 1993, 1999.)

Hoitaja toimi yhteistyöneuvottelussa myös avustajana, hänen tehtävänä oli vastata osaltaan lääkärin kysymyksiin ja viedä eteenpäin lääkärin antamat määräykset. Hoitajan toimintaa kuvasi myös vetäytyminen yhteistyöneuvottelun ulkopuoliseksi tarkkailijaksi. Hoitaja ei näin toimien ottanut ja jakanut vastuuta yhteistyöneuvottelun onnistumisesta yhdessä lääkärin kanssa vaan jätti vastuun yhteistyöneuvottelun onnistumisesta lääkärille. Hoitajan toiminnassa korostui esimerkiksi ”aktiivinen osallistuja” -kertomuksessa potilaan itsehoidollisuutta korostava, ymmärtävä käsitys yhteistyöstä. Ymmärtävän hoitokäsityksen taustalla oleva käsitys dialogista oli myötäilevä, ja asiantuntija siirsi oman asiantuntijavaltaansa toisille asiantuntijoille (Janhonen 1993, 1999).

Tutkimani hoitajien tietoperusta yhteistyöneuvottelussa ei perustunut yhteistoiminnallisen hoidon lähtökohtiin. Yhteistyöneuvotteluissa ei lähtökohtana ollut potilaan kertomus hänen omasta tilanteestaan. Yhteistyöneuvottelun kertomuksen rakentamisessa asiantuntijat, sekä hoitajat että lääkärit, käyttivät lääketieteellistä viitekehystä. Hoito organisoitiin yhteistyönä ja siihen oli mahdollisuus. Hoidon sisällön näkökulmasta vastuu hoidosta kuitenkin oli asiantuntijoilla. Ainoastaan lääkäri käytti tietoperustaansa yhteistyöneuvottelussa. Hoitajat eivät tuoneet tietoperustaansa yhteisen kertomuksen rakentamiseksi. (Janhonen 1999, Rivadeneyra *et al.* 2000, Shaywitz *et al.* 2000, Little 2001). Yhteistyöneuvottelu perustui hierarkiaan, lääkärin kertomus oli tärkein, sitten hoitotyön edustajien ja hierarkian alimmalla tasolla oli potilas (Latvala *et al.* 2000).

### 5.3 Tutkimuksen merkitys psykiatrisen hoidon yhteistyöneuvotteluille

Koska yhteistoiminnallinen psykiatrisen hoitaminen perustuu moniammatillisuuteen ja yhteistyöhön potilaan ja hänen läheistensä kanssa, täytyy tuloksia tarkastella myös hoitamisen näkökulmasta. Tutkimuksessa voitiin kuvata osa yhteistyöneuvottelun sanallisesta ja sanattomasta kertomisen sisällöstä. Yhteistyöneuvottelun tavoitteena on, aluksi rakentaa ymmärrystä potilaan tilanteeseen (Wahlberg 1998) ja toiseksi, rakentaa paras mahdollinen hoito potilaalle. Jokaisen yhteistyöneuvotteluun osallistujan kertomuksen tulee olla yhtä tärkeä. Psykiatrisessa hoitamisessa oikean diagnoosin löytyminen on olennaista. Potilaan kertomus on kokonaisuus ja hän kertoo myös oireistaan, mutta oireet muodostavat osan potilaan kertomuksesta. (Holma & Aaltonen 1998, Greenhalgh & Hurtwicz 1999).

Tutkimukseni tuloksena rakensin kertomuksia yhteistyöneuvotteluista ja määrittelin yhteistyöneuvottelun kertomistilanteena. Seuraavaksi voidaan esittää kysymys: Annettiinko potilaalle mahdollisuus kertoa kertomus ja pyydettiinkö häneltä kertomuksia vai

pyydettiinkö häntä raportoimaan tilanteestaan yhteistyöneuvottelussa? Tulosten mukaan tutkimukseni yhteistyöneuvotteluissa potilas raportoi tilannettaan asiantuntijoiden esittämien kysymysten mukaisesti. Jotta voidaan puhua potilaan kertomuksesta, se edellyttää aika ja suhteellisen pitkän puheenvuoron antamista potilaalle. Potilasta tulee myös rohkaista kertomaan kertomuksensa. (Chase 1995.) Asiantuntijalta edellytetään, että hän on valmis ottamaan vastaan potilaan kertomuksen, tulkitsemaan sen ja vastaamaan siihen. Asiantuntija tiedostaa oman kertomuksensa asiantuntijana. Hän pystyy empatiaan ja reflektiivisesti tarkastelemaan toimintaansa (Anderssen 1991, Mönkkönen 2002). Potilaan kertomuksen kuuleminen edellyttää ainakin osittaista irrottautumista omasta asiantuntijan tietoperustasta ja asettumista potilaan kertomuksen kuulemiseen ja siihen osallistumiseen (Chase 1995).

Narratiivinen lähestymistapa hoitamisessa on tietoisuutta omasta professiostaan, se lisää oman ammatin luotettavuutta ja se on tietoisuutta omasta velvollisuudesta toisia asiantuntijoita kohtaan. (Charon 2001.) Yhteistyöneuvottelua voidaan pitää terapeuttisena prosessina, jossa narratiivisuus voi tarkoittaa kokonaisvaltaista lähestymistapaa potilaan hoitoon. Narratiivinen lähestymistapa voi olla olennainen interventio hoitamisessa ja tukemisessa, ja sen avulla voidaan edistää tai lisätä terapeuttisyyttä hoidossa (Greenhalgh & Hurtwurz 1999). Yhteistoiminnallisen kertomisen kulttuuri tarkoittaa taas sitä, että osallistujat suosivat paljastamaan itseään kertomalla, ja myös asiantuntijat suosivat tasavertaiseen suhteeseen. Suhde on molemminpuolinen. Kaikille osallistujille annetaan mahdollisuus kertoa, ja yhteistyöneuvottelussa syntyy kertomus sekä kertojasta että kuulijoista. Yhteistyöneuvottelun osallistujat suhteuttavat omiin kokemuksiinsa toisten kertomuksia ja syntyy uutta ymmärrystä potilaan tilanteesta. Narratiivinen lähestymistapa mahdollistaa myös useiden erilaisten, myös vastakkaisten kertomusten esiin tuleminen yhteistyöneuvottelussa. Psykiatrisessa hoidossa on tärkeää tiedostaa erilaisten kertomusten vaikutus hoitamisessa. Tietoa totuudesta ei rakenneta ainoastaan yhdestä näkökulmasta (Seikkula 1991, Mönkkönen 1996, 2002, Canter 2001). Narratiivinen lähestymistapa lisää ymmärrystä potilaan ja asiantuntijan välille ja se mahdollistaa uuden, ehkä toisenlaisen ymmärryksen rakentamisen potilaan tilanteesta.

Dialogisuus tarkoittaa psykiatrisen hoidon yhteistyöneuvottelussa dialogia potilaan, hänen läheisensä sekä asiantuntijoiden kertomusten kesken ja näin on mahdollista rakentaa yhteistä ymmärrystä potilaan tilanteesta. (Haarakangas 1997, 2002, Laurer 1999.) Mönkkösen (2002) mielestä dialoginen orientaatio ihmissuhdealalla tarkoittaa sitä, että potilaan tilanteeseen liittyviä ilmiöitä pyritään konstruoimaan yhdessä, vuorovaikutus tapahtuu molempien ehdoilla, eli eri ja erilaiset näkökulmat kyseisestä keskustelun kohteesta on tärkeä tuoda esiin. Työntekijät ja asiakkaat pyrkivät muodostamaan moniäänisen, eri näkökulmat mahdollistavan keskustelun ja painopiste on dialogisissa suhteissa. Samalla Mönkkönen (2002) esittää myös kritiikkiä dialogiseen orientaatioon. Hänen mielestään oikeutus dialogiin ei aina synny pelkällä keskustelutaidolla, vaan siihen on vuorovaikutussuhteessa synnyttävä oikeutus. Tärkeää on myös pohtia, kuinka paljon ihmisten suhteellisen pysyvät toimintatavat ja uskomukset vaikuttavat suhteen syntymiseen. Tiedostettava on myös yhteisymmärryksen syntymisen vaikeus ja näennäisyys.

Hinojosan *et al.* (2001) mukaan lääketieteellisestä näkökulmasta tulee usein hallitseva näkökulma yhteistyössä. Koska psykiatriseen hoitamiseen liittyy aina valtakysymyksiä, on tärkeä kehittää tietoisuutta omasta vallan käytöstä ja sen eri ulottuvuuksista (Canter 2001). Valtaa voidaan yhteistyöneuvottelussa vähentää ottamalla potilaan kertomus neuvottelun



lähtökohdaksi (Weingarten 1998). Lisäksi reflektiivinen keskustelu yhteistyöneuvottelun asiantuntijajäsenten kesken vähentää valtaa (Anderssen 1991, Weingarten 1998).

Tässä tutkimuksessa yhteistyöhön osallistujien kertomukset olivat lähtöisin asiantuntijan omasta tietoperustasta. Usein on havaittu myös se, että asiantuntijoista hierarkiassa korkeimman kertomus määräytyy hallitsevaksi. Kuitenkin potilaan, hänen läheisensä ja asiantuntijoiden yhteistyötä tulee kehittää autoritäärisestä asiantuntijajohtoisesta toiminnasta kohti yhteistoiminnallisuutta, jossa jokaisen yhteistyöhön osallistujan kertomuksen tulee olla yhtä tärkeässä asemassa. Yhteistyöneuvottelun edelleen kehittämässä on tärkeää myös aika. (Hinojosa *et al.* 2001.)

Yhteistyöneuvottelu tapahtuu yhteistoiminnallisessa ryhmässä. Yhteistoiminnallisessa ryhmässä korostuu ensimmäiseksi jäsenten luottamus toisiinsa. Ryhmän jäsenet ovat aluksi vieraita toisilleen, mutta luottamuksen kehittyminen ryhmän jäseniin johtaa avoimempaan kommunikaatioon (Mönkkönen 2002). Luottamuksen syntymistä voidaan edesauttaa puhumalla yhteistyöneuvottelun alussa siitä, miten osallistujat ovat saapuneet osastolle, miten heidän tulomatkinsa osastolle sujui ja tärkeää on puhua, miksi jokainen osallistuja on mukana yhteistyöneuvottelussa. Armisen (1998) tutkimuksessa nimettömien alkoholistien keskinäisissä tapaamisissa korostuu niihin osallistujien tasavertaisuus. Tutkimustuloksia voitaisiin hyödyntää myös psykiatristen yhteistyöneuvotteluiden kertomuksellisen kulttuurin kehittämässä. Tapaamiset alkavat aina jokaisen osallistujan esittäytymisellä, jokainen kertoo nimensä ja miksi on tullut tapaamiseen. Alkukeskustelu voi olla rupattelua ennen varsinaiseen asiaan menemistä. Tällä tavalla avataan keskusteluyhteys. Ajallisesti tähän menee muutama minuutti. Tärkeää on myös, että jokaisella osallistujalla on selkeä tieto yhteistyöneuvottelun tarkoituksesta ja tavoitteesta (Janhonen 1999).

Kokouksessa varataan aikaa jokaisen kertomuksen kuuntelemiseen. Mikäli yhteistyöneuvottelussa tarvitaan puheenjohtajaa, on tärkeä että hänet nimetään sanallisesti. Puheenjohtajan tehtävän on paremminkin huolehtia siitä, että jokainen saa kertoa kertomuksensa kuin puheenvuorojen jakaminen. Potilaiden ja heidän määräämiensä läheisten on näin mahdollista jakaa kokemuksensa ja asiantuntijajäsenten on mahdollista jakaa kokemuksensa ja tietoperustaansa yhteistyöneuvottelussa rakentuvassa kertomuksessa. (Arminen 1998.) Toisen osallistujan kertomukseen osallistuminen mahdollistuu, kun konkreettisesti ottaa toisen kertomuksen sanat omikseen. Osallistumalla toisen ihmisen kertomukseen on mukana hänen tarinassaan, mutta myös kertomuksessa esiintyvässä kokemuksessa psykiatrisesta sairastamisesta. (Haarakangas 1997, 2002, Arminen 1998.) Oman kertomuksensa liittäminen muiden osallistujien kertomukseen sanallisesti auttaa myös pysymään samassa kertomuksen kohteessa (Arminen 1998). Tärkeää on, että yhteistyöneuvottelun asiantuntijajäsenet refleктоivat neuvottelun sisältöä neuvottelun jälkeen. Näin he saavat muodostettua jaetun kokemuksen neuvottelussa ja voivat kehittää neuvotteluja edellisten kokemusten pohjalta. (Anderssen 1991, Dukewits & Gowin 1996.)

## 5.4 Tutkimuksen luotettavuus

Lieblichin *et al.* (1998) mukaan narratiivisen tutkimuksen luotettavuuden kriteerit ovat width (kattavuus, riittävyys), coherence (johdonmukaisuus), insightfulness (oivalluskyky) and parsimony (niukkuus/ tiivistäminen).

*Aineiston kattavuus/ riittävyys (width)* tarkoittaa analyysin tuloksena syntyneiden tulosten monipuolista ja rikasta esitystä. Tämä tarkoittaa sitä, että tutkijan täytyy osoittaa, että on saanut riittävästi havaintoja tutkittavasta ilmiöstä. Keräsin tutkimuksen aineiston videomilla yhteistyöneuvotteluja. Käytin videonauhoitusta tässä tutkimuksessa, koska analysoin sekä sanallista että sanatonta kertomusta. Videonauhoituksen etu on, että se paljastaa tutkittavan ilmiön sellaisena kuin se esiintyy. Se mahdollistaa myös useamman ihmisen samanaikaisen tutkimisen ja tunteiden, asenteiden ja arvojen analysoinnin osana toimintaa. Videoaineisto mahdollistaa kokonaiskommunikaation (puheen, eleiden, ilmeiden, asentojen jne.) tutkimisen. Videoitu aineisto sisältää enemmän kontekstia tutkittavasta ilmiöstä kuin ääninauhottettu aineisto. Tämä osa kontekstia on aina läsnä, koska videonauhaa voi katsoa toistuvasti. Videoaineisto on sisällöllisesti rikasta, vaikka sen analysointi on työlästä ja aikaa vievää. Haastavaa videoaineiston analyysissä on se, että tutkijan on pystyttävä erottamaan laajasta aineistosta tutkittavan ilmiön kannalta merkitykselliset asiat. (Bottorff 1994 b, Silverman 2000, Vuokila-Oikkonen *et al.* 2001.)

Tutkimuksessani käytettiin triangulaatiota. Triangulaatiota voidaan pitää tutkimuksen lähestymistapana, kuten määrällistä tai laadullista tutkimusta ja sen käytön tarkoituksena on lisätä tutkimuksen luotettavuutta (Begley 1996). Triangulaation käyttäminen ei ole itsestään selvyys, vaan sen käytön määrittelee tutkittava ilmiö ja tutkimuskysymys. Triangulaatiota käyttämällä voidaan saada täsmällistä ja syvällistä tietoa moniulotteisesta tutkittavasta ilmiöstä. (Patton 1990, Begley 1996 a, b, Bradley 1995.) Denzin ja Lincoln (1998) erottavat neljä eri triangulaatiotyyppiä; aineisto-, tutkija-, teoria- ja metoditriangulaation ja Kimchi (1991) lisää vielä analyysitriangulaation. Metoditriangulaatio on metodin sisäistä ja/tai metodien välistä triangulaatiota (Denzin & Lincoln 1998). Metodin sisäinen triangulaatio voi esimerkiksi olla eri aineistojen, kuten haastattelujen, päiväkirjojen tai havaintojen käyttöä samassa tutkimuksessa (Begley 1996 a). Metodien välinen triangulaatio on hoitotieteellisessä tutkimuksessa usein tarkoittanut laadullisen ja määrällisen lähestymistavan yhdistämistä (Begley 1996 a,b, Yang 1998, Lukkarinen 1999, Vanhanen 2000, Rees 2001).

Tässä tutkimuksessa käytettiin analyysitriangulaatiota. Analyysitriangulaatio tarkoittaa eri analyysimenetelmien käyttämistä saman aineiston analysoimiseksi ja sen tarkoituksena on tutkittavan ilmiön syvempi kuvaaminen ja ymmärtäminen sekä tutkimuksen luotettavuuden lisääminen (Kimci 1991, Shih 1998, Silverman 2000). Tutkimuksessa analysoitiin samaa aineistoa kolmella eri luetavalla (Categorical Content -, Holistic-Content -luetapa ja dialogianalyysimenetelmä luetavana) sekä tietokoneohjelmalla (QRS N Vivo). Tutkimuksessa analysoitiin sanallisen kertomuksen lisäksi sanatonta kertomusta, joka Begleyn (1996b) mukaan on yksi triangulaation muoto ja tutkimuksen luotettavuuden kriteeri. Lisäksi tutkija tarkasteli kriittisesti koko analyysiprosessin ajan tutkimuksensa kulkua (tutkijan sisäinen dialogi).

Narratiivisen lähestymistavan ja dialogianalyysimenetelmän yhdistämisessä sekä käyttämisessä luetavana oli ongelmia. Ongelmat liittyivät dialogianalyysin ja narratiivisen lähestymistavan hiukan erilaisiin lähtökohtiin. Dialogianalyysimenetelmää on kehitetty

diskurssianalyttisessä viitekehityksessä ja se perustuu Bakhtinin (1986) käsitykseen dialogista (Janhonen & Sarja 2000, Sarja 2000) ja sanojen merkitysten tutkimisesta. Diskurssianalyysissä kielen ymmärretään olevan sidoksissa vuorovaikutustilanteen lisäksi niihin yhteisöihin, joissa kieltä käytetään. Diskurssi tuottaa tietoa siitä, miten ihmiset ovat vuorovaikutuksessa keskenään. Diskurssianalyysissä keskeistä on vuorovaikutuksen ja sosiaalisen rakenteen suhdetta koskeva pohdinta, viime kädessä pohdinta mikro- ja makrotasojen integraatiosta sosiologiassa (Jokinen *et al.* 1993, Luukka 2000). Bakhtinilainen dialogisuus liittyy semiotiikkaan. Dialogianalyysissä korostuu sanojen ja puheen sosiaalinen ja historiallinen luonne, dialogi yhdistetään ristiriitoihin ja painotus on dialogin kohteellisuudella. minkä vuoksi dialogin ymmärtäminen edellyttää puheen merkityssisällön analyysia. (Bakhtin 1986). Olin kiinnostunut yhteistyöneuvottelussa rakentuvasta kerronnasta ja kertomuksista, en puheen merkityssisällöstä. Samanaikaisesti yhteistyöneuvottelussa elettiin siihen jokaisen osallistuvan kertomusta. Kertominen oli näin prosessi ja kertomuksen sisältö oli tärkeä. (Pohjola 1999.)

Narratiivisen lähestymistavan ja dialogianalyysin yhdistämisen ongelman ratkaisemisessa auttoivat narratiivisen lähestymistavan fokuointi kertomistapahtumaan ja siinä syntyviin kertomuksiin (”storytelling” -näkökulmaan) ja dialogianalyysimenetelmän edelleen kehittämisen ja käyttämisen yhtenä aineiston lukutapana. Kertominen oli tutkimuksen kohde, ja dialogianalyysimenetelmällä pyrittiin jäljittämään kohde, josta kertomukseen osallistujat keskustelivat. Keskeistä oli, että yhteistyöneuvottelun osapuolet rakensivat tietoisesti keskinäistä ymmärrystä osallistumalla kerrontaan. Kerronnan tuloksena ei oletettu olevan saman näkemyksen jakaminen.

*Johdonmukaisuus (coherence)* tarkoittaa sitä, miten tutkija on pystynyt muodostamaan analyysin tuloksena kokoavan ja merkityksellisen käsityksen tutkittavasta ilmiöstä. Johdonmukaisuutta voidaan arvioida siten, miten ilmiön eri osat sopivat yhteen ja miten ilmiötä ja tuloksia tarkastellaan suhteessa aikaisempiin tutkimustuloksiin ja teorioihin. Tutkija perustelee teoreettiset valinnat tutkimuksensa viitekehityksessä ja tarkastelee tutkimuksensa tuloksia suhteessa aikaisempiin tutkimustuloksiin, teorioihin tai/ja malleihin. (Lieblichin *et al.* 1998.)

Tässä tutkimuksessa olen kuvannut tutkimus- ja analyysiprosessin etenemisen siten, että lukijalla on mahdollisuus seurata, miten ja mistä olen tulokset saanut. Tässä raportissa ilmenee myös, miten olen aineistoni lukenut ja millaisia kysymyksiä olen aineistolleni esittänyt. Raportissa kuvaan esimerkkikysymyksiäni ja analyysiprosessiani autenttisella materiaalin avulla.

Pidin päiväkirjaa tutkimuksen aikana, koska se auttoi minua erottamaan omat tunteeni, kokemukseni ja aineisto toisistaan. Olin itse osallistunut samantyyppisiin yhteistyöneuvotteluihin kuin aineistoni oli, ja muistikuvat omasta osaamattomuudesta yhteistyöneuvotteluissa ahdistivat. Oli tärkeää kuvata omiin kokemuksiini liittyvät erilaiset tunteet, jotta ne eivät olleet vaikuttamassa analyysiini. Tässä tutkimuksessa kirjasin päiväkirjaan kaikki aineiston keruun aikana tapahtuneet asiat, tunteet, arvot ja tapahtumat osastolla siten, kuin olin ne kokenut. Aineiston analysoinnin aikana palasin myös kenttämuistiinpanoihin tarkentaakseni jotain tapahtumaa, esimerkiksi silloin, kun mietin oliko analyysiin vaikuttamassa oma kokemus aineiston keruuvaiheessa. Analyysin etenemisestä ja siinä esiin tulevasta kysymyksistä pidin päiväkirjaa. Palasin päiväkirjaani pohtiessani analyysin kulkua ja sen aikana tekemiäni ratkaisuja. (Vuokila-Oikkonen *et al.* 2001.)

Tutkittavan ilmiön kannalta narratiivinen lähestymistapa oli oikea valinta, koska halusin ratkaista yhteistyöneuvotteluun liittyvää arvoitusta: Mitä kertominen yhteistyöneuvottelussa on ja mitä kertomuksia siinä rakentuu? (McCance *et al.* 2001). Tutkimuksessa en ollut kiinnostunut vain puheesta, vaan tarinan kerronnasta sosiaalisessa kontekstissa. Olin kiinnostunut erityisesti siitä, mitä yhteistyöneuvottelussa kertominen on sen kertomuksen sisällön näkökulmasta. Lähestymistavan avulla oli mahdollista tutkia kertomista, joka jäi kertomatta (”häpeä”, osajulkaisu II). Oli mahdollisuus tutkia myös potilaan aktiivisen ja passiivisen osallistumisen mahdollistavaa kertomista (osajulkaisu III) sekä löytää sanattoman kertomuksen merkitys kerronnassa (”jaettu, rytminen yhteistyö”, osajulkaisu IV).

*Oivalluskyky (insightfulness)* tarkoittaa kykyä innovaatioihin ja omaperäisyyteen kertomuksen ja sen analyysin esittämisessä. Tutkijana olen kehittänyt tässä tutkimuksessa narratiivista lukutapaa ja dialogianalyysimenetelmää. Narratiivisen lähestymistavan ja dialogianalyysin yhdistämisessä oli aluksi kömpelyyttä ja epäselvyyttä käytettävien käsitteiden suhteen. Kuitenkin kehittämällä dialogianalyysimenetelmää narratiivisena lukutapana mahdollistui tämä tutkimuksen kannalta yksi tärkeä ilmiö; potilaan ja hänen läheisensä yhteistyöneuvottelun kertomistilanteeseen osallistumisen tutkiminen. Tämä tutkimus on tuottanut teorian tietoa narratiivisesta näkökulmasta psykiatrisessa hoidossa tapahtuvien yhteistyöneuvottelujen sisällöstä. Tulokset kuvaavat kuitenkin vain yhden osan psykiatrista hoitoa ja yhteistyöneuvottelua ja näin ne ovat yleistettäviä vain tutkittuihin yhteistyöneuvotteluihin.

*Niukkuus/tiivistäminen (parsimony)* on kyky tiivistää analyysin tulos pieneen määrään käsitteitä. Tutkimuksessani pystyin tiivistämään tutkimuksen tuloksen pieneen määrään käsitteitä kuvaamaan kertomista yhteistyöneuvottelussa. Narratiiviselle lähestymistavalle on luonteenomaista myös eleganttisuus tulosten esittämisessä. Eleganttisuus tarkoittaa innovatiivisuutta ja kykyä raportoida tuloksensa narratiiviselle lähestymistavalle sopivalla tavalla. Olen raportoinut tutkimukseni käyttäen kertomuksen jäsenystä. Tulososassa jokainen kertomus muodostaa kokonaisuuden samalla, kun jokainen kertomus on osa yhteistyöneuvottelun kertomusta. Tutkimuksen tulos on lisäksi minun kertomukseni yhteistyöneuvotteluiden sisällöstä akuutissa psykiatrisessa hoidossa. Eleganttisuus tutkimuksessa ja tutkimuksen raportoinnissa tarkoittaa myös sitä, että tutkimus muodostaa loogisen kokonaisuuden. Loogisuus tarkoittaa sitä, että tutkimukseen valitut käsitteet tai viitekehys, tutkimusmenetelmä/t, tutkimuskysymykset, aineisto/t, aineistonkeruu, tulosten raportointi ja johtopäätökset ovat johdonmukaisia toisiinsa nähden. Koska narratiivista lähestymistapaa käytetään useimmiten kun kyseessä on määrältään pienet aineistot ja tutkitaan arkoja ilmiöitä on erityisen tärkeää kiinnittää huomiota myös eettisesti oikeaan julkaisutapaan, joka on myös yksi luotettavuuden kriteeri.

## 5.5 Jatkotutkimus ja kehittämishaasteet

Yhteistyöneuvottelu, hoitoneuvottelu, hoitokokous tai verkostokokous on psykiatrisen hoidon yksi tärkeimpiä hoitomuotoja ja sitä tulee sen vuoksi tutkia edelleen eri lähestymistavoilla ja eri näkökulmista. Psykiatrinen yhteistyöneuvottelu perustuu sanalliseen ja sanattomaan kertomukseen. Lisäksi psykiatrinen hoitaminen on ainoa erikoisala, jossa

puhuminen ja kuunteleminen määritellään hoidoksi. Kuitenkin asiantuntijat psykiatrisessa hoidossa käyttävät usein hämmentävää ja ristiriitaista kieltä havaintojensa kuvaamiseen. (Laurer 1999.) Tämän takia on tärkeää tutkia hoidoksi määriteltyä puhetta edelleen. Yhteistoiminnallinen hoito ja dialogi jäivät tutkimuksessani osittain retoriikaksi ja jatko-tutkimushaasteena onkin edelleen selvittää, miten potilas ja hänen läheisensä voivat toimia yhteistoiminnallisen hoidon osallistujina. Tärkeää on kehittää yhteistoiminnallisen kertomisen kulttuuria yhteistyöneuvottelussa psykiatrisessa hoidossa.

Tässä tutkimuksessa löydettiin kertomaton, sanallinen kertomus ”häpeä”. Jatkotutkimushaasteena olisi mielenkiintoista selvittää, millaisia muita kertomattomia yksilöllisiä ja jaettuja kertomuksia psykiatriseen hoitamiseen ja sairastamiseen liittyy. Mielenkiintoista olisi myös tutkia narratiivisen haastattelun avulla, millaisia kertomuksia potilaalla ja hänen läheisillään on psykiatrisesta sairastamisesta. Tärkeää olisi myös tutkia asiantuntijoiden, erityisesti hoitajien rakentamia kertomuksia psykiatrisen hoidon kehittymisestä ja psykiatrisesta hoidosta.

Psykiatrisen hoidon kehittämisessä koulutuksella on tärkeä asema. Koulutuksen tulisi mahdollistaa opiskelijan kehittymisen käynnistyminen kohti yhteistoiminnallista hoitoa. Yhteistoiminnallista hoitoa voidaan oppia ainoastaan yhteistoiminnallisessa ryhmässä. Oppimisen lähestymistapoina sosiaaliseen konstruktivismiin ja kulttuurioppimiseen perustuvat dialogioppiminen (Sarja 1995, Janhonen 1999, Janhonen & Sarja 2000) ja narratiivinen pedagogiikka (Diekelman 1997, 2001) antavat välineitä yhteistoiminnalliseksi hoitajaksi oppimiseen ja kasvamiseen. Asiantuntijan oman oppimisen tiedostamisen apuna voidaan käyttää kertomuksia opiskelijoille tärkeistä oppimiskokemuksista. Oppimiskokemukset nousevat hoitamisen käytännöstä. Oppimiskokemusten analysointi eri näkökulmista mahdollistaa opiskelijan tietoperustan rakentamisen kyseisestä opittavasta ilmiöstä. Narratiivisuus ja kertomusten käyttö auttaa myös tiedostamaan omia motiivejaan psykiatriseksi asiantuntijaksi, ja omasta työstä kertominen ja kertomuksen jakaminen yhdessä toisten kanssa mahdollistaa omien tarinoiden ja kertomusten vaikutuksen tiedostamisen.

Ammatillinen koulutus on ammatinharjoittamisen lähtökohta. Psykiatriselta sairaanhoitajalta edellytetään erityisosaamista, jotta hän voi työskennellä yhteistoiminnallisessa yhteistyössä potilaan ja hänen läheistensä ja muiden ammattiryhmien kanssa. Sairaanhoitajakoulutusta tulee kehittää myös siten, että psykiatrisen sairaanhoitajan substanssiosaaminen syvenee. Tärkeää on myös mahdollistaa koulutus osana ammatinharjoittamista ja kehittää psykiatrista hoitoa tutkimuksen avulla. Tutkimustiedon hankkiminen ja käyttäminen hoitokäytännössä mahdollistaa oman asiantuntijuuden kehittymisen. Hoitajien ja muiden psykiatrisen hoidon asiantuntijoiden on tärkeä kehittää ja tulla tietoiseksi omasta tietoperustastaan ja tarkastella sitä kriittisesti.

Tutkimustietoa yhteistoiminnallisesta hoidosta ja psykiatrisen hoidon sisällöstä hoitotieteessä on olemassa ja tutkimustiedon käytäntöön viemiseen liittyy haasteita. Käytännön hoitotyössä ylihoitajat ja osastonhoitajat ovat avainasemassa uuden tiedon käytön mahdollistajina. Ylihoitajilta ja osastonhoitajilta tämä edellyttää ylemmän korkeakoulututkinnon suorittamista, jotta voi perustellusti analysoida tutkimustiedon hoitohenkilökunnan käytöön. Psykiatrisen hoitamisen kehittäminen edellyttää jatkuvaa tutkimukseen perustuvaa tarkastelua.

Narratiivinen lähestymistapa on hoitotieteessä nuorta. Yksi tärkeä jatkotutkimushaaste onkin narratiivisen tutkimusmetodiikan kehittäminen hoitotieteessä. Mielenkiintoista olisi kehittää narratiiviseen lähestymistapaan perustuvaa hoitamisen menetelmää psykiatriseen

hoitoon sekä hoitamaan oppimisen opetussuunnitelmaa. Narratiivista lähestymistapaa tulee kuitenkin kehittää yhteistyössä niiden tieteenalojen kanssa, joilla on narratiivista tutkimusperinnettä.

## 6 Lähteet

- Aaltonen J, Koffert T, Ahonen J & Lehtinen V (2000) Skitsofrenian tarpeenmukainen hoito on ryhmätyötä. Raportti Akuutin psykoosin integroitu hoito-projektin tuottamista hoitoperiaatteista. *Stakes raportteja 257*, Gummerus kirjapaino Oy, Saarijärvi.
- Aaltonen T (2002) Sanaton tarinaton? Afaatikon intersubjektiivinen maailma ja kertoen rakentuva identiteetti. *Minna Sillanpään säätiön julkaisuja A:5*, Vammalan Kirjapaino Oy, Helsinki.
- Abma TI (1998) Storytelling as Inquiry in a Mental Hospital. *Qualitative Health Research* 8: 821-838.
- Abma TI (2002) Emerging Narrative Forms of Knowledge Representations in the Health Sciences: Two Texts in a Postmodern Context. *Qualitative Health Research* 12: 5-27.
- Achté K (1992) Tukea antava psykoterapia. WSOY, Juva.
- Ala-aho S (2000) Omaisena psykiatrisen potilaan yhteistyöneuvottelussa. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen julkaisu, Oulun yliopisto.
- Alanen YO (1993) Skitsofrenia, syyt ja tarpeenmukainen hoito. WSOY, Juva.
- Alanen YO (1997) Schizophrenia -its origins and need-adapted treatment. Karnac Books, London.
- Alanen, YO, Lehtinen K, Räikköläinen V & Aaltonen J (1991) Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: Experiences and results of the Turku Project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 363-372.
- Alanen YO, Räikköläinen V, Laakso J, Rasimus R & Kaljonen A (1986) Towards Need-Specific Treatment of Schizophrenic Psychosis. Heidelberg, Berlin, Spinger-Verlag, New York.
- Alanen YO, Lehtinen V, Lehtinen K, Aaltonen J & Räikköläinen V (2000) The Finnish integrated model for early treatment of schizophrenia and related psychoses. In: Martindale B, Bateman A, Crowe M & Margison F (eds) *Psychosis. Psychological Approaches and their Effectiveness*. The Royal College of Psychiatrist, Bell & Bain Limited, Thornliebank, Glasgow, p 235- 265.
- Alasuutari P (1999) Laadullinen tutkimus 3. uudistettu painos. Osuuskunta Vastapaino, Tampere.
- Anderssen T (1991) The Reflecting Team. *Dialogues and Dialogues About the Dialogues*. W.W. Norton & Company, Inc., USA.
- Anttinen EE, Eloranta KT & Stenij P (1971) Kotisairaanhoidon mahdollisuudet skitsofreniaa sairastavien jälkihoidossa ja kuntoutuksessa. Vertailu tavanomaiseen jälkihitoon. *Kansaneläkelaitoksen julkaisuja A:8*, Helsinki.
- Anttinen EE (1978) Muut psykiatrisen avohoidon ja puoliavoimen hoidon muodot. In: Alanen YO, Anttinen EE, Eskola J, Miettinen R, Suominen J & Taipale V (toim.) *Sosiaalipsykiatria*. Tammi, Helsinki, p 428-433.
- Anttinen EE & Ojanen M (1984) Sopimusvuoren terapeutit yhteisöt. Näkemyksiä ja havaintoja kokemisen ja tutkimuksen perusteella. Sopimusvuori ry, Lege Artis Oy, Tampere.

- Appleton J & King L (1997) Constructivism: A Naturalistic Methodology for Nursing Inquiry. *Advances in Nursing Science* 20: 13-22.
- Arminen I (1998) *Therapeutic Interaction. A Study of Mutual Help in the Meetings of Alcoholics Anonymous*. The Finnish Foundation for Alcohol Studies Volume 45, Hakapaino, Oy, Helsinki.
- Arvilommi P (1998) *Narratiivinen terapia. Perheterapia 2*
- Backman K, Paasivaara L & Nikkonen M (2001) *Elämäkertatutkimus hoitotieteessä*. In: Janhonen S & Nikkonen M (toim.) *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. WSOY, Juva. p 238-264.
- Bakhtin M (1973) *Problems of Dostojevsky's Poetics*. Ardis, USA.
- Bakhtin MM (1986) *Speech Genres & Other Later Essays*: University of Texas Press, Austin.
- Bal M (1999) *Narratology Introduction to the Theory of Narrative, Second Edition*. University of Toronto Press, Toronto, Buffalo, London.
- Banks-Wallance J (1998) Emancipatory Potential of Storytelling in a Group. *Image Journal of Nursing Scholarship* 30: 17-21.
- Banks-Wallance J (1999) Storytelling as a Tool for Providing Holistic care to Women, *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing* 24: 1-9.
- Barker P, Jackson S & Stevenson C (1999) What are psychiatric nurses needed for? Developing theory of essential nursing practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 6:273-282.
- Barthes R (1967) *Elements of semiology and writing degree zero*, Beacon, Boston.
- Beckman HB & Frankel RM (1984) The effect of physician behavior on the collection of data. *Annals of Internal Medicine* 101: 692-696.
- Begley C (1996 a) Using triangulation in nursing research. *Journal of Advanced Nursing* 24: 122-128.
- Begley C (1996 b) Triangulation of communication skills in qualitative research instruments. *Journal of Advanced Nursing* 24:688-693.
- Benedetti G (1964) *Klinische Psychotherapie*. Verlag Hans Huber, Bern.
- Bensing JM & Kerssens JJ, van der Pasch M (1996) Patient-directed Gaze as a Tool for Discovering and Handling Psychosocial Problems in General Practice. *Journal of Nonverbal Behavior* 19: 223-242.
- Berman H (1999) Health is the Aftermath of Violence: a Critical Narrative Study of Children of War and Children of Battered Women. *Canadian Journal of Nursing Research* 31:89-109.
- Bertaux D (ed.) (1981) *Biography and Society. The Life History Approach in the Social Sciences*. Sage Studies in International Sociology 23.
- Birdwhistell RL (1973) *Kinesics and Context: Essays on Body-Motion Communication*. Harmondsworth Penguin Books.
- Bottorff JL (1994) Using videotaped recordings in qualitative research. In: Morse. J.M. (ed) *Critical Issues in Qualitative Research Methods*. Sage Publications, California, p 244-988.
- Bottorff JL & Morse JM (1994) Identifying Types of Attending: Patters of Nurses' Work. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship* 26: 53-60.
- Bottorff JL, Johnson JL, Irwin LG & Ratner PA (2000) Narratives of Smoking Relapse: the Stories of Postpartum Women. *Research in Nursing & Health* 23:126-34.
- Bowers R & Moore KN (1997) Bakhtin, Nursing Narratives, and Dialogical Consciousness. *Advanced in Nursing Science* 19: 70-77.
- Bradley S (1995) Methodological triangulation in healthcare research. *Nursing Researcher* 3: 81-89.
- Bray J (1999) An ethnographic study of psychiatric nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 6:297-305.
- Breeze JA & Repper J (1998) Struggling for control: the care experiences of 'difficult' patients in mental health services. *Journal of Advanced Nursing* 28: 1301-1311.
- Burgoon JK & Walther JB. (1990) Nonverbal expectancies and the consequences of violations. *Human Communication Research* 17: 232-265.
- Burgoon JK, Buller DB & Woodall WG. (1996) *Nonverbal communication. The unspoken dialogue*. Second edition. The McGraw-Hill Companies, Inc. USA.



- Burns N & Grove SK (1993) *The Practice of Nursing research. Conduct, Critique and Utilization.* W.B. Saunders Company, Philadelphia.
- Byrne M (2001) African American Women and Breast Cancer: Notes from a Study for narrative. *AORN Journal* 74: 739-740.
- Canter R (2001) Patients and medical power: Shifting power in favour of the patient may not be so straightforward. *British Medical Journal* 323: 414.
- Caris-Verhallen W, Kerksrta A & Bensing J (1999) Non-verbal behaviours in nurse-elderly patient communication. *Journal of Advanced Nursing* 29: 808-818.
- Chambers M, Ryan AA & Connor SL (2001) Exploring the Emotional Support Needs and Coping Strategies of Family Carers. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 8: 99-106.
- Charon R (2001a) Narrative Medicine- A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust. *JAMA* 286: 1897-1902.
- Charon R (2001b) Narrative Medicine Form, Function, and Ethics. *Annals of Internal Medicine* 134: 83-87.
- Chase SE (1995) Taking Narrative Seriously. Consequences for Method and Theory in Interview Studies. In: Josselson R & Lieblich A (ed.) *Interpreting Experience. The Narrative Study of Lives* Volume 3. Sage Publications, Thousand Oaks, London, New Delhi, p 1-26.
- Chelf JH, Deshler A, Hillma S & Durazo-Arvizu R (2000) Storytelling: A Strategy for Living and Coping with Cancer. *Cancer Nursing* 23: 1-5.
- Daves BG (2001) Storytelling is not just for children. *AORN Journal* 74:146-148.
- Denzin NK & Lincoln YS (1998) *Collecting and Interpreting Qualitative Materials.* Sage Publications, Inc., USA.
- Delaney KD (1997) Milieu Therapy: A Therapeutic Loophole. *Perspectives in Psychiatric Care* 33: 19-28.
- Diekelmann NL (1997) Creating a New Pedagogy for Nursing. *Journal of Nursing Education* 36: 147-148.
- Diekelmann NL (2001) Narrative Pedagogy: Heideggerial Hermeneutical Analyses of Lived Experienced of Students, Teachers, and Clinicians. *Advanced in Nursing Science* 23: 53-71.
- Dienstag JF (1997) 'Dancing in Chains' Narrative and Memory in Political Theory. Stanford University Press, Stanford, California.
- Dresser R (1999) Research involving persons with mental disabilities. A Review of Policy Issues and Proposals. In: *Research Involving Persons with Mental Disorders That may Affect Decisionmaking capacity.* Commissioned Papers by the National Bioethics Advisory Commission. Vol II:5-28.
- Draucker CB (1998) Narrative therapy for women who have lived with violence. *Archives of Psychiatric Nursing* 12:162-168.
- Dukewits P & Gowin L (1996) Creating Successful Collaborative Teams. *Journal of Staff Development* 17: 12-15.
- Eco U (1984) *Semiotics and the philosophy of language.* London Macmillan
- Elwyn G & Gwyn R (1999) Narrative Based Medicine. *Stories We Hear and Stories We Tell: Analysing Talk in Clinical Practice.* *British Medical Journal* 318:186-188.
- Engeström R (1999) Toiminnan moniäänisyys. Tutkimus lääkärinvastaanottojen keskusteluista. Helsinki University Press.
- Evans BC & Severtsen B (2001) Storytelling as Cultural Assessment. *Nursing Health Care Perspective* 22: 180-183.
- Feldman S (1999) Please don't call me "dear": older women's narratives of health care. *Nursing Inquiry* 6:269-276.
- Fox NJ (1992) *The social meaning of surgery.* Biddles Ltd, Guilford and King's Lynn, Great Britain.
- Friedrich RM, Lively S & Buckwalker KC (1999) Well Siblings Living With Schizophrenia. Impact of Associated Behaviors. *Journal of Psychosocial Nursing* 37:11-19.

- Fredriksson L (1999) Modes of Relating in a Caring Conversation: a research synthesis on presence, touch and listening. *Journal of Advanced Nursing* 30:1167-1176.
- Gardner JB (1998) Well-being in the families of people with schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry* 172: 540-541.
- Genette G (1980) *Narrative discourse*, Oxford Blackwell.
- Gifford R (1982) Projected interpersonal distance and orientation choices: Personality, sex, and social situation. *Social Psychology Quarterly*, 45:145-152.
- Greenhalgh T & Hurwitz B (1999) Narrative Based Medicine. Why Study Narrative? *British Medical Journal* 318 : 48-50.
- Goffman E (1963) *Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity*. Prentice-Hall, New York.
- Goffman E (1974) *Frame Analysis*. Harper & Row, New York.
- Graham IW (1999) Reflective Narrative and Dementia Care. *Journal of Clinical Nursing* 8: 675-683.
- Greimas AJ (1970) *Sign, language, culture*. The Hague Mouton.
- Gubrium JF & Holstein JA (1997) *The New Language of Qualitative Method*. Oxford University Press, Inc.
- Haarakangas K (1997) Hoitokokouksen äänet. *Jyväskylä Studies, Psychology and Social Research* 130, Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.
- Haarakangas K (2002) Keroputaan malli: avoimen dialogin avulla, perheen ja verkoston kanssa. Haarakangas K (toim.) *Mielisairaala muuttuu*. Suomen Kuntaliitto, Helsinki, p 88-96.
- Hakulinen A (1997) Johdanto. In: Tainio L (toim.) *Keskusteluanalyysin perusteet*. Vastapaino. Tampere, p 3-10.
- Hall BA (1996) The Psychiatric Model: A Critical Analysis of Its Undermining Effects on Nursing in Chronic mental Illness. *Advanced Nursing Science* 18:16-26.
- Harrigan J Oxman T & Rosenthal R (1985) Rapport expressed through nonverbal behavior. *Journal of Nonverbal Behavior* 9:95-110.
- Hatch JA & Wisniewski R (1995) Life History and narrative: Questions, Issues, and Exemplary works. In: Hatch JA, Wisniewski R (eds.) *Life History and narrative*. Falmer, London, p113-133.
- Heath C (1986) *Body Movement and Speech in Medical Interaction*. Cambridge University Press, USA.
- Heikkinen HLT (2000) Tarinan mahti -Narratiivisuuden teemoja ja muunnelmia. *Tiedepolitiikka* 4: 47-58.
- Heikkinen HLT, Huttunen R & Kakkori L (1999) ”Ja tämä tarina on tosi...” Narratiivisen totuuden ongelmasta. *Tiedepolitiikka* 4:39-52.
- Heikkinen HLT (2001) Toimintatutkimus, tarinat ja opettajaksi tulemisen taito. Narratiivisen identiteettityön kehittäminen opettajankoulutuksessa toimintatutkimuksen avulla. Jyväskylä University Printing House, Jyväskylä.
- Heikkinen HLT. (2002) Whatever is narrative research? In: Huttunen R, Heikkinen NLT & Syrjälä L *Narrative Research. Voices of Teachers and Philosophers*. Kopijyvä Ltd, Jyväskylä. p13-28.
- Heinzman M, Leathers DG, Parrot RL & Cairns, IIIAB (1993) Nonverbal Rapport-building Behaviours' Effects on Perceptions of a Supervisor. *Management Communication Quarterly* 7:181-208.
- Hinojosa J, Bedell G, Buchholz ES, Cdarles J, Shigaki IS & Bicchieri SM (2001) Team Collaboration: A Case Study of an early Intervention Team. *Qualitative Health Research* 11: 206-220.
- Henneman EA, Lee JL & Cohen JI (1995) Collaboration: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 21:103-109.
- Holma J (1999) The Search for a narrative-Investigating Acute Psychosis and the Need-Adapted Treatment Model from Narrative Viewpoint. Jyväskylä University Printing House, Jyväskylä.
- Holma J & Aaltonen J (1995) The self-narrative and acute psychosis. *Contemporary Family Therapy*, 17:307-316.

- Holma J & Aaltonen J (1997) The sense of agency and acute psychosis. *Contemporary Family Therapy*, 19: 463-477.
- Holma J & Aaltonen J (1998) Narrative understanding in acute psychosis. *Contemporary Family Therapy* 20:253-263.
- Holmes J (1998) Psychodynamics, Narrative and "Intentional Causality". *The British Journal of Psychiatry* 173:279-280.
- Hummelvoll JK & Severinsson EI (2001) Imperative Ideals and the Strenuous Reality: Focusing on Acute Psychiatry. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 8:17-24.
- Hurwitz B (2000) Narrative and the Practice of Medicine. *The Lancet* 356:2086-2089.
- Hydén L-C (1997) Illness and narrative. *Sociology of Health and Illness* 19:48-69.
- Hyvärinen M (1998a) Lukemisen neljä käännettä. In: Hyvärinen M, Peltonen E & Vilkkio A (toim.) *Liikkuvat erot. Sukupuoli elämäkertatutkimuksessa*. Vastapaino, Tammer-Paino Oy, Tampere. p 311-336.
- Hyvärinen M. (1998b) Thick and Thin Narratives: Thickness of Description, Expectation, and causality. *Cultural Studies: A Research Volume* 3: 149-174.
- Hänninen V (1996) Tarinallisuus ja terveystutkimus. *Sosiaalilääketieteen aikakauslehti* 2:109-118.
- Hänninen V (1999) Sisäinen tarina, elämä ja muutos. *Acta Universitatis Tamperensis* 696, Vammalan kirjapaino Oy, Vammala.
- Isohanni M (1977) Experiences in Relatives Meeting in a Therapeutic Community. *Psychiatria Fennica*, 171-180.
- Isohanni M (1983) The Psychiatric Ward as a Therapeutic Community. *Acta Universitatis Ouluensis, Medica* 111.
- Isohanni M & Moring J (1993) Muuttuva psykiatrin sairaanhoito. *Duodecim* 109: 1887-1889.
- Janhonen S (1992) The Core of Nursing as Seen by the Nurse Teachers in Finland, Norway and Sweden. *Acta Universitatis Ouluensis, Medica* 245, Oulu.
- Janhonen S (1993) Finnish nurses instructor's view of the core of nursing. *International Journal of Nursing Studies* 30 :157-169.
- Janhonen S (1999) Potilaslähtöinen hoito. In: Janhonen S, Lepola I, Nikkonen M & Toljamo M (toim.) *Suomalainen hoitotiede uudelle vuositukselle*. Professori Maija Hentisen juhla-kirja. Oulun yliopiston hoitotieteen ja terveyshallinnon laitoksen julkaisuja 2. Oulun yliopistopaino, Oulu, p 27-34.
- Janhonen S & Sarja A (2000) A data analysis method for evaluation dialogic learning. *Nurse Education Today* 20:106-115.
- Joiner R (1993) Resolution of inter-individual conflicts: a mechanism of learning in joint planning: In: Easterbrook, S. (ed) *CSCW: Cooperation or conflict?* London: Springer-Verlag, p 107-121.
- Joiner R (1995) The negotiation of dialogue focus: an investigation of dialogue processes in joint planning in a computer based task. In: O'Malley (sd) *Computer supported collaborative learning*. Berlin: Springer-Verlag. p 203-222.
- Jokinen T, Juhila K & Suoninen E (1993) Diskurssianalyysin aakkoset. Vastapaino Oy, Tampere.
- Jones M (1953) *The Therapeutic Community: a New Treatment Method in Psychiatry*. Basic Books, New York.
- Jones M (1968) *Beyond the Therapeutic Community*, Yale University Press, London.
- Kaasila R (2000) "Eläydyin oppilaiden asemaan" Luokanopettajaksi opiskelevien kouluikäisten muistikuvien merkitys matematiikkaa koskevien käsitysten ja opetuskäytäntöjen muotoutumisessa. *Acta Universitatis Lapponensis* 32. Lapin yliopistopaino, Rovaniemi.
- Kaipio K (1977) Antakaa meille mahdollisuus. Kaipio ja Gummerus, Jyväskylä.
- Kaipio K & Murto K (1980) *Toimiva yhteisö*. Gummerus, Jyväskylä.
- KERTONET (2000) Narratiivisen tutkimuksen verkoston hakemus Suomen akatemialle. Syksy 2000.

- Keränen J (1992) Avohoitoon ja sairaalahoitoon valikoituminen perhekeskeisessä psykiatrisessa hoitojärjestelmässä. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research*, 93.
- Kimchi J (1991) Triangulation: operational definitions. *Nursing research* 40:364-366.
- Kirkpatrick M, Ford S & Castelleo B (1997) Storytelling: An Approach to Client-Centred care. *Nurse Educator* 22: 38-40.
- Kleinman A (1985) *Culture and depression : studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder*. Berkeley, Calif. U of California Press.
- Komulainen K (1998). Naisten naissuhteet. Kerrottu ja puhuteltu sukupuoli itsenäistymiskertomuksissa. In: Hyvärinen M, Peltonen E & Vilkkio A 1998; *Liikkuvat erot. Sukupuoli elämäkertatutkimuksessa*. Tammer-Paino Oy, Tampere, p 153-187.
- Koivisto K, Janhonen S, Latvala E & Väisänen L (2001) Applying Ethical Guidelines in Nursing Research on People with Mental Illness. *Nursing Ethics* 8: 328-339.
- Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta. 9.4.1999/488, Helsinki.
- LaTorre MA (2000) Integrative Perspectives. *Touch and Psychotherapy. Perspectives in Psychiatric Care* 36:105-106.
- Latvala E (1998) Potilaslähtöinen psykiatrinen hoito laitospäristössä. *Acta Universitatis Ouluensis Medica D* 490.
- Latvala E & Janhonen S (1998) Helping methods used by nurses in a psychiatric hospital environment. *International Journal of Nursing Studies*. 35:346-352.
- Latvala E, Janhonen S & Moring J (2000) Passive Patients: A Challenge to Psychiatric Nurses. *Perspectives in Psychiatric Care* 36:24-32.
- Laurer J (1999) Narrative base Medicine: A Narrative Approach to Mental Health in General Practice. *British Medical Journal* 318 :117-119.
- Lehna C (1999) Storytelling in Practice: Part Two -Professional Storytelling. *Journal of Hospice and Palliative Nursing* 1:27-30.
- Lehtinen K (1994) Need Adapted Treatment of Schizophrenia: Family Interventions. *British Journal of Psychiatry* 164 (suppl.23): 89-102.
- Lehtinen V, Aaltonen J, Koffert V, Rökköläinen E & Syvälahti E (2000) Two-year outcome in first-episode psychosis treated according to an integrated model. Is immediate neuroleptisation always needed? *EUR psychiatry* 15: 312-320.
- Lepola I (1997) Kolme Vuotta Muutoksessa Mukana: Toimintatutkimus Psykiatrisessa Vastaanottoyksikössä. *Acta Universitatis Ouluensis Medica D* 436.
- Lewis RJ, Derlega VJ, Nichols B & Shanlar A (1995) Sex Differences in Observers' reactions to a nurse's use of touch. *Journal of nonverbal Behavior* 19:101-113.
- Lieblich A, Tuval-Mashiach R & Zilber T (1998) *Narrative Research. Reading, Analysis and Interpretation*. Sage Publications, USA.
- Lincoln YS & Cuba E (1985) *Naturalistic Inquiry*. Sage Publications, Beverly Hills, California.
- Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, Ferrier K & Payne S (2001) Preferences of patients for centred approach to consultation in Primary care: observational study. *British Medical Journal* 322: 468-472.
- Loukissa DA (1995) Family burden in chronic mental illness: a review of research studies. *Journal of Advanced Nursing* 2: 248-255.
- Lowry L, Burns CM, Smith A & Jacobson H (2000) Compete or Complement? An Interdisciplinary Approach to Training Health Professionals. *Nursing and Health Care Perspectives* 21: 76-80.
- Lukes S (1974) *Power: A Radical View*. Macmillan, London.
- Lukes S (1987) Introduction. In: Lukes, S. (ed) *Power*. Basil Blackwell, Oxford, p 1-18.
- Lukkarinen H (1999) Sepelvaltimotautia sairastavan elämänlaatu ja elämäntilanne. *Acta Universitatis Ouluensis Medica D* 562

- Luukka M-R (2000) Näkökulma luo kohteen - diskurssintutkimuksen taustaoletukset. In Sajavaara, K. & Piirainen-March A. (toim.) *Kieli, diskurssi, yhteisö. Soveltavan kielentutkimuksen keskus. Jyväskylän yliopisto.* p133-160.
- Lääkintöhallitus (1988) Skitsofreniaprojekti 1981-1987. Skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallisen kehittämissohjelman loppuraportti Lääkintöhallituksen opassarja nro 4. Valtion painatuskeskus, Helsinki.
- MacIntyre AC (1981) *After virtue : a study in moral theory.* Notre Dame, Ind. University of Notre Dame Press.
- Malloch K, Sluyter D & Moore N (2000) Relationship-centred Care: Achieving True Value in Healthcare. *Journal of Nursing Administration* 30:379-385.
- Marsella A & Snyder K (1981) Stress, Social Supports, and Schizophrenic Disorders: Toward an Interactional Model. *Schizophrenia Bulletin* 7:152-163.
- Mays G.D & Lund CH (1999) Male Caregivers of Mentally Ill Relatives. *Perspectives in Psychiatric care* 35: 19-28.
- McCance T, McKenna HP & Boore J (2001) Exploring Caring Using Narrative Methodology: an Analysis of the Approach. *Journal of Advanced Nursing* 33:350-356.
- McLeod J & Lynch G (2000) 'This is our life': Strong Evaluation in Psychotherapy Narrative. *The European Journal of Psychotherapy, Counselling & Health* 3:389-406.
- Mishler EG 1984. *The discourse of medicine: dialectics of medical interviews.* Norwood N. J. Ablex cop.
- Mishler EG (1986) *Research Interviewing. Context and narrative.* Harvard University Press.
- Mielenterveyslaki. Laki n:o 116. 1.1. 1991
- Moore R (2001) African-American Women and Breast Cancer: Notes from Study of Narrative. *Cancer Nursing* 24:35-42.
- Motyka M, Motyka H & Wsolek R (1997) Elements of psychological support in nursing. *Journal of Advanced Nursing* 26: 909-912.
- Murto K (1977) *Yhteisöhoidon suuntauksia.* Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Mönkkönen K (1996) Asiantuntijasta asiantutkijaksi. In: Metteri A (toim.) *Moniammatillisuus ja sosiaalisuus*, Edita, Helsinki. p 51-66.
- Mönkkönen K (2002) Dialogisuus kommunikaationa ja suhteena. Vastaamisen, vallan ja vastuun merkitys sosiaalialan asiakastyön vuorovaikutuksessa. *Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet* 94. Kuopion yliopisto painatuskeskus, Kuopio.
- Neilson P & Brennan W (2001) The use of special observations: an audit within a psychiatric unit. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 8:147-155.
- Nieminen P (1996) Therapeutic community research and statistical data analysis. *Acta Universitatis Ouluensis Medica D* 360.
- Nikkonen A (1996) Terveystieteellinen näkökulma psykiatrisiin. Lähtökohtia Suomen psykiatrisen käytännön sosiologiselle tutkimukselle. *Lapin yliopistopaino, Rovaniemi.*
- Nikkonen M (1994) Caring from the point of view of a Finnish mental health nurse: a life history approach. *Journal of Advanced Nursing* 6: 1185-1195.
- Nikkonen M (1996) Piiriltä Siviiliin. Etnografinen tutkimus hoitamisesta psykiatristen pitkäaikaispotilaiden avohoitovalmennuksessa ja valmennettujen potilaiden elämäntavasta mielisairaalan ulkopuolella. *Acta Universitatis Ouluensis Medica D* 381.
- Nojonen K (1990) Psykiatrisen pitkäaikaispotilaan kuntoutuminen. *Acta Universitatis Tampensis ser A* 283.
- Ojanen M, Anttinen EE, Jokinen R, Kulju A, Leppänen L, Salmijärvi L & Valmari P (1995) *Sopimusvuoren kaksi vuosikymmentä.* Kirjatoimi, Tampere.
- Olofsson B, Gilje F, Jacobsson L & Norberg T (1998) A. Nurses' narratives about using coercion in psychiatric care. *Journal of Advanced Nursing* 28: 45-53.

- Papadopoulos RK & Byng-Hall J (ed) (1977) *Multiple Voices. Narrative in Systemic Family Psychotherapy*. Redwood Books Ltd, Trowbridge, Great Britain.
- Parker BA (1993) Living with Mental Illness: The Family as Caregiver. *Journal of Psychosocial Nursing* 31:19-21.
- Parsons T (1987) Power and the Social System. In Lukes, S. (ed) *Power*. Basil Blackwell, Oxford. p 94-140.
- Patton M (1990) *Qualitative Evaluation and Research Methods*. Sage Publications, London.
- Peräkylä A (1990) Kuoleman monet kasvot. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Pohjola K (1999) Naisen salaiset maailmat. Jyväskylän yliopistopaino, Jyväskylä.
- Poirier S & Ayres L (1997) Focus on Qualitative Methods. *Endings, Secrets and Silences: Overreading in Narrative Inquiry. Research in Nursing and Health* 20: 551-557.
- Polkinghorne DE. (1995) Narrative Configuration in Qualitative Analysis. In *Life History and Narrative* In: Hatch JA & Wisniewski R (ed) The Falmer Press, London. p 5-23.
- Pyörälä E (2000) Interaction in Dietary Counseling of Diabetic Children and adolescents. *Kansanterveystieteen julkaisuja M 173:2000*. University Press, Helsinki.
- Pyörälä E (2001) Keskusteluanalyttisen vuorovaikutustutkimuksen soveltaminen lääkärikoulutuksessa. In: Sorjonen M-L, Peräkylä A & Eskola K (toim.) *Keskustelu lääkärin vastaanotolla*. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä, p 183-196.
- Raevaara L (2000) Potilaan diagnoosiehdotukset lääkärin vastaanotolla. *Keskusteluanalyttinen tutkimus potilaan institutionaalisista tehtävistä*. Suomalainen kirjallisuuden seura, Helsinki.
- Ramsey CA (2000) Storytelling can be a valuable teaching aid. *AOR Journal* 72 :497-499.
- Rasinkangas A & Aaltonen J (2001) Hoidon integraation toteutuminen akuutin psykoosin perhekeskeisessä hoitoprosessissa. *Keski-Suomen Sairaanhoidopiirin kuntayhtymän julkaisuja* 95/2001.
- Read N (2001) Integrated Medicine; Finding the Time is Most Important. *British medical Journal* 322:1484-1485.
- Reinhard SC (1994) Living with the Mental Illness: Effects of Professional Support and Personal Control on Caregivers' Burden. *Research in Nursing & Health* 2: 79-88.
- Ress C (2001) The Use of Between-methods Triangulation in Cancer Nursing Research: A case Study Examination Information Sources for Partners of Women with Breast Cancer. *Cancer Nursing* 24:104-111.
- Richards TJ & Richards L (1994) Using computers in qualitative research. In: Denzin NK & Lincoln YS (ed) *Handbook of qualitative research*. Sage Publications, London, p 445-462.
- Ricoeur P (1984) *Time and narrative*. Vol 1. Chicago: The University of Chicago Press.
- Riikonen E (1992) Auttamistyön ongelmakäsitykset ja haastattelukäytännöt. *Ongelmakeskeisestä kompetenssikieleen*. Kuntoutussäätiö, Yliopistopaino, Helsinki.
- Rivadeneira R, Elderkin-Thompson V, Silver R & Waitzkin H (2000) Patient Centredness in Medical Encounters Requiring an Interpreter. *The American Journal of Medicine* 108:470-474.
- Robertson WJ (1994). The Concept of GUILT. *Journal of Psychosocial Nursing* 32: 15-18.
- Rose L E (1997) Caring for Caregivers: Perceptions of Social Support. *Journal of Psychosocial Nursing* 35:17-24.
- Rosenbaum P, King S, Law M, King K & Evans J (1998) Family-Centred Service: A Conceptual Framework and research review. *Physical and Occupational Therapy In Pediatrics* 18: 1-20.
- Routasalo P (1996) Non-necessary touch in the nursing care of elderly people. *Journal of Advanced Nursing* 23: 904-911.
- Routasalo P (1999) Physical touch in nursing studies: a literature review. *Journal of Advanced Nursing* 30: 843-850.
- Ruusuvuori J (2000) Control in medical interaction. Practices of giving and receiving the reason for the visit in primary health care. *Acta Electronica Universitatis Tampereensis* ,16.
- Saleebey D (1994) Culture, Theory, and Narrative: The Intersection of Meanings in Practice. *Social Work* 39: 352-359.

- Saarento O (1996) Factors related to treated incidence in psychiatric services and utilization of psychiatric inpatient care. A Nordic comparative study on sectorized psychiatry. *Acta Universitatis Ouluensis Medica D365*.
- Saari M (2002) Psykoosityöryhmä vaikeiden mielenterveyshäiriöiden hoidossa Kainuussa vuosina 1992-1996. *Acta Universitatis Ouluensis Medica D 665*.
- Saarnio P (1997) Sosiaalityön vuorovaikutuksen tutkimisesta. *Perheterapia* 4:34 - 39.
- Saks E R (1999) Competency to Decide on Treatment and Research. In *Research Involving Persons with Mental Disorders That may Affect Decisionmaking Capacity*. Commissioned Papers by the National Bioethics Advisory Commission. Vol II: 59-78.
- Sandelowsky M (1991) Telling Stories: Narrative Approaches in Qualitative Research. *Journal of Nursing Scholarship* 23: 161-166.
- Sarja A (1995) Dialogioppiminen opetuksen ohjaustilanteissa. *Kasvatus* 26: 311-321.
- Sarja A (2000) Dialogioppiminen pienryhmässä. Opettajaksi opiskelevien harjoitusprosessi terveydenhuollon opettajakoulutuksessa. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research*, 160.
- Sarja A & Janhonen S (1999) Dialogioppimisen analyysi hoitotyön opetus- ja oppimisprosessin suunnittelussa. *Hoitotiede* 11:53 - 62.
- Seikkula J (1991) Perheen ja sairaalaan rajasysteemi potilaan sosiaalisessa verkostossa. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research*, 80.
- Selvini MP, Boscolo L, Cecchin G & Prata G (1980) Hypothesizing-Circularity-Neutrality; Three Guidelines for the Conductor of the Session. *Family Process* 19: 3-12.
- Shaywitz D, Martin J & Ausiello D (2000) Patient-Oriented Research: Principles and new Approaches to Training. *The American Journal of Medicine* 109: 136-140.
- Shih F-J (1998) Triangulation in nursing research: issues of conceptual clarity and purpose. *Journal of Advanced Nursing* 28: 631-641.
- Silverman D (1993) *Interpreting Qualitative Data: Methods for Analyzing Talk, Text and Interaction*, Sage, London.
- Silverman D (2000) *Doing Qualitative Research. A Practical Handbook*. Sage Publications, The Cromwell Press Ltd, Great Britain.
- Speedy J (2000) The 'Storyed' Helper: Narrative Ideas and Practices in Counselling and Psychotherapy. *The European Journal of Psychotherapy, Counselling & Health* 3: 361-374.
- Sullivan P (1998 a) Therapeutic Interaction and Mental Health Nursing. *Nursing Standard* 12:39-42.
- Sullivan P (1998 b) Care and control in mental health nursing. *Nursing Standard* 13: 42-45.
- Swenson MM & Sharon LS (1999) Toward a Narrative-Centered Curriculum for Nurse Practitioners. *Journal of Nursing Education* 39: 109-115.
- Sytema S (1994) *Patterns of mental Health Care, Methods and International Comparative Research*. Thesis. Riks Universiteit Groningen, Groningen.
- Szmukler GI & Bloch S (1997) Family involvement in the care of people with psychoses. An ethnical argument. *The British Journal of Psychiatry* 171 : 401-405.
- Tilley S (1999) Altschul's legacy in mediating British and American psychiatric nursing discourses: common sense and the 'absence' of the accountable practitioner. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 6: 283-295.
- Todorov T (1980) *The fantastic : a structural approach to a literary genre*. Ithaca Cornell University Press
- Tuori T (1994) Skitsofrenian hoito kannattaa. Raportti skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallisen kehittämissuunnitelman 10-vuotisarvioinnista. *Stakes raportteja* 143, Helsinki.
- Tähkä V (1970) *Psykoterapian perusteet*. WSOY, Porvoo.
- Vanhanen L (2000) Terveystieteiden opiskelijoiden suuntautuminen hoitamiseen. *Acta Universitatis Ouluensis Medica D 579*.

- Veikkolan Parantola 60 vuotta (1989) Orion, Helsinki, 20p.
- Vrij A, Edward K, Roberts KP & Bull R (2000) Detecting Deceit via Analysis of Verbal and Nonverbal Behavior. *Journal of Nonverbal Behavior* 24: 239-263.
- Vuokila-Oikkonen P, Janhonen S & Nikkonen M (2001) Kertomukset hoitotieteellisen tiedon tuottamisessa: narratiivinen lähestymistapa. In: Janhonen S & Nikkonen M (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY, Juva, p 81-115.
- Vuorio KA, Räkköläinen V, Syvälahti E, Hietala J, Aaltonen J, Katajamäki J & Lehtinen V (1993 a) Akuutin psykoosin integroitu hoito I. Alustavia havaintoja skitsofreniaryhmän psykoosien hoidosta ilman neuroleptilääkitystä Kupittaa sairaalassa 1989-1992. *Suomen Lääkärilehti* 6:466-471.
- Vuorio KA, Räkköläinen V, Syvälahti E, Hietala J, Aaltonen J, Katajamäki J & Lehtinen V (1993 b) Akuutin psykoosin integroitu hoito II. Uusien skitsofreniaryhmän psykoositapausten ennuste ja hoitoa ohjaavat kliiniset tekijät. *Suomen Lääkärilehti* 7: 582-588.
- Vuorio KA, Räkköläinen V, Syvälahti E, Hietala J, Aaltonen J, Katajamäki J & Lehtinen V (1993 c) Akuutin psykoosin integroitu hoito III. Bentsodiatsepiinien käyttö neuroleptilääkityksen asemasta tai ohella akuutin psykoosin hoidossa. *Suomen Lääkärilehti* 8:689-695.
- Välimäki M, Leino-Kilpi H & Helenius H (1996) Self-determination in Clinical practice: the Psychiatric patient's point of View. *Nursing Ethics* 3: 329-344.
- Wahlberg K (1998) Skitsofreniapotilaan, hänen omaisensa ja lääkärin kohtaaminen terveydenhuollossa. *Suomen Lääkärilehti* 53 :295-300.
- Wahlström J (1992) Merkitysten muodostuminen ja muuttuminen perheterapeutisessa keskustelussa. Diskurssianalyttinen tutkimus. *Jyväskylän Studies in Education, Psychology and Social Research* n:o 94. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.
- Webb C, Pfeiffer M, Mueser KT, Gladis M, Degirolamo J & Levinson DF (1998) Burden and well-being of caregivers for the severely mentally ill: the role of coping style and social support. *Schizophrenia research*, 34:169-180.
- Vehviläinen-Julkunen K (1997) Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. In: Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY, Juva, p 26-34.
- Weingarten K (1998) The Small and the Ordinariness: The Daily Practise of a Postmodern Narrative Therapy. *Family Process* 37: 3-15
- Williams G (1984) The Genesis of Chronic Illness: Narrative re-construction. *Sociology of Health and Illness* 6 :175-199.
- Williams GC, Frankel RM, Campbell TL & Deci EL (2000) Research on relationship-Centred Care and Healthcare Outcomes from the Rochester Biopsychosocial Program: A Self-determination theory Integration. *Families, Systems & Health* 18: 79-90.
- Wiltshire J (1995) Telling a story, writing a narrative: terminology in health care. *Nursing Inquiry* 2:75-82.
- Wrong DH (1980) Power, its forms, bases, and uses. Basil Blackwell Publisher Limited, USA.
- Yang K (1998) Methodological triangulation: reconciliation of Methods in Nursing Research. *Nursing Research* 6: 436-442.