

# HAHMOTON HÄPEÄ JA KUULOKOJEKUNTOUTUS

## Johdanto

Kuulovaurioiden hoidon pääpaino on kuntoutuksessa, sillä lääkkein tai leikkauksin hoidettavia kuulovaurioita on hyvin vähän. Kuulon kuntoutus on moniammatillista tiimityötä. Suomessa kuulo-ongelmia hoitavat, tutkivat ja kuntouttavat erikoislääkäreiden lisäksi muun muassa audionomit (aikaisemmin kuulontutkija) ja korvakappaleiden valmistajat. Kuulon kuntoutuksen käytännöt vaihtelevat. Erityisesti huonokuuloisten aikuisten kuntoutukseen on Tapani Jauhiaisen (2010) mukaan panostettu Suomessa liian vähän. Kuntoutus ei saisi hänen mukaansa rajoittua vain apuvälineiden jakeluun vaan esimerkiksi kuulokojeiden elinikäisen käytön edellytyksiä tulisi tutkia ja kehittää. Tässä artikkelissa tarkastelemme häpeän tunteen esiintymistä tilanteessa, jossa ensimmäisen kuulokojeensa saava työikäinen asiakas kohtaa ensimmäisen keran audionomin. Kuvaamme, miten häpeästä asiakas ja audionomi puhuvat häpeästä ja miten sitä käsitellään kuntoutustapaamisissa.

Huonokuuloiset aikuiset ovat kuulon kuntoutuksen asiakaskunnassa suurin ryhmä (Ahti 2011, 142). Huonommin kuulevan korvan perusteella 55–65-vuotiaista miehistä kuulovikaisia on 53,8 prosenttia ja naisista 32,8 prosenttia (Hannula 2011). Sosioekonominen tarve huonokuuloisuuden hoitamiseen on merkittävä, sillä hoitamatta jäävien kuulovikojen on arvioitu maksavan EU:lle 168 miljardia euroa vuosittain, ja koko Euroopassa luvun arvioidaan varhaisen työstä eläkkeelle jäämisen vuoksi kasvavan 213 miljardiin. Länsimaissa yleisin, niin sanottu sensorineuraalinen kuu-

lon alenema vaivaa joka kolmatta yli 40-vuotiaista. Se on pysyvä kuulon alenema, ja sitä voidaan helpottaa vain kuulokojeella. Vaikka kuulon alenema haittaa sosiaalista kanssakäymistä ja aiheuttaa ahdistusta, ainoastaan noin 15 prosenttia kojetta tarvitsevista suomalaisista hankkii ja sitä käyttää. (Egbert & Deppermann 2012.)

Kuulokojeen hankkimiseen ja käyttämiseen on monia esteitä. Kuulovian aikuisiällä saavat joutuvat opettelemaan kojeen käytön ja hyväksymään riippuvuutensa siihen (Ahti 2011, 144.) Lievän tai keskivaikean kuulovaurion saaneen ihmisen on tavallisesti vaikea tunnistaa tai myöntää oma kuulovika. Huonokuuloisuus myös etenee hitaasti, jolloin sopeutuminen kulloiseenkin vaiheeseen estää ongelman tunnistamista. Tärkeitä kuulokojeen käytön esteitä ovatkin ennakkoluulot ja häpeä sekä vammaiseksi tai vanhukseksi leimautumisen pelko (ks. Salonen 2013). Esimerkiksi tutkimuksessa, jossa selvitettiin 2063 kuulokojetta käyttämättömän mutta sitä tarvitsevan henkilön perusteluja kojeen käyttämättä jättämiselle, selvisi, että kolmanneksi merkittävin syy (44 prosenttia vastaajista) oli pelko leimautumisesta tai kojeen käyttöön liittyvät häpeän tunteet (Kochkin 1993 ref. Mourtou & Meis 2012).

Kuulon alenema on vamma, joka muuttaa ihmisen suhdetta ääneen ja sen myötä sekä fyysiseen että sosiaaliseen ympäristöön. Vamman haitat tulevat selvimmän esiin sosiaalisessa vuorovaikutuksessa, johon myös tunteet kytkeytyvät (Danermark 1998). Tutkimusta kuulon aleneman vaikutuksesta vuoro-

vaikutuskäytänteisiin on tehty jonkin verran (esim. Skelt 2007, Lind 2009). Samoin on tutkittu emootioiden ilmenemistä ammatillisissa vuorovaikutustilanteissa (esim. Ruusuvoori 2005). Huonokuuloisuuteen liittyvän tutkimuksen painopiste ei kuitenkaan ole ollut kuulovian ja kuulokojeen käytön sosiaalisissa vaikutuksissa (Egbert & Deppermann 2012).

Tässä artikkelissa kuvaamme, miten häpeä esiintyy audionomin ja asiakkaan ensitapaamisissa käydyissä keskusteluissa. Sosiaalitehtellisestä näkökulmasta on mahdollista tarkastella, miten tilanteen osapuolet keskustelvat kuulokojeen saamiseen mahdollisesti liittyvästä häpeän tunteesta. Artikkelin aloittaa häpeään liittyvien teorioiden lyhyt esittely ja empiirisen tutkimuksen raportointi. Erityisesti tarkastelemme huonokuuloisuuden ja häpeän suhdetta aikaisemman tutkimustiedon valossa. Sen jälkeen esittelemme artikkelia varten analysoidun aineiston, joka on osa Kommunikointi kuulokojeen avulla -tutkimushankkeen aineistoa. Keskitymme tässä artikkelissa tarkastelemaan ainoastaan ensitapaamisia audionomin kanssa. Tapaamiset ovat osa videoitua vuorovaikutusaineistoa. Omassa alaluvussa esittelemme menetelmälliset ratkaisumme ja aineiston analysoinnin tavan. Johtopäätöksissä vedämme yhteen aineistosta avautuvaa kuvaa häpeästä ja sen käsittelemisestä osana kuulokojekuntoutusta erityisesti ensitapaamisilla audionomin kanssa. Pohdimme myös, miten tuloksia voidaan hyödyntää kuulon kuntoutuksen käytäntöihin.

## **Häpeä, huonokuuloisuus ja kuulokoje**

Georg Simmel on ensimmäisiä sosiaalitieteilijöitä, joka systemaattisella tavalla kiinnitti huomiota tunteisiin ja niiden sosiokulttuuriseen perustaan (Gerhards 1986). Häpeän tunteen tulkinnessaan Simmel (1901) huomautti, että häpeä on vuorovaikutuksen seurauksena syntyvä tunne. Kun häpeän tunne on syntynyt, sillä on vaikutusta sosiaaliseen vuorovaikutukseen. Tunteet eivät näin ollen ole vain yksilön sisäisten prosessien ilmausta, vaan

kommunikaation muotoja vuorovaikutussuhteissa ja keskinäisissä riippuvuussuhteissa.

Simmel korosti, että häpeän laukaisevat yksilön ristiriitaisina pitämät seikat oman identiteetin ja ympäristön välillä. Seikat vaihtelevat yksilöllisesti, mutta niillä on Simmelin (ref. Gerhards 1986, 905) mukaan yhteinen perusmalli: Häpeä syntyy, kun ihminen tuntee, että hänen henkilökohtainen identiteettinsä on muiden huomion kohteena ja sitä määrittellään jonkin normin kautta siten, että hän kokee minuutensa arvon laskevan. Simmelin 1900-luvun alussa esittämä määritelmä kuvaa edelleen osuvalla tavalla häpeän tunnetta ja sen sosiaalista mekanismia.

Nykyään häpeä nimetään yhdeksi niin sanotuksi moraalitunteeksi. Moraalitunteet ovat kulttuurin ylläpitämien moraalistandardien ja yksilöllisen moraalikäyttäytymisen välinen linkki. Häpeä syntyy ristiriidasta moraalinormien ja oman käyttäytymisen välillä. Se on siten määritelmällisesti yksi tunteista, jotka liittyvät itsen arviointiin ja minuuden tiedostamiseen. Häpeä synnyttää minuutta koskevan refleksiivisen suhteen ja enemmän tai vähemmän tietoisesti itsen ja minuuden arvioinnin. Tunteiden virittymisen välttämättömänä ehtona ei ole toteutunut toiminta, vaan näitä tunteita voidaan kokea myös ajattelemalla jotain jo tapahtunutta tai tulevaa toimintaa. (Tangney, Stuewig & Mashek 2007.)

Sosiaalinen häpeä voi vaihdella laajuudeltaan ja intensiteetiltään henkilön identiteettiä pilaavasta sosiaalisesta stigmasta vähemmän raskaisiin ja tilannekohtaisiin hämmennyksen tai kiusaantuneisuuden kokemuksiin. Sosiaalinen häpeä on yksilöivä tunne. Siihen sisältyy tunne, että henkilö joutuu vasten tahtiaan kanssaihmiesten huomion ja negatiivisen arvioinnin kohteeksi. Sosiaalista häpeää tunteva ihminen joutuu erilleen yhteisöstään, koska häpeää aiheuttava asia tekee hänestä muusta ryhmästä poikkeavan yksilön.

Häpeä kohdistuu koko persoonaan, mikä aiheuttaa voimattomuutta, suojattomuutta ja pelkoa siitä, että oma riittämättömyys tai puutteellisuus paljastuu toisille (Tangney 1995, 1135). Häpeä nousee esiin ihmisten vä-

lisissä keskusteluissa mutta kätkeytyy helposti ohimeneviin sivulauseisiin ja epäsuoriin mainintoihin. Keskusteluissa sille ei yleensä anneta tilaa tai siihen ei tartuta vaan se torjutaan. (Lidman 2011; Malinen 2010.)

Kuulovika tai kuulokoje liitetään tutkimuskirjallisuudessa stigman käsitteeseen. Käsite on lähtöisin Ervin Goffmanin (1986) leimautumisteoriasta. Stigma on jokin sellainen yksilön ominaisuus, jonka suhteen hän poikkeaa normaalina pidetystä ja joka turmelee hänen sosiaalisen identiteettinsä. Stigman kantaminen on omiaan aiheuttamaan henkilölle häpeää, sillä ympäristö usein kohtelee tällaisia henkilöitä epäkunnioittavasti. Goffman (1986, 64–68) kirjoitti tutkimuksessaan stigman havaittavuudesta sosiaaliselle ympäristölle, jolloin stigma muodostuu ristiriidasta henkilön oletetun normaalin identiteetin ja hänen havaitun identiteettinsä välillä. Stigman aiheuttaja voi olla lähes mikä tahansa henkilön ominaisuus (vamman, luonteenpiirre, sairaus, kuuluminen syrjittyyn ihmisryhmään), joka havaittavalla tavalla osoittaa hänen poikkeavan siitä, mitä hänen ympäristönsä olettaa normaaliksi. Kuulovika voi stigmatisoida henkilön, kun se alkaa häiritä vuorovaikutuksessa selviytymistä. Toisaalta kuulokojeen käyttäminen tekee kuuloviasta kanssaihmisille näkyvän.

Nykyiset määritelmät ovat keskittyneet tarkastelemaan stigmaa kontekstuaalisena ja dynaamisena ilmiönä (Dovidio, Major & Crocker 2003). Audiologisen – ja yleisemmin huonokuuloisuuteen liittyvän – tutkimuksen piirissä ollaan oltu kiinnostuneita stigmatisoitumisen psyykkisistä seurauksista eli millä tuntuu ihmisestä, joka kantaa stigmaa. Silloin häpeän kokemukset ovat keskeisiä (esim. Southall, Gagné & Jennings 2010; Wallhagen 2009; Héту 1996).

Analyysimme perustuu ajatukselle, että vuorovaikutus ja ihmisten väliset kohtaamiset ovat tunteiden syntymisen ja ilmenemi-

sen areenoita. Kuulovika asettuu ihmisten välisissä kohtaamisissa sosiaalisen identiteetin uhaksi. Vika voidaan kieltää, ongelmaa voidaan vähätellä, siitä ei haluta puhua tai saataan pyrkiä osoittamaan että kuulon alenema on normaalia sellaisessa työssä, jota itse tekee, tai sen ikäisillä, joihin itse lukeutuu (Héту 1996). Huonokuuloiset tuntevat, että kuulovian näkymättömyys mahdollistaa sen, että siitä ei kerrota esimerkiksi työyhteisössä. Koska normaalikuuloisuus muodostaa kanssakäymisen sosiaalisen normin, siitä poikkeaminen on vaikeaa ja synnyttää häpeän tunteita. (Hietala & Lavikainen 2010.)

## Tutkimuksen aineisto

Tutkimuksen aineisto on kerätty Kommunikoitiin kulokojeen avulla -tutkimushankkeessa<sup>1</sup>, joka on neljä vuotta (2011–2014) kestävä Suomen Akatemian (nro 140317) rahoittama seurantatutkimus ensimmäisen kuulokojeensa saavien työikäisten kuntoutujien tilanteesta ja kokemuksista. Kahden sairaanhoitopiirin kuulokeskuksista on rekrytoitu työikäisiä (25–65-vuotiaita), jotka saavat kuulokojeen toiseen tai molempiin korviin. Tutkimus on arvioitu sairaanhoitopiirien eettisissä toimikunnissa, ja osallistujat ovat ilmaisseet osallistumishalukkuutensa allekirjoittamalla suostumuslomakkeen. Tutkimukseen rekrytoitujen kuulovika on laadultaan lievä tai keskivaikea sensorineuraalinen etenevä kuulovika (BEHL 0.5,1,2,4 kHz 20–70 dB), eikä tutkimukseen osallistuvilla ole muita todettuja kuuloon vaikuttavia sairauksia (esimerkiksi Ménièren tauti) tai merkittäviä mielenterveyden tai neurologisia ongelmia. Tutkimukseen osallistui 133 henkilöä.

Kaikki tutkimukseen osallistuneet täyttivät kyselylomakkeita kuntoutusprosessin eri vaiheissa: ennen omaa kojetta sekä 2–4 viikkoa ja 8 kuukautta kojeen saamisen jälkeen.

Lomakevastaukset eivät ole tässä artikke-

<sup>1</sup>Hankkeen johtaja on dosentti Minna Laakso Helsingin yliopiston logopedian oppiaineesta. Aineiston keruuseen ja litterointiin ovat osallistuneet Inkeri Salmenlinna, Teija Vaittinen, Tiina Pakka, Vappu Carlson, Mervi Karhunen, Vilma Martikainen ja Juha Ranta. Artikkelia on työstetty yhteistyössä YTT Jari Aron kanssa osana Suomen Akatemian rahoittamaa Jokapaikan tietotekniikan kotouttaminen -tutkimushanketta.

lissa esitellyn tutkimuksen aineistona. Sen sijaan tässä artikkelissa analysoidaan videoituja ensitapaamisia audionomin kanssa. Tutkimukseen osallistuneista henkilöistä 20 antoi luvan videoida sekä tapaamiset kuulontutoutuksen ammattilaisten kanssa että kotona perhepiirissä tai ystävien kanssa käytyjä keskusteluja.

Tapaamiset audionomin kanssa toteutettiin joko sairaanhoitopiirien kuulokeskusten omana toimintana tai ostopalveluna paikakkunnilla toimivista yksityisen palveluntuottajan toimipisteistä. Kuulokojekuntoutus audionomin kanssa käsitti kolme tapaamista eli testaus-, sovitus- ja kontrollikäynnin. Tällaisena kuntoutusprosessi toteutui ja saatiin videoitua vain osalta tutkimuksen vuorovaikutusosuuteen osallistuneista. Ensitapaamisia eli testauskäyntejä videoitiin 12 asiakkaalta. Sovituskäyntejä, jotka olivat tutkimushankkeen ensisijainen kohdeaineisto, tallennettiin kaikilta vuorovaikutustutkimukseen osallistuneilta. Vain muutaman asiakkaan kontrollikäynti tallennettiin. Tapaamisten aikana saatettiin sopia, että kontrolli hoidettaisiin puhelimitse käynnin sijaan tai sitä ei pidetty lainkaan tarpeellisena.

Tässä artikkelissa keskitytään analysoimaan kahdentoista kuntoutujan ensikäyntejä, joista jokainen yksittäinen tapaaminen kesti noin 30–45 minuuttia. Ensikäynnillä audionomi tutkii asiakkaan kuulon määrittämällä kuulokynnykset eri taajuuksilla. Tapaamisessa kuulon tutkimuksen graafista esitystä eli audiogrammia tarkastellaan yhdessä ja siitä keskustellaan. Ensitapaamisella pyritään myös selvittämään asiakkaan kokemuksia kuulon aleneman aiheuttamista hankaluuksista, hänen halukkuuttaan saada kuulokoje ja motivaatiotaan käyttää sitä. Ensitapaamiset olisivat myös ensimmäisiä mahdollisuuksia ottaa häpeä ja pelko leimautumisesta puheeksi, mikäli asiaan liittyy sellaisia tunteita.

## Tutkimusote

Aineistoon sovellettiin keskusteluanalyytin vuorovaikutustutkimuksen orientaatiota ja menetelmiä menemättä kuitenkaan tark-

kaan vuorovaikutuksellisten käytänteiden analyysiin. Tarkastelemme, otetaanko häpeä teemana esiin, miten se tapahtuu, kuka aloittaa keskustelun ja miten se etenee.

Kohtaaminen audionomin kanssa on institutionaalinen tilanne, jossa kuulontutkija ja asiakas toteuttavat kuulon kuntoutukseen liittyviä tehtäviä ja rooleja, ja tehtävät ja roolit ilmenevät vuorovaikutuksellisinä käytänteinä (ks. Ruusuvuori, Haakana & Raevaara 2001). Kiinnostavaa onkin katsoa, asettuuko häpeätä keskusteleminen ensitapaamisissa kuntoutukselliseksi tehtäväksi.

Kahdentoista tapaamisen analysoinnin tavoitteena on löytää puheenvuorot, jotka ovat tulkittavissa häpeään liittyviksi ja jotka ovat muodostaneet pohjan luokitella häpeää keskustelutilanteisiin kiinnittyvänä ilmiönä.

Kahdestatoista ensikäynnistä kymmenestä löytyi häpeästä kertovia tai siihen liitettävissä olevia kuvauksia, vihjeitä ja merkkejä. Tutkijoista kaksi on lukenut litteraatit ja he ovat yhdessä neuvotellen luokitelleet havainnot tulososiossa esiteltäviin luokkiin. Aineistotteiden litteroinnissa on käytetty keskusteluanalyysin piirissä yleistä notaatiota, mutta esimerkeistä on karsittu tulkinnan kannalta tarpeettomat merkinnät. Käytetyt litterointimerkit on kuvattu artikkelin lopussa.

## Tulokset

Häpeään liittyviä keskustelun aloitteita ja kommentteja löytyi kymmenestä tutkitusta kohtaamisesta audionomin kanssa. Kaikkiaan analysoituja tapaamisia oli kaksitoista. Teemojen esiin ottamisessa ja keskustelujen kestossa on runsaasti vaihtelua. Häpeään liitettävissä olevia keskusteluja saatettiin käydä useaan otteeseen tapaamisen aikana tai häpeään liittyvä seikka mainittiin vain kerran. Häpeään liitettävissä olevat kommentit tai keskustelut vaihtelivat kestoltaan yhden vuoron mittaisista huomautuksista useamman vuoron kestäviin vuorovaikutusjaksoihin.

Usein häpeään liittyviä teemoja otettiin esiin vastauksena audionomin kysymykseen koetuista hankaluuksista tai siitä, minkälaisen kojeen asiakas haluaisi. Häpeä-sanaa ei

Taulukko 1. Häpeämainintojen määrä kymmenessä tapaamisessa

Häpeämaininnat	Asiakas (A)	Audionomi (K)	Yhteensä
Kojeen huomaamattomuus	10	16	26
Kuulovika sosiaalinen rasite	32	4	36

kuitenkaan lausuttu ääneen yhdessäkään analysoiduista tilanteista. Vain yhdessä tapaamisessa asiakas totesi, että hän kyllä kehtaa (eli häntä ei hävetä) näyttäytyä kojeen kanssa. Häpeä kytkeytyi keskustelussa yhtäältä asiakkaiden menneitä tapahtumia koskeviin selontekoihin ja toisaalta kuulokojeen käyttöön-ottoa koskeviin tulevaisuudessa odotettavissa oleviin tapahtumiin.

Olemme ryhmitelleet häpeää ilmentävät teemat kahteen luokkaan: 1) kojeen huomaamattomuus ja 2) kuulovika sosiaalisena rasitteena. Näistä luokista ensimmäinen liittyy kojeeseen, sen piirteisiin ja erityisesti sen kokoon. Jälkimmäinen ilmentää kojeeseen ja kuulemisen hankaluuteen tai vammaisuuteen liittyvää identiteettineuvottelua ja sosiaalista painolastia. Taulukosta 1 ilmenee kahteen luokkaan sijoitettujen esiintymien määrä sekä se, kuka asian kulloinkin esittää.

Analysoiduissa tapaamisissa audionomit pyysivät asiakkaita kuvaamaan kokemuksiinsa muun muassa kysyen hankaluuksia, joita nämä ovat huonokuuloisuutensa vuoksi kohdanneet. Nämä kysymykset virittivät vastauksina asiakkaiden kuvauksia, joita on sijoitet-

tu luokkaan 2 (esimerkit 4, 5 ja 6). Audionomin kysymyksiä ei ole luokittelussa määritelty sellaisinaan häpeään liittyviksi maininnoiksi. Audionomin luokkaan kaksi sijoitetuissa esimerkeissä ammattilainen kommentoi asiakkaan sosiaalisen rasitteen kuvausta jollain tavalla, kuten esimerkistä 6 (rivi 19) ilmenee.

Seuraavaksi esitämme aineisto-otteiden avulla esimerkkejä näistä kahdesta häpeämainintojen luokasta. Audionomin vuorot tunnistaa K (kuulontutkija) -kirjaimesta vuoron alussa ja asiakkaan vuoroja merkitään A-kirjaimella. Lyhenteet otteiden alussa viittaavat kullekin asiakkaalle annettuun tunnisteeseen, kuvaustilanteeseen (1KU eli ensimmäinen kuntoutustapaaminen) ja litteraatin sivuun, jolta ote on poimittu.

#### Kojeen huomaamattomuus

Edellä oleva ote kuvaa aineistossa yleisesti esiintyvää piirrettä eli sitä, miten audionomi korostaa nykyisten kuulokojeiden pienuutta ja siten huomaamattomuutta (esimerkki 1, rivi 24). Asian esiin ottaminen toimii vastineena piiloiselle toiveelle siitä, etteivät toiset ihmiset

#### Esimerkki 1. T079. 1KU

17	K:	nii. et sitten on ihan tota, mä voisin käydä ihan hakeen,
18		muutaman kojeen ja näyttää sillai, näyttää niitä niin, pystyy
19		vähän niinkun paremmin sitte hahmotta että minkälainen
20		koje ihan pieni, pieni hetki, mä käyn hakee niin
21		(1.3)
22	K:	eli nää on nyt näitä hh mitä on ihan näitä uudempia mitä
23		tätä nykyä aika paljo on, tykätty käyttää et nää on hyvin
24		pieniä kojeita tähän tulee se on niinku näin pieni koje, tähän
25		tulee sit viä semmonen letku
26	A:	joo

## Esimerkki 2. H047.1KU

- 04 A: ja sit just sillei et ku ne ei oo enää nykyään  
05 niit semmosia kauheen isoja ruskeita möykkyjä  
06 t(h)uolla k(h)orv(h)an t(h)a[k(h)ana nihh.  
07 K: [ei.  
08 K: et nykyään, nykyään on on niinku mallit, otetaan  
09 se muotoilupuoli huomi[oon.  
10 A: [joo?  
11 K: on on mallit sirompia ja, ja erilaisia ja,  
12 A: et alkuun, alkuun mä olin ihan kauhuissani koska  
13 mul on ain ollu lyhyt tukka et nyth- nyt mul  
14 on tosi pitkä.  
15 K: mm.  
16 A: et, apua et sit mun täytyy tukkaa kasvattaa ja  
17 kaikkee mutta ei, (.) ei kuulemma tarviih he he he  
18 K: joo.

havaitse kojetta helposti. Havaittavuus (Goffman 1986) koetaan identiteettiä pilaavana ja siten häpeää tuottavana seikkana. Näkymätön vamma tulee kojeen myötä näkyväksi ja kojeesta tulee merkki henkilön vammasta, mikä voi leimata henkilön muusta ryhmästä poikkeavaksi. Audionomi tuottaa oletusta, jonka mukaan kuulokojeen tulisi olla huomaamaton. Toive huomaamattomuudesta viittaa siihen, että kojeen näkyminen olisi hävettävää. Myös asiakkaat pitävät kuulokojeen huomaamattomuutta toivottavana.

Esimerkissä 2 asiakas kiinnittää huomiota siihen, miten kojeet ovat aiemmin olleet ikävän näköisiä (rivi 5) ja miten hän on pelännyt (rivi 12) joutuvansa tekemään jotakin (rivi 16), jotta ne eivät näkyisi. Audionomi vahvistaa asiakkaan oletuksen siitä, että nykyisin tilanne on toinen ja mallit sirompia (rivi 11). Kuulokojeen suuri koko määritetty esimerkissä negatiiv-

viseksi ja sirous (joka viittaa pieneen kokoon) positiiviseksi ominaisuudeksi.

Myös esimerkissä 3 asiakas toivoo, että koje on mahdollisimman näkymätön (rivit 3 ja 6).

Kuulokojeiden näkyminen on aineistossa yksi selkeä sosiaaliseen häpeään kytkeytyvä teema. Kuulokojeen ominaisuudet ja niiden näkyvyys liittyvät siihen, miltä itse näyttää tai haluaisi näyttää, siis minäkuvaan ja identiteettiin (Wallhagen 2009). Kymmenestä kohtaamisesta audionomin kanssa kaikki asiakkaat yhtä lukuun ottamatta ilmaisevat tai jakavat toiveen siitä, että laitteen tulisi olla huomaamaton, jopa näkymätön. Myös audionomit kohtelevat kuulokojeen näkyvyyttä merkityksellisenä: pääasiassa juuri he tarjoavat teemaa keskusteltavaksi korostaessaan nykyisten kojeiden pienuutta. Poikkeus aineistossa oli itsensä vanhaksi määrittelevä mies, joka ei omi-

## Esimerkki 3. H052.1KU

- 01 K: sitten, tosiaan siinä kojevalinnassa on huomioitava se että on  
02 kahteen korvaan niin se vähän siihen vaikuttaa mutta,  
03 A: plus sitten no, tietysti, mahollisimman näkymättömät.  
04 K: nii, joo.  
06 A: taikka huomaamattomat, ei näkymättömiä voi olla.  
07 K: joo

#### Esimerkki 4. T037,1KU

- 13 A: en tajunnukkaa et se on noin huono kuulo.  
14 K: mm,  
15 A: sitä ei, ku se tulee vähitellen ni sitä ei huomaa.  
16 K: joo, sitä sopeutuu.  
18 (1.0)  
19 K: ajattelee vaan että vika on muissa.  
20 A: joo, mut et pahinta on ollu esimerkiks joku kokous missä, .h  
21 vieruskaveri ku- alkaa kuiskaamaan ni sitä kuiskausta, ku siel  
22 on muuta ääntä ni [mä en saa mitään selvää,=se on noloo,  
23 K: [joo,  
24 A: jos koko ajan sanoo et sori, mä en [kuule.  
25 K: [ heh heh  
26 K: joo mä katon sen, a- etsin sen paikan kum mä, kävin läpitte  
27 kaikki nää mahdollisuudet  
28 A: joo  
29 K: joo, tuossa se on, niin mä (.) varaan sen.

en sanojensa mukaan välittänyt ulkonäöstään.

Kuulokojeen näkyminen voi olla kahdella tavalla sosiaalista häpeää aiheuttava asia. Se tekee kuulovian näkyväksi muille ihmisille. Lisäksi se voidaan tulkita merkiksi ikäänymisestä ja myös yleisemmin merkiksi siitä että ruumis ei toimi ideaalilla tavalla, mikä on vastoin nykyaikana hyväksytyä ja ihailtua kehollista minäkuvaa (Hindhede 2011).

#### Kuulovika sosiaalisena rasitteena

Asiakkaat olivat sitä mieltä, että huono kuulo rasittaa heidän elämäänsä. Tapaamisissa he kertovat arkeen, työelämään ja muiden ihmisten kohtaamisiin liittyneistä kokemuksista, jotka myös osaltaan oikeuttavat kuntoutustarpeen. Kuvauksista käy ilmi, että työelämässä neuvottelut ja keskustelut asiakkaiden kanssa ovat ongelmallisia tilanteita, varsinkin jos keskustelukumppanit puhuvat epäselvästi, kuiskaten tai toiseen suuntaan tai jos ääni tulee puhelimesta. Puhelinkeskustelut voivat olla hankalia, varsinkin jos ympäristö on meluisa. Huonokuuloisuus kuormittaa, koska keskustelutilanteissa menetetään informaatiota, joudutaan keskittymään kuuntelemiseen ja arvaamaan mitä toinen henkilö sanoo. Arvaamisen yhteydessä syntyy tietysti myös er-

heitä, joiden paljastuminen on hämmentävää ja noloa. Nämä piirteet tulevat selkeästi esiin seuraavassa esimerkissä.

Esimerkissä 4 (rivit 20–22) asiakas kertoo vaikeuksistaan kuulla hänelle kuiskattua asiaa taustahälyn takia. Riveillä 23 ja 25 audionomi ottaa myötäillen vastaan nolona koetun tilanteen kuvauksen, mutta varsinaista keskustelua aiheesta ei viriä vaan audionomi siirtyy toiseen asiaan (rivi 26). Aineistossa oli tyypillistä se, ettei ongelmallisia kokemuksia ryhdytty käsittelemään.

Esimerkissä 5 asiakas kuvaa kotiin sijoitettavaa hankalaa tilannetta, mutta siitäkään ei synny keskustelua. Sen sijaan audionomi siirtyy selittämään mistä kuulemattomuus johtuu (rivi 12).

Toisten ihmisten hermostuminen omaan huonokuuloisuuteen tai oman huonokuuloisuuden nolona kokeminen ovat merkkejä sosiaalisen häpeän kokemuksista. Ongelmallisia tilanteita aiheuttavat myös vuorovaikutuskumppaneiden turhautuminen mitä-kysymyksiin (esimerkki 5, rivi 5), joita he voivat kommentoida julmallakin tavalla. Kotona syntyy ristiriitoja esimerkiksi television äänen voimakkuudesta.

Hankalia tilanteita kohdataan myös harrastusten parissa. Aineistossa on useita henki-

## Esimerkki 5. H047.1KU

04 A: et kotona on sitte, lähinnä se että, poika  
05 hermostuu ku mä kysyn että mitä? mitä? en  
06 [vieläkään kuullu.  
07 K: [mm,  
08 A: että oikeesti en k(h)uullu heh heh heh [heh  
09 K: [nii.  
10 K: joo.  
11 A: että, kuulee että puhuu mutta ei saa selvää  
12 K: joo sen verran tulee vaimeempana et  
13 [se vaatii sitten se, (.) kuulo sen et jos sun  
14 A: [mm,  
15 K: kans näin keskustele ni ei sul oo mitään ongelmia

löitä, joiden musiikkiharrastusta haittaa kuulon aleneminen. Toistuvia mitä-kysymyksiä kuvaillaan sosiaalista häpeää tuottavaksi, koska ne häiritsevät vuorovaikutuksen sujuvuutta. On noloa joutua selittämään, ettei kuule.

Pelkona on myös se, että vuorovaikutuskumppani voi tulkita mitä-kysymyksen kysyjän ymmärryskyvyn puutteeksi eikä huonokuuloisuudeksi. Tämä ongelma näkyy sel-

keästi esimerkissä 6.

Esimerkissä asiakas tuo selvästi esiin pelkonsa, että hänen kuulemisiongelmaansa luullaan ymmärtämisen ongelmaksi (rivit 6 ja 12). Tämä kuulemisen ja ymmärtämisen ongelmien mahdollisen yhdistämisen tai linkittämisen toisiinsa voi ajatella lisäävän kuulo-ongelmien sosiaalista häpeää aiheuttavaa ja stigmatisoivaa luonnetta.

## Esimerkki 6. H004.1KU

01 A: mut sitä< se on< se on niinku yks semmonen mikä o- on ollu  
02 semmone, niinku siis kiusallista ja häiritsevää et ku e- ei tota.  
03 (2.0)  
04 A: tavallaan niinku se et et tota.  
05 (3.5)  
06 A: tulee semmonen niinku, tyhmä tunne eth eiksh n(h)iinku  
07 en(h)ää niinku tajua asioita että.£  
08 K: joo väistämättä helposti. se on ihan ymmärrettävää.  
09 A: et semmo- semmone on siis niitä tulee niinku justii tommosii  
10 kassatilanteita et semmosii niinku mulkasuja et niinku et,  
11 (1.0)  
12 A: onks toi tyhmä? (.) eiks se ymmärrä vai he he he vai tota .hhh  
13 K: joo.  
14 A: et si- siihen nyt on toisaalta tottunu et mää oon aik- aika  
15 hyvin oppinu sanomaan et tota, et joo et sori, mul on, mul on  
16 huono kuulo et voitko, voitko sanoa uudestaan.  
17 K: nii.  
18 (.)  
19 K: no mut sekää on, ei oo tietysti kiva ku aina joutuu selittämään.



## Johtopäätökset

Institutionaalisilla keskusteluilla on yleensä päämäärä, keskusteluun osallistuminen on osallistujaroolien säätelystä ja tulokset nautuvat instituution piirissä tyypillisiin tuloksin kehyksiin (Raevaara, Ruusuvuori & Haakana 2001, 17). Yleisesti voidaan sanoa, että kuulokojekuntoutukseen liittyvissä tapauksissa audionomin kanssa päämääränä on löytää asiakkaalle sopiva kuulokoe. Audionomit toteuttivat tehtävää kaikissa tutkimuksissa tilanteissa asianmukaisesti. Tässä artikkelissa kysymykseksi nostettiin, miten keskustelu häpeästä asettuu osaksi kuulokojekuntoutusta.

Aineistossa on merkillepantavaa se, että audionomit puhuivat paljon kokeiden ulkonäöstä ja ottavat sen aktiivisesti puheenaiheeksi. Sen sijaan he reagoivat vaihtelevammalla tavalla, kun asiakas kertoi huonokuuloisuuteen liittyvistä sosiaalisen häpeän kokemuksista. Audionomit eivät käyttäneet häpeä-sanaa eivätkä nostaneet tunnetta puheenaiheeksi. Keskustelu häpeästä ilmeni viittauksina kokeiden huomaamattomaan ulkonäköön. Tällä tavoin audionomit kytkivät keskustelun hankaluuksista ja häpeästä perustehtävänsä eli sopivan kokeen löytämiseen.

Asiakkaan puheenvuoroissa häpeä nousi esiin sekä kuulokokeen ulkonäköä koskevana odotuksina että hänen kuvaillessaan hankaluuksia toimia odotuksenmukaisilla tavoilla sosiaalisissa tilanteissa. Asiakkaiden kuvaukset audionomi otti vastaan joko listana kokemuksia tai niin, että niitä ei varsinaisesti kytketty odotuksiin, joita kokeita kohtaan oli herännyt. Audionomien käsitteistöön kuuluu audiogrammia esiteltäessä sosiaalisen puheen käsite, joka viittaa puhealueen 0,5–4 kHz kuulokynnyksiin, ja siten kykyyn erotella näille taajuuksille keskittyviä äänteiden tunnistuspiirteitä. Tällä selitetään sitä asiakkaiden kokemusta, että he eivät kuule hyvin toisten ihmisten puhetta. Sosiaalisen puheen yhteyteen asettuisi luontevasti myös keskustelu vuorovaikutustilanteissa koetuista hankaluuksista ja häpeän kokemuksista, joihin kokeella haetaan helpotusta.

Asiakkaiden suhtautuminen huonokuuloisuuteen ja kuulokokeeseen oli ambivalenttia,

mikä on helppo tulkita identiteettineuvotteluna. He olivat ylittämässä rajan, jonka jälkeen heidän vammaisuutensa on muille näkyvämpää kuin aiemmin.

Goffmanin (1986) ajatuksiin palaten voidaan stigman havaittavuuden jäsenystä soveltaa kuulon aleneman ja kuulokokeen käyttämisen tarkasteluun ainakin seuraavissa suhteissa: Kuulokokeen käyttäminen tekee huonokuuloisuuden kanssaihmisille näkyväksi, ja siksi sen käyttöönotto uhkaa henkilön sosiaalista identiteettiä. Kuulon alenema taas häiritsee ennen kaikkea keskusteluun perustuvaa kanssakäymistä ja sen sujuvuutta eri tavoin. Huonokuuloinen henkilö joutuu usein selontekovelvolliseksi vuorovaikutuskumppaneilleen siitä, ettei hän kuule. Yhtäältä kuulon alenema ja toisaalta kuulokokeen käyttäminen ovat siis kumpikin eri tavoin sosiaalista identiteettiä uhkaavia asioita ja potentiaalisia sosiaalisen häpeän lähteitä.

Aikaisemmissa tutkimuksissa häpeä on todettu keskeiseksi kuulokokeen käytön esteeksi. Tästä huolimatta kuulokojekuntoutuksen ensikäynneillä ei aihetta eksplisiittisesti käsitellä, vaikka aineistomme perustella on mahdollista todeta, että häpeä on teemana implisiittisesti läsnä lähes kaikissa (10/12) tapaamisissa.

Koska kuntoutusprosessi kokonaisuudessaan käsittää useita tapaamisia, on toki mahdollista, että tämän teeman käsittely tapahtuu toisilla käynneillä, joita ei otettu tässä analyysin kohteeksi. Häpeästä keskusteleminen voi myös sisältyä jonkin muun ammattilaisen kuin audionomin tehtäväkenttään. Ensikäynneillä audionomin luona häpeän tunteen käsittely ei kuitenkaan ollut systemaattista ja eksplisiittistä. Tämä voi olla myös tietoinen valinta: kun halutaan kannustaa positiivisella tavalla kokeen käyttöönottoon, ei häpeä keskustelun teemana tätä tavoitetta ehkä tukisi. Kahdella kahdestatoista käynnistä asiaa ei sivuttu tai siihen ei viitattu mitenkään, ja muilla käynneillä asian esiin ottaminen tai sen esiin nouseminen vaihteli suuresti.

On mahdollista, että häpeä teemana on siinä määrin arkaluonteinen, että sen käsitteily ensitapaamisilla on vaikeaa. Tutkimukseen osallistuneilla kuntoutus eteni usein eri au-

dionomeja tavaten, ei niin, että yksi ja sama ammattilainen olisi hoitanut potilaan testauksen, sovituksen ja kontrollin, mikä tuottaisi ehkä läheisyyttä ja mahdollistaisi keskustelunavaukset arkaluonteisemmistakin teemoista. Kuulokojesovituksen epäjatkuvuus asettuikin tämän tutkimuksen valossa tärkeäksi jatkotutkimuksen aiheeksi. Tämän pohjalta voidaan jo sanoa, että vaikka keskustelu häpeästä ensikäynnillä audionomin luona voi olla vaikeaa, sen esiin ottaminen olisi tärkeää. Kun otetaan esiin kysymys kuulon aleneman elämää hankaloittavasta luonteesta, häpeä tarjoutuu luontevasti keskustelun teemaksi. Se, että kuulokojeen käyttämättä jättämistä perustellaan häpeällä ja leimautumisen pelolla, puoltaisi myös teeman käsittelyä kuulokojekuntoutuksen yhteydessä.

Kuulokojekuntoutuksen eräs tehtävä voisi olla häpeästä keskusteleminen ja siten kuulokojeen synnyttämän sosiaalisen identiteetin uhan oikaisu tai kuten Héту (1996) ehdottaa, identiteetin normalisointi. Kuulokojee on fyysinen laite, joka uhkaa tehdä aikaisemmin elämää hankaloittaneesta huonokuuloisuudesta näkyvää ja synnyttää tunteen siitä, että kooje stigmatsoi vahvemmin kuin huonokuuloisuus itsessään. Erityisesti lievissä ja keskivaikeissa kuulon alenemissa (tutkimushankkeen kohderyhmä) on mahdollisuus valita ja käydä keskustelua, koska vuorovaikutus vielä jotenkin toimii, mikä ei enää vaikeissa kuulovioissa tulisi kysymykseen.

Kuulokojekuntoutuksessa tulisi pyrkiä huomioimaan ihmisen elämä kokonaisuutena, johon kuuluvat myös psykologiset ja sosiaaliset seikat, kuten häpeä (ks. Jauhiai-

nen 2010). Analysoidessamme aineistomme asiakkaiden kohtaamisia audionomien kanssa saatoimme todeta, että ihmisen koko elämäntilanteen huomioivalle orientaatiolle on tarvetta. Eila Lonka (2010) on todennut, että 1990-luvulle asti passiivisena vastaanottajana kohdeltu potilas ei kuntoutuksen käytännöissä ole vielä saavuttanut itseohjautuvuuden ja aktiivisen asiakkaan statusta, vaikka puheiden ja ohjeistusten tasolla sitä jo pidetään itsestään selvänä. Havaintomme häpeäkokemusten käsittelyn vähäisyydestä voi nähdä ilmentävän tuota asiakkaan kohtaamaa vaikeutta ottaa paikkaa itseään koskevan hoidon aktiivisena toimijana.

Koska häpeä on luonteeltaan sosiaalinen ilmiö, se ei ole yksinomaan häpeää kokevan henkilön yksityinen asia. Huonokuuloisuuden aiheuttaman sosiaalisen stigman käsittelemisen ei myöskään rajoitu vain kuntoutujien ja ammattilaisten väliseen suhteeseen. Kuulokojeeiden muuttuminen entistä helppokäyttöisemmiksi, teknisiltä ominaisuuksiltaan paremmiksi ja myös huomaamattommiksi on jo helpottanut laitteen käyttämistä, ja tätä työtä tehdään edelleen. Näiden seikkojen lisäksi voitaisiin käsitellä nykyistä enemmän myös kuulokojeeiden käyttämiseen liittyviä pelkoja leimautumisesta. Edelleen tarvitaan muun muassa järjestöjä virittämään julkista keskustelua siitä, mitä merkitsee olla normaalikuuloinen ja huonokuuloinen. Silmälasien käyttämiseen aiemmin liitetty sosiaalinen häpeä on nykyisin lähes olematonta. Myös kuulokojeeiden käyttäminen on mahdollista määritellä sosiaalisesti normaaliksi ja hyväksyttäväksi.

## Litteraatiomerkit

- (.) mikrotauko
- tauco, jonka pituus ilmoitettu sekunteina
- [ ] päällekkäispuhunnan alku ja loppu
- . laskeva intonaatio
- ? nouseva intonaatio
- £ £ hymyilevällä äänellä lausuttu jakso
- alleviivaus painotetusti lausuttu kohta
- s(h)ana uloshengityksen kuvaus sanan sisällä, usein nauraen lausuttu sana

## Tiivistelmä

Vaikka kuulon alenema haittaa sosiaalista kanssakäymistä ja aiheuttaa ahdistusta, kuulokojeen käyttö on vähäistä. Arvioiden mukaan vain 15 prosenttia suomalaisista, jotka hyötyisivät kojeen käytöstä, käyttäviä sitä. Kansainvälisissä tutkimuksissa on todettu häpeän ja leimautumisen pelon olevan merkittävä syy jättää kuulokoje hankkimatta, vaikka kuulo olisi alentunutkin, tai jättää se käyttämättä, jos sen on saanut. Artikkelissa tarkastellaan häpeän esiintymistä keskustelunaiheena ja sitä, miten häpeästä keskustellaan ensikäynneillä audionomin luona. Aineisto muodostuu 12 ensimmäisen kuulokojeensa saavan työikäisen kuntoutujan ensikäynneistä. Aineisto on kerätty kahdesta sairaanhoitopiiristä. Tapaamiset on videoitu ja aineistoa analysoidaan keskusteluntutkimuksen menetelmin. Häpeään liittyviksi tulkittavia asioita otetaan esiin lähes jokaisessa (10/12) tutkitussa tapaamisessa. Sen sijaan suoraa puhetta häpeästä ei ensitapaamisissa esiinny. Johdopäätöksenä voidaan todeta, että häpeä tarjoutuu keskusteltavaksi jo ensitapaamisissa mutta aiheeseen ei tartuta, joten se jää käsittelemättä.

## Abstract

Hearing impairment causes anxiety and complicates social interaction with other people. Despite this fact, in Finland only 15% of adults, who would benefit from a hearing aid, use one. International research indicates that feelings of shame, and fear to be stigmatized, are significant reasons for people not to use or even purchase a hearing aid. This article examines if and how the feelings of shame are thematized and discussed in the first encounters with audiometricians. The data consists of 12 video recorded first encounters between working aged pre-users of hearing aid and audiometricians from

two different university hospital districts. The video recorded data is transcribed and analysed applying conversation analysis. Almost in every encounter (10/12) we found remarks associating with feelings of shame. However, shame was not explicitly topicalized in any of the analysed encounters. In conclusion, shame is a general topic, but it is not openly discussed with patients during the consultations with audiometricians.

**YTT Tarja Aaltonen, yliopistotutkija, Kommunikointi kuulokojeen avulla - tutkimushanke, käyttäytymistieteiden laitos, Helsingin yliopisto**

**YTT Jari Aro, yliassistentti, yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö, Tampereen yliopisto**

**FT, dos. Minna Laakso, yliopistonlehtori, käyttäytymistieteiden laitos, Helsingin yliopisto**

**FL Eila Lonka, lehtori, käyttäytymistieteiden laitos, Helsingin yliopisto**

**YTT Johanna Ruusuvuori, professori, yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö, Tampereen yliopisto**

## Lähteet

- Ahti H (2010) Kuulovammaisen kuntoutuksen monimuotoiset ratkaisut. Teoksessa Kuulonkuntoutuksen käytännöt muutoksessa. Palmenia-sarja 71. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press. 138 – 174.
- Danermark B (1998) Hearing impairment, emotions and audiological rehabilitation: a sociological perspective. Scand Audiol 27, Suppl 49, 125 – 131.
- Dovidio JF, Major B, Crocker J (2003) Stigma: Introduction and overview. Teoksessa The social psychology of stigma. Toim. TF Heatherton, RE Kleck, MR Hebel & JG Hull. The Guilford Press, New York. 1 – 28.
- Egbert M, Depperman A (2012) Introduction. Teoksessa Hearing aids communication. Integrating social interaction, audiology and user centered design to improve communication with hearing loss and hearing technologies. Toim. M Egbert, A Deppermann. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung. 1 – 8.
- Haakana M (2001) Lääkäri, potilas ja nauru. Teoksessa Keskustelu lääkärin vastaanotolla. Toim. M-L

- Sorjonen, A Peräkylä, K Eskola. Tampere: Vas-  
tapaino. 135 – 160.
- Hannula S (2011) Hearing among older adults – An  
epidemiological study. *Acta Universitatis Ouluen-  
sis D Medica* 1132. Oulu: Oulun Yliopisto.
- Hétu R (1996) The stigma attached to hearing impair-  
ment. *Scand Audiol* 25, Suppl 43, 12 – 24.
- Hietala J, Lavikainen A (2010) Huonokuuloisena työ-  
elämässä. Toimintaympäristön toimivuus ja yh-  
denvertainen osallistuminen. Helsinki: Kuuloli-  
itto ry.
- Hindhede AL (2011) Negotiating hearing disability and  
hearing disabled identities. *Health* 16, 2, 169 – 185.
- Gerhards J (1986) Geors Simmel's contribution to the  
theory of emotions. *Social Science Information*  
25, 4, 901- 924.
- Goffman E (1986) Stigma. Notes on the manage-  
ment of spoiled identity. Harmondsworth: Pen-  
guin Books.
- Goffman E (1967) Interaction ritual. *Esseys on face-to-  
face behavior*. Garden Cit, NY: Doubleday Anchor.
- Jauhiainen T (2010) Esipuhe. Teoksessa Kuulonkun-  
toutuksen käytännöt muutoksessa. *Palmenia-sar-  
ja* 71. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University  
Press. 5 – 11.
- Lidman S (2011) Häpeä! Nöyryyttämisen ja häpeän  
jäljillä. Jyväskylä: Atena.
- Lind C (2009) Conversation repair strategies in audio-  
logical rehabilitation. Teoksessa *Adult audiologi-  
cal rehabilitation*. Toim. JJ Montano & J Spizner.  
San Diego, CA: Plural. 217 – 241.
- Lonka E (2010) Johdanto. Teoksessa *Kuulonkuntou-  
tuksen käytännöt muutoksessa*. *Palmenia-sarja* 71.  
Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.  
12 – 21.
- Malinen B (2005) Häpeän monet kasvot. Helsinki: Kir-  
japaja Oy.
- Mourtou E, Meis M (2012) Introduction to audiolo-  
gy: Some basics about hearing loss, hearing tech-  
nologies and barriers to hearing aid use. Teok-  
sessa *Hearing aids communication. Integrating  
social interaction, audiology and user centered  
design to improve communication with hearing  
loss and hearing technologies*. Toim. M Egbert, A  
Deppermann. Mannheim: Verlag für Gesprächs-  
forschung. 9 - 21.
- Raevaara L, Ruusuvuori J, Haakana M (2001) Insti-  
tutionaalinen vuorovaikutus ja sen tutkiminen.  
Teoksessa *Institutionaalinen vuorovaikutus. Kes-  
kustelunanalyttisiä tutkimuksia*. Toim. J Ruusu-  
vuori, M Haakana, L Raevaara. *Tietolipas* 173. Hel-  
sinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura. 11 – 38.
- Ruusuvuori J (2005) "Empathy" and "sympathy" in  
action: Attending to patients' troubles in Finnish  
homeopathic and general practice consultations.  
*Social Psychology Quarterly* 68, 3, 204 – 222.
- Ruusuvuori, Haakana, Raevaara (2001) (toim.) Insti-  
tutionaalinen vuorovaikutus. Keskustelunanalytti-  
siä tutkimuksia. *Tietolipas* 173. Helsinki: Suoma-  
laisen Kirjallisuuden Seura.
- Salonen J (2013) Hearing impairment and tinnitus in  
the elderly. *Annales Universitatis Turkuensis D*  
1055. Turku: Turun yliopisto.
- Simmel G (1901 / 2005) Häpeä. Teoksessa *Suur-  
kaupunki ja moderni elämä*. Kirjoituksia vuosilta  
1895 – 1917. Suom. T Huuhtanen. Valikoinut ja  
esipuheen kirjoittanut A Noro. Helsinki: Gaudea-  
mus. 181 – 194. Alkuperäisjulkaisu: *Zur psychol-  
ogie des scham*. *Die Zeit*, Wien, 9. Nov.1901.
- Skelt L (2006) See what I mean: Hearing loss, gaze and  
repair in conversation. A thesis submitted for the  
degree of Doctor of Philosophy. The Australian  
National University.
- Southall K, Gagné JP, Jennings M (2010) Stigma: A  
negative and a positive influence on help-seeking  
for adults with acquired hearing loss. *International  
Journal of Audiology* 49, 804 – 814.
- Tangney JP (1995) Recent Advances in the Empirical  
Study of Shame and Guilt. *American Behavioral  
Scientist*.38, 8, 1132 - 1145.
- Tangney JP, Stuewig J, Mashek DJ (2007) Moral emo-  
tions and moral behaviour. *Annu. Rev. Psychol.*  
58, 345 – 372.
- Wallhagen MI (2009) The stigma of hearing loss. *The  
Gerontologist* 50, 1, 66 – 75.