

VUOROVAIKUTUSTA LÄÄKÄRIN VASTAANOTOLLA

John Heritage ja Douglas W. Maynard (toim.) *Communication in medical care. Interaction between primary care physicians and patients. Studies in interactional sociolinguistics 20.* Cambridge: Cambridge University Press 2006. ISBN 0-521-62899-7.

A lun perin keskustelunanalyttinen tutkimus keskittyi arkikeskustelujen analysointiin, sillä puhelin- ja ruokapöytäkeskustelujen kaltaisia keskustelutilanteita pidettiin vuorovaikutuksen ensisijaisena muotona. 1990-luvun alusta lähtien institutionaalisen vuorovaikutuksen, esimerkiksi kokousten, haastattelujen ja terapiaistuntojen, tutkiminen keskustelunanalyttisin keinoin on yleistynyt. Tästä esimerkkeinä toimivat muun muassa Drew'n ja Heritagen toimittama artikkelikokoelma *Talk at work* (1992) ja sen suomalainen vastine, *Institutionaalinen vuorovaikutus* (Ruusuvuori, Haakana ja Raevaara 2001).

Tuore lisä keskustelunanalyttiseen, institutionaalisia puheaineistoja tarkastelemaan tutkimukseen on JOHN HERITAGEN ja DOUGLAS W. MAYNARDIN toimittama *Communication in medical care*. Teos sisältää kolmetoista artikkelia, joissa käsitellään vuorovaikutusta yleislääkärin vastaanotolla, toimittajien johdannon sekä toista metodologista näkökulmaa edustavan DEBRA ROTERIN esipuheen. Kirjoittajat edustavat kielitieteen, sosiologian ja lääketieteen aloja. Artikkeleiden ensisijaisena lähtökohtana on tarkastella institutionaalista toimintaa ja siihen liittyviä tehtäviä, ei toiminnan kielellistä rakentumista. Keskustelunanalyysi on tutkimustraditiona lähtöisin angloamerikkalaiselta alueelta. Siksi on mainittava erityisesti, että kirjan ainoat muihin kuin englanninkielisiin aineistoihin perustuvat artikkelit ovat suomalaisten tutkijoiden kirjoittamia: ANSSI PERÄKYLÄN artikkeli käsittelee lääkäreiden diagnoosivuoroja

ja MARJA-LEENA SORJOSEN tutkimusryhmä analysoi elämäntapakeskusteluja.

Artikkelit valottavat lääkärin vastaanottojen kokonaisrakenteen (avaus, vään kertominen jne.; ks. Peräkylä 1997) eri osa-alueita. Kirjan rakenne noudattaa samaa kaavaa kuin lääkärin vastaanotto: teoksen ensimmäisessä artikkelissa JEFFREY D. ROBINSON tutkii lääkärin avauskysymyksiä, minkä jälkeen kirja etenee vään kertomiseen (Heritage ja Robinson; Halkowski), sanalliseen tutkimukseen (Teas Gill ja Maynard; Boyd ja Heritage), fyysiseen tutkimukseen (Heath), diagnoosista keskustelemiseen (Peräkylä; Maynard ja Frankel), hoito-ohjeiden tai neuvojen antamiseen (Stivers; Greatbatch) ja lopetukseen (West). Artikkelit suovat siis lukijalle mahdollisuuden tarkastella lääkärin vastaanottoa kokonaisuutena, mutta niitä voi myös lukea toisistaan irrallaan.

Kirjan johdannossa Heritage ja Maynard esittelevät kahta lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksen tutkimiseen käytettyä metodologiaa, kvantitatiivista vuorovaikutusprosessianalyysia ja laadullista mikroanalyysia. Kumpaankin lähestymistapaan sisältyy puutteita, ja Heritagen ja Maynardin mukaan paras lähestymistapa olisikin kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen lähestymistavan yhdistäminen. Myös prosessianalyysin edustaja Debra Roter korostaa esipuheessaan kirjan merkitystä kvantitatiivisen ja laadullisen tutkimuksen paradigmojen rikkojana. Roterin mukaan kirja on erityisen merkityksellinen juuri siinä, että se sisältää sekä keskustelunkatkelmien

yksityiskohtaisia analyyseja että kvantitatiivisia tuloksia.

Koska kirjan artikkelien yksityiskohdainen esittely veisi paljon tilaa, keskityn kahteen laajempaan teemaan. Ensimmäinen teema koskee ristiriitoja ja paradokseja. Johdanto määrittelee, että kirja pyrkii paljastamaan lääkäreiden vastaanotto-keskusteluille ominaisia paradokseja ja ristiriitoja. Esittelen lyhyesti muutaman esimerkin niistä ristiriidoista, joihin kirjan artikkelit pureutuvat. Toinen teema liittyy kirjan rooliin siinä, miten vuorovaikutustilanteita voisi muuttaa tai parantaa. Tätä teemaa käsitellään kirjan johdannossa. Tarkastelen, miten eksplisiittisesti kirjan artikkelit ottavat kantaa tutkimustulosten sovellusmahdollisuuksiin.

RISTIRIIDAT JA PARADOKSIT

Vastaanottotilanteisiin liittyvät ristiriidat ja paradoksit ja näiden käsittely vuorovaikutuksessa ovat kirjassa keskeisessä asemassa. Ristiriidat voivat olla luonteeltaan erilaisia, esimerkiksi sosiaalisia, moraalisia tai teknisiä. Seuraavaksi esittelen kolme artikkelia niissä käsiteltyjen ristiriitojen ja paradoksien kautta.

TIMOTHY HALKOWSKI tarkastelee artikkelissaan, miten potilaat lääkärin vastaanotolla kertovat tarinoita lääketieteellisten oireiden havaitsemisesta ja löytymisestä. Halkowski tarkastelee tarinoiden vuorovaikutustehtäviä eli sitä, mihin tarkoitukseen potilaat näitä tarinoita käyttävät. tarinat voivat sijoittua joko vastaanoton alkuun, jolloin potilaat käyttävät niitä oikeuttamaan lääkärikäyntinsä, tai keskelle sanallista tutkimusta, jolloin potilas osoittaa tarinan avulla suhtautuneensa oireisiinsa järkevästi jo ennen lääkärissäkäyntiä. Halkowskin tutkimus osoittaa, miten potilaat tarinoiden avulla esittelevät itsensä niin sanotusti järkevinä potilaina. Tilanteeseen sisältyvää

ristiriitaa kuvaillaan potilaan ruumiillisen kokemuksen ja diagnostisen epävarmuuden ristiriitana: potilas haluaa osoittaa, että hänen ongelmansa on tarpeeksi vakava oikeuttamaan lääkäriin tulon, vaikka samalla hän pyrkii rakentamaan itsestään kuvan henkilönä, joka ei tarkkaile omaa kehoaan ja oireitaan turhaan eikä jatkuvasti.

Jos Halkowskin analysoima ristiriita oli luonteeltaan sosiaalinen ja moraalinen, DAVID GREATBATCHIN artikkeli puolestaan käsittelee ristiriitaa, jota voi kuvailla lähinnä tekniseksi. Greatbatch tutkii sekvenssejä, joissa lääkäri kirjoittaa lääkereseptiä tietokoneohjelman avulla kertoen samalla potilaalle sanallista tietoa kyseessä olevasta lääkkeestä. Ristiriita syntyy siitä, että lääkärin on rakennettava toimintaansa samanaikaisesti sekä laitetyöskentelyn että puheen avulla. Seikkaperäisten mikroanalyysien avulla Greatbatch osoittaa, miten tietokoneohjelma koordinoi lääkärin toimintaa siinä määrin, että hän välillä priorisoi laitetyöskentelyä sanallisen informaation jakamisen kustannuksella. Potilaat näyttävät myös tulkitsevan tietokonetyöskentelyn selkeämmin puhetta häiritsevänä toimintamuotona verrattuna siihen, että lääkäri kirjoittaisi reseptiä käsin. Tämä näkyy siinä, että potilaat pyrkivät ajoittamaan vuoronsa sellaisiin hetkiin, jolloin lääkäri ei kirjoita tietokoneella.

Anssi Peräkylä analysoi lääkäreiden diagnoosivuoroja ja potilaiden vastauksia näihin vuoroihin. Näissä sekvensseissä lääkärin ammatillisen auktoriteetin ja potilaan omaan ruumiilliseen kokemukseen liittyvän auktoriteetin kohtaaminen aiheuttaa ristiriidan. Peräkylä luokittelee diagnoosivuoroja eri kategorioihin sen perusteella, tekeekö lääkäri oman päättelyprosessinsa potilaalle näkyväksi vai ei. Peräkylän tutkimus osoittaa, että potilaiden vastaukset ovat minimivastauksia laajempia noin kolmasosassa tapauksista. Potilaat tuottavat useimmiten

laajempia vastauksia tapauksissa, joissa lääkäri ilmaisee diagnosointiprosessinsa eksplisiittisesti. Tästä tuloksesta voimme Peräkylän mukaan vetää suoran lääketieteellisiin käytäntöihin liittyvän johtopäätöksen: lääkäri voi pyrkiä kannustamaan potilasta osallistumaan keskusteluun kuvailemalla omaa päättelyprosessiaan potilaalle.

VIRGINIA TEAS GILLIN ja Douglas W. Maynardin artikkeli on kiinnostava tutkimus potilaiden diagnoosiehdotuksista (suomenkielinen termi Raevaara 2000), joita he tarjoavat sanallisen tutkimuksen aikana. Lääkärit eivät välttämättä ota kantaa potilaiden tällaisissa kohdissa lausumiin diagnoosiehdotuksiin, sillä he pyrkivät saattamaan sanallisen tutkimusvaiheen loppuun ennen tietojen analysointia. Artikkelissaan Gill ja Maynard arvostelevat Mishlerin (1984) tutkimusta, jonka mukaan ristiriita on lääkärin edustaman lääketieteen äänen ja potilaan edustaman elämismailman äänen välillä ja siinä, että lääkäri systemaattisesti ohittaa potilaan näkökulmaa ilmentäviä puheenaiheita. Gillin ja Maynardin mukaan ristiriita sen sijaan syntyy lääkärin vastaanoton kokonaisrakenteen ja keskustelun paikallisen rakentumisen välille. Potilaat kohtaavat ristiriidan, kun he haluavat esittää diagnoosiehdotuksensa relevantissa sekventiaalisessa ympäristössä kuitenkin keskeyttämättä meneillään olevaa toimintaa. Lääkärit puolestaan joutuvat ristiriitatilanteeseen, joka koskee heidän tapansa käsitellä sellaisia diagnoosiehdotuksia, jotka tuotetaan ennen kuin lääkäri on ehtinyt kerätä kaikki tarvittavat tiedot. Potilaat ratkaisevat ristiriidan muotoilemalla diagnoosiehdotuksensa tavalla, joka mahdollistaa sekä niiden käsittelyn että niiden ohittamisen. Potilaat eivät siis vaadi lääkäreiltä vastauksia diagnoosiehdotuksiinsa, mutta tekevät vastaamisen mahdolliseksi. Artikkelin käsittelemää ristiriitaa voi lähinnä kutsua vuorovaikutukselliseksi.

KÄYTÄNNÖN SOVELLUSMAHDOLLISUUDET

Institutionaalinen vuorovaikutus -kokoelman johdannossa Raevaara, Ruusuvuori ja Haakana perustelevat vuorovaikutusprosessin tarkkaa kuvaamista sillä, että se mahdollistaa institutionaalisen toiminnan reflektoinnin. Kirjassa ei anneta ohjeita tilanteiden muuttamiseksi, mutta deskriptiivistä tutkimusta puolustetaan sillä, ettei vuorovaikutustilanteita voida muuttaa tai parantaa, ellei lähtötilanteesta ole perusteellista tietoa. Communication in medical care -teos sen sijaan pyrkii eksplisiittisesti muuttamaan vuorovaikutustilanteita: Heritagen ja Maynardin mukaan kirjan tulisi »tarjota parannuskeinoja vuorovaikutustilanteissa havaittaviin ristiriitoihin». Jää kuitenkin hieman epäselväksi, miten tämä käytännössä tapahtuisi. Toisaalla johdannossa Heritage ja Maynard kirjoittavat, että kirjan jokaisen artikkelin tuloksia voidaan soveltaa käytäntöön ja niiden perusteella voidaan antaa ohjeita siitä, miten lääkärin esimerkiksi tulisi avata keskustelu, suorittaa sanallinen tutkimus tai esittää diagnoosi.

Seuraavaksi tarkastelen, miten käytännön sovellusmahdollisuuksia käsitellään kirjan artikkeleissa. Yleisesti ottaen voidaan sanoa, että jotkin kirjan artikkeleista keskittyvät uuden tiedon tuottamiseen ja deskriptiiviseen analyysiin; ohjeita ei anneta eivätkä artikkelit sisällä suoria viittauksia käytännön sovellusmahdollisuuksiin. Seuraavaksi esitelen lyhyesti muutaman esimerkin kirjan artikkeleihin sisältyvistä suorista viittauksista sovellusmahdollisuuksiin.

Edellä esitellyn Gillin ja Maynardin artikkelin lopussa kirjoittajat toteavat, että lääkärit voivat lisätä herkkyytään potilaiden kokemuksiin kohtaan, jos he ovat tietoisia potilaan diagnoosiehdotuksiin liittyvästä vuorovaikutuksellisesta ristiriidasta. Artikkelin kirjoittajat ohjeistavat lääkäreitä

esimerkiksi kertomaan suoraan, että ne kysymykset, joita lääkärit mahdollisesti kysyvät potilaiden diagnoosiehdotusten jälkeen, pyrkivät selvittämään mahdollisia vaihtoehtoisia selityksiä. Tällä tavalla potilaalle syntyy kokemus kuulluksi tulemisesta, mutta lääkärin ei tarvitse siirtyä ennenaikaiseen diagnoosiin. Vaihtoehtoisesti lääkäri voi ilmoittaa potilaalle ottavansa kantaa tämän diagnoosiehdotukseen myöhemmässä vaiheessa vastaanottoa, esimerkiksi fyysisen tutkimuksen aikana. Lisäksi kirjoittajat korostavat, että lääkärin tulisi kannustaa potilasta esittämään diagnoosiehdotuksensa sanallisen tutkimuksen aikana, jollei tämä tee sitä vapaaehtoisesti. Suhtaudun itse tähän neuvon varauksellisesti; minusta neuvon toimivuus on yhteydessä potilaan yksilöllisiin toiveisiin. Kaikki potilaat eivät välttämättä ole kovin innostuneita tekemään diagnoosiehdotuksia, vaan pitävät diagnoosia lääkärin »omaisuutena», osoituksena lääkärin ammatillisesta pätevydestä. Joissakin tapauksissa potilaan oman käsityksen kysyminen saattaisi jopa vaikeuttaa vuorovaikutusta.

Douglas W. Maynard ja RICHARD FRANKEL toteavat, että heidän tutkimuksellaan on sekä teoreettinen että käytännöllinen päämäärä: he haluavat saada uutta tietoa diagnoseihin liittyvien hyvien ja huonojen uutisten jakamisesta lääkärin vastaanotolla, jotta tätä tietoa voi käyttää lääkäriopiskelijoiden koulutukseen. Maynardin ja Frankelin artikkeli vertailee siis hyvien ja huonojen uutisten kertomista. He tutkivat myös tilanteita, joissa potilas hyvien uutisten jälkeen tuo uuden mahdollisen huolenaiheen lääkärin käsiteltäväksi. Silloin lääkärin on aloitettava alusta, joko esitettävä uusia kysymyksiä tai suoritettava uusi tutkimus. Kirjoittajat esittävät kolme käytännön sovellusmahdollisuutta: 1) lääkärit hyötyisivät itsetuntemuksen harjoittamisesta, 2) lääkäreiden tulisi oppia tiedostamaan, mistä

informaatiosta potilaat hyötyisivät, ja 3) lääkäreiden koulutukseen tulisi sisällyttää tietoa onnistuneista diagnostisen informaation jakamisstrategioista. Artikkelin lopuksi Maynard ja Frankel toteavat jälleen, että heidän tehtävänsä on uuden tutkimustiedon tuottaminen, sillä ilman tutkimusta ja teoreettista tietoa tilanteita ei voida muuttaa.

Yksi kirjan kiinnostavimmista artikkeleista on TANYA STIVERSIN tutkimus siitä, miten lääkäreiden päätökset lasten hoidosta (mahdollisesta antibioottilääkityksestä akuuteilla lääkärin vastaanotoilla) syntyvät lääkäreiden ja vanhempien välisten neuvottelujen tuloksena. Stiversin artikkeli perustuu useampaan aikaisempaan aihetta käsittelevään artikkeliin, ja tuntuu ehkä siksi hyvin rikkaalta ja antoisalta. Stiversin aikaisempi tutkimus on johtanut kvantitatiivisiin tutkimuksiin, jotka selkeästi osoittavat tiettyjen vuorovaikutuskäytänteiden ja antibioottireseptien kirjoittamisen yhteyden. Nämä tutkimukset kertovat niistä vuorovaikutuskäytännöistä, joita lääkärit voivat käyttää ei-toivottujen tulosten estämiseksi.

Stiversin artikkelin aihepiiri on ehkä lääketieteen kannalta kirjan tärkein; onhan tarpeettomien antibioottikuurien syönti kansanterveydellinen ongelma. Tutkimuksessaan Stivers osoittaa lääkäreiden hoitosuosituksen kielellisen muotoilun ja vanhempien hyväksynnän yhteyden: vanhemmat vastustavat herkemmin kielteisesti muotoiltuja, epämääräisiä tai ongelmaa väheksyviä ehdotuksia. Stivers kehottaakin lääkäreitä muotoilemaan hoitoehdotuksensa positiivisella tavalla. Lääkärin ei tulisi aloittaa hoitosuositustaan kiellolla (»En kirjoita hänelle antibiootteja»), vaan vaihtoehtoisen hoitomuodon positiivisella muotoilulla (»Anna hänelle yskänlääkettä»). Näin lääkärit voisivat vaikuttaa kansanterveydellisen ongelman ratkaisemiseen valitsemalla vuorovaikutuskäytänteensä huolellisesti.

▷

LOPUKSI

Kuten yllä on käynyt ilmi, sekä esipuhe että johdanto korostavat kirjan potentiaalia kvantitatiivisen ja laadullisen paradigman rikkojana. Alun tekstit painottavat, että kvantitatiivisten tulosten esittäminen yksityiskohtaisten mikroanalyysien ohella mahdollistaa artikkeleissa esitettyjen tutkimustulosten yleistämisen. Lopuksi otan vielä esiin nämä kaksi asiaa: kirjassa esitetyt kvantitatiiviset tulokset ja kirjan mahdollisen kohderyhmän.

Olen tarkastellut kirjan artikkeleita laadulliseen ja kvantitatiiviseen metodiin jakautuvasta näkökulmasta. Loppujen lopuksi löysin melko niukasti kvantitatiivisia tuloksia, siitäkkin huolimatta, että johdanto korostaa asiaa. Kvantitatiivisia tuloksia oli vain kolmessa kirjan kolmestatoista artikkelista: Jeffrey D. Robinsonin, Anssi Peräkylän ja Tanya Stiversin artikkeleissa. Mikroanalyseja ja kvantitatiivisia tuloksia yhdistetään kaikkein järjestelmällisimmin Anssi Peräkylän tutkimuksessa. Tulos on jokseenkin hämmästyttävä, kun artikkeleissa käytettyjä metodeja verrataan johdannossa esitettyyn teoreettiseen viitekehykseen: Heritage ja Maynard toteavat (s. 8), että »[– –] the chapters of this book offer a framework for granular and quantitative, outcome-oriented analyses».

Kirjan artikkelit ovat kiinnostavia, hyvin kirjoitettuja, ja niissä esitellään uutta tietoa lääkärin vastaanotolla esiintyvistä vuorovaikutustilanteista. Vuorovaikutustilanteiden seikkaperäinen kuvaaminen keskustelunanalyysin metodologiaa käyttäen onkin kirjan vahvimpia puolia. Kirjassa pohjustetaan vahvasti tulosten yleistettävyyttä ja sovellusmahdollisuuksia, mutta siinä suhteessa kirja on hieman epätasainen;

joissakin luvuissa näitä seikkoja käsitellään muita enemmän. Tällä saralla kirja on lähinnä suuntaa antava.

Takakannen mukaan kirja on suunnattu sosiolingvistiikan, vuorovaikutuksen, sosiologian ja lääketieteen alan tutkijoille ja opiskelijoille, ei siis esimerkiksi käytännön työssä toimiville lääkäreille. Toivon, että kirja löytäisi kohderyhmänsä ja myös lääketieteen alalla toimivia ammattilaisia – teos on äärimmäisen kiinnostava ja ansaitsee laajalti huomiota! ■

CAMILLA LINDHOLM

Sähköposti: camilla.lindholm@helsinki.fi

LÄHTEET

- DREW, PAUL – HERITAGE, JOHN (toim.) 1992: *Talk at work*. Cambridge: Cambridge University Press.
- MISHLER, ELLIOT G. 1984: *The discourse of medicine: Dialectics of medical interviews*. Norwood, N.J.: Ablex.
- PERÄKYLÄ, ANSSI 1997: Institutionaalinen keskustelu. – Tainio, Liisa (toim.), *Keskustelunanalyysin perusteet* s. 177–203. Tampere: Vastapaino.
- RAEVAARA, LIISA 2000: *Potilaan diagnoosiehdotukset lääkärin vastaanotolla. Keskustelunanalyttinen tutkimus potilaan institutionaalisisista tehtävistä*. Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran Toimituksia 791. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- RUUSUVUORI, JOHANNA – HAAKANA, MARKKU – RAEVAARA, LIISA (toim.) 2001: *Institutionaalinen vuorovaikutus. Keskustelunanalyttisiä tutkimuksia*. Tietolipas 173. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.