

Helsingin yliopisto
Valtiotieteellinen tiedekunta
Viestintä

HOITAVA VIESTINTÄ LÄÄKÄRIN VAIKUTTAVA VIESTINTÄ POTILASKOHTAAMISESSA

Harry Köhler

Väitöskirja esitetään Helsingin yliopiston valtiotieteellisen tiedekunnan suostumuksella julkisesti tarkastettavaksi Helsingin yliopiston Metsätalon salissa 1 (Unioninkatu 40, 1. kerros) perjantaina 23. elokuuta 2019 klo 12.

Ohjaajat

Professori Päivi Rautava, Turun yliopisto, Turun yliopistollinen keskussairaala
Dosentti Ville Vuorinen, Turun yliopisto, Turun yliopistollinen keskussairaala
Professori Pekka Aula, Helsingin yliopisto

Esitarkastajat

Professori Pauli Juuti, Tampereen yliopisto
Professori Jyrki Korkeila, Turun yliopisto, Turun yliopistollinen keskussairaala

Vastaväittäjä

Professori emeritus Jouko Lönnqvist, Helsingin yliopisto

Helsingin yliopisto Valtiotieteellinen tiedekunta 2019

Valtiotieteellisen tiedekunnan julkaisuja –Publications of the Faculty of Social Sciences 2019:124

© Harry Köhler

ISSN 2343-273X (painettu)

ISSN 2343-2748 (verkkójulkaisu)

ISBN 978-951-51-3403-5 (nid)

ISBN 978-951-51-3404-2 (pdf)

Unigrafia, Helsinki 2019

TIIVISTELMÄ

Terveydenhuollon perustehtävä on terveyden edistäminen ja sairauksien hoito. Lääkärin ja potilaan kohtaamisessa lääkärin viestinnän ensisijaisena tavoitteena tulee olla perustehtävän tukeminen. Lääkäri-potilasviestintää koskevaa tutkimusta tehdään runsaasti, mutta usein se on jäsentymätöntä. Samalla laadukkaan viestinnän kriteerit ovat epäselvät ja näyttävät nojaavan liiaksi potilaan subjektiivisiin kokemuksiin.

Tässä tutkimuksessa viestinnän vaikuttavuutta tarkastellaan potilaan hoidon ja paranemisen edistämisen kannalta. Tutkimusaineiston avulla tarkastellaan lääkärin viestintää potilaskohtaamisessa johtamisviestinnän ja oppimisen näkökulmista. Tällä tarkoitetaan sitä, että lääkärin tavoitteena ja tehtävänä on saada potilas omalla toiminnallaan edistämään hoitoa ja omaa kuntoutumistaan tai paranemistaan. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää lääkärin viestinnän vaikuttavuuden tekijöitä johtamisviestinnän ja konstruktivisen oppimisen käsittelyn avulla.

Tutkimuksessa on kaksi aineistoa. Lääkärien vastaanottojen havainnointiaineistoa analysoidaan laadullisin menetelmin. Johtopäätöksenä tunnistettua hoitavan viestinnän menetelmää testataan lääkärin vastaanottotyössä potilaskyselyillä saadun palauteaineiston avulla. Testiä varten 12 erikoislääkärinä koulutettiin käyttämään hoitavan viestinnän menetelmää, joka pelkistettiin testiä varten kahden kysymyksen ja yhteenvedon muotoon. Ensimmäisessä aineistossa havainnoidaan 36 vastaanottotapahtumaa, toisena aineistona ovat 12:n lääkärin potilailta saadut kyselyvastaukset, yhteensä 59 kpl.

Tuloksena tunnistetaan potilaan reflektio-konstruktio-prosessi. Se tarkoittaa, että kukin potilas reflektoi lääkärin viestintään omalla tavallaan ja rakentaa (konstruoi) oman toimintamallin, jonka mukaan aikoo toimia hoitajakson ajan. Toimintamalli voi olla hoitoa edistävä, mutta se voi olla myös heikentävä esimerkiksi silloin, jos se mahdollistaa hoito-ohjeiden laiminlyönnin. Toiseksi havaitaan, että lääkärin huomio potilaan elämismaailmaan ja arvostukseen - verrattuna siihen, että lääkäri kiinnittää huomiota vain lääketieteen maailmaan - näyttää tukevan potilaan luottamusta hoitoon, potilaan reflektointia sekä hoitoa tukevan toimintamallin rakentamista. Kolmas havainto osoittaa, että potilaan asenteen ja toiminnan muutokseen johtava oppiminen ei välttämättä aina edellytä pitkäkestoista prosessia. Muutos voi käynnistyä hetkessä. Näiden havaintojen johtopäätöksenä rakennetaan kolmivaiheinen hoitavan viestinnän malli.

Tunnettujen potilasta motivoivan viestinnän menetelmien heikkoutena pidetään niiden vähäistä käyttöä terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa. Menetelmä, joka koetaan vaikeaksi oppia tai joka edellyttää pitkää prosessia ja ajankäyttöä, jää usein käyttämättä. Ollakseen vaikuttava lääkärin viestinnän menetelmän tulee olla helposti käyttöön otettavissa koska tahansa vastaanoton keskustelussa. Tässä tutkimuksessa havaitaan, että jo kaksi hyvin valittua kysymystä voivat muuttaa potilaan halua ja kykyä edistää hoitoa.

Teknologian kehitys antaa lääkäreille uusia mahdollisuuksia vastaanottotyön ja hoidon tehostamiseen. Lääkärin ja potilaan henkilökohtainen tapaaminen on silti hoidon kannalta arvokas. Perustellusti voidaan todeta, että sellainen lääkärin viestintä, joka tukee potilaiden kuntoutumista, on hyvää ja vastuullista.

ABSTRACT

SISÄLTÖ

Tiivistelmä	4
Abstract	6
Sisältö	7
Osatöinä julkaistut artikkelit	10
1 Johdanto	11
1.1 Kaksi esimerkkitapausta. Tutkimusaiheen valinta	11
1.2 Lääkärin henkilökohtaisen viestinnän merkitys terveydenhuollon teknologian ja rakenteiden kehittyessä	14
2 Keskinäisviestinnän vaikuttavuus ja oppimisnäkökulma	16
2.1 Koulukunnat johtamisen, viestinnän ja oppimisen tutkimuksessa ja käytännössä	16
2.1.1 Informaation siirto	17
2.1.2 Merkityksiä tuottava vuorovaikutus	19
2.1.3 Käytäntö	20
2.2 Johtamisviestintä ja sen vaikuttavuus	21
2.3 Vaikuttavuus ja oppiminen	23
2.3.1 Johtaminen oppimisnäkökulmasta	23
2.3.2 Oppiminen tietojen ja taitojen lisääjänä	25
2.3.3 Oppimisen tasot	26
2.3.4 Oppiva yksilö ja konstruktiiivinen oppimisnäkemys	31
2.3.5 Kriittinen reflektio ja uudistava oppiminen	33
2.4 Muutokseen tarvitaan voimaa	36
2.4.1 Hallittu vai kaoottinen muutos	36
2.4.2 ”Sisua” vai ”kanttia”	38
2.5 Merkityksen merkitys	41
2.6 Teoreettinen viitekehys ja tutkimus-kysymykset	42
3 Aineisto ja menetelmät	44
3.1 Ensimmäinen aineisto	45
3.2 Toinen aineisto	49
4 Osatöiden esittely	51

4.1 Viestinnän merkitys ja tavoitteiden tunnistaminen lääkärin työssä (Osatyö 1)	52
4.2 Potilaan voimaantuminen ja reflektio - konstruktio -malli (Osatyö 2)	53
4.3 Kahden kysymyksen menetelmä (Osatyö 3)	55
4.4 Jokainen hetki on mahdollisuus vaikuttaa potilaaseen (Osatyö 4)	57
5 Tulokset	58
5.1 Tutkimuskysymys: voidaanko ja jos, niin miten voidaan lääkärin potilaaseen kohdistaman johtamisviestinnän vaikuttavuutta potilaan toimintaan tai toiminnan muutokseen arvioida oppimisen käsitteiden avulla. (Osatyöt 1, 2, 3 ja 4)	58
5.2 Tutkimuskysymys: Mitä on toiminnan muutokseen tähtäävän johtamisviestinnän vaikuttavuus lääkärin ja potilaan keskinäis-viestinnässä	60
5.3 Tutkimuskysymys: Minkälaisia vaikuttavuuden tekijöitä voidaan konstruktivististen oppimismäkemyksien avulla lääkärin viestinnästä potilas-kohtaamisessa voidaan tunnistaa, jäsentää ja arvioida	62
5.4 Tutkimuskysymys: Miten lääkäri viestii vaikuttavasti potilaskohtaamisessa	63
6 Pohdinta ja johtopäätökset	65
6.1 Reflektio viestinnän vaikuttavuuden tunnistamisen ja kehittämisen keinona	65
6.2 Vaikuttavuutta koskevat havainnot ja vaikuttavan viestinnän keinot	65
6.3 Teorian kehittäminen	66
6.4 Menetelmän pohdinta	67
6.5 Käytännöllinen pohdinta. Tulosten hyödyntäminen	70
6.6 Yhteenveto tutkimuksen löydöksistä	70
7 Johtopäätösten soveltamisalueet	73
7.1 Lääkärin viestinnässä	73
7.2 Johtamisviestinnässä yleensä	76
7.3 Potilaslähtöinen hoitava viestintä terveydenhuollon strategisena painopisteenä	77
7.4 Jatkotutkimuksen kohde	77
Kiitokset	79
Lähteet	80

OSATÖINÄ JULKAISTUT ARTIKKELIT

Osatyö 1

Köhler, H. & Rautava, P. & Vuorinen, V. 2017. Hoitava viestintä – lääkärin ja potilaan keskinäisviestinnän vaikuttavuus. Voidaanko hoidon laatua mitata hymiöillä? Katsausartikkeli. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2017;133(8): 735-41. URL: <https://www.duodecimlehti.fi/duo13677>

Osatyö 2

Köhler, H. & Rautava, P. & Vuorinen, V. 2018. Lääkäri viestii, potilas oppii. Alkuperäistutkimus. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2018;134(21): 2147-54. URL: <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2018/21/duo14582>

Osatyö 3

Köhler, H. & Mattila, V. & Vuorinen, V. & Rautava, P. 2018. Kahden kysymyksen menetelmä lääkärin viestinnässä. Alkuperäistutkimus. Lääkärilehti 37/2018 vsk 73. URL: <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/kahden-kysymyksen-menetelma-laakarin-viestinnassa/>

Osatyö 4

Köhler, H. & Vuorinen, V. & Rautava, P. (Lähetetty arvioitavaksi). Jokainen hetki on mahdollisuus vaikuttaa potilaaseen

'Täs on sulle aurinko'

[Lääkäri] sano mulle, että mä en uutta aurinkoa nää - - Mä sanoin että varmana nään. Se toi mulle rollaattorin, 'täs on sulle aurinko'. Mä sanoin et kiitos! Häh häh! Ja tässä sitä ollaan.

1 JOHDANTO

Esimerkkitapauksissa havainnollistuu sanojen ja tekojen välinen kuilu ja herää kysymys viestinnän vaikuttavuudesta. Todetaan vuorovaikutuksen merkitys uudistuvassa sosiaali- ja terveydenhuollossa.

1.1 KAKSI ESIMERKKITAPAUSTA. TUTKIMUSAIHEEN VALINTA

Viestinnän tärkeys lääkärin työssä tunnustetaan laajalti. Näkemys hyvän viestinnän kriteereistä ja tekijöistä on epäselvä ja sattumanvarainen niin alan tutkimuksen, lääkärin viestintäkoulutuksen kuin yleisen keskustelunkin piirissä. Tässä tutkimuksessa selvitetään laadukasta lääkärin viestintää potilaskohtaamisessa johtamisen, viestinnän ja oppimisen käsitteiden avulla. Tutkimusaiheen rajaaminen lähti johtamisen tarkastelusta yritysorganisaatiosta. Aineisto ja havainnot veivät tutkimuksen tekijän huomion terveydenhuoltoon ja lääkärin viestintään potilaskohtaamisessa. Seuraavassa esimerkkitapaukset 1 ja 2 kuvaavat tutkimuksen kohdetta ja huomion vaihtumista yrityskontekstista terveydenhuoltoon ja lääkärin ja potilaan kohtaamiseen.

Esimerkkitapaus 1. Johtamisen vaikuttavuutta havainnollistava esimerkkitapaus yritysorganisaatiosta:

Päivittäistavaroita valmistava kansainvälinen yritys lanseeraa uuden pakkauskoon Suomessa. Kansainvälisestä organisaatiosta on annettu Suomen toimistolle ohjeet siitä, miten uutuuksia esitellään jälleenmyyjille. Tältä pohjalta Suomen toimiston markkinointiosasto tekee myyntikokousta varten esittelykansion ja ohjeistuksen siitä, miten myyntiedustajien kentällä tulee toimia ja miten sisäostajien kysymyksiin tai vastaväitteisiin vastataan. Myyntiesitystä myös harjoitellaan kokouksessa.

Myyntikokouksen jälkeen edustajan mennessä ensimmäisen suuren asiakkaan luokse asiakas ei halua kuulla myyntipuhetta, vaan pyytää vain saada hinnat. Edustaja noudattaa asiakkaan pyyntöä ja jättää esittelykansion laukkuunsa. Kauppoja syntyy, kuten ennenkin, mutta uutuustuotteen myyntipuhe jää pitämättä.

Esimerkkitapaus kuvaa viestintätilannetta, jossa aluksi päällisin puolin kaikki näytti olevan kunnossa ja kaikki osapuolet näyttivät olevan siinä käsityksessä, että toimenpide toteutuu sovitusti. Edustajien ja sisäänostajien kohtaaminen oli tärkeä lenkki siinä prosessissa, jolla pitkään valmisteltu markkinointiviesti oli tarkoitus välittää kuluttajille. Koska tuotteet myytiin jälleenmyyjien kautta, oli tuotteen esillepano ja näkyvyys tärkeää. Uusi pakkauskoko antoi hyvän mahdollisuuden välittää jälleenmyyjille kohdistettua viestiä siitä, miten koko tuoteperhe uutuuspakkaus mukaanlukien edistää jälleenmyyjän omaa liiketoimintaa. Tämä kaikki oli siis käsitelty myyntikokouksessa. Edustajilla oli tiedot siitä, mikä oli kampanjan tarkoitus ja sisältö ja miten se tuli jälleenmyyjälle kertoa. Jossain määrin tuntui jopa siltä, että myyntiedustajat olivat asiasta innoissaankin. Kuitenkin sovittu myyntiesitys jäi pitämättä. Edustaja saattoi olla tyytyväinen siitä, että kauppoja syntyi entiseen tapaan, mutta hän ei ajatellut tai halunnut ajatella, että sovitun myyntisanoman tarkoitus oli varmistaa tulevaisuuden myyntimenestys. Kyseisen myyntiedustajan kantti ei sillä kertaa kestänyt kokeneen ostajan edessä. Mahtoiko hän itse ajatella tarvitsevansa lisää neuvoja ja ohjausta siitä, mitä pitää tehdä? - Ei ajatellut. Tiedän, koska itse olin tuo henkilö vuonna 1985.

Esimerkkitapaus herättää kysymyksiä siitä, miten uutuuslanseerauksen toteutunut viestintä toteutti lanseerauksen suunnittelijoiden alkuperäisiä aikomuksia ja mitä vaikutuksia myyntiedustajille kohdistetulla viestinnällä käytännössä oli. Miten uutuus todellisuudessa esiteltiin sisäänostajille? Muuttivatko myyntiedustajat totuttuja työskentelytapojaan juuri tämän uutuuden kohdalla? Miten edustaja toimi esimerkiksi silloin, kun asiakas sanoi, että ”jätä vain se esittelykansio sinne laukkuusi ja kerro mulle hinnat”? Miten hyvin kansainvälinen organisaatio arveli päätöstensä toteutuvan kentällä annettuaan perusteellisen ohjeistuksen markkinointiosastolle? Miten hyvin ne todellisuudessa toteutuivat? Tämä tapaus on esimerkki organisaation johtamisen ja olemassaolon kannalta oleellisesta kysymyksestä: vastaavatko käytännön teot julkilausuttuja aikomuksia. Tapauksessa näyttää olevan kyse aiotun ja toteutuneen välisestä kuilusta. Oli hyvin valmisteltu suunnitelma, ja kaikki muut toimenpiteet suunniteltiin sillä lähtöoletuksella, että suunnitelma pitää ja että myyntiedustajat hoitavat osuutensa markkinointiviestin välittämistä jälleenmyyjille. Miksi näin ei käynyt? Johtuiko aiotun ja toteutuneen välinen kuilu siitä, että ohjeet ja mallit olivat liian kaukana todellisuudesta eivätkä siksi olleet helppoja soveltaa arjen käytännössä? Vai vaikuttiko laiminlyöntiin myyntiedustajan oma motivaation puute tai osaamattomuus ja siitä mahdollisesti seuraava itseluottamuksen puute? Arvioitaessa aiottuun toimintaan ryhtymistä edistäviä ja estäviä seikkoja voidaan ensiksikin kysyä, mitä toimintaa edistäviä vaikutuksia viestinnällä oli. Toiseksi voidaan tarkastella sitä, mitkä

myyntiedustajasta itsestään lähtöisin olevat seikat vaikuttivat toimintaan ryhtymistä edistävästi tai heikentävästi. Kolmanneksi huomio kohdistuu kontekstitekijöihin, jotka edistivät tai estivät toimintaa.

Tämän tapauksen pohdinta on kiinnittänyt huomiotani siihen, että viestinnällä vaikuttamiseen tarvittavat keinot ovat ilmeisesti erilaiset riippuen siitä, millä tasolla ja miten voimakkaasti halutaan vaikuttaa. Jos tavoitteena on saada aikaan toimintaa, muutos asenteissa tai tiedoissa ei riitä. Kyseisessä myyntiedustaja-tapauksessa, jossa johtamistavoite oli toiminnallinen, tämä näkyi selvästi. Edustajan tiedot ja asenne ehkä muuttuivat, mutta toiminta ei. Johtamisviestinnässä oli siis jotakin sellaisia ominaisuuksia, jotka saivat edustajassa aikaan tiedollista oppimista ja mahdollisesti myös asenteellista. Mitä olisi tarvittu lisää, jotta toimintakin olisi muuttunut? Koska osapuolet olivat kumpikin hyvässä uskossa sen suhteen, että viestintä oli hyvin hoidettu ja aiottuun toimintaan ryhtymisen suhteen ei ollut esteitä, tapaus sai kysymään, tunnistivatko myyntiedustaja ja hänen esimiehensä, millä tasolla annetut toimintaohjeet vaikuttivat. Olivatko johtamisen keinot samalla tasolla kuin tavoitteet olivat?

Tuon tapauksen pohdinta herätti myös huomaamaan, että ihmisyhteisössä asiat eivät aina etene lineaarisesti, päätetty ei aina toteudu ja sovittu ei aina päde, vaikka osapuolet olisivat niin halunneet ja olettaneet. Esimerkkitapauksen aikaansaama pohdinta siitä, että sanottu ei ole tehty, herätti kasvavan mielenkiinnon siihen, miten yhteistyössä asioista sopiminen ja toiminnan johtaminen todellisuudessa tapahtuu. Myöhemmin työssäni yrityskonsulttina kahdenkymmenen vuoden aikana olen päässyt havaitsemaan, miten oppimisen illuusio näkyy työyhteisöjen johtamisessa. Tämä on ohjannut kouluttautumistani ja työskentelyäni ja sai ryhtymään johtamisviestinnän tutkimukseen. Johtamisviestintää koskevaan kirjallisuuteen perehtyminen ja aineistonkeruu sai uuden käänteen seuraavasta esimerkkitapauksesta, joka sekkin sattui itselle:

Esimerkkitapaus 2: Lääkärin viestinnän vaikuttavuutta havainnollistavat kaksi vastaanottotilannetta:

Ortopedi sanoi polvipotilaalle, että lenkkeily pitää lopettaa kokonaan. Potilas harmistui omasta huonosta tilastaan, alkoi siksi askeltaa varoen, ja polvi kipeytyi entisestään. Potilas meni toiselle lääkärille, joka sanoi, että ei tilanne niin paha ole, mutta älä maratonia juokse. Potilas huojentui, hankki uudet tossut ja opetteli joustavamman juoksutekniikan. Polvi parani.

Lääkäri ei kummassakaan tapauksessa tehnyt mitään lääketieteellisiä toimenpiteitä eikä varsinaisesti antanut hoito-ohjeita. Potilaan terveydentilan muutos - ensimmäisessä tapauksessa huonompaan suuntaan, jälkimmäisessä parempaan - tapahtui yksinomaan potilaan oman käyttäytymisen seurauksena, ja käyttäytymisen käynnistäjänä oli lääkärin viestintä. Tapaus kiinnitti huomioni siihen, että lääkärin viestintä potilaskohtamisessa näyttää muistuttavan johtamista siinä suhteessa, että -

samoin kuin organisaation johtaja - lääkäri voi viestinnällään vahvistaa tai heikentää toisen henkilön toimintaa tavoitteen hyväksi. Tämä huomio herätti kiinnostukseni tutkia keskinäisviestinnän vaikuttavuutta nimenomaan lääkärin ja potilaan kohtaamisessa.

1.2 LÄÄKÄRIN HENKILÖKOHTAISEN VIESTINNÄN MERKITYS TERVEYDENHUOLLON TEKNOLOGIAN JA RAKENTEIDEN KEHITTYESSÄ

Julkisten sosiaali- ja terveyspalvelujen siirtyminen kunnilta ja kuntayhtymiltä maakunnille ja palvelujen järjestäminen alueiden väestöjen kannalta tarkoituksenmukaisesti on mittava johtamisen haaste. Uusien toimintatapojen jalkauttaminen käytännön toiminnaksi vaatii aikaa ja vaikuttavaa viestintää kaikilla organisaatiotasoilla. Potilaiden näkökulmasta uudistukseen liittyy myös paljon uutta opittavaa. Sote-uudistukseen liitetyt asiakaslähtöisyyden tavoitteet muuttavat terveyspalvelujen käyttämistä. Potilailta odotetaan entistä enemmän aloitteellisuutta. Vuorovaikutus terveydenhuollon ja potilaiden välillä on siis entistäkin tärkeämpää. Koska sote-uudistus koskee kaikkia rakenteita valtakunnallisesta hallinnosta yksittäiseen potilaskohtaamiseen, viestien tulee vaikuttaa tasoilta toisille. Johtoryhmien tulee ymmärtää ja ottaa huomioon potilaiden tarpeita, ja johdon päätösten tulee ulottua läpi organisaatioiden aina potilaskohtaisiin asti.

Pyrkimyksiä tuottavampaan ja tuloksekkaampaan terveydenhuollon palvelujen tuottamiseen on kaikilla tasoilla. Suoritteiden laatua pyritään mittaamaan ja optimoimaan monin tavoin, mutta ongelmana on tavoitteiden ja sitä kautta mittareiden moninaisuus. Helpoimmin - ja ehkä myös yleisimmin - mitattavia asioita ovat ne, jotka tunnetaan. Prosessien mittaaminen on helpompaa kuin hoitotulosten. Potilaiden hetkellisen tyytyväisyyden mittaaminen on helpompaa kuin hoidon vaikutusten heidän elämäänsä. Laajalti käytössä oleva lean-kehittämisfilosofialla pyritään tekemään prosesseista tuottavampia, mutta edellä mainittu mittaamisen haaste koskee myös sitä. Potilaiden elämän, arvostusten ja tarpeiden kuunteleminen ja ymmärtäminen on välttämätöntä, jotta luotettavasti voidaan puhua arvon tuottamisesta terveydenhuollossa.

Teknologian kehitys siirtää yhä enemmän potilaan asiointia terveydenhuollon kanssa verkkon ja digitaalisten päätelaitteiden kautta tapahtuvaksi. Henkilökohtaisen kohtaamisen merkitystä voidaan pitää sen vuoksi entistä tärkeämpänä. Uuden teknologian ansiosta potilaat tietävät tai olettavat tietävänsä sairauksista ja niiden hoidosta paljon. Vastaanotolle tullessaan potilas on voinut jo muodostaa käsityksen diagnoosista ja tarvittavista toimenpiteistä. Sellaisen potilaan kohtaaminen poikkeaa monin tavoin tietämättömänä vastaanotolle tulevan potilaan kohtaamisesta. Vaikka

potilas voi teknologian avulla saada tietoa ja ohjausta entistä enemmän, on lääkärillä henkilökohtaisessa kohtaamisessa muihin käyttöliittymiin verrattuna edelleen ylivertainen mahdollisuus ymmärtää potilaan tuntemuksia ja välittää huomiota ja empatiaa.

Potilas on myös yhä tietävämpi ja tiedostavampi. Sen seurauksena lääkärin ja potilaan kohtaamisessa on nousemassa uudenlaisia viestinnän merkitystä korostavia haasteita. Vaihtoehtoiset hoidot, ekologisuus ja asenne lääkityksiin ja rokotuksiin ovat esimerkkejä ajassa esiintyvistä arvostuksista, joita potilas voi kokea merkityksellisinä ja jotka voivat vaikuttaa hänen suhtautumiseensa ja yhteiskykyynsä hoidossa.

Lääkärin viestinnän vaikuttavuutta on tutkittu hoitomyöntyvyyden näkökulmasta. Hoito-ohjeiden noudattamista tarkoittavan compliance-käsitteen rinnalle on viime vuosina yhä enemmän alettu puhua hoitoon sitoutumisesta (adherence) tai hoidosta sopimisesta (concordance) pyrittäessä tasavertaisempaan ja potilasta päätöksentekoon enemmän osallistavaan yhteistyöhön (Enlund ym. 2013).

Vuorovaikutustilanne on tärkeä osa potilaan hoitoa, ja viestinnällä vaikuttamiseen on syytä kiinnittää huomiota. Viestinnän tärkeyden tiedostaminen näyttää viime vuosina kasvaneen lääkäreiden keskuudessa. Siitä huolimatta viestinnän osuus lääkäreiden perusopetuksessa, erikoistumisessa ja ammattitaidon ylläpitämisessä samoin kuin julkaistuissa ammatillisissa ja tieteellisissä artikkeleissa on edelleen vähäinen. Esimerkiksi Turun yliopiston lääketieteen kandidaatin opinto-oppaan mukaan tutkintoon kuuluu vuorovaikutusopintoja yhden opintopisteen verran. (Osatyö 1)

Nähtävästi viestinnän vaikuttavuutta on tutkittu ja edelleen tutkitaan vähemmän kuin viestinnän vaikutuksia. Oppimisteoriat tarjoavat johtamisen ja viestinnän tutkimiseen kiinnostavan näkökulman erityisesti sen vuoksi, että oppimisen teorioiden kehittämisessä ja koulukunnissa sadan vuoden takaisesta historiasta nykypäivään näyttää olevan huomattavan paljon yhteistä viestinnän ja johtamisen teorioiden kehittämisen ja koulukuntien kanssa. Tässä työssä selvitetään ja arvioidaan johtamisen ja oppimisen näkökulmien hyödyntämistä lääkärin viestinnän vaikuttavuuden tutkimisessa.

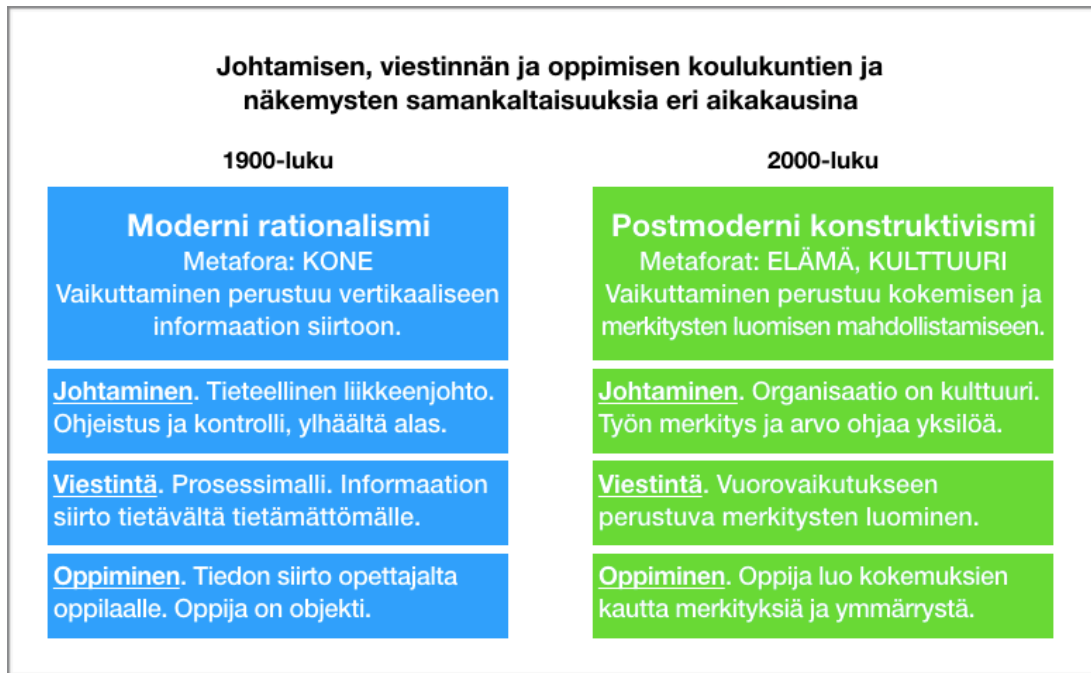
Kirjallisuuskatsauksessa kiinnitän huomiota viestinnän, johtamisen ja oppimisen koulukuntien yhdenmukaisuuksiin eri aikakausina ja määrittelen sitä kautta teoreettisen viitekehyksen. Eri aikoina vallitsevat koulukunnat näyttäytyvät kaikille yhteiskunnan jäsenille eri elämänvaiheissa esimerkiksi kasvatuksen, koulun, työn, median ja markkinointiviestinnän välityksellä vahvistaen yhteistä käsitystä siitä, minkälaisen vaikuttavuuden keinojen oletetaan olevan hyviä ja suositeltavia. Lääkärin ja potilaan kohtaamisista kootun tutkimusaineiston analyysin ja tulosten toivon olevan yleistettävissä potilastyön kehittämisen lisäksi myös yritysorganisaatioiden johtamiseen ja yhteistyöhön.

2 KESKINÄISVIESTINNÄN VAIKUTTAVUUS JA OPPIMISNÄKÖKULMA

Tässä kappaleessa tuodaan esiin johtamisen, viestinnän ja oppimisen koulukuntien samankaltaisuus sadan vuoden ajan. Todetaan, että johtamisessa, viestinnässä ja opettamisessa on kysymys samasta asiasta, merkityksien luomisen prosessista. Lääkäriin viestintää voidaan tarkastella johtamisviestintänä ja vaikutusta potilaaseen voidaan tarkastella oppimisen näkökulmasta. Potilaan reflektointi ja voimaantuminen ovat hänelle oppimisen ja toiminnan muutoksen tekijöitä.

2.1 KOULUKUNNAT JOHTAMISEN, VIESTINNÄN JA OPPIMISEN TUTKIMUKSESSA JA KÄYTÄNNÖSSÄ

Viestinnän, johtamisen ja oppimisen koulukuntien kehityksessä voidaan sadan vuoden aikana havaita yhdenmukaisuuksia ja analogioita. 1900-luvulla tunnustettu moderni rationalismi on saanut rinnalleen ihmisen motivaatioita, tunteita ja tarpeita ymmärtävään pyrkiviä näkemyksiä ja erityisesti nykyaikana tunnustettuja konstruktivistisia näkemyksiä, joihin sisältyy luottamusta yksilön kykyyn itse löytää kokemuksiansa avulla uusia tapoja katsoa elämäänsä, maailmaa tai esimerkiksi annettua tehtävää (Kuvio 1). Rationalismin aikakauden vaikuttamisen keinot johtamisessa, viestinnässä ja opettamisessa lähtevät oletuksesta, että jokin toimintaohjetta, tietoa tai osaamista koskeva informaatio tulee jakaa siltä, jolla se on, sille, jolla sitä ei vielä ole (Järvinen 1951, Ausubel, Novak, Hanesian 1978, Wiio 1994, Fiske 1992). Kone-metaforaa mukaillen vaikuttaminen nähdään ennustettavana tapahtumasarjana, jossa tietty input tuottaa tietyn outputin (Morgan 1997, Aula 1999). Sata vuotta myöhemmin vallitseva konstruktivismiin uskova ajattelutapa ottaa huomioon elämän ja kulttuurien monimuotoisuuden. Tällöin yhteisenä piirteenä johtamisen, viestinnän ja opettamisen nykyajattelussa huomio kiinnittyy erityisesti osapuolten yhteiseen merkitysten luomiseen ja jakamiseen vaikuttavuuden tekijänä. (Fiske 1992, Morgan 1997, Aula 1999, Shafritz & Ott 2001, Meisalo, Sutinen & Tarhio 2003, Puro 2008, Seeck 2008).



Kuvio 1: Kooste johtamisen, viestinnän ja oppimisen koulukuntien ja näkemysten keskinäisistä samankaltaisuuksista eri aikakausina (Järvinen 1951, Ausubel, Novak, Hanesian 1978, Wiio 1994, Fiske 1992, Morgan 1997, Aula 1999, Shafritz & Ott 2001, Meisalo, Sutinen & Tarhio 2003, Puro 2008, Seeck 2008)

Nykyisin terveydenhuollossa korostetaan potilaslähtöisyyden ja potilaan osallistamisen tärkeyttä. Tämä voidaan nähdä pyrkimyksenä irtautua rationalistisista ihmisiin vaikuttamisen tavoista kohti ihmisläheisempiä ja yksilön autonomiaa kunnioittavia, 1900-luvun jälkipuoliskolla heränneitä ja 2000-luvulla tunnustettuja näkemyksiä johtamisesta, viestinnästä ja oppimisesta. Koulukuntien kehityksessä havaittavat vähintäänkin näennäiset yhdenmukaisuudet antavat aiheen pohtia tämän tutkimuksen teoreettista viitekehystä koskevia valintoja johtamisen, viestinnän ja oppimisen näkökulmista.

Aula (2000) määrittelee keskeisenä erona viime vuosikymmenellä hallinnoitavan klassisen ja nykyaikaa kohti jalansijaa saaneen uuden johtamista ja organisaatiota koskevan näkemyksen välillä: klassinen organisaatio koostui ryhmästä ihmisiä, joilla oli yhteinen tavoite. Ihmisten odotukset ja toiveet nähtiin lähtökohtaisesti esteinä organisaation tehtävälle. Siksi ihmisten odotettiin mukautuvan organisaation tavoitteisiin. Uudella ajalla nähdään päinvastoin. Inhimilliset odotukset ja tarpeet nähdään organisaation voimavarana, ja siksi organisaation tulee mukautua ihmisiä varten.

2.1.1 Informaation siirto

Usko tieteen, teknologian ja järjen mahdollisuuksiin kuvastuu viime vuosisadan alun yhteiskuntateorioissa. Aikana, jolloin tietoa oli paljon, mutta sitä oli eliitillä enemmän kuin kansalla, oli luonnollista ajatella, että opettaminen ja oppiminen perustuu tiedon siirtämiseen tietävältä tietämättömälle, viestintä perustuu informaation välitykseen ja johtaminen perustuu ohjeisiin ja kontrolliin. Nuo viime vuosisadan alkupuolella vallinneet silloista modernia aikaa kuvastavat rationalistiset näkemykset huokuvat luottamusta järkeen. Näkemyksissä korostuu ajatus, että johtaminen, viestintä ja oppiminen perustuvat tietoon, joka on siirrettävissä tunnettujen mallien mukaisesti. Viestinnän tutkimuksen alkuaikoina 1940-luvulla tarkasteltiin ärsykkeen vaikutuksia kohteessaan. Kun ärsykkeen lähettäjänä ja kohteena oli ihmisiä, tarkastelun kohteena oli sanomien siirto. (Esim. Fiske 1992, 19; Wiio 1994, 84) Shannonin ja Weaverin mallin pohjalta 1949 alkunsa saanut viestinnän prosessinäkemyks (Fiske 1998, 19) syntyi ja kehittyi aikana, jolloin klassisen koulukunnan organisaatioteoriat olivat vallitsevia tutkimuksessa ja käytännössä. Sanomien siirtoa tarkastelevan mallin mukaan viestinnän onnistumisessa on kysymys siitä, miten suuri osa viestistä menee muuttumattomana perille ja kuinka paljon viestistä katoaa tai muuttuu matkalla. Kun sanoma on onnistuneesti mennyt perille, viestin vastaanottaja tietää jotain, mitä hän ei tiennyt ennen. Viestinnän ensisijainen tavoite ja haluttu vaikutus on viestin lähettäjän haluama muutos vastaanottajan tiedoissa. Fiske (1992, 50) korostaa, että sanomien siirtomallissa tuloksena on sanomien 'vaikutus', ei sanomien merkitys.

Tuon aikakauden näkemystä johtamisesta puolestaan kuvaa Kyösti Järvisen teoksessa Liikeorganisaatio ensimmäisessä painoksessa vuonna 1936 esitetty kanta: "Jokaisella liikkeenjohtajalla ja jokaisella huomattavaan asemaan aikovalla ja työllään edistymään pyrkivällä liikeapulaisella täytyy olla halua ja taipumusta työhön liikkeenhoidon järjestämiseksi tieteellisiä periaatteita silmälläpitäväksi" (Järvinen 1951, 225). Max Weberin ja Frederic Taylorin viime vuosisadan alkupuolella esittelemä ja sittemmin vallitsevaksi paradigmaksi kehittynyt tieteellinen liikkeenjohto näyttää sopivan ongelmattomasti yhteen sen kanssa, että samalla aikakaudella viestintä nähtiin lähettäjän ja vastaanottajan välisenä yhteen suuntaan kerrallaan etenevänä prosessina.

Jos viestintä ymmärretään vain signaalien siirtona, on vastaavasti oppiminen ymmärrettävissä signaalien vastaanottamiseksi ja vastaanotetun informaation kautta omaksutuksi tiedoksi. Oleellista on, että siirtoteoriaan liittyvissä käsityksissä tieto nähdään yleisesti oikeana kuvana todellisuudesta. Tieto on riippumatonta siitä, kuka sen on tuottanut. Tieto on "kylmää". (Säljö 2004, 23,24).

Suurimman osan 1900-lukua vallinneen behavioristisen oppimisenäkemyksen mukaan todellisuus perustuu absoluuttisille ajan ja avaruuden käsitteille. Tietoa voidaan siirtää opettajalta oppilaalle. Opiskelun muotoina luentojen seuraaminen ja kirjallisuuden lukeminen ovat etusijalla. (Meisalo, Sutinen & Tarhio 2003, 40-42).

2.1.2 Merkityksiä tuottava vuorovaikutus

Viime vuosisadan jälkipuoliskolla kritiikki tieteellistä liikkeenjohtoa kohtaan kasvoi. Morganin (1997) termejä soveltaen ”kone”-metaforan aikakaudesta siirryttiin uusiin ajatuksiin, joita kuvaavat paremmin sellaiset metaforat kuin ”elämä” tai ”kulttuuri”. Viestinnän teoriaa tutkivien keskuudessa vahvistui tarve entistä enemmän ottaa huomioon viestivän ihmisen ja viestinnän vastaanottajan välinen vuorovaikutus, henkilökohtaiset tuntemukset ja viestin sisällölle annetut merkitykset. Postmoderni organisaationäkemys samoin kuin viestinnän merkitysnäkemys kumpikin ottavat huomioon epärationalisenkin inhimillisen kokemuksen (esim. Fiske 1998, 60; Shafritz & Ott 2001, 470).

Nykyisin vallitsevissa viestinnän, johtamisen ja oppimisen määritelmässä on tunnusomaista puhe merkityksistä ja merkityksiä luovista prosesseista, jotka syntyvät viestien ja kokemusten reflektoinnin seurauksena. Viestinnän merkityskoulukunnan huomio kiinnittyy ihmisten kesken sanomien avulla luotuihin merkityksiin (Aula 1999, 22; Aula 2008, 17). Viestinnän merkitysnäkemys on nykyisessä viestinnän tutkimuksessa laajalti tunnustettu. ”Karkeistaen: kuka tahansa voi sanoa mitä hyvänsä ja vasta kuuntelija antaa sanotulle merkityksen” (Puro 2008, 231). Monissa organisaatioviestinnän määritelmässä näkyvät vaikutteet prosessi- ja merkitysnäkemyksistä (Aula 2008, 16). Puhuttu ja kirjoitettu kieli kantaa merkityksiä. Kieli on mekanismi, jonka avulla tuotamme ja jaamme merkityksiä ja tallennamme tietoja, käsityksiä ja ymmärrystä (Säljö 2004, 33). Osaamme kääntää kielellisiä ilmiöitä, termejä ja käsitteitä fyysiseksi toiminnaksi (Säljö 2004, 33). Kun viestinnän vaikutusta tarkastellaan merkitysnäkökulmasta, viestinnällä välitetty tieto on vain väline. Kun vastaanottaja antaa vastaanottamalleen sanomalle merkityksen, hän ymmärtää tai tuntee jotakin eri tavalla kuin ennen.

Nykykäsityksessä korostuu ajatus, että johtaminen on viestintää ja ilman viestintää ei ole johtamista (Aula 1999; Aula 2000). Viestinnän merkitys- ja prosessinäkemyksen synteesi näkyy organisaatio- ja johtamisviestinnän määritelmässä (Aula 1999,22; Åberg 2006). Konstruktivistiset oppimisenäkemykset korostavat, että tiedon omaksuminen perustuu sisäisen tietorakenteen kehittymiseen; jokaisella yksilöllä on oma tiedon rakenteensa, josta uuden tiedon on löydettävä oma paikkansa. (Meisalo, Sutinen & Tarhio 2003, 40-42). Ihmisaivoissa uusi asia yhdessä aikaisemman tietorakenteen kanssa muodostaa uuden kokonaisuuden, jossa on osia sekä uudesta että vanhasta. Toisaalta jos uusi asia ei ole sovitettavissa yhteen vanhan tietorakenteen kanssa, jää uusi täydentämään olemassaolevaa tietorakennetta sen erillisenä osana (Ausubel, Novak, Hanesian 1978, 125-127). Mezirowin (1995, 17) mukaan oppiminen on prosessi, jossa merkitysten luomisen ja muokkaamisen kautta syntyy uutta ymmärtämistä, arvottamista ja toimintaa. Merkityksen antamista korostaa myös Säljö (2002, 142), joka määrittelee oppimisen tietojen, valmiuksien ja ymmärryksen omaamiseksi. Oppiminen tuottaa taidon ratkaista, mikä on olennaista. Oppija ymmärtää siis merkityksen.

2.1.3 Käytäntö

Vaikka aikakaudet viestinnän, johtamisen ja oppimisen tutkimuksessa muuttuvat, ei ole varmaa, että ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa käytännöt muuttuvat samaan tahtiin. Kouluopetuksessa uudet opetus suunnitelmat heijastavat kyllä selvästi konstruktivistisia näkemyksiä, ja on syytä uskoa teorian siirtyvän käytäntöön. Johtamisen ja viestinnän alalla sensijaan havaitaan kannatusta näkemyksillä, että sadan vuoden takaiset paradigmat vallitsevat edelleen (Juuti 2001, 394). Flood, Drogmoole, Carroll ja Gorman (1999, 1) kuvaavat organisaatioiden haasteita sanoilla “third generation strategies using second generation organization structures and processes and first generation managers”.

Seeck (2008, 288) toteaa rationaalisten johtamisoppien hallinneen Suomessa toisen maailmansodan jälkeen. Johtajuuden paradigmat ovat Seeckin mukaan kehittyneet meillä siten, että tieteellisen liikkeenjohdon opeista siirryttiin suoraan seuraavaan rationaaliseen oppiin, rakenneteorioihin. Ajallisesti näiden väliin kansainvälisessä katsannossa jäänyt ihmissuhdekoulukunta sai suomalaisessa johtajuudessa vähemmän jalansijaa. Vastaavasti 1980-luvulla Yhdysvalloissa vahvistuneet kulttuuriteoriat omaksuttiin täällä myöhään, ja ne ovat 2000-luvulla väistymässä seuraavan rationaalisen opin, innovaatioteorian tieltä. (Seeck 2008, 287).

Tiedon muuttuminen viestinnän tavoitteena ei liene nykyäänkään vanhentunut eikä mekanistisia näkemyksiä ole syytä hylätä. Jokainen vastaanottaa jatkuvasti viestejä, joiden lähettäjä on tarkoittanut saattaa vastaanottajan tietoon jotakin, mitä tämä ei ennen tiennyt. Uudemmat viestinnän tutkimuksen koulukunnat ovat tämän lisäksi tuoneet tarkasteluun muita viestinnän vaikutuksia, joita muutos tiedoissa ei kokonaan selitä. Viestintää, johtamista ja oppimista kuvaavat teoriat osuvat ehkä parhaiten oikeaan, kun ne kaikki hyväksytään yhdessä. Viestinnän tuottamien merkitysten syntyyn vaikuttaa niin viestin perillemeno kuin osapuolten asenteet toisiinsa ja viestittävään asiaan (Jaatinen 2003, 35, Lönnqvist 2002, 94). Tämän tutkimuksen kohteena oleva tilanne – henkilön tavoite vaikuttaa viestinnällä toisen henkilön toimintaan – voidaan nähdä luonteenomaisesti prosessina, ja siten viestinnän prosessinäkemys on luonnollinen. Jos kuitenkin omaksutaan myös viestinnän merkitysnäkemys, on pystyttävä soveltamaan sitä tuon viestintätapahtuman arvioinnissa. Aulan mainitsema Danielsin ym. määritelmä antaa varsin hyvän lähtökohdan mainitun viestintätapahtuman arviointiin. Sen mukaan viestintä on kahden tai useamman henkilön sanallisen ja ei-sanallisen vuorovaikutuksen avulla jakamia merkityksiä (“...shared meaning created among two or more people through verbal and non verbal transaction”) (Daniels ym. 1997, 92 lähteessä Aula 1999, 11). Tuossa määritelmässä esitetty viestinnän prosessi- (tai siirto-) ja merkitysnäkemyksen synteesi on myös tässä tutkimuksessa noudatettava näkemys viestinnästä.

2.2 JOHTAMISVIESTINTÄ JA SEN VAIKUTTAVUUS

Rinnastan lääkärin viestinnän potilaskohtamisessa johtamiseen sillä perusteella, että molemmissa tapauksissa tavoitteena on saada johdettava - lääkärin kohdalla potilas - aloitteellisesti ja omia tietojaan, taitojaan ja kokemuksiaan hyödyntäen toimimaan tavoitetta edistävällä tavalla. Organisaation johtamisessa kyse on organisaation strategian ja tavoitteiden edistämisestä. Potilaan kohdalla tavoitteena on oman terveyden edistäminen sekä hoidon ja kuntoutumisen tukeminen.

Åbergin (2006 214) määritelmän mukaan johtamisviestintä on ”organisatorisissa puitteissa tapahtuvaa johtamistyötä, jossa korostuvat asioiden tulkinta, toimintaan tarvittavan tiedon tuottaminen ja jakaminen, yksilöiden ja ryhmän työn suuntaus, organisointi, valvonta, motivointi ja kannustaminen sekä vuorovaikutus ja yhteisöllisyys”. Määritelmä edustaa näkemystä johtamisen ja viestinnän kiinteästä yhteydestä. Vuorovaikutuksen, yhteisöllisyyden ja tulkinnan korostamisen voidaan nähdä edustavan viestinnän merkityskoulukuntaa ja tavalla, josta löytyy konstruktiiiviseen oppimiskäsitykseen yhteensopivia tarkastelukulmia. Viestintä edellyttää kontekstia tullakseen ymmärrettäväksi, ja konteksti vaikuttaa siihen, miten viesti ymmärretään (Bateson 1987,276; Säljö 2004,136). Lääkärin ja potilaan kohtaamisessa organisaatiokonteksteiksi voidaan ajatella toisaalta terveydenhuoltoa tuottava organisaatio, toisaalta potilaan henkilökohtainen lähipiiri. Potilaan aiemmat kokemukset terveystalveluiden käytöstä voivat olla se konteksti, jossa lääkärin viestintä vaikuttaa potilaaseen. Esimerkiksi asiakaspalvelu, opasteet tai odotustilat samoin kuin sote-uudistusta koskeva uutisointi tai sairauksia koskeva nettikirjoittelu voivat vaikuttaa siihen, minkälaisin odotuksin potilas saapuu vastaanotolle ja miten hän kokee siellä saamansa viestit.

Tarkastelen viestinnän vaikuttavuutta sen mukaan, mitä muutoksia se aiheuttaa kohteessaan. Åberg esittää, että muutos voidaan nähdä suhteessa tavoitteisiin, suhteessa aikaisempaan tai suhteessa johonkin ulkoiseen kohteeseen (Åberg 2000, 269). Viestinnän vaikuttavuuden onnistumisen kannalta nimenomaan tavoitteiden mukainen muutos on merkityksellinen. Jos johtamisviestintä saa aikaan muutoksia suhteessa aiempaan tai suhteessa ulkopuoliseen kohteeseen, mutta nämä muutokset eivät ole tavoitteen kannalta merkitseviä, muutos ei osoita sellaista viestinnän vaikuttavuutta, joka tekisi johtamisesta vaikuttavampaa. (Osatyö 4)

Argyris (2004, 54) määrittelee tehokkaan johtamisen ensisijaiseksi perustaksi sen, että johtaja kykenee saamaan organisaatiossaan aikaiseksi mahdollisimman paljon sellaista käytännön toimintaa, joka auttaa organisaatiolle asetettujen tavoitteiden saavuttamista. Tämä määritelmä korostaa johtajuuden kykyä aikaansaada toimintaa. Muunlainen vaikuttaminen ei siis riitä. Argyris toteaa, että toimintamallien viemisessä käytäntöön esiintyy aina aiotun ja toteutuneen välisiä kuiluja, jotka voivat johtua kahdesta syystä. Ensiksikin ohjeet ja mallit pystyvät vain osittain kuvaamaan todellisuutta, eivät täydellisesti. Toiseksi, ihmisyksilöiden motivaation

ja kapasiteetin täydellinen hallinta ja ohjailu on mahdotonta.

Stenvall & Virtanen kiinnittävät huomiota työyhteisön muutosprosessiin ja oppimisen mekanismiin siinä, ja he tarkastelevat Argyrisin hengessä sanojen ja tekojen välistä kuilua. Tarkastellessaan muutosprosessia oppimisen näkökulmasta he etsivät sanojen ja tekojen välisen kuilun syitä siinä, minkälaista oppimista on tarkoitus saada aikaan ja miten sitten käytännössä tapahtuu. He toteavat, että puhe oppimisen kannalta tärkeästä kriittisestä reflektiosta voi helposti jäädä hokeman tasolle. Reflektiivinen toimintatapa ei käytännössä suinkaan ole itsestänselvyys, vaikka se tiedettäisikin periaatteessa suotavaksi tavaksi toimia. Emme välttämättä tunnista tai pysähdy arjen rutiinien keskellä pohtimaan ajattelu- ja toimintatapojamme. ”Saatamme kuvata toimintaamme eri tavoin kuin miten itse asiassa toimimme.” (Stenvall & Virtanen 2007, 13)

Viestintään sisältyy aina vaihteleva määrä sellaista vaikuttavuutta, jota viestintätapahtumassa mukana olevat eivät näe, mutta jota siinä kuitenkin on. Riippumatta siitä, tarkastellaanko viestintää prosessina vai merkitysten luomisena, tahattomia vaikutuksia esiintyy. Tätä tukeva voimallinen kannanotto sisältyy Wiion lakiin (Wiio 1994, 224): ”viestintä epäonnistuu aina - paitsi sattumalta”. Viestinnän prosessiin kuuluu lähettäjistä, kanavasta ja vastaanottajasta johtuvia häiriöitä, jotka muuttavat viestiä (Wiio 1994, 67, 213-222). Merkitysten luomisessa puolestaan esimerkiksi sanoihin ja eleisiin liittyvät yksilölliset sivumerkitykset muokkaavat viestiä (Wiio 1994, 104 ja 114; Åberg 2000, 37). Viestinnän tavoitteesta poikkeava vaikutus voi johtua myös kontekstitekijöistä. Kulloinenkin tilanne määrittelee tulkinnan rajat (Åberg 2000, 36). Viestinnän häiriöt, sivumerkitykset ja kontekstitekijät voivat muuttaa myös niiden viestien vaikuttavuutta, joita viestijä tietoisesti tuottaa. Silloin viestintä voi vaikuttaa eri tavalla kuin viestijä tarkoitti ja miten hän mahdollisesti luuli viestin vaikuttavan. Myös nämä vaikutukset voivat olla tavoitteen kannalta epäedullisia tai edullisia (vrt. Lönnqvist 2002, 94-95) – siitä huolimatta, että Wiion laissa mainitaan vain epäonnistuminen.

Tarkasteltaessa 1900- ja 2000-luvuilla tuotettua organisaatioviestintää ja terveydenhuollon viestintää koskevaa kirjallisuutta vahvistuu Åbergin (2000, 266) esittämä havainto, että viestinnän tutkijat ja konsultit ovat suorastaan ”kaihtaneet viestinnän vaikuttavuuden arvioinnin problematiikkaa” (Åberg 2000, 266). Erityisesti keskinäisviestinnän vaikuttavuudesta kirjoitetaan edelleen varsin vähän. Tuntuu siltä, että mitä lähempänä kahden osapuolen vuorovaikutuksen mikrotilannetta ollaan, sitä vähemmän on aineistoa. Kun organisaatioviestintää käsittelevässä kirjallisuudessa on asiantuntijoiden toimesta tarkasteltu vaikuttavaa viestintää, useammin huomio näyttää olevan viestinnän vaikutuksissa kuin viestinnän vaikuttavuudessa. Esimerkiksi Wiion Viestinnän perusteet -teoksessa (1973) esitellään viestinnän vaikutusta kuvaavia malleja, joissa huomio kiinnittyy siihen, minkälaisia vaikutuksia viestintä saa aikaan, ei siihen mikä viestinnässä tekee siitä vaikuttavan. Myös Åberg kiinnittää huomiota viestinnän vaikutuksiin tarkastelemalla sitä, millä tasolla organisaatioviestintä vaikuttaa (Åberg 2002).

Johtamisviestinnän teoriaa väitöskirjassaan rakentanut Salminen (2000) puolestaan kiinnittää päähuomion viestinnän vastaanottajiin. Hän tyypittää vastaanottajat kahden ominaisuuden avulla, ja tekee sen perusteella johtopäätöksiä siitä, miten viestintä vaikuttaa näiden kahden tyyppin edustajiin. Vuonna 2008 julkaistussa professori Leif Åbergin juhlakirjassa 22 suomalaista eturivin asiantuntijaa pohtii organisaatioviestintää eri näkökulmista. Vaikka moni kirjoittaja toteaa keskinäisviestinnän vaikuttavuuden tärkeyden, sitä koskevaa tieteellistä analyysiä eivät kirjan toimittajan, professori Pekka Aulan lisäksi muut kirjoittajat kohdista huomiota. Monen kirjoittajan mielenkiinto näyttää kohdistuvan työyhteisöön kollektiivisesti ja viestinnän vaikutuksiin työyhteisössä. Kahden yksilön välinen keskinäisviestintätilanne ja viestinnän vaikuttavuus siinä saa vähemmän huomiota. Myös terveydenhuollon viestintää koskevassa kirjoittelussa näkyy samanlainen painotus. Viestinnän ja vuorovaikutuksen tärkeys tunnustetaan, mutta sitä koskevien artikkeleiden päätelmänä on useissa tapauksissa ollut, että viestintään ja vuorovaikutukseen tulee ylipäätään kiinnittää huomiota (Christianson 2012, Vatjus 2014). Suomalainen lääkärin vastaanoton vuorovaikutustutkimus näyttää painottuvan enemmän potilaskokemukseen kuin hoitovaikutuksiin (Sorjonen ym. 2004).

2.3 VAIKUTTAVUUS JA OPPIMINEN

Säljö (2004) pohtii kysymystä siitä, kuinka tulisi viestiä, jotta ihmiset voisivat saada tietoja ja valmiuksia. Käsitys tehokkaasta oppimisesta – vaikka se olisi vääräksi osoitettu - voi olla niin sisäistetty itsestänselvyys, että se muuttuu näkymättömäksi, toisin sanoen, sitä ei tunnista. Esimerkkinä itsestään selvinä pidetystä oppimiskäsityksestä Säljö mainitsee viestinnän siirtoteorian, joka on aikojen kuluessa tehnyt läpimurron ja tullut näkymättömäksi. Ylhäältä alas tapahtuva tietojen valuttaminen tietävältä (opettaja) tietämättömälle (oppilas) on juurtunut niin itsestään selväksi opettamisen käytännöksi, että useimmissa tapauksissa siihen todellakaan ei kiinnitä huomiota, eikä sitä sen vuoksi kyseenalaisteta (vrt. Säljö 2004, 46). Lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksessa Säljön kuvaama tietävä-tietämätön-asetelma on ilmeinen. Siirtoteoria voi olla lääkärille itsestänselvänä oletettu potilaaseen vaikuttamisen keino, jonka pätevyyttä ei kumpikaan osaa kyseenalaistaa.

2.3.1 Johtaminen oppimisnäkökulmasta

Argyris tarkastelee sellaista johtamista, vuorovaikutusta ja yhteistoimintaa, joka saa aikaan muutoksia yksilöiden tiedoissa, asenteissa ja toiminnassa. Vaikka Argyris ei käytä oppimisen käsitteitä, hän käsittelee kuitenkin niitä edellytyksiä, joiden pitää toteutua, jotta yksilö toimii asetetun tavoitteen hyväksi. Argyris muotoilemassaan teoriassa (micro-causal theory of implementation, Argyris 2004, 55) esittää, että toimiakseen asetettujen tavoitteiden hyväksi yksilöltä vaaditaan

- tietoa siitä, mitä pitää tehdä
 - taitoja ja kykyjä
 - halua toimia
 - mahdollisuutta toimia (esim. johdon lupa, viralliset ja epäviralliset normit)
- Kun nämä toteutuvat, yksilö toimii asetettujen tavoitteiden hyväksi.

Johdannossa esitetyn myyntiedustaja-tapauksen näkökulmasta Mezirowin (1995a, 17) esittämä oppimisen prosessi - oppiminen on prosessi, jossa merkitysten luomisen ja muokkaamisen kautta syntyy uutta ymmärtämistä, arvottamista ja toimintaa - on tärkeä siltä kannalta, että johdettavana olevalta myyntiedustajalta odotettiin nimenomaan sellaista oppimista, joka johtaa toimintaan. Näyttää siltä, että - Mezirowin esittämin käsittein - *ymmärtäminen* ja *arvottaminenkin* toteutuivat tässä tapauksessa, mutta oppiminen ei ollut niin voimallista, että siitä olisi seurannut *toimintaa*. Tapaus herättää kysymyksen, mitä sellaista oppimisen prosessissa jäi puuttumaan, joka olisi tuottanut ymmärtämisen ja arvottamisen lisäksi toimintaa. Argyrisin teoria jättää huomiotta yhden tekijän, itseluottamuksen, joka saattoi olla tapauksen kannalta merkityksellinen. On mahdollista, että edustaja olisi osannut toimia oikein ja olisi halunnutkin. Hänellä oli siihen myös valtuutus. Tilanne oli kuitenkin sellainen, että itseluottamus ei riittänyt. Taitojen ja kykyjen lisäksi tarvittiin siis uskoa siihen, että osaa ja voi toimia.

Novak käsittelee rinnakkain opettamista ja johtamista. "Hyvä johtaminen ja hyvä opettaminen perustuvat samoihin periaatteisiin" (Novak 2002, iv). Novak määrittelee mielekkään oppimisen näin: "Mielekkästä oppimista tapahtuu, kun oppija ja opettaja onnistuvat neuvottelemaan ja jakamaan tiedonyksikön merkityksen". Mielekäs oppiminen on avainkäsite ja se on vastakohta ulkoa oppimiselle. Hyvä opettaja auttaa oppilasta siirtymään ulkoa oppimisesta mielekkääseen oppimiseen pohtimalla merkityksiä yhdessä oppijan kanssa (Novak 2002,22). Novak mainitsee työnsä tärkeimmäksi lähtökohdaksi David Ausubelin 1963 luoman teorian mielekkäästä oppimisesta, jossa yksilöä autetaan oppimiensa käsitteiden ja väittämien avulla itse luomaan uusia merkityksiä (Novak & Gowin 1995, 10). Mielekäs oppiminen edellyttää *tiedollista* (kognitiivista), *tunnepohjaista* (affektiivista) ja *toiminnallista* (psykomotorista) eheytymistä ja se johtaa voimien lisääntymiseen (empowerment), sitoutumiseen ja vastuunottoon (Novak 2002, 24 ja 32-38). Itseluottamus ei Novakin määritelmässä ole kovin korostetusti mukana, mutta välillisesti sen todetaan kuuluvan mukaan. Mielekkään oppimisen tulemana mainittujen sitoutumisen ja vastuunoton lisäksi kolmantena tulemana mainittu voimien lisääntyminen (empowerment) käsittää tiedot, taidot ja itseluottamuksen (Novak 2002,24). Myyntiedustaja-tapauksessa toimintaa vastustavana voimana oli asiakkaan voimallinen vastustus. Se voimien lisääntyminen, jota nuori edustaja olisi sitoutumisen ja vastuunoton ohella tarvinnut, olisi mahdollisesti edellyttänyt nimenomaan itseluottamusta. Edustajan tiedot ja taidot olisivat todennäköisesti riittäneet, mutta hän ei ehkä itse uskonut niiden riittävyteen tarpeeksi. Toisessa johdannossa esitetyssä esimerkkitapauksessa (tapaus "polvi") potilaan vaivan pahenemisen - ja toisen lääkärikäynnin jälkeen paranemisen - syynä näyttää olevan

nimenomaan kokemus omasta tilasta. Kun potilaan usko omaan tilaan ja sitä kautta itseluottamus vahvistuivat, muuttuivat myös potilaan käytös ja toiminta polven paranemista edistäväksi.

2.3.2 Oppiminen tietojen ja taitojen lisääjänä

Viime vuosikymmenten oppimispsykologinen tutkimus on painottanut oppijälähtöisyyttä, oppijan henkilökohtaisen toimintatavan ja persoonallisen kokemuksen huomioonottamista oppimistapahtumassa. Sydänmaanlakka (Sydänmaanlakka 2007, 33) määrittelee oppimisen prosessiksi, jossa yksilö hankkii tietoja, taitoja, asenteita, kokemuksia ja kontakteja, jotka johtavat hänen toimintansa muutoksiin. Behavioristisen oppimiskäsityksen väistyessä konstruktivismin tieltä yhä vankemmin ollaan sitä mieltä, että tuo prosessi on vuorovaikutteinen. Oppimiseen liittyy jonkin tiedon, tunteen tai teon kokeminen siten, että tuo kokemus aiheuttaa kokijan tiedoissa, taidoissa ja asenteissa pysyviä muutoksia. (Soini 2001, 1; Novak 2002, 22). Muutoksien pysyvyyttä korostavat myös Huczynski & Buchanan (2001, 110), jotka pitävät oppimista kokemusten kautta tapahtuvana tiedon hankinnan prosessina, joka saa aikaan pysyviä muutoksia oppijan toiminnassa.

Oppimisen tulos. Oppimista koskevia teorioita ja koulukuntia on eri aikakausina yleensä luokiteltu sen mukaan, miten oppimista psykologisena ilmiönä tai prosessina voidaan arvioida ja mitä lähestymistapoja ja menetelmiä on pidettävä oppimisen kannalta tuloksekkaina. Tuon lisäksi tärkeää on itse varsinaista oppimista koskeva pohdinta: mitä oppimisen tuloksena syntyy, miten oppimisen tuloksia voidaan jäsenellä ja arvioida. Oppimista voi syntyä opettamalla tai ilman opettamista. Opettamisella on jokin tarkoitus, ja siksi oppimistuloksen määrittely on opettamisen onnistumisen arvioinnin kannalta tärkeää.

Oppimista voidaan tarkastella laajuudeltaan ja näkökulmaltaan eri tavoin. Oppiminen voi myös olla monen tasoista. Viimeisen sadan vuoden aikana, kun oppimista ja opetusta on systemaattisesti tutkittu, oppimisen on nähty tuottavan oppijassa vaikutuksia hyvinkin erilaisin painotuksin. Pavlovin ja Skinnerin ehdollistamiskokeiden tuloksena opettamisesta tehdyt havainnot antoivat ymmärrystä siitä, miten ärsykkeet ja toistot saivat aikaan toimintaa (Schiffman & Kanuk 2007: 201). Armeijan ja sodankäynnin tarpeet ovat tuottaneet opetusmenetelmiä, joissa on korostunut totteleminen ja toiminta. Kouluopetuksessa erityisesti behaviorismin valtakaudella painotettiin tiedon merkitystä. Tämän tutkimuksen kannalta kiinnostavinta on oppimisen tuloksena potilaassa saavutettu halutun tarkoituksen, toisin sanoen hoidon ja oman kuntoutumisen edistämisen kannalta hyödyllinen toiminta.

Suurimman osan 1900-lukua vallinnut behavioristinen oppimisnäkemys kouluopetuksessa nojasi vahvasti tiedon siirtämiseen opettajalta oppijalle. Järjen ja

tiedon lisääntyminen oli tavoite. Vuosisadan puolivälissä oppimiskäsityksiä voimakkaasti uudistaneet Piaget ja Ausubel edustivat edelleen kognitiivista oppimisnäkemystä. Oppimisen tuloksista puhuttaessa heidän huomionsa näyttävät koskevan pääasiassa tiedon ja ymmärryksen kasvattamista. Rajanveto tietämisen, osaamisen ja toiminnan välillä ei aina ole selvä. Esimerkiksi lapsi, joka oppii puhumaan, toimii oppimansa ansiosta uudella tavalla, hän puhuu. (Vygotski 1978 ja 1982; Säljö 2004,64).

2.3.3 Oppimisen tasot

Novakin (2002,iv) väittävä, että opettamisessa ja johtamisessa on kyse samasta asiasta – yhdessä sen käsityksen kanssa, että johtamisen tulee aikaansaada johtamistavoitetta edistävää toimintaa (esim. Lönnqvist 2002,9; Drucker 2002,20) – asettaa odotuksia sille, että oppimisen tulisi tuottaa tietojen, taitojen, ymmärryksen ja henkisen kasvun lisäksi myös toimintaa. Sellaiset oppimismallit, joissa nähdään oppijan saavan tiedollisten ja taidollisten valmiuksien lisäksi myös voimia ja kykyä muuttaa käyttäytymistä tai toimintaa, ovat tämän tutkimuksen tutkimuskysymysten kannalta kiinnostavia.

Oppimisen ja toiminnan yhteys tulee selvästi käsitellyksi Benjamin Bloomin työryhmän luomassa ja useiden tutkijoiden edelleen kehittämässä oppimisen tavoitetaksonomiassa, jota edelleen nimitetään Bloomin tavoitetaksonomiaksi. Uudistettuja versioita Bloomin malleista on nimitetty myös ”uudeksi” tai ”uudistetuksi” Bloomin tavoitetaksonomiaksi (Bloom ym. 1971; Bloom ym 1972/56; Krathwohl 2002). Bloomin tavoitetaksonomiaa on pidetty yhtenä tärkeimmistä opetussuunnitelmiin vaikuttavista kirjoituksista 1900-luvulla (Shane 1981,311). Bloomin taksonomia luotiin alunperin akateemisen opetuksen suunnittelua varten, mutta Bloom ym (1971,20) määrittelevät oppimisen muutosprosessiksi (process of change). Oppimisen vaikutuksesta oppijassa tapahtuu muutos. Oppija on jossakin suhteessa erilainen kuin ennen, ja hän on myös muuttunut suhteessa toiseen henkilöön, joka ei ole läpikäynyt oppimista. Tuon oppijassa tapahtuvan muutoksen määrittely on opettajan määriteltävissä oleva tavoite ja sen perusteella oppimistuloksia voidaan arvioida. Oppimisen tavoitetaksonomiassa oppimisen käsitettä jäsennetään sen mukaan, minkälaiseen tiedon omaksumisen ja toiminnan muutoksen edellytyksiin pyritään.

Bloom ym. (1956/72) kuvaavat oppimisen syventymistä vaiheittain. Bloomin työryhmän mukaan oppimistapahtumassa on kyse eheytymisestä, jossa oppimista tapahtuu kognitiivisen, affektiivisen ja psykomotorisen eheytyksen kautta. Eheytyminen tarkoittaa uuden tiedon, tunteen tai kokemuksen kiinnittymistä ihmismieleessä jo olevaan materiaaliin.

Alkuperäinen Bloomin taksonomia (Bloom ym. 1956/72) rakennettiin vain kognitiivisen alueen pohjalta (Taulukko 1). Affektiivisen ja psykomotorisen alueen

mallit tulivat myöhempien tutkijoiden ja työryhmien toimesta. Alkuperäinen oppimisen tavoitetaksonomia tarkoittaa oppimisen jäsentämistä kuudelle eri tasolle siten, että kukin taso edellyttää edellisen tason saavuttamista. Kuudes taso tarkoittaa syvällisintä, suurinta oppimisen tasoa.

COGNITIVE DOMAIN

KNOWLEDGE

1.00 KNOWLEDGE (tieto)

- 1.10 knowledge of specifics
 - 1.11 knowledge of terminology
 - 1.12 knowledge of specific facts
- 1.20 knowledge of ways and means of dealing with specifics
 - 1.21 knowledge of conventions
 - 1.22 knowledge of trends and sequences
 - 1.23 knowledge of classification and categories
 - 1.24 knowledge of criteria
 - 1.25 knowledge of methodology
- 1.30 knowledge of the universals and abstractions in a field
 - 1.31 knowledge of principles and generalizations
 - 1.32 knowledge of theories and structures

INTELLECTUAL ABILITIES AND SKILLS

2.00 COMPREHENSION (käsittäminen)

- 2.10 translation
- 2.20 interpretation
- 2.30 extrapolation

3.00 APPLICATION (sovellus)

4.00 ANALYSIS (analyysi)

- 4.10 analysis of elements
- 4.20 analyses of relationships
- 4.30 analysis of organizational principles

5.00 SYNTHESIS (synteesi)

- 5.10 production of a unique communication
- 5.20 production of a plan, or proposed set of operations
- 5.30 derivation of a set of abstract relations

6.00 EVALUATION (arviointi)

- 6.10 judgements in terms of internal evidence
- 6.20 judgements in terms of external criteria

Taulukko 1: Alkuperäiset kognitiivisen alueen oppimisen tasot (Bloom et al 1956/72,201-207; Krathwohl ym. 1964/71,186-193)

Alkuperäinen Bloomin taksonomia jäsentää oppimisen tasoja tietojen, ymmärtämisen, soveltamisen, analysoinnin, johtopäätösten teon ja arvioinnin kannalta. Viestinnässä, opettamisessa ja johtamisessa osoitetut yhdenmukaisuudet ja niitä koskevien periaatteiden samankaltaisuus antaa aiheen olettaa, että samanlainen

malli on sovellettavissa viestinnällä vaikuttamisen tulosten arviointiin. Edellä esitetyssä jäsentelyssä kohta 5.20 SYNTHESIS / production of a plan, or proposed set of operations näyttäisi olevan lähellä tutkimusongelman määrittelyn yhteydessä kuvattua johtamistilannetta ja siinä havaittavaa johtamisviestinnän tavoitetta, vaikka on todettava että ”production of a plan” ja ”proposed set of operations” eivät vielä ole sama asia kuin toimintaan ryhtyminen. Ne voidaan nähdä enemmänkin edellytyksinä ryhtyä toimintaan. Bloom ym. näkevät oppimisen tunnettujen vaiheitten kautta etenevänä lineaarisena prosessina. Väittämä, että jokainen oppimisen taso edellyttää edellisten tasojen toteutumista, tekee viestinnällä vaikuttamisesta polun, jota pitkin toimintaan päästään. Tuota väittämää tasojen hierarkiasta on myöhempien tutkijoiden toimesta kyseenalaistettu, ja uudistamisen ja täydentämisen yhteydessä tasojen järjestyksiä on muutettu ja nimetty toisin. (Anderson & Krathwohl 2001). On hyvin selvää, että ajatus hierarkisten vaiheiden kautta etenevästä muutoksesta sopii huonosti myös Aulan ja Åbergin näkemyksiin viestinnällä vaikuttamisesta harhailun, kaaoksen, epäjatkuvuuksien ja leimahduksien kautta.

AFFECTIVE DOMAIN

1.0 RECEIVING (ATTENDING)

- 1.1 awareness
- 1.2 willingness to receive
- 1.3 controlled or selected attention

2.0 RESPONDING

- 2.1 acquiescence in responding
- 2.2 willingness to respond
- 2.3 satisfaction in response

3.0 VALUING

- 3.1 acceptance of a value
- 3.2 preference of a value
- 3.3 commitment

4.0 ORGANIZATION

- 4.1 conceptualization of a value
- 4.2 organization of a value system

5.0 CHARACTERIZATION BY A VALUE OR VALUE COMPLEX

- 5.1 generalized set
- 5.2 characterization

Taulukko 2: Oppimisen tavoitetaksonomia affektiivisellä alueella Krathwohl, Bloom ja Masia (1971/64,176-185)

Krathwohl, Bloom ja Masia (1971/64,176-185) avaavat ja jäsentävät oppimisen tavoitetaksonomia affektiivisellä alueella (Taulukko 2). Hierarkian alimmalla askeleella (receiving) tarkastellaan tiedon vastaanottamista siltä kannalta, onko tiedon vastaanottaja passiivinen vai aktiivinen, vastahakoinen vai halukas tiedon

vastaanottamiseen. Samoin kakkostasolla (responding) kiinnitetään huomiota oppijan omaan haluun ja aktiivisuuteen ollakseen osallisena tai tekemisissä opetettavan asian suhteen. Kolmostasolla (valuing) huomiota kiinnitetään asenteeseen, arvostuksiin ja motivaatioon opetettavaa asiaa kohtaan. Nelostasolla (organization) kyse on oppijan kokemista erilaisista arvostuksista, joita opittavaan asiaan liittyy ja näiden arvostusten priorisoinnista. Tämä taso antaa oppijalle pohjaa opittavan asian arvioimiseen ja soveltamiseen erilaisissa asiayhteyksissä. Viitostasolla (characterization) oppija sisäistää asian niin, että hän omista lähtökohdistaan näkee sillä olevan luonteen tai arvon.

Psykomotorisen oppimisen alue tarkoittaa fyysisiä tai motorisia taitoja, materiaalien tai kohteiden käsittelyä tai muuta toimintaa, joka vaatii kehon hallintaa ja koordinaatiota. (Krathwohl ym. 1971/64,7). Tavoitetaksonomian psykomotorisen tasojen määrittelyssä ei Bloom itse ollut mukana. Jäsentelyä on hänen jälkeensä tehty usean tutkijan ja ryhmän toimesta. Näistä tunnetuimpia ja viitatuimpia ovat Simpsonin (1972), Harrow'n (1972) ja Daven (1970) esittämät jäsentelyt.

Näiden mallien mukaiset tasot voidaan kuvata rinnakkain (Taulukko 3):

THE PSYCHOMOTOR DOMAIN

Simpson	Harrow	Dave
1. Perception	1. Reflex movement	1. Imitation
2. Set	2. Basic-fundamental movements	2. Manipulation
3. Guided response	3. Perceptual abilities	3. Develop precision
4. Mechanism	4. Physical abilities	4. Articulation
5. Complex overt response	5. Skilled movements	5. Naturalization
6. Adaptation	6. Non-discursive communication	
7. Origination		

Taulukko 3. Oppimisen tavoitetaksonomia. Psykomotorinen oppimisalue, kolme versiota. (Simpson 1967,62-66; Harrow 1972,1-2; Huitt 2003).

Simpson määrittelee alimmaksi tasoksi havainnon (perception), joka koskee aistihavaintoja ympäristöstä, havaintoja koskevia valintoja ja havaittujen seikkojen tärkeyden tai merkityksen tunnistamista. Toinen taso on valmistautuminen (set), jossa on kyse henkisestä, fyysisestä ja tunnetason asennoitumista, joka antaa valmiuden reagoida havaintoon. Kolmannella tasolla, autettu reaktio (guided response), kyse on jäljittelystä ja oppimisesta yrityksen ja erehdyksen kautta. Neljännellä tasolla saavutetaan rutiini (mechanism), jossa myös oppijan itseluottamus vahvistuu. (Simpson 1967,64-66, Harrow 1972,23). Harrow

(1972,23-24) kritisoi Simpsonin sinänsä arvossa pitämänsä mallia sen vuoksi, että kahta alinta tasoa ei oppimistilanteessa voida havainnoida. Tasojen kolme ja neljä ongelmana on se, että ne pätevät peräkkäisten motoristen taitojen oppimiseen kesken oppimisprosessin siten, ettei siinä vaiheessa hänen osaamisestaan voida tehdä päteviä havaintoja. Näinollen, Harrowin mielestä Simpsonin määrittelemistä tasoista käytännössä käyttökelpoisia ovat vain kolme ylintä tasoa: monimutkaisten taitojen hallinta (complex overt response), soveltaminen (adaptation) ja luova taso (origination). Harrow (1972,vii) esittää oman versionsa oppimistasojen luokittelusta välineeksi, jonka avulla opettaja voi tunnistaa oppijan tunnusomaisen käyttäytymisen kullakin psykomotoriselle tasolle. Harrow toteaa, että luokittelu palvelee opetussuunnitelman teossa ja opetuksen tavoiteasettelussa, kun tavoitteena on oppijan psykomotorisen kehityksen edistäminen.

Daven (Huit 2003) luokittelu on edellisiä pelkistetympi. Sen tasoja ovat jäljittely (imitation), ohjeen mukainen toiminta (manipulation), hyvä suoritus (precision) ja soveltaminen (articulation). Oppimistasot edustavat näkyvissä olevaa toiminnallisuutta, eivät oppijan sisäisiin havaintoihin, asenteisiin tai kykyihin perustuvia tiloja. Sen vuoksi Daven malli vaikuttaa edellisiä soveltuvammalta lääkäri-potilaskohtaamisessa tapahtuvan oppimisen tarkasteluun johtamisviestinnän näkökulmasta.

Tutkimusaineiston analysointia varten tiivistän Bloomin tavoitetaksonomiasta esitetyt versiot kolmessa kategoriassa kolmeen tasoon. Tiedollisen oppimisen tasoina esitetään tässä tietäminen, ymmärtäminen ja soveltaminen sekä arviointi ja uudistaminen. Tunneoppimisen tasoina vastaavasti esitetään vastaanottaminen, hyväksyminen sekä sisäistäminen ja priorisointi. Toimintaoppimisen tasoja ovat mallin mukaan suorittaminen, oma-aloitteinen toiminta sekä rutiinomainen toiminta. (Taulukko 4). Tätä jakoa käytetään tässä tutkimuksessa apuna potilaiden oppimisen tason tunnistamisessa.

Tiedollinen oppiminen
i. Tietää ohjeistuksen
ii. Ymmärtää ja soveltaa
iii. Arvioi ja uudistaa
Tunneoppiminen
i. Vastanottaa ohjeistuksen
ii. Hyväksyy
iii. Sisäistää ja priorisoi
Toimintaoppiminen
i. Suorittaa mallin mukaan
ii. Toimii oma-aloitteisesti
iii. Toimii rutiininomaisesti

Taulukko 4. Bloomin tavoitetaksonomiasta esitetyt versiot kolmessa kategoriassa kolmeen tasoon. Muokattu lähteissä esitettyjä malleja yhdistäen (Bloom et al 1956/72,201-207; Krathwohl ym. 1964/71,186-193, Simpson 1967,62-66; Harrow 1972,1-2; Huitt 2003).

2.3.4 Oppiva yksilö ja konstruktivinen oppimisenäkemys

Konstruktivistisissa oppimisenäkemyksissä oppija voidaan nähdä subjektina ja opettaja oppimisen mahdollistajana (Rauste - von Wright & von Wright 1997,19). Oppimisessa on kysymys enemmän kuin vain tietojen hankkimisesta. Säljö liittää oppimisen määritelmään kyvyn hankkia kokemuksia ympäristöissä, joissa fyysiset ja älylliset välineet asetetaan saataville yksilölle kohtuullisella tavalla ja joissa niitä käytetään osana konkreettista toimintaa. Näinollen on suuri ero, kun verrataan pelkkää tietojen hankkimista ja käsitejärjestelmien ja valmiuksien omaksumisen sallivien kokemusten hankkimista. (Säljö 2004,241.) Säljön oppimismääritelmässä korostuu oppijan itsensä rooli: oppimiseen kuuluu kokemusten hankkiminen ja niistä saatu kyky omaksua uutta. Oppia ei voi kaataa toisen päähän ulkoapäin, vaan oppijan on itse käytettävä saatavilla olevia mahdollisuuksia oppimista tuottavien kokemusten hankintaan. Ylhäältä alas –opetuksessa ei synny käsitystä käsiteltävästä ilmiöstä, minkä vuoksi ymmärryksestä tulee sekä viestinnällinen että pedagoginen ongelma (Säljö 2004,215). Jos käsiteltävänä ilmiönä on potilaan sairaus ja sen hoito, potilaan pohdintaa ja ymmärrystä vaativien asioiden kirjo on laaja käsittäen lääketieteelliset argumentit ja potilaan omaan elämään ja arkeen liittyvät odotukset ja reunaehdot. Tässä katsannossa lääkärin antama hoito-ohje ilman vuorovaikutteista tilanteen punnitsemista voi joissakin tapauksissa jäädä potilaalle liian niukaksi ja vaikeaksi sisäistää ja hyödyntää.

Opettamisessa tai viestinnällä vaikuttamisessa on tärkeää tuntee ne oppimisen ja ongelmanratkaisun strategiat, joita oppija käyttää uuden tiedon omaksumiseen. Oppimisen strategiaan vaikuttaa myös se konteksti, jossa tietoa opitaan ja käytetään. Lääkärin ja potilaan kohtaamiseen sovellettuna tämä voidaan nähdä niin, että vastaanottotilanne, jossa potilas saa tietoa, on erilainen konteksti kuin potilaan arki, jossa hän käyttää tietoa. Sen vuoksi lääkärin tulisi viestiä sanomansa siten, että tieto on kytkettävissä moneen kontekstiin. (Rauste - von Wright & von Wright 1997,162-163,169 ja 170.)

Argyris (2004, 230-232) tarkastelee organisaation oppimista yksilöiden toimintaa ohjaavien ajattelumallien näkökulmasta. Yksilön tiedostamaton toimintaa ohjaava malli on vallitseva juuri sen vuoksi, että se on tiedostamaton. Yksilön sisäänrakennetut puolustusrutiinit, jotka nekin ovat tiedostamattomia, rajoittavat normaalioloissa nykyisten toimintatapojen kyseenalaistamista ja ne ovat sen vuoksi esteenä oppimiselle. Vasta kun tehdään ilmeisiä virheitä, huonot toimintatavat tulevat niin näkyviksi, että niihin on reagoitava. Lääkärin ja potilaan keskustelussa riskinä on, että keskustelun jäädessä pinnalliseksi potilas tuo esiin vain tiedostettuja toimintaansa ohjaavia malleja, ja tiedostamattomat toimintamallit eivät paljastu.

Koska yksilö ei itse kykene poisoppimaan tiedostamatonta vanhaa toimintamalliaan, on lääkärin voitava auttaa. Toisin kuin Senge, Argyris korostaa erityisesti johtajan roolia siinä, että johdettava kykenee kyseenalaistamaan nykyisen toiminnan taustalla olevat perusoletukset ja siten oppimaan. Argyris ottaa kantaa yhdentävän ja hajauttavan viestinnän (Aula 1999) merkityksestä oppimiselle. Argyrisin mukaan sellainen viestintä, joka välittää ohjeita ja kannanottoja, osoittaa virheitä ja tuo parannusehdotuksia, on oppimisen kannalta epäedullista ja voi jopa estää oppimista. Oppimisen kannalta edullisempaa viestintää on sellainen, joka auttaa yksilöä uudelleenarvioimaan nykyisiä oletuksiaan ja kiinnittämään huomiota mahdollisten epäkohtien taustalla oleviin syihin. (Argyris 2004,229-238 ja 260-261). Samoin kuin Argyris, Drucker esittää, että muutos lähtee yksilöstä itsestään ja johtamisen tavoitteena on vahvistaa johdettavan kykyä toimia (Drucker 2002,20).

Stenvall ja Virtanen tarkastelevat yksilöitä muutostoimijoina ja muutosdynamiikan käsitteen kautta. Yksilön muutosdynamiikka on kytköksistä kyseenalaistamiseen ja oivaltavaan oppimiseen. Yksilö oivaltaa muutosprosessissa jotain uutta ja ainutlaatuista, ja se synnyttää kriittistä reflektiota ja uutta tietoa, joka auttaa yksilöä ajattelemaan toisin. Muutosdynamiikan käsitteen kautta Stenvall ja Virtanen päätyvät tukemaan Sengen näkemystä muutoksen johtamisesta: yksilön ja organisaation muutos syntyy dialogin ja vuorovaikutuksen avulla. Muutosjohtajan keskeinen tehtävä on luoda edellytyksiä yksilöllisille ja sitä kautta yhteisön muutosprosesseille. (Senge 1994,238-249; Stenvall & Virtanen 2007,96-97).

Edellä kuvatut Argyrisin, Mezirowin, Novakin, Säljön sekä Stenvall&Virtasen näkemykset oppimisesta edustavat konstruktivismia. Vaikka konstruktivismin

ajallisena edeltäjänä ja vastakohtanakin pidettävä behaviorismi on oppimisteoriaan saanut varsin ankaran tuomion, on tuomitseminen silti vielä kyseenalaistettava. Onko niin, että opettajan auktoriteettinsa voimalla oppilaalle siirtämä tieto ei ole pysyvä ja mielekäs tapa oppia? Esimerkiksi tämän tutkimuksen kannalta hyvin huomionarvoinen on Säljön (2004,48) toteamus, että behaviorismissa oppiminen määritellään ulkoisesti havaittavissa olevan käyttäytymisen muutoksena. Viestinnän vaikuttavuudesta puhuttaessa tässä tutkimuksessa kiinnostuksen kohteena on nimenomaan viestinnän kyky saada aikaan toimintaa. Eikö tavoite ole juuri behavioristisen näkemyksen mukainen? Behavioristinen näkemys arvostaa toimintaa, mutta siinä toimintaan johtavat seikat nähdään eri tavalla kuin kognitiivisuutta, konstruktivismia ja kulttuuria painottavissa koulukunnissa. On toki helppo nähdä, että sellaisessa tilanteessa, jossa behavioristisen opetuksen tukena on, ei vain opettajan auktoriteetti vaan suorastaan pakko (esim. poliisi, armeija, sairaala), toiminnan aikaansaamisen edellytykset voidaan olettaa vähintään yhtä hyväksi, kuin muiden lähestymistapojen avulla. Piaget'n, Vygotskin, Säljön, Novakin tai Mezirowin mainitsemisissa yhteyksissä oppiminen nähdään oppijasta itsestään lähtöisin olevana, ilman pakkoa tapahtuvana prosessina. Niissä yhteyksissä, joista tässä tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita, ei mainittua pakkoa yleensä ole, vaan johtamisviestinnän aikaansaaman toiminnan tulee perustua johdettavassa olevaan oppimiseen ja toimimisen haluun ilman pakkoa. Sen vuoksi näyttää siltä, että behavioristiseen oppimiskäsitykseen perustuva viestinnällä vaikuttaminen ei ole vahva keino tuottamaan sellaista toimintaa aikaansaavaa oppimista, jota esimerkiksi lääkärin ohjeet potilaalle saattavat edellyttää.

2.3.5 Kriittinen reflektio ja uudistava oppiminen

Merkityksen antaminen tarkoittaa kokemuksen ymmärtämistä ja tulkinnan laatimista siitä. "Kun sitten myöhemmin käytämme tätä tulkintaa päätöksentekomme ja toimintamme ohjenuorana, merkityksen antaminen muuttuu oppimiseksi" (Mezirow 1995a,17). Mezirow määrittelee oppimisen merkityksen antamiseksi. Oppiminen on prosessi, jossa tietyn kokemuksen merkitys tulkitaan uudelleen tai sen tulkintaa tarkistetaan siten, että syntynyt uusi tulkinta ohjaa myöhempää ymmärtämistä, arvottamista ja toimintaa.

Kokemukset synnyttävät oppimista, mutta tietyin ehdoin. Uusi tieto ja uudet kokemukset tuottavat uusia kokemuksia, ja nämä yhdistyvät mielessä oleviin aikaisempiin muistijälkiin. Reflektio tarkoittaa vanhaan ja uuteen tietoon liittyvien uskomusten, taustaoletusten ja merkitysten uudelleenarvioitua, ja se saa aikaan tiedon uudistumisen. Reflektio on toiminnan ja ajattelun välinen suhde. (Kaarevirta 2004,44-45).

Mezirowilaisen, selkeästi konstruktiiiviseen oppimiskäsitykseen nojaavan koulukunnan mukaan oppija antaa kokemuksilleen merkityksiä omasta merkitysperspektiivistään. Näiden merkitysperspektiivien taustalla olevien ennako-

oletusten pätevyyden arviointia nimitetään kriittiseksi reflektioksi (Mezirow 1995a, 8).

Mezirow (1981) erottelee reflektoinnin seitsemän tasoa:

- Tietoinen reflektiivisyys: tietoisuus tietystä havainnosta, ajatuksesta tai toiminnasta.
- Affektiivinen reflektiivisyys: tietoisuus omista tunteista em. asioita kohtaan.
- Erotteleva reflektiivisyys: omien havaintojen, ajattelun ja toiminnan laadun arvioiminen; asioiden välisten yhteyksien pohtiminen.
- Arvioiva reflektiivisyys: tietoisuus omien arvojemme vaikutuksesta havaintoihimme, ajatuksiimme ja toimintaamme sekä tapaamme tarkastella näitä.
- Käsitteellinen reflektiivisyys: käyttämiemme käsitteiden merkityksen arvioiminen reflektion kohteen ymmärtämisessä.
- Psyykinen reflektiivisyys: tietoisuus siitä, että tarkastelun kohdetta joutuu arvioimaan rajallisen tiedon pohjalta.
- Teoreettinen reflektiivisyys: tietoisuus siitä, että omaksuttu reflektointikäytäntö perustuu selvyysnäköisiin pidettyihin kulttuurisiin ja psykologisiin oletuksiin, jotka kuvaavat kokemusta vähemmän tyydyttävästi kuin funktionaalisempiin kriteereihin perustuvat tarkastelukulmat.

Mezirowin mielestä modernisaation myötä tapahtuva sosiaalisten normien muuttuminen vaatii itsestäänselvinä pidettyjen ajatus- ja käyttäytymisnormien pätevyyden uudelleenarviointia. Hän näkee kriittisen itsearviointin prosessin tuottavan sellaista uudistavaa oppimista, joka johtaa toimintaan ja joka voi merkittävästi vaikuttaa ihmisten välisiin suhteisiin, organisaatioihin ja itse sosioekonomiseen järjestelmään. Pelkkä harkitseva toiminta ja totuttuihin ajatusrakennelmiin perustuva ongelmanratkaisu – ilman toiminnan taustalla olevien periaatteiden kriittistä arviointia – ei vielä tuota mainitunlaista uudistavaa oppimista.

Stenvall ja Virtanen korostavat kriittisen reflektion merkitystä organisaation muutosprosessissa: ”onnistunut muutosprosessin toteutus perustuu aina kriittiseen reflektioon” (Stenvall & Virtanen 2007, 12). Reflektiivinen ja ei-reflektiivinen oppiminen sellaisina kuin Mezirow ne esittää on ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa pidettävä erikoistapauksina, joita kulloisessakin tapauksessa oleva oppija lähestyy, mutta harvoin puhtaasti sellaisenaan edustaa. Täydellinen kriittinen reflektio, jossa omiin merkitysperspektiiveihin liittyvät vääristymät kokonaan oikaistaan ja jossa yksilö näkee asiat objektiivisesti, samoin kuin täydellisen kritiikin ulkopuolelta tai omasta sisimmästä tulleiden taustaoletusten hyväksyminen lienee harvinaisempaa kuin välimuoto, jossa on ripaus molempia ääripäitä.

Argyrisin (2002) esittämä teoria single-loop- ja double-loop-oppimisesta kiinnittää myös huomiota näkyvien ilmiöiden taustalla olevien syiden tutkimiseen. Silloin, kun reagoidaan havaittuihin ilmiöihin tai tuloksiin, ja muutetaan toimenpiteitä ilmiöiden tai tulosten korjaamiseksi, kyseessä on single-loop-oppiminen. Mezirowin

termein kyseessä on ei-reflektiivinen oppiminen, joka ei toteuta aikuisoppimisessa tärkeää uudistavaa oppimista. Argyrisin esittämässä double-loop-oppimisessa tuloksiin reagoidaan kyseenalaistamalla toimintaa ohjaavia periaatteita. Silloin kysytään, miksi ilmiö tapahtui tai tulos syntyi ja miksi siihen ei ole aiemmin reagoitu. Double-loop-oppiminen sisältää kriittisen reflektion, ja sen avulla oppija saavuttaa sellaista kokemusta, joka auttaa vastaisuudessa toimimaan ilmiön tai tuloksen kannalta toisin. Toimintaa ohjaavien periaatteiden ja ajatusrakennelmien kriittinen tarkastelu on siis tärkeää, kun tavoitteena on toimintaan vaikuttava oppiminen. Argyris korostaa, että kyseenalaistaminen ei ole luontainen ja helppo asia. Itsevahvistuva ja sulkeutuva käyttäytymiskehä pyrkii rakentamaan puolustusmekanismeja, jotka estävät kyseenalaistamista. Yksilö haluaa välttyä kokemasta uhkaa ja turhautumista, joka asioiden kyseenalaistamisesta seuraisi. Puolustusrutiinit ylisuojelevat yksilöitä ja estävät double-loop-oppimista.

Omien arvostelmien kyseenalaistamisessa dialogin rooli on keskeinen (Mezirow 1995b, 374). Sen vuoksi esimerkiksi potilaan toiminnan muutosta tavoittelevalle lääkärille oletettavasti on eduksi, että hänen johtamisviestintänsä sisältää aineksia ja mahdollisuuksia dialogiin. Mezirowin näkemystä soveltaen lääkäriltä vaaditaan ”empaattisen provokaattorin roolia” (Mezirow 1995b, 381).

Aulan (1999, 2000) muotoilema dynaamisen organisaatioviestinnän teoria antaa lääkärin ja potilaan välistä keskinäisviestintään sovellettavissa olevan kiinnostavan näkökulman johtamisviestinnän vaikuttavuuteen. Sen mukaan kaikkeen johtamisviestintään sisältyy yhdentävää (integroiva viestintä) ja hajauttavaa (dissipatiivinen viestintä) ainesta. Yhdentävä viestintä pyrkii rajaamaan ja ohjaamaan johdettavan ajattelua tiettyyn suuntaan. Hajauttava viestintä yllyttää epäilyyn, kyseenalaistamiseen ja pohdintaan. Yhdentävän ja hajauttavan viestinnän suhde määrää, miten johtamisviestintä vaikuttaa yksilössä tai organisaatiossa. Yhdentävä viestintä vahvistaa hallitun muutoksen mallia (Aula 1999, 203-207), jossa muutoksen käsikirjoitus on suureksi osaksi laadittu etukäteen. Edellytykset dialogin kautta tapahtuvalle kyseenalaistamiselle ovat silloin vähäisemmät kuin Aulan kuvaamassa kaoottisen muutoksen mallissa. Koska johtamisviestinnän sisältämä hajauttava aines nimenomaan edistää kyseenalaistamista ja vaihtoehtoisia ajattelutapoja, se antaa aiheen tutkia hajauttavan viestinnän merkitystä toimintaan johtavassa uudistavassa oppimisessa.

Novakin mielekkään oppimisen käsitteen taustalla on käsitys ihmisen muistijärjestelmästä, joka on omiaan vastaanottamaan ja säilyttämään ennestään tuttua ja siihen kiinnitettävissä olevaa informaatiota. Sellaiselle informaatiolle on helpompi muodostaa merkityksiä kuin sellaiselle, joka on täysin vierasta ja lähinnä ulkoa opeteltavissa. ”Mielekkästä oppimista tapahtuu silloin, kun oppija päättää suhteuttaa uutta informaatiota siihen, mitä hän jo ennestään tietää” (Novak 2002, 29). Kun uusi informaatio kytkeytyy olemassaolevaan, puhutaan oppimisen yhteydessä tällöin eheytyemisestä. Oppimisessa ei vain varastoida ja käytetä tietoa, vaan myös tunteet ja toiminnot ovat yhteydessä oppimistapahtumiin ja ne voivat

heikentää tai vahvistaa oppimista. (Novak 2002, 24 ja 32-38).

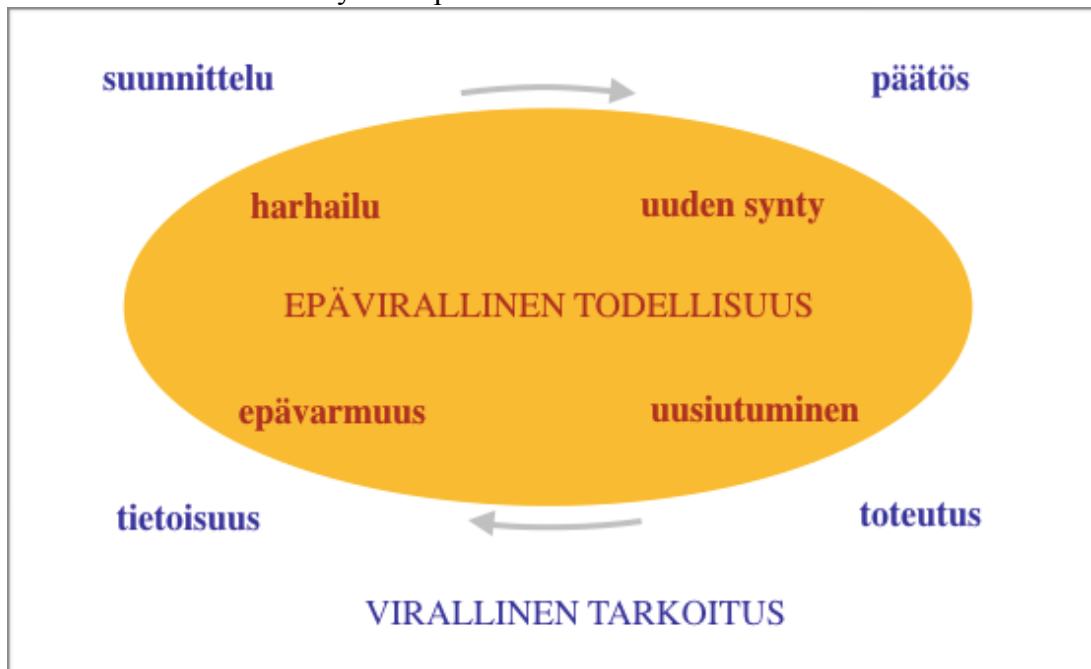
Konstruktivismia edustava transformatiivisen oppimisen teoria selittää oppimistapahtumaa reflektoinnilla, joka tuottaa yksilön mielessä asioille uusia merkityksiä (Malinen 2000). Mezirow korostaa, että pelkkä oivallusten saaminen ei riitä, vaan oppimiseen tarvitaan myös oivalluksiin nojaavaa toimintaa ja siitä saatavia kokemuksia. Jo päätös toimintaan ryhtymisestä on yksi Mezirowin tässä yhteydessä tarkoittama toimenpide. Oppijalla tulee olla tahtoa toimia uusien vakaumustensa mukaisesti. Toimintapäätös ei saa perustua rationalisointeihin tai itsepetokseen (Mezirow 1995b, 375). Esimerkiksi halu välttää laiminlyönnistä aiheutuvat seuraamukset ei edusta Mezirowin tarkoittamaa uudistavaa oppimista. Kuten kappaleessa 1.1.4 mainittiin, myös Argyris korostaa sen tärkeyttä, että toimijalla on halua ja mahdollisuus toimia (micro-causal theory of implementation, ks. Argyris 2002, 55). Vaikka Mezirow esittää kriittisen reflektion tavoitteeksi, että oppija itse saa mahdollisuuden havaita omien oletustensa ja uskomustensa vääristymät, (Mezirow 1995a, 35) ja vaikka hän täysin tuomitsee opettajan omien ideoiden ja uskomuksien ”myymisen” (Mezirow 1995b, 383), on tärkeää hyväksyä, että todellisuus sisältää aina epätäydellisyyksiä, ja myös teorioiden soveltamisessa tulee tämä ottaa huomioon. Johtamisviestintä voi onnistua tuottamaan toimintaa aikaansaavaa oppimista, vaikka vääristymiä jäisikin. Joskus johtamisviestinnällä vaikuttamista voi ja kannattaakin jouduttaa ”myymällä” jokin idea johdettavan testattavaksi niin että testaus onnistuessaan tuottaa oppimista. Kannatan Rothin (Roth 1995,137) esittämää kritiikkiä vääristymien korjaamista kohtaan. Vaikka lääkärin vastaanotolla potilaan omaksumat ajatusrakennelmat voisivat perustua epätarkkoihin tai hatariin lääketieteellisiin faktoihin, voitaneen sitä joissakin tapauksissa pitää tuloksellisuuden ja eettisyyden kannalta perusteltua, jos sellainen on potilaalle eduksi.

2.4 MUUTOKSEEN TARVITAAN VOIMAA

2.4.1 Hallittu vai kaoottinen muutos

Taylorilainen johtamisoppi, viestinnän prosessinäkemys ja behavioristinen oppimiskäsitys ovat tyypillisesti koulukuntia, joiden yleisesti lausutaan olevan vanhentuneita, mutta jotka monien mielestä enemmän tai vähemmän näyttävät arkitodellisuudessa vallitsevan (esimerkiksi Juuti 2001, 394; Juuti, Rannikko & Saarikoski 2004; Stenvall & Virtanen 2007, 23; Seeck 2008). Myös kysymys muutoksen lineaarisuudesta vs. kaoottisuudesta on kiinnostava. Organisaation viestintää tutkineiden keskuudessa tuntuu vallitsevan sitä tukevia näkemyksiä, että 2000-luvun organisaatioissa eksplisiittisesti ilmaistut päätökset ja puheet perustuvat uskoon lineaarisesta muutoksesta, mutta implisiittinen todellisuus voi elää

kaukanakin hyvin suunnitellusta järjestyksestä. Väitöskirjassaan Aula (1999,203-205 ja 256-257) pohtii hallitun ja kaoottisen muutoksen malleja ja suhteita. Aula tukee näkemystä, että hallitun muutoksen malli on ihannemalli, jonka toteutuminen käytännön organisaatiotodellisuudessa tuskin on mahdollista. Epälineaarissa todellisuudessa lineaarinen muutoksen malli on mahdoton. “Monet todelliset organisaatiot ovat alisteisia lineaariselle viestintäparadigmalle. Huolimatta reaali maailman epälinearisuudesta organisaatioita pyritään ohjaamaan nojautuen lineaariseen viestintäkäsitykseen perustuviin malleihin.”



Kuvio 2. Ääneen lausuttujen virallisen muutossuunnitelman ja toteutuneen epävirallisen muutosprosessin malli (Aula 1999, 204, muokattu). Suunnitelmalliseksi oletettu rationaalinen muutosprosessi voikin yksilön tai yhteisön todellisuudessa edetä epäjärjestyksen ja harhailun kautta sattumanvaraisesti syntyvästä uusiutumisesta. Alkuperäisen kuvan termit EKSPLIISIITITSET KULTTUURIT ja IMPLISIITITSET KULTTUURIT on tässä muutettu muotoon VIRALLINEN TARKOITUS ja EPÄVIRALLINEN TODELLISUUS.

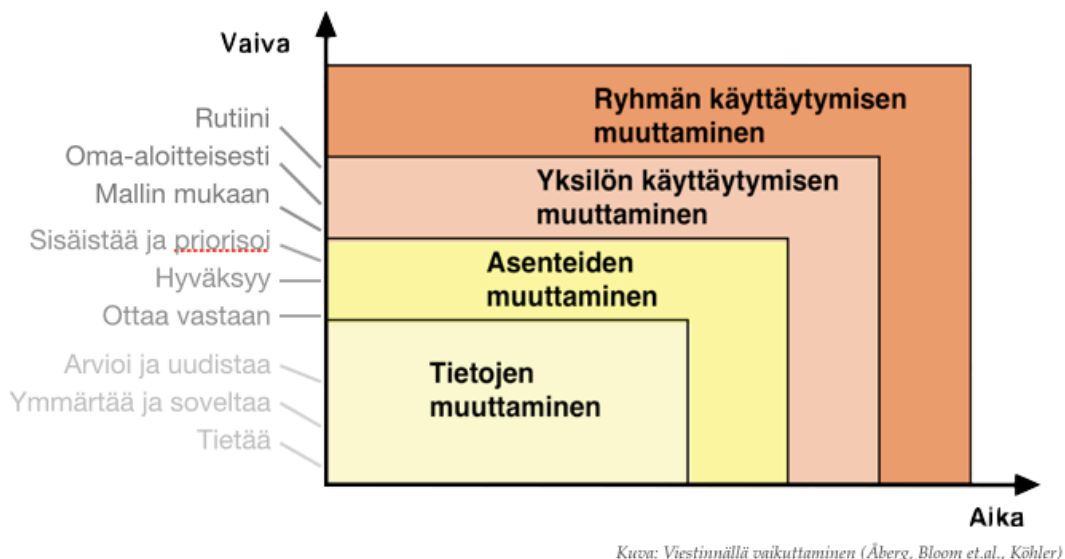
Lineaarinen näkemys muutoksesta olettaa, että muutosprosessin alkuunpanijana on tietoisuus muutoksen tarpeesta ja tulevasta muutoksesta. Tietoisuutta seuraa suunnittelu, päätös ja toteutus, jotka tapahtuvat ennustettavasti, ikään kuin olettaen, että toimintaympäristön käytös ja kehitys ovat etukäteen tunnettuja. Jos lääkäri potilaskohtamisessa toimii näillä ennako-oletuksilla sellaisessa todellisuudessa, jossa tietoisuus muutoksesta aiheuttaakin potilaassa epävarmuutta ja pelkoa, Aulan kuvaamat (Kuvio 2) virallinen tarkoitus ja epävirallinen todellisuus eivät kohtaa. Jos lääkäri väärin perusteella olettaa potilaan päätöksien ja toiminnan reunaehtojen olevan jollakin tavalla vakioita ja potilaiden tekevän niiden perusteella rationaalisia johtopäätöksiä, viestinnän vaikuttavuus potilaaseen voi olla toisenlainen, kuin lääkäri tarkoittaa. Ääritapauksessa voidaan sanoa, että koska epävirallinen todellisuus kuvaa sitä, mitä potilaan mielessä todella tapahtuu, ei viralliseen tarkoitukseen nojaava lääkäri voi sitä ymmärtää, ja mahdollinen muutos, oli se millainen tahansa, tapahtuu lääkärin näkökulmasta vahingossa. Puhdas ääritapaus tuskin on tavanomainen. Viralliseenkin tarkoitukseen nojaava lääkäri todennäköisesti

seuraa, missä mennään, ja pyrkii olemaan selvillä muutoksen edistymisestä. Jos tilanne on sellainen, että epävirallinen todellisuus ja virallinen tarkoitus ovat yhdenmukaiset esimerkiksi hyvin vakavan sairauden vuoksi, kuvatuunlaisia ongelmia ei ilmeisesti synny.

2.4.2 ”Sisua” vai ”kanttia”

Muutos lähtee potilaasta itsestään ja lääkärin tavoitteena on vahvistaa henkilöstön kykyä toimia (vrt. Drucker 2002, 20). Tämän ajattelutavan mukaan toiminnan muutokseen vaikuttavan viestinnän tulee siis lisätä kykyä ja antaa voimia toimimiseen muutoksen hyväksi. Kun vuorovaikutteisessa viestinnässä syntyy merkityksiä ja toinen osapuoli muuttaa toimintaansa, voidaan tilannetta tarkastella myös oppimisen teoriassa käytetyillä käsitteillä muutos tiedoissa, muutos asenteissa ja muutos toiminnassa. Tällaisen viestinnän tavoitteiden hierarkian esiintyi jo 1940-luvulla B. S. Bloomin työryhmän kuvaamassa viestinnän tavoitetaksonomiassa, ja sama rakenne esiintyy myös monissa muissa viestinnän vaikuttavuutta koskevissa määritelmässä (Bloom ym. 1956/72; Åberg 2000, 219; Te’eni 2001,256; Novak 2002,18).

Näiden viestinnällä vaikuttamisen ja oppimisen mallien samankaltaisuus havainnollistuu, kun yhdistetään Bloomin tavoitetaksonomian pohjalta tehdyistä versioista tätä tutkimusta varten muokattu kolme kategoriaa ja kolme tasoa käsittävä malli Åbergin kuvaukseen viestinnällä vaikuttamisen tasoista (Åberg 2000, 219). Åbergin kuvaus saa siten mielenkiintoisen täydennyksen (Kuvio 3).



Kuvio 3: Yhdistelmä viestinnällä vaikuttamisen tasoista Åbergin mukaan ja tässä tutkimuksessa muokatusta oppimisen tavoitetaksonomiasta. (Osatyö 4, esitetään julkaisu oikeuden haltijan luvalla)

Bloomin tavoitetaksonomia tarkastelee, minkälainen on se viestinnän vaikutus, joka saa kohteena olevan henkilön toimimaan uudella tavalla. Uusi toimintatapa voi olla vaikutuksen kohteena olevalle henkilölle mahdollisesti ennestään vieras, yhdentekevä, epämieluisa, vaikea tai samanaikaisesti niitä kaikkia. Tavoitetaksonomian mukaan toiminnan muutosta edeltää se, että henkilö saa tietoa ja tutustuu asiaan sekä muuttaa asennettaan siten, että asia ei enää ole yhdentekevä tai epämieluisa. Muutos tiedoissa, asenteissa ja toiminnassa on tärkeää pitää erillään ja riittävän kaukana toisistaan. Muutos tiedoissa ei todista asenteen muuttumisesta. Muutos asenteessa ei tarkoita, että henkilö on valmis tai kykenevä muuttamaan toimintaansa, vaikka ehkä haluaisikin sitä. Harppaus asenteesta toimintaan voi olla suuri tai jopa ylivoimainen. Novakin esittämä ”mielekäs oppiminen on perusta ajattelun, tunteiden ja toiminnan rakentavalle eheytymiselle, joka johtaa voimien lisääntymiseen (empowerment), sitoutumiseen ja vastuunottoon” (Novak 2002, 24). Empowerment-käsitteen Novak jakaa tässä tietoihin, taitoihin ja itseluottamukseen. Eivätkö myös edellä mainitut sitoutuminen ja vastuunotto ole sellaisia tekijöitä, jotka vahvistavat henkilön kykyä toimia? Siltä näytti ainakin tämän tutkimuksen johdannossa esitetyn myyntiedustaja-tapauksen kohdalla. Tätä kysymystä tarkastellaan myös varsinaisten tapaustutkimusten kohdalla. Muutoskykyä ja –voimaa lisäävinä tekijöinä tarkastellaan muutoksia tiedoissa, taidoissa, itseluottamuksessa, sitoutumisessa ja vastuunotossa.

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan juuri sellaista viestinnän vaikuttavuutta, joka vahvistaa potilaan kykyä ryhtyä toimintaan lääkärin haluamalla tavalla ja tarvittaessa voittaa ryhtymistä vastustavat sisäiset ja ulkoiset voimat. Tutkimuksessa mielenkiinto kohdistuu erityisesti siihen ’viimeiseen pisaraan’, joka tarvitaan, jotta jo tiedossa olevan tärkeän asian suhteen ryhdytään toimimaan. Suomenkielisenä nimityksenä tälle ”voimien lisääntymiselle”, jonka ansiosta potilaalla on niin sanotusti ”sisua” tai ”kanttia” viedä käytäntöön lääkärin tavoittelema muutos, käytetään tässä tutkimuksessa sanaa voimaantuminen, tai sitten vain puhutaan voimien lisääntymisestä (strengthen, to get stronger). Sanaa voimaantuminen on käytetty yhtenä muiden joukossa, kun kirjallisuudessa on suomennettu sanaa empowerment, joka useimmiten suomennetaan sanoilla voimautuminen, voimaantuminen tai valtaistuminen. Tässä tutkimuksessa käytettävä sana voimaantuminen määritellään kuitenkin itsenäiseksi alkuperäiseksi käsitteeksi, joka on riippumaton erilaisista empowerment-käsitteen tulkinnoista. Sellaisen voimaantumisen tekijöitä näyttävät olevan juuri Novakin mainitsemat mielekkään oppimisen tekijät, joita siis ovat tietojen ja taitojen lisääntyminen sekä sitoutuminen, vastuun ottaminen ja itseluottamus. Korostettakoon vielä, että empowerment-käsitteen yleisesti käytetty suomennos valtaistuminen merkitsee eri asiaa kuin tässä käytetty voimaantuminen tai voimien lisääntyminen.

Voimaantuminen voi olla prosessi tai tila. Voimaantumista käsittelevässä tutkimuksissa puhutaan usein voimaantumisesta muutoksena, siis prosessina, joka henkilössä tapahtuu voimaannuttavien tekijöiden vaikutuksesta (esim. Siitonen

1999,117; Poikela 2003,69). Novak (2002,24) puhuu voimien lisääntymisestä, joka selvästikin on tapahtuma tai prosessi. Mutta jos voidaan sanoa, että henkilö on voimaantunut, on voimaantuminen ilmeisesti nähtävissä myös saavutettuna tilana, jonka hän on voimaantumisen prosessin seurauksena saavuttanut. Varsinkin silloin, jos voidaan sanoa, että tiettyyn muutokseen tarvitaan tietty määrä voimaantumista, on voimaantuminen nähtävissä myös tilana. Siitosen käyttämä ilmaisu sisäinen voimaantuneisuus (Siitonen 1999,63) voidaan ymmärtää olotilaksi, jonka henkilö on tai ei ole saavuttanut tai jota henkilöllä on enemmän tai vähemmän.

Viestinnällä tavoiteltava vaikutus, jonka pitäisi näkyä toimintana, voi olla viestinnän kohteelle helppo tai vaikea saavuttaa tai jotain siltä väliltä. Mitä vaikeampaa sen saavuttaminen on, sitä suurempaa voimaantumista tarvitaan. Muutosta vastustavia voimia voi koitua henkilöstä itsestään. Hänen arvostuksensa, itseluottamuksensa puute, pelkonsa ja ennakkoluulonsa voivat olla muutosta vastustavia voimia. Myös luopuminen muuttumattomuuden tuomasta helppeudesta voi tuoda muutosta vastustavaa epämyönteisyyttä. Ulkoa päin tulevia muutosta vastustavia voimia voi syntyä esimerkiksi oman viiteryhmän kulttuurista, arvostuksista ja käyttäytymismalleista.

Voimaantuminen, jolla muutosta vastustavat voimat tulisi voittaa, voi sisältää joko halua saavuttaa jotakin tai halua välttää jotakin. Roth (1995, 140) käyttää näistä ulottuvuuksista nimityksiä lähestyminen ja välttäminen. Roth on sitä mieltä, että liiallinen yksipuolisuus tässä suhteessa on haitallista. Liiallinen välttäminen voi aikaansaada pelokkuutta ja liiallista varovaisuutta. Toisaalta lähestymisen liiallinen korostaminen voi johtaa varomattomuuteen (Roth 1995, 142). Henkilöllä entuudestaan jo valmiiksi oleva voimaantuminen vähentää viestinnällä saavutettavan voimaantumisen tarvetta.

Toinen tarvittavan lisävoimaantumisen määrään vaikuttava tekijä on se herkkyyys, jolla henkilö on valmis lisäämään tai vähentämään voimaantumisen määrää johtamisviestinnän ansiosta. Esimerkiksi vahva luottamus ja myönteinen asenne lääkäriä kohtaan todennäköisesti helpottavat potilaan halua ja kykyä luoda lääkärin aloitteesta välittyville viesteille sellaisia merkityksiä, jotka lisäävät kykyä voittaa muutosta vastustavat voimat.

Voimaantuminen tarkoittaa tässä samaa kuin että yksilöllä on "kantia" suorittaa jokin tehtävä. Se merkitsee kykyä omaksua muutos ja toiminnallaan toteuttaa sitä. Viestinnällä ilmaistu odotus tai vaatimus voi kohteena olevan henkilön kohdalla kohdata suorittamista vastustavia voimia. Henkilö kokee asian vaikeaksi tai vieraaksi, jolloin sen toteuttaminen voi olla epämyönteisempää kuin entiseen tuttuun tapaan toimiminen. Ympäristössä vallitseva kulttuuri voi myös olla sellainen, että henkilö kokee tavanomaisesta toimintatavasta poikkeamisen epämyönteiseksi. Jos *sitoutuminen* on kuitenkin riittävän voimakas, se auttaa epämyönteisyyden

voittamiseen. Sitoutuminen mahdollisesti myös vähentää epämukavuutta, koska tehtävän merkitys on sisäistetty. *Vastuunotto* tarkoittaa, että henkilö tietää ja tuntee velvollisuudekseen toteuttaa annettua tavoitetta. Tekemättä jättämiselle ei silloin löydy ulkoisia syitä, ja siksi omalla vastuulla on toimia. Kolmantena mielekkään oppimisen tulemana Novak mainitsee empowerment-käsitteen, joka on suomennettu voimien lisääntymiseksi (Novak 2002, 24 ja 32-38). Esimerkkitapauksen valossa näytti siltä, että voimaantumisessa olisi erityisesti kysymys itseluottamuksesta. Tapaustutkimuksissa tullaan tarkastelemaan, miten Novakin käyttämä empowerment-käsite voisi näyttäytyä viestinnän vaikuttavuutta selittävän oppimisen osatekijänä.

2.5 MERKITYKSEN MERKITYS

Merkityksen käsitteellä tarkoitetaan tässä tutkimuksessa jonkin asian ihmismielessä, yhteisössä tai jossakin asiayhteydessä tuottamaa merkitystä (*significatio*), tarkoitusta ja arvoa jollekin (Niiniluoto 1999, 119) (REF 4). Von Wright (2001, 112) tekee eron toiveiden ja tarpeiden välillä. Ihminen voi toivoa jotain, mitä hän ei tarvitse ja tarvita jotain, mitä hän ei toivo. Tarve on jotain, jonka tyydyttämättä jääminen on pahaksi. Toiveen tyydyttämättä jääminen sen sijaan voi olla hyväksikin, varsinkin jos toive ei vastaa tarvetta. Esimerkiksi epäterveellinen ruokailu voi vastata toivetta, mutta ei tarvetta. Keskustelu lääkärin kanssa voi saada potilaan pohtimaan ja uudelleenarvioimaan toivomiensa ja tarvitsemiensa asioiden merkityksiä itselleen.

Vaikka merkitysten luominen nähdään oleellisena viestinnän vaikuttavuuden tekijänä, ajatus voidaan myös kyseenalaistaa. Onko merkitysten luominen välttämätöntä, jotta viestinnällä vaikuttaminen saisi keskinäisviestintätilanteessa aikaan toimintaa, vai riippuuko merkitysten luomisen välttämättömyys tilanteesta sekä siitä, mitä toimintaan ryhtymisestä tai ryhtymättömyydestä seuraa? Esimerkiksi hätätilanteessa lääkäri voi arvioida viestinnän tärkeimmäksi tavoitteeksi perillemenon. Konteksti, hätätilanne itsessään, luo viestille merkityksen. (REF 4)

Normit saavat ihmisen tekemään asioita, joita hän ei niiden itsensä vuoksi tekisi, vaan sen hyvän, joka teoista seuraa (von Wright 2001, 270-279). Tässä mielessä normit saavat yliotteen arvoista. Von Wright kysyy, voiko pelkkä järki saada ihmistä toimimaan. Hän viittaa Humen näkemykseen, että järki ei voi käynnistää toimintaa, vaan ainoastaan passio. Von Wright pitää tätä näkemystä puutteellisena, koska järkeen perustuva normi tai fakta voi käytännöllisen päätelmän kautta olla yhteydessä johonkin velvoitteeseen, joka on riittävän vahva saadakseen ihmisen toimimaan. Hän nojaa tässä Aristoteleen käytännölliseen päätelmään (von Wright 2001, 257, Aristoteles: *Metafysiikka V, 2, 1013b20*) esittäessään, että tarkoituksellinen toiminta tapahtuu niin, että tekijä tavoittelee jotakin, mitä hän

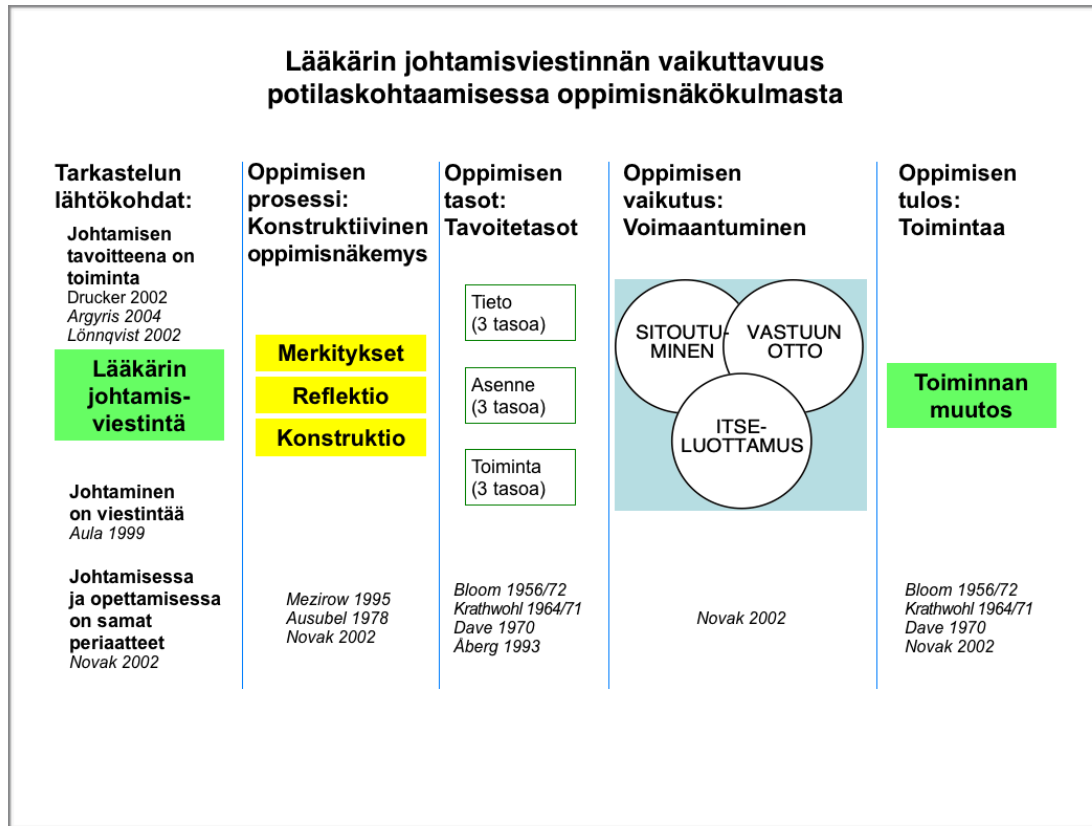
haluaa, ja uskoo, ettei saa sitä, ellei tee jotakin. Tällöin toiminta seuraa johtopäätöksenä annetuista premiseistä. Ihmisen toimintaa voidaan selittää hänen pyrkimyksistään käsin (Aristoteles: Nikomakhoksen etiikka VII, 3, 1147a25-30). Antiikin perinteen mukainen usko järjen voimaan on Aristoteleella vahva. Hän on vakuuttunut, että järki ohjaa ihmisen toimintaa enemmän kuin sellaiset alempiarvoisena pidetyt tekijät kuin tunne tai halu. Vaikka nykynäkemyksessä pitää tunteita, asenteita ja haluja tässä suhteessa tärkeämpänä kuin Aristoteles piti, on Aristoteleen johtopäätös ihmisen toimimiseen johtavista syistä viestinnän vaikuttavuuden tutkimisen kannaltakin kiinnostava ja relevantti. Käytännöllistä päätelmää soveltaen esimerkiksi lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksessa lääkärin yhdyntävän viestinnän muotoon puettu ohje voi potilaan mielessä olla yhteydessä jollakin toisella merkitystasolla olevaan normiin, joka puolestaan saa hänet tottelemaan ja nouattamaan ohjeita. Toisaalta lääkärin kyky ymmärtää potilaan elämässä tärkeitä asioita voi auttaa potilasta itse löytämään riittävän vahvoja merkityksiä, jotka kannustavat häntä oma-aloitteisesti toimimaan kuntoutumistaan edistävällä tavalla.

Käytännöllisten päätelmien avulla voidaan havainnollistaa voimaantumisen kontekstitekijöitä ja selittää voimaantumisherkkyiden käsitettä. Esimerkiksi armeijassa annettu käsky on siihen sisältyvän sanktion vuoksi vahva. Käsky on sen vuoksi yleensä jo sellaisenaan riittävän vahva saadakseen sotilaan tottelemaan. Käskyn noudattaminen voi perustua myös haluamiseen esimerkiksi siinä tapauksessa, että käskettävän mielestä kurinalainen järjestäytyneet toiminta on mieluisaa. ”Halua ja ymmärrys ovat passiolle ja järjelle sukua olevia sanoja” (von Wright 2001, 270). Armeijaesimerkissä käskyn noudattaminen edustaa normiin perustuvaa velvoitetta, ja se perustuu ymmärrykseen. Ymmärrykseen tarvitaan tietoa, joka voi siis olla riittävä toimintaan vaikuttava tekijä. Myös haluaminen tämän esimerkin tapauksessa syntyy käskyn vaikutuksesta. Käskyyn ja tottelemiseen liittyy sellaista haluttavuutta, joka on kääntäen verrannollinen tarvittavaan lisävoimaantumisen määrään. Silloin, kun voimaantumisherkkyys on korkealla, puhtaasti yhdyntävä viesti, esimerkiksi yksiselitteinen käsky, voi olla tehokasta toimintaa aikaansaavaa keskinäisviestintää. Silloin ei tarvita muita merkityksiä.

2.6 TOOREETTINEN VIITEKEHYS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen teoreettisena viitekehysnä esitetään johtamisviestinnän vaikuttavuuden tarkastelun lähtökohdat sekä oppimisen prosessia, tavoitetasoja, vaikutuksia ja tuloksista kuvaavat mallit (Kuvio 4). Tutkimuksessa tarkastellaan lääkärin ja potilaan kohtaamista vastaanotolla johtamistilanteena ja lääkärin viestintää siinä johtamisviestinä. Tavoitteena on tunnistaa ja ymmärtää sellaisia

lääkärin johtamisviestinnän ominaisuuksia, jotka saavat potilaassa aikaan lääkärin asettamien tavoitteiden kannalta edullista toimintaa.



Kuvio 4: Yhteenvedo tutkimuksen teoreettisesta viitekehiksestä.

Lääkärin johtamisviestinnän vaikuttavuuden tarkastelun lähtökohdaksi on se kanta, että johtamisen tavoitteena on saada aikaan toimintaa (Drucker 2002,20,74; Lönnqvist 2002,9). Aula (1999) näkee johtamisessa ja viestinnässä niin paljon yhdenmukaisuutta, että voidaan jopa sanoa, että ilman viestintää ei ole johtamista. Johtamisviestintä on keino, jolla johtamista toteutetaan. Novakin (2002,iv) esittämä kanta, että johtamisessa ja oppimisessa on suureksi osaksi kysymys samasta asiasta ja että oppimisen periaatteita voidaan soveltaa työyhteisössä tapahtuvaan oppimiseen, antaa aiheen johtamisviestinnän vaikuttavuuden tarkastelulle oppimisteorioiden avulla.

Konstruktivismia edustavien mielekkään oppimisen ja kriittisen reflektion teorioiden valossa on pääteltävissä, että johtajan (lääkärin) viestinnässä kyseenalaistaminen ja dialogi auttavat johdettavaa (potilasta) hänen omaa toimintaansa ohjaavien premissien uudelleenarvioinnissa ja sitä kautta mielekkäässä oppimisessa (Ausubel ym. 1978; Mezirow 1995a; Novak 2002).

Oppimisen tavoitetaksonomiaa koskevien teorioiden ja mallien perusteella saavutettua oppimisen tasoa voidaan havainnoida ja mitata kognitiivisella, affektiivisella ja psyykomotorisella oppimisalueella kuvatuilla oppimistasoilla (Bloom ym. 1956/72,201-207; Krathwohl ym. 1964/71,186-193; Dave 1970).

Voimaantumisen prosessi syntyy oppimisen avulla. Oppimista tapahtuu esimiehen johtamisviestinnän vaikutuksesta välittömästi ja myös myöhemmin seuraavien tuntemusten ja kokemusten avulla (esim. Mezirow 1995, 17 ja 375). Mielekäs oppiminen vahvistaa sitoutumisen, vastuunoton ja itseluottamuksen tunnetta, joka lisää kykyä voittaa toiminnan muutosta vastustavat voimat (Novak 2002, Jonassen 1999).

Tutkimuksessa tarkastellaan lääkärin johtamisviestinnän yhteyttä potilaan oppimiseen. Tavoitteena on ensinnäkin tunnistaa sellaisia tekijöitä, jotka saavat aikaan johdettavassa reflektointia, mielekästä oppimista ja voimaantumista ja sitä kautta edellytyksiä ja taipumuksia toimia tavoitetta edistävällä tavalla.

Tutkimusaineiston avulla tarkastellaan lääkärin viestintää potilaskohtamisessa johtamisviestinnän ja oppimisen näkökulmista, kun lääkärin tavoitteena ja tehtävänä on saada potilaassa aikaan reflektiota, mielekästä oppimista ja voimaantumista, joka auttaa potilasta toimimaan kuntoutumistaan edistävällä tavalla.

Tutkimuksen tavoitteena on selvittää lääkärin viestinnän vaikuttavuuden tekijöitä johtamisviestinnän ja konstruktivisen oppimisen käsitteiden avulla. Tutkimuksen tavoitteesta johdettuja tutkimuskysymyksiä ovat:

1. Voidaanko ja jos, niin miten voidaan lääkärin potilaaseen kohdistaman johtamisviestinnän vaikuttavuutta potilaan toimintaan tai toiminnan muutokseen ymmärtää ja arvioida oppimisen käsitteiden avulla
2. Mitä on toiminnan muutokseen tähtäävän johtamisviestinnän vaikuttavuus lääkärin ja potilaan kohtaamisessa
3. Minkälaisin vaikuttavuuden tekijöitä voidaan johtamisviestinnän käsitteiden ja konstruktivististen oppimisen näkemysten avulla lääkärin viestinnästä potilaskohtamisessa tunnistaa, jäsentää ja arvioida
4. Miten lääkäri viestii vaikuttavasti potilaskohtamisessa

3 AINEISTO JA MENETELMÄT

- Laadullinen tutkimusote, jota täydennetään kvantitatiivisella tarkastelulla
- Tavoitteena on tutkittavan ilmiön ymmärtäminen ja siihen vaikuttavien tekijöiden tunnistaminen
- Kaksi tutkimusaineistoa. Ensimmäisestä aineistosta valitaan yksittäiset tapaukset tarkempaan tarkasteluun. Tuloksista tehtyä johtopäätöstä testataan toisen aineiston avulla.

Tutkimuksen tavoitteena on ilmiön ymmärtäminen, ja tarkastelu kohdistuu ennalta asetettujen kysymysten lisäksi sellaisiin kysymyksiin, joita etukäteen ei ole osattu kysyä. Teoreettisessa viitekehyksessä esitetään oppimisenäkökulmaa hyödyntävä johtamisviestinnän arvioinnin kuvaus. Aineiston sisällönanalyysin (Kyngäs & Vanhanen 1999) avulla tarkastellaan tuon kuvauksen ilmenemistä käytännössä ja tehdään teoriasta nouseva jäsentely aineiston tarkempaa tarkastelua varten. Havaintojen avulla osoitetaan oppimisen käsitteiden soveltuvuus johtamisviestinnän vaikuttavuuden ja sen tekijöiden tunnistamiseen, jäsentämiseen, ymmärtämiseen, arviointiin ja määrittelyyn. Johtopäätöksenä teorian ja aineiston vuoropuhelusta esitetään lääkärille potilaskohtamisessa sovellettava hoitavan viestinnän toimintatapa.

Tutkimusote on laadullinen. Löydettyjen havaintojen arviointia täydennetään kvantitatiivisen tarkastelun avulla. Tutkimuksessa on kaksi aineistoa. Ensimmäinen tutkimusaineisto koostuu lääkärin vastaanottojen havainnoinneista. Siinä tarkastellaan, miten lääkäri kiinnittää huomiota potilaan elämismailmaan ja miten potilas reagoi lääkäri-potilas-vuorovaikutukseen. Toinen aineisto käsittää kuuden lääkärin potilaiden kyselypalautteet. Niiden avulla selvitettiin, miten potilaiden palautteet muuttuivat, kun lääkärit koulutettiin käyttämään potilaan elämismailmaan ja reflektointiin suuntautuvia kysymyksiä vastaanotolla.

3.1 ENSIMMÄINEN AINEISTO

Ensimmäinen tutkimusaineisto on esitelty osatyössä 2. Aikavälillä kesäkuu 2015 - kesäkuu 2016 seurattiin yhden keuhkolääkärin ja viiden ortopedin vastaanottoja, yhteensä 36 potilasta. Johtajaylilääkärin ehdotuksesta valittiin nämä erikoisalat edustamaan konservatiivisia ja operatiivisia aloja. Lääkärit valittiin ylilääkärin ehdotuksesta. Tutkijan pyyntö oli saada mukaan lääkäreitä, joiden työ on vastaanottopainotteinen ja sellainen, että potilasvastaanoton seuranta on mahdollinen. Potilaat valikoituivat vastaanottoaikojen mukaan. Aineistonkeruuta varten tutkija oli mukana vastaanottohuoneessa ja seurasi ja äänitti keskustelut. Potilaita haastateltiin heti vastaanoton jälkeen ja viivästetysti, kun vastaanotosta oli kulunut 8–16 viikkoa. Ensimmäinen haastattelu äänitettiin, toisesta haastattelusta tehtiin muistiinpanot. Lääkärinä haastateltiin kerran vastaanottojen jälkeen. Äänitteet litteroitiin.

Tapaustutkimuksena tarkastellut viisi tapausta kuvataan osatyössä 2 seuraavasti:

TAPAUS 1. Keuhkolääkäri - monivaivainen potilas. Potilaan agenda: Potilas kärsii uniapneasta, ylipainosta ja mielenterveysongelmista, jotka yhdessä haittaavat arkea

ja työntekoa. Potilas on valmiiksi motivoitunut hoitamaan asiansa kuntoon, mutta myös ennakkoluuloinen terveydenhuollon asennetta ja auttamiskykyä kohtaan.

Keskustelu: Lääkäri tunnistaa vaivan ja sen merkityksen potilaalle, antaa potilaalle aikaa ja kuuntelee. Lääkäri on sairaus- ja hoitokeskeinen, mikä vahvistaa potilaan luottamusta. Potilasta rohkaisee lääkärin vakuutus, että hoidon onnistumisprosentti on hurjan hyvä.

Reflektio: Potilaan puheessa havaitaan tietoista, affektiivista ja erottelevaa reflektiivisyyttä vastaanotolla käytyyn keskusteluun. Hän vaikuttaa voimaantuneelta ja päättää kuntoutumisen toimintasuunnitelmasta.

Oppiminen: Lääkäriltä saamiensa tietojen ja ohjeiden perusteella potilas rakentaa itselleen toimintamallin, jolla tulee tukemaan omaa kuntoutumistaan. Potilas osaa soveltaa vastaanottamaansa tietoa, hyväksyy sen ja toimii oma-aloitteisesti paranemisensa hyväksi.

Johtopäätös: Vaikka lääkäri ei käsittele elämää, niin merkitys löytyy silti. Vaikuttaa siltä, että potilaalle sairauden yhteys omaan elämään ja arkeen on niin vahvasti tiedostettu, että paranemisen edistämisen halu on jo olemassa. Kasvanut luottamus terveydenhuollon haluun ja kykyyn auttaa ja ratkaisun toimivuuteen on potilaalle riittävä voimaannuttaja.

TAPAUS 2. Keuhkolääkäri - raskas hoitajakso. Potilaan agenda: Vakava sairaus on uusiutunut, ja raskaat hoidot ovat jälleen odotettavissa. Niiden kestäminen on potilaalle valmiiksi tietoisesti merkityksellinen asia. Edellisen hoitajakson aikana toinen lääkäri oli laskenut leikkiä rohkaisevalla ja voimaannuttavalla tavalla.

Keskustelu: Lääkäri on empaattinen ja kuunteleva, ja tunnelma on hyvä. Se vahvistaa luottamusta ja antaa toivoa.

Reflektio: Potilas pohtii uskomuksiaan ja tuntemuksiaan. Potilas oli jo vastaanotolle tullessaan voimaantunut. Lääkäri tunnistaa ja säilyttää voimaantumisen, ehkä vahvistaakin sitä.

Oppiminen: Jo aiemmat kokemukset ovat opettaneet potilasta suhtautumaan sairauteen ja hoitoon. Potilas osaa soveltaa vastaanottamaansa tietoa, hyväksyy sen ja toimii myös oma-aloitteisesti oman paranemisensa hyväksi.

Päätelmä: Potilaan kuunteleminen auttaa lääkäriä ymmärtämään, miten potilas kokee merkityksiä ja sitoutuu hoitoon.

TAPAUS 3. Ortopedi - kipu haittaa liikkumista. Potilaan agenda: Potilas on alle 70-vuotias liikunnallisesti elänyt nainen. Kipu haittaa liikkumista ja arkea, eikä potilas voi tehdä sellaista, mitä haluaisi.

Keskustelu: Lääkäri kiinnittää huomion elämismailmaan kysymällä maastossa liikkumisesta ja marjastuksesta. Lääkäri myös suhteuttaa potilaan vaivoja hänen tilaansa, mikä on hyvin ja mikä huonommin. Se herättää ajattelemaan odotuksia siitä, missä kunnossa on mahdollista olla.

Reflektio: Potilas herää pohtimaan odotuksiaan vointinsa suhteen: "mä odotan ja vaadin iteltäni samaa, mutta kun ajattelen, että en ole niin nuori enkä terve ja saan olla vähän huonompi kuin ennen, niin se tekee sellaisen hyvän olon."

Oppiminen: Uuden tavan oppimisen seurauksena potilas osaa ehkä entistä paremmin suhtautua tulevaan hoitoon ja odotettavissa oleviin hoitotuloksiin.

Päätelmä: Merkityksellistäminen potilaan arkimaailman ja sairauskokemuksen kautta näytti herättävän potilaassa reflektion, jonka seurauksena hän osoitti voimaantumista ja tyytyväisyyttä ja oppi suhtautumaan vaivaansa ja hoitoon uudella tavalla. Merkityksellistämispuhe ja sitä koskeva keskustelu käytiin vastaanoton alussa, ja se kesti minuutin ja 41 sekuntia, kun koko vastaanotto kesti 12 minuuttia ja 51 sekuntia. Lyhyt aikainvestointi merkityskeskusteluun näytti vaikuttavan potilaan asenteeseen ja voimaantumiseen suuresti.

TAPAUS 4. Ortopedi - veteraaniurheilija. Potilaan agenda: Potilas on noin 70-vuotias veteraaniurheilija. Urheilu on hänelle tärkeä elämän sisältö ja myös ylpeyden aihe. Harjoituksessa tullut kipu rajoittaa liikuntaa huomattavasti ja estää kilpaurheilun. Potilas haluaa kivun pois voidakseen jatkaa kilpaurheilua ja pitääkseen itsensä hyvässä kunnossa.

Keskustelu: Potilas tuo useaan otteeseen esiin liikuntaharrastuksensa, mutta lääkäri ei huomioi sitä mitenkään. Lääkäri on tunnistanut kivun aiheuttaneen löydöksen ja keskustelee yksinomaan siitä. Kahdentoista minuutin aikana katsotaan neljä kertaa näytöltä 3,5 cm suuruista löydöstä, joka lääkärin mukaan on helposti poistettavissa pienellä rutiinitoimenpiteellä. Lääkäri ehdottaa ensin toimenpidettä, mutta potilaan epäröidessä toimenpiteestä luovutaan ja päätetään seurata kehitystä kolme kuukautta. **Reflektio:** Keskustelu siirtää potilaan huomion elämästä vaivaan. Vaivan merkitys jää taka-alalle ja huomio on löydöksessä ja toimenpiteessä. Jälkihaastattelussa käy ilmi, että potilasta pelotti mahdollinen hoidosta aiheutuva kipu, mutta sitä hän ei kertonut. Viivästetyssä haastattelussa potilas kertoo, että vaiva ei ole poistunut ja oma kunto on heikentynyt nopeasti. Halu saada elämää ja arkea haittaava vaiva pois on jälleen vahvistunut.

Oppiminen: Vastaanoton jälkeen potilas on epä tietoinen ja hämmentynyt. Potilas tietää ohjeistuksen ja ottaa sen vastaan, mutta ei usko siihen eikä osaa toimia oman kuntoutumisensa hyväksi.

Päätelmä: Hoitotoimenpiteitä tukevia merkityksiä ei keskustelussa synny. Potilaassa havaittava tietoinen reflektiivisyys vaikuttaa sitoutumisen kannalta epäedulliseen suuntaan. Vastaanotolle tullessa vahva halu saada elämää ja arkea suuresti haittaava vaiva pois vaihtuu huomioon 3,5 cm:n suuruudesta löydöksestä ja hoidon kivuliaisuuden pelkoon. Lääkäri ei kysynyt eikä kuunnellut potilaan elämää, arkea ja tuntemuksia koskevia viestejä eikä sen vuoksi voinut ottaa niitä huomioon hoitopäätöksessä. Lääkäri ei myöskään tunnistanut potilaan toimenpiteestä kieltäytymisen todellista syytä, pelkoa toimenpiteeseen liittyvästä kivusta.

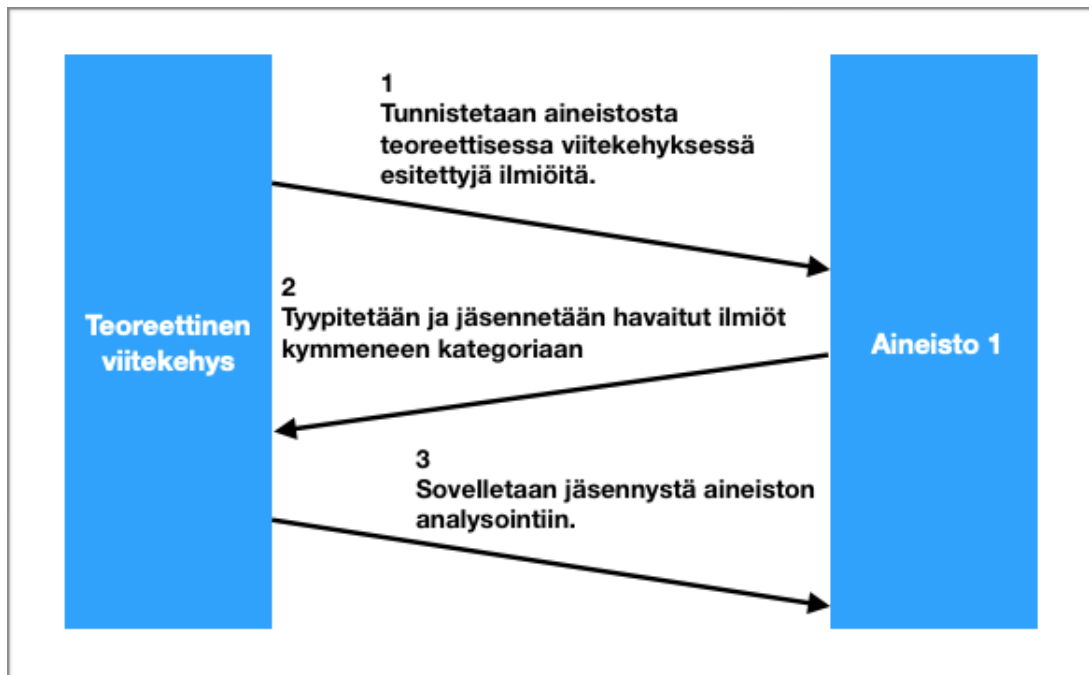
TAPAUS 5. Ortopedi - synnynnäinen vika. Potilaan agenda: Potilaalla on synnynnäinen vika, ja hän toivoo apua. Potilas on treenannut paljon ja yrittänyt saada kuntonsa mahdollisimman lähelle normaalia.

Keskustelu: Lääkäri toteaa tutkimuksen aikana, että "et ole saanut hyviä kortteja."

Reflektio: "Kortit" painuvat potilaan mieleen, ja hän toistaa sen vastaanoton aikana kerran ja vastaanoton jälkeen molemmissa haastatteluissa kaksi kertaa. Lääkärin sanoilla vaikuttaa olevan voimakas tunnevaikutus, joka aiheuttaa toivottomuuden tunnetta ja heikentää voimaantumista.

Oppiminen: Potilas tietää ohjeistuksen ja ottaa sen vastaan, mutta kyky toimia oma-aloitteisesti kuntoutumisensa hyväksi vaikuttaa jopa heikentyneen.

Päätelmä: Nopeasti ohikiitävä oivalluksen hetki voi muuttaa perusoletuksia. Vaikka lääkärin puhe näytti heikentävän potilaan voimaantumista ja kykyä oma-aloitteiseen kuntoutumisensa hoitoon, se juuri siksi vahvistaa käsitystä lääkärin viestinnän vaikutusmahdollisuuksista. Lääkärin puheella voi olla suuri merkitys siihen, miten potilas vastaanoton jälkeen oma-aloitteisesti edistää kuntoutumistaan.



Kuvio 5. Teorian ja empirian vuoropuhelun avulla tuotettu aineiston analyysin jäsennyys.

Vastaanottojen havainnoinneissa kiinnitettiin huomiota siihen, miten potilaat suhtautuivat lääkärin välittämiin viesteihin ja minkälaisia toimintamalleja he rakensivat itselleen kuntoutumistaan varten. Viitekehuksesta johdettujen näkökulmien ja aineiston sisällönanalyysin pohjalta käytävän teorian ja empirian vuoropuhelun avulla pyrittiin tunnistamaan samankaltaisuuksia ja tyypillisyyksiä lääkärin toiminnan ja potilaan reaktioiden välillä kiinnittämällä huomiota, käyttikö lääkärin tietynlainen toiminta aiheuttavan tiettyjä reaktioita (Kuvio 5). Tämä arviointi tehtiin tarkastelemalla havaintojen lukumääriä. Näiden kvantifointi tehtiin tarkastelemalla tietynlaisten havaintojen esiintymistä potilaittain tai lääkäreittäin. Kvantifointi perustuu siis henkilöiden lukumäärään, joiden kohdalla havainto tehtiin yhden tai useamman kerran, ei havaintojen lukumäärään. Lukumääräisesti pieni aineisto ja laadullinen tutkimusote soveltuvat siihen, että tavoitteena on ilmiön ymmärtäminen ja huomioiminen tarkempaa tarkastelua varten. Tutkimus on kaksivaiheinen. Ensimmäisessä vaiheessa tarkasteltiin koko aineistoa, jonka perusteella luotiin potilaan reflektio-konstruktiosprosessi. Viitekehysten avulla aineistosta havainnoitiin potilaan reflektointia, oppimisen tasoja, voimaantumista ja potilaan toimintaa. Lääkärin viestinnässä kiinnitettiin huomiota tyypillisyyksiin, jotka näyttivät olevan yhteydessä havaittuihin vaikutuksiin potilaassa.

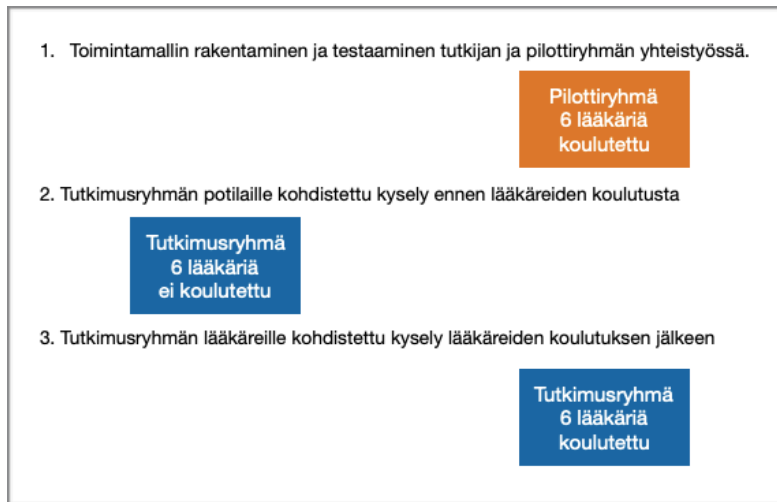
Viitekehyksen ja empiirisen aineiston vuoropuhelusta johdettiin aineiston käsittelyä varten näkökulmia, kategorioita, joiden avulla havainnointi- ja haastatteluaineistoista poimittiin ja ryhmiteltiin sitaatteja. Reflektiota, voimaantumista ja toimintaan ryhtymistä kuvaavia, selittäviä tai vahvistavia sitaatteja havaittiin erityisesti kymmenessä kategoriassa: lääkärin kartoituskysymyksiä, lääkärin huomio elämismailmaan, lääkärin muu merkityksellistäminen, lääkärin yhdentävä viestintä, lääkärin hajauttava viestintä, potilaan vaivaan, hoitoon tai lääkäriin kohdistama reflektio, potilaan elämään, arkeen tai merkitykseen kohdistama reflektio, potilas indikoi potilastyytyväisyyttä, potilas indikoi voimaantumista, potilaan konstruktio, toimintasuunnitelma. Potilaan reaktiot luokiteltiin merkeillä + (positiivinen vaikutus hoitoon), 0 (ei vaikutusta), – (negatiivinen vaikutus hoitoon). Prosessin syvempää tarkastelua varten valittiin koko aineistosta viisi sellaista tapausta, joissa tuo prosessi havaittiin selvimmin. Näitä tarkasteltiin toisessa vaiheessa monitapaustutkimuksena, tavoitteena tunnistaa reflektio-konstruktio-prosessiin vaikuttavia tekijöitä. Nämä esitellään osatyössä 2.

Sairaanhoitopiirien päätöksillä tutkimusluvut eivät edellyttäneet eettisen toimikunnan lausuntoa, koska tutkijan läsnäolo ja toiminta vastaanotoilla ei vaikuttanut hoitopäätökseen ainakaan siinä mielessä, että tutkija olisi puuttunut hoitoon tai sen suunnitteluun mitenkään. Potilaat saivat informaation tutkimuksesta sekä suullisesti että kirjallisesti ja allekirjoittivat suostumuslomakkeen.

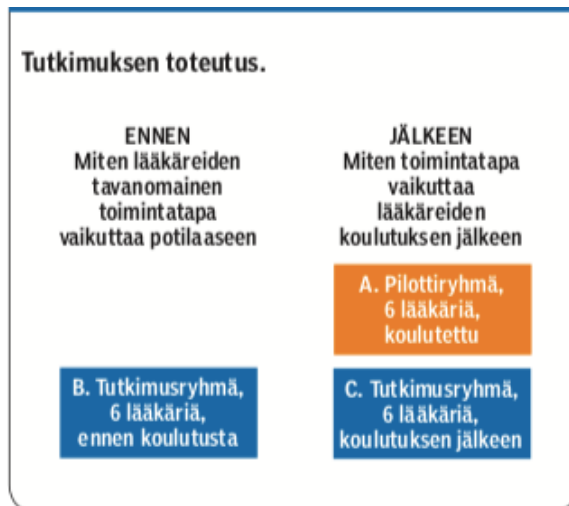
Osatyötä 4 varten aineistoa analysoitiin teorialähtöisesti tarkastelemalla aineistosta tunnistettuja oppimisen hetkiä viitekehyksessä kuvattujen keskinäisviestinnällä vaikuttamisen ja oppimisen teorioiden avulla.

3.2 TOINEN AINEISTO

Osatyön 3 tutkimusaineisto kerättiin Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä ortopedian poliklinikkavastaanotoilla. Aineisto koostuu kyselyaineistosta, jonka perusteella analyysi tehtiin sekä havainnointi- ja haastatteluaineistoista, jotka antoivat tutkijalle taustatietoa, mutta joita ei käytetty analyysiin. Valmisteluvaiheessa pilottiryhmän lääkärin ja tutkijan yhteisessä työpalaverissa luotiin kahden kysymyksen toimintamalli, jonka oletettiin vievän keskustelun vastaanotolla potilaan elämismailmaan ja myös antavan potilaalle mahdollisuuksia pohtia ennakkokäsityksiään tilastaan. Toimintamallia myös testattiin kahden kuukauden ajan tässä kehittämiseen osallistuneessa pilottiryhmässä (6 lääkäriä), eikä siinä todettu tarvetta muutoksiin (kuviot 6 ja 7).



Kuvio 6. Tutkimuksen eteneminen



Kuvio 7. Toinen tutkimusaineisto, tutkimuksen toteutus. (julkaisuoikeudenhaltijan luvalla, osatyö 3).

Ortopedian professori kutsui lääkärit osallistumaan tutkimukseen, ja kaikki kutsutut suostuivat. Tutkimusryhmän lääkärit ($n = 6$) saivat tunnin mittaisen koulutuksen hoitavan viestinnän menetelmästä ja laminoidun muistilapun toimintamallista. Vaikutuksia potilastyöhön tutkittiin lomakekyselyin ennen lääkäreiden koulutusta ja sen jälkeen. Ennen koulutusta lääkäreitä pyydettiin antamaan kyselylomake sattumanvaraisesti oman valintansa mukaisesti viidelle poliklinikkapotilaalle vastaanoton jälkeen. Lomakkeen voi palauttaa hoitajalle saman tien tai postitse palautuskuorella. Koulutuksen jälkeen tutkimusryhmän lääkäreitä pyydettiin käyttämään opetettua menetelmää jokaisen poliklinikkapotilaan vastaanotolla ja antamaan kyselylomake samalla tavalla viidelle potilaalle. Lomakkeet annettiin potilaille suljetuissa kuorissa, eivätkä lääkärit tienneet, mitä lomakkeessa kysyttiin. Pilottiryhmän lääkäreiden potilailta pyydettiin myös palautteet lomakekyselyllä.

Kyselytutkimusta täydentämään ja potilaiden reaktioiden ymmärtämisen parantamiseksi tutkija havainnoi osan vastaanotoista ja haastatteli potilaita

vastaanottojen jälkeen. Myös näiltä potilailta pyydettiin lomakekyselyyn vastaukset. Havainnoitavat vastaanotot valittiin sattumanvaraisesti tutkijan käyntiajankohdan perusteella. Havainnoinnin kohteena olevilta potilailta ja lääkäreiltä pyydettiin kirjallinen suostumus.

Potilailta saatiin yhteensä 59 vastauslomaketta (vastausprosentti 56 %). Niistä 21 oli pilottiryhmän lääkärien vastaanotoilta, 23 tutkimusryhmän lääkärien vastaanotoilta ennen koulutusta ja 15 koulutuksen jälkeen. Lisäksi tutkimusaineistona on havainnointiaineisto 20 potilaasta, äänitetyt keskustelut, välittömät haastattelut ja muistiinpanot.

Aineistosta koottiin luokkakysymysten vastaukset keskiarvoiksi. Avoimiin kysymyksiin esitetyistä vastauksista ja kommentista pyrittiin tunnistamaan potilaan kokemia reflektiivisiä hetkiä ilmaisevat maininnat, joissa potilaat arvioivat kokemuksiaan vastaanotolla sekä vaivaansa ja sen hoitoa. Reflektiot ovat useimmiten pinnallisia huomioita, mutta joukossa on myös syvällisempiä ennakkoletusten uudelleenarviointeja.

Reflektiot jaettiin kolmeen ryhmään: 1) huomio vaivaan ja sen hoitoon, 2) huomio lääkäriin ja hänen toimintansa arviointiin ja 3) huomio vaivan merkitykseen omassa elämässä ja arjessa. Lisäksi aineistosta tunnistetaan potilaan voimaantumista ilmaisevat maininnat. Sanallisen aineiston tulkinta ja aineiston pienuus tuovat tuloksiin epätarkkuutta ja virhemahdollisuuksia. Sen vuoksi näitä havaintoja ei esitetä prosentiosuuksina, vaan ainoastaan lukumäärinä. Vain selviä eroja voidaan pitää luotettavina. Sellaisia tuloksia kuin ”kaikki”, ”ei yhtään” tai ”kaksinkertainen” voitaneen pitää tutkimusnäytön kannalta merkityksellisiä ja huomionarvoisina.

4 OSATÖIDEN ESITTELY

Viestinnän merkitys ja tavoitteiden tunnistaminen lääkärin työssä (Osatyö 1)

Potilaan voimaantuminen ja reflektio - konstruktio -malli (Osatyö 2)

Kahden kysymyksen menetelmä (Osatyö 3)

Oivalluksen hetki lääkärin ja potilaan kohtaamisessa (Osatyö 4)

Tutkimuksen osatyönä on julkaistu kolme artikkelia ja yksi on lähetetty julkaisuun vertaisarvioitavaksi. Yhdessä osatyöt muodostavat johdonmukaisen pohdinnan lääkärin viestinnän vaikuttavuudesta ja potilaskohtaamisessa johtamisviestinnän ja oppimisenäkökulman avulla tarkasteltuna. Ensimmäinen osatyö käsittelee lääkärin

hyvän viestinnän kriteereitä. Toisessa osatyössä esitellään havaintoaineistosta tunnistettu potilaan reflektio-konstruktio-malli, jonka sovelluksena kehitetyn kahden kysymyksen menetelmän testaus julkistetaan kolmannessa osatyössä. Neljännessä osatyössä havaitaan, että viestinnän hoitoa tukeva vaikutus voidaan saavuttaa jo lyhyessä potilaan oivalluksen hetkessä.

4.1 VIESTINNÄN MERKITYS JA TAVOITTEIDEN TUNNISTAMINEN LÄÄKÄRIN TYÖSSÄ (OSATYÖ 1)

Potilaan ja lääkärin kohtaaminen on terveydenhuollon ydintapahtuma (Saarni, S (toim.) Lääkärin etiikka. Suomen Lääkäriliitto 2013). Se on keskinäisviestintätilanne, jossa osapuolet kykyjensä ja mahdollisuuksiensa mukaan ilmaisevat itseään ja ymmärtävät toisiaan. Lääkärin ammattitaidon tulee olla hoidon laadun perusta. Viestintä on lääkärille työväline, jolla hän voi vahvistaa tai heikentää ammattiosaamistaan ja potilaan hoitoa.

Viestintää koskeva keskustelun, tutkimuksen ja koulutuksen tulee perustua tietoon siitä, mitkä ovat lääkärin viestinnän tavoitteita, mitä on hyväksi katsottava viestintä ja mitkä ovat sen kriteereitä. Ilman analyttistä otetta keskustelu hyvästä viestinnästä on epämääräistä ja epäammattimaista.

Artikkelissa kiinnitetään huomio sen pohdintaan, mitä tarkoitetaan lääkärin hyvällä viestinnällä potilaskohtamisessa. Viestinnän merkitys potilastyössä tunnustetaan laajalti, ja potilaspalauttein kerätään paljon tietoa potilaiden kokemuksista. Keskustelussa ja tutkimuksessa helposti jää määrittelemättä, mitä tarkoitetaan hyvällä viestinnällä ja miten siitä saadaan tietoa. Lääkärin hyvän vuorovaikutusosaamisen määrittely ja kouluttaminen on perusteltua silloin, kun hyvän vuorovaikutuksen kriteerit ovat perusteltuja. Kun asiaa tarkastellaan kriittisesti, tulee kiinnittää huomiota lääkärin viestinnän tehtävään ja tavoitteisiin potilaskohtamisessa. Terveydenhuollon perustehtävän - terveyden edistäminen ja sairauksien hoito - kannalta lääkärin viestinnän tulee tukea perustehtävää. Sellainen lääkärin viestintä, joka edistää potilaan terveyttä ja sairauden hoitoa, on perustellusti hyvää ja vastuullista. Näin määritellään tämän tutkimuksen ontologinen lähtökohta.

Kun lääkärin viestinnän laadun kriteeriksi määritellään vaikutus terveyden edistämiseen ja sairauden hoitoon, tulee myös määritellyksi se, miten hyvästä viestinnästä saadaan tietoa. Viestinnän ja oppimisen tunnettujen vaikuttavuusmallien avulla voidaan päätellä, minkälaiset viestinnän keinot ovat vaikuttavia. Potilaiden välittömien reaktioiden avulla voidaan tunnistaa sellaisia vaikutuksia, esimerkiksi reflektointi ja voimaantuminen, joiden perustellusti oletetaan olevan kuntoutumiselle eduksi. Viime kädessä viestinnän laadun mittaaminen edellyttää riittävän suurella potilasaineistolla ja riittävän pitkällä ajanjaksolla tehtyä kliinistä tutkimusta, jossa

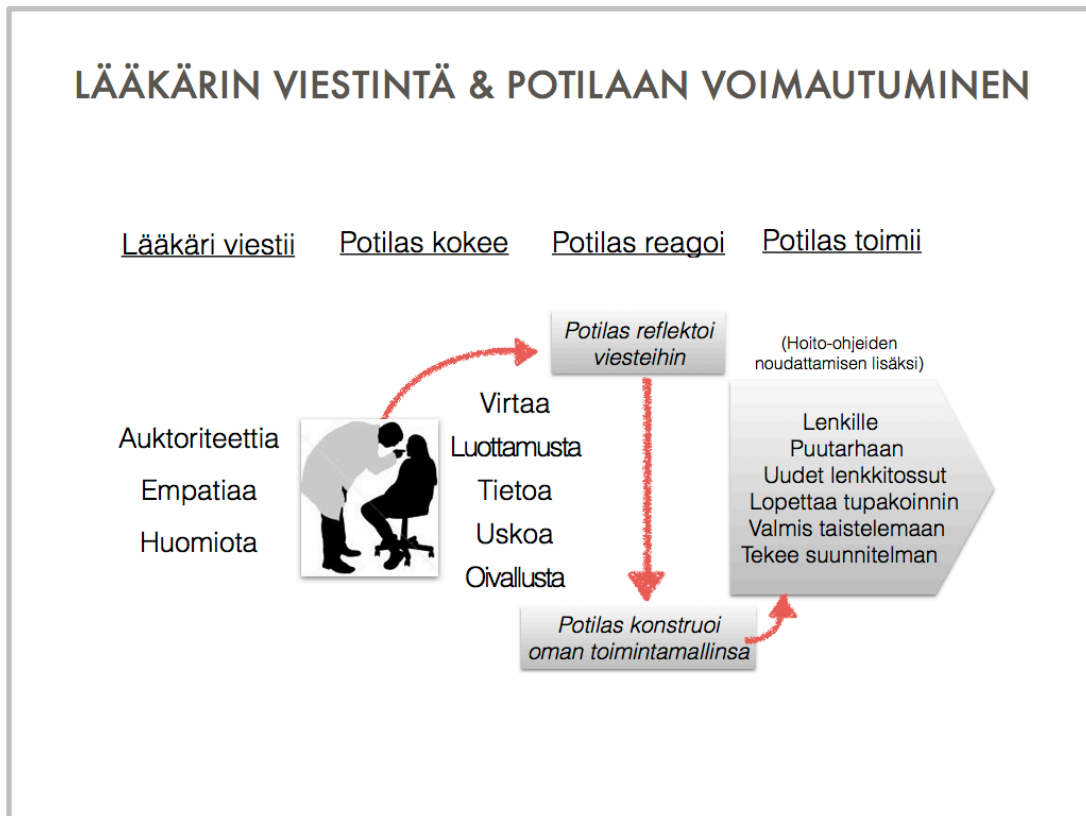
testataan viestinnän todettuja vaikutuksia potilaiden paranemiseen. Pelkkä potilaskokemukseen tai hymiöihin perustuva arvio lääkärin viestinnän laadun mittarina on yksipuolinen ja usein puutteellinen.

Ensimmäisen artikkelin lukijapauhteessa (Haglund ym.) kiinnitettiin huomiota yhteistoiminnallisuuden rakentumisen merkitykseen potilas-lääkärisuhteessa. Vastauksessa vahvistamme yhteistoiminnallisuuden tärkeyden, mutta samalla korostamme käytännöllistä lähestymistapaa. ”Koska lääkärin käytettävissä oleva aika ja mahdollisuus (tai halu) syventyä asiaan eivät aina riitä, tarvitaan helposti toiminnallistettavissa oleva toimintatapa, jolla lääkäri auttaa potilasta arvioimaan vaivan ja sen hoidon merkitystä omassa elämässä. Kaksi kysymystä lääkärin aktiivisessa työkalupakissa on vaikuttavampi kuin käyttämättä jätetty laajempi keskusteluprosessin malli.”

Artikkelissa painotetaan lääkärin lääketieteellistä ammattitaitoa tärkeimpänä hoidon laatutekijänä. Viestintä on lääkärille työväline, jolla hän voi tukea potilaan hoitoa. Viestinnän osa-alueiden systemaattisen opiskelun tulisi kuulua jokaisen lääkärin koulutukseen peruskoulutuksesta erikoistumiseen ja jatkuvaan ammattitaidon kehittämiseen.

4.2 POTILAAN VOIMAANTUMINEN JA REFLEKTIO - KONSTRUKTIO -MALLI (OSATYÖ 2)

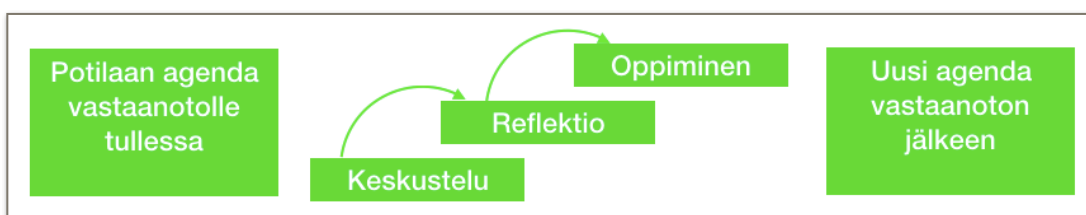
Kuviossa 6 esitetään potilastapausten seurannan perusteella rakennettu potilaan reflektio - konstruktio -prosessia kuvaava malli (kuvio 8).



Kuvio 8. Potilaan reflektio - konstruktio -prosessi lääkärin vastaanotolla. (julkaisu oikeuden haltijan luvalla, Osatyö 2)

Vastaanotolla lääkärin puhe voi sisältää hoitoon liittyvän informaation lisäksi myös sellaisia potilaan kokemukseen vaikuttavia viestejä, jotka ilmaisevat esimerkiksi auktoriteettia, empatiaa tai huomiota. Tuo viestintä voi olla tarkoituksellista tai tahatonta. Lääkärin viestinnän ansiosta potilas saattaa kokea saavansa esimerkiksi virtaa, luottamusta, tietoa, uskoa ja oivallusta. Kukaan potilas reflektoi lääkärin viestintään omalla tavallaan ja rakentaa (konstruoi) oman toimintamallinsa, jonka mukaan tulee toimimaan hoitojakson ajan. Toimintamalli voi olla hoitoa edistävä tai esimerkiksi hoitotoimenpiteiden laiminlyönnin mahdollistava.

Potilaan vaivan tai sairauden ja sen ennusteen merkitys hänelle itselleen riippuu elämäntilanteesta, arvostuksista ja tarpeista. Potilaat kokevat eri perustein olevansa terveitä tai sairaita, ja sen vuoksi hoidon tavoitteetkin voivat olla eri potilailla saman vaivan tai sairauden hoitamisessa erilaiset.



Kuvio 9. Potilaan agendan muutos vastaanoton vaikutuksesta (aiemmin julkaisematon kuvio)

Vastaanotolle tullessaan potilaalla on tietty agenda, jolla tarkoitetaan tässä potilaan suhtautumista omaan tilaansa ja sen seurauksena odotuksia vastaanotolle. Vastaanoton aikana käyty keskustelu lääkärin kanssa voi vaikuttaa potilaan agendaan siten, että vastaanotolta poistuessaan suhtautuminen omaan tilaan on muuttunut. Silloin, kun keskustelu lääkärin kanssa herättää potilaassa reflektointia, sitä seuraava oppimisprosessi voi muuttaa agenda suurestikin (kuvio 9). Muutos voi olla hoidon kannalta edullinen tai epäedullinen. Esimerkiksi potilaan luottamus omiin mahdollisuuksiin edistää omaa kuntoutumistaan voi muuttua. Hoitoa edistävänä vuorovaikutuksena voidaan pitää sellaista keskustelua, jossa lääkäri tunnistaa hoidettavana olevan vaivan merkityksen potilaalle ja hoitotavoite on sellainen, johon potilas sitoutuu ja jota hän kykenee oma-aloitteisesti edistämään.

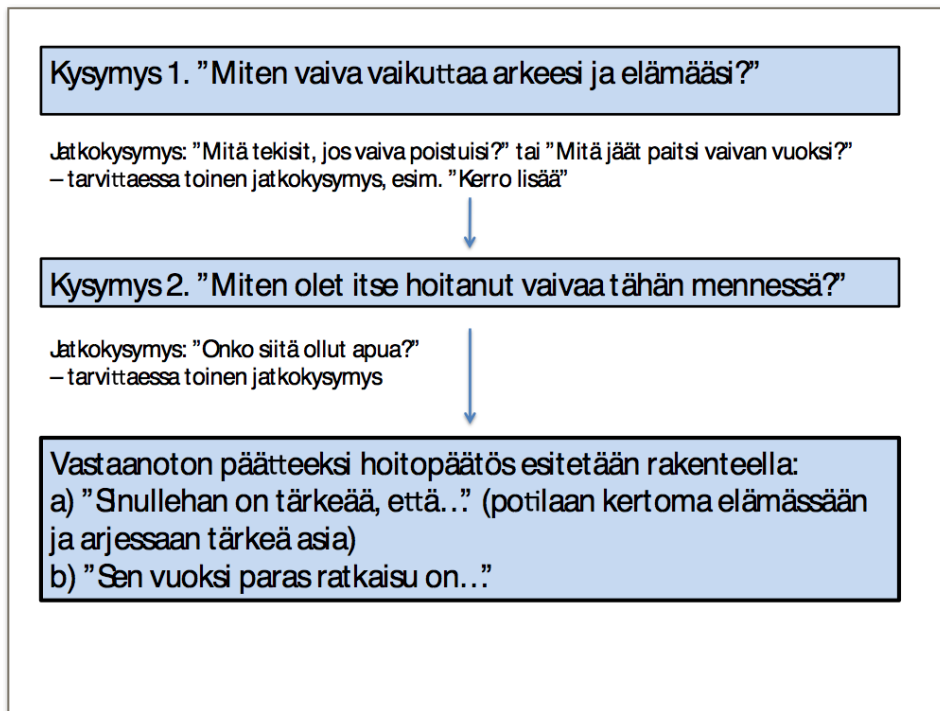
Terveys voi olla potilaalle merkityksellinen asia sinänsä, tai se voi olla elämässä ja arjessa tärkeiden asioiden mahdollistaja. Tutkimusaineistossa havaitaan potilaan elämän ja arjen huomioimisen merkitys. Mishlerin (1984) lanseeraamien termien ”lääketieteen ääni” ja ”elämismaailman ääni” mukaisesti tunnistettiin selvästi, että lääkärin keskittyessä vain lääketieteellisiin havaintoihin ja puheeseen häneltä voi jäädä huomioon ottamatta oleellisia hoitoon vaikuttavia seikkoja.

Tutkimustulostemme mukaan potilaan elämismaailma voi sisältää diagnoosin ja hoitopäätöksen kannalta tärkeää tietoa. Jos lääkäri kiinnittää huomion pelkästään vaivaan, potilaan hoidon kannalta tärkeää tietoa voi jäädä huomioon ottamatta ja oleellinen osa mahdollisuudesta vaikuttaa potilaan valmiuksiin ja kykyyn toimia omaa kuntoutumistaan edistävällä tavalla voi jäädä hyödyntämättä. Ne merkitykset, jotka mahdollistavat potilaalle omaa kuntoutumista ja hoitoa tukevaan toimintaan ryhtymisen, voivat perustua potilaan elämään, arkeen, arvoihin, perustarpeisiin, hengissäpysymiseen tai johonkin muuhun. Lääkäri ei voi niitä ymmärtää keskustelematta potilaan kanssa tämän tilanteesta, arvostuksista ja tarpeista. Ilman sitä tietoa potilaaseen vaikuttaminen on enemmän sattumanvaraista kuin suunnitelmallista ja johdonmukaista. (Osatyö 2).

4.3 KAHDEN KYSYMYKSEN MENETELMÄ (OSATYÖ 3)

Kolmannessa osatyössä esiteltävässä tutkimuksessa testataan edellisten osatöiden perusteella muodostettua hypoteesia lääkärin johtamisviestinnän vaikuttavuudesta. Sen mukaan lääkärin vastaanotolla esittämät potilaan elämismaailmaa ja vaivan merkitystä potilaan arjessa luotaavat kysymykset kannustavat potilasta reflektoimaan siihen, mitä he kuulevat ja kokevat vastaanotolla. Reflektointi tukee potilaan kykyä

ymmärtää, mikä on hänen oma tilanteensa ja omalle kuntoutumiselleen eduksi, ja se lisää voimaantumista toimimiseen tervehtymistä ja kuntoutumista edistävällä tavalla. Lähtöoletuksena oli myös, että vaikeasti opittavien tai potilastyössä aikaa vaativien viestinnän menetelmien käyttö voi jäädä lääkäriltä vähäiseksi. Sen vuoksi tavoitteena oli muodostaa mahdollisimman pelkistetty ja nopeasti potilastilanteessa sovellettava toimintaohje lääkäreille koulutettavaksi.



Kuvio 10. Kahden kysymyksen menetelmä (julkaisuoikeuden omistajan luvalla; Osatyö 3)

Tutkimus tehtiin yhden yliopistosairaalan tuki- ja liikuntaelinsairauksiin erikoistuneiden lääkärin ryhmässä. Kuuden lääkärin pilottiryhmässä laadittiin ja esiteltiin kahden kysymyksen malli (kuvio 10). Ensimmäinen kysymys vie keskustelun potilaan elämään ja arkeen, ja toinen kysymys pyrkii herättämään potilaassa pohdintaa ja oivalluksia omista mahdollisuuksista tukea hoitoa. Hoitopäätöksen lääkäri esittää ja argumentoi potilaan itse esittämien merkityksien avulla.

Varsinainen testaus tehtiin kuuden lääkärin tutkimusryhmällä, joka sai tunnin mittaisen koulutuksen kahden kysymyksen menetelmän käyttöön. Tutkimusryhmän lääkäreiden potilaiden reaktioita seurattiin ennen ja jälkeen koulutuksen.

Lääkärin koulutuksen jälkeen tehdyssä kyselyssä potilaat esittivät enemmän elämänsä ja arkeensa kohdistuvia pohdintoja ja voimaantumista ilmaisevia kommentteja kuin potilaat ennen lääkärin koulutusta. Lähtöoletuksen mukaan vaikutuksia voidaan pitää potilaan hoitoa tukevinä. Tutkimus osoitti, että kahdella hyvin valitulla kysymyksellä lääkäri voi siirtää keskustelun painopisteen hoidon kannalta edulliseen suuntaan.

4.4 JOKAINEN HETKI ON MAHDOLLISUUS VAIKUTTAA POTILAASEEN (OSATYÖ 4)

Neljäntenä osatyönä olevassa artikkelissa pohdimme lääkärin viestinnän käynnistämisen potilaan reflektoinnin tapahtumaa. Havaitsemme, että oppimisen ja toiminnan muutoksen aikaansaajana oleva reflektoituminen ja jopa kriittiseksi katsottava reflektio voidaan tunnistaa jo hetken oivalluksessa. Toteamme, että ”reflektion ei tarvitse olla pitkä prosessi eikä tiedostettu. Nopeasti ohikiitävä reflektiivinen hetki voi olla perusoletuksia muuttava kokemus, joka on tunnistettavissa reflektioksi. Reflektiivinen hetki voi käynnistyä puheen tai jonkin muun kokemuksen synnyttämistä merkityksistä nopeasti, jopa hetkessä. Reflektiivinen hetki voi tapahtua myös itsekseen, aina ei tarvita diskurssia. Siihen ei myöskään aina tarvita kognitiota. Reflektiivinen hetki voi olla tiedostamaton ja enemmän tunnetasolla kuin rationaaliseen arviointiin vaikuttava.”

Artikkelissa pohdimme oppimisen ja johtamisviestinnän katsannoissa havaittavaa kolmea eri aikakausina ja eri koulukunnissa eri painotuksin näyttäytyvää vaikuttavuuden osatekijää: prosessimaisuus, kesto ja oman oppimisen tiedostaminen. Viime vuosisadalla virinneet valistuksen ja teollistumisen aikakausien innoittamat johtamisen, viestinnän ja oppimisen teoriat nojaavat rationalistisiin käsityksiin ihmisestä järjestelmän osana. Inhimilliseen käyttäytymiseen vaikuttaminen nähtiin mallinnettavissa olevana lineaarisena ja osapuolille tiedostettuna jatkuvana prosessina. Terveysthuollossa vallitsevat näkemykset viestinnällä vaikuttamisesta edustavat usein samoja painotuksia. Käypä hoidon suositteluissa motivoivan haastattelun menetelmässä potilaaseen katsotaan vaikuttavan pitkäjänteisen, vaiheittain etenevän prosessin avulla, jonka teho lisääntyy ajan funktiona ja joka tiedostamisen kautta saa aikaan potilaan käyttäytymiseen tavoitteena olevan muutoksen. Menetelmän toimivuus käytännössä edellyttää ohjaajalta riittävää paneutumista ja ajankäyttöä (Absetz ym 2011, Knittle ym 2014, Magill ym. 2018). Osatyössä esitetään tuolle vaihtoehdoinen näkökulma.

”Esimerkiksi valituissa tapauksissa huomiota kiinnittää keskustelun vaikutuksen voima. Voimaantumista lisäävissä tapauksissa potilas näytti saavan sellaista voimaa ja motivaatiota, joka on hoidon kannalta eduksi. Voimaantumista heikentävissä tapauksissa potilas selkeästi kyseenalaisti vastaanotolle tullessa olleita arvioitaan omasta tilastaan ja odotuksiaan tulevasta. Vaikka lääkärin viestinnän vaikutus oli hoidon kannalta mahdollisesti epäedullinen, vaikuttavuuden voima näyttäytyi näissäkin tapauksissa”. (Osatyö 4)

5 TULOKSET

5.1 TUTKIMUSKYSYMYKSIÄ: VOIDAANKO JA JOS, NIIN MITEN VOIDAAN LÄÄKÄRIN POTILAASEEN KOHDISTAMAN JOHTAMISVIESTINNÄN VAIKUTTAVUUTTA POTILAAN TOIMINTAAN TAI TOIMINNAN MUUTOKSEEN ARVIOIDA OPPIMISEN KÄSITTEIDEN AVULLA. (OSATYÖT 1, 2, 3 JA 4)

Potilaan reflektio - konstruktio -malli kuvaa lääkärin viestinnän vaikutuksia potilaaseen. Malli syntyi havainnoista, joissa lääkärin viestintä sai potilaan refleктоimaan ja pohtimaan omaa kuntoutumistaan ja rakentamaan itselleen suunnitelman, jonka mukaan hän ryhtyy omaa kuntoutumistaan edistämään. Reflektio ja konstruktio ovat konstruktivismiin ja uudistavaan oppimiseen kuuluvia peruskäsitteitä. Myös konstruktivismin vaihtoehtona pidettävä behaviorismi tunnustettiin havainnoituissa vastaanottotilanteissa lääkärin vaikuttamisen keinona. Aineistosta pystyttiin havaitsemaan eroja siinä, miten behavioristista ja konstruktivistista oppimismallia noudattavat vuorovaikutustilanteet vaikuttivat potilaaseen ja hänen oppimiseensa. Behavioristisiksi voidaan katsoa sellaiset lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksen mallit, joissa lääkärin viestintä on pääasiassa yhteen suuntaan etenevää, yhdenmukaista katsottavaa informaation siirtoa ja jonka tavoitteena on viestin perillemeno, ymmärretyksi tuleminen ja viestin mahdollisesti sisältävän ohjeen noudattaminen. Konstruktivistisina voidaan puolestaan pitää sellaisia asetelmia, joissa lääkäri pyrkii ymmärtämään potilaan tilannetta, arvostuksia ja tarpeita ja sellaisia konteksteja, joiden perusteella potilas arvioi vastaanotolla saamaansa informaatiota ja kokemuksia. Konstruktivistisessa vuorovaikutustilanteessa lääkäri huomioi potilaan agenda ja pyrkii auttamaan potilasta pohtimaan ja arvioimaan vastaanottamaansa informaatiota ja kokemuksia sekä antamaan näille merkityksiä. Pohdinnan ja arvioinnin avulla potilas rakentaa itselleen tavan suhtautua saamiinsa informaatioon ja kokemuksiin ja toimia niiden perusteella. Myös behavioristisen mallin mukaisesti viestiessään voi lääkäri mahdollisesti tahattomasti toteuttaa hajauttavan viestinnän funktiota ja herättää potilaassa hyväksymisen ja tottelemisen sijaan esimerkiksi kyseenalaistamisen tai jonkin sattumanvaraisen asiayhteyden perusteella itsenäistä reflektointia.

Koska lääkärillä on potilaaseen nähden auktoriteettiasema, on lääkärin behavioristinen ja autoritääriinen viestinnän tapa mahdollisesti monen potilaan ennako-odotusten mukaista. Potilas tuskin kritisoi viestinnän pedagogista laatua.

Reflektointi on konstruktivismin ja erityisesti uudistavan oppimisen keskeinen käsite. Potilaassa syntyvä reflektointi näyttää tämän aineiston perusteella olevan käytäntöön sovellettavissa ja toiminnallistettavissa oleva työväline lääkärin

viestinnän vaikuttavuuden tarkasteluun, tavoitteen asettamiseen sekä viestinnän keinojen valintaan ja kehittämiseen.

Bloomin tavoitetaksonomiasta muokattu tiedollisia, asenteellisia ja toiminnallisia oppimisen tasoja kuvaava kolmiportainen malli (taulukko 4, sivulla x) on potilaassa tapahtuvan oppimisvaikutuksen kuvaajana käyttökelpoinen. Tavoitetaksonomia soveltuu lääkärin viestinnän vaikuttavuuden ja potilaan oppimisen arviointiin kahdella tavalla. Sen avulla voidaan tunnistaa ja arvioida lääkärin ilmaisemaa viestinnän tavoitetta ja havaita potilaan oppimisen tasoa.

Tutkimusaineistoon 1 haastatelluista lääkäreistä useimmat kertoivat viestinnän tavoitteenaan olevan ymmärretyksi tuleminen (taulukko 5). Kuudesta lääkäristä viisi kertoi tavoitteenaan olevan kertoa asiat ja faktat siten, että potilas ymmärtää. Kaksi lääkärää mainitsi erikseen potilaan informoidun päätöksenteon. Bloomin tavoitetaksonomian tarkastelussa nämä lääkärit näyttivät asettavan potilaan oppimistavoitteen tiedollisen ja tunneoppimisen kolmiportaisella asteikolla ensimmäiselle tasolle (tietää, ottaa vastaan) ja joissain tapauksissa ehkä keskimmaiselle tasolle (ymmärtää ja soveltaa, priorisoi). Toimintaoppimista koskevaa tavoitetta neljä lääkärää kuudesta eivät haastatteluissa ilmaisseet. Yhden lääkärin (taulukossa lääkäri 2) vastauksessa heijastuu tavoite ymmärtää potilaan motivaatiota ja tuntemuksia ja siten vaikuttaa potilaan haluun toimia hoitoa edistävällä tavalla. Tämä lääkäri näytti asettavan potilaiden oppimistavoitteet tasolle, jotka vastaavat Bloomin tavoitetaksonomian keskimmäistä tasoa (ymmärtää ja soveltaa, hyväksyy, toimii oma-aloitteisesti). Myös toinen lääkäri (taulukossa lääkäri 1) mainitsee motivaation. Motivoinnin keinona hän mainitsee faktojen kertomisen mahdollisimman positiivisessa valossa, mutta potilaalle tärkeiden merkitysten ymmärtämiseen hän ei kerro kiinnittävänsä huomiota.

Vastaanottojen havainnoinneissa havaitaan, että lääkärit eivät aina käytännössä toimi kertomansa tavoitteen mukaan. Esimerkiksi lääkäri, joka haastattelussa kertoi aina vastaanoton alussa haastattelevansa potilasta tämän kuulumisista viiden minuutin ajan, ei kertaakaan tehnyt niin kymmenen havainnoidun vastaanottokäynnin aikana.

Lääkäri	Lääkärin kertoma viestinnällä vaikuttamisen tapa	Lääkärin asettama viestinnän tavoite Bloomin tavoitetaksonomiassa		
		Tiedollisen oppimisen taso	Tunneoppimisen taso	Toimintaoppimisen taso
1	<i>"tietenkin täytyy antaa faktat mahdollisimman tarkasti - - että potilas pystyy tekemään informoidun päätöksen"</i> <i>"täytyy antaa toivoa myöskin, painottaa positiivisia asioita löydöksissä, kuntoutumisen mahdollisuutta"</i>	1 Tietää (2 Ymmärtää ja soveltaa)	1 Ottaa vastaan	2 Toimii oma-aloitteisesti

Lääkäri	Lääkärin kertoma viestinnällä vaikuttamisen tapa	Lääkärin asettama viestinnän tavoite Bloomin tavoitetaksonomiassa		
		Tiedollisen oppimisen taso	Tunne-oppimisen taso	Toiminta-oppimisen taso
2	<i>"Viestinnän tavoitteena on vahvistaa potilaan komplianssia. Hyvä viestintä ja vuorovaikutus tarkoittaa asiantuntevuutta, empaattisuutta ja ystävällisyyttä"</i>	2 Ymmärtää ja soveltaa	2 Hyväksyy	2 Toimii oma-aloitteisesti
3	<i>"Sanon suoraan, jos on tarvetta. Huonotkin asiat pitää kertoa"</i>	1 Tietää	1 Ottaa vastaan	-
4	<i>"En yritä vaikuttaa. Pitää perustua tosiasioihin. Jos suositellaan toimenpide, se pitää perustella, miksi ja mitä eri vaihtoehtoista seuraa"</i>	1 Tietää	1 Ottaa vastaan	-
5	<i>"Tärkeää on katsoa silmiin ja puhua suomea niin, että potilas tai yleensäkin keskimääräinen ihminen ymmärtää"</i>	1 Tietää	1 Ottaa vastaan	-
6	<i>"Pitää olla rehellinen. ja kertoa asiat niin, että mahdollistaa potilaan informoidun päätöksenteon"</i>	1 Tietää (2 Ymmärtää ja soveltaa)	1 Ottaa vastaan	-

Taulukko 5: Haastattelukysymys: Onko sinulla tietoinen tapa, miten pyrit [viestinnällä] vaikuttamaan potilaaseen? Minkälainen tuo tapa on? (Perustuu tutkimusaineistoon 1, aikaisemmin julkaisematon kooste)

5.2 TUTKIMUSKYSYMYS: MITÄ ON TOIMINNAN MUUTOKSEEN TÄHTÄÄVÄN JOHTAMISVIESTINNÄN VAIKUTTAVUUS LÄÄKÄRIN JA POTILAAN KESKINÄIS- VIESTINNÄSSÄ

Vaikuttavuus:

- reflektio-konstruktiovaikutus potilaassa
- potilaan oppiminen

Tässä tutkimuksessa esitetään sellainen kanta, että johtamisviestinnän tulee saada aikaan johtamisen tavoitetta edistävää toimintaa. Lääkärin vastaanotolla se tarkoittaa, että potilas ryhtyy oma-aloitteisesti toimimaan hoidon hyväksi niillä mahdollisuuksilla ja keinoilla, jotka hänen tapauksessaan ovat mahdollisia. Viestintä on lääkärille hoidon työväline. Perustehtävän ollessa terveyden edistäminen ja sairauksien hoito lääkärin viestinnän vaikuttavuus on sitä, että viestintä saa potilaassa aikaan sellaista vastetta, joka lisää potilaan valmiuksia edistää hoitoaan ja kuntoutumistaan.

Bloomin tavoitetaksonomian mukaisten tiedollisen, affektiivisen ja toimintaoppimisen havaittiin käyvän viestinnällä vaikuttamisen tavoitteista. Tavoitetaksonomia kuvaa oppimisen tasojen hierarkian, tasolta toiselle siirtyminen tarkoittaa oppimisen lisääntymistä. Tavoitetaksonomian luoja Bloom itse samoin kuin myöhemmät kehittäjät eivät kuitenkaan yksiselitteisesti esitä, että oppiminen tapahtuu aina hierarkisesti alemmalta tasolta seuraavalle. Voidaan siis ajatella, että oppija voi esimerkiksi ohittaa jonkin oppimisen tason ja siirtyä suoraan seuraavalle.

Tutkimusaineistosta tehdyt havainnot ja analyysi tukivat behaviorismin ja konstruktivismin vaikuttavuutta kuvaavia teoriaoletuksia. Potilaalle elämismailmaa huomioon ottava viestintätapa tuotti enemmän oma-aloitteista merkitysten pohdintaa ja voimautumista kuin tiedon siirtoon perustuva behaviorismin periaatteiden mukainen viestintätapa. Vaikka potilaan hoidon laatu perustuu lääkärin lääketieteelliseen ammattitaitoon, antaa tutkimusaineisto aihetta johtopäätökseen, että myös potilaan elämismailman havaitseminen ja huomioon ottaminen voi vaikuttaa hoidon laatuun. Jos lääkäri ei ryhdy vuoropuheluun, jonka tavoitteena on potilaan elämismailman ymmärtäminen, on potilaan mahdollinen reflektointi ja mahdollinen toimintatavan konstruktio sattumanvaraista eikä lääkäri voi siihen suunnitelmallisesti vaikuttaa.

Tämän tutkimusaineiston valossa toiminnan muutokseen tähtäävä johtamisviestinnän vaikuttavuus voidaan nähdä kykynä saada potilaassa aikaan hoitoa tukeva reflektio-konstruktiovaikutus. Viestinnän vaikutus lääkärin ja potilaan keskinäisviestinnässä voidaan nähdä Bloomin tavoitetaksoniomian mukaisena potilaan oppimisen lisääntymisenä. Vaikuttavuutta ja reflektio-konstruktio-mallin toteutumista on tässä tutkimuksessa tarkasteltu kuvaamalla potilaalle tärkeiden merkitysten huomioimisen vaikutusta potilaan kokemukseen (osatyö 2) ja kahden kysymyksen testin avulla (osatyö 3).

5.3 TUTKIMUSKYSYMYKSET: MINKÄLAISIA VAIKUTTAVUUDEN TEKIJÖITÄ VOIDAAN KONSTRUKTIVISTISTEN OPPIMISNÄKEMYSTEN AVULLA LÄÄKÄRIN VIESTINNÄSTÄ POTILAS-KOHTAAMISESSA VOIDAAN TUNNISTAA, JÄSENTÄÄ JA ARVIOIDA

Vaikuttavuuden tekijät:

Lääkärin huomio potilaan elämismaailmaan

Potilaan elämismaailmaa luotaavat kysymykset

Oivalluksen hetken mahdollisuuden tiedostaminen ja hyödyntäminen

5.3.1 Lääketieteen maailma - potilaan elämismaailma. Lähtökohtaisesti lääkäri on omaan ammattiosaamiseensa perehtynyt asiantuntija. Hän hallitsee ne ammattiosaamisen alueet - lääketieteen maailman (vrt. Mishler 1984) - joilla hän toimii. Potilaalle tämä maailma ei ole yhtä tuttu. Jos lääkärin ja potilaan keskustelu pysyy vain tällä alueella, eikä kosketele potilaan elämää, arkea ja arvostuksia, potilaan voi olla vaikea kokea lääkärin viestien merkitykset niin tärkeinä, että ne saavat hänet refleктоimaan uudistavaa oppimista tuottavalla tavalla. Aineistosta havaittiin, että lääkärin huomio potilaan elämismaailmaan auttaa potilasta kokemaan lääkärin viestit itselleen merkityksellisinä. Lisäksi se vahvistaa potilaan reflektionia sekä hoitoa tai kuntoutumista tukevan toimintamallin konstruointia. Esimerkiksi potilas, jonka lääkäri sai suhteuttamaan odotuksensa terveyttään ja suorituskykyään kohtaan suhteessa ikäänsä, ilmaisi tämän ansiosta suhtautuvansa rauhallisemmin vaivaansa ja sen hoitoon. Elämismaailman äänen tunnistaminen lääkärin viestinnän vaikuttavuuteen vaikuttavana tekijänä on yksi lääkärin viestinnän vaikuttavuuden tekijä, jota lääkärin viestinnässä voidaan havainnoida ja arvioida.

5.3.2 Kysymykset. Lääkärin tarvitsee potilaalta tietoa anamneesia, diagnoosia ja hoitopäätöstä varten. Kysymykset voivat vaikuttaa vuorovaikutustilanteeseen monella tavalla. Ne antavat kysyjälle tietoa, ja sen lisäksi ne voivat herättää kysymyksen vastaanottajassa pohdintaa, ehkä jopa refleктоinniksi tunnistettavaa uudelleenarviointia ja kyseenalaistamista.

Lääkärin kysymyksen kohdistuessa potilaan vaivaan ja oireisiin lääkäri saa ensisijaisesti niitä koskevia tietoja ja potilas mahdollisesti tiedostaa ne paremmin. Jos lääkäri kohdistaa kysymyksensä elämismaailmaan, se herättää mahdollisesti potilaassa omaa tilaansa ja vaivan merkitystä koskevaa pohdintaa. Konstruktiivisen oppimisen näkökulmasta voi odottaa tuon pohdinnan auttavan potilasta sisäistämään vaivaansa ja sen hoitoa koskevat ohjeet ja sitoutuvan niihin. Aineiston perusteella tehdyt havainnot ja johtopäätökset puoltavat elämismaailman huomioinnin merkitystä potilaan hoitoon vaikuttavana tekijänä. Potilaan elämismaailmaa

luotaavien kysymysten esittäminen ja hyödyntäminen vuorovaikutustilanteessa on taito, joka auttaa lääkäreitä toimimaan vastaanottotilanteessa vaikuttavasti.

5.3.3 Oivalluksen hetken mahdollisuuden tiedostaminen ja hyödyntäminen.

Osatyössä 4 esiteltiin oppimisen ja viestinnän vaikuttavuuden teorioissa esiintyvät kolme vaikuttavuuden ulottuvuutta: kesto, lineaarisuus ja vaikutuksen (muutoksen) tiedostaminen. Tutkimusaineistosta tunnistetaan hetkessä tapahtuvan tiedostamattoman ja epälineaarisen muutoksen mahdollisuuden. Se tarkoittaa, että ollakseen vaikuttavaa viestinnän ja vuorovaikutuksen ei välttämättä aina tarvitse olla pitkäkestoista, sen ei tarvitse edetä johdonmukaisen tai tunnetun polun mukaisesti eikä muutoksen tarvitse olla tiedostettua. Lääkärin on mahdollista viestinnällään saada potilaassa aikaan hoidon kannalta merkitsevä toiminnan muutos hetkessä tapahtuvalla, reflektiivisen hetken tuottaman ja potilaalle hetkessä tiedostamattoman oivalluksen avulla. Vaikutuksen tuntemus ja olemus saattaa jälkepäin potilaalle tiedostua - tai olla tiedostumatta. Myös lääkärille potilaassa tapahtuvan muutoksen prosessi voi olla tiedostamaton ja siten sattumanvarainen, mahdollisesti yllättäväkin. Reflektiivisen hetken tuottaminen voi kuitenkin olla lääkärille tiedostettu pyrkimys potilaan kokemuksen ja reflektoinnin suuntaamiseksi hoitoa tukevan oppimisen uralle.

5.4 TUTKIMUSKYSYMYS: MITEN LÄÄKÄRI VIESTII VAIKUTTAVASTI POTILASKOHTAAMISESSA

Kahden kysymyksen menetelmän testauksessa ensimmäinen kysymys oli muotoa: ”Miten vaiva vaikuttaa elämääsi ja arkeesi?” sekä tarkentavana jatkokysymyksenä: ”Mitä tekisit, jos vaiva poistuisi?” tai ”Mitä jäät paitsi vaivan vuoksi?”. Kysymyksen ja jatkokysymysten tavoitteena oli viedä keskustelu ja potilaan ajatukset vaivasta sen merkityksiin. Potilaan toivottiin näkevän vaivansa ja siitä kuntoutumisen välinearvona, joka estää tai mahdollistaa jotakin elämässä tärkeää ja merkityksellistä. Tästä syntyvää keskustelua voidaan nimittää Merkityskeskusteluksi.

Testattavan mallin toinen kysymys oli muotoa: ”Miten olet itse hoitanut vaivaa tähän mennessä?” ja tarkentavana jatkokysymyksenä: ”Oliko siitä apua?” Tässä tavoitteena oli viedä potilaan ajatukset toimintaan ja herättää potilaassa pohdintaa mahdollisuuksista itse vaikuttaa hoitoon. Myönteisissä tapauksissa potilaassa heräsi voimaantumisen tunnetta sekä mahdollisesti oman kuntoutumisen tukemista koskevia oivalluksia. Tätä keskustelua voidaan nimittää Oivalluskeskusteluksi.

Kolmannessa vaiheessa tavoitteena oli kiinnittää potilaan mainitsevat merkitykset potilaan mieleen ja vahvistaa kuntoutumisen välinearvoa potilaan merkitykselliseksi mainitsemien asioiden kannalta. Lääkäri esitti hoitopäätöksen muodossa:

”Sinullehan on tärkeää, että... (potilaan elämässään ja arjessaan tärkeäksi mainitsema asia)”, ”Sen vuoksi paras ratkaisu on...”. Jos potilas oli keskustelun vaikutuksesta jo ehtinyt hahmottaa mielessään suunnitelmaa, jolla hän edistää hoitoaan, tämän vaiheen tavoitteena vahvistaa potilaan aikomusta ryhtyä toimintaan. Tästä keskustelun vaiheesta voidaan käyttää nimitystä Vahvistaminen.

Kahden kysymyksen menetelmän testauksen lopputulemana voidaan siis esittää yleistyksenä ja erilaisiin potilaskohtaamisen tilanteisiin sovellettava vaikuttavan viestinnän malli, jonka kolme vaihetta ovat:

- 1) Merkityskeskustelu
- 2) Oivalluskeskustelu
- 3) Vahvistaminen

Merkityskeskustelussa ja oivalluskeskustelussa lääkärin tavoitteena on - potilaan elämismaailman ymmärtämisen lisäksi - erityisesti saada potilas refleктоimaan ja pohtimaan omaa tilaansa, vaivan merkitystä siinä ja tavoitteitaan. Oivalluskeskustelussa ja vahvistavassa keskustelussa lääkärin tavoitteena on tukea potilasta hoitoa tukevan toimintatavan rakentamisessa, konstruoinnissa.

	Potilaan reflektio	Konstruktio
Merkityskeskustelu	tavoite	
Oivalluskeskustelu	tavoite	tavoite
Vahvistaminen		tavoite

Taulukko 6: Keskustelun vaiheet ja potilaan reflektio-konstruktioita koskevat tavoitteet (perustuu osatöihin 2 ja 3, aikaisemmin julkaisematon kooste)

Hoitavan viestinnän keskustelun vaiheet ja potilaan reflektio-konstruktioita koskevat tavoitteet kuvataan taulukossa 6. Tätä rakennetta lääkäri voi käyttää vastaanoton edetessä aina, kun potilaaseen vaikuttamiseen näyttäisi olevan tarvetta. Jos tätä rakennetta sovelletaan pitkään ja monivaiheiseenkin keskusteluprosessiin, prosessin ensimmäisissä vaiheissa voidaan keskittyä potilaalle tärkeiden merkitysten tunnistamiseen ja kokemiseen, seuraavilla kerroilla potilaan mahdollisuuksiin vaikuttaa ja lopuksi potilaan päätöksiin toimia hyväksi katsomallaan tavalla.

6 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

6.1 REFLEKTIO VIESTINNÄN VAIKUTTAVUUDEN TUNNISTAMISEN JA KEHITTÄMISEN KEINONA

Vaikka lääkärin ja potilaan kohtaamiseen liittyy vuorovaikutusta monella tasolla, kohtaamisen tarkastelu viestintäsuhteena on mielekäs. Monitasoiset osapuolten tunnekokemuksiin vaikuttavat elementit, kuten eleet, ilmeet, äänenpainot, olemus, sukupuoli, kansallisuus, pukeutuminen, kielenkäyttö, kohtaamista edeltävät tapahtumat jne. voivat olla voimakkaasti läsnä kohtaamisissa. Niiden analysointi ja hallitseminen on kuitenkin niin monitahoinen ja -tasoinen asia, että terveydenhuollon ammattilaisten arkikäyttöön soveltuvien työvälineiden ja -menetelmien kehittäminen niiden pohjalta ei vaikuta aina olevan tarkoituksenmukaista. Lääkärin ja potilaan kohtaamista voidaan tarkastella pelkästään viestintäsuhteena (Gerlander 2003, Ha & Longnecker 2010), jossa viestintä voi olla oleellisesti osapuolten kokemuksiin, reflektointiin ja uuden toimintatavan konstruointiin vaikuttava tekijä. Reflektio ja kriittinen reflektio ovat oppimisen käsitteitä ja nykyaikana tunnustettujen oppimismäkemyksien mukaisia keskeisiä oppimisen tekijöitä. Tässä tutkimuksessa on osoitettu, että oppimismäkökulma soveltuu lääkärin viestinnän vaikuttavuuden arvioinnin näkökulmaksi ja käyttökelpoisten toimintatapojen kehittämiseksi lääkärin työn avuksi.

6.2 VAIKUTTAVUUTTA KOSKEVAT HAVAINNOT JA VAIKUTTAVAN VIESTINNÄN KEINOT

Oivalluksen hetken tunnistaminen ja sen mahdollisuuden hyödyntäminen. Vaikuttavuuden tekijöistä tärkeimpänä voidaan pitää sitä, että toimitaan vaikuttavasti. Mitä useammin lääkäri tekee vaikuttavaksi tarkoitettuja tekoja, sitä enemmän hän oletettavasti vaikuttaa. Oivalluksen hetken käsitteen esittelemisellä havainnollistettiin se, että jokainen hetki on mahdollisuus vaikuttaa potilaaseen. Jos lääkäri pyrkii ottamaan tämän huomioon, hänellä on paremmat mahdollisuudet ohjata potilaan päätöksentekoa ja käyttäytymistä kuin lääkäriillä, joka ei katso tehtäväkseen vaikuttaa. Vaikuttamisetapojen ja menetelmien on sen vuoksi hyvä olla niin toiminnallisia ja sovellettavia lääkärin työssä, että niitä tulee käytetyksi mahdollisimman usein.

Potilaiden voimaantumista ja toimintamallin konstruointia ilmaisevat puheet vastaanotoilla tai haastatteluissa olivat yleisempiä silloin, kun lääkäri kiinnitti huomiota potilaan elämismailmaan ja potilaalle tärkeisiin merkityksiin.

6.3 TEORIAN KEHITTÄMINEN

Viestinnän vaikuttavuuden tutkimus nojaa organisaatioviestinnän teoriaan ja oppimisteoriaan. Oppimisen suuntauksia ja teorioita on lukuisia. Tähän on valittu tarkastelun kohteeksi behaviorismi ja konstruktivismi sekä konstruktivismin sisältyväksi katsottava uudistava oppiminen. Behaviorismi ja konstruktivismi ovat sadan vuoden aikajänteellä vallinneita pääsuuntauksia, joiden välisinä kehitysvaiheina ja rinnalla voidaan nimetä lukuisia muita suuntauksia. Tutkimukseen valitut suuntaukset ovat harkinnanvaraisesti valittuja, mutta pääsuuntauksina perusteltuja. Suuntausten valintaperuste oli myös käytännöllinen siten, että aikakausiensa edustajina ne ovat kehitysvaiheina samankaltaisia kuin johtamisen ja viestinnän tutkimuksessa on vallinnut.

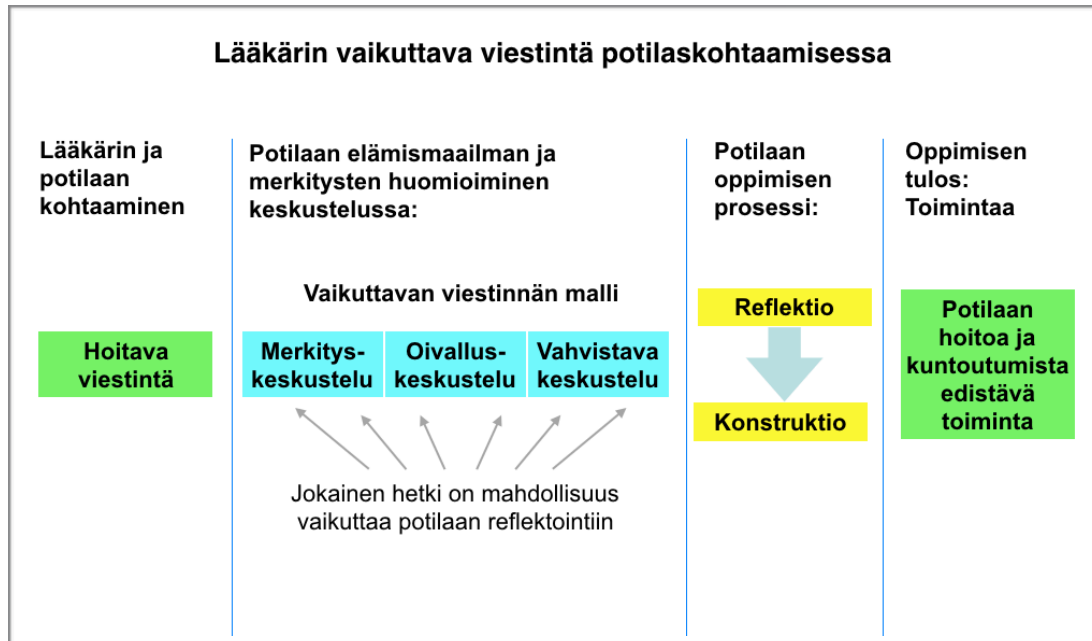
Organisaatioviestinnän teorioiden taustalla on vakiintunut viestinnän tutkimuksen perinne, jossa pääsuuntauksina voidaan nimetä prosessikoulukunta ja merkityskoulukunta. Johtamisen vastaavina aikoina vallinneina suuntauksina voidaan nimetä tieteellinen liikkeenjohto ja nykyaikana hyväksytty kulttuurien ja merkityksien johtamiseen perustuva johtamisviestinnän määritelmä. Tutkimuksessa käytettyjen johtamisen, viestinnän ja oppimisen suuntausten valintaperusteena oli siis se, että ne ovat sadan vuoden aikajänteellä pääsuuntauksia ja ne ovat tuolla ajalla käyneet läpi samankaltaisia kehitysvaiheita.

Tutkimusta varten muotoiltu teoreettinen viitekehys lähti näkemyksestä, että lääkäripotilaskohtamisessa vuorovaikutuksen tavoitteena on saada potilaassa aikaan hoidon tavoitteita edistävää toimintaa. Tutkimuksessa viestinnän vaikuttavuutta tarkastellaan konstruktivisen oppimisen näkemyksen ja uudistavan oppimisen avulla. Ohjeiden noudattamista painottava behavioristinen viestintä on mekanistista lineaarisiin käsityksiin muutoksesta perustuvia, eikä siinä oteta huomioon yksilön tilannetta, arvostuksia ja tarpeita. Behaviorismille luonteenomainen viestinnän tapa on normeihin perustuva, ohjeiden ja viestin perillemeno painottava yhdentävä viestintä.

Konstruktivistisen oppimisen näkemyksen mukaisessa vaikuttamisessa lääkäri pyrkii ymmärtämään potilaan tilannetta, arvostuksia ja tarpeita huomioimalla tämän elämismailmaa. Lääkärin tavoitteena on auttaa potilasta reflektoimaan kokemaansa oman elämismailmansa kautta, ja oman halunsa kautta konstruoimaan hoitoa tukeva toimintamalli. Oppimisen tulosta voidaan arvioida Bloomin tavoitetaksonomian mukaisella jäsentelyllä.

Tämän tutkimuksen havaintojen ja johtopäätösten avulla syntynyt vaikuttavan lääkäri-potilasviestinnän malli esitetään kuviossa 11. Lääkärin viestinnän

vaikuttavuuden tärkeä lähtökohta on se, että lääkäri on potilaaseen yliverlainen asiantuntija lääketieteessä, ja potilas on puolestaan oman elämänsä yliverlainen asiantuntija. Lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksessa lääketieteen maailman ja potilaan elämiskaailman huomioiminen on hoidon laatutekijä. Ilman lääkäriin huomiota potilaan elämiskaailmaan tärkeä osa hoidon laatuun vaikuttavista tekijöistä mahdollisesti toteutuu sattumanvaraisesti.



Kuvio 11. Lääkäri-potilasviestinnän vaikuttavuuden prosessi ja malli. (Aikaisemmin julkaisematon kooste.)

Potilaaseen vaikuttaminen siten, että potilas oppii ja omaksuu hoidon kannalta myönteisen toimintatavan, ei välttämättä vaadi paljon aikaa eikä vaihteittain etenevää muutospolkua eikä liioin tiedostettua muutosprosessia. Muutos voi olla hetkessä syntyvä ja vaikuttava, yllätyksellinen ja tiedostamaton. Vaikka potilaassa tapahtuva oppimisen prosessi olisi epärationaalinen, sen syntyyn vaikuttaminen voi olla ammattimaista, harkittua ja tietoon perustuvaa toimintaa, jonka onnistuessa toivotusti potilas reagoi tavoitteen mukaisesti.

Konstruktivismiin ja uudistavan oppimisen mallin mukaista viestinnällä vaikuttamista potilaskohtamisessa näyttää toteuttavan keskustelu, jossa toteutuvat merkityskeskustelu, oivalluskeskustelu ja vahvistava keskustelu.

6.4 MENETELMÄN POHDINTA

Tutkimuksessa käytetty laadullinen tutkimusote, jota täydennetään määrällisellä tarkastelulla, antaa monipuolisesti tietoa tutkimuksen kohteena olevasta lääkäriin ja

potilaan kohtaamisesta. Tutkimuksen tavoitteena on ensisijaisesti ilmiön ymmärtäminen ja jatkotutkimusta vaativien kohteiden löytäminen. Tutkimusta lähdettiin tekemään pelkästään laadullisella tutkimusotteella, tavoitteena ilmiön ymmärtäminen. Tutkimuksen edetessä heräsi tarve testata laadullisen tutkimuksen avulla tehtyjä havaintoja määrällisen menetelmän avulla.

Tutkimuksen aineistoa ja menetelmiä koskevat valinnat on pyritty tekemään siten, että tutkimuksen aineistoa voidaan pitää luotettavana ja johtopäätöksiä hyvin perusteltuina. Tutkimusaineistoa koskevat luokittelut ja tulkinnot perustellaan teoreettisessa viitekehäyksessä määriteltyjen tekijöiden mukaisesti, ja johtopäätösten logiikka kuvataan tuloksien esittämisen yhteydessä. Sosiaalitieteiden alaan kuuluvissa tutkimuksissa usein on kysymys jonkin ilmiön ymmärtämisestä, jolloin mitattavia kvantitatiivisia tuloksia ei aina pystytä osoittamaan. Lääketieteen ja terveydenhuollon tutkimusperinteessä puolestaan korostuu pyrkimys suurilla aineistoilla ja toistoilla parhaan mahdollisen luotettavuuden varmistamiseen. Tässä sosiaalitieteiden alaan kuuluvassa terveydenhuoltoa koskevassa tutkimuksessa ollaan lähempänä sosiaalitieteen tutkimukselle kuuluvaa kysymyksenasettelua. Lääkärin ja potilaan keskinäisviestintätilanteessa tapahtuva merkitysten luominen ja reflektointi on monitahoinen ja ennalta arvaamattomuuksia sisältävä tutkimuskohde, johon laadullinen tutkimusote soveltuu hyvin. Koska tuloksia on tarkoitus soveltaa terveydenhuollossa, on tulosten täytettävä myös sen alan validiteetti- ja reliabiliteettikriteerit. Tämän tutkimuksen kolme (neljä?) osatyötä on hyväksytty vertaisarvioituissa lääketieteellisissä julkaisuissa esitettäväksi, ja niiltä osin kriteerien voidaan katsoa täyttyneen.

Laadullisen ja määrällisen tutkimusotteen luotettavuudesta ja objektiivisuudesta ei voida yksiselitteisesti ottaa kantaa jommankumman hyväksi. Tuomi ym. (2009, 135) viittaavat yhdysvaltalaiseen tutkimusperinteeseen, jonka mukaan laadullisella ja määrällisellä tutkimuksella ei ole tietoteoreettista eroa, erot ovat vain teknisiä. Tuo määritelmä sopii tähän tutkimukseen, jossa menetelmävalintoja voidaan pitää ensisijaisesti teknisinä. Haettaessa vastausta ensimmäiseen tutkimuskysymykseen käytettiin tapaustutkimusmenetelmää ja laadullista tutkimusotetta. Määrällistä tutkimusta voidaan pitää teknisesti objektiivisena siltä osin, kuin tulokset perustuvat tilastollisiin johtopäätöksiin. Kuitenkin myös kvantitatiivisessa tutkimuksessa kysymysten, aineiston, muuttujien ja menetelmien valinnassa joudutaan tekemään valintoja, joita ei aina voida yksiselitteisen objektiivisesti perustella. Laadullinen tutkimus puolestaan lähestyy objektiivisuutta esimerkiksi silloin, kun todetaan, että jokin ilmiö on siis mahdollinen.

Kun tutkimuskysymys koskee oppimisteorian soveltuvuutta johtamisviestinnän vaikuttavuuden arviointiin lääkärin ja potilaan kohtaamisessa, yksikin soveltuvuutta tukeva havainto riittää osoittamaan, että soveltaminen on mahdollista. Tässä tutkimuksessa oppimisteoriaa sovellettiin ainakin jollain tasolla kaikkien 36:n havainnoidun vastaanottokeskustelun arviointiin, ja syvällisemmin osatyöissä esiteltyihin viiteen tapaukseen. Myös tutkimuksen toiseen aineistoon sovellettiin

oppimisteoriaa. Oppimisteorian soveltuvuus toteutui kautta linjan aineiston arviointiin, eikä havaittu yhtään tapausta, jossa se ei olisi sovelnut.

Osatyössä 2 todetaan, että monipuolinen tieto terveydestä, sairauksista ja hoidosta edellyttää määrällistä ja laadullista tutkimusta (Tuorila 2013). Kahden erikoisalan poliklinikkavastaanotoilta kerätyn aineiston avulla saatiin tutkimuskysymyksiä kannalta relevantteja huomioita siitä, minkälaiset lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksen ilmiöt nousevat havainnoituissa tapauksissa esiin ja miten teoreettisesti muodostetut oppimismallit näyttävät näissä tapauksissa toteutuvan. Lukumääräisesti pieni aineisto antoi mahdollisuuden kohdistaa huomio ilmiöihin, joita on syytä tutkia tarkemmin. Määrällistä arviointia varten aineiston näyttöarvo on heikko silloinkin, kun vastaavuuksia kuvaavat arvot ovat korkeita.

Laadullisen tutkimusote antoi mahdollisuuden tarkastella sellaisiakin ilmiöitä, joita ei etukäteen osattu kysyä. Tutkimuksen heikkoutena voidaan arvioida henkilökohtaiseen havainnointiin ja potilaiden avoimiin vastauksiin perustuvan aineiston analysointiin liittyviä tutkijan subjektiivisuuden riskejä. Silloin kun potilaan tai lääkärin vastaanotolla tai haastattelussa ilmaisemia asioita sijoitetaan eri kategorioihin, tulkinnalle jää varaa. Litteroiduista tallenteista poimitut sitaatit esitetään tutkimuksen liitteenä sellaisenaan, jolloin tutkimuksen toteutus on läpinäkyvä ja mahdollista tarkistaa. Anonyymisti esitetyn litteroidun havainnointiaineiston on tarkistanut väitöskirjatyön ohjaaja. Muuten tämä aineisto on salassapidettävää, eikä sitä voida esittää tutkimuksen liitteenä. Tutkijan läsnäolon voi ainakin teoriassa olettaa vaikuttavan hoitotilanteeseen ja kommunikaatioon siinä. Vaikutti kuitenkin siltä, että hyvin nopeasti tutkija näytti unohtuneen ja keskustelu kävi normaalina kahdenvälisenä dialogina. Näin myös useat lääkärit spontaanisti kommentoivat jälkepäin.

Vain kaksi lääkäreiden erikoisalaa on tutkimuksessa edustettuna. Laadullisen tutkimuksen tehtävänä on tunnistaa ilmiöitä analysoida niitä ja tehdä johtopäätöksiä. Tutkimuksemme tuloksia ja johtopäätöksiä voidaan soveltaa muilla erikoisaloilla kunkin alan erityispiirteet huomioon ottaen.

Kahden kysymyksen menetelmän testaukseen käytettyä tutkimusaineistoa analysoitiin määrällisin menetelmin. Aineistossa epävarmuutta ja virhettä voivat aiheuttaa aineiston pienuus, kysymyksenasettelu (antaako oikeasti tietoa reflektiosta ja voimaantumisesta), avovastausten tulkinta, lääkäreiden koulutuksen teho (noudattivatko menetelmää) sekä lääkäreiden tietoisuus siitä, että heidän toimintaansa arvioidaan, ja sen vaikutus heidän käyttäytymiseensä (Hawthorne-efekti) (ks. Ha & Longnecker 2010). Näin ollen tutkimuksen havainnot antoivat ensisijaisesti tietoa potilaissa tapahtuvasta muutoksesta ennen ja jälkeen lääkäreiden koulutuksen. Koulutuksen vaikutusta lääkäreiden toimintaan ei tutkittu. Sen vuoksi johdopäätökset koulutuksen vaikutuksista lääkäreiden toimintaan tai lääkäreiden toiminnan mahdollisen muutoksen vaikutuksista potilaisiin ovat välillisiä ja sisältävät enemmän varauksia. On mahdollista, että osa havaitusta koulutuksen vaikuttavuudesta johtuu

lääkärien tietoisuudesta siitä, että heitä tarkkaillaan. Oletettavasti tuo vaikutus kohdistuu selvimmin potilaan ymmärretyksi tulemisen ja luottamuksen tunteeseen. Sen sijaan lääkärin tietoisesti muuttama käytös ei todennäköisesti vaikuta tutkimuksen päähuomiona oleviin rajattuihin seikkoihin, kuten potilaan oivallusten kohde ja potilaan voimaantuminen, ellei lääkäri tiedä, mitä hänen käyttäytymisessään seurataan.

6.5 KÄYTÄNNÖLLINEN POHDINTA. TULOSTEN HYÖDYNTÄMINEN

Silloin, kun lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksessa pitäydytään yksinomaan kliinisiin kysymyksiin, lääkärin asema asiantuntijana on potilaaseen nähden ylivertainen. Jos lääkäri pitäytyy potilaskohtaamisen aikana vain oman asiantuntemuksensa alasta keskusteluun, keskustelutilanne on otollinen behavioristisen oppimismallin mukaiselle potilaaseen vaikuttamiselle. Sen sijaan jos lääkärin ja potilaan keskustelussa pohdinta kohdistuu myös potilaan elämismailmaan, josta puolestaan potilaalla on lääkäriä enemmän tietoa ja kokemusta, keskustelu voi auttaa potilasta refleктоimaan keskustelun herättämiä vaikutelmia ja tunteita ja asettamaan tärkeiksi kokemilleen asioille uusia merkityksiä. Sellainen vuorovaikutustilanne on otollinen vaikuttamiseen konstruktivististen oppimismallien avulla. Elämismailman käsite tulee ymmärtää laajasti siten, että se kattaa kaikki potilaan henkilökohtaisesti merkitykselliseksi kokemat aihealueet, mukaanlukien esimerkiksi arvot ja arvostukset.

Tässä tutkimuksesta saatiin viitteitä teoriaoletuksessa esitettyjen mallien toteutumisesta ja toimivuudesta käytännössä. Jos jatkotutkimuksilla voidaan osoittaa, että tässä tutkimuksessa esitetyt vaikuttavan viestinnän lähestymistavat ja toimintamallit tuottavat potilaissa myönteistä terveyskäyttäytymistä ja myös vaikutuksia hoitotuloksiin, käytettävissä olisi helposti käyttöön otettavia ja kustannustehokkaita keinoja terveydenhuollon tehokkuuden ja tuloksellisuuden merkittävään parantamiseen.

6.6 YHTEENVETO TUTKIMUKSEN LÖYDÖKSISTÄ



Kuvio 12: Yhteenveto tutkimuksen löydöksistä

Tutkimushavainnoista muodostuu yhteenveto lääkäri-potilasviestinnän laadun ja vaikuttavuuden tekijöistä ja keinoista (kuvio 12).

Viestinnän laatukriteeri. Tässä tutkimuksessa esitetään, että potilaskohtamisessa lääkärin viestinnän ensisijainen tavoite ja laadun kriteeri on vaikutus hoidon laatuun. Hyvää viestintää on sellainen, joka edistää hoitoa ja potilaan paranemista. Sellainen lääkäri, joka hallitsee hoitavan viestinnän, on hyvä viestijä potilaskohtamisessa. Muut viestinnän vaikutusten näkökulmat, kuten esimerkiksi potilastyytyväisyys, voivat olla hoitavaa vaikutusta tukevia, ja siten ne voivat olla toissijaisesti tärkeitä viestinnän tavoitteita ja laadun kriteereitä. Huomion kiinnittäminen lääkärin viestinnän laadun kriteereihin on tärkeää sen vuoksi, että sosiaali- ja terveydenhuollon potilas- tai asiakaskohtamisia koskevassa tutkimuksessa kriteerien määrittely näyttää usein olevan strukturoimatonta ja epätarkkaa. Esimerkiksi lääkäri-potilasviestintää koskevissa systemaattisissa katsauksissa (Mausch 2008, Ha & Longnecker 2010) esitetään jäsennellysti viestinnän erilaisia vaikutuksia, mutta vaikutusten näkökulmia ei priorisoida. Kohtaamistilanteista sosiaali- ja terveydenhuollossa kirjoittava Mönkkönen (2018) puolestaan ansiokkaasti tuo esiin vuorovaikutuksen merkityksen hyvän ja voimauttavan asiakaskokemuksen vahvistamisessa. Hyvän vuorovaikutuksen laatutekijöitä esitellessään hän kiinnittää huomiota osapuolten tuntemuksiin vuorovaikutuksen prosessin onnistumisesta, mutta vuorovaikutuksen vaikuttavuus potilaan vaivojen tai vaikeuksien hoidossa jää vähemmälle huomiolle. Se on tärkeä jatkotutkimuksen alue.

Vaikuttavuuden malli. Vastaanoton tapahtumien ja vuorovaikutuksen potilaalle tuottamien kokemusten vaikutusta häneen voidaan tarkastella reflektio-konstruktio-mallin avulla. Reflektio-konstruktio-malli on johdonmukainen tapa lääkäri-potilasviestinnän keinojen pohdintaan ja valintaan, kun viestinnän tärkeimmäksi tavoitteeksi ja laadun kriteeriksi katsotaan vaikutus hoitoon ja potilaan paranemiseen. Sellainen tarkastelu antaa lääkärille mahdollisuuden tietoisesti pyrkiä sellaiseen viestinnän tapaan, joka saa potilaassa aikaan toivotunlaista reflektointia ja sitä seuraavaa toimintaa. Lääkärin ja potilaan välisen vuorovaikutuksen näkökulmien

määritelmien kirjo on laaja (Ishikawa ym. 2013). Niissä objektiivinen, potilaan paranemista edistävä näkökulma vaikuttaa saavan vähemmän huomiota kuin potilaan subjektiiviseen kokemukseen perustuva tarkastelu. Reflektio - konstruktio -malli esiintyy oppimisen käsitteenä, kun puhutaan konstruktivismista tai esimerkiksi sitä edustavasta uudistavasta oppimisesta (Mezirow 1995, Malinen 2000). Lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksessa oppimisen näkökulmaa ei tässä esitetyllä tavalla ole aiemmin käsitelty. Peavyn (2006) esityksessä uudistava oppiminen mainitaan yhtenä aktiivisen kuuntelun näkökulmana auttamisammattilaisten työssä, kun tavoitteena on auttaa ihmisiä vaikeissa elämäntilanteissa. Tässä tutkimuksessa on havaittu, että lääkäri ja potilaan kohtaaminen voi myös käsittää vastaavanlaisia ihmisen auttamisen mahdollisuuksia, joilla lääkäri voi täydentää ja tukea lääketieteeseen perustuvaa hoitoa.

Reflektointiin vaikuttaa. Reflektoinnissa oppija peilaa uusia kokemuksia aikaisempaan kokemusmaailmaansa ja löytää uusia tapoja arvioida perusoletuksiaan. Lääkäri-potilaskohtauksissa potilan oma elämismaailma ja siellä merkityksellisiksi koetut asiat voivat toimia sellaisena alustana, johon potilas voi vastaanotolla saamaansa informaatiota ja kokemuksia peilata. Myönteisessä tapauksissa potilaan oivallus tuottaa hoitoa edistävän toimintamallin. Mishlerin (1984) esittämät havainnot lääketieteen ja potilaan elämismaailman äänestä vahvistuivat tämän tutkimuksen havainnoissa. Huomio, että lääketieteen ääni vaientaa elämismaailman äänen havaittiin selvästi erityisesti yhdessä esimerkkitapauksessa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakaskohtauksen periaatteena korostetaan asiakaslähtöisyyden merkitystä, mutta tarkemmin määrittelemättä jää, mitä asiakaslähtöisyys siinä yhteydessä tarkoittaa (Saarni 2018). Käytännön potilastyössä määrittelemätön asiakaslähtöisyyden tavoittelu voi johtaa toimenpiteisiin, joiden tavoite ja suunta on epäselvä. Liiketoiminnassa asiakaslähtöisyys tarkoittaa sellaista yrityksen ja asiakkaan yhteistä toimintamallia, jonka avulla yritys mahdollisimman tehokkaasti ymmärtää asiakkaan tarpeita ja kykenee tuottamaan asiakkalle arvoa (Storbacka & Lehtinen 1997; Luotola 2018). Hyvin mahdollisesti toimintamalli tuottaa myös asiakastyytyvyyttä, mutta se ei ole asiakaslähtöisyyden kriteeri. Asiakaslähtöisesti toimiva lääkäri rakentaa sellaista lääkäri-potilassuhdetta, joka on potilaalle mahdollisimman hyödyllinen. Yleensä se tarkoittanee potilaan toiveiden ja tavoitteiden kannalta mahdollisimman suotuisaa hoitoa ja hoitotuloksia. Lääkärin huomio potilaan elämisaailmaan ja potilaalle tärkeisiin merkityksiin toteuttaa asiakaslähtöisyyden periaatetta. Sensijaan potilaan miellyttäminen tai potilastyytyvyyttä ilmaisevat palautteet eivät välittömästi tuota tai indikoi asiakaslähtöisyyttä.

Hoitavan viestinnän keskustelumalli. Lääkäri-potilasviestinnän vaikuttavuuden keinoja ja toimintamalleja on esitetään alan tutkimuksessa vähän siihen nähden, että asian tärkeys, haasteet ja jatkotutkimuksen tarve ovat jo 2000-luvun tieteellisessä kirjoittelussa monipuolisesti esillä.

Potilaan hoitomyönteisyyden, motivaation tai muutoshalun vahvistamisessa pyrkimys asiakaslähtöisyyteen voi näkyä sellaisina toimintatapoina, jotka näyttävät asiakaslähtöisiltä, mutta eivät sitä ole. Idean tai ehdotuksen etujen kehuminen tai pukeminen potilaalle mahdollisimman miellyttäväksi tarkoitettuun muotoon voi olla eduksi, mutta asiakaslähtöisyyttä sellainen ei edusta. Systemaattisessa katsauksessa (Campbell ym. 2012) esitetään 26 terveydenhuollon kohtaamisissa tunnistettua vaikuttavuuden tekniikkaa. Niissä kaikissa havaitaan Mishlerin (1984) käsittein ilmaistuna terveydenhuollon ääni, ei elämismailman ääni. Tekniikoissa huomio kohdistuu itse muutokseen, sen haluttavuuden korostamiseen ja epämiellyttävyyden vähentämiseen. Asiakkaan arvostuksiin ja tarpeisiin kiinnitetään vähän huomiota.

Kahden kysymyksen menetmän johtopäätöksenä muodostettu keskustelumallin - merkitys-, oivallus- ja vahvistuskeskustelu - tavoitteena on toteuttaa potilaslähtöistä, potilasta voimauttavaa ja hoidon tavoitteita tukevaa vuorovaikutusta vastaanotolla. Nämä tavoitteet ovat myös Käypä hoito -suositusten tunnustamia (Järvinen 2014). Lääkärin viestintä potilaskohtaamisessa on sellainen tilanne, jossa näitä tavoitteita voidaan toteuttaa. Tässä tutkimuksessa esitetty kolmivaiheinen hoitavan viestinnän malli vie keskustelun painopistettä potilaan elämismailmaan. Menetelmä on pelkistetympi ja nopeammin käytäntöön sovellettava kuin monet aiemmin esitellyt keskustelumallit. Sen vuoksi edellytykset sen soveltamiseen aina, kun lääkäri havaitsee olevan tarvetta viestinnällä vaikuttamiseen, ovat paremmat kuin jos menetelmän opettelu tai soveltaminen vaatisi enemmän aikaa ja vaivaa.

Oivalluksen hetki. Reflektio voi käynnistyä tai jopa tapahtua hetkessä. Lääkärin ja potilaan kohtaamisessa jokainen hetki on mahdollisuus vaikuttaa potilaan kokemuksiin, arvioihin ja ratkaisuihin hänen suhtautumisessaan omaan tilaansa ja hoitoonsa. Silloin, kun lääkäriellä ei ole käytettävissä aikaa pitkiin keskusteluihin tai monivaiheiseen muutosprosessiin potilaan kanssa, hetkikin voi riittää.

7 JOHTOPÄÄTÖSTEN SOVELTAMISALUEET

7.1 LÄÄKÄRIN VIESTINNÄSSÄ

Autoritäärisessä lääkäri-potilassuhteessa lääkärin viestintään kohdistuu vähemmän haasteita ja vaikuttamisen mahdollisuuksia kuin tasaveroisessa neuvottelevassa suhteessa. Nykyaikana potilaiden tiedot sairauksista ja niiden hoidosta samoin kuin hoitoon vaikuttavat arvot ja arvostukset ovat aivan eri tasoilla kuin aiemmin. Kiinnostus vaihtoehtoihin hoitoihin tai rokotusvastaisuus voivat voimakkaasti vaikuttaa siihen, miten potilas suhtautuu lääkärin puheeseen ja hoito-ohjeisiin.

Yksipuolinen lääkärin asiantuntijuuteen pyrkivä argumentointi tai empaattisuuteenkaan pyrkivä hyvän yhteyden hakeminen eivät usein riitä avaamaan yhteistä pohdintaa, joka saisi potilaan potilaan punnitsemaan arvostuksiaan ja oivaltamaan hoidon merkityksen itselleen. Kunnioittavan ja empaattisen kohtaamisen lisäksi lääkärin on hyvä osata tunnistaa ja ymmärtää potilaan elämismaailmaa ja sen kautta kokemia merkityksiä.

Lääkärin viestinnän vaikuttavuuden pohdinnassa nähdään valintoja sen välillä, nojaako lääkäri viestinnässään järkiperusteisiin vai intuitioon (Evans 2008). Rationaalinen järkeen ja tietoon perustuva analyysi ja argumentointi johtaa ihannetapauksessa aukottomaan johtopäätökseen, mutta se sisältää vain rajallisen määrän ja mahdollisesti subjektiivisesti valittuja muuttujia, joihin analyysi perustuu. Intuitiivinen havaintojen ja päätösten tekeminen voi sisältää rajattoman määrän muuttujia, joita mieli prosessoi, mutta johtopäätös on aina subjektiivinen. Näiden välimuotona Sparrow (2000, 17) esittelee älykkään intuition käsitteen, jossa intuitio analyysin, argumentoinnin ja päätöksenteon menetelmänä tiedostetaan ja tunnustetaan pyrkien ottamaan huomioon sen heikkoudet. Intuitio voidaan kokea ”järkevimmäksi” tavaksi arvioida tilannetta ja johdopäätöksiä.

Terveydenhuollon viestinnän tutkimuksessa on tunnistettu ja tyypitetty erilaisia ammattilaisten käyttämiä viestinnän tapoja (Kiuru ym. 2004). Kahtena vaihtoehtoisena näkökulmana on esitetty persuasiivinen (suostutteleva, taivutteleva) ja supportiivinen (tukea antava) viestintä (Järvinen 2014). Suostutteleva ja taivutteleva kommunikointitapa voi herättää potilaassa vastustusta toivotun vaikutuksen sijasta. Tässä viestinnän näkökulmassa voidaan nähdä asetelma, jossa ohjaaja kokee tietävänsä, mikä on oikein ja pyrkii siirtämään ymmärryksensä ohjattavalle. Tukea antavassa viestinnässä tavoitteena on tukea ohjattavaa hänen tilanteessaan ja lähtökohdistaan. Tuen seurauksena esimerkiksi tuetaan ohjattavan omaa pohdintaa ja johtopäätöksiä. Lääkäri-potilaskohtaamisessa vallitsevat lääketieteen maailma ja elämismaailma asettavat mielenkiintoisen asetelman, joka voidaan nähdä joko vastakkainasetteluna tai synergiaa tuottavana yhdistelmänä. Molemmat näkökulmat voivat olla perusteltuja. Yhtäältä lääketieteen maailmassa lääkäri on auktoriteetti, ja voidaan tunnistaa tilanteita, joissa ”lääkärin määräys” on tarkoituksenmukaisinta. Toisaalta oman elämismaailmansa tuntijana potilas on lähtökohtaisesti ylivertainen lääkäriin nähden. Silloin, kun potilaan tietoon, asenteisiin ja toimintaan vaikuttamisessa tarvitaan ymmärrystä elämismaailmasta, potilaan kuuleminen ja oman pohdinnan tukeminen on perusteltua. Molemmat puolet yhdistävä älykäs intuitio voi syntyä hetken oivalluksesta tai pitkän prosessoinnin tuloksena.

Tässä tutkimuksessa esitetään, että lääkärin ja potilaan kohtaamisessa jokainen hetki vaikuttaa potilaaseen ja jokainen hetki on mahdollisuus vaikuttaa häneen. Tämän tutkimuksen aineistosta havaittiin, että potilaan kokema oivalluksen hetki voi syntyä hyvin lyhyessä, vain sekunteja kestävässä keskustelussa. Vaikuttavalle viestinnälle on tarvetta pääsääntöisesti aina, kun lääkäri keskustelee potilaan kanssa. Kaksi

systemaattista katsausta (Campbell ym. 2012; Vijay ym. 2016) esittävät tutkimusnäyttöä lyhyiden interventioiden vaikuttavuudesta potilaiden terveyskäyttäytymisen muutoksissa. Lyhyiden interventioiden avulla terveydenhuollon henkilökunnan on mahdollista saavuttaa suuria ihmismääriä. Vaikka yksilöiden kohdalla vaikutus olisi vähäinenkin, kokonaisvaikutus väestön terveyteen ovoi olla suuri. Kolmivaiheinen hoitavan viestinnän menetelmä - merkityskeskustelu, oivalluskeskustelu, vahvistaminen - on joustavasti sovellettavissa monenlaisissa potilaskohtaamisissa ja missä vain keskustelun vaiheessa. Se on lyhyiden interventioiden käyttöön soveltuva työväline.

Teknologian kehitys mahdollistaa potilaan hoitoon liittyviä tapahtumia ilman lääkärin ja potilaan tapaamista. Tämän tutkimuksen havainnot puoltavat lääkärin viestinnän merkitystä potilaskohtaamisessa hoidon laatutekijänä. Henkilökohtainen tapaaminen on keskinäisviestinnälle otollisin tilanne. Jos kuitenkin tulevaisuudessa yhä suurempi osa potilaan asioinnista terveydenhuollon kanssa tapahtuu teknologian välityksellä, syntyy tarve kehittää sellaisia hoitavan viestinnän menetelmiä, joita voidaan soveltaa teknologian välityksellä tapahtuvissa potilaskohtaamisissa. Vaikka hoitavan viestinnän näkökulma puoltaa henkilökohtaisen tapaamisen merkitystä, on viestinnän menetelmien soveltaminen uuteen teknologiaan nähtävä mahdollisuutena. Se antaa aihetta teknologian puitteissa tapahtuvien hoitavan viestinnän menetelmien ja niiden soveltamisen jatkotutkimukseen.

Hoitavan viestinnän periaatteeseen sisältyy perusoletus, että potilas on itse oman elämänsä paras asiantuntija ja hän itse on pätevä punnitsemaan vastaanottamansa tiedon ja kokemusten merkityksiä itselleen. Potilaalle merkityksen kokeminen tarkoittaa, että puhutaan tärkeästä ja mieluisasta asiasta. Hajauttava viestintä on pohdintaan ja kyseenalaistamiseen kannustavaa, ja siksi se voi olla reflektoinnille ja merkitysten luomiselle eduksi.

Lineaariseen muutosprosessiin tähtäävät rationaaliset vaikuttamisen mallit pyrkivät siirtämään jonkin hyväksi koetun mallin huonomman tai puutteellisemman tilalle. Sellainen lähestymistapa on arvottava ja se sisältää oletuksen, että lääkäri tietää paremmin, mikä useassa tapauksessa pitää paikaansakin. Potilaan muutosprosessin motivoimisen lähestymistapana sellainen voi kuitenkin olla heikompi kuin potilaan oman pohdinnan ja oivalluksen mahdollistava. Reflektiivisen oivalluksen hetken aikaansaaminen voi olla lääkärille käytännöllinen ja tuloksellinen lähestymistapa potilaaseen vaikuttamiseksi vastaanotolla.

Ensimmäisessä tässä tutkimuksessa käytetyssä tutkimusaineistossa kuudesta lääkäristä neljä ei asettanut viestinnän tavoitteekseen potilaan elämismailman ja merkitysten luomiseen vaikuttavien tekijöiden ymmärtämistä tai niihin vaikuttamista. Silti puolessa potilastapauksista tämän suuntaisia keskusteluja lääkärin ja potilaan kesken tunnistettiin. Johtopäätös tästä on, että näissä näissä tapauksissa elämismailman huomioiminen oli lääkärin henkilökohtaisista ominaisuuksista, valinnoista tai harrastuneisuudesta johtuvaa ja siksi enemmän

lääkäriin persoonasta riippuvaa sattumanvaraisuutta kuin ammattikunnan systemaattista ammattiosaamista.

Osatyössä 1 otetaan kantaa viestinnän koulutukseen. Vaikka viestinnän merkitys lääkärin työssä tunnustetaan laajalti, viestinnän osuus lääkärin perusopetuksessa, erikoistumisessa ja ammattitaidon ylläpitämisessä samoin kuin julkaistuissa ammatillisissa ja tieteellisissä artikkeleissa on edelleen vähäinen, ja hyvän viestinnän määritelmä voi perustua subjektiivisiin tai epäselviin kriteereihin. Viestintä onkin suureksi osaksi lääkärin harrastuneisuuden ja henkilökohtaisten ominaisuuksien varassa, mistä seuraa, että siinä harjaantuminen on lääkärin ammattikunnassa sattumanvaraista. Jos tunnustetaan viestinnän merkitys hoidon laadulle, tulisi hoitavan viestinnän olla systemaattisen tutkimuksen kohde ja koulutuksen aihe terveydenhuollon alalla. Lääkärin viestinnän systemaattinen kehittäminen edellyttää tietoa. Hoitavan viestinnän tutkimuksen haasteena on selvittää, mikä tekee viestinnästä potilaskohtaamisessa vaikuttavaa ja miten siinä voi harjaantua taitavammaksi.

Bloomin tavoitetaksonomiaan perustuva oppimisen tasojen tunnistaminen kyseenalaistaa terveydenhuollossa keskeisen potilaan tietoon perustuvan suostumuksen periaatteen. Pelkkä tietojen muuttaminen viestinnällä vaikuttamisen tasona voi olla yksipuolinen ja heikko, jos potilaan omaa terveyttä ja hoitoa koskeva päätös on sen luonteinen, että se edellyttää omaan tilanteeseen ja omiin arvostuksiin ja odotuksiin suhteutettua pohdintaa. Tässä tutkimuksessa esitettyjen potilaan oppimisen tasojen sekä reflektio - konstruktio -mallin näkökulmasta tietoon perustuvan suostumuksen periaatteen vastuullinen noudattaminen edellyttää monessa tapauksessa lääkäriltä suurta huolellisuutta sen varmistamiseksi, että potilas tietämisen lisäksi ymmärtää ja osaa punnita niitä tekijöitä, joiden perusteella hän antaa tai kieltää suostumuksensa.

7.2 JOHTAMISVIESTINNÄSSÄ YLEENSÄ

Lääkärin ja potilaan kohtaamista koskevien havaintojen analysointi osoitti, että johtamisviestinnän vaikuttavuutta voidaan tarkastella ja arvioida oppimisen käsittein. Tässä tutkimuksessa on sovellettu lääkärin ja potilaan kohtaamisen arviointiin johtamisviestinnän ja oppimisen välineitä. Sen vuoksi teoriaoletuksena on, että tulokset ja johtopäätökset voidaan yleistää kaikkeen organisaatiossa tapahtuvaan johtamisviestintään.

Organisaatioviestintä samanaikaisesti ja rekursiivisesti heijastaa organisaation kulttuuria ja vaikuttaa siihen (Aula 1999). Merkityksellisyys ja merkityksien luominen sisältyy jo johtamisviestinnän määritelmään. Samalla tavalla kuin elämismailmasta löytyy potilaalle pohjaa reflektoinnille, voi organisaatiossa henkilöstön motivaatio muutokseen löytyä henkilökohtaisten arvostusten ja tarpeiden

kautta. Silloin, kun organisaatiossa johtajan tai esimiehen tavoitteena on johtamisviestinnällä vaikuttaa henkilöstön toimintaan, konstruktivismin soveltaminen johtamisen keinojen valintaan vaikuttaa johdonmukaiselta. Tässä tutkimuksessa esitetyn mallin: merkityskeskustelu - oivalluskeskustelu - vahvistava keskustelu voidaan olettaa toimivan samalla tavalla johtajan tai esimiehen kuin lääkärinkin työvälteenä, oli sitten kyseessä hetkellinen muutosimpulssi tai pitkäjänteinen muutosprosessi.

7.3 POTILASLÄHTÖINEN HOITAVA VIESTINTÄ TERVEYDENHUOLLON STRATEGISENA PAINOPISTEENÄ

Terveystenhuollon kehittämisessä on parhaillaan voimakas pyrkimys tehostaa organisaatioiden kustannustehokkuutta, toisin sanoen kykyä tuottaa enemmän arvoa pienemmin kustannuksin. Esimerkiksi Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin strategiassa 2017-2018 (VSSHP 2016) mainitaan strategisina päämäärinä potilaslähtöisyys ja jatkuvan parantamisen taitojen kehittäminen lean-ajattelun pohjalta. Lean-ajattelu tarkoittaa resurssien mahdollisimman tehokasta kohdentamista arvoa tuottavaan toimintaan (Suhonen 2014). Lääkärin ja potilaan kohtaamisessa potilas konkreettisesti kohtaa terveydenhuollon strategian toteutumisen käytännössä. Tässä tutkimuksessa on kuvattu sellainen lääkärin viestintä potilaskohtaamisessa, jonka tavoitteena on edistää potilaan hoitoa ja potilaan kykyä itse tukea hoitoaan. Jo vähäisillä viestinnällisillä toimenpiteillä havaittiin mahdollisuus, että lääkäri voi vaikuttaa potilaan voimautumiseen ja suhtautumiseen omaan hoitoonsa. Jos jatkotutkimuksella voidaan osoittaa potilaan elämismaailman ja arvostukset huomioon ottavan hoitavan viestinnän yhteys potilaiden paranemiseen, käytössä on kustannustehokas keino terveydenhuollon laadun ja tehokkuuden parantamiseen.

7.4 JATKOTUTKIMUKSEN KOHDE

Tässä tutkimuksessa saavutettiin tutkittavan ilmiön uutta ymmärrystä, tunnistettiin sen osatekijöitä ja käytännön keinoja. Jatkotutkimuksen kohteena erityisen tärkeä ja kiinnostava on lääkärin hoitavan viestinnän vaikutukset potilaan terveystyöskäytymiseen ja hoidon hoitovaikutuksiin. Tutkimus edellyttää riittävän suurta aineistoa ja pitkää aikajännettä määrällisen tutkimuksen toteuttamiseksi.

Kahden kysymyksen menetelmä ja siitä johdettu kolmivaiheinen hoitavan viestinnän malli on syytä testata suuremmalla aineistolla ja pitemmällä aikavälillä. Hoitavan

viestinnän malli on pyritty muotoilemaan mahdollisimman pelkistetyksi ja toiminnalliseksi, jotta jokainen terveydenhuollon ammattilainen voi sen avulla kaikissa potilaskohtaamisissa antaa tilaa potilaan elämismaailman äänelle ja oppimista tuottavalle reflektoinnille.

KIITOKSET

LÄHTEET

- Absetz, P. & Hankonen, N. 2011. Elämäntapamuutoksen tukeminen terveydenhuollossa: vaikuttavuus ja keinot. *Duodecim* 2011;127:2265–72
- Anderson, L. & Krathwohl, D. A. 2001. *Taxonomy for Learning, Teaching and Assessing: A Revision of Bloom's Taxonomy of Educational Objectives*. New York: Longman.
- Aristoteles 1990. Teokset VI: *Metafysiikka*. Helsinki: Gaudeamus.
- Aristoteles 2008: Teokset VII: *Nikomakhoksen etiikka*. Helsinki: Gaudeamus. 3. tarkistettu painos.
- Argyris, C. 2004. *On Organizational Learning*. Second Edition 1999. Oxford: Blackwell Publishers Ltd
- Aula, P. 1999. *Organisaation kaaos vai kaaoksen organisaatio?* Helsinki: Loki-kirjat.
- Aula, P. 2000. *Johtamisen kaaos vai kaaoksen johtaminen?* Juva: WSOY.
- Aula, P. 2008. *Organisaatioviestinnän merkitys: tuleeko hyvä käytäntö aina hyvästä teoriasta?* Teoksessa Aula, P. (toim.) 2008. *Kivi vai katedraali. Organisaatioviestintä teoriasta käytäntöön*. Helsinki: Inforviestintä. Sivut 11-25.
- Aula, P. & Hakala, S. (toim.) 2000. *Kolmet kasvot. Näkökulmia organisaatioviestintään*. Helsinki: Loki-kirjat. *Hoitava viestintä*
- Lääkäriin vaikuttava viestintä potilaskohtaamisessa
- Aula, P. & Siira, K. (2007) *Towards Social Complexity View on Conflict, Communication and Leadership*. Teoksessa James K. Hazy, Jeffrey A. Goldstein & Benyamin B. Lichtenstein (eds.) *Complex Systems Leadership Theory*. Boston, MA: ISCE Publishing.
- Ausubel, D. P. & Novak J. D. & Hanesian H. 1978. *Educational psychology: A cognitive view*. 2nd edition. New York: Holt, Rinehart, and Winston.
- Bateson, G. 1987. *Steps to an Ecology of Mind*. Reprint. Alkuperäinen julkaisu 1972. New Jersey: Jason Aronson Inc.
- Campbell, F. & Blank, J. & Messina, J. & Matthew, D. & Woods, H. B. & Payne, N. & Goyder, E. & Armitage, C. 2012. *Physical activity: Brief advice for adults in primary care*. NICE Centre for Public Health Excellence. Sheffield: ScHARR Public Health Collaborating Centre.
- Christianson, J. B. & Warrick, L. H. & Finch, M. & Jonas, W. 2012. *Physician communication with patients: research findings and challenges*. Ann Arbor: University of Michigan Press.
- Bloom, B. S. & Engelhart, M. D. & Furst, E. J. & Hill, W. H. & Krathwohl, D. R. 1972/1956. *Taxonomy of educational objectives: the classification of educational goals; Handbook I: Cognitive Domain. II: Affective domain*. Kolmas painos. (Ensimmäinen painos 1956.) New York: David McKay Company, inc. Boston, MA: ISCE Publishing.
- Dave, R. 1970. *Developing and Writing Educational Objectives*, R. Armstrong, Editor. 1970, Educational Innovators Press. p. 33-34. Artikkeleihin on viitattu seuraavissa lähteissä:
- A. Yulita, H. & Iskandar P. & Gilbert L. & Wills G. P. 2010. *Learning Societies Lab, School of Electronics and Computer Sciences, University of Southampton*. SO17 1BJ, Southampton, UK. <http://>

- eprints.soton.ac.uk/267694/1/688-052_ConceptualModel.doc.
Haettu 28.9.2012.
- B. Ferrer, M. 2006. Bloom's Taxonomy: Psychomotor Domain. Santa Barbara City College. <http://slo.sbccc.edu/wp-content/uploads/blooms-psychomotor-domain4.doc>. Haettu 28.9.2012.
- C. Huitt, W. 2003. The psychomotor domain. *Educational Psychology Interactive*. Valdosta, GA: Valdosta State University. <http://www.edpsycinteractive.org/topics/behavior/psymtr.html>. Haettu 26.9.2012
- D. Chapman, A. 2009. Benjamin Bloom's Taxonomy of Learning Domains - Cognitive, Affective, Psychomotor Domains - design and evaluation toolkit for training and learning. <http://www.businessballs.com/bloomstaxonomyoflearningdomains.htm>
Haettu 28.9.2012
- Drucker, P. F. 2002. Druckerin parhaat. Juva: WS Bookwell Oy.
- Enlund, H. & Kastarinen, H. & Hämeen-Anttila K. 2013. Potilas päättää lääkkeen otosta. *Läketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 2013;129(6): 659-65.
- Evans, J. S. 2008. Dual-processing accounts of reasoning, judgment, and social cognition. *Annu Rev Psychol* 2008;59:255-78.
- Ferris, T. L. J. & Aziz, S. M. 2005. A psychomotor skills extension to Bloom's taxonomy of education objectives for engineering education, Proceedings of iNEER Conference for Engineering Education and Research, 1-5 March, Tainan, Taiwan, paper W14. <http://slo.sbccc.edu/wp-content/uploads/bloom-psychomotor.pdf>. Haettu 28.9.2012.
- Fiske, J. 1998. Merkkien kieli. Johdatus viestinnän tutkimiseen. Jyväskylä: Gummerus.
- Flood, P. C. & Drogmoole, T. & Varoll, S. J. & Gorman, L. (toim.) 2000. Managing Strategy Implementation. Oxford: Blackwell Publishers.
- Gerlander, M. (2003) Jännitteet lääkärin ja potilaan välisessä viestintäsuhteessa. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto.
- Ha, J. F. & Longnecker, N. 2010. Doctor-patient communication: a review. *Ochsner J* 2010;10: 38-43.
- Harrow, A. A. 1972. Taxonomy of Psychomotor Domain: A Guide for Developing Behavioral Objectives. New York: David McKay.
- Hirsijärvi, S. & Remes, P. & Sajavaara, P. 2000. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Huczynski, A. & Buchanan, D. 2001. Organizational Behaviour – An Introductory Text. 4th edition. London: Financial Times.
- Ishikawa H, Hashimoto H, Kiuchi T. The evolving concept of "patient-centeredness" in patient-physician communication research. *Soc Sci Med* 2013;96:147-53.
- Jaatinen, M. 2003. Lobbaus. Yritys yhteiskunnan vaikuttajana. Helsinki: Talentum.
- Jonassen, D. & Peck, K. & Brent, W. 1999. Learning with Tecnology. A Constructivist Perspective. Prentice Hall.
- Juuti, P. 2001. Johtamispuhe. Aavaranta-sarja. PS-kustannus: Juva.
- Juuti, P. & Rannikko, H. & Saarikoski, V. 2004. Muutospuhe. Muutoksen retoriikka johtamisen ja organisaatioiden arjen näyttämöllä. Aavaranta-sarja. Keuruu: Otava.

- Järvinen, K. 1951. Liikeorganisaatio. Toinen painos. Helsinki: Otava
- Järvinen, M. 2014. Motivoiva haastattelu. Käypä hoito -suositus. Helsinki: Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Haettu 10.11.2018. Saatavilla internetissä: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix02109>
- Kaaresvirta, P. 2004. Oppiminen työelämäprojekteissa. Kasvatustieteen väitöskirjatutkimus. Oulu: Oulun yliopisto.
- Kiuru, P. & Poskiparta, M. & Kettunen, T. & Saltevo, J. & Liimatainen, L. 2004. Advice-Giving Styles by Finnish Nurses in Dietary Counseling Concerning Type 2 Diabetes Care, *Journal of Health Communication*, 9:4, 337-354, DOI: [10.1080/10810730490468586](https://doi.org/10.1080/10810730490468586)
- Knittle, K. & Gucht, V. & Mejino, A. & Hurkmans, E. & Vliet, V., Thea & Maes, S. 2014. Are Aspects of a Motivational Interview Related to Subsequent Changes in Physical Activity and Regulatory Style? Examining Relationships among Patients with Rheumatoid Arthritis. MITRIP: Motivational Interviewing Training Research Implementation and Practice. 1. 10.5195/mitrip.2014.id.
- Krathwohl, D. R. (2002). A revision of Bloom's taxonomy: An overview. *Theory into Practice*, 41 (4), 212-218. College of Education. The Ohio State University.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* Vol. 11, No. 1/-99:3-12.
- Luotola, H. 2018. Designing Industrial Solutions in Value-Based Selling: Managing Uncertainty and Solving Wicked Problems of Customer Need. Turku: Åbo Akademi University Press.
- Lönnqvist, J. 2002. Johtajan ja johtamisen psykologiasta. Hallinnon kehittämiskeskus. Helsinki: Edita.
- Malinen A. 2000. Towards the essence of adult experiential learning. Jyväskylän yliopisto.
- Masia, B. M. 1971/64. Taxonomy of Educational Objectives. The Classification of Educational Goals. Handbook II: Affective Domain. Kahdeksas painos. (Ensimmäinen painos 1964.) David New York: David McKay Company, inc.
- Magill, M. & Apodaca, T. R. & Borsari, B. & Gaume, J. & Hoadley, A. & Gordon, R. E. F. & Tonigan, J. S, & Moyers, T. 2018. A meta-analysis of motivational interviewing process: Technical, relational, and conditional process models of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 86(2), Feb 2018, 140-157.
- Mauksch, L. B. & Dugdale, D. C. & Dodson, S. & Epstein, R. 2008. Relationship, Communication, and Efficiency in the Medical Encounter Creating a Clinical Model From a Literature Review. *Arch Intern Med*. 2008;168(13):1387-1395
- Meisalo, V. & Sutinen, E. & Tarhio, J. 2003. Modernit oppimisympäristöt. Pieksämäki: Tietosanoma Oy.
- Mezirow, J. 1981. A critical theory of adult learning and education. *A Journal of Research and Theory in Adult Education*, 32 (1), 3-24.
- Mezirow, J. 1995a. Kriittisen itsereflektion edistäminen: kuusi esimerkkiprojektia. Teoksessa Mezirow, J. ym. 1995. Uudistava oppiminen. Kriittinen reflektio aikuisopetuksessa. Helsinki: Miktor.
- Mezirow, J. 1995b. Johtopäätös: kohti uudistavaa oppimista ja emansipatorista koulutusta. Teoksessa Mezirow, J. ym. 1995. Uudistava oppiminen. Kriittinen reflektio aikuisopetuksessa. Helsinki: Miktor.

- Mezirow J. 2009. An overview of transformative learning. Teoksessa Illeris K. Contemporary theories of learning: learning theorists - in their own words. London ; New York : Routledge.
- Mishler, E. G. 1984. The discourse of medicine: dialectics of medical interviews. Norwood: Ablex Publishing.
- Morgan, G. 1997. Images of Organization. Thousand Oaks, CA.: Sage
- Shafritz, J. M. & Ott, J. S. 2001. Classics of Organizational Theory. FL: Harcourt Brace Collage Publishers.
- Niiniluoto, I. 1999. Johdatus tieteenfilosofiaan. Käsitteen- ja teorianmuodostus. Keuruu: Kustannusosakeyhtiö Otava.
- Novak, J. D. & Gowin, D. B. 1995. Opi oppimaan. Tampere: Gaudeamus.
- Novak, J. D. 2002. Tiedon oppiminen, luominen ja käyttö. Jyväskylä: PS-Kustannus.
- Peavy, R. V. 2006. Sosiodynaamisen ohjauksen opas. Helsinki: Psykologien kustannus Oy.
- Piaget, J. 1951. Intelligensens psykologi. Stockholm: Bokförlaget natur och kultur.
- Piaget, J. & Inhelder, P. 1966. Lapsen psykologia. Jyväskylä: Gummerus.
- Piaget, J. 1988. Lapsi maailmansa rakentajana. Juva: WSOY. Ranskankielisen alkuteoksen ensipainos vuonna 1964.
- Poikela, S. 2003. Ongelmaperustainen pedagogiikka ja tutorin osaaminen. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Puro, J-P. 1996. Towards a Phenomenological Theory of Interpersonal Communication. Jyväskylä: University of Jyväskylä. Jyväskylä Studies in Communication.
- Rauste-von Wright, M. & von Wright, J. 1994. Oppiminen ja koulutus. Helsinki: WSOY.
- Rauste-von Wright, M. 1997. Opettaja tienhaarassa: Konstruktiivisimä käytännössä. Jyväskylä: Atena.
- Roth, I. 1995. Teoksessa Mezirow, J. ym. 1995. Uudistava oppiminen. Kriittinen reflektio aikuisopetuksessa. Helsinki: Miktor.
- Salminen, J. 2000. Päätöksentekijätyypit ja johtamisviestintä. Myyntipäälliköiden kokemuksia muutosprosessissa. Turku: Grafia.
- Saarni, S. 2010. Vaikuttavuuden huomiointi terveydenhuollon päätöksenteossa. Eettinen analyysi. Turku: Turun Yliopisto
- Schiffman, L- G. & Kanuk, L. L. 2007. Consumer Behavior. New Jersey: Pearson Education,9. edition.
- Sorjonen, M. L. & Peräkylä, A. & Eskola, K. 2001. Keskustelu lääkärin vastaanotolla. Tampere: Vastapaino.
- Seeck, H. 2008. Johtamisopit Suomessa. Taylorismista innovaatioteorioihin. Tampere: Gaudeamus.
- Senge, P. M. 1994. The fifth discipline: the art and practice of the learning organization. Doubleday Currency, New York.
- Shane, H. G. 1981. Significant writings that have influenced the curriculum: 1906-1981. *The Phi Delta Kappan*. Vol. 62, No. 5, Diamond Jubilee Issue — Education: Our Heritage and Our Future (Jan., 1981), pp. 311-314. Published by: Phi Delta Kappa International. Article Stable URL: <http://www.jstor.org/stable/20385884>. Haettu 1.9.2012.

- Siitonen, J. 1999. Voimautumisteorian perusteiden hahmottelua. Oulu: Oulun yliopisto.
- Simpson, E. 1972. The classification of educational objectives in the psychomotor domain: The psychomotor domain. Vol. 3. Washington, DC: Gryphon House.
- Soini, H. 2001. Oppiminen sosiaalisena käytäntönä. Vertaiskonsultaatio yhteistoiminnallisen oppimisen muotona. *Psykologia* 36 (1-2), 48-59.
- Stenvall, J. & Virtanen, P. 2007. Muutosta johtamassa. Helsinki: Edita.
- Storbacka, K. & Lehtinen, J. R. 1999. Asiakkuuden ehdoilla vai asiakkaiden armoilla. Porvoo: Täydellinen asiakkuus Oy ja WSOY.
- Suhonen, S. 2014. Asiantuntijuutta on, mutta onko halua. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin henkilöstölehti Hospitaali 4/2014, s.2
- Sydänmaanlakka, P. 2007. Älykäs organisaatio. Helsinki: Talentum. Te'eni, D. 2001. Review: A Cognitive-Affective Model of Organizational Communication for Designing IT. *MIS Quarterly* Vol 25 No. 2, June 2001, 251-312.
- Säljö, R. 2004. Oppimiskäytännöt. Sosiokulttuurinen näkökulma. 2. Uudistettu painos. Helsinki: WSOY.
- Te'eni, D. 2001. Review: A Cognitive-Affective Model of Organizational Communication for Designing IT. *MIS Quarterly* Vol 25 No. 2, June 2001, 251-312.
- Tuorila H. 2013. Potilaan voimaantuminen ei horjuta vaan tukee asiantuntijaa. *Duodecim* 2013;129:666–71.
- Vatjus R. 2014. Kohti suhdekeskeisyyttä lääkärin ja potilaan kohtaamisessa: laadullinen tutkimus potilaslääkärisuhteen hahmot tumisesta yleislääkäreiden koulutuksessa. Väitöskirja. Oulun yliopisto.
- VSSHP 2016. Vaikuttava muutos. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin strategia vuosille 2017-2018. URL <http://www.vsshp.fi/fi/sairaanhoitopiiri/johtaminen-ja-organisaatio/saannot/Documents/strategia%202017-2018.pdf#search=lean>. Haettu 11.11.2018.
- Vygotski, L. 1978. *Mind in Society: The Development of Higher Psychological Processes*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Vygotski, L. 1982. *Ajattelu ja kieli*. Espoo: Weilin+Göös.
- Wiio, O. A. 1997. *Viestinnän perusteet*. Espoo: Weilin & Göös.
- Wiio, O.A. 1994. *Johdatus viestintään*. Porvoo: WSOY.
- Vijay, G. C. & Wilson, E. C. & Suhrcke, M. on behalf of the VBI Programme Team, et al. 2016. Are brief interventions to increase physical activity cost-effective? A systematic review *Br J Sports Med* 2016;50:408-417.
- Wright von, G.H. 2001. *Hyvän muunnelmat*. Keuruu: Otava (Englanninkielinen alkuteos *The Varieties of Goodness* 1963, perustuu kirjoittajan luentoihin St. Andrews'n yliopistossa 1959 ja 1960.)
- Yin, R. K. 1994. *Case Study Research. Design and Methods*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Åberg, L. 2000. *Viestinnän johtaminen*. Helsinki: Inforviestintä.
- Åberg, L. 2006. *Johtamisviestintää. Esimiehen ja asiantuntijan viestintäkirja*. Helsinki: Inforviestintä.