

Kalliokoski, J., T. Nikko, S. Pyhäniemi & S. Shore (toim.) 2009. Puheen ja kirjoituksen moninaisuus – Variationsrikedom i tal och skrift – The Diversity of Speech and Writing. AFinLAn vuosikirja 2009. Suomen soveltavan kielitieteen yhdistyksen julkaisuja n:o 67. Jyväskylä. s. 139–155.



TOIMINNAN MONINAISUUS PERINNÖLLISYYSNEUVONNASSA: TUNTEMUKSET JA FAKTAT SAIRAANHOITAJAN JA ASIAKKAIDEN VÄLISESSÄ KESKUSTELUSSA

Anna Rouhiainen

Esa Lehtinen

Vaasan yliopisto

Participants of institutional interaction often need to accomplish diverse tasks with their actions. In this article, the data consists of videotaped sessions of genetic counselling. The authors concentrate on the clients' discussion with a nurse after having talked with the doctor. Conversation analytical methodology is used to show how the nurse and the clients simultaneously show their orientation to medical facts and the client's feelings. A recurrent sequence, that of the nurse's opening question and the client's answer, is analyzed. The nurses either ask relatively open questions, or they follow a question about feelings with a question about facts. Thus they make it possible for the clients to talk about either subject. The clients usually talk about feelings first, but they justify their feelings with facts. A deviant case, in which the client only talks about facts, is also analyzed.

Keywords: conversation analysis, genetic counselling, institutional interaction

1 KESKUSTELUNANALYYSI, INSTITUTIONAALINEN VUOROVAIKUTUS JA TOIMINNAN MONINAISUUS

Institutionaalista vuorovaikutusta on viime aikoina tutkittu runsaasti keskustelunanalyysin avulla. Tällöin institutionaalista vuorovaikutusta tarkastellaan toiminnan näkökulmasta. Keskustelun institutionaalisuuden katsotaan nousevan siitä, miten vuorovaikutuksen osallistujat itse tunnistettavilla tavoilla osoittavat suuntautuvansa institutionaaliin rooleihin ja tehtäviin (ks. esim. Drew & Heritage 1992; Arminen 2005). Tarkastelun kohteena ovat yleensä olleet institutionaaliselle tilanteelle ominaiset toimintajaksot ja niiden rakentuminen. Toimintajaksot ovat usein sinänsä samantapaisia kuin arkikeskustelussa; esimerkiksi kysyminen ja vastaaminen ovat keskeisiä toimintoja sekä arkikeskustelussa että institutionaalisessa vuorovaikutuksessa. Ne rakentuvat institutionaalisessa vuorovaikutuksessa kuitenkin toisin. Yhtäältä niiden jakautuminen voi olla epätasaista: esimerkiksi lääkärin vastaanotolla kysyjänä on suurimmaksi osaksi lääkäri, vastaajana taas potilas (Drew & Heritage 1992). Toisaalta toimintoja tulkitaan institutionaalisessa kehityksessä: esimerkiksi vastauksena lääkärin avauskysymykseen potilas ei tuota mitä tahansa vastausta, vaan vaivansa kuvauksen (Ruusuvuori 2000).

Institutionaaliset tehtävät eivät kuitenkaan aina ole yksinkertaisia sen paremmin tutkijan kuin institutionaalisten toimijoidenkaan kannalta. Monissa tapauksissa institutionaalisen vuorovaikutuksen osallistujat näyttävät yksittäisenkin toiminnon kohdalla suuntautuvan enemmän kuin yhteen institutionaaliin tehtävään. Esimerkiksi kertoessaan vaivaansa lääkärin vastaanoton alussa potilaat suuntautuvat sekä antamaan lääkärille tietoa vaivasta että oikeuttamaan vastaanotolle tulemistä (Ruusuvuori 2000). Perinnöllisyysneuvonnassa taas lääkärit jakaessaan tietoa perinnöllisestä sairaudesta sekä pyrkivät antamaan mahdollisimman oikeaa tietoa että pehmentämään tiedon negatiivisia puolia ja osoittamaan näin solidaarisuutta asiakasta kohtaan (Lehtinen 2005). Tällaisessa tapauksessa voi puhua jopa ammatillisesta dilemmasta: lääkäri

tasapainoilee rehellisen tiedon jakamisen ja asiakkaan tilanteen huomioonottamisen välillä.

Tässä artikkelissa tarkastelemme perinnöllisyyshoitajan ja asiakkaiden toiminnan moninaisuutta perinnöllisyysneuvonnassa. Asetelma on monella tavalla mielenkiintoinen. Ensinnäkin hoitajien ja potilaiden tai asiakkaiden vuorovaikutusta on ylipäättään tutkittu melko vähän (ks. kuitenkin Heritage & Sefi 1992; Leppänen 1998). Toiseksi perinnöllisyysneuvonnan tilanne on siinä mielessä mielenkiintoinen, että hoitaja on perinnöllisyysneuvonnassa selvästi avustavassa roolissa (ks. Kääriäinen & Ukkola 1998), ja osittain tässä tarkasteltava tehtävien moninaisuus näyttäisi liittyvän nimenomaan tähän avustavaan rooliin. Kolmanneksi suuntautuminen monenlaisiin tehtäviin näkyy tässä tilanteessa sekä ammattilaisen että maallikon toiminnassa. Tavoitteena tässä artikkelissa on tarkastella sitä, miten perinnöllisyyshoitajan ja asiakkaan vuorovaikutuksessa näkyy suuntautuminen yhtäältä lääketieteellisiin faktoihin, toisaalta asiakkaan tuntemuksiin.

2 FAKTAT JA TUNTEET PERINNÖLLISYYSNEUVONNASSA

Kääriäisen ja Ukkolan mukaan (1998: 245) ”perinnöllisyysneuvonta on se tapahtumaketju, joka seuraa kun perhe tai potilas tiedustelee perinnölliseen tai sellaiseksi epäilemäänsä sairauteen liittyvää tietoa terveydenhuollon ammattilaiselta”. Tärkeä vaihe tässä ketjussa on perinnöllisyysneuvontavastaanotto, jossa asiakkaat keskusteleval perinnöllisyyteen perehtyneiden asiantuntijoiden kanssa. Perinnöllisyysneuvontavastaanotolla käydyn keskustelun aihepiirit vaihtelevat tapauskohtaisesti, mutta sisältävät usein sukkupuun piirtämisen, tiedon jakamista kyseessä olevan sairauden oireista, ennusteesta ja periytyvyydestä sekä asiakkaiden tai heidän lastensa riskistä saada sairaus, keskustelua sikiödiagnostiikasta tai muista geneettisistä testeistä, sekä puhetta siitä, miten asiakkaat suhtautuvat tietoon ja selviytyvät mahdollisen sairauden kanssa.

Perinnöllisyysneuvontaa koskevassa kirjallisuudessa käsitellään melko paljon yhtäältä lääketieteellisistä faktoista puhumista, toisaalta tuntemusta ja tunteiden käsittelyä. Esimerkiksi Djurdjinovic (1998: 127) pitää erityisenä haasteena lääketieteellisen ja psykologisen näkökulman yhteensovittamista. Hänen mukaansa nämä ovat perinnöllisyysneuvojalle osin keskenään kilpailevia prioriteetteja. Lääketieteellistä, faktoihin perustuvaa näkökulmaa, ja psykologista, tuntemukset huomioonottavaa näkökulmaa käsitellään kirjallisuudessa yleisesti osana erilaisia neuvonnan malleja. Tunnetuin näistä on Kesslerin (1997) jako opetus- ja neuvontamalliin. Opetusmallissa tavoitteena on ensisijaisesti tiedon jakaminen ja asiakkaan opettaminen. Siinä siis keskitytään lääketieteellisiin faktoihin. Neuvontamallissa sen sijaan lähestytään asiakasta psykologisesta näkökulmasta. Samantapainen on Walkerin (1998) jako lääketieteelliseen, päätöksentekojen ja psykoterapeuttiseen malliin. Tällaiset mallit ovat melko abstrakteja; ne eivät kovin tarkkaan kerro, millä tavoin faktat ja tunteet todellisuudessa otetaan huomioon perinnöllisyysneuvonnassa.

Toisaalta suuntautumista faktoihin ja tuntemuksiin voidaan lähestyä erilaisina tekniikkoina (ks. esim. Kessler 1998, 1999). Tällöin tullaan lähemmäksi neuvonnan käytäntöä. Erityisesti kirjallisuudessa käsitellään empaattisia responsseja tunnetyön tekniikkoina (Weil 2000: 59–60; McCarthy Veatch ym. 2003: 55–58). Tällöin ajatuksena on, että neuvoja tunnistaa asiakkaan tunteen ja vastaa siihen.

Tässä artikkelissa näkökulmamme on siis keskustelunanalyytinen. Tarkastelemme tunne- ja faktatyötä osana perinnöllisyysneuvonnassa toistuvaa toimintajaksoa. Emme pyri tunnistamaan asiakkaan tunteita, vaan tarkastelemme sitä, miten vuorovaikutuksen osallistujat itse tekevät tuntemusten ja faktojen välisen jännitteen näkyväksi vuorovaikutuksessa. Tällä tavoin pyrimme konkretisoimaan perinnöllisyysneuvontakirjallisuudessa esiteltyä lääketieteellisen ja psykologisen näkökulman välistä jännitettä (vrt. Peräkylä & Vehviläinen 2003).

3 AINEISTO JA TARKASTELTAVA TOIMINTAJAKSO

Tutkimusaineisto koostuu videonauhoitetuista perinnöllisyysneuvontavastaanotoista suomalaiselta perinnöllisyysklinikalta (ks. tarkemmin esim. Lehtinen 2005). Vastaanottojen kesto vaihtelee noin tunnista 2,5 tuntiin. Aineisto on litteroitu keskustelunanalyttisten periaatteiden mukaan (Seppänen 1997). Kyseisillä vastaanotoilla on asiakkaina yksilöitä ja perheitä. Osalla asiakkaista on itsellään jokin perinnöllinen sairaus; osassa tapauksista taas sairaus on lapsella tai jollakin kaukaisemmalla sukulaisella. Vastaanotot etenevät siten, että asiakkaat keskustelevat aluksi perinnöllisyyshoitajan kanssa, sitten lääkärin kanssa, ja lopuksi vielä uudestaan hoitajan kanssa. Keskitymme tutkimuksessamme tarkastelemaan hoitajan ja asiakkaiden viimeistä, lääkäriltä saadun neuvonnan jälkeistä keskustelua. Lääkäri ei ole läsnä tässä keskustelussa.

Perinnöllisyysneuvontatilanteen jälkeen hoitajan tehtävänä on yhtäältä sulatella uutta, mahdollisesti vaikeatajuista tietoa yhdessä asiakkaiden kanssa. Tässä mielessä on odotuksenmukaista käsitellä asiakkaiden tuntemuksia. Toisaalta hoitajan tehtävänä on varmistaa, että saatu informaatio on ymmärretty oikein ja vastata asiakkaiden mahdollisiin lisäkysymyksiin. Tämä tehtävä liittyy lääketieteellisiin faktoihin. (Ks. Kääriäinen & Ukkola 1998: 255.) Analyysissämme tarkastelemme hoitajan avauskysymystä ja asiakkaan vastausta siihen ja osoitamme, miten nämä kaksi tehtävää näkyvät niissä.

Kysymystä ja vastausta pidetään keskustelunanalyysissa vierusparina, vakiintuneena kahden peräkkäisen toiminnon jaksona (Schegloff & Sacks 1973; Raevaara 1997). Tämä tarkoittaa sitä, että ensimmäisen puhujan esittäessä kysymykseksi tunnistettavan vuoron syntyy odotus, että seuraavan puhujan esittämä vuoro on vastaus. Tämä odotus vaikuttaa sekä kysymystä seuraavan vuoron laadintaan että sen tulkintaan. (Raevaara 1997: 76–79.) Kysymyksen herättämiin odotuksiin vaikuttaa myös kysymyksen muoto, vaikka se ei mitenkään yksiselitteisesti määrääkään vastauksen muotoa. Esimerkiksi vaihtoehtokysymykseen on mahdollista saa-

da laajakin vastaus, mutta sen avulla haetaan kuitenkin myöntöä tai kieltoa (Raevaara & Sorjonen 2001: 55–58, ks. myös Korpela 2007.) Sacks (1987) on myös osoittanut, miten vaihtoehtokysymyksillä on samanmielisyyden preferenssi siinä mielessä, että myönteisiin vaihtoehtokysymyksiin on odotuksenmukaista vastata myöntävästi, kielteisiin taas kieltävästi. Hakukysymyksillä ei ole näin selvää preferenssiä, mutta niidenkin muoto ennakoi väljemmin odotettavissa olevaa vastausta (Korpela 2007).

Kysymyksiä ja vastauksia esiintyy runsaasti arkikeskustelusakin, mutta niillä on usein erityisiä tehtäviä institutionaalisessa vuorovaikutuksessa. Monet institutionaalisen vuorovaikutuksen muodot rakentuvat suurelta osin ammattilaisen kysymysten ja maallikon vastausten varaan; ammatilliset tehtävät hoidetaan nimenomaan kysymys-vastaus -vierusparien välityksellä (Drew & Heritage 1992: 39–40).

4 TUNTEISTA PUHUMISEN PERUSTELEMINEN FAKTALLA

Tutkimusaineiston keskustelujaksot alkavat lähes poikkeuksetta hoitajan avauskysymyksellä asiakkaiden tuntemuksista perinnöllisyysneuvonnan jälkeen. Yleinen aineistosta esiin nouseva piirre on, että hoitaja esittää avauskysymyksensä ikään kuin kaksiosaisena. Ensimmäinen kysymys on useimmiten tuntemuksia tiedusteleva, ja toinen kysymys niin sanottu faktakysymys. Tällainen muotoilu on myös esimerkissä 1. Hoitajan (H) lisäksi läsnä ovat neuvonnan asiakkaina olevat äiti (Ä) ja tytär (T). Tyttäreltä puuttuu toinen silmä. Neuvonnan aikana vamman alkuperä ei ole selvinnyt; lääkäri on kuitenkin arvellut, että kyseessä ei ole perinnöllinen vamma.

- (1) 01 H: Mutta miltäs tää käynti nyt tuntuu. Hhh ja nää mitä täs nyt
02 (on tullut) essiin.
03 Ä: Mm hyvältä?
04 H: Mm. (.) että ei (-)

05 Ä: Ja must oli, (0.8) siis vahvistusta (0.8) sain siihen
niin
06 et #mitään niinku (0.8) suurta hätää? (0.4) tai siis#
07 silleen taval[laan niinku et ei (0.6) mitään #isoa
08 H: [Mm.
09 Ä: <poikkeamaa> nninku oo mitä mä oon mielessäni
10 miettinykkini että# hhhh ja mikä must on kauheen hyvä että
11 T: m
12 Ä: tehdään se
13 T: m m [m
14 Ä: [se tota noin se kro- (.) kromosomijuttu?
15 H: Nii [justiin
16 Ä: [(°°) (.) se on mun mie[lestä #järkevä juttu.#
17 T: [Hm hm hm [hm hm hm
18 H: [Nii justiin.

Hoitajan avauskysymys on muodoltaan hakukysymys, ja hän käyttää siinä *tuntua*-verbiä (r. 1). Ilmaus luo odotuksen vastauksesta, jossa asiakkaat eksplikoivat omaa elämyksellistä kokemistaan, eli ilmaisevat niitä tuntemuksiaan, joihin muilla ei ole pääsyä. Näin esimerkiksi neuvonnan tapahtumia kuvaileva vastaus ei vastaisi kysymyksen herättämiin odotuksiin, sillä tieto neuvontatilanteesta on yhteistä ainakin lääkärin kanssa. Hoitajan kielellinen toiminta ensimmäisen kysymyksen muotoilussa vie keskustelun henkilökohtaiselle tasolle.

Hoitaja kuitenkin jatkaa kysymystään toisella, konkreettisuutta ja objektiivisuutta korostavalla jatkokysymyksellä *ja nä: mitä täs nyt (on tullut) essiin* (r. 1–2) ja mahdollistaa asiakkaille tilanteen yleisiä faktoja kuvailevan vastauksen. Konkreettisen jatkokysymyksen esittämisessä ilmenee hoitajan suuntautuminen tiedon jakamiseen liittyvään institutionaaliseen tehtävään. Pyytäessään asiakasta eli äitiä kertomaan, mitä neuvonnassa on tullut esiin, on hänen helpompi samalla varmistaa, että asiakas on ymmärtänyt sairauteen liittyvän tiedon oikein. Näin mahdolliset lääketieteellisiin faktoihin liittyvät väärinkäsitykset voidaan paremmin välttää. Kahden peräkkäisen, rinnasteisen kysymyksen esittäminen jättää kuitenkin asiakkaille tilaa päättää, miten nämä tahtovat kysymyksen tulkita ja edelleen siihen vastata.

Ensimmäisessä kysymyksessä esiintyvän *tuntua*-verbin tapaiset aistihavaintoverbit ovat yleisiä aineistomme hoitajien avauskysymyksissä (ks. myös esimerkkiä 3). Aistihavaintoverbejä sisältävät vuorot ovat kuitenkin muotoiluiltaan erilaisia. Esimerkiksi *kuulostaa*- tai *vaikuttaa*-verbin sisältävissä kysymyksissä hoitajat eivät käytä konkreettista jatkokysymystä, kuten *tuntua*-verbin kanssa. Se, kokevatko hoitajat tarpeelliseksi perustella aistihavaintoihin viittavaa kysymystä faktakysymyksellä, määräytyy aineistomme valossa verbien hienoisen merkityseron perusteella. Jos hoitajan kysymyksen muotoilu mahdollistaa, että asiakas voi vastata kysymykseen itsensä ulkopuolelta tekemiensä havaintovaikutelmien pohjalta, ei jatkokysymystä tarvitse esittää. Jos taas kysymyksen muotoilu on niin ahdas, että asiakkaan on eksplikoitava sisäistä elämyksellistä maailmaansa, ensimmäinen kysymys on selitettävä faktakysymyksellä. *Tuntua*-verbi siis koetaan vähemmän tilaa antavaksi kuin *kuulostaa*- ja *vaikuttaa*-verbit.

Myös avauskysymyksen kysymyssanan *miltäs s*-partikkeli on aineistomme avauskysymyksissä usein toistuva piirre. Mia Halonen (2002: 182–204) on tutkinut *s*-partikkelin merkitystä terapeutin kysymyksissä alkoholismiterapiakeskusteluissa. Tutkimuksen mukaan keskustelijat käsittävät *s*-partikkelin sisältävät kysymykset sellaisiksi, joiden avulla terapeutti hakee jotain tiettyä, mielessään olevaa vastausta. Partikkelia käyttämällä terapeutti asettaa itsensä tietävän osallistujan asemaan samaan tapaan kuin opettaja tekee keskusteluissa oppilaidensa kanssa. Raevaara (2006) osoittaa toisaalta, että *s*-partikkelia voidaan käyttää sellaisissakin kysymyksissä, joihin kysyjä ei tiedä vastausta. Hänen mukaansa partikkelia käytetään yleisemmin osoittamaan, että vastausta etsitään yhdessä. Lisäksi sillä osoitetaan keskustelun rajakohtaa.

Esimerkissä 1, kuten aineistomme muissakin esimerkeissä, *s*-partikkeli sijoittuu keskustelujakson rajakohtaan, eli uuden jakson aloittavaan kysymykseen. Lisäksi hoitajan voi esimerkissä 1 ajatella *s*-partikkelilla implikoivan, että hän on ainakin pääpiirtein tietoinen siitä, mitä neuvontatilanteessa on puhuttu. Koska hoitajan kysymys koskee asiakkaan neuvonnan jälkeisiä ajatuksia ja tunte-

muksia, hänellä ei voi olla parempaa tiedollista asemaa vastausten suhteen. Hoitaja kuitenkin tuntee asiakkaiden sairaushistorian ja on perehtynyt sekä heidän tilanteeseensa että sen taustoihin, joten hänellä voi sanoa olevan siitä ammatillista tietämystä. Tässä mielessä hän osoittaa partikkelin avulla, että hän on valmis pohtimaan asiaa yhdessä asiakkaiden kanssa.

Asiakas vastaa hoitajan kysymykseen välittömästi lausumalla *mm hyvältä* (r. 3). Näin hän tulkitsee hoitajan ensimmäisen kysymyksen institutionaalisen keskustelun tarkoituksen kannalta tärkeimmäksi. Asiakas päättää vastauksensa kuitenkin nousevaan sävelkulkuun, jolla osoitetaan suomen kielessä, että toiminto on jollain tavalla kesken (vrt. Routarinne 2003: 198). Näin ollen asiakas osoittaa, että neuvontaan kohdistuvan tuntemuksen kuvaaminen ei välttämättä riitä vastauksesksi hoitajan kysymykseen.

Hoitaja vastaa asiakkaalle ilmauksella *mm* ja johdattelemalla häntä konkretisoimaan vastaustaan lausumalla *että ei (-)*. Kyseessä on ymmärrystä tarkistava niin sanottu ymmärrysehdokas (ks. Kurhila 2003; Lehtinen 2005). Ilmauksen avulla hoitaja pyytää asiakasta selventämään lausumaansa toisella vuorolla. Pienen tauon jälkeen äiti antaakin selvityksen siitä, mitä on konkreettisesti tarkoittanut ilmauksellaan *hyvältä*. Seuraavissa monipolvisissa lausumissaan ja vuoroissaan asiakas kertoo syitä, jotka ovat herättäneet positiivisia tunteita. Vuorot ovat takeltelevia ja sisältävät monia korjauksia. Esimerkiksi *siis*-partikkelilla äiti korjaa vuoron aloitustaan kaksi kertaa (r. 5, 6).

Ensimmäistä aloitustaan, *ja must oli, (0.8) siis vahvistusta (0.8) sain siihen niin et # mitään niinku (0.8) suurta hätää?* (r. 5–6), äiti ei pidä tarpeeksi selkeyttävänä vaan näkee tarpeelliseksi muuttaa sitä niin, että tilanne selittyy konkreettisemmin: *tai siis silleen tavallaan niinku et ei mitään isoa poikkeamaa niinku oo* (r. 6–9). Vuoro jatkuu seuraavilla riveillä samaan tapaan. Riviltä 10 alkaen äiti ilmoittaa pitävänsä hyvänä ja järkevänä asiana ”kromosomijutun” tekemistä eli perustelee jälleen hyvää tunnettaan sairauden tutkimukseen liittyvillä suunnitelmilla. Koko tilanteen ajan äidin toiminnassa on läsnä pyrkimys välttää kuulostavansa perus-

teettomasti liian positiiviselta. Hän ilmaiseekin toistuvasti positiivisen suhtautumisensa perustuvan nimenomaan lääketieteellisiin faktoihin sekä tulevaisuudessa tehtävään kromosomitestiin, jonka avulla voidaan sulkea pois tiettyjä sairauden piirteitä.

Esimerkin 1 tapaan myös asiakkaat suuntautuvat aineiston keskustelutilanteissa kahteen institutionaaliseen tehtävään: he antavat useimmiten vastauksensa ensin tunnekysymykseen sen muotoilua noudattaen, mutta perustelevat aina tuntemustensa eksplikoinnin sairaudesta saadulla faktatiedolla. Institutionaalisen vuorovaikutustilanteen kaksi eri tehtävää ilmenevät näin sekä hoitajan että asiakkaiden kielellisessä toiminnassa.

5 AVOIN KYSYMYS JA SIIHEN VASTAAMINEN

Aineistossa esiintyy myös toisenlainen, esimerkkiin 1 verrattuna avoimempi kysymyksen muotoilu. Esimerkin 2 hoitajan avauskysymystä voikin kutsua avoimeksi kysymykseksi. Asiakkaina ovat äiti (Ä), isä (I) ja lapsi, jolla on perinnölliseksi todettu munuais-sairaus.

- (2) 01 H: heh heh heh heh (1.0) no (.) minkäslainen käynti tää nyt
02 on ollu. hh
03 Ä: ihan (0.6) hyvä, valaiseva käynti, (0.6) (--)
04 I: mm.
05 H: valaiseva sanoo äiti.
06 Ä: °mm°.
07 I: °(-) hyvä kyllä.°
08 H: joo.
09 (3.0)
10 I: (-) (1.0) uskoa valo taas hetken (0.2) (--) mitään
11 semmosta varmaa (0.2) oo odotettavissa °että°
12 Ä: mm.
13 (.)
14 H: mm.
15 (0.4)
16 I: (parempaan) suuntaan (menee) (0.2) (-) radikaaleja.

Hoitaja esittää kysymyksensä (r. 1–2) hakukysymyksenä, jossa kysymyssana on *minkäslainen*. Tässäkin kysymyksessä käytetään *s*-partikkelia. Kysymyksen muotoilu on hyvin avoin, eikä hoitaja esimerkin 1 tapaan kohdista sitä erityisesti henkilökohtaisiin tuntemuksiin tai lääketieteellisiin faktoihin viittaavaksi. Avoin muotoilu antaa asiakkaalle useita eri tulkintamahdollisuuksia. Vastusten suuntaa kysymyksessä ohjaa ainoastaan sen kohde, *käynti*, joka konkreettisenä ilmauksena implikoi, että kysymykseen haetaan ensin yleisen tason vastausta. Tämän jälkeen asiakas voi nostaa keskeiseksi puheenaiheeksi esimerkiksi tuntemukset tai faktat. Hoitaja ei näin ollen näe tarpeelliseksi perustella kysymystään vaan antaa asiakkaan omalla tulkinnallaan viedä keskustelua haluamaansa suuntaan. Myös kysymyssana *minkäslainen* on itsessään vastaajalle vaihtoehtoja antava, sillä se ei sisällä rajoitteita. Esimerkin 2 kysymystä voi luonnehtia yleistä kuvailua hakevaksi kysymykseksi, jonka kohde on konkreettinen.

Asiakas antaa vastauksensa hoitajan kysymyksen muotoilua noudattaen, kuvailemalla kysymyksen kohdetta, käyntiä, ilmauksilla *ihan hyvä* ja *valaiseva* (r. 1–3). Suora, kysymyksen kanssa samanmuotoinen vastaus onkin keskustelun sujuvuuden kannalta odotuksenmukainen. Vaikka asiakas, äiti, ei tässä keskustelun vaiheessa kerro eksplisiittisesti käynnin sisällöstä, hän antaa siitä informaatiota kysymysmuodon implikoimalla tavalla kutsumalla käyntiä *valaisevaksi*. Näin hän antaa ymmärtää, että on saanut uutta tietoa sairaudesta ja vastauksia mieltä askarruttaneisiin kysymyksiinsä. Vuoronsa avulla asiakas suuntautuu osaltaan täyttämään keskustelun institutionaalista tehtävää; hän tulkitsee hoitajan kysyvän mielipidettä käynnistä juuri sairauteen liittyvän informaation ja sen kuulemisen herättämien ajatusten kannalta. Asiakas ilmaiseekin vuorollaan, että käynnin institutionaalinen tarkoitus on täyttynyt.

Äidin odotuksenmukainen vastaus mahdollistaa tulkitsemaan, että hän on valmis erittelemään käynnin sisältöä tarkemmin. Hoitaja ilmaisee äidin vuoroa seuraavalla vuorollaan *valaiseva sanoo äiti* (r. 5) kaipaavansa reaktiota myös isältä. Vuoroa esittäessään

hän myös kääntää katseensa äidistä isään. Isä antaakin vastauksensa *hyvä kyllä* ja osoittaa näin yhteistoimintahalukkuuttaan. Hän myös selittää sekä itsensä että äidin esittämiä adjektiiveja riveillä 10–11 ja 16.

Näin isä tulkitsee hoitajan avauskysymyksen jälkeiset vuorot kahdella tavalla selvennystä pyytäviksi. Toisaalta hän kertoo vastauksessaan, millaiset henkilökohtaiset tuntemukset ovat neuvonnan jälkeen: *uskoa valo taas hetken* (r. 10) ja toisaalta ilmoittaa tiivistetysti, miten on käsittänyt neuvonnassa kuulemansa: *mitään semmosta varmaa oo odotettavissa että – parempaan suuntaan menee (0.2) radikaaleja* (r. 10–16). Ensimmäisen vuoron toiminnallaan isä ilmaisee ymmärtävänsä, että meneillään olevassa institutionaalisessa tilanteessa on odotuksenmukaista käsitellä asioita henkilökohtaisella tasolla. Jatkavilla vuoroillaan hän kuitenkin ilmaisee myös, että omien tunteiden laatua on syytä perustella tieteellisillä, lääkärin diagnoosiin perustuvilla faktoilla. Vaikka hoitajan ja asiakkaiden välisen keskustelun yhtenä tarkoituksena on käsitellä asiakkaiden tuntemuksia, on toisena, yhtä tärkeänä tarkoituksena varmistaa, että lääkäriltä saatu diagnoosi on käsitetty oikein.

6 POIKKEUSTAPAUKSENA KESKUSTELUHALUTTOMUUDEN OSOITTAMINEN

Esimerkki 3 on poikkeustapaus, jollaisia tutkimusaineistossa esiintyy hyvin vähän. Siinä hoitajan avauskysymys (r. 1–2) on esimerkin 2 avauskysymyksen tapaan avoin, mutta kysymysverbi *kuulostaa* on ainakin kuvaannollisesti yhteydessä ihmisen aisteihin, joten sen avulla on mahdollista ilmaista kokemuksia, joihin muilla ei ole pääsyä. *Kuulostaa*-verbin avulla hoitajan on mahdollista myös implikoida, että hän on hakemassa enemmänkin asiakkaan saamaa ensivaikutelmaa asiasta kuin lopullista mielipidettä siitä. Näin asiakkaalle annetaan tilaa ja ikään kuin lupa muuttaa tai perua sanomansa myöhemmin. Kysymyksen muotoilu mahdol-

listaa siis monta erilaista tulkintaa ja vastausta, eikä hoitaja näe tarpeelliseksi selittää sitä faktalla. Kyseessä olevalla vastaanotolla on vain yksi asiakas (A), joka on keski-ikäinen nainen, jolla on todettu perinnöllinen sairaus, joka aiheuttaa muun muassa lihasheikkoutta.

- (3) 01 H: no nih (1.6)vähän venähtää .hhh miltäs se (.) kuullosti tää
02 (.) lääkärin (.) ju[ttelu,
03 A: [joo (---) selostukset tuli että
04 (0.2) ei kai siinä sen kummempia,

Asiakkaan vastaus esimerkissä 3 on poikkeuksellinen sikäli, että se ei näyttäisi myötäilevän hoitajan hakukysymyksen rakennetta niin kuin useimpien esimerkkien vastaukset. Esimerkin tulkintaa hankaloittaa se, että osasta asiakkaan vastausta emme ole saaneet selvää. Näyttää kuitenkin siltä, että asiakas ei suoranaisesti vastaa hoitajan kysymykseen *miltäs se kuullosti tää lääkärin (.) ju[ttelu*, vaan ilmaisee seuraavan vuoron toiminnallaan, että ei ole halukas kertomaan mielipidettään neuvonnasta. Ilmoituksellaan *selostukset tuli että (0.2) ei kai siinä sen kummempia*, (r. 3–4) asiakas antaa ymmärtää, että asia on hänen puolestaan käsitelty, eikä jatkokeskustelu ole tarpeellinen. Vuorollaan hän siis implikoi ainoastaan kuulleensa selostukset, ei edes varsinaisesti kuunnelleensa tai ymmärtäneensä niitä.

Toisaalta syy asiakkaan poikkeukselliseen kysymyksen tulkintaan voidaan nähdä myös hoitajan kysymyksen aloituksessa. Rivin 1 ilmauksella *no nih (1.6) vähän venähtää* hoitaja implikoi, että aikataulusta ollaan myöhässä. Aloitus on tulkittavissa niin, että asiakkaan tilanteen käsittelemisessä on kiire, ja näin neuvonan jälkeinen keskustelu on käytävä tiivistetysti. Asiakkaan vastaus voidaankin nähdä myös yhteistoiminnallisuuden osoituksena hoitajalle.

On myös huomionarvoista, että asiakas käyttää modaalista *kai*-partikkelia (r. 4). Sitä käytetään osoittamaan sanottu henkilökohtaiseksi arveluksi tai oletukseksi, ja se voidaan tulkita myös kysyväksi (VISK: § 1603). Tässä partikkeli on siinä kohdassa,

jossa asiakas ilmaisee asian olevan loppuun käsitelty. Partikkelin voisi tulkita siten, että asiakas implikoi, että jättää oman arvelunsa hoitajan arvioitavaksi, antaa hoitajalle mahdollisuuden ilmaista, että asiasta on vielä puhuttavaa.

7 PÄÄTELMÄT

Edellä analysoimiemme esimerkkien avulla pyrimme kuvaamaan, millaisia kielellisiä rakenteita hoitaja ja asiakkaat käyttävät puheessaan ja mikä tehtävä sanavalinnoilla ja muulla toiminnan kielellisellä muotoilulla on institutionaalisessa keskustelutilanteessa. Hoitajan ja asiakkaan välinen vuorovaikutus on analysoimiemme keskustelutilanteiden perusteella kahden erilaisen institutionaalisen pyrkimyksen välillä tasapainottelevaa. Yhtäältä keskustelun osallistujat suuntautuvat tarkistamaan ja osoittamaan lääketieteellisten faktojen ymmärtämistä, toisaalta he käsittelevät henkilökoh-
taisia tuntemuksia.

Hoitajan avauskysymyksen muotoilussa nousee esiin tilan antamisen periaate. Vuoroja, jotka hoitaja aloittaa suoralla tunnekysymyksellä, hän jatkaa esittämällä myös faktakysymyksen. Näin asiakkaille annetaan tilaa suuntautua haluamaansa kysymyksen muotoiluun ja jatkaa keskustelua valitsemallaan tasolla. Tuntemuksista kysyttäessä asiakkaille annetaan aktiivisempi rooli keskustelun suunnan näyttäjänä, sillä hoitajilla ei ole etukäteen tietoa asiakkaiden henkilökohtaisista ajatuksista. Sen sijaan faktakysymysten sisällöstä hoitajilla on parempi institutionaaliseen rooliinsa perustuva tietämys.

Hoitaja saattaa esittää kysymyksensä myös hyvin avoimena, yleisen tason kysymyksenä, jolloin hän ei koe tarpeelliseksi jatkaa sitä konkreettisempaa kuvausta pyytävällä lausumalla. Kysymyksen muotoilu sellaisenaan antaa asiakkaalle mahdollisuuden tulkita vuoro itselleen mielekkäällä tavalla.

Myös asiakkaiden vastauksissa vuorojen muotoilu tunteita tai faktaa eksplikoivaksi on keskeinen merkitysten luomisen väline.

Asiakkaat perustelevat puheensa henkilökohtaisista tuntemuksista faktatiedolla ja osoittavat näin tulkitsevansa, että tuntemuksista puhuminen ei ole institutionaalisesti oikeutettua, ellei niiden syitä selitetä. Useimmiten asiakkaat orientoituvat keskustelun pääasialliseen tehtävään, saadun tiedon sulatteluun, vastaamalla hoitajan tunnekysymykseen ensimmäisenä. Toisaalta esimerkin 3 vastauksen tapaan omaa tilan tarvetta on mahdollista korostaa vastaamalla ensiksi tai pelkästään faktaan pohjautuvasti.

Hoitajan avauskysymyksen ja asiakkaan vastauksen muodostamassa vierusparissa aktualisoituu toiminnan moninaisuus perinnöllisyysneuvonnassa. Molemmat osapuolet tasapainottelevat tunteiden käsittelyn ja oikean tiedonsaannin varmistamisen välillä. Käsittelemässämme vierusparissa konkretisoituu näin ollen perinnöllisyysneuvontakirjallisuudessa käsitelty jännite lääketieteellisen ja psykologisen tehtävän välillä.

KIRJALLISUUS

- Arminen, I. 2005. *Institutional interaction: Studies of talk at work*. Aldershot: Ashgate.
- Djurdjinovic, L. 1998. Psychosocial counseling. Teoksessa D. L. Baker, J. L. Schuette & W. R. Uhlmann (toim.) *A guide to genetic counseling*. New York: Wiley-Liss, 127–170.
- Drew, P. & J. Heritage 1992. Analyzing talk at work: an introduction. Teoksessa P. Drew & J. Heritage (toim.) *Talk at work: Interaction in institutional settings*. Cambridge: Cambridge University Press, 3–65.
- Halonen, M. 2002. *Kertominen terapian välineenä. Tutkimus vuorovaikutuksesta myllyhoidon ryhmäterapiassa*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- Heritage, J. & S. Sefi 1992. Dilemmas of advice: aspects of the delivery and reception of advice in interactions between health visitors and first-time mothers. Teoksessa P. Drew & J. Heritage (toim.) *Talk at work: Interaction in institutional settings*. Cambridge: Cambridge University Press, 359–417.
- Kessler, S. 1997. Psychological aspects of genetic counseling: IX. Teaching and counseling. *Journal of Genetic Counseling*, 6, 287–295.
- Kessler, S. 1998. Psychological aspects of genetic counseling: XII. More on counseling skills. *Journal of Genetic Counseling*, 7, 263–278.

- Kessler, S. 1999. Psychological aspects of genetic counseling: XIII. Empathy and decency. *Journal of Genetic Counseling*, 8, 333–344.
- Korpela, E. 2007. *Oireista puhuminen lääkärin vastaanotolla: Keskustelunanalyttinen tutkimus lääkärin kysymyksistä*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- Kurhila, S. 2003. *Co-constructing understanding in second language conversation*. Helsinki: Department of Finnish Language, University of Helsinki.
- Kääriäinen, H. & L. Ukkola 1998. Perinnöllisyysneuvonta. Teoksessa P. Aula, H. Kääriäinen & J. Leisti (toim.) *Perinnöllisyyslääketiede*. Helsinki: Duodecim, 245–258.
- Lehtinen, E. 2005. Information, understanding and the benign order of everyday life. *Sociology of Health & Illness*, 27, 575–601.
- Leppänen, V. 1998. *Structures of district nurse--patient interaction*. Lund Dissertations in Sociology 25. Lund: Department of Sociology, Lund University.
- McCarthy Veach, P., B. S. LeRoy & D. M. Bartels 2003. *Facilitating the genetic counseling process: A practice manual*. New York: Springer.
- Peräkylä, A. & S. Vehviläinen 2003. Conversation analysis and the professional stocks of interactional knowledge. *Discourse & Society*, 14, 727–750.
- Raevaara, L. 1997. Vierusparit – esimerkkinä kysymys ja vastaus. Teoksessa L. Tainio (toim.) *Keskustelunanalyysin perusteet*. Tampere: Vastapaino, 75–92.
- Raevaara, L. 2006. Kohteliaisuuttako vain? S-partikkeli virkailijoiden hakukysymyksissä. Teoksessa M-L. Sorjonen & L. Raevaara (toim.) *Arjen asiointia. Keskusteluja Kelan tiskin äärellä*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, 117–142.
- Raevaara, L. & M-L. Sorjonen 2001. Lääkärin kysymykset ja potilaan vastaukset. Teoksessa M-L. Sorjonen, A. Peräkylä & K. Eskola (toim.) *Keskustelu lääkärin vastaanotolla*. Tampere: Vastapaino, 49–70.
- Routarinne, S. 2003. *Tytöt äänessä: Parenteesit ja nouseva sävelkulku kertojan vuorovaikutuskeinoina*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- Ruusuvuori, J. 2000. *Control in medical consultation: Practices of giving and receiving the reason for the visit in primary health care*. Acta Electronica Universitatis Tamperensis 16. Tampere: University of Tampere.
- Sacks, H. 1987. On the preferences for agreement and contiguity in sequences in conversation. Teoksessa G. Button & J. R. E. Lee (toim.) *Talk and social organisation*. Clevedon: Multilingual Matters, 54–69.
- Schegloff, E. A. & H. Sacks 1973. Opening up closings. *Semiotica*, 8, 289–325.

- Seppänen, E-L. 1997. Vuorovaikutus paperilla. Teoksessa L. Tainio (toim.) *Keskustelunalyysin perusteet*. Tampere: Vastapaino, 18–31.
- Walker, A. P. 1998. The practice of genetic counseling. Teoksessa D. L. Baker, J. L. Schuette & W. R. Uhlmann (toim.) *A guide to genetic counseling*. New York: Wiley-Liss, 1–26.
- VISK = Hakulinen A., M. Vilkuna, R. Korhonen, V. Koivisto, T. R. Heinonen & I. Alho 2004: *Iso suomen kielioppi*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura. Verkkoversio, viitattu 28.5.2009. Saatavissa: <http://www.scripta.kotus.fi/visk>
- Weil, J. 2000. *Psychosocial genetic counseling*. Oxford: Oxford University Press.