



LÄÄKÄRIN VAI POTILAAN TAITOA? SUOMEA TOISENA KIELENÄ PUHUVAN LÄÄKÄRIN PUHEEN YMMÄRRETTÄVYYS VASTAANOTTOTILANTEESSA

Taina Pitkänen, Tampereen yliopisto

Maija Tervola, Tampereen yliopisto

Artikkeli käsittelee suomea toisena kielenä käyttävien lääkäreiden puheen ymmärrettävyyttä vastaanottotilanteessa. Tutkimusaineistona on EU/ETA-maiden ulkopuolella tutkintonsa suorittaneiden lääkäreiden laillistamisprosessiin kuuluvia potilastenttejä, eli videoituja potilasvastaanottoja, joiden yhteiskesto on noin 40 tuntia.

Artikkelissa tarkastellaan lääkärin puheen ymmärrettävyyttä kahdesta näkökulmasta. Ensin tutkitaan kohtia, joissa potilas jotenkin ilmaisee, että ei ole ymmärtänyt lääkärin puhetta. Analyysin toisessa osassa huomio kohdistetaan kielellisten merkitysten välittymiseen ja pyritään selvittämään, mitkä puheen ominaisuudet heikentävät ymmärrettävyyttä.

Tutkimuksesta ilmeni, että potilaan ilmaisemat ongelmat liittyvät usein ääntämiseen ja morfosyntaksiin. Jonkin verran vähemmän on sanastoon ja kieliopillisiin merkityksiin liittyviä ongelmia. Nämä ongelmat ovat usein paikallisia ja ratkeavat tilanteen kuluessa. Analyysin toinen vaihe toi esiin vakavampia ongelmia: sanastopuutteita ja epätasällisiä tai suorastaan väriä kieliopillisia merkityksiä, jotka estävät viestin välittymisen täsmällisesti. Samalla kävi ilmi, että potilaiden kesken on suuria eroja siinä, miten hyvin he ymmärtävät suomea toisena kielenä puhuvan lääkärin puhetta.

Avainsanat: ammatillinen kielitaito, lääkärit, puheen ymmärrettävyys, suomi toisena kielenä

1 JOHDANTO

Lääkärin ja potilaan välinen vastaanottokeskustelu on institutionaalinen vuorovaikutustilanne, jonka tarkoituksena on potilaan lääketieteellisen vaivan diagnosointi ja hoidon

suunnittelu (Ruusuvuori, Haakana & Raevaara, 2001). Tätä varten lääkärin täytyy osata esittää täsmällisiä kysymyksiä saadakseen tietoa potilaan oireista, sairaushistoriasta ja

Kirjoittajien yhteystiedot:

Taina Pitkänen

taina.pitkanen@tuni.fi

Maija Tervola

maija.tervola@tuni.fi

mahdollisista sukurasitteista. Hänen täytyy osata antaa selkeitä ohjeita ja selittää diagnooseja ja hoito-ohjeita potilaalle ymmärrettävällä tavalla (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, 3 §). Lisäksi hänen täytyy pystyä osoittamaan myötätuntoa ja huomioimaan potilaan tunteita.

Tässä artikkelissa tarkastelemme suomea toisena kielenä käyttävien lääkäreiden puheen ymmärrettävyyttä aidoissa keskustelutilanteissa potilaan kanssa. Käsityksemme ymmärrettävyydestä pohjautuu vuorovaikutusmantiikkaan, jossa ymmärtämistä tarkastellaan sekä toimintana että merkitysten välittymisenä (Bilmes, 2011; Deppermann 2011).

Artikkeli on osa väitöskirjakokonaisuutta, jossa selvitetään lääkärin kielitaidon riittävyyttä ammatillisissa tilanteissa. Aineistona on ETA-maiden ulkopuolella tutkintonsa suorittaneiden lääkäreiden laillistamisprosessiin kuuluvia potilastenttejä eli videoituja potilasvastaanottoja.

On tutkittu, että osalla suomea toisena kielenä käyttävistä lääkäreistä ei ole työskentelyn kannalta riittävää kielitaitoa (Tervola, 2017; Tervola, Vainio & Häikiö, 2020). Kielitaidon vajeuteen liittyvät ongelmat tuottavat lisätyötä terveydenhuollon työyhteisöissä ja aiheuttavat huolta potilasturvallisuuden heikkeneemisestä (Meuter, Gallois, Segalowitz, Ryder & Hocking, 2015; Pitkänen, 2011; Sommer, Macdonald, Bulsara & Lim, 2012; Tervola, 2017). Tiedetään myös, että potilaat tulevat uudestaan toisen lääkärin vastaanotolle, jos eivät ole ymmärtäneet lääkärin puhetta edellisellä vastaanotolla (Tervola, 2017). Millaisia kielitaitopuutteisiin liittyvät ongelmat tarkalleen ottaen ovat, on sen sijaan vielä epäselvää. Tämän tutkimuksen tavoitteena on tuottaa yksityiskohtaista tietoa siitä, miten yhteisym-

märrys lääkärin ja potilaan välillä katkeaa tai jää syntymättä ja mitkä tekijät siihen vaikuttavat.

Vaikka ymmärryksen muodostuminen on keskustelun osapuolten yhteistyön tulosta, vastaanottotilanteessa lääkäri on potilaaseen nähden auktoriteettiasemassa ja viime kädessä vastuussa myös kommunikoinnin sujumisesta (Enfield, 2017; Ruusuvuori ym., 2001). Potilas on tässä asetelmassa haavoittuvassa asemassa. Tästä syystä tarkastelemme artikkelissamme juuri lääkärin osuutta ymmärryksen muodostumisessa. Aiemmassa artikkelissamme (Pitkänen, Tervola, Toivonen & Kosunen, 2021) olemme käsitelleet lääkärin kuullunymmärtämistä vastaanottotilanteessa; nyt keskitymme lääkärin puheen ymmärrettävyyteen.

Kun lääkäri työskentelee muulla kuin vahvimmalla kielellään ja potilas on ensikielen puhuja, vuorovaikutustilanne on monella tapaa epäsymmetrinen (Drew & Heritage, 1992; Heritage, 1997; Linell, 1998). Lääkärillä on tilanteessa tiedollinen auktoriteettiasema lääketieteen asiantuntijana. Kielellisesti taas potilas ensikielen puhujana on vahvemmassa asemassa. Etenkin tällaisissa epäsymmetrisissä vuorovaikutustilanteissa on tavallista, että mahdollisia ymmärtämisiongelmiä ei aina tuoda esiin. Keskustelussa saattaa tapahtua ymmärryskatkoksia ja väärinymmärryksiä silloinkin, kun keskustelu näyttää sujuvalta. (Leskelä & Lindholm, 2012, s. 20; Varonis & Gass, 1985, s. 331.)

Tässä artikkelissa tarkastelemme niitä kielellisiä ja kontekstiin liittyviä piirteitä, jotka vaikuttavat puheen ymmärrettävyyteen. Analyysimme on kaksivaiheinen. Ensimmäisessä tutkimme, miten potilaan mahdolliset vaikeudet ymmärtää lääkärin puhetta näky-

vät keskustelussa. Poimimme aineistosta ne kohdat, joissa potilas jotenkin puheellaan tai toiminnallaan ilmaisee, että ei ole ymmärtänyt lääkärin puhetta. Analysoimme näiden kohtien kieltä ja kontekstia selvittääksemme, mitkä piirteet lääkärin puheessa vaikeuttavat ymmärtämistä. Saadaksemme esiin myös niitä kohtia, joissa ymmärrysongelma jää piiloon, kohdennamme huomion analyysin toisessa vaiheessa suoraan lääkärin puheeseen. Etsimme kohtia, joissa kielelliset merkitykset eivät välity oikein, eli lääkäri tuottaa kontekstiin sopimattoman merkityksen tai hänen puheenvuoronsa on niin epäselvä, että merkitys ei välity. Analyysin ensimmäisen ja toisen vaiheen yhteisenä tavoitteena on tuottaa tietoa ymmärrettävyyttä heikentävistä tekijöistä. Samalla teemme havaintoja potilaiden erilaisista valmiuksista ymmärtää suomea toisena kielenä puhuvan lääkärin puhetta.

Tutkimus tuottaa tietoa ammatillisen kielitaidon arvioinnin tueksi, ja sen tuloksia voidaan hyödyntää myös opetuksen kehittämiseen muun muassa parhaillaan käynnissä olevassa lääkärin täydennyskoulutuksen kehittämishankkeessa (Tampereen yliopisto, 2022).

2 PUHEEN YMMÄRRETTÄVYYS JA SEN TUTKIMINEN

Puheen ymmärrettävyyttä on tutkittu ennen kaikkea ääntämyksen näkökulmasta (Munro & Derwing, 1995), mutta viime aikoina myös muut puheen ymmärrettävyyden puolet kuten sanastolliset, rakenteelliset ja diskursiiviset tekijät ovat saaneet huomiota (Isaacs & Trofimovich, 2012; Saito, Trofimovich & Isaacs, 2017). Esimerkiksi väärät sanavalinnat, kieliopilliset virheet puheessa tai kerronnan epäkoherenttius voivat vaikeuttaa kuullun

ymmärtämistä (mt.). Suomenkielisen puheen ymmärrettävyyttä ei ole juurikaan tutkittu, mutta yleisesti ajatellaan, että ääntämisongelmat ovat merkittävä ymmärtämistä häiritsevä tekijä (Aho, 2004).

Munro, Derwing ja Morton (2006) nostavat puhetuotoksen kielellisten ja kontekstiin liittyvien piirteiden (*stimulus properties*) rinnalle ymmärrettävyyttä selittäviksi tekijöiksi kuulijan ominaisuudet (*listener factors*) eli sen, miten paljon ja millaista kokemusta kuuntelijalla on kommunikoinnista toisen kielen puhujien kanssa ja miten tuttu juuri kyseisen puhujan ääntämys hänelle on. Kuulijalla on siis merkittävä vaikutus ymmärryksen syntymisessä.

Puheen ymmärrettävyys on haastava tutkimuskohde siksi, että ymmärtäminen on aina kuulijan subjektiivinen kokemus (Munro & Derwing, 1995; Nagle, Trofimovich & Bergeron, 2019). Kuulijan kokemusta voidaan periaatteessa selvittää esimerkiksi retrospektiivisillä haastatteluilla, mutta keskustelijoiden subjektiiviset arviot ymmärrettävyydestä saattavat olla perusteettoman positiivisia eivätkä ne siten kerro luotettavasti aidossa tilanteesta tapahtuvasta ymmärtämisestä (Kennedy & Trofimovich, 2008; Munro ym., 2006). Ymmärrettävyyttä on tutkittu myös aidosta keskusteluaineistosta analysoimalla keskustelijoiden reaktioita sekä puheenvuorojen yksiselitteisyyttä ja koherenssia (Verdonik, 2009).

Ymmärtämistä ja yhteisymmärryksen muodostumista on tutkittu paljon myös keskusteluanalyttisessä tutkimusperinteessä. Keskusteluanalyysissa ymmärtäminen nähdään tilanteisena, yhteistyössä rakentuvana ja osapuolten toiminnassa näkyvänä ilmiönä (ks. esim. Enfield, 2017; Mondada, 2011; Paananen, 2019). Kaikki ymmärtämisen ongelmat

eivät kuitenkaan välttämättä näy toiminnassa. Etenkin epäsymmetrisissä vuorovaikutustilanteissa osapuolet saattavat olla haluttomia tuomaan mahdollisia ymmärtämisongelmiin yhteiseen keskusteluun selvittäväksi (ks. esim. Leskelä & Lindholm, 2012). Tällöin vuorovaikutustilanne saattaa näyttää päällisin puolin sujuvalta, vaikka merkitysten välittymisessä olisi ongelmia. Lääkärin vastaanotolla kuitenkin tärkeintä on tiedon välittyminen oikein, minkä takia lääkärin kielitaitoa tulee arvioida muutoinkin kuin tilanteen sujuvuuden kannalta.

Oman analyysimme lähtökohtana on vuorovaikutussemantiikan (Bilmes 2011; Depermann 2011) käsitys ymmärtämisestä sekä toimintana että merkitysten välittymisenä. Analyysin ensimmäisessä osassa lähestymme ymmärtämistä toiminnan kautta ja toisessa osassa teemme semanttista analyysia. Kuvaamme menetelmää tarkemmin luvussa 3.

3 AINEISTO JA MENETELMÄ

Tutkimuksen aineisto on peräisin ETA-maiden ulkopuolella tutkintonsa suorittaneiden lääkärin laillistamiseen kuuluvasta potilastentistä. Potilastentti on autenttinen vastaanottotilanne, jossa potilaana on terveyskeskuksen asiakas; lääkäri hoitaa vastaanoton osana laillistusprosessiaan ja hänen ammatillinen suoriutumisensa arvioidaan hyväksytyksi tai hylätyksi (Kiuru, Sumanen, Mattila & Kosunen, 2021). Tilanne eroaa normaalista lääkärin vastaanotosta vain siten, että tilanteet videoidaan ja mukana on valvova lääkäri, joka on tenttisuorituksen alustavan arvioinnin lisäksi vastuussa siitä, että potilas saa asianmukaisen hoidon. Sekä lääkäri että potilas ovat antaneet suostumuksensa vastaanoton videointiin ja käyttöön tutkimusaineistona.

Aineistomme koostuu 30 lääkärin yhteensä 87 vastaanottotilanteesta, joiden kokonaiskesto noin 40 tuntia. Aineiston analyysi on tehty videotallenteen perusteella.

Analyysin ensimmäisessä vaiheessa hyödynsimme keskusteluanalyysin periaatteita. Poimimme keskusteluista kohdat, joissa potilas joko sanallisesti tai toiminnallaan ilmaisee, että hänellä on vaikeuksia ymmärtää lääkärin puhetta (ymmärtämisongelmien tunnistamisesta tarkemmin luvussa 4). Seuraavaksi luokittelimme ongelmatilanteet sen mukaan, mitä kielellisiä ongelmia puhujan tuotokseen sisältyi. Tässä mielessä tutkimusmenetelmämme muistuttaa oppijankielen tutkimuksessa käytettyä lingvististä virheanalyysia, jossa kielenoppijan tekemiä virheitä on luokiteltu esimerkiksi sanaston, kieliopillisten merkitysten, lauserakenteen ja ääntämisen virheisiin (Ellis & Barkhuizen, 2005). Perinteisten virheanalyysien ongelmana on kuitenkin ollut se, että toisen kielen puhujan tuotosta on verrattu jonkinlaiseen natiivipuhujan ideaalituotokseen, jota etenkin puhutusta kielestä on mahdotonta määrittellä, koska puhutun kielen lauserakenteet ovat ensikielen puhujillakin moninaisia ja käytännön tilanteessa voivat toimia myös standardikielimuodosta poikkeavat tuotokset. Ammatillisen kielenkäytön normit puolestaan syntyvät tilanteen vaatimuksista, ja siksi määrittelimme ongelmiksi sellaiset kielelliset virheet, jotka haittaavat merkitysten välittymistä. Emme siis etsi lääkärin puheesta kielioppivirheitä sinänsä, vaan kohtia, joissa sanastollinen tai kieliopillinen epätarkkuus muuttaa puheen semanttista sisältöä siinä määrin, että merkitysten välittyminen vaarantuu.

Potilaan osoittamien ongelmakohtien kielellinen analyysi tuotti tietoa siitä, millaiset kielelliset tekijät saattavat heikentää ymmärrettävyyttä. Analyysin toisessa vaiheessa pyrimme selvittämään, esiintyykö näitä samoja ymmärrettävyyttä heikentäviä tekijöitä myös sellaisissa kohdissa, joita potilas ei ilmaise ongelmallisiksi. Teimme aineistolle semanttisen analyysin, jossa poimimme aineistosta kohdat, joissa kielelliset merkitykset eivät välity oikein, eli lääkäri tuottaa kontekstiin sopimattoman merkityksen tai hänen puheenvuoronsa on niin epäselvä, että merkitys ei välity.

Yksinkertaisimmissa tapauksissa kontekstiin sopimaton merkitys on helppo tunnistaa pelkästään oman kielitajun perusteella. Esimerkiksi jos lääkäri sanoo ”*tavarat puuttu kädestä*”, vaikka kontekstiin sopiva tulkinta olisi ”*putoavatko tavarat kädestä*”, on selvää, että merkitys ei ole oikea. Oman kielitajun tukena käytimme parafrasianalyysia, jossa arvioimme puheenvuorojen ymmärrettävyyttä sillä perusteella, onko niille luotavissa yksiselitteinen ja semanttisesti yhtäpitävä parafraasi (ks. menetelmästä Goodman & Greene, 1989; Nakov & Hearst, 2013).

Semanttisessa analyysissa olennaista on merkitysten välittyminen eikä kieliopillinen virheettömyys. Näin ollen emme luokitelleet ongelmiksi niitä lukuisia lääkärin puheenvuoroja, joissa on sanastollista tai kieliopillista epätarkkuutta mutta lausuma kuitenkin sisältää riittävästi kielellisiä vihjeitä semanttisesti yhtäpitävän parafrasian luomiseksi (esim. *Älkää rasittaa sitä polvea kovasti tai Oletteko vaurioinut jalan?*).

Semanttisessa analyysissa olennaista ei ole se, onko yksittäisessä tapauksessa kuulija ymmärtänyt lausuman vai ei. Puutteellis-

tin ilmaistuja merkityksiä on mahdollista ymmärtää, mikäli tilanteessa on tarjolla riittävästi kontekstivihjeitä, eleet tukevat kielellistä tulkintaa tai kuulija pystyy ennakkotietojensa perusteella päättämään tarkoitetun merkityksen.

Tutkimuksemme lähtökohta on funktionaalinen, sillä tarkastelemme puheen ymmärrettävyyttä suhteessa ammatilliseen toimintaan. Kaksivaiheisessa analyysissamme funktionaalinen lähestymistapa kuitenkin yhdistyy formalistiseen tutkimusperinteeseen nojaavaan virheanalyysiin ja semanttisten merkitysten tarkasteluun. Artikkelin päätösluvussa pohdimme, miten vastapareiksi mielletyt funktionalistinen ja formalistinen kielikäsitys (Aalto, Mustonen & Tuikka, 2009; Canale & Swain, 1980; Halliday, 1994; EVK 2003) voivat täydentää toisiaan ammatillisen kielitaidon tutkimuksessa.

4 LÄÄKÄRIN PUHEEN ONGELMAT

Suurimmalla osalla aineistomme lääkäreistä vastaanottotilanteet sujuivat pääosin ongelmitta. Kuudella lääkäriellä ei tullut esiin lainkaan ongelmakohtia analyysin kummasakaan vaiheessa; 1–3 ongelmakohtaa oli 11 lääkäriellä, 4–9 ongelmakohtaa 8 lääkäriellä ja yli 10 ongelmakohtaa viidellä lääkäriellä. Joukosta siis erottui muutama lääkäri, joille ymmärrettävän puheen tuottaminen aiheutti huomattavia vaikeuksia.

Tämän artikkelin esimerkit ovat peräisin kahdeksalta lääkärieltä. Päähuomioimme ei kuitenkaan ole yksittäisen lääkärin suoriutumisessa eikä myöskään lääkärin keskinäisessä vertailussa, emmekä siksi tee tämän enempää numeerista vertailua lääkärin välillä. Sen sijaan kohdistamme huomioimme

kielen piirteisiin, jotka mahdollisia ymmärtämisiongelmiä aiheuttavat. Teemme myös yleisiä johtopäätöksiä siitä, mitä ymmärtävyysongelmat kertovat lääkärien ammatillisesta kielitaidosta.

4.1 Potilaan toiminnan perusteella tunnistetut ongelmat

Se, miten potilas reagoi ymmärtämisiongelmiin, riippuu muun muassa vastaanoton vaiheesta. Haastatteluvaiheessa potilaan odotetaan vastaavan kysymyksiin, joten hän joutuu joko ilmaisemaan, että ei ole ymmärtänyt, tai vastaamaan arvauksensa perusteella, mikä saattaa näkyä vastauksen erilinjaisuutena kysymyksen kanssa. Fyysisen tutkimuksen vaiheessa väärinymmärrykset näkyvät vääränä toimintana. Lääkärin selittäessä lääketieteellistä tietoa tai antaessa hoito-ohjeita potilaan roolina on lähinnä kuunnella (Peräkylä, 2006), jolloin mahdollisia ymmärtämisiongelmiä on vaikea tunnistaa potilaan toiminnan perusteella.

Haastatteluvaiheessa potilaan ilmaisemia ongelmatilanteita oli aineistossamme eniten (55), fyysiseen toimintaan perustuvassa tutkimusvaiheessa selvästi vähemmän (29) ja jatkosuunnitelman esittämisen yhteydessä vain 10.

Erittelemme luvussa 4.1.1 tapoja, joilla potilas ilmaisee ymmärtämisiongelmansa, ja luvussa 4.1.2 analysoimme ongelma-kohtien kieltä.

4.1.1 Ongelmanosoittimet

Ymmärtäminen on keskustelussa ikään kuin vallitseva oletus (Mondada, 2011, s. 544), eikä ymmärtämistä usein ilmaista millään tavalla. Jos kuulija kokee, että ei ole ymmärtänyt, hän voi ilmaista sen mo-

nin eri tavoin (ongelmanosoittimista ks. esim. Schegloff, 2000; Kurhila & Lindholm 2016). Aineistossamme on vain yksi kohta, jossa ymmärtämättömyys kielennetään eksplisiittisesti (*anteeks nyt mä en ymmärtäny*), mikä onkin odotuksenmukaista, sillä *en ymmärrä* -lausumat ovat yleensäkin harvinaisia institutionaalisissa keskusteluissa (Haakana, 2011). Sen sijaan aineistomme potilaat käyttävät yleisesti avoimia korjausaloitteita *mitä, täh* tai *anteeks* (taulukko 1, esimerkki 1), jotka voivat viitata joko kuulemisen tai ymmärtämisen ongelmaan (Haakana, 2011; Kurhila, 2012). Käsittelemme niitä tässä mahdollisina ymmärtämisen ongelmina ja pohdimme kuulon vaikutusta erikseen luvussa 4.3.

Potilaat tekevät myös kohdennetumpia korjausaloitteita, joissa selvennyksen tarve yhdistetään johonkin tiettyyn ongelmalliseen kohtaan (taulukko 1, esimerkki 2), tai esittävät omia ymmärrysehdokkaitaan, jotka voivat olla väärinä (taulukko 1, esimerkki 3). Ymmärtämisiongelmat voivat näkyä myös epäsuoremmin. Potilas ei esimerkiksi vastaa kysymykseen lainkaan tai vastaa eri asiaan kuin mitä häneltä kysyttiin, eli vastaus on erilinjainen lääkärin puheenvuoron kanssa (taulukko 1, esimerkki 4). Potilas saattaa myös konkreettisesti toimia väärin: jättää noudattamatta saamaansa ohjetta tai toimia ohjeen vastaisesti (taulukko 1, esimerkki 5).

Taulukko 1. Ongelmakohtien tunnistaminen potilaan toiminnan perusteella.

Miten tunnistettu	Keskustelukatkelma	Selite	Ongelmakategoria
(1) potilaan avoin korjausaloite	L: <i>Onko antibiootti käytetty tämän kerta?</i> P: <i>Täh?</i> (L30_3)	Käyttää-verbin taivutus ja ajan adverbialissa väärä sijamuoto.	morfosyntaksi
(2) potilaan kohdennettu korjausaloite (varmistuskysymys)	L: <i>Käytättekö lääkkeitä?</i> P: <i>Jaa muita lääkkeitä?</i> (L23_2)	Tarkoituksena kysyä säännöllisestä lääkityksestä (muita lääkkeitä). Nominaatiiviohjeita synnyttää määräisyyden vaikutelman.	kieliopillinen merkitys
(3) potilaan esittämä ymmärryshedokas	L: <i>Aristaako nyt kun?</i> P: <i>Täristääkö?</i> (L12_2)	/A/ ääntyy liian edessä, potilas tulkitsee /ä/:ksi.	ääntäminen
(4) ei vastausta tai erilinjainen vastaus	L: <i>Kuka meidän presidentti kuoli viime vuonna?</i> P: <i>Viime vuonna no eiköhän tää sauli oo ollu jo viime vuonnaki.</i> (L30_2)	Lääkärin tarkoituksena on kysyä, kuka kuoli; potilas vastaa, kuka oli.	ääntäminen
(5) potilas ei noudata saamaansa ohjetta	L: <i>Voitte tulla</i> Potilas ei noudata kehotusta. (L30_1)	'Nousta' ja 'pukea' korvattu merkitykseltään yleisemmällä verbillä 'tulla'.	sanasto (epätäsmällisyys)

Potilaan ilmaisemissa ongelmakohdissa lääkärin puheesta oli yleensä tunnistettavissa jokin selkeä seikka, joka on omiaan hankaloittamaan puheen tulkintaa. Lääkäri on esimerkiksi ääntänyt epäselvästi, taivuttanut sanaa väärin, käyttänyt lauserakenteeseen nähden väärää kieliopillista muotoa tai valinnut kontekstiin sopimattoman sanan. Näiden ongelmien selitteistä muodostimme ongelmakategorioita, jotka on esitelty alustavasti taulukossa 1 ja käsitellään tarkemmin seuraavassa luvussa.

4.1.2 Potilaan ilmaisemiin ymmärtämisongelmiin liittyvät kielen piirteet

Potilaan ilmaisemat ymmärtämisongelmat liittyivät yleisimmin **ääntämiseen** (34) ja **morfosyntaksiin** (23). **Sanastoon** (19) ja **kieliopillisiin merkityksiin** (15) liittyviä ongelmia potilaat toivat esiin vähemmän. Muutamalla lääkrillä ongelmat näyttivät liittyvän poikkeukselliseen **niukkasanaisuuteen** (9). Tietyt puheen piirteet näyttävät siis aiheuttavan ymmärtämiskatkoja herkemmin kuin toiset (ks. myös Derwing & Munro, 2009;

Saito, Trofimovich & Isaacs, 2017). Samaan puheenvuoroon saattaa kuitenkin olla kasautuneena useita ymmärrettävyyttä heikentäviä tekijöitä, ja tämä limittyneisyys on otettava huomioon ongelmien lukumääriä tarkasteltaessa.

Ääntämisongelmista tavallisimpia olivat etuvokaalien ääntyminen liian takana, sekä diftongien oikeneminen ja metateesi eli se, että diftongin vokaalit vaihtavat paikkaa (esim. *suupieli* > *suupeili*). Suomen kielessä on minimipareja, joissa väärä äänten pituus

tai ääntöpaikka aiheuttaa merkityksen muutoksen (esim. *ulospäin/ylöspäin*). Ongelmia syntyy etenkin silloin, kun molemmat vaihtoehdot olisivat samassa kontekstissa mahdollisia. Aineistossamme esimerkiksi sanojen *ulos* ja *ylös* sekoittuminen aiheuttaa useita väärinymmärryksiä: kun lääkäri kehottaa kääntämään varpaita ylöspäin, potilas yrittää kääntää niitä ulospäin. Esimerkissä 1 diftongin oikeneminen (*kuoli* > *kooli*) saa aikaan sen, että potilas tulkitsee kuulemansa eri verbiksi kuin mitä lääkäri tarkoitti (*kuoli* > *oli*).

Esimerkki 1. 'Ääntäminen (L30_2)

L: kuka meidän presidentti **kooli** viime vuonna?

P: viime vuonna,

no eiköhän tää sauli **oo ollu** jo viime vuonnaki,

L: kuka koollut?

((Potilas kohottaa kulmiaan hämmästyneen näköisenä.))

L: <meidän soomen presidentti koollut kuka oli,>

P: kuollut?

L: joo.

P: aa niin mauno koivisto.

Myös puheen prosodiset piirteet, kuten epätyypillinen intonaatio ja väärä sanapaino, vaikuttavat merkittävästi ymmärrettävyyteen (Lintunen, 2014; Munro & Derwing, 1995). Niillä on havaittu olevan suuri vaikutus siihen, miten syntyperäinen kielenpuhuja ymmärtää kuulemaansa puhetta, sekä siihen, millaisia päätelmiä hän tekee puhujan kielitaidosta (Anderson-Hsieh ym., 1992; Ahola & Tossavainen, 2016).

Puheen ymmärtäminen perustuu toisaalta puhevirran pilkkomiseen merkitykselliseksi osiksi sekä toisaalta ennakkotietojen ja kon-

tekstin tarjoamien vihjeiden hyödyntämiseen (Federmeier, 2007; Imhof 2010; Vandergrift & Goh, 2012). Puhevirran segmentointi vaikeutuu, jos puhevirta on epäselvää esimerkiksi siksi, että puhuja puhuu hyvin hiljaisella äänellä tai hänen ääntämyksensä poikkeaa siitä, mihin kuuntelija on tottunut. Siinä mielessä potilaiden kokemat ymmärtämisvaikeudet ovat hyvin samankaltaisia kuin suomea toisena kielenä puhuvien lääkärin kuullunymmärtämisen ongelmat, joita olemme tarkastelleet aiemmassa artikkelissamme (Pitkänen ym., 2021). Kun äänteiden ja sa-

1 Esimerkkien litteroinnissa käytetty keskusteluanalyttisiä merkintätapoja soveltuvin osin (Stevanovic & Lindholm, 2016).

nojen tunnistaminen on hidasta, kuuntelija joutuu “kelaamaan” kuulemaansa mielessään, mikä vaatii työmuistia (Lintunen 2014; Munro & Derwing, 1995) ja voi siksi olla erityisen haastavaa iäkkäämmille henkilöille, joiden työmuisti on heikentynyt (Burda, Casey, Foster, Pilkington & Reppe, 2006).

Kuuntelijoilla on erilaisia strategioita, joilla he pyrkivät paikkaamaan kuultuun jääviä aukkoja (ks. myös Pitkänen ym., 2021). Esimerkissä 2 lääkärin tarkoituksena on kysyä, onko potilaalle tehty Holter-tutkimusta², mutta hän ääntää *Holter* niin epäselvästi, että potilas ei tunnista sanaa, vaikka myöhemmän keskustelun perusteella selvästikin tietää, mikä Holter-tutkimus on. Potilas näyttää perustavan vastauksensa prosodisesti selkeästi esiin nousevaan kohtaan *ympäri vuorokauden* ja pääättelee kysymyksen koskeneen rintakivun esiintymistä; pronomini *se* viitanee rintakipuun, jota potilas on kertonut esiintyvän rasituksen yhteydessä. Epäselvästi äännetyn avainsanan *Holter* lisäksi ongelmana on, että potilas ei hahmota lausumaa *niin kuin ympäri vuorokauden tämä sydänfilmi* parafraasiksi Holter-tutkimukselle.

Esimerkki 2. Ääntäminen (L14_3)

- L: oliko aikaisemmin tutkittu holter, niin kuin ympäri vuorokauden tämä sydänfilmi,
 P: ei ei se oo ympäri vuorokauden, ei viime yönäkään ollu yhtään mitään.

Vieraalla aksentilla on vaikutusta ymmärtämiseen silloinkin, kun puhe on muutoin täysin ymmärrettävää. Keskustelukumppanit, joilla on kokemusta toisen kielen puhu-

jien kanssa kommunikoinnista, ymmärtävät paremmin (Toivola, 2011).

Morfosyntaktisissa virheissä on tavallisesti kyse siitä, että sanaa on taivutettu väärin tai on valittu lauserakenteeseen nähden väärä taivutusmuoto (ks. myös taulukko 1). Lisäksi ääntämisen ja morfosyntaksin ongelmat usein limittyvät toisiinsa. Esimerkin 3 lääkärin puheenvuoro on tarkoitettu varmistuskysymykseksi, mutta sitä ei ole muotoiltu kysymykseksi morfologisesti (kysymyspartikkeli *-ko*) tai syntaktisesti (sanajärjestys, lausumapartikkeli *siis* tai *eli*), eikä intonaatiokaan tue tulkintaa kysymykseksi, joten potilas tulkitsee sen väitelauseeksi.

Esimerkki 3. Morfosyntaksi (L15_3)

- L: migreeniongelma sulla on,
 P: missä?

Toisen kielen puhujan puheessa voi olla paljon myös sellaisia morfosyntaktisia virheitä, jotka eivät vaikuta ymmärrettävyyteen. Etenkään sanojen taipumisen ongelmat, esimerkiksi astevaihtelun puuttuminen tai väärä taivutustyyppi, eivät tavallisesti aiheuta ongelmia, koska kielessä on paljon päällekkäisyyttä ja konteksti usein tukee tiettyjä tulkintavaihtoehtoja. Sen sijaan lauserakenteeseen nähden (semanttisesti) väärän taivutusmuodon käyttö voi olla ongelma silloin, kun sanojen väliset suhteet eivät hahmotu ilman taivutusta pelkän sanaston perusteella tai kun kontekstissa mahdollisia tulkintavaihtoehtoja on useita. Esimerkiksi potilaan ohjaamisessa voi olla tärkeää saada osoitettua liikkeen suunta sijamuodon avulla, jolloin väärä sijamuoto saattaa estää viestin perillemenon. Erityisesti direktiiveissä ymmärtämisiongelma voi syntyä päällisin puolin

2 EKG:n vuorokausirekisteröinti

hyvin pienestä morfosyntaktisesta virheestä. Esimerkiksi kun lääkäri kehottaa ”*käykää pitkälle*” (po. käykää pitkällesse), potilas ei noudata kehotusta vaan toistaa epätietoisena ”*pitkälle*”. Ammatillisessa kontekstissa vakiintuneet konstruktiot, kuten tietyt ohjeet ja kehotukset (esim. *hengitä syvään*), näyttäisivätkin toisinaan hahmottuvan kiinteinä kokonaisuuksina ja toimivan leksikaalisten yksiköiden tapaan: niiden täytyy olla kokonaan oikein, jotta ne tunnistetaan kyseiseksi konstruktioksi.

Kieliopillisiin merkityksiin liittyvät virheet olemme erottaneet analyysissa erilliseksi kategoriaksi. Suomen kaltaisessa taivutuskielessä esimerkiksi nominien sijaitaivutuksella ilmaistaan perustavanlaatuisia semanttisia merkityseroja, kuten määräisyyttä, jaollisuutta ja aspektia. Vastaavasti verbien taivutusmuodot hahmottavat aikasuhteita, tekemisen tapaa ja puhujan suhtautumista puheena olevaan asiaan ja puhekumppaniin. Siksi toisinaan väärin taivutusmuodon valitseminen tuottaa vääriä merkityksiä.

Tyypillisimpiä kieliopillisiin merkityksiin liittyviä virheitä ovat aikamuotojen muodostamiseen ja käyttöön liittyvät ongelmat, jotka vääristävät tilanteen ajallisia tulkintoja. Esimerkin 4 preesensmuotoisesta kysymyksestä jää pois ajallinen ulottuvuus eli menneisyydestä nykyhetken jatkuvan tekemisen ilmaiseminen, ja potilas ymmärtää, että kysytään vain nykyhetken tilannetta.

Esimerkki 4. Kieliopilliset merkitykset (L16_2)

- L: minkälainen olit
siis kuinka kauan et ole töissä,
P: en ole töissä,
L: kuinka kauan?
siis montako vuotta,
P: kun on ollu?
L: niin.
P: töissä- ei mä-
L: siis tarkoitan kuinka kauan
et ole töissä,
P: no tästä on nyt jo usempi vuosi
aikaa koska mä oon opiskellu tässä,

Muita keskeisiä kieliopillisiä merkityksiä ovat definiittisyys (*käytätkö lääkkeitä?* po. mitään lääkkeitä), kielto (*on vähän turvotus oikealle puolelle mutta ei oikeasti on vähän miten tulehdus* po. on vähän turvotusta mutta ei ole tulehdusta), refleksiivisyys (*nyt mä yritän nousta itse* po. nostan sinun kättäsi) ja nesessiivisyys (*seurata tämä punainen alue* po. täytyy seurata).

Morfosyntaktisten virheiden tapaan myös kieliopillisissa merkityksissä voi tehdä virheitä ilman, että siitä aiheutuu tilanteessa haittaa. Esimerkiksi objektin sijamuoto voi olla valittu väärin kymmenissä tapauksissa niin, että se ei aiheuta ongelmia viestin tulkinnassa, mutta joskus se voi aiheuttaa. Edellä mainitun kysymyksen ”*Käytätkö lääkkeitä?*” jälkeen potilas joutui tarkentamaan ”*Jaa muita lääkkeitä?*”. Jos kieliopillisten merkitysten ilmaiseminen on epätäsmällistä, tilanteessa voi syntyä useita tulkintavaihtoehtoja, joista oikean päättelemiseen tarvitaan avuksi kontekstia ja mahdollisesti myös muuta taustatietoa. Esimerkiksi kun lääkäri kehottaa ”*purista kun pystyt*”, luonnollinen tulkintavaihtoehto

olisi temporaalinen tulkinta 'purista sitten kun pystyt'. Kyseinen kehoitus kuitenkin esitetään tilanteessa, jossa tutkitaan puristusvoimaa, joten tavoiteltu tulkinta on 'purista niin lujaa kuin pystyt'. Pystyäkseen tekemään tämän tulkinnan potilaan on ymmärrettävä tutkimuksen tarkoitus eli hänellä on oltava tilanteeseen liittyvää taustatietoa – pelkkä epätasallinen kielen ilmaus ei riitä.

Vaikka kielenoppimisen keskusteluissa kommunikatiivisuus näyttyy usein kieliopillisen oikeellisuuden vastaparina, tutkimuksemme analyysi osoittaa, että monesti viestin välittyminen kärsii juuri kieliopillisten virheiden vuoksi (ks. myös esim. Ahola & Tossavainen, 2016, s. 45; Kela & Komppa, 2011, s. 187). Tämä on tyypillistä erityisesti edistyneellä kielitaitotasolla (Isaacs & Trofimovich, 2012).

Sanasto-ongelmia potilaat tuovat aineistossamme esiin varsin vähän. Sanastoon liittyviä potilaan korjausaloitteita esiintyy aineistossamme vain kuusi, epäsuoremmin potilaan toiminnasta havaittavia sanasto-ongelmia puolet enemmän. Vaikuttaakin siltä, että potilas pystyy yleensä kontekstin perusteella päättämään oikean merkityksen, mikäli kyse on vain yksittäisestä sanasta (ks. kuitenkin luku 4.2). Keskustelun etenemisen kannalta sanastovirheiden nostaminen esiin ei usein olekaan tarpeellista, ja etenkin lääkärin auktoriteettiaseman vuoksi potilas ei kovin herkästi lähde korjaamaan lääkärin puhetta (Paananen, 2019, s. 84). Potilas joutuu nostamaan sanasto-ongelman keskusteluun lähinnä silloin, kun tarkoitettua merkitystä ei pysty arvaamaan kontekstin perusteella tai kun mahdollisia tulkintavaihtoehtoja on useita.

Lääkäriin käyttämä sananvalinta voi olla suoranaisesti väärä, mutta myös epätasalliset sananvalinnat voivat aiheuttaa ongelmia (ks. taulukon 1 esimerkki 5). Tämä näkyy etenkin verbisanastossa: se että lääkäri käyttää merkitykseltään yleisiä verbejä, kuten *mennä*, *tulla* ja *tehdä*, täsmällisempien sijaan (*mennä ylös* po. nosta) heikentää ymmärrettävyyttä.

Useimmille potilaan ilmaisemille ymmärtämisongelmille oli löydettävissä selitys lääkärin kielellisestä tuotoksesta. Analyysissa nousi kuitenkin esiin myös kielellisesti lähes tai täysin virheettömiä puheenvuoroja, joita potilas ei näyttänyt ymmärtävän. Erityisesti niitä esiintyy silloin, kun lääkäri kysyy potilaan mielipidettä tekemiinsä päätelmiin tai suunnitelmiin (*Mitä mieltä sä oot?*, *Entäs on teidän oma mielestä?*), mutta potilas ei hahmota, mihin täsmälleen ottaen pitäisi ottaa kantaa. Muutamat ongelmat näyttävätkin johtuvan lääkärin puheen niukkasanaisuudesta. Tässä aineistossa niukkasanaisuus on erityisesti kahden lääkärin ongelma: toinen esittää lyhyitä ja epämääräisiä direktiivejä, toisella myös kysymykset ovat hyvin niukkoja. Niukkasanaisuus ei välttämättä johdu kielitaidon vajavuudesta vaan voi olla enemmänkin persoonallisuuden piirre, mutta se voi myös olla strategia, jolla välttää sanomasta mitään väärää (ks. esim. Dörnyei & Korros, 1998).

Analyysin ensimmäisessä vaiheessa esiin tulleet ongelmakohdat olivat usein varsin pieniä ja ratkesivat tilanteen kuluessa. Niiden analysoiminen kuitenkin tuottaa tietoa siitä, millaiset seikat voivat heikentää ymmärrettävyyttä, ja sitä tietoa hyödynnämme seuraavassa luvussa esiteltävässä analyysin toisessa vaiheessa.

4.2 Kielellisten merkitysten tuottamisen ongelmat, jotka eivät näy potilaan toiminnasta

Aiemman tutkimuksen perusteella tiedetään, että etenkin epäsymmetrisissä vuorovaikutustilanteissa ymmärtämisongelmia ei aina tuoda esiin keskustelussa (esim. Kurhila & Lindholm, 2016). Tässä analyysin toisessa vaiheessa ulotamme tarkastelumme puheen semanttisiin ominaisuuksiin potilaan reagoinnista riippumatta. Näissä tapauksissa lääkärin puheessa on jokin kielellinen ongelma, joka heikentää ymmärrettävyyttä. Potilas ei kuitenkaan vastaa lääkärin puheeseen lainkaan tai saattaa vastata pelkällä minimipalautteella, josta ei voi päätellä, onko hän ymmärtänyt (vrt. *claiming vs. displaying understanding*, esim. Walker, Thomson & Watt, 2016).

Esimerkissä 5 lääkäri selittää, miksi runsaasti kasviksia sisältävä ruokavalio ei ole hyväksi tälle potilaalle, mutta potilaan epämääräisestä myöntävästä vastauksesta ei voi päätellä, ymmärsikö hän asian vai ei.

Esimerkki 5. Sanasto (L30_2)

- L: ruokavalio se se,
joskus se paljon paljon vihreitä,
P: joo-o?
L: se ei ole nyt öö huva idea
ja sitten paljon vihreitä tai
vihanneksia ei ole huva
se on huva mutta nyt [on vähemmän parempi
P: [ahaa? okei?
L: koska se tekee jotain saman ((pyörivä käsiliike vatsan kohdalla))
P: nii justii,

Potilaan vuorojen tasainen tai lievästi nouseva intonaatio voisi viestiä epävarmuudesta mutta myös ilmaista, että keskustelija asetuu vastaanottajaksi (Routarinne, 2003). Intonaatio – niin kuin minimipalautteeseen – ei siis välttämättä auta tunnistamaan ymmärtämistä tai ymmärtämättömyyttä. Epäsymmetrisissä vuorovaikutustilanteissa on myös tavallista, että vaikka ymmärryskatkos havaittaisiin, sitä ei välttämättä nosteta esiin, jos kuulija onnistuu saavuttamaan jonkinlaisen karkeamman tason ymmärryksen tai jos ymmärryskatkoksen esiintuomista ei pidetä tilanteeseen sopivana käyttäytymisenä (Verdonik, 2009). Esimerkissä 6 keskustelu näyttää sujuvalta: potilaan myönteisen palautteen ansiosta tilanne voi jatkua häiriöttä, vaikka puheenvuorossa on runsaasti ymmärrettävyyttä heikentäviä tekijöitä.

Lääkärin ensimmäinen vuoro koostuu yksinkertaisista kopulalauseista (*on hyvä – ei ole hyvä*), jotka viittaavat vaihtoehtojen vertailuun. Sanasto on niukkaa, ja lausumassa toistuvat tiheään muutamat kielen yleisimpään sanastoon kuuluvat sanat. Täsmällisiä, puheenaiheeseen liittyviä sanoja ovat vain *ruokavalio* ja *vihanneksia*. Lausuma ei myöskään jakaudu osiin, jolloin viittaussuhteet eivät tule näkyviin. Esimerkiksi on epäselvää, mihin pronomini *se* viittaa lääkärin viimeisessä vuorossa. Potilaan myönteisen ja jatkamaan kannustavan minimipalautteen (*ahaa okei*) jälkeen lääkäri jatkaa ohjeensa perustelua, mutta nyt kielelliset keinot asian ilmaisemiseen loppuvat kokonaan. Epämääräistä kuvausta ”*jotain saman*” seuraa ele, joka oletettavasti viittaa vatsan toimintaan. Ele ei yksin riitä rakentamaan täsmällistä merkitystä silloin, kun merkitys on abstrakti tai se ei ole silmin tai tunnustellen havaittavissa.

Eleitä voidaan käyttää myös onnistuneesti heikon ymmärrettävyyden kompensoimiseen. Etenkin potilasta tutkiessaan lääkäri pystyykin eleiden avulla ohjaamaan potilaan toimintaa, jolloin ymmärrettävyydeltään heikkokaan puhe ei välttämättä aiheuta ongelmatilanteita. Esimerkiksi kun lääkäri potilasta tutkiessaan kehottaa ”*tekee irves*” (po. irvistä) ja näyttää samalla mallia, potilas osaa irvistää toivotulla tavalla, vaikka direktiivi ei ehkä ole kielellisesti ymmärrettävä. Joskus ele saattaaakin välittää toivotun merkityksen jopa tarkemmin kuin puhe (Lilja & Tapaninen, 2019; Paananen, 2015, s. 89).

Erityisesti analyysin toisen vaiheen ongelmakohdille on tyypillistä, että niissä on useita kielellisiä ongelmia limittyneenä. Sanastopuutteisiin voi yhdistyä morfosyntaktisia virheitä ja kieliopillisten merkitysten epäselvyyttä, usein myös epäselvä ääntäminen (ks.

myös Saito, Trofimovich & Isaacs, 2017, s. 442). Erilaiset puheen prosodiset piirteet voivat johtaa tulkintaa väärään suuntaan tai tehdä ymmärtämistä tukevien piirteiden havainnoinnista vaikeaa.

Tässä analyysissa korostuu sanaston osuus ymmärrettävän puheen tuottamisessa. Sanasto-ongelma voi yksinkertaisimmillaan ilmetä siten, että väärä sananvalinta tuottaa kontekstiin sopimattoman merkityksen. Merkittävämpi ongelma on kuitenkin se, että sanavaraston kapeuden vuoksi puhuja saattaa joutua turvautumaan hankaliin kiertoilmauksiin, jotka heikentävät ymmärrettävyyttä. Onnistuneen kiertoilmauksen tuottaminen puuttuvan sanan tilalle vaatisi itse asiassa varsin vahvaa kielitaitoa.

Esimerkin 6 lääkärin tarkoituksena on selittää, mistä korkeat kolesteroliarvot voivat johtua.

Esimerkki 6. Sanasto, morfosyntaksi, kieliopilliset merkitykset (L26_2)

L: joo mutta tämä kolestr-kolestroli se ei ole vaan liity ruokailuun.

P: ahaa no joo,

L: koska tämä öö ihan,
mitä on li:sää öö jos,

kun me ota meidän ruoka ja sitten tämä ruoka ei ole että,

meillä ei ole ihan selvästi hmm,

liikunnan öö liikuntaohjelmaa tai ei käytä tämä ruoka,

sitten se on (.) kehon sisällä tämä kaikki ruoka meni,

kolestr-kolestroli ja sitten se on kehon sisällä,

että tämä kolestroliasia on ↑ruokailu,

ja sitten toinen asia on pitää jos on itse öhm,

itsen kehon mukaan pitää aloittaa liikuntamis,

P: joo,

Puheenvuoro sisältää muutamia sisältösanoja (*liikunta, liikuntaohjelma, ruoka, kolesteroli, keho*). Sanojen väliset suhteet eivät kuitenkaan hahmotu pelkästään niiden semanttisten ominaisuuksien perusteella. Puheessa ei myöskään ole selkeästi ilmaistu kieliopillisin keinoin, mitkä ovat asioiden väliset suhteet, jolloin ymmärrettävyys jää heikoksi tai jopa olemattomaksi.

Katkelma paljastaa puutteita erityisesti puhujan sanastossa mutta myös kieliopillisten merkitysten ilmaisukeinoissa. Verbit ovat merkitykseltään yleisiä (*ottaa, olla, käyttää*) vaikka aihepiirin perusteella puhuja tarvitsisi monipuolisempia verbejä, esim. *harrastaa* (liikuntaa), *vaikuttaa* ja *johtua*. Puuttuvat sanat eivät ole suoranaisesti ammattisanastoa vaan yleisempää sanastoa, jonka hallinnassa lääkäreillä saattaa olla suurempia puutteita kuin varsinaisen ammattisanaston hallinnas-

sa (Tervola, Vainio & Häikiö, 2020). Myös Seilosen ja Sunin (2016) tutkimuksessa, jossa tarkasteltiin sairaanhoitajien ammatillista kielitaitoa, yleiskielitaidon puutteet näkyivät perussanaston ja -rakenteiden tarkkuuden horjuntana sekä vaikeuksina ilmaista asian-tuntijasisältöjä arkikielisin ilmauksin. Vastavia havaintoja sairaanhoitajien kielitaidosta ovat tehneet myös Kela ja Komppa (2011).

Muutama puheenvuoro on ymmärrettävyydeltään niin heikko, että puheesta ei erotu juuri muuta kuin yksittäisiä sanoja, joiden välisiä suhteita ei ole osoitettu lainkaan. Tällaiset ongelmatilanteet esiintyvät poikkeuksetta niissä vastaanoton vaiheissa, joissa lääkäri selittää tai perustee potilaalle ammatillisia ratkaisujaan. Esimerkki 7 on tilanteesta, jossa potilas on esittänyt kriittisen kysymyksen, joka tulee lääkärille yllätyksenä.

Esimerkki 7. Sanasto, morfosyntaksi, kieliopilliset merkitykset (L26_1)

P: mikäs voi selittää ton nielemisvaikeuden ja sellasen sitten jos ei tota,
[jos ei kilpirauhanen,

L: [tota
öö koska mä:: pys- se:: mä: vois öö,
koska mä:: nyt,
ei ole ihan että,
tämä nielemisvaikeus öö,
johtuu mä luulen että on,
ei ole mitään ongelmia,
kiintei-kiinte-misruokailu,
tai ottamaan vettä mehu ja sitte,
mutta on ja sitten on toinen että ihan al- hmm,
öö kun aloita ruokailu,
sitten on vaiva ei ole,

((Lääkäri ryhtyy tutkimaan kilpirauhasta uudelleen.))

Potilas kuuntelee selityksen sanomatta mitään. Hiljaisuus voi olla erimielisyyden ilmaus (Heritage & Sefi, 1992), mutta se voi joutua myös siitä, että lääkärin vastaus on niin epäselvä, että potilas ei tiedä, mihin tarttua (ks. myös Kurhila, 2012). Aiemmissä tutkimuksissa onkin havaittu, että toisen kielen puhujalle ei kovin herkästi ilmaista isoja ongelmia, koska ne vaatisivat isoja korjauksia, jollaisiin puhujalla ei välttämättä ole keinoja (Kurhila & Lindholm, 2016).

Puheenvuoron ymmärrettävyyttä heikentää usein syy-seuraussuhteiden (*johtua, liittyä, vaikuttaa*) (esimerkit 5, 6 ja 7) tai eri vaihtoehtojen vertailun (esimerkki 5) epäselvyys. Samalla lauserakenne voi olla katkonainen ja sisältää useita uudelleenaloituksia. Puheenvuoro saattaa myös olla monitulkintainen myönteisen ja kielteisen muodon suhteen (esimerkki 7). Samoin aikamuoto voi ohjata väärään tulkintaan.

Analyysin toinen vaihe osoitti, että ymmärrettävyydeltään heikkoa puhetta esiin-

tyy myös sellaisissa tilanteissa, joissa potilas ei ilmaise, että ymmärtämisessä olisi ongelmia. Vaikuttaa pikemminkin siltä, että mitä suurempi ongelma, sitä todennäköisempää on, että potilas ei reagoi siihen.

4.3 Potilaiden valmiudet ymmärtämisongelmien ratkomiseen

Ymmärrettävyydeltään heikkoa puhetta kuunnellessaan potilas voi onnistua ymmärtämään viestin, jos hän osaa käyttää hyväkseen kontekstia ja ennakkotietojaan sekä on taitava erottamaan sanoja ja merkityksiä myös epäselvästi äännetystä puheesta. Toisaalta kielellisesti selkeätkin lausumat saattavat jäädä ymmärtämättä, jos niiden tulkintaan ei ole tarjolla riittävästi kontekstia tai ne näyttävät ristiriitaisina kontekstiinsa nähden. Tässä luvussa esittelemme tilanteita, joissa potilaiden erilaiset ymmärtämisvalmiudet tulevat esiin.

Esimerkissä 8 lääkäri esittää arvionsa potilaan selässä olevasta luomesta.

Esimerkki 8. *Sanasto, morfosyntaksi (L30_1)*

L: uksin iho vähän,

u-uksi paika on vähän epäilän.

se tarvitse seurata. ((Ihossa yksi paikka on vähän epäilyttävä. Sitä tarvitsee seurata.))

P: onks se täällä alaselässä,

Puheen ymmärrettävyys on heikko, mutta potilas ei osoita mitenkään, että hänellä olisi vaikeuksia ymmärtää, eikä ilmeisesti olekaan, sillä hänen vastauksensa on täysin tilanteeseen sopiva. Tällä kertaa ongelmaa ei siis synny, mutta ymmärrettävyyden kannalta tarkasteltuna lääkärin puheenvuoro on silti ongelmallinen. Viestin kannalta keskeisen sanan *epäilän* sanamuoto on epäselvä. Myös-

kään tarkenteen *yksi* ja määritteen *iho* sijamuodot eivät tue semanttisesti koherenttia tulkintaa eivätkä ne väärän sanajärjestyksen takia yhdisty selkeästi pääsanaan *paikka* (yksi paikka tai kohta ihossa). Lisäksi /y/ sanassa *yksi* ääntyy liian takana ja kuulostaa enemmän /u/:lta.

Esimerkissä korostuu potilaan ehkä poikkeuksellisenkin kyvykkyys muodos-

taa tulkinta ymmärrettävyydeltään heikon tuotoksen pohjalta, ilmeisesti kontekstia ja kokemustaan hyväksi käyttäen. Se, että ymmärtäminen nojautuu näin voimakkaasti potilaan päättelykykyyn, ei kuitenkaan ennakoi lääkärille kovin hyviä mahdollisuuksia selviytyä vaativammista viestintätilanteista.

Esimerkin 9 lääkärillä on päinvastainen tilanne kuin edellä: hänen puheensa ymmärrettävyys ei ole erityisen heikko, mutta keskustelu ei silti etene kovin jouhevasti.

Keskustelun tarkoituksena on selvittää, voisivatko potilaan jalkavaivat johtua uusista, liian pienistä kengistä.

Esimerkki 9. Morfosyntaksi (L21_3)

- L: entäs onko sama kengät joka oli aikaisemmin,
 P: anteeks?
 L: onko kengät sama kuin olivat käytössä,
 P: ee jaa nii,
 e:i kylä nää on nyt vaihdettu, siis kun ei,
 L: jalkineet.
 tilavat kengät käytössä.
 P: joo kyllä,
 kyllä kengät on käytössä.
 L: ja tilavat kengät,
 P: jaa tilavat?
 no joo kyllä mielestäni.

Potilaan vastaukset ovat yksittäisiin sanoihin perustuvia arvauksia. Vastatessaan ”*kyllä kengät on käytössä*” hän näyttää epäuskoiselta mutta vastaa silti siihen kysymykseen, jonka luulee kuulleensa. Kieliopilliset ongelmat lääkärin puheessa ovat pieniä, ja keskeisin syy siihen, että tilanne ei tämän potilaan kanssa tunnu sujuvan, lieneekin se, että potilas ei

osaa päätellä, mitä lääkäri kysymyksellään hakee (ks. Drew, 1997).

Potilaan kyvyttömyys tehdä tarvittavia päätelmiä tekee keskustelutilanteesta lääkärille haastavan ja vaikuttaa siihen, millaisena lääkärin kielitaito näyttäytyy. Toisen potilaan kanssa samalla lääkärillä ei ole juuri mitään ongelmia. Voidaankin sanoa, että kielitaidon riittävyys on suhteellista: se mikä yhden potilaan kanssa on riittävää, ei toisen potilaan kanssa ole. Lisäksi toisen kielen puhujilla puhetuotoskin voi olla erilaista eri keskustelukumppaneiden kanssa (ks. esim. Kasper & Wagner, 2014).

Joillakin aineistomme lääkäreillä ymmärrettävyyteen liittyvien ongelmien määrä vaihteli huomattavasti kolmessa potilastilanteessa. Lääketieteellisen vaivan laatu oletettavasti vaikuttaa ymmärtämisen haasteellisuuteen: tavallista ja selkeäoireista vaivaa tutkittaessa potentiaalisia ymmärrettävyysongelmia on vähemmän kuin epämääräisiä ja vaikeita oireita selvitellessä. Tästä emme kuitenkaan pysty tämän analyysin perusteella tekemään tarkempia päätelmiä. Osittain vaihtelu selitynee myös potilaan ominaisuuksilla.

Erityisen selkeästi potilaan kuuntelemis- ja ymmärtämiskapasiteetin vaikutus näkyi siinä, että lääkärillä saattoi olla ongelmia huonokuuloisen potilaan kanssa mutta ei muiden potilaiden kanssa. Kuulemisen ongelmia ei aina voikaan erottaa ymmärtämisen ongelmista (Haakana, 2011; Kurhila, 2012; Lindholm, 2012). Kielellisesti epäselvä tuotos heikentää entisestään huonokuuloisen potilaan mahdollisuuksia ymmärtää lääkärin puhetta. Huonokuuloisen potilaan kanssa lääkärin puheen olisikin oltava erittäin selkeää ja ymmärrettävää.

Potilaiden kesken on myös eroja siinä, kuinka herkästi he ilmaisevat ymmärtämättömyyttään. Jos potilas reagoi herkästi ymmärtämisongelmiin, ongelmien määrä saattaa näyttää suurelta. Toisaalta ongelmien esiin tuominen nimenomaan auttaa niiden ratkaisemisessa ja kertoo myös siitä, että ymmärtämisongelmat ovat osallistujien kykyihin nähden kohtuullisen kokoisia. Kielellisten ongelmien määrä kuitenkin vaikuttaa vastaanottotilanteen sujuvuuteen. Koska lääkärillä on käytettävissään yhtä potilasta kohti vain rajallinen aika, kovin moniin ja pitkiin merkitysneuvotteluihin ei ole aikaa, ja siksi lääkärin kielitaidon pitäisi olla sellainen, että ongelmakohtia ei tule kovin usein.

5 POHDINTA

Tässä artikkelissa olemme tarkastelleet lääkärin puheen ymmärrettävyyttä kahdesta näkökulmasta. Yhtäältä olemme tutkineet kohtia, joissa potilas reagoi ymmärtämisen ongelmiin. Toisaalta olemme tarkastelleet lääkärin puheen ymmärrettävyyttä riippumatta potilaan reaktiosta: miten vaivatonta puhetta on ymmärtää ja mitkä puheen ominaisuudet heikentävät ymmärtämisen mahdollisuuksia.

Tutkimuksessamme ymmärrettävyys näytetään jatkumona, jonka toisessa päässä on helposti ymmärrettävä puhe ja toisessa sellainen, joka vaatii kuulijalta täsmällisiä ennakkotietoihin perustuvia odotuksia. Mitä enemmän kielellinen ilmaus siirtää tulkinnan vastuuta kuulijalle, sitä heikompi on sen ymmärrettävyys. Näin ymmärrettävyyden mittariksi hahmottuu puheen tulkitsemisen kuulijalta vaatima vaivannäkö (Derwing & Munro, 2015).

Keskeinen tutkimuksemme tulos on, että ymmärtämisongelmiin ei päästä käsiksi pel-

kästään potilaan toimintaa tarkkailemalla. Tämä tuli ilmi analyysimme toisessa osassa, jossa kohdistimme huomion potilaan reaktioiden sijaan suoraan lääkärin puheeseen ja tutkimme sen ymmärrettävyyttä semanttisen analyysin avulla. Tässä analyysissa esiin tuli vakavia ongelmia viestin kielellisessä muotoilussa, esimerkiksi sanastopuutteista ja käytössä olevien kieliopillisten rakenteiden suppeudesta johtuvia kiertoilmauksia, joiden vuoksi asioiden väliset suhteet hämärtyvät eikä viesti välity täsmällisesti. Näitä ongelmia esiintyi tyypillisesti kohdissa, joissa lääkäri selittää tai perustelee potilaalle lääketieteellistä tietoa. Yhteistä näille kohdille on, että niissä yritetään ilmaista monimutkaisia ammatillisia asioita, joita lääkärillä ei ole ollut mahdollisuutta harjoitella tai valmistella etukäteen. Ennakoimattomuus kuuluu asiantuntijatyön luonteeseen, eikä asiantuntijan kielitaito voikaan sen vuoksi perustua tilanteisten fraasien hallintaan, vaan tarvitaan vahvoja lingvistisiä taitoja, sanaston ja kielen rakenteiden hallintaa, joiden avulla pystytään välittämään tarvittavia merkityksiä myös ennakoimattomissa tilanteissa.

Analyysin toinen vaihe toi esiin sen, että ymmärrettävyys heikkenee usean eri tason ongelmien limittymisen myötä. Ymmärryskatkosta ei ole mahdollista paikantaa mihinkään tiettyyn kohtaan, kun koko tuotos on monin tavoin ongelmallista. Tällöin myös potilaan voi olla vaikea esittää tarkentavia kysymyksiä. Potilaille on keskenään erilaiset valmiudet ymmärtää puhetta, jonka ymmärrettävyys on heikkoa. Osa aineistomme ongelmatilanteista näyttääkin selittyvän sillä, että kuulija ei ole tottunut ei-äidinkielen puhumaan suomeen. Lääkärin olisi kuitenkin pystyttävä viestimään kaikenlaisten po-

tilaiden kanssa, joten hänen pitäisi pystyä muotoilemaan viestinsä niin ymmärrettäväksi, että myös tottumaton ja aiheetta ennalta tuntematon kuulija voisi sen ymmärtää.

Analyysimme kaksi vaihetta tuottavat kumpikin hieman erilaista tietoa kielitaidon arvioinnin tueksi ja haastavat täydentämään toiminnallista kielikäsitystä semanttisilla ulottuvuuksilla. Toiminnallisen kielitaitokäsityksen mukaan ongelmallisia ovat vain sellaiset ymmärrysongelmat, jotka näkyvät jotenkin toiminnan tasolla. Jos tilanne onnistuu toiminnallisella tasolla, se katsotaan onnistuneeksi myös kielellisesti. Tämä tutkimus osoittaa, että tilanne voi pintapuolisesti onnistua toiminnallisesti samalla kun se sisältää kielellisellä tasolla suuria ongelmia, jotka jättävät potilaalle epävarmuuden vaivan

syistä tai jatkotoimista. Tällaiset tilanteessa ilmaistematta jäävät ongelmat tulevat esiin vasta kielen analyysissa.

Ammatillisessa kielitaidossa funktionaalinen näkökulma on väistämättä läsnä työn vaatimusten kautta, mutta formaalinen näkökulma nousee esiin ongelmatilanteissa. Ongelmat kieliopillisten merkitysten tuottamisessa heikentävät puheen ymmärrettävyyttä siten, että myös ammatillinen toiminta vaarantuu. Väärinymmärrykset eivät välttämättä realisoidu toiminnassa mutta voivat jättää jäljen esimerkiksi potilaan epävarmuutena tai diagnosoinnin ja hoidon viivästymisenä. Tällaisten tilanteiden tarkastelussa funktionaalinen ja formaalinen näkökulma yhdistyvät ja vastakkainasettelu katoaa.

LÄHTEET

- Aalto, E., Mustonen, S. & Tukia, K. (2009). Funktionaalisuus toisen kielen opetuksen lähtökohtana. *Virittäjä*, 113, 402–423.
- Aho, E. (2004). Prosodian aseman toisen ja vieraan kielen opetuksessa. Suomen kielen prosodian opettamisen ja oppimisen kysymyksiä. Teoksessa B. Straszer & A. Brown (toim.), *Kakkoskieli 5*, (s. 9–94). Helsingin yliopiston suomen kielen laitos.
- Ahola, S. & Tossavainen, H. (2016). Helppoa vai vaikeaa arvioida? Yleisten kielitutkintojen suomen kielen arvioijien käsityksiä vironkielisten arvioinnista. *Lähiwördlusi. Läbivertailuja*, 26, 27–53.

- Anderson-Hsieh, J., Johnson, R. & Koehler, K. (1992). The relationship between native speaker judgments of pronunciation and deviance in segmental, prosody and syllable structure. *Language Learning*, 42, 529–555.
- Bilmes, J. (2011). Occasioned semantics: A systematic approach to meaning in talk. *Human Studies*, 34, 129–153.
- Burda, A. N., Casey, A. M., Foster, T. R., Pilkington, A. K. & Reppe, E. A. (2006). Effects of accent and age on the transcription of medically related utterances: A pilot study. *Communication Disorders Quarterly*, 27, 110–116.

- Canale, M. & Swain, M. (1980). Theoretical bases of communicative approaches to second language teaching and testing. *Applied Linguistics*, 1, 1–47.
- Deppermann, A. (2011). The study of formulations as a key to an interactional semantics. *Human Studies*, 34, 115–128.
- Derwing, T. M. & Munro, M. J. (2015). *Pronunciation fundamentals: evidence-based perspectives for L2 teaching and research*. John Benjamins Publishing Company.
- Drew, P. & Heritage, J. (1992). Analyzing talk at work: An introduction. Teoksessa P. Drew & J. Heritage (toim.), *Talk at work: Interaction in institutional settings*, (s. 3–65). Cambridge University Press.
- Drew, P. (1997). “Open” class repair initiators in response to sequential sources of troubles in conversation. *Journal of Pragmatics*, 28, 69–101.
- Dörnyei, Z. & Kormos, J. (1998). Problem-solving mechanisms in L2 communication. *Studies in Second Language Acquisition*, 20, 349–385.
- Ellis, R. & Barkhuizen, G. (2005). Analysing accuracy, complexity, and fluency. Teoksessa R. Ellis & G. Barkhuizen (toim.), *Analysing learner language*, (s. 139–164). Oxford University Press.
- Enfield, N. (2017). *How we talk: The inner workings of conversation* (First edition). Basic Books.
- EVK = Eurooppalainen kielten oppimisen, opettamisen ja arvioinnin yhteinen viitekehys (2003). WSOY.
- Federmeier, K. D. (2007). Thinking ahead: The role and roots of prediction in language comprehension. *Psychophysiology*, 44, 491–505.
- Goodman, J. & Greene, E. (1989). The use of paraphrase analysis in the simplification of jury instructions. *Journal of Social Behavior and Personality*, 4, 237–251.
- Haakana, M. (2011). Mitä ja muut avoimet korjausaloitteet. *Virtittäjä*, 115, 36–67.
- Halliday, M. A. K. (1994). *An introduction to functional grammar*. (Second edition). Arnold.
- Heritage, J. (1997). Analyzing institutional interaction. Teoksessa D. Silverman (toim.), *Qualitative research. Theory, method & practice*, (s. 161–182). Sage.
- Heritage, J. & Sefi, S. (1992). Dilemmas of advice. Teoksessa P. Drew & J. Heritage (toim.), *Talk at work: Interaction in institutional settings*, (s. 359–417). Cambridge University Press.
- Imhof, M. (2010). The cognitive psychology of listening. Teoksessa A. D. Wolvin (toim.), *Listening and human communication in the 21st century*, (s. 97–126). Blackwell.
- Isaacs, T. & Trofimovich, P. (2012). Deconstructing comprehensibility. *Studies in Second Language Acquisition*, 34, 475–505.
- Kasper, G. & Wagner, J. (2014). Conversation analysis in applied linguistics. *Annual Review of Applied Linguistics*, 34, 171–212.
- Kela, M. & Komppa, J. (2011). Sairaanhoidajan työkieli: yleiskieltä vai ammattikieltä? Funktionaalinen näkökulma ammattikielen oppimiseen toisena kielenä. *Puhe ja kieli*, 31, 173–192.
- Kennedy, S. & Trofimovich, P. (2008). Intelligibility, comprehensibility, and accentedness of L2 speech: The role of listener experience and semantic context. *Canadian Modern Language Review*, 64, 459–489.
- Kiuru, L., Sumanen, M., Mattila, K. & Kosunen, E. (2021). EU- ja Era-maiden ulkopuolella valmistuneet lääkärit. Laillistamiskoulustelujen kehitys 2010-luvulla. *Lääkärilehti* 76, 2801–2806.
- Kurhila, S. (2012). Kun ymmärtäminen on vaakalaudalla – kohdentamattomat korjausaloitteet kakkoskielisessä keskustelussa. Teoksessa L.

- Leskelä & C. Lindholm (toim.), *Haavoittuva keskustelu: Keskusteluanalyttisiä tutkimuksia kielellisesti epäsymmetrisestä vuorovaikutuksesta*, (s. 145–183). Kehitysvammaliitto ry.
- Kurhila, S. & Lindholm, C. (2016). Ymmärtämisen haasteet. Teoksessa M. Stevanovic, C. Lindholm & I. Arminen (toim.), *Keskusteluanalyysi: kuinka tutkia sosiaalista toimintaa ja vuorovaikutusta*. Vastapaino.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785, 3 §.
- Leskelä, L. & Lindholm, C. (2012). Näkökulmia kielellisesti epäsymmetriseen vuorovaikutukseen. Teoksessa L. Leskelä & C. Lindholm (toim.), *Haavoittuva keskustelu: keskusteluanalyttisiä tutkimuksia kielellisesti epäsymmetrisestä vuorovaikutuksesta*, (s. 12–31). Kehitysvammaliitto ry.
- Lindholm, C. (2012). Vuorovaikutuksen haasteita ja mahdollisuuksia – tapaustutkimus muistisairaiden päivätoiminnasta. Teoksessa L. Leskelä & C. Lindholm (toim.), *Haavoittuva keskustelu: keskusteluanalyttisiä tutkimuksia kielellisesti epäsymmetrisestä vuorovaikutuksesta*, (s. 57–98). Kehitysvammaliitto ry.
- Linell, P. (1998). *Approaching dialogue. Talk, interaction and contexts in dialogical perspectives*. John Benjamins.
- Lilja, N. & Tapaninen, T. (2019). Suomen kielen käyttämisen ja oppimisen mahdollisuudet ammatillisen oppilaitoksen rakennusalan vuorovaikutustilanteissa. *Puhe ja kieli*, 1, 69–98.
- Lintunen, P. (2014). Ääntämisen oppiminen ja opettaminen. Teoksessa P. Pietilä & P. Lintunen (toim.), *Kuinka kieltä opitaan: opas vieraan kielen opettajalle ja opiskelijalle*, (s. 165–187). Gaudeamus.
- Meuter, R. F. I., Gallois, C., Segalowitz, N. S., Ryder, A. G. & Hocking, J. (2015). Overcoming language barriers in healthcare: A protocol for investigating safe and effective communication when patients or clinicians use a second language. *BMC Health Services Research*, 15, 371–371.
- Mondada, L. (2011). Understanding as an embodied, situated and sequential achievement in interaction. *Journal of Pragmatics*, 43, 542–552.
- Munro, M. & Derwing, T. (1995). Foreign accent, comprehensibility, and intelligibility in the speech of second language learners. *Language Learning*, 45, 73–97.
- Munro, M., Derwing, T. & Morton, S. (2006). The mutual intelligibility of L2 speech. *Studies in Second Language Acquisition*, 28, 111–131.
- Nagle, C., Trofimovich, P. & Bergeron, A. (2019). Toward a dynamic view of second language comprehensibility. *Studies in Second Language Acquisition*, 41, 647–672.
- Nakov, P. I. & Hearst, M. A. (2013). Semantic interpretation of noun compounds using verbal and other paraphrases. *ACM Transactions on Audio, Speech, and Language Processing*, 10, 1–51.
- Paananen, J. (2015). Kuinka eleet helpottavat yhteisymmärrystä? Ikoniset ja deiktiset eleet monikulttuurisilla lääkärin vastaanotoilla. *Puhe ja kieli*, 35, 73–95.
- Paananen, J. (2019): *Yhteisymmärryksen rakentaminen monikulttuurisilla lääkärin vastaanotoilla*. Turun yliopiston julkaisuja. Annales Universitatis Turkuensis C 465. Turun yliopisto.
- Peräkylä, A. (2006). Communicating and responding to diagnosis. Teoksessa J. Heritage, D. W. Maynard & P. Drew (toim.), *Communication in medical care: Interaction between primary care physicians and patients*, (s. 214–247). Cambridge University Press.

- Pitkänen, P. (2011). Terveydenhuollon kansainvälistyvät toimintaympäristöt. Teoksessa P. Pitkänen (toim.), *Kulttuurien kohtaaminen arjessa*, (s. 75–100). Vastapaino.
- Pitkänen, T., Tervola, M., Toivonen, M. & Kosunen, E. (2021). Kielellisen merkityksen välittymisen ongelmia maahanmuuttajalääkäreiden potilastentissä. *Virittäjä*, 125, 377–403.
- Rost, M. (2014). Listening in a multilingual world: The challenges of second language (L2) listening. *International Journal of Listening*, 28, 131–148.
- Routarinne, S. (2003). *Tytöt äänessä. Parenteesit ja nouseva sävelkulku kertojan vuorovaikutuskeinona*. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- Ruusuvuori, J., Haakana, M. & Raevaara, L. (2001). *Institutionaalinen vuorovaikutus: keskustelunanalyttisiä tutkimuksia*. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- Saito, K., Trofimovich, P. & Isaacs, T. (2017). Using listener judgments to investigate linguistic influences on L2 comprehensibility and accentedness: A validation and generalization study. *Applied Linguistics*, 38, 439–462.
- Schegloff, E. (2000). When “others” initiate repair. *Applied Linguistics*, 21, 205–243.
- Seilonen, M. & Suni, M. (2016). Ohjeita, tietoa ja turvaa kielen keinoin. Ulkomailta palkatut sairaanhoitajat ammatillista suomen kielen taitoaan osoittamassa. *Läbivõrdlusi. Läbiver-tailuja*, 26, 450–480.
- Stevanovic, M. & Lindholm, C. (2016). *Keskustelunanalyysi: kuinka tutkia sosiaalista toimintaa ja vuorovaikutusta*. Vastapaino.
- Tampereen yliopisto. EU- ja ETA-maiden ulkopuolella valmistuneiden lääkärin ja hammaslääkärin laillistamiskokeeseen valmistettava koulutushanke (2022). Haettu 21.5.2022 osoitteesta <https://www.tuni.fi/fi/tutkimus/eu-ja-eta-maiden-ulkopuolella-valmistuneiden-laakarien-ja-hammaslaakarien>.
- Tervola, M. (2017). Työelämän näkökulma maahanmuuttajataustaisten lääkärin kielitaitoon. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 54, 196–208.
- Tervola, M. (2019). *Maahanmuuttajalääkärin suomen kielen taito ja kielitaitotarpeet. Erityisalan kielitaidon näkökulma lääkärin työhön*. Tampereen yliopisto. Tampereen yliopiston väitöskirjat 92.
- Tervola, M., Vainio, S. & Häikiö, T. (2020). Potilassanaston hallinta terveydenhuoltoalalla: Maahanmuuttajataustaisten lääkärin ja asioimistulkkiopiskelijoiden sananmerkityksen tarkkuus. *Virittäjä*, 124, 4–32.
- Toivola, M. (2011). *Vieraan aksentin arviointi ja mittaaminen Suomessa*. Väitöskirja. Helsingin yliopiston käyttäytymistieteiden laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-10-7217-8>.
- Vandergrift, L. & Goh, C. (2012). *Teaching and learning second language listening: Metacognition in action*. Routledge.
- Varonis, E. M. & Gass, S. M. (1985). Miscommunication in native/nonnative conversation. *Language in Society*, 14, 327–343.
- Verdonik, D. (2009). Between understanding and misunderstanding. *Journal of Pragmatics*, 42, 1364–1379.
- Walker, T., Thomson, J. & Watt, I. (2016). Displays and claims of understanding in conversation by people with aphasia. *Aphasiology*, 30, 750–764.

SKILL BY DOCTOR OR PATIENT? COMPREHENSIBILITY OF SPEECH OF PHYSICIANS WITH FINNISH AS A SECOND LANGUAGE DURING CONSULTATION

Taina Pitkänen, Tampere University

Maija Tervola, Tampere University

The article concerns the comprehensibility of speech of physicians who use Finnish as a second language during patient consultations. The research data consists of clinical skills tests for the licensing process of physicians who completed their degrees outside the EEA, i.e. video-recorded patient consultations with the total length of approximately 40 hours. The article looks at the comprehensibility of the doctors' speech from two perspectives. The first part examines incidences in which the patient somehow expresses that they have failed to understand what the doctor said. The second part of the analysis focuses on the transfer of linguistic meanings, attempting to understand which elements of the speech reduce comprehensibility.

The study found that the problems expressed by patients are often related to pronunciation and morphosyntax. There are also problems, but to a lesser extent, related to vocabulary and grammatical meanings. These problems are often local and resolved during the consultation. The second stage of the analysis revealed more serious problems: missing vocabulary and imprecise or incorrect grammatical meanings, preventing the message from being transferred accurately. It was also discovered that there are great differences between patients as to how well they understand the speech of a doctor who speaks Finnish as a second language.

Keywords: comprehensibility of speech, Finnish as a second language, physicians, professional language proficiency