



OIREISTA PUHUMINEN LÄÄKÄRIN VASTAANOTOLLA

—•—
EVELIINA KORPELA

VÄITÖKSENALKAJAISITELMÄ
HELSINGIN YLIOPISTOSSA
9. MAALISKUUTA 2007

Kysyminen ja vastaaminen ovat tyypillisiä toimintoja hyvin monenlaisissa instituutio-naalisissa tilanteissa. Esimerkiksi akateeminen väitöstilaisuus perustuu vastaväittäjän kysymysten ja väittelijän vastausten varaan. Kysymysten avulla vastaväittäjä voi johdatella tilanteen kulkua esimerkiksi nostamalla esiin tiettyjä topiikkeja ja jättämällä käsittelemättä joitakin — ehkäpä väittelijän mielestä kiinnostaviakin — aiheita. Toisaalta myös väittelijä voi vastauksillaan osoittaa, millaisia asioita pitää tärkeinä ja mitkä asiat liittyvät yhteen. Hän voi valita, mitä asioita käsittelee vastauksessaan ja kuinka laajasti. Hän voi vastauksillaan myös muuttaa opponentin ennalta suunnit-

telemaa keskustelun järjestystä tuomalla esiin asioita, joita opponentti oli kenties ajatellut käsittelevänsä myöhemmin.

Olen väitöskirjassani tarkastellut kysymyksiä ja vastauksia lääkärin vastaanotolla. Myös lääkärin vastaanotto on tilanne, jossa vuorovaikutus rakentuu kysymysten ja vastausten varaan. Potilaan suullisesti antama tieto on lääkärille tärkeää fyysisen tutkimuksen, laboratoriotestien ja muiden testien antaman tiedon rinnalla. Koska lääkäriellä on lääketieteellistä erityistietämystä siitä, millaiset oireet ovat tyypillisiä missäkin sairaudessa, mitkä asiat liittyvät yhteen ja millaisia tietoja diagnoosin tekemiseen tarvitaan, suullinen tutkimus etenee paljolti hänen kysymystensä ehdoilla. Lääkäri nostaa esiin uusia topiikkeja, tekee tarkentavia kysymyksiä ja esittää tulkintoja potilaan edellä kertomasta. Potilaalla on

▷

sairaudesta kuitenkin kokemusperäistä tietoa, joten oireista puhuminen on toimintaa, jossa sekä lääkäriä että potilasta voi pitää asiantuntijana.

Tutkimukseni kohteena ovat sellaiset kysymykset, jotka liittyvät potilaan oireisiin ja joiden avulla lääkäri kartoittaa esimerkiksi oireiden esiintymistä, voimakkuutta ja sijoittumista. Keskeinen tavoitteeni on ollut selvittää, millaisia lääkärin oirekysymykset ovat rakenteeltaan, millaisia tehtäviä eri rakenteilla on, miten potilaat vastaavat kysymyksiin ja miten kysymykset sijoittuvat sekventiaalisesti eli millaisia toisiinsa kytkeytyviä toimintoja vuorot muodostavat. Aineistonani ovat aidot, videoidut vastaanottotilanteet.

Monissa keskustelunanalyttisissä institutionaalisen vuorovaikutuksen tutkimuksissa näkyy sosiologisen tutkimusperinteen vaikutus: niissä lähdetään liikkeelle toiminnasta ja tarkastellaan sitä, miten osallistujat suorittavat institutionaalisia tehtäviään sekä miten toimintoja koordinoidaan ja ymmärretään (ks. Ruusuvuori ym. 2001). Keskeistä on se, miten erilaiset toimintamallit ja roolit tehdään olemassa-oleviksi puheella ja puheessa. Lingvistisesti suuntautuneessa vuorovaikutuksen tutkimuksessa eli vuorovaikutuslingvistiikassa tutkimuksen fokus on kielessä: tarkastelun kohteena on, miten vuorovaikutus ja kielioppi kohtaavat toisensa, toisin sanoen, miten kielioppi palvelee vuorovaikutusta (ks. Couper-Kuhlen ja Selting 1996; Ochs ym. 1996; Selting ja Couper-Kuhlen 2001; Helasvuo 2004; Hakulinen ja Selting 2005).

Oman tutkimukseni viitekehys on vuorovaikutuslingvistiikka, mutta olen ottanut tutkimuksen lähtökohdaksi kielellisen toiminnan, kysymisen, en siis kielellisiä rakenteita, esimerkiksi interrogatiiveja. Olen poiminut aineistostani kaikki sellaiset lääkärin vuorot, joita potilas käsittelee kysyvinä, riippumatta siitä, onko niissä mukana inter-

rogatiivisia aineksia vai ei. Koska kielessä on tiettyjä kiteytyneitä keinoja ja rakenteita, joiden avulla voidaan kysyä, on kieliopillisten muotojen tarkastelu kuitenkin erityisen keskeistä myös kielellisen toiminnan kannalta. Näkemykseni mukaan toimintaa ei voi analysoida ilman kielellisten rakenteiden analyysia. Käytän hyväkseni sitä tietoa, mitä kieliopissa on esimerkiksi konventionaalisista kysymisen keinoista. En silti tarkastele kysymyksiä vain aiemman tiedon pohjalta. Autenttisen keskusteluaineiston avulla osoitan, että kysymisen keinoja on muitakin kuin kieliopissa esitetyt ja että eri kategoriat ovat heterogeenisiä ja merkityksellisiä nimenomaan toimintojen kannalta (ks. Hakulinen ja Karlsson 1979: 281; ISK s. 1587–1611).

Työni taustalla vaikuttavat tutkimukset, joissa lääkärin ja potilaan vuorovaikutusta on pidetty ongelmallisena osallistujien epäsymmetristen roolien vuoksi (esim. West 1983; Mishler 1984; Levenstein ym. 1989). Lääkäreitä on kritisoitu siitä, että he tekevät vastaanotosta tilanteen, jossa potilas on vastaajana ja jossa lääkäri ohjaa häntä kysymyksillään kertomaan sellaista tietoa, joka on merkityksellistä lääketieteen näkökulmasta ja olennaista lääkärin diagnostisen päättelyn kannalta. Kysymykset eivät kuitenkaan välttämättä ota huomioon potilaan omaa kokemusta oireistaan. (West 1983; Mishler 1984; ks. myös Raevaara 1996.) Jotain perää tällaisissa tuloksissa lienee, sillä lähes aina, kun olen kertonut tutkimusaiheestani ulkopuolisille, olen saanut kuulla kertomuksia lääkäreistä, jotka eivät ole ottaneet potilaan vaivoja vakavasti tai jotka ovat kysyneet kerrassaan vääristä asioista. Keskusteluntutkijana tarkastelen kieltä, en potilaan kokemuksia tai hoidon tuloksellisuutta. En voi tietää, miten moni tutkimukseeni osallistuneista potilaista oli tyytyväinen tai tyytymätön saamaansa kohteluun, paitsi niissä tilanteissa, joissa koke-

mukset on tuotu avoimesti keskusteluun. Silti kielen tarkastelu voi mielestäni paljastaa jotain myös siitä, millaiset vuorovaikutuskeinot ovat erityisen tehokkaita ja ottavat huomioon myös potilaan näkökulman ja millaiset keinot taas johtavat keskustelussa ongelmiin tai väärinymmärryksiin.

Työni suuntaajina ovat toimineet myös lääkäreille ja hoitohenkilökunnalle tarkoitettut vuorovaikutusoppikirjat (ks. esim. Ewles ja Simnett 1995 [1992]; Pasternak 1994; Eskola ja Puustinen 1996). Lähes poikkeuksetta kirjoissa nostetaan esiin kah-tiajako avoimiin ja suljettuihin kysymyksiin. Suljetut kysymykset eli kysymykset, joihin voi vastata lyhyellä myönnöllä tai kiellolla, voivat oppaiden mukaan johtaa siihen, että potilas jättää monia itselleen merkityksellisiä, usein elämismaailmaansa kuuluvia, asioita kertomatta. Tästä syystä suljettujen kysymysten käyttöä etenkin vastaanoton alkupuolella on kritisoitu. (Ks. Roter ja Hall 1992: 82–83; Fisher 1991: 166–167; Frankel ja Beckman 1989: 90–91; Levenstein ym. 1989: 113–118, Keinänen-Kiukaanniemi ja Mäkelä 1991: 74–79 sekä Birgegård 1993: 15–17). Kielentutkijana kiinnitin huomioni siihen, ettei oppaissa kuitenkaan eritellä tarkasti sitä, mikä tai millainen on avoin tai suljettu kysymys. Tutkimuksessani olen purkanut yksinker-taistavaa dikotomiaa avointen ja suljettujen kysymysten välillä. Lisäksi olen käsitellyt yksityiskohtaisesti esimerkiksi väitelauseen muotoisia kysyviä vuoroja, jotka ovat oireis-ta kysyttäessä erittäin käyttökelpoisia ja tehokkaita. Esittelen seuraavaksi tarkemmin tutkimukseni tuloksia ja sitä, mitä annetta-vaan tutkimuksellani on kielitieteelle.

Ensinnäkin tutkimukseni vahvistaa sen aiemman tiedon, että erilaisilla kysymys-rakenteilla on lääkärin vastaanotolla omat tehtävänsä. Tutkimukseni tuo kuitenkin aiempaa tarkemmin esiin sen, että kysy-mysten tehtävät eivät eroa pelkästään sen

mukaan, millainen on lausuman kokonais-rakenne ja sijainti, vaan myös sen mukaan, millaisia kielenaineiksia lausumatyypeissä on. Esimerkiksi perinteisesti suljetuiksi ky-symyksiksi tulkitut verbikysymykset (ku-ten *liittyykö siihen mitään närästystä*) toi-mivat vastaanotolla usein avoimina kysy-myksinä eli sellaisina, joihin haetaan laajaa lausevastausta. Kysymyksen avoimuuteen vaikuttaa sen sekventiaalinen sijoittumi-nen sekä kysymyksessä olevat kielelliset elementit. Verbikysymyksiä voidaan avata esimerkiksi lisäämällä kysymykseen inde-finiittinen aines (kuten *mitään* tai *jotain*), lisäämällä kysymykseen vaihtoehtoa avaa-va *vai*-konjunktio tai liittämällä kysymyk-seen vastausehdokas. Myös perinteisesti avoimina pidetyt hakukysymykset (kuten *mistä kohti se on kaikista pahin se kipu*) voivat toimia vastaanotolla niin suljettu-jen kuin avoimienkin kysymysten tapaan. Tulkintaan liittyy kysymyksen rakenteen lisäksi erityisesti se toimintakonteksti, jossa kysymykset esitetään.

Seuraava esimerkki osoittaa, miten tär-keää kysymyksen funktion tarkastelussa on kiinnittää huomiota sekä meneillään ole-vaan ei-kielelliseen ja kielelliseen toimin-taan että kysymyksessä oleviin kielellisiin elementteihin.

(1) [29A2: 3 Palleatyrä]

- 1 L: tuleeks se ruokailun jälk[ee se
2 vai°v]a°.
3 P: [tuleeh.
4 P: kyl]lä.
5 L: [.joo:, LÄÄKÄRI KIRJOITTA
6 L: li[itteyks<]
7 P: [ja se on] (.) ihan ihan ↓täs:sä.
8 P NÄYTTÄÄ
9 L: .hh liittyykö siihen tuota,
10 >mitään< närästystä,
11 (0.8)
12 P: e:i oikein, (.) ei oike°inh° (0.4)
13 semmosta tunnu, .hh
14 (1.0) LÄÄKÄRI KIRJOITTA
15 P: ei ainakaa nii että mä oisin,

16 (.)
 17 L: nii ettei tunne että mitään karvasta
 18 nousis:
 19 P: ei[:.]
 20 L: [su]u[°hun°.]
 21 P: [ei, hy_]vi harvoin,
 22 hy[vi °har]voi°.
 23 L: [.joo,]
 24 L: joo:.

Potilas on tullut lääkäriin palleassa tuntu-
 van kivun vuoksi. Verbikysymyksellään
 riveillä 9–10 lääkäri nostaa esiin uuden
 oireen, närästyksen, joka voisi liittyä myös
 palleassa tuntuviin kipuihin. Kysymykseen
 voisi periaatteessa antaa lyhyen vastauk-
 sen: *joo* tai *ei*. Potilaan vastaus riveillä
 12–13 ja 15 sisältää kuitenkin enemmän
 kuin vain lyhyen kiellon. Pitkään vastauk-
 seen voi osoittaa monia syitä: ensinnäkin
 meneillään on suullinen tutkimus, jolloin
 on luontevaa antaa kysymykseen pidempi
 vastaus. Toiseksi potilaan vastauksesta (r.
 12–13, 15) käy ilmi, ettei hän välttämättä
 tiedä, mitä närästys on, tai että närästys on
 niin heikkoa, ettei hän ole ehkä huomannut
 sitä (*semmosta tunnu – ei ainakaa nii
 että mä oisin*). Näin ollen minimivastaus ei
 riitä. Potilaan epävarmuuteen saattaa kui-
 tenkin liittyä myös kysymyksessä oleva
 indefiniittinen aines *mitään*, joka väljentää
 närästyksen kategoriaan ja tekee näin rele-
 vantiksi kertoa kaikenlaisista närästyksen
 tyyppisistä tai siihen tavalla tai toisella
 liittyvistä oireista. Indefiniittisen aineksen
 sisältävät verbikysymykset nostavat vas-
 taajan tarkemmin määriteltäväksi sen ele-
 mentin, jota indefiniittinen aines määrittää.
 Näin tällaisten kysymysten avulla voi tehdä
 kahta työtä: yhtäältä niillä voidaan varmis-
 taa jonkin asiointilan paikkansapitävyys,
 toisaalta niillä voidaan hakukysymyksen
 tavoin hakea tarkennusta tai selvennystä
 johonkin asiaan.

Interrogatiivirakenteiden lisäksi tutki-
 mukseni käsittelee yksityiskohtaisesti myös
 kysyvässä funktiossa olevia väitelauseen

muotoisia vuoroja, joilla näyttää olevan
 oma erityinen tehtävänsä nimenomaan
 institutionaalisissa tilanteissa. Esimerkissä
 1 kysyvä deklaraatiivi on riveillä 17–18 (*nii
 ettei tunne että mitään karvasta nousis:*).

Potilas on siis aiemmassa vastaukses-
 saan (r. 12–13 ja 15) osoittanut vastaamisen
 ongelmalliseksi, ja lääkäri purkaa vuoros-
 saan mahdollisesti epäselvää närästyksen
 käsitettä käyttämällä ilmausta *karvasta
 nousis*. Näin hän tekee aiempaa kysymys-
 tään potilaalle helpommin ymmärrettäväk-
 si. Lisäksi hän käyttää verbiä *tuntee*, mikä
 muuttaa kysymyksen näkökulmaa ja siirtää
 fokuksen potilaan tuntemuksiin ja tälläkin
 tavoin ikään kuin lähemmäksi potilasta. Se,
 että vuoro on väitelauseen muotoinen, tekee
 ymmärryksen tarkistuksesta hienovaraisen.
 Deklaraatiivivuorossaan lääkäri käyttää po-
 tilaan vuoroa tarkistuksensa lähtökohtana
 ja osoittaa näin potilaan tarjoaman tiedon
 merkitykselliseksi. Samalla lääkäri tekee
 päättelyprosessiaan näkyväksi ja ottaa
 myös potilaan mukaan merkityksistä neu-
 vottelemiseen.

Väitelauseiden tarkastelussa erityisen
 tärkeää on se, millaisella partikkelilla lää-
 käri aloittaa vuoronsa, sillä juuri partikkeli
 ohjaa kuulijan tulkintaa ratkaisevalla taval-
 la. Esimerkissä 1 deklaraatiivivuoro alkaa
 partikkeliketjulla *nii ettei*, joka osoittaa lää-
 kärin kytkevän lausuman juuri edeltävään
 puheeseen ja hakevan vahvistusta tulkin-
 nalleen. Esimerkiksi *mutta*-alkuisen kysy-
 vän deklaraatiivivuoron avulla lääkäri usein
 päättää edellisen toiminnan tai puheenai-
 heen ja siirtyy uuteen. Silti potilaan näkö-
 kulma on vuoroissa läsnä; perustuvathan
 vahvistusta pyytävät deklaraatiivit johonkin,
 mitä potilas on aiemmin kertonut.

Kysyvien väitelauseiden tarkastelu
 osoittaa, että lääkärin kysymyksiä on syytä
 lähestyä myös muusta näkökulmasta kuin
 tarkastelemalla sitä, ovatko kysymykset
 avoimia vai suljettuja. Aina keskeistä ei siis

ole se, »antavatko kysymykset potilaalle tilaa», vaan kysymykset voivat jäsentää vuorovaikutusta monin eri tavoin.

Tutkimukseni yhtenä tulevaisuuden haasteena on pohtia laajemmin sitä, miten lääkärit ja hoitoalan ammattilaiset voisivat hyötyä tutkimuksen tuloksista käytännön työssään. Keskustelunanalyysin tehtävänä on kuvata vuorovaikutuksen jäsentyneisyyttä ja järjestystä, ei antaa ohjeita tai malleja. Mitä hyötyä lääkäreille sitten on yksityiskohtaisesta kielellisestä analyysistä tai kysymysten sekventiaalisen aseman tarkastelusta?

Tutkimukseni antaa lääkärin kysymyksistä tietoa, joka asettaa joitakin aiempia vuorovaikutussuosituksia kyseenalaisiksi ja rohkaisee miettimään niitä uudelleen. Koska olen tarkastellut kysymyksiä osana laajempaa kontekstia, olen voinut osoittaa, että kysymysten muoto liittyy aina meneillään olevaan tilanteeseen: fyysisen tutkimuksen aikana vuorovaikutuksellisesti tehokkaita ovat rajaavat, fokuoivat verbikysymykset ja vahvistusta pyytävät deklaraatiivit, kun taas suullisen tutkimuksen aikana toimivia ovat avaavat verbikysymykset ja kysymys-sanakysymykset (vrt. Ruusu vuori 2000). Lisäksi katsaus moniosaisiin kysymysvuoroihin osoittaa ne vuorovaikutuksellisesti tehokkaiksi (ks. myös Lindholm 2003), ei suinkaan potilasta hämmentäviksi, niin kuin jotkut oppaat varoittavat (ks. esim. Ewles ja Simnett 1995 [1992]: 135).

Työni antaa yksityiskohtaisen kuvauksen siitä, millaisia kielellisiä keinoja lääkäreillä on käytössään ja miten keinot toteutuvat vuorovaikutuksessa. Tällainen tieto saattaa auttaa lääkäreitä kehittämään omaa toimintaansa. (Vrt. Arminen 1998: 205–208; Peräkylä ja Vehviläinen 1999: 330 sekä 2003; Tykkyläinen 2005: 163–164; Lehtinen 2005: 595–597.) Toivon, että työni rohkaisisi vuorovaikutuskouluttajia hyödyntämään entistä useammin autent-

tisten vastaanottotilanteiden nauhoituksia opetuksessa. (Vrt. Eskola ja Puustinen 1996; Lindblom-Ylänne ja Iivanainen 2003.)

Videoiden katsominen ja analysoiminen yhdessä voisi auttaa opiskelijoita havaitsemaan, että vuorovaikutustilanteet, potilaat ja lääkärit ovat erilaisia ja että kokemukset vuorovaikutuksen onnistumisesta vaihtelevat katsojan mukaan. Silti aineistosta on varmasti löydettävissä myös sellaisia vastaanottoja, joita monet pitävät erityisen onnistuneina ja toisaalta taas niitä, jotka tuntuvat lähes kaikkien mielestä epäonnistuneilta. Tällaisten vastaanottojen yksityiskohtainen vertailu voisi auttaa opiskelijoita huomaamaan, millaiset vuorovaikutusstrategiat ovat erityisen käyttökelpoisia, millaisia taas kannattaa välttää. Kaiken kaikkiaan yksityiskohtainen kielellisten piirteiden kuvaus auttaa ymmärtämään kysymistä toimintana. Näin tutkimuksestani voivat hyötyä kaikki ne instituutiot, joiden toiminta perustuu asiantuntijan kysymysten ja maallikon tai asiakkaan vastausten varaan. ■

LÄHTEET

- ARMINEN, ILKKA 1998: *Therapeutic interaction: A study of mutual help in the meetings of alcoholics anonymous*. Helsinki: The Finnish Foundation for Alcohol Studies.
- BIRGEGÅRD, GUNNAR 1993: Vastaanotto työvälineenä. – *Therapia* 8 s. 14–20.
- COUPER-KUHLEN, ELIZABETH – SELTING, MARGRET 1996: Towards an interactional perspective on prosody and a prosodic perspective on interaction. – Elizabeth Couper-Kuhlen & Margret Selting (toim.), *Prosody in conversation* s. 11–56. Cambridge: Cambridge University Press.
- ESKOLA, KARI – PUUSTINEN, RAIMO 1996: *Puhe, puukko, pilleri: johdatusta terveyskeskuslääkärin työhön*. Helsinki:

- Duodecim.
- EWLES, LINDA & SIMNETT, INA 1995 [1992]: *Terveyden edistämisen opas*. [Promoting health – A Practical guide]. Suom. Paula Ovaska-Romano. Helsinki: Sairaanhoidajien koulutussäätiö.
- FISHER, SUE 1991: A discourse of the social: Medical talk/power talk/oppositional talk? – *Discourse and Society* 2(2) s. 157–182.
- FRANKEL, RICHARD – BECKMAN, HOWARD 1989: Evaluating the patient's primary problem(s). – Moira Stewart & Debra Roter (toim.), *Communicating with medical patients* s. 86–98. Lontoo: Sage.
- HAKULINEN, AULI – KARLSSON, FRED 1979: *Nykysuomen lauseoppi*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- HAKULINEN, AULI – SELTING, MARGRET (toim.) 2005: *Syntax and lexis in conversation: studies on the use of linguistic resources in talk-in-interaction*. Amsterdam: John Benjamins.
- HELASVUO, MARIA-LIISA 2004: Shared syntax: The grammar of co-constructions. *Journal of Pragmatics* 36 s. 1315–1336.
- ISK = HAKULINEN, AULI – VILKUNA, MARIA – KORHONEN, RIITTA – KOIVISTO, VESA – HEINONEN, TARJA-RIITTA – ALHO, IRJA 2004: *Iso suomen kielioppi*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- KEINÄNEN-KIUKAANNIEMI, SIRKKA – MÄKELÄ, MARJUKKA 1991: Työnhallinta. – Esko Kumpusalo, Markku Ellonen, Sirkka Keinänen-Kiukaanniemi & Kari Mattila (toim.), *Yleislääketiede* s. 69–102. Helsinki: Duodecim.
- LEHTINEN, ESA 2005: Information, understanding and the benign order of everyday life in genetic counselling. – *Sociology of Health & Illness* 27(5) s. 575–601.
- LEVENSTEIN, JOSEPH H. – BROWN, JUDITH – WESTON, W. WAYNE – STEWART, MOIRA – MCCracken, ERIC C. – McWHINNEY, IAN 1989: Patient-centered clinical interviewing. – Moira Stewart & Debra Roter (toim.), *Communicating with medical patients* s. 107–120. Lontoo: Sage.
- LINDBLOM-YLÄNNE, SARI – IIVANAINEN, ANTTI 2003: Ongelmalähtöinen oppiminen – teoriasta käytäntöön. – Sari Lindblom-Yläne & Anne Nevgi (toim.), *Yliopisto- ja korkeakouluopettajan käsikirja* s. 356–375. Helsinki: WSOY.
- LINDHOLM, CAMILLA 2003: *Frågor i praktiken. Flerledade frågeturer i läkarpatientsamtal*. Studier i nordisk filologi 81. Helsinki: Skrifter utgivna av Svenska litteratursällskapet i Finland.
- MISHLER, ELLIOT 1984: *The Discourse of medicine: Dialectics of medical interviews*. Norwood, New Jersey: Ablex.
- OCHS, ELINOR – SCHEGLOFF, EMANUEL A. – THOMPSON, SANDRA A. (toim.) 1996: *Interaction and grammar*. Cambridge: Cambridge University Press.
- PASTERNAK, AMOS 1994: Anamneesi. – Pertti Mustajoki, Risto Pelkonen & Timo Sane (toim.), *Potilaan tutkiminen* s. 21–35. Helsinki: Duodecim.
- PERÄKYLÄ, ANSSI – VEHVILÄINEN, SANNA 1999: Vuorovaikutustutkimus ja vuorovaikutusideologiat. – *Psykologia* 34 s. 329–342.
- RAEVAARA, LIISA 1996: Puheenaiheiden esittely ja jatkaminen lääkärin vastaanotolla. – *Virittäjä* 100 s. 357–374.
- RÖTER, DEBORAH – HALL, JUDITH 1992: *Doctors talking with patients/patients talking with doctors: Improving communication in medical visits*. Westport, Connecticut: Auburn House.

- RUUSUVUORI, JOHANNA 2000: *Control in medical consultation*. Väitöskirja. Tampereen yliopiston sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos.
- RUUSUVUORI, JOHANNA – HAAKANA, MARKKU – RAEVAARA, LIISA (toim.) 2001: *Institutionaalinen vuorovaikutus. Keskusteluanalyttisiä tutkimuksia*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- SELTING, MARGRET – COUPER-KUHLEN, ELIZABETH (toim.) 2001: *Studies in interactional linguistics*. Amsterdam: John Benjamins.
- TYKKYLÄINEN, TUULA 2005: *Puheterapeutti ja lapsi puheterapiatehtävää tekemässä – ohjailevan toiminnan tarkastelua*. Helsinki: Helsingin yliopiston puhetieteiden laitoksen julkaisuja 50.
- WEST, CANDACE 1983: »Ask me no questions...» An analysis of queries and replies in physician-patient dialogues.– Sue Fisher & Alexandra Todd (toim.), *The social organization of doctor–patient communication* s. 75–105. Washington DC: Centre for Applied Linguistic.

LIITE: LITTEROINTIMERKIT

1. Sävelkulku

Prosodisen kokonaisuuden lopussa

- . laskeva intonaatio
(ei merkkiä) tasainen intonaatio
- , lievästi laskeva intonaatio
- ? nouseva intonaatio

Prosodisen kokonaisuuden sisällä tai alussa

- ↑ seuraava sana tai tavu lausuttu ympäristöä korkeammalta
 - ↓ seuraava sana tai tavu lausuttu ympäristöä matalammalta
 - tulee (alleviivaus) painotus
- Jos paria sanaa pitempi jakso on puhuttu hyvin korkealta, se on merkitty ympäröimällä se nuolilla (↑ ↑).

2. Päällekkäisyydet ja tauot

- [päällekkäispuhunnan alku
-] päällekkäispuhunnan loppu
- (.) mikrotauko: vähemmän kuin 0.2 sekuntia
- (0.4) mikrotaukoa pitempi tauko; pituus on ilmoitettu sekunnin kymmenesosina
- = kaksi puhunnosta liittyy toisiinsa tauotta

3. Puhenopeus ja äänen voimakkuus

- >kyllä< (sisäänpäin osoittavat nuolet) nopeutettu jakso
- <kyllä> (ulospäin osoittavat nuolet) hidastettu jakso

▷

e::i	(kaksoispisteet) äänteen venytys
°kyllä°	muuta puhetta hiljaisempi jakso
KYLLÄ	(versaalit) äänen voimistaminen

4. Hengitys

.hhh	sisäänhengitys; yksi h-kirjain vastaa 0.1 sekuntia
hhh	ulohengitys
.joo	(piste sanan edessä) sana lausuttu sisäänhengittäen
mt	maiskaus
.nff	niiskaus

5. Nauru

hih hi	naurua; pyritään litteroimaan partikkeli partikkelilta
t(h)ule	(suluissa oleva h sanan sisällä) sana on lausuttu nauraen
£joo£	hmyillen sanottu sana tai jakso

6. Muuta

#kyllä#	nariseva ääni
ta-	(tavuviiva) sana jää kesken
no<	(nuolenkärki sanan lopussa) katkos puheen virrassa
@joo@	äänen laadun muutos
(sitten)	sulkeiden sisällä epäselvästi kuultu jakso
(--)	sana, josta ei ole saatu selvää
(---)	pitempi jakso, josta ei ole saatu selvää
kiva	(lihavointi) voimakkaasti äännetty klusiili
s'tä	(rivinylinen pilkku) vokaalin kato
NOUSEE YLÖS	vastaanotolla tapahtuvaa ei-kielellistä toimintaa sekä litteroijan kommentteja tilanteesta on merkitty kapiteelikirjaimin
L	lääkäri
P	potilas

EVELIINA KORPELA Oireista puhuminen lääkärin vastaanotolla. Keskustelunanalyttinen tutkimus lääkärin kysymyksistä. Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran Toimituksia 1111. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.

Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia, Sosiaali- ja terveysala, PL 4030, 00099 Helsingin kaupunki

Sähköposti: *eveliina.korpela@stadia.fi*