



TURUN
YLIOPISTO



YHTEISYMMÄRRYKSEN
RAKENTAMINEN
MONIKULTTUURISILLA
LÄÄKÄRIN VASTAANOITOILLA

Jenny Paananen

TURUN YLIOPISTON JULKAISUJA

SARJA - SER.C OSA - TOM. 465 | SCRIPTA LINGUA FENNICA EDITA | TURKU 2019



**TURUN
YLIOPISTO**

**YHTEISYMMÄRRYKSEN
RAKENTAMINEN
MONIKULTTUURISILLA
LÄÄKÄRIN VASTAANOTOILLA**

Jenny Paananen

Turun yliopisto

Humanistinen tiedekunta
Kieli- ja käännöstieteiden laitos
Suomen kieli ja suomalais-ugrilainen
kielentutkimus
Tohtoriohjelma Utuling

Työn ohjaajat

Marja-Liisa Helasvuo
Turun yliopisto

Camilla Lindholm
Helsingin yliopisto

Marja-Liisa Honkasalo
Turun yliopisto

Tarkastajat

Salla Kurhila
Helsingin yliopisto

Esa Lehtinen
Jyväskylän yliopisto

Vastaväittäjä

Esa Lehtinen
Jyväskylän yliopisto

Turun yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck-järjestelmällä.

Kannen kuva: Satu Kettunen 2019

ISBN 978-951-29-7556-3 (PRINT)
ISBN 978-951-29-7557-0 (PDF)
ISSN 0082-6995 (Painettu/Print)
ISSN 2343-3205 (Verkojulkaisu/Online)
Grano Oy - Turku, Finland 2019

TURUN YLIOPISTO

Humanistinen tiedekunta

Kieli- ja käännöstieteiden laitos

Suomen kieli ja suomalais-ugrilainen kielentutkimus

PAANANEN, JENNY: Yhteisymmärryksen rakentaminen monikulttuurisilla lääkärin vastaanotoilla

Väitöskirja, 252 s.

Tohtorihjelma Utuling

Maaliskuu 2019

TIIVISTELMÄ

Yhteisymmärryksen saavuttaminen lääkärin vastaanottokeskustelussa on tärkeää, jotta potilaan huolenaiheet tulevat tunnistetuksi oikein ja jotta hän saa niihin asianmukaista hoitoa. Lisäksi vuorovaikutuksella on suuri merkitys lääkäri–potilas-suhteen muodostumiselle ja potilaan kokemukselle kuulluksi tulemisesta. Monikulttuurisilla lääkärin vastaanotoilla yhteisymmärrystä joudutaan kuitenkin rakentamaan ilman yhteistä äidinkieltä ja kulttuurista taustaa, jolloin mahdollisuus erilaisille väärinymmärryksille on tavallista suurempi. Tämä väitöskirja tarkastelee vuoro-vaikutuksen resursseja, joilla monikulttuurisuuden tuomia haasteita voidaan ennakoida ja ratkaista keskusteluissa.

Tutkimuksen aineistona on 48 videoitua yleislääkärin vastaanottoa, joissa joko lääkäri tai potilas on ulkomaalaistaustainen eikä puhu suomea äidinkielenään. Kahdeksalla vastaanotolla on mukana myös tulkki. Tutkimus on laadullinen, ja sen metodit ovat keskustelunanalyysi ja vuorovaikutuslingvistiikka. Tutkimuksen pää tavoitteena on selvittää, millaisin keinoin yhteisymmärrystä rakennetaan ja mitä nämä keinot kertovat kieli- ja kulttuurierojen kanssa toimimisesta ja vastaanottojen institutionaalisen asetelman vaikutuksista siihen. Viiden osatutkimuksen aiheet ovat eleiden käyttö, lääkärin kysymysten uudelleenmuotoilu, asiantuntijainformaation selittäminen potilaalle, tulkattujen vastaanottojen potilaskeskeiset vuorovaikutusresurssit ja päätöksistä keskusteleminen.

Tutkimuksen aineistossa ymmärtämistä pyritään tukemaan monenlaisin kielellisin, kehollisin ja materiaalisin keinoin, mutta niin, että vastaanoton kulku pysyy mahdollisimman sujuvana ja keskustelijoiden roolit (lääkäri, potilas ja tulkki) ehyinä. Vuorovaikutuksen dynamiikka kertoo toisaalta siitä, että mahdolliset kielitaitoon liittyvät puutteet koetaan arkaluonteisena asiana, jota ei haluta korostaa, mutta toisaalta myös siitä, että kieliero voi saada aikaan erityistä yhteistyöhakuisuutta, kun keskustelulla on selkeä, institutionaalinen tavoite. Puhetta mukautetaan keskustelukumppanin taitotasoon sopivaksi, käsitteitä selitetään ja ilmaisun tukena käytetään runsaasti esittäviä ja osoittavia eleitä. Keskustelukumppanit ottavat käyttöönsä myös toistensa ilmaisuja ja luovat näin yhteistä ilmaisuvarantoa. Myös tulkki voi edistää vuorovaikutussuhteen muodostamista tulkaamalla tavalla, joka huomioi vastaanottajan, sekä kuuntelemalla ja osallistumalla kehollisesti. Potilaiden osallistuminen ja osallistaminen päätöksentekoon onkin tämän tutkimuksen aineistossa hyvin samantyyppistä kuin vastaanotoilla, joissa kieli- ja kulttuurieroja ei ole. Havainnot osoittavat,

ettei monikulttuurinen vuorovaikutus ole välttämättä ongelmallista tai lähtökohditaan eriarvoista, vaan ratkaisevaa on se, kuinka keskustelijat tilanteessa toimivat.

Tutkimuksen tulokset ja konkreettiset esimerkit ovat suoraan hyödynnettävissä kieleen, vuorovaikutukseen ja monikulttuurisuuteen liittyvissä koulutuksissa ja kehityshankkeissa.

Avainsanat: asioimistulkkaus, eleet, hoitosuhde, keskustelunanalyysi, lääkärissäkäynti, monikulttuurisuus, potilaskeskeisyys, suomen kieli, vuorovaikutus, yleislääkärit

UNIVERSITY OF TURKU

Faculty of Humanities

School of Languages and Translation Studies

Finnish and Finno-Ugric Languages

PAANANEN, JENNY: Constructing mutual understanding in multicultural primary care consultations

Doctoral dissertation, 252 pp.

Doctoral Programme Utuling

March 2019

ABSTRACT

In primary care consultations, successful interaction is essential both for the care the patient receives and for the relationship between the doctor and the patient. In multicultural consultations, the risk of communicational problems is higher than usual, as mutual understanding is pursued without a common linguistic and cultural background. This dissertation examines interactional resources that are used in multicultural consultations in order to prevent and solve communicational issues that arise from the differences in language proficiency and cultural knowledge.

The data consist of 48 video-recorded primary care consultations, in which either the doctor or the patient is of foreign origin and does not speak Finnish as their native language. Eight of these consultations are facilitated by an interpreter. The study is qualitative, and the methods used are conversation analysis and interactional linguistics. The main goal of the dissertation is to investigate the means through which mutual understanding is constructed in multicultural consultations, what these means reveal about dealing with linguistic and cultural differences, and how they are affected by the institutional setting. The dissertation consists of five articles, and their topics are: use of gestures, doctors' reformulated questions, doctors' explanations for medical concepts, patient-centered resources in interpreted consultations, and decision-making.

Mutual understanding is facilitated by various linguistic, embodied, and material resources, but they are used in a way that does not hinder the progression of the consultation nor challenge the roles of the participants (doctor, patient, and interpreter). The dynamics of the interaction reveal that the problems related to language proficiency are considered delicate and are handled with discretion. However, as the conversation has a clear institutional goal, the discrepancy in linguistic and cultural backgrounds seems to trigger a strong co-operational orientation to ensure this goal is met. The participants adjust their language and illustrate their speech with gestures, and develop a common reserve of expressions. In the case of interpreter-mediated consultations, the interpreters may promote co-operation on their part by recipient-centered interpreting, listening, and embodied participation. Furthermore, the study shows that the patients are involved in the decision-making in a similar way in the multicultural data as in studies where the doctor and the patient share the same native language and origin. Thus, multicultural interaction is not necessarily problematic or biased.

The results and the authentic examples analyzed in the study can be utilized in language and interaction training and in various projects that aim to develop multicultural and/or clinical interaction.

Keywords: conversation analysis, Finnish language, general practice, gestures, doctor–patient interaction, interaction, interpreting, multiculturalism, patient-centered approach, primary care

Esipuhe

Lähdin heti lukion jälkeen kotiseudultani Tunturi-Lapin Muoniosta kauas Turkuun opiskelemaan. Totuin kaupunkielämään nopeasti ja tunsin olevani oikeassa paikassa, mutta sisimmässäni tunsin pitkään epämiellyttävää irrallisuutta. Olin kuin kirjavalle kankaalle sopivaan kohtaan pudonnut langanpätkä – sovin kuvioon, mutten ollut siinä kiinni. Tässä mielessä uskon ymmärtäväni jotain siitä, mitä maasta toiseen muuttavat kokevat etsiessään uudesta ympäristöstä omaa paikkaansa. Monikulttuurinen vuorovaikutus ja yhteisymmärryksen rakentaminen ovatkin tuntuneet minulle alusta saakka tärkeiltä ja luontevilta tutkimusaiheilta. Työ tutkijana on puolestaan osoittautunut oivalliseksi keinoksi kotoutua, kiinnittyä kuvaan. Yliopistosta ja akateemisesta yhteisöstä on vähitellen tullut minulle toinen perhe. Haluan nyt kiittää kaikista niistä yhteyksistä ja osallistumisen mahdollisuuksista, joiden kautta olen saanut paitsi väitöskirjani valmiiksi myös löytänyt kauan kaipaamani kuulumisen tunteen.

Aivan ensimmäisenä kiitos kuuluu oivallisille ohjaajilleni. Minulla on ollut ilo ja etuoikeus saada kolme supernaista ohjaamaan työtäni. Kolmen ohjaajan yhdistelmä on taannut, että tukea on ollut aina saatavilla ja että palaute on ollut monipuolista. Pääohjaajaani professori Marja-Liisa Helasvuota kiitän huolellisesta paneutumisesta väitöskirjaani ja jatko-opintokokonaisuuteeni. Marja-Liisa on pitänyt huolta siitä, että keskityn työssäni olennaisiin asioihin ja että suunnittelen työskentelyäni elämänhallinnan kannalta kestäväällä tavalla. Marja-Liisa on opettanut minulle kärsivällisyyttä ja kestänyt ihailtavan hyvin sen, miten hitaasti olen tällä osaamisalueella edistynyt. Olen kiitollinen Marja-Liisalle myös siitä, että hän ehdotti minulle tutkijanpaikan hakemista *Monikulttuuriset kohtaamiset lääkärin vastaanotolla* -hankkeesta. Hakupapereiden lähettäminen on osoittautunut yhdeksi tähänastisen elämäni tärkeimmistä päätöksistä. Hankkeen johtajasta, professori Marja-Liisa ”Maisa” Honkasalosta tuli toinen ohjaajani. Maisaa kiitän ennen kaikkea hänen kyvystään rohkaista ja nostaa esille onnistumisia ja mahdollisuuksia. Maisa on epäröimättä lähettänyt minut hankkeen edustajana monenlaisten yleisöjen eteen ja kannustanut minua kirjoittamaan ja osallistumaan laaja-alaisesti. Maisaa on kiittäminen myös siitä, että hän keksi ehdottaa kolmanneksi ohjaajakseni juuri Camilla Lindholmia. Camillan keskusteluanalyttisesta asiantuntemuksesta on nimittäin ollut valtavasti apua. Camilla on ollut myös erinomainen mentori ja esikuva: väitösprosessini aikana hän on edennyt tutkijasta professoriksi ja perustanut vuorovaikutuskoulutusta tuottavan yrityksen.

Kiitän Camillaa inspiraatiosta, matkaseurasta ja harvinaislaatuudesta sielunsisaruudesta.

Haluan kiittää myös koko työyhteisöäni tuesta ja ilosta. Kiitän kollektiivisesti Turun yliopiston humanistisen tiedekunnan, kieli- ja käännöstieteiden laitoksen sekä suomen kielen ja suomalais-ugrilaisen kielentutkimuksen väkeä. Lähetän lämpimät kiitokseni myös emerita Kaisa Häkkiselle ja emerita Kirsti Siitoselle, jotka molemmat ovat myötävaikuttaneet siihen, että innokkaasta opiskelijasta tuli innokas tutkija. Tohtoriohjelma Utulingiä kiitän sekä tuesta että luottamuksesta: nelivuotinen tohtorikoulutettavan tehtävä on mahdollistanut väitöstyön tekemisen alusta loppuun. Utulingin seminaarit ovat olleet kiinnostavia ja keskusteleivia, ja jatko-opiskelijayhteisö on myös ollut mainio. Erityisellä rakkaudella kiitän suomen kielen jatko-opiskelijoiden Viskuri-ryhmää. En suoraan sanoen tiedä, miten valmistuttuani pärjään ilman Viskurin lounaita, kahveja, illanistujaisia, huonepakotempauksia ja Hämpin tutkijatilän välitöntä tunnelmaa.

Tutkimukseni ei olisi ollut mahdollista ilman *Monikulttuuriset kohtaamiset lääkärin vastaanotolla* -hankkeen jäseniä ja tutkimukseen osallistuneita lääkäreitä, potilaita ja tulkkeja. Iso kiitos aineistonkeruun mahdollistaneille tahoille, kaikille videointiin osallistuneille sekä kaikille aineistoa litteroineille! Karoliinaa haluan kiittää vielä erikseen hankkeen parissa suoritetusta harjoittelusta ja sen jälkeisestä yhteistyöstä.

Professori Esa Lehtistä ja lehtori Salla Kurhilaa kiitän lämpimästi tarkkanäköisestä ja rakentavasta esitarkastustyöstä. Paneutuneiden lausuntojen ansiosta väitöskirjan viimeistely oli yllättävän kivutonta. Esaa kiitän myös suostumisesta vastaväittäjäksi. Tätä kirjoittaessani en vielä tiedä, mitä väitöspäivänä on edessä, mutta odotan tulevaa luottavaisin mielin.

Jatko-opinnot aloittaessani minulla ei ollut aavistustakaan, kuinka monenlaiseen mielenkiintoiseen pääsisin vuosien varrella osallistumaan. Olen saanut esiintyä, opettaa, osallistua päätöksentekoon, järjestää tapahtumia ja istua yleisössä. Kiitän kieli- ja käännöstieteiden laitoksen tutkimusjaostoa, kulttuurin ja terveyden yksikön johtoryhmää ja Utulingin johtoryhmää antoisasta yhteistyöstä. Kielen ja hyvinvoinnin tutkimuskeskus LaWen jäseniä kiitän hyvin alkaneesta matkasta, jonka toivon jatkuvan vielä pitkään. Turun yliopiston yleislääketieteen oppiaineen väkeä kiitän siitä, että olen päässyt mukaan kouluttamaan lääkäreitä; se on ollut monitieteistä yhteistyötä aivan parhaimmillaan. Iso kiitos myös Valentalille, jonka kanssa olen luennoinut monikulttuurisista asiakaskohtaamisista niin yliopistossa kuin sen ulkopuolellakin. Olen valtavan kiitollinen kaikista vuosien varrella saamistani luennointikutsuista ja yhteistyömahdollisuuksista; ne ovat tuoneet arkeeni säpinää.

Anni-Kaisaa, Jaanaa, Kaisaa ja Tuijaa kiitän Asioimistulkkaus-kirjaprojektin lämpimästä ilmapiiristä. Alia kiitän yhteistyöstä JoP-artikkelissa. Siirtolaisuusinstituutin Hannu-Pekkaa kiitän työelämään liittyvästä mentoroinnista. Kotimaisia keskustelututkijoita haluan kiittää kollektiivisesti siitä innosta, joka kohtauksissamme vallitsee. AFinLAa, ISCAa, Kotikielen Seuraa, Suomen Kielen Seuraa ja Helsingin yliopiston Intersubjektiivisuus vuorovaikutuksessa -huippuyksikköä

kiitän inspiroivista tapahtumista. Kotikielen Seuraa ja Turun Liike- ja virkanaisia kiitän saamistani palkinnoista.

Lopuksi haluan kiittää ystäviäni ja perhettäni kannustuksesta. Kiitos erityisesti Emmille, Ilonalle, Annalle ja Sonjalle kanssaelämisestä tohtorikoulutusvuosinani. Abstraktien oikolukemisesta kiitän englannin kielen parissa työskenteleviä ystäviäni, erityisesti Ainoa. Aviomiestäni Pasia kiitän ymmärryksestä, joustamisesta ja rakkaudesta. Lapsiani Osmoa ja Unnia kiitän ilosta sekä loputtomasta puhetulvasta, jonka ansiosta olen saanut joka päivä lepoa töihin liittyvistä ajatuksista. Muoniossa olevaa perhettäni kiitän kasvattamisesta elinikäiseen oppimiseen.

Väitöskirjani on nyt valmis. Tuntuu, että siinä on vähän liikaa kaikkea, ja silti kaikesta liian vähän. Sen sijaan, että olisin valinnut yhden seikan ja pyrkinyt käsittelemään sitä tyhjentävästi, olen valinnut useita ja käsitellyt niitä valikoivasti. Kutsunkin usein tutkimustani ”uusien näkymien avaamiseksi”. Avaamisen metafora tuntuu kuvaavan myös minua tutkijana ja ihmisenä: olen ehdottomasti enemmän ovien avaaja kuin ovien sulkija. Ovien takana on uusia ovia, näkymien takana uusia näkymiä. Tiedän nyt, että olen oikeassa paikassa ja oikealla reitillä. Olen valmis kohtaamaan seuraavan oven.

Turussa 12.1.2019
Jenny Paananen



Jenny Paananen

Jenny Paananen (s. 1984) on suomen kieleen ja keholliseen vuorovaikutukseen erikoistunut keskustelututkija ja vuorovaikutuslingvisti. Paananen on kiinnostunut erityisesti terveyteen, hyvinvointiin ja osallistumiseen liittyvistä teemoista, ja hänen tutkimuksissaan on soveltava ote. Tutkimustyön ohella Paananen opettaa, järjestää tieteellisiä tapahtumia ja toimii erilaisissa luottamustehtävissä.

Sisällys

TIIVISTELMÄ	3
ABSTRACT	5
Esipuhe	7
Sisällys	10
Asetelmat, kuvat, kuviot ja taulukot	12
Litterointimerkit	13
Osatutkimukset	14
1 Johdanto	15
1.1 Johdatus tutkimuksen aiheeseen	15
1.2 Tutkimuksen tavoitteet	16
1.3 Tutkimuksen keskeiset käsitteet	19
1.4 Yhteenveto-osan rakenne	23
2 Tutkimuksen yhteiskunnallinen konteksti	24
2.1 Maahanmuuttajat terveydenhuollon asiakkaina	24
2.2 Maahanmuuttajat lääkäreinä	27
2.3 Potilaskeskeinen vuorovaikutus	30
3 Tutkimuksen teoreettinen tausta ja aiempi tutkimus	33
3.1. Keskustelunanalyysi	33
3.1.1 Keskustelunanalyysi yhteisymmärryksen tutkimuksen kentällä	35
3.1.2 Keskustelun jäsentyminen	37
3.2 Vuorovaikutuslingvistiikka	40
3.3 Lääkäri–potilas-vuorovaikutus institutionaalisen keskustelun tyyppinä	42
3.4 Kielellisesti epäsymmetrinen vuorovaikutus	44
3.5 Tulkattu vuorovaikutus	46
4 Aineisto ja menetelmät	49
4.1 Monikulttuuriset kohtaamiset lääkärin vastaanotolla -hankkeen video- ja ääniteaineisto	49
4.1.1 Aineiston keräämisen ja käsittelyn eettiset periaatteet ..	50
4.1.2 Aineisto ja tutkimuksen etnografinen näkökulma	51
4.1.3 Aineiston sisältö	53
4.2 Menetelmät ja osatutkimusten kulku	57

5 Osatutkimusten keskeisimmät tulokset	61
5.1 Kuinka vastaanottojen vuorovaikutusta tuetaan elein (Eleet) . . .	61
5.2 Kuinka lääkärit korjaavat kysymyksiään (Kysymykset)	65
5.3 Kuinka lääkärit selittävät asiantuntijainformaatiota (Selitykset) .	68
5.4 Kuinka yhteisymmärrystä rakennetaan tulkatuilla vastaan- otoilla (Tulkkaukset)	71
5.5 Kuinka päätöksistä keskustellaan monikulttuurisilla vastaan- otoilla (Päätökset)	73
6 Päätelmät	77
6.1 Monikulttuuristen vastaanottokeskustelujen kielelliset ja keholliset resurssit	77
6.2 Kieli- ja kulttuurieroihin suuntautuminen	78
6.3 Vastaanottokeskustelun institutionaalisen asetelman vaikutus yhteisymmärryksen rakentamiseen.	83
7 Pohdinta	86
7.1 Tutkimuksen tulokset ja ihmisten välinen yhteisymmärrys	86
7.2 Tutkimuksen kriittinen arviointi	88
7.3 Tutkimuksen merkitys ja anti	91
Kirjallisuus	95
Liite 1. Tiedote lääkäreille	116
Liite 2. Tiedote potilaille	117
Liite 3. Tutkimuslupa	118
Alkuperäisjulkaisut.	121
I Kuinka eleet helpottavat yhteisymmärrystä? Ikoniset ja deiktiset eleet monikulttuurisilla lääkärin vastaanotoilla	
II Kuinka lääkärit korjaavat kysymyksiään? Kysymysten uudelleen- muotoilu monikulttuurisilla lääkärin vastaanotoilla.	
III Kuinka lääkärit selittävät asiantuntijainformaatiota? Selittäminen vuorovaikutuksellisenä, kielellisenä ja kehollisena toimintana monikulttuurisilla vastaanotoilla.	
IV Patient-centered interaction in interpreted primary care consulta- tions	
V Päätöksentekokeskustelu monikulttuurisilla lääkärin vastaanotoilla.	

Asetelmat, kuvat, kuviot ja taulukot

Asetelma 1. Osatutkimusten tutkimuskysymykset.....	17
Asetelma 2. Ulkomaalaistaustaisten lääkärien, potilaiden ja tulkkien äidinkielet.....	56
Kuva 1. Lääkäri ja potilaan äiti elehtivät rähmää hypistelemällä peukalolla muiden sormien päitä.....	63
Kuva 2. Potilaan äiti ja lääkäri elehtivät silmien avaamista avaamalla kätensä silmien korkeudella.	64
Kuva 3. Sanapilvi viidestäkymmenestä yleisimmästä vähintään kolmesta merkistä koostuvasta sananmuodosta lääkärin asiantuntijainformaatiota selittävässä vuoroissa.....	70
Kuvio 1. Asioimistulkkauksen eteneminen aineistossa.....	47
Kuvio 2. Lääkärin päätösaloitetyypit ja niiden ilmaisema deonttinen auktoriteetti.	74
Taulukko 1. Tutkimuksen informantit.....	55
Taulukko 2. Aineiston käyttö osatutkimuksissa.	56

Litterointimerkit

.	laskeva intonaatio prosodisen kokonaisuuden lopussa
,	tasainen intonaatio
?	nouseva intonaatio
↑	sana lausuttu ympäristöä korkeammalla äänellä
↓	sana lausuttu ympäristöä matalammalla äänellä

mi <u>t</u> ä	äänteen tai tavun painotus sanan sisällä
mi <u>t</u> ä	voimakkaasti äännetty konsonantti
mi:tä	äänteen venytys
>mitä<	nopeutettu jakso
<mitä>	hidastettu jakso
°mitä °	muuta puhetta hiljaisempi jakso
.mitä	sana lausuttu sisäänhengittäen
MITÄ	kovaäänistä puhetta
@mitä@	sana lausuttu hymyillen

mi-	sana jää kesken
(mitä)	epäselvä jakso
(-)	sana, josta ei ole saatu selvää

[päällekkäispuhunnan alku
]	päällekkäispuhunnan loppu
=	kaksi puhunnosta liittyy toisiinsa tauotta

(.)	alle sekunnin tauko
(2.0)	tauko ja sen pituus sekunteina

(())	litteroijan kommentti
-------	-----------------------

Osatutkimukset

Eleet

Paananen, Jenny 2015: Kuinka eleet helpottavat yhteisymmärrystä? Ikoniset ja deiktiset eleet monikulttuurisilla lääkärin vastaanotoilla. *Puhe ja kieli* 35:2, 73–95. <https://journal.fi/pk/article/view/51354>

Kysymykset

Paananen, Jenny 2016: Kuinka lääkärit korjaavat kysymyksiään? Kysymysten uudelleenmuotoilu monikulttuurisilla lääkärin vastaanotoilla. *Virittäjä* 120:4, 552–579. <https://journal.fi/virittaja/article/view/52766>

Selitykset

Paananen, Jenny 2017: Kuinka lääkärit selittävät asiantuntijainformaatiota? Selittäminen vuorovaikutuksellisena, kielellisenä ja kehollisena toimintana monikulttuurisilla vastaanotoilla. *Puhe ja kieli* 37:3, 119–144. <https://doi.org/10.23997/pk.66755>

Tulkkaus

Paananen, Jenny & Majlesi, Ali Reza 2018: Patient-centered interaction in interpreted primary care consultations. *Journal of Pragmatics* 138, 98–118. <https://doi.org/10.1016/j.pragma.2018.10.003>

Päätöksenteko

Paananen, Jenny 2018: Päätöksentekokeskustelu monikulttuurisilla lääkärin vastaanotoilla. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 55:4, 287–308. <https://doi.org/10.23990/sa.66980>

1 Johdanto

1.1 Johdatus tutkimuksen aiheeseen

Monikulttuurinen vuorovaikutus on aihe, joka puhuttaa. Se kiinnostaa ja innostaa, epäilyttää ja huolettaa. Tämän päivän Suomessa monikulttuurinen vuorovaikutus nähdään usein alueena, jota pitäisi kehittää niin henkilökohtaisesti ja työyhteisöjen sisällä kuin kansallisellakin tasolla. Kielitieteilijän näkökulmasta on kiinnostavaa tutkia, mitä monikulttuurisuus vuorovaikutuksessa oikeastaan tarkoittaa. Mikä siinä on erityistä? Miksi se sujuu tai ei suju, ja kuinka sitä voisi kehittää? Väitöskirjassani tutkin monikulttuurista vuorovaikutusta yleislääkärin vastaanotoilla.

Lääkärin vastaanotot ovat otollinen tutkimuskohde monikulttuurisen vuorovaikutuksen näkökulmasta, sillä vuorovaikutuksella ja sen sujumisella on lääkärin vastaanoton lopputuloksen kannalta olennainen merkitys. Terveystieteiden huolto on myös yksi niistä alueista, joissa monikulttuuristuminen näkyy Suomessa erityisen voimakkaasti. Nimittäin maahanmuuton ja työvoimapulan johdosta sekä terveydenhuollon asiakaskunta että henkilöstö ovat monimuotoistuneet 2000-luvulla kielen ja taustan suhteen hyvin nopeasti (ks. luku 2). Tilanteesta on syntynyt jo paljon tutkimusta, ja varsin moni tutkimus linkittyy nimenomaan vuorovaikutukseen liittyviin kysymyksiin. Vuorovaikutusta on aiemmissa tutkimuksissa lähestytty kuitenkin lähinnä retrospektiivisesti teettämällä kokemuksia ja näkemyksiä kartoittavia kyselyjä ja haastatteluja työyhteisöille, ulkomaalaistaustaisille työntekijöille ja erilaisille maahanmuuttajista koostuville asiakasryhmille (esim. Sainola-Rodriguez 2009; Malin & Suvisaari 2010; Castaneda ym. 2012; Aalto ym. 2013; Haukilahti 2014; Castaneda ym. 2015; Tervola 2017; Virtanen 2017). Itse vuorovaikutustilanteita näissä tutkimuksissa ei siis ole tarkasteltu, eikä tuloksia siten ole suhteutettu konkreettisten vuorovaikutustilanteiden yksityiskohtiin (poislukien Virtanen 2017, jossa yhtenä metodina on dialoginen vuorovaikutusanalyysi). Näin ollen myös tutkimuksissa peräänkuulutettu kehittämisen ja lisäkoulutusten tarve on jäänyt melko yleiseksi huomioksi. Tämän tutkimuksen on tarkoitus paikata tuota aukkoa ja avata ajankohtaiseen aiheeseen uudenlainen näkökulma, jossa kieltä ja vuorovaikutusta tarkastellaan suoraan. Tällöin myös mahdollisten koulutusten ja toimintakulttuurien kehittämiseen tähtäävien toimien sisällöllisiä yksityiskohtia on mahdollista pohtia vuorovaikutukseen perustuvista tutkimustuloksista käsin.

Tutkimukseni kohteena ovat autenttiset, videoidut lääkärin vastaanotto-keskustelut, joissa joko lääkäri tai potilas on ulkomaalaistaustainen ja puhuu äidinkielenään muuta kuin suomea. Tutkimusotteeni on keskusteluanalyttinen ja vuorovaikutuslingvistinen (ks. luku 3), mutta sen taustalla vaikuttaa myös etnografia sikäli, että olen perehtynyt tutkimusaiheeseeni sisältä käsin ja pyrkinyt tietoisesti rakentamaan käsitystäni sen kulttuurisesta kontekstista (4.1.2). Paneudun aineistossani esiintyviin vuorovaikutuskeinoihin, joilla yhteisymmärrystä rakennetaan ja paikataan. Tutkimukseni tuottaa näin tietoa monikulttuurisen lääkäri–potilas-vuorovaikutuksen piirteistä ja sujumisesta. Koska aineistossani on mukana myös tulkattuja vastaanottoja, tutkimukseni edistää myös tulkatun vuorovaikutuksen tutkimusta. Erittelen tutkimukseni tavoitteita tarkemmin seuraavaksi.

1.2 Tutkimuksen tavoitteet

Tutkimukseni kysymyksenasettelussa korostuu resurssikeskeinen orientaatio. Resurssikeskeisyydellä tarkoitan keskittymistä rakentavaan vuorovaikutukseen ja sen keinoihin, eli niihin seikkoihin, joilla yhteisymmärrystä rakennetaan, korjataan ja ylläpidetään. Toisin sanoen tarkastelun kohteena ei niinkään ole se, millaisia ongelmia monikulttuurisissa vastaanottokeskusteluissa on ja kuinka paljon niitä on, vaan se, kuinka erilaisia vuorovaikutuksen ongelmia pyritään ratkaisemaan ja millaisin keinoin keskustelu saadaan etenemään yhteisymmärryksessä. Valinta on ollut tietoinen, ja se soveltuu hyvin keskusteluanalyttiseen tutkimusotteeseeni. Perusteluni resurssikeskeisyydelle on, että aiemmat tutkimukset ovat jo tuottaneet tietoa kieleen ja kulttuurieroihin liittyvistä ongelmista, enkä näe syytä kyseenalaistaa tai havainnollistaa niiden olemassaoloa (esim. Malin & Suvisaari 2010; Castaneda ym. 2012; Castaneda ym. 2015; Tervola 2017; Virtanen 2017). Lisäksi ajattelen, että ongelmiin keskittyminen luo kuvaa monikulttuurisesta vuorovaikutuksesta aina ja väistämättä vaikeana asiana. Sellaista se ei tietenkään ole. Esimerkiksi väitöstutkimukseni aineistossa vastaanottokeskustelut seuraavat samaa kaavaa kuin yleensäkin: potilas kertoo vaivastaan, aiheesta keskustellaan, potilas tutkitaan ja lopuksi tehdään päätöksiä jatkon suhteen. Ongelmallisia tilanteita keskusteluissa on, mutta ne ratkaistaan aina jotenkin, ja keskustelu etenee. Jokainen vastaanotto viedään aineistossani päätökseen, eikä yksikään potilas lähde vastaanotolta niin, ettei hänen huoltaan olisi kartoitettu ja ettei huoleen olisi pyritty vastaamaan jotenkin. Tässä tutkimuksessa kiinnitän huomioni siihen, *kuinka* ongelmatilanteita ratkaistaan, tulkitaan ja ehkäistään vuorovaikutuksessa ja *kuinka* yhteisymmärrystä ylläpidetään niin, että keskustelu voidaan viedä alusta loppuun. Tausta-ajatuksenani on, että monikulttuurista vuorovaikutusta olisi mahdollista kehittää tulemalla tietoisiksi sellaisista käytännöistä, jotka lisäävät yhteisymmärrystä, ja viemällä näitä käytäntöjä eteenpäin sen sijaan, että luodaan uusia

toimintatapoja tyhjästä. Kehittävien toimenpiteiden laatiminen ei kuitenkaan kuulu väitöskirjani tavoitteisiin, vaan tarkoitukseni on havainnollistaa keskustelun-analyysin ja vuorovaikutuslingvistiikan potentiaalia ja avata tietä monitieteiselle, käytäntöön suuntaavalle tutkimukselle.

Tutkimukseni tavoitteena on ollut etsiä ja analysoida videoaineistosta monikulttuurisen vuorovaikutuksen resursseja eli kielellisiä ja kehollisia keinoja, joita aineistoni lääkärit, potilaat ja tulkit käyttävät keskustelun tukena. Osatutkimuksia on viisi, ja ne on julkaistu tieteellisinä artikkeleina vertais-arvioituissa lehdissä. Viitataan artikkeleihin lyhennetyillä nimillä *Eleet*, *Kysymykset*, *Selitykset*, *Tulkkkaus* ja *Päätöksenteko*. Osatutkimuksissa käsittelen aineistosta esiin nousseita vuorovaikutusresursseja ja monikulttuurisen vuorovaikutuksen kannalta kiinnostavia seikkoja yksitellen: Kuinka vuorovaikutusta tuetaan eleillä? Kuinka lääkärit muokkaavat kysymyksiään ymmärrettävämmiksi? Kuinka lääkärit selittävät asiantuntijainformaatiota potilaille? Kuinka lääkärin, potilaan ja tulkin välistä yhteisymmärrystä rakennetaan tulkatuilla vastaanotoilla? Kuinka päätöksistä keskustellaan monikulttuurisilla vastaanotoilla? Olen koonnut osatutkimusten tutkimuskysymykset asetelmaan 1. Vastaan kysymyksiin luvussa 5.

Asetelma 1. Osatutkimusten tutkimuskysymykset.

OSATUTKIMUS	PÄÄKYSYMYS	OSAKYSYMYKSET
1. <i>Eleet</i>	Kuinka vuorovaikutusta tuetaan eleillä monikulttuurisilla lääkärin vastaanotoilla?	<ul style="list-style-type: none"> • Millaisia eleitä aineistossa esiintyy? Mitä niillä ilmaistaan? • Mitä hyötyä eleistä on puheen tuottamisen ja ymmärtämisen kannalta? • Mitä hyötyä eleistä on lääkärin ja potilaan vuorovaikutussuhteen näkökulmasta?
2. <i>Kysymykset</i>	Kuinka lääkärit korjaavat kysymyksiään ymmärrettävämmiksi monikulttuurisilla lääkärin vastaanotoilla?	<ul style="list-style-type: none"> • Milloin lääkärit muotoilevat kysymyksensä uudelleen? • Millaisia korjauksia lääkärit kysymyksiin tekevät? • Mistä korjaukset kertovat?

3. Selitykset	Kuinka lääkärit selittävät asiantuntijainformaatiota maahanmuuttajapotilaille?	<ul style="list-style-type: none">• Milloin lääkäri selittää?• Millaisia lääkärien selitykset ovat syntaktisesti, semanttisesti ja sanastollisesti?• Hyödynnetäänkö selittämissä kehoa?• Mitä selitysten luonteesta voidaan päätellä?
4. Tulkkaus	Kuinka lääkärin, potilaan ja tulkin välistä yhteisymmärrystä rakennetaan tulkatuilla vastaanotoilla?	<ul style="list-style-type: none">• Miten potilaskeskeistä otetta voidaan tukea tulkatuilla vastaanotoilla?• Millaista on potilaskeskeinen tulkkaus?• Miten lääkärin, tulkin ja potilaan vuorovaikutussuhde näkyy kehollisesti?
5. Päätöksenteko	Kuinka päätöksistä keskustellaan monikulttuurisilla vastaanotoilla?	<ul style="list-style-type: none">• Millaisia päätösaloitteita lääkärit käyttävät?• Millaista tietoon ja valtaan liittyvää asetelmaa päätösaloitteet heijastavat?• Eroavatko suomea äidinkielenään ja suomea toisena kielenä puhuvien lääkärien päätösaloitteet jotenkin?• Kuinka potilaat osallistuvat päätöksentekokeskusteluun? Tekevätkö he omia aloitteita? Vastustavatko he lääkärien aloitteita?• Kuinka päätöksistä neuvotellaan?

Koska lähestyn artikkeleissani yhteisymmärryksen rakentamista monikulttuurisilla lääkärin vastaanotoilla eri näkökulmista ja teemoista käsin, aiheesta muodostuu monipuolinen kuva. Koko väitöstyötä koskevat tutkimuskysymykset voisi tiivistää ja ryhmitellä seuraavasti:

1. Millaisia kielellisiä ja kehollisia resursseja monikulttuurisissa vastaanottokeskusteluissa hyödynnetään?
2. Mitä resurssien käyttö kertoo suuntautumisesta kieli- ja kulttuurieroihin? Millaisen suuntautumisen voi ajatella tukevan tai jarruttavan yhteisymmärryksen rakentamista?
3. Miten yhteisymmärryksen rakentaminen suhteutuu lääkärin, potilaan ja tulkin institutionaalisiin rooleihin ja vastaanoton asetelmaan?

Vastaan näihin kysymyksiin kokoavasti luvussa 6. Lopuksi, luvussa 7, pohdin, mitä tutkimustulokseni kertovat ihmisten välisestä vuorovaikutuksesta sinänsä ja kuinka tulokset suhteutuvat aiempaan yhteisymmärryksen rakentamista koskevaan tietoon. Tarkasteluni etenee siis yksityiskohdista kohti laajempaa näkökulmaa. Tutkimukseni tavoitteena on tuottaa sekä yksityiskohtaista, konkreettista tietoa monikulttuuristen lääkärin vastaanottojen vuorovaikutusresursseista että pohtia tuloksia yhteisymmärryksen rakentamisen laajemmasta perspektiivistä. Lisäksi tavoitteenani on käsitellä vuorovaikutustutkimuksen perspektiivistä kysymyksiä, joita monikulttuurisuus terveydenhuollossa on herättänyt.

1.3 Tutkimuksen keskeiset käsitteet

Käyn seuraavaksi läpi tutkimukseeni ja tutkimusasetelmaani liittyvät keskeiset käsitteet ja täsmennän, mitä valitsemillani termeillä tarkoitan. Erityisesti osallistujien taustaan liittyvässä kategorisoinnissa käytetyt käsitteet ovat moninaisia ja osittain problemaattisiakin. Perustelen valintojani näiden käsitteiden esittelyn yhteydessä. Aiempien tutkimusten tuloksia referoidessani pyrin käyttämään kyseisissä tutkimuksissa käytettyjä käsitteitä.

Yhteisymmärrys

Käsittelen *yhteisymmärrystä* keskustelunanalyysin periaatteiden mukaisesti välittömänä, muuttuvana ja paikallisena ilmiönä, joka heijastuu sosiaaliseen

vuorovaikutukseen hetki hetkeltä (vrt. Heritage 2008). Yhteisymmärrys on intersubjektiiivinen tila, joka edellyttää keskustelun osapuolilta yhteistyötä. Keskustelukumppanit pyrkivät tuottamaan toisilleen yhteisesti ymmärrettäviä viestejä ja sovittamaan toimintansa yhteen. He havainnoivat ja tulkitsevat toistensa puhetta, kehoa ja liikettä jatkuvasti, ja samalla he monitoroivat ymmärryksen tilaa. Rakoileva yhteisymmärrys heijastuu vuorovaikutukseen, ja siihen pyritään vaikuttamaan korjaavasti (esim. Schegloff, Jefferson & Sacks 1977; Jefferson 1992; *KA*; *KP*; *HoCA*¹). Väitöstutkimuksessani tarkastelen, millaisilla keinoilla yhteisymmärrystä rakennetaan, ylläpidetään ja korjataan monikulttuurisilla vastaanotoilla.

Kielelliset ja keholliset resurssit

Kielellisistä resursseista puhuessani tarkoitan puheeseen liittyviä eli verbaalisia keinoja, kuten sanastoon ja rakenteeseen liittyviä valintoja ja prosodiaa (äänen voimakkuus ja laatu, puhenopeus yms.). Kehollisilla resursseilla puolestaan tarkoitan non-verbaalisia kehollisen kommunikoinnin keinoja, kuten eleitä, katsekontaktia, asentoa ja kehon liikkeitä. Kielellisiä ja kehollisia resursseja hyödynnetään yhtä aikaa. Esimerkiksi vuorovaikutuksen toimintoja, kuten kysymistä tai selittämistä, tehdään puhekumppanille ymmärrettäväksi sekä kielellisillä valinnoilla että kehollisilla elementeillä. Jako kieleen ja kehoon onkin lähinnä tekninen, sillä tarkalleen ottaen keholliset elementit ovat osa kieltä ja tapa kielentää asioita on monella tapaa sidoksissa puhujan kehoon.

Monikulttuurisuus

Tässä työssä käytän käsitettä *monikulttuurisuus* deskriptiivisesti tarkoittamaan kulttuurista monimuotoisuutta ja kulttuurien välistä vuorovaikutusta. Monikulttuuriset lääkärin vastaanotot ovat vastaanottoja, joiden osapuolet ovat kulttuuriselta taustaltaan erilaisia. Tämän tutkimuksen aineistossa lääkäri ja potilas ovat kotoisin eri maasta ja puhuvat eri äidinkieltä. Erilaisen taustan johdosta heillä voi myös erilaisia kulttuurisia tapoja, arvoja ja uskomuksia. Tutkimukseni ei kuitenkaan kohdistu siihen, millaista monikulttuurisuutta aineistossa esiintyy, vaan siihen, miten monikulttuurisuus ilmenee vuorovaikutuksen tasolla ja miten yhteisymmärrystä monikulttuurisissa keskusteluissa edistetään. Tutkimukseni tavoite on tarjota tutkimustuloksia, joiden avulla voidaan kehittää monikulttuurista vuorovaikutusta ja siten myös ihmisten yhdenvertaista kohtelua. Tässä mielessä tutkimustuloksiani on mahdollista tarkastella myös käsitteiden *transkulttuurisuus* ja *interkulttuurisuus* näkökulmista, joita käytetään esimerkiksi terveysalalla

¹ *KA* = Stevanovic & Lindholm (toim.) 2016: Keskusteluanalyysi. Kuinka tutkia sosiaalista toimintaa ja vuorovaikutusta. *KP* = Tainio (toim.) 1995: Keskusteluanalyysin perusteet, *HoCA* = Sidnell & Stivers (toim.) 2013: Handbook of conversation analysis. Viitetiedot lähdeluettelossa.

ideologisina käsitteinä (Andrews & Boyle 2008; kulttuurisesta kompetenssista jäljempänä luvussa 2.3). En kuitenkaan tarkastele tutkimuksessani trans- tai interkulttuurisuuden toteutumista sinänsä. Tutkimukseni ei myöskään edusta multikulturalismiksi kutsuttua normatiivisen monikulttuurisuuden ideologiaa (Vitikainen 2014).

Osallistujiin viittaavat käsitteet

Puhuessani *lääkäristä* tarkoitan terveyskeskuslääkärin vastaanotolla työskentelevää lääkäriä, tyypillisesti siis yleislääkäriä. Vastaanoton asiakkaista käytän nimitystä *potilas*. *Tulkilla* tarkoitan pääsääntöisesti asioimistulkkina työskentelevää koulutettua ammattitulkkia, mutta yhdellä vastaanotolla tulkkina toimii potilaan omainen, ja tähän vastaanottoon viitatessani mainitsen asiasta erikseen.

Siinä missä osallistujien rooleja kuvaava terminologia on työssäni yksiselitteistä ja selittyy institutionaalisen asetelman kautta, osallistujien ryhmittely taustan ja kielen suhteen edellyttää erityistä harkintaa ja perustelua. Väitöstutkimuksessani tällaisella ryhmittelyllä on olennainen asema tutkimusta motivoineiden seikkojen, tutkimusasetelman ja tutkimuskysymysten vuoksi. Koska tavoitteena on tarkastella monikulttuurista, kielellisesti epäsymmetristä vuorovaikutusta, eri ryhmiä kuvaavien käsitteiden käyttöä ei voi välttää. Tutkimukseni tarkoitus ei kuitenkaan ole eriyttää eri väestöryhmiä, eikä väestöryhmiä kuvaaviin käsitteisiin tule työssäni lukea arvolatauksia.

Yhteenveto-osassa käytän rinnakkain käsitteitä *maahanmuuttaja* ja *ulkomaalaistaustainen*. Ensimmäisessä huomio on muuttoliikkeessä: maahanmuuttaja on aiemmin asunut jossakin toisessa maassa ja nyt hän asuu Suomessa. Jälkimmäisessä huomio on taustassa yleisemmin. Tilastokeskuksen määritelmän mukaan ulkomaalaistaustaisia ovat kaikki, joiden molemmat vanhemmat tai ainoa tiedossa oleva vanhempi on syntynyt ulkomailla (SVT 2017). Ulkomaalaistaustainen voi siis määritelmän mukaan olla itse syntynyt Suomessa. Tämän tutkimuksen aineistossa kaikki täysi-ikäiset ulkomaalaistaustaiset ovat kuitenkin muuttaneet Suomeen toisesta maasta. Vastaanotolle osallistuvien pienten lasten synnyinpaikkaa ei ole kysytty.

Maahanmuuttaja ja ulkomaalaistaustainen ovat käsitteinä jokseenkin ongelmallisia. Maahanmuuttaja on kuvaava käsite silloin, kun muutto on tapahtunut hiljattain. Pitkään Suomessa asuneita ei kuitenkaan ole yhtä mielekästä käsitellä muuttajina ja sitä kautta tulokkaina, ja silloin ulkomaalaistaustainen voi olla kuvaavampi termi. Joissakin yhteyksissä on käytetty myös käsitettä maahanmuuttajataustainen, jossa maahan muuttaminen asetetaan henkilön taustaksi. Käsite tuntuu kuitenkin ongelmalliselta silloin, jos henkilö itse ei ole muuttanut, vaan ainoastaan hänen vanhempansa, sillä muuttajuus ei näkemykseni mukaan siirry samalla tavalla sukupolvelta toiselle kuin kieli ja kulttuuri. Sama ongelma koskee käsitettä toisen polven maahanmuuttaja.

Sekä ulkomaalaistaustaisuus että maahanmuuttajuus tuovat esille, että on olemassa vastakkainen ryhmä ihmisiä, joiden alkuperä on ”kotimainen”. Suomessa

tähän ryhmään kuuluvat ne ihmiset, jotka ovat syntyneet Suomessa ja joilla on vähintään yksi Suomessa syntynyt vanhempi. Käytän heistä nimitystä *syntyperältään suomalainen*. Suomessa syntyneiden, äidinkielenään suomea puhuvien ryhmästä käytän nimitystä *valtaväestö*, sillä ryhmään kuuluu suurin osa väestöstä ja enemmistön vuoksi ryhmällä on tietynlainen valta-asema muihin väestöryhmiin nähden. Samasta ryhmästä puhutaan usein myös nimellä kantaväestö. Suomen kantaväestöön kuuluvat kuitenkin myös suomalaiset vähemmistöt – suomenruotsalaiset, saamelaiset ja romanit – joita tässä tutkimuksessa ei ole mukana. Vältän käsitteitä suomalainen ja ei-suomalainen tai ulkomaalainen, sillä maahanmuuttajat ja ulkomaalaistaustaiset voivat olla ja kokea olevansa suomalaisia siinä missä suomalaista syntyperää olevatkin. Suomen kansalaisuus taas on asia, jota tutkimukseen osallistuneilta ei ole kysytty.

Mitä tulee kieleen, osallistujat ovat saaneet itse ilmoittaa äidinkieltä tutkimuslupalomakkeessa. Osallistujien muusta kielitaidosta ei ole kysytty, eikä osallistujien suomen kielen taitoa ole testattu tutkimusta varten. Mukana on kaikkiaan kahdentoista eri kielen puhujia (ks. tarkemmin asetelma 2 jäljempänä), mutta en käsittele aineistoa kielittäin vaan jaottelen tutkimuksessani osallistujat kielen perusteella *suomea äidinkielenään puhuviin* (S1), *suomea toisena kielenä puhuviin* (S2) ja *vieraskielisiin*. Kaksi ensimmäistä ryhmää puhuvat aineistossa suomea. Ensimmäiset ovat suomen kielen suhteen *äidinkieliisiä* tai *ensikieliisiä* puhujia ja toiseen ryhmään kuuluvat *ei-äidinkieliisiä* tai *kakkoskieliisiä* puhujia. Vieraskielisillä puolestaan tarkoitan tulkattujen vastaanottojen potilaita, jotka eivät puhu vastaanotolla suomea vaan muuta kieltä. Muissa yhteyksissä, kuten tilastoista puhuessani, tarkoitan vieraskielisillä kuitenkin kaikkia, joiden äidinkieli ei ole suomi, ruotsi tai saame.

Tämän tutkimuksen aineistossa kaikki S1-puhujat ovat syntyperältään suomalaisia ja S2-puhujat sekä vieraskieliset ulkomaalaistaustaisia. On kuitenkin syytä huomioida, että kieleen ja taustaan liittyvät kategoriat eivät aina ole päällekkäisiä ja ettei rajanveto eri ryhmien välillä ole ongelmaton. Esimerkiksi äidinkielisyyden määrittäminen on sekä tieteellisesti että poliittisesti hankalaa, sillä äidinkielisyyden kytkeytyy paitsi kielitaitoon ja periytyvyyteen, myös identiteettiin ja identifikaation kysymyksiin (esim. Halonen 2010; Lehtonen 2013; 2015: 208–312). Äidinkieleen perustuva kategorisointi ei myöskään huomioi monikielisyyttä, joka on monille tähänkin tutkimukseen osallistuneille arkipäivää. Jako S1- ja S2-puhujiin ja vieraskielisiin on siis nähtävä tutkimusteknisenä valintana.

Kieleen liittyvän kategorisoinnin osalta olen tutkimuksessani päättänyt olla käyttämättä termejä suomen oppija tai oppijansuomi, vaikka tutkimukseen osallistuneet suomea toisena kielenä puhuvat ja vieraskieliset epäilemättä opettelevat ja oppivat suomen kieltä. Ratkaisuuni on kaksi syytä: se, että suomen kielen oppiminen on lääkärin vastaanottojen kontekstissa toissijaista, ja se, etten paneudu suomen kielen oppimiseen tutkimuskysymyksissäni.

1.4 Yhteenveto-osan rakenne

Johdannon ohella luvut 2 ja 3 ovat tutkimustani pohjustavia lukuja. Luvussa 2 paneudun tutkimukseni yhteiskunnalliseen kontekstiin, toisin sanoen maahanmuuttoon ja siihen liittyviin terveydenhuollon henkilöstön ja asiakaskunnan muutoksiin. Käsittelen terveydenhuollon monikulttuuristumista ennen kaikkea kielen ja vuorovaikutuksen näkökulmasta. Luvussa 3 esittelen puolestaan teoreettisen pohjan, josta tutkimukseni on lähtenyt liikkeelle ja jota sen on tarkoitus osaltaan rakentaa. Luvussa 3.1 käsittelen keskustelunalyysia ja luvussa 3.2 vuorovaikutuslingvistiikkaa. Tämän jälkeen esittelen aiempia tutkimuksia lääkäri-potilas-vuorovaikutuksesta (3.3), kielellisesti epäsymmetrisestä vuorovaikutuksesta (3.4) ja tulkatusta vuorovaikutuksesta (3.5).

Luvussa 4 avaan tutkimukseni teknisiä lähtökohtia. Aloitan esittelemällä tutkimukseni aineiston (4.1). Aineiston sisällön lisäksi avaan luvussa aineiston keräämisen ja käsittelyn eettisiä periaatteita ja tutkimuksen etnografista puolta. Tämän jälkeen esittelen käyttämäni menetelmät ja selostan lyhyesti kunkin osatutkimuksen kulun (4.2). Samassa yhteydessä havainnollistan myös käyttämäni litterointitapaa. Litterointimerkit löytyvät yhteenveto-osan alusta sivulta 4.

Osatutkimusten keskeisimmät tulokset olen koonnut lukuun 5. Tulosten jälkeen, luvussa 6, teen kokoavia päätelmiä osatutkimusteni tuloksista vastaamalla koko työtä koskeviin tutkimuskysymyksiin. Lopuksi, luvussa 7, pohdin tutkimustani suhteessa yhteisymmärryksen rakentamisen dynamiikkaan yleensä. Lisäksi arvioin tutkimukseni muodostamaa kokonaisuutta kriittisesti ja pohdin sen antia niin tieteellisestä kuin yhteiskunnallisestakin näkökulmasta. Alkuperäisjulkaisut ovat kokonaisuudessaan väitöskirjan liitteenä.

2 Tutkimuksen yhteiskunnallinen konteksti

Tässä luvussa asemoin tutkimukseni yhteiskunnalliseen kontekstiin. Luvussa 2.1 käsittelen maahanmuuttajia suomalaisen terveydenhuollon asiakkaina. Esittelen sekä maahanmuuttoa koskevia tilastoja että aiempien tutkimusten havaintoja maahanmuuttajien terveydestä ja terveyspalvelujen käytöstä. Lisäksi käsittelen kieleen ja kulttuuriin liittyviä oikeuksia ja aiemmissä tutkimuksissa esiin nousseita epäkohtia maahanmuuttaja-asiakkaiden kohtaamisessa. Luvussa 2.2 vaihdan näkökulmaa ja tarkastelen maahanmuuttajia lääkäreinä. Käsittelen ensin lyhyesti ulkomaalaistaustaisten lääkärin laillistamisprosessia ja nostan tämän jälkeen esille muutamia tutkimustuloksia ulkomaalaistaustaisten lääkärin työskentelystä ja työhyvinvoinnista Suomessa. Luvussa 2.3 avaan potilaskeskeisen lähestymistavan ja kulttuurisen kompetenssin käsitteitä, sillä niitä käytetään lääkäri-potilasvuorovaikutuksen ja monikulttuurisen vuorovaikutuksen ihanteina erityisesti länsimaissa.

2.1 Maahanmuuttajat terveydenhuollon asiakkaina

Maahanmuutto on vaikuttanut Suomen väestörakenteeseen 2000-luvulla huomattavasti. Vuonna 2000 Suomen väestöstä oli ulkomaalaistaustaisia² 2,2 %, kun vuonna 2016 osuus oli jo 6,6 % (SVT 2017). Maahanmuutto on kasvattanut Suomen väkilukua vuodesta 2007 saakka enemmän kuin syntyvyys (SVT 2016). Väestörakenteen nopeaa muutosta voi tarkastella myös väestön äidinkieli jakauman kautta: vuonna 2000 vieraskielisiä eli muuta kuin suomea, ruotsia tai saamea äidinkielenään puhuvia oli 1,9 % väestöstä, ja vuonna 2016 osuus oli 6,5 % (SVT 2017). Varsinais-Suomessa, jossa tämän tutkimuksen aineisto on taltioitu, kehitys on ollut lähellä kansallista keskiarvoa. Aineiston taltioimisen aikaan (2012–2014) Varsinais-Suomessa asuvista oli ulkomaalaistaustaisia 5–6 %, ja vieraskielisten osuus oli samaa luokkaa (SVT 2017). Huomionarvoista on, että ne turva-

² Tilastokeskuksen määritelmän mukaan ulkomaalaistaustaisia ovat ne henkilöt, joiden molemmat vanhemmat tai ainoa tiedossa oleva vanhempi on syntynyt ulkomailla.

paikanhakijat, joilla ei ole oleskelulupaa, eivät näy tilastoissa. Näin ollen vuonna 2014 alkanut Euroopan pakolaiskriisi ei näy väestöä mittaavissa tilastoissa kuin vasta viiveellä, ja silloinkin vain niiden osalta, jotka saavat oleskeluluvan. (Helminen & Keskipitää 2016.) Tutkimusaineistoni potilaista osa kuuluu tähän väestötilastoissa näkymättömään joukkoon.

Väestörakenteen muuttuessa terveydenhuollon potilaskunta muuttuu. Ulkomaalaistaustaisen väestön terveyttä onkin viime vuosina kartoitettu laajasti, jotta eri ryhmien tarpeet ja maahanmuuton vaikutukset terveyteen voitaisiin huomioida paremmin. Merkittäviä hankkeita ovat esimerkiksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi -tutkimus (Maamu) ja Ulkomaalaista syntyperää olevien työ- ja hyvinvointitutkimus (UTH) (esim. Castaneda ym. 2012; Castaneda ym. 2015). Antti Pakaslahden ja Matti Huttusen (2010) toimittama teos Kulttuurit ja lääketiede puolestaan kokoaa yhteen kulttuurisia terveystieteitä koskevaa tietoa sekä maahanmuuttajien terveyttä ja hyvinvointia käsitteleviä tutkimuksia ja lähestyy niitä lääkärin työn näkökulmasta. Edellä mainitut tutkimukset ovat esimerkiksi nostaneet esille väestöryhmiä, joiden terveys ja hyvinvointi poikkeavat kantäväestöstä,³ sekä hahmotelleet hyviä käytäntöjä maahanmuuttajataustaisten potilaiden kohtaamiseen ja hoitamiseen. Lisäksi niissä on kartoitettu ja pohdittu hoidon saamisen esteitä, sillä osa maahanmuuttajataustaisista jää tai jättäytyy palvelujärjestelmän ulkopuolelle. Syiksi on arveltu varattomuutta, luku- ja kirjoitustaidottomuutta ja kielitaidottomuutta, erilaisia kulttuurisia sairauskäsityksiä, syrjintäkokemuksia ja epäluottamusta. (Malin & Suvisaari 2010, 147–148; Castaneda ym. 2012, 157.) Maahanmuuttajat voivat myös tukeutua yllämainittuun hoitoon ja hakea esimerkiksi kansanparantajien apua Suomen ulkopuolelta (esim. Tiilikainen 2008). Toisaalta THL:n UTH-tutkimus osoittaa, että ulkomaalaistaustaiset luottavat Suomen julkiseen terveydenhuoltoon enemmän kuin Suomen koko väestö – paljon luottavia on ulkomaalaistaustaisista 65,7 % ja koko väestöstä 52,5 % (Castaneda ym. 2015, 19).

Terveyspalvelujen tavoitavuutta voitaisiin parantaa kielitaitoa sekä luku- ja kirjoitustaitoa parantamalla sekä tarjoamalla tukea kotoutumiseen. Toisaalta on hyvä muistaa, ettei suomen tai ruotsin kielen taito voi olla edellytys hyvän hoidon saamiselle. Suomen perustuslaki (17 §) takaa jokaiselle oikeuden ylläpitää omaa äidinkieltään, ja Yhdenvertaisuuslaki (8 §) kieltää syrjimisen kielen perusteella. Kielilaissa (10 ja 18 §) on määritetty vieraskielisten oikeudet maksuttomaan tulkkaukseen viranomaisasioissa. Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (3 §) sanotaan seuraavasti: ”Potilaan äidinkieli, hänen yksilölliset tarpeensa ja kulttuurinsa on mahdollisuuksien mukaan otettava hänen hoidossaan ja kohtelussaan huomioon.” Suositeltavaa on, että lääkärin vastaanotolle hankitaan

³ Esimerkiksi Maamu-tutkimuksessa 50 %:lla kurditaustaisista naisista oli vakavia masennus- ja ahdistuneisuusoireita, kun tutkimuksessa mukana olleiden paikkakuntien koko väestössä osuus oli alle 10 % (Castaneda ym. 2012: 145). Pirisen (2010: 164) mukaan 57 %:lla turvapaikanhakijoista on kidutuskokemuksia.

etukäteen potilaan äidinkieltä puhuva ammattitulkki esimerkiksi tulkikeskuksen kautta (Salo 2007; Paananen & Leminen 2016; Ollila 2017; Tienhaara & Paananen 2019). Käytännössä vieraskielisten potilaiden vastaanotoilla käytetään kuitenkin myös epävirallisia tulkkeja, kuten potilaan omaisia ja tuttavיה tai kaksikielistä henkilöstöä (esim. Vik & Välimaa 2013), ja joissakin tapauksissa potilaat joutuvat asioimaan kokonaan ilman tulkkia. Lisäksi on huomattava, että jo alkeellisen suomen kielen taidon omaavat ihmiset voivat alkaa hoitaa asioitaan ilman tulkkia, jolloin lääkärin vastaanotolla on pärjättävä sillä kielitaidolla, mikä potilaalla on. Käsittelen tulkattua lääkäri–potilas-vuorovaikutusta lisää luvuissa 3.5 ja 5.4 sekä artikkelissa *Tulkkkaus*.

Kieleen liittyvät ongelmat eivät kuitenkaan ole ainoa asia, joka uhkaa maahanmuuttajien tasavertaista kohtelua terveydenhuollon asiakkaina, sillä kohtaamisiin näyttää aiempien tutkimusten perusteella liittyvän erityistä epäluottamusta ja syrjintää. Sosiologi Barbara Schoutenin ja sosiaalipsykologi Ludwien Meeuwesenin (2006) aihetta koskeva kansainvälinen katsaus paljastaa, että lääkärit suhtautuvat eri kulttuuritaustasta tuleviin potilaisiin negatiivisemmin ja vähemmän empaattisesti kuin oman ryhmänsä edustajiin ja tarjoavat heille laadultaan heikompaa hoitoa. Erityisen heikossa asemassa ovat etnisiin vähemmistöihin kuuluvat ei-valkoiset potilaat. Katsauksessa vertaillaan neljäntoista eri tutkimuksen tuloksia Yhdysvalloista, Alankomaista ja Australiasta. Myös Suomessa on tehty samankaltaisia havaintoja. Maahanmuuttajien ja etnisten vähemmistöjen on todettu saavan Suomessa laadultaan heikompaa hoitoa kuin valtaväestö (Malin & Suvisaari 2010, 147–148). UTH-tutkimuksessa, jossa mitattiin ulkomaalaistaustaisten kokemuksia epätasa-arvoisesta kohtelusta, eniten syrjintää terveyspalveluissa raportoivat Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta kotoisin olevat (17,6 % vastaajista) ja vähiten EU- ja EFTA-maista sekä Pohjois-Amerikasta kotoisin olevat (8,7 %) (Castaneda ym. 2015, 18).

Suomessa on tutkittu myös ulkomaalaistaustaisten asiakkaiden kanssa toimivien ammattilaisten näkemyksiä maahanmuuttaja-asiakkaista. Tutkimuksista selviää muun muassa, että osa sosiaalialan ammattilaisista kokee maahanmuuttajien kanssa työskentelyn raskaaksi ja maahanmuuttajat vaikeiksi asiakkaita, joita ei pysty auttamaan (Anis 2008, 86–87, 89). Terveysalan ammattilaisten kohdalla on puolestaan havaittu, etteivät he välttämättä selvitä maahanmuuttajapotilaiden omia odotuksia ja käsityksiä ja että he myös yliarvioivat maahanmuuttajapotilaiden hoitotyytyväisyyden (Sainola-Rodriguez 2009, 82–83). Lisäksi ongelmia on ollut maahanmuuttajien mielenterveysongelmien tunnistamisessa (Sainola-Rodriguez 2009, 86, 112), mikä selittää ainakin osittain, miksi maahanmuuttajat käyttävät erityisesti mielenterveyspalveluja vähemmän kuin olisi tarpeen (Castaneda 2012, 157).

Maahanmuuttajat hahmottuvat terveydenhuollon asiakkaina kaiken kaikkiaan kasvavaksi joukoksi, jonka hoitamisessa ja kohtaamisessa on paljon puutteita ja siten myös kehitettävää. Jäljempänä, luvussa 2.3, käsittelen kahta vuorovaikutukseen liittyvää ihannetta, potilaskeskeisyyttä ja kulttuurista kompetenssia,

joiden kautta monikulttuurisia lääkäri–potilas-kohtaamisia pyritään parantamaan. Sitä ennen luon kuitenkin katsauksen ulkomaalaistaustaisiin lääkäreihin Suomessa.

2.2 Maahanmuuttajat lääkäreinä

Potilaskunnan ohella myös terveydenhuollon henkilökunta muuttuu maahanmuuton myötä, etenkin kun alalla on väestön ikääntymisestä johtuen työvoimapula (ks. esim. Kuusio 2014). Vuonna 2016 Suomessa asuvista työikäisistä lääkäreistä 8,7 % puhui äidinkielenään muuta kuin suomea tai ruotsia (Lääkäriliitto 2016). Lääkäreiden joukossa oli siis suhteessa enemmän vieraskielisiä kuin koko väestössä (6,5 % vuonna 2016; SVT 2017). Tästä syystä pidän tärkeänä sitä, että maahanmuuttajia tutkitaan myös asiantuntijoina ja instituution edustajina eikä ainoastaan asiakkaina ja palvelujen käyttäjinä. Olen sisällyttänyt tutkimukseeni aineistoa, jossa ulkomaalaistaustainen osapuoli on lääkäri (artikkelit *Eleet*, *Kysymykset* ja *Päätöksenteko*). Kahden erilaisen tutkimusasetelman käyttäminen tuo myös esille valtarakenteiden intersektionaalisuuden⁴: monikulttuurisilla vastaanotoilla kohtaavat ulkomaalaistaustaisen ja syntyperäisen suomalaisen välinen valta-asetelma sekä lääkärin ja potilaan välinen institutionaalinen valta-asetelma. Valtasuhteet ovat jokseenkin erilaiset sen mukaan, kummassa roolissa, lääkärin vai potilaan, ulkomaalaistaustainen osapuoli vastaanotolla on. Tässä luvussa käsittelen ulkomaalaistaustaisten lääkäreiden tilannetta Suomessa. Aloitan lääkäreiden pätevytymisprosessista ja tarkastelen sen jälkeen ulkomaalaistaustaisiin lääkäreihin liittyvää ajankohtaista tutkimusta ja keskustelua.

Suomessa työskennelläkseen lääkäriellä on oltava Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valviran myöntämät oikeudet harjoittaa ammattiaan ja käyttää nimikesuojattua ammattinimikettä. Hakuprosessi on erilainen sen mukaan, onko lääkäri saanut koulutuksen Suomessa, EU- tai Eta-maassa vai EU- ja Eta-maiden ulkopuolella. (Karhapää-Puhakka, Kaarniemi & Mentula 2011; Aalto ym. 2013, 23–24; Toivonen & Pitkänen 2018.)

EU- tai Eta-maasta tulevat voivat hyväksyttää tutkintonsa sellaisenaan. Tämän tutkimuksen aineiston keräämisen aikaan Valviralla oli oikeus tarkistuttaa EU- ja Eta-maista tulevien kielitaito ammatinharjoittamisoikeutta varten, mutta kielitaidon riittävyyden arviointi oli mahdollista jättää myös työnantajan vastuulle. Nykyään hakijoiden on kuitenkin todistettava riittävä suomen tai ruotsin kielen taito toimittamalla todistus valtionhallinnon kielitutkinnosta (VKT) tai yleisestä kielitutkinnosta (YKI) (Valvira 2018).⁵

⁴ Intersektionaalisuudella viitataan sukupuolen, luokan, etnisyyden, seksuaalisuuden, rodun, iän ynnä muiden identiteettejä ja erontekoja tuottavien luokittelujen välisiin kytköksiin ja valta-asetelmien moniperusteisuuteen (Karkulehto ym. 2012).

⁵ Valtiohallinnon kielitutkinnosta vaaditaan vähintään tyydyttävä taitotaso ja yleisestä kielitutkinnosta vähintään keskitason tutkinto (tasot 3–4) kaikilta osa-alueilta.

EU- ja Eta-maiden ulkopuolelta tulevien on käytävä läpi vähintään kaksi vuotta kestävä laillistamisprosessi. Laillistamista varten Valvira vaatii 1) ulkomailla suoritettua tutkinnon hyväksyttämisen, 2) todistuksen riittävästä suomen tai ruotsin kielen taidosta (VKT:n tyydyttävä taso tai YKI 3–4), 3) vähintään kuuden kuukauden harjoittelun ja 4) kolmiosaisen kuulustelun suorittamisen Tampereen yliopistossa. Kuulusteluun sisältyy erilaisia kirjallisia kuulusteluja sekä potilastentti, jossa lääkäri ottaa vastaan aitoja potilaita. (Karhapää-Puhakka, Kaarniemi & Mentula 2011; Toivonen & Pitkänen 2018; Valvira 2018.) Tässä tutkimuksessa mukana on sekä EU-alueelta (Virosta) tulleita että pitkän laillistamisprosessin läpikäyneitä Venäjältä tulleita lääkäreitä, ja lisäksi yksi Ukrainasta tullut amanuenssi, jonka laillistamisprosessi oli aineiston taltioimisen aikaan loppusuoralla.

Ulkomaalaistaustaiset lääkärit ovat herättäneet paljon keskustelua niin tieteellisissä konteksteissa kuin mediassakin. Erityistä huolta on noussut lääkärien kielitaidosta ja saatavilla olevan kielikoulutuksen ja -testauksen riittävydestä ja soveltuvuudesta (Aalto ym. 2013; Haukilahti 2014; Kuusio 2014; Tervola ym. 2015; Sariola 2012; Tervola 2017; Vartiainen & Pitkänen 2017). Esimerkiksi juuri yleislääkärin työssä kielitaito vaikuttaa suoraan potilaan saamaan hoitoon ja potilasturvallisuuteen, jolloin riittämätön kielitaito on vakava riski. Tästä näkökulmasta onkin jokseenkin ristiriitaista, että Eta-alueen ulkopuolelta tulevien erikoislääkäreiden on erikoistuttava Suomessa uudelleen suoritettuaan ensin yleislääketieteen tentit, jolloin terveyskeskukseen työllistyminen on usein ainoa vaihtoehto aloittaa työt Suomessa (Soininen 2017; Vartiainen & Pitkänen 2017, 45–46).

Ulkomaalaistaustaisten lääkäreiden omat arviot kielitaidon riittävydestä ovat hyvin positiivisia. THL:n teettämässä kyselytutkimuksessa 96 % arvioi kielitaitonsa riittävän potilastyöhön hyvin tai erittäin hyvin. Työtovereiden kanssa keskustelemiseen kielitaitonsa arvioi hyväksi tai erittäin hyväksi 93 %. (Aalto ym. 2013, 61–62.) Kollegojen näkemys on kuitenkin toisenlainen. Maija Tervolan (2017) haastattelututkimus tuo esille, että ulkomaalaistaustaisten lääkäreiden suomen kielen taito koetaan työyhteisössä usein puutteelliseksi ja erityisesti hoitohenkilöstöä kuormittavaksi asiaksi, sillä virheiden välttäminen edellyttää heiltä jatkuvaa valppautta. Muuhun henkilöstöön tukeutuminen kieliasioissa on havaittu myös tutkittaessa ulkomaalaistaustaisia lääkäreitä Ruotsissa (Berbyuk Lindström 2008, 222–226). Suomessa kieliongelmissa johtuvan kuormituksen on havaittu ulottuvan myös terveyskeskuksen ulkopuolelle: apteekkien henkilöstö on kertonut joutuvansa tarkistamaan ulkomaalaistaustaisten lääkäreiden kirjoittamat reseptit erityisen tarkasti (Artell 2010).

Kielitaidon vajavaisuuteen liittyvät ongelmat eivät ole erityisen yllättäviä, sillä esimerkiksi Haukilahden (2014, 61) kyselytutkimukseen osallistuneista Eta-maiden ulkopuolelta tulleista lääkäreistä noin puolet ei Suomeen tullessaan osannut

Valtionhallinnon kielitutkinnoista ja yleisistä kielitutkinnoista ks. Opetushallitus 2018a ja 2018b.

lainkaan suomea. Kielitaito hankitaan siis usein vasta laillistamisprosessin aikana ja laillistamista varten. Tässä mielessä laillistamisprosessin kulku on erityisen kaukana valtaväestöön kuuluvan terveydenhuoltohenkilöstön keskuudessa esiintyvistä ihanteesta, jonka mukaan ulkomaalaistaustaisten lääkärien ja hoitajien kielitaidon pitäisi riittää perustyön itsenäiseen hoitamiseen alusta saakka (Virtanen 2017; Vartiainen & Pitkänen 2017, 50). Hatanpään sairaalassa toteutetussa Multi-train-hankkeessa haastatellut henkilökunnan jäsenet pitivät sekä ulkomaalaistaustaisten työntekijöiden kielitaitoa että heidän ulkomailla suorittamaansa koulutusta puutteellisena mutta suhtautuivat silti ulkomaalaistaustaisille tarjottuihin tukitoimiin epäoikeudenmukaisina. Asenne ennen Multi-train-hankkeen kehitystoimia oli, että ”yhdenvertaisuuden” nimissä ulkomaalaistaustaisten perehdytykseksi pitäisi riittää sama suomenkielinen informaatio ja materiaali kuin suomea äidinkielenään puhuville. (Vartiainen & Pitkänen 2017, 42–48, 53–55.) Kulttuurien välisen osaamisen kehittämällä on kuitenkin pystytty vaikuttamaan asenneilma- piiriin. Esimerkiksi Kuopion yliopistollisessa sairaalassa, jossa kansainvälistymiseen on panostettu strategian, rekrytoinnin ja monikulttuurisen vuorovaikutuksen kehittämisen kautta, ulkomaalaistaustaisten työntekijöiden positiivinen erityiskohtelu nähdään hyväksyttävänä ja hyödyllisenä (Sainola-Rodriguez, Nuutinen & Niiranen 2017).

Ulkomaalaistaustaisille tarjottava tuki on äärimmäisen tärkeää, sillä sopeutuminen työskentelyyn vieraalla kielellä vieraassa maassa on stressaavaa. Ulkomaalaistaustaiset lääkärit kokevat enemmän psyykkistä kuormittuneisuutta kuin valtaväestöön kuuluvat lääkärit, ja heillä on myös suurempi työuupumuksen riski (Aalto ym. 2013, 87–88). Henkisiä paineita lisäävät työympäristössä kohdattavat negatiiviset asenteet ja syrjintä (Aalto ym. 2013, 64; Haukilahti 2014, 69). Ulkomaalaistaustaiset työntekijät ovat työelämässä haavoittuvammassa asemassa kuin valtaväestö, ja heidät saatetaan nähdä inhimillisten ja ammatillisten subjektien sijaan vapaasti hyödynnettävissä olevina globaaleina resursseina (Näre 2012; Wrede 2016).

Tässä tutkimuksessa tarkastelen valtaväestöön kuuluvien ja ulkomaalaistaustaisten välistä vuorovaikutusta suomalaisessa terveydenhuollossa. Näkökulma on aikaisempiin tutkimuksiin nähden uudenlainen, sillä se ei keskity ulkomaalaistaustaisten lääkärien kielitaitoon tai kokemuksiin eikä ulkomaalaistaustaisiin lääkäreihin liittyviin käsityksiin. Paneudun vastaanottokeskusteluissa ensisijaisesti vuorovaikutuksellisiin seikkoihin, jotka näyttävät linkittyvän lääkärin ja potilaan väliseen kielelliseen epäsymmetriaan ja sen kanssa toimimiseen. Vaikka en tutkimuksessani perehdykään ulkomaalaistaustaisten lääkärien kielitaitoon tai sen puutteisiin sinänsä, tutkimukseni tuottama tieto yhteisymmärryksen rakentamisesta voi olla hyödyllistä uudistettaessa ulkomaalaistaustaisten lääkärien kielikoulutusta ja perehdyttämistä.

2.3 Potilaskeskeinen vuorovaikutus

Lääkäri–potilas-vuorovaikutuksen taustalla vaikuttavat kulloinkin vallalla olevat terveydenhoidon ideologiat. Länsimaissa on viime vuosisadan lopulta lähtien pyritty määrätietoisesti siirtymään tautiorientoituneesta, lääkärikeskeisestä tavasta käsitellä potilaita kohti tasa-arvoisempaa, vuorovaikutteista lääkäri–potilas-suhdetta (Byrne & Long 1976; Kokko 1990). Vuorovaikutus ja sen onnistuminen nähdäänkin nykyisin yleislääkärin vastaanottotapahtuman laadun tärkeänä osatekijänä (Kuusela 2014; ks. myös Pyörälä & Hietanen 2011). Lääkäreitä kehoitetaan käyttämään *potilaskeskeistä lähestymistapaa*, jossa potilaan näkemyksen kuuntelulle ja kommunikaatiolle annetaan erityinen painoarvo (esim. Terveydenhuollon laatuopas 2011, 9–10; Käypä hoito: Motivoiva haastattelu). Lähestymistavassa potilas nähdään oman itsensä ja terveysthistoriansa asiantuntijana, ja potilas pyritään osallistamaan omaan hoitoonsa. Potilasta käsitellään yksilönä ja hänelle tarjotaan informaatiota. Lisäksi potilaskeskeisyyteen kuuluu empaattinen suhtautuminen potilaaseen. (Institute of Medicine 2001; Suhonen 2002; Epstein & Street 2011; King & Hoppe 2013.)

Vastaanottovuorovaikutuksen potilaskeskeisyyttä on pyritty arvioimaan erilaisin tutkimuksin, ja potilaskeskeisyydellä näyttää olevan positiivisia vaikutuksia sekä potilaan terveyteen että hoitotyytyväisyyteen. Vuorovaikutteisuuden on esitetty vähentävän potilaan passiivisuutta ja auttavan lääkäriä tekemään potilaan arvoja vastaavia päätöksiä. Lisäksi potilaskeskeisen lähestymistavan on todettu parantavan vastaanotolla koettua yhteisymmärrystä ja vähentävän potilaan huolta. (Stewart ym. 2000; Suhonen 2002; Barry & Edgman-Levitan 2012.) Potilaskeskeisyydestä käytetään myös nimityksiä *potilaslähtöisyys*, *asiakaskeskeisyys* ja *asiakaslähtöisyys*. Tässä väitöskirjassa haluan kuitenkin puhua nimenomaan potilaista enkä asiakkaista, sillä näen potilaat aivan erityisenä asiakastyypinä ja käsittelen tutkimuksessani nimenomaan lääkärin vastaanottokeskustelujen rooleihin ja dynamiikkaan liittyviä asioita. Lisäksi puhe asiakkaista liittyy usein terveydenhuollon piirissä lisääntyneeseen konsumerismiin ja kaupallistumiseen, jossa potilaat nähdään paitsi aktiivisina osallistujina myös kuluttajina, joilla on vapaus ja kyky tehdä valintoja saamansa palvelun suhteen (Toiviainen 2011). Tässä tutkimuksessa potilaiden kuluttajarooli ei kuitenkaan ole huomion kohteena. Potilaskeskeisyyttä pidän potilaslähtöisyyttä kuvaavampana siksi, että potilaan tärkeä asema hahmottuu siinä semanttisesti pysyväksi eikä ainoastaan alkupisteeksi, josta lähdetään (jonnekin muualle).

Potilaskeskeisyyteen kuuluu myös *kulttuurinen kompetenssi*, jolla tarkoitetaan valmiutta kohdata erilaisia kulttuureja kunnioittavasti ja avoimesti. Kulttuurinen kompetenssi edellyttää herkkyyttä tunnistaa kulttuurisia eroja (*kulttuurisensitiivisyys*) ja kykyä tiedostaa myös oma kulttuurisidonnaisuutensa (*kulttuuritietoisuus*). (Papadopoulos 2006; Saha, Beach & Cooper 2008; Abdelhamid, Juntunen & Koskinen 2010.) Kulttuurisen kompetenssin ohella voidaan puhua myös *transnationaalisesta* tai *ylirajaisesta osaamisesta*, jossa huomio kohdistuu

valtiolliset rajat ylittävän muuttoliikkeen kannalta huomioitaviin asioihin (esim. Sainola-Rodriguez 2009, 33–36).

Terveydenhuollon kontekstissa kulttuurisella kompetenssilla on aivan erityinen merkitys, koska kulttuuri ja terveys ovat vahvasti sidoksissa toisiinsa (Napier ym. 2014; ks. myös Kleinman 1980). Nimittäin kulttuuri luo puitteet käsityksille hyvästä elämästä, hyvinvoinnista, terveydestä ja sairaudesta (Honkasalo, Salmi & Launis 2012; ks. myös Mölsä & Tiilikainen 2007). Kulttuuriset käsitykset vaikuttavat siihen, miten oireita ilmaistaan ja mikä koetaan sopivaksi tavaksi ylläpitää terveyttä ja hoitaa sairauksia. Kulttuuria on myös se, kuinka terveydenhuolto käytännössä järjestetään ja millaisia vakiintuneita toimintatapoja yksittäisissä terveyskeskuksissa noudatetaan. (Kleinman & Benson 2006.) Kulttuuriset käsitykset vaikuttavat siis siihen, mistä lääkärille puhutaan, miksi puhutaan ja miten puhutaan, sekä siihen, miten lääkärit puhuvat potilaille.

Väitöskirjassani tutkin monikulttuurista vuorovaikutusta ennen kaikkea kielellisen epäsymmetrian näkökulmasta. Tarkastelen, miten vastaanottovuorovaikutuksessa huomioidaan se, että lääkärillä ja potilaalla on erilainen kieli- ja kulttuuritausta. Kulttuurisen kompetenssin olemassaoloa ja ilmentämistä keskustelussa en kuitenkaan varsinaisesti tutki. Lähestyn yhteisymmärryksen rakentamisen kysymyksiä lääkärin vastaanottokeskustelun institutionaalista kehyksestä käsin. Tässä mielessä tarkastelun kohteena voi pitää myös vastaanottojen sisäistä kulttuuria ja siihen liittyvien ideologioiden toteutumista käytännössä. Ideologioiden ja vuorovaikutuksen realiteettien välillä voikin toisinaan olla eräänlainen kuilu, joka tulee keskusteluanalyysin kautta näkyväksi. Voi esimerkiksi olla, että hyvää käytäntöä kuvaavissa ohjeissa on ristiriitaisuuksia tai ne eivät sovellu vaihteleviin tilanteisiin. Autenttisen aineiston ja keskusteluanalyysin avulla ideologisista lähtökohdista rakennettuja institutionaalisia ohjeistuksia ja periaatteita on mahdollista täsmentää, havainnollistaa ja myös purkaa. (Peräkylä & Vehviläinen 2003; Peräkylä, Ruusuvuori & Vehviläinen 2005; Parry 2005.)

Tässä tutkimuksessa käsittelen potilaskeskeisyyden ideologian toteutumista vuorovaikutuksessa. Eksplisiittisimmin perehdyn aiheeseen artikkeleissa *Tulkit ja Päätökset*. Artikkelissa *Tulkit* nostan esille seikkoja, jotka edistävät potilaskeskeisyyttä tulkatuilla vastaanotoilla, sillä potilaskeskeisyyden on aiemmissa tutkimuksissa osoitettu olevan tulkatuilla vastaanotoilla erityisen heikkoa (esim. Bolden 2000; Aranguri, Davidson & Ramirez 2006; Hudelson ym. 2013). Artikkelissa *Päätökset* puolestaan havainnollistan keskusteluanalyysin ja vuorovaikutuslingvistiikan keinoin lääkärin vastaanottojen päätöksentekokeskustelua suhteessa potilaskeskeisyyden ideologiaan. Pohdin erityisesti, mitä potilaan osallistuminen päätöksentekoprosessiin voi käytännössä tarkoittaa ja miten sitä voi tukea. Potilaan osallistumisen teemoja on aiemminkin tarkasteltu kriittisesti keskusteluanalyysin keinoin ja samalla on pohdittu sitä, millaista osallistumisen tasoa eri tilanteissa tulisi tavoitella (esim. Thompson ym. 2007). Esimerkiksi diagnoosista kertomisen vaiheessa potilaan minimaalinen osallistuminen kertoo yleensä tilanteen ongelmattomuudesta, ja laajemmat vuorot ongelmista.

Osallistumisen intensiivisyys ei siis välttämättä kerro potilaan ”paremmasta” huomioimisesta (Peräkylä, Ruusuvuori & Lindfors 2007).

Keskustelunanalyttisesta perspektiivistä vuorovaikutuksen potilaskeskeisyyden arvioiminen onkin hyvin hankalaa. Esimerkiksi potilaan kannan kysyminen, suostuttelemine ja painostaminen voivat päätöksenteossa limittyä toisiinsa, jolloin päätöksentekotapaa ei voi luokitella tyhjentävästi lääkäri- tai potilaskeskeiseksi. Keskustelunanalyysin kautta yksittäisten vuorovaikutuselementtien vaikutuksia ja mahdollista ambivalenssia voi kuitenkin tarkastella ja havainnollistaa.

3 Tutkimuksen teoreettinen tausta ja aiempi tutkimus

Keskustelunanalyysi on sekä väitöskirjani metodi että sen keskeisin teoreettinen lähtökohta. Tässä luvussa esittelen, mistä keskustelunanalyysissa on kyse, millaisen pohjan se tutkimukselleni luo ja miksi sitä voidaan pitää teoriana. Etenen yleisestä kohti yksityiskohtaista. Aloitan keskustelunanalyysin synnystä ja käyttö-tarkoituksesta (3.1) ja asemoin sitten keskustelunanalyysin yhteisymmärryksen tutkimuksen kentälle (3.1.1). Yleisesittelyn jälkeen käyn lyhyesti läpi keskustelun-analyysin perusjäsennykset ja niihin liittyvät käsitteet (3.1.2). Luvussa 3.2 esittelen keskustelunanalyysiin pohjautuvan vuorovaikutuslingvistiikan, jota hyödynnän analyysissäni keskustelunanalyysin rinnalla. Teoriaosuuden lopuksi käsittelen kolmen juuri tämän tutkimuksen kannalta relevantin keskustelutilanteen aiempaa tutkimusta: ensimmäinen koskee lääkäri–potilas-keskusteluja (3.3), toinen kielellisesti epäsymmetrisiä keskusteluja (3.4) ja kolmas tulkattua vuorovaikutusta (3.5).

3.1. Keskustelunanalyysi

Keskustelunanalyysi sai alkunsa, kun sosiologi Harvey Sacks alkoi tutkia yhteisymmärryksen rakentumista keskustelutallenteiden avulla. Sacksin inspiraation lähteenä oli Harold Garfinkelin kehittämä etnometodologia, jossa tarkastellaan, kuinka ihmiset hyödyntävät normeja ja rakenteita toiminnassaan. Samoin kuin etnometodologiassa, myös keskustelunanalyysissä kantavana ajatuksena on, että sosiaalinen toiminta on jäsentynyttä ja perustuu jaettuun ymmärrykseen. Keskustelunanalyysi kuitenkin poikkeaa etnometodologiasta siten, ettei toiminnan jäsentymistä ja toimintaan suuntautumista kartoiteta selvittämällä ihmisten käsityksiä toiminnastaan vaan tarkastelemalla ihmisten puhetta ja toimintaa autenttisissa tilanteissa. (Sacksin luennot Gail Jeffersonin toimittamina ks. Sacks 1992; Sacks, Schegloff & Jefferson 1974; Heritage 1984; Hakulinen 1997a; Ten Have 2007; Maynard 2013.) Etnometodologian ohella keskustelunanalyysissä on hyödynnetty sosiologi Erving Goffmanin (esim. 1955; 1983) ajatuksia vuoro-

vaikutusjärjestyksestä ja vuorovaikutuksessa tehtävästä kasvotyöstä (keskustelunanalyysistä ja Goffmanista esim. Heritage 2008, 301–302). Keskustelunanalyysin voi myös ajatella sijoittuvan etnometodologian ja lingvistisen pragmatiikan kohtauspinnalle: etnometodologiassa tutkitaan, kuinka ihmiset noudattavat sosiaalisia sääntöjä arkielämässään (Heritage 1984), ja pragmatiikassa tutkimuksen kohteena on, kuinka ilmaukset saavat merkityksensä tilannekontekstissa (Peccei 1999). Suomessa keskustelunanalyysi kytkeytyy erityisen vahvasti lingvistiikkaan (esim. Hakulinen 1987; 1989; Lindholm, Stevanovic & Peräkylä 2016; ks. myös vuorovaikutuslingvistiikka, luku 3.2).

Keskustelunanalyysissa keskeistä on aineistolähtöisyys; analyysissa huomio on siinä, miten osallistujat itse suuntautuvat keskustelun yksityiskohtiin. Aineistona käytetään taltioitua, aitoa keskustelua. Keskustelunanalyysin kohteena voi olla lähes millainen vuorovaikutustilanne tahansa, ja tutkimusmateriaalia voidaan taltioida eri formaateissa aina äänitteistä ja kuvista videoihin ja ruutukaappausohjelmilla tehtyihin tallenteisiin tietokoneen näytön tapahtumista. Arki-keskustelujen ohella keskustelunanalyysin avulla on tarkasteltu jo pitkään erilaisia institutionaalisia keskusteluja, joissa on tietynlainen roolijako ja vakiintunut rakenne (Drew & Heritage 1992; Ruusuvuori, Haakana & Raevaara 2001). Tässä väitöskirjassa tarkasteltavat lääkärin vastaanottokeskustelut ovat yksi esimerkki institutionaalisista keskusteluista, joista on tehty erityisen runsaasti keskustelunanalyttistä tutkimusta (Sorjonen, Peräkylä & Eskola 2001; Heritage & Maynard 2006, ks. luku 3.3).

Keskustelunanalyttikkoja kiinnostaa ihmisten toiminta hyvin laajassa mielessä. Millaisia toimintoja keskustelussa on? Miten sekventiaalinen konteksti vaikuttaa toimintojen tulkitsemiseen? Kuinka toiminnoilla luodaan identiteettiä ja suhteita toisiin? Kuinka yhteisymmärrys saavutetaan ja kuinka sitä ylläpidetään? Tutkimusten myötä käsitys keskustelun koordinoituna ja jäsenellystä luonteesta on vain vahvistunut: ihmiset lukevat toistensa toimintaa hyvin kokonaisvaltaisesti ja reagoivat hienovaraisiinkin seikkoihin. Vuorovaikutuksessa ihmiset suuntaavat puheensa, liikkeensä, asentonsa ja katseensa tietyillä tavoilla viestiäkseen ja tullakseen ymmärretyksi tietyillä tavoilla. Keskustelua analysoidaan nykyään yleisesti monikanavaisena eli multimodaalisena toimintana, jossa merkityksiä luodaan ja jaetaan paitsi kielen ja kehon myös materiaalisten resurssien ja sähköisten järjestelmien välityksellä (esim. Goodwin 2000, Haddington & Kääntä 2011; Heath & Luff 2013; Mondada 2014; Peräkylä & Stevanovic 2016).

Tässä tutkimuksessa olen puheen ja kielen ohella syventynyt erityisesti eleisiin eli puhuttaessa tehtäviin kädenliikkeisiin. Eleillä ilmentetään puheen sisältöön ja kulkuun liittyviä seikkoja, minkä vuoksi ne ovat erityisen hyödyllisiä silloin, kun kielellinen ilmaisu on tavallista vaikeampaa esimerkiksi erilaisen kielitaidon tai kuulemisen ongelmien vuoksi (Kendon 1981; 2004; McNeill 1992 ja 2005; Goldin-Meadow 2003). Aineistossani eleiden käyttö linkittyy erityisesti kielelliseen epäsymmetriaan (luku 3.4). Eleiden osalta olen tutkimuksissani keskittynyt ikonisiin eli esittäviin ja deiktisiin eli osoittaviin eleisiin, joilla viestitään samoja

semanttisia merkityksiä kuin puheella, sillä tällaiset eleet ovat usein suhteellisen yksiselitteisesti tulkittavissa (eletyypeistä McNeill 1992, 12–17; 2005, 38–41).⁶

Koska keskustelunanalyysi edellyttää jo lähtökohtaisesti tallennetun materiaalin käyttämistä ja materiaalin tietynlaista käsittelyä ja analysointia (litteroinnista ja menetelmistä tarkemmin luvussa 4.2), se nähdään usein ennen kaikkea metodina eikä niinkään teoriana. Aineistolähtöisyyden toteutumiseksi keskustelunanalyysissa pyritään myös välttämään teorioista johdettuja hypoteeseja ja ennako-oletuksia, minkä vuoksi keskustelunanalyysia kontrastoidaan usein teorialähtöisiin lähestymistapoihin (ks. esim. Chapman 2011, 179–180). Keskustelunanalyysi ei kuitenkaan ole teorialähtöistä tutkimusta, sillä keskustelunanalyysin voi katsoa olevan itsessään teoria sosiaalisesta toiminnasta ja itsen ja toisten välisestä vuorovaikutussuhteesta (Heritage 2008; Lindholm, Stevanovic & Peräkylä 2016, 27; Voutilainen & Savijärvi 2016, 369; Stevanovic 2016, 408–409). Toisin sanoen keskustelunanalyysia voi pitää menetelmänä, joka pitää sisällään aivan erityisen näkemyksen ihmisten yhteistoiminnasta. Sen teoreettinen ydin on, että ihmiset suuntautuvat vuorovaikutukseen osallistuessaan ja toisia ihmisiä tulkitessaan aivan tietynlaisiin sosiaalisiin sääntöihin ja että nämä säännöt syntyvät ja muokkautuvat vuorovaikutuksen myötä. Keskustelunanalyysin metodisen järjestelmän avulla on puolestaan mahdollista etsiä näitä säännönmukaisuuksia, joiden varaan vuorovaikutus rakentuu ja joita se tuottaa. Havaitut säännönmukaisuudet kasvattavat keskustelunanalyttistä teoriaa, ja tätä teoriaa hyödynnetään aineiston tulkinnan tukena. Teoreettista antia on mahdollista soveltaa myös muunlaisia menetelmiä käyttävään tutkimukseen (Heritage 2008; Stevanovic 2016). Käsittelen keskustelunanalyysin teoriapohjan kannalta olennaisimpia säännönmukaisuuksia luvussa 3.1.2. Ennen sitä kuitenkin pohdin vielä, miten keskustelunanalyttinen teoria asemoituu yhteisymmärryksen tutkimuksen kentälle ja millaisia etuja ja mahdollisuuksia keskustelunanalyysi tutkimukselle tarjoaa.

3.1.1 Keskustelunanalyysi yhteisymmärryksen tutkimuksen kentällä

Keskustelunanalyysin tapa lähestyä yhteisymmärryksen muodostumista ja ylläpitämistä ei tietenkään ole ainoa mahdollinen. Yhteisymmärrystä tutkitaan esimerkiksi erilaisten filosofian ja psykologian teorioiden kautta sekä biologisena ja neurotieteellisenä ilmiönä. Tässä kohtaa on kuitenkin syytä panna merkille, että keskustelunanalyysin teoria on linjassa useiden muiden yhteisymmärrystä kartoitettavien teorioiden ja tutkimustulosten kanssa. Aivan yleisesti yhteisymmärrys nähdään intersubjektiivisenä, me-keskeisenä tilana, jossa ihmiset yhtäaikaaisesti samastuvat toisiinsa ja erottautuvat toisistaan havainnoimalla, tulkitsemalla ja

⁶ Muita eletyyppejä ovat esimerkiksi puheen rytmitykseen liittyvät syke-eleet sekä abstraktit eleet, joilla kuvataan muun muassa puheenaiheiden välillä liikkumista (McNeill 1992, 12–17; 2005, 38–41).

tuottamalla viestejä. Tämä yhteistoiminnallinen mekanismi on koko ihmisenä olemisen perusta. Se tulee toistuvasti esiin niin tutkittaessa yksittäisen keskustelun jäsentymistä kuin tarkasteltaessa ihmislajin vuorovaikutuksen kehitystä (Tomasello 2008); vauvojen ja lasten kommunikaatiokyvyn kehitystä (Meltzoff & Moore 1977; Tomasello 2003; Kunnari & Savinainen-Makkonen 2004), itsen kehitystä (Cicchetti & Beeghly 1990), empatian olemusta (Coplan & Goldie 2011) tai vaikkapa aivojen hermosolujen aktivoitumista toimimisen ja toiminnan havainnoimisen aikana (Gallese ym. 1996).

Itse asiassa hyvin erilaiset menetelmät johtavat samankaltaisiin loppupäätelmiin vuorovaikutuksen luonteesta. Neurotieteen urauurtavat havainnot peilisolujen⁷ olemassaolosta (Gallese 2010) näyttävät tarjoavan yhden fysiologisen näkökulman fenomenologi Merleau-Pontyn (1945: 234) ajatuksille kehollisista skeemoista ja siitä, miten ihminen kokee toisten ihmisten intentiot ikään kuin oman kehonsa sisältä käsin. Ruotsalainen kielitieteilijä Per Linell (1998; 2009) puolestaan kytkee yhteisymmärryksen tutkimuksen dialogiseen teoriaan, jonka mukaan ajattelu ja kieli nähdään ensisijaisesti itsen ja toisten välisen riippuvuussuhteen kautta. Dialoginen teoria vastustaa ajatusta täysin autonomisesta, yksilöllisestä subjektista, joka ajattelee ja puhuu itsenäisesti ja itsestään käsin. Linell (2009, 13) kirjoittaa: ”Our actions, thoughts and utterances are imbued with what others have done, are doing, and could be expected to do in the future”. Kuten edelliset, myös omat keskustelunanalyttiseen tutkimukseen perustuvat havaintoni yhteisymmärryksen rakentumisesta ovat johdettavissa samastumisen ja mukautumisen teemoihin. Palaan näihin pohdintoihin luvussa 7.1.

Mitä erityistä keskustelunanalyysi sitten tarjoaa vuorovaikutustutkimukselle? Keskustelunanalyysi lähestyy vuorovaikutusta suoraan vuorovaikutustilanteista käsin ja huomioi tilanteen kielellisen, kehollisen ja materiaalisen puolen sekä keskustelun asetelman lähtökohdat. Koska se suuntautuu yksittäisiin, ainutlaatuisiin tilanteisiin, sen kautta on mahdollista saada yksityiskohtaista tietoa aivan tietynlaisista vuorovaikutustilanteista ja niissä saavutetusta tai saavuttamatta jäävästä yhteisymmärryksestä. Erityisen hyvin keskustelunanalyysi sopii vastaamaan kysymykseen ”Miten?” (Ten Have 2007, 9–10). Keskustelunanalyysi palveleekin hyvin juuri tämän väitöstutkimuksen kysymyksiä.

Keskustelunanalyysin etuihin on luettava myös sen notkeus, minkä ansiosta se on syntymänsä jälkeen laajentunut moniin suuntiin. Keskustelunanalyysia on nimittäin mahdollista käyttää yhdessä muiden teorioiden ja metodien kanssa varsin innovatiivisillakin tavoilla. Pelkästään Suomessa sitä on viime vuosina yhdistetty esimerkiksi tunteiden tutkimukseen ja kiihtymystilaa mittaaviin fysiologisiin mittauksiin (Voutilainen ym. 2014; Peräkylä ym. 2015), silmänliikkeiden tutkimukseen (Hirvenkari ym. 2013), kansanlingvistiikkaan ja tilastollisiin menetelmiin (Priiki 2017) ja toimijuuden säätelyn ja prosodian tutkimukseen (Stevanovic & Kahri 2011). Keskustelunanalyysi ei enää myöskään rajoitu vain ihmisten välisen

⁷ Peilisolut ovat hermosoluja, jotka aktivoituvat sekä suoritettaessa jotakin toimintaa että silloin, kun samaa toimintaa havainnoidaan toisen tekemänä (Gallese 2010).

vuorovaikutuksen tutkimiseen, vaan sitä on sovellettu esimerkiksi ihmisen ja tietojärjestelmän välisen kanssakäymisen (Arminen & Poikus 2009) sekä ihmisen ja eläimen välisen vuorovaikutussuhteen tutkimiseen (Simonen 2017). Lisäksi keskusteluanalyysia hyödynnetään muuhunkin kuin tutkimukseen. Videoiden keskusteluanalyyttistä tarkastelua käytetään esimerkiksi vuorovaikutuskoulutuksen apuvälineenä. Tunnetuin esimerkki tällaisesta lienee Elizabeth Stokoan (2014) kehittämä CARM-metodi (The Conversation Analytic Role-play Method), jossa institutionaalista vuorovaikutusta kehitetään katsomalla ja arvioimalla katkelmia aidoista tilanteista ja keskustelemalla niistä.

Kokoavasti sanottuna keskusteluanalyysin vahvuus on, että sen teoria ja perusjäsenyykset, joita käsitellen seuraavassa luvussa, tarjoavat vuorovaikutuksen analysoimiselle tukevan pohjan, samalla kun sen metodinen näkökulma on joustava. Tässä tutkimuksessa olen yhdistänyt keskusteluanalyysiin etnografista tutkimusotetta kiinnittämällä huomiota tutkimusaiheen kulttuuriseen kontekstiin (ks. tarkemmin 4.1.2). Keskusteluanalyysin lisäksi käytän metodina vuorovaikutuslingvistiikkaa, jota käsitellen jäljempänä luvussa 3.2. Osatutkimusten menetelmistä kerron tarkemmin luvussa 4.2.

3.1.2 Keskustelun jäsentyminen

Keskusteluanalyysin perusjäsenyykset ovat vuorottelujäsenyys, sekvenssijäsenyys, korjausjäsenyys ja preferenssijäsenyys. Perusjäsenyyksiä on alun pitäen käsitelty universaaleina, kaikkia kieliä ja kulttuureja koskevinä säännönmukaisuuksina, mutta vasta hiljattain universaaliutta on alettu testata empiirisesti vertailemalla erikielisiä aineistoja toisiinsa systemaattisemmin (esim. Stivers ym. 2009; Enfield ym. 2013; Dingemanse & Enfield 2015). Keskustelun dynamiikka näyttää todella toimivan hyvin samalla tavalla kielestä ja kulttuurista riippumatta, mutta kulttuurispesifiset nyanssit ovat mahdollisia, ja niihin on alettu suhtautua avoimemmin (Dingemanse & Enfield 2015; Lindholm 2016c). Käsitellen seuraavaksi lyhyesti kutakin perusjäsenyyttä ja selitän samalla keskusteluanalyysin keskeisimmät termit.

Keskustelun voi aluksikin jakaa vuoroihin puhujan vaihtumisen perusteella. Vuorot voivat olla erimittaisia ja koostua yhtä hyvin monesta lausumasta kuin pelkästä hymähdyksestä (vuoron rakenneyksiköistä, *turn constructional units*, ks. Schegloff 2007, 3–7; Selting 2000). Vuorottelua ohjaavat monenlaiset periaatteet, mutta useimmiten tavoitteena on, että yksi puhuu kerrallaan ja vuoroa vaihdetaan ilman ennalta sovittua suunnitelmaa. (Sacks, Schegloff & Jefferson 1974, 700–701; Hakulinen 1997b; Drew 2013.) Se, miten seuraava puhuja valikoituu ja minkälaisissa kohdissa vuoronvaihdos tulee kyseeseen, on jo monimutkaisempaa ja riippuu esimerkiksi syntaktisista, pragmaattisista ja prosodisista yksityiskohdista, keskustelun asetelmasta ja osallistujien määrästä, meneillään olevasta toiminta-

jaksosta ja keskustelunaiheeseen ja samanmielisyyteen liittyvistä seikoista (*transition relevance places*, Selting 2000; Clayman 2013; ks. myös Ford & Thompson 1996). Vuorottelun periaatteet näyttävät olevan kutakuinkin universaalit, mutta kielten ja kulttuurien välillä on havaittu pieniä eroja esimerkiksi siinä, kuinka pitkiä taukoja puheenvuorojen välissä tyypillisesti on (Stivers ym. 2009).

Keskustelun vuorot ovat suhteessa toisiinsa; ne liittyvät edellisiin vuoroihin ja määrittävät tulevia, vastaavat aiempaan ja kutsuvat jatkoa (Drew 2013). Näin vuoroista muodostuu keskusteluun jaksoja eli sekvenssejä. Kaikkein kiteytyneimpiä sekvenssejä kutsutaan vieruspareiksi. Tällaisia ovat esimerkiksi tervehdys ja vastatervehdys sekä kysymys ja vastaus. Vierusparin aloittavaa vuoroa kutsutaan etujäseneksi ja seuraavaa vuoroa jälkijäseneksi. (Schegloff & Sacks 1973; Levinson 1983, 303–304; Raevaara 1997; 2016; Stivers 2013; Schegloff 2007, 13–27.) Aina vierusparit eivät kuitenkaan muodostu odotuksenmukaisesti, ja tällöin keskusteluun voi syntyä pidempiä ja monimutkaisempia sekvenssejä. Artikkelissani *Kysymykset* käsittelen nimenomaan tällaisia tapauksia. Siinä tarkastelun kohteena ovat tilanteet, joissa lääkäri esittää samansisältöisen kysymyksen uudelleen siitä syystä, ettei ensimmäistä kysymysvuoroa seuraa odotuksenmukainen vastausvuoro vaan jonkinlainen vuorovaikutusongelma tai viive. Esimerkissä 1 on eräs tällaisista sekvensseistä. Siinä lääkäri tiedustelee vastaanoton alussa potilaana olevan pienen pojan ikää tämän äidiltä (rivi 1), mutta kysymyksen jälkijäsen (*öö, silmä? öö, kipiä*, rivi 2) ei sovi yhteen kysymyksen kanssa. Lääkäri kysyykin pojan ikää kaikkiaan kolmella eri tavalla (rivit 1, 3 ja 5), ennen kuin saa sellaisen vastauksen, jota hakee.

Esimerkki 1. Pojan ikä. (L: suomi, Ä: potilaan äiti, dari)

- 1 L poika on- >minkä ikänen hän on.<
- 2 Ä öö, silmä? öö, kipiä.
- 3 L joo. joo, >mutta< poika mi:- kuinka vanha.
- 4 Ä ee †vanha vanha. em:-
- 5 L =tämä poika.=kuinka monta vuotta.
- 6 Ä neljä, NELjä.

Esimerkin 1 kaltaisten tapauksen kohdalla voidaan etu- ja jälkijäsenen ohella puhua positioista. Ensimmäinen kysymysvuoro muodostaa ensimmäisen position ja sen saama vastaus toisen. Lääkärin vuoro rivillä 3 on puolestaan niin sanottu kolmannen position vuoro, joka vastaa toisessa positiossa olevaan vuoroon. (Schegloff 1992; Kitzinger 2013, 247–249.) Erilaisista sekvensseistä voi muodostua yhteen kuuluvien sekvenssien ryhmiä, joita kutsutaan toimintajaksoiksi (*activities*, Heritage & Sorjonen 1994; Robinson 2013; *sequences of sequences*, Schegloff 2007, 195–212). Esimerkiksi lääkärin vastaanotolla keskustelun avaaminen, kysymysvaihe ja tutkimusvaihe ovat omanlaisiaan toimintajaksoja,

joihin kuuluu myös tietynlaisia kehollisen toiminnan elementtejä (vrt. Heath & Luff 2013).

Vuorottelu- ja sekvenssijäsennyksen ohella keskustelussa vaikuttavat korjaus- ja preferenssijäsennys. Korjausjäsennyksellä tarkoitetaan käytänteitä, joilla käsitellään puhumisen, kuulemisen ja ymmärtämisen ongelmia keskustelussa (engl. *repair*: Schegloff, Jefferson & Sacks 1977; Schegloff 1979; Kitzinger 2013; suomeksi Sorjonen 1997). Preferenssin käsitteellä puolestaan viitataan niihin keskusteluissa tehtäviin valintoihin, mitkä pitävät yllä solidaarisuutta ja kasvoja (Pomerantz 1984; Pomerantz & Heritage 2013; suomeksi Tainio 1997). Edellä oleva esimerkki 1 sopii havainnollistamaan molempia. Siinä lääkäri muotoilee esimerkissä puhetta uudelleen eli korjaa sitä. Rivillä 1 lääkäri jättää lausuman kesken ja vaihtaa sanajärjestystä (*poika on- minkä ikänen hän on*) ja riveillä 3 ja 5 hän muuttaa kysymyksen muotoilua (*mi:- kuinka vanha; kuinka monta vuotta*). Tällaista toimintaa keskustelussa kutsutaan itsekorjaukseksi (*self-correction*: Schegloff, Jefferson & Sacks 1977; Kitzinger 2013; suomeksi Sorjonen 1997), ja sen funktiona on muokata puhetta ymmärrettävämmäksi.

Vaihtoehtoisesti keskustelussa voi korjata keskustelukumppanin puhetta esittämällä suoran korjauksen tai korjausaloitteen, kuten *mitä* tai *täh*, johon keskustelukumppanin on tarkoituksenmukaista vastata korjaamalla sanomaansa (Drew 1997; Haakana 2011; korjausaloitteiden universaaliudesta Enfield ym. 2013; Dingemans & Enfield 2015). Preferenssijäsennyksen kannalta itsekorjaus on kuitenkin preferoidumpaa toimintaa kuin toisen korjaaminen, sillä oman ilmaisun osoittaminen vajavaiseksi on kohteliaampaa ja sovitettavissa saumattomammin keskustelun kulkuun (Schegloff, Jefferson & Sacks 1977; Tainio 1997; Stivers & Robinson 2006). Koska esimerkin 1 tilanteessa lääkäri on ensikielinen puhuja ja potilaan äiti kakkoskielinen, potilaan äidin laittaminen vastuuseen vuoro-vaikutuksen sujumisesta olisi sekä epäsovivaa että hankalaa. Potilaan äidin ei voi tässä tapauksessa olettaa kykenevän korjaamaan omaa vuoroaan ilman kysymysvuoron toistoa tai uudenlaista muotoilua, joten lääkäri ohjaa potilasta muuttamaan vastaustaan korjaamalla omaa puhettaan. Potilaan äidin kontekstiin sopimatonta vastausta lääkäri ei nosta esille (vrt. *en passant repair*, Kurhila 2006b, 39–43).

Esimerkin 1 ymmärrysongelmaa voisi lähestyä myös niin, että äiti esittäisi korjausaloitteen lääkärille, jolla on ensikielisenä puhujana enemmän resursseja muotoilla puhetta uudelleen. Miksi niin ei tapahdu? Keskusteluanalyysi ei selitä intentioita, mutta vastaus saattaa edelleen piillä preferenssijäsennyksessä. Nimittäin vierusparirakenteissa etu- ja jälkijäsenen välillä on normatiivinen sidos, jolloin jälkijäsenen puuttuminen tai sen vaihtaminen toisenlaiseen vuoroon on preferoimatonta (Levinson 1983, 332–336; Heritage 1984, 245–253; Schegloff 2007, 13–27). Kysymykseen odotetaan vastausta. Keskustelussa on ylipäättään vahva preferenssi jatkuvuuteen, jolloin kaikenlaiset katkokset ovat ei-toivottuja (Stivers & Robinson 2006). Esimerkissä 1 potilaan äiti näyttää siis ottavan riskin väärinymmärryksestä sen sijaan, että katkaisisi keskustelun etenemisen aloittamalla korjausjakson. Hän toimii sen tiedon varassa, joka hänellä on vastaanotto-

keskustelun aloittamisesta, ja vastaa lääkärille ottamalla esiin käynnin syyn (*öö, silmä? öö, kipii.*). Kuten esimerkki havainnollistaa, yhteisymmärryksen ylläpitäminen ja odotuksiin mukautuminen on kielellisesti epäsymmetrisissä keskusteluissa usein kompleksista (ks. myös luku 3.4).

Preferenssijäsennys vaikuttaa paitsi vuorojen tyyppiin myös vuorojen muotoiluun. Ei-preferoidut jälkijäsenet, kuten erimieliset kannanotot ja kutsusta kieltäytyminen, esitetään tyypillisesti pienellä viiveellä sekä lykkäävien ainesten ja selitysten kera (Pomerantz 1984; Pomerantz & Heritage 2013). Näillä keinoilla ei-toivottu toiminta pyritään tekemään mahdollisimman hienovaraisesti. Esimerkissä 1 lääkärin toinen kysymysvuoro rivillä 3 on tällainen ei-preferoitu vuoro, sillä keskustelukumppanin vastausta ei ole soveliasta kumota. Esimerkin lääkäri ei torjukaan potilaan äidin vastausta suoraan vaan myöntelee (*joo. joo*, myönnytelystä ks. Niemi 2015) ja aloittaa kysymisen uudelleen *mutta*-partikkelilla. Toisinaan preferenssijäsennyksen ja kasvojen suojelemisen aiheuttama paine saateetaan huomioida myös etujäsenen kohdalla. Esimerkiksi palveluksen pyytämistä ja arkaluonteisen asian kysymistä voidaan pohjustaa esikysymyksellä tai tuomalla esiin keskustelukumppanin mahdollisuus sivuuttaa asia, jos niin tahtoo (Tainio 1997, 106–108).

Keskusteluanalyysi vaatii kaikkien tässä esittelemieni jäsennysten tuntemusta, sillä jäsennykset toimivat sisäkkäin ja ovat voimassa yhtä aikaa. Vuoroista syntyy sekvenssejä ja laajempia toimintajaksoja, ja sekä vuorot että sekvenssit rakentuvat usein korjaamisen kautta ja preferenssijäsennyksen ehdoilla. Kaikkia jäsennyksiä ohjaavat pyrkimys toimia yhteistyössä ja yhteisymmärryksessä.

3.2 Vuorovaikutuslingvistiikka

Keskusteluanalyysi on alusta asti ollut kiinnostunut lingvistisistä ilmiöistä, ja osa alan tärkeimmistä julkaisuista on julkaistu nimenomaan kielitieteellisissä lehdissä (esim. Sacks, Schegloff & Jefferson 1974). Keskusteluanalyysin lisäksi on kuitenkin olemassa myös erillinen vuorovaikutukseen keskittyvä lingvistinen tutkimussuuntauksensa, josta käytetään nykyisin nimeä vuorovaikutuslingvistiikka (Selting & Couper-Kuhlen 2001; Couper-Kuhlen & Selting 2018). Vuorovaikutuslingvistiikassa tarkastelun kohteena on, miten sosiaalisen vuorovaikutuksen toiminnat rakentuvat kielen varaan, millaisilla kielellisillä ja prosodisilla yksiköillä merkityksiä luodaan ja millaisia merkityksiä kielelliset yksiköt vuorovaikutuksessa saavat. (Selting & Couper-Kuhlen 2001; Laury, Etelämäki & Couper-Kuhlen 2014.) Vuorovaikutuslingvistiikan ero keskusteluanalyysin on yksinkertaistaen se, että vuorovaikutuslingvistiikassa lähtökohtana ovat kielelliset muodot ja niiden käyttäminen vuorovaikutuksen eri toiminnoissa, kun taas keskusteluanalyysissa huomio on ensisijaisesti toiminnoissa ja vasta toissijaisesti niiden muotoilussa.

Vuorovaikutuslingvistiikassa kielioppi nähdään olemukseltaan vuorovaikutteisena, ja vuorovaikutuksen analysoimisessa hyödynnetään täsmällistä kielitieteellistä käsitteistöä. (Selting & Couper-Kuhlen 2001; Ochs, Schegloff & Thompson 1996). Kieliopin ja puhutun vuorovaikutuksen suhde on kiehtova, sillä puheen ajallisen ulottuvuuden vuoksi puheeseen sisältyy paljon keskeneräisyyttä, uudelleenmuotoilua ja täydentämistä verrattuna kirjoitettuun tekstiin. Kieliopillisia rakenteita voidaan keskustelussa myös luoda yhteistyössä niin, että yhden aloittama lausuma täydentyy seuraavan puhujan vuorossa (Helasvuo 2004). Keskustelussa merkitykset muodostetaankin puheen virrasta kontekstisidonnaisesti. Näin ollen esimerkiksi kysyä voidaan muutoinkin kuin kieliopillisten kysymyslauseiden avulla; vuorovaikutuslingvistiikan näkökulmasta olennaista on, millaisista aineksista kysymykseksi merkitseminen ja kysymykseksi tulkitseminen syntyvät. Keskustelun lingvistinen tarkastelu avaa näkymän yhteistoiminnan yksityiskohtiin ja ennen kaikkea eri kielten vuorovaikutuksellisiin erityispiirteisiin. Koska keskustelu on hyvin jäsentynyttä toimintaa, vuorovaikutuslingvistiikan avulla on mahdollista syventyä keskustelun kielioppiin. (Selting & Couper-Kuhlen 2001; Hakulinen 2016.) Vuorovaikutuslingvistiikka ei kuitenkaan edusta vain yhdenlaista kielioppiteoriaa, vaan soveltuvia teorioita on useita, esimerkiksi diskurssifunktionaalinen kielioppi, emergentti kielioppi, kognitiivinen kielioppi ja konstruktio-kielioppi (vuorovaikutuslingvistiikassa käytetyistä kielioppiteorioista kootusti Laury, Etelämäki & Couper-Kuhlen 2014).

Tutkimustani voisi kuvata vuorovaikutuslingvistiikasta ammentavaksi keskusteluanalyysiksi. En ole lähtökohtaisesti kiinnostunut minkään tietyn kielellisen elementin tai kategorian käytöstä ja rooleista keskustelussa, vaan erilaisista yhteisymmärrystä ylläpitävistä resursseista ja niiden ilmenemisestä vuorovaikutuksessa. Etenemistapani noudattaa siis keskusteluanalyysin mallia, jossa suunta on toiminnoista kohti muotoja eikä toisinpäin. Osassa artikkeleistani on kuitenkin selvästi lingvistinen ote ja lingvistisiä päämääriä. Artikkelissa *Kysymykset* tarkastelen uudelleenmuotoiltujen kysymysvuorojen aloittamisen tapaa sekä analysoin kysymysten syntaktisia ja leksikaalisia piirteitä selvittääkseni, millaisin keinoin kysymyksistä tehdään vastaanottajalle ymmärrettävämpiä. Artikkelissa *Selitykset* pohdin selittämisen kielellisiä elementtejä erittelemällä erilaisia selityksissä käytettäviä rakenteita ja sanastoa. *Päätöksenteko*-artikkelissa puolestaan analysoin päätösaloitteiden kielellistä muotoilua. Pohdin, mitä kielelliset valinnat kertovat päätösvallasta, päätöksen valmiudesta tai keskeneräisyydestä ja päätöksen aiheen suhteesta potilaan hoitoon ja vointiin (ts. esitetäänkö päätettävä asia olennaisena tai valinnaisena). Kaiken kaikkiaan tutkimukseni keskiössä on siis institutionaalisesti olennaisten toimintojen (lääkärin kysymykset ja selitykset, vaivasta ja hoidosta keskusteleminen, päätöksistä keskustelu) tarkastelu vuorovaikutuksellisten ja kielellisten piirteiden osalta.

Kielellinen näkökulma on väitöskirjassani olennaisessa asemassa myös siksi, että aineistossani kielellä ja sen ymmärtämisellä on erityinen merkitys kielellisen epäsymmetrian vuoksi. Tutkimukseni tuottaa tietoa ennen kaikkea sellaisista käytänteistä, joilla kielieron aiheuttamia ongelmia voidaan ehkäistä ja ratkaista.

Tällaista tutkimusta olisi vaikeaa tehdä ilman lingvististen yksityiskohtien analyysia ja lingvististä terminologiaa. Näenkin vuorovaikutuslingvistiikan tarpeellisuutena täydennyksenä keskusteluanalyysille, sillä vuorovaikutuslingvistiikka tarjoaa keskusteluanalyysia paremmat välineet kielellisten resurssien yksityiskohtaiseen analyysiin ja erittelyyn.

3.3 Lääkäri–potilas-vuorovaikutus institutionaalisen keskustelun tyyppinä

Tässä luvussa esittelen aiempaa lääkärin vastaanottokeskusteluja koskevaa keskusteluanalyyttistä tutkimusta. Rakennan väitöskirjassani analyysini erityisesti tämän tutkimustradition luomalle pohjalle, ja voisikin sanoa, että lääkäri–potilas-vuorovaikutusta koskeva keskusteluanalyyttinen tutkimus on väitöskirjani tärkein tutkimuksellinen lähtökohta. Olen ennen kaikkea kiinnostunut siitä, kuinka lääkäri ja potilas ymmärtävät toisiaan ja rakentavat keskustelua monikulttuurisilla vastaanotoilla.

Lääkärin vastaanottokeskustelut edustavat institutionaalista vuorovaikutusta. Institutionaaliset keskustelut poikkeavat arkikeskusteluista ensinnäkin siten, että ne on usein järjestetty tietyn protokollan mukaisesti ja niissä on ennalta määriteltyjä tavoitteita (Drew & Heritage 1992; Ruusuvuori, Haakana & Raevara 2001). Lääkärin vastaanottokeskustelu tapahtuu sovittuna aikana lääkärin työhuoneessa, ja vastaanottokäynnillä on olemassa jokin tietty potilaan terveyteen liittyvä syy, joka asettaa keskustelun päämäärät. Usein institutionaalisisissa keskusteluissa on myös vakiintunut rakenne (Drew & Heritage 1992; Ruusuvuori, Haakana & Raevara 2001). Näin on myös lääkärin vastaanottokeskusteluissa, joissa vakiintunut kaava on pääpiirteissään seuraava: 1) aloitus, 2) käynnin syyn selvittäminen, 3) sanallinen ja/tai fyysinen tutkimus, 4) diagnoosi, 5) hoidosta ja jatkotoimenpiteistä päättäminen ja 6) lopetus (Byrne & Long 1976). Vastaanoton eri vaiheita on tutkittu keskusteluanalyyttisesti 1980-luvulta saakka (esim. Heath 1981), ja eri vaiheisiin liittyvistä käytänteistä on jo olemassa paljon yksityiskohtaista tietoa. En käsittele eri vaiheiden kulkua tässä tarkemmin, mutta keskustelun institutionaalisen luonteen näkökulmasta on tärkeää huomata, että lääkäri ja potilas pyrkivät toteuttamaan keskustelun totutun kaavan mukaisesti ja tulkitsevat toistensa puhetta suhteessa siihen (Sorjonen, Peräkylä & Eskola 2001; Heritage & Maynard 2006). Näin ollen esimerkiksi lääkärin aloituskysymys saa potilaan aloittamaan vaivasta kertomisen, vaikka kysymys olisi muotoiltu väljästi esimerkiksi *Mitä kuuluu?* tai *Kuinka voin auttaa?* Normatiiviset odotukset näkyvät myös edellä esimerkissä 1, jossa lääkärin odotuksenvastainen kysymys lapsipotilaan iästä näkyy väärinymmärryksenä ja ennenaikaisena siirtymisenä vaivasta kertomiseen.

Institutionaalisisissa keskusteluissa keskustelukumppanien välillä on myös selkeitä asiantuntijuuteen, rooliin ja valtaan liittyviä eroja (Drew & Heritage 1992;

Ruusuvuori, Haakana & Raevaara 2001). Vastaanottokeskustelussa lääkäri toimii lääketieteellisen asiantuntijan roolissa ja potilas asiakkaan ja maallikon roolissa. Roolijaossa olennaista on tiedollinen epäsymmetria: lääkäriellä on lääketieteellistä tietoa, jota potilaalla ei ole ja jota potilas terveydentilansa vuoksi tarvitsee. (Sorjonen, Peräkylä & Eskola 2001; Heritage & Maynard 2006; vrt. kielellinen epäsymmetria luku 3.4.) Toisaalta taas potilaalla on paljon sellaista keskustelussa tarvittavaa tietoa, jota lääkäriellä ei ole, kuten tietoa oireista, tuntemuksista, olosuhteista jne. Vastaanottokeskustelussa kohtaa näin ollen kaksi erilaista ääntä: lääketieteen ääni ja potilaan kokemusmaailman ääni (*voice of medicine* ja *voice of lifeworld*, Mishler 1984). Tiedollisen epäsymmetrian rinnalla onkin havainnollista puhua vastaanoton erityisistä tietämykseen liittyvistä suhteista tai keskustelun episteemisestä asetelmasta (Heritage 2012). Keskustelussa niin sanottu episteeminen auktoriteetti on sillä, jolla on enemmän tietoa keskustelun aiheesta. Vastaanottokeskustelussa on episteemisyiden kannalta usein tilanne, jossa lääkärin lääketieteellinen tieto ja potilaan henkilökohtaisen kokemusmaailman tieto täydentävät toisiaan niin, että kummallakin osapuolella on oma episteemisen auktoriteetin alue (ks. osatutkimus *Päätöksenteko*; Landmark, Gulbrandsen & Svennevig 2015; Lindström & Weatherall 2015).

Suomalaisista vastaanottoaineistoista on tutkittu muun muassa lääkärikäynnin vaiheisiin liittyviä teemoja kuten lääkärin kysymyksiä ja käynnin syystä keskustelemista (Raevaara & Sorjonen 2001; Ruusuvuori 2000; Lindholm 2003; Korpela 2007), diagnoosin kertomista ja vastaanottamista (Peräkylä 2001; Ijäs-Kallio, Ruusuvuori & Peräkylä 2010), päätöksentekokeskustelua (Ijäs-Kallio, Ruusuvuori & Peräkylä 2010; Ijäs-Kallio 2011) ja lääkärin ohjeita (Sorjonen 2001b). Lisäksi on tutkittu esimerkiksi affekteihin vastaamista (Ruusuvuori 2007), naurua (Haakana 1999), potilaan elämäntavoista keskustelemista (Sorjonen, Haakana, Tammi & Peräkylä 2006) sekä potilaiden tekemiä diagnoosiehdotuksia (Raevaara 2000). Institutionaaliselle vuorovaikutustutkimukselle tyypilliseen tapaan edellä mainituissa tutkimuksissa tuloksia on tulkittu ja pohdittu suhteessa osallistujien väliseen roolijakoon ja valta-asetelmaan. Oma väitöskirjani täydentää tutkimuskenttää ottamalla tarkasteluun vastaanotot, joissa lääkäriellä ja potilaalla on eri äidinkieli ja kulttuuritausta. Lisäksi työssäni uutta on tulkittujen vastaanottojen sekä vastaanoton eleiden ja selitysten tarkastelu.

Vaikka kotimainen tutkijayhteisö on suhteellisen pieni, kansainvälisesti katsottuna kliinisen vuorovaikutuksen keskusteluanalyttinen tutkimus on oma alansa. Se on ollut viime vuosina varsin vetovoimainen, mistä osoituksena on esimerkiksi joka toinen vuosi järjestettävä kansainvälinen konferenssi CACE (Conference on conversation analysis and clinical encounters)⁸. Tutkijayhteisön kasvaessa myös tutkimusaiheet ovat laajentuneet. Viime vuosina on esimerkiksi tarkasteltu vuorovaikutusta saattohoidon (Pino ym. 2016) ja kirurgian (White & Cartmill 2016) konteksteissa. Lisäksi keskusteluanalyttista tutkimusta tehdään

⁸ Olen pitänyt vuoden 2015 CACE:ssa esitelmän eleiden käytöstä monikulttuurisilla vastaanotoilla.

eri sairauksiin ja terveydentiloihin, kuten muistisairauksiin (esim. Lindholm 2016a) ja syöpään (esim. Robinson ym. 2016), liittyvistä teemoista. Tutkimuskohteiden monipuolistumisen myötä myös monimenetelmäisyys on lisääntynyt, ja keskustelunanalyysia on alettu käyttää terveydenhuollon ammattilaisten koulutuksen, työskentelytapojen kehityksen ja suunnittelun ja jopa diagnostiikan tukena (esim. Jenkins & Reuber 2014; Randell ym. 2014; Bigi 2015; Blackburn ym. 2016). Oma väitöstutkimukseni edustaa myös ajankohtaista, käytännön näkökulman huomioivaa suuntausta, sillä se on syntynyt yhteiskunnallisten muutosten ja havaittujen epäkohtien myötä. Kiinnostukseni kohteena ovat kieli- ja kulttuurierojen vaikutukset ja niiden rakentava huomioiminen vastaanotto-keskusteluissa. Tutkimukseni ei kuitenkaan sinänsä tuota uusia suosituksia tai valmiita toimintamalleja, vaan pikemminkin avaa tietä sellaisten luomiselle (ks. Paananen 2017a ja 2017b; 2019; Paananen & Leminen 2016; Tienhaara & Paananen 2019).

3.4 Kielellisesti epäsymmetrinen vuorovaikutus

Siinä missä lääkäri–potilas-vuorovaikutus on tutkimukseni lähtökohta, monikulttuurisuus ja kielellinen epäsymmetria ovat tutkimukseni kannalta merkityksellisiä olosuhteita. Olen kiinnostunut siitä, miten kieli- ja kulttuuriero vaikuttavat lääkärin ja potilaan välisen yhteisymmärryksen rakentamiseen, sekä siitä, millaisia resursseja tällaisessa vuorovaikutuksessa hyödynnetään. Tässä luvussa tarkastelen kokoavasti aiempaa tutkimusta kielellisesti epäsymmetrisestä vuorovaikutuksesta. Tulkattua vuorovaikutusta käsittelem erikseen luvussa 3.5.

Kielellisellä epäsymmetrialla tarkoitetaan tilanteita, joissa keskustelukumppaneilla on kielellisen ilmaisun suhteen jonkinlainen kompetenssiero. Kielellinen epäsymmetria ei siis koske ainoastaan sellaisia tilanteita, joissa keskustelun osapuolilla on keskenään eri äidinkieli, vaan myös esimerkiksi lapsen ja aikuisen välistä vuorovaikutusta sekä keskustelua kehitysvammaisen tai muistisairaana kanssa. Leealaura Leskelä ja Camilla Lindholm ovat toimittaneet kielellisestä epäsymmetriasta kokoomateoksen *Haavoittuva keskustelu: Keskustelunanalyttisiä tutkimuksia kielellisesti epäsymmetrisestä vuorovaikutuksesta* vuonna 2012. Teos kokoaa kielellisen epäsymmetrian vaikutuksia vuorovaikutukseen sekä erittelee tietätyntyyppisten tilanteiden erityispiirteitä.

Yleistävästi voidaan todeta, että kielellisesti epäsymmetrisessä vuorovaikutuksessa on usein sujumiseen liittyviä haasteita: puheen tuottaminen voi olla heikommin osaavalle osapuolelle hidasta ja vaikeaa. Erilaisten tilanteiden vertailun kautta kuitenkin hahmottuu, ettei keskustelun haastavuus epäsymmetrisissä tilanteissa koske ainoastaan sitä osapuolta, jonka kielellinen kompetenssi on heikompi, nimittäin niin sanotusti osaavampi osapuoli ei voi käyttää kompetenssiaan samoin kuin symmetrisissä keskusteluissa vaan joutuu

mukauttamaan ilmaisuaan toisen taitotasoon sopivaksi, mikä voi olla työlästä. (Leskelä & Lindholm 2012.) Osaavampi osapuoli saattaa myös pyrkiä auttamaan heikompaa osapuolta puheen tuottamisessa täydentämällä tämän puhetta. Tällainen apu saattaa kuitenkin johtaa siihen, että heikommin osaava osapuoli saa keskustelussa vain vähän tilaa, jolloin keskustelusta tulee epäsymmetristä myös osallistumisen suhteen. (Leskelä & Lindholm 2012; Lindholm 2012; Kurhila 2012 sekä 2006a ja 2006b.) Osallistumisen liiallinen epäsymmetrisyys onkin eräs niistä huolista, jotka monikulttuurisiin lääkärin vastaanottoihin liittyvät. Huoli koskee ennen kaikkea potilaita, sillä kielellinen epäsymmetria tiedollisen epäsymmetrian lisänä saattaa vähentää potilaan mahdollisuuksia selviytyä institutionaalisesta roolistaan ja vaikuttaa myös potilaan kohteluun.

Toisaalta kielellisesti epäsymmetriset tilanteet ovat keskenään hyvin erilaisia sen suhteen, millaisia eroja kompetenssissa on, kuinka pysyvää epäsymmetria on ja kuinka tietoisia puhujat ovat omasta kompetenssistaan. Keskusteluja, joissa epäsymmetria johtuu siitä, että keskustelun osapuolilla on eri äidinkieli, on kutsuttu kakkoskielisiksi (esim. Kurhila 2006a ja 2006b; Lilja 2010 ja 2012). Kakkoskielisissä keskusteluissa kielellinen epäsymmetria ei johdu psyykkisistä tai fysiologisista rajoituksista. Puhuttavaa kieltä heikommin osaava eli kakkoskielinen osapuoli tiedostaa puutteensa, ja hänellä on mahdollisuus kehittää osaamistaan jatkuvasti. Lisäksi on huomattava, että kakkoskielinen on jonkun muun kielen ensikielinen puhuja ja että tätä kieltä puhuessaan hänen statuksensa on toisenlainen. (Halonen 2010; Leskelä & Lindholm 2012.)

Aiemman tutkimuksen perustella kakkoskieliselle vuorovaikutukselle näyttää olevan tyypillistä, että osapuolet identifioituvat ensikielisen ja kakkoskielisen rooleihin. Tällöin ensikielinen ottaa kielen suhteen asiantuntijan roolin ja kakkoskielinen vähemmän tietävän roolin. Kakkoskieliseen osapuoleen voidaan myös suhtautua kielenoppijana. (Kalin 1995; Kurhila 2006a ja 2006b; Suni 2008; Lilja 2010 ja 2012.) Vuorovaikutuksen ongelmiin voidaan puolestaan suhtautua ensisijaisesti kakkoskielisen osapuolen kielitaitoon liittyvinä ongelmina. Se ei kuitenkaan tee ongelmien käsittelystä erityisen helppoa. Kurhila (2001, 2003, 2006b) on nimittäin havainnut, että erityisesti sellaisissa tilanteissa, joissa kielen oppiminen ei ole fokuksessa, ensikieliset haluavat välttää kielellisen epäsymmetrian korostumista ja suojella kakkoskielisen osapuolen kasvoja käsittelemällä ongelmia vain implisiittisesti. Kakkoskieliset keskustelijat sen sijaan saattavat päinvastoin haluta tuoda kielitaitoon liittyvät rajoituksensa esille, jotta ongelmien syyksi ei hahmottuisi mikään muu syy, kuten tiedon puute. Tasapainoilu kieliongelmiin, ymmärtämisen ja kohteliaisuuden välillä näkyy myös omassa aineistossani, kuten edellä esittämässäni esimerkissä 1, jossa lääkäri ei puheessaan tuo ilmi, ettei potilaan äidin puhe potilaan kipeästä silmästä vastaa lääkärin kysymykseen potilaan iästä. Kielitaitoon liittyvien roolien huomioiminen näyttääkin olevan jokseenkin haastavaa lääkärin ja potilaan rooleissa toimittaessa, sillä vastaanoton kontekstissa kielenoppiminen ei kuulu keskustelun ensisijaisiin tavoitteisiin.

On kuitenkin tärkeää huomata, ettei kielellinen epäsymmetria välttämättä aiheuta vuorovaikutukseen ongelmia, vaan keskustelu voi olla sujuvaakin. Nähdäkseni kielellinen epäsymmetria voi myös saada aikaan aivan erityistä yhteistyöhakuisuutta (luku 6; *Eleet, Kysymykset, Selitykset*). Myös Suni (2008) on kiinnittänyt tutkimuksessaan huomiota siihen, että ensikielinen ja kakkoskielinen osapuoli jakavat ilmaisuvarantoaan toisilleen. Kakkoskielinen voi lainata ensikielisen käyttämiä ilmaisuja, ja ensikielinen poimia käyttöönsä kakkoskielisen tunteita ilmauksia. Keskustelussa rakennetaan tällöin yhteistä resurssivarantoa.

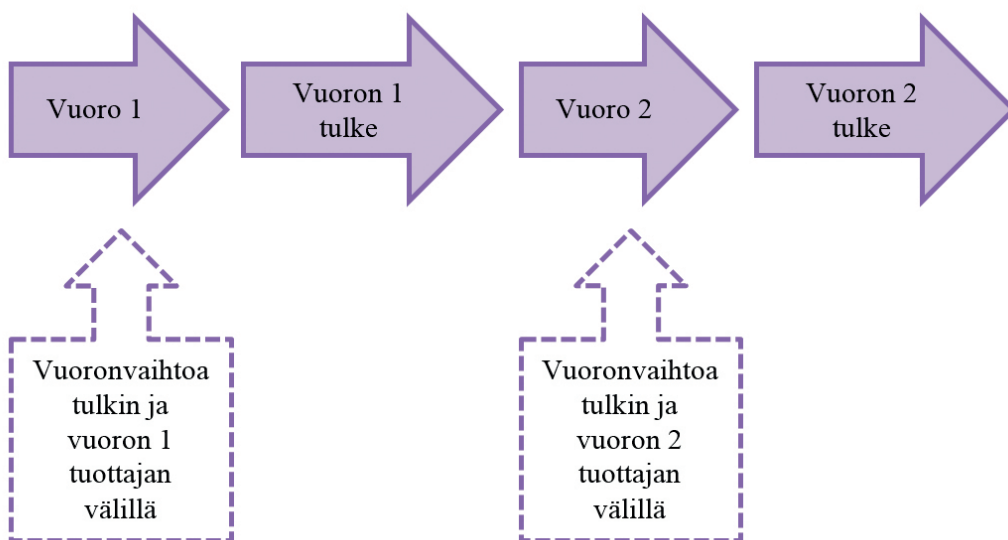
3.5 Tulkattu vuorovaikutus

Olen ottanut väitöstutkimukseeni mukaan myös tulkattuja vastaanottoja ja artikkelin *Tulkkaus* olen omistanut kokonaan tulkatuille vastaanotoille. Tulkatun lääkäri–potilas-vuorovaikutuksen sisällyttäminen tutkimukseen on tärkeää, jotta monikulttuuristen vastaanottojen kirjo tulee esiin: vuorovaikutus voi niissä olla paitsi kielellisesti epäsymmetristä myös monikielistä. Tulkatuilla vastaanotoilla tulkki toimii lääkärin ja potilaan välissä ja välittää puhetta kahdella kielellä, jolloin keskustelun molemmat osapuolet voivat puhua äidinkieltään.⁹ Tulkkauksen ansiosta kumpikaan keskustelun pääasiallisista osapuolista ei siis joudu toimimaan heikommin kieltä osaavan roolissa. Toisaalta tulkkaus saa kuitenkin aikaan sen, että vuorovaikutus kulkee ja jäsentyy toisin. Käsittelen seuraavaksi tulkatun vuorovaikutuksen erityispiirteitä kokoavasti.

Aivan ensimmäiseksi haluan nostaa esiin sen, että tulkkaus on teknisesti haastavaa työtä. Kielet ovat keskenään erilaisia sekä rakenteeltaan että ilmaisuvarannoltaan, mikä voi tehdä kääntämisestä hankalaa ja joskus jopa mahdotonta. Lisähaasteen tulkin työlle tuo se, että tulkkaus tehdään keskustelun reaaliajassa; tulkin on tehtävä ratkaisunsa suhteellisen nopeasti. Asioimistulkin on kielen kääntämisen ohella osallistuttava myös keskustelun koordinoimiseen. Asioimistulkki huolehtii yhteisymmärryksestä välittämällä ja muokkaamalla puheenvuoroja sekä selvittämällä ymmärrysongelmia. (Wadensjö 1992.) Tulkin keskustelua tukeva rooli saattaa kuitenkin myös saada aikaan sen, että tulkkiin kohdistetaan sellaisiakin odotuksia, jotka eivät kuulu tulkin toimenkuvaan. Tulkkien voidaan esimerkiksi odottaa toimivan avustajina, liittolaisina tai lisäinformaation lähteinä (esim. Forsander 1996). Tulkkien ammattisäännösten mukaan tulkkauksen tulee kuitenkin aina olla puolueetonta ja kunnioittavaa (NSPIHC 2005; SKTL 2013). Koska tulkkaus vaatii monenlaista osaamista ja eettistä työtettä, kuka tahansa useaa kieltä puhuva ei kykene tulkkamaan. Ammattitulkin ja niin sanotun *ad hoc* -tulkin välillä onkin tutkitusti huomattava ero (Karliner ym. 2007; Flores ym. 2012).

⁹ Tulkkauksessa voidaan käyttää myös jotain muuta tulkattavan osaamaa kieltä, mutta aineistossani kaikki potilaat puhuvat tulkille äidinkieltään.

Vuorovaikutuksen näkökulmasta on hyvä ottaa huomioon, että tulkkaus muuttaa keskustelun kahdenvälisestä kolmenväliseksi, jolloin myös vuorottelu toimii toisin. Tämän tutkimuksen aineistossa asioimistulkkaus on toteutettu dialogisena konsekutiivitulkkauksena eli siten, että tulkki tulkkaa puhetta kokonaisuuksittain, yleensä vuoro kerrallaan, ja aloittaa tulkkauksen vasta kokonaisuuden tultua loppuun (*dialogue interpreting*, Wadesjö 1992; Baraldi & Gavioli 2012; tulkkauksen eri muodoista ks. Russell & Takeda 2015). Periaate on siis, että lääkärin ja potilaan vuoroja seuraa aina tulke, mutta käytännössä tulkki voi keskustella vuoron tuottajan kanssa yksityiskohdista ennen tulkkeen tuottamista, jolloin keskustelu jakaantuu hetkittäin kahdenväliseksi keskusteluksi tulkin kanssa (Hale 2007). Havainnollistan asioimistulkkauksen etenemistä kuviolla 1.



Kuvio 1. Asioimistulkkauksen eteneminen aineistossa.

Kahdenväliseksi tarkoitettun keskustelun käyminen kolmannen osapuolen läsnäollessa ei välttämättä ole ihanteellista. Esimerkiksi juuri lääkärin vastaanoton arkaluonteisissa kontekstissa tulkkaus voi herättää epäluottamusta (Schubert & Kruus 2010; Wiking, Sundqvist & Saleh-Stattin 2013). Epäluottamusta eivät tunne ainoastaan potilaat, joiden henkilökohtaisia asioita vastaanotolla käsitellään, vaan myös lääkärit, sillä tulkatuissa keskusteluissa ei ole mahdollista kontrolloida välittämäänsä viestiä samalla tavalla kuin yksikielisissä keskusteluissa.

Huoli siitä, ettei tulkkaus ole kyllin tarkkaa, saattaa joskus olla myös aiheellinen. Tulkeilla on nimittäin havaittu taipumusta tulkata potilaiden vuorot epätarkemmin kuin lääkärin ja lyhentää potilaiden vuoroja sen mukaan, minkä olettavat olevan lääkärin mielestä turhaa (Bolden 2000; Aranguri ym. 2006). Osallistumisen epäsymmetrisyys näyttää siis uhkaavan potilaita tulkatuillakin vastaanotoilla. Joissakin tutkimuksissa on myös havaittu, että tulkit voivat ottaa

roolin ja tarjota potilaille tietoa ja hoito-ohjeita oma-aloitteisesti (Hsieh 2007; White & Laws 2009). Tulkatun vuorovaikutuksen onnistuminen ei kuitenkaan ole vain tulkkauksen onnistumisesta kiinni, vaan siihen vaikuttavat kaikki keskustelun osapuolet sekä keskustelun järjestelyt, kuten keskustelulle varattu aika ja tila (esim. Kinnunen 2013).

Kokoavasti voidaan todeta, että tulkin avulla keskusteleminen eliminoi vuorovaikutuksesta joitakin kieli- ja kulttuurieroon liittyviä ongelmia mutta nostaa esille erilaisia haasteita. Haastavuudesta huolimatta tulkkaus on tärkeä ja hyödyllinen palvelu monikulttuurisessa ja -kielisessä yhteiskunnassa, minkä vuoksi tulkattujen vastaanottojen yhteisymmärrystä rakentavia keinoja on syytä tutkia, tuoda esille ja jakaa eteenpäin. Tähän väitöskirjassani pyrin.

4 Aineisto ja menetelmät

Tässä luvussa esittelen käyttämäni aineiston ja menetelmät. Aloitan kertomalla lyhyesti Monikulttuuriset kohtaamiset lääkärin vastaanotolla -hankkeesta ja sitä varten kerätystä aineistosta (4.1). Tämän jälkeen selvitan aineiston keräämiseen ja käsittelyyn liittyvät eettiset seikat (4.1.1) ja pohdin aineiston keräämisen etnografista puolta (4.1.2). Viimeisessä aineistoa käsittelevässä luvussa esittelen aineiston sisällön (4.1.3). Menetelmäluvussa (4.2) keskityn tutkimukseni tekniseen puoleen eli siihen, miten olen toteuttanut keskusteluanalyysia ja vuorovaikutuslingvistiikkaa tutkimuksessani käytännön tasolla. Havainnollistan luvussa käyttämäni litterointitapaa sekä selostan osatutkimusten kulun pääpiirteissään.

4.1 Monikulttuuriset kohtaamiset lääkärin vastaanotolla -hankkeen video- ja ääniteaineisto

Tutkimuksen aineisto on kerätty Monikulttuuriset kohtaamiset lääkärin vastaanotolla -hanketta varten. Hankkeen perusti professori Marja-Liisa Honkasalo vuonna 2012 Turun yliopistossa yhdessä palvelujohtaja Maisa Kuuselan (nyk. terveyspalveluyksikön johtaja, LT), terveyskeskuslääkäri Valentina Orozan ja yliopistonlehtori Sanna Raudaskosken kanssa. Hankkeen tavoitteena oli analysoida autenttisia lääkärin vastaanottoja ja tuottaa tällä tavalla perustavanlaatuisia ja yksityiskohtaista tietoa monikulttuuristen kohtaamisten erilaisista aspekteista. Hanke sai Turun kaupunkitutkimukselta vuoden mittaisen apurahan aineiston keräämistä ja käsittelyä varten, ja apuraha käytettiin projektitutkijan palkkaamiseen. Avoimen haun jälkeen projektitutkijaksi valittiin allekirjoittanut. Hanke anoi tutkimukseen tarvittavat luvat Turun yliopiston eettiseltä toimikunnalta, ja puoltavan lausunnon jälkeen tutkimukseen etsittiin osallistujia eri terveysasemilta Turusta. Turun kaupungin apurahakauden päätyttyä videoin vastaanottoja oman väitöskirjarahoitukseni turvin myös muissa kaupungeissa Varsinais-Suomessa. Aineisto on taltioitu vuosien 2012–2014 aikana kaikkiaan seitsemältä eri terveysasemalta eli julkisen perusterveydenhuollon piiristä. Hankkeen moni-

kulttuurisia kohtaamisia koskeva aineisto koostuu kaikkiaan 52 vastaanotto-tallenteesta, ja hyödynnän artikkeleissani tästä yhteensä 48:aa (ks. luku 4.1.3).

Hankkeen aineisto on suunniteltu sopimaan keskustelunanalyttiseen tutkimukseen. Se on peräisin niin sanotusti luonnollisesti esiintyvistä tilanteista, eli vastaanottoja ei ole järjestetty tutkimusta varten, vaan ne olisivat tapahtuneet muutenkin (ks. Mondada 2013; Vatanen 2016). Aineistoa keräävä tutkija ei ole myöskään puuttunut mitenkään keskustelunkulkuun eikä ollut videoinnin aikaan huoneessa. Videomuotoinen tallentaminen mahdollistaa multimodaalisen vuorovaikutuksen tutkimuksen, mikä on tässä tutkimuksessa ollut tärkeää. Lääkäriin vastaanottojen videoimisessa on kuitenkin huomioitava monenlaisia eettisyyteen ja henkilösuojaan liittyviä seikkoja, joita käsitellen tarkemmin seuraavaksi.

4.1.1 Aineiston keräämisen ja käsittelyn eettiset periaatteet

Keskustelun tallentamisen vaikutuksista vuorovaikutukseen on käyty keskustelua. On pohdittu, onko taltioitu keskustelu luonnollista keskustelua ja onko esimerkiksi institutionaalisten tilanteiden videoiminen eettisesti kestävällä pohjalla. Parry ym. (2016) ovat perehtyneet terveydenhuollon parissa tehtyihin tutkimuksiin ja toteavat katsauksessaan, ettei videointi näytä vaikuttavan negatiivisesti vuorovaikutuksen laatuun ja siten potilaan saamaan hoitoon ja ettei menetelmä kuormita osallistujia esimerkiksi ajankäytön suhteen. Themessl-Huberin ym. (2008) katsauksen perusteella potilaat saattavat kokea ajatuksen videoinnista jokseenkin epämiellyttävänä, mutta varsinainen videointi voi muuttaa käsitystä positiivisemmaksi; videointiin osallistuneet potilaat raportoivat tyypillisesti, ettei videointi tunnu vaikuttavan vuorovaikutukseen. Myös useimmat tähän tutkimukseen osallistuneet kertoivat unohtaneensa kameroiden olemassaolon hyvin nopeasti ja pitivät menetelmää helpompana kuin olivat olettaneet. Vastaanottojen tallenteissa jalustalla olevaan kameraan kiinnitetään suoraa huomiota hyvin vähän. Ilmiö liittyyneen vastaanotto-keskustelujen luonteeseen: kun käynnillä on aito syy, jota selvitetään samoin kuin muutenkin, videointi ei juuri vaikuta vastaanoton kulkuun. Tässä mielessä vastaanottojen videoimista voidaan siis pitää hyväksyttävänä, ei-kajoavana menetelmänä.

Video- ja ääniteaineiston hallussapito, käsittely ja tutkiminen edellyttävät kuitenkin aivan erityisiä toimenpiteitä ja lupia. Vastaanottotallenteet luokitellaan arkaluonteiseksi materiaaliksi, sillä ne sisältävät tietoa tutkimuksen osallistujien terveydentilasta, sairauksista ja hoidosta sekä yksityiselämästä ja menneisyydestä. Arkaluonteisen materiaalin keräämisestä ja käsittelystä säädetään laissa (Henkilötietolaki 523/1999). Tutkimukseen, jossa käytetään henkilötietoja sisältävää aineistoa, onkin aina valmistauduttava huolellisesti. On hankittava tarvittavat luvat ja otettava selvää säädöksistä. Monikulttuuriset kohtaamiset lääkärin vastaanotolla -hankkeella on Turun yliopiston eettisen toimikunnan puoltava lausunto. Koska

videoaineisto sisältää tunnistetietoja, aineisto ei ole vapaasti saatavilla, ja anonymisoimattomia tallenteita saavat katsoa vain hankkeen tutkimusryhmän jäsenet, tutkimusavustajat ja tutkielmien tekijöiden ohjaajat.

Tutkimukseen osallistuminen on ollut vapaaehtoista, ja kaikki osallistujat ovat saaneet tutkimuksesta sekä aineiston käsittelystä ja säilyttämisestä tietoa ennen osallistumistaan. Myös tulkkien osallistuminen on ollut vapaaehtoista, joten sellaisia vastaanottoja ei ole taltioitu, joissa potilas olisi suostunut, mutta tulkki ei. Jokainen osallistuja on allekirjoittanut kirjallisen tutkimusluvan ja saanut mukaansa hankkeen kuvauksen ja aineiston käsittelyä koskevan sopimuksen (ks. liitteet 1–3). Suostumuksen vastaanottajan roolissa olen allekirjoittanut jokaisen tutkimusluvan myös itse, sillä lupiin kirjatut sopimusehdot ovat hankkeen kannalta sitovia: tutkijoiden on suojattava aineisto ulkopuolisilta, eikä osallistujien henkilökohtaisia tietoja saa kertoa. Tutkimuslupiin on myös kirjattu, että osallistujilla on oikeus kieltäytyä tutkimuksesta milloin tahansa syytä ilmoittamatta ja pyytää, että jo nauhoitettu aineisto tuhotaan. Osallistumisesta ei ole maksettu palkkiota.

Tutkimuslupiin on kirjattu osallistujien nimi, ikä, sukupuoli ja äidinkieli. Potilaita ei ole valikoitu käynnin syyn tai iän perusteella, mutta psykoosipotilaat ja ilman vanhempiaan lääkärissä asioivat alle 18-vuotiaat on jätetty tutkimuksen ulkopuolelle. Maahanmuuttajaosallistujia ei ole valikoitu Suomeen muuton syyn perusteella, eikä osallistujien kielitaitoa ole arvioitu tutkimusta varten. Kaikessa kirjallisessa ja julkaistussa materiaalissa henkilökohtaiset tiedot on muokattu muotoon, josta nimet, asuinpaikat, työpaikat tai muut tunnistamisen mahdollistavat tiedot eivät käy ilmi. Esimerkiksi kaikki henkilön- ja kadunnimet on litteroidussa materiaalissa muutettu ja kuvamateriaali anonymisoitu.

Koska olen ollut Monikulttuuriset kohtaamiset lääkärin vastaanotolla -hankkeessa mukana varhaisesta vaiheesta saakka ja kerännyt aineiston itse, olen saanut aineiston käyttöni kokonaisuudessaan sen sijaan, että minun olisi tarvinnut anoa siitä käyttöni osia kerrallaan. Lisäksi olen tavannut jokaisen tutkimukseen osallistuneen sekä käynyt terveysasemilla ja lääkärin työhuoneissa. Tässä mielessä tutkimukseni ei ole alkanut vasta tallenteista, vaan tallenteiden hankkiminen on ollut merkittävä osa prosessiani. Käsittelen tutkimukseni etnografista puolta seuraavaksi tarkemmin.

4.1.2 Aineisto ja tutkimuksen etnografinen näkökulma

Etnografia on kulttuurintutkimuksen keskeinen teoreettinen lähestymistapa ja menetelmä, jolle on olemassa useita määritelmiä. Tässä tutkimuksessa ymmärän etnografian metodologiaksi, jossa kulttuuria, yhteisöä, ryhmää tai käytäntöä tutkitaan ikään kuin sisältäpäin, tutkittavien lähtökohdista. Etnografian tavoitteena on luoda tutkittavasta asiasta tiheä kuvaus havainnoimalla sitä intensiivisesti ja osallistumalla siihen itse. (Geertz 1973; Honkasalo & Leppo 2008; Lappalainen

ym. 2008; Hämeenaho & Koskinen-Koivisto 2014; Lindholm 2016c.) Vaikka väitöstutkimukseni perustuukin taltioidun vastaanottoaineiston analyysiin, tutkimustani on edeltänyt huomattava määrä erilaisia tapaamisia ja kenttätyötä, joita voidaan pitää etnografisina elementteinä. Keskustelunanalyysin tekeminen ei varsinaisesti edellytä etnografiaa, ja niin sanotun puristisen keskustelunanalyysin kannattajien mukaan keskusteludatan ulkopuolisia tietoja kontekstista ja keskustelukumppanien välisistä suhteista ei tulisi kerätä eikä hyödyntää (Schegloff 1997; ten Have 2007). Vastakkainen näkemys – johon itse yhdyin – on, että ilman ymmärrystä taustasta ja kulttuurisesta kontekstista johtopäätösten tekeminen on vaikeaa. Tutkijat hyödyntävät tietoaan laajemmista etnografisista konteksteista myös tiedostamattaan. (Moerman 1988; Arminen 2000; Peräkylä ym. 2005; Maynard 2006; Lindholm 2016c.) Omaa tutkimustani voisi kutsua kulttuurisesti kontekstoiduksi keskustelunanalyysiksi. Havainnollistan tätä seuraavaksi kuvaamalla aineiston keruuta etnografisesta näkökulmasta ja erittelemällä suhdettani tutkimuskohteeseen.

Tutkimuksen osallistujien rekrytointi on aloitettu lääkäreistä, ja osallistumisesta on sovittu myös lääkärien esimiesten tai koko terveysaseman johdon kanssa. Potilaita puolestaan ei ole valittu ennakkoon, vaan vastaanottojen videointi on tapahtunut siten, että lääkärien kanssa on sovittu kuvauspäivät, jolloin olen ollut paikalla koko sen ajan, kun lääkärillä on ollut vastaanottoja. Kuvauspäivinä olen ensin asentanut kamerat jalustojen avulla paikalleen lääkärin huoneeseen ja keskustellut tutkimuksesta lääkärin kanssa. Tämän jälkeen olen siirtynyt odotustilaan, jossa olen ottanut potilaisiin kontaktin ennen vastaanoton alkamista ja keskustellut tutkimukseen osallistumisesta. Mikäli potilaat ovat sopineet tutkimusasetelmaan (S2-potilaat ja tulkin kanssa asioivat potilaat S1-lääkärin vastaanotoilla, ja S1-potilaat S2-lääkärin vastaanotoilla) ja olleet halukkaita osallistumaan, olemme käyneet tutkimuslupien sisällön yhdessä läpi ja allekirjoittaneet luvat. Vastaanoton alkaessa olen käynnistänyt kamerat ja sanelimen ja poistunut lääkärin huoneesta, ja vastaanoton päätyttyä olen käynyt pysäyttämässä laitteet.

Minulla on kuvauspäivinä ollut mukanaani muistikirja, johon olen aineistonkeruun lomassa kirjoittanut ylös kuulemaani, ajatuksiani, tunnelmiani ja saamiani ideoita. Olen myös piirtänyt jokaisesta terveysasemasta muistikirjaani yksinkertaisesti pohjapiirroksen, johon olen merkinnyt sisäänkäynnin, infon, lääkärin huoneen ja muita olennaisia paikkoja. Karttoja olen hyödyntänyt aineistoa analysoidessani eleiden ja katseen suuntien tulkitsemisessä. Kenttämuistiinpanot kuuluvat olennaisesti etnografiseen menetelmään mutta eivät ole keskustelunanalyysissa tavallisia (Lappalainen ym. 2008; Lindholm 2016c).

Aineiston keruun tavasta johtuen kuvauspäivän alkaessa ei ole ollut takeita siitä, että kuvattavaa tulee. Toimintamallin hyvä puoli on kuitenkin se, että olen yhtä puhelimen kautta osallistunutta tulkkia lukuun ottamatta tavannut jokaisen osallistujan kasvotusten ja keskustellut heidän kanssaan. Olen seurannut lääkärien kokonaisia työpäiviä, jolloin olen saanut kuulla heidän ajatuksiaan ja näkemyksiään paitsi lääkärin työstä ja tekemästani tutkimuksesta, myös

terveydenhuollon ja yhteiskunnan tilanteesta. Kuvauspäivien väliajoilla keskustelin myös muun henkilökunnan kanssa terveysasemien taukotiloissa. Tutkimukseeni suhtauduttiin positiivisesti, ja se herätti vilkkaita keskusteluja. Taukokuonekeskusteluissa kävi nopeasti ilmi, että useimmilla on jonkinlainen henkilökohtainen kokemus aiheesta: joku on kohdannut täysin kielitaidottoman potilaan, joku toinen käynyt lääkärissä ulkomailla. On yllätetty positiivisesti ja koettu harmia. Moni oli jokseenkin huolissaan siitä, miten monikulttuurisissa tilanteissa pärjätään. Yleisesti pidettiin tärkeänä, että monikulttuurista vuorovaikutusta terveydenhuollon kentällä tutkitaan ja pyritään parantamaan.

Myös potilaat keskustelivat kanssani yleensä mielellään; he istuivat viereeni odottamaan vuoroonsa asti ja saattoivat palata vastaanoton jälkeen hyvästelemään. Maahanmuuttajapotilaat kertoivat kokemuksistaan Suomesta ja suomalaisista ihmisistä, ja syntyperältään suomalaiset potilaat juttelivat kohtaamisista vieraskielisten ihmisten ja maahanmuuttajien kanssa. Myös tulkit keskustelivat kanssani toisinaan ja kertoivat työstään.

Aineiston keruun aikana käymäni lukuisat keskustelut ovat väistämättä vaikuttaneet siihen, miten olen väitöskirjatyötäni tehnyt, sillä ne ovat tarjonneet minulle joukon erilaisia näkökulmia ja rakentaneet sekä syventäneet ajatuksiani tutkimuksen aihepiiristä (vrt. Arminen 2000; Maynard 2006; Lindholm 2016c). Vaikka nämä keskustelut eivät kuulu varsinaiseen tutkimusaineistooni, niiden sisällöt ovat tiedossani eivätkä siten voi olla heijastumatta myös siihen, miten aineistoani katson ja analysoin, sillä analyttinen prosessini on virinnyt jo aineistonkeruuvaiheessa. Etnografisen kokemukseni ansiosta näkemykseni – ja näkemys jokaisella tutkijalla objektiivisuudesta huolimatta väistämättä on – on syntynyt ja kehittynyt siinä ympäristössä ja niiden ihmisten näkemysten myötä, joita tutkin (vrt. etnografiset terveystutkimukset, kuten Kleinman & Benson 2006; Honkasalo 2008; Hartikainen 2009; Lämsä 2013, ja autoetnografinen tulkkaustutkimus Hokkanen 2016; ks. myös aihetta koskeva Sosiaalilääketieteellisen Aikakauslehden erikoisnumero, toim. Honkasalo & Leppo 2008). Toimintani potilaiden, heidän omaistensa ja terveysalan ihmisten parissa on siis muovannut rooliani tutkijana ja tiedontuottajana. Aineiston keruun myötä minulle on karttunut myös sellaista tietoa, mikä ei tallennu tutkimuslupiin ja videolle, mutta mikä voi vaikuttaa vuorovaikutukseen. Tiedän esimerkiksi, milloin vastaanotot alkoivat myöhässä, milloin tulkilla oli kiire, millainen sää oli ja niin edelleen. Kenttävaiheesta vastanneena olen siis aineistoa analysoidessani eri asemassa kuin sellainen tutkija, joka saa pelkät vastaanottotallenteet käyttöönsä.

4.1.3 Aineiston sisältö

Olen käyttänyt väitöskirjassani kaikkiaan 48 vastaanoton tallenteita (tietoja vastaanotoista ja informanteista taulukossa 1). Tarkastelemassani aineistossa

suomea äidinkielenä puhuvilla lääkäreillä on ulkomaalaistaustainen potilas (21 vastaanottoa), ja ulkomaalaistaustaisilla lääkäreillä on suomea äidinkielenään puhuva valtaväestöön kuuluva potilas (27 vastaanottoa). Kaikilla näillä vastaanottoilla keskustelukieli on suomi; tulkatuilla vastaanottoilla suomi on toinen puhuttavista kielistä. Monikulttuuriset kohtaamiset lääkärin vastaanotolla - hankkeen aineistossa olisi tässä tutkimuksessa käytettyjen lisäksi ollut saatavilla myös muutama vastaanotto, jossa sekä lääkäri että potilas ovat ulkomaalaisistaustaisia ja puhuvat suomea lingua francana, sekä yksi S1-lääkärin vastaanotto, jossa kielenä käytetään englantia¹⁰. Nämä vastaanotot olen jättänyt tutkimukseni ulkopuolelle. Vuoden 2018 keväällä hanke on kerännyt myös pienen vertailuaineiston, jossa sekä lääkäri että potilas puhuvat suomea äidinkielenään. Olen kuitenkin kirjoittanut kaikki osatutkimukseni ennen vertailuaineiston keräämistä, joten se on rajautunut väitöstutkimukseni ulkopuolelle.

Vastaanotot on videoitu kahdesta eri kuvakulmasta, ja lisäksi vastaanotoista on tehty erillinen äänitalenne lääkärin pöydälle sijoitetulla sanelimella. Kamerat ovat olleet jalustoilla, jolloin lääkärin huoneessa ei ole tarvinnut olla kuvaajaa vastaanoton aikana. Vastaanottojen kesto on yhteensä hieman alle 17 tuntia. Vastaanottojen kestot vaihtelevat kunkin lääkärin vastaanottoaikojen mukaan siten, että lyhimmillään vastaanotolle varattu aika on 10 minuuttia ja pisimmillään 40, mutta vastaanotot ovat myös voineet ylittää tai alittaa varatun ajan. Keskimäärin vastaanotto kestää 21 minuuttia. Pisin vastaanotto kestää noin 47 minuuttia ja lyhin hieman yli 3 minuuttia, joskin kyseinen vastaanotto on jatkunut toimenpidehuoneessa, jossa videointia ei ole ollut.

Olen koonnut taulukkoon 1 perustietoja aineistoni vastaanottojen osallistujista. Kuten taulukosta 1 näkyy, aineistossani on yhdentoista eri lääkärin vastaanottoja. Nuorin heistä on 26-vuotias, ja vanhin 54-vuotias. Viisi lääkäreistä puhuu suomea äidinkielenään ja kuusi toisena kielenä (äidinkielifalikoima asetelmassa 2). Mainittakoon, että ulkomaalaistaustaisista lääkäreistä viisi on suorittanut laillistamiskäytöstä (ks. luku 2.2) ja yhdellä prosessi on ollut videoimisen aikaan kesken; hän työskenteli amanuenssina. Amanuenssin potilaat on tarkastanut vastaanoton jälkeen myös ylilääkäri.

Potilaita aineistossa on 49 eli yksi enemmän kuin vastaanottoja, sillä yhdellä vastaanotolla on kaksi potilasta samasta perheestä. Aikuisista potilaista nuorin on 18-vuotias ja vanhin 88-vuotias. Lapsipotilaita on 7, ja heidän mukanaan on ollut huoltaja, joka on hoitanut puhumisen. Lisäksi muutamalla vastaanotoilla potilaan mukana on ollut muu perheenjäsen tai avustaja (ks. taulukko 1). Koska vastaanottoja ei ole rajattu aiheen perusteella, mukana on akuuttikäyntejä (esim. infektiot, fyysiset vammat), toimenpidekäyntejä (paiseen poisto), seurantakäyntejä (astma, sydänoireet, mielenterveyteen liittyvät) ja muita yleislääkärin toimenkuvaan kuuluvia käyntejä (ajokortin uusiminen).

¹⁰ Englanti ei ole aineistossani kaikille yhteinen kieli, ja sen käyttäminen tilapäisestäkin on erittäin harvinaista.

Tulkattuja vastaanottoja on kahdeksan (äidinkielet asetelmassa 2). Seitsemän tulkeista on koulutettuja ammattitulkkeja, ja yksi on omaistulkki (potilaan täysi-ikäinen tytär). Tulkit ovat yhtä puhelimitse hoidettua tulkkausta lukuun ottamatta läsnä vastaanotolla. Tulkkien ikäjakauma on 23–58 vuotta.

VIDEOIDUT VASTAANOTOT			
S1-lääkärin vastaanotto	21		
S2-lääkärin vastaanotto	27		
Yhteensä	48	noin 17 tuntia	
Lääkärit, yhteensä 11			
Kieli		Sukupuoli	
suomi äidinkielenä	5	Mies	3
suomi toisena kielenä	6	Nainen	8
Potilaat, yhteensä 49			
Ikä		Potilaan tausta	
Aikuinen	42	Maahanmuuttaja	28
Lapsi	7	Valtaväestö, S1	21
Sukupuoli			
Mies/poika	22		
Nainen/tyttö	27		
Tulkit, yhteensä 8			
Tulkin koulutus		Tulkkaustyyppi	
Koulutettu ammattitulkki	7	Puhelintulkkaukset	1
Omaistulkki	1	Tulkki vastaanotolla	7
Sukupuoli			
Mies	4		
Nainen	4		
Muut osallistujat, yhteensä 15			
Vanhempi	8	Puoliso	2
Isovanhempi	1	Vauva	2
Henkilökohtainen avustaja	1	Terveystyöntekijä	1

Taulukko 1. Tutkimuksen informantit.

Asetelma 2. Ulkomaalaistaustaisten lääkärin, potilaiden ja tulkkien äidinkielet.

RYHMÄ	ÄIDINKIELET
S2-lääkärit	venäjä, viro ja ukraina
Maahanmuuttajapotilaat	albania, dari, italia, kurdi, liettua, persia, somali, ukraina, venäjä, vietnam ja viro
Tulkit	albania, dari, kurdi, persia, somali ja ukraina

Kaikissa osallistujaryhmissä (lääkärit, potilaat, tulkit, omaiset) on mukana sekä naisia että miehiä, mutta sukupuolijakaumaa ei ole pyritty erikseen tasaamaan eikä sukupuolella ole ollut osallistumisen kannalta merkitystä. Sukupuoli on laskettu tässä osallistujien itse ilmoittaman sukupuolen mukaan.

Koska Monikulttuuriset kohtaamisen lääkärin vastaanotolla -hankkeen aineisto on karttunut vielä sen jälkeen, kun olen aloittanut väitöstutkimukseni, ja koska myös aineiston litterointi on edennyt vähitellen¹¹, olen hyödyntänyt eri artikkeleissa erilaisia kokoelmia vastaanottoja. Lisäksi aineiston käyttöön on vaikuttanut kunkin väitösartikkelin aihe. Olen koonnut artikkelien aineisto-otokset taulukkoon 2.

Artikkeli	Vastaanottoja yhteensä	S1-lääkärin vastaanottoja, joissa S2-potilas	Tulkattuja S1-lääkärin vastaanottoja	S2-lääkärin vastaanottoja, joissa S1-potilas
<i>Eleet</i>	27	13	8	6
<i>Kysymykset</i>	48 ¹²	13	8	27
<i>Selitykset</i>	21	13	8	-
<i>Tulkkaus</i>	3	-	3	-
<i>Päätöksenteko</i>	36	11	7	18

Taulukko 2. Aineiston käyttö osatutkimuksissa.

¹¹ Tätä kirjoittaessani aineistosta on litteroimatta vielä joitakin osuuksia, esimerkiksi tulkattujen vastaanottojen ei-suomenkielisiä vuoroja sekä osatutkimusteni jälkeen kerätty vertailuaineisto.

¹² Artikkeleihin on jäänyt virheellinen tieto, että vastaanottoja olisi 50.

4.2 Menetelmät ja osatutkimusten kulku

Tutkimukseni pääasiallinen metodi on keskusteluanalyysi, joka muodostaa myös tutkimukseni teoreettisen pohjan (ks. luku 3). Tutkimukseni on kielitieteellisesti painottunutta, minkä vuoksi hyödynnän myös vuorovaikutuslingvistiikalle tyypillisiä menetelmiä. Kaikissa väitösartikkeleissani tutkimusote on laadullinen, ja tutkimuksen kohteena on videolle ja äänitteelle tallennettu autenttinen vuorovaikutus. Osatutkimusten tarkat tutkimusaiheet ovat syntyneet aineistolähtöisesti, ja analyysissa keskeisessä asemassa on osallistujien oma suuntautuminen keskusteluun ja sen yksityiskohtiin. Tutkimusprosessiini ovat kuitenkin vaikuttaneet myös aineistonkeruuvaiheessa tekemäni havainnot sekä perehtyminen tutkimusaiheeseen. Osa tutkimuksistani on esimerkiksi saanut inspiraationsa yhteiskunnallisesta keskustelusta ja muuntyyppisten tutkimusten tuloksista (*Tulkkaus, Päätöksenteko*). Näin ollen etnografiaa voisi pitää tutkimukseni metatasoisena menetelmänä.

Tutkimusta varten aineisto on litteroitu eli purettu kirjoitukseksi keskusteluanalyttisellä menetelmällä (Jefferson 1983; Hepburn & Bolden 2013; suomeksi Seppänen 1997 ja Vatanen 2016; multimodaalisuuden liittyvistä menetelmistä esim. Haddington & Kääntä 2011; Mondada 2014).¹³ Menetelmä on työläs, mutta se mahdollistaa hienovaraisten vuorovaikutuksellisten ilmiöiden tarkastelun. Litteroitaessa tapahtuu usein myös jonkinlaista esianalyysia, minkä vuoksi tutkijan on hyödyllistä litteroida materiaaliaan myös itse.

Esimerkki 2 havainnollistaa litterointitapaani. Vakiintuneiden konventioiden mukaisesti rivit on numeroitu, mikä helpottaa tarkasteltaviin kohtiin viittaamista. Rivinumeroa seuraa puhujatunniste, ja tunnistetta puheenvuoro. Puheenvuoroihin olen merkinnyt äänen ja puhenopeuden yksityiskohtia sekä päällekkäispuhunnat (ks. litterointimerkit yhteenveto-osuuden alussa). Multimodaalisten elementtien osalta olen merkinnyt litteraatteihin mm. erilaisia eleitä, liikkeitä ja katseen suunnan vaihdoksia yksinkertaisella litterointitavalla, jossa toiminnan kuvaus sijoitetaan puherivin alle ja toiminnan alku kohdistetaan puheriville tähtimerkillä. Esimerkkiin 2 on merkitty potilaan nyökkäily (rivit 2, 5, 7 ja 8) sekä lääkärin ja potilaan osoittavat eleet (rivit 4, 8, 9), mutta eleiden tarkat liikeradat ja ajallisen keston olen jättänyt merkitsemättä, samoin katseen yksityiskohdat ja puhetta rytmittävät kädenliikkeet. Keskusteluanalyttisten julkaisujen mikroanalyttinen ote kohdistuu aina tiettyihin, valittuihin seikkoihin, jolloin myös litteraatit esitetään niin, että valittuun näkökulmaan on mahdollisimman helppo keskittyä. Havainnollisuutta parantaakseni olen lisännyt osatutkimuksiini multimodaalisia elementtejä havainnollistavia kuvia.

¹³ Aineistoa ovat minun lisäksi litteroineet Taru Auranne, Elisa Leppänen, Karoliina Salo, Ali Reza Majlesi, Soran Zaki, Aurora Guxholli ja Fanni Keskiikonen. Lämmin kiitos yhteistyöstä!

Esimerkki 2. Näkö. (L: lääkäri, suomi, P: potilas, italia)

- 1 L ↑JUURI ja juuri on näkö semmonen että voi ajaa.
 2 (0.9)
 P NYÖKKÄILEE
 3 mut se on kyllä hyvä että menet siihe-
 4 siihen leik[kauk*seen.]
 *OSOITTA A ETUSORMELLA OIKEAA SILMÄÄNSÄ
 5 P *[l- leikkaus] joo.
 *NYÖKKÄILEE
 6 L =koska onhan se aika huono se näkö. [vars]inki
 7 P [*joo.]
 *NYÖKKÄÄ
 8 L *siinä (0.2) *²oikeessa sil*³mässä.
 *OSOITTA A ETUSORMELLA OIKEAA SILMÄÄNSÄ JA KÄÄNTÄÄ SORMEN
 KOHTI POTILASTA
 *²OSOITTA A POTILAAN OIKEAA SILMÄÄ
 *³POTILAS NYÖKKÄÄ
 9 P *tästä.
 *OSOITTA A OIKEAA SILMÄÄNSÄ
 10 L =>joo,<

Olen lähestynyt artikkelien aiheita keskusteluanalyysin periaatteiden mukaisesti aineistosta käsin eli tarkastelemalla, mikä keskustelun osallistujille itselleen näyttää merkitykselliseltä (Sacks, Schegloff & Jefferson 1974, 729; Sacks 1992, 467–472; Sidnell 2013; Vatanen 2016). Keskusteluesimerkit ja niiden yksityiskohtainen analyysi ovat olennaisessa asemassa artikkeleissani, ja esimerkkien valintaa on edeltänyt huolellinen tutkimusprosessi. Tutkimukseni on ollut induktiivista, eli olen aloittanut yksityiskohtaisista havainnoista ja edennyt kohti kokonaiskuvaa tapauskokoelmien kautta (vrt. Sidnell 2013, 88–92; Vatanen 2016, 312). Selostan seuraavaksi kunkin osatutkimuksen kulun pääpiirteissään. Artikkeleissa käyttämäni aineisto-osuudet käyvät ilmi edellä olevasta taulukosta 2.

Artikkelia *Eleet* varten keräsin aineistosta 150 ikonista eli esittävää elettä ja 50 deiktistä eli osoittavaa elettä, sekä 40 sellaista elettä, joissa ele esiintyy ilman sanallista vastinetta tai semanttisesti vajaamerkityksisen puheen yhteydessä (eletyypeistä McNeill 1992, 12–17; 2005, 38–41). Eri eletyyppien määrä ei kuvaa eleiden esiintymistiheyttä aineistossani, vaan valitsin kokoelmiin eleitä, jotka ovat keskenään erilaisia ja joiden tulkinta on mahdollisimman yksiselitteinen. Tutkin kokoelmani eleitä keskusteluanalyttisesti niiden vuorovaikutuksellisessa kontekstissa ja tein havainnoja siitä, miten eleet sijoittuvat vuorovaikutukseen ja kytkeytyvät aiempiin vuoroihin ja toisiinsa. Tein elekokoelmastani myös Microsoft Access -tietokannan, johon koodasin kunkin tapauksen valitsemieni muuttujien suhteen (esim. eleen tuottaja, eleen tyyppi, eleen ja puheen ilmaiseman merkityksen kategoria). Tietokannan koostaminen helpotti tapausten lajittelua ja keskinäistä vertailua.

Kysymykset-artikkelin pohjatutkimusta varten kokosin sekvenssejä, joissa lääkärin kysymystä seuraa jotakin sellaista, jonka vuoksi lääkäri päätyy kysymään samaa asiaa uudelleen hieman toisin. Tutkin, millaiset seikat johtavat kysymyksen uudelleenmuotoiluun ja miten uudelleenmuotoiltu kysymys tuodaan keskusteluun. Lisäksi vertasin kysymyksen versioita toisiinsa ja tutkin, millaisia muutoksia lääkärit kysymyksiinsä tekevät. Tarkastelin kysymyksiä sekä kielellisen muotoilun että kehollisen ilmaisun kannalta, ja lisäksi analysoin kysymyksenasettelusta pääteltäviä ennakko-oletuksia.

Selitykset-artikkeliä varten keräsin 50 katkelmaa, joissa suomea äidinkielenään puhuva lääkäri pyrkii selittämään asiantuntijainformaatiota maallikolle ja maahanmuuttajapotilaille ymmärrettävällä tavalla. Analysoin selittämistä keskusteluanalyttisesti vuorovaikutuksellisenä ja multimodaalisena toimintana, ja lisäksi tarkastelin selityksiä vuorovaikutuslingvistiksi erittelemällä selitysten semanttisia, syntaktisia ja leksikaalisia piirteitä. Selitysten analysoimisessa käytin tukena ja vertailukohtena lääketieteen sanastoa selvittäviä lähteitä, kuten Duodecimin Terveyskirjasto-palvelua ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen verkkosivuja. Vuorovaikutuslingvistisessä tutkimuksessa hyödynsin NVivo10-ohjelmaa. NVivo10 on sähköinen luokittelutyökalu, jolla voi poimia esimerkiksi tekstistä (tässä tapauksessa litteraateista) osia ja luokitella poimintoja itse luomiinsa kategorioihin eli noodeihin. Lisäksi ohjelmalla voi tehdä esimerkiksi merkkijonoihin perustuvia hakuja. Hakutoimintoja hyödynsin tutkiessani puheen suunnitteluun liittyvien leksikaalisten elementtien esiintymistaajuutta selityksissä. Tuloksien vertailukohtana käytin Arkisyn-korpusta, joka koostuu morfosyntaktisesti koodatuista arkikeskusteluaineistoista.

Tulkkaus-artikkelin kirjoitin yhdessä Ali Reza Majlesin kanssa. Valitsimme artikkeliimme tarkasteltavaksi kolme vastaanottoa, joissa on mukana koulutettu asioimistulkki. Valmistimme tutkimustamme varten litteraatit, joissa puheenvuorot olivat alkukielen lisäksi englanninkielisinä käännöksinä. Analysoimme sekä tulkkauksen yksityiskohtia että tulkin vuorovaikutussuhdetta lääkärin ja potilaan kanssa ja pohdimme, kuinka tulkit voivat osaltaan olla rakentamassa potilas-keskeistä, sujuvaa vastaanottoa.

Päätöksenteko-artikkelissa valitsin näkökulmaksi päätösaloitteiksi nimittämäni vuorot, joiden funktiona on tuoda päätös keskusteluun tai keskusteltavaksi. Päätösaloitteiden tyypittelyssä hyödynsin NVivo11-ohjelman noodikoodausta. Analysoin kielellisten muotojen ja toimintojen roolia päätösvallan ilmentämisessä. Lisäksi syvennyin kokonaisuun päätöksentekosekvensseihin ja tarkastelin, miten päätösaloitteisiin vastataan ja millaisia neuvotteluja erilaisista vastauksista syntyy.

Koska artikkelien aiheet ovat keskenään erilaisia, on jokaiseen osatutkimukseen olennaisena osana kuulunut aiempaan tutkimuskirjallisuuteen perehtyminen. Lääkärin vastaanottokeskustelu on tutkimuskohtena sikäli otollinen, että siitä löytyy tutkimuksia myös keskusteluanalyysin ja lingvistiikan ulkopuolelta, esimerkiksi yleislääketieteestä ja antropologiasta. Toisinaan olen myös joutunut tekemään taustoittavaa työtä, kuten hankkimaan tietoa erilaisista sairauksista ja selvittämään lääketieteellisten termien merkityksiä.

Laadullisesta menetelmästä johtuen tulokset eivät ole tilastollisesti edustavia, eikä niiden ole tarkoituskaan olla. Keskustelunanalyysin vahvuus on nimenomaan sen kontekstiherkkä, mikroanalyttinen ote. Analyysi kohdistuu autenttisten tapausten sisäisiin yksityiskohtiin ja niiden välisiin suhteisiin. Tapauksia vertailemalla tehdään havaintoja samankaltaisuuksista ja poikkeamista ja luodaan hypoteeseja siitä, miten erilaiset toiminnat jäsentyvät ja kuinka yhteisymmärrystä ylläpidetään. (Lindholm, Stevanovic & Peräkylä 2016, 26–30; Vatanen 2016.) Keskustelunanalyttinen menetelmä ei tuota arvottavaa tietoa siitä, millainen vuorovaikutus on hyvää tai huonoa. Tutkittava materiaali ei ole kontrolloitua kuten koeasetelmissa, eikä erilaisia ratkaisuja ja lopputuloksia ole tapana pisteyttää. Tämä ei kuitenkaan tarkoita, ettei keskustelunanalyttisten tutkimusten havainnoista voisi tehdä päätelmiä siitä, millaiset seikat saavat vuorovaikutuksen sujumaan tai rakoilemaan – tällaisiin päätelmiin tässäkin väitöskirjassa nimenomaan pyritään. Pohdinta ja evaluaatio ovat kuitenkin tutkijan ajatustyötä eivätkä johdettavissa suoraan menetelmästä.

5 Osatutkimusten keskeisimmät tulokset

Aloitin tutkimustulosteni esittelyn osatutkimusten keskeisimmistä tuloksista. Kutakin osatutkimusta vastaa oma alalukunsa, ja lukujen otsikot vastaavat osatutkimusten pääkysymyksiä (ks. asetelma 1). Käsittelyjärjestys on sama kuin artikkelien edellä esitetty järjestys: *Eleet*, *Kysymykset*, *Selitykset*, *Tulkkkaus* ja *Päätöksenteko*.

5.1 Kuinka vastaanottojen vuorovaikutusta tuetaan elein (*Eleet*)

Ensimmäisessä osatutkimuksessani tarkastelen esittävien ja osoittavien eleiden käyttöä ja siitä koituvaa hyötyä monikulttuurisilla lääkärin vastaanotoilla. Eleiden käsittely aivan ensimmäisenä aiheena kielitieteellisessä väitöskirjassa selittyy aineistolähtöisyydellä: eleitä käytetään aineistossani taajaan, ja eleiden ja puheen yhtäaikaisten hyödyntäminen on aineistoni vuorovaikutuksen tunnusomainen piirre. Eleitä käyttävät sekä ulkomaalaistaustaiset että valtaväestöön kuuluvat lääkärit ja potilaat. Lisäksi eleitä käyttävät myös tulkit.

Eleiden käyttö on aiemmissakin tutkimuksissa yhdistetty vieraalla kielellä puhumiseen ja siitä aiheutuvaan kognitiiviseen taakkaan (esim. Gullberg 1998; Goldin-Meadow 2003), mutta tutkimukseni osoittaa, ettei kielellinen epäsymmetria saa ainoastaan kieltä heikommin osaavaa hyödyntämään eleitä, vaan eleitä käyttävät tällaisissa keskusteluissa kaikki osallistujat. Havainto on linjassa sen kanssa, että kielellisesti epäsymmetristen keskustelujen kognitiivinen haastavuus koskee myös kieltä paremmin osaavia osapuolia (Leskelä & Lindholm 2012, 14–15). Eleitä näytetään myös käytettävän sitä enemmän, mitä jyrkempi epäsymmetria keskustelussa on: kun verbaalinen kommunikaatio on erityisen hankalaa, eleitä voi esiintyä lähes joka vuoron yhteydessä, ja yhdessä vuorossa voi olla useita eleitä. Myös vastaanoton puheenaiheet vaikuttavat eleiden käyttöön. Eleitä esiintyy erityisen paljon esimerkiksi sellaisissa tilanteissa, joissa puheenaiheena ovat ihmisen liikkeet ja asennot tai tapahtumat, kun taas emotionaalisissa ja arkaluonteisissa asioissa eleiden käyttö on tyypillisesti vähäisempää ja hillitympää. Esittävillä ja osoittavilla eleillä kuvataan puheen keskeistä semanttista sisältöä, ja aineistossani puheena ovat lääkärikäynnin aiheet. Valtaosa kokoelmani eleistä

(101/150 esittävästä, 28/50 osoittavista eleistä) kuvaakin oiretta, fyysistä toimintoa, psyykkistä tilaa, ruumiinosaa, sairautta tai tutkimuksiin ja hoitoon liittyviä asioita. Esimerkiksi oksentamisesta puhuttaessa pyöritetään kättä ylävartalon korkeudella, hikoilusta puhuttaessa liu'utetaan käsiä ohimoja pitkin ylhäältä alas ja kylmägeelistä puhuttaessa sivellään sormenpäillä toisen käden kämmenselkää. Tutkimuksilla mitatuista arvoista ja niiden muutoksista puhuttaessa taas liikutetaan samalla kättä ylös, alas ja sivuille. Koska eleet havainnollistavat puheen avainkohtia, ne helpottavat puheen seuraamista ja ymmärtämistä. Eleiden kautta voi myös välittyä sellaista informaatiota, mitä puheessa ei täsmennetä, ja lisäksi suomea toisena kielenä puhuvat potilaat voivat myös käyttää eleitä tilapäisesti verbaalisten ilmausten tilalla paikataksaan sanastossaan olevia aukkoja. Esimerkissä 3 potilas täydentää lausumansa *minä en voi* nostavalla eleellä. Tällaisissa tilanteissa suomea äidinkielenään puhuva lääkäri voi osoittaa ymmärtämistä esimerkiksi tuottamalla puuttuvan ilmaisun (*et voi- ei voi kumartua eikä nostaa sitte*, rivi 4).

Esimerkki 3. Kumartuminen ja nostaminen. (L: suomi, P: venäjä)

- 1 L onks ne kivut ollu voimakkaita niin et ne on
2 häirinny päivittäisiä a- asioita tai,
3→ P joo joo minä *en voi-
*KUMARTUU ETEENPÄIN KÄDET OJENNETTUNA JA
TEKEE NOSTAVAA LIIKETTÄ
4 L et voi- ei voi kumartua [eikä nostaa sitte.
5 P [ei, joo joo,

Osoittavia eleitä käytetään samalla tavalla puheen tukena kuin esittäviä, mutta niissä merkitystä havainnollistetaan tarkoitteen suunnan tai sijainnin avulla. Osoittavilla eleillä havainnollistetaan vastaanotoilla esimerkiksi ruumiinosia, ja potilaat hyödyntävät osoituksia kiinnittääkseen lääkärin huomion johonkin tiettyyn kohtaan kehossaan. Lääkärit puolestaan hyödyntävät osoittavia eleitä ruumiinosiin liittyvän sanaston yhteydessä, ja havainnollistavat tällä tavoin myös ammattisanastoa. Esimerkiksi niskahartiaseudusta puhuessaan lääkäri vie kädet harteilleen ja poskionteloista lähtevistä tiehyistä puhuessaan koskettaa etusormillaan poskiaan. Huomion arvoista on, että lääkärit ja tulkit kohdistavat osoittavat eleet nimenomaan itseensä eivätkä potilaaseen, jonka ruumiinosisia keskustelu koskee. Samoin esittävien eleiden kohdalla lääkärit ja tulkit eläytyvät usein toimijan tai kokijan rooliin itse. Tällainen näkökulman valinta voi johtua helpvoudesta ja kohteliaisuudesta, mutta se tuo mukanaan myös empaattisen vaikutelman: kun lääkäri tai tulkki havainnollistaa fyysistä kokemusta, kuten kipua, oman kehonsa kautta, hän näyttää asettuvan potilaan asemaan ja ymmärtävän tätä (ks. myös 5.4 ja artikkeli *Tulkkkaus*).

Erityisen hyvin kehollinen yhteisymmärryksen rakentaminen tulee esiin, kun osallistujat toistavat toistensa käyttämiä eleitä ja luovat näin jaettua ilmaisuvarastoa

(vrt. puheen toistaminen ja mukauttaminen, Suni 2008; Leskelä & Lindholm 2012). Kutsun ilmiötä eleiden peilaamiseksi (vrt. *gesture re-use*, Koschmann & LeBaron 2002; *gestural mimicry*, Kimbara 2006; Holler & Wilkin 2011; *matching gestures*, Majlesi 2015). Se on ikään kuin liioiteltu versio ihmisten tavanomaisesta vuorovaikutteisesta matkimisesta, ”kameleonttiefektistä”, joka ulottuu tyypillisesti vain ilmeisiin, asentoihin ja manereihin (Chartrand & Bargh 1999; Bavelas ym. 1986). Käsittelen eleiden peilaamista *Eleet*-artikkelin kahdessa ensimmäisessä esimerkissä (*Eleet*, s. 81–86). Ensimmäinen niistä on samalta vastaanotolta kuin edellä käsitelty esimerkki 1, jossa daria äidinkielenään puhuva nainen kertoo lääkärille pienen poikansa silmätulehduksesta. Oireita koskevasta keskustelusta näkyy, kuinka vuorovaikutusta rakennetaan edellisten vuorojen varaan niin, että ilmaukset ketjuuntuvat. Silmästä puhuessaan lääkäri ja potilaan äiti osoittavat omaa silmäänsä, rähmää puhuessaan tekevät hypistelevää liikettä sormillaan (kuva 1), silmän avaamisesta puhuessaan avaavat kätensä silmien korkeudella (kuva 2) ja niin edelleen. Peilaaminen osoittaa, ettei eleillä vain havainnollisteta ja täydennetä puhetta, vaan niitä käytetään myös ilmentämään saavutettua ymmärrystä. Kun toinen osapuoli keksii eleen, toinen toistaa sen oman vuoronsa osana ja kiittää sen merkityksen näin ymmärretyksi (vrt. Kimbara 2006; Holler & Wilkin 2011; Majlesi 2015).



Kuva 1. Lääkäri ja potilaan äiti elehtivät rähmää hypistelemällä peukalolla muiden sormien päitä.



Kuva 2. Potilaan äiti ja lääkäri elehtivät silmien avaamista avaamalla kätensä silmien korkeudella.

Voisikin ajatella, että kielellisesti epäsymmetrisissä keskusteluissa koherenssin ylläpitäminen on vaativampaa kuin yleensä, sillä keskustelun osapuolet ovat tietoisia siitä, etteivät heidän kielivarantonsa ole yhtenevät ja yhteisesti ymmärrettävissä. Merkitykset vaativat enemmän neuvottelua ja havainnollistusta, ja ymmärtämisen ilmentäminenkin voi vaatia enemmän. Näin ollen yhteisyyttä voidaan tuottaa sekä kielellisesti että kehollisesti tavanomaista voimakkaammin, jolloin esittävienkin eleiden matkiminen on paitsi sosiaalisesti hyväksyttävää myös vuorovaikutussuhdetta rakentavaa. Peilaamista esiintyy myös tulkatuilla vastaanotoilla, ja niissä eleiden toistaminen on hyödyllistä myös siksi, että se mahdollistaa tulkkeen ja puheenaiheen seuraamisen myös silloin, kun keskustelun kieli vaihtuu (ks. 5.4 ja artikkeli *Tulkkkaus*).

Kaiken kaikkiaan eleiden käyttö kytkeytyy aineistossani voimakkaasti kielieroon ja sen tuomien haasteiden ratkaisemiseen. Eleillä havainnollistetaan, selitetään, täsmennetään ja elävöitetään sanottua ja ratkaistaan sanastollisia ongelmia (ks. myös *Kysymykset*, *Selitykset*, *Tulkkkaus*). Toisaalta eleiden käytöllä on myös selvä yhteys lääkärin vastaanottokeskustelun erityispiirteisiin. Vastaanottokeskustelun avainasiat liittyvät usein nimenomaan kehoon ja vointiin, jolloin elehdittäväksi valikoituu nimenomaan kehoon liittyvää sisältöä. Kehollisia asioita on puolestaan erityisen luontevaa ilmaista kehollisesti, jolloin eleiden käytölle voi ajatella olevan lääkärin vastaanotolla oivallisemmat puitteet kuin esimerkiksi neuvoteltaessa asuntolainasta pankissa tai keskusteltaessa opintojen etenemisestä opinto-ohjaajan kanssa. Kehoon ja oloon liittyvien eleiden käyttö ja niiden peilaaminen luovat myös vaikutelmaa samastumisesta ja yhteisymmärryksestä, mikä on lääkärin vastaanottokeskustelun potilaskeskeisen

ideologian näkökulmasta eduksi. Pohdin näitä huomioita vielä päätelmien ja pohdinnan yhteydessä.

5.2 Kuinka lääkärit korjaavat kysymyksiään (*Kysymykset*)

Artikkelissa *Kysymykset* tarkastelen tilanteita, joissa lääkäri kysyy jotakin asiaa samassa sekvenssissä useammin kuin kerran. Tutkin, milloin kysymyksiä esitetään uudelleen ja millaisia muutoksia kysymyksiin tehdään. Lisäksi pohdin, mitä kysymysten uudelleenmuotoiluun liittyvät tilanteet kertovat kielellisesti ja kulttuurisesti epäsymmetrisestä lääkäri–potilas-vuorovaikutuksesta.

Lääkärit pyrkivät ohjaamaan kysymyksillään vastaanottokeskustelua johonkin tiettyyn suuntaan (Raevaara & Sorjonen 2001; Korpela 2007). Kysymysten uudelleenmuotoilu liittyy tilanteisiin, joissa suuntaa on tarkennettava, koska kysymys–vastaus-vieruspari toteutuu norminvastaisesti. Lääkärin ensimmäistä kysymystä ei seuraakaan odotuksenmukainen vastausvuoro vaan jotain muuta, ja lääkäri päätyy korjaamaan kysymystään. Kysymyksen uudelleenmuotoilu hahmottuu siis tutkimissani tapauksissa itsekorjaukseksi, jonka tavoitteena on saada keskustelukumppani tuottamaan vierusparin jälkijäsen lääkärin näkökulmasta odotuksenmukaisella tavalla (Schegloff 1992; Kitzinger 2013, 247–249). Uudelleenmuotoiluun johtavia tilanteista on aineistossani kolmenlaisia: 1) potilaan vastaus on lääkärin tulkinnan mukaan epärelevantti, 2) potilaan vastausvuoro viipyy, ja 3) potilas esittää lääkärin kysymyksen jälkeen avoimen korjausaloitteen (esim. *mitä; täh*, ks. Haakana 2011).

Ensimmäisessä tapauksessa kysymykseen tarjottu vastaus voi olla epärelevantti siten, ettei sen sisältö sovi yhteen kysymyksen kanssa, kuten yhteenveto-osan ensimmäisessä esimerkissä (s. 27), jossa potilaan äiti vastaa kysymykseen potilaan iästä kertomalla potilaan vaivasta. Vaihtoehtoisesti vastaus voi olla epärelevantti institutionaalisen tilanteen suhteen: potilaan käsitys riittävästä vastauksesta voi olla lääkärin käsityksen mukaan riittämätön. Esimerkiksi eräällä vastaanotolla ulkomaalaistaustainen lääkäri pyrkii saamaan selville, kuinka pitkiä matkoja potilas pystyy kävelemään, ja potilas vastaa, ettei *pal mitään*. Lääkäri on kuitenkin täyttämässä lomaketta kuljetuspalvelun anomista varten, jolloin potilaan vastaus ei sellaisenaan ole kelvollinen ja lääkärin on kysyttävä asiaa uudelleen hieman toisin. Potilaan vastauksen epärelevanttius näkyy siis lääkärin seuraavasta vuorosta. Yhteistä tällaisille tilanteille on, etteivät lääkärit nosta potilaan epärelevanttia vastausta keskustelussa esiin. He eivät esimerkiksi käytä kieltosanalla alkavia ilmauksia, kuten *eiku mä tarkotin* ja *ei vaan*, jotka ovat muuten tyypillisiä ja hyväksyttäviä itsekorjauksen elementtejä (vrt. Sorjonen & Laakso 2005; Schegloff 1992: 1305–1307). Päinvastoin lääkärit tuottavat tyypillisesti ensin hyväksyviä minimipalautteita (*joo; joo-o; juu; niin*) tai myönnyttelevän partikkeliketjun (*joo mut; nii mut*, vrt. Niemi 2015) ja esittävät sitten kysymyksen uudelleen hieman

toisin. Tähän on nähdäkseni kaksi hyvää syytä. Ensimmäkin potilaalta kysyttäessä potilaaseen suhtaudutaan tietävänä osapuolena, jolloin vastauksen torjuminen rikkoisi episteemistä asetelmaa ja potilaan oikeutta vastata haluamallaan tavalla (vrt. Korpela 2007, 236). Toiseksi korjaamisen tapaan vaikuttaa keskustelun kielellinen asetelma – erityisesti silloin, kun ulkomaalaistaustainen osapuoli on potilas. Lääkärit pyrkivät käsittelemään kieleen liittyvät ongelmat mahdollisimman vähäeleisesti, jotta korjaaminen ei häiritse keskustelunkulkua (*en passant repair*, Kurhila 2006b: 39–43, 86–87; *preference for progressivity*, Stivers & Robinson 2006). Ongelmallisen vastauksen hyväksymisen ja saman kysymyksen esittämisen ikään kuin uutena kysymyksenä on siis tarkoitus suojella kieltä heikommin puhuvan kasvoja (kasvotyöstä esim. Goffman 1955; Brown & Levinson 1987, 61–63).

Kun uudelleenmuotoilu alkaa hiljaisuudesta tai potilaan korjauspyynnöstä, kysymyksen esittämistä ei tarvitse erikseen pohjustaa, vaan lääkäri voi tuottaa kysymyksen suoraan. Kiinnostavaa, on, että tällaisissakin tilanteissa kysymyksiin tehdään muutoksia, vaikka myös kysymyksen toistaminen voisi olla mahdollinen ratkaisu. Lääkärit eivät siis käsittele tilanteita ainakaan pelkästään kuulemiseen liittyvinä ongelmina, vaan orientoituvat myös parantamaan kysymysten ymmärrettävyyttä. Toisaalta voi myös ajatella, että kielellisesti epäsymmetrisissä tilanteissa ymmärtämisen ja kuulemisen ongelmat kietoutuvat toisiinsa, sillä sekä vieraskielistä puhetta että toista kieltä puhuvan puhetta voi olla vaikea hahmottaa.

Miten kysymyksiä sitten korjataan? Aineistossani lääkärit tekevät kysymyksiin hyvin monenlaisia muutoksia, ja uudelleenmuotoillut kysymykset ovat tyypillisesti ensimmäisiä versioita selkokielisempiä (selkokielestä Kartio 2009). Leksikaalisella tasolla muutokset koskevat sanavalintoja ja sanojen selittämistä. Sanavalintoja muuttaessaan lääkärit näyttävät usein löytävän sanan, joka on esiintymistaajuudeltaan yleisempi (verrattuna Kielipankin taajuussanastoon, Kielipankki 2004). Esimerkiksi *lääkitys* vaihdetaan sanaan *lääke* ja *säännöllisesti* sanaan *jatkuvasti*. Lääkäriin intuitio ymmärrettävämmästä ilmauksesta toimii myös esimerkin 1 potilaan ikää koskevissa kysymyksissä:

Minkä ikänen hän on? → Kuinka vanha? → Kuinka monta vuotta?

Kysymyksen avainsana on kerta kerralta yleisempi: *ikäinen* on taajuussanastossa sijalla 2859, *vanha* sijalla 110 ja *vuosi* sijalla 7. Ammattisanaston kohdalla lääkärit saattavat parantaa ymmärrettävyyttä myös niin, että he lisäävät sanan perään selittävän ilmauksen. Esimerkiksi kysymys *Olik sua tähystetty?* muuttuu muotoon *Onk sulle tehty tähystys? Se että letkulla katotaan*. Lääkärit voivat myös tarjota potilaalle hyväksyttäväksi mallivastauksia, joista potilas voi päätellä, millaista vastausta haetaan. Esimerkiksi kysymystä siitä, kuinka pitkiä matkoja potilas kykenee kävelemään, lääkäri tarkentaa mallivastauksella, jossa matka on ilmoitettu metreinä: *mitä pitkä mat- mat- kaksikymmentä metriä*.

Lääkärit muotoilevat myös kysymysten rakennetta helpommin ymmärrettäväksi. Esimerkiksi kysymys *Kuinka paljon tulee autoa ajettua?* korjataan muotoon

Ajatko paljon autoa? Jälkimmäisessä predikaatti (*ajatko*) on paljon yksinkertaisempi kuin ensimmäisessä (*tulee ajettua*), jossa on nollapersoonainen *tulla tehtyä* - rakenne (VISK § 910). Lisäksi lääkärit käyttävät enemmän puheen sisältöä havainnollistavia eleitä uudelleenmuotoiltujen kysymysten yhteydessä ja parantavat kysymystensä fokusta myös prosodisesti. He painottavat avainsanojen tavuja, lisäävät äänenvoimakkuutta ja hidastavat puhettaan. He voivat myös puhua kirjakielisemmin tai lisätä kysymyksiin syntaktisesti irrallisia avainsanoja alkuun tai loppuun (lohkeamarakenteet):

Minkä ikänen hän on? → Tämä poika. Kuinka monta vuotta?

Lääkärien tekemät korjaukset kertovat pyrkimyksestä selventää ja yksinkertaistaa ilmaisua, mikä puolestaan kielii siitä, että lääkärit suhtautuvat potilaaseen osapuolena, jolla on ymmärrysvaikeuksia. Ongelmaksi oletetaan potilaan kielitaito, sanavarasto ja tieto. Tämä on kiinnostavaa, sillä useassa esimerkissä kysymyksen uudelleenmuotoiluun näyttää liittyvän muitakin syitä, kuten lääkärin oma puhetapa, ristiriitainen toiminta ja ennako-oletukset. Lääkäri saattaa esimerkiksi puhua niin, että potilaan on vaikeaa kuulla, mitä hän sanoo, jolloin ongelma ei välttämättä ole kysymyksen asussa sinänsä (*Kysymykset*: esimerkki 6). Lääkäri saattaa myös esittää kysymyksensä niin, että hän selaa samalla tietojärjestelmää ja näyttää etsivän tietoa sieltä, jolloin potilas ei ehkä ole varma, odotetaanko hänen vastaavan vai odottavan (*Kysymykset*: esimerkki 5). Lääkärin kysymys saattaa myös olla vastaanoton rakenteen kannalta yllättävässä paikassa (*Kysymykset*: esimerkki 8). Lisäksi lääkärin kysymyksiin voi sisältyä ennako-oletuksia, jotka ovat potilaan näkökulmasta virheellisiä. Artikkelin esimerkissä 9 käsittelem pitkittynyttä ongelmatilannetta, jossa lääkäri pyrkii selvittämään, mitä lääkkeitä potilas käyttää. Ongelma näyttää saavan alkunsa kysymyksenasettelusta, jossa tausta-ajatuksena on, ettei potilaalla ole lääkityksiä, ja ongelma pitkittyy, koska lääkäriillä näyttää olevan vaikeuksia kuulla tai ymmärtää potilaan vastausta *Tasigna*¹⁴. Lääkäri ei kuitenkaan tuo puheessaan ilmi omia ymmärrysvaikeuksiaan suoraan vaan päätyy muotoilemaan kysymyksensä potilaalle yhä uudelleen sen sijaan, että kokeilisi lähestyä aihetta jotenkin toisin. Vähitellen kasvava ymmärrys näkyy kuitenkin kysymyksenasettelussa:

Mitään säännöllistä lääkitystä sulla ei o? → Mitään säännöllisiä lääkityksiä sulla ei ole. Vai onko? → Käytätkö sää jatkuvasti jotain lääkettä? → Mitä lääkkeitä käytät? → Mitä lääkettä käytät?

Artikkelissa käsittelemäni esimerkit osoittavat, että kieleen liittyviä ongelmia voidaan toisinaan ennakoita liikaa, mikä saattaa heikentää yhteisymmärrystä. Samoin vuorovaikutuksellisia ongelmia voi koitua siitäkin, että yhteisymmärryksen

¹⁴ Tietyn leukemiatyyppin hoidossa käytettävä lääkevalmiste, joka estää poikkeavien valkosolujen muodostumista (Lääkeinfo.fi).

murtumista pyritään peittelemään, jotta keskustelu ja institutionaaliset roolit pysyisivät ehyinä. Jos keskustelukumppanit suojelevat toistensa kasvoja ja osoittavat ymmärrystä ja samanmielisyyttä silloinkin, kun niitä ei todellisuudessa ole, on vaarana, että keskinäinen luottamus horjuu (vrt. Lindholm 2016b). Luotettava vuorovaikutussuhde monikulttuurisilla vastaanotoilla vaatii siis tasapainoilua kasvojen säilyttämisen ja ymmärrysongelmien ilmaisemisen ja käsittelyn välillä.

5.3 Kuinka lääkärit selittävät asiantuntijainformaatiota (*Selitykset*)

Selittämistä koskevassa artikkelissani analysoin, kuinka lääkärit tekevät asiantuntijainformaatiosta ja käyttämästään erikoissanastosta ymmärrettäviä eri kieli- ja kulttuuritaustasta tuleville potilaille. Tutkimukseni aineistona on 50 keskustelukatkelmaa, joissa suomea äidinkielenään puhuva lääkäri pyrkii avaamaan jonkin lääkärikäyntiin liittyvän sanan, käsitteen tai asian merkitystä potilaalle (tutkimuksen kulusta tarkemmin luvussa 4.2).

Toisinaan lääkäreiden selitykset saavat alkunsa potilaiden kysymyksistä ja väärinymmärryksistä, mutta usein lääkärit selittävät käyttämiään ilmaisuja omaaloitteisesti. Selityksistä voi päätellä, että lääkärit pyrkivät huomioimaan vuorovaikutuksessaan sekä institutionaaliseen asetelmaan liittyvän tiedollisen epäsymmetrian että kielellisen ja kulttuurisen epäsymmetrian. Kieli- ja kulttuurierojen huomioimisesta kertoo eritoten se, että selityksiä saavat sellaisetkin käsitteet, joiden merkitys olisi äidinkieliselle puhujalle läpinäkyvä (*vieroitus; riippuvuus; nähdä kahtena*) tai syntyperäiselle suomalaiselle todennäköisesti tuttu (*ultraääni; tähytys; Panadol Forte*). Tällaista sanastollista ymmärrysvaikeuksien ennakoitua näyttää yleensäkin esiintyvän nimenomaan sellaisissa konteksteissa, joissa äidinkielen puhuja suuntaa puheensa kakkoskielisille keskustelukumppanille (vrt. Lilja 2012).

Lääkäreiden selitykset ovat hyvin yleistajuisia ja selkokielisiä, ja niiden sisältämä informaatio on usein selvästi yksinkertaistettua (toisin kuin esimerkiksi perinnöllisyysneuvonnassa, Lehtinen 2005a ja 2005b). Selitettäviä käsitteitä voidaan luonnehtia esimerkiksi synonyymien, vastakohtien, ala- ja yläkäsitteiden sekä erilaisten parafrasien ja loogisten suhteiden kautta (selityskeinot ja esimerkkejä niistä, ks. *Selitykset*: asetelma 1). Selitysten ymmärrettävyyttä tehostetaan myös käyttämällä esittäviä ja osoittavia eleitä ja hyödyntämällä vastaanoton materiaalisia resursseja puheen tukena; multimodaalisuus näyttääkin olevan selittämislle ominaista myös muunlaisissa aineistoissa (esim. Järvinen 2001; Lazaraton 2004; Mortensen 2011; Waring ym. 2013). Kielellisen epäsymmetrian kannalta huomionarvoista on, etteivät lääkärit hyödynnä kielenopetuksessa yleisesti käytettäviä selityskeinoja, kuten muunkielisiä käännöksiä, kollokaatioita tai kieliopillisia

selityksiä (vrt. Järvinen 2001). Selittämisen tapa poikkeaa tässä myös kakkoskielisistä arkikeskusteluista, sillä esimerkiksi Liljan (2012) sanaston ymmärtämisen varmistamista tarkastelevassa artikkelissa jokaisessa annetussa esimerkissä selitykseen liitetään muunkielinen vastine (esim. pyhiinvaellus: *pilgrim*; suloinen: *cute*). Vastaanottojen selityssekvenssit eivät myöskään ole yhtä dialogisia kuin luokkahuoneessa ja kakkoskielisissä arkikeskusteluissa, sillä potilaat ja tulkit eivät osallistu selitysten tuottamiseen tai toista uutta sanaa, eikä heitä houkutella sellaiseen (vrt. Lilja 2012; Waring ym. 2013; Morton 2015). Erot johtuvat nähdäkseni siitä, etteivät kielen oppiminen ja opettaminen kuulu vastaanottokeskustelun pääasiallisiin tavoitteisiin, vaan tarkoituksena on saavuttaa vastaanottokeskustelun hoitamisen kannalta riittävä ymmärrys. Selitykset auttavat potilasta seuraamaan lääkärin puhetta ja varmistavat näin vastaanottokeskustelun sujuvan etenemisen. Se, kykeneekö potilas tuottamaan sanan tai käyttämään sitä myöhemmin jossakin muussa kontekstissa, ei ole vastaanoton kontekstissa tärkeää.

Selitysten syntaktiset rakenteet ja pituus vaihtelevat selitettävän asian ja tilanteen mukaan, mutta tietynlaiset rakenteet näyttävät olevan tyypillisiä selityksissä. Tällaisia ovat esimerkiksi *X on Y*, *X eli Y*, *X tarkoittaa että Y* ja *X liittyy Y:hyn* (ks. *Selitykset*: asetelma 2). Lingvivistisestä näkökulmasta kiinnostavaa on myös puheen suunnitteluun ja sanahakuun liittyvien leksikaalisten elementtien runsaus (*joku*; *niinku*; *ikään kuin*; *tavallaan*; *semmonen*; *tommonen*); useat näistä lukeutuvat selittävien vuorojen yleisimpiin sananmuotoihin (ks. kuva 3¹⁵). Tällainen sanasto ilmaisee epäröintiä ja epätarkkuutta, joten sen taaja käyttö kielii siitä, että sopivien, potilaalle ymmärrettävien sanojen löytäminen voi olla haastavaa. Sanasto tuo myös esiin informaation suurpiirteisyyden: potilaalle ei tarjota tarkkoja määritelmiä vaan helppoja luonnehdintoja, joiden avulla vastaanoton kulku saadaan pysymään sujuvana (Stivers & Robinson 2006; Drew 2013). Esimerkiksi dissosiativista oireilua lääkäri kuvailee seuraavasti (koko katkelma, *Selitykset*: esimerkki 6):

Se on semmosilla- no, se liittyy yleensä traumatisoitumis- jos tapahtuu jotakin #mm# pahaa mutta voi- voi olla muutenkin. Ja- ja se liittyy siihen että mieli on välillä niinkun ää tavallaan poissa päältä. Tai vähän niinku et- niinku unohdukset ja, ja eksymiset ja tämmöset. Ja joskus voi olla tommostakin että, että tuntee et on niinkun tavallaan, ei ole oma itsensä.

Yksinkertaisuuden ohella lääkärin selityksissä on olennaista potilaan henkilökohtaisen näkökulman huomioiminen. Lääkärit nostavat selityksissä esiin potilaan kokemukset, käytännön seikat sekä potilaan mahdolliset huolenaiheet. Esimerkiksi poskiontelontulehduksen syntymistä selittävä lääkäri sijoittaa potilaan kertoman kivuntunteen osaksi selitystään (*ku siel on paine-ero niin se aiheuttaa*

¹⁵ Sanapilvi on luotu NVivo-ohjelmalla. Fonttikoko heijastaa esiintymistaajuutta. Alle kolmen merkin jonot on jätetty tarkastelun ulkopuolelle teknisistä syistä.

5.4 Kuinka yhteisymmärrystä rakennetaan tulkatuilla vastaanotoilla (*Tulkkaus*)

Osatutkimuksessani *Tulkkaus* tarkastelen yhdessä Ali Reza Majlesin kanssa yhteisymmärryksen rakentamista tulkatuilla vastaanotoilla. Tutkimuksemme tavoitteena on analysoida keskustelunanalyysin keinoin väitettä, että tulkin läsnäolo heikentää potilaskeskeistä otetta (esim. Aranguri ym. 2006), ja tuoda esille tulkattujen vastaanottojen vuorovaikutuskäytänteitä, joiden vaikutuksen voi katsoa olevan päinvastainen. Osatutkimuksessa tarkastelemme aihetta kolmesta näkökulmasta: tulkkaustyyli, kuunteleminen ja kehollinen yhteistyö.

Tulkkaustyylin osalta pohdimme aiemmissä tutkimuksissa käytettyä jakoa suoraan ja mukailevaan tulkkaukseen (*direct interpretation vs. mediation*; Bolden 2000; Hale 2007; Baraldi 2012). Suoralla tulkkauksella viitataan mahdollisimman sanatarkkaan tulkkaukseen, jossa mitään ei lisätä eikä jätetä kääntämättä. Mukailevalla tulkkauksella puolestaan tarkoitetaan tulkkaustyyliä, jossa tulkki voi yhteisymmärryksen ylläpitämisen nimissä muotoilla puhetta keskustelun osapuolia varten ja tarjota esimerkiksi oma-aloitteisia selityksiä. Tulkkaustyylien hyödyistä ja haitoista on keskusteltu tulkkaustutkimuksen alalla jo pitkään, ja kumpikin tyyli on saanut kannatusta (Bolden 2000; Hale 2007; Hsieh 2007; Baraldi 2012; Farini 2012; Davitti & Pasquandrea 2013; Baraldi 2018). Omassa tutkimuksessamme osoitamme, että tulkit voivat hyödyntää kumpaakin tyyliä samassa keskustelussa ja jopa saman sekvenssin sisällä (ks. esimerkit 1a ja 1b, *Tulkkaus*). Aineistomme tulkit käyttävät pääasiassa suoraa tulkkaustyyliä, mutta poikkeavat siitä tilanteissa, joissa suora tulkkaus voisi johtaa ymmärrysongelmiin tai kasvoja uhkaavaan tilanteeseen. Tyylien välillä tasapainoileminen näyttääkin olevan yhteisymmärryksen ylläpitämisen kannalta hyödyllistä. Esitämme, että tällaisesta tulkkaustavasta voisi käyttää nimitystä *recipient designed interpretation* 'vastaanottajan huomioiva tulkkaus' (vrt. *recipient design*, Drew 2013, 145–148; Sacks, Schegloff & Jefferson 1974, 727).

Kuuntelemisen osalta tarkastelemme potilaan esittämän kertomuksen vastaanottamista. Havainnollistamme, kuinka tulkki tarjoaa potilaalle tilaa keskustelussa tuottamalla jatkamaan kannustavia responssipartikkeleita ja viivyttämällä tulkkaamisen aloittamista. Kertomuksen tulkkaaminen tällä tavalla varmistaa, että puheenvuoro pysyy potilaalla kertomuksen loppuun saakka. Lisäksi siitä seuraa, että potilas saa kertomukselleen kuuntelemista osoittavaa palautetta kahteen kertaan: ensin tulkilta, sitten lääkäriltä. Tulkin tapa kuunnella on kuitenkin erilainen kuin lääkärin: siinä missä tulkki tuottaa suhteellisen neutraalia partikkelia *mm*, lääkäri tuottaa kertomuksen tulkkausta kuunnellessaan joukon erilaisia, intonaatioltaan varioivia partikkeleita (*joo-o?*; *mm?*; \downarrow *mm.*; *mhm.*; \uparrow *mm m?*; \downarrow *nii.*). Lääkärin responssipartikkelit ilmentävät kuulolla olemisen lisäksi myös suhtautumista kertomuksen sisältöön, mikä on linjassa sen kanssa, että lääkäri on kertomuksen varsinainen vastaanottaja (responssipartikkelien tehtävistä esim. Sorjonen 1999 ja 2001a; Lindström & Sorjonen 2013). Tulkin tapa kuunnella tilaa-

antavasti mutta ilman affektiivista osallistumista voi myös auttaa pysymään tunnetasolla etäällä potilaan asioista (vrt. Koskinen 2018; Viljanmaa 2018). Kuuntelun osalta huomionarvoista on myös se, että lääkäri suuntaa katseensa pääasiassa potilaaseen silloin, kun kuuntelee tämän puheen tulkkaamista. Tulkin läsnäolo ja äänessäolo eivät siis välttämättä siirrä huomiota tulkkiin.

Kehollisen vuorovaikutuksen tarkastelu puolestaan paljastaa, että tulkin osallistuminen vastaanoton vuorovaikutukseen on paljon enemmän kuin puheen kääntämistä ja muotoilemista toiselle kielelle. Tulkki voi esimerkiksi imitoida keskustelijoiden eleitä tulkatessaan ja ilmentää heitä tällä tavalla kokonaisvaltaisemmin (ks. myös *Eleet*, eleiden peilaaminen). Erityisesti potilaan vointiin ja ruumiinosiin liittyvien eleiden toistamisen voi ajatella tuovan potilaan ääntä paremmin esille tulkatuissa keskusteluissa. Lisäksi eleiden toistaminen tekee tulkattavan puheenvuoron ja tulkkeen välisen yhteyden näkyväksi, jolloin tulkkauksen etenemistä ja sisältöä on mahdollista seurata. Tämä puolestaan voi lisätä luottamusta tulkkausta kohtaan. Tulkin kehollisen osallistumisen voikin ajatella tukevan monikielistä vuorovaikutusta ja rakentavan lääkärin, potilaan ja tulkin kolmenvälistä suhdetta. Tämä näkyy myös *Tulkkaus*-artikkelin viimeisessä, koordinaatiotestiä käsittelevässä esimerkissä, jossa tulkki sekä tulkkaa lääkärin antamat ohjeet että toistaa lääkärin näyttämät liikkeet potilaalle, vaikka tilanne voisi sallia sen, että potilas seuraisi lääkärin mallia itsenäisesti. Tulkin osallistuminen takaa, että tehtävä tulee suoritetuksi ilman ongelmia eikä potilaan tarvitse toimia pelkästään oman käsityksensä varassa. Tulkkauksen kehollisen aspektin merkitys näkyy myös muuntuyppisissä tilanteissa kuin lääkärin vastaanotolla. Esimerkiksi oikeudenkäynti on konteksti, jossa tulkin ja tulkattavan sijoittuminen tilaan vierekkäin antaa paremmat mahdollisuudet tarkalle tulkkaukselle ja helpottaa vieraskielisen osallistumista käsittelyyn (Kinnunen 2018).

Mitä tulee näkemykseen, jonka mukaan tulkkaaminen heikentää potilaskeskeisyyttä, tutkimuksemme osoittaa, ettei asia ole aivan yksinkertainen (ks. myös Paananen 2018). Tulkit voivat tulkata potilaskeskeisesti ja tukea omalla toiminnallaan lääkärin ja potilaan keskinäisen suhteen rakentamista. Lääkärit voivat huomioida potilaan tulkatuillakin vastaanotoilla. Tulkattujen vastaanottojen ongelmien takana ei nähdäkseen olekaan se, että tilanteessa on läsnä tulkki, vaan ongelmien esiintyminen kytkeytynee siihen, että tulkatuilla lääkärin vastaanotoilla risteää erityisen paljon keskustelun sujumiseen vaikuttavia tekijöitä. Näitä ovat esimerkiksi käytännön järjestelyt, käsiteltävän asian arkaluonteisuus, lääkärin ja potilaan kokeneisuus tulkin kanssa toimimisessa, tulkin koulutus ja kokemus, tulkkauksen laatu ja osallistujien asenteet. Kun ongelmaksi ei hahmoteta tulkkausta sinänsä vaan joukko erilaisia osatekijöitä, tulkatun vastaanottovuorovaikutuksen kehittämisen mahdollisuus avautuu aivan toisella tavalla.

5.5 Kuinka päätöksistä keskustellaan monikulttuurisilla vastaanotoilla (*Päätökset*)

Viimeisessä osatutkimuksessani tarkastelen päätöksentekokeskustelun yksityiskohtia. Tutkimustani motivoivat kyselyihin, haastatteluihin ja arvioituihin vastaanottoihin perustuvat tutkimukset, joiden perusteella yhtenä monikulttuuristen lääkärin vastaanottojen ongelmana on maahanmuuttajapotilaiden liian vähäinen osallistuminen ja osallistaminen itseään koskeviin päätöksiin (Malin & Suvisaari 2010; Castaneda ym. 2012; Castaneda ym. 2014). Artikkelissani *Päätökset* analysoin, miten päätöksiä aineistossani tehdään, ja pohdin, näkyykö päätöksentekoprosessissa vuorovaikutuksen tasolla joitakin sellaisia piirteitä, joista aiemmissä tutkimuksissa havaittu eriarvoisuus voisi syntyä. Tutkimusasetelmassani ovat mukana myös ulkomaalaistaustaisten lääkärin vastaanotot, sillä kieleen ja kulttuuriin liittyvät kysymykset ovat niissäkin relevantteja (ks. esim. Sariola 2012; Kuusio 2014; Tervola 2017).

Odotuksenmukaisesti aloitteen päätöksen tekemiseen tekee aineistossani useimmiten lääkäri. Lääkärit käyttävät päätösaloitteissaan monenlaisia kielellisiä muotoiluja, ja muotoilut kertovat siitä, kuinka päätösvallan ja päätöksentekoon tarvittavan tiedon – eli ns. deonttisen ja episteemisen auktoriteetin – oletetaan kyseisen päätöksen kohdalla jakautuvan lääkärin ja potilaan välillä (ks. Stevanovic & Peräkylä 2012; Stevanovic 2013). Lääkärin käyttämät päätösaloitteet voi luokitella seuraaviin toimintoihin: velvoitukset, kehotukset, toteamukset, luvat, suositukset, tarjoukset, ehdotukset ja kysymykset. Toiminnot asettuvat tässä järjestyksessä jatkumolle niin, että ensimmäiset ilmentävät lääkärin voimakasta deonttista auktoriteettia ja viimeiset heikompaa (kuvio 2, ks. myös *Päätökset*: kuvio 1). Jatkumon lääkärikeskeisessä päässä päätösaloitteet ilmaisevat välttämättömyyttä, varmuutta ja päätöksen valmiutta, ja niissä keskitytään tyypillisesti lääkärin omaan toimintaan. Jatkumon toiseen päähän liikuttaessa päätösten varmuusaste heikkenee ja potilaan näkökannan merkitys päätöksenteossa tulee näkyvämmäksi. Verrattuna aiempiin tutkimuksiin, joissa lääkäriellä ja potilaalla on ollut sama kieli ja kulttuuri, aloitteiden kirjo vaikuttaa tavanomaiselta (esim. Sorjonen 2001b; Collins ym. 2005; Ijäs-Kallio, Ruusuvuori & Peräkylä 2011; Landmark ym. 2015; Lindström & Weatherall 2015; Bergen ym. 2017; Stivers ym. 2017).

Päätösaloitteen muotoiluun näyttää vaikuttavan erityisesti päätöksen aihe. Lääkkeisiin ja tutkimuksiin liittyvät päätökset esitetään tyypillisesti lääkärikeskeisesti ja lääkärin toiminnasta käsin, ja oletuksena on, että potilas hyväksyy aloitteen (L S1: *mä kirjotan sulle kipulääkettä; otetaan sitten vielä tämänöhen tulehdusarvo*). Potilaan omahoitoon ja elämäntapaan sekä reseptien uusimiseen liittyvät aloitteet lääkärit taas muotoilevat usein niin, että potilaalle tarjotaan enemmän vastuuta toiminnasta (L S1: *sä voisit käydä vaikka kirjastossa*; L S2: *tarvitseko uusitta melataniinireseptijä*). Sairauslomaan ja aikatauluun liittyvissä päätöksissä lääkärin ja potilaan välinen valta- ja tietosuhde on puolestaan melko

tasainen, mikä näkyy siinä, että lääkärien aloitteissa on variaatiota (L S2: *minä kirjoita lyhyt sairausloman*; L S1: *haluut sä sairauslomatodistuksen*). Aloitteiden muotoiluun voi kuitenkin vaikuttaa myös muunlaisia seikkoja, kuten lääkärin omaksuma tyyli (vrt. Chappell ym. 2018).

velvoitus	<i>täytyy ottaa; pitää kokeilla</i>
kehotus	<i>laita kylmäpussi otetaan; katsotaan</i>
toteamus	<i>mä kirjotan; mä laitan me laitetaan; laitamme</i>
lupa	<i>saa käyttää; voit ottaa</i>
suositus	<i>mää suosittelisin; mä alottaisin pieni liikunta vois olla ihan hyvä</i>
tarjous	<i>mä voin kirjottaa; mä voisin kirjottaa jos laittas</i>
ehdotus	<i>otettais; katottais sä voisit käydä</i>
kysymys	<i>tarvitseeko; haluut sä; mitä mieltä oot onks jotain mitä sä toivoisit</i>



Lääkärin deonttinen auktoriteetti

Kuvio 2. Lääkärin päätosaloitetyypit ja niiden ilmaisema deonttinen auktoriteetti.

Suomea äidinkielenään puhuvien lääkärien ja suomea toisena kielenä puhuvien ulkomaalaistaustaisten lääkärien päätosaloitteissa on kuitenkin pari erottavaa piirrettä. Ensinnäkin velvoitetta ilmaisevia aloitteita, joissa päätettävä asia esitetään välttämättömänä, käyttävät lähes yksinomaan ulkomaalaistaustaiset lääkärit (L S2: *no täytyy ottaa röntgenkuva; varmasti pitää kuvata*). Toinen erottava tekijä on puolestaan se, että ulkomaalaistaustaisten lääkärien päätosaloitteissa on hyvin harvoin konditionaalimuotoja (-isi-), joita suomea äidinkielenään puhuvat lääkärit käyttävät yleisesti ehdotuksissa, suosituksissa ja tarjouksissa. Kyseisiä toimintoja on mahdollista ilmaista myös muilla keinoilla, kuten pelkällä *voida*-verbillä tai *jos*-

lauseilla, mutta tällaisiakin on aineistossani melko vähän. Näin ollen ulkomaalais-taustaisten lääkärien päätösaloitevalikoima on sävyiltään jonkin verran autoritaari-sempi kuin suomea äidinkielenään puhuvien. Havainto voi olla lääkärien kieli-koulutuksen kannalta hyödyllinen, sillä lääkärin puheen sävy voi vaikuttaa siihen, millaisena potilas vastaanottokäynnin kokee.

Potilaat tuottavat aineistossani päätösaloitteita harvemmin kuin lääkärit, mikä on vastaanottokeskusteluissa odotuksenmukaista, sillä lääkärit tyypillisesti johtavat keskustelunkulkua (Sorjonen, Peräkylä & Eskola 2001; Heritage & Maynard 2006). Potilaiden päätösaloitteet koskevat lähinnä lääkitystä ja tutkimuksia eli nimenomaan sellaisia asioita, joissa lääkäriellä on toimeenpanovalta. Erityisen aloitteellisia potilaat ovat reseptien uusimisessa, mikä onkin aihealueena sellainen, jossa sekä lääkärin että potilaan tietämyksellä ja näkemyksellä on ratkaiseva merkitys. Vaikka vain lääkäri voi uusien reseptien, potilaalla on tietoa uusimisen tarpeesta eli siitä, onko lääkkeitä jäljellä ja haluaako hän niitä lisää. Potilaiden päätösaloitteet ovat tyypillisesti eri tavoin muotoiltuja pyyntöjä (P S1: *saisinko mä samal sen Nasofanin*; P tulkattu: *entäs migreenilääke, tarvitsen sitäkin*). Toisinaan potilaat tekevät myös lisäehdotuksia, joilla he pyrkivät saamaan lääkärin tekemään jotakin sellaista, mitä lääkäri ei ole ottanut esille (P S1: *entäs tarttisik tätä kuvata*; P S2: *ja tarvii verhi otamme*). Artikkelissa käsittelen tällaisia aloitteita yhtenä vastarinnan muotona, sillä niiden kautta potilaat ilmaisevat lääkärin päätös-ehdotusten riittämättömyyttä ja tuovat esille seikkoja, joiden käsittelyä he itse odottavat. Lisäksi potilaat ilmaisevat aineistossani vastarintaa passiivisen ja aktiivisen vastarinnan keinoin (Stivers 2004; 2007; Bergen ym. 2017). Passiivinen vastarinta ilmenee esimerkiksi hiljaisena pysymisenä ja minimaalisina vastauksina, kun taas aktiivista vastarintaa ovat suorat erimielisyyden ilmaukset. Tarkastel-tavana olleista 36 vastaanotosta potilaiden vastarintaa esiintyi 23:ssa.

Vastustaessaan lääkärin aloitteita potilaat vetoavat usein omiin kokemuksiinsa ja arvoihinsa. Esimerkiksi eräs potilas vastustaa kipulääkityksen aloittamista vetoamalla lääkeinhoonsa ja hyvään terveyteensä, kun taas lääkityksen lopettamista vastustava potilas painottaa, ettei pysty kestävään vieroitusoireita (*Päätökset*: esimerkit 3 ja 4). Huomionarvoista on, että lääkäri–potilas-vuorovaikutuksessa on tyypillistä, etteivät lääkärit hyväksy potilaan kielteistä kantaa omiin ehdotuksiinsa suoraan. Erimielisyyttä seuraa neuvottelu, jossa lääkärin lääketieteellinen asian-tuntemus ja potilaan kokemusmaailma pyritään sovittamaan mielekkäällä tavalla yhteen. Neuvotteluissa lääkärit perustelevat omaa kantaansa lääketieteellisestä näkökulmasta ja suostuttelevat potilasta omaksumaan saman linjan. (Stivers 2018.) Näin on myös tämän tutkimuksen aineistossa. Tämä ei kuitenkaan tarkoita, että kaikki neuvottelut päättyisivät lääkärin kannan mukaiseen päätökseen, vaan lopputuloksena voi olla myös potilaan kannan mukainen päätös tai jonkinlainen kompromissi.

Potilaiden vastarinta ja osallistuminen neuvotteluihin osoittavat, että potilaat eivät jää monikulttuurisillakaan vastaanotoilla passiivisiksi. Potilaiden toiminta päätöksenteossa ei myöskään rajoitu lääkärien ehdotusten hyväksymiseen ja vastustamiseen, sillä potilaat tuottavat myös omia ehdotuksia. Lisäksi neuvottelu-

sekvenssien analyysistä käy ilmi, että lääkärit kartoittavat potilaiden näkemyksiä ja ottavat ne huomioon omissa perusteluissaan. Tulokseni eivät tarkoita, ettei eriarvoistavaa päätöksentekoa voisi esiintyä monikulttuurisilla vastaanotoilla Suomessa, mutta ne osoittavat, että kieli- ja kulttuurierot eivät väistämättä heikennä potilaan osallisuutta päätöksentekokeskustelussa. Näin näyttää olevan sekä silloin, kun ulkomaalaistaustainen osapuoli on potilas, että silloin, kun se on lääkäri. Lääkärit muotoilevat päätösaloitteitaan sekä itsestään että potilaasta käsin, ja potilaat ottavat lääkärin aloitteisiin kantaa ja tekevät omia aloitteita. Tulokset ovat samansuuntaiset kuin Chappellin ym. (2018) neurologien konsultaatioiden päätöksenteon tapaa koskevassa tutkimuksessa, jossa ei myöskään havaittu yhteyttä päätöksenteon tavan ja potilaan demografisten tekijöiden (sukupuoli, koulutus, työllisyys, etnisyys) välillä. Siinä missä Chappellin ym. tutkimuksessa päätösaloitteiden muotoilua näyttää ohjaavan neurologin persoonallinen tyyli, omassa yleislääkäreitä koskevassa tutkimuksessani päätöksenteon tapa näyttää riippuvan ainakin päätöksen aiheesta ja potilaan yksilöllisestä tilanteesta. Samansuuntainen tendenssi on havaittavissa myös potilaiden osallistumismahdollisuuksissa ja -halukkuudessa: kroonisesti sairaat oppivat tuntemaan sairautensa ja pystyvät arvioimaan sen hoitamisen tapaa, kun taas akuuteissa tilanteissa potilailla on vähemmän tietoa, ja he ovat taipuvaisempia luottamaan lääkärin näkemykseen (Thompson 2007, 60–61).

Osatutkimukseni lopussa peilaan sekä omia että aiempia keskusteluanalyttisiä havaintoja ja potilaskeskeisyyden ideologiaa (ks. edellä luku 2.3) toisiaan vasten ja pyrin näin täsmentämään potilaskeskeisen päätöksentekokeskustelun käsitettä. Potilaskeskeisen päätöksenteon kannalta voisi ajatella olevan olennaisinta, että potilaan näkemyksiä kuunnellaan, että potilaalle tarjotaan päätösten kannalta olennaista informaatiota ja että päätöksistä neuvotellaan. Neuvotteluissa potilaskeskeisyyttä voi puolestaan edistää huomioimalla potilaan yksilöllisen näkökulman, huolenaiheet ja terveydentilan. Jatkotoimenpiteiden ehdottaminen ja potilaan ohjaaminen kuuluvat kuitenkin lääkärin tehtäviin, ja tämä edellyttää tietynlaista lääkärijohtoista otetta. Tutkimusten perusteella potilaat myös odottavat lääkärin ottavan asiantuntijana ohjat sekä vastuun päätöksistä (*sinä olet lääkäri*, esimerkki 5, *Päätökset*; ks. myös Sorjonen 2001b; Kaplan & Frosch 2005; Thompson 2007; Ijäs-Kallio 2011; Landmark ym. 2015; Lindström & Weatherall 2015). Voisikin pohtia, ovatko lääkärivetoisuus ja potilaskeskeisyys oikeastaan toistensa vastakohtia, vai voisiko esimerkiksi päätöksentekokeskustelu olla luontevasti molempia yhtä aikaa.

Potilaan osallistumisen kannalta on lisäksi hyvä ottaa huomioon, että yhteisymmärrystä edistävä osallistuminen vaihtelee tilanteittain: potilaan minimaalinen osallistuminen, kuten responssipartikkeli *joo* tai pelkkä nyökkäys, voi olla sopiva osallistumisen taso silloin, kun tehtävä päätös ei ole monimutkainen eikä tilanteessa ole erimielisyyttä (vrt. Thompson 2007; Thompson ym. 2007; Peräkylä ym. 2007). Se, kuinka paljon potilas puhetta tuottaa, ei siis välttämättä ole yhtä tärkeää kuin se, minkälaisia paikkoja potilaalle vuorovaikutuksessa tarjotaan ja miten potilaan keskeisyys muuten ilmenee vuorovaikutuksessa.

6 Päätelmät

Tässä luvussa tarkastelen osatutkimusteni tulosten muodostamaa kokonaisuutta. Etenen luvussa 1.2 esittämieni koko työtä koskevien tutkimuskysymysten mukaisesti. Ensin käsitelen kokoavasti osatutkimuksissa tutkimiani kielellisiä ja kehollisia resursseja (6.1). Tämän jälkeen pohdin, mitä resurssien käyttö kertoo suuntautumisesta kieli- ja kulttuurieroihin ja miten erilaiset tavat huomioida kieli- ja kulttuurieroja edistävät tai vaihtoehtoisesti estävät yhteisymmärryksen rakentamista (6.2). Luvun lopuksi pohdin vuorovaikutusresurssien käyttöä suhteessa lääkärin vastaanottojen institutionaaliseen asetelmaan (6.3).

6.1 Monikulttuuristen vastaanottokeskustelujen kielelliset ja keholliset resurssit

Aineistostani käy ilmi, että keskustelun monikulttuurinen asetelma huomioidaan kommunikoinnin tavassa. Esimerkiksi lääkärit huomioivat kieli- ja kulttuurierot mukauttamalla puhettaan ja tekemällä siitä potilaan näkökulmasta ymmärrettävämpää (vastaanottajalähtöisyyden periaate, Drew 2013). Erityisesti silloin, kun käsiteltävään aiheeseen liittyy lääketieteellistä asiantuntijatietoa tai kun keskustelussa ilmenee väärinymmärryksiä tai muuta etenemistä hidastavaa, lääkärit tavoittelevat selkokielistä ilmaisua, jossa sanasto ja rakenne ovat yksinkertaisia (*Kysymykset, Selitykset, Päätöksenteko*). Muotoillessaan puhettaan uudelleen lääkärit korostavat vuorojensa avainsanoja prosodian keinoin hidastamalla puhettaan ja puhumalla painokkaammin. Lääkärien selitykset ovat myös luonteeltaan yksinkertaisia; ne keskittyvät potilaan ja vastaanoton hoitamisen näkökulmasta olennaisiin seikkoihin ja jättävät muut yksityiskohdat taka-alalle. Selittäminen, perusteleva ja selkokielisyys näkyvät myös lääkärien tavassa neuvotella vastaanotolla tehtävistä päätöksistä, vaikka päätöksenteko ei vallankäytön ja potilaiden osallistumisen suhteen näytäkään eroavan huomattavasti sellaisista päätöksentekokeskusteluista, joissa lääkäri ja potilaalla on sama kieli ja kulttuuri.

Sekä suomea äidinkielenään puhuvat että ulkomaalaistaustaiset lääkärit ja potilaat tukevat puhettaan esittävillä ja osoittavilla eleillä. Eleitä käytetään sitä enemmän, mitä todennäköisemmin yhteisymmärrys on uhattuna. Eleiden käyttö lisääntyy esimerkiksi silloin, kun jonkun keskustelun osapuolen kielitaito on erityisen heikko (*Eleet*), kun kertaalleen sanottua pyritään ilmaisemaan toisin (*Kysymykset*) ja kun jotakin selitetään (*Selitykset*). Eleet havainnollistavat puheen sisältöä ja helpottavat siten sen ymmärtämistä, olipa sitten kyse kakkoskieliselle suunnatusta tai kakkoskielisen tuottamasta puheesta (ks. myös Salo 2017; Keskiikonen 2018).

Kehollinen vuorovaikutus näyttää olevan erityisen merkityksellistä myös silloin, kun vastaanotolla on tulkki (*Tulkkaus*). Eleiden kautta vieraskielistäkin puhetta on mahdollista seurata jonkin verran etenkin silloin, kun alkuperäisten vuorojen eleet toistuvat tulkkeessa. Tällöin alkuperäisen vuoron ja tulkkeen yhteys tulee näkyväksi, mikä voi olla keino rakentaa luottamusta tulkatuissa keskusteluissa. Lisäksi kehollinen vuorovaikutus näyttää tukevan potilaskeskeistä lähestymistapaa. Kun lääkärit ja tulkit peilaavat potilaan eleitä, he osoittavat paitsi kokonaisvaltaista osallistumista keskusteluun myös ymmärrystä potilaan kehollista kokemusta kohtaan. Tulkit voivat tukea potilaskeskeistä vuorovaikutusta myös tasapainoilemalla suoran ja mukailevan tulkkauksen välillä yhteisymmärrystä ylläpitävällä tavalla sekä osoittamalla kuuntelua.

6.2 Kieli- ja kulttuurieroihin suuntautuminen

Vuorovaikutusresurssien käytön ohella tavoitteeni on ollut tutkia, mitä yhteisymmärryksen rakentamisen keinot kertovat suuntautumisesta kieli- ja kulttuurieroihin: Miten yhteisymmärryksen tukeminen ja osoittaminen heijastavat keskustelutilanteen kielellistä epäsymmetriaa? Millaisia haasteita kieli- ja kulttuurierojen huomioiminen tuo keskustelun sosiaaliseen asetelmaan? Entä millaisen suuntautumisen voi ajatella tukevan tai jarruttavan yhteisymmärryksen rakentamista?

Kielelliset ja keholliset resurssit, joita aineistossani käytetään, viittaavat siihen, että keskustelun osapuolet ovat tietoisia kieli- ja kulttuurierojen mahdollisista vaikutuksista ymmärtämiseen. Osallistujat vaikuttavat olevan ilmaisunsa suhteen valmiustilassa, jolloin pienikin epäily ymmärrysongelmista saa heidät korjaamaan, selittämään ja havainnollistamaan omaa puhettaan (*Eleet*, *Kysymykset*, *Selitykset*, *Tulkkaus*, *Päätöksenteko*). Lisäksi myös puheen seuraamista ja ymmärtämistä ilmaistaan jatkuvasti: keskustelut etenevät ikään kuin välietapistä toiseen, ja osapuolet kuittaavat toistensa vuoroja ja vuoron osia ymmärretyiksi sekä verbaalisesti että kehollisesti. Kaiken kaikkiaan aineistoni keskusteluissa pyritään kohti yhteisymmärrystä.

Tapa, jolla ymmärrystä pyritään lisäämään ja osoittamaan, tuo kuitenkin esiin myös kielellisen epäsymmetrian pulmallisen luonteen. Toisaalta siihen on varauduttava ja toimintaa on mukautettava siihen sopivaksi, mutta toisaalta kielitaitoon liittyviä asioita ei haluta nostaa huomion kohteeksi, sillä se uhkaisi kieltä vähemmän osaavan kasvoja. Kasvojen suojeleminen näkyy siten, että ymmärtämistä pyritään jatkuvasti tukemaan, ja toisaalta taas niin, että varsinaisiin ongelmatilanteisiin reagoidaan melko epäsuorasti ja mahdollisimman huomaamattomalla tavalla (*Kysymykset, Selitykset*, vrt. Kurhila 2006b: 39–43, 86–87). Kun keskustelukumppanin toiminnasta käy ilmi, että yhteisymmärrys rakoilee, kieltä paremmin osaavat pyrkivät ratkaisemaan tilanteen korjaamalla omaa puhettaan selkeämmäksi ja sisällöltään yksinkertaisemmaksi. Keskustelukumppanin ymmärrysongelmiin voidaan myös vastata osoittamalla ymmärtämistä tai samanmielisyyttä. Esimerkiksi kysymyksiä korjatessaan lääkärit ottavat potilaan odotuksenvastaisen vastauksen myönnellen vastaan ja tuottavat sitten saman kysymyksen toisin, jolloin potilaalle tarjoutuu tilaisuus vastata uudelleen ilman, että ensimmäinen vastaus leimautuu vääränlaiseksi. Lääkärit siis tavallaan hyväksyvät vastauksen kysymykseen, jota ei ole esitetty. Kasvojen suojeleminen ja kieliongelmiin sivuuttaminen käy kuitenkin vaikeaksi, mikäli ongelmat eivät ratkeakaan vaan vaativat pidempää selvittelyä. Tämä näkyy kysymysten uudelleenmuotoilussa siten, että ensimmäisen korjauksen jälkeen myöntelystä luovutaan ja korjatut kysymykset lausutaan prosodisesti edellisiä painokkaammin. Tällöin vuorovaikutuksen tavasta on selvemmin pääteltävissä, että käsillä on ongelmatilanne ja että se paikannetaan nimenomaan ymmärtämiseen.

Yhteisymmärrystä pyritään siis aineistossani rakentamaan pääsääntöisesti niin, että kieleen ja kulttuuriin liittyvät eroavaisuudet pysyvät ikään kuin ”hallittavissa rajoissa” ja keskustelukulku mahdollisimman eheänä (vrt. *preference for progressivity*, Stivers & Robinson 2006). Pyrkimys minimoida kielieron vaikutuksia keskustelussa voi nähdäkseni edistää yhteisymmärrystä mutta joissakin tapauksissa myös uhata sitä. Tällaisia viitteitä näkyy kysymysten uudelleenmuotoilun ohella selitysten yhteydessä. Lääkärien selitykset näyttävät tähtäävän keskustelun jatkuvuuteen ja helppoon ymmärrettävyyteen, sillä ne tuotetaan omaloitteisesti yksinkertaisella sanastolla ja upotetaan muuhun puheeseen. Terveysteen ja sairautteen liittyvät asiat ovat kuitenkin toisinaan monimutkaisia ja monitahoisia, jolloin yksinkertaistaminen ja asioiden käsitteleminen ikään kuin ohimennen voi vääristää potilaan kuvaa asiasta tai jättää tämän epätietoisuuteen. Jos potilaalle tarjottu tieto ja perustelut jäävät liian ylimalkaisiksi, yhteisymmärryksen jää pinnalliseksi (vrt. Kalin 1995). Tällöin vaarana on, että vastaanoton eheyttä ja potilaan kasvoja kielen käyttäjänä suojelemaan potilaan terveyden ja terveydenhuollon laadun kustannuksella. Sama koskee vastaanottoja, joissa lääkäri on ulkomaalaistaustainen. Mikäli potilas ei kohteliaisuuden nimissä tuo esiin ongelmia ymmärtää lääkärin puhetta, tärkeitä yksityiskohtia voi mennä ohi.

Toinen seikka, joka saattaa uhata yhteisymmärrystä, on liiallinen suuntautuminen keskustelukumppanin kielelliseen osaamiseen. Analyysini perusteella kielieron aikaansaama valmiustila saattaa toisinaan johtaa siihen, ettei muista syistä

johtuvia vuorovaikutuksen ongelmia osata havaita tai ottaa huomioon. Tällöin mikä tahansa katkoksia aikaan saava seikka voidaan pyrkiä korjaamaan selittämällä, elehtimällä ja yksinkertaistamalla puhetta. Tällainen toiminta voi tietenkin auttaa myös kielitaitoon liittymättömissä ongelmissa, kuten kuulemisen ongelmissa, mutta toisaalta se saattaa tuottaa psykologista kuormaa kieltä vähemmän osaavalle osapuolelle. Kasvojen suojelemisesta voi tulla kasvoja uhkaavaa kieltä vähemmän osaavalle, jos häneen suhtaudutaan jatkuvasti ymmärtämättömänä ja ongelmia aikaansaavana. Vaarana on, että kieltä vähemmän osaava kokee, että häntä kohdellaan kielitaidon vuoksi myös tiedon, älyn ja osaamisen suhteen vajavai-
sempana osapuolena (vrt. ulkomaalaistaustaisten lääkärien kokemaa syrjintä, Aalto ym. 2013, 64; Haukilahti 2014, 69).

Monikulttuurisen vuorovaikutuksen sujumisen kannalta kieliero on siis asia, joka on hyvä tiedostaa mutta jolle ei välttämättä kannata antaa ennakkoon painavaa merkitystä keskustelussa. Sama koskee kulttuurieroja: niiden olemassaolon mahdollisuus on tärkeä tiedostaa, mutta ennakko-oletusten kanssa on syytä olla varovainen (vrt. Papadopoulos 2006; Saha, Beach & Cooper 2008; Sainola-Rodriguez 2009; Abdelhamid, Juntunen & Koskinen 2010). Aineistossani ei esiinny suoraan potilaisiin kohdistuvaa sanallistettua rasismia, mutta suomea äidinkielenään puhuvat lääkärit esittävät joitakin negatiivisia tai virheellisiä ennakko-oletuksia maahanmuuttajapotilaan kulttuurista tai kotimaasta. Esimerkiksi muussa maassa määrättyihin lääkkeisiin voidaan suhtautua huonompina kuin Suomessa käytettäviin, vaikka valmisteen nimi ei olisi lääkärille tuttu. Kulttuuri-sensitiivisyyteen pyrkiminenkin voi olla haastavaa, mikä tulee esiin esimerkistä 4. Siinä potilaana on somalinainen, joka tarvitsee gynekologisen tutkimuksen. Potilas istuu tutkimuspöydällä, ja lääkäri on käynyt kääntämässä kamerat toiseen suuntaan.

Esimerkki 4. Gynekologinen tutkimus. (L: suomi, P: somali)

- 1 L joo, no nii:n, katotaas tosiaan tää tutkimuspuoli
- 2 sitte vielä niin, saadaan katottua tosiaan ettei
- 3 siel oo sitte muuta- muuta ainakaan niinko
- 4 selittämässä tossa et, joo, joo, voit käydä vielä
- 5 ihan pitkäkses siihen niin, niin niin ja voit
- 6 nostaa jalat sitte tosiaan noihin jalkatukiin,
- 7 (5.0)
- 8 L joo, eikö sinun kulttuurissa ole iha ookoo
- 9 kuitenkin et mies voi,
- 10 P joo,
- 11 L niin ku ajattelin varmistaa-
- 12 P =ei mun kulttuuris ookoo mutta minulle se on
- 13 ookoo.
- 14 L okei hyvä että siinä on tosiaan sitte näin et,
- 15 joo et, joo,

Vaikka lääkäri on valmistellut potilasta tutkimukseen kertomalla, että se tehdään seuraavaksi, kääntämällä kamerat pois päin ja ohjaamalla potilaan tutkimuspöydälle oikeaan asentoon, hän päättää vielä varmistaa, onko potilaan *kulttuurissa iha ookoo*, että mieslääkäri tutkii naisen (rivit 8–9). Lääkärin kysymys jää hieman kesken, mutta sen asettelusta on pääteltävissä, että hän hakee myöntävää vastausta (*eikö ole*, myönteisesti suuntautuvista kieltokysymyksistä VISK § 1644 ja 1694). Kulttuurin esiin nostaminen kertoo, että varmistamisen syy liittyy nimenomaan kulttuuriin sääntöihin. Tästä näkökulmasta myönteistä vastausta hakeva kysymys on hieman erikoinen ratkaisu, sillä lääkärin epävarmuuden taustalla on luultavammin ajatus, että somalikulttuurissa ei ole sopivaa, että mies tekee gynekologisen tutkimuksen. Potilas vastaa kuitenkin *joo*, jolloin lääkäri alkaa selittää syytä kysymykselleen (*niin ku ajattelin varmistaa*, rivi 11). Hän ei kuitenkaan ehdi lausumansa loppuun, kun potilas keskeyttää ja toteaa *ei mun kulttuuris ookoo mutta minulle se on ookoo* (rivi 10). Potilaan reaktio selventää tilannetta ja vakuuttaa lääkärin siitä, että tutkimus voidaan tehdä.

Esimerkki 4 tuo esille kulttuurisen kompetenssin herkän balanssin (kulttuurisesta kompetenssista edellä luvussa 2.3). Se, että lääkäri kysyy suostumusta tutkimukseen kulttuuritietoisuutensa perusteella, osoittaa kulttuurisensitiivisyyttä ja sopii sinänsä kulttuurisen kompetenssin ja potilaskeskeisyyden ideologiaan, kun taas kysymyksen kielellinen muotoilu ohjaa potilasta tekemään valintansa tietyn ryhmän edustajana eikä yksilönä (*eikö sinun kulttuurissa ole iha ookoo*, rivi 7). Joku toinen potilas olisikin samassa tilanteessa saattanut vastata, ettei tutkimuksen tekeminen ole hyväksyttävää, ja jäädä siten ilman tutkimusta. Vaihtoehtoinen tapa kysyä asiaa olisi esimerkiksi *Onko sulle ookoo että tehdään tämä tutkimus?* Tällöin potilas voisi vastata suoraan omasta puolestaan.

Myös kulttuurin ja terveyden tutkimukseen perehtyneet antropologit Arthur Kleinman ja Peter Benson (2006) ehdottavat yksilön kulttuurisia käsityksiä kartoittavaa toimintatapaa monikulttuurisessa lääkärin työssä. He korostavat etnografista lähestymistapaa, jossa kulttuureihin liitettävien piirteiden ohella keskitytään potilaan elettyyn kokemukseen. Pyrkimyksenä on ymmärtää sairaus potilaan näkökulmasta ja vastata siihen sopivalla tavalla. Etnografinen lähestymistapa kannustaa lääkäreitä kysymään potilailta, mistä he ajattelevat terveysongelmansa johtuvan ja millaisia seurauksia he pelkäävät ongelmasta koituvan. Koska kiinnostuksen kohteena on potilas yksilönä, joka on samalla kulttuurinen, lähestymistapa antaa sijaa kulttuuriselle variaatiolle ja ambivalenssille, jota esimerkiksi maahanmuutto ja globalisaatio synnyttävät mutta joka jää kulttuurien ja maiden välisiä eroja pohdittaessa helposti huomioimatta. Kulttuurista kompetenssia on, ettei keskustelukumppanin kulttuuriin suhtauduta korostetun erilaisena (ks. myös Tiilikainen 2012).

Yksilöllistä lähestymistapaa voi soveltaa myös kielieron kanssa toimimiseen, sillä kielen rooli on jokaisessa keskustelussa erilainen ja kielen taso ja erilaisten ilmaisukeinojen tarpeellisuus on väistämättä tilannekohtaista. Kielellisesti epäsymmetrisissä tilanteissa on hyödyksi, jos osaavampi puhuja havainnoi keskustelukumppaninsa kielitaitoa ja ymmärtämistä ja sopeuttaa ilmaisuun siihen sopivaksi

keskustelun edetessä – kuten monet tekevät myös tämän tutkimuksen aineistossa (vrt. myös selkokielisen vuorovaikutuksen ohjeet, Leskelä 2012). Tulkattavissa keskusteluissa keskustelunkulun havainnoiminen voi puolestaan auttaa tuottamaan tulkkaamisen kannalta sopivan mittaisia vuoroja. Kielieron kanssa toimimiseen liittyvään kompetenssiin voisi lukea myös kyvyn tarkastella vuorovaikutusta laajana ja monitahoisena kokonaisuutena. Tällä voisi välttyä edellä käsittelemästani ylitulkinnan dilemmasta, jossa liiallinen fokuoiminen kielieroon estää näkemästä muita ymmärtämiseen ja osallistumiseen vaikuttavia seikkoja.

Kielellisen epäsymmetrian kanssa toimimista helpottaisi sekin, jos katkoksiin ja väärinymmärryksiin suhtauduttaisiin avoimemmin (vrt. Leskelä 2012, 298). Jos vuorovaikutuksen ongelmia tuotaisiin herkemmin esille ja käsiteltäväksi, niitä voitaisiin ratkaista yhteistyössä. Tilapäinen siirtyminen keskustelun ”metatasolle” saattaisi myös olla keskustelukumppanien välisen luottamuksen kannalta parempi ratkaisu kuin ongelmien peittelemine tai sivuuttaminen (vrt. Lilja 2012). Avoimempi lähestyminen kielen ja vuorovaikutuksen ongelmiin voisi parantaa myös tulkattua vuorovaikutusta, sillä tulkkaukseen liittyy erityisen paljon arkaluonteisuutta ja luottamukseen liittyviä haasteita, joita ongelmien käsittelyn vältteleminen ei ainakaan vähennä. Esimerkiksi sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten kanssa käymissäni keskusteluissa on toistuvasti noussut esiin, että tulkin ja asiakkaan väliset kahdenkeskiset neuvottelut koetaan häiritsevinä ja epäluottamusta herättävinä mutta tällaisten neuvottelujen sisällöstä ei viitsitä kysyä. Yksinkertaisin tapa saada vastauksia mieltä askarruttaviin asioihin olisi kuitenkin se, että asiat nostettaisiin esiin keskustelutilanteen aikana. Useissa tulkkausta koskevissa tutkimuksissa merkitysneuvottelujen, välihuomioiden ja selvennysten on nimenomaan havaittu rakentavan ja ylläpitävän yhteisymmärrystä (esim. Wadensjö 1992; Baraldi 2012; Baraldi & Gavioli 2014; Davitti & Pasquandrea 2013, ks. myös *Tulkkaus*).

Kokoavasti voidaan todeta, että kieli- ja kulttuurierot voivat saada aikaan aivan erityistä yhteistyöhakuisuutta, joka saa keskustelijat kierrättämään toistensa sanoja ja liikkeitä ja huolehtimaan siitä, että keskustelu etenee yhteisymmärryksessä (*Eleet, Kysymykset, Selitykset, Tulkkaus, Päätöksenteko*). Yhteistyöhakuisuuden rinnalla ja luultavasti myös sen taustalla on kuitenkin myös epävarmuutta ja varovaisuutta. Kielellisesti ja kulttuurisesti epäsymmetrisissä tilanteissa voi olla tavallista vaikeampaa arvioida, minkä verran keskustelukumppani ymmärtää – etenkin, jos keskustelussa viestitään ymmärryksestä silloinkin, kun sitä ei ole. Samoin voi olla haastavaa huomioida keskustelukumppanin kulttuuri ja tausta niin, ettei tule rakentaneeksi stereotyyppioita tai arvottavia vastakkainasetteluja. Kielen merkityksen ja kielellisen monimuotoisuuden huomioon ottamisesta on kielenopetuksen kentällä käytetty jo pitkään termiä *kielitetietoisuus*, ja se on käyttökelpoinen kattotermi myös tässä tutkimuksessa esittämilleni monikulttuurista vuorovaikutusta sujuvoittaville lähestymistavoille. Lisäämällä kielitetietoisuutta voidaan edistää yhteisymmärrystä monikulttuurisissa kohtaamisissa ja jarruttaa eriarvoistumista (Latomaa, Luukka & Lilja 2017; Tiililä 2017).

6.3 Vastaanottokeskustelun institutionaalisen asetelman vaikutus yhteisymmärryksen rakentamiseen

Kuten luvussa 3.4 totesin, lääkäri–potilas-vuorovaikutus on tutkimukseni lähtökohta, kun taas monikulttuurisuus, kielellinen epäsymmetria ja tulkkaus ovat aineistossani vallitsevia olosuhteita. Näin ollen kiinnostavaa ei ole ainoastaan se, miten kieli- ja kulttuurierojen kanssa toimitaan, vaan myös se, miten niiden kanssa toimitaan nimenomaan lääkärin vastaanotolla. Tutkimukseni perusteella vastaanottokeskustelun institutionaalinen asetelma vaikuttaa merkittävästi siihen, miten yhteisymmärrystä aineistossani rakennetaan.

Kuten odottaa saattaa, lääkärin vastaanottojen perusdynamikka aineistossani on linjassa aiempien keskusteluanalyttisten tutkimusten havaintojen kanssa (esim. Haakana 1999; Ruusuvuori 2000; Raevaara 2000; Sorjonen, Peräkylä & Eskola 2001; Lindholm 2003; Heritage & Maynard 2006; Ijäs-Kallio 2011). Vastaanotot etenevät vakiintuneeseen tapaan, ja lääkärit ja potilaat toimivat yleensä ottaen rooliensa mukaisella tavalla. Väitöskirjassani olen syventynyt erityisesti lääkärin ja tulkkien toimintatapoihin, koska he ovat vastaanottokeskustelussa ammattilaisen asemassa ja koska heillä on siten institutionaalista vastuuta keskustelun kulusta ja sen lopputuloksista. Lääkärit ja tulkit ovat myös ne ryhmät, joita koulutetaan vuorovaikutukseen, jolloin tutkimuksen kautta saatua tietoa voidaan hyödyntää pedagogisesti. Esimerkkini havainnollistavat kuitenkin myös potilaiden suuntautumista vuorovaikutuksen yksityiskohtiin sekä potilaiden keinoja tulla ymmärretyiksi ja kuulluiksi.

Institutionaalisen asetelman vaikutus yhteisymmärryksen rakentamiseen tulee selkeimmin esiin, kun vuorovaikutusresurssien käyttöä verrataan erilaisissa konteksteissa. Näin olen tehnyt artikkeleissani *Kysymykset* ja *Selitykset*, joissa vertasin lääkärin toimintatapoja opettajien toimintatapoihin ja arkikeskusteluihin. Kysymysten uudelleenmuotoilun tapa lääkärin vastaanotoilla osoittaa voimakasta suuntautumista lääkärin ja potilaan roolijaon ylläpitämiseen. Lääkärit pyrkivät suojelemaan potilaan episteemistä asemaa omaa itseään koskevissa asioissa; he varovat kyseenalaistamasta potilaiden vastauksia, vaikka ne poikkeaisivat selvästi kysymyksen asettamasta kehyksestä. Arkikeskusteluissa ja pedagogisissa konteksteissa keskustelukumppanin ymmärryksen kyseenalaistaminen, vastauksen korjaaminen sekä väärinymmärrysten esille tuominen näyttävät kuitenkin olevan sosiaalisesti hieman hyväksyttävämpiä toimintoja (vrt. esim. Schegloff 1992; Lilja 2010; Lilja 2012).

Selityssekvenssien vertailu tuo puolestaan ilmi, miten kiinteästi selittämisen päämäärät ovat yhteydessä institutionaalisiin tavoitteisiin. Lääkärit selittävät potilaille asioita nimenomaan vastaanottokäynnin hoitamisen ja lääkäri–potilas-roolijaon näkökulmasta, kun taas opettajien selityksissä on selvä pyrkimys lisätä oppilaiden tietämystä opettamalla heille asiasisältöjä ja niihin liittyvää sanastoa. Luokkahuonekontekstissa uutta sanaa voidaan toistaa yhdessä, ja sanan ymmärtämistä voidaan myös testata. (Vrt. esim. Järvinen 2001; Waring ym. 2013;

Morton 2015.) Kielenoppijasta koulutetaan kielen osaajaa, mutta potilaasta ei muovata kielen eikä lääketieteen osaajaa, vaikka tämä olisi kummankin osa-alueen suhteen vähemmän tietävän asemassa.

Keskustelun institutionaalinen asetelma vaikuttaa myös jonkin verran siihen, kuinka kieli- ja kulttuuriero huomioidaan. Kun ulkomaalaistaustainen osapuoli on potilas, tämä on sekä lääketieteellisen tiedon että kielen suhteen vähemmän osaavan roolissa. Kaksinkertainen epäsymmetria näkyy siten, että suomea äidin-kielenään puhuvat lääkärit selittävät käyttämäänsä sanastoa, yksinkertaistavat puhettaan ja varmistelevat potilaiden ymmärtämistä myös kyselemällä *ymmärrätkö*. Koska potilaan elämäntilanteen ja terveyden välinen yhteys on vastaanottokeskustelussa relevantti asia, maahanmuuttoon liittyvät asiat nousevat tällaisilla vastaanotoilla usein keskustelun topiikiksi. Vastaanotoilla puhutaan esimerkiksi potilaan edellisestä kotimaasta, Suomeen muuttamisesta ja Suomessa asumisesta. Sitä vastoin silloin, kun ulkomaalaistaustainen osapuoli on lääkäri, tällaisia aiheita ei oteta esiin, sillä lääkärin yksityiselämä ei kuulu vastaanottokeskusteluun. Lääkärien kasvoja toisen kielen käyttäjinä saatetaan myös suojella jonkin verran enemmän kuin potilaiden, sillä ulkomaalaistaustaisille lääkäreille ei näytetä puhuvan samoin kuin ulkomaalaistaustaisille potilaille. Lääkärin institutionaalisen asiantuntija-aseman vuoksi lääkärin neuvominen ja tämän ymmärtämisen kyseenalaistaminen kieleen liittyvissä asioissa voi olla sosiaalisesta näkökulmasta hankalampaa kuin potilaiden kohdalla. Asian todentaminen vaatisi kuitenkin lisää tutkimusta. Joka tapauksessa näyttää siltä, että äidinkielliset puhujat ottavat kielellisen asiantuntijuutensa johdosta erilaisen vastuun yhteisymmärryksen ylläpitämisestä ja kasvojensuojelusta kuin kakkoskielliset puhujat (vrt. Lilja 2012, 580–581). Institutionaalinen rooli taas näyttää luovan puitteet sille, miten kielellisen asiantuntijan vastuuta voidaan ilmentää.

Institutionaalinen asetelma ja siihen sisältyvä agenda näkyvät myös vastaanottojen päätöksentekokeskustelun yksityiskohdissa (*Päätökset*). Lääkärit toimivat tyypillisesti aloitteellisena osapuolena ja antavat potilaille hyväksyttäväksi erilaisia mahdollisuuksia. Päätösaloitteiden muotoilu noudattaa pitkälti tilanteen deonttista ja episteemistä todellisuutta. Esimerkiksi uusien lääkkeiden kohdalla lääkärit esittävät aloitteen tyypillisesti omasta toiminnastaan käsin (*mä kirjotan; voisin kirjottaa*), kun taas reseptien uusimisessa lääkärit kartoittavat potilaan tahtoa ja tietämystä lääkkeen riittävydestä (*tarvitseko uusitta melataniinireseptijä*). Reseptien uusiminen on myös aihe, jossa potilaatkin tekevät aloitteita (*saisinko mä samal sen Nasofanin; kirjuta ny sitä Duakkiaki*). Erimielisyyksistä neuvoteltaessa lääkärit rakentavat argumentaationsa lääketieteellisen asiantuntemuksen ja potilaat kokemusmaailmansa pohjalta. Lääkärit pyrkivät huomioimaan potilaan näkemyksen ja sen perusteet, ja vastaavasti potilaat tyypillisesti kunnioittavat lääkärin asiantuntijanäkökulmaa.

Tulkatuilla vastaanotoilla institutionaalinen asetelma on erilainen kuin tavallisesti, sillä sekä lääkäri että tulkki toimivat asiantuntijarooleissa ja molemmilla on potilaaseen erilainen suhde. Lääkärin tehtävä on tarjota potilaalle apua ja kuunnella tätä, kun taas tulkin tehtävänä on palvella sekä lääkäriä että potilasta tulkkamalla

puhetta ja osallistumalla kahdella kielellä käytävän keskustelun koordinoimiseen. Vastaanottokeskustelun puitteet saavat kuitenkin aikaan ristipainetta tulkkaamiselle. Keskustelun tulkkaamisessa ymmärrys vastaanottokeskustelujen kulusta ja agendasta on tarpeen, mutta puhetta ei kuitenkaan tulisi tulkata sen perusteella, mitä tulkki hahmottaa kontekstissa relevantiksi. Tulkilla ei ole lääketieteellistä pätevyyttä eikä myöskään oikeutta asettua potilaan edustajaksi tai päättää tämän puolesta, mitkä asiat välitetään lääkärille ja mitkä ei. Aiemmissa tutkimuksissa onkin ilmennyt, että tulkatuilla vastaanotoilla esiintyy ongelmia tulkkauksen laadussa, vastuunjaossa ja toiminnan jäsentämisessä. Samoin on havaittu, etteivät lääkärit kykene noudattamaan potilaskeskeistä ideologiaa tulkatuilla vastaanotoilla. (Bolden 2000; Rivadeneira ym. 2000; Aranguri ym. 2006; Amato 2007; Hsieh 2007; White & Laws 2009; Butow ym. 2011; Hudelson ym. 2013.) Osa-tutkimuksessa *Tulkkaus* käänsimme kuitenkin Ali Reza Majlesin kanssa tarkastelukulman toisinpäin ja epäkohtien tarkastelun sijaan havainnollistimme tapoja, joilla tulkit tukevat potilaskeskeistä otetta ja rakentavat kolmenvälistä yhteisymmärrystä vastaanottokeskusteluissa. Tutkimuksemme osoittaa, ettei tulkkaus välttämättä estä lääkäri–potilas-suhteen rakentamista ja että tulkki voi omalla toiminnallaan vaikuttaa potilaan saamaan tilaan keskustelussa myös positiivisella tavalla (ks. myös Paananen 2018).

Ajattelen, että vastaanoton roolijako ja strukturointi tukevat jo itsessään yhteisymmärryksen rakentamista monikulttuurisilla vastaanotoilla, koska ne tuottavat vuorovaikutukseen ennakoitavuutta. Keskustelun kaikki osapuolet orientoituvat tekemään keskustelusta vastaanottokeskustelun. Roolit ja rakenne luovat samalla puitteet osallistumiselle: keskustelussa on vakiintuneita paikkoja lääkärin ja potilaan puheelle ja tietynlainen konventionaalinen hierarkia, joka ohjaa toimintaa. Vakiintunut tapa toteuttaa vastaanottokeskustelu voi siis tavallaan suojella osallisuutta vuorovaikutuksen tasolla. Esimerkiksi potilaiden osallistuminen ja osallistaminen päätöksentekoon näyttää olevan monikulttuurisilla ja tulkatuilla vastaanotoilla hyvin samanlaista kuin aiemmissa tutkimuksissa, joiden aineistossa kieli- ja kulttuurieroja ei ole (*Päätökset*). Se, millaisia päätöksiä tehdään ja millaisiksi osallistumismahdollisuudet koetaan, on kuitenkin toinen asia (vrt. Schouten & Meeuwesen 2006; Castaneda ym. 2012). Yhteiskunnallisia kysymyksiä olisikin tärkeää pohtia monitieteisesti, sillä yhteen osa-alueeseen (esim. henkilökohtainen kokemus, vuorovaikutuksen yksityiskohdat, ihanteiden toteutuminen) keskittyvät tutkimukset eivät yksinään riitä kuvaamaan koko tilannetta.

7 Pohdinta

Tässä viimeisessä luvussa arvioin väitöskirjaani kokonaisuutena. Aloitan pohtimalla edellisessä luvussa esittämiäni päätelmiä monikulttuuristen vastaanottojen vuorovaikutuksesta suhteessa aiempiin tutkimuksiin ihmisten välisestä yhteisymmärryksestä (7.1). Tavoitteenani on hahmottaa, miten tutkimukseni täydentää olemassa olevaa tietoa ja missä määrin se toisaalta heijastaa, vahvistaa tai asettuu vastoin niitä yhteisymmärrystä ja vuorovaikutusta koskevia näkemyksiä, joita aiemmin luvussa 3.1.1 esittelin. Lopuksi arvioin kriittisesti tutkimukseni toteutustapaa ja kokonaisuutta (7.2) sekä pohdin sen antia tiedeyhteisölle ja yhteiskunnalle (7.3).

7.1 Tutkimuksen tulokset ja ihmisten välinen yhteisymmärrys

Kun tutkimuksen tuloksia tarkastellaan laajemmasta perspektiivistä, voidaan huomata, että monikulttuuristen lääkärin vastaanottojen vuorovaikutus ilmentää kiinnostavalla tavalla ihmisten pyrkimystä virittäytyä toisiinsa ja toimia yhteistyössä, kun tilanne sitä edellyttää. Lääkärin vastaanotto asettaa kontekstina yhteisymmärrykselle aivan erityiset vaatimukset: keskustelu on saatettava loppuun ja tietyt, potilaan vointia koskevat seikat on käsiteltävä tilanteesta riippumatta. Näin ollen väärinymmärrysten selvittämättä jättäminen, puheenaiheen vaihtaminen tai keskustelun lopettaminen eivät ole samalla tavalla mahdollisia kuin esimerkiksi vapaassa arkikeskustelussa. Kielellinen ja kulttuurinen epäsymmetria näyttävät puolestaan saavan aikaan sen, että keskustelun osapuolet näkevät tai joutuvat näkemään tavanomaistakin enemmän vaivaa tullakseen ymmärretyksi. Yhteisymmärryksen rikkoutumisen uhka tiedostetaan, ja se saa aikaan ennakoivaa, korjaavaa ja kasvojen säilyttämiseen tähtäävää toimintaa niin kielellisen kuin kehollisenkin ilmaisun tasolla (vrt. Schegloff, Jefferson & Sacks 1977; Brown & Levinson 1987; Schegloff 1979; Kitzinger 2013; Pomerantz 1984).

Ihmisten välisen yhteisymmärryksen perusmekaniikka, jota sivusin aiemmin luvussa 3.1.1, tulee siis tämän tutkimuksen aineistossa esiin varsin konkreettisesti. Vuorovaikutuksessa yhteistä pohjaa luodaan ja testataan, jolloin yhteisen kielen tai ylipäättään kielen puuttuminen ei ole este vuorovaikutukselle. Näinhän kieli ja

keskusteleminen myös opitaan: vuorovaikuttamalla toisten kanssa. Vanhempien ja vauvojen välisessä vuorovaikutuksessa kommunikointia harjoitellaan toistuvan, yhteisen toiminnan kautta hyödyntämällä katsekontaktia, koskettamista, puhetta ja ääntelyä (vrt. Meltzoff & Moore 1977; Kunnari & Savinainen-Makkonen 2004). Päiväkoti-ikäiset lapset osaavat lukea toisten ihmisten toimintaa ja puhetta jo paljon paremmin, mikä mahdollistaa tilanteisen virittäytymisen aivan toisella tavalla kuin vauvaiässä. Esimerkiksi kielikylpypäiväkodissa lapset kykenevät alusta saakka toimimaan tilanteisiin sopivilla tavoilla, vaikka päiväkodin kieli onkin toinen kuin heidän kotiympäristössään, sillä he ymmärtävät päiväkodissa tapahtuvaa toimintaa (Savijärvi 2011). Tilanteinen tieto, mukautumiskyky ja jäljittely auttavat myös aikuisia ihmisiä selviämään haastavista vuorovaikutustilanteista, kuten tämänkin väitöskirjatutkimus osoittaa. Lääkärin vastaanotto on mahdollista toteuttaa, vaikka yhteinen kieli olisi hyvin rajallista, mikäli keskustelun osapuolet ymmärtävät kontekstia, rakentavat yhteistä ilmaisuvarantoa ja hyödyntävät muita tapoja kommunikoida, kuten eleitä ja materiaalisia resursseja (vrt. silmätulehduksesta keskusteleminen osatutkimuksen *Eleet* esimerkissä 1).

Sekä kielellisellä että kehollisella toiminnalla ilmennetään yhteisymmärrystä ja saadaan sitä aikaan. Kielen suhteen yhteistyöhakuisuus näkyy aineistossani muun muassa pyrkimyksenä ilmaista samanmielisyyttä, kuuntelua ja ymmärtämistä sekä pyrkimyksenä mukauttaa ilmaisua keskustelukumppania varten (selkokielen piirteet, kielellisten elementtien kierrättäminen). Keskustelun kielellisen epäsymmetrian voi kuitenkin ajatella joiltain osin myös pienentävän kielellisen yhteistyöhakuisuuden mahdollisuuksia, mikä vuorostaan voi kasvattaa kehollisen ilmaisun merkitystä. Kehon käyttäminen kielellisiä resursseja paikkaavalla tavalla tuo näin esille kehon potentiaalin ihmisiä yhdistävänä tekijänä. Kielestä ja kulttuurista riippumatta keho on kaikilla ihmisillä suunnilleen samanlainen: on pää, kädet ja jalat, näkevät silmät, kuulevat korvat, tunteva iho ja niin edelleen. Ymmärrämme ihmiskehoa, koska meillä on sellainen itsellämme ja koska olemme sosiaalisissa tilanteissa oppineet käyttämään ja tulkitsemaan sitä viestinnän välineenä. Kieleen verrattuna kehollisia viestejä kuitenkin tuotetaan ja luetaan jokseenkin tiedostamattomampaan tapaan. Ihmisillä on esimerkiksi todettu olevan tiedostamaton taipumus matkia toistensa ilmeitä, maneereja ja asentoja silloin, kun he kokevat olevansa tai pyrkivät olemaan toisen kanssa samalla aaltopituudella (Bavelas ym. 1986; Chartrand & Bargh 1999). Kokeellisilla tutkimusasetelmilla on myös osoitettu, että ihmiset arvioivat miellyttävämmiksi sellaiset koetilanteissa tapaamansa tuntemattomat ihmiset, jotka imitoivat heidän liikkeitään ja asentojaan, kuin sellaiset, joiden kehonkieli on erilaista (Chartrand & Bargh 1999; Neufeld & Chakrabarti 2016). Kehollinen jäljittely on siis tehokas keino osoittaa ja edistää yhteisymmärrystä. Tästä todistaa myös tämän tutkimuksen aineistossa esiintyvä eleiden peilaaminen (*Eleet, Tulkkkaus*).

Yhteiset ilmaisut voivat myös edistää empatiaa ja tunnetta yhteisymmärryksestä, mikä on lääkäri–potilas-vuorovaikutuksen ja tulkatun vuorovaikutuksen kannalta eduksi. Sen lisäksi, että samalla tavalla liikkuviin suhtaudutaan myönteisemmin ja myönteinen suhtautuminen herättää vastavuoroisesti taipumusta liikkua

samalla tavalla, on olemassa mahdollisuus, että toisen ihmisen liikkeiden jäljitteleminen auttaa ymmärtämään tämän kokemuksia. Ilmiötä kutsutaan kinesteettiseksi empatiaksi; siinä toisen ihmisen liike tulee tunnistetuksi oman kehon kautta (Parviainen 2002; Ylönen 2004). Kinesteettisen empatian mekanismi on lähellä Merleau-Pontyn (1945) ajatuksia ruumiinfenomenologiasta sekä neurotieteellisiä havaintoja peilisolujen toiminnasta (Gallese 2010), joita sivusin lyhyesti luvussa 3.1.1. Mikäli liikkeillä ja empatialla on yhteys, potilaan sairauteen liittyvien eleiden peilaaminen saattaa paitsi ilmentää empatiaa ja edistää potilaan kokemusta ymmärretyksi tulemisesta, myös saada peilaajassa aikaan parempaa ymmärrystä kuin ilman liikettä syntyisi. Kenties kielellinen mukautuminen keskustelukumppaniin voi samaan tapaan lisätä ymmärtämistä myös mukautujassa itsessään. Keskusteluanalyysin avulla tätä on tietenkin mahdotonta todentaa. Keskusteluanalyysilla voin kuitenkin osoittaa, että eleiden peilaaminen, kielellisten ilmaisujen kierrättäminen ja muut käsittelemäni vuorovaikutuksen resurssit toimivat yleensä yhteisymmärrystä rakentavasti ja että tällaisilla yksityiskohdilla on merkitystä vuorovaikutuksen kululle. Yhteisymmärryksen rakentaminen on kontekstiherkkää, multimodaalista, mukautuvaa, ennakoivaa ja korjaavaa.

Kielitieteilijä Linell (2009, 81, 84–86) kirjoittaa, että ihmisten välinen vuorovaikutus edellyttää sekä yhteisen maaperän että eroavaisuuksien olemassaoloa, sillä muussa tapauksessa kommunikaatio olisi mahdotonta tai turhaa. Ajatus on helppo hyväksyä, mutta jatkaisin sitä vielä pidemmälle esittämällä, että ihmisten välinen vuorovaikutus ei koskaan ole mahdotonta eikä täysin turhaa: yhteistä maaperää ja eroavaisuuksia yksilöiden välillä on olemassa aina. Ihmisillä on myös kyky tasata samanlaisuutta ja erilaisuutta vuorovaikutuksen keinoin. Kun tunnemme erilaisuutta, voimme etsiä ja löytää samanlaisuutta, ja samanlaisuutta tuntiessamme voimme löytää toisistamme ja kokemuksistamme yhteyttä rikastuttavia eroavaisuuksia.

7.2 Tutkimuksen kriittinen arviointi

Laadullisena tutkimuksena työni lisää ymmärrystä monikulttuuristen lääkärin vastaanottojen vuorovaikutuksesta. Se tuo esille käytäntöjä ja tapoja, joilla lääkärit, potilaat ja tulkit toimivat yhteistyössä ja rakentavat yhteisymmärrystä. Tutkimuksessa esiteltyjen resurssien olemassaolosta ja esiintymisestä voi tehdä päätelmiä siitä, millaista monikulttuurinen lääkäri-potilas-vuorovaikutus Suomessa on tai voi olla, mutta tilastolliseen kuvaukseen tutkimus ei yllä eikä pyri. Kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen tutkimuksen etu- ja varjopuolia ja toisiaan täydentävää suhdetta on käsitelty ihmistieteissä jo pitkään (ks. esim. Töttö 2000; Katainen 2009), minkä vuoksi en koe tarpeelliseksi syventyä aiheeseen yleisellä tasolla tämän väitöskirjan puitteissa. Sen sijaan arvioin tässä luvussa lähemmin juuri tämän työn

kokonaisuutta ja pohdin samalla myös muita tapoja lähestyä aihetta ja tutkittavaa aineistoa jatkossa.

Kaiken kaikkiaan olen noudattanut tutkimuksessani hyvää tieteellistä käytäntöä. Olen koonnut tutkimusaineiston eettisesti kestäväällä tavalla (4.1.1) ja esittänyt otteita siitä vain anonymisoidussa muodossa. Olen pyrkinyt huomioimaan ja nostamaan esille muiden tutkijoiden saavutuksia ja viittaamaan niihin asianmukaisesti. Olen myös panostanut monitieteisen kokonaiskuvan luomiseen ja perehtynyt tutkimaan aihekokonaisuuteen myös muista kuin oman tieteenalani näkökulmista. Lisäksi olen edistänyt tieteidenvälistä vuoropuhelua kirjoittamalla väitöstutkimuksestani myös ei-kielitieteellisille yleisöille (*Päätökset*; Paananen & Leminen 2016; Paananen 2017a ja 2017b; 2018; 2019; Tienhaara & Paananen 2019).

Tieto kuvatuksi tulemisesta voi aina vaikuttaa vuorovaikutukseen jollain tavalla, mutta aiempien tutkimusten perusteella videoiminen ei kuitenkaan heikennä vuorovaikutuksen tai potilaan saaman hoidon laatua (Themessl-Huber ym. 2008; Parry ym. 2016). Vapaaehtoisilta kerätty aineisto sopiikin nähdäkseni hyvin resurssikeskeiseen tutkimukseen, sillä rakentavia keinoja etsittäessä osallistujien mahdollinen tavanomaista keskittyneempi suuntautuminen hyvään vuorovaikutussuhteeseen ei haittaa yhtä paljon kuin silloin, jos tavoitteena olisi tarjota kuva vastaanottovuorovaikutuksen epäkohdista. Tässä tutkimuksessa tarkastelun kohteena olemisen korostumista on pyritty välttämään myös sillä, että vastaanotot videoitiin ilman kuvaajan läsnäoloa jalustoille asetettujen kameroiden avulla. Osallistajat myös kertoivat unohtaneensa kamerat nopeasti, joten aineiston vuorovaikutusta voi pitää suhteellisen luontevana.

Aineiston koko on tutkimuksen tavoitteisiin ja laadulliseen luonteeseen nähden riittävä, mutta suurempi aineisto olisi voinut tarjota enemmän erilaisia tutkimusaiheita ja esimerkkejä sekä mahdollistaa kvantitatiivisen tarkastelun. Tämän väitöskirjan laajuuteen kvantitatiivinen analyysi ei kuitenkaan olisi sopinut, ja suurempi aineisto ja metodien kirjo olisivat myös kasvattaneet tutkimukseen kuluvaan aikaan. Tämä väitöskirja on valmistunut sille saamani nelivuotisen rahoituksen puitteissa.

Resurssikeskeinen tutkimusotteeni on suunnannut tutkimusta kohti yhteisymmärryksen ylläpitämistä ja korjaamista ja siten kauemmas niistä tapauksista, joissa yhteisymmärrys jonkin asian suhteen näyttää katkeavan ja jäävän korjaamatta – muutama sellainenkin tapaus aineistossa on. Olen perustellut valintaani tämän yhteenveto-osan johdannossa sillä, että ongelmien olemassaoloon ja määrittelyyn keskittyviä tutkimuksia oli tehty ennen väitöstyötäni jo useita, jolloin ratkaisujen löytäminen tuntui ongelmien kartoittamista relevantimmalta tutkimustehtävältä (ks. 1.2). Resurssikeskeinen keskusteluanalyysi oli käytännöllinen keino löytää eväitä vuorovaikutusongelmien ratkaisemiseen ja ehkäisemiseen. Metodisesta näkökulmasta tulee kuitenkin huomioida, ettei keskusteluanalyysi yllä informanttien sisäiseen maailmaan. Vuorovaikutuksen tasolla ilmenevä yhteisymmärrys on eri asia kuin kokemus yhteisymmärryksestä, eikä tutkimuksessani ole kartoitettu jälkimmäistä. Tutkimukseni herättääkin kysymyksiä siitä,

missä määrin vuorovaikutuksellinen ja koettu yhteisymmärrys vastaavat toisiaan ja millaisia päätelmiä eri tutkimusten pohjalta voidaan tehdä.

Mitä tulee tutkimukseni aiheisiin, valintani perustuvat aineistolähtöisiin havaintoihin mutta myös tutkimusaineiston vähittäiseen karttumiseen. Esimerkiksi ulkomaalaistaustaisten lääkärien vastaanotot karttuivat hitaammin kuin suomea äidinkielenään puhuvien, ja tulkattujen vastaanottojen litteroiminen ja kääntäminen on vaatinut erilaisia resursseja kuin yksikielisten, joten ne ovat myös olleet hyödynnettävissä paljon myöhemmin. Mikäli Monikulttuuriset kohtaamiset lääkärin vastaanotolla -hankkeen aineisto olisi aloittaessani ollut saatavilla sellaisena kuin se nyt on, olisin luultavasti pyrkinyt nykyistä selkeämpään tasapainoon eri tutkimusasetelmien välillä ja hyödyntänyt myös vertailuaineistoa, jossa sekä lääkäri että potilas ovat suomea äidinkielenään puhuvia syntyperäisiä suomalaisia. Näin erilaisten kielellisten ja kulttuuristen asetelmien vaikutuksia keskusteluun olisi voinut yrittää lähestyä systemaattisemman vertailun kautta. Tämän tutkimuksen ulkopuolelle jääneisiin aiheisiin on kuitenkin mahdollista paneutua jatkossa, sillä aineisto jää tutkimuskäyttöön. Esimerkiksi kulttuurista ja maahanmuutosta keskustelemisesta lääkärin vastaanotoilla voisi tehdä oman tutkimuksensa (vrt. esimerkki 4 edellä). Tähän mennessä hankkeen aineistosta on valmistunut omien tutkimuksieni lisäksi kaksi ulkomaalaistaustaisten lääkärien vastaanottoja S2-näkökulmasta tarkastelevaa pro gradu -tutkielmaa (Salo 2017; Keski-kiikonen 2018), ja tekeillä on kolme muuta tutkielmaa.

Väitöskirjani tulosten tulkitsemisessä on syytä huomioida, että tutkimuksessani kietoutuu yhteen hyvin monentasoisia vuorovaikutukseen vaikuttavia seikkoja, eikä kaikkea ole mahdollista huomioida kerralla. Ensinnäkin lääkärin ja potilaan välinen tiedollinen epäsymmetria tekee keskusteluasetelmasta jo lähtökohtaisesti epätasaisen. Toiseksi vuorovaikutuksen epäsymmetrisyyttä lisäävät kielelliset seikat kuten kieliero ja kielitaito. Kolmanneksi epäsymmetriaa syntyy kulttuuriin ja taustaan liittyvistä eroista: sairaus, terveys ja terveydenhuolto voidaan ymmärtää monella eri tavalla. Lisäksi vuorovaikutukseen vaikuttavat tulkkaus, vastaanoton tilalliset ja ajalliset järjestelyt sekä keskustelijoiden mielentilat, asenteet ja niin edelleen. Yhteenkietoutuneisuudesta johtuen voi olla vaikeaa päätellä, milloin yhteisymmärryksen rakentamisessa on kyse nimenomaan kieli- ja kulttuurierojen huomioimisesta, milloin lääkärin ja potilaan välisestä dynamiikasta. Tämän tutkimuksen tuloksia onkin syytä lukea fokuoituneen analyysin näkökulmasta ja niin, että monikulttuurista vuorovaikutusta ja lääkärin vastaanoton vuorovaikutusta tarkastellaan yhdessä ja yhtä aikaa. Kerrostuneisuus ei kuitenkaan välttämättä ole rajoittava tekijä pohdittaessa työssä esiteltyjen vuorovaikutusresurssien sovellettavuutta, vaan asia lienee pikemminkin niin, että sovellettavuuden ala yltyä monenlaisiin terveysalan vuorovaikutustilanteisiin ja monikulttuurisiin keskusteluihin sekä tulkattuun vuorovaikutukseen. Pohdin tutkimuksen antia seuraavaksi tarkemmin.

7.3 Tutkimuksen merkitys ja anti

Tutkimukseni on tuottanut uutta tietoa monikulttuurisesta lääkäri–potilas-vuorovaikutuksesta yhteisymmärryksen rakentamisen näkökulmasta. Osatutkimukseni ovat havainnollistaneet tiettyjen vuorovaikutuksen toimintojen yksityiskohtia (kysymysten uudelleenmuotoilu, selittäminen, päätösten aloittaminen, kuuntelun osoittaminen responssipartikkeleilla tulkatuissa keskusteluissa) ja laajempia aiheita, kuten eleiden käytön hyötyjä ja tulkin aktiivisen osallistumisen vaikutuksia lääkäri–potilas-vuorovaikutukseen. Kokonaisuutena tutkimukseni tuokin esille yhteistyöhakuisuuden multimodaalisuuden: yhteisyyttä luodaan ja ilmennetään keskustelun sisältöä ja puheen kieliasua koskevien valintojen kautta sekä kehollisin ja materiaalisin keinoin.

Useita erilaisia yhteisymmärrystä tukevia keinoja on mahdollista hyödyntää samaan aikaan, mutta vuorovaikutuksessa toimitaan sujuvuuden ehdoilla: yhteisymmärrystä pyritään tukemaan ja ongelmia ennakoimaan niin, ettei vastaanotto-keskustelun eteneminen pysähdy (vrt. Kurhila 2006b; Stivers & Robinson 2006). Tutkimustulokseni heijastavat näin ihmisten pyrkimystä toimia tilanteeseen ja keskustelun asetelmaan sopivalla tavalla. Lääkärin vastaanottokeskustelussa korostuvat monikulttuurisissakin tilanteissa lääkärin ja potilaan roolit ja niihin sisältyvät episteemiset ja deonttiset odotukset, kun taas kielelliseen ja kulttuuriseen asiantuntemukseen liittyvät roolit pyritään tyypillisesti pitämään ikään kuin pinnan alla. Tässä väitöskirjassa tarkastelemieni yhteisymmärrystä rakentavien resurssien voi katsoa toimivan kieli- ja kulttuurierojen vaikutuksia hälventävällä tavalla. Ne tukevat yhteisymmärrystä ja ylläpitävät vastaanottokeskustelun tarkoituksenmukaista toteutumista. Samalla ne havainnollistavat ihmisten kehittynyttä kykyä toimia yhteistyössä ja asettua toistensa asemaan. Aineistossani erilaisuuden tuomia haasteita käsitellään luomalla yhteisyyttä ja tuomalla esiin samanlaisuutta.

Tutkimukseni ilmeisin käytännön hyöty piilee sen pedagogisessa potentiaalissa; tutkimustuloksia ja analysoimiani esimerkkejä voidaan käyttää kieli- ja vuorovaikutuskoulutusten tukena ja vuorovaikutukseen liittyvän itsereflektion pohjana. Tutkimukseni havainnollistaa puheen selkeyttämistä, kehon käyttöä, selittämistä, tulkin kanssa toimimista ja niin edelleen. Videomateriaalia voi käyttää anonymisoituna koulutuksessa esimerkiksi datasessiotyyppisesti tai roolipelin pohjana (erilaisista kokemuksellisista oppimismenetelmistä lääkärin koulutuksessa, Koponen & Pyörälä 2014).

Sen lisäksi, että tutkimukseni käsittelee kieli- ja kulttuurierojen kanssa toimimista, se tarjoaa käytännöllisiä näkökulmia ja konkreettisia esimerkkejä potilaskeskeisen vuorovaikutuksen ideologian rinnalle. Näin ollen tutkimukseni voi olla hyödyksi pohdittaessa terveysalan ammattilaisille – myös ulkomaalais-taustaisille – sekä asioimistulkeille annettavia ohjeistuksia. Esimerkiksi osatutkimus *Tulkkaus* valottaa keinoja, joilla lääkäri ja tulkki voivat toimia yhteistyössä ja edistää kumpikin osaltaan potilaskeskeisyyttä tilanteissa, joissa lääkäri ja potilas eivät puhu samaa kieltä. Osatutkimus *Päätöksenteko* puolestaan

havainnollistaa erilaisia tapoja, joilla potilas voidaan huomioida päätöksentekokeskustelussa. Kiinnostavaa sen tuloksissa on, etteivät potilaskeskeisyys ja lääkärivetoisuus aina ole keskenään niin ilmeisessä ristiriidassa kuin usein oletetaan; lääkärin aloitteellisuutta ja toimijuutta päätöksenteossa voisi perustellusti pitää osana tämän institutionaalista roolia. Ratkaisevaa päätöksenteon potilaskeskeisyyden ja päätöksiä koskevan yhteisymmärryksen kannalta näyttää aloitteellisuuden sijaan olevan ennemminkin se, miten lääkärit päätösaloitteensa muotoilevat, millaista informaatiota he päätöksen tueksi tarjoavat, miten he huomioivat potilaan yksilöllisen tilanteen ja millaisin keinoin päätöksistä tarvittaessa neuvotellaan. Collinsin (2005) perusteella potilaskeskeisen, kommunikoivan työotteen soveltaminen on ainakin osittain tietoista ja siten opeteltavissa, joten tutkimukseni esimerkkeineen voi palvella lääkärin koulutusta tarjoamalla uusia näkökulmia vastaanottovuorovaikutukseen ja niin sanottuun ammatilliseen läsnäoloon.

Tutkimukseni tuottama tieto voi myös toimia lähtö- tai vertailukohtana uusille tutkimuksille. Pidän kiinnostavana ajatusta, että monikulttuurista vuorovaikutusta tutkittaisiin jatkossa sekä vuorovaikutuksessa ilmenevän että koetun yhteisymmärryksen näkökulmista samojen informanttien kanssa. Tällöin keskusteluanalyysin ja vuorovaikutuslingvistiikan ohella voitaisiin hyödyntää muitakin menetelmiä. Tutkimukseen osallistuvat voisivat esimerkiksi vastata ennakkoodotuksia ja aikeita kartoittavaan kyselyyn tai haastatteluun ennen keskustelutilanteen videoimista ja arvioida kokemustaan yhteisymmärryksestä keskustelun jälkeen. Lisäksi he voisivat katsoa keskustelutallenteen myös itse ja kommentoida sitä. Tällaisen suuren, monimetodisen tutkimushankkeen kautta olisi kenties mahdollista ottaa kantaa siihen, millainen vaikutus esimerkiksi asenteilla, intentioneilla, julkilausumattomilla toiveilla, henkilökemioilla ja kommunikointitavalla on yhtäältä vuorovaikutuksen sujumiseen ja toisaalta kokemukseen yhteisymmärryksestä. Yhteisymmärrystä tukevia resursseja voisi myös tarkastella erikielisyssä aineistoissa ja erilaisissa vuorovaikutuskonteksteissa. Osatutkimukseni voivat lisäksi tarjota hyödyllisiä näkökulmia tutkimuksille, joissa kiinnostuksen kohteena on epistemisyys, emootiot, kuunteleminen, neuvottelu tai osallistuminen, muutamia mainitakseni. Tutkimukseni tuottamaa tietoa vuorovaikutuskäytännöistä suomea ensimmäisenä ja toisena kielenä käytettäessä on mahdollista hyödyntää myös kielenoppimiseen liittyvän tutkimuksen näkökulmista.

Laajemmasta perspektiivistä katsottuna väitöstutkimukseni osallistuu yhteiskunnalliseen keskusteluun monikulttuurisuudesta ja maahanmuutosta Suomessa. Valitsemalla resurssikeskeisen tutkimusotteen ongelmakeskeisen sijasta olen pyrkinyt suuntaamaan monikulttuurisuuskeskustelua rakentavaan suuntaan. Erilaisen vuorovaikutusresurssien lisäksi tulokseni valaisevat yhteisymmärryksen ylläpitämisen dynamiikkaa monikulttuurisissa keskusteluissa. Yhteistyöhakuisuuden, kasvojen suojeleminen ja institutionaalisen orientaation mekanismit tuovat esille asennoitumisen vaikutuksen kommunikaatioon: olennaisempaa kuin se, onko keskustelussa ongelmia vai ei, lienee se, miten keskustelukumppaniin ja vuorovaikutuksen (mahdollisiin) ongelmiin suhtaudutaan. Ongelmallinen vuorovaikutus

ei välttämättä ole vuorovaikutusta, jossa esiintyy ymmärrysongelmia, vaan vuorovaikutusta, jossa ongelmat jäävät ilmaisematta, havaitsematta tai käsittelemättä tai jossa niitä käsitellään esimerkiksi luottamussuhteen kannalta haitallisella tavalla. Tästä seuraa, että vuorovaikutuksen parantaminen vaatii työtä monella eri tasolla. Monikulttuurisessa Suomessa tarvitaan niin kieli- ja vuorovaikutuskoulutuksia kuin asennekasvatusta ja yhdenvertaisuutta tukevia päätöksiä, ja näiden perustaksi tarvitaan ajankohtaista, tutkittua tietoa.

Mitä tulee palvelujen järjestämiseen, osallisuuden ja saavutettavuuden kysymykset ovat erittäin ajankohtaisia. Maahanmuuttajien kannalta nykyinen suunta, jossa kommunikointia kehitetään yhä nopeammaksi, pinnallisemmaksi ja digitaalisemmaksi samalla kun organisaatioiden toiminnassa korostetaan ketteryyttä¹⁶ ja asiakkaiden kuluttajaroolia, on erityisen haastava. Aktiivisen asiakkaan roolin ottaminen sairaana on jo paljon vaadittu, ja vielä hankalampaa se on, kun ympäröivä yhteiskunta kielineen ovat uusia (vrt. Honkasalo, Salmi & Launis 2012, 12). Kotimaisten kielten keskuksen erityisasiantuntija Ulla Tiililä (2017, 67) muistuttaa sosiaali- ja terveystalouden kielikäsitteitä koskevassa katsauksessaan, että esimerkiksi tietotekniikkaan ja kirjoittamiseen sidotut prosessit voivat olla haavoittuvassa asemassa oleville asiakkaille liian vaikeita. Huono-osaisuuden vähentämiseksi tarvitaan kommunikatiivisia ratkaisuja ja ymmärrystä siitä, että kieli on olennainen osa kohtelua (Tiililä 2017, 65). Myös väitöstutkimukseni tuo esille keskittyneen kasvokkaisen vuorovaikutuksen tarjoamat mahdollisuudet inhimilliseen kohtaamiseen. Sillä, että osallistujat voivat nähdä toisensa ja liikkua yhdessä reaaliajassa, näyttää olevan monikulttuurisissa, kielellisesti epäsymmetrisissä keskusteluissa erityisen suuri merkitys. Kielikysymysten ja transnationaalisen aspektin vuoksi kasvokkaisten palvelujen säilyttäminen maahanmuuttajien terveydenhuollossa on erityisen tärkeää. Jos on vaikeaa kommunikoida, on myös vaikeaa osallistua.

Toisaalta monikulttuurinen lääkäri-potilas-vuorovaikutus näyttää tutkimukseni perusteella sujuvan jokseenkin paremmin kuin sen ajatellaan sujuvan. Toivonkin, että tutkimukseni voi osaltaan auttaa purkamaan kieli- ja kulttuurieroihin liittyviä negatiivisia käsityksiä ja epävarmuudentunnetta. Suomen nykyisessä asenneilmastossa, jossa syrjinnällä ja epäluuloisuudella on olemassa jalansija, yksinkertaistavat, kielteiset näkemykset maahanmuuttajista vaikeina asiakkaina, tulkeista virheitä tekevinä välikäsinä ja ulkomaalaistaustaisista lääkäreistä kielitaidottomana apu- ja voimavaroiksi ovat haitallisia ja voivat johtaa yhä voimakkaampiin negatiivisiin ennako-oletuksiin ja sitä kautta heikompaan yhteisymmärrykseen (asenteista ks. Rastas 2007; Malin & Suvisaari 2010; Aalto ym. 2013; Haukilahti 2014; Castaneda ym. 2015; Yhdenvertaisuusvaltuutetun vuosikertomus 2016; FRA 2017; Tervola 2017). Myös sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten omaan kompetenssiin kohdistuvat avuttomuuden ja osaamattomuuden ajatukset (ks. Anis 2008; Sainola-Rodriguez 2009) voivat omalta osaltaan voimistaa negatiivisia

¹⁶ Tästä esimerkkinä on maailmanlaajuisen suosion saavuttanut laadun parantamiseen ja tuotannon läpimenoaikojen lyhentämiseen tähtäävä Lean-filosofia (Lean Six Sigma 2018).

kokemuksia monikulttuurisesta vuorovaikutuksesta. Väitöstutkimukseni kuitenkin osoittaa, että intuitiivista vuorovaikutusosaamista on olemassa valtavasti: kaikki tässä väitöskirjassa tarkastelemani yhteisymmärrystä tukevat resurssit ovat nousseet esiin autenttisista, käsikirjoittamattomista keskusteluista. Kun kieli- ja kulttuuritietoisuutta kasvatetaan ja onnistumisen kokemuksista keskustellaan enemmän, luottamus monikulttuurisen vuorovaikutuksen sujumiseen voi lujittua.

Kirjallisuus

Kaikkiin verkkolähteisiin on viitattu elokuun 2018 ja tammikuun 2019 välisenä aikana, ellei toisin mainita.

- Aalto, Anna-Mari; Elovainio, Marko; Heponiemi, Tarja; Hietapakka, Laura; Kuusio, Hannamaria & Lämsä, Riikka 2013: *Ulkomaalaistaustaiset lääkärit ja hoitajat suomalaisessa terveydenhuollossa. Haasteet ja mahdollisuudet*. Raportti 7/2013. Helsinki: THL. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/handle/10024/104416>
- Abdelhamid, Pirkko; Juntunen, Anitta & Koskinen, Liisa 2010: *Monikulttuurinen hoitotyö*. Helsinki: WSOY.
- Amato, Amalia 2007: The interpreter in multi-party medical encounters. Teoksessa Cecilia Wadensjö, Birgitta Englund Dimitrova & Anna-Lena Nilsson (toim.) *Critical link 4. Professionalisation of interpreting in the community*. Amsterdam: John Benjamins, 27–38.
- Andrews, Margaret & Boyle, Joycean: *Transcultural concepts in nursing care*. New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Aranguri, Cesar; Davidson, Brad & Ramirez, Robert 2006: Patterns of communication through interpreters: a detailed sociolinguistic analysis. *Journal of General Internal Medicine* 21:6, 623–629.
- Arkisyn. Suomenkielisten arkikeskustelujen morfosyntaktinen tietokanta. Tietokanta rakennettu Turun yliopistossa, aineisto Helsingin yliopiston Keskusteluntutkimuksen arkistosta ja Turun yliopiston Lauseopin arkistosta. Suomen kielen ja suomalais-ugrilaisen kielentutkimuksen oppiaine, Turun yliopisto.
- Arminen, Ilkka 2000: On the context sensitivity of institutional interaction. *Discourse Studies* 11:4, 435–458.
- Arminen, Ilkka & Poikus, Pia 2009: Diagnostic reasoning in the use of travel management system. *Computer Supported Cooperative Work (CSCW)* 18:2–3, 251–276.
- Artell, Linda 2010: *Utveckling av en handledning för finländsk receptförskrivningspraxis för läkare med utländsk utbildning*. Apteekki- ja lääkintäerikoinen tutkimusprojeetti, PD, projektityö. Helsingin yliopiston Koulutus- ja kehittämiskeskus Palmenia.

- Asioimistulkkaus* = Koskinen, Kaisa; Vuori, Jaana & Leminen, Anni-Kaisa (toim.) 2018: *Asioimistulkkaus. Monikielisen yhteiskunnan arkea*. Tampere: Vastapaino.
- Baraldi, Claudio 2012: Interpreting as dialogic mediation: the relevance of expansions. Teoksessa Claudio Baraldi & Laura Gavioli (toim.) *Coordinating Participation in Dialogue Interpreting*. Amsterdam: John Benjamins, 297–326.
- Baraldi, Claudio 2018: Interpreting as mediation of migrants' agency and institutional support. A case analysis. *Journal of Pragmatics* 125, 13–27. Saatavissa: <https://doi.org/10.1016/j.pragma.2017.11.012>
- Baraldi, Claudio & Gavioli, Laura (toim.) 2012: *Coordinating participation in dialogue interpreting*. Amsterdam; Philadelphia: John Benjamins.
- Baraldi, Claudio & Gavioli, Laura 2014: Are close renditions the golden standard? Some thoughts on translating accurately in healthcare interpreter-mediated interaction. *The Interpreter and Translator Trainer* 8:3, 336–353. Saatavissa: <https://doi.org/10.1080/1750399X.2014.972029>
- Barry, Michael; Edgman-Levitan, Susan 2012: Shared decision making – The pinnacle of patient-centered care. *The New England Journal of Medicine* 2012;366:780–781. Saatavissa: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1109283>
- Bavelas, Janet; Black, Alex; Lemery, Charles & Mullett, Jennifer 1986: “I show you how you feel”: Motor mimicry as a communicative act. *Journal of Personality and Social Psychology* 40:2, 322–329.
- Berbyuk Lindström, Nataliya 2008: *Intercultural communication in health care. Non-Swedish physicians in Sweden*. University of Gothenburg. Saatavissa: <https://www.gu.se/english/research/publication/?publicationId=94674>
- Bergen, Clara; Stivers, Tanya; Barnes, Rebecca; Heritage, John; McCabe, Rose; Thompson, Laura & Toerien, Merran 2017: Closing the deal: A cross-cultural comparison of treatment resistance. *Health Communication*. Saatavissa: <https://doi.org/10.1080/10410236.2017.1350917>
- Blackburn, Daniel; Elsey, Chris; Wakefield, Sarah; Harkness, Kirsty; Venneri, Annalena; Drew, Paul & Reuber, Markus 2016: Conversation analysis in the memory clinic to distinguish dementia from functional memory disorder. *Alzheimer's & Dementia*. Saatavissa: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jalz.2016.06.1355>
- Bigi, Sarah 2016: *Communicating (with) care. A linguistic approach to the study of doctor-patient interactions*. Amsterdam: IOS Press.
- Bolden, Galina 2000: Toward understanding practices of medical interpreting: interpreters' involvement in history taking. *Discourse Studies* 2:4, 387–419.
- Brown, Penelope & Levinson, Stephen 1987: *Politeness. Some universals in language*. Studies in interactional sociolinguistics 4. Cambridge: Cambridge University Press.
- Butow, Phyllis; Goldstein, David; Bell, Melaine; Sze, Ming; Aldridge, Lynley; Abdo, Sarah; Tanious, Michelle; Dong, Skye; Iedema, Rick; Vardy, Janette;

- Ashgari, Ray; Hui, Rina & Eisenbruch, Maurice 2011: Interpretation in consultations with immigrant patients with cancer: how accurate is it? *Journal of Clinical Oncology* 29:20, 2801–2807.
- Byrne, Patric & Long, Barrie E. L. 1976: *Doctors talking to patients: a study of the verbal behaviour of general practitioners consulting in their surgeries*. London: Her Majesty's Stationery Office.
- Castaneda, Anu E.; Rask, Shadia; Koponen, Päivikki; Mölsä, Mulki; Koskinen, Seppo (toim.) 2012: *Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa (Maamu)*. Raportti 61/2012. Helsinki: THL. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/handle/10024/90907>
- Castaneda, Anu; Larja, Liisa; Nieminen, Tarja; Jokela, Satu; Suvisaari, Jaana; Rask, Shadia; Koponen, Päivikki & Koskinen, Seppo 2015: *Ulkomaalaistaustaisten psyykinen hyvinvointi, turvallisuus ja osallisuus - Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi -tutkimus 2014 (UTH)*. Helsinki: THL. Saatavissa: <http://www.julkari.fi/handle/10024/127023>
- Chapman, Siobhan 2011: *Pragmatics*. New York: Palgrave Macmillan.
- Chappell, Paul; Toerien, Merran; Jackson, Clare & Reuber, Markus 2018: Following the patient's orders? Recommending vs. offering choice in neurology outpatient consultations. *Social Science & Medicine* 205, 8–16. Saatavissa: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.03.036>
- Chartrand, Tanya & Bargh, John 1999: The chameleon effect: The perception-behavior link and social interaction. *Journal of Personality and Social Psychology* 76, 893–910.
- Cicchetti, Dante & Beeghly, Marjorie (toim.) 1990: *The self in transition: Infancy to childhood*. University of Chicago Press.
- Clayman, Steven E. 2013: Turn-constructional units and the transition-relevance place. Teoksessa *HoCA*, 150–166.
- Collins, Sarah 2005: Communicating for a clinical purpose. Strategy in interaction in healthcare consultations. *Communication & Medicine* 2:2, 111–122.
- Collins, Sarah; Drew, Paul; Watt, Ian & Entwistle, Vikki 2005: 'Unilateral' and 'bilateral' practitioner approaches in decision-making about treatment. *Social Science & Medicine* 61, 2611–2627. Saatavissa: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.04.047>
- Coplan, Amy & Goldie, Peter (toim.) 2011: *Empathy: Philosophical and Psychological Perspectives*. Oxford: Oxford University Press.
- Couper-Kuhlen, Elizabeth & Selting, Margret 2018: *Interactional linguistics. Studying language in social interaction*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Davitti, Elena & Pasquandrea, Sergio 2013: Interpreters in intercultural communication: How to modulate the impact of their verbal and non-verbal practices? Online publication. Saatavissa: <http://epubs.surrey.ac.uk/id/eprint/812249>

- Dingemanse, Mark & Enfield, Nick 2015: Other-initiated repair across languages: Towards a typology of conversational structures. *Open Linguistics* 1, 98–118. Saatavissa: <https://doi.org/10.2478/opli-2014-0007>
- Drew, Paul 1997: 'Open' class repair initiators in response to sequential sources of troubles in conversation. *Journal of Pragmatics* 28:1, 69–101.
- Drew, Paul 2013: Turn design. Teoksessa *HoCA*, 131–149.
- Drew, Paul & Heritage, John (toim.) 1992: *Talk at work*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Enfield, Nick; Dingemanse, Mark; Baranova, Julija; Blythe, Joe; Brown, Penelope; Dirksmeyer, Tyko; Drew, Paul; Floyd, Simeon; Gipper, Sonja; Gisladottir, Rosa; Hoymann, Gertie; Kendrick, Kobin; Levinson, Stephen; Magyari, Lilla; Manrique, Elizabeth; Rossi, Giovanni; San Roque, Lila & Torreira, Francisco 2013: Huh? What? – A first survey in 21 languages. Teoksessa Makoto Hayashi, Geoffrey Raymond & Jack Sidnell (toim.) *Conversational repair and human understanding*. New York: Cambridge University Press, 343–380.
- Epstein, Ronald,; Street, Richard 2011: The Values and Value of Patient-Centered Care. *Annals of Family Medicine* 9:2, 100–103. doi: 10.1370/afm.1239
- Farini, Federico 2012: Interpreting as mediation for the bilingual dialogue between foreign citizens and institutions in Italian healthcare settings. *Diversity and Equality in Health and Care* 9, 179–189.
- Flores, Glenn; Abreu, Milagros; Barone, Cara P.; Bachur, Richard & Lin, Hua 2012: Errors of medical interpretation and their potential clinical consequences: a comparison of professional versus ad hoc versus no interpreters. *Annals of Emergency Medicine* 60:5, 545–553.
- Ford, Cecilia E. & Thompson, Sandra 1996: Interactional units in conversation: syntactic, intonational, and pragmatic resources for the management of turns. Teoksessa Elinor Ochs, Emanuel A. Schegloff & Sandra A. Thompson (toim.) 1996: *Interaction and grammar*. Cambridge: Cambridge University Press, 134–184.
- Forsander, Annika 1996: *Asioimistulkin monet roolit. Tutkimus työntekijöiden asenteista asioimistulkkauspalveluita kohtaan*. Opetushallitus Moniste 18/1996. Helsinki: Edita.
- FRA (European Union Agency for Fundamental Rights) 2017: *Second European Union Minorities and Discrimination Survey. Main results*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Saatavissa: <http://fra.europa.eu/en/publication/2017/eumidis-ii-main-results>
- Gallese, Vittorio; Fadiga, Luciano; Fogassi, Leonardo & Rizzolatti, Giacomo 1996: Action recognition in the premotor cortex. *Brain*, 119, 593–609.
- Gallese, Vittorio 2010: Embodied simulation and its role in intersubjectivity. Teoksessa Thomas Fuchs, Heribert Sattel & Peter Henningsen (toim.) *The embodied self. Dimensions, coherence and disorders*. Stuttgart: Schattauer, 77–92.
- Geertz, Clifford 1973: *The interpretation of cultures: selected essays*. New York: Basic Books.

- Goffman, Erving 1955: On face work. *Psychiatry* 18, 213–231.
- Goffman, Erving 1983: The Interaction order. *American Sociological Review* 48, 1–17.
- Goldin-Meadow, Susan 2003: *Hearing gesture: how our hands help us think*. Cambridge: Belknap Press of Harvard University Press.
- Gullberg, Marianne 1998: *Gesture as a communication strategy in second language discourse. A study of learners of French and Swedish*. Travaux de l'Institut de linguistique de Lund 35. Lund University Press.
- Haakana, Markku 1999: *Laughing matters: a conversation analytic study of laughter in doctor-patient interaction*. Helsingin yliopiston suomen kielen laitos, Helsinki.
- Haakana, Markku 2011: *Mitä ja muut avoimet korjausaloitteet*. *Virittäjä* 115:1, 36–67.
- Haavoittuva keskustelu* = Leskelä, Leela & Lindholm, Camilla (toim.) 2012a: *Haavoittuva keskustelu: Keskustelunanalyttisiä tutkimuksia kielellisesti epäsymmetrisestä vuorovaikutuksesta*. Kehitysvammaliiton tutkimuksia 6. Helsinki: Kehitysvammaliitto ry.
- Haddington, Pentti & Kääntä, Leila (toim.) 2011: *Kieli, keho ja vuorovaikutus. Multimodaalinen näkökulma sosiaaliseen toimintaan*. Helsinki: SKS.
- Hakulinen, Auli 1987: *Eiköhän siit tullu ekonoomi siit tuli nii: Eräiden lausesulaumien tarkastelua*. Teoksessa Mauno Koski, Eeva Lähdemäki & Kaisa Häkkinen (toim.) *Fennistica festiva in honorem Göran Karlsson septuagenarii*. Turku: Åbo akademis förlag, 11–20.
- Hakulinen, Auli (toim.) 1989: *Suomalaisen keskustelun keinoja I*. *Kieli* 4, 9–40. Helsingin yliopiston suomen kielen laitos.
- Hakulinen, Auli 1997a: Johdanto. Teoksessa *KP*, 13–17.
- Hakulinen, Auli 1997b. Vuorottelujäsennys. Teoksessa *KP*, 32–55.
- Hakulinen, Auli 2016: Lauserakenteet. Teoksessa *KA*, 122–142.
- Hale, Sandra 2007: *Community Interpreting. Research and Practice in Applied Linguistics*. Lontoo: Palgrave Macmillan.
- Halonen, Mia 2010: Äidinkieli, ensikieli, oma kieli. *Kieli, koulutus ja yhteiskunta* 1:5. Saatavissa: <https://www.kieliverkosto.fi/fi/journals/kieli-koulutus-ja-yhteiskunta-syyskuu-2010/aidinkieli-ensikieli-oma-kieli>
- Hartikainen, Anne: *Vapaaehtoiset vuodeosastolla. Etnografinen tutkimus vanhusten ja vapaaehtoisten kohtaamisesta*. Sosiaalipolitiikan väitöskirja. Helsingin yliopisto, Yhteiskuntapolitiikan laitos. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/23406>
- Haukilahti, Riitta-Liisa 2014: *ETA-alueen ulkopuolella tutkintonsa suorittaneet lääkärit Suomessa*. Tampereen yliopisto.
- Have, Paul ten 2007: *Doing Conversation Analysis. A practical guide*. E-kirja. London: Sage Publications Ltd.
- Heath, Christian 1981: The opening sequence in doctor–patient interaction. Teoksessa Paul Atkinson & Christian Heath (toim.) *Medical work: realities and routines*. Gower: Farnborough, 71–90.

- Heath, Christian & Luff, Paul 2013: Embodied action and organizational activity. Teoksessa *HoCA*, 283–307.
- Henkilötietolaki 1999/523. Helsinki, Oikeusministeriö, 1.6.1999. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1999/19990523>
- Helasvuo, Marja-Liisa 2004: Shared syntax: the grammar of co-constructions. *Journal of Pragmatics* 36, 1315–1336.
- Helminen, Marja-Liisa & Keski-Petäjä, Miina 2016: Miksi turvapaikanhakijat eivät näy vielä väestötilastoissa? *Tieto & trendit* 26.1.2016. Verkkojulkaisu, saatavissa: <http://tietotrendit.stat.fi/mag/article/152/>
- Hepburn, Alexa & Bolden, Galina 2013: The conversation analytic approach to transcription. Teoksessa *HoCA*, 57–76.
- Heritage, John 1984: *Garfinkel and ethnomethodology*. Cambridge: Polity Press.
- Heritage, John 2008: Conversation analysis as a social theory. Teoksessa Bryan Turner (toim.) *The new Blackwell companion to social theory*. Oxford: Wiley-Blackwell, 57–76.
- Heritage, John 2012: Epistemics in action: Action formation and territories of knowledge. *Research on Language and Social Interaction* 45: 1–29. Saatavissa: <https://doi.org/10.1080/08351813.2012.646684>
- Heritage, John & Maynard, Douglas W. (toim.) 2006: *Communication in medical care. Interaction between primary care physicians and patients*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Heritage, John & Sorjonen, Marja-Leena 1994: Constituting and maintaining activities across sequences: *And*-prefacing as a feature of question design. *Language in Society* 23:1, 1–29.
- HoCA* = Jack Sidnell & Tanya Stivers (toim.) 2013: *Handbook of conversation analysis*. Chichester: Wiley-Blackwell. DOI:10.1002/9781118325001
- Hokkanen, Sari 2016: *To serve and to experience: an autoethnographic study of simultaneous church interpreting*. Käännöstieteen väitöskirja. Tampere University Press.
- Holler, Judith & Wilkin, Katie (2011). Co-speech gesture mimicry in the process of collaborative referring during face-to-face dialogue. *Journal of Nonverbal Behavior* 35, 133–153.
- Honkasalo Marja-Liisa 2008: *Reikä sydämessä. Sairaus pohjoiskarjalaisessa maisemassa*. Tampere: Vastapaino.
- Honkasalo, Marja-Liisa & Leppo, Anna (toim.) 2008: Etnografia ja terveydenhuoltotutkimus. Erikoisnumero. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 45:1, 1–3.
- Honkasalo, Marja-Liisa; Salmi, Hannu & Launis, Veikko 2012: Johdanto. Teoksessa Marja-Liisa Honkasalo & Hannu Salmi (toim.) *Terveyttä kulttuurin ehdoilla: näkökulmia kulttuuriseen terveystutkimukseen*. Turku: K&H kustannus, 7–24.
- Hsieh, Elaine 2007: Interpreters as co-diagnosticians: Overlapping roles and services between providers and interpreters. *Social Science & Medicine* 64, 924–937.

- Hudelson, Patricia; Dao, Melissa D.; Perron, Noelle J. & Bischoff, Alexander 2013: Interpreter-mediated diabetes consultations: a qualitative analysis of physician communication practices. *BMC Family Practice* 14:163. Saatavissa: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-14-163>
- Hämeenaho, Pilvi & Koskinen-Koivisto, Eerika (toim.) 2014: *Moniulotteinen etnografia*. Helsinki: Ethnos.
- Ijäs-Kallio, Taru 2011: *Patient participation in decision making process in primary care. A conversation analytic study*. Acta Universitatis Tamperensis 1630, Tampere University Press.
- Ijäs-Kallio, Taru; Ruusuvoori, Johanna & Peräkylä, Anssi 2010: Patient resistance towards diagnosis in primary care: implications for concordance. *Health* 14, 505–522. Saatavissa: <https://doi.org/10.1177/1363459309360798>
- Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America 2001: *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington: National Academies Press. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25057539>
- Jefferson, Gail 1983: Issues in the transcription of naturally-occurring talk: Caricature versus detail. *Tilburg Papers on Language and Literature* 34, 1–12. Tilburg University.
- Jenkins, Laura & Reuber, Markus 2014: A conversation analytic intervention to help neurologists identify diagnostically relevant linguistic features in seizure patients' talk. *Research on Language and Social Interaction* 47:3, 266–279.
- Järvinen, Sari 2001: Sanojen selittämisestä suomi toisena kielenä -oppitunneilla. Teoksessa Taija Nieminen (toim.) *Vuorovaikutus ja suomen kielen oppiminen*. Kakkoskieli 3. Helsingin yliopiston suomen kielen laitos, 173–258.
- KA = Stevanovic, M. & Lindholm, C. (toim.) 2016: *Keskusteluanalyysi. Kuinka tutkia sosiaalista toimintaa ja vuorovaikutusta*. Tampere: Vastapaino.
- Kalin, Maija 1995: *Coping with problems of understanding. Repair sequences in conversations between native and non-native speakers*. University of Jyväskylä.
- Kaplan, Robert & Frosch, Dominick 2005: Decision making in medicine and healthcare. *Annual Review of Clinical Psychology* 1, 525–556. Saatavissa: <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144118>
- Karhapää-Puhakka, Satu; Kaarniemi, Heli & Mentula, Helene 2011: *Lääkäriksi Suomeen. Opas työyhteisölle*. Joensuu: Itä-Suomen yliopisto, Koulutus- ja kehittämisspalvelu Aducate.
- Karkulehto, Sanna; Saresma, Tuija; Harjunen, Hannele & Kantola, Johanna 2012: Intersektionaalisuus metodologiana ja performatiivisen intersektionaalisuuden haaste. *Naistutkimus* 25:4, 17–28. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:ELE-1615364>
- Karliner, Leah; Jacobs, Elizabeth; Chen, Alice & Mutha, Sunita 2007: Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. *Health Services Research* 42:2, 727–754.

- Kartio, Johanna 2009: *Selkokieli ja vuorovaikutus*. Helsinki: Kehitysvammaliitto.
- Katainen, Anu 2009: Määrälliset ja laadulliset menetelmät sosiaalilääketieteessä: toisiaan täydentäviä vai vastakkaisia näkökulmia? *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 46:1, 46–50.
- Kendon, Adam 1981: *Nonverbal communication, interaction, and gesture. Selections from Semiotica*. The Hague: Mouton publishers.
- Kendon, Adam 2004: *Gesture: visible action as utterance*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Keskikiikonen, Fanni 2018: Miten lääkäri mukauttaa kieltään suomea toisena kielenä puhuvan potilaan taitotasoon sopivammaksi? Pro gradu -tutkielma, suomen kieli ja suomalais-ugrilainen kielentutkimus. Turun yliopisto.
- Kielilaki 423/2003. Oikeusministeriö. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2003/20030423>
- Kielipankki 2004: *Taajuussanasto 9996*. Suomen sanomalehtikielestä koottu taajuussanasto. Koottu 43 999 826 sanan korpuksesta. Saatavissa: <https://kitwiki.csc.fi/twiki/bin/view/FinCLARIN/KielipankkiAineistotTaajuussanasto9996>
- Kimbara, Irene 2006: On gestural mimicry. *Gesture* 6:1, 39–61.
- King, Anne & Hoppe, Ruth 2013: “Best practice” for patient-centered communication: A narrative review. *Journal of Graduate Medical Education* 5:3, 385–393. Saatavissa: <http://www.jgme.org/doi/abs/10.4300/JGME-D-13-00072.1>
- Kinnunen, Tuija 2013: Tulkatut tunteet, käännetyt käsitykset. Teoksessa Mikko Lehtonen (toim.) *Liikkuva maailma. Liike, raja, tieto*. Liikkuva maailma - tutkimuksenkehittämisohjelma, Tampereen yliopisto. Tampere: Vastapaino, 196–212.
- Kinnunen, Tuija 2018: Jaetun tilan ja läsnäolon merkitys tulkatussa oikeudenkäynnissä. Teoksessa *Asioimistulkkaus*, 65–96.
- Kitzinger, Celia 2013: Repair. Teoksessa *HoCA*, 229–256.
- Kleinman, Arthur 1980: *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.
- Kleinman, Arthur & Benson, Peter 2006: Anthropology in the Clinic: The problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Medicine* 3:10,e294. Saatavissa: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030294>
- Koschmann, Timothy & LeBaron, Curtis 2002: Learner articulation as interactional achievement: Studying the conversation of gesture. *Cognition and Instruction* 20:2, 249–282. Saatavissa: https://doi.org/10.1207/S1532690XCI2002_4
- Kokko, Simo 1990: *Taudista sairauteen. Mitä terveystieteiden lääkärissä pitäisi tapahtua?* Hanki ja jää. Helsinki: WSOY.
- Koponen, Jonna & Pyörälä, Eeva 2014: Kokemukselliset oppimismenetelmät edistävät lääketieteen opiskelijoiden vuorovaikutustaitoja. *Suomen Lääkärilehti* 69:6, 387–393.

- Korpela, Eveliina 2007: *Oireista puhuminen lääkärin vastaanotolla. Keskusteluanalyttinen tutkimus lääkärin kysymyksistä*. Helsinki: SKS.
- Koskinen, Kaisa 2018: Ruumiillinen ja affektiivinen pääoma asioimistulkin tunnetyössä. Teoksessa *Asioimistulkkaus*, 157–184.
- KP= Tainio, Liisa (toim.) 1997: *Keskusteluanalyysin perusteet*. Tampere: Vastapaino.
- Kunnari, Sari & Savinainen-Makkonen, Tuula (toim.) 2004: *Mistä on pienten sanat tehty. Lasten äänteellinen kehitys*. Helsinki: WSOY.
- Kurhila, Salla 2003: *Co-constructing understanding in second language conversation*. Väitöskirja. Helsingin yliopisto, SKL.
- Kurhila, Salla 2006a: Maahanmuuttajataustaiset asiakkaat Kelan toimistossa. Teoksessa Marja-Leena Sorjonen & Liisa Raevara (toim.) *Arjen asiointia. Keskusteluja Kelan tiskin äärellä*. Tietolipas 210, Kotimaisten kielten tutkimuskeskuksen julkaisuja 141. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, 285–312.
- Kurhila Salla 2006b: *Second language interaction*. Philadelphia: John Benjamins.
- Kurhila, Salla 2012: Kun ymmärtäminen on vaakalaudalla – kohdentamattomat korjausaloitteet kakkoskielisessä keskustelussa. Teoksessa *Haavoittuva keskustelu*, 145–183.
- Kuusela, Maisa 2014: *Yleislääkärin vastaanottotapahtuma – näkökulmia laatuun*. Annales Universitatis Turkuensis C 378. Turun yliopisto. Saatavissa: <http://www.utupub.fi/handle/10024/95916>
- Kuusio, Hannamaria 2014: *A comparative study on challenges in the psychosocial work environment of Finnish and foreign-born general practitioners*. Helsinki: THL. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/handle/10024/114675>
- Käypä hoito: Motivoiva haastattelu. Toimittanut Mirkka Järvinen 2014. Käypä hoito -suositusten verkkosivu, Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix02109>
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Oikeusministeriö. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Landmark, Anne Marie Dalby; Gulbrandsen, Pål & Svennevig, Jan 2015: Whose decision? Negotiating epistemic and deontic rights in medical treatment decisions. *Journal of Pragmatics* 78: 54–69. Saatavissa: <https://doi.org/10.1016/j.pragma.2014.11.007>
- Lappalainen, Sirpa; Hynninen, Pirkko; Kankkunen, Tarja; Lahelma, Elina & Tolonen, Tarja (toim.) 2008: *Etnografia metodologiana. Lähtökohtana koulutuksen tutkimus*. Tampere: Vastapaino.
- Latomaa, Sirkku; Luukka, Emilia & Lilja, Niina 2017: Kielitietoisuuss eriarvoistumiskehitystä jarruttamassa. Teoksessa Sirkku Latomaa, Emilia Luukka ja Niina Lilja (toim.) *Kielitietoisuus eriarvoistuvassa yhteiskunnassa. Language awareness in an increasingly unequal society*. AFInLAN vuosikirja 2017. Suomen soveltavan kielitieteen yhdistyksen julkaisuja 75. Jyväskylä: Suomen soveltavan kielitieteen yhdistys AFInLA, 11–29.

- Laury, Ritva; Etelämäki, Marja & Couper-Kuhlen, Elizabeth (toim.) 2014: Introduction. Special issue: Approaches to grammar for interactional linguistics. *Pragmatics* 24:3, 435–452.
- Lazaraton, Anne 2004: Gesture and speech in the vocabulary explanations of one ESL teacher: a microanalytic inquiry. *Language Learning* 54:1, 79–117.
- Lean Six Sigma. Verkkosivu: <http://www.sixsigma.fi>
- Lehtinen, Esa 2005a: Information, understanding and the benign order of everyday life in genetic counselling. *Sociology of Health & Illness* 27, 575–601.
- Lehtinen, Esa 2005b: Tiedonanto vai neuvo? Toimintojen välistä rajankäyntiä perinnöllisyysneuvonnan vuorovaikutuksessa. Teoksessa. Leena Kuure, Elise Kärkkäinen & Maarit Saarenkunnas (toim.) *AFinLA:n vuosikirja 2005: Language and social action - Kieli ja sosiaalinen toiminta*. Suomen soveltavan kielitieteen yhdistyksen (AFinLA) julkaisu nr. 63, Jyväskylä: Suomen soveltavan kielitieteen yhdistys AFinLA, 149–160.
- Lehtonen, Heini 2013: Kieleilyä monietnisessä yläkoulussa. *Kieli, koulutus ja yhteiskunta*, 4:3. Saatavissa: <https://www.kieliverkosto.fi/fi/journals/kielikoulutus-ja-yhteiskunta-syyskuu-2013/kieleilya-monietnisessa-ylakoulussa>
- Lehtonen, Heini 2015: *Tyylitellen: nuorten kielelliset resurssit ja kielen sosiaalinen indeksisyys monietnisessä Helsingissä*. Suomen kielen, suomalais-ugrialaisten ja pohjoismaisten kielten ja kirjallisuuksien laitos, Humanistinen tiedekunta, Helsingin yliopisto. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-51-1333-7>
- Leskelä, Leela 2012: Selkokielisen vuorovaikutuksen ohjeet. Teoksessa *Haavoittuva keskustelu*, 279–298.
- Leskelä, Leela & Lindholm, Camilla 2012: Näkökulmia kielellisesti epäsymmetriseen vuorovaikutukseen. Teoksessa *Haavoittuva keskustelu*, 12–31.
- Levinson, Stephen 1983: *Pragmatics*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lilja, Niina 2010: *Ongelmista oppimiseen. Toisen aloittamat korjausjaksot kakkoskielisessä keskustelussa*. Jyväskylä studies in humanities 146. Jyväskylän yliopisto.
- Lilja, Niina 2012: Tiedätkö mikä on suo? Kielellisen epäsymmetrian topikalisointi kakkoskielisissä arkikeskusteluissa. *Virittäjä* 116:4, 560–588.
- Lindholm, Camilla 2003: *Frågor i praktiken. Flerledade frågeturer i läkare-patientsamtal*. Skrifter utgivna av Svenska litteratursällskapet i Finland nr 651, Studier i nordisk filologi 81. Helsingfors: Svenska litteratursällskapet i Finland.
- Lindholm, Camilla 2012: Vuorovaikutuksen haasteita ja mahdollisuuksia – tapaustutkimus muistisairaiden päivätoiminnasta. Teoksessa *Haavoittuva keskustelu*, 57–98.
- Lindholm, Camilla 2016a: Boundaries of participation in care home settings: Use of the Swedish token *jaså* by a person with dementia. *Clinical Linguistics & Phonetics* 30:10, 832–848.
- Lindholm, Camilla 2016b: Luottamuksen haasteet. Teoksessa *KA*, 295–309.

- Lindholm, Camilla 2016c: Keskustelunanalyysi ja etnografia. Teoksessa *KA*, 331–348.
- Lindholm, Camilla; Stevanovic, Melisa & Peräkylä, Anssi 2016: Johdanto. Teoksessa *KA*, 9–30.
- Lindström, Anna & Sorjonen, Marja-Leena 2013: Affiliation in Conversation. Teoksessa *HoCA*, 350–369.
- Lindström, Anna & Weatherall, Ann 2015: Orientations to epistemics and deontics in treatment discussions. *Journal of Pragmatics* 78: 39–53. Saatavissa: <https://doi.org/10.1016/j.pragma.2015.01.005>
- Linell, Per 1998: *Approaching dialogue: Talk, interaction and contexts in dialogical perspectives*. Amsterdam: John Benjamins.
- Linell, Per 2009: *Rethinking language, mind, and world dialogically: interactional and contextual theories of human sense-making*. Advances in cultural psychology: Constructing human development. Charlotte: Information Age Publishing.
- Lämsä, Riikka 2013: *Potilaskertomus. Etnografia potilhuudesta sairaalaosaston käytännöissä*. Tampere: Terveystieteiden tutkimuskeskus.
- Lääkäriliitto 2017: *Lääkärit 2016. Lääkäriliiton vuositilasto 2016*. [Viitattu 24.10.2017] Saatavissa: https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/1268/ll16_taskutil_fi_net.pdf
- Majlesi, Ali Reza 2015: Matching gestures: Teachers' repetitions of students' gestures in second language learning classrooms. *Journal of Pragmatics* 76:1, 30–45.
- Malin, Maili & Suvisaari, Jaana 2010: Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Teoksessa Antti Pakaslahti & Matti Huttunen (toim.) *Kulttuurit ja lääketiede*. Helsinki: Duodecim, 134–163.
- Maynard, Douglas 2013: Everyone and no one to turn to: Intellectual roots and contexts for conversation analysis. Teoksessa *HoCA*, 11–31.
- Maynard, Douglas 2006: Ethnography and conversation analysis: what is the context of an utterance? Teoksessa Sharlene Nagy Hesse-Biber & Patricia Leavy (toim.) *Emergent methods in social research*. Thousand Oaks, California; London: SAGE, 55–94.
- McNeill, David 1992: *Hand and mind. What gestures reveal about thought*. University of Chicago Press.
- McNeill, David 2005. *Gesture and thought*. University of Chicago Press.
- Meltzoff, Andrew N. & Moore, M. Keith 1977: Imitation of facial and manual gestures by human neonates. *Science* 198, 75–78.
- Merleau-Ponty, Maurice 1945: *Phénoménologie de la perception*. Paris: La Librairie Gallimard. Collection Bibliothèque des idées. Sähköinen versio (toteuttanut Réjeanne Toussaint). Saatavissa: http://classiques.uqac.ca/classiques/merleau_ponty_maurice/phenomenologie_de_la_perception/phenomenologie_de_la_perception.html
- Mishler, Elliot 1984: *The discourse of medicine: Dialectics of medical interviews*. Norwood, NJ: Ablex.

- Moerman, Michael 1988: *Talking culture: Ethnography and conversational analysis*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Mondada, Lorenza 2013: The conversation analytic approach to data collection. Teoksessa *HoCA*, 32–56.
- Mondada, Lorenza 2014: The local constitution of multimodal resources for social interaction. *Journal of Pragmatics* 65: 137–156.
- Mortensen, Kristian 2011: Doing word explanation in interaction. Teoksessa Gabriele Pallotti & Johannes Wagner (toim.) *L2 Learning as Social Practice: Conversation-analytic Perspectives*. Honolulu: National Foreign Language Resource Center, 135–163.
- Morton, Tom 2015: Vocabulary explanations in CLIL classrooms: a conversation analysis perspective. *The Language Learning Journal* 43, 256–270.
- Mäntynen, Anna 2013: Asioimistulkkaus maahanmuuttajien terveystalveluyksikössä Tampereella. Teoksessa Kaisa Koskinen (toim.) *Tulkattu Tampere*. Tampere University Press, 106–125.
- Mölsä, Mulki & Tiilikainen, Marja 2007: Potilaana somali: auttaako kulttuurinen tieto lääkärin työssä? *Duodecim*, 451–457. Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo96299.pdf>
- Napier, A. David; Ancarno, Clyde; Butler, Beverley; Calabrese, Joseph; Chater, Angel; Chatterjee, Helen; Guesnet, François; Horne, Robert; Jacyna, Stephen; Jadhav, Sushrut; Macdonald, Alison; Neuendorf, Ulrike; Parkhurst, Aaron; Reynolds, Rodney; Scambler, Graham; Shamdasani, Sonu; Zafer Smith, Sonia; Stougaard-Nielsen, Jakob; Thomson, Linda; Tyler, Nick; Volkmann, Anna-Maria; Walker, Trinley; Watson, Jessica; Williams, Amanda C de C; Willott, Chris; Wilson, James & Woolf, Katherine 2014: Culture and health. *The Lancet* 384 (9954), 1607–1639. Saatavissa: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61603-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61603-2)
- Neufeld, Janina & Charkabarti, Bhismadev 2016: Empathy modulates the rewarding effect of mimicry. *Scientific Reports* 6, doi:10.1038/srep27751
- Niemi, Jarkko 2015: *Myönnytelyn käytänteitä: Erimielisyys ja yhteisymmärryksen rakentaminen vuorovaikutuksessa*. Helsingin yliopisto, Humanistinen tiedekunta, Suomen kielen, suomalais-ugrilaisten ja pohjoismaisten kielten ja kirjallisuuksien laitos.
- NSPIHC =National Council on Interpreting in Health Care 2005: National Standards of Practice for Interpreters in Health Care. Verkkojulkaisu, saatavissa: <http://www.ncihc.org/assets/documents/publications/NCIHC%20National%20Standards%20of%20Practice.pdf>
- Näre, Lena 2012: Hoivatyön glokaaleilla markkinoilla: filippiiniläisten sairaanhoitajien rekrytointi Suomeen jälkikolonialistisena käytäntönä. *Sosiologia* 49:3, 206–221.
- Ochs, Elinor; Schegloff, Emanuel A. & Thompson, Sandra A. (toim.) 1996: *Interaction and grammar*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Ollila, Seija (toim.) 2017: *Tulkkaus terveydenhuollossa. Lähtökohtana asiakkaan ymmärrys*. Vaasan yliopiston raportteja 2. Vaasan yliopisto. Saatavissa: https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-734-7.pdf
- Opetushallitus 2018a: Valtionhallinnon kielitutkinnot. Verkkosivu: https://www.oph.fi/koulutus_ja_tutkinnot/kielitutkinnot/valtionhallinnon_kieli_tutkinnot
- Opetushallitus 2018b: Yleiset kielitutkinnot. Verkkosivu: http://www.oph.fi/koulutus_ja_tutkinnot/kielitutkinnot/yleiset_kielitutkinnot
- Paananen, Jenny 2017a: Kun lääkäri ja potilas puhuvat eri kieltä. Sanaston selittäminen monikulttuurisilla yleislääkärin vastaanotoilla. *Yleislääkäri*, 7/2017, 28–31.
- Paananen, Jenny 2017b: Vuorovaikutus lähtee käsistä. Elehtiminen auttaa monikulttuurisilla vastaanotoilla. *Aikakauskirja Duodecim* 133:7, 653–659. Saatavissa: <http://www.duodecimlehti.fi/duo13649>
- Paananen, Jenny 2018: Tulkki yleislääkärin vastaanotolla: tavoitteena potilaskeskeinen, sujuva ja empaattinen keskustelu. Teoksessa *Asioimistulkkaus*, 29–64.
- Paananen, Jenny 2019 (tulossa): Kehonkieli ja muu täydentävä viestintä. Teoksessa Marjukka Mäkelä, Sirkka Keinänen-Kiukaanniemi, Päivi Korhonen, Elise Kosunen, Pekka Mäntyselkä & Pirkko Salokekkilä (toim.) *Yleislääketieteen perusteet*. Helsinki: Duodecim.
- Paananen, Jenny & Leminen, Anni-Kaisa 2016: Tulkattu vastaanotto vaatii tiimityötä. *Yleislääkäri* 8/2016, 24–27.
- Pakaslahti, Antti & Huttunen, Matti (toim.) 2010: *Kulttuurit ja lääketiede*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Papadopoulos Irene (toim.) 2006: *Transcultural health and social care. Development of culturally competent practitioners*. Edinburgh: Elsevier Churchill Livingstone, 10–21.
- Parry, Ruth 2005: Official recommendations and actual practice in physiotherapy: Managing troubles of physical performance. *Communication & Medicine* 2(2), 151–161.
- Parry, Ruth; Pino, Marco; Faull, Christina; Feathers, Luke 2016: Acceptability and design of video-based research on healthcare communication: Evidence and recommendations. *Patient Education and Counseling* 99:8, 1271–1284.
- Parviainen, Jaana 2002: Kinesteettinen empatia. Edith Steinin empatiakäsityksen ulottuvuuksia. Teoksessa Leila Haaparanta & Erna Oesch (toim.) *Kokemus*. Tampere University Press.
- Peccei, Jean Stillwell 1999: *Pragmatics*. London; New York: Routledge.
- Peräkylä, Anssi 2001: Diagnoosin kertominen ja vastaanottaminen. Teoksessa Marja-Leena Sorjonen, Anssi Peräkylä & Kari Eskola (toim.) *Keskustelu lääkärin vastaanotolla*. Tampere: Vastapaino, 71–88.
- Peräkylä, Anssi; Ruusuvoori, Johanna & Lindfors, Pirjo 2007: What is patient participation? Reflections arising from the study of general practice, homoeopathy and psychoanalysis. Teoksessa Sarah Collins, Nicky Britten,

- Johanna Ruusuvaori & Andrew Thompson (toim.) *Patient participation in Health Care Consultations - Qualitative Perspectives*. Maidenhead: Open University Press, 121–142.
- Peräkylä, Anssi; Ruusuvaori, Johanna & Vehviläinen, Sanna 2005: Introduction: Professional theories and institutional interaction. *Communication & Medicine* 2:2, 105–109.
- Peräkylä, Anssi & Stevanovic, Melisa 2016: Kehollinen läsnäolo. Teoksessa *KA*, 32–46.
- Peräkylä, Anssi & Vehviläinen Sanna 2003: Conversation analysis and the professional stocks of interactional knowledge. *Discourse & Society* 14:6, 727–750. Saatavissa: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/09579265030146003>
- Pino, Marco; Parry, Ruth; Land, Victoria; Faull, Christina; Feathers, Luke, & Seymour, Jane 2016: Engaging terminally ill patients in end of life talk: How experienced palliative medicine doctors navigate the dilemma of promoting discussions about dying. *PlosONE*, 11:5: e0156174. Saatavissa: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156174>
- Pirinen, Ilkka 2010: Turvapaikanhakijoiden terveydentila. Teoksessa Antti Pakaslahti & Matti Huttunen (toim.) *Kulttuurit ja lääketiede*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 164–191.
- Pomerantz, Anita 1984: Agreeing and disagreeing with assessments: Some features of preferred/dispreferred turn shapes. Teoksessa J. Maxwell Atkinson & John Heritage (toim.) *Structures of social action: Studies in conversational analysis*. Cambridge: Cambridge University Press, 57–101. Saatavissa: https://scholarsarchive.library.albany.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://www.google.com/&httpsredir=1&article=1002&context=cas_communication_scholar
- Pomerantz, Anita & Heritage, John 2013: Preference. Teoksessa *HoCA*, 210–228.
- Priiki, Katri 2017: Hän, se, tää vai toi? : Vuorovaikutussosiolinguvistinen tutkimus henkilöviittauksista Kaakkois-Satakunnan nykypuhekielessä. *Annales Universitatis Turkuensis C* 432. Turun yliopisto, Suomen kieli ja suomalais-ugrilainen kielentutkimus. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-6719-3>
- Pyörälä, Eeva & Hietanen, Päivi 2011: Vuorovaikutustaidot osana lääkärin ammatillista kehittymistä. *Suomen Lääkärilehti* 66:6, 469–473.
- Raevaara, Liisa 2000: *Potilaan diagnoosiehdotukset lääkärin vastaanotolla. Keskusteluanalyttinen tutkimus potilaan institutionaalisista tehtävistä*. SKS:n toimituksia 791. Helsinki: SKS.
- Raevaara, Liisa & Sorjonen, Marja-Leena 2001: Lääkärin kysymykset ja potilaan vastaukset. Teoksessa Marja-Leena Sorjonen, Anssi Peräkylä & Kari Eskola (toim.) *Keskustelu lääkärin vastaanotolla*. Tampere: Vastapaino, 49–69.
- Randell, Rebecca; Greenhalgh, Joanne; Hindmarsh, Jonathan Andrew; Dowding, Dawn; Jayne, David; Pearman, Alan; Gardner, Peter; Croft, Julie & Kotze, Alwyn 2014: Integration of robotic surgery into routine practice and impacts

- on communication, collaboration, and decision making: A realist process evaluation protocol. *Implementation Science* 9:52. Saatavissa: <https://doi.org/10.1186/1748-5908-9-52>
- Rastas, Anna 2007: *Rasismi lasten ja nuorten arjessa. Transnationaalit juuret ja monikulttuuristuva Suomi*. Tampere: Tampere University Press ja Nuorisotutkimusseura / Nuorisotutkimusverkosto.
- Rivadeneira, Rocio; Elderkin-Thompson, Virginia; Silver, Roxane Cohen & Waitzkin, Howard 2000: Patient centeredness in medical encounters requiring an interpreter. *American Journal of Medicine* 108:6, 470–474.
- Robinson, Jeffrey 2013. Overall structural organization. Teoksessa *HoCA*, 257–280.
- Robinson, Jeffrey; Venetis, Maria; Street, Richard & Kearney, Thomas 2016: Breast cancer patients' information seeking during surgical consultations: A qualitative, videotape-based analysis of patients' questions. *Journal of Surgical Oncology* 114:8, DOI10.1002/jso.24470
- Russell, Debra & Takeda, Kayoko 2015: Consecutive Interpreting. Teoksessa Holly Mikkelsen & Renee Jourdenais (toim.) *The Routledge Handbook of Interpreting*. E-book. New York: Routledge.
- Ruusuvuori, Johanna 2000: *Control in medical consultation. Practises of giving and receiving the reason for the visit in primary health care*. University of Tampere.
- Ruusuvuori, Johanna 2007: Managing affect. Integration of empathy and problem solving in two types of medical consultation. *Discourse Studies* 9:5, 597–620.
- Ruusuvuori, Johanna; Haakana, Markku & Raevaara, Liisa (toim.) 2001: *Institutionaalinen vuorovaikutus. Keskustelunanalyttisiä tutkimuksia*. Helsinki: SKS.
- Sacks, Harvey 1992: *Harvey Sacks: Lectures on conversation, volumes I & II*. Toim. Gail Jefferson. Cambridge: Blackwell Publishers Inc.
- Sacks, Harvey; Schegloff, Emanuel & Jefferson, Gail 1974: A simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation. *Language* 50, 696–735.
- Sainola-Rodriguez, Kirsti 2009: *Transnationaalinen osaaminen – uusi terveydenhuoltohenkilöstön osaamisvaatimus*. Kuopion yliopisto.
- Sainola-Rodriguez, Kirsti; Nuutinen, Krista & Niiranen, Vuokko 2017: Inklusiivisen työyhteisön johtaminen kansainvälistyvässä Kuopion yliopistollisessa sairaalassa. Teoksessa Pirkko Pitkänen, Katja Keisala & Vuokko Niiranen (toim.) *Tavoitteena sujuva arki. Kulttuurien välinen työ sosiaali- ja terveydenhuollon työyhteisöissä*. Tampere University Press, 157–190.
- Salo, Janne 2007: Asioimistulkkauksella yhdenvertaisuutta. *Duodecim* 123, 493–494.
- Salo, Karoliina 2017: Suomea toisena kielenä puhuvan lääkärin direktiivit ja potilaan responsit monikulttuurisilla lääkärin vastaanotoilla. Pro gradu -tutkielma, suomen kieli ja suomalais-ugrilainen kielentutkimus. Turun yliopisto.

- Sariola, Suvi 2012: Kielitaidosta pitää puhua. *Lääkärilehti* 12/2012, 926–929.
- Savijärvi, Marjo 2011: *Yhteisestä toiminnasta yhteiseen kieleen: Keskustelunanalyttinen tutkimus toisen kielen oppimisesta kielikylpypäiväkodin arkitilanteissa*. Väitöskirja. Helsingin yliopisto, suomen kielen, suomalais-ugrilaisten ja pohjoismaisten kielten ja kirjallisuuksien laitos. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-10-7309-0>
- Schefloff, Emanuel A. 1979: The relevance of repair to syntax-for-conversation. Talmy Givón (toim.) *Syntax and Semantics 12: Discourse and syntax*. New York: Academic Press, 261–286.
- Schegloff, Emanuel A. 1992: Repair after next turn: the last structurally provided defense of intersubjectivity in conversation. *American Journal of Sociology* 97:5, 1295–1345.
- Schegloff, Emanuel A. 1997: Whose text? Whose context? *Discourse and Society* 8:2, 165–187.
- Schegloff, Emanuel A. 2007: *Sequence organization in interaction*. A primer in conversation analysis, volume 1. Cambridge: Cambridge university press.
- Schegloff, Emanuel A.; Jefferson, Gail & Sacks, Harvey 1977: The preference for self-correction in the organization of repair in conversation. *Language* 53:2, 361–382.
- Schegloff, Emanuel A. & Sacks, Harvey 1973: Opening up closings. *Semiotica* 8:4, 289–327.
- Schouten, Barbara, Meeuwesen, Ludwien 2006: Cultural differences in medical communication: A review of the literature. *Patient Education and Counseling* 64, 21–34. Saatavissa: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2005.11.014>
- Schubert, Carla & Kruus, Johanna 2010: Tulkki yhteistyökumppanina. Teoksessa Antti Pakaslahti & Matti Huttunen (toim.) *Kulttuurit ja lääketiede*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 297–304.
- Selting, Margret 2000: The construction of units in conversational talk. *Language in Society* 29, 477–517.
- Selting, Margret & Couper-Kuhlen, Elizabeth (toim.) 2001: *Studies in interactional linguistics*. Amsterdam: John Benjamins.
- Seppänen, Eeva-Leena 1997: Vuorovaikutus paperilla. Teoksessa *KP*, 18–31.
- Sidnell, Jack 2013: Basic conversation analytic methods. Teoksessa *HoCA*, 77–99.
- Simonen, Mika 2017: Ihmisen kokemus koiran mielestä sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. Teoksessa Melisa Stevanovic, Liisa Voutilainen & Elina Weiste (toim.) *Elämän peruskysymykset – Anssi Peräkylän 60-vuotisjuhlakirja*. Helsinki: Intersubjektiivisuus vuorovaikutuksessa huippuyksikkö, 35–42.
- SKTL 2013 = Suomen kääntäjien ja tulkkien liitto (2013) *Asioimistulkin ammattisäännöstö*. Saatavissa: https://sktl-fi.directo.fi/@Bin/280271/Asioimistulkin_ammattiss%C3%A4%C3%A4nn%C3%B6st%C3%B6.pdf

- Soininen, Miia 2017: Ulkomaalainen lääkäri päätyy terveyskeskukseen. *Lääkärilehti* 72:14, 908–911. Saatavissa: <http://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/ulkomaalainen-laakari-paatyy-terveyskeskukseen/>
- Sorjonen, Marja-Leena 1997: Korjausjäsenitys. Teoksessa *KP*, 112–138.
- Sorjonen, Marja-Leena 1999: Dialogipartikkelien tehtävistä. *Virittäjä* 103, 170–194.
- Sorjonen, Marja-Leena 2001a: *Responding in conversation. A study of response particles in Finnish*. Amsterdam: John Benjamins.
- Sorjonen, Marja-Leena 2001b: Lääkärin ohjeet. Teoksessa Marja-Leena Sorjonen, Anssi Peräkylä & Kari Eskola (toim.) *Keskustelu lääkärin vastaanotolla*. Tampere: Vastapaino, 89–111.
- Sorjonen, Marja-Leena; Haakana, Markku; Tammi, Tuukka & Peräkylä, Anssi 2006: Lifestyle discussions in medical interviews. Teoksessa John Heritage & Douglas W. Maynard (toim.) 2006: *Communication in medical care. Interaction between primary care physicians and patients*. Cambridge: Cambridge University Press, 340–378.
- Sorjonen, Marja-Leena & Laakso, Minna 2005: Katko vai eiku? Itsekorjauksen aloitustavat ja vuorovaikutustehtävät. *Virittäjä* 109, 224–271.
- Sorjonen, Marja-Leena; Peräkylä, Anssi & Eskola, Kari (toim.) 2001: *Keskustelu lääkärin vastaanotolla*. Tampere: Vastapaino.
- Stevanovic, Melisa 2013: *Deontic rights in interaction. A conversation analytic study on authority and cooperation*. University of Helsinki.
- Stevanovic, Melisa 2016: Keskustelunanalyysi ja kokeellinen vuorovaikutustutkimus. Teoksessa *HoCA*, 390–409.
- Stevanovic, Melisa & Peräkylä, Anssi 2012: Deontic rights in interaction: the right to announce, propose, and decide. *Research on Language and Social Interaction* 45, 297–321.
- Stivers, Tanya 2004: Potilaan vastarinta: keino vaikuttaa lääkärin hoitopäätökseen. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 41, 199–213.
- Stivers, Tanya 2007: *Prescribing under pressure: Parent-physician conversations and antibiotics*. Oxford university press.
- Stivers, Tanya 2013: Sequence organization. Teoksessa *HoCA*, 191–209.
- Stivers, Tanya 2018: The art and science of the deal: turning resistance into acceptance. Plenaari, ICCA 2018. Loughborough, 15.7.2018.
- Stivers, Tanya; Enfield, Nick; Brown, Penelope; Englert, Christina; Hayashi, Makoto & Heinemann, Trine 2009: Universals and cultural variation in turn-taking in conversation. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America (PNAS)* 106:26, 10587–10592. Saatavissa: <https://doi.org/10.1073/pnas.0903616106>
- Stivers, Tanya; Heritage, John; Barnes, Rebecca; McCabe, Rose; Thompson, Laura & Toerien, Merran 2017: Treatment recommendations as actions. *Health Communication*. Saatavissa: <https://doi.org/10.1080/10410236.2017.1350913>

- Stivers, Tanya & Robinson, Jeffrey 2006: A preference for progressivity in interaction. *Language in Society* 35, 367–392.
- Stokoe, Elizabeth 2014: The Conversation Analytic Role-play Method (CARM): A method for training communication skills as an alternative to simulated role-play. *Research on Language and Social Interaction* 47:3, 255–265.
- Suhonen, Riitta 2002: *Individualised care from the surgical patient's point of view. Developing and testing a model*. Väitöskirja. Annales Universitatis Turkuensis D 523. Turun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen laitos.
- Suni, Minna 2008: *Toista kieltä vuorovaikutuksessa: Kielellisten resurssien jakaminen toisen kielen omaksumisen alkuvaiheessa*. Jyväskylä Studies in Humanities 94. University of Jyväskylä.
- Suomen perustuslaki 731/1999. Oikeusministeriö. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>
- SVT 2016: Suomen virallinen tilasto. Muuttoliike [verkkójulkaisu]. ISSN=1797-6766. 2016, Liitekuvio 3. Väkiluvun lisäys, syntyneiden enemmisyys ja nettomaahanmuutto 1973–2016 . Helsinki: Tilastokeskus. Saatavissa: http://www.stat.fi/til/muutl/2016/muutl_2016_2017-05-17_kuv_003_fi.html
- SVT 2017: Suomen virallinen tilasto. Maahanmuuttajataustaisten määrät ja osuudet alueittain 1990-2016. PX-Web-tietokanta. Helsinki: Tilastokeskus. Saatavissa: http://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/Maahanmuuttajat_ja_kotoutuminen/Maahanmuuttajat_ja_kotoutuminen_Maahanmuuttajat_ja_kotoutuminen/007_ulk_om_osuudet.px/?rxid=dc815f51-a7d0-4aec-a81a-49b8ce399d18
- Tainio, Liisa 1997: Preferenssijäsennys. Teoksessa *KP*, 93–110.
- Tervola, Maija 2017: Työelämän näkökulma maahanmuuttajataustaisten lääkärien kielitaitoon. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 54, 196–208. Saatavissa: <https://journal.fi/sla/article/view/65564>
- Tervola, Maija; Pajunen, Anneli; Vainio, Seppo; Honko, Mari; Mattila, Kari 2015: Maahanmuuttajataustaisten lääkärien suomen kielen taito laillistamiskustannustelussa. *Duodecim* 131:4, 339–346. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo12097>
- Terveydenhuollon laatuopas* 2011. Toim. Päivi Koivuranta-Vaara. Helsinki: Suomen Kuntaliitto. Verkkójulkaisu, saatavissa: http://shop.kunnat.net/download.php?filename=uploads/terveydenhuollon_laatuopas.pdf
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen verkkosivut. <https://www.thl.fi>
- Terveyskirjasto = Kustannus Oy Duodecimin Terveyskirjasto-verkkopalvelu. Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/>
- Tienhaara, Sini & Paananen, Jenny (2019, tulossa): Tulkin kanssa toimiminen. Teoksessa Marjukka Mäkelä, Sirkka Keinänen-Kiukaanniemi, Päivi Korhonen, Elise Kosunen, Pekka Mäntyselkä & Pirkko Salokekkilä (toim.) *Yleislääketieteen perusteet*. Helsinki: Duodecim.
- Tiilikainen, Marja 2008: Somalialaiset maahanmuuttajat ja yllirajainen hoito. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 45, 74–87.

- Tiilikainen, Marja 2012: Maahanmuuttajien sairaus ja hoito transnationaalisenä ilmiönä. Teoksessa Marja-Liisa Honkasalo & Hannu Salmi (toim.) *Terveyttä kulttuurin ehdoilla - Näkökulmia kulttuuriseen terveystutkimukseen*. Turku: K&H kustannus, 169–189.
- Tiililä, Ulla 2017: Sosiaali- ja terveystieteiden kielen ja kielikäsitteiden varassa. Teoksessa Sirkku Latomaa, Emilia Luukka ja Niina Lilja (toim.) *Kielitietoisuus eriarvoistuvassa yhteiskunnassa. Language awareness in an increasingly unequal society*. AFinLAN vuosikirja 2017. Suomen soveltavan kielitieteen yhdistyksen julkaisuja 75. Jyväskylä: Suomen soveltavan kielitieteen yhdistys AFinLA, 54–71.
- Themessl-Huber, Markus; Humphris, Gerry; Dowell, Jon; Macgillivray, Steve; Rushmer, Rosemary; Williams, Brian 2008: Audio-visual recording of patient–GP consultations for research purposes: A literature review on recruiting rates and strategies. *Patient Education and Counseling* 71:2, 157–168.
- Thompson, Andrew 2007: The meaning of patient involvement and participation in health care consultations. A taxonomy. Teoksessa: Sarah Collins, Nicky Britten, Johanna Ruusuvaara & Andrew Thompson (toim.). *Patient participation in health care consultations. Qualitative perspectives*. Maidenhead: Open University Press, 43–64.
- Thompson, Andrew; Ruusuvaara, Johanna; Britten, Nicky & Collins, Sarah 2007: An integrative approach to patient participation in consultations. Teoksessa: Sarah Collins, Nicky Britten, Johanna Ruusuvaara & Andrew Thompson (toim.). *Patient participation in health care consultations. Qualitative perspectives*. Maidenhead: Open University Press, 176–193.
- Toiviainen, Hanna 2011: Konsumerismi, potilaan voimaantuminen ja lääkärin työn muuttuminen. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 127:8, 777–783. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2011/8/duo99479>
- Toivonen, Merja & Pitkänen, Taina 2018: *Opas maahanmuuttajalääkäreille ja työyhteisöille*. Tampere: Tampereen yliopisto. Sähköinen opas, saatavissa: <https://research.uta.fi/opas-maahanmuuttajalääkäreille-ja-tyoyhteisöille/>
- Tomasello, Michael 2003: *Constructing a language. A usage-based theory of language acquisition*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Tomasello, Michael 2008: *Origins of human communication*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Töttö, Pertti 2000: *Pirullisen positivismien paluu. Laadullisen ja määrällisen tarkastelua*. Tampere: Vastapaino.
- Vartiainen, Päivi & Pitkänen, Pirkko 2017: Hatanpään sairaala kaksisuuntaisen oppimisen ympäristönä. Teoksessa Pirkko Pitkänen, Katja Keisala & Vuokko Niiranen (toim.) *Tavoitteena sujuva arki. Kulttuurien välinen työ sosiaali- ja terveydenhuollon työyhteisöissä*. Tampere University Press, 37–76.
- Vatanen, Anna 2016: Keskusteluanalyttinen tutkimusprosessi. Teoksessa KA, 312–330.

- Vik, Gun-Viol & Välimaa, Jari-Pekka 2013: Tolkning i sjukhusmiljö – vem tolkar för vem, när och varför? Teoksessa Marja Kivilehto, Minna Ruokonen & Leena Salmi (toim.) *MikaEL. Kääntämisen ja tulkkauksen tutkimuksen symposiumin verkkojulkaisu* 7. Suomen kääntäjien ja tulkkien liitto, 84–94. Saatavissa: https://www.sktl.fi/@Bin/319485/k%C3%A4tu-artikel_vik&v%C3%A4limaa_tolkning_1.pdf
- Viljanmaa, Anu: Inhimillinen tekijä: tunteet asioimistulkin työssä. Teoksessa *Asioimistulkkaukset*, 121–156.
- Virtanen, Aija 2017: *Toimijuutta toisella kielellä: kansainvälisten sairaanhoitajaopiskelijoiden ammatillinen suomen kielen taito ja sen kehittyminen työharjoitteluissa*. Jyväskylä studies in humanities 311. Jyväskylän yliopisto. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-7021-5>
- VISK = Hakulinen, Auli; Vilkuna, Maria; Korhonen, Riitta; Koivisto, Vesa; Heinonen, Tarja Riitta & Alho, Irja 2004: *Iso suomen kielioppi*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura. Verkkooversio, saatavissa: <http://scripta.kotus.fi/visk>
- Vitikainen, Annamari 2014: Monikulttuurisuus. Verkoartikkeli, *Logos Ensyklopedia*. Saatavissa: <http://filosofia.fi/node/6867>
- Voutilainen, Liisa & Savijärvi, Marjo 2016: Keskusteluanalyttinen pitkittäistutkimus. Teoksessa *KA*, 349-371.
- Wadensjö, Cecilia 1992: *Interpreting as interaction. On dialogue-interpreting in immigration hearings and medical encounters*. Linköping studies in arts and science 83. Linköping University.
- Waring, Hansun Zhang; Creider, Sarah & Box, Catherine DiFelice 2013: Explaining vocabulary in the second language classroom: A conversation analytic account. *Learning Culture & Social Interaction* 2:4, 249–264. <https://doi.org/10.1016/j.lcsi.2013.08.001>
- White, Sarah & Cartmill, John (toim.) 2016: *Communication in surgical practice*. Sheffield: Equinox.
- White, Kari & Laws, M. Barton 2009: Role exchange in medical interpretation. *Journal of Immigrant and Minority Health* 11, 482–493.
- Wiking, Eivor; Sundqvist, Jan & Saleh-Stattin, Nouha 2013: Consultations between immigrant patients, their interpreters, and their general practitioners: Are they real meetings or just encounters? A qualitative study in primary health care. *International Journal of Family Medicine* 5. Verkkojulkaisu, saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3576801/>
- Wrede, Sirpa 2016: Nursing: Globalization of a female-gendered profession. Teoksessa Ellen Kuhlmann & Ellen Annandale (toim.) *The Palgrave Handbook of Gender and Healthcare*. London: Palgrave Macmillan, 437–453.
- Yhdenvertaisuuslaki 1325/2014. Oikeusministeriö. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141325>
- Yhdenvertaisuusvaltuutetun vuosikertomus 2016: Kaksi vuotta yhdenvertaisuuslakia. Saatavissa:

<https://www.syrjinta.fi/documents/10181/0/Vuosikertomus+2016/792ec552-e8ef-4beb-81f9-49b35f3720ae>

Ylönen, Maarit 2004: *Sanaton dialogi - tanssi ruumillisena tietona*. Studies in sport physical education and health 96. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:951-39-1772-X>

Liite 1. Tiedote lääkäreille



Monikulttuuriset kohtaamiset lääkärin vastaanotolla -tutkimus

Hyvä lääkäri,

pyydämme Teitä osallistumaan tutkimukseemme, joka tarkastelee lääkärin vastaanotolla tapahtuvaa lääkärin ja potilaan välistä monikulttuurista vuorovaikutusta. Tutkimukseen pyydetään mukaan sekä suomalais- että ulkomaalaistaustaisia lääkäreitä ja potilaita sekä mahdollisia tulkkeja. Tutkimuksen tavoitteena on tuoda näkyviin, millaisia mahdollisia haasteita erilaiset kulttuuriset ja kielelliset taustat tuovat lääkäri-potilas-vuorovaikutuksen jäsentymiseen, ja pohtia, miten vuorovaikutusta voitaisiin parantaa.

Tutkimusta varten videoimme vastaanottokäyntejä. Osallistujien anonymiteetti turvataan siten, että kaikessa kirjallisessa ja julkaistussa materiaalissa henkilökohtaiset tiedot muokataan muotoon, josta nimet, asuinpaikat, työpaikat tai muut tunnistamisen mahdollistavat tiedot eivät käy ilmi.

Aineistoa tarkastelevat sellaisenaan vain tutkimusryhmän jäsenet, ja heillä on vaitiolovelvollisuus. Videoaineistoa saa näyttää muissa aiheita koskevissa tutkimukseen ja opetukseen liittyvissä yhteyksissä vain, mikäli annatte siihen erikseen luvan. Tällöinkin henkilöllisyytenne suojataan. Muihin kuin em. tarkoituksiin aineistoa ei käytetä. Tutkimuksen jälkeen aineisto arkistoidaan, mikäli annatte siihen luvan; muussa tapauksessa aineisto tuhotaan. Kaikessa toiminnassa noudatetaan henkilötietolakia.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Suostumus annetaan allekirjoittamalla ohessa oleva tutkimuslupa. Jokaisen tutkimuslupan allekirjoittaa lisäksi aineistoa käsittelevä tutkija Jenny Paananen, joka sitoutuu näin suojaamaan aineiston ulkopuolisilta.

Ystävällisesti

Monikulttuuriset kohtaamiset lääkärin vastaanotolla -tutkimusryhmän jäsenet

Liite 2. Tiedote potilaille



Monikulttuuriset kohtaamiset lääkärin vastaanotolla -tutkimus

Hyvä potilas,

pyydämme Teitä osallistumaan tutkimukseemme, joka tarkastelee lääkärin ja potilaan välistä vuorovaikutusta. Tutkimukseen pyydetään mukaan sekä suomalais- että ulkomaalaistaustaisia lääkäreitä ja potilaita sekä mahdollisia tulkkeja. Tutkimuksen tavoitteena on auttaa ja parantaa monikulttuurista vuorovaikutusta lääkärin vastaanotolla.

Tutkimusta varten videoimme vastaanottokäyntejä. Tutkittavien henkilöllisyys pidetään salassa. Kaikessa kirjallisessa ja julkaistussa materiaalissa henkilökohtaiset tiedot muutetaan muotoon, josta nimet, asuinpaikat, työpaikat tai muut tunnistamisen mahdollistavat tiedot eivät käy ilmi.

Videoita tarkastelevat sellaisenaan vain tutkimusryhmän jäsenet, ja heillä on vaihtoehtoisuus. Videoaineistoa saa näyttää muissa aiheita koskevissa tutkimukseen ja opetukseen liittyvissä yhteyksissä vain, mikäli annatte siihen erikseen luvan. Tällöinkin henkilöllisyytenne suojataan sumentamalla kuva. Muihin kuin em. tarkoituksiin aineistoa ei käytetä. Tutkimuksen jälkeen aineisto arkistoidaan, jos annatte siihen luvan; muussa tapauksessa aineisto tuhotaan.

Suomessa on laki, jonka mukaan ihmisiä ei saa tutkia ilman heidän lupaansa. Tutkimukseen osallistuminen on siis vapaaehtoista. Suostumus annetaan allekirjoittamalla ohessa oleva tutkimuslupa. Jokaisen tutkimusluvan allekirjoittaa lisäksi aineistoa käsittelevä tutkija Jenny Paananen, joka lupaa näin suojata aineiston ulkopuolisilta. Teillä on oikeus kieltäytyä tutkimuksesta tai peruuttaa suostumuksenne tutkimukseen osallistumiseen ilman, että sillä on vaikutusta tulevaan hoitoon.

Ystävällisesti

Monikulttuuriset kohtaamiset lääkärin vastaanotolla -tutkimusryhmän jäsenet

Liite 3. Tutkimuslupa



Monikulttuuriset kohtaamiset lääkärin vastaanotolla -tutkimus

Lupa videoaineiston taltioimiseen ja luovuttamiseen

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa kyseisestä tutkimuksesta ja mahdollisuuden esittää siitä tutkijalle kysymyksiä. Olen saanut tiedon, että aineistoa (videoitu vastaanottokäynti) käsitellään seuraavasti:

1. Tietosuoja turvataan siten, että aineistoa käsittelevä tutkija allekirjoittaa tämän suostumuksen. Tutkijan on siten suojattava aineisto ulkopuolisilta, eikä hänellä ole oikeutta kertoa osallistujien henkilökohtaisia tietoja.
2. Aineistoa tarkastelevat sellaisenaan vain tutkimusryhmän jäsenet, tutkimusavustajat ja tutkielmien tekijöiden ohjaajat.
3. Kaikessa kirjallisessa ja julkaistussa materiaalissa henkilökohtaiset tiedot muokataan muotoon, josta nimet, asuinpaikat, työpaikat tai muut tunnistamisen mahdollistavat tiedot eivät käy ilmi.
 - a. ___ Tämän kohdan rastittamalla annan erikseen luvan esittää videomateriaalia aihetta koskevissa tutkimukseen tai opetukseen liittyvissä yhteyksissä. Tällöinkin henkilöllisyyteni suojataan.
 - b. ___ Tämän kohdan rastittamalla annan erikseen luvan arkistoida tutkimusmateriaalin Yhteiskuntatieteelliseen tietoarkistoon tai muuhun vaihtoehtoiseen arkistoon, jossa se on mahdollisesti käytettävissä tutkimusmateriaalina myös *Monikulttuuriset kohtaamiset lääkärin vastaanotolla* -hankkeen päätyttyä. Tällöinkin henkilöllisyyteni suojataan. Ilman tätä lupaa aineisto tuhoetaan tutkimuksen päättyessä.

Ymmärrän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta ja pyytää, että mahdollisesti jo nauhoitettu aineisto tuhoetaan.

Suostun osallistumaan tutkimukseen: Suostumuksen vastaanottaja:

paikka ja aika

paikka ja aika

Allekirjoitus

Nimen selvennys

Ikä _____ vuotta

Sukupuoli _____

Äidinkieli _____

Tutkijan allekirjoitus

Nimen selvennys

Kuinka lääkäri ja potilas ymmärtävät toisiaan, kun heillä on eri äidinkieli ja erilainen kulttuurinen tausta? Millaisin keinoin vuorovaikutusta voidaan sujuvoittaa? Kuinka tulkin käyttö vaikuttaa vastaanottokeskusteluun? Entä millaiset mahdollisuudet potilailla on osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon monikulttuurisilla vastaanotoilla?

Jenny Paananen tutkii väitöskirjassaan videoituja lääkärin vastaanottoja, joissa joko lääkäri tai potilas on ulkomaalaistaustainen ja puhuu äidinkielenään muuta kuin suomea. Keskustelunalyysia ja vuorovaikutuslingvistiikkaa yhdistävä tutkimus koostuu viidestä osatutkimuksesta, joissa yhteisymmärryksen rakentamista lähestytään eri näkökulmista käsin. Tutkimuksen tulokset ja konkreettiset esimerkit havainnollistavat monikulttuurisen lääkäri-potilasvuorovaikutuksen dynamiikkaa ja nostavat esille keinoja, joilla kieli- ja kulttuurieroihin liittyviin haasteisiin pyritään vastaamaan.



**TURUN
YLIOPISTO**

ISBN 978-951-29-7556-3 (PRINT)
ISBN 978-951-29-7557-0 (PDF)
ISSN 0082-6995 (Painettu/Print)
ISSN 2343-3205 (Verkkajulkaisu/Online)