

PUHEENAIHEIDEN ESITTELY JA JATKAMINEN LÄÄKÄRIN VASTAANOTOLLA

JOHDANTO

Institutionaalisten keskustelujen tutkimuksessa keskeisenä teemana on osanottajien välisen suhteen epäsymmetrisyys. Institutionaalisille tilanteille ovat ominaisia implisiittiset oletukset ja joskus myös eksplisiittiset säännökset siitä, millaisin puheenvuoroin ja teoin toisaalta maallikko ja toisaalta ammattilainen voi osallistua vuorovaikutukseen. Lisäksi osanottajien tietämys puheena olevista asioista on usein erilainen, eivätkä he nojaa samalla lailla yhteiseen maaperään kuin arkikeskusteluissa. (Drew 1991, ten Have 1991, Drew ja Heritage 1992b, Peräkylä 1996.)

Lääkärin ja potilaan välisen vuorovaikutuksen olennaisena piirteenä ja epäsymmetriaa luovana tekijänä on pidetty sitä, että keskustelu rakentuu pääosin lääkärin kysymysten ja potilaan vastausten varaan (esim. West 1983, Fisher 1984, Frankel ja Beckman 1984, 1989, Frankel 1990¹). On esitetty, että potilaalla on vain vähän mahdollisuuksia käyttää aloitteellisia puheenvuoroja, koska hänen toimintansa rajoittuu pitkälti vastaamiseen. Sen sijaan lääkäri voi kysymysten esittäjänä aloittaa uusia puheenaiheita tai poimia potilaan vuoroista haluamiaan asioita tarkemmin käsiteltäviksi. Näin hän voi kontrolloida sitä, miten

¹ Westin tutkimuksessa (1983) aineistona oli 21 lääkärin ja potilaan keskustelua. Niissä oli 773 kysymystä, joista 91 % oli lääkärin esittämiä. Frankelin (1990) aineistossa alle 1 % potilaan vuoroista oli aloitteellisia, ja niistäkin vain osa oli kysymyksiä. Tutkimushankkeemme aineistosta ei ole tehty vastaavaa kvantitatiivista analyysia siksi, että keskusteluanalyysissa tällaiset funktionaalisiiin kategoriointeihin perustuvat laskelmat on nähty metodisesti ongelmallisiksi (Schegloff 1993, ten Have 1991: 145–149). Tässä artikkelissa en näin ollen käsittele sitä, missä määrin lääkärin ja potilaan puheenvuorot ovat kysymyksiä ja vastauksia tai kuinka suuri osa kysymyksistä on lääkärin esittämiä. En myöskään analysoi sitä, millä keinoin kysyminen rakennetaan lääkärin toiminnaksi (tästä esim. Heritage ja Greatbatch 1991, Heritage ja Roth 1995). Sen sijaan tarkasteluni kohdistuu siihen, miten puheenaiheita esitellään ja jatketaan suulliseen tutkimusvaiheeseen sijoituvissa lääkärin kysymysten ja potilaan vastausten muodostamissa toimintajaksoissa.

topiikkeja keskustelussa käsitellään ja mitkä asiat osoitetaan keskustelussa relevanteiksi. Pitäytyminen kysymysten esittäjän roolissa nähdään lääkärikeskeisenä toimintamallina, kun taas potilaskeskeisenä lähestymistapana pidetään sitä, että lääkäri antaa potilaalle tilaa kertoa mahdollisimman vapaasti tämän mielestä tärkeistä asioista (esim. Frankel ja Beckman 1984, 1989, Birgegård 1993, Pelkonen 1994).

Tutkimuksissa, joissa on nostettu esiin lääkärin dominoiva asema kysymysten esittäjänä ja siten puheenaiheiden valitsijana ja keskustelun kulkua kontrolloivana osallistujana, huomio on kohdistunut pitkälti keskustelun topikaaliseen rakentumiseen. Analyysin kohteena on ollut se, kumpi osapuoli tuo keskusteluun uusia aiheita, millaisia lääkärin ja toisaalta potilaan aloittamat aiheet ovat, missä määrin lääkäri keskeyttää, jättää käsittelemättä tai jatkaa potilaan esille ottamia topiikkeja (esim. Mishler 1984, Fisher 1984, Frankel 1990, Melander Marttala 1995). Lääkärin kysymyksiä on myös käsitelty suhteellisen homogeenisena toimintakategoriana, aloitteellisina vuoroina, joita käyttäen lääkäri asettaa potilaan vastaajan asemaan ja rajaa tämän puheenvuorojen rakennetta ja sisältöä (ks. esim. Byrne ja Long 1976, West 1983: 77–85; Frankel 1990, Frankel ja Beckman 1984, 1989).

Etnometodologisessa keskusteluanalyysissä korostetaan kuitenkin, että keskustelun rakentumiselle ja koherenssille on olennaista paitsi topikaalinen jatkuvuus myös se, mitä keskustelussa tapahtuu: millaisen toimintajakson tai millaisten sisäkkäisten toiminjaksojen osaksi puheenvuorot sijoittuvat (Goodwin ja Goodwin 1990, 1992, Schegloff 1990, ks. myös Raevaara 1993: 74–90.). Keskustelijat osoittavat puheenvuoroja laatiessaan käsityksensä siitä, millainen on heidän tehtävänsä ja roolinsa kullakin hetkellä meneillään olevassa toiminnassa — eikä vain vastaanottotilanteessa yleisesti. Lääkärin kysymyksillä, samoin kuin arkitilanteissa esitetyillä kysymyksillä, voi olla hyvin erilaisia funktioita sen mukaan, millaiseen asemaan ne keskustelussa sijoittuvat ja millaisina vuoroina ne otetaan vastaan (ks. myös Schegloff 1984, Raevaara 1996).

Tarkastelen tässä artikkelissa keskustelun rakentumista lääkärin vastaanoton suullisen tutkimusvaiheen aikana. Pyrin analysoimaan puheenaiheiden esittelyä ja jatkamista meneillään olevan toiminnan näkökulmasta: sekä suhteessa keskustelun laajempaan kokonaisrakenteeseen että paikallisemmin määrittyviin toiminjaksoihin. Tarkastelu liittyy yleisempään kysymykseen lääkärin roolista vastaanottotilanteessa. Analysoin tapauksia, joissa lääkäri kysymyksillään ja potilas vastauksillaan rakentavat keskustelua yhteistyössä, ja pyrin problematisoimaan sitä, millainen toiminta on luokiteltavissa lääkärikeskeiseksi tai potilaskeskeiseksi.²

LÄÄKÄRIN KYSYMYKSEN SUHDE EDELTÄVÄÄN PUHEESEEN

Lääkärin vastaanottotilanteen toiminnallisen perusrungon voi hahmottaa avun- tai neuvonpyyntösekvenssiksi, ikään kuin löyhäksi vierusparirakenteeksi, jonka etujäsenenä on potilaan esittämä kuvaus ongelmastaan. Suullinen ja fyysinen tutkimus muodostavat vie-

² Artikkeliliittyvä väitöskirjatyöhöni, joka käsittelee lääkärin kysymysten ja potilaan vastausten piirteitä suullisen tutkimuksen aikana. Tutkimus kuuluu osana Anssi Peräkylän ja Marja-Leena Sorjosen johtamaan tutkimushankkeeseen »Lääkärin ja potilaan välinen vuorovaikutus suomalaisessa perusterveydenhuollossa». Hankkeen aineistona on videonauhoituksia terveyskeskuslääkäreiden vastaanotoilta, yhteensä noin 250 potilaskäyntiä 14 eri lääkärin luona.

rusparin sisään sijoittuvan jakson, jonka aikana lääkäri kerää tietoa voidakseen esittää sekvenssiä päättävän ratkaisun potilaan ongelmaan: diagnoosin ja/tai päätöksen jatko-toimenpiteistä.³ (ten Have 1989, Peräkylä ym. 1994.)

Potilaan esittämää ongelman tai vaivan kuvausta seuraa siis tyypillisesti lääkärin kysymyksistä ja potilaan vastauksista muodostuva suullisen tutkimuksen vaihe. Se voi paikoin rakentua toisistaan suhteellisen irrallisilta vaikuttavien kysymys–vastaus -vierusparien ketjuksi. Tämä johtuu siitä, että osa lääkärin kysymyksistä pohjaa joko vastaanoton rutiinityöjärjestykseen (ks. esimerkkiä 1, riviä 9⁴) tai sellaiseen esille otettavien asioiden listaan, jonka potilaan tietyntyypinen vaiva tai ongelma on tehnyt relevantiksi (ks. esimerkkiä 1, rivejä 18, 21, 26 ja 30) (ks. Barrows ja Tamblyn 1980: 19–36; Pasternack 1994: 26–35). Suullisen tutkimuksen aikana keskustelun koherenssi muodostuu siis erilaiseksi kuin arkikeskusteluissa, joille on ominaista, että puheenaiheesta toiseen siirrytään vähitän (esim. Sacks 1972 ja 1992: 291–302, 561–569).

1. [2A2: 1-2] KUTINA

- 1 L: Ja minkälainen tilanne teillä nyt on.
 2 P: Mä kävin eilen laboratoriossa ja, (.) otettiin niinku
 3 niitä hijavakokeita mutta, .hh ne oli negatiivisia mutta
 4 mulla on semmosta vaivaa kyllä, (0.5) sitä kutinaa ja,
 5 L: Ahaa. Joo:.
 6 (1.0)
 7 P: Aika voimakasta.
 8 (.)
 → L: >Minkälainen työ teillä olikaan<.
 10 (0.2)
 11 P: Mä oon vanhainkodilla, (.) perushoitajan sijaisuuksia.
 12 (1.0)
 13 L: °Joo::°.
 14 (1.8)
 15 L: Joo, tuossahan on ollu juuri äskettäin tuo samanlainen
 16 tilanne,
 17 (1.1)
 → L: >Kuukautiset säännölliset<,
 19 P: On joo:.
 20 (11.5) ((L lukee P:n papereita))
 → L: Onko synnytyksiä.
 22 P: Ei: o.
 23 (7.0)
 24 L: °No joo°.
 25 (0.3)
 → L: .hh Mites< oliko teillä suvussa sokeritautia.
 27 (.)

³ Tämä kuvaus vastaanoton kokonaisrakenteesta on karkea ja skemaattinen. Suullisen ja fyysisen tutkimuksen lisäksi ongelman kuvauksen ja diagnoosin esittämisen väliin voi sijoittua myös muita, esimerkiksi potilaan muihin vaivoihin tai kuulumisiin liittyviä toimintajaksoja. Toisaalta esitetty kokonaisrakenne kuvaa vain sellaisia tilanteita, joissa potilaan käynnin syy ei ole ennalta sovittu. Erilaisilla kontrollikäynneillä, joilla käydään läpi koetuloksia ja neuvotellaan jatkotoimenpiteistä, varsinaista suullista tutkimusvaihetta ei ole välttämättä ollenkaan. Lisäksi keskustelun kuluessa voidaan käsitellä useampia potilaan ongelmia, jolloin vaivan kuvauksen, suullisen tutkimuksen sekä diagnoosin muodostama jakso voi olla hyvinkin lyhyt.

⁴ Katkelma on työterveysvastaanotolta, joita aineistossamme on tältä lääkäriltä 7. Niistä kuudessa lääkäri kysyy potilaan työpaikasta keskustelun alkupuolella.

- 28 P: Ei oo esiintynyt semmostakaa.
 29 (7.0) ((L lukee P:n papereita))
 → L: Koska m: on, (.) tarkoitus seuraavan kerran mennä, (0.5)
 31 papakokeeseen.

Lääkäri voi siis laatia kysymyksensä potilaan edeltävistä puheenvuoroista riippumattomiksi ja pohjata ne ns. agendaan, medikaalisen tietämyksensä perusteella valitsemaansa työjärjestykseen. Näin hän osoittaa orientoitumisensa tietynlaiseen osanottajien väliseen työnjakoon: oletukseen, että lääkäri on keskustelijoista se, joka tietää, millaisten asioiden käsittely on relevanttia haettaessa ratkaisua potilaan ongelmaan. Jos potilas puolestaan tarjoaa vastauksissaan vain lääkärin nimenomaisesti kysymän tiedon, hän vahvistaa toiminnallaan lääkärin asemaa puheenaiheiden valitsijana.

Lääkäri ja potilas voivat konstituoida puheenaiheiden valinnan ja esittelyn lääkärin tehtäväksi tietynlaisten kysymys- ja vastausformulointien kautta. Mutta vastaanottotilanteessa — kuten arkikeskustelussa tyypillisesti — kysymyksen ja vastauksen muodostama vieruspari voi toimia myös toimintajaksona, jolla puheenaiheita tuodaan keskusteluun yhteistyössä, jolla neuvotellaan siitä, milloin siirrytään toimintajaksosta toiseen ja mitkä puheenaiheet ovat keskustelussa relevantteja (ks. myös Raevaara 1993, 1996).

Seuraava katkelma on vastaanoton alusta. Rivillä 1 lääkäri esittää kysymyksen, jolla hän pyytää potilasta kertomaan vastaanotolle tulonsa syyn. Sen jälkeen lääkäri esittää kysymyksiä riveillä 16, 23 ja 37.

2. [38A1: 1-3] PAINO PALLEASSA

- L: Mitäs kuuluu.
 2 P: No nyt on >semmone vaiva ollu vissii kesästä lähtie< et
 3 mua painaa, (.) tähä.
 4 L: Joo_i=
 5 P: =.hh Ja h- niinku hengittäessäki mul o vaikeeta <kävelyssä>.
 6 L: Sit siin [()]
 7 P: [Se ei anna joskus] niinku yöllä nukkuukkaa,
 8 se on tää vasemma puoleine, (.) pallea tää rinta,
 9 (.)
 10 L: Jo[≠h_o]
 11 P: [hhh] Et ku niinku siin ku kävelles tuntuu se et siin ois
 12 niinku, (0.2) joku paino. Semmone tun- (.) täl puolel ei
 13 mitään °oo°.
 14 L: .h Joo_i
 15 P: Ni_i,
 → L: Ja kävelles se [sattuu,]
 17 P: [Kävellessä] ja sitte samallai niinku
 18 nukkuessa että,
 19 (0.2)
 20 L: Myöski yöllä.]
 21 P: [Joskus] on, (.) yölläki semmos[ta että,]
 22 L: [Joo:.]
 → L: .nhh ≠Onks teillä, (.) koskaan ollu semmosta k- ö: kaa-
 24 mahakatarriyypistä vaivaa, (.) työelämässä vallanki
 25 tai, (0.2) nyt sen jälkeen,
 26 (0.2)
 27 P: No ei mul o< m noi:, (.) sappikivethän mult on leikattu,
 28 (0.5)
 29 P: se oli, (0.5) jotai vissiin seitsemänk- (.) >sillon mä

- 30 P: olin< (.) <töissä vielä>,
 31 (0.7)
 32 L: Seittemän[kymmentä,
 33 P: [Vai kaheksankymmentä. >Jotai kaheksankymment
 34 paikkeilla< muis[taakseni, juu me oltii Koomarketissa
 35 L: [Joo:z,
 36 P: sillo joo niin, .jo[o,^o
 → L: [<Sappikivet> on leikattu >onks mitää<
 38 muita leikkauksia >tehty<,
 39 (0.7)
 40 P: On: jaloissa tehty kyllä sitte,

Riveillä 23–25 lääkäri esittää agendaan pohjaavan kysymyksen. Vuoro tuo keskusteluun uuden puheenaiheen, ja lisäksi se merkitsee ajallista siirtymää potilaan nykyisistä oireista hänen mahdollisiin aiempiin sairauksiinsa: edellisten vuorojen preesens vaihtuu perfektiiksi. Myös seuraava lääkärin kysymys, riveillä 37–38, ohjaa keskustelun topikaalista rakentumista sikäli, että se siirtää puheen alatiopikista toiseen. Tätä siirtymää voi kuitenkin pitää osanottajien yhdessä rakentamana, koska kysymys jatkaa aihepiiristä, jonka potilas on nostanut esiin. Potilaan kerrottua sappikivileikkauksestaan (r. 27) lääkäri kohdistaa kysymyksensä tämän muihin mahdollisiin leikkauksiin. Näin lääkäri liittää vuoronsa potilaan edeltävään vastaukseen sen sijaan, että esimerkiksi kytkisi sen omaan edelliseen kysymykseensä siirtymällä mahakatarrin jälkeen vaikkapa muihin ylävatsan sairauksiin. Lääkäri myös eksplikoi kytköksen potilaan puheeseen toistamalla tämän vastauksen vuoronsa alussa (vrt. rivejä 37 ja 27). Samalla lääkäri vahvistaa potilaan edellä esittämän tiedon ja topikaalisen kehyksen keskustelussa relevantiksi. Vaikka tämä lääkärin kysymys siis kohdistuuakin asiaan, jota todennäköisesti kysytään rutiininomaisesti kartoitettaessa potilaan medikaalista historiaa tämääntyyppisten vaivojen yhteydessä, se on laadittu potilaan puheen motivoimaksi ja siihen perustuvaksi.

Lääkärin kysyvä vuoro rivillä 16 pohjaa vielä selkeämmin potilaan puheeseen. Se on rakenteeltaan deklaratiivimuotoinen lausuma, mutta se toimii ns. toisen position kysymyksenä, jolla lääkäri tarkistaa, onko hän tulkinnut potilaan puheen tämän tarkoittamalla tavalla⁵ (ks. Raevaara 1996: 35–42). Tällainen tarkistusvuoro paitsi ilmaisee lääkärin tulkinnan myös kutsuu potilasta joko hyväksymään tai korjaamaan sen. Tässä potilas merkitsee lääkäriin tulkinnan vain osin oikeaksi: kävelyn lisäksi kipu tuntuu myös nukkuessa (r. 17–18). Lääkärin tarkistavaa kysymystä voi pitää potilaan esittämää vaivan kuvausta ohjaavana sikäli, että se osoittaa yhden potilaan kertoman yksityiskohdan erityisen tärkeäksi, sellaiseksi osaksi potilaan selitystä, jonka oikea tulkinta on lääkärin näkökulmasta merkityksellinen. Mutta samalla tällainen vuoro varaa potilaalle paikan korjata tai täsmentää lääkärin ilmaisemaa tulkintaa.

Kysymysten esittäminen sinänsä ei aseta lääkäriä keskustelun kulkua ja sen topikaalista rakentumista kontrolloivaksi osanottajaksi. Olennaista on muun muassa se, missä määrin lääkärin kysymys on laadittu potilaan edeltävään puheeseen pohjaavaksi, sekä myös se, millaisen toimintajakson osaksi kysymys sijoittuu (ks. seuraavaa lukua) ja millaisena vuorona potilas sitä käsittelee (ks. sivulta 364 alkavaa lukua).

⁵Lääkärin vuoro rivillä 20 on samantyyppinen. Se on kuitenkin selvemmin kerrotun vastaanottamista osoitava kuin tarkistava vuoro siksi, että tällä vuorolla lääkäri toistaa potilaan vuorosta nimenomaan sen osan, jolla tämä täsmensi lääkärin edellä esittämää tulkintaa, ja vielä heti täsmennyksen jälkeen.

LÄÄKÄRIN KYSYMYS OSOITTAMASSA POTILAAN KÄYNNIN SYYN HYVÄKSYMISTÄ

Monissa lääkärin ja potilaan välistä vuorovaikutusta koskevissa tutkimuksissa on kiinnitetty huomiota lääkärin dominoivaan rooliin nimenomaan vastaanoton alussa, tilanteessa jossa potilas kuvaa lääkärille vastaanotolle tulonsa syytä. Esimerkiksi Frankel ja Beckman (1984, 1989) analysoivat 74 lääkärin vastaanoton aloitusjaksoa ja päätyivät siihen, että vain 23 % niistä oli sellaisia, joissa potilas sai selkeästi vietyä loppuun selityksensä käynnin syistä. Muissa tapauksissa lääkäri keskeytti, tutkijoiden tulkinnan mukaan, potilaan ongelmien kuvauksen asettumalla kysymysten esittäjäksi ja suuntaamalla siten keskustelun johonkin spesifiin vaivaan tai sen yksityiskohtiin. Frankelin ja Beckmanin näkemys on, että esimerkiksi potilaan puheen tulkintaa tarkistavat lääkärin vuorot keskeyttävät potilaan kuvauksen, koska ne useimmiten johtavat lääkärin suljettujen kysymysten sarjaan ja siirtymiseen potilaan esittämästä vaivan kuvauksesta suulliseen tutkimusvaiheeseen.

Myös Mishlerin mukaan (1984: 64–70) on yleistä, että potilaan kerrottua vastaanotolle tulonsa syyn lääkäri siirtää kysymyksillään potilaan ongelman käsittelyn medikaaliseen kehukseen ja jättää systemaattisesti potilaan näkökulman huomiotta. Mishlerin tulkinta on, että potilaan kertomus siitä, milloin oireet alkoivat, miten ne ovat muuttuneet ja miten ne vaikuttavat hänen arkielämäänsä, kuvastaa potilaan näkökulmaa ja osoittaa vaivan tai sairauden merkityksen potilaan arkielämän kontekstissa. Nämä potilaan näkökulmaan liittyvät aiheet ovat kuitenkin sellaisia, joita lääkäri ei useinkaan poimi tarkemmin käsiteltäviksi vaan suuntaa keskustelun kysymyksillään oireiden spesifiointiin tai potilaan medikaaliseen historiaan.

Edellä esittämäni Paino palleassa -esimerkki (ks. esimerkkiä 2' sivulla 363) on tulkittavissa tapaukseksi, joka tukee Frankelin, Beckmanin ja Mishlerin väitteitä. Lääkärin tarkistava kysymys rivillä 16 näyttää aloittavan siirtymää potilaan esittämästä vaivan kuvauksesta suulliseen tutkimusvaiheeseen. Lääkärin kysymys rivillä 23 päättää selkeästi keskustelun potilaan oireista ja niistä ongelmista, joita ne tämän arkielämässä aiheuttavat, sekä kohdistaa puheen spesifiin medikaaliseen topiikkiin. Tämä tulkinta osoittautuu kuitenkin yksipuoliseksi, jos analyysissa otetaan huomioon keskustelun sisällöllisen kulun lisäksi myös se, millainen toimintajakso katkelmassa on meneillään: mitä potilas tekee kuvatessaan vaivaansa ja lääkäri puolestaan vastaanottaessaan potilaan kuvausta ja aloittaessaan suullista tutkimusta.

Heritage (1995, 1996) sekä Heath (1992: 260–265) ovat kiinnittäneet huomiota siihen, että vastaanoton alku näyttää jäsentyvän toiminnaksi, jossa potilas ei ainoastaan kuvaa vaivaansa, vaan jossa sekä potilas että lääkäri orientoituvat siihen, että potilaan tehtävänä on myös osoittaa ongelmansa lääkärin konsultaatiota edellyttäväksi. Kun vastaanoton alkua tarkastelee tilanteena, jossa potilas myös pyrkii osoittamaan käyntinsä syyn adekvaatiksi, lääkärin toiminta kuvauksen vastaanottajana asettuu uudelleenlaiseen tulkintakehukseen: asettuminen kysymysten esittäjäksi ei välttämättä keskeytä potilaan puhetta, vaan se voi toimia myös lääkärin tarjoamana vahvistuksena siitä, että potilas on esittänyt hyväksytyyn syyn tulla vastaanotolle ja että vastuu ratkaisun etsimisestä on siirtynyt lääkärille.

Esimerkissä 2' potilaan esittämä kuvaus palleavaivasta rakentuu kolmiosaiseksi listaksi

(ks. Jefferson 1990) (osat on merkitty reunusviivoin). Kukin kuvauksen kolmesta osasta päättyy vaivan paikantavaan ilmaukseen (*mua painaa, (.) tähä.* (r. 3); *se on tää vasemman puoleine, (.) pallea tää rinta,* (r. 8); *täl puolel ei mitään °oo°.* (r. 12–13)). Viimeinen osa (r. 11–13) ei myöskään lisää kuvaukseen uutta tietoa vaan on merkitty vuoronalkuisella *että*-konjektorilla edellä sanottua kertaavaksi (ks. Raussi 1992).

2'. [38A1: 1-2] PAINO PALLEASSA

1 L: Mitäs kuuluu.

2 P: No nyt on >semmone vaiva ollu vissii kesästä lähtie< et
3 *mua painaa, (.) tähä.*

4 L: Joo;=

5 P: =.hh Ja h- niinku hengittäessäki mul o vaikeeta <kävelyssä>.
6 L: Sit siin [()]
7 P: [Se ei anna joskus] niinku yöllä nuk:kuukkaa,
8 se on tää vasemman puoleine, (.) pallea tää rinta,

9 (.)

10 L: Jo[≠ho]

11 P: [hhh] Et ku niinku siin ku kävelles tuntuu se et siin ois
12 niinku, (0.2) joku paino. Semmone tun- (.) täl puolel ei
13 mitään °oo°.

14 L: .h Joo;

15 P: Ni,

→ L: Ja kävelles se [sattuu,]

17 P: [Kävellessä] ja sitte samallai niinku

18 nukkuessa että,

19 (0.2)

20 L: Myöski yö[lä.]

21 P: [Joskus] on, (.) yölläki semmos[ta että,]

22 L: [Joo:.]

→ L: .nhh ≠Onks teillä (.) koskaan ollu semmosta k- ö: kaa-

24 mahakatarrityypistä vaivaa,

Lääkärin tarkistus rivillä 16 sijoittuu siis kohtaan, jossa potilas on implikoinut vaivan kuvauksensa päättyneeksi. Lisäksi lääkäri siirtyy kuuntelijan asemasta kysyjäksi sellaisella puheenvuorolla, joka tarjoaa potilaalle mahdollisuuden jatkaa meneillään olevaa toimintaa. Tarkistuksellaan lääkäri osoittaa tulkintansa potilaan esittämästä kuvauksesta sekä pyytää tätä joko vahvistamaan sen oikeaksi tai täsmentämään tai korjaamaan sitä. Näin lääkärin tarkistus varaa potilaalle tilan myös jatkaa vaivansa kuvausta.

Seuraavalla vuorolla (r. 17–18) potilas täydentääkin kuvaustaan lisäämällä, että kipu tuntuu myös nukkuessa. Lääkärin »kuitattua» tämän lisäyksen (r. 20) potilas vielä täsmentää yöllä tuntevan kivun olevan satunnaista (r. 21: *Joskus on, (.) yölläki semmosta*). Siten rivien 16–22 puheenvuorot voi nähdä implisiittisenä neuvotteluna siitä, onko potilaan esittämä vaivan kuvaus vielä kesken vai voiko sen jo päättää. Vasta tämän jälkeen lääkärin esittää selvän agendakysymyksen (r. 23), joka merkitsee toiminnallisen siirtymän vaivan kuvauksesta potilaan medikaalisen taustan kartoittamiseen. Samalla kysymys osoittaa poti-

laan kuvaaman vaiivan sellaiseksi, joka mahdollistaa kysymysagendan valitsemisen ja joka siis on luokiteltavissa johonkin tiettyyn medikaaliseen kategoriaan kuuluvaksi.

Meneillään olevan toiminnan näkökulmasta siis myös agendaan pohjaava ja keskustelun topikaalista jatkuvuutta rikkova lääkärin kysymys voi olla potilaan puheeseen ja toimintaan vastaava ja sen ennakoima puheenvuoro.

POTILAAN OIREKUVAUKSET OSANA MENEILLÄÄN OLEVAA TOIMINTAA

Edellä olen tarkastellut pääosin lääkärin kysymyksiä. Mutta kuten lääkärin kysymykset myös potilaan puhe esitetään ja tulkitaan suuntautuen meneillään olevaan toimintaan. Siten esimerkiksi potilaan maininta oireesta tai ongelmasta saa erilaisen merkityksen ja luo erilaisen odotuksen jatkosta sen mukaan, millaiseen kohtaan keskustelun kokonaisrakennetta ja millaisen paikallisemmin määrittyvän toimintajakson osaksi se sijoittuu.

Seuraavat kaksi katkelmaa ovat samalta vastaanotolta. Vastaanoton alussa lääkäri on ilmaissut oletuksensa, että potilas on tullut näyttämään aiemmin vaivannutta polveaan, mutta potilas on todennut käyntinsä syyksi kolesteroliarvojensa kontrollin. Ennen siirtymistä kolesteroliasiaan (r. 20–21) lääkäri kuitenkin kysyy polvivaivasta (r. 1).

3a. [21B2: 1-2] KOLESTEROLIASIA

- 1 L: No mites se polvi r- se rauhottu sitte ihan,
2 P: Juu, (.) mä oon tällä päässy ihan liikkuun, (0.3) onhan
3 sie semmosia kipeitä, (0.4) [semmosia (.) liivahduksia.=
4 L: [Joo:;,
5 L: =Niih.
6 P: Kun niinku tässä toisessaki.
7 L: [Joo,
8 P: [.hh Mutta jos se on tämmönen mä pärjään kyllä hyvin.
9 L: Justtiisa.Ei siihe sillä kannata sitä kortisonia alkaa
10 l[aittaa.
11 P: [E:i varmaankaa ku tää [rauhottu ihan,]
12 L: [Onko se, (.) tur]vonnu lisää.
13 P: ≠E:i, (.) tää ei, (.) iha laski se turvotus,
14 L: Joo.
15 (0.2)
16 P: [Ei se<
17 L: [No, (0.3) se oli sitte iha riittävä toimenpi[de.
18 P: [Juu, se
19 oli iha hyvä.
20 L: .hh Elikä se:, (0.3) mitenkä se Mevakor lääke ((=kolesterolia alentava lääke)) olikos teillä se vielä
21

Myöhemmin vastaanoton kuluessa potilas mainitsee polvivaivansa uudestaan (3b, r. 3–4). Lääkäri ja potilas ovat edellä puhuneet siitä, että potilaan viimeiset mitatut kolesterolija verenpaine arvot ovat erittäin hyviä, ja lääkärin kysymys rivillä 1 poimii esiin mahdollisen selityksen parantuneille arvoille.

3b. [21B2: 6-7] KOLESTEROLIASIA

- 1 L: Onko tullu liikuttua enemmän,=
 2 P: =Minä liikun kyllä paljon mutta nyt tää polvi on jonkin
 3 verran haitannu.
 4 (0.5)
 5 L: Nii [joo se tietysti rajoittaa se on luonnoll]ista.
 6 P: [Että me tehdään, (.) me tehdään kyllä pitkiä,]
 7 P: pitkiä lenkkejä kyllä, (0.2) ja mä oon mielelläni ollu
 8 [ulko]na,
 9 L: [Joo,]
 10 L: Kannattaa varmaan siinä vaiheessa jos toi polvi ärtyy
 11 niin, (0.4) että jos ei sillä tavalla, (0.6) kävelyä ni
 12 sitte vois vaikka pyöräillä.
 13 P: Nii, joo:,
 14 L: Et se ei siinä niin paljo rasittuis.
 15 P: Joo,
 16 (0.4)
 17 L: Katotaanpas mitä se verenpaine< pankaa vaikka tuohon

Vastaanoton alussa potilaan ja lääkärin neuvotellessa käynnin syystä, potilaan »ei ongelmia»-kuvaus (3a, r. 2–3, 6, 8) toimii merkkinä siitä, että hän on luokitellut polvivaivansa sellaiseksi, joka ei vaadi lääkärin hoitoa. Polvivaivan käsittely päättyykin yhteisesti sovittuun arvioon siitä, ettei polvi edellytä lääketieteellisiä toimenpiteitä (3a, r. 9–11, 17–19). Jälkimmäisessä katkelmassa potilas kuitenkin kuvaa polvivaivaa liikkumistaan rajoittavaksi eli jonkinlaiseksi ongelmaksi (3b, r. 2–3) — mutta nyt luonnehdinta polven kunnosta toimiikin selityksenä sille, että potilas on viime aikoina liikkunut vähemmän kuin tavallisesti. Tällä jälkimmäisellä kerralla lääkäri vastaanottaa maininnan polvivaivasta kannanotolla (r. 5), joka osoittaa sen hyväksymistä luonnolliseksi selitykseksi vähäisemmälle liikunnan harrastamiselle. Mutta samalla kannanotto ilmaisee myös lääkärin käsityksen siitä, että potilaan esille ottama asia on odotuksenmukainen eikä tuo lääkärille sellaista uutta tietoa, joka edellyttäisi vastaanoton alussa esitetyn diagnoosin muuttamista. Näin kannanotto toimii implisiittisenä vahvistuksena sille, ettei potilaan polvivaiva vaadi lääketieteellisiä hoitotoimenpiteitä.

Esimerkin 3b tulkintaan vaikuttaa siis se, että potilaan mainitsema polvivaiva on jo aiemmin diagnosoitu lääkärin hoitoa kaipaamattomaksi ja että diagnoosi on selvästi myös potilaan hyväksymä. Ilman tätä kontekstia katkelma olisi tulkittavissa esimerkkitapaukseksi siitä, miten potilas varsinaisen käynnin syyn lisäksi ottaa esille, paikallisen kontekstin motivoimana aiheena, myös toisen ongelmansa: polvivaivan, joka on aiempien käyntien perusteella lääkärin tuntema. Tällöin lääkärin kannanoton voisi nähdä keinoksi ohittaa potilaan mainitsema uusi vaiva. Lisäksi keskustelun rakentumiseen vaikuttaa tässä paikallinen konteksti, se että maininta polvivaivasta toimii potilaan vastaukseen kytkeytyvänä selityksenä. Tämä vähentää odotusta siitä, että lääkäri poimisi polvivaivan käsitteeseen itsenäisenä ongelmana (vrt. esimerkin 4 riveihin 16–20). Jakso päättyykin lääkärin esittämään neuvon (r. 10–12, 14), johon kyllä sisältyy implisiittinen polven hoito-ohje (polven rasittamista tulisi välttää), mutta samalla neuvo on kuitenkin laadittu myös liikunnan harrastamista suosittavaksi eli sopivaksi meneillään olevaan topiikkijaksoon, jossa käsiteltävänä ovat potilaan kolesteroliarvojen kannalta suotuisat elämäntavat.⁶

⁶ Katkelma 3b on analysoitu tutkimushankkeemme yhteisessä aineistopalaverissa, ja tässä esittämiini yksityiskohtiin ovat huomioni kiinnittäneet Anssi Peräkyliä, Soile Piippo, Johanna Ruusuvoori, Marja-Leena Sorjonen, Tuukka Tammi ja Timo Vottonen.

Mm. Frankel ja Beckman (1989: 88–91) ovat kritisoineet sitä, että lääkäri vastaanoton alussa keskittyy potilaan ensiksi mainitseman vaivan käsittelyyn. Tämä johtaa tutkijoiden mukaan siihen, ettei potilaalle jää tilaa kertoa muista mahdollisista ongelmistaan, jolloin myöskään lääkäri ei saa täydellistä kuvaa potilaan tarpeista eikä voi tehokkaasti käyttää vastaanottoaikaa kaikkein olennaisimpien asioiden käsittelyyn (ks. myös Birgegård 1993, Pelkonen 1994: 25–26). Tämän kritiikin tekee kuitenkin ongelmalliseksi se, että keskustelijat orientoituvat puheenvuoroja esittäessään ja tulkitessaan siihen, millaiseen kohtaan keskustelua vuoro sijoittuu. Vaivan tai ongelman esille ottaminen eri kohdissa vastaanottoa voi toimia myös potilaan keinona antaa ongelmalleen erilainen status. Kun potilas esittelee vaivan heti vastaanoton alussa, vaivan sijainti merkitsee sen yleensä lääkärille tulon syyksi. Siksi potilas ei välttämättä edes halua esittää kaikkia mielessään olevia ongelmia vastaanoton alussa, vaan hän voi lykätä jonkin asian esille ottamista merkitäkseen sen vähemmän tärkeäksi, sellaiseksi, joka ei ole varsinaisen lääkärillä käynnin arvoinen mutta johon potilas kuitenkin kaipaa asiantuntijan kannanottoa. Vaiva voidaan myös esitellä keskustelun paikallisesti motivoimana eikä ehkä lainkaan ennalta suunnitellusti esille otettavana asiana (vrt. Sacks 1992: 570–575).

Seuraavassa esimerkissä potilas on tullut vastaanotolle alhaisen verenpaineen takia. Keskustelun aiheena on potilasta vaivaava huimaus. Kun lääkäri kysyy, onko potilas koskaan pyörtynyt (r. 1), tälle tarjoutuu paikka kertoa edellisenä talvena sattuneesta kaatumisestaan ja kätensä murtumisesta (r. 6–12). Sen jälkeen potilas ottaa esille olkapäätään vaivaavan kivun (r. 16–18).

4. [25A3: 4-5] ALHAINEN VERENPAINEN

- 1 L: Oottek- (0.7) #o:# ootteks te koskaan pyörtyny, (.) sitten.
 2 (.)
 3 L: °Et olisko niin,°
 4 P: En:. hh
 5 L: Jo[o.
 6 P: [Mä en o pyörtyny mut mä luulen että viime, (0.4) viime,
 7 (.) talvena ne ensimmäiset lumet ku tuli sillo lokakuussa
 8 että, (.) .nff .mthh että tota:, (.) tää he- (0.2) oli se,
 9 (.) mikä heitti mut nurin.
 10 L: Nii:.
 11 P: Ja mul oli, (0.4) mul oli tota:, (0.6) tää ((osoittaa rannettaan)) kipsissä sitte [vallan ()]
 12 [Nii teil oli,] (.) ran[nemurtuma
 13 L: [Nii.
 14 P: [Nii.
 15 L: sitte.=
 16 P: =.h Ja sitte mä puhunki siitä ku tää m- ((osoittaa olkapäätään)) (0.8) olisko tässä tapahtunu täällä jotain
 17 sil[lon.=Ku tää ei parane ollenkaa.
 18
 19 L: [Mm:.
 20 L: .mt Nii:, .hh onks siinä särkyä vai eikö se (0.2) #e#

Potilas ottaa siis esille uuden vaivan mutta rakentaa topiikin esittelyn edeltävän keskustelun motivoimaksi. Kertomus lähes vuosi aiemmin sattuneesta kaatumisesta ja rannemurtumasta liittyy edelliseen lääkärin kysymykseen, koska se osoittaa puheena olevasta huimauksesta olleen vakavia seurauksia, vaikka potilas ei olekaan pyörtynyt. Mutta samalla kyseinen tapaturma on myös aihe, johon potilas voi liittää esille ottamansa uuden vaivan

— arvelemalla, että tapaturma on ehkä olkapääkivun syy (r. 17–18). Rakentaessaan näin uuden puheenaiheen esittelyn edeltävän topiikin varaan ja siten myös osin lääkärin edellisen kysymyksen (r. 1) motivoimaksi, potilas merkitsee esille ottamansa vaivan asiaksi, jonka meneillään oleva keskustelu on nostanut hänen mieleensä.

On tietenkin mahdollista, että potilas esittelee vastaanoton alussa useamman vaivan ja samalla nimeää jonkin niistä ensisijaiseksi ja muut vähemmän tärkeiksi (ks. esimerkkiä 5). Mutta myös tällöin lääkäri voi poimia käsittelyyn vain yhden mainitun ongelman. Toisaalta näyttää siltä, että vuorovaikutuksen kannalta yksi ongelmallinen rakenteellinen piirre vastaanottokeskustelussa on se, että potilaan muotoilema vaivan tai ongelman kuvaus sekä lääkärin diagnoosi tai hoito-ohje ovat yleensä melko kaukana toisistaan, koska niiden väliin sijoittuu suullinen ja usein myös fyysinen tutkimus. Tämän vuoksi potilaan kuvaama ongelma saattaa muuntua matkalla niin, ettei lääkärin tuottama ratkaisu olekaan vastaus potilaan alun perin muotoilemaan ongelmaan. Siten se, että potilas tuo keskusteluun vain yhden vaivan kerrallaan, on myös keino rajata selkeämmin sitä, millainen ja mihin vaivaan kytkeytyvä lääkärin esittämä diagnoosi tai hoito-ohje on.

POTILAAN VASTAUKSET RAKENTAMASSA MERKITYKSIÄ

Potilaskeskeisenä toimintana pidetään sitä, että potilas voi vastaanoton kuluessa kertoa mahdollisimman vapaasti omasta mielestään tärkeistä sairautta koskevista asioista. On ajateltu, että tilan antaminen potilaalle voi tapahtua muun muassa esittämällä jatkamiseen kehottavia palautteita ja välttämällä kysymysten esittämistä tai käyttämällä ainakin avoimia hakukysymyksiä. Näin myös potilaalla olisi enemmän mahdollisuuksia valita ja esitellä keskustelussa käsiteltäviä puheenaiheita. Varsinkin ns. suljetut joko/tai -kysymykset on nähty vuoroiksi, jotka selvästi rajoittavat potilaan puhetta varatessaan paikan vain joko kyllä- tai ei-vastaukselle. (Esim. Frankel ja Beckman 1989, Birgegård 1993, Pelkonen 1994.)

Kysymyksen rakenne ja sisältö eivät kuitenkaan yksin rajaa sitä, millainen vastaus on odotuksenmukainen. Kysymys tulkitaan suhteessa sekventiaaliseen kontekstiinsa, ja siten vastaus osoittaa esittäjänsä käsityksen siitä, miksi kysymys on esitetty kyseisessä kohdassa keskustelua (ks. Heritage 1984: 254–260; Sacks 1992: 561–569; Raevaara 1996). Esimerkissä 5 potilas kertoo tilanneensa ajan lääkärille jalkojensa takia mutta mainitsee myös flunssan vaivanneen.

5. [42B2: 2-3] MÄ TULIN JALOISTANI ETUPÄÄSSÄ

- 1 P: Mää tulin totanoin niinkun jaloistani etupäässä ny ku, .hh
 2 nuhakin on kyllä maḡdoton tullu mutta ei se, (0.2) ollu
 3 viel sillon ku mä oon lääkäriin tilannu,
 4 L: Anteeks mikä o.
 5 (1.0)
 6 P: Nuha [(tullu) KAUHEE mutta se] ei oo [ollu sillon ku
 7 L: [Nuha. Nii tää flunssa joo.] [Mm:,
 8 P: mä oon lääkäriin tilannu että tää on iha .hh
 9 L: Nii [juu.

▷

- 10 P: [jo eri juttu mutta, (0.4) [jalat kiusaa.
 11 L: [Joo:,
 12 (0.4)
 13 L: Joo:,
 14 (3.8) ((L tutkii potilaan papereita))
 15 L: Elikä tuota noin jalkavaiva.
 16 (.)
 17 P: Nii.
 18 L: Joo:,
 19 (1.0)
 → L: Mikäs: kohta se nyt oli.
 → P: Kun tota, (.) mul on kl- semmoset, (0.4) nii pahat jalat
 22 muutenki huonom(h)alliset vähä.=Tekovikaa niissä, hhh
 23 L: Joo[:,
 24 P: [Mää toissa hh syksynä jo tota: kävin kutomas mattoo
 25 tuola, (1.0) missä niitä nyt kudotaanki ja,
 26 L: Nii:,
 27 P: Ja mun tuli niin kauheen kipeeks tää o- oikee jalka ku
 28 vasemmalla ei, (0.4) ei tullu mitään polkemisesta ku se
 29 o muutenki jäykistetty ja, (0.4) ja ja hh tää tuli niin
 30 kipeeks ja se ei vaan, (0.2) ollenkan parane siitä.h
 31 (1.2)
 32 L: .mt Siis m:ikä osa.=Polvi.

Lääkäri poimii ensin käsiteltäväksi asiaksi potilaan jalkavaivan puheenvuorollaan, jonka hän esittää rivillä 15. Potilas ei kuitenkaan kerro vaivastaan enempää vaan tarjoaa vain topikaalistuksen hyväksyvän *nii*-vuoron (r. 17), vaikka lääkäri esittää sen jälkeen vielä jatkolle tilan varaavan *joo*-palautteen. Tauon jälkeen lääkäri esittää kysymyksen (r. 20), jonka imperfektimuoto sekä partikkeli *nyt* viittaavat siihen, että potilaan edeltävä toiminta on tulkittu merkiksi siitä, että tämä olettaa lääkärin jo ennalta tuntevan jalkavaivan. Tässä kohdassa potilas ei kuitenkaan vastaa suoraan lääkärin kysymykseen vaan alkaa kertoa jalkavaivastaan laajemmin (r. 21–). Tämä potilaan vastaus ilmaisee ensinnäkin sen, että lääkärin edeltävä kysymys on tulkittu merkiksi siitä, ettei tämä tunnekaan potilaan vaivaa. Lisäksi potilas näyttää vastausta laatiessaan suuntautuvan siihen oletukseen, että tällaisissa tilanteissa — joissa lääkäri ei siis tunne potilaan ongelmaa ennalta — potilaan tehtävänä on ennen spesifeihin kysymyksiin ja suulliseen tutkimukseen siirtymistä kuvata vaivaansa ja sen taustaa. Potilaan vastaus osoittaa siis orientoitumista pikemminkin siihen, millaisessa kohdassa keskustelua kysymys on esitetty, kuin siihen, millainen sen kirjaimellinen merkitys on.

Seuraavassa, jo tutussa Paino palleassa -esimerkissä lääkärin agendakysymys (r. 1–3) on rakenteeltaan suljettu joko/tai -kysymys. Potilas esittää ensin kysymyksen rakenteen ennakoiman vastauksen (r. 5: No ei mul o<) mutta jatkaa sen jälkeen vuoroaan. Tämä vastauksen laajentaminen osoittaa tulkinnan lääkärin agendasta, siitä että lääkäri on kysymyksellään aloittanut potilaan medikaalisen historian kartoittamisen ja haluaa tietoa sellaisista potilaan sairauksista, jotka mahdollisesti liittyvät nyt käsiteltävään vaivaan.

6. [38A1: 2] PAINO PALLEASSA

- L: .nhh ≠Onks teillä, (.) koskaan ollu semmosta k- ö: kaa-
 2 mahakatarrityypistä vaivaa,(.) työelämässä vallankin
 3 tai, (0.2) nyt sen jälkeen,

- 4 (0.2)
 → P: No ei mul o< m noi:, (.) sappikivethän mult on leikattu,
 6 (0.5)
 7 P: se oli, (0.5) jotai vissiin seitsemänk- (.) >sillon mä
 8 olin< (.) <töissä vielä>,

Lääkärin polaarista kysymystä voi tietenkin seurata myös pelkkä kyllä- tai ei-vastaus. Tällainen minimivastaus ei ole kuitenkaan yksin kysymyksen rakenteen rajaama, vaan se on lääkärin ja potilaan yhteisen toiminnan tulos. Artikkelin alussa esillä olleessa Kutina-esimerkissä on sarja lääkärin joko/tai -kysymyksiä, joita seuraa potilaan kyllä- tai ei-vastaus.

7. [2A2: 2] KUTINA

- 1 L: Joo, tuossahan on ollu juuri äskettäin tuo samanlainen
 2 tilanne,
 3 (1.1) ((L lukee P:n papereita))
 → L: >Kuukautiset säännölliset<,
 → P: On joo:.
 6 (11.5) ((L lukee P:n papereita))
 → L: Onko synnytyksiä.
 → P: Ei: o.
 9 (7.0) ((L lukee P:n papereita))
 10 L: °No joo°.
 11 (0.3)
 → L: .hh Mites< oliko teillä suvussa sokeritautia.
 13 (.)
 → P: Ei oo esiintyny semmostakaa.
 15 (7.0) ((L lukee P:n papereita))
 16 L: Koska m: on, (.) tarkoitus s seuraavan kerran mennä, (0.5)
 17 papakokeeseen.

Rivien 5, 8 ja 14 vastausten muotoon ei vaikuta ainoastaan lääkärin kysymysten polaariisuus. Lääkärin vuoroissa on yksityiskohtia, jotka merkitsevät ne taustatietoja kartoittaviksi rutiinikysymyksiksi. Rivien 4 ja 7 kysymykset ovat rakenteeltaan pelkistyneitä: kummassakaan ei ole vastaanottajaan viittaavaa pronominia, eikä rivin 4 kysymyksessä myöskään predikaattia. Lisäksi lääkärin katse on kysymyssarjan esittämisen aikana suunnattu potilaan papereihin, mikä näyttää olevan keino merkitä kysymys vähemmän tärkeäksi. Se, että potilas puolestaan tarjoaa näihin kysymyksiin vain kyllä- tai ei-vastauksen, vaikka pitkät tauot vastausten jälkeen (r. 6, 9, 15) ovatkin osoitus hänelle tarjotusta mahdollisuudesta jatkaa, merkitsee meneillään olevan toiminnan myös potilaan taholta rutiinimaisten asioiden kartoittamiseksi. Siten potilaskin rakentaa väistämättä vastauksillaan niitä merkityksiä, joita kukin puheenaihe keskustelussa saa.

LOPUKSI

Kysymyksen esittäminen synnyttää selkeän odotuksen juuri tietyntyypisistä seuraavasta vuorosta, kun taas vastaus rajaa huomattavasti väljemmin sitä, millainen on relevantti seuraava vuoro (Sacks 1992: 521–560; Schegloff ja Sacks 1973, Goodwin ja Heritage

▷

1990). Se, että kysyminen on vastaanottotilanteessa pääosin lääkärin ja vastaaminen potilaan toimintaa, asettaa siis osanottajat erilaiseen asemaan suhteessa siihen, millaisia keskustelun sekventiaalisuuden synnyttämiä rajoituksia heidän puhetoimintaansa kohdistuu (ks. myös Peräkylä 1996). Lääkärin toimintaan kohdistuvia rajoituksia väljentää lisäksi se, ettei hänen kysymystensä oleteta kytkeytyvän edeltävien puheenvuorojen aktivoimaan tai muusta syystä keskustelijoiden yhteisessä maaperässä prominenttiin aiheeseen kuten arkikeskustelussa (ks. Raevaara 1993: 50–53). Lääkäri voi tunnusmerkittävästi, ilman implisiittisiä tai eksplisiittisiä selityksiä laatia kysymyksensä myös medikaaliseen tietämykseensä pohjaavaksi, johon potilaalla ei ole välttämättä pääsyä. Tästä huolimatta potilas vastaanottaa lääkärin vuorot edeltävän keskustelun ja institutionaalisen tilanteen luomassa kontekstissa ja pyrkii tulkitsemaan ne suhteessa siihen. Siten se konteksti, johon lääkärin kysymykset sijoittuvat, rakentuu ja tulee ainakin implisiittisesti näkyväksi myös potilaan vastausten kautta. Näin keskustelu ja sen merkitykset konstituoituvat lääkärin ja potilaan yhteistyönä.

Tässä artikkelissa olen pyrkinyt nostamaan esiin joitakin metodisia näkökulmia siihen, miten lääkärin kysymysten ja potilaan vastausten analysoiminen osana meneillään olevaa toimintajaksoa vaikuttaa tulkintaan siitä, mitä lääkäri ja potilas puheenvuoroillaan tekevät. Tavoitteenani on ollut kuvata lääkärin ja potilaan asemaa ja roolia keskustelussa kunkinhetkiseen toimintaan suhteutuvana ja sen kautta toteutuvana ilmiönä. Olen tarkastellut lääkärin ja potilaan keskustelua prosessina, joka rakentuu osanottajien yhteistyössä ja joka siten tarjoaa mahdollisuuden sopia ja neuvotella myös yhteisistä merkityksistä. Lääkärin vastaanottotilanteessa lääkärillä ja potilaalla on ainakin periaatteessa sama tavoite: löytää ratkaisu potilaan ongelmaan. Tässä suhteessa vastaanoton suullinen tutkimus eroaa sellaisista ammattilaisen kysymysten ja maallikon vastausten varaan rakentuvista institutionaalisisista tilanteista kuin esimerkiksi kuulustelu oikeudenistunnossa tai työhönottohaastattelu, tai toisaalta vaikkapa poliittisesta televisiohaastattelusta. Ainakaan tutkimuksen tässä vaiheessa ei voi olettaa, että erilaisiin toiminnan rajoituksiin ja erilaiseen tietämykseen liittyvä epäsymmetria johtaisi väistämättä vuorovaikutuksellisiin ristiriitoihin lääkärin ja potilaan keskustelussa. Pikemminkin tuntuu todennäköiseltä, että ristiriidat lääkärin ja potilaan tavoitteissa tai pyrkimyksissä tulevat esille implisiittisesti ja paikallisesti, sen sijaan että ne jäsentäisivät keskustelun kulkua systemaattisesti ja läpikäyvästi.

Tutkimukset, joissa on nostettu esiin lääkärin ja potilaan välisen vuorovaikutuksen epäsymmetrisyys ja lääkärikeskeisyys, ovat vaikuttaneet siihen, että vastaanottotilanteen epäkohtiin on alettu aiheellisesti kiinnittää huomiota julkisuudessa, käytännön työssä sekä lääkärikoulutuksessa. Liian aikaisten yleistysten välttämiseksi on kuitenkin tärkeää kohdistaa huomio myös siihen, miten lääkäri ja potilas rakentavat keskustelua yhdessä ja miten potilaskin omilla puheenvuoroillaan konstituoi vastaanottotilannetta osoittaen käsityksiään ja odotuksiaan vastaanoton käytänteistä. Kartoittamalla lääkärin ja potilaan yhteistä aluetta on mahdollista saada tarkempi kuva myös siitä, millaisissa tilanteissa lääkärin ja potilaan toimintaa jäsentävät toisistaan poikkeavat odotukset, normit tai tavoitteet ja millaisiin vuorovaikutuksen rakenteisiin ja yksityiskohtiin ristiriidat kytkeytyvät (ks. myös Maynard 1991: 454–458; Heath 1992: 260–265).

LITTEROINTIMERKIT

.	laskeva intonaatio
,	tasainen intonaatio
≠	sana lausuttu ympäristöä korkeammalta
∅	sana lausuttu ympäristöä matalammalta
–	alleviivattu tavu painotettu (esim. <u>t</u> ulee)
(.)	mikrotauko (0.1 sekuntia)
(0.7)	pitempi tauko ja sen pituus
=	kaksi puhunnosta liittyy toisiinsa tauotta
[]	päällekkäispuhunnan alku/loppu
.hh	sisäänhengitys
hh	uloshengitys
> <	nopeutettu jakso
< >	hidastettu jakso
◦ ◦	muuta puhetta hiljaisempi jakso
# #	nariseva ääni
-	kesken jäänyt sana (esim. sii- siinä)
<	katko sanan lopussa (esim. et<)
:	venytetty äänne (esim. no:)
£ £	nauravalla äänellä lausuttu jakso
(h)	naurua sanan sisällä (esim. o(h)n v(h)ai)
(tai)	epävarmasti kuultu jakso
()	sana tai jakso, josta ei ole saatu selvää
(())	kaksoissulkeiden sisällä litteroijan kommentit

LÄHTEET

- BARROWS, HOWARD – TAMBLYN, ROBIN 1980: Problem-based learning. An approach to medical education. Springer Publishing Company, New York.
- BIRGEGÅRD, GUNNAR 1993: Vastaanotto työvälteenä. – *Therapia* 8 s. 11–17.
- BYRNE, P. S. – LONG, B. E. L. 1976: Doctors talking to patients: A study of the verbal behaviours of doctors in the consultations. HMSO, London.
- DREW, PAUL 1991: Asymmetries of knowledge in conversational interactions. – Ivana Marková & Klaus Foppa (toim.), *Asymmetries in dialogue* s. 21–48. Harvester Wheatsheaf, Hertfordshire.
- DREW, PAUL – HERITAGE, JOHN (toim.) 1992a: *Talk at work*. Cambridge University Press, Cambridge.
- 1992b: *Analyzing talk at work: an introduction*. – Paul Drew & John Heritage (toim.), *Talk at work* s. 3–65.
- FISHER, SUE 1984: Institutional authority and the structure of discourse. – *Discourse Processes* 7 s. 201–224.
- FRANKEL, RICHARD 1990: Talking in interviews: A dispreference for patient-initiated questions in physician-patient encounters. – George Psathas (toim.), *Interaction com-*

- petence. *Studies in ethnomethodology and conversation analysis* No.1 s. 231–262. University Press of America, Washington.
- FRANKEL, RICHARD – BECKMAN, HOWARD 1984: The effect of physician behavior on the collection of data. – *Annals of International Medicine* 101 s. 692–696.
- 1989: Evaluating the patient's primary problem(s). – Moira Steward & Debra Roter (toim.), *Communicating with medical patients* s. 86–98. Sage Publications, Inc. Newbury Park.
- GOODWIN, CHARLES – GOODWIN, MARJORIE HARNESS 1990: Context, activity and participation. – Peter Auer & Aldo di Luzio (toim.), *The contextualization of language* s. 77–99. Benjamins, Amsterdam.
- 1992: Assessments and the construction of context. – Alessandro Duranti & Charles Goodwin (toim.), *Rethinking context: language as an interactive phenomenon* s. 147–89. Cambridge University Press, Cambridge.
- GOODWIN, CHARLES – HERITAGE, JOHN 1990: Conversation analysis. – *Annual Review of Anthropology* 19 s. 283–307.
- HAVE, PAUL ten 1989: The consultation as a genre. – Brian Torode (toim.), *Text and talk as social practice* s. 115–133. Discourse difference and division in speech and writing. Foris Publications, Dordrecht.
- 1991: Talk and Institution: A reconsideration of the »asymmetry» of doctor-patient interaction. – Deidre Boden & Don H. Zimmerman (toim.), *Talk and social structure. Studies in ethnomethodology and conversation analysis* s. 138–163. Polity Press, Cambridge.
- HEATH, CHRISTIAN 1992: The delivery and reception of diagnosis in the general practice consultation. – Paul Drew & John Heritage (toim.), *Talk at work* s. 235–267.
- HERITAGE, JOHN 1984: Garfinkel and ethnomethodology. Polity Press, Cambridge.
- 1995: Doctor-patient interaction: Patient problem presentation. *Tutkijakurssi »Research on institutional interaction»*, Suitia 10.8.1995. (Julkaisematon luento.)
- 1996: Negotiating activities in the doctor-patient encounter: Giving the reason for the visit. 11th World Congress of Applied Linguistics, Jyväskylä 8.8.1996. (Julkaisematon esitelmä.)
- HERITAGE, JOHN – GREATBACH, DAVIS 1991: On the institutional character of institutional talk: The case of news interviews. – Deidre Boden & Don H. Zimmerman (toim.), *Talk and social structure. Studies in ethnomethodology and conversation analysis* s. 93–137. Polity Press, Cambridge.
- HERITAGE, JOHN – ROTH, DAVID 1995: Grammar and institution: questions and questioning in broadcast media. – *Research on Language and Social Interaction* 28 s. 1–60.
- JEFFERSON, GAIL 1990: List-construction as a task and resource. – George Psathas (toim.), *Interactional competence. Studies in ethnomethodology and conversation analysis* No.1 s. 63–92. University Press of America, Washington.
- MAYNARD, DOUGLAS 1991: Interaction and asymmetry in clinical discourse. – *American Journal of Sociology* 92/2 s. 448–495.
- MISHLER, ELLIOT 1984: *The discourse of medicine: Dialectics of medical interviews*. Ablex, Norwood, N.J.
- MELANDER MARTTALA, ULLA 1995: *Innehåll och perspective i samtal mellan läkare och patient. En språklig och samtalsanalytisk undersökning*. Skrifter utgivna av Insti-

- tutionen för nordiska språk vid Uppsala universitet 39.
- MUSTAJOKI, PERTTI – PELKONEN, RISTO – SANE, TIMO (toim.) 1994: Potilaan tutkiminen. Duodecim, Helsinki.
- PASTERNAK, AMOS 1994: Anamneesi. – Pertti Mustajoki, Risto Pelkonen & Timo Sane (toim.), Potilaan tutkiminen s. 21–35.
- PELKONEN, RISTO 1994: Lääkäri ja potilas. – Pertti Mustajoki, Risto Pelkonen & Timo Sane (toim.), Potilaan tutkiminen s. 9–20.
- PERÄKYLÄ, ANSSI 1996: Vuorovaikutus, valta ja instituutiot. – Sosiologia 2/1996 s. 89–102.
- PERÄKYLÄ, ANSSI – RAEVAARA, LIISA – SORJONEN, MARJA-LEENA – VOTTONEN, TIMO 1994: Moral and medical constitution of patients' lifestyle in Finnish primary health care. World Congress of Sociology. Bielefeld, Saksa, heinäkuu 1994. (Julkaisematon esitelmä.)
- RAEVAARA, LIISA 1993: Kysyminen toimintana. Kysymys–vastaus -vieruspareista arkikeskustelussa. Lisensiaatintyö. Helsingin yliopiston suomen kielen laitos.
- 1996: Kysymyksen paikka ja tulkinta. – Auli Hakulinen (toim.), Suomalaisen keskustelun keinoja II s. 23–46. Kieli 10. Helsingin yliopiston suomen kielen laitos, Helsinki.
- RAUSSI, ANNE 1992: *Et(tä)*-partikkelilla alkavat lausumat keskustelussa. Pro gradu -työ. Helsingin yliopiston suomen kielen laitos.
- SACKS, HARVEY 1972: On the analysability of stories by children. – John Gumperz & Dell Hymes (toim.), Directions in sociolinguistics: The ethnography of communication s. 329–345. Holt, Rinehart and Winston, New York.
- 1987: On the preference for agreement and contiguity in conversation. – Graham Button & John R. Lee (toim.), Talk and social organisation s. 54–69. Multilingual Matters, Clevedon.
- 1992: Lectures on conversation 2. Toimittanut Gail Jefferson. Blackwell, Oxford.
- SCHEGLOFF, EMANUEL 1984: On some questions and ambiguities in conversation. – Maxwell J. Atkinson & John Heritage (toim.), Structures of social action: Studies in conversation analysis s. 28–52. Cambridge University Press, Cambridge.
- 1990: On the organization of sequences as a source of »coherence» in talk-in-interaction. – Bruce Dorval (toim.), Conversational organization and its development s. 51–77. Ablex, Norwood, New Jersey.
- 1993: Reflections on quantification in the study of conversation. – Research on Language and Social Interaction 26 s. 99–128.
- SCHEGLOFF, EMANUEL – SACKS, HARVEY 1973: Opening up closings. – Semiotica 7 s. 289–327.
- WEST, CANDACE 1983: »Ask me no questions...». An analysis of queries and replies in physician-patient dialogues. – Sue Fisher & Alexandra Todd (toim.), The social organization of doctor-patient communication s. 75–105. Centre for Applied Linguistic, Washington DC.

INITIATING AND FOLLOWING UP TOPICS IN DOCTOR-PATIENT INTERACTION

Research on doctor-patient interaction has paid attention to the fact that medical interviews are mainly based on questions asked by the doctor and the patient's responses to these questions. As the one doing the asking, the doctor can initiate new topics of discussion and control the kinds of topics that are discussed in the interaction; the potential for patients to initiate new topics is restricted. Research to date has focused mainly on topic construction in these interviews: researchers have looked at whether it is the doctor or the patient who initiates a new topic, what kinds of topics are introduced and to what extent the doctor interrupts, ignores or follows up a topic introduced by the patient.

This article looks at how topics are introduced and followed up in a medical interview from the point of view of the ongoing activity — in terms of both the global structure of the interview and locally defined activity sequences. Talk — whether it is the doctor's or the patient's — is given a different meaning and provokes a different response depending on the kind of activity sequence in which it occurs. This article analyses doctor-patient interaction as a process that is collaboratively constructed and investigates the status and role of both doctor and patient in terms of the ongoing activity. There is also some discussion of cut-and-dried classifications of activity types as being either doctor-centred or patient-centred. The data is from videotapes of medical interviews recorded at a Finnish medical centre. The research method used in the analysis of the data is ethnomethodological conversation analysis. ■

Kirjoittajan osoite (address):

Suomen kielen laitos, PL 25 (Franzeninkatu 13),

00014 Helsingin yliopisto

Sähköposti: *Liisa.Raevaara@helsinki.fi*