



*Direktiivit suomea toisena kielenä puhuvien
sairaanhoitajaopiskelijoiden simuloituissa
vastaanottotilanteissa*

Katri Schroderus
Maisterintutkielma
Suomen kielen ja
suomalais-ugrialaisten
kielten ja kulttuurien
maisteriohjelma
Suomen kieli
Humanistinen tiedekunta
Helsingin yliopisto
Elokuu 2022

Tiedekunta – Fakultet – Faculty Humanistinen tiedekunta		Koulutusohjelma – Utbildningsprogram – Degree Programme Suomen kielen ja suomalais-ugrialaisten kielten ja kulttuurien maisteriohjelma	
Opintosuunta – Studieriktning – Study Track Suomen kieli			
Tekijä – Författare – Author Katri Schroderus			
Työn nimi – Arbetets titel – Title Direktiivit suomea toisena kielenä puhuvien sairaanhoitajaopiskelijoiden simuloituissa vastaanottotilanteissa			
Työn laji – Arbetets art – Level Maisterintutkielma	Aika – Datum – Month and year Elokuu 2022	Sivumäärä– Sidoantal – Number of pages 88 s. + 2 liitesivua	
Tiivistelmä – Referat – Abstract			
<p>Tämän tutkimuksen aiheena ovat suomea toisena kielenä puhuvien sairaanhoitajaopiskelijoiden käyttämät direktiivit eli ohjailevat ilmaisut. Tutkimuksessa tarkastellaan, millaisia erilaisia direktiivisiä ilmaisuja suomea toisena kielenä puhuvat sairaanhoitajaopiskelijat käyttävät sairaanhoitajan vastaanotolla. Tutkimusaineisto koostuu videoituista simulaatiotilanteista, jotka on kerätty <i>Hoida simuloitujen suomeksi</i> -hankkeessa (HoitoSISU). Aineisto kerättiin osana englanninkielisen sairaanhoitajakoulutusohjelman täydentävää opintojaksoa, jolla tavoitteena on ollut B1.2-tason kielitaito. Sekä sairaanhoitaja että potilaita (ja joissain simulaatioissa myös potilaan omaisia) näyttävät saman kurssin opiskelijat. Direktiivien analysointi keskittyy nimenomaan "sairanhoitajan" direktiiveihin, ja analyysin lähtökohtana olivat kielelliset direktiivit.</p> <p>Tutkimustuloksina havaittiin, että direktiivien muodon valintaan liittyy keskeisesti toiminnan luonne. Sairanhoitajaopiskelijat kykenevät monin tavoin mukauttamaan direktiivisten ilmausten syntaktista muotoa sopivaksi niihin tarpeisiin, joita vastaanoton eri vaiheissa on. Kun sairaanhoitajaopiskelija esittää tilanteessa sairaanhoitajana välittömiä toimintapyyntöjä, ne käsitellään vuorovaikutuksessa ongelmattomina. Tällaiset toimintapyyntöjä liittyvät tyypillisesti rutiininomaisiin tilanteisiin, kuten vastaanoton avaukseen tai vitaalien mittaussekvenssiin. Samalla simulaation sairaanhoitaja asemoituu tilanteessa auktoriteetiksi, jolla on deonttinen oikeus käskää potilasta. Elämäntapoihin liittyvistä muutoksista keskusteltaessa sairaanhoitajan rooli on joustavampi, ja hän pyrkii suhteuttamaan direktiivit potilaan kertomukseen. Sairanhoitaja myös esimerkiksi pehmentää direktiivejä eri tavoin, mikäli potilasta näyttävä sairaanhoitajaopiskelija ei osoita riittävää sitoutumista muutokseen. Sairanhoitajaa esittävät sairaanhoitajaopiskelijat asemoivat itsensä ajoittain suostuttelevaan asemaan. Omaisen läsnäolo vastaanotolla muuttaa tilanteen osallistumiskehikkoa ja aineiston esimerkkitapauksissa tuo tilanteeseen episteemisen konfliktin, jonka sairaanhoitaja pyrkii ratkaisemaan.</p> <p>HoitoSISU-hankkeen aikana on kehitetty CLIL-menetelmää (Content and Language Integrated Learning) soveltava sairaanhoitajakoulutuksen simulaatiopedagogiikan malli. Jatkotutkimuksen aiheena voisi olla hyödyllistä tutkia mallin vaikuttavuutta ja sen jatkokehitystarpeita. Covid19-pandemia on siivittänyt erilaisten digitaalisten simulaatioiden kehittämistä. Kielen oppimisen näkökulmasta simulaatiopedagogiikka mahdollistaa kielen tilanteisen käytön harjoittelun (ainakin osittain) uusissa ja ennakoimattomissa tilanteissa. Jatkotutkimuksissa olisi hyödyllistä tutkia suomi toisena kielenä -vuorovaikutuksen rakentumista simulaatioiden ohella myös uusissa digitaalisissa ympäristöissä.</p>			
Avainsanat – Nyckelord – Keywords direktiivi, potilasohjaus, simulaatio, suomi toisena kielenä, sairaanhoitajakoulutus, keskusteluanalyysi			
Säilytyspaikka – Förvaringställe – Where deposited Helsingin yliopisto, keskustakampuksen Kaisa-kirjasto			
Muita tietoja – Övriga uppgifter – Additional information			

Sisällys

1	Johdanto	1
1.1	Tutkimuskysymys ja -tavoitteet	2
1.2	Tutkimusaineisto	3
2	Menetelmä ja teoreettinen viitekehys	4
2.1	Keskustelunanalyysi menetelmänä	5
2.2	Institutionaalinen vuorovaikutus ja vuorovaikutus vastaanotolla	8
2.3	Direktiivit vuorovaikutuksen resurssina vastaanotolla	11
2.4	Toisen kielen näkökulma: kielitaito ja direktiivit L2-kontekstissa	16
2.5	Simulaatio opetusmenetelmänä ja simulaatioaineiston erityispiirteet	23
3	Direktiiviset ilmaukset S2-sairaanhoitajaopiskelijan resurssina	30
3.1	Vastaanottotilanteen avaus ja potilaan tunnistaminen: <i>Istu</i>	30
3.2	Vitaalielintoimintojen mittaus: <i>Noni ensin minä otan niinku vitaalit</i>	35
3.3	Demonstraatio ja lääkeneuvonta: <i>Hengitä kaikki sinne sisään</i>	44
3.4	Elämäntapoihin liittyvät ohjaus: <i>Tätä meidän todennäkösesti pitäis lopettaa nyt</i>	52
3.5	Omainen mukana vastaanotolla: <i>Katso mitä sinun vaimo sanoo</i>	60
3.6	Vastaanottotilanteen päättäminen: <i>Jos ei oo muita kysyttävää -- voit lähteä</i>	68
3.7	Direktiivit toisen kielen käytön ja oppimisen näkökulmasta	70
3.8	Yhteenveto ja johtopäätökset	74
4	Pohdinta ja jatkotutkimusideat	78
	Lähteet	81
	Liite 1: Keskustelunanalyttiset puheen litterointimerkit	89
	Liite 2: Multimodaaliset litterointimerkit	90

1 Johdanto

Sairaanhoitajan vastaanotolla on (institutionaaliselle tilanteelle usein tyypilliset) selkeät roolit (Raevaara, Ruusuvuori & Haakana 2001, 13–14). Kun menet sairaanhoitajan vastaanotolle, sinun ei asiakkaana tarvitse huolehtia esimerkiksi tilanteen aloituksesta tai lopetuksesta: vastuu tilanteen eteenpäin viemisestä on sairaanhoitajalla. Osaat yleensä myös odottaa, että sairaanhoitaja antaa sinulle neuvoja terveyden ylläpitämiseen ja sairauden hoitoon liittyen. Joskus ohjaus pitää sisällään myös kieltoja ja rajoituksia.

Sairaanhoitajan näkökulmasta vastaanottotilanteen eteenpäin viemisessä, mutta myös erityisesti potilaanohjauksessa ja -neuvonnassa, keskeinen kielellinen resurssi ovat erilaiset direktiiviset, ohjailevat ilmaiset. Direktiivisten ilmausten, direktiivien, avulla ilmaistaan ”velvoitus-tahtoa” eli puhujan tahtoa siitä, että keskustelun toinen osapuoli toimisi puhujan haluamalla tavalla (Lauranto 2013a, 166; Larjavaara 2007, 497). Lauranto (2013b, 188) jakaa direktiivisyyden kahteen lajiin: kieliopillistuneeseen ja tilanteiseen direktiivisyyteen. Kieliopillistuneista direktiivisyyden lajeista prototyypisenä suomen kielessä pidetään imperatiivimodusta (*Istu alas. Tulkaa tänne!*) (ISK § 1645). Tilanteesta riippuen direktiivistä merkitystä voi kantaa kuitenkin esimerkiksi suuntaa ilmaiseva adverbti (*Ylös!*) (ISK § 1676) tai substantiivilauseke (*Pieni kahvi.*) (ISK § 1677). Myös esimerkiksi velvollisuuden merkitystä kantava modaaliverbi voi saada kehotuksen tai käskyn funktion (*Sä voit istua tuohon.*) (ISK § 1554). Tämän tutkimuksen tavoitteena on kuvailla, millaisia direktiivisten ilmausten resursseja suomea toisena kielenä opiskelevilla sairaanhoitajaopiskelijoilla on käytössään simuloituissa vastaanottotilanteissa.

Tämän tutkimuksen aineisto koostuu videoiduista sairaanhoitajan vastaanoton simulaatioista, joissa sairaanhoitajaopiskelijat näyttelevät sekä sairaanhoitajia että potilaita, muutamissa tilanteissa myös omaisia. Aineistoon tutustuessani huomioni kiinnittyi siihen, ettei direktiivisten ilmausten käyttö ollut samanlaista kaikissa tilanteissa. Suurin osa direktiiveistä, joita ”sairaanhoitaja” käytti vastaanottotilanteen eri vaiheissa, oli ongelmattomia eikä käskyä tai pyyntöä kyseenalaistettu. Kuitenkaan elämäntapaneuvoja ”potilas” ei useinkaan hyväksynyt ilman neuvottelua: monissa simulaatioissa potilas esitti (kuvatun sairauden hoidon kannalta epäodotuksenmukaisesti), ettei aio noudattaa neuvoa tai ole sitoutunut muuttamaan toimintatapojaan. Tällöin sairaanhoitajaopiskelija joutui ratkaisemaan, pyrkiäkö suostuttelemaan potilasta vai ohittaako tilanne. Lain mukaan potilaalla on (tietyin poikkeuksin) itsemääräämisoikeuden perusteella oikeus kieltäytyä hoidosta. Potilaalla on oikeus tehdä myös päätöksiä, jotka voivat vahin-

goittaa hänen terveyttään. (Valvira 2018.) Sairaanhoidajan näkökulmasta erityisesti vastahakoinen tai hoitoa vastustavan potilaan kanssa neuvottelu vaatii monipuolisia vuorovaikutustaitoja: direktiivisyyden ilmaiseminen tilanteeseen sopivalla tavalla edellyttää monipuolisia kielellisiä resursseja. Haastetta lisää, jos neuvottelu tapahtuu toisella kielellä. Tutkimuksessa tarkastellaankin, millaisia eroja ohjailevien lausumien rakentumisessa on simuloidun vastaanoton eri vaiheissa. Suomea toisena kielenä puhuvien sairaanhoitajaopiskelijoiden direktiivien käyttöä simuloitujen vastaanottotilanteiden vuorovaikutuksessa ei ole tutkittu aiemmin.

Simulaatio on pedagogiselta kannalta oppimisympäristö, joka rakennettu vastaamaan todellisuutta (Jokela, Makkonen & Mikkola 2020, 57–58; Kuparinen 2021.) Tässä tutkimuksessa tutkimusaineistona on simulaatioharjoituksia, jotka on kerätty Laurea-ammattikorkeakoulun *Hoida simuloiden suomeksi* -kehittämishankkeessa (HoitoSISU, 2019–2021). Simulaatioharjoituksissa englanninkielisessä koulutusohjelmassa opiskelevat sairaanhoitajaopiskelijat harjoittelevat erilaisia hoitotyön vuorovaikutustilanteita suomeksi. HoitoSISU-hankkeen tavoitteena on ollut kehittää sairaanhoitajakoulutuksen simulaatiopedagogiikkaa: sen pohjalta on kehitetty koulutusmalli, joka valmentaa suomea toisena kielenä puhuvia terveysalan opiskelijoita harjoitteluun ja työelämään (Kuparinen 2021). Aineistoa kuvaillaan tarkemmin luvussa 1.2.

1.1 Tutkimuskysymys ja -tavoitteet

Tutkimuskysymykseni on: Millaisia direktiivisten ilmaisujen keinoja suomea toisena kielenä puhuvat sairaanhoitajaopiskelijat käyttävät vastaanottotilanteiden simulaatioissa? Tavoitteena on siis kuvailla, millaisia direktiivisten ilmaisujen resursseja suomea toisena kielenä puhuvilla sairaanhoitajaopiskelijoilla on käytössään sairaanhoidajan vastaanoton simulaatioissa. Tutkimus on rajattu koskemaan sellaisia vastaanottotilanteita, joissa vuorovaikutus tapahtuu sairaanhoidajan ja potilaan välillä. Niiden lisäksi analysoidaan myös kahta simulaatitilannetta, joissa vuorovaikutukseen osallistuu potilaan lisäksi hänen omaisensa. Muun muassa sairaanhoidajan ja lääkärin välinen vuorovaikutus rajautuu tämän tutkimuksen ulkopuolelle.

Tutkimus pyrkii tuottamaan lisätietoa direktiivisistä ilmauksista institutionaalisessa suomi toisena kielenä -vuorovaikutuksessa. Lisäksi tutkielman tavoitteena on tuottaa tutkimustietoa suomea toisena kielenä puhuvien sairaanhoidajien koulutuksen kehittämisen tueksi.

1.2 Tutkimusaineisto

Tutkimusaineisto koostuu 13 videoidusta sairaanhoitajan vastaanoton simulaatiosta. Kuten aiempina kuvattiin, simulaatioaineisto on kerätty Laurea-ammattikorkeakoulun *Hoida simuloiden suomeksi* -kehittämishankkeessa (HoitoSISU, 2019–2021), jossa kehitettiin uusi koulutusmalli simulaatiopedagogiikan tueksi. Hankkeen vastuupettaja Kristiina Kuparinen kuvaa prosessia seuraavasti (Kuparinen 2021):

“Mahdollista mallia muovattiin kahden erilaisen toteutuksen avulla: ensimmäisessä pilotissa sisällöt valikoitiin opintojen vaiheen ja harjoittelun tavoitteiden mukaisesti. Toisessa kokeilussa sisällöt kulkivat vielä tarkemmin rinnakkain tutkinto-opintojen sisältöjen ja ajoituksen kanssa, jotta opiskelijalle syntyisi käsiteltävästä teemasta eheä kokonaiskuva. Opiskelija siis osallistui viikoittain perusopinnoissaan englanninkieliseen opetukseen, jonka rinnalle oli rakennettu Boost-kurssin aktivoiva suomenkielinen hoitotyön luento ja S2-työpaja, jotka valmensivat jokaisen kurssi- viikon päättävään simulaatioon; näin teemaa tarkasteltiin eri keinoin ja erilaisen asiantuntemuksen näkökulmista. Opintojaksoon kuului seitsemän teemaviikkoa, jonka jälkeen opiskelijat siirtyivät pääosin kolmanteen tai toiseen harjoitteluunsa. Harjoittelun aikana opiskelijat saivat intensiivistä tukea hoitotyön lehtoreilta. Lisäksi he sovelsivat kurssilla harjoiteltuja ohjaamisen taitoja ja kokosivat jaettuun dokumenttiin harjoittelupaikkojensa sanastoa, sen selityksiä ja käyttötapoja. Harjoittelun päätyttyä järjestettiin vielä arvioitavat simulaatiot, joissa opiskelijat pääsivät näyttämään osaamistaan jo tutuksi käyneiden teemojen parissa.“ (Kuparinen 2021)

Simulaatioiden teemana ovat pitkäaikaissairaudet (esim. astma, diabetes). Tämän aineiston simulaatioharjoituksiin osallistui yhteensä 16 sairaanhoitajaopiskelijaa (ks. Taulukko 1), jotka opiskelivat toista vuotta englanninkielisessä koulutusohjelmassa. Simulaatioissa oli läsnä simulaatioon osallistuvien lisäksi myös muita sairaanhoitajaopiskelijoita, jotka olivat tarkkailijan roolissa ja antoivat palautetta simulaation jälkeen. Analyysissa heidän rooliaan tilanteessa ei tarkastella, sillä heidän osallistumisensa rajoittuu yksittäisiin lausumiin ja naurahduksiin, eivätkä he ole simulaatiokeskustelun aktiivisia osapuolia. Aineistossa sairaanhoitajaa näytteli 10 eri opiskelijaa, joiden käyttämiä direktiivejä aineistosta tarkastellaan.

Sairanhoitajaopiskelijat esittävät potilaan, sairaanhoitajan sekä joissain simulaatioissa myös omaisen rooleja. Olen koodannut tämän tutkimuksen esimerkeissä esiintyvät sairaanhoitajat numerokoodilla, ja alla olevasta taulukosta näkyy, missä roolissa he ovat eri simulaatioissa. Sairanhoitajat on numeroitu tutkielman aineiston esittämisjärjestyksen mukaan (S1, S2, jne.). Keskustelukatkelmien yhteyteen on merkitty myös kyseisen opiskelijan rooli kyseisessä simulaatioissa: esimerkiksi S.S3 tarkoittaa, että sairaanhoitajaopiskelijan S3 rooli keskustelussa on esittää sairaanhoitajaa (S). Koodi P.S1 tarkoittaa puolestaan sitä, että sairaanhoitajaopiskelijan S1 rooli kyseisessä simulaatioissa on esittää potilasta (P). Simulaatiot on koodattu potilaan pääasiallista oirekuvaa mukailevan sairauden (tai oireen) mukaisesti (esim. S01_astma):

Taulukko 1. Tutkimusaineisto

Simulaation koodi	Sairaanhoidaja (S)	Potilas (P)	Omainen (O)
S01_astma	S.S2	P.S1	
S02_diabetes	S.S3	P.S4	
S03_diabetes	S.S5	P.S6	
S04_diabetes	S.S7	P.S8	
S05_astma	S.S8	P.S9	
S06_astma	S.S10	P.S11	
S07_diabetes	S.S12	P.S3	
S08_sydänoireita	S.S13	P.S1	
S09_sydänoireita	S.S14	P.S12	
S10_astma	S.S12	P.S15	O.S16
S11_astma	S.S14	P.S8	O.S13
S12_astma	S.S3	P.S7	
S13_astma	S.S1	P.S6	

Simulaatiot kuuluivat opiskelijoiden opintojaksoon sekä alkuvaiheessa että harjoittelun jälkeen osana loppuarviointia. Alkuvaiheessa järjestettyjä simulaatioita ovat tässä aineistossa tapaukset S02–S04 sekä S07–S13. Loppuarvioinneista nauhoitettuja simulaatioita ovat puolestaan tapaukset S01, S05 ja S06. Simulaatioissa on pääsääntöisesti potilastapauksia, joissa potilaalla on jokin aiempi diagnoosi, jota vastaanotolla jollain tavalla käsitellään. Aineistossa on kuitenkin kolme potilastapausta, joissa potilaalla ei aiempaa diagnoosia: S02, S03 ja S08. Suurin osa simulaatioista päättyi ennalta käsikirjoitettuun lääkärin konsultaatioon. Seuraavien simulaatioiden lopussa ei kuitenkaan ollut lääkärin konsultaatiota: S01, S05, S06, S10 ja S13.

2 Menetelmä ja teorettinen viitekehys

Tämä luku käsittelee tutkimuksen menetelmää, keskustelunalyysia, sekä teorettista näkökulmaa, jonka pohjalle tutkimus rakentuu. Luku kuvailee siis tutkimuksen lähtökohtia sekä sitä, millaisia sitoumuksia ja toisaalta rajoitteita menetelmän käyttäminen tuo.

Luvussa 2.1 käsitellään tarkemmin tutkimuksen analyysimenetelmää, keskustelunalyysia. Luku 2.2 keskittyy tarkastelemaan institutionaalista vuorovaikutusta sekä sairaanhoidajan

vastaanottoa vuorovaikutustilanteena. Luku 2.3 käsittelee direktiivin määritelmää sekä sitä, miten modaalisuus kytkeytyy direktiivisyyteen. Lisäksi tarkastellaan direktiivejä osana vuorovaikutusta. Luvussa 2.4 käsitellään toisen kielen käytön näkökulmasta sairaanhoitajan kielitaitoa, hoitotyön vuorovaikutuksen tutkimusta sekä direktiivien käyttöä ja oppimista. Luvussa 2.5 käsitellään lyhyesti simulaatioita sairaanhoitajakoulutuksen opetusmenetelmänä sekä tämän tutkimuksen simulaatioaineiston piirteitä.

2.1 Keskustelunanalyysi menetelmänä

Keskustelunanalyysin historia ulottuu 1960-luvun lopun Yhdysvaltoihin, jossa sosiologi Harold Garfinkel kehitti etnometodologian tutkimusmenetelmän. Hänen tavoitteensa oli tutkia yksilöiden arkitoimintoja ja sitä, miten yksilöt käyttävät erilaisia normeja ja rakenteita yhteisen ymmärryksen resurssina arjen vuorovaikutuksessa. Garfinkelin oppilas Harvey Sacks vei menetelmän askeleen eteenpäin ja loi varsinaisen keskustelunanalyysin menetelmän ehdottaessaan, että näitä ilmiöitä tutkittaisiin empiirisesti käyttämällä aineistona aitojen keskustelujen tallenteita. (Lindholm, Stevanovic & Peräkylä 2016, 8–9; Hakulinen 1997a, 13–17; Heritage 1996.) Keskustelunanalyysi on saanut vaikutteita muun muassa sosiaalisen konstruktionismin teoriasta: kokemus maailmasta jäsentyy (korjailtavissa olevien) tyyppikonstruktioiden varaan (Heritage 1996, 54–70). Tutkimusmenetelmänä keskustelunanalyysin lähtökohtana on tutkia vuorovaikutuksen rakentumista aidoissa keskustelutilanteissa (Vatanen 2016, 235). Keskustelunanalyysin tutkimuksessa painopiste on pitkälti ollut sellaisissa merkityksissä ja ymmärryksissä, jotka voidaan havaita keskustelussa, koska ne on tehty keskustelun vuorovaikutuksessa ja toiminnassa julkisiksi. Se, millaisia osapuolten sisäiset prosessit ovat, tuodaan analyysiin vain siinä tapauksessa, että ne nousevat esiin vuorovaikutuksessa. (Heritage & Clayman 2010, 13–14.)

Keskustelunanalyysi on empiiristä tutkimusta: analyysi perustuu aineistosta tehtyihin havaintoihin. Aineistolla onkin keskustelunanalyysissä hyvin merkittävä rooli, minkä vuoksi keskustelunanalyysin tutkimusperinnettä on kutsuttu aineistovetoiseksi. Päätelmiä tehdään aineistosta induktiivisesti. Tällöin analyysissä lähdetään pienistä havainnoista ja edetään yleistyskohti. (Vatanen 2016, 235.) Empiirisyys tarkoittaa usein myös sitä, että aineiston annetaan ohjata ja ainakin vaikuttaa tutkimuskysymysten määrittelyyn (Vatanen 2021). Myös tämä tutkimus on vahvasti aineistovetoinen. Tutkimuskysymysten muodostuminen oli prosessi, jonka lähtökohtana oli laajempaan aineistoon tutustuminen sekä aineistosta nousevien ilmiöiden tar-

kastelu. Tämän perusteella tutkimuskohde rajautui niihin simulaatioihin, jotka olivat sairaanhoitajan vastaanottotilanteita. Kohde rajautui edelleen, kun rajatun aineiston vuorovaikutuksellisiin ilmiöihin perehdyttiin tarkemmin. Lopulta tutkimuskysymykset muotoutuivat koskemaan niitä direktiivisiä ilmaisuja, joita sairaanhoitajaopiskelijat käyttävät simuloituilla vastaanottoilla toimiessaan sairaanhoitajan roolissa.

Tutkimusaineisto on videoitua keskusteluaineistoa, mikä mahdollistaa asentojen, eleiden – ja joissain kohdin katseiden – huomioimisen analyysissa. Ilmeitä ei videolta voi luotettavasti kuitenkaan tunnistaa, mikä johtuu kuvausajankohdan covid-19-pandemian aikaisista rajoituksista: videoissa kaikilla aineiston osallistujilla on kasvoillaan hengityksensuojain. Fyysinen ympäristö ja keho eivät ole suinkaan merkityksettä vuorovaikutuksessa: kasvokkainen vuorovaikutus tapahtuu puheen lisäksi myös ilmeiden, eleiden ja katseen yhteistoimintana. Vaikka puhe ja kielenkäyttö ovat keskeisessä roolissa, keskustelunalyysi tutkii kaikkia sosiaalisen vuorovaikutuksen resursseja. Viime vuosien keskustelunalyysin painopiste on siirtynyt tutkimuksen alkuvaiheen puhelinkeskustelun ja pelkän kielellisen vuorovaikutuksen tutkimuksesta tutkimaan vuorovaikutusta multimodaalisena kokonaisuutena (Lindholm, Stevanovic & Peräkylä 2016, 10–11, 13.) Multimodaalinen vuorovaikutus tarkoittaa viestintää, jossa puhujan oman fysiikan (puhe, keho, eleet, prosodia, kasvonilmeet) ohella käytetään vuorovaikutuksen resurssina senhetkistä ympäristöä (esineet, tila, paikka, liike), jotta ymmärrettäisiin, mitä toinen tekee tai tarkoittaa (Kääntä & Haddington 2011, 11). Aineiston käsittelyssä ei siis enää riitä pelkän puheen käsittely, vaan litterointiin merkitään tilanteen kannalta relevantit eleet, ilmeet ja katseet tai muut ilmaisukeinot. Keskustelunalyytikko Lorenza Mondadan kehittämää merkintäjärjestelmää käytetään enenevässä määrin tutkimuksissa, jotka tarkastelevat vuorovaikutuksen multimodaalisuutta (Harjunpää, Mondada & Svinhufvud 2019, 213).

Tämän tutkimuksen analyysin lähtökohta on verbaalisesti ilmaistu direktiivisyys suomea toisena kielenä opiskelevan sairaanhoitajan puheessa. Kuitenkin direktiivisten kielellisten ilmausten yhteydessä olevat olennaiset eleet ja katseet on sisällytetty analyysin osaksi esimerkiksi kikatkelmissä. Tässä tutkimuksessa on käytetty sekä Gail Jeffersonin kehittämää litterointimerkintätapaa (Harjunpää, Mondada & Svinhufvud 2019, 198, 215–216) että tarvittaessa multimodaalisia aineistoja varten kehitettyä Lorenza Mondadan merkintäjärjestelmää.

Keskustelunalyysissa on useita kantavia periaatteita, joihin analyysi nojautuu. Ensimmäkin keskustelunalyysissa vuorovaikutusta käsitellään toimintojen kannalta. Erilaisten vuorovaikutusresurssien käyttö vuorovaikutuksessa on samalla toimintaa, joka jäsentyy ajassa. Toimintaa ja vuorovaikutuksen resursseja tuotetaan ja tulkitaan refleksiivisessä suhteessa (eli kontekstiin sovittaen ja samalla uudistaen) vuorovaikutuskontekstiin. Keskeinen käsitys onkin,

että kaikki toiminta ja vuorovaikutusresurssit ovat kontekstisidonnaisia eli indeksaalisia. (Hakulinen 1997a, 14–16.)

Toimintojen analyysin lisäksi keskusteluanalyysin toisena kantavana ajatuksena on vuorovaikutuksen monitasoinen jäsenyys: keskustelu on osallistujien toimintojen koordinoimista. Keskusteluanalyysin teoreettisen käsityksen mukaan vuorovaikutus ei siis ole sattumanvaraista, vaan se rakentuu (ainakin) kolmenlaisen jäsenyyksen varaan: vuorottelu-, sekvenssi- sekä korjausjäsenyys. (Hakulinen 1997a, 14–16.) Vuorottelujäsenyys tarkoittaa sääntökokonaisuutta, joka koordinoi puhujien vaihtumista ja sujuvaa siirtymää vuorosta toiseen (Ruusuvoori 2016, 45–46; Hakulinen 1997b, 32–55). Sekvenssijäsenyys tarkoittaa vuorovaikutuksen jäsentymistä toimintajaksoiksi eli toiminnallisiksi kokonaisuuksiksi, kuten tervehdys ja vastatervehdys (Raevaara 2016, 112). Kiteytynein sekvenssi eli toimintajakso on vieruspari, joka muodostuu kahdesta osasta: aloittavasta etujäsenestä sekä sen vaatimasta tietyytyypisistä vuorosta eli jälkijäsenestä. Vierusparit voivat saada etu-, väli- tai jälkilajennuksia. Vierusparin etujäsen luo odotuksen tietyytyypisistä jälkijäsenestä: muunlaiset jälkijäsenet ovat preferoimattomia, epätyypillisiä, mikä usein näkyy vuoron tuottamisessa esimerkiksi viivyttyneinä. (mts. 113–117.) Korjausjäsenyys tarkoittaa niitä käytänteitä, joiden avulla puhujat käsittelevät vuorovaikutustilanteessa ilmeneviä puhumisen, kuulemisen tai ymmärtämisen ongelmia (Sorjonen 1997, 111–113).

Eräs keskeinen periaate keskusteluanalyysisessä tutkimuksessa on seuraavan vuoron todistusmenetelmä: vierusparin jälkijäsenen tuottava puhuja samalla ottaa kantaa siihen, millaiseksi toiminnaksi hän on tulkinnut etujäsenen (*next turn proof procedure*) (Sacks, Schegloff & Jefferson 1974, 728–729; Stevanovic 2016c, 291–292). Teoriassa sen, miten seuraava puhuja reagoi edeltävän puhujan vuoroon, pitäisi antaa tietoa siitä, tulkitseeko hän edeltävän vuoron esimerkiksi tervehdykseksi. Norminmukainen vastaus arkikeskustelussa olisi vastatervehdys: muunlaisen toiminnan voi erottaa normista poikkeavaksi toiminnaksi. Mikään normi ei kuitenkaan varsinaisesti estä puhujaa valitsemasta, miten hän edeltävään vuoroon reagoi – tai päättääkö hän vaikkapa kokonaan ohittaa vuoron. Toimija on kuitenkin refleksiivisesti tietoinen siitä, mitä seurauksia (selontekovelvollisuuksia) erilaisiin vaihtoehtoihin liittyy. (Heritage 1996, 108–136.) Kakkoskielisen keskustelun näkökulmasta vuorovaikutuksessa on lisäksi läsnä kulttuuritausta ja sen normit: tunnistaessaan tilanteeseen liittyvän normin L2-puhuja voi priorisoida oman kulttuuritaustansa kanssa ristiriidatonta responsia (vrt. Clyne 1994, 142–143). On joka tapauksessa tärkeä muistaa, ettei seuraavan vuoron todistusmenetelmä ole aukoton: kukaan ei voi varmuudella sanoa, onko puhujan vuoro tämän todellista tulkintaa edellisestä vuorosta vai vain osoitus siitä, miten puhuja haluaa käsitellä (Stevanovic 2017).

Keskustelunanalyysin avulla voidaan tuoda näkyväksi mikrotason ilmiöitä vuorovaikutuksessa. Vaikka Lindholm, Stevanovic ja Peräkylä (2016, 24) pitävät keskustelunanalyysin vahvuutena mikroanalyttisyyttä eli keskittymistä yksityiskohtiin, se on toisaalta myös menetelmän heikkous. Kun keskitytään yksityiskohtiin, voi yleistäminen olla vaikeaa. Menetelmän luonne on deskriptiivinen eli ilmiöiden kuvailemiseen pyrkivä, mikä samalla tekee ratkaisujen arvottamisesta vaikeaa. Keskustelunanalyysin heikkoutena kirjoittajat tuovat esiin myös tietynlaisen sokeuden aineiston ja teorian väliselle suhteelle. Vaikka keskustelunanalyysissä perinteisesti korostetaan aineistolähtöistä ilmiöiden tarkastelua, värittää menetelmää kuitenkin sen oma teoria sosiaalisesta toiminnasta ja vuorovaikutuksen jäsenyisyydestä, keskeisimpinä teeseinä normatiiviset odotukset vuorovaikutuksessa. Voidaankin pohtia, mitä ongelmia seuraa siitä, että tutkimustulos perustellaan oletetuilla odotuksilla, joita vuorovaikutuksen osapuolilla on. (mt.) Esimerkiksi tämän tutkimuksen simulaatioaineiston vuorovaikutuksessa on läsnä useampi taso, joiden normeihin opiskelijat mahdollisesti suhteuttavat toimintaansa ja vuorojaan. Näitä voivat olla ainakin (mahdollisesti etukäteen) harjoiteltu simulaation skripti tai käsikirjoituksessa tavoiteltu vastaanoton etenemisjärjestys, simulaatiotilanne arvioitavana oppimistilanteena ja oppimiseen liittyvät tavoitteet, mahdollisesti osittain epäsymmetrinen L2-keskustelutilanne (mikäli toisella osapuolella on suppeammat kielelliset resurssit), opiskelijatovereiden tukeminen oppimistilanteesta selviytymisessä sekä käsitykset siitä roolista, jota opiskelijan odotetaan esittävän. Keskustelua täytyykin tarkastella laajempaan kokonaisuuteen esimerkiksi silloin, kun puhujan responsi vaikuttaa tilanteessa epäodotuksenmukaiselta. Tässä tutkimuksessa direktiivisten ilmaisujen analyysin lähtökohtana eivät kuitenkaan ole pelkästään potilaan responsit (mitkä ilmaisut tulkitaan ohjailuksi), vaan myös tutkimustieto direktiiveistä: toisaalta direktiivit funktionaalisenä käyttökategoriana ja toisaalta ne syntaktiset keinot, joilla tyypillisesti direktiivin funktiota kantavia konstruktioita rakennetaan (ks. luku 2.3).

2.2 Institutionaalinen vuorovaikutus ja vuorovaikutus vastaanotolla

Keskustelututkimuksessa arkikeskustelua pidetään ensisijaisena vuorovaikutuksen muotona (Raevaara, Ruusuvuori & Haakana 2001, 14). Keskustelunanalyysin tutkimus keskittyi aluksi arkikeskusteluun tasavertaisten puhujien välillä, kunnes 1990-luvulla alettiin tutkia laajemmin myös institutionaalista vuorovaikutusta (Lindholm, Stevanovic & Peräkylä 2016, 9). Institutionaalilla vuorovaikutuksella tarkoitetaan arkikeskustelusta poikkeavia keskustelutilanteita, joissa vuorovaikutusta jäsentävät kulloiseenkin tilanteeseen liittyvät erityiset institutionaaliset tehtävät ja käsitys siitä, miten ne tulisi suorittaa (Raevaara, Ruusuvuori & Haakana 2001, 13).

Kaikessa institutionaalisessa vuorovaikutuksessa nähdään olevan tyypillisesti ainakin kolme ominaisuutta: tavoitteellisuus, osallistumisen tilanteiset rajoitukset sekä instituutiolle tyypilliset tulkintakehykset (Drew & Heritage 1992, 22; Heritage & Clayman 2010, 34–35). Tavoitteellisuus tarkoittaa, että institutionaalisessa keskustelussa on aina jokin päämäärä. Sairaanhoidajan vastaanotolla tarkka tavoite riippuu vastaanotolle tulon syystä, mutta tyypillisesti tavoitteena on esimerkiksi arvioida hoidon tarvetta (Valvira 2017) tai antaa ohjausta tai neuvontaa. Aineiston simulaatioissa syy vastaanotolle tuloon vaihteli esimerkiksi ennakkoon sovitusta astmalääkitykseen liittyvästä neuvonnasta aina potilaalle uusiin oireisiin.

Institutionaalista vuorovaikutusta luonnehtii myös roolijako, joka perustuu esimerkiksi ammatilliseen asemaan tai tilanteeseen liittyvään tehtävään. Tyypillinen roolijako on ammattilainen ja asiakas. (Raevaara, Ruusuvuori & Haakana 2001, 13.) Institutionaalisissa keskusteluissa vuorovaikutukseen osallistumista koskevat myös tilanteiset rajoitukset, esimerkiksi se, kenellä on oikeus antaa puheenvuoroja. Lääkärin odotetaan ohjaavan vastaanottotilanteen vuorovaikutustilannetta: potilas voi osallistua aktiivisesti kysymyksiin, mutta on odotuksenmukaista, että tyypillisesti lääkärin kysymykset vievät tilannetta eteenpäin (Peräkylä, Eskola ja Sorjonen 2001, 15). Samankaltainen roolijäsennys säätelee myös (potilaan) odotuksia sairaanhoidajan vastaanottotilanteista: sairaanhoitaja on vastaanotolla ammattilainen, jonka odotetaan toimivan roolinsa mukaisesti ja esimerkiksi kontrolloivan vastaanoton etenemistä. Myös asiakkaalla, potilaalla, on oma roolinsa. Institutionaalisen vuorovaikutuksen tutkimuksessa tyypillinen tutkimuskohde on ollut se, miten institutionaaliset roolit näkyvät vuorovaikutuksessa, eli miten rooleja rakennetaan ja ylläpidetään eri keinoin vuorovaikutuksessa. (Raevaara, Ruusuvuori & Haakana 2001, 13–14). On kuitenkin muistettava, ettei konteksti aina suoraan määrää vuorovaikutuksen sisältöä: toiminnoillaan osapuolet voivat myös muokata tai muuntaa tilanteen luonnetta (Heritage & Clayman 2010, 21–22).

Institutionaalisessa vuorovaikutustilanteessa ei ole kyse vapaasta arkikeskustelusta, vaan tilanteessa on tiettyjä lainalaisuuksia tai normeja, jotka vaihtelevat tilanteen luonteesta riippuen. Lääkärin ja sairaanhoidajan toimintaa rajoittavat, ohjaavat ja myös velvoittavat useat lait: vastaanottotilanteessa heidän täytyy muun muassa tunnistaa potilaan henkilöllisyys, kartoittaa potilaan oireet ja tarvittaessa varmistua siitä, että potilas antaa suostumuksensa hoitotoimenpiteisiin. Institutionaaliseen vuorovaikutukseen liittyy läheisesti vallan käsite: kyse on epäsymmetrisestä vuorovaikutustilanteesta, jossa osapuolilla ei ole samanlaista asemaa. Ruusuvuoren (2010) mukaan vuorovaikutuksesta voidaan erotella erilaisia vallan muotoja: tiedollista valtaa ja kontrollivaltaa. Tiedollisella vallalla tarkoitetaan auktoriteettia, joka tietyllä osallistujalla on puheena olevasta asiasta. Kontrollivaltaa on yhden osallistujan mahdollisuus ohjata keskustelua

haluamaansa suuntaan. (Mts. 282–283.) Stevanovic (2016a, 161–162) puolestaan erottelee vuorovaikutuksen sosiaalisista rakenteista kolme valtarakenteiden tasoa: pakottaminen, suostuttelu ja auktoriteetti (ks. Turner 2005). Pakottaminen on kontrollointia: suostumusta ei haeta, vaan lähtökohta on konfliktihakuinen. Suostuttelussa taas pyritään antamaan vastaanottajalle syy toimia halutulla tavalla, esimerkiksi perustelemalla toiminnan tarvetta. Tavoite on, että vastaanottajat toimivat tavoitteen mukaisesti valitsemalla tarjotun vaihtoehdon itse. Auktoriteetti ei tarvitse syytä eikä perustelua. Kun jonkin toimijan auktoriteettiasema hyväksytään, vallankäytön kohde suostuu siihen, että auktoriteetti kohdistaa valtaa häneen. (Stevanovic 2016b, 160–162.)

Vallankäytön ohella sosiaalisia rakenteita jäsentää suhtautuminen tietoon. Keskusteluanalyysissä puhutaan episteemisyydestä, kun tarkoitetaan puheen sisältämiä julkilausumattomia tietämistä koskevia väitteitä. Keskustelussa nämä väitteet tulevat ilmi esimerkiksi tiedon haastamisena tai puolustamisena, mutta myös siinä, kenellä on oikeus tai velvollisuus ilmaista tietojaan eri tilanteissa esimerkiksi institutionaalisen asemansa perusteella. Tavallisesti lääkärin vastaanotolla potilaat suuntautuvat tilanteessa sen odotuksen mukaisesti, että lääkäri on tiedollisen taustansa takia tiedollisessa auktoriteettiasemassa. (Stevanovic 2016b, 155–157.) Potilaan ei kuitenkaan oleteta vastaanottotilanteessa olevan tietämätön: tavallisesti ihmisten, joilla ei ole muistiongelmia, oletetaan olevan oman henkilöhistoriansa asiantuntijoita (Stevanovic 2016b, 155–157). Myös kannanotot voivat tuoda ilmi osapuolten odotuksia siitä, kenellä on oikeus tietää enemmän asiasta. Esimerkiksi hoitajan antama kehu, vaikkapa positiivinen arvio lapsen hampaista, tuo samalla esiin hänen käsityksensä siitä, että hänellä on oikeus arvion tekemiseen (Ruusuvuori 2010, 284–285). Toisaalta lääkärin vastaanotolla potilas ei ole vain passiivinen toimija, vaan käyttää myös valtaa: esimerkiksi kuvaillessaan käynnin syytä potilaan on mahdollista vaikuttaa tilanteen agendaan ja näin luoda odotuksia osallistujien episteemisistä asemista ja rooleista tehtävien toteutuksen näkökulmasta (Ijäs & Ruusuvuori 2007, 25).

Vastaanottovuorovaikutuksen analysoiminen ei ole suoraviivaista tai yksinkertaista, sillä jokainen vuorovaikutustilanne on ainutlaatuinen (Peräkylä, Eskola ja Sorjonen 2001, 9). Institutionaalisen vuorovaikutuksen rakenteissa on kuitenkin havaittavissa erilaisia keinoja, joilla instituutiot “rakennetaan” puheessa. Näitä ovat esimerkiksi sanojen ja kieliopillisten muotojen valinta, toiminnan kielellinen muotoileminen, responsiivisen toiminnan valinta, sekvenssien rakenne, vuorovaikutuksen epäsymmetrisyys sekä keskustelun kokonaisrakenne. (Raevaara, Ruusuvuori & Haakana 2001, 21.) Institutionaalisisessa vuorovaikutuksessa voidaan usein erottaa jonkinlainen eri toiminnoista koostuva yleisrakenne: tietty institutionaalinen vuorovaikutustilanne koostuu vaiheista, joilla voi olla järjestys. Esimerkiksi lääkärin vastaanottoa säätelee

tyypillisesti toimintojen sarja, jolla on tietty etenemisjärjestys. Muun muassa vastaanottotilanteen aloitus ja lopetus ovat tällaisia ennalta määriteltyjä, rutiininomaisia vaiheita. (Heritage & Clayman 2010, 40–43.) Vaikka etenemisjärjestyksessä on joustavuutta, osallistujat suuntautuvat sen mukaisesti vastaanottotilanteeseen (Raevaara, Ruusuvaara & Haakana 2001, 22). Lääkärin päivystysvastaanotto koostuu tyypillisesti avauksesta, ongelman esittämisestä, tiedonkeruusta (potilaan taustatiedot, fyysiset tutkimukset), diagnoosi, hoito ja lopetus (Heritage & Clayman 2010, 104–105). Vastaanoton vaiheet voidaan kuvata myös seuraavasti: 1) aloitus, 2) käynnin syyn selvittäminen, 3) sanallinen ja/tai fyysinen tutkimus, 4) potilaan tilanteen pohdinta (eli diagnoosi), 5) hoidosta ja muista jatkotoimista keskusteleminen sekä 6) vastaanoton lopetus (ks. Peräkylä, Eskola & Sorjonen 2001, 12–13). Käytännössä malli toteutuu täsmälleen tässä muodossa vain harvoin: todellisissa vastaanottotilanteissa vaiheita voidaan hypätä yli tai palata aiempiin vaiheisiin (mt.). Viimeisimmissä tutkimuksissa on kuitenkin vahvistunut käsitys, ettei lääkärin vastaanotossa ole olemassa sellaista järjestystä, jossa vastaanoton vaiheet etenisivät kronologisessa järjestyksessä eikä niihin palattaisi kertaakaan vastaanoton myöhemmissä vaiheissa (Noble, Manalastas, Viney & Griffin 2022).

Myös sairaanhoitajan vastaanotolla on nähtävissä samankaltainen joustava jäsenys. Staples (2017, 235–279) on luonut mallin sairaanhoitajan vastaanoton vaiheista. Vaiheet poikkeavat lääkärin vastaanotosta: lääkärihän on vastuussa esimerkiksi lääkityksen määräämisestä, mikä taas ei kuulu sairaanhoitajan tehtäviin. Tyypilliset vaiheet sairaanhoitajan vastaanotolla ovat 1) avaus, 2) vaivan tai ongelman määrittäminen, 3) tutkimukset, 4) potilaan taustatietojen kartoittaminen, 5) potilaanohjaus ja 5) lopetus (mt.). Potilaan taustatietojen kartoittaminen tarkoittaa keskustelemista aiemmista ongelmista, toimenpiteistä, psykososiaalisesta historiasta, arjen aktiviteeteista ja kyvystä huolehtia perustarpeistaan sekä perheestä ja sosiaalisesta taustasta. Vastaanoton alussa toiminnot noudattavat melko tarkasti tiettyä etenemisjärjestystä. Sen jälkeen kun tutkimusvaihe on käynnistynyt, vastaanottotilanne muuttuu epälinearisemmaksi. Vastaanoton jatkuessa tutkimus- ja ohjausvaiheiden (ja joissain tapauksissa myös lopetuksen) välillä liikutaan edestakaisin. Potilaanohjaus sisältää kolme vaihetta: potilaan terveysongelmien tunnistamisen, sairaanhoitajan ehdotukset ongelmien ratkaisemiseksi sekä potilaan torjuvat tai hyväksyvät vastaukset ehdotuksiin. (mts. 242–243, 245.)

2.3 Direktiivit vuorovaikutuksen resurssina vastaanotolla

Ison suomen kieliopin mukaan direktiivi on “ohjaileva lausuma, jolla käsketään, kehoitetaan, pyydetään tai neuvotaan puhuteltavaa toimimaan tai olemaan toimimatta tietyllä tavalla” (ISK

§ 1645). Käytän tässä tutkimuksessa käsitettä direktiivi, jolla viitataan tähän *Ison suomen kieliopin* laajennettuun (ks. Lauranto 2014, 74–76) käsitykseen direktiiveistä, joilla on tilanteisesti erilaisia funktiota (ISK § 1645), kuten pyyntö (*Sano sun henkilötunnus; Kela-kortti, kiitos.*), kieltö (*Tällä hetkellä et voi käydä kuntosalilla*), käsky (*Jätä tupakka pois*), neuvo (*Sun kannattaisi syödä terveellisemmin*), lupa (*Voit käydä salilla*) ja varoitus (*Älä tee sitä!*). Vaikka prototyypisenä direktiivisenä ilmauksena pidetään imperatiivilauseetta (ISK § 1647), voidaan esimerkkilauseesta havaita, että ohjailevia lausumia rakennetaan monenlaisin syntaktisin keinoin. Direktiivit ovat kielellisiä, (kuulijan) tulevaa toimintaa ohjailevia lausumia, jotka eivät ole syntaktiselta muodoltaan rajattuja ja joiden tulkinta siten määräytyy kulloisessakin kielenkäyttötilanteessa. Direktiivit muodostavat siis funktionaalisen käyttökategorian: yksittäisen direktiivin määrittelyssä keskeistä on se, millaisesta toiminnasta on kyse. (Lauranto 2013b, 188.) Pelkästään rakennepiirre ei riitä, vaan tarvitaan tilannekohtaista tulkintaa (Rouhikoski 2021, 30–31). Rouhikosken (2021, 26) havaintojen mukaan ei yleensä ole mahdollista selvittää *Ison suomen kieliopin* tarkoittamaa funktiota, eli onko puhuja tarkoittanut direktiivin käskyksi, kehotukseksi, pyynnöksi vai neuvoksi.

Myös prosodia vaikuttaa monin tavoin direktiivin muotoiluun: sama sanallinen sisältö voi saada erilaisia toiminnallisia tulkintoja, jos lausuman prosodia muuttuu (Stevanovic 2016a, 107–114): tutkimuksessani direktiivien prosodisten piirteiden analyysi ei kuitenkaan ole keskiössä. Kielellisen ilmauksen lisäksi direktiivi voitaisiin määritellä laajemmin: direktiiveiksi voisi tulkita pelkät ei-kielelliset toiminnot, kuten eleet. Tässä tutkimuksessa analyysin lähtökohta on kuitenkin verbaalisen ilmauksen avulla rakennettu direktiivi: kielellisen ilmauksen yhteydessä olevia katseita ja eleitä myös tarkasteltu analyysissä, sikäli kun ne ovat relevantteja.

Kun direktiivien tarkastelun lähtökohdaksi otetaan semanttis-pragmaattinen ulottuvuus, voidaan niitä tarkastella esimerkiksi puheaktiteorian avulla (Larjavaara 2007, 489–504). Tällöin lausuman direktiivisyyden lähtökohta on, millainen lausuman illokutiivinen sävy on eli millainen on teko, joka lausuman avulla tehdään. (mt.) Larjavaara erottaa viisi semanttista puhefunktiota: assertiivinen, direktiivinen, ekspressiivinen, kooperatiivinen ja poeettinen (mts. 493). Eri funktiot voivat yhdistyä samassa lausumassa (mts. 502). Tämän tutkimuksen kannalta tärkeimmät funktiot ovat direktiiviset ja kooperatiiviset funktiot. Ensimmäinen viittaa puhujan halun tai tahdon ilmaukseen, jossa kuulijaan kohdistuu velvoite toteuttaa puhujan ilmaisema representaation sisältö (oleminen tai tekeminen) (mts. 497). Direktiivin esittäessään puhuja edellyttää kuulijalta toimintaa, josta tämän on mahdollista kieltäytyä tai vastustaa sitä – olla siis toimimatta odotetulla tai pyydytyllä tavalla: *Istu alas. – Minä haluan seisoa*. Kuulijalta edellytettävä toiminta voi olla myös pyyntö mukautua toimintaan tai tehdä yhteistyötä: *Minä otan nyt*

sinun verenpaineen. (Älä liiku.) Kooperatiivisessa funktiossa mukana onkin direktiivisen funktion ominaisuuksien lisäksi puhujan sitoumus olla osallistuja kuvatussa olemisessa tai tapahtumassa (mts. 501). Yhteistoimintaan kehotettaessa monikon ensimmäisen persoonan imperatiivimuotoa *lähtekäämme* käytetään harvoin puhekielessä: sen sijaan käytetään tavallisimmin passiivimuotoa *lähdetään* (ISK § 1654). Vastaanottotilanteessa Sorjosen (2001a, 92) mukaan lääkäri voi rakentaa yhteistoiminnan tuntua esimerkiksi niin sanotulla “lääkäripassiivilla”, jolloin hän asemoi itsensä osaksi toimintaa: *Mitataanpas sitten sinun verenpaine.* Kontekstista kuitenkin riippuu, onko funktio kooperatiivinen (*Mitataan sun verenpaine*) vai pelkästään direktiivinen (*Laitetaan polvet koukkuun*). Tarkastelen tätä tarkemmin analyysiluvussa 3.2.

“Lääkäripassiivin” ohella direktiivien tutkimuksissa on muitakin havaintoja siitä, että syntaktiselta muodoltaan erilaisten direktiivisten ilmausten käyttö liittyy erilaisiin tilanteisiin ja funktioihin. Esimerkiksi suomen imperatiivia käytetään keskustelussa pääosin muussa kuin käskyn funktiossa. Imperatiivi kytkeytyy lisäksi pääosin sellaiseen toimintaan, joka on jo aiemmin ollut puheena tai joka on puhehetkellä käynnissä. (Lauranto 2014, 175.) Tilanteisesti eri funktioita saavalle imperatiiville voidaan erottaa eri kielissä kaksi yhteistä perusmerkitystä (Auer 2017, 412). Ensinnäkin toiminta, johon imperatiivilla kehoitetaan, on usein jaettua ja molempia osapuolia hyödyttävää. Toiseksi toiminta keskittyy useimmiten jo meneillään oleviin aktiviteetteihin. Imperatiivi on näin deiktinen kielellä. (mts. 412, 422.)

Raevaara (2017) on tutkinut suomenkielisten verbaalisten direktiivien käyttöä kokkauskerhon opettajan puheessa. Eri direktiivien käyttö on yhteydessä muun muassa toiminnan aika-kehukseen (edellytetäänkö vastaanottajalta välitöntä toimintaa) ja osallistumiskehikkoon eli miten keskustelussa ilmentetään omaa ja toisten osallistujuuutta (mt.; Peräkylä & Stevanovic 2016, 32; Ruusuvuori 2016, 43–44). Direktiivien käyttöä on tutkittu myös vastaanoton eri vaiheissa. Esimerkiksi ruotsinkielisillä lääkärin vastaanotoilla ruotsin imperatiivilla muotoillut käskyt liittyvät vastaanoton avaukseen ja lopetukseen sekä suulliseen ja fyysiseen tutkimukseen: avauksessa tervetulorutiineihin, lopetuksessa tulevaisuuden ohjeisiin esimerkiksi lääkityksen annostelusta tai jatkotutkimuksista (Lindström, Lindholm, Norrby, Catrin, Wide & Nilsson 2017). Fyysisten tutkimusten kohdalla lääkäri käynnistää tyypillisesti toiminnan deklaraatiivisella tai interrogatiivisella direktiivillä, jossa on modaaliverbi *kan*. Sen jälkeen hän käyttää tyypillisesti imperatiivia testaustoiminnan lopetuksessa. Fyysisen tutkimuksen aikana imperatiiveja käytetään vastauksena potilaan (epäonnistuneisiin) tekoihin, jolloin imperatiivin merkitys on luvan antaminen (‘permission’, ‘go-ahead’) (mt.).

Direktiivisyyteen läheisesti liittyvä käsite on modaalisuus, joka viittaa puhujan suhtautumiseen ja arvioon asiantilasta. Episteeminen modaalisuus tarkoittaa puhujan tietoon tai päättelyyn perustuvaa arviota asian mahdollisuudesta, välttämättömyydestä tai todennäköisyydestä: *Mä olen aika varma, että hän ei ole ottanut lääkkeitään säännöllisesti*. Dynaaminen modaalisuus tarkoittaa puhujan arviota koskien fyysistä mahdollisuutta ja kykyä tai välttämättömyyttä ja pakkoa toimia, mikä riippuu toimijan sisäisistä tai ulkoisista edellytyksistä: *Mulla ei ole aikaa tehdä ruokaa itse*. Deonttinen modaalisuus viittaa lupaan tai velvollisuuteen, joka perustuu puhujan tai puheyhteisön normeihin: *Lomakkeen kysymyksiin täytyy vastata mahdollisimman totuudenmukaisesti*. Tällöin presuppositiona eli oletuksena on, että velvoitteen kohde on moraalisesti vastuullinen ja intentionaalinen toimija. (ISK § 1551.) *Iso suomen kielioppi* luokittelee direktiivit puhuteltavaan suuntautuvaan modaalisuuteen (ISK § 1645). Modaaliverbi, johon liittyy velvollisuuden merkitys, voi saada kehotuksen tai käskyn funktion, kun se kohdistuu puhuteltavaan (ISK § 1554).

Samalla kun puhujat ilmaisevat modaalisten lausumien avulla suhtautumistaan asiantiloihin, suhtautuvat keskustelussa nämä ilmaukset siihen, onko puhujien välinen asema deonttisesti symmetrinen vai epäsymmetrinen. Kenellä on oikeus esimerkiksi määrittää, mikä on välttämättömyydestä tai tarpeellista? Erilaiset käskyt ja pyynnöt yleensä muotoillaan huomioiden tilanteen osallistujien auktoriteettisuhde (Stevanovic 2016b, 160). Couper-Kuhlen ja Etelämäki (2015) ovat tutkineet direktiivisten ilmausten persoonaa arkikeskustelussa. Heidän mukaansa suomen kielessä käytetään nollapersoonaa yhdistettynä modaaliverbeihin, kun tilanne on deonttisesti symmetrinen. Tällöin kuulijalle jää mahdollisuus tulkita modaalinen lausuma valintansa mukaan joko direktiivinä tai episteemisenä arviona tilanteesta. Toisaalta epäsymmetrisessä tilanteessa kuulijan on mukauduttava puhujan määrittämään arvioon toimien tarpeesta tai välttämättömyydestä. (mt.) Kun lähtökohtana on lääkärin tai sairaanhoitajan vastaanotto, tilanne on epäsymmetrinen: potilas on jo valmiiksi asemassa, jossa hän toivoo apua (neuvoja, käskyjä) tilanteeseensa, joita episteemisellä auktoriteetilla, lääkärillä tai sairaanhoitajalla, on velvollisuus antaa. Ei siis ole odotuksenmukaista, että ammattilaisten evaluaatiotkaan olisivat pelkkiä episteemisiä spekulatioita, joilla ei olisi seurauksia (vrt. *Eteisen katon vois maalata* mutta *Sen verenpaineen vois mitata*). Evaluaatiot voivat osoittaa tiedon kannalta epäsymmetristä asemaa (Ruusuvoori 2010, 284–285). Vaikkapa sairaanhoitajan arvio *Sinulla on 20 kiloa ylipainoa* on negatiivissävytteinen evaluaatio potilaan nykypainosta: *ylipainoa* ilmaisee, että asteikolla on siirrytty normaalia indikoivan rajan yli. Sairaanhoitajan tuottamana negatiivisena arviona lausuma voidaan tulkita terveydentilaan liittyvänä (joskaan ei potilaan ”kasvoja” säilyttävänä) tiedonantona, joka implikoi tarvetta muutokseen.

Keskustelussa direktiivit ovat tyypillisesti vierusparin etujäseniä (ISK § 1216), jotka edellyttävät kuulijan antavan joko verbaalisen tai ei-kielellisen reaktion: suostumisen, kieltäytymisen tai pyynnön tai kiellon noudattamisen (ISK § 1645). Tyypillinen responssi imperatiivimuotoiseen direktiiviin on partikkeli *joo* tai *selvä* (ISK § 1216). Direktiivistä kieltäytyminen on preferoimaton vastaus: tyypillisesti se näkyykin kieltäytymisvuoron muodostamistavassa (§ 1216; § 1198). Toisaalta imperatiivimuotoisen direktiivin responssi voi riippua tilanteesta: imperatiivit eivät välttämättä samalla tavalla velvoita kuulijaa tuottamaan responssia kuin vaikkapa vastausta vaativat interrogatiivilauseet (Kent & Kendrick 2016).

Responssiin voi vaikuttaa myös ymmärtämisongelma, jota ei kielennetä. Kurhilan ja Lindholmin (2016, 204–206) artikkelissa käsitellään erilaisia ymmärtämisen ongelmia. Kirjoittajat tuovat esiin Alan Firthin tutkimuksen L1- ja L2-vuorovaikutustilanteista, jonka mukaan “kakkoskieliset puhujat säännönmukaisesti käyttäytyvät ikään kuin he ymmärtäisivät toisiaan, myös silloin, kun eivät välttämättä ymmärtäneet” (mt.). Ongelmat siis voidaan ohittaa, mutta niiden analysoiminen keskusteluaineistosta ei välttämättä ole helppoa, sillä ongelma ei nouse pintatasolle keskustelussa, mikä olisi edellytys sen tarkastelemiseen. Kirjoittajat esittävätkin, ettei ole mahdollista erottaa pelkän keskusteluaineiston perusteella, onko kyse ongelman ohittamisesta vai jostakin muusta. (mt.) Responssiin vaikuttaa lisäksi institutionaalinen tilanne: kielioopin kannalta epäodotuksenmukaisella tavalla vastaaminen voi itse asiassa osoittaa puhujan ammatillista kompetenssia ja herkkyyttä tilanteeseen vaikuttaville tekijöille (Lehtimaja & Kurhila 2018). Esimerkiksi lääkärinkierrolla, jolloin sairaanhoitajat kysyvät myös sairaanhoitajilta potilaaseen liittyviä tietoja, kuuluu sairaanhoitajan ammattitaitoon ymmärtää, milloin lääkärin vaihtoehtokysymykseen (*Onks serppi laskussa*) vastataan kyllä/ei-vastauksella ja milloin lääkäri odottaa vastaukseksi numeerista arvoa (*satakakskytkahdeksan*) (mt.).

Direktiivien tulkinta pelkkien responssien avulla ei ole siis aina yksiselitteistä, ja voi edellyttää viime kädessä intuitioon nojaamista (vrt. Somiska (2010, 15–16). Tutkimusaineistossani omat erityispiirteensä direktiivien responssien käsittelemiseen ja direktiivien määrittelyyn luovat muun muassa simulaatiotilanteen luonne näyteltynä ja harjoiteltuna oppimistilanteena sekä L2-keskustelukonteksti. Aina vastaanottajan responssi ei kerro, onko lausuma käsitetty direktiiviseksi (esim. tilanne on ohitettu tai reaktio ei ole selvä). Aineisto käsittää kahden (tai kolmen) L2-puhujan välistä vuorovaikutusta, ja kuulija esimerkiksi saattaa itsekin pitää puhujan käyttämää muotoa konventionaalisenä muotona eikä sen vuoksi korjaa puhujan sanavalintaa tai kieliopillisesti epäkonventionaalista muotoa. Analyysin epäselvissä tilanteissa direktiivin funktio on määritetty tukeutumalla aiempaan direktiivejä koskevaan tutkimustietoon sekä kontekstin huomioivaan kokonaisarviointiin lausuman merkityksestä.

Rouhikosken (2021, 130) mukaan erilaisia direktiivirakenteita ei voi pitää toisensa variantteina, sillä jokaisella on tyypilliset kontekstipiirteensä: kieliopillisilla rakenteilla ja direktiivisillä toiminnoilla ei ole suoraa vastaavuutta. Hän käyttää esimerkkinä imperatiivia, jota voi käyttää niin kehotuksiin kuin vaikkapa tarjouksiinkin (mt.). Rouhikoski (mts. 57–58) esittää tutkimuksensa tiivistelmän direktiivien tai pyyntöjen variaatiota selittävistä tekijöistä eri tutkimuksissa: niitä ovat **pysyvät tekijät**, kuten valta, sosiaalinen etäisyys tai tuttuus, sosiaaliset ominaisuudet (ikä, sukupuoli, sosiaaliluokka, etninen tausta jne.), maantieteellinen alue (murre, kielen alueellinen tai kansallinen varieteetti ym.), sekä sen lisäksi **tilanteiset tekijät**, kuten tehtävän vaikeus, vastustelun todennäköisyys, vaivan suuruus, oikeutus, epävarmuustekijät, toteuttamisen ajoitus (nyt vai myöhemmin), konkreettisuus (esine vai tieto tai palvelu), hyödyn jakautuminen, omistajuus, ennakoitavuus tai odotuksenmukaisuus, suhde meneillään olevaan toimintalinjaan (jatkaako vai eriääkö siitä), sijainti keskustelussa sekä multimodaaliset tekijät (fyysinen läheisyys, katsekontakti). Suomen oppijan näkökulmasta kaikkien näiden tekijöiden huomioiminen voi vaikuttaa suurelta haasteelta. Samalla direktiivisten ilmaisujen tilannesidonnaisuus puoltaa Lehtimajan ja Kurhilan (2018) ajatusta siitä, että kielenoppimisen tulisi tapahtua oikeissa työelämän konteksteissa (ks. myös Mustonen 2012).

2.4 Toisen kielen näkökulma: kielitaito ja direktiivit L2-kontekstissa

Sairaanhoitajakoulutuksen alussa vaatimuksena on *Eurooppalaisen kielitaidon viitekehyksen* (OPH 2022) taitotaso B1, mutta käytännössä sairaanhoitajan työ edellyttää vähintään B2-tason kielitaitoa. Kuten muussakin korkeakoulutusta vaativassa työssä sairaanhoitajan tehtävät ovat usein käsitteellistä ja kielellistynyttä työtä, jossa puhujan täytyy kyetä säännölliseen vuorovaihtukseen syntyperäisen kanssa ilman, että se vaatii kummaltakaan osapuolelta ponnisteluja (Komppa, Jäppinen, Herva & Hämäläinen 2014, 14). Sairaanhoitajien täytyy pystyä myös mediaatioon, eli “kääntämään” suomenkielinen (tai englanninkielinen) ammattialan erikoiskieli potilaille ja omaisille ymmärrettävään yleiskieliseen muotoon (Garone & van de Craen 2016; Virtanen 2016, 84). HoitoSISU-hankkeessa tavoitetaso oli B1.2 (Tanskanen & Mulder 2021). Tällä tasolla opiskelija kykenee “olemaan aloitteellinen tuttua aihetta käsittelevässä vuorovaihtustilanteessa käyttäen sopivaa ilmausta” sekä “korjaamaan väärinymmärryksiä melko luontevasti ja neuvottelemaan myös melko mutkikkaiden asioiden merkityksestä” (OPH 2022).

Kielitaidon alkuvaiheen direktiivisiä ilmaisuja ovat tutkineet mm. Hyvärinen (2019) ja Kaunisto (2019). Hyvärinen (2019) on pro gradu -tutkielmassaan analysoinut suomea toisena kielenä puhuvan 9-vuotiaan oppilaan direktiivien kehittymistä valmistavan luokan aikana. Kyse

on kielitaidon alkuvaiheesta. Tutkimuksen kuluessa havaitaan rakenteiden monipuolistumista. Alkuvaiheessa oppijalla on direktiivisten ilmausten resurssina puhutteluilmaisuja ja yksittäisiä, kontekstin perusteella direktiiveiksi tulkittavia sanoja. Tutkimuksen edetessä informantin resurssit laajenevat, ja mukaan tulee predikaatin sisältäviä verbikokonaisuuksia (kuten *mä haluan*-rakenne) sekä imperatiivit. (mt.) Kaunisto (2019) puolestaan on tutkinut L2-kontekstissa 6–8-vuotiaiden oppilaiden pyyntöjä venäjänkielisessä CLIL-alkuopetuksessa (Content and Language Integrated Learning). Oppijoiden tekemien pyyntöjen kieleksi muodostui varhaisessa vaiheessa venäjä, mitä Kaunisto pitää kielisopimuksen ansiona (mt.). Molemmissa tutkimuksissa havaittiin rakenteiden kompleksistumista tutkimuksen edetessä. Omassa tutkimuksessani en kuitenkaan tutki lasten kielenoppimista enkä alkuvaiheen kielitaitoa: aineiston informantit ovat aikuisia ja jo harjaantuneita ja itsenäisiä suomen kielen puhujia, jotka selviävät monimutkaisista ammatillisista vuorovaikutustilanteista. Tasollaan (noin B1 tai korkeampi) he kykenevät jo käyttämään kompleksisiakin kieliopillisia rakenteita direktiivien muotoilussa ja ottamaan huomioon useita tilannetekijöitä (vrt. Rouhikoski 2021, 57–58).

Aikuisten L2-puhujien keskustelussa käyttämiä direktiivejä on tutkittu esimerkiksi erilaisissa työympäristöissä. Urbanik (2021) on tutkinut norjankielisiä direktiivejä, joita L2-puhuja tuotti norjalaisella rakennustyömaalla ohjatessaan nosturia operoivaa työntekijää (L1-puhuja) kuormien siirtämisessä. Tutkimuksen direktiivit jaoteltiin (esiintymisjärjestyksestä yleisimmästä harvinaisempaan) syntaktisesti infinitiivimuotoihin, deklaratiivilauseisiin, verbittömiin rakenteisiin (esim. nomini- ja adverbilausekkeisiin), imperatiivilauseisiin sekä interrogatiivisiin lauseisiin (mts. 47). Vaikka aineiston L2-puhuja tuotti useita epäidiomaattisia ilmauksia (erityisesti infinitiivilausekkeita, kun tavallisesti käytettäisiin imperatiivia), hän käytti kuitenkin valitsemiaan direktiivejä systemaattisesti tiettyihin tarkoituksiin sekä ennen nostotoimenpidettä että sen eri vaiheiden aikana (esim. mts. 52, 61). Tutkimuksen mukaan L2-puhujan direktiivien kieliopillinen variaatio ei siis ole sattumanvaraista, vaan siitä voidaan löytää toistuvia malleja. Tämä osoittaa, että L2-puhuja orientoituu tilanteeseen työtoimintojen edellyttämällä tavalla sopeutuen tilanteen edellyttämiin vuorovaikutustarpeisiin. (Urbanik 2021, 43–45, 47, 56, 63–64.)

Urbanikin (2021) tutkimukseen verrattavan yksityiskohtaisen toimintavaiheen rakennetta kuvaavan mallin rakentamiseksi täytyisi simulaatioaineistoa rajata: Urbanikin tutkimuksessa informanteja on vain yksi, kun tässä tutkimuksessa niitä on 10. On ylipäätään epäselvää, voiko samankaltaista mallia hahmottaa vastaanottotilanteesta. Sairaanhoidajan vastaanotto rakentuu erilaisista vaiheista, mutta se on kuorman lastaukseen verrattuna huomattavan ennakoimattomampi: vastaanottotilanteen rakenne on joustava, mikä tarkoittaa, että esimerkiksi aiempiin vaiheisiin voidaan palata useita kertoja (vrt. Staples 2017, 235–279). Lisäksi Urbanikin (2021)

tutkimuksessa on kyse työntekijöiden välisestä vuorovaikutuksesta, kun tässä tutkimuksessa on kyse näytellystä potilaan ja sairaanhoitajan välisestä asiakaspalvelu- tai hoitotilanteesta.

Muun muassa Clyne (1994) ja O'Neill (2011) ovat tutkineet monikulttuurista L2-vuorovaikutusta englanninkielisissä työympäristöissä: Clyne useiden eri alojen yritysten vuorovaikutusta ja O'Neill puolestaan sairaanhoitajien kokemuksia. Clyne (1994, 142–143) havaitsi tutkimuksessaan, että työtehtävät vaikuttavat siihen, millaisiksi kommunikaatiomallit muodostuvat. Esimerkiksi tilanteissa, joissa samat ihmiset työskentelevät keskenään jatkuvasti, sosiaalinen etäisyys ei ole yhtä suuri ja vuorovaikutuksessa käytetään paljon lyhyitä ja tasa-arvoisia vuoroja. Suuri valtahierarkia taas johtaa pidempiin vuoroihin ja ylenmääräisiin kommissiivien (lupauksiin ja sitoutumiseen tulevaisuuden toimintaan) ja anteeksipyyntöjen käyttöön. (mt.)

Clyne ehdottaa Gricen maksimien (ks. Clyne 1994, 11–12) laajennusta (mts. 194): keskeinen ajatus laajennuksessa on, että kielenkäyttäjän kulttuuritaustan normit ohjaavat puhujan toimintaa myös kulttuurienvälisessä vuorovaikutuksessa. Esimerkiksi tavan supermaksimi on ”ole tarkkanäköinen” ja puolestaan laadun supermaksimi on ”yritä tehdä panoksestasi vuorovaikutukseen sellaista, josta kykenet ottamaan vastuun omien kulttuuristen normiesi mukaisesti”. (mt.) O'Neillin (2011) tutkimuksessa L2-sairanhoitajat pitivät tärkeänä puhumista samalla tavalla kuin paikalliset sairaanhoitajat, mutteivat kuitenkaan halunneet omaksua kaikkia (australialaisen) vuorovaikutuksen piirteitä (esim. potilaan puhuttelu sanoilla ”love” tai ”darling”, joita L2-sairanhoitajat pitivät liian intiimeinä potilaskontaktissa). Tutkimukseni aineistossa yhdenkään opiskelijan etninen tausta tai äidinkieli ei ole tiedossa. Clyne (1994, 69) varoittaa myös tekemästä yleistyksiä pienen otannan perusteella. Vaikka tutkimuksessani ei voidakaan vahvistaa edellä mainittujen Clynen (1994) ja O'Neillin (2011) tutkimusten havaintoja kulttuuristen ulottuvuuksien vaikutuksesta L2-keskustelussa, on tämänkin tutkimuksen aineistossa mahdollista, että kulttuurinen kommunikaatiotyyli olisi eräs mahdollinen selittävä tekijä direktiivien muotoilussa tai responsseissa. Potilasta näyttelevät sairaanhoitajaopiskelijat eivät simulaatioissa korosta ei-natiivipuhujan identiteettiä, vaan pikemminkin he vaikuttavat tilanteissa pyrkivän esittämään suomen kieltä äidinkielenään puhuvaa opiskelijaa. Myös potilastapauksissa potilaan nimeksi oli valittu etu- ja sukunimi suomeksi. Joissain simulaatioissa potilas tuo esiin (suomalaiseen) kulttuuriin kuuluvia piirteitä, joilla hän perustelee käyttäytymistään.

Direktiivejä suomi toisena kielenä -kontekstissa on tutkinut muun muassa Vuorio (2020): hän tarkastelee pro gradu -tutkimuksessaan keittiömestarin roolin rakentumista direktiivien avulla. Aineisto keskittyy direktiiveihin, joita suomea toisena kielenä puhuva keittiömestari käyttää ohjeistaessaan muita keittiön työntekijöitä. Aineistossa yleisin direktiivityyppi oli imperatiivi. Vuorion mukaan imperatiivimuotoiset suorat käskylauseet voidaan nähdä resurssina,

jonka käytön vuorovaikutuksen sujuvuus mahdollistaa. Toiseksi yleisin direktiivityyppi oli nessiivinen *tarvita*-modaaliverbi. Kolmanneksi yleisimpänä direktiivinä aineistossa on väitelause. (mt.) Vuorion tutkimus eroaa tästä tutkimuksesta muun muassa informanttien määrässä: Vuorio on tarkastellut vain yhden informantin käyttämiä direktiivejä, kun tässä tässä tutkimuksessa aineistona ovat kymmenen eri sairaanhoitajaopiskelijan käyttämät direktiiviset ilmaukset. Lisäksi kyse on keittiömestarin ja alaisten välisestä vuorovaikutuksesta.

Tanner (2012, 38) on tutkinut pyyntöjä S2-oppikirjoissa ja autenttisissa keskusteluissa. Toisin kuin tämä tutkimus, Tannerin tutkimus keskittyy analysoimaan asiakkaan roolia: miten asiakas pyytää vastapuolta tekemään jotakin tai antamaan asiakkaalle tämän pyytämiä tuotteita (mts. 10–11). Tanner jaottelee pyynnöt väitelauseisiin, kysymyslauseisiin ja finitittömiin nominilausekkeisiin: hän tarkastelee erikseen myös käskylauseita (imperatiivia sekä ”imperatiivista passiivia”) sekä esisekvenssin jälkeisiä pyyntöjä (mts. 64–142). Oppikirjadialegeista Tanner nostaa esiin tärkeän huomion progressiosta: oppikirjadialegien vuorovaikutusmallit ja niiden kohteliaisuus ovat sidoksissa erityisesti kieliopin opetuksen progressioon. Esimerkkeinä Tanner käyttää konditionaaliala ja kysymyslauseita, jotka hänen havaintojensa mukaan ovat joidenkin dialogien pyynnöissä lähinnä progression vuoksi eikä sen vuoksi, että pyynnön muoto olisi tyypillinen kyseisessä asiointitilanteessa. (mts. 164.) Lehtimaja ja Kurhila (2018) toteavat, kielenopettajan on vaikea tietää, mitkä toiminnot ovat työssä keskeisiä ja millaisia rakenteita toimintojen tuottamisessa tyypillisesti käytetään. Hyvä kieli on heidän mukaansa tarkoituksenmukaista ja tilanteeseen soveltuvaa: kielenkäyttö on aina sidoksissa kontekstiin. Erilaisten kielenkäyttötilanteiden piirteiden oppiminen vaatii Lehtimajan ja Kurhilan mukaan sitä, että kielenoppiminen sidotaan aitoihin kielenkäyttötilanteisiin, kuten harjoitteluun. Heidän mukaansa kielenoppimiselle tulee olla mahdollisuus myös työelämässä. (mt.)

Kielitaidon kehittymisen näkökulmasta kielellisten rakenteiden resurssit, kuten L2-oppijan modaaliverbien käytön monipuolistuminen, mahdollistavat myös monipuolisempien direktiivisten ilmaisujen rakentamisen. Haltia (2015) on tutkinut modaaliverbien kehittymistä oppijansuomessa *Eurooppalaisen kielitaidon viitekehyksen* taitotasoilla A2–C2. Korpusaineisto koostuu teksteistä, joiden kirjoittajat ovat suomea vieraana kielenä -opiskelijoita ulkomaisissa yliopistoissa. Haltian (mts. 95–99) havaintojen mukaan A2-tasolla opiskelijan käytössä tyypillisesti on vain kaksi modaaliverbiä: *voida* (mahdollisuus) ja *täytyä* (välttämättömyys). B1-tasolla käyttöön tulee lisää verbejä: *pitää*, *tarvita* ja *saada* (joista kahden viimeisen tarkkuus edelleen heikko). B2-tasolla verbien määrä ei kasva, mutta riittävyyden verbien käyttö on kohdekielistä ja varioivaa. C-tasolla käyttöön tulevat myös verbit *pystyä* (C1) ja *saattaa* (C2). Lähes kaikkien modaaliverbien käyttö on *saada*-verbiä lukuun ottamatta tarkkaa. Haltian (mts. 77)

mukaan B1-tasolla oppija osaa muun muassa ilmaista mielipiteitään ja esittää toimintaehdotuksia mm. *pitää*-verbillä, ja lisäksi myös pehmentää ilmausta konditionaalimuodolla. Ongelmina tasolla (sekä myös B2-tasolla) puolestaan ovat muun muassa horjunta modaaliverbien välisten työnjakojen tunnistamisessa, modaaliverbien liikkakäyttö varsinkin kielteisissä rakenteissa sekä *tarvita*-verbin käyttö myönteisessä muodossa. A2-tasolla ongelmia tuottaa resurssien suppeus: modaaliverbien välisen työnjaon hahmottomuus, merkittävä toisto (opiskelija turvautuu jatkuvasti samaan tuntemaansa modaaliseen ilmaisukeinoon) sekä toteava tyyli johtuen asioiden välisten suhteiden ilmaisun puutteesta (mts. 73).

Haltian (2015) tutkimuksen aineisto on kerätty vieraan kielen kontekstissa, ja aineistona ovat tekstit. Hän (mts. 98) tuokin esiin oppimisympäristön mahdollisen vaikutuksen modaaliverbien oppimiseen: vieraan kielen oppimisen kontekstissa merkittävä kohdekielen lähde on luokkahuonevuorovaikutus ja sen materiaalit, kun taas kohdekielisessä kieliympäristössä oppija kohtaa autenttisia kielenkäyttötilanteita. Seilonen (2013, 193) on puolestaan S2-tekstejä (Yleisten kielitutkintojen kirjoittamisen osakokeen suorituksiin) analysoivassa tutkimuksessaan havainnut, että S2-oppijalla on käytössään esimerkiksi nollapersoona jo varhaisessa vaiheessa, A-tasolta lähtien. Myös impersonaalista passiivia aikuiset S2-oppijat käyttävät A1-tasolta alkaen: B1-tasolta lähtien sitä käytetään yhä useammin mentaalisten eikä pelkästään konkreettisten verbien kanssa. (mts. 58–68.) Sairaanhoidajan työssä epäsuorat persoonaviittaukset ovat keskeisiä: epäsuorat henkilöviittaukset auttavat ylläpitämään hyvää hoitosuhdetta, kun sensitiivisiä asioita käsitellään potilaan kasvoja uhkaamatta (Seilonen & Suni 2016, 463).

Kun tarkastellaan tämän tutkimuksen aineistoa, näkökulma laajenee peruskielitaitoa laajemmaksi, työelämän (tai erityisalan, *languages for specific purposes*) kielitaitoon (Kokkonen 2010 42–43). Työelämän kielitaito on kielen käyttöä tietyssä tilanteessa, jolloin puhuja tunnistaa ja osaa käyttää alan vakiintuneita viestinnän konventioita. Konventiot opitaan sosiaalistumalla, yhteisössä toimimalla. Työelämän kielitaito on toiminnallista kielitaitoa, jonka pohjalla on peruskielitaito eli fonologian, sanaston ja rakenteiden osaaminen sekä pragmaattisten ja sosiokulttuuristen käytänteiden tuntemus. Ammatillisen kielen hallitseminen voidaan nähdä osana ammattitaitoa. (mt.) Ammatillinen kielitaito tarkoittaa useiden eri kommunikaatiotilanteiden tunnistamista ja toimimista niissä asianmukaisesti sekä kielellisesti että vuorovaikutuksellisesti (Kuruhila & Lehtimaja 2019, 145). Sosiaalistumalla oppiminen liittyy sosiokulttuuriseen oppimisteoriaan ja laajemmin vuosituhannenvaihteen sosiaaliseen käännteeseen kielenoppimisessa (Kuruhila, Kotilainen & Kalliokoski 2019, 11–14). Sosiaalisen käännteen seurauksena kielenoppiminen alettiin nähdä tiiviisti sosiaaliseen toimintaan pohjautuvana. Sosiokulttuurisen oppimisteorian ohella toinen merkittävä teoria on ekologinen näkökulma, jonka keskeisimpiä

käsitteitä on tarjouma eli affordanssi. Tarjouma on oppijan käyttöönsä ottama semioottinen tai materiaallinen resurssi (esim. fyysinen tila, esineet, muut ihmiset). (mt.)

Komppa (Komppa, Jäppinen, Herva & Hämäläinen 2014, 26–29) on laatinut ammatillisen suomi toisena kielenä -viitekehyksen terveys- ja hoitoalalle sairaanhoitajan työtehtävien kielellisten tarpeiden näkökulmasta. Viitekehyksessä opiskelun tavoitteeksi on asetettu vähintään B2, jolloin sairaanhoitaja kykenee viestimään itsenäisesti ja ohjailemaan tilanteita, ilmaisemaan itseään vaihtoehtoisilla tavoilla, erottamaan muodollisen ja epämuodollisen rekisterin, muokkaamaan viestiään vastaanottajan mukaan sekä käyttämään suomen kieltä myös abstraktien ja käsitteellisten asioiden ilmaisemiseen. Kieliopillisista rakenteista opiskelijan olisi tunnistettava lähes kaikki rakenteet sekä tuottamaan keskeisimmät rakenteet aktiivisesti sekä hallitsemaan alan erityisrakenteita, muun muassa nesessiivirakenteita: *pitää, tulee ja täytyy tehdä*. Sosiolingvivistisistä taidoista korostuvat sairaanhoitajan työssä muun muassa seuraavat viestinnän erityispiirteet: kohteliaisuuden ilmaiseminen (esim. sinuttelun tai teitittelyn valitseminen) sekä persoonan ilmaisemisen välttäminen (ns. nollapersoonan avulla), kehottaminen, käskeminen ja ohjaaminen sekä tunteiden ilmaiseminen sekä eri rekisterien piirteiden tunnistaminen ja tuottaminen. Pragmaattisista tiedoista ja taidoista korostuvat taas keskustelukäytäntöjen tunnistaminen (esim. äänensävyn vaikutus ilmauksen merkitykseen). Nonverbaalisista viestintätaidoista muun muassa kehonkieli, koskettaminen sekä tilan käyttö vuorovaikutuksessa ovat muita viestinnän erityispiirteitä, joita sairaanhoitajan on osattavat ymmärtää ja hyödyntää itse viestinnässään. Viitekehyksessä suullisen viestinnän opiskelumenetelmäksi esitetään muun muassa tilannesimulaatioharjoituksia, joista tämänkin tutkimuksen aineisto koostuu. (mt.)

Domokos (2017) on pro gradu -tutkielmassaan tutkinut suomea toisena kielenä puhuvien sairaanhoitajien toteuttamia kotiuttamiskeskusteluja ammattikielen näkökulmasta. Tutkimustulosten mukaan hoitajat käyttävät ammattikieltä taidokkaasti sopeuttaen sen kulloiseenkin tilanteeseen. Kotiuttamiskeskustelun aikana sairaanhoitaja pyrkii erilaisin kielellisin keinoin rakentamaan luottamuksellista ilmapiiriä ja tarkastelee jatkuvasti antamiensa ohjeiden vastaanottoa. (mt.) Direktiivin muotoilussa haasteena voi olla esimerkiksi sopivan kohteliaan direktiivin valinta (vrt. direktiivien pehmennykset, esim. Somiska 2010) Penttilä (2017) on pro gradu -tutkimuksessaan tutkinut suomea toisena kielenä puhuvien sairaanhoitaja- ja sosionomiopiskelijoiden kohteliaisuuskäsityksiä. Opiskelijat nimesivät kohteliaisuuden keinoina konditionaalimuotoisen vaihtoehtokysymyksen ja teitittelyn: epäkohteliaana pidettiin erityisesti kieltomuotoista imperatiivimuotoa (mts. 15–22).

Seilonen ja Suni (2016) ovat tutkineet neljän suomea toisena kielenä puhuvan sairaanhoitajan ammatillista kielitaitoa moduuleissa, joiden tehtävät myötäilivät hoitoalan työtehtäviä.

Niissä sairaanhoitajat kirjoittivat videoidun puhenäytteen perusteella ja puhuivat kirjallisen tekstin pohjalta. Tutkimus keskittyy ammatilliseen kielitaitoon, jota tarkastellaan seuraavien sairaanhoitajan ammatillisten kielenkäytön funktioiden ja käytänteiden kautta: tiedon antaminen ja ohjaus, toimintaan kehottaminen ja viestin kohdentaminen sekä luottamuksen rakentaminen ja rauhoittelu. Keskeistä on toisaalta rekisterin valinta tilanteen mukaan sekä ilmaisun sujuvuus, tarkkuus ja kompleksisuus. Sairaanhoitajista suurin osa oli saanut Yleisten kielitutkintojen testistä tason 3 (lukuun ottamatta yhtä sairaanhoitajaa, joka jäi useimmissa osakokeissa alle tason 3). Seilonen ja Suni toteavat, että jo tasolla 3 (Eurooppalaisessa viitekehyksessä taso B1) sairaanhoitajat kykenevät osoittamaan vahvaa ammatillista kielitaitoa useimpien funktioiden kohdalla, jopa rekisterinvaihdon osalta. Sairaanhoitajat esimerkiksi käyttivät nollapersoonaa antaessaan ohjeita, ja toisaalta puhuttelevia persoonamuotoja pyrkiessään rauhoittamaan potilasta. (mts. 453–467.)

Seilosen ja Sunin (2016) tutkimuksessa tehtävät suoritetaan melko autenttisten pohjatekstien perusteella. Tehtävätyypit eivät kuitenkaan ole samalla tavalla vuorovaikutteisia, jos niitä verrataan tämän tutkimuksen aineistoon, jossa simulaatiotilanteissa sairaanhoitajaopiskelijan täytyy reaaliaikaisessa vuorovaikutustilanteessa suorittaa samanaikaisesti useita eri toimintoja. Sairaanhoitajaopiskelijalle simulaatiotilanne onkin vaativa, mikä näkyy esimerkiksi toiminnan hidastumisena. (Kuparinen 2021.) Tutkimuksessa kuvatut tehtävätyypit eivät näytä tuovan esiin mahdollisia konfliktitilanteita, joita potilaskontakteissa voi tulla. Sairaanhoitajan täytyy pystyä ylläpitämään ja rakentamaan vuorovaikutusta myös vastaanottotilanteissa, joissa potilas ei ole orientoitunut noudattamaan sairaanhoitajan antamia ohjeita tai on esimerkiksi lievästi humaltunut eikä välttämättä kykene vastaanottamaan sairaanhoitajan direktiivejä. Sairaanhoitaja voi joutua argumentoimaan ohjeidensa merkitystä tai jopa suostuttelemaan potilasta. Sunin ja Seilosen (2016) tutkimustulokset eivät vaikuta tuovan tätä näkökulmaa esiin.

Virtanen (2017) on tutkinut suomea toisena kielenä puhuvien sairaanhoitajaopiskelijoiden ammatillisen suomen kielen taidon kehittymistä työharjoittelussa. Virtasen (2017, 35, 94) mukaan ammatillinen kielitaito voidaan nähdä moniäänisenä, ajallisesti ja paikallisesti muuntuvana taitona: ammatillinen kielitaito on kykyä havaita ja hyödyntää ympäristön tarjoumia. Virtasen tutkimus nojautuu ekologiseen ja sosiokognitiiviseen viitekehykseen kielestä ja sen käytöstä sekä toimijuuden ja osallisuuden käsitteisiin (mts. 32–38). Ammatillisen kielitaidon kehittymiseen kytkeytyy vahvasti tilanteinen toimijuus, jossa oppija havaitsee ja hyödyntää itselleen merkityksellisiä ympäristön resursseja (Virtanen 2017, 78, 80–84). Myös Lehtimaja (2019) on tutkinut sairaanhoitajaopiskelijan kielitaitoa työharjoittelussa, ohjaustilanteissa vuodeosastolla. Lehtimaja tarkastelee vuorovaikutustilanteita S2-oppijan näkökulmasta: oppimisen

kohteina ovat termit, toiminta ja tieto. Erityisesti hän tarkastelee niitä tilanteita, joissa kielenoppija kohtaa työharjoittelutilanteessa uusia asioita tai toimintoja, jolloin muodostuu tarve käyttää uusia kielellisiä resursseja (mts. 178–194). Lehtimaja (mts. 194) toteaa, että ohjaustilanteissa ohjaajan vuorot voivat toimia L2-harjoittelijan resursseina kielenoppimisessa.

Tässä tutkimuksessa tarkastelen oppimistilanteen näkökulmasta symmetristä vuorovaikutustilannetta, kahden (tai kolmen) S2-oppijan välistä vuorovaikutustilannetta. Resurssina toimivat vertaisten vuorot: toiset sairaanhoitajaopiskelijat, jotka asettuvat joskus ”hankalankin” potilaan rooliin mutta myös tukevat simulaatiotilanteen onnistumista (ks. Esimerkki luvussa 2.5.3). Oppimisen kannalta uutena resurssina voitaisiin nähdä ”potilaan” toiminta simulaatiossa. Potilas voi tarjota sairaanhoitajaa näyttelevälle vertaiselleen tilaisuuden harjoitella potilaan ohjaamista ”haastavassa” tilanteessa. Näin sairaanhoitaja pääsee harjoittelemaan esimerkiksi erilaisia direktiivien uudelleenmuotoilun keinoja tilanteessa, jossa kyse ei ole pelkästä ohjeiden ymmärtämisen varmistamisesta (vrt. Kurhila ja Lehtimaja 2019, 153–158). Sairaanhoitaja joutuu kenties vaihtamaan lähestymistapaansa useita kertoja ja muotoilemaan direktiivinsä sen mukaisesti (vrt. Komppa 2019, 28). Lisäksi sairaanhoitajan on otettava huomioon sekä temporaalinen ulottuvuus (kohdistuuko direktiivi välittömään toimintaan vai esimerkiksi pysyvämpään toimintaan potilaan arjessa) että spatiaalinen ulottuvuus (tavoitellaanko direktiivillä esimerkiksi potilaan fyysistä siirtymistä vai onko kyse mielentilan tai asenteen muutoksesta kohdistuvasta direktiivistä, jolloin fyysinen tila ei ole relevantti).

2.5 Simulaatio opetusmenetelmänä ja simulaatioaineiston erityispiirteet

Simulaatio opettamisen näkökulmasta tarkoittaa opetusmenetelmää, jossa rakennetaan todellisuutta vastaava turvallinen oppimisympäristö. Pyrkimyksenä on jäljitellä reaali maailman tilannetta siten, että se mahdollistaisi kokonaisvaltaisen ja kokemusperäisen oppimisen. Simulaatio-opetus rakentuu kolmesta vaiheesta, jotka ovat valmistautumisvaihe (aihealueen käsittely), simulaatioharjoite (varsinainen tavoitteellinen harjoite) sekä jälkipuinti (harjoitteen aikaisten suoritusten purku ja reflektointi). (Jokela, Makkonen & Mikkola 2020, 57–58; Kuparinen 2021.) Simulaatio on tärkeä opetusmenetelmä sairaanhoitajien koulutuksessa, ja sen käyttö on lisääntynyt 2000-luvulla Suomessa (Teräs & Jokela 2015, 137). Myös ympäri maailman simulaatio on paljon käytetty menetelmä terveydenhuollon koulutuksessa, ja sitä myös tutkitaan paljon. Simulaatio tarjoaa sairaanhoitajaopiskelijalle arvokkaan mahdollisuuden harjoitella ohjausta tosielämän tilanteita varten. Tämän tutkimuksen aineiston simulaatiot on rakennettu potilastapauksiksi, joissa hoidettavaa esitti yksi opiskelijoista (Kuparinen 2021). Kun

sairaanhoitajaopiskelijat esittivät myös potilaita, mahdollistui myös opiskelijoiden omien kokemusten tuominen mukaan oppimistilanteeseen (mt.).

Simulaatio on oppimismenetelmänä vaativa: opiskelijoiden täytyy sietää stressiä ja kehittää taitojaan keksiä vaihtoehtoisia ilmaisutapoja. Lisäksi täytyy olla uskallusta heittäytyä tilanteeseen ja luottaa muiden tukeen. (Kuparinen 2021.) Simulaatio on myös haasteellinen kielen oppimisen menetelmänä, sillä kieli ja viestintä eivät ole tilanteessa huomion keskipisteenä, vaan ne ovat lähtökohtaisesti työkaluja autenttista jäljittelevässä vuorovaikutustilanteessa (Kuparinen 2021). Simulaatioiden aikana ohjaava opettaja teki havaintoja siitä, että sairaanhoitajan roolissa toimivan opiskelijan toiminta hidastui tämän suorittaessa montaa prosessia samanaikaisesti. Sairaanhoitajaopiskelijan oli paitsi reagoitava potilaan suomenkieliseen viestintään ja omiin havaintoihin potilaasta, myös haettava muistista tietoa päätöksenteon tueksi ja hallittava hoitotyön kädentaitoja, mikä näkyi toiminnan hitautena. (mt.) Kurhila, Kotilainen ja Kallio-koski (2019, 16) kritisoivat luokkahuoneiden simuloituja vuorovaikutustilanteita: heidän mukaansa ne eivät tarjoa yhtä rikasta ekologista ympäristöä verrattuna autenttisten työpaikkojen semioottisten resurssien kokonaisuuteen (ks. myös Kurhila & Lehtimaja 2019, 164).

Tämän tutkimuksen simulaatioaineistossa opiskelijat harjoittelivat pääsääntöisesti potilasohjausta, joka on keskeinen osa potilaan hoitotyötä. Keskeisiä käsitteitä ovat ohjaus hoitotyössä tai potilasohjaus tai ohjaaminen. Ohjauksen rinnakkaiskäsitteitä ovat neuvonta, terveysneuvonta, opastus, opetus ja tiedon antaminen. Ohjauksessa sairaanhoitaja ja potilas neuvottelevat tavoitteista yhdessä, mutta vuorovaikutuksen eteneminen on hoitajan vastuulla. Vaikka vastaanottotilanteella on rakenne, tilanteen eteneminen on joustavaa ja mukautuu tilanteeseen: vastaanottoa voidaanakin luonnehtia tavoitteelliseksi muttei kaavamaiseksi. (Tanskanen 2020.)

Aineiston potilastapauksissa potilailla useimmiten oli jo aiemmin diagnosoituja pitkäaikaissairauksia. Yleisimmät krooniset eli pitkäaikaiset kansantaudit Suomessa ovat sydän- ja verisuonitaudit, diabetes, astma ja allergiat, krooniset keuhkosairaudet, syöpäsairaudet, muistisairaudet, tuki- ja liikuntaelämistön sairaudet sekä mielenterveyden ongelmat (Jokela, Kilpeläinen, Parikka, Sares-Jäske, Koskela, Lumme, Martelin, Koponen, Koskinen & Rotko 2021, 25). Omahoito (*patient self-management*) on keskeinen osa pitkäaikaissairauksien hoitoa. Pitkäaikaissairauksista kärsivät muodostavat terveydenhuollon henkilöstölle haasteen, sillä heidän omahoitonsa tukeminen on vaikeaa. (Radhakrishnan 2012.) Suurin haaste on potilaiden motiivinnissa: vaikka potilailla olisi tietoa terveellisten elämäntapojen seurauksista, he eivät noudata niitä (Koistinen ja Sahisalmi 2014, 2).

Terveellisten elämäntapojen kehittämiseksi on painetta esimerkiksi kehittää parempia neuvonta- ja ohjauksenkäytäntöjä (Vuori 2015). Toisaalta potilaskeskeistä lähestymistapaa

painotetaan yhä enemmän. Potilaskeskeinen työtapo tarkoittaa, että potilaan osallisuutta pyritään lisäämään ja antamaan potilaalle tilaa omien ajatustensa ja kokemustensa esiin tuomiseen. (Ijäs & Ruusuvaori 2007, 13.) Tavoitteena on realistinen hoitosuunnitelma: suunnitelma, johon potilas voi aidosti sitoutua ja noudattaa. (Routasalo, Airaksinen, Mäntyranta & Pitkälä 2010, 1917–1923). Eräs konstruktivistisesti orientoitunut menetelmä on niin sanottu ”teach back” -menetelmä. Siinä terveydenhuollon ammattilainen pyytää potilasta ohjauskeskustelun aikana kertomaan hoitoon liittyvät keskeiset asiat. Tällöin ammattilainen voi arvioida, millä tavalla potilas on ne ymmärtänyt. Tämä mahdollistaa ohjauskeskustelun räätälöimisen ja keskittymisen niihin asioihin, joita täytyy kerrata. Ohjauskeskustelu jatkuu, kunnes potilas itse tuntee hallitsevansa oman hoitonsa. (Siltanen & Virtanen 2017.) Myös tämän aineiston simulaatioissa ”teach back” -menetelmää käytettiin ohjausmenetelmänä.

Keskustelunanalyysin näkökulmasta simulaatioita on käsiteltävä erilaisena aineistona kuin esimerkiksi autenttista vuorovaikutustilannetta vastaanotolla. Sairaanhoidajan vastaanottilanteen luonne on institutionaalinen, mutta myös simulaatiot oppimistilanteena ovat institutionaalista vuorovaikutusta: osapuolilla on selkeät roolit (opettajat ja opiskelijat), toiminta on tavoitteellista (oppimisen tavoitteet) ja tilanteet tulkitaan institutionaalisen kontekstissa (harjoitustilanne). Institutionaalisilla vuorovaikutustilanteilla voi olla selkeä kokonaisrakenne, käsittelyjärjestys eli agenda. Se säätelee esimerkiksi puheenaiheen, puhumisjärjestyksen sekä puhumiseen käytettävän ajan. (Raevaara, Ruusuvaori & Haakana 2001, 22). Simulaatioissa opiskelijat ovat saaneet potilastapauksen. Tilannetta ja puhumisjärjestystä on harjoiteltu etukäteen: muutamat opiskelijat tukeutuvatkin ajoittain käsissään (tai pöydällä) olevaan kirjalliseen simulaation runkoon tarkistaessaan, mitä oli tarkoitus seuraavaksi tehdä.

Oman ulottuvuutensa tuo myös tilanteeseen kuuluva näytteleminen. Verrattaessa simulaatiotilanteita autenttisiin vuorovaikutustilanteisiin on huomattu, että simuloitujen potilaiden käyttäytyivät yleisesti dominoivammin kuin oikeat potilaat. Rooliaan varten koulutetut potilaat myös usein tarkoituksellisesti pyrkivät tarjoamaan sairaanhoitajalle mahdollisuuksia osoittaa taitojaan esimerkiksi liioittelemalla tilanteita. (Pilnick, Trusson, Beeke, O’Brien, Goldberg & Harwood 2018.) Stokoe (2013; 2014) puolestaan on havainnut aitoja ja simuloituja poliisikuu-
lusteluja verratessaan, että epäiltyä esittävät palkatut näyttelijät tekivät usein haastattelussa sellaisia asioita, joita oikeat epäillyt eivät tehneet, koska näyttelijöille (toisin kuin oikeille epäilyille) tilanne ei aiheuttanut mitään seurauksia todellisessa elämässä. Myös oman aineistoni osalta voidaan pohtia, tekevätkö potilasta esittävät sairaanhoitajaopiskelijat samankaltaisia ratkaisuja esimerkiksi vastustaessaan elämäntapamuutosta. Stokoen (2013) mukaan näyttelijöiden ohella poliisiharjoittelijat toimivat eri tavoin todellisissa ja simuloituissa tilanteissa esimerkiksi

kertoessaan epäilylle tämän oikeuksista: toiminnot tehtiin korostetun selvästi tai eksplisiittisesti, millä varmistettiin, että tietyt toiminnot tulivat näkyviksi vuorovaikutuksessa.

Simulaatiotilanne on opiskelijan kannalta arvioitava oppimistehtävä osana koulutukseen liittyvää kurssia. Tietoisuus arvioiduksi tulemisesta voi aiheuttaa jännitystä, johon jokainen reagoi omalla tavallaan: tämä on huomioitava esimerkiksi itsekorjausten ja epäröinnin analyysissa. Joissakin simulaatioissa potilas tuki sairaanhoitajaa näyttelevää oikean sanan löytämisessä (sana natiivin ja ei-natiivin puhujan välisessä vuorovaikutuksessa ks. esim. Kurhila 2006, 91–152). Toisen korjaaminen voi olla lähtöisin oppimistilanteen luonteesta: tyypillisesti korjaus koskikin sanan sijaan unohdettua toimintoa. Potilas saattaa auttaa sairaanhoitajaa esimerkiksi muistuttamalla jostakin, kuten seuraavassa esimerkissä (Esimerkki 1.):

Esimerkki 1 (S01_astma 07.28–07.43)

```
01 P.S1: onks se=
02 S.S2: =sit°ten°
03 P.S1: >onks toi] tarkotta ↑minulle< että #mä#,
04 (1.6)
05 S.S2: hhhh hhhh
06 (2.2)
07 S.S2: .hhhh he he he .hhh f j(h)joo.f .hhhhhh
08 t(h)ää o ↑k(h)ii ↑kiitos >tänään
09 on niin< .hhh v(h)a- .hhhh fv(h)aikeaf päivä
10 S.S2: [mulle (-)
11 P.S1: [sullon kai pitkä päivä.
12 S.S2: .hhh <kyllä>.
13 P.S1: [ei haittaa.
14 S.S2: [joo.
```

Katkelma on osa lääkeneuvonnan demonstraatiota. Sairaanhoitaja ja potilas istuvat pöydän ääressä. Pöydällä on lääkepakkaus, jota potilas osoittaa samalla kysyen, onko se tarkoitettu hänelle (rivi 3). Sairaanhoitajan nauravasta responsista (rivit 7–9) voidaan olettaa, että lääkepaketin antaminen potilaalle on ollut osa alkuperäistä suunnitelmaa, jonka sairaanhoitaja on unohdannut. Vaikka tässä tilanteessa virhe on pieni, se on kuitenkin osoitus simulaation eduista: opiskelija voi taitoja harjoitellessaan “turvallisesti epäonnistua” ja oppia virheistään ennen työelämään siirtymistä (Tanskanen & Mulder 2021). Turvallisesta oppimisympäristöstä kertoo myös se, että opiskelijat edeltävän esimerkin tavoin pääsääntöisesti tukevat toisiaan simulaatioissa esimerkiksi osoittamalla myötätuntoa: *sullon kai pitkä päivä -- ei haittaa* (rivit 11 ja 13)

Tämän tutkimuksen aineistossa, simuloituissa sairaanhoitajan vastaanottotilanteissa, oli hyvin samankaltainen joustava rakenne kuin Staplesin (2017, 235–279) mallissa: siinä tyypilliset vaiheet sairaanhoitajan vastaanotolla ovat 1) avaus, 2) ongelman määrittäminen, 3) tutkimukset, 4) potilaan taustatietojen kartoittaminen, 5) potilaanohjaus ja 5) lopetus. Aineistossa

on lisäksi tilanteesta riippuvia erityispiirteitä ohjauksen laadusta (esim. lääkelaitteen käytön demonstraatio, elämäntapaneuvonta) riippuen. Kuten mallissa, myös tämän aineiston simulaatioissa vastaanoton eri vaiheet limittyvät keskenään: esimerkiksi vitaalien mittaamisen aikana sairaanhoitaja saattoi tehdä kartoittavia kysymyksiä potilaan elintavoista. Vastaanottotilanteen rakenteeseen vaikuttivat myös muun muassa potilaan kuvailemat oireet ja riskitekijät sekä potilaan ja omaisen tekemät kysymykset.

Suurin osa tämän aineiston simulaatiotapauksista sisälsi 1) avauksen (tervehdykset, henkilötietojen tarkistaminen) sekä 2) ongelman esittelyn (voinnin kysyminen ja kuvaileminen, oireet). Seuraavassa esimerkissä (esimerkki 2) vaiheet käsitellään heti tapaamisen alussa:

Esimerkki 2 (S02_diabetes 00:20–00:47)

```
01 S.S3: .hhh EL↑LA?
02       (0.3)
03 P.S4: joo kyllä=
04 S.S3: =tervetuloa, (.)
05 P.S4: kito:s,
06       (2.3)
07 S.S3: no ni hhh EL↓la hh mitä kuulu.
08       (0.4)
09 P.S4: ↑ihan↑ kaikki oookoo.
10 P.S4: >mutta mulla< (0.4) on .hhhhh
11       (0.6)
12 P.S4: nyt ↑nin (0.4) >terveenä< ei oo hhh (0.3)
13 P.S4: hyvin kuin ennen se ollut.
14       (0.9)
15 S.S3: .hhh ah#aa#. (0.2) no; (0.3)
16 S.S3: m- joo mä sai viesti (.) nyt .hhhhh
17       >et↓tä< hh tuota hhh .hhh että sä oot
18       ollut viime #aikana vähä# ↑väsyny↑?
19 S.S3: .hhhhh ja ↑janoinen↑? hh
20 P.S4: kyllä ollut?
```

Katkelmassa sairaanhoitaja kutsuu potilaan huoneeseen nimellä (rivi 1). Useissa simulaatioissa potilas joko istui valmiiksi pöydän ääressä tai käveli paikalleen ilman erillistä kutsua. Vastaanottotilanteen avaukseen liittyi tyypillisesti myös henkilöllisyyden tarkistaminen kehottamalla potilas antamaan henkilökorttinsa tai kertomaan henkilötunnuksensa. Sen jälkeen joko käsitellään potilaan vointia (rivi 7–15) tai vastaanotolle tulon syytä (rivit 16–20) tai molempia.

Simulaatioiden potilastapauksissa oli erilaisia kuvitteellisia sairauksia: yhteinen teema oli kuitenkin pitkäaikaissairaudet. Osalla potilaista kyseessä oli uusi (mahdolliseen pitkäaikaissairauteen viittaava) oire, ja tällöin vastaanotolla sairaanhoitaja arvioi hoidon tarvetta. Osassa simulaatioista vastaanottotilanteen pääpaino oli pitkäaikaissairauden lääkeohjaus. Muutamissa tapauksista kyse oli omahoidon laiminlyömisestä, jolloin korostuivat elämäntapojen kartoittaminen ja niihin liittyvä neuvonta. Avausvaiheen jälkeen aineiston vastaanottotilanteen rakenteessa onkin paljon variaatiota. Toimintajaksot usein myös lomittuivat keskenään. Tyypillisiä

toimintoja ovat vitaalien mittaaminen (esim. verenpaine, ruumiinlämpö, pulssi), elintapojen ja terveyteen vaikuttavien riskitekijöiden kartoittaminen (esim. pituus ja paino, ruokailutottumukset, liikuntatottumukset, alkoholinkäyttö, tupakointi) sekä lääkkeisiin ja elintapoihin liittyvä neuvonta (esim. astmalääkkeiden käyttö, suositukset liikunnasta ja ruokavaliosta). Vielä diagnoosimattoman sairauden kohdalla sairaanhoitaja antoi alustavan arvion diagnoosista ennen varsinaista lääkärin konsultaatiota. Joissain tapauksissa sairaanhoitaja selitti potilaalle, mitä aiemmin annettu diagnoosi tarkoittaa ja millaisia syitä sairastumisen taustalla voi mahdollisesti olla.

Erilaiset sairaudet edellyttävät luonnollisesti erilaisia mittaus-, ohjaus- ja hoitotoimenpiteitä. Aineistossa esiintyvät diagnosoidut sairaudet olivat kaikki pitkäaikaissairauksia: astma, kohonnut verenpaine, diabetes sekä diabeteksen yhteydessä diagnosoitu keuhkohtaumatauti (COBD). Pitkäaikaissairauksien hoidossa korostuu potilaan omahoidon merkitys sekä potilaan sitoutuminen terveellisiin elämäntapoihin. Tämä oli havaittavissa myös vastaanottotilanteen toimintajaksoissa varsinkin diabetestapausten kohdalla. Diabeteksen omahoito edellyttää ruokavalion tarkkaa seuranta, ja sairaanhoitaja pyrkikin tyypillisesti selvittämään potilaan ruokailu- ja liikuntatottumuksia sekä kartoittamaan riskitekijöitä, kuten tupakointia, alkoholinkäyttöä sekä ylipainoa. Näissä tilanteissa korostui ohjaus, jossa pyrittiin antamaan ohjeita ja neuvoja terveellisemmistä elämäntavoista. Diabetespotilaan ohjauksen yhteydessä ei kuitenkaan käsitelty insuliinin laskemista tai pistämistä: oletuksena oli, että potilas on jo aiemmin opastettu lääkkeen oikeaoppiseen käyttöön, eikä lääkeneuvonta siten ollut keskeistä. Sitä vastoin astman kohdalla korostui nimenomaan lääkehoidon merkitys, ja useissa astmasimulaatioissa painopiste olikin lääkeohjauksessa. Astmapotilaiden kohdalla elämäntavoista käsiteltiin vain liikuntatottumukset: sairaanhoitaja neuvoi potilasta lääkehoidon alkuvaiheeseen liittyvistä liikuntarajoituksista sekä lääkkeen käytöstä liikunnan yhteydessä.

Terveydenhuollon vastaanottotilanteen lisäksi myös simulaatiot ovat institutionaalista vuorovaikutusta: osapuolilla on roolit (opettajat ja opiskelijat), toiminta on tavoitteellista (oppimisen tavoitteet) ja tilanteet tulkitaan institutionaalisen kontekstissa (harjoitustilanne) (Drew & Heritage 1992, 22; Heritage & Clayman 2010, 34–35). Institutionaalisilla vuorovaikutustilanteilla voi olla selkeä kokonaisrakenne, käsittelyjärjestys eli agenda. Se säätelee esimerkiksi puheenaiheen, puhumisjärjestyksen sekä puhumiseen käytettävän ajan. (Raevaara, Ruusuvoori & Haakana 2001, 22.) Simulaatioissa opiskelijat ovat saaneet valmiin potilastapauksen. Vastaanottotilannetta ja puhumisjärjestystä on harjoiteltu: muutamat opiskelijat tukeutuvat ajoittain käsissään (tai pöydällä) olevaan kirjalliseen simulaation runkoon tarkistaessaan, mitä oli tarkoitus seuraavaksi tehdä. Simulaatioissa opiskelijat ovat oppimistilanteessa: päämääränä on har-

joitella ja oppia työelämässä vaadittavia vuorovaikutustaitoja. Simulaatioissa on siis läsnä samanaikaisesti useita institutionaalisen vuorovaikutuksen tasoja: oppimistilanteeseen liittyvä simulaatio harjoittelutilanteena sekä sen sisältö, näytelty sairaanhoitajan vastaanottotilanne. Kurssin opettajan rooli on käynnistää simulaatio, ja hän ilmoittaa siitä yleensä kaiuttimien kautta. Simulaatiotilanteessa huoneessa on muita tilannetta tarkkailevia opiskelijoita, jotka tekevät havainnoistaan muistiinpanoja ja antavat vertaispalautetta simulaatiosta.

Simulaatiossa samat opiskelijat näyttelevät sekä sairaanhoitajan että potilaan rooleja, joten myös ammatillinen (ja tiedollinen) epäsymmetria osapuolten välillä on näyteltyä. Vaikka opiskelijat heittäytyivät simulaation maailmaan ja rooleihinsa, he myös tukivat toisiaan oppimistehtävän suorituksessa esimerkiksi kuiskaamalla toisen unohtaman sanan, mittaustuloksen tai simulaation seuraavan vaiheen. Joissain simulaatioissa oli kuultavissa kommentteja simulaatiota taustalla havainnoivilta opiskelijoilta.

Oppimistilanteeseen liittyi mahdollisesti jännitystä, ja tilannetta kevennettiin muun muassa huumorin keinoin, kuten nähdään seuraavassa esimerkissä (Esimerkki 3.):

Esimerkki 3 (S03_diabetes 01:45–01.53)

```
01 S.S5: henkilötunnus.  
02 (0.5)  
03 P.S6: öaaa kolme kaksi: nolla neljä viis.  
04 (1.0)  
05 S.S5: #o#ke:i? (0.5) aika ↑@lyhyt@,  
06 (1.1)  
07 P.S6: he he
```

Esimerkissä 3 ristiriita potilaan antaman tiedon ja toisaalta maailmantietoon perustuvan ymmärryksen välillä (rivit 3–5) aiheutti komiikkaa, joka näkyi hymyilynä (rivi 5) ja nauruna (7). Osapuolet näyttivät hetkeksi irtautuvan "draaman maailmasta" kommentoidessaan hullunkurista "faktaa". Naurua oli myös sellaisissa neuvontatilanteissa, joissa potilas piti tiukasti kiinni periaatteistaan tai elämäntavoistaan, jotka sairaanhoitaja oli arvioinut epäterveellisiksi.

Muutamissa simulaatioissa sairaanhoitajaopiskelija esitti potilasta, joka ei kuunnellut juuri lainkaan sairaanhoitajan neuvoja. Erään tällaisen simulaation jälkeen erityisen vastakoista potilasta näytelty sairaanhoitajaopiskelija pyysi anteeksi sairaanhoitajaa näytelleeltä opiskelijalta. Anteeksipyyntö voi osoittaa, että haastavan roolin näytteleminen oli tietoisista. Opiskelijoille annetut potilastapaukset eivät kuitenkaan velvoittaneet opiskelijaa näyttelemään "vaikeaa asiakasta": opiskelijat olivat itse luoneet roolihahmonsensa ja valinneet sen käyttäytymistavat. Osalla opiskelijoista oli taustalla lähihoitajaopintoja tai -tutkinto ja sen myötä työkokemusta alalta, mikä on voinut vaikuttaa heidän roolihahmojensa muotoutumiseen.

3 Direktiiviset ilmaukset S2-sairaanhoitajaopiskelijan resurssina

Tässä luvussa kuvaan niitä direktiivisyyden keinoja, joita suomea toisena kielenä puhuvilla sairaanhoitajaopiskelijoilla oli käytössään sairaanhoitajan vastaanoton simulaatioissa. Vastaanottotilanteen aikana sairaanhoitaja ohjaa – institutionaalisen roolinsa velvoittamana ja oikeuttamana – vuorovaikutustilanteen kulkua muun muassa erilaisin kehotuksin, pyynnöin, käskyin ja kysymyksin. Potilaalla on myös mahdollisuus kysyä ja pyytää tarkennusta: osa sairaanhoitajan direktiivisistä ilmauksista aineistossa on potilaan esittämien pyyntöjen tai kysymysten jälkijäseniä. Direktiivien analyysissä merkitykselliseksi osoittautui toiminnan konteksti. Tutkimuksen aineistossa on havaittavissa tilanteisia eroja siinä, miten suomea toisena kielenä puhuvat sairaanhoitajaopiskelijat muotoilevat direktiiviset ilmaisut vastaanoton eri tilanteissa ja toiminnoissa (vrt. Raevaara 2017; Urbanik 2021). Tämän analyysiluvun alaluvut onkin jäsennetty toiminnan näkökulmasta niin, että direktiivien käyttöä tarkastellaan vastaanoton eri vaiheissa.

Seuraavissa luvuissa tarkastelen ja vertailen keskenään direktiivejä seuraavissa vastaanoton toiminnoissa: vastaanottotilanteen avaus ja potilaan tunnistaminen (3.1), vitaalielintoimintojen mittaaminen (3.2), demonstraatio ja lääkeneuvonta (3.4) sekä elämäntapoihin liittyvä ohjaus (3.4). Lisäksi tarkastelen erikseen niitä aineiston elämäntapaneuvontaan liittyviä tilanteita, joissa omainen on mukana vastaanotolla (3.5), ja lopuksi tarkastelen direktiivisiä ilmaisuja vastaanoton lopetusvaiheessa (3.6). Kuvailen direktiivisyyden keinoja, joita sairaanhoitajilla oli käytössään näissä eri vastaanottotilanteen toiminnoissa. Kuvaan tilanteisiin liittyviä erityispiirteitä sekä sitä, miten direktiiviset ilmaisut kytkeytyvät tilanteen tavoitteisiin. Luvussa 3.7 pohdin kokoavasti direktiivejä S2-näkökulmasta ja luvussa 3.8 teen vielä yhteenvedon analyysistä.

3.1 Vastaanottotilanteen avaus ja potilaan tunnistaminen: *Istu*

Ruusuvuoren (2001, 28–29) mukaan lääkärin vastaanotto alkaa tyypillisesti samalla tavalla: alussa lääkäri kutsuu potilaan sisään, tervehtii potilasta ja pyytää potilasta istumaan. Tämän jälkeen potilas kertoo käynnin syyn. Sairaanhoitajan vastaanoton simulaatioissa aloitus ei ollut yhtä suoraviivainen. Vastaanoton avausvaiheeseen liittyvistä toiminnoista (sisään kutsu, potilaan tervehtiminen, ohjaus istumaan, henkilöllisyyden varmistaminen) käsiteltiin jokaisessa simulaatiossa ainakin osa, mutta aina simulaatioissa ei käsitelty kaikkia toimintoja. Kurssin oppimistavoitteiden kannalta ei vastaanottotilanteen avausvaiheen harjoittelu todennäköisesti ollut kaikkein keskeisin tavoite, eikä avauksen jokaisen vaiheen käsittely näyttänyt olevan

pakollinen osa simulaatioissa. Joissain simulaatioista siirryttiin nopeiden tervehdyksen jälkeen käsittelemään vastaanotolle tulon syytä.

Vastaanoton aloitusvaiheeseen kuuluivat useimmiten tervehdykset sekä asettuminen vastakkain simulaatiohuoneen pöydän ääreen. Joissakin simulaatioissa osapuolet istuivat jo valmiiksi paikoillaan simulaation alkaessa. Seuraavassa esimerkissä (esimerkki 4) simulaatio on juuri käynnistynyt. Potilas istuu tuolilla, ja sairaanhoitaja kutsuu potilasta nimeltä. Sairaanhoitaja kutsuu potilaan istumaan:

Esimerkki 4 (S04_diabetes 00:00–00:10)

```
+ S.S7 liike
± S.S7 oikea käsi
* P.S8 liike
ø P.S8 oikea käsi

01      (-)
s.s7    >>istuu pöydän takana->
p.s8    >>istuu pöydän takana->
02 S.S7: #|Korho*nen|+.
          ->+----->
p.s8    *----->*......>*
          #Kuva 1
03      +*(0.6)*+(1.3)*+
s.s7    +.....->
p.s8    *nousee ylös-*kävelee kohti pöytää->
04 P.S8: .hhh +*mo:i,*
s.s7    ->+nousee ylös+
p.s8    ->*seisahtuu pöydän eteen*
05      (0.3)ø(1.9)ø
s.s7    +----->
p.s8    ø.....øottaa kiinni tuolin selkämyksestäø
06 S.S7: +±ø mo:i Matti hyvää päivää.#
          +----->
          ±----->
p.s8    øvetää tuolia taaksepäin->
          #Kuva2
07      (.)±(0.4)(.)ø
s.s7    +----->
s.s7    ±.....*ojentaa avokämmenen kohti tuolia->
p.s8    øv-----ø,,,,,->>
08 P.S8: +±>hy±*vä< ± +päivä,ø
s.s7    +.....->
s.s7    ±,,->±
p.s8    *.....->
p.s8    ->ø
09      (0.5)
s.s7    +.....->
p.s8    *.....->
10 S.S7: °istu°.
s.s7    +.....->
p.s8    *.....->
11 P.S8: *kii+tos.
s.s7    ->+istuu tuolilla pöydän takana--->>
p.s8    *istuu tuolilla pöydän takana--->>
```



#Kuval (S4_diabetes_00:01)



#Kuval (S4_diabetes_00:05)

Potilaan nimi (tai oikeastaan NP-lauseke *Korhonen*?) kysyvällä intonaatiolla (rivi 2) riittää tilanteessa direktiiviksi, joka ilmaisee kutsua. Potilas nousee, siirtyy kohti pöytää ja tervehtii sairaanhoitajaa sävyiltään epämuodollisella huudahduksella *Mooi* (rivi 4) Sairaanhoitaja vastaa epämuodollisen ja muodollisemman tervehdyksen yhdistelmällä: *Mooi Matti hyvää päivää* (rivi 6). Potilas toistaa sairaanhoitajan muodollissävyytteisen tervehdyksen (rivi 8). Potilas vetää oikealla kädellä tuolia taaksepäin istuakseen sille (rivit 6–8). Sairaanhoitaja on ojentanut käsiään eteenpäin kohti potilaan puoleista tuolia ja osoittaa tuolia oikean käden avokämmenellä (rivi 7). Hän kehottaa potilasta istumaan vielä imperatiivimuotoisella direktiivillä: *Istu* (rivi 10).

Kun katsotaan tarkasti tapahtumien ajallista etenemistä katkelmassa, voidaan huomata, että potilaan liike, tuolin vetäminen taaksepäin, on alkanut jo ennen kuin sairaanhoitaja on eleillään tai verbaalisesti kehottanut potilasta istumaan (rivi 5). Vastaavanlaista toimintojen ennakointia on havaittavissa muutamissa muissakin simulaatioissa. Tämä on luonnollista, sillä sairaanhoitajaopiskelijat tietävät ennakkoon potilastapauksen ja miten simulaation tulisi jäsenyä. Avausvaihe ja sen toiminnot ovat myös rutiininomainen osa sairaanhoitajan vastaanottoa.

Terveydenhuollossa potilas tunnistetaan jokaisen terveydenhuoltokontaktin alussa. Sairaanhoidaja tarkistaa potilaan henkilöllisyyden ja pyytää potilasta kertomaan nimensä ja henkilötietonsa. Henkilötietokysymyksiin vastaaminen on rutiininomainen, ongelmaton osa vastaanottotilannetta (vrt. Sorjonen 2001, 92–93). Potilaan henkilöllisyys varmistettiin useimmissa aineiston simulaatiotilanteissa. Sairaanhoidajat tunnistivat potilaan joko kysymällä hänen nimeään tai henkilötunnustaan tai pyytämällä sairausvakuutuskortin eli Kela-kortin (joskus näiden kaikkien yhdistelmänä). Henkilötietojen kysyminen on tiedon pyytämistä potilaalta. Sairaanhoidaja muotoili pyynnön usein polaariseksi kysymykseksi (*Sanotko mulle sun nimi*) tai informaatiokysymykseksi (*Mikä sun nimi on?*) (ISK § 888). Kysymyslause eli interrogatiivilause on yksi kolmesta modaalisesta lausetyypistä. Kysyminen ja interrogatiivisuus eivät kuitenkaan ole välttämättä aina kytköksissä toisiinsa. Kysymiseen ei aina käytetä interrogatiivimuotoista lausumaa, ja toisaalta interrogatiivimuotoisia lausumia käytetään muihinkin tarkoituksiin kuin kysymiseen. (ISK § 1678.) Direktiivi voi saada interrogatiivilauseen muodon, kuten eräässä aineiston simulaatioista, jossa sairaanhoidaja käytti toimintaan viittaavaa *näyttää-*verbiä: *Näytätkö mulle sun henkilötunnus* (ISK § 1645). Tällöin potilaan responssi ei ollut tiedon tarjoaminen vaan toiminta: potilas antoi sairaanhoidajalle (kuvitteellisen) Kela-kortin. Direktiivin ja kysymyksen erottaakin funktio: aidossa kysymyksessä kysymyksen tarkoitus on antaa kysyjälle puuttuva tieto tai varmistus tämän olettamaan asiintilaan (ISK § 1678.) Direktiivissä taas funktiona on käskää, kehottaa, pyytää tai neuvoa puhuteltavaa toimimaan tai olemaan toimimatta tietyllä tavalla: keskeistä on siis toiminta (ISK § 1645). Direktiivi on näin toimintaa ohjaileva lausuma (mt.).

Henkilötietojen tarkistamisessa saatettiin käyttää prototyypillisesti direktiivisen merkityksen saavaa imperatiivilauseetta, jossa imperatiivimuoduksen saa kommunikaatioverbi (kuten *sanoa* tai *kertoa*): *Okei ensi sano mulle sun nimi*. Sävyltään imperatiivi sopii tilanteeseen, kun tilanteen eteneminen edellyttää potilaan yhteistyötä eikä imperatiivin käytön samalla implikoima sairaanhoidajan auktoriteettiasema ole tilanteen kannalta ongelmallinen. Aineistossa sairaanhoidajan pyyntöä ei tyypillisesti kohdella ongelmallisena (paitsi silloin, kun osapuolet eivät muista roolihenkilön nimeä). Imperatiivin käyttö osoittaa sairaanhoidajaopiskelijan tunnistavan tämän vastaanottotilanteen vaiheen konventiot. Imperatiivia ei pidetä epäkohteliaana – sairaanhoidajalla on asemaansa pohjautuva velvollisuus kysyä tietoa ja potilaalla puolestaan antaa tarvittava oikea tieto. Hän on institutionaalisen tilanteen auktoriteetti, joka ei tarvitse syytä eikä perusteluja. Potilas eli vallankäytön kohde hyväksyy sen, että auktoriteetti kohdistaa valtaa hä-

neen. (Stevanovic 2016b, 160–162.) Aineistossa potilas ja sairaanhoitaja suhtautuvat välittömään toimintaan kohdistuviin pyyntöihin (esim. *Istu*) auktoriteetin antamina käskyinä: ne käsitellään ongelmattomina eikä sairaanhoitaja yleensä perustele pyyntöään.

Direktiiviset ilmaukset ja niihin vastaaminen kertovat siitä, millaisessa asemassa osapuolet kokevat toistensa ja itsensä olevan vuorovaikutustilanteessa. Tyypillisesti aineistossa välittömään toimintaan liittyvät, kehotusta tai kieltoa ilmaisevat direktiivit olivat lyhyitä. Sairaanhoitaja ei myöskään perustellut direktiivillä annettua kehotusta. Tästä poikkesi kuitenkin yksi simulaatio (esimerkki 5), jossa sairaanhoitaja pyytää vastaanottotilanteen alussa potilaan sairausvakuutuskorttia nähtäväksi:

Esimerkki 5 (S05_astma 00:10–00:16)

```

± S.S8 oikea käsi
ø P.S9 oikea käsi

01 S.S8:      ±joo                voisittko antaa s- n- (.) kelakortti.
   s.s8      >>±käden selkämys ilmassa±laskee käden pöydälle±----->>
   p.s9                                           ø...->>

02          (0.5)

03 S.S8:      hhh ø±>mä halua<
   s.s8      ->±kääntää kämmenen "lukeakseen kelakortin"±>>
   p.s9      ->øantaa "kelakortin" sairaanhoitajalleø->>

04          ø±(0.7)±ø
   s.s8      ->±---±>>
   p.s9      ø,,,,,,ø

05 S.S8:      ±[#näy#t±
   s.s8      ->±-----±>>

06 P.S9:      ±[>joo<±
   s.s8      ->±-----±>>

07 S.S8:      ±sun,=±
   s.s8      ->±-----±>>

08 P.S9:      ±>±kiitos±<.±
   s.s8      ->±-----±>>

```

Tilanteessa on odotuksenmukaista, että sairaanhoitajalla on velvollisuus ja oikeus tarkistaa potilaan henkilöllisyys. Pyyntönä esitetty *voida*-modaaliverbin konditionaalimuoto **voisitko antaa sun kelakortti** ja puhuttelu (rivi 1) pehmentävät pyyntöä, vaikka vastaavien tilanteiden näkökulmasta tässä tilanteessa sille ei olisi tarvetta. Kun tarkastellaan osapuolten eleitä, huomataan, että ne eivät ole täysin synkronoituja: puhe tulee ikään kuin "jälkijunassa", vaikka toiminto on jo suoritettu. Sairaanhoitaja jatkaa vielä tarkentamalla pyyntöään *mä halua -- näyttää sun* (rivit 3–7) siitä huolimatta, että potilas on jo aloittanut vastaamisen ja tehnyt eleen, jolla hän on antanut kuvitteellisen Kela-kortin sairaanhoitajalle (rivi 3). *Näyttää*-verbiä sairaanhoitaja käyttää tässä nähdäkseni merkityksessä *nähdä*, sillä hänen ei selvästikään ole tarkoitus näyttää henki-

lökorttia kenellekään. Voi olla, että sairaanhoitajaa esittävä sairaanhoitajaopiskelija on jännittävässä tilanteessa epävarma – ehkä roolistaan auktoriteettina tai tilanteeseen sopivista konventionaalisista direktiivisistä ilmauksista ja kohteliaisuuden ilmaisemisesta.

Mä haluan -rakenne esiintyy myös Hyvärisen (2019, 38–39, 42–43, 46, 49, 52–53, 55) tutkimuksessa: Hyvärinen käsittelee rakennetta puhujan funktioiltaan pyyntönä tai vaatimuksena esitettynä väitelausemuotoisena direktiivinä (vrt. ISK § 1663–1666). Hyvärisen aineistossa (positiivinen) rakenne on oppijan käytössä jo melko alkuvaiheessa, lähes samaan aikaan imperatiivi-ilmausten muodostamisen kanssa. Hänen aineistossaan puhuja on lapsi, joka käyttää rakennetta luokahuonevuorovaikutuksessa, lähinnä opettajalle osoitettuna pyyntönä tai vaatimuksena. (mt.) Sairaanhoitajan käyttämä *mä haluan* -rakenne on pyynnön funktiossa aineistossa ainutkertainen: myös toinen sairaanhoitaja käyttää rakennetta, mutta pohjustaessaan potilaalle kohdistamiaan elämäntapaneuvoja (*mä haluan sanoa että--*). Rakenteesta ilmaismasta pyynnöstä voi tulla suorana ja ”pehmentämättömänä” aikuisenkin puheessa vaativan sävyinen, varsinkin kun sitä ei – toisin kuin *voida*-verbiä – pehmenetä konditionaalilla. Esimerkin 5 sairaanhoitajaopiskelijalla on muissakin simulaation vaiheissa haasteita tilanteeseen sopivan kohteliaisuuden asteen ilmaisemisessa, kun hän muotoilee direktiiviä. Vaikka katkelman katkonaisuus ja itsekorjaukset voivat viitata hermostuneisuuteen, voi kyse olla myös siitä, ettei opiskelijalla ole vielä kovin laajaa repertuaaria käytössään erilaisten sävyerojen ilmaisemisessa.

3.2 Vitaalielintoimintojen mittaus: *Noni ensin minä otan niinku vitaalit*

Osassa aineiston simulaatioista sairaanhoitaja mittasi potilaan vitaalielintoimintoja, esimerkiksi ruumiinlämpöä, pulssia, verenpainetta, hengitystiheyttä ja happisaturaatiota. Muita mittaustoimenpiteitä olivat (joillakin vastaanotoilla) pituuden ja painon mittaus BMI-indeksiä varten. Osassa simulaatioista sairaanhoitaja ainoastaan viittasi aiempiin tutkimustuloksiin ja keskusteli niistä tai kuvaili niiden merkitystä hoidon kannalta.

Mittaussekvenssit alkoivat usein pohjustavalla tiedoksiannolla, jossa sairaanhoitaja kuvaa, mitä tulee tapahtumaan. Pohjustus tuotettiin usein eri kielellisin keinoin. Vitaalien mittaussekvenssin alussa sairaanhoitajat käyttivät muun muassa niin sanottua inkluusiivista passiivista: ***Mitataan*** *sun verenpaine* (ISK § 1654). Muotoa kutsutaan myös lääkäripassiiviksi tai lääkärin indefiniitiksi (Sorjonen 2001a, 92). Inkluusiivinen passiivi auttoi rakentamaan tunnelmaa siitä, että kyse on yhteistyöstä. (mt.) Sen avulla lääkäri – tai tässä sairaanhoitaja – pohjustaa välittömästi seuraavaa toimintaa. Inkluusiivisen passiivin käyttö osallistaa potilaan mukaan toimintaan

aktiiviseksi toimijaksi. Tämä korostaa samalla odotuksia siitä, että potilas mukautuu tilanteeseen ja suostuu yhteistyöhön. Inklusivisen passiivin avulla sairaanhoitaja voi tuoda esiin tahotilansa siitä, että potilas tulisi aktiiviseksi ja täysivaltaiseksi dialogin osapuoleksi. Lähitulevaisuuteen viittaava inkluusiivinen passiivi voidaan nähdä myös toiminnan pohjustukseksi ja pehmennyskeinoksi: potilaan oletetaan mukautuvan toimintaan, jonka sairaanhoitaja seuraavaksi esittää. Kyseessä vaikuttaa olevan pyrkimys suuntautua toimintaan kooperatiivisena toimintana. Kooperatiivisessa funktiossa mukana on direktiivisen funktion ominaisuuksien lisäksi puhujan sitoumus olla osallistuja kuvatussa olemisessa tai tapahtumassa. (Larjavaara 207, 501.)

Vaikka passiivimuotoa käytettiin usein välittömän toiminnan pohjustamiseen, käyttivät sairaanhoitajaopiskelijat myös mittaamistoimintaan liittyvän verbin (esim. *mitata*) yksikön ensimmäisen persoonan preesensissä: ***Minä mittaan*** *sun verenpaineen*. Vaikka kyse vaikuttaa olevan tiedonannosta, ei kyse ole ainoastaan informaation vastaanottamisesta. Tiedonanto kohdistuu nimenomaan sellaiseen toimintaan, joka kohdistuu suoraan potilaaseen ja joka samalla edellyttää potilaalta yhteistoimintaa, esimerkiksi käden pitämistä paikallaan tai hihan käärimistä. Potilas ei siis ole vain passiivinen tiedon vastaanottaja, vaan osallistuu mittausilanteeseen. Näin pohjustus saa myös direktiivisen tulkinnan, sillä pohjustuksen jälkeinen potilaan preferoitu responsi on tilanteen onnistumisen vaatima yhteistoiminta, esimerkiksi käden ojentaminen tai istuminen liikkumatta paikallaan. Osoitus aktiivisuudesta on myös se, että potilaalla on mahdollisuus vaikuttaa toimintaan kieltäytymällä toimenpiteestä tai toisaalta osoittaa suostuvansa toimenpiteeseen, kuten seuraavassa katkelmassa (esimerkki 6):

Esimerkki 6 (S6_astma 01:27–01:54)

```
+S.S10 liike
*P.S11 liike

01 S.S10:  no↑ni ensin minä otan niinku vitaa+lit hhh
           s.s10      >>istuu tuolilla+-----+.....>
02 P.S11:  [oke::?]
03 S.S10:  [katsotaan että +.hhh      +
           s.s10                        ->+nousee ylös+
04 S.S10:  [miten ne (-)
           s.s10      +kävelee pöydän päähän+
05 P.S11:  [joo?]
           s.s10      +kävelee pöydän päähän->
06        (1.8)+(0.5)      + (11.0)      + (9.6)      +
           s.s10      ->+ottaa käsidesiä+desinfioi kätensä+laittaa kumihanskat+
```

Katkelmassa sairaanhoitaja pohjustaa siirtymää edellisestä topiikista *noni*-partikkelilla (rivi 1), joka toimii keskustelussa rajasignaalinä ja merkitsee uuden sekvenssin käynnistymistä (ISK § 859). Sairanhoitaja aloittaa mittaussekvenssin kertomalla, mitä aikoo tehdä: *ensin minä otan*

niinku vitaalit – katsotaan että – miten ne (rivit 1–4). Tulevan toiminnan pohjustamista pidetään tärkeänä potilaskeskeisessä hoidossa, koska se osoittaa kunnioitusta potilasta kohtaan ja toisaalta osallistaa potilaan (Staples 2015, 211). Potilas osaa näin varautua siihen, mitä seuraavaksi tulee tapahtumaan. Tulevan toiminnan ennakoiminen antaa potilaalle mahdollisuuden kieltäytyä toimenpiteestä itsemääräämisoikeutensa puitteissa. Esimerkissä 6 sairaanhoitaja käyttää ensin yksikön ensimmäisen persoonan muotoa *ottaa*-verbistä (rivi 1). Tällöin sairaanhoitaja asemoi potilaan ikään kuin osattomaksi toimintaan, jota hän aikoo tehdä. Samanaikaisesti sairaanhoitajan lausuma kuitenkin implikoi, että potilas on se henkilö, jolta nämä vitaalit mitataan, jolloin potilaan myönteinen responssi (suostumus toimenpiteeseen) tulee relevantiksi. Toiminnan onnistumisen ehtona on, että potilas mukautuu yhteistyöhön: potilaan on myös mahdollista vastata kieltävästi. Potilaan vuoro on päällekkäin sairaanhoitajan vuoron kanssa: venytettyä *okei*-partikkelia (rivi 2) on pidetty tyypillisenä vastauksena direktiiveihin (Koivisto & Sorjonen 2021). Esimerkiksi Vuorion (2020, 63) tutkimuksessa *okei* oli tavallisimmin tuotettu responssi keittiömestarin direktiiveihin, joskin kyse on kuitenkin keittiömestarin antamista käskyistä alaisilleen, jolloin osapuolten roolit ovat erilaiset. Toisaalta *okei*-partikkelia käytetään myös tiedon vastaanottamiseen (Koivisto 2017, 474; Pekkanen 2017, 25): potilas voi näin ilmaista suhtautuvansa tilanteeseen myös tietona. Sairanhoitaja täydentää vuoroaan samanaikaisesti potilaan vuoron kanssa käyttämällä inklusiivista passiivia *katsotaan että* (rivi 3). Päällekkäispuhuntuana potilaan responssi on *joo*-partikkelivuoro (rivi 5). *Joo*-partikkelilla on kaksi keskeistä tehtävää: kysymykseen vastaaminen ja pyyntöön suostuminen (VISK § 1045). *Joo* on tyypillinen responssi imperatiivimuotoiseen direktiiviin (ISK § 1216). Sekvenssi jatkuu niin, että sairaanhoitaja desinfioi kätensä ja laittaa kumihanskat käteensä.

Potilaalla on oikeus kieltäytyä itseensä kohdistuvista toimenpiteistä: potilaan ”terveyteen kohdistuva toimenpide voidaan suorittaa vain, jos ihminen on antanut siihen suostumuksen vapaasta tahdostaan ja tietoisena kaikista asiaan vaikuttavista seikoista” (Valvira 2018). Juridisen ulottuvuuden ohella sillä, että sairaanhoitaja pohjustaa potilaaseen kohdistuvia toimenpiteitä, on tärkeä merkitys potilaan turvallisuudentunteen ja yhteistyön sujumisen kannalta. Tämän voi havaita seuraavasta katkelmasta (esimerkki 7), jossa sairaanhoitaja ei pohjusta verbaalisesti lainkaan vitaalien mittauksen alkamista:

Esimerkki 7 (S07_diabetes 02:25–03:32)

+ S.S12 liike
± S.S12 katse

01 P.S03: mä ↑olin tällä jo: vähän aikaa↑ aikaisemmin ja .hhhh .mt
s.s12 >>istuu tuolilla pöytään nojaten->
s.s12 >>katsoo papereita pöydällä->
02 (1.1)
03 P.S03: nyt mulla on taa:s hh (0.6) tosi huono vointi että,
04 (0.6)
05 S.S12: voi [voi]
06 P.S03: [mä tarvin taas teidän apuu. hh
07 (1.0)
08 S.S12: joo. (0.8) .hhhhh+hhhh hh+hh+
s.s12 ->+ojentaa selkensä suoraksi+---+

09 S.S12: +↑.mt (.) + ± no: ↓ni.+
s.s12 +.....+kääntyy kohti kärryä---+
s.s12 ->±kääntää katseensa kärryyn±->
10 +(0.8)
s.s12 +vetää kärryä itseensä päin->
11 S.S12: ↑odota↑ hetki.(0.5) +.hhhhh
s.s12 ->+siirtää tavaroita kärryssä->

12 (1.6)+ (2.1) + (1.0) #
s.s12 ->+desinfioi kädet+ottaa kumihanskat->
#Kuva3

13 (4.1)+± (3.5)
s.s12 ->+kääntyy takaisin kohti pöytää laittaen kumihanskat käteen->>
s.s12 ->±kääntää katseensa kumihanskoihin->

14 P.S03: mitä ↑nyt tapahtuu, ±hhhh
s.s12 ->±kääntää katseensa kärryyn->
15 (0.3)
16 S.S12: joo.(0.5) imä ↑tarkista sun ver^{en}paineen,
s.s12 ->±kääntää takaisin kumihanskoihin->

17 P.S03: [okei
18 S.S12: [ja ver^{en}↑sokeri:↑±
s.s12 ->±kääntää katseensa kärryyn->
19 (0.5)
20 P.S03: oke:i.
21 S.S12: joo.



#Kuva3 (S07_diabetes_02:48)

Ennen katkelman alkua sairaanhoitaja kuunteli aluksi potilaan monivuoroista kertomusta hänen voinnistaan ja oireistaan: katkelmassa näkyy tämän sekvenssin loppuosa (rivit 1–6). Kuten edeltävässäkkin esimerkissä (esimerkki 6), tämänkin mittaussekvenssin alussa sairaanhoitaja käyttää partikkeliketjua *noo ni* (rivi 9) siirtymän signaalina (ISK § 859). Edellisestä esimerkistä

poiketen sairaanhoitaja ei kuitenkaan kerro potilaalle, mitä tarkalleen ottaen seuraavaksi tapahtuu. Sairaanhoitaja kääntyy tuolillaan vasemmalle kohti kärryä ja vetää sen luokseen (rivit 9–10). Kohdistuen katseensa kärryyn hän käyttää imperatiivimuotoista direktiiviä *odota hetki* (rivi 11) kehotuksena. Tämän jälkeen alkaa laittaa kumihanskoja käteen (ks. kuva 3), ja seuraa pitkä hiljaisuus (rivit 12–13). Kuvassa 3 nähdään, että vaikka sairaanhoitajan yläruumis on kääntynyt kohti kärryä, kehon alaosa on kohti potilasta. Sairaanhoitaja on voi näin osoittaa, että hän on orientoitunut pysyvään vuorovaikutukseen potilaan kanssa, vaikka hetkellisesti hänen huomionsa onkin mittaukseen tarvittavissa esineissä (vrt. Kääntä & Haddington 2011, 33).

Potilas on katkelmassa lähes eleetön, ja hänen asentonsa on suunnattu kohti sairaanhoitajaa: katseen tarkkaa suuntaa ei voi kuvista nähdä. Myöskään sairaanhoitajan direktiivin *odota hetki* (rivi 11) jälkeen ei potilas liiku tai sano mitään. Katkelmasta nähdään, ettei sairaanhoitaja koko katkelman toimintajakson aikana ota katsekontaktia potilaaseen. Myös esimerkkikuvassa hänen katseensa kohdistuu kumihanskoihin. Tutkimuksissa lääkärin vastaanotosta on havaittu, että lääkärin kääntäessä katseensa pois potilaasta avauskysymyksen aikana muodostuu potilaalle epäselvyys siitä, kuunnellaanko häntä vai ei (Ruusuvoori 2016, 45–46). Sairaanhoitajan vuoroa seurasi pitkä noin 11 sekunnin hiljaisuus (rivit 12 ja 13), jonka aikana sairaanhoitaja laittoi hanskat käteensä. Epätietoisuus tulevista tapahtumista voi herättää epävarmuutta potilaassa: tässäkin simulaatiossa potilas lopulta katkaisi hiljaisuuden kysymyksellä *mitä nyt tapahtuu* (rivi 14). Vasta tällöin sairaanhoitaja selitti, että aikoo mitata potilaan verenpaineen ja verensokerin (rivit 16–18).

Esimerkin viimeisen *joo*-vuoron (rivi 21) jälkeen sairaanhoitaja asettaa verenpainemittarin pöydälle ja avaa mansetin. Vuoron jälkeen seuraa pitkä, noin 26 sekunnin mittainen hiljaisuus, jonka aikana sairaanhoitaja siis käsittelee verenpainemittaria ja sen jälkeen ottaa katsekontaktin potilaaseen. Potilas ojentaa kätensä, ja sairaanhoitaja asettelee mittarin potilaan käsi-varteen. Asettaessaan mittaria sairaanhoitaja tiedustelee, onko potilas juonut aamulla kahvia. Potilaan vastauksen jälkeen seuraa taas noin kuuden sekunnin tauko, jonka aikana sairaanhoitaja käynnistää verenpainemittarin, ottaa taas katsekontaktin potilaaseen ja tuottaa imperatiivimuotoisen direktiivin *istu siihen rauhassa*. Direktiivi vaikuttaa rutiininomaiselta ohjeelta, sillä potilas istuu jo paikallaan täysin liikkumatta. Direktiivin käyttö voi motivoitua myös oppimistilanteesta: sairaanhoitajaopiskelija voi kenties haluta osoittaa tilanteeseen sopivan rauhoittelun kehotuksen istua rauhassa paikoillaan mittauksen aikana.

Simulaatioissa potilaat näyttelivät mittaavansa erilaisia vitaalielintoimintoja usein ilman varsinaisia laitteita. Seuraavassa esimerkissä (esimerkki 8) on katkelma vitaalien mittauksesta,

kun sairaanhoitaja näyttölee mittaavansa potilaan verenpaineen ja pulssin. Mittausjaksoja aiemmin sairaanhoitaja on mitannut potilaan painon ja pituuden. Potilas on kysynyt stressaavan elämäntilanteensa vaikutuksesta rintatuntemusoireisiinsa ja kysynyt, miten hän voisi vähentää stressiä. Sairaanhoitaja on nojautunut tuolillaan eteenpäin nojaten pöytään ja pitäen käsiä pöydällä edessään. Hän katsoo potilasta, joka puolestaan katsoo alaspäin. Sairaanhoitaja on juuri käyttänyt pitkän vuoron vastatessaan potilaan kysymykseen ja neuvoessaan potilasta oman ajan löytämiseen. Verenpaineen ja pulssin mittaamissekvenssit alkavat riviltä kaksi:

Esimerkki 8 (S08_sydänoireita 05:35–07:12)

```

+ S.S13 kädet
* P.S01 oikea käsi

01 S.S13: mutta (.) pitä löytä .hhhhhh oman aika. hh (0.8)+.nhhhhhh
s.s13 >>kädet yhdessä irti pöydästä lähellä vartaloa+.....->
p.s01 >>piteleee kynää kädessä->
02 S.S13: +ja sitten sä +*hh +minä >mita*tan +sun< (1.0)
s.s13 +kädet erilleen+....+kädet pöydälle----+.....>
p.s01 ->*kynä vas. käteen--*.....->
03 S.S13: <ve*ren<+pa:ine>, (1.1)+ tsss +
s.s13 ->.....+mittausele+,,,,,->+kädet pöydälle->
p.s01 ->*ojentaa oikean käden->
04 (.)+(2.4)
s.s13 ->+ottaa oikealla kädellä kynän->
05 S.S13: *.hh+h *sitten sun ve*renpaine *se on hh*hh
s.s13 ->+kädet pöydällä->
p.s01 ->*....*käsi otsalla---*,,,,,,*kynä oik. käteen*->
06 S.S13: .hhh sata< (1.0) nelkyt (0.4) +>ja sitten<
s.s13 ->+.....->
07 S.S13: alapaine *son satta ja *sitten minä
s.s13 ->+vas. käden kaksi sormeaa P:n ranteella->
p.s01 - >*.....*nyrkki kiert.ulospäin->
08 S.S13: minä mitatan ↑*tässä
p.s01 ->*siirtää kyynärpäätä*
09 .hhhh*hhhh hhhhhhhh
p.s01 ->*kynä vasempaan käteen->
10 S.S13: odo°ta° *.hhhhhhh
p.s01 ->,,,,,*käsi paikallaan pöydällä->
11 S.S13: minä ↑yri↑tän. hh
12 (7.0)# (57.0) +(2.3)
s.s13 ->+vas. käsi pöydälle->
#Kuva4
13 S.S13: *sitten hh (.) plussa son (2.3) kolme .hhhhhh kertaa ↑neljä↑.
p.s01 ->*kynä oikeaan käteen->>

```



#Kuva4. (S08_sydänoireita_06:07)

Esimerkissä siirtymää mittaussekvenssiin signaloi lisäävällä partikkelilla *ja* (ISK § 804) ja *sitten*-partikkelilla alkava vuoro (rivi 2). *Sitten*-partikkelilla sairaanhoitaja voi kohdistaa potilaalle käskyn, pyynnön tai ehdotuksen (vrt. Vuorio 2020, 45–51). Raevaara (2017) toteaa, että *sitten*-partikkeli mahdollistaa direktiivin toiminnan ajallisen (temporaalisen) hallinnan. Kuten edeltävissä esimerkeissä (esimerkit 6 ja 7) sairaanhoitaja pohjustaa tulevaa mittausta kertomalla, että aikoo nyt mitata potilaan verenpaineen: *ja sitten minä mitatan sun verenpaineen* (rivi 2–3). Lausumassa hän käyttää yksikön ensimmäistä persoonaa, konkreettiseen toimintaan viittaavaa *mitata*-verbiä ja puhuttelevaa pronominia *sun* objektina toimivassa substantiivilausekkeessa *sun verenpaineen*, jolla sairaanhoitaja asemoi potilaan toiminnan kohteeksi. Pohjustavaa lausumaa seuraa noin sekunnin tauon jälkeen sairaanhoitajan tekemä mittausääni ja ele (rivi 3), jolla hän näyttää mittaavansa potilaan verenpaineen. Sairanhoitaja ei nouse paikaltaan, vaan nojautuu eteenpäin ja tekee mittauseleen molemmilla käsillään. Tätä ennen potilas on juuri ojentanut vasemman käsivartensa pöydälle.

Potilas ei käytä tilanteessa puheenvuoroja, vaan mukautuu toimintaan. Sairanhoitaja ei edes odota potilaan responsia vaan ryhtyy välittömästi toimintaan, mitä potilas ei vastusta. Sairanhoitaja on siis selkeästi auktoriteetti, joka tässä vastaanottotilanteessa voi kohdistaa potilaaseen toimenpiteitä (Stevanovic 2016b, 160–162). Sairanhoitajan pohjustavaa ilmausta voi tästä näkökulmasta pitää direktiivisenä: sairaanhoitaja ennakoi toimenpidettä, jonka aikoo kohdistaa potilaaseen, ja samalla tarjoaa potilaalle mahdollisuuden kieltäytyä toimenpiteestä. Potilaan toiminta ei ole irrelevanttia mittaustilanteessa, joka kohdistuu häneen: mittaus edellyttää potilaalta yhteistoimintaa ja mitattavaksi suostumista. Mittaus epäonnistuu, jos potilas esimerkiksi vetää kätensä pois sairaanhoitajan ulottuvilta. Mittaus välittömästi pelkän pohjustavan di-

rektiivisen ilmauksen jälkeen voi oikealla vastaanotolla olla epätyypillinen tilanne, mutta esimerkin simulaatiotilanteessa molemmat käsittelevät sitä ongelmattomana direktiivinä, jolloin välttämättä muita direktiivejä ei tarvita. Tämä saattaa johtua esimerkiksi simulaatiotilanteeseen liittyvästä aikapaineesta: mittaustilanne hoidetaan mahdollisimman nopeasti. Molemmat myös todennäköisesti tietävät, millaisia mittauksia simulaatiossa tulisi tehdä. Toisaalta samankaltainen pohjustus voidaan havaita esimerkissä 6 (rivi 1–4), joskin pohjustusta seuraa siinä varsinaiseen mittaukseen valmistautuminen (käsien desinfiointi ja kumihanskojen pukeminen). Mittaussekvenssiä pohjustava lausuma muistuttaa tiedoksiantoa, mutta toisaalta edellyttää potilaalta suostumusta ja yhteistoimintaa. Sen avulla sairaanhoitaja voi hakea potilaan suostumusta toimenpiteeseen ja samalla rauhoitella häntä (vrt. Esimerkki 7).

Esimerkissä 8 verenpaineen mittauksen näytteleminen on lyhyt, noin viiden sekunnin pituinen jakso. Tämän nopean sekvenssin jälkeen sairaanhoitaja kertoo kuvitteelliset verenpainemittauksen tulokset ja sen jälkeen siirtyy välittömästi mittaamaan potilaan pulssin. Hän käyttää jälleen pohjustavaa ilmausta: *sitten minä mitatan tässä* (rivi 7–8). Tällä kertaa hän näyttää todellisuudessa mittaavan potilasta näyttelevän sairaanhoitajaopiskelijan pulssin asettamalla vasemman kätensä kaksi sormea potilaan ranteelle (ks. kuva 4). Tätä seuraa hiljaisuus, kun sairaanhoitaja tunnustelee sydämenlyönnejä. Potilas ei sano toimintajakson aikana mitään. Keskustelussa potilaan osallistuminen toimintaan riittää direktiivisen ilmauksen responssiksi, kun direktiivi koskee välitöntä toimintaa. Potilas nostaa vasemmalla kädellään kynän pois oikeasta kädestään, minkä vuoksi ranne liikaa (rivi 9). Sairanhoitaja reagoi heti lyhyellä direktiivisellä ilmauksella käyttäen imperatiivimuotoa *odota* (rivi 10) ja jatkaa *minä yritän* (rivi 11) kuin selittääkseen, että aikoo oikeasti mitata potilaan pulssin eikä vain näytellä mittaamista (kuten verenpaineen mittauksessa toimittiin). Imperatiivin käyttö liittyy välittömään toimintaan liittyvään kehotukseen tai käskyyn. Toisin kuin edeltävässä näytellyssä mittaustilanteessa oikea mittaussekvenssi pitää sisällään muitakin direktiivejä kuin pohjustuksen.

Kuten edellä havaittiin, sairaanhoitaja ohjaa toimintaa direktiivien avulla myös mittaussekvenssin aikana. Direktiivi koskee tällöin välittömään toimintaan liittyviä toimintaohjeita. Kielellisenä keinona oli tyypillisesti imperatiivimuotoinen verbi, kuten myös seuraavassa katkelmassa (esimerkki 9):

Esimerkki 9 (S09_sydänoireita 02:39–03:33)

+ S.S14 liike
* P.S12 liike

01 S.S14: °mä kirjoitan tämä° mä +(0.8) tarkistan .hhh

```

>>istuu tuolilla-----+.....->
02 S.S14: uudellen+
          ->+nousee ylös->
03      (0.3) +
          s.s14 ->+....->
04 S.S14: si[nun verenpaine
05 P.S12: [°o:kei°,
06 S.S14: +ja katso#tan# +jos (0.4) se laskee tai +#ei#.
          +seisoo kärryn edessä+ottaa verenpainemittarin+...->
07      +(2.2) +
          s.s14 ->+kävelee kärryn taakse+
08 S.S14: +sä voit +olla rauhallisesti istu rauhallisesti,#+
          +kääntyy kohti P:ta+kävelee pöydän viereen-----+
                                                    #Kuva5

09 P.S12: +joo. (.) + istun.
          s.s14 +seisoo pöydän takana+kävelee P:n viereen->
10      (3.7)
11 S.S14: >okei ja< laita +kädet #tänne#päin.
          ->+asettaa P:n käden pöydälle->
12 P.S12: hhhhh+hhhhhhhhhhh (0.7) .hhhhhhhhhhh (2.1)+
          s.s14 ->+avaa verenpainemittarin tarran-----+
13 S.S14: +>minä tarkistan sinun verenpainen< ja me katsomme jos
          +laittaa verenpainemittarin P:n käteen->
14      (0.6)
15 S.S14: se ↑on laskettu tai ei .hhh
16 P.S12: mmm. hhh
17      (3.2)+(5.8)
          s.s14 ->+pitelee potilaan käsivartta->>
18 S.S14: okei?

```



#Kuva5 (S09_sydänoireita_02:50)

Sairaanhoitaja aloittaa kehotuksensa ensin puhuttelulla, yksikön toisessa persoonassa olevalla *voida*-modaaliverbillä *sä voit olla rauhallisesti* ja jatkaa sen jälkeen imperatiivilla *istu rauhallisesti* (rivi 8). Vaikka sairaanhoitajan vuoron voisi tulkita reaktiona potilaan liikkeeseen, videolla potilas ei kuitenkaan ole liikkunut lainkaan ennen vuoroa. Potilaan kädet ovat olleet ristissä vartalon edessä. Potilaan katse on seurannut sairaanhoitajaa, joka nousee ylös ja ottaa apupöydältä verenpainemittarin. Potilas osoittaa myöntävänsä direktiiveihin vuorossaan *joo istun*. Sen

jälkeen sairaanhoitaja pyytää imperatiivimuotoisella direktiivillä potilasta asettamaan kätensä mittausta varten sopivaan asentoon: *laita kädet tännepäin*. Imperatiivia käytetään jälleen välittömään toimintaan liittyvään pyyntöön tai kehotukseen (Auer 2017, 412; vrt. Sorjonen 2001, 90–91). Pyyntöön liittyy myös fyysinen ele ja kosketus, kun sairaanhoitaja asettaa potilaan käden pöydälle: ensin sairaanhoitaja nopeasti koskettaa pöytää, minkä jälkeen hän ohjaa potilaan jo hieman ojennetun oikean käden pöydän päälle tarttumalla potilaan ranteesta (rivi 11) ja asettamalla sen oikeaan asentoon pöydän reunaa vasten. Potilas ei kohtele sairaanhoitajan käskyä tai elettä ongelmallisina, vaan mukautuu toimintaan: nauhoitteelta ei kuulu muuta kuin hänen hengityksensä (rivi 12), ja hän antaa ranteen nojata pöytää vasten odottaen varsinaista mittausta.

Katkelman lopussa sairaanhoitaja aloittaa uuden mittaussekvenssin pohjustamalla jälleen toimintaa samoin kuin aiemmin: *minä tarkistan sinun verenpaine*. Sekvenssissä korostuu kuitenkin nyt kooperatiivinen funktio (Larjavaara 207, 501), kun sairaanhoitaja syntaktisesti rakentaa potilaan yhteistoiminnan subjektiksi käyttämällä monikon ensimmäistä persoonaa: *me katsomme jos se on laskettu tai ei*. Potilaan reaktio laskevalla intonaatiolla lausuttu *mm*-partikkeli (ISK § 1047) toimii jokseenkin samoin kuin *joo*-partikkeliresponssi: potilas osoittaa sen avulla, ettei hän ole lisäämässä puheenaiheeseen sanottavaa. Vuoroa seuraakin tauko.

Aineiston vitaalielintoimintojen mittausten sekvensseissä voidaan havaita useita yhdistäviä tekijöitä. Ensinnäkin toimintaa pohjustamalla sairaanhoitaja pyrkii joko rakentamaan yhteistoimintaa tai vähintäänkin viestimään potilaille, millaisten toimenpiteiden kohteeksi hän on pian joutumassa. Aineistossa keskeinen resurssi on niin sanottu “lääkärin passiivi” tai yksikön ensimmäisen persoonan presensmuotoinen ilmoitus siitä, mitä sairaanhoitaja aikoo seuraavaksi tehdä. Toiminta kohdistuu potilaaseen, ja pohjustus tarjoaa potilaalle mahdollisuuden kieltäytyä osallistumisesta. Potilas pääsääntöisesti mukautuu toimintaan eikä välttämättä edes anna verbaalista responssia. Sekvenssien aikana sairaanhoitaja saattaa pyytää tai käskää potilasta toimimaan tietyllä tavalla tai olemaan esimerkiksi liikkumatta. Keskeinen kielellinen resurssi tällaisten direktiivien muotoilussa on imperatiivi, joka tyypillisesti liittyy välittömään toimintaan (Auer 2017, 412).

3.3 Demonstraatio ja lääkeneuvonta: *Hengitä kaikki sinne sisään*

Kuten edellisissä luvuissa on jo kuvattu, sairaanhoitajan vastaanotolla potilaalta odotetaan välitöntä toimintaa erityisesti vastaanottotilanteen alussa ja mittaustilanteissa. Vastaanottotilanteen jälkeistä toimintaa koskevia ohjeita potilas saa aineistossa puolestaan elämäntapamuutoksiin liittyvinä neuvoina ja ohjeina (vrt. Sorjonen 2001). Ajallisen kehyksen kannalta eräänlaisen

rajatapauksen muodostavat aineiston demonstraatiot. Näissä simulaatioissa potilas on jo aiemmin saanut astmadiagnoosin, ja hän on tullut vastaanotolle, jotta sairaanhoitaja neuvoisi häntä PEF-testin (*peak expiratory flow*, ulosvirtauksen huippu) ja astmalääkkeiden käytössä. Lääkneuvonnassa sairaanhoitaja näyttämällä havainnollistaa lääkkeen tai välineen käyttöä. Sairaanhoitaja ohjaa potilasta jäljittelemään hänen antamaansa esimerkkiä. Demonstraation tavoitteena on, että potilas kykenisi toimimaan samoin kotonaan. Lääkkeen käytön opettelussa sairaanhoitaja viittaa sekä nykyhetkeen (esimerkin antaminen ja virheiden korjaaminen) ja toisaalta vastaanottotilanteen jälkeiseen toimintaan. Sen sijaan lääkkeen käytön annosteluun tai aikaan (kestoon, toistuvuuteen) liittyvät ohjeet ovat yksiselitteisemmin tulevaisuuteen projisoivia.

Potilaanohjauksessa demonstraation tavoitteena on havainnollistamalla näyttää potilaalle, miten jokin toimenpide (tai tässä tapauksessa lääkelaitte) toimii (Rantovaara & Vehmasalo 2010, 29–30). Keskeistä on episteeminen ulottuvuus: useimmiten potilas oppii tilanteessa jotakin uutta. Tavallisessa vastaanottotilanteessa olisi odotuksenmukaista, että myös potilaan responsit jollain tavalla indikoivat tiedollista muutosta ja uuden informaation vastaanottamista. Uutena informaationa vastaanottaminen on siis mahdollinen responsi myös silloin, kun sairaanhoitaja muotoilee demonstraation toimintaohjeen direktiivien avulla (eikä esimerkiksi kuvailemalla, miten laite toimii). Vaikka kyseessä on simulaatio, jossa molemmille sairaanhoitajaopiskelijoille lääkkeen toimintaperiaatteet ovat todennäköisesti jo tuttuja, potilasta näyttävä sairaanhoitajaopiskelija pääsääntöisesti eläytyi roolinsa tiedollisesti rajattuun asemaan ja vastauksillaan ja kysymyksillään asemoi itsensä maallikoksi. Potilas vastaanotti siis sairaanhoitajan ohjeet uutena tietona ja samalla kohteli sairaanhoitajaa episteemisenä auktoriteettina.

Varsinkin demonstraatioissa sairaanhoitajat käyttivät monipuolisesti eri vuorovaikutuksen resursseja. Demonstraatioissa sairaanhoitajalla on pöydällä edessään ne lääkelaitteet, joiden käyttöä hänen on tarkoitus demonstroida. Lääkelaitteiden käytön demonstroinnin yhteydessä sairaanhoitajat käyttivät toimintaa ohjaavia sekä lääkelaitteen käyttöä imitoivia eleitä sekä direktiivisiä kielellisiä ilmaisuja. Useimmiten direktiivit olivat modaalisesti velvoittavuutta ilmaisevia lausumia. Demonstraatiosekvenssissä ei käytetty vain yhtä tapaa rakentaa direktiivi, vaan sairaanhoitaja rakensi demonstraation direktiivejä usein eri syntaktisin keinoin. Näitä olivat esimerkiksi erilaiset nesessiivirakenteet (*pitää, täytyy, on tärkeää*), lupaa (*sen jälkeen sä voit puhdistaa*) tai kieltoa (*ET voi sä hengitä ylös*) ilmaisevat modaaliset rakenteet sekä imperatiivit (*ja sitten lääket jälkeen merkkää myös*). Osassa demonstraatioita ohjattiin potilasta yksikön toisen persoonan väitelausein (*sit – sä merkitset tähän – mikä numero sä – puhaltaa ennen lääket*). Käytössä oli myös direktiiviä pehmentävä nollapersoonaa (*tää lääke pitää AVAta täältä*) (Somiska 2010, 48–54).

Demonstraatiot olivat tyypillisesti pitkiä toimintajaksoja, joissa potilaat asemoivat lyhyiden partikkelivuorojen avulla itsensä kuuntelijoiksi. Usein potilaan responsseina oli partikkeli *mm*, *mm-mm* tai *joo*. Tyypillinen responssi oli myös tiedon vastaanottamiseen käytetty partikkeli *okei* (Koivisto 2017, 474; Pekkanen 2017, 25), jota on pidetty tyypillisenä vastauksena direktiiveihin (Koivisto & Sorjonen 2021). Potilaan lyhyiden partikkelivuorojen myötä sairaanhoitajan vuorosta muodostuu moniyksikköinen vuoro (ISK § 1005).

Demonstraatiosekvenssi rakentuu tyypillisesti vaiheittaisesta toiminnasta: sairaanhoitaja havainnollisti simulaatiossa sellaisten lääkkeiden tai lääkelaitteiden käyttöä, jotka edellyttävät tiettyjen toimenpiteiden suorittamista järjestyksessä. Sairanhoitaja pilkkoo ohjeistuksen osiin, ja kuvailee jokaisen vaiheen erikseen (vrt. Due ym. 2019, 24). Potilas on orientoitunut kuuntelemaan ja osallistuu keskusteluun lyhyin partikkelivuoroin. Seuraavassa katkelmassa (esimerkki 10) nähdään esimerkki tällaisesta sekvenssistä. Ennen katkelman alkua sairaanhoitaja on juuri neuvonut potilasta PEF-testin käytössä. Tässä katkelmassa sairaanhoitaja käynnistää uuden demonstraatiosekvenssin, jossa hän neuvoo potilasta astmalääkkeen käytössä:

Esimerkki 10 (S10_astma 03:40–05:21)

```

+ S.S12 liike
* P.S15 liike
pak pahvinen lääkepakkaus
lääk varsinainen lääke (laite)

01 S.S12:   jaa myös lääkäri on +määrännyt
                                +ottaa pak käteensä->
02         (0.9)
03 S.S12:   .hh tää (.) lääke.
04         (1.7)
05 S.S12:   .mt myös (0.5) +>ja mä< (.)
                                ->+avaa pak->
06 S.S12:   vähän hoietaan >millä tavalla
07 S.S12:   sä voi hoitaa< tää #lää#ke.
08 P.S15:   +okhei? hhh      +
s.s12      ->+ottaa lääk pois pak+
09         +(6.6)              + (11.0)              +
s.s12      ->+laskee pak pöydälle+käsittelee papereita lääk kädessä+
10         +(1.8)              +
s.s12      +nostaa lääk käsissään lähemmäs P:ta+
11 S.S12:   jjoo.
12         (2.7)
13 S.S12:   tää lääke pitää AVA+ta täältä?+
                                +avaa lääk+kääntää lääk->
14 P.S15:   mm-mm?
15         (1.4)
16 S.S12:   +>sitten<
                                ->+irrottaa osan lääk->
17         (1.1)
18 S.S12:   oteta-.
19         (1.2)
20 S.S12:   pois?+
                                ->+laskee osan pöydälle
21 P.S15:   mm-mm?+

```

s.s12 ->+irrottaa toisen osan lääk->
22 (3.1)
23 S.S12: +ja #tää pitää, +
->+pitää osaa kädessään+
#Kuva6
24 (1.1)
25 S.S12: pois myös.
26 P.S15: mmkei.=
27 S.S12: =#ja# hengitä sisään?
28 P.S15: mm-mm?
29 (3.0)
30 S.S12: ja pai#ne+ta#,
+painaa lääk painiketta->
31 (1.2)
32 S.S12: +[>tämä<
->+
33 P.S15: [oke:i.
34 S.S12: yks kerran (.) +ja
s.s12 +hav. käsillään hengityksen liikettä->
35 S.S12: >hengitä kaikki +sinne< (.) sisään,
->+
36 (0.9)
37 P.S15: okei?
38 S.S12: +#ja# hh
+yhdistää irrottamansa osan lääk->
39 (1.0)
40 S.S12: sen jälkeen?+
->+
41 (3.2)
42 S.S12: >lääke jälkeen< sitte,
+ottaa toisen osan käteensä->
43 (0.7)
44 S.S12: +ota i- ihan pieni ve- (0.4) vettä suu-
->+vie lääk lähelle kasvojaan+
45 S.S12: [suussa+
+yhdistää kaksi lääk osaa->
46 P.S15: [o-
47 (0.5)
48 P.S15: okei?=
49 S.S12: =ja (.) >ota sen pois<.
50 (2.6)
51 P.S15: *>paljonko käyttää<* minä tarvitse käyttää tämä?<
->*osoittaa lääk-----*
52 (0.8)
53 S.S12: joo. (0.4) se on aamu ja ilta.
54 (0.7)
55 P.S15: aamu ja ilta?=
56 S.S12: =joo. (0.6) hhhh aamu ja ilta.
57 (6.0)
58 S.S12: +joo.
->+laittaa lääk pak sisään->
59 (4.5)
60 P.S15: oke:i.
61 S.S12: +@ole hyvä@, +
s.s12 +ojentaa pak P:lle+



#Kuva6 (S10_astma_04:27)

Kuten aiempien vastaanoton vaiheiden kohdalla, myös tässä katkelmassa nähdään sairaanhoitajan pohjustavan demonstraatiosekvenssiin siirtymistä (rivit 1–7). Tämän jälkeen alkaa varsinainen demonstraatio, jossa sairaanhoitaja suullisesti kertoo lääkkeen käytöstä samalla kun näyttää, miten lääkettä tulee käyttää. Tässä vaiheittaisessa demonstraatiossa sairaanhoitaja käyttää aluksi nollapersoonamuotoista nessesivirakennetta *tää lääke pitää AVAta täältä* (rivi 13), jota seuraa passiivimuotoinen *oteta- pois* (rivit 18–19). Hän jatkaa taas *pitää*-nessessiivi-verbillä: *ja tää pitää pois myös* (rivit 23–25). Tällöin hän kuvaa lääkkeen valmisteluvaihetta. Sen jälkeen seuraa varsinainen lääkkeen käytön demonstraatio, jossa sairaanhoitaja antaa ohjeet. Nyt persoona muuttuu: sairaanhoitaja käyttää puhuttelevaa yksikön toisen persoonan imperatiivimuotoa *ja hengitä sisään* (rivi 27) ja jatkaa yhteistoiminnallisuutta luovalla passiivilla *ja paineta tämä* (rivit 30–32). Sitä seuraa jälleen imperatiivimuotoinen ohje: *yks kerra hengitä kaikki sinne sisään* (rivi 34–35) ja lääkkeen jälkeen *sitte ota ihan pieni vettä suussa – ja ota sen pois* (rivit 42–49). Imperatiiveilla sairaanhoitaja voi ilmaista asennoituvansa käskyjensä edellyttämiin toimiin helposti toteutettavina ja vaivattomina (vrt. Raevaara 2017).

Kun potilas kysyy ohjetta lääkkeen käytön ajankohdasta, ohjeena toimii pelkkä ajallinen rajaus *se on aamu ja ilta* (rivi 53). Potilas toistaa vastauksen kysyvällä intonaatiolla (rivi 55), mikä jälkeen sairaanhoitaja toistaa vielä ohjeen *joo aamu ja ilta* (rivi 56). Seuraa tauko, sairaanhoitajan *joo*-partikkeli sekä lyhyempi tauko. Sen jälkeistä potilaan *okei*-partikkelista muodostuvaa responssia sairaanhoitaja kohtelee riittävänä ymmärryksen osoituksena, sillä sairaanhoitaja ei tuota siihen laajennettua responssia (vrt. Kurhila & Lehtimaja 2019, 155). Sen sijaan sairaanhoitajan seuraava vuoro on *ole hyvä*, jolloin hän ojentaa lääkepakkauksen potilaalle.

Direktiivin muoto vaikuttaa siihen, millainen on muodoltaan sen preferoitu responsi: esimerkiksi deklarativimuotoisen direktiivin voi ottaa vastaan kuin uutisen (ISK § 1217). Katkelmassa potilaan responsit ovat *okei*-partikkelin variantit (*mmkei*, *okhei*) sekä *mm-mm?*-partikkeli. *Mm-mm?*-partikkelivuorossa tuotetaan prosodian avulla lisämerkitys, jolla ilmaistaan uutisen vastaanottamista (ISK § 1047). Direktiivien tuottajalla olisi tällöin sekä deonttinen että episteeminen auktoriteettiasema (valtaa ja tietoa, vrt. Clyne 1994, 65). Partikkelia *okei* käytetään hyväksyvänä partikkelina ('selvä') tai erilaisten informointien vastaanottimena (Pekkanen 2017, 25; Koivisto & Sorjonen 2017). Myös Vuorion (2020, 63) tutkimuksessa keittiömestarin direktiiveihin tuotettu responsi oli tavallisesti *okei*. Potilaan partikkelivuorot mahdollistavat sen, että sairaanhoitajan vuorosta muodostuu katkelmassa pitkä, moniyksikköinen vuoro (ISK § 1005), joka katkeaa vasta silloin, kun potilas kysyy, kuinka kauan hänen tulisi lääkettä käyttää. Sairanhoitaja kytkee vuoronsa yksiköt edeltäviin toimintoihinsa useilla *ja*-lausumapartikkeleilla (ISK § 1030).

Kuvassa 6 sairaanhoitaja on juuri irrotanut osan lääkelaitteesta ja hän toteaa *ja tää pitää* (rivi 23). Deiktisellä pronomiinilla *tää* sairaanhoitaja on tuonut vuorovaikutustilanteessa huomionalaiseksi yhteisesti todennettavissa olevan, fyysisen lääkelaitteen heidän edessään. Nesessiivinen verbi yhdistettynä *eleeseen*, jossa osa irrotetaan lääkelaitteesta, muodostaa direktiivisen ilmauksen kokonaisuuden: sairaanhoitaja käyttää resurssinaan lääkelaitetta ja sen käyttöä demonstroivaa lääkettä sekä deonttista velvollisuutta ilmaisevaa nesessiiviverbiä *pitää*. Verbi on nollapersoonamuotoinen ja tarjoaa näin samaistumispaikan kuulijalle. Deonttista merkitystä voi ajatella nollapersoonan kohdalla yleisemmin velvoittavana (ISK § 1348): kyse ei ole siitä, että vain tämän tietyn potilaan tulisi käyttää lääkettä näin, vaan kenen tahansa lääkettä käyttävän tulee irrottaa lääkelaitteesta sairaanhoitajan osoittama osa.

Katkelmassa sairaanhoitaja käyttää läpi sekvenssin eleitä havainnollistamisen tukena. Potilas sen sijaan on pääosin liikkumatta koko sekvenssin aina siihen saakka, kunnes hän kysyy tarkentavan kysymyksen ja samalla osoittaa lääkettä. Potilas on kuitenkin orientoitunut osallistumaan vuorovaikutustilanteeseen: hän on nojautunut eteenpäin ja katsoo vuoroin sairaanhoitajan käsissä olevaa lääkelaitetta ja vuoroin tämän kasvoja. Potilas ei ole vain passiivinen keskustelun osallistuja vaan saattoi kysymyksellään käynnistää direktiivisen demonstraatiosekvenssin. Alla olevassa katkelmassa (esimerkki 11) kuvaillaan tällaista tilannetta:

Esimerkki 11 (S11_astma 05:34–06:43)

+ S.S02 liike
* P.S01 liike
pak = lääkepakkaus

01 S.S02: °onko sinulla° #on# kysytävää. hh
 >>istuu pöydän ääressä->
 p.s01 >>istuu pöydän ääressä->
 02 (0.8)
 03 P.S01: *j:oo mikä tämä on. *
 osoittaa pak1 pöydällä
 04 S.S02: o- hh+hhhhh he he he he .hhhhhhhh+
 +ottaa pak1 pöydältä-----+
 05 S.S02: +tämä .hhh sä et- (.) tämän >se on niin< ää
 +pitelee pak1 käsissään-->
 06 S.S02: aina ku sulla on (.) hengitysvaikeus?
 07 P.S01: +joo. +
 s.s02 +pak1 vas. käteen+ottaa oik. kädellä pak2 pöydältä->
 08 S.S02: .hhh ja+ sitten sama- m- m- son +
 ->+molem. pak käsissä-----+pak1 vasem. käteen->
 09 S.S02: ni- +mitata ulos +
 +mittausele oik. kädellä->
 10 (0.8)
 11 S.S02: n- hengitys
 12 (1.3)
 13 S.S02: +#mm# mikä #se on#. +soi-+
 +molemm.pak.käsissä+pak1 pöydälle->
 14 P.S01: voisiko esittää miten #mä käy[tän sitä#.
 s.s02 +pak2 käsissä+
 15 S.S02: [@joo:.@
 16 (0.8)
 17 S.S02: .hhh +se k- +>se käytä- n- pitää käyttää#
 +pak2 vas.käteen+nostaa pak2 ilmaan potilaan eteen->
 #Kuva7
 18 S.S02: [näin (-) ja puhaltaa
 19 P.S01: [.hhhhhhhhh hhhhhhhhhhhhhhhhhhh
 20 (.)
 21 S.S02: niin kovasti.
 22 P.S01: mm.=
 23 S.S02: =ENsin >hengittää< (.) sisään? >ja sitten< ulos.
 24 P.S01: +mm-mm. +
 s.s02 +laskee pak2 alemmas+
 25 S.S02: #joo#. .hhhhhh +jaa jos: se on (.) matala
 +osoittaa etikettiä->
 26 (1.4)
 27 S.S02: se tarkoi#taa etä# (.) sulla on (.) vaikeus hengitys
 28 (0.7)
 29 S.S02: ja >sitten< (0.7) jos se on (1.4) esimerkiksi kahdeksan (1.5) #sataa#
 30 .hhhhh ja >sitten se on °nor<maali°.+ (0.7) °joo°,
 ->+laskee pak2 pöydälle->
 31 (2.1)+
 s.s02 ->+



#Kuva7 (S11_astma_06:02)

Katkelmasta nähdään, että sairaanhoitaja reagoi potilaan kysymykseen (rivi 3) naurahtamalla (rivi 4), ja alkaa sen jälkeen kertoa, milloin ja mihin laitetta käytetään: *aina ku sulla on hengitysvaikeus – ni- mitata ulos* (rivi 5–13). Kyse on uloshengityksen mittaamisesta. Sen jälkeen potilas jatkaa pyytämällä, voisiko sairaanhoitaja näyttää, miten laitetta käytetään (rivi 14). Sairaanhoitajan neuvontajakso on siis pyynnön jälkijäsen. Sairaanhoitaja vastaa pyyntöön ja alkaa neuvoa, miten laitetta tulee käyttää (rivit 15–23). Kielellisesti sairaanhoitaja käyttää lausumassa nollapersoonamuotoista nesessiivirakennetta ja *pitää*-nesessiiviverbiä: *se käytä- pitää käyttää näin – ja puhalttaa – niin kovasti* (rivit 17–21) ja *ensin hengittää sisään ja sitten ulos* (rivi 23). Nollapersoonan avulla sairaanhoitaja tarjoaa potilaalle toimintaohjeen, jossa hän voi täydentää nollapersoonan ja sovittaa itsensä toimijan paikalle. Nollapersoonan käyttö nesessiivisessä rakenteessa pehmentää direktiiviä ja toimii kohteliaisuuden osoittajana: kuulija saa ainakin näennäisesti liikkumavaraa ja valinnanvapautta (Somiska 2010, 48–54; Seilonen 2014, 222).

Kun tarkastellaan katkelmassa kuvattua liikettä, huomataan, että sairaanhoitaja on nostanut pakkauksen ilmaan potilaan eteen jo ennen direktiivin kielellistä muotoilua. Asento voidaan nähdä kuvassa 7. Potilas saa siis joo fyysisestä toiminnasta vihjeen häneltä odotetusta toiminnasta. Kuvassa potilas onkin juuri alkanut nojautua eteenpäin puhaltaakseen lääkelaitteeseen. Ele, lääkelaitteen pitelemineen ilmassa potilaan edessä, yhdistettynä kielelliseen direktiiviin (*se pitää käyttää – ja puhalttaa*, rivit 17–18) muodostavat direktiivisen ilmauksen kokonaisuuden, joka kutsuu potilasta kokeilemaan lääkelaitteen käyttöä itse. Puhaltamisen jälkeen sairaanhoitaja tarkentaa vielä ohjettaan lisäämällä toimintavaiheet: *ensin hengittää sisään ja sitten ulos*. Tässä direktiivinen merkitys muodostuu toisaalta edellisen vuoron nesessiivisen lauseen ohjaukselta merkityksestä: toisaalta väitelause yksinäänkin voi saada direktiivisen merkityksen (ISK § 1664).

Demonstraatiojaksosta muodostuu tyypillisesti sairaanhoitajan moniyksikköinen vuoro, jossa sairaanhoitaja pilkkoo ohjeistuksen vaiheisiin. Potilas tukee pitkän vuoron rakentumista lyhyiden partikkelivuorojen, kuten kuulolla oloa ilmaisevan *mm*-partikkelin, avulla. Demonstraation nimikin viittaa siihen, että havainnollistamistilanteessa hyödynnetään saatavilla olevia, molempien osapuolten havaittavissa olevia resursseja. Demonstraatiossa sairaanhoitaja näyttää käyttävän havainnollistamisessa oikeita lääkelaitteita ja testejä. Tärkeä resurssi vuorovaikutuksessa ovat havainnollistamista tukevat eleet. Tilanteelle erityisten kielellisten resurssien piirteet näkyvät muun muassa pronominiinien (§ 1440) ja pronominikantaisten adverbien käytössä. Syntaktisista direktiiveistä imperatiivin, nollapersoonan ja passiivin voi tulkita ilmentävän deiktisyyttä (ISK § 1423).

3.4 Elämäntapoihin liittyvät ohjaus: *Tätä meidän todennäköisesti pitäis lopettaa nyt*

Useimmissa aineiston simulaatiotilanteissa sairaanhoitaja kartoitti tai otti jollain tavalla kantaa potilaan elämäntapoihin. Tässä luvussa käsittelen niitä direktiivejä, joita sairaanhoitajat käyttävät sellaisten neuvojen ja ohjeiden yhteydessä, jotka koskevat vastaanottotilanteen jälkeistä toimintaa, tyypillisesti elämäntapojen muuttamista.

Elämäntapaohjauksessa lopullinen tavoite on useimmiten käyttäytymisen muuttamisessa pysyvästi. Responssi tai ”toiminta”, jota potilaalta edellytetään keskustelussa, on sitoutuminen uusiin elämäntapoihin, mahdollisesti loppuelämän ajaksi, kuten vaikkapa diabeteksen hoidossa. Tällaisten neuvojen kohdalla korostuu modaalisuus ja toisaalta myös potilaan motivointi (Sorjonen 2001). Direktiivien muotoilu elämäntapaohjauksessa verrattuna niihin tilanteisiin, joissa sairaanhoitaja edellyttää potilaalta jotakin toimintaa välittömästi vastaanottotilanteessa (esim. *annatko Kela-kortin*), on hyvin erilaista. Raevaaran (2017) tutkimuksessa opettaja käytti direktiivin muotoilussa imperatiivia silloin, kun pyydetty toiminta vaikutti helposti toteutettavalta. Jos sairaanhoitaja käskisi potilasta imperatiivilla *Muuta ruokavaliosi pysyvästi* tai *Lopeta tupakointi*, hän todennäköisesti pyytäisi potilasta tekemään suuren elämänmuutoksen olettaen, että muutos ei edellytä ponnisteluja.

Vehviläinen (2001, 39–61) on tutkinut institutionaalisen vuorovaikutuksen puhejaksoja, joissa siirrytään askelittain kohti neuvoa. Tällöin ammattilainen, omassa tutkimuksessani sairaanhoitaja, kartoittaa ensin neuvon vastaanottajalta, potilaalta, hänen näkemystään, tietojaan tai aikomuksiaan. Tämän jälkeen sairaanhoitaja muotoilee neuvonsa tähän vastaukseen. (mts. 39.) Tämän tutkimuksen aineistossa sairaanhoitajaopiskelijat käyttivät jonkin verran tällaista jäsenystä, kun kyse oli potilaan elämäntavoista: neuvoja tosin annettiin pyytämättäkin. Joka tapauksessa neuvonta pohjautui arvioon potilaan nykyisistä elämäntavoista, ja se edellytti potilaan taustatietojen kartoitusta. Taustatietojen perusteella sairaanhoitaja evaluoi muutostarpeita potilaan elämäntavoissa. Osa elämäntapaneuvontaan liittyvistä toimintajaksoista olikin hyvin pitkiä, kun sairaanhoitaja kartoitti eri elämäntapoja ja keskusteli niiden muuttamisesta potilaan kanssa, joka ei ollut valmis sitoutumaan muutokseen.

Peräkylän, Sorjosen, Tammen, Raevaaran ja Haakanan tutkimuksessa (1997, 161–182) lääkäri ei vastaanotollaan koskaan kyseenalaistanut potilaan omaa arvioita elämäntapojensa ongelmattomuudesta silloin, kun potilas käsitteli tapojaan itse ongelmattomina. Oman tutkimukseni aineistossa potilaan oman arvion ”koskemattomuus” ei kuitenkaan läheskään aina toteutunut – pikemminkin päinvastoin. Erityisesti silloin, kun potilaalla oli aiempi diagnoosi, sairaanhoitajat puuttuivat tiukasti potilaan epäterveellisiin elämäntapoihin ja kyseenalaistivat potilaan

käsityksiä niiden taustalla. Tyypillisesti sairaanhoitaja teki epäterveellisistä elämäntavoista negatiivisen evaluaation ja kuvaili seurauksia, joita huonoilla elämäntavoilla potilaalle on.

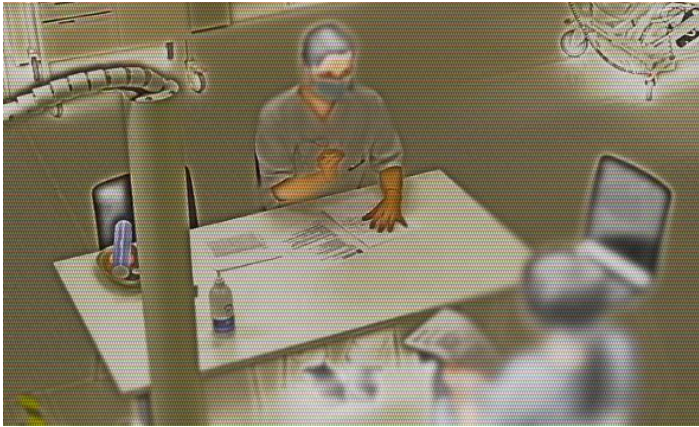
Elämäntapojen arviointi ja ongelmallisuus liittyi myös siihen, millainen potilaan diagnoosi on. Esimerkiksi kolmessa astmasimulaatioista sairaanhoitaja kartoitti erityisesti potilaan liikuntaan liittyvien elämäntapojen (ja muiden tekijöiden, kuten painon) muodostamia riskitekijöitä. Riskitekijöiden ja elämäntapojen kartoittamista tehtiin simulaatioissa useissa vastaanoton eri vaiheissa, mutta astmasimulaatioissa kuitenkin useimmiten ennen niihin liittyvään lääkehjaukseen siirtymistä.

Muutamissa simulaatiotapauksissa potilas kertoi käyvänsä ahkerasti kuntosalilla eikä halunnut luopua harrastuksestaan. Seuraava esimerkki (esimerkki 12) on katkelma tällaisesta simulaatiotilanteesta:

Esimerkki 12 (S05_astma 02:32–04:19)

```
01 P.S09: >joo mä olen nii< [urheellinen hhhh
02 S.S08: [asia?
03 S.S08: joo olet tykkäät,
04 P.S09: joo joo [tykkään liikkuminen
05 S.S08: [harrastusta
06 P.S09: (-) se tekee mulle hyvää
07 S.S08: mutta: öö (0.5) s- sinulla on: (0.3) astmatauti?
08 (0.9)
09 P.S09: jjoo:~?
10 S.S08: ja tiedätkö mikä: se on.
11 (1.3)
12 S.S08: jos:~ (0.3) olet oo urheilua (0.6) ↑kovasti↑,
13 sitten n- hengitys (.) ahditus nousee?
14 P.S09: >tarkoitatko että [mä pitää lopettaa mun<
15 S.S08: [se lääkäri:
16 (0.4)
17 S.S08: s- ö- kirjoittanut .hhhhhhh nyt tällä hetkellä öö
18 (0.5)
19 n- sinun pitää pysytää (0.7) mm urheiluasia
20 ja liikkuminen (.) asia (.) mutta: ä
21 S.S08: voit n- (0.8) [kävelää ]
22 P.S09: [°anteeksi,°] tarkoitatko että
23 lääkäri >sano mä pitäis lopettaa< (-)
24 S.S08: .hhh EI OO LOpettaa mutta tällä hetkellä
25 oo sulla on ihan se ihan (.) se n- i- ihan
26 .hhhh astama (0.7) on ihan vaikea sulla on se vaikea
27 hengitys nyt öö hengitystie on (0.7) paksumpi
28 tai >mikä sana< putki# on pieni
#Kuva8
29 (0.4)
30 P.S09: oke:i,=
31 S.S08: =ä koska
32 se putki y- ympärillä on n- paljon n- nn lima.
33 .hhhh nyt (0.6) ensin (0.5) tarvitaan .hhhhhhh lääke?
34 jos: sulla on hengitystie (.) on (0.5) ö- meni (.) ↑hyvä↑
35 .hhhh sitten voi jatkaa (0.7) mmmmm kuntosali tai mmm
36 uriheilu .hhh mutta (.) öö nyt v- voi (0.4) pysytää (1.0) pari
37 viikko tai pari kuukauta (0.5) sä vois- sä voisitko .hhhh
38 #ööm# (1.1) pysytää tai (1.3) mmm miltä tuntuu
39 (1.1)
```


40 P.S09: .hh n- #noo# se on hyvä juttu mutta (0.6) en mä
 41 hhhhhhhh (0.9) n- noo en mä voi pysyä
 42 mun liikunta koska se tekee minulle hyvää.
 ((poistettu useita rivejä potilaan vuorosta))



#Kuva8 (S05_astma_03.28)

Sairaanhoidajan responsseista voidaan tarkastella sitä, millaisena sairaanhoitaja käsittelee potilaan kuvailemia elämäntapoja: pitääkö hän niitä ongelmallisina vai ei. Potilas on kertonut liikuvansa aktiivisesti (rivit 1–6), mitä sairaanhoitaja käsittelee ongelmallisena suhteessa potilaan astmadiagnoosiin (rivi 7). Aloittamalla vuoronsa *mutta*-konjunktiolla (ISK § 1034) sairaanhoitaja luo adversatiivisen kontrastin potilaan liikuntatottumuksen ja diagnoosin välille ja esittää, etteivät ne ole yhteensopivia: *muttaa* *öö sinulla on astmatauti?* (rivi 7). Sairaanhoitaja viittaa lisäksi auktoriteettiin referoimalla lääkärin lausuntoa, sillä lääkäri on kieltänyt potilaalta liikuntaharrastuksen määrittelemättömäksi ajaksi: *se lääkäri kirjoittanut nyt tällä hetkellä öö sinun pitää pysytää urheiluasia ja liikkuminen asia mutta voit kävelää.* (rivi 15–21). Adverbiaalilla *tällä hetkellä* sairaanhoitaja pehmentää ilmausta ja lievittää kieltoa määrittämällä sen koskemaan tämänhetkistä tilannetta ja jättäen tulevaisuuden avoimeksi. Näin hän pyrkii tekemään siitä helpommin hyväksyttävän, väliaikaisen ratkaisun. Direktiivin hän muotoilee yksikön toisen persoonan *pitää*-nesessiiviverbin avulla. Toinen pehmennys on poikkeuksen antaminen kieltoon antamalla potilaalle lupa kävellä: permissiivisen ilmauksen sairaanhoitaja muotoilee yksikön toisen persoonan *voida*-modaaliverbin avulla. Auktoriteettiin vetoaminen ei kuitenkaan johda siihen, että potilas tuottaisi direktiiviin myöntyvän responssin, vaan potilas pyytää tarkennusta: *anteeksi tarkoitatko että lääkäri sano mä pitäis lopettaa.*

Direktiivin preferoitu responssi riippuu direktiivin muodosta (ISK § 1217). Sairaanhoitaja muotoilee negatiivisen evaluaation potilaan elämäntavoista, mikä implikoi, että potilaan tulisi muuttaa elämäntapojaan. Preferoitu responssi olisi siis muutoksen hyväksyminen ja siihen

sitoutuminen. Katkelmassa potilas ei kuitenkaan tuottanut preferoitua responsia, joka olisi ker-
tonut hänen sitoutuvan sairaanhoitajan vaatimiin muutoksiin liikuntatottumuksissa. Kun poti-
laan responsi on epäodotuksenmukainen, sairaanhoitaja tarkentaa direktiiviä, ja korottaa sa-
malla ääntään: *EI OO Lopettaa* (rivi 24). Sen jälkeen sairaanhoitaja pyrki perustelemaan poti-
laalle, miksi muutos on tehtävä. Hän kierrättää osin aiemmin käyttämiään kielellisiä resursseja:
hän aloittaa jälleen *mutta*-konjuktiolla ja pehmentävällä adverbialilla *tällä hetkellä* (rivi 24).
Sen jälkeen hän pyrkii perustelemaan, miksi potilaan tulisi pitää taukoa liikuntaharrastukses-
taan kuvailemalla sitä, millaisen lääkitystä vaativan tilan astma aiheuttaa elimistössä (rivit 25–
33). Sairanhoitaja elehtii koko katkelman ajan käsillään, enimmäkseen oikealla kädellä. Kuva
8 on katkelman kohdasta, jossa sairaanhoitaja kuvailee astman vaikutusta hengitysteihin ja ker-
too, että astman vuoksi hengitystie, “putki”, on pieni, koska sen ympärillä on paljon limaa (rivi
28). Kuvassa oikea käsi on supussa, mikä tukee kielellistä kuvausta. Elettä ennen sairaanhoitaja
on ilmaissut pohtivansa oikeita sanoja: *tai mikä sana*. Ele tukee näin verbaalista kuvailua.

Direktiivien ilmaisukeinona on myös passiivi: *ensin tarvitaan lääke* (rivi 33). Nesessi-
vinen *tarvita*-verbi oli Vuorion (2020) aineistossa toiseksi yleisin direktiivityyppi, mutta tässä
aineistossa *tarvita*-verbi korostu. Sitä frekventimpiä direktiivien ilmaisukeinoja yksittäisistä
verbeistä ovat myös esimerkissä 12 esiintyvät modaaliset *pitää*- ja *voida*-verbit, joista jälkim-
mäistä sairaanhoitaja käyttää esimerkissä muotoillessaan ehdollisen luvan. Sairanhoitaja käyt-
tää pehmennyskeinona myös tulevaisuuden projisointia, jossa liikuntaharrastus olisi kenties
mahdollista aloittaa uudelleen. Tämän hän esittää antamalla ehdon parin *jos – sitten* avulla (rivi
34–35) ja muotoilemalla luvan nollapersoonamuotoisen *voida*-modaaliverbin avulla: *jos sulla
on hengitystie on meni hyvä sitten voi jatkaa nmmm kuntosali tai mmm urheilu* (rivit 35–36).
Sairanhoitaja jatkaa vieläkin neuvoaan painottamalla tilapäistä poikkeusta: hän aloittaa jälleen
mutta-konjuktiolla ja käyttää tällä kertaa *nyt*-adverbiä (mahdollisesti) tilapäisen rajoituksen
ilmaisemiseen (rivit 36–37): *mutta nyt voi pysytä pari viikko tai pari kuukautta*. Sairanhoitaja
jatkaa vielä tarkistamalla potilaan kannan vaihtoehtokysymyksellä, jonka hän muotoilee kon-
ditionaalimuotoisella *voida*-modaaliverbillä: *sä vois- sä voisitko pysytä tai miltä tuntuu* (rivit
37–38). Vuorossa on useita pidempiä taukoja, joissa potilas ei kuitenkaan ota puheenvuoroa.
Sairanhoitajan vuoron lopun *tai miltä tuntuu* tarjoaa potilaalle mahdollisuuden esittää eriävä
mielipide. Potilas tuottaa vain osittain preferoidun vastauksen: hän evaluoi sairaanhoitajan eh-
dotuksen positiivisesti *se on hyvä juttu* (rivi 40), mutta jatkaa odotuksenvastaisesti, ettei hän
voi lopettaa liikuntaharrastustaan edes väliaikaisesti (rivit 41–42). Katkelma jatkuu vielä niin,
että potilas perustelee vielä laajemmin sitä, että liikunnan lopettaminen vaikuttaisi negatiivisesti
hänen opiskeluunsa ja työelämäänsä. Lisäksi hän tuo esiin sen, etteivät astmalääkkeet hänen

mielestään auta häntä. Sairaanhoitaja pyrkii sen jälkeen muotoilemaan direktiivin uudestaan. Potilas myöntyy lopulta osittain ja kertoo, ettei käytä raskaita painoja.

Esimerkissä 13 on kyse simulaatiotilanteesta, jossa jo aiemmin diabetesdiagnoosin saanut potilas on hakeutunut vastaanotolle diabeteksen huonoon hoitotasapainoon viittaavien oireiden (jano, tihentynyt virtsaamistarve, pahanhajuinen hengitys, väsymys) vuoksi. Potilas on vastaanottotilanteen alussa kuvaillut, että hänellä on ollut “kahden viikon juomaputki” ystäviensä kanssa, jolloin hän on unohtanut hoitaa diabetesta. Sairaanhoitaja on mitannut potilaan verenpaineen ja verensokerin ja sen jälkeen kartoittanut potilaan ruokailutottumuksia. Seuraavassa katkelmassa sairaanhoitaja siirtyy kartoituksesta neuvontasekvenssiin:

Esimerkki 13 (S07_diabetes 05:45–06:53)

```
01 S.S12: joo mä >↑kysy koska< #ää# (.) öö
02 sä tiedä että sö- sä ö
03 ää (0.6) diebeettispotila (0.4) y-
04 -ykkönen (.) diabetis tyyppi? .hhh
05 P.S03: mm.
06 S.S12: ja #sun# (0.3) on pitäis syö terveellisiä
07 ruokaa .hhhhhhh jaa #e#simerkiksi voilleivä- äämm
08 (1.2)
09 S.S12: ruisleipää
10 (1.0)
11 S.S12: tai (.) ruis- oo <pa:staa>
12 (0.4)
13 P.S03: aaaa[ä mä just >enemmän tykkän< että
14 S.S12: [salaattia hedelmää,
15 (0.4)
16 P.S03: valkoisia leipästä hh enemmän.
17 S.S12: #j:oo# mutta [↑tällä ↑hetkellä
18 P.S03: [.mt joo
19 S.S12: sä et voi (0.7) #syö
#Kuva9
20 S.S12: [ (-----)
21 P.S03: [mutta ↑onko #joskus↑ voi,
22 P.S03: syödä (.) valkoinen leipä,
23 (0.6)
24 S.S12: ↑tällä hetkellä sä et voi s- (.) et voi syö
25 koska #aaamm# hh suolla on ööm,
26 (2.4)
27 S.S12: insuliin, .hhhhhhh
28 (1.2)
29 i- insuliin (0.4) mut ja sä et oo (.) #ai#na
30 muista hoitaa (.) diabeetti (.) .hhh [siksi
31 P.S03: [joo
32 (0.3)
33 S.S12: sulla on nyt (0.2) huono olo .hhhhhhh
34 S.S12: <mutt:a>
35 (1.2)
36 S.S12: ↑katsotaan.
37 P.S03: hhoih voi hhhh
38 (0.5)
39 S.S12: ↑joo-o.
40 (1.2)
41 S.S12: .hh ↑mä kerron ↑lääkärille (0.4) odota hetki mä tulen takasin
42 P.S03: joo.
```



#Kuva9 (S07_diabetes_06:20)

Sairaanhoidaja kertoo perustelunsa kysymysten esittämiselle (rivit 1–4) mukauttaen samalla neuvonsa asiakkaan kertomaan (Vehviläinen 2001, 39; Routasalo, Airaksinen, Mäntyranta & Pitkälä 2010, 1917–1923). Potilaan *mm*-partikkeli (rivit 5) ilmaisee kuulolla olemista, minkä jälkeen sairaanhoidaja jatkaa *ja*-konjunktioalkuisella vuorolla liittäen sen edelliseen: *ja sun on pitäis syö terveellisiä ruokaa* (rivit 6–7). Direktiivi on muistutus ohjeesta, jonka potilas on jo aiemmin saanut: koska potilaalla on diagnosoitu diabetes, potilaan pitäisi noudattaa tarkkaa ruokavaliota. Direktiivi on hieman epäkonventionaalisesti muotoiltu: lausumassa on syntaktisesti preesensmuodolle ylimääräinen *on*-verbi, mutta se on silti ymmärrettävä. Sairaanhoidaja luettelee esimerkkejä ruoista, joita potilas voisi syödä (rivit 7–14), mutta potilas torjuu ne kertomalla, että pitää mieluummin valkoisesta leivästä. Sairaanhoidaja esittää sen jälkeen pehmenetyn kiellon: *joo mutta tällä hetkellä sä et voi syö* (rivit 17–19). Kuten esimerkissä 12, tässäkin katkelmassa sairaanhoidaja asettaa *mutta*-alkuisella vuorolla kyseenalaiseksi potilaan vuoron sisällön ja toisaalta ajan adverbialilla *tällä hetkellä* hän jättää määrittelemättä (ruokavali)rajituksen keston ja siirtää potilaan huomion tämänhetkiseen tilanteeseen.

Kuvassa 9 on kohta katkelmasta, jossa sairaanhoidaja toistaa kiellon (rivi 19). Sairaanhoidajan vasen käsi on ylhäällä, ja hän lopulta laskee sen alas ottaen molemmilla käsillä kiinni kynästä. Keskeisempi on kuitenkin katseen suunta. Kuvasta ei voi tarkalleen nähdä, mihin silmät suuntautuvat, mutta pään asento kertoo, että sairaanhoidaja ylläpitää katsekontaktia potilaaseen. Katsekontakti näyttäisi pysyvän katkelman alusta aina rivin 35 passiivimuotoisen lausuman *katsotaan*, minkä jälkeen sairaanhoidaja kääntää katseen papereihin ja sekvenssi päättyy.

Rivillä 21 nähdään potilaan responssi sairaanhoidajan kieltoon: potilas ei vielääkään tarjoa kieltoon mukautuvaa responssia, vaan yrittää tarkentaa sairaanhoidajan ajallista ilmausta kysymällä poikkeuksesta: *mutta onko joskus voi syödä valkoinen leipä* (rivit 21–22). Tämän jälkeen

sairaanhoidaja kierrättää aiemmin muotoilemaansa direktiiviä *tällä hetkellä sä et voi* (rivi 24) pehmennyksineen ja lisää siihen perustelun: *koska sulla on insuliini – mut ja sä et oo aina muista hoitaa diabeetti siksi sulla on nyt huono olo* (rivit 29–33). Potilas ei varsinaisesti vieläkään tuota preferoitua responsia (terveellisiin elämäntapoihin sitoutumista). Sairaanhoidaja ilmoittaa potilaalle, että hän aikoo kertoa asiasta lääkärille ja imperatiivimuotoisella lausumalla kehottaa potilasta odottamaan: *odota hetki* (rivi 41).

Esimerkissä 14 on katkelma simulaatiosta, jossa potilas on janon ja muiden diabetekseen viittaavien oireiden vuoksi hakeutunut vastaanotolle. Potilaalla ei ole aiemmin diagnosoitu diabetesta. Katkelmassa sairaanhoidaja taustoittaa potilaan ruokailutottumuksia:

Esimerkki 14 (S02_diabetes 02:10–02:55)

```

01 S.S03: oo↓koo hhh .hh ja: >↑mitäs<
02 ravitsemus öö (0.2) >↑mitä sä
03 oot< (0.7) sä syöt (0.4) #niinku#
04 (1.2)
05 S.S03: normaalisti↑ päivällä
06 (1.4)
07 P.S04: u:sein mä: menen (0.3) ravintolan
08 koskaa hh mä oon töissä hh (0.6) pitkän
09 mä ten ↑kaksi eri (0.2) työ↑tä hh (0.5)
10 P.S04: mulla >ei j oo aikaa< (0.4)
11 tehdä ruoka ↑kotona↑,
12 (0.6)
13 P.S04: >ja mä ostan< valmistava ruokaa kaupasta,
14 (0.9)
15 P.S04: >mä tykkän< ↑pizzasta (0.3).hhhhh ja lihasta;
16 (0.2)
17 S.S03: mm-↑mm? .hhh [fokeEIF hhh .hhh]
18 P.S04: [missä on enemmän rasvaa.
19 S.S03: fse:lväf hh fjooF hh no, (0.4) .hhhhh tätä meidän (.)
20 S.S03: todennäköisesti pitäs #lo↑pettaa nyt↑, hhh .hhh
#Kuva10
21 S.S03: vähän (0.2) mieltä (. )ravitsemuksesta? mutta
22 .hhhhh ääm. (0.4) saat (.) tärkeämmät (0.3)
23 S.S03: suunnitelmat kun (0.5) labra on valmis? (0.4)
24 S.S03: hhhhhh ääm,(0.5) mt. entäs sun paino;
25 ootko sä laihtanu viime (0.2) aikoina?

```



#Kuva10 (S02_diabetes_02:44)

Katkelmassa sairaanhoitaja käynnistää ravitsemustottumuksiin liittyvän sekvenssin informaatiokysymyksellä: kysymys tyypillisistä päivän aterioista (rivi 1–5) auttaa saamaan käsityksen potilaan arkiruokailusta ja elämäntavoista. Kun potilas kertoo ostavansa valmisruokaa ja pitävänsä erityisesti pitsasta, sairaanhoitaja vastaanottaa tiedon ensin uutisena *mm-mm?*-partikkelin (rivi 17) avulla (ISK § 1047). Sen jälkeen hän jatkaa hymyillen lausutulla venytetyllä *okei*-partikkelilla ja naurahduksella (rivi 17). Potilaan vastaus tulee näin tulkituksi preferoimattomaksi, sillä sairaanhoitaja ei anna tilanteesta positiivista evaluaatiota vaan pikemminkin ilmaisee yläläytyneisyyttä. Kun potilas päällekkäispuhuntana tarkentaa vielä *missä on enemmän rasvaa* (rivi 18), sairaanhoitaja edelleen hymyillen vastaanottaa tiedon venytetyllä *selvä*-partikkelilla (rivi 19). Sairaanhoitaja aloittaa direktiivin partikkeliketjulla *joo no*, joka toimii siirtymän merkkinä (ISK § 1036): *joo no tätä meidän todennäköisesti pitäis lopettaa nyt vähän mieltä ravitsemuksesta* (rivit 19–21). Direktiivi on monin tavoin pehmenetty ja lievennetty. Sairaanhoitaja merkitsee ruokailutottumuksen muutostarpeen epävarmaksi adverbillä *todennäköisesti*. Hän myös sisällyttää itsensä osaksi toimintaa käyttämällä subjektina aineistossa epätavallista monikon ensimmäistä persoonaa *meidän*. Direktiivin merkitystä kantaa konditionaalimuotoisella *pitää*-nessiiviverbillä muodostettu neuvo tai kehoitus *pitäs lopettaa*. Kuten edellisissäkin esimerkeissä, lausuman ajallinen kehys on jälleen nykyhetki, minkä sairaanhoitaja osoittaa adverbillä *nyt*. Myös *vähän* toimii pehmentävänä elementtinä. Sairaanhoitaja ei neuvonsa tai kehotuksensa jälkeen jää odottamaan potilaan responsia (joka ei sitä tuotakaan), vaan jatkaa siirtämällä tarkemman toimintasuunnitelman (ja samalla ravitsemukseen liittyvän haasteellisen keskustelun) tulevaisuuteen, jolloin laboratoriotulokset ja siten diagnoosi on todennäköisesti varmistunut.

Toimintajakson ajan sairaanhoitaja on siirtänyt katsettaan pöydällä olevasta paperista potilaaseen ja takaisin. Riviltä 17 alkaa sairaanhoitajan responsi potilaan vuoroon, jossa potilas on kertonut pitävänsä pizzasta. Sairaanhoitaja on kääntänyt katseensa takaisin pöytään partikkelivuoron *okei* jälkeen. Potilaan täydennettyä vuoronsa loppuun sairaanhoitaja aloittaa vuoron, jonka alussa hän katsoo paperiin. Kuvassa 10 sairaanhoitaja on juuri nostanut katseensa nessesivisen verbiketjun infinitiivin *lopettaa* kohdalla. Vaikuttaa siltä, että sairaanhoitaja käyttää katsekontaktin ottamista potilaaseen painottaakseen toimintaa – *lopettaa* –, jota hän potilaalta edellyttää. Katse toimii siis direktiivisen ilmauksen vahvistajana. Katseen merkitys myös korostuu, sillä sairaanhoitaja ei liikuta käsiään. Samankaltainen katseen käyttö direktiivin tukena toistuu samassa vuorossa: *lopettaa*-verbin jälkeen sairaanhoitaja kääntää katseensa takaisin paperiin, mutta nostaa taas katseen kohti potilasta verbin *mieltä* kohdalla. Katse toimiikin resurssina vastauksen saamisessa (Ruusu vuori 2016, 46).

Sairaanhoitajat käyttivät elämäntapamuutoksista puhuessaan paljon pehmentäviä ilmaisuja (vrt. Somiska 2010). Modaalisia lausumia käyttävällä muotoilullaan ja pehmenneksillään sairaanhoitaja viestii elämäntapojen muuttamisen tarpeesta, mutta samalla ilmaisee suhtautuvansa muutokseen mahdollisesti erittäin paljon ponnisteluja vaativana tehtävänä. Toisin kuin lääkärin vastaanotolla (Peräkylä 1997, 161–182), sairaanhoitajat eivät välttä kyseenalaistamasta potilaan asenteita silloin, kun potilaat itse kohtelevat niitä ongelmattomina. Vaikka sairaanhoitajat puuttuvatkin tiukasti epäterveellisiin elämäntapoihin, eivät he kuitenkaan kohtele elämäntapamuutoksia vaivattomina. Direktiivit muotoillaankin monin tavoin lievennettyinä siten, että sairaanhoitaja huomioi potilaan kertoman ja mukauttaa direktiivin sisällön siihen. Direktiivien uudelleenmukauttamisista ja potilaan välttelevistä responsseista voi muodostua pitkä sekvenssi, kunnes potilas lopulta myöntyy sitoutumaan muutokseen tai aihe siirretään myöhempään käsittelyyn.

3.5 Omainen mukana vastaanotolla: *Katso mitä sinun vaimo sanoo*

Aineistossani oli kaksi keskenään hyvin samankaltaista simulaatiotilannetta, joissa mukana oli sairaanhoitajan ja potilaan lisäksi myös omainen, vastaanotolle tulleen miespotilaan vaimo (litteroinnissa tunnus “O”). Omaista näytteli yksi sairaanhoitajaopiskelijoista.

Vastavalmistuneet ja valmistumassa olevat sairaanhoitajat ovat kokeneet kasvokkaikestelun potilaan omaisten kanssa kielellisesti haastavaksi. Tilanne ei välttämättä edellytä ammattikielen käyttöä, mutta haasteena voi olla, että ammattiroolia täytyy tilanteessa ilmentää hienosyisellä tavalla käyttämällä yleiskielistä puhetta. (Kela & Komppa 2011, 189.) Potilaat eivät suoranaisesti neuvotelleet omaisen kanssa, mutta joka tapauksessa molemmat simulaatiot tarjosivat opiskelijoille mahdollisuuden harjoitella toimimista hyvin haasteellisessa vuorovai-
kutustilanteessa. Potilas toi esiin, että omainen olisi pakottanut hänet tulemaan vastaanotolle, eikä kyse ollut hänen omasta tahdostaan. Simulaatioissa potilaan ja omaisen välillä oli merkittävä tiedollinen ristiriita, sillä omaisen ja potilaan käsitykset tilanteesta poikkesivat huomattavasti toisistaan. Omainen lisäksi kärjisti ristiriitaa nostamalla tietojen välisen ristiriidan esiin: omainen esitti myös syytöksiä siitä, että potilas valehtelee. Sairaanhoitajan täytyikin ratkaista, miten suhtautua ristiriitaiseen tietoon ja miten samalla huomioda kunnioittavasti molemmat osallistujat. Toisaalta omaisen antamien tietojen avulla sairaanhoitajalla on mahdollisuus arvioida potilaan kertomuksen luotettavuutta. Kun tilanteessa oli mukana myös potilaan arkea seurannut omainen, kohteli sairaanhoitaja häntä tavallisesti episteemisenä auktoriteettina, jonka arvioon (ainakin osin) pohjautuen hän näytti muodostavan myös oman kantansa.

Seuraava esimerkki (esimerkki 15) on osa potilaan omahoitoa (ja erityisesti lääkitystä) koskevia ongelmia käsittelevä ohjaustoimintajakso. Potilas on tullut – tai omien sanojensa mukaan pakotettu – vastaanotolle hengenahdistuksen vuoksi. Potilaalla on jo aiemmin diagnosoituja sairauksia: astma ja COBD eli keuhkohtaumatauti. Lääkäri on aiemmin määrännyt potilaalle näiden pitkäaikaissairauksien hoitoon tarvittavan lääkehoidon. Potilas ja omainen antavat sairaanhoitajalle ristiriitaista tietoa siitä, onko potilas ottanut lääkkeitä:

Esimerkki 15 (S11_astma 01:12–02:35)

```

01 S.S14:  ↑sä on ottanut myös lää#kettä#. (1.4) etkö.
02 P.S08:  ↑joo on. (1.4) mulla on (2.6) dia- (0.4)
03 P.S08:  -be[tes
04 S.S14:  [.hh diabeetti:? ja (.) ma >katsoin
05 S.S14:  [että sulla oli,<
06 P.S08:  [(--)
07         (.)
08 S.S14:  >joo< (.) sulla on myös seo#bedi# .hhhhh ((COBD))
09         ja dia#be#tis? (0.6) ja sun täyty ottaa .hhhhhhh (1.1) kaikki
10         lääkkeet runsaasti otatko #tai# #e#i joka p- (.) #päivä#.
11         (0.9)
12 P.S08:  ↑@jjoo@. (0.4) @otan@.
13         (2.2)
14 O.S16:  otatko.
15         (0.3)
16 S.S14:  HE [HE HE
17 P.S08:  [jooo.
18 O.S16:  >EN ole< näh:nyt °sinut°. (.)
19 P.S08:  onko,=
20 O.S16:  [=ällä
21 S.S14:  [mmm.
22 O.S16:  valehtele.=
23 P.S08:  =mä aina ottan (0.7) joka päivä j-
24         (0.8)
25 P.S08:  aina säännö- (0.7) säännöllinen,
26 O.S16:  °jo o°,
27         (0.6)
28 S.S14:  sitten ↑monta↑ko päivä pitäs ottaa s:inun ää
29         (0.7)
30 S.S14:  diabetes °lääkkeitä°.
31         (0.7)
32 P.S08:  kerta päivässä
33         (0.3)
34 O.S16:  KERTA.=
35 S.S14:  =HE HE HE=
36 O.S16:  pitäs olla [(--)
37 S.S14:  [(--)
38 O.S16:  >montako kerta pitäs< olla.
39         (3.0)
40 S.S14:  #katso siellä on #aa#muin ja #illoin#.
         #Kuvall
41 P.S08:  on[ko
42 O.S16:  [KATO=
43 S.S14:  =joo:,
44         (0.5)
45 P.S08:  ooooo. mmm [mä olen joskus
46 S.S14:  [#etkö# ottanut
47 S.S14:  #lääkkeitä#. (0.5) sit°ten°. (0.5) .hhh katso myös sulla on
48         .hhhh sä olet ylipaino ja sulla on myös #aam# .mt
49 P.S08:  ei ei tämä ylipainoa he he he

```


50 S.S14: he he he
 51 P.S08: a- (.) e- (.) fei oo ylipainoaf .hhhhh nyt (.) mä (0.7) mä (.) olen
 52 (1.7)
 53 P.S08: hyvä (.) painoa.
 54 (0.6)
 55 O.S16: hei >katso sinun< vatsaa. (0.3)
 56 P.S08: fse on isof,
 57 S.S14: .hh he he he



#Kuva11 (S11_astma_02.06)

Sairaanhoitaja tiedustelee, ottaako potilas todellisuudessa lääkkeitä. Hän muotoilee kysymyksen yksikön toisen persoonan *ottaa*-verbin sisältävällä deklaratiiivilauseella *sä on ottanu myös lääkettä* (rivi 1). Potilaan on mahdollista vahvistaa tai kieltää väite. Potilas ei ota vuoroa, ja sairaanhoitaja täydentää vuoroaan negatiivisella negatiivisella polaarilla kysymyksellä *etkö* (rivi 1). Potilas vastaa ottavansa lääkkeitä ja jatkaa kertomalla diabetesdiagnoosistaan. Potilaan oireissa on kuitenkin kyse hengenahdistuksesta, eikä sairaanhoitaja kohtele potilaan diagnoosikuvausta riittävänä vaan jatkaa luettelemalla kaikki potilaan diagnoosit (rivit 4–9). Sen jälkeen hän muotoilee direktiiviltä näyttävän muistutuksen velvoitteesta, käyttäen nesessiivirakennetta *sun täytyy ottaa kaikki lääkkeet runsaasti*, (9–10) mikä muistuttaa potilasta siitä, ettei pelkän diabeteksen hoito riitä. Sairaanhoitaja täydentää muistutusta varmistusta hakevalla polaarilla kysymyksellä *otatko tai ei* (rivi 10), mutta tällä kertaa lääkkeen käyttöohjetta tarkentavan aikailmauksen *joka päivä* kanssa. Jälleen tauon jälkeen potilas vastaa ääntään muuntaen *joo*-partikkelin ja pienen tauon jälkeen sitä vahvistavan lausuman *otan* avulla (rivi 12).

Omainen ei pidä potilaan vastausta riittävänä: hän tarjoaa sana- ja lausepainonsakin vuoksi retoriseksi tulkittavan polaarisen kysymyksen *otatko*. Etujäsenenä kysymykset presuponoivat eri tavoin ennakkotietoa asiainilasta (Heritage & Clayman 2010, 140–142). Vaikka omaisen kysymys on tässä jälkijäsen, sekin presupponoi ennakkotietoa asiasta ja kyseenalaistaa potilaan antaman tiedon. Omainen jatkaa vielä omaisen omakohtaista kokemusta kuvaavalla negatiivisella perfektimuodolla *EN ole nähnyt sinut* ja sen jälkeen vielä suoraan imperatiivi-

muotoisella kiellolla, joka samalla presupponoi potilaan valehtelevan: *ällä valehtele*. Sairaanhoidajalle tämä olisi tosielämässä haastava tilanne. Potilaan ja hänen omaisensa välillä on valtava ristiriita: omainen on verbaalisesti hyökkäävä ja samalla vaikuttaa siltä, ettei potilas kerro totuutta. Oikealla tiedolla on merkitystä potilaan hoidon ja ohjaamisen kannalta, joten sairaanhoidajan tulisi päästä selville siitä, mikä on todenmukainen asiantila. Simulaatioharjoitusten etu onkin muun muassa se, että ne tarjoavat opiskelijalle mahdollisuuden harjoitella nopeaa päätöksentekoa vaikeissakin ristiriitatilanteissa.

Esimerkissä 15 sairaanhoitaja ei ota suoraan kantaa potilaan tai omaisen kannanottoihin eikä tarjoa heti responsiksi direktiivistä neuvoa, vaan hän pyrkii selvittämään todenmukaista asiantilaa kysymällä potilaalta, mikä on tämän käsitys siitä, kuinka usein lääkettä pitäisi käyttää (“teach back”-menetelmä, Siltanen & Virtanen 2017.) Sairaanhoidajan näkökulmasta haasteellisen tilanteesta tekee omaisen hyvin syyllistävä asenne. Kun potilas vastaa *kerta päivässä* (rivi 32), omainen ehtii reagoida potilaan vastaukseen ennen sairaanhoitajaa korottamalla ääntään ja toistamalla vastauksen *KERTA* (rivi 34). Toisto on yksi eksplisiittisistä korjausaloitteista, mutta tässä se äänenvoimakkuuteen yhdistettynä luo tulkinnan, että potilaan vastaus on selkeästi odotuksenvastainen. Omainen jatkaa ohjaamalla kysymyksen sairaanhoidajalle ja pyytämällä tarkennusta siitä, kuinka usein lääkettä pitäisi käyttää: *montako kerta pitäisi olla* (rivi 38).

Esimerkkiin 15 liittyvässä kuvassa 11 on tilanne, jossa sairaanhoidajan responsi rivillä 40 on juuri alkanut: *katso siellä on aamuin ja illoin*. Kuvassa omainen katsoo sairaanhoitajaa ja potilas alas kohti pöytää. Sairaanhoidajan katse on ollut paperissa, mutta aloittaessaan vuoronsa *katso*-partikkelilla, hän on nostanut katseensa potilaaseen ja ylläpitää katsekontaktia vuoron ajan. Responssissaan sairaanhoitaja käyttää tyypillisesti huomionkohdistimena toimivaa imperatiivimuotoista *katso*-verbiä viittaamatta kuitenkaan konkreettiseen kohteeseen: ilmaisun voi tulkita myös lausumapartikkeliksi (ISK § 807). Lausumassa direktiivisiä resursseja ovat myös eksistentiaalilauseen muotoon upotetut, toistuvuutta ilmaisevat adverbiaalit *aamuin ja illoin*. Direktiivinen ilmaus liittyy siis “teach back” -menetelmän (Siltanen & Virtanen 2017) mukaisen potilaan responsin virheellisen sisällön korjaukseen: sairaanhoitaja antaa uuden ohjeen aiemman virheellisen ohjeen sijaan.

Sairaanhoidajan direktiiviseen korjausvuoroon potilas vastaa polaaraisella kysymyksellä *onko* (rivi 41), johon sairaanhoitaja vastaa venytetyllä partikkelilla *joo* (rivi 43). Potilaan vuoro *ooooo mmm* (rivi 45) saa seuraavassa sairaanhoidajan vuorossa tulkinnan potilaan epäroinnista ja siitä, ettei potilas ole ottanut lääkkeitä: sairaanhoitaja aloittaa negaatiohakuisella kysymyksellä *etkö ottanut lääkkeitä* (rivi 46). Sairaanhoitaja jatkaa käyttämällä jälleen *katso*-imperatiivia (tai lausumapartikkelia, ISK § 807) ja siirtymällä puhumaan potilaan ylipainosta:

katso myös sä olet ylipaino (48). Ylipaino on terveydelle riskitekijä, ja sairaanhoitajan toteamana negatiivinen evaluaatio. Sairaanhoitajan tuottamana evaluaationa se implikoi ei-hyväksyttävää tilannetta, jonka tulisi muuttua. Evaluaation muotoilu yksikön toisen persoonan deklaratiivilauseella ilman pehmennyksiä ei tarjoa potilaalle mahdollisuutta kasvojen säilyttämiseen. Sairaanhoitajan auktoriteettiasema voidaan havaita potilaan seuraavassa vuorossa, sillä sairaanhoitajan negatiivinen evaluaatio tuottaa potilaalle selontekovelvollisuuden. Potilas kiistää sairaanhoitajan evaluaation, tosin nauraen: *ei ei tämä ei ole ylipainoa* (rivi 49).

Edellisessä katkelmassa sairaanhoitaja kohdistaa puheenvuoronsa vain potilaalle. Tilanteissa on mukana naurua, mutta seuraavassa saman simulaation katkelmassa (esimerkki 16) tunnelma on vakavoitunut. Sairaanhoitaja siirtyy suostutteluun, ja hyödyntää omaisen lausumia puhutellessaan potilasta. Simulaatiotilanne jatkuu edellisen esimerkin lopusta:

Esimerkki 16 S11_astma (02:36–03:58)

```

58          (0.6)
59 S.S14:   joo mutta katso sulla on myös diabeettis, .hhh
60          ja seobe#di#, .hhh ja .hh katso sun .hhh
61          verenpaine on myös vähän kor#keampi#.
62          (2.0)
63 P.S08:   onko°.
64 S.S14:   j- kyllä. (0.9) .hh on: jyt- (0.4) <@oho@> (1.0) sinun
65 S.S14:   verensoker- sokeri on myös vähän #korkeampi#.
66          (0.4)
67 O.S16:   hän ei ↑koskaan äm mm (.) m-
68          (1.1)
69 P.S08:   mutta mä aina (0.4) ottaa se lääke. () miksi,
70          (0.9)
71 P.S08    [(--)]
72 S.S14:   [katso sun vaimo sanoo että sä
73 S.S14:   [et koskaan      ]
74 O.S16:   [MI:tataanko vielä]
75          sinun verensokeri.
76          (1.0)
77 S.S14:   se on vähän korkea[mp#i#
78 P.S08:   [tämä
79          (0.5)
80 S.S14:   ↑älä↑ tehdä sitä sä et °voi°.
81          (1.0)
82 S.S14:   koska >tiedätkö mitä tapahtuu #jos# sä< et otta
83          lääkett#ä# joka päi#vä#,
84          (0.3)
85 O.S16:   hä[nellä on kova pää.
86 P.S08:   [ei jos jos-
87          (0.6)
88 P.S08:   joskus, (1.4) minä unohdan. (1.3) mutta (0.7) kun (2.1) näet (0.8) se
89          ↑lääke >sitten °mä heti ottaa°<=
90 O.S16:   =älä sano unohdan (.) olet ↑laiska↑,
91          (1.3)
92 S.S14:   .hhh [katso
93 P.S08:   [(--)]
94 S.S14:   mi:tä sinun hh fvaimo sanof .hhhhh
95          (0.5)
96 S.S14:   se on (.) hyvä #et# (0.4).hh jos sä #o#tat lääkettä joka
97          #päivä# (0.7) koska sinä jos et ota sitten .hhh monta riski tul#ee#.
98          (2.8)

```

99 P.S08: aa °okei° (2.3)
 100 S.S14: °o[kei°
 106 P.S08 [>seu]raava kerta< ottaa (1.0) ottaa
 107 (1.7) (--) (0.8)
 108 S.S14: jjoo.

Suostuttelun pyrkimyksenä on saada potilas valitsemaan itse vaihtoehto, jota hänelle tarjotaan, antamalla hänelle syitä toimia toivotulla tavalla (Stevanovic 2016b, 160–161). Esimerkissä sairaanhoitaja jatkaa riskien kuvailua *joo mutta* -partikkeliyhdistelmällä (rivi 1), mikä luo kontrastiivisen suhteen potilaan vuoron sisältöön. Sairaanhoitaja pyrkii edelleen antamaan potilaalle syitä muuttaa toimintaansa jatkamalla negatiivisten evaluaatioiden listaa: sekä potilaan verensokeri että verensokeri ovat korkeampia kuin aiemmin (rivit 60–65). Potilas jatkaa väittämällä, että hän ottaa aina lääkkeensä: *mutta mä aina otan se lääke miksi* (rivi 66). Omainen puolestaan väittää, ettei potilas koskaan ota lääkkeitään. Sairaanhoitaja kohdistaa puheenvuoronsa potilaalle *katso*-imperatiivilla (tai toisen tulkinnan mukaan huomionkohdistimena toimivalla partikkelilla) ja puhuttelee potilasta myös *sun*-pronominilla referoiden omaisen juuri käyttämää negatiivista *et koskaan*: *katso sun vaimo sanoo että sä et koskaan* (rivi 72–73). Samalla sairaanhoitaja tuo keskustelunalaiseksi ristiriidan potilaan ja omaisen arvioiden välillä.

Käytettyään aiemmin negatiivisia evaluaatioita ja potilaan puolison väitteitä todisteena tarpeesta potilaan käyttäytymisen muuttamiselle, sairaanhoitaja jatkaa potilaan puhuttelemista yksikön toisessa persoonassa. Tällä kertaa sairaanhoitaja muotoilee (jopa dramaattisävyisen) vahvan vetoomuksen: ensin hän käyttää direktiivisen kiellon muodostamiseen negatiivista imperatiivia (rivi 80) *älä tehdä sitä* ja samassa vuorossa negatiivista *voida*-modaaliverbiä *sä et voi*. Objektina oleva *sitä*-pronomini viittaa todennäköisesti potilaan välinpitämättömyyteen lääkkeiden käytön suhteen, jolla olisi vakavia seurauksia potilaan terveydelle. Tauon jälkeen sairaanhoitaja jatkaa perustelevalla *koska*-konjunktioalkuisella vuorolla ja vaihtoehtokysymyksellä (rivi 82), jossa hän kysyy potilaalta, ymmärtääkö hän seuraukset, joita lääkityksen laiminlyömisellä on. Sairaanhoitaja pyrkii näin saattamaan potilaan tietoisuuteen ne negatiiviset seuraukset ja olosuhteet, jotka tämä on omalla toiminnallaan aiheuttamassa.

Jotta direktiivinen sekvenssi voitaisiin (sairaanhoitajan tavoitteen kannalta) saattaa onnistuneesti päätökseen, sairaanhoitaja odottaa potilaalta sitoutumista lääkkeiden käyttämiseen. Katkelman lopussa potilas antaakin lopulta suostumuksensa responsilla *okei* (99) ja laajennuksella *seuraava kerta ottaa* (100). Sen jälkeen sairaanhoitaja antaa vielä potilaalle vinkin siitä, että hän voi merkitä ylös lääkkeenottokerrat ja ehdottaa myös, että omainen voisi muistuttaa potilasta lääkkeen ottamisesta. Tämän jälkeen topiikki vaihtuu, kun omainen kertoo muistavansa, että potilaalla on inhalaatiolääke ja pyytää, voiko sairaanhoitaja näyttää, miten lääkettä

käytetään. Jää siis epäselväksi, olisiko sairaanhoitaja tyytynyt potilaalta saamaansa responsiin ilman omaisen tekemää keskeytystä.

Esimerkeistä 15 ja 16 nähdään, että sairaanhoitaja käyttää useita kielellisiä resursseja direktiivien muotoilussa: *täytyy*-nesessiiviverbiä, kieltoa ilmaisevaa negatiivista *voida*-modaali-verbiä *sä et voi*, kielteistä imperatiivia *älä tehdä sitä* sekä *se on hyvä et jos sinä otat lääkettä* evaluatiivista deklaratiiivilausetta ja ehtoa ilmaisevaa *jos*-lausetta. Resurssina direktiivien muotoilussa ovat myös omaisen vuorot, joihin sairaanhoitaja myös viittaa vedotessaan potilaaseen. Käytössä on myös usein toistuva *kats*-imperatiivi, joka toimii huomionkohdistimena. Nämä yhdistettynä toistuvaan potilaan suoraan puhutteluun yksikön toisessa persoonassa rakentavat neuvontajaksosta pikemminkin intensiivistä suostuttelujaksoa: sairaanhoitaja pyrkii kaikin keinoin vetoamaan potilaaseen, jotta tämä muuttaisi asennettaan ja sitoutuisi ottamaan lääkkeensä säännöllisesti. Tätä tukee myös se, että sen jälkeen kun potilas on ilmaissut sitoumuksensa, aiheeseen ei enää palata. Epäsuora henkilöviittaus on tyypillinen tapa terveydenhuollon vuorovaikutustilanteissa, varsinkin kun kyse on aroista aiheista (Seilonen 2014). Sairaanhoitajan käyttämän hyvin suoran potilaan puhuttelun vaikuttaa olevan tarkoitus vedota potilaan tunteisiin, mikä reaali maailman vastaanotolla ei välttämättä olisi tyypillinen lähestymistapa.

Myös esimerkissä 17 on samankaltainen tiedollinen konflikti. Omainen tuo sairaanhoitajan tietoon asioita, joita potilas ei itse koe ongelmallisina:

Esimerkki 17. (S12_astma 06:48–07:16)

```
01 S.S03: [joo?
02 P.S07: [no mun ↑isä sano niinku kyl miehel pitäs olla painoa.
03 (0.3)
04 O.S13: °he he he°
05 P.S07: se [kuuluu
06 S.S03: [hhhh
07 P.S07: [jos ei
08 S.S03: [faaha? hhh
09 P.S07: oo iso vatsa >se tarkoittaa että<
10 P.S07: [kotona ei oo kaikki hyvin.]
11 S.S03: [noo #ää# mun mielestä]
12 S.S03: hän on tarkoittanut ihan e#ri
#Kuva12
13 P.S07: °o[kei°
14 S.S03: [eri f↑tyyppinenf hh paino niinku liha muttei hhhh
15 S.S03: [.hhh
16 P.S07: [oke:i, .mt
17 S.S03: öö hh .hhh .mt kannattaa (.) ehkä joo >otta käyttöön<
18 enempää ↑liikuntaa ja vähä vä- vähentä .hhh
19 se (0.8) kaljan (0.5) käyttäminen.
20 S.S03: [.hhh
21 P.S07: [no mitä sitte (-)
```



#Kuva12 (S12_astma_06:58)

Juuri ennen katkelman alkua omainen on nostanut uudeksi topiikiksi potilaan ylipainon ja viimeaikaisen painonnousun. Painonmittaustuloksista keskusteltuaan potilas kertoo, miksi hänen mukaansa painoarvio ei ole ongelmallinen (rivit 2–10). Sairaanhoidaja rakentaa eriävän evalu-aation käyttämällä potilaan vuoroa: hän muotoilee potilaan kertoman uudelleen antamalla sille uuden tulkinnan (rivit 11–14). Sairaanhoidaja ilmaisee responsissaan erimielistä mutta myönnyttävää asennetta *no*-partikkelialkuisella vuorolla (ISK § 1215). Lausuman kohdassa *ihan eri* sairaanhoidaja vie vasemman kätensä oikean hauiksensa lähelle (ks. kuva 12), ja liikuttaa vasenta kättä ylös alas ilmassa hauislihaksen ympärillä. Samanaikaisesti hän tarkentaa evalu-aatiotaan: *erityyppinen paino*. Sen jälkeen sairaanhoidaja laskee molemmat kädet pöydälle ja jatkaa vielä tarkennuksella: *niinku liha*. Potilas tuottaa responsinsa partikkelilla *okei*, jonka jälkeen sairaanhoidaja rakentaa direktiivin, suosituksen, *kannattaa*-nesessiiviverbin (ISK § 1668) avulla ja neuvoo potilasta vähentämään alkoholin käyttöä ja lisäämään liikuntaa: ***kannattaa ehkä joo otta käyttöön enempää liikuntaa ja vähä vähentä se kaljan käyttäminen*** (rivit 17–19). Sairaanhoidaja tuottaa pehmennyskeinoja direktiivin muotoilussa tuottamalla useita epävarmuutta ilmaisevia elementtejä: vuoron alussa oleva *öö*-äännähdys, *ehkä joo* sekä *vähän*. Sairaanhoidaja huomioi näin direktiivin muotoilussa aran aiheen (vrt. Domokos 2017, 45–53).

Kuten edellä olevista katkelmista nähtiin, direktiivejä muotoillessaan sairaanhoidajat hyödyntävät vuorovaikutuksessa ilmi tulleita tietoja: omaisen kommentteja, potilaan antamia tietoja ja puheessa eksplisiittisesti ilmaistuja asenteita. Sairaanhoidajat käyttävät suostuttelua (Stevanovic 2016b, 161–162) rakentaessaan direktiivejä: jotta, omahoito onnistuisi, potilaan pitäisi itse tehdä valinta sitoutua elämäntapamuutokseen. Direktiivien muotoilussa sairaanhoidajilla on

käytössään monipuolisesti direkttiivisten ilmausten resursseja: he käyttävät muun muassa erilaista suhtautumista ilmaisevia modaaliverbejä (*voida, kannattaa, täytyy*), imperatiivia sekä selittävää lausumapartikkelia *katso* (ISK § 807), jota seuraa direkttiiviä tukeva selitys tai perustelu. Direkttiivinen sekvenssi päättyy onnistuneesti, jos potilas ilmaisee (aidon) sitoutumisensa toimintaan. Luvun esimerkeissä esiintyvien sairaanhoitajien tyyliä puhutella potilasta voidaan nähdä merkittävä ero: kun esimerkkien 15 ja 16 sairaanhoitaja käyttää hyvin suoraa yksikön toisen persoonan puhuttelua usein ilman mitään pehmennyksiä, käyttää puolestaan esimerkin 17 sairaanhoitaja useita erilaisia pehmennykskeinoja lähestyen aihetta hyvin varovaisesti.

3.6 Vastaanottotilanteen päättäminen: *Jos ei oo muita kysyttävää -- voit lähteä*

Sairaanhoitajan vastaanotolla korostuvat diagnostisten toimenpiteiden sijaan ohjaaminen ja neuvonta. Lääkärin konsultointi on välttämätöntä esimerkiksi silloin, kun pitkäaikaissairaana potilaan tilanteessa on tapahtunut merkittäviä muutoksia. Useissa simulaatioissa (kolmesta toista simulaatiosta kahdeksassa) oli mukana lääkärin konsultaatiovaihe. Vastaanoton loppuvaiheessa sairaanhoitaja esitti kutsuvansa lääkärin paikalle tai lääkäri vain tuli suoraan mukaan vastaanottotilanteeseen. En käsittele tarkemmin varsinaista konsultaatiovaihetta, sillä vuoro-vaikutus sairaanhoitajan ja lääkärin välillä on rajattu tämän tutkimuksen ulkopuolelle.

Lääkärin tutkimusta ei ollut viidessä tutkimusaineiston simulaatiossa. Kaikki tapaukset olivat potilastapauksia, joissa potilaalla oli aiemmin diagnosoitu astma, ja vastaanoton painopiste oli lääkeneuvonnassa. Näissä simulaatioissa lopetukset olivat erilaisia. Osassa simulaatioista simulaatio saattoi loppua ilman varsinaista lopetussekvenssiä: joissakin tapauksissa taas tilanne päättyi tervehdyksiin. Lopetussekvenssi sisälsi tyypillisesti kehotuksenomaisen kysymyksen *Onko vielä muita kysymyksiä*. Potilaalle tarjoutuu näin mahdollisuus tuoda keskusteluun uusia, mahdollisesti aiemmin sivuutettuja puheenaiheita, tai kysyä tarkennusta asioista, joita hän ei ymmärtänyt. Potilaan mahdollisten kysymysten jälkeen vastaanottotilanne päätettiin (kiitoksiin ja) tervehdyksiin. Tyypillisesti lopetussekvenssiin liittyvä direktiivi oli jonkinlainen neuvo tai kehoitus olla yhteydessä terveydenhuoltoon, mikäli kysymyksiä tai ongelmia ilmenee: ***Jos sulla tulee joku ongelma tai jotain sä voi soitta meille takaisin.***

Erään simulaation (esimerkki 18) lopetuksessa sairaanhoitaja käytti direktiiviä permissiivisessä merkityksessä pohjustaessaan vastaanoton lopetusta:

Esimerkki 18 (S13_astma 05:08–05:18)

01 S.S01: nii >jos< (.) >mä annan sulle< (0.2) nää kaik#ki laput?
 >>katse papereissa pöydällä-> #Kuva13

02 (1.0)

03 S.S01: ja jos ei oo muita kysyt*#tävää,
 ->*katsahtaa potilaaseen*
 #Kuva14

04 (0.7)#
 #Kuva15

05 P.S06: joo* >mullon< [kysymys.
 s.s01 -*katse kohti pöytää->

06 S.S01: [voit #lähtee#.

07 (0.2)

08 P.S06: elikkä [jos mä puhalttaa

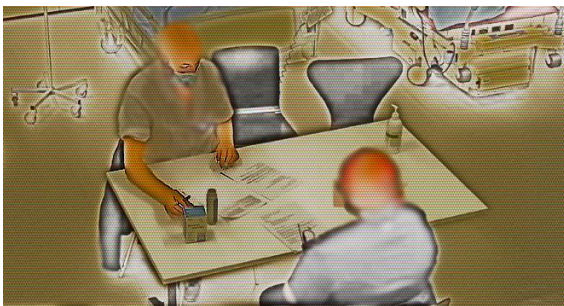
09 S.S01: [*# #kysy vaan# *,
 ->*katsahtaa potilaaseen*katse kohti pöytää->
 #Kuva16



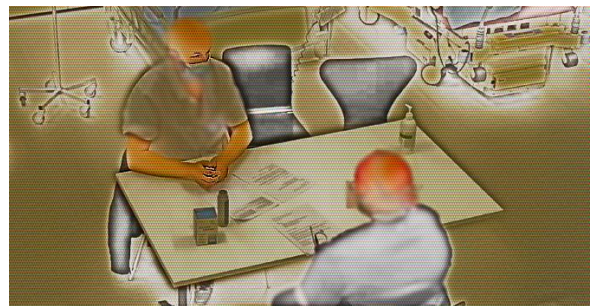
#Kuva13 (S13_astma_05:11)



#Kuva14 (S13_astma_05:13)



#Kuva15 (S13_astma_05:15)



#Kuva16 (S13_astma_05:16)

Ennen varsinaista “lopetusrituaalia” tervehdyksineen sairaanhoitaja pyrki käynnistämään lopetussekvenssiä kaksi kertaa. Ensimmäisellä kerralla sairaanhoitaja käyttää indikaatiivimuotoista deklaraatiivilaususumakompleksia: *nii jos mä annan sulle nää kaikki laput – ja jos ei oo muita kysyttävää – voit lähtee* (rivit 1–6). Modaalisella *voida*-verbillä sairaanhoitaja rakentaa permisiiivisen direktiivin eli antaa potilaalle luvan lähteä (ISK § 1669). Samalla sairaanhoitaja muotoilee potilaalle paikan esittää jatkokysymyksiä viivyttelämällä vastauksen muodostamista ja tuomalla lisäksi puheenaiheeksi sen, onko potilaalla kysymyksiä. Potilas tarttuu tilaisuuteen ja

esittää jatkokysymyksiä lääkkeen käytöstä. Tällöin sairaanhoitaja rohkaisee potilasta esittämään kysymyksen imperatiivimuotoisella direktiivillä *Kysy vaan*. Vierusparin jälkijäsenenä imperatiivilause toimiikin rohkaisevana vastauksena luvan pyytämiseen (ISK § 1657).

Kasvokkaisessa vuorovaikutuksessa osapuolet tarkkailevat jatkuvasti toisiaan. Katse antaa osallistujille informaatiota siitä, miten toinen mahdollisesti tulkitsee meneillään olevaa tilannetta. (Kallio & Ruusuvuori 2011, 65.) Katkelmaan liittyvistä kuvista 13–16 ei voi nähdä potilaan katseen kohdistumista, mutta sairaanhoitajan kasvot ja katse ovat näkyvillä. Katkelmasta voidaan havaita, että sairaanhoitaja pitää suurimman osan ajasta katseensa pöydällä olevissa papereissa. Kaksi kertaa hän kuitenkin katsahtaa potilaaseen. Ensimmäisen kerran sairaanhoitajan katse liittyy lausuman *jos ei oo muuta kysyttävää* loppuun. Katseen avulla sairaanhoitaja ikään kuin varmistaa, että potilas vastaanottanut lausuman ja on valmis siirtymään eteenpäin. Katse myös kertoo, että käynnissä on siirtymä kohti vastaanoton lopetusta, mutta potilaalla on mahdollisuus vaikuttaa tilanteen kulkuun. Puheenvuoronsa lopussa puhuja voi katseen suuntaamisen avulla siirtää puheenvuoron toiselle osallistujalle (Kallio & Ruusuvuori 2011, 65). Toisen kerran sairaanhoitaja nostaa katseensa, kun hän rohkaisee potilasta jatkamaan kysymystä. Katse tukee jatkamaan rohkaisevaa ilmausta *Kysy vaan*: katseen avulla sairaanhoitaja voi viestiä, että hän on kuulolla.

3.7 Direktiivit toisen kielen käytön ja oppimisen näkökulmasta

Aineiston simulaatiotilanteissasuomen toisena kielenä oppineet sairaanhoitajaopiskelijat osoittavat toimivansa aktiivisesti ja itsenäisesti roolissaan sairaanhoitajina. Vuorovaikutus vaikutti pääosin sujuvalta – huolimatta siitä, että vastaavan opettajan mukaan sairaanhoitajaopiskelijoiden toiminta oli tavallista hitaampaa simulaatiossa (Kuparinen 2021, 16). Koska aineisto sisältää informanttien keskustelua pelkästään simulaatiotilanteissa, ei heidän onnistumistaan voi verrata heidän osaamiseensa muissa tilanteissa. Simulaatioissa opiskelijat kuitenkin osoittivat ammatillisen kielen hallintaa: he kykenivät käyttämään kieltä ja muita resursseja (eleet, esineet, ihmiset) toiminnallisesti useissa erilaisissa työn konventionaalisissa vuorovaikutustilanteissa, myös vastaanoton eri vaiheissa. Esimerkiksi tilanteissa, joissa potilaalta edellytettiin välitöntä – mutta ei merkittäviä ponnisteluja vaativaa – toimintaa, opiskelijat rakensivat usein lyhyehkön lausuman, joka sisälsi imperatiivin. Elämäntapamuutosten yhteydessä taas sairaanhoitajat käyttivät runsaasti erilaisia pehmenyskeinoja (vrt. Somiska 2010). Imperatiivin sijaan tavallisempia olivat direktiivit, joissa käytettiin esimerkiksi modaali-verbijä *pitää* ja *voida*. Sairanhoitajat

osoittivat näin kohtelevansa elämäntapamuutosta merkittävästi haasteellisempaan toimintona kuin vaikkapa henkilökortin ojentamista. Tämä osoittaa, että sairaanhoitajaopiskelijat olivat tietoisia ammatillisen vuorovaikutustilanteiden piirteistä ja osasivat käyttää eri tilanteisiin sopivia kielellisiä resursseja.

Aineiston S2-opiskelijat ovat vuorovaikutustyyyleiltään erilaisia – myös yksittäisten simulaatioiden välillä oli paljon eroja. Yhden aineiston sairaanhoitajaopiskelijan käyttämä direktiivi (esimerkki 5, rivi 1: *voisitko antaa kelakorti*) vaikutti pehmenettynä ja varsinkin laajennuksen kanssa kontekstiin nähden liian kohteliaalta nähden sairaanhoitajan auktoriteettiasemaan tilanteessa. Institutionaalisisessa kontekstissa suurempikin käsky esimerkiksi imperatiivin tai interrogatiivilauseen avulla olisi riittävän kohtelias, kun tilanne on ongelmaton ja potilaalta edellytetään välitöntä toimintaa, jota ei pidetä vaivalloisena (ks. esimerkki 5). ”Ylikohteliaisuuden” taustalla voi olla Clynen ehdottama maksiimi, kuten oman vuoron tuottaminen siten, että puhuja voi kantaa vastuun sanomisistaan omien kulttuuristen normiensä kannalta (Clyne 1994, 194–195). Toisaalta joidenkin sairaanhoitajien käyttämä puhuttelu vaikuttaa varsin suoralta (luvun 3.5 esimerkit 15 ja 16), ja myös esimerkissä 5 esiintyvä sama sairaanhoitaja jopa korottaa ääntään esimerkkitarkkelmassa 12. Direktiivien tilanteenmukaisessa kohteliaassa muotoilussa on siis joillakin opiskelijoille edelleen haasteita. Toisaalta muutamat opiskelijat osoittavat osavansa varsin hienovaraisesti ottaa huomioon potilaan tulkintoja ja tarvittaessa pehmentää direktiivejä usein eri tavoin (esimerkit 14 ja 17). Useimmilla sairaanhoitajilla on käytössään useita erilaisia pehennyskeinoja, joista useissa simulaatioissa toistuvat rajoitusten tilapäisyyteen viittaavat ilmaiset *tällä hetkellä* tai *nyt* sekä käskyn lievennykset kuten *vähän*.

Aineiston simulaatiot tarjosivat opiskelijoille mahdollisuuden direktiivien uudelleenmuokkaukseen, kun potilas ei heti tarjonnutkaan preferoitua responsia. Opiskelijoiden välillä oli jonkin verran eroja siinä, miten he muotoilivat ilmaisuja uudelleen. Opiskelijoiden tasoerot näkyivät siinä, kierrättivätkö he jo aiemmin käyttämiään kielellisiä resursseja. Taitavimmat opiskelijat pystyivät tarttumaan potilaan responsin sävyyn ja muotoilivat direktiivinsä pääsääntöisesti kokonaan uudelleen sen mukaisesti. Resursseiltaan suppeammilla kielenkäyttäjillä puolestaan toistuvat useammin tietyt samat kielelliset resurssit, joita he olivat tottuneet käyttämään. Kierrätettyjä ilmauksia he yhdistivät myös uusiin ilmauksiin. Nämä opiskelijat toisaalta pystyivät kierrättämään myös potilaan käyttämiä direktiivisiä ilmauksia esimerkiksi potilaan tarkennuspyynnöistä: potilaan vuorot saattoivat siis toimia heille kielellisinä resursseina.

Kokonaisuutena suomen toisena kielenä oppineilla sairaanhoitajaopiskelijoilla oli monipuoliset keinot ilmaista direktiivisyyttä. Direktiivien muotoilussa suurin osa opiskelijoista oli jo ”moniosaajia”. Haltian (2016) mukaan B1-tasolla kielenoppija osaa muun muassa ilmaista

toimintaehdotuksia *pitää*-nesessiiviverbillä sekä pehmentää ilmauksia konditionaalimuodon avulla. Myös tässä aineistossa *pitää*-verbi oli myös varsin tyypillinen direktiivien muodostamisessa käytetty verbi (myös konditionaalimuodossa). Lisäksi sairaanhoitajat käyttivät usein *voida*-verbiä sekä kielloissa että luvan antamisen merkityksessä. Horjuntaa modaaliverbien välisen työnjaon tunnistamisessa ei juuri ollut (vrt. Haltia 2016, 77). Modaaliverbejä käytettiin nollapersoonassa sekä yksikön toisessa persoonassa, mutta yksittäisissä tilanteissa myös monikon ensimmäisessä persoonassa. Modaaliverbit esiintyivät myös pyyntöinä interrogatiivilauseina (esimerkki 5, rivi 1: *voisitko antaa kelakorti*), mutta vain yksittäisiä kertoja. Kysymyslauseissa pyyntönä oli tyypillisemmin kommunikaatioverbi kuten *sanoa* tai *kertoa* ja vaihtoehtokysymys (*sanoako mulle sun nimi*).

S2-vuorovaikutuksen näkökulmasta simulaatioissa on yllättävän vähän merkitysneuvotteluita ja sanahakuja (ks. Kurhila 2006, 92–151), ja opiskelijat esiintyvät simulaatiovideoilla sairaanhoitajina pääsääntöisesti melko itsevarmasti. Tämä voi olla seurausta siitä, että opiskelijoiden on ollut mahdollista valmistautua simulaatiotilanteeseen etukäteen ja perehtyä potilastapaukseen sekä aihepiiriin. Toisaalta opiskelijat myös auttavat toisiaan simulaatioiden aikana niissä muutamissa tilanteissa, joissa ongelmia ilmenee. Simulaatiotilanteessa korostuukin vertaisen tuki. Jos sairaanhoitajaa näyttelevä opiskelija osoittaa epäröimisen merkkejä tai viivyttelee, poimii potilasta näyttelevä opiskelija tämän havainnon ja pyrkii useimmiten tukemaan vertaistaan. Tuki näyttää kuitenkin koskevan ensisijaisesti epäröintiä simulaation etenemisestä, jolloin potilas antaa tyypillisesti vihjeen simulaation seuraavasta vaiheesta (ks. Esimerkki 1 luvussa 2.5.3). Sanahauissa sairaanhoitaja usein ilmaisee kuiskaten tai muunnellulla äänellä, ettei juuri nyt muista kyseistä termiä, minkä jälkeen hän ohittaa tilanteen (vrt. Kotilainen & Kurhila 2019, 43–44, 54). Sairanhoitaja jatkaa asiassa eteenpäin, kuten seuraavassa esimerkissä 19 (ks. myös esimerkki 12 luvussa 3.4):

Esimerkki 19 (S03_diabetes_04:44_05:00)

```
01 S.S05: >diabetes< voi tulla (0.2) kaikille (0.2)
02 S.S05: sei oo mitään niinku että (0.7) se on (0.9)
03 S.S05: °mikä se sana on°
04 S.S05: (1.8)
05 S.S05: >se voi olla< synnynnäinen että sä syntyy sen kanssa
06 S.S05: se voi olla (.) se on kansalainensairaus? (0.3)
07 S.S05: mä en °muista mikä se sana on° (0.8)
08 S.S05: .hhh mutt#a äää# (0.6) joo ja myös se liittyy sitte elämän↑tavat
```

Esimerkissä 19 sairaanhoitaja kuvailee diabeteksen riskitekijöitä potilaalle. Sairanhoitaja on ennen esimerkkikatkelmaa esittänyt alustavan arvionsa diagnoosista (diabetes). Potilas on tämän jälkeen ihmetellyt, miten diabetes voi puhjeta hänen ikäiselleen potilaalle, jolloin sairaanhoitaja on kartoittanut potilaan ruokailutottumuksia. Sen jälkeen, kuten katkelmassa nähdään, sairaanhoitaja jatkaa kuvailemalla diabetestä sairautena sekä diabeteksen riskitekijöitä. Esimerkissä sairaanhoitajalla on kaksi ongelmallista vuoroa, joissa hän kielentää, ettei muista jotakin sanaa: rivillä 3 *mikä se sana on* ja rivillä 7 *mä en muista mikä se sana on*. Kuiskaten esitetyt vuorot voisivat merkitä pohdintaa, mutta myös sitä, että sairaanhoitaja osoittaa kuiskaamisen avulla hetkeksi siirtyvänsä simulaatiosta ”todelliseen maailmaan”. Sairanhoitaja ei hae kuitenkaan katsekontaktilla tukea potilaasta, eikä potilas myöskään sano mitään koko katkelman aikana (vaikka useita tilaisuuksia vuoron ottamiseen olisi) eikä ongelmiin palata. Tämä voi olla osoitus siitä, että potilas osoittaa näin kunnioitustaan: potilaan tekemä korjaus voisi haastaa sairaanhoitajan statuksen auktoriteettina ja autonomisena kielenkäyttäjänä. Toisaalta kyse voi olla siitä, ettei potilas itsekään tiedä, mitä sanaa sairaanhoitaja yrittää muistella. Kyse voi olla myös simulaatiotilanteen luonteesta oppimisympäristönä: kieli ja viestintä eivät ole tilanteessa huomion keskipisteenä, vaan ne ovat lähtökohtaisesti työkaluja (Kuparinen 2021).

Potilasta näyttelevät sairaanhoitajat olivat keskeisessä osassa oppimisympäristön kokonaisuuden rakentumisessa. Heidän roolisuurituksensa vaikutti erityisesti elämäntapaneuvojen kohdalla siihen, kuinka monin eri tavoin sairaanhoitajan täytyi muotoilla direktiivinsä. Kurhila ja Lehtimaja (2019, 153–158) nostavat sairaanhoitajan vuorovaikutustilanteista yhdeksi merkittäväksi seikaksi ymmärtämisen varmistamisen (ks. myös Domokos 2017, 32). Tämän tutkimuksen simulaatioissa potilaat ovat vastaanotolla (eivätkä vuodeosastolla, kuten Kurhilan ja Lehtimajan tutkimuksessa) pitkäaikaissairauksiin liittyvien sairauksien vuoksi, joiden hoito voi edellyttää potilaalta (uusia) isoja elämänmuutoksia, kuten diabeteksen kohdalla uudenlaisen ruokavalion käyttöönoton. Potilaat eivät simulaatioissa välttämättä ota sairauttaan vakavasti eivätkä ole orientoituneet tekemään muutoksia. Vuorovaikutuksessa sairaanhoitajan kannalta relevanttia ei siis ole pelkkä ymmärtämisen varmistaminen vaan se, että potilas sitoutuu muutokseen. Oppimisen kannalta uutena resurssina voitaisiin nähdä ”potilaan” toiminta simulaatiossa (vrt. Lehtimaja 2019). Potilas voi tarjota sairaanhoitajaa näyttelevälle vertaiselleen tilaisuuden harjoitella potilaan ohjaamista ”haastavassa” tilanteessa, mikäli he eivät osoita omahoitoon sitoutumisen merkkejä. Näin sairaanhoitaja pääsee harjoittelemaan esimerkiksi erilaisia direktiivien uudelleenmuotoilun keinoja (vrt. Kurhila ja Lehtimaja 2019, 153–158).

3.8 Yhteenveto ja johtopäätökset

Aineiston simulaatioissa esiintyvät sairaanhoitajaopiskelijat olivat englanninkielisessä sairaanhoitajakoulutuksessa, jonka yhtenä sisäänpääsykriteerinä on ollut suomen kielen taitotaso B1 (Tanskanen & Mulder 2021). Opintoihin liittyvän jakson tavoite puolestaan on ollut B1.2. Vaikka tämän tutkimuksen tavoitteena ei olekaan arvottaa sairaanhoitajaopiskelijoiden vuorovaikutusosaamista, voidaan kuitenkin heidän käyttämiensä monipuolisten kielellisten resursien perusteella todeta, etteivät he ole vasta-alkajia: suurin osa opiskelijoista on hyvinkin taitavia vuorovaikutuksen ammattilaisia ja suomen kielen osaajia. Alan ammattikielen näkökulmasta sairaanhoitajaopiskelijat myös toimivat ammattimaisesti: he pyrkivät kääntämään ammattialan erikoissanastoa vastaanottotilanteissa maallikolle ymmärrettävään muotoon käyttäen riittävän yksinkertaista sanastoa. Tarvittaessa he havainnollistivat viestiään myös elein ja ympäristön resursseja käyttäen. Hoitaja joutuukin tasapainoilemaan ammattialan sanaston ja potilaalle kohdistetun yleiskielen välillä ja “selkoistamaan” monimutkaisia termejä, ja liikkumaan näin ammatillisen ja yleisen rekisterin välillä (ks. Seilonen & Suni 2016, 468).

Direktiivejä rakentaessaan sairaanhoitajaopiskelijat käyttivät monipuolisesti erilaisia resursseja. Kielellinen direktiivi sai pääsääntöisesti tilanteeseen sopivan syntaktisen muodon sekä funktion ja tuli ymmärretyksi direktiivinä. Lisäksi sairaanhoitajaopiskelijat hyödynsivät monipuolisesti muitakin vuorovaikutustilanteen resursseja: kehollisia resursseja, kuten eleet (havainnollistaminen, toimintojen näytteleminen) ja katse (vastauksen hakeminen) sekä ympäristön esineet (esim. lääkepakkaukset, paperit).

Direktiivien tutkimusperinteessä on keskitytty pitkään tutkimaan direktiivejä pelkästään kielellisenä tapahtumana, ja tämäkin tutkimus keskittyy lähtökohtaisesti kielellisesti muotoiltuihin direktiiveihin. Viime aikoina sosiaalisen vuorovaikutuksen tutkimuksessa on korostettu yhä enemmän sitä, että vuorovaikutus on kehollista ja sulautunut sosiaaliseen maailmaan. (Ceckaite 2018, 1–2.) Tässä tutkimuksessa olen käsitellyt jonkin verran sitä, miten katse, eleet ja kehon asento yhdistyvät kielellisiin direktiiveihin. Esimerkiksi demonstraatiosekvensseissä eleiden ja liikkeiden rooli korostuu havainnollistamisessa kielellisten direktiivien rinnalla, kun taas elämäntapaneuvonnassa katseella osoitetaan kuuntelemista ja toisaalta alleviivataan direktiivejä. Mulimodaalisen tutkimuksen kannalta rajoitteena tässä tutkimusaineistossa on ollut se, että aineistossa on useita sellaisia simulaatioita, joissa opiskelijan maskin ja silmälasien takia ei voi varmasti tulkita, mihin hänen katseensa tarkalleen kohdistuu. Myös ilmeet ovat samasta syystä tarkastelun ulkopuolella. Katseen merkitystä on analysoitu sikäli, kun se on mahdollista ja toisaalta direktiivisten ilmaisujen kannalta keskeistä.

Sairaanhoitajan direkttiivisten keinojen valintaa ja onnistumista arvioitaessa on muistettava, että kyseessä on simuloitu harjoitustilanne eikä autenttinen vastaanottotilanne. Simulaatioissa tyyppillistä on, että ”potilas” on normaalia dominoivampi ja liioittelee toimintaansa (Pilnick, Trusson, Beeke, O’Brien, Goldberg & Harwood 2018). Voi myös olla, että potilaiden vuorovaikutukseen vaikutti se, etteivät he vastaa tosielämässä valintojensa seurauksista (vrt. Stokoe 2013; 2014). Välitöntä toimintaa koskevia direkttiivisiä ilmaisuja käsiteltäessä voitiin huomata, että direkttiivisten ilmausten kohdalla potilas kohteli niitä ongelmattomina. Sekä sairaanhoitaja ja potilas orientoituivat tällöin rooleissaan sen mukaisesti, että sairaanhoitaja on auktoriteetti, jolla on oikeutus direkttiivien antamiseen ja jonka ei tarvitse niitä perustella. Tilanne oli kuitenkin erilainen, kun kyse oli vastaanottotilanteen jälkeisestä toiminnasta, jota koskevia ohjeita, neuvoja, käskyjä tai suosituksia sairaanhoitaja antoi. Vaikka sairaanhoitaja antoi ohjeita omaan episteemiseen auktoriteettiinsä perustuen, potilaan responssien perusteella pelkkä nojautuminen sairaanhoitajan auktoriteettiin ei useimmiten riittänyt siihen, että potilas tuottaisi myönteisen responssin. Aineistossa potilas ei välttämättä ilmaissut sitoutumistaan ohjeen tai neuvon mukaisen toiminnan noudattamiseen, ja jopa kyseenalaisti sen. Useissa simulaatioissa sairaanhoitaja ei myöskään kohdellut itseään pelkästään auktoriteettina vaan käytti suostuttelua: hän pyrki saamaan potilaan itse valitsemaan tai sitoutumaan vaihtoehtoon, jota hän ehdotti. Sairaanhoitaja voi tällöin vaikkapa viitata tutkimustuloksiin tai siihen, että lääkärin oli määrännyt jotakin lääkettä. Sairaanhoitajat myös siirsivät vastuuta lääkärille viittaamalla siihen, että konsultoivat lääkäriä: diagnoosin tekeminen ja lääkkeiden määrääminen ovatkin lääkärille kuuluvia tehtäviä. Mikäli sairaanhoitajat esittivät omia arvioitaan vielä diagnosoimattomasta sairaudesta, olivat he erityisen varovaisia ja korostivat arvionsa epävarmuutta.

Institutionaalisessa vuorovaikutuksessa direkttiivisten ilmaisujen käyttö on samalla valankäyttöä. Kolmesta vallan muodosta (Stevanovic 2016b, 161–162; Turner 2005) – pakottaminen, suostuttelu ja auktoriteetti – ei aineistossa voitu havaita pakottamista: sairaanhoitaja toimi auktoriteettipositiostaan, ja potilaan vastustellessa joko ohitti tilanteen tai siirtyi suostutteluun antamalla perusteluja sille, miksi potilaan tulisi itse valita sairaanhoitajan tarjoama vaihtoehto. Vuorio (2020) on tutkinut pro gradu -tutkielmassaan keittiömestarin roolin rakentumista direkttiivien avulla. Hänen tulkintansa mukaan imperatiivimuotoiset suorat käskylauseet voidaan nähdä resurssina, jonka käytön vuorovaikutuksen sujuvuus mahdollistaa. Myös sairaanhoitajan ammattilaisasemaan perustuva toiminnallinen eli deonttinen auktoriteetti näkyi erityisesti välittömän toiminnan pyyntöinä, jolloin imperatiivi oli keskeinen kielellinen resurssi. Aineistossa elämäntapaneuvojen kohdalla deonttinen auktoriteetti (Stevanovic 2016b, 162) ei ollut yksiselitteistä. Sairaanhoitajalla on asemansa perusteella oikeus esittää arvioita tilanteesta,

ja niiden perusteella hän voi esittää potilaalle neuvoja, kieltöjä ja suosituksia. Samanaikaisesti potilaalla on oikeus kieltäytyä hoidosta tai tehdä myös sellaisia valintoja, joilla hän saattaa vahingoittaa terveyttään tai henkeään (Valvira 2018). Elämäntapaneuvojen kohdalla vuorovaikutustilanne onkin deonttisesti symmetrisempi kuin niissä välittömän toiminnan tilanteissa, joissa sairaanhoitaja vaikkapa mittaa verenpaineen. Potilaan päätösvalta voidaan jopa eksplisiittisesti nostaa esiin elämäntapakeskustelussa, jolloin tilanteesta tulee usein pikemminkin neuvottelu. Jos potilas vastustaa neuvoja, voi sairaanhoitajan toiminnasta direktiivinä tulla jopa suostuttelea (Stevanovic 2016b, 161): sairaanhoitaja pyrkii perusteluillaan ja muilla tavoin vetoamaan potilaaseen ja näin saamaan potilaan itse sitoutumaan sairaanhoitajan ohjeistamaan toimintaan.

Sorjonen (2001, 89–111) käsittelee lääkärin ohjeita vastaanottotilanteessa jakaen ne vastaanottotilanteen aikaisiin välittömiin toimintoihin sekä vastaanottotilanteen jälkeiseen toimintaan liittyviin direktiiveihin. Sorjosen mukaan ohjeen muotoilu riippuu tilanteesta: kullakin lääkärin käyttämällä kielellisellä keinolla on oma tavoitteensa ja toimintaympäristönsä vastaanotolla (mts. 89). Tässä tutkimuksessa voidaan tehdä samankaltaisia havaintoja sairaanhoitajien simuloitujen vastaanoton vaiheista: direktiivisyys on erilaista eri vastaanoton vaiheissa (tai toiminnoissa) riippuen siitä, onko kyse välittömästä toiminnasta vai vastaanottotilanteen jälkeiseen toimintaan liittyvästä neuvonnasta. Sorjonen (2001, 90–91) löytää lääkärin vastaanotoilta kaksi vaihetta, joissa lääkäri edellyttää potilaalta välitöntä toimintaa: vastaanottotilanteen alku sekä potilaan tutkiminen. Samanlainen havainto voidaan tehdä myös sairaanhoitajien simuloituilta vastaanotoilta. Myös simulaatioharjoituksessa odotetaan, että sairaanhoitaja vastaanotollaan varmistaa potilaan henkilöllisyyden. Kuten lääkäri vastaanotollaan, myös sairaanhoitaja käskää potilasta esimerkiksi ottamaan kengät pois tai istumaan hiljaa verenpaineen mittaamisen aikana. Aineistossa sairaanhoitaja käytti esimerkiksi imperatiivimuotoisia käskyjä, joihin potilas mukautui toimimalla pyynnön mukaisesti. Käskyjä ei kyseenalaistettu, vaan potilas teki, mitä hänen oletettiin tekevän. Imperatiivia voidaan hyödyntää silloin, kun pyydetyn toiminnan suorittamista ei nähdä kovin kuormittavana.

Muun muassa aineiston vitaalielintoimintojen mittauserkvensseissä voidaan havaita useita yhdistäviä tekijöitä. Sairaanhoitaja yleensä pohjusti tulevaa toimintaa. Näin hän pyrki joko rakentamaan yhteistoimintaa tai ainakin viestimään potilaalle, millaisten toimenpiteiden kohteeksi potilas joutuu. Samalla potilaalle tarjoutui mahdollisuus kieltäytyä osallistumisesta. Kielellinen resurssi pohjustamisessa oli esimerkiksi niin sanottu “lääkärin passiivi” mutta myös yksikön ensimmäisen persoonan verbi (esim. *minä mitaan nyt verenpaineen*). Sairaanhoitajan toimenpiteitä pidetään ongelmattomina: potilas pääsääntöisesti mukautuu toimintaan eikä välttämättä edes anna verbaalista responsia. Sekvenssien aikana sairaanhoitaja saattaa pyytää tai

käskä potilasta toimimaan tietyllä tavalla tai olemaan esimerkiksi liikkumatta. Keskeinen kielellinen resurssi tällaisten direktiivien muotoilussa on imperatiivi, joka tyypillisesti viittaa välittömään toimintaan (Auer 2017, 412).

Asetelma oli kuitenkin erilainen silloin, kun neuvot, ohjeet tai käskyt koskivat vastaanottotilanteen jälkeistä toimintaa ja potilaan elämäntapoja. Kun ohje, neuvo tai käsky koskee hoitotilanteen jälkeistä toimintaa, laajenivat sekä sekvenssit että sairaanhoitajien syntaktisten direktiivien keino repertuaari käsittämään monipuolisemmin erilaisia modaalisia ilmaisuja, jotka ilmaisevat suhtautumista (vrt. Sorjonen 1997). Tässä yhteydessä aineistossa esiintyy modaalisten ja nesessiivisten ilmausten lisäksi muun muassa erilaisia evaluoivia ilmaisuja (esim. prediktiivilauseet, kuten: *se ei ole hyvä; se on aina terveellisempi; verensokeri on korkeampi*), jotka implikoivat muutostarvetta. Toisaalta positiivinen evaluaatio tarkoittaa, että potilas voi turvallisesti mielin ”jatkaa samaan malliin”. Tunnusmerkkisistä suorista direktiivisistä ilmauksista imperatiiviakin enemmän käytettiin erilaisia velvoittavia tai permissiivisiä (erityisesti deonttista ja praktista) modaalisuutta ilmaisevia direktiivisiä ilmauksia. Tällaiset toimintajaksot olivat useimmiten neuvoja ja kehotuksia, joihin saattoi liittyä perusteluja, seurausten kuvausta ja argumentointia esimerkiksi auktoriteettiin vetoamalla. Kun kyse oli tulevan ajan toiminnasta, sisältyi tällaisiin neuvoihin (edellisestä poiketen) erilaisia aikaan tai toistuvuuteen liittyviä rajavia ilmauksia (esim. *joka päivä; säännöllisesti*). Näissä toimintajaksoissa potilas esitti useammin tarkennuspyyntöjä tai kohteli ilmaisua ongelmallisena. Neuvontasekvenssi oli myös jälkijäsen, jossa etujäsenenä oli potilaan esittämä kysymys tai väite.

Edellä mainittujen vaiheiden lisäksi aineistossa on kuitenkin myös eräs toimintavaihe, jossa sairaanhoitaja yhdistää välittömään toimintaan liittyviä neuvoja vastaanottotilanteen jälkeisiin hoito-ohjeisiin: demonstraatio eli näyttämällä opettaminen. Siinä sairaanhoitaja mallinsi potilaalle vaiheittain, miten astman käyttöön tarkoitettua lääkelaitetta tulee käyttää. Monissa simulaatioissa potilas myös imitoi sairaanhoitajan toimia tai kokeili itse lääkkeen käyttöä heti demonstraation jälkeen. Sairanhoitaja pilkkoi ohjeen osiin, ja käytti direktiivin funktiossa muun muassa imperatiivia ja nollapersoonamuotoisia verbiketjuja. Demonstraatioissa välittömään toimintaan ja toisaalta lääkkeen kotikäyttöön liittyvät direktiiviset ilmaukset limittyivät: sairaanhoitaja näytti lääkkeen käyttöä, mutta samalla esimerkiksi vastasi potilaan kysymyksiin lääkkeen annostelusta ja hoidon kestosta.

Aineistosta voidaan havaita, että sairaanhoitajaopiskelijoiden direktiivisyyden ilmaisutavat vaihtelevat tilanteesta riippuen. Direktiivit osataan rakentaa tiettyihin vastaanoton vuoro-

vaikutustilanteisiin sopiviksi, mikä kertoo resurssien monipuolisuudesta. Yhteenvetona voidaan todeta, että aineiston simulaatioissa esiintyvät sairaanhoitajaopiskelijat omaavat laajat kielelliset resurssit direktiivien rakentamiseen, vaikkakin yksittäisten viestijöiden välillä oli eroja.

4 Pohdinta ja jatkotutkimusideat

Simulaatio ei harjoiteltuna, näyteltynä ja toisaalta monitahoisena institutionaalisenä tilanteena ole spontaani keskustelutilanne. Simulaatiossa eivät näytä pätevän esimerkiksi epäröinnin osoittamisen lainalaisuudet samalla tavalla kuin arkikeskustelussa. Simulaatioon valmistaudutaan etukäteen, jolloin epäröinti varsinaisessa simulaatiotilanteessa voi tarkoittaa muun muassa sitä, ettei näyttelijä muista käsikirjoituksen seuraavaa vaihetta ja odottaa tarkennusta ohjeeseen. Simulaatiota analysoidessa täytyy kiinnittää erityistä huomiota siihen, mihin näyttelijät reagoivat. Kohdistuuko puhujan kolmannen position vuoro esimerkiksi toisen osallistujan autenttiossa tilanteessa epäodotuksenmukaiseen, joskin mahdollisesti etukäteen käsikirjoitettuun, preferoimattomaan jälkijäsenen?

Simulaatioaineiston monitulkintaisuudesta huolimatta aineistosta on kuitenkin mahdollista tutkia, millaisia erilaisia kielellisiä resursseja sairaanhoitajaopiskelijoilla on käytössään. Tämän tutkimuksen tavoitteena onkin ollut kuvailla direktiivisyyden resursseja, joita tällä opiskelijaryhmällä on kollektiivisesti käytössään. Tutkimuksen keskeisin havainto on, että aineiston noin B1-tasolla olevat suomen toisena kielenä oppineet sairaanhoitajaopiskelijat osaavat simulaatioiden perusteella pääsääntöisesti hyödyntää monipuolisia, suomen kielessä vakiintuneita kielellisiä keinoja muotoillessaan direktiivejä ohjatessaan potilasta vastaanoton eri vaiheissa. Tutkimuksen varsinaisena tavoitteena ei ole ollut yksittäisten sairaanhoitajaopiskelijoiden kielellisten direktiivien resurssien vertailu keskenään, joten havainnot koskevat informanttien joukkoa. Useimmat sairaanhoitajaopiskelijat kykenivät muokkaamaan direktiivisiä ilmaisuja tilanteen vaatimalla tavalla ja suhteuttamaan ne tilanteen vaatimuksiin. Esimerkiksi demonstraatiotilanteissa he kykenivät käyttämään resursseina ohjeen pilkkomista moniosaiseksi vuoroksi sekä erilaisia deiktisiä ilmaisuja. Elämäntapoihin liittyviä neuvoja antaessaan opiskelijat puolestaan osasivat käyttää monipuolista modaalisten ilmausten repertuaaria suhteuttaessaan neuvonsa potilaan antamiin tietoihin ja niistä tekemäänsä evaluaatioon. Opiskelijat myös arvioivat saamaansa tietoa ja sen oikeellisuutta. Esimerkiksi kun omainen antoi potilaan lausun-

non kanssa ristiriitaista tietoa, täytyi sairaanhoitajan ottaa selvää todellisesta tilanteesta ja muokuttaa neuvonsa sen mukaisiksi. Simulaatio oppimistilanteena tarjoaa sairaanhoitajaopiskelijoille myös mahdollisuuksia ilmaisujen uudelleenmuotoiluun.

Simulaation eduksi on mielletty mahdollisuus harjoitella reagoimista yllättäviin tilanteisiin. Osa potilaan responsseista vaikutti tilanteessa hieman epäodotuksenmukaisilta. Vaikka joissain kohdin analyysissä on tarkasteltu potilaan responssia, siihen tulee kuitenkin suhtautua varauksella, sillä kuten aiemmin muun muassa teoriaosuudessa on tuotu esiin, simulaatioissa potilasta näyttelevät ammattinäyttelijät usein liioittelevat reaktioitaan ja pyrkivät tarkoituksellisesti tuottamaan opiskelijoille oppimistilanteita. (Pilnick, Trusson, Beeke, O'Brien, Goldberg & Harwood 2018.) Liioittelua on havaittavissa myös tämän tutkimuksen aineistossa siitä huolimatta, että potilasta esittävät toiset sairaanhoitajaopiskelijat. Jatkotutkimuksessa voisi olla hyödyllistä tutkia sairaanhoitajan direktiivisten ilmausten resursseja aidoissa vuorovaikutustilanteissa ja verrata niitä tämän tutkimuksen tuloksiin. Vastaisuudessa voitaisiin myös tutkia laajemmin direktiiveihin liittyviä katseita, liikkeitä ja eleitä toimintatapahtumana (tai liikesarjana) (vrt. Cekaite 2018, 2–4) suomi toisena kielenä -kontekstissa. Myös prosodisten ilmiöiden tarkka analyysi jäi tämän tutkimuksen ulkopuolelle, mutta voisi olla kiinnostava ja ilmiön laajemman ymmärtämisen kannalta tärkeä jatkotutkimusaihe.

Aineistossa esiintyy yhteensä 16 suomea toisena kielenä puhuvaa sairaanhoitajaopiskelijaa, joista informanteina voidaan pitää niitä opiskelijaa kymmentä, jotka esittivät sairaanhoitajaa. Aineistosta voidaan erottaa yksittäisiä piirteitä, mutta myös eroja eri sairaanhoitajaopiskelijoiden käyttämien direktiivisten ilmausten välillä. Päähavainto on kuitenkin siinä, miten sairaanhoitajaopiskelijat mukauttavat direktiivinsä tilanteen tarpeisiin: esimerkiksi demonstraatioissa moniosaiset vuorot ja direktiivien ketjut, kun taas vitaalien mittauksessa lyhyet käskyt. Aineistosta ei kuitenkaan tarkennu yksittäisen S2-puhujan käyttämä direktiivirepertuaari, vaan näkökulma on ensisijaisesti kollektiivinen. Kiinnostavaa olisi tutkia Urbanikin (2021) tavoin vain yhden informantin käyttämiä direktiivejä: muodostavatko ne yhtenäisen systeemin, ja jos kyllä, millaisen? Ovatko epäkonventionaaliset ilmaukset osa S2-puhujan repertuaaria niin, että ne palvelevat systemaattisesti tiettyä käyttötarkoitusta? Urbanikin tutkimukseen (mt.) verrattavan tutkimuksen toteuttamiseksi vastaanottotilanteissa on kuitenkin rajoituksena toiminnan luonne: hänen tutkimuksessaan toiminto on kuorman siirto nosturilla, jossa vaiheet ovat samat (pl. ongelmatilanteet) ja toiminta on paikallista ja konkreettista. Vastaanottotilanteessa puolestaan heti vastaanoton alussa määritellään ongelma, jonka luonne vaikuttaa siihen, miten vastaanottotilanne etenee ja millaisia vaiheita se sisältää. Tutkimusten mukaan rakenne ei lisäksi ole suoraviivainen, vaan joustava: vastaanotolla voidaan esimerkiksi palata aiempiin vaiheisiin

(2017, 235–279). Direktiivit ohjailevat myös hyvin erilaista toimintaa: toisaalta paikallisia ja konkreettisia asioita, fyysistä toimintaa koskevia toimintoja, mutta myös abstrakteja, vaikkapa asennemuutokseen liittyviä seikkoja (vrt. Rouhikoski 2021, 129). Rouhikoski (mt.) on tutkinut Kelan asiakaspalvelutilanteita ja kritisoi oman tutkimuksensa osalta sitä, voiko näin erilaisia toimintoja koskevia rakenteita edes vertailla keskenään. Tässä tutkimuksessa tutkimuksen vaiheissa oli selvästi erilaisia piirteitä johtuen toiminnan luonteesta (esim. konkreettinen vai abstrakti) ja tavoitteiden eroista (esim. henkilöllisyyden tarkistaminen ja elämäntapaohjaus), ja tutkimus rakentuikin näiden toimintojen ympärille.

Simulaatioita käytetään paljon sairaanhoidossa, mutta covid19-pandemia on tuonut koulutuskentällä uuden sysäyksen digitaalisten oppimisympäristöjen kehittämiseen. Myös uusia virtuaalitodellisuuden (*virtual reality*) mahdollisuuksia on lähdetty kehittämään esimerkiksi VR-lasien avulla toteutetuissa simulaatioissa (Huikko, Lahtinen, Nikula, Ojala & Hankaniemi 2020). Simulaatioissa eräs olennainen piirre työelämän vuorovaikutustaitojen kannalta on uusiin tilanteisiin reagoiminen (Pilnick, Trusson, Beeke, O'Brien, Goldberg & Harwood 2018). Erityisesti suomi toisena kielenä -kontekstin näkökulmasta täytyisi ottaa huomioon reaaliaikaisen vuorovaikutuksen merkitys myös kielen oppimisen kannalta. Miten voitaisiin kehittää virtuaalisia simuloituja oppimisympäristöjä, joissa toisen kielen oppimisen näkökulma on huomioitu? Toisaalta simulaatioiden rajoitukset huomioiden voisi olla hedelmällistä tutkia esimerkiksi ”Conversation Analytic Role-play Method” -menetelmän (CARM) eli keskustelunanalyttisen roolileikkimenetelmän (Stokoe 2014) hyödyntämismahdollisuuksia sairaanhoitajakoulutuksen suomen kielen opetuksessa.

Hoida simuloiden suomeksi -hankkeen lopuksi kerättiin opiskelijapalautetta. Opiskelijoiden mielestä simulaatio oli onnistunut oppimismetodi, ja vastaisuudessa simulaatiopäiviä tulisi sisällyttää sairaanhoitajakoulutukseen nykyistä enemmän. (Tanskanen & Mulder 2021.) Jatko-tutkimuksen aiheena voisi myös olla hedelmällistä tutkia HoitoSISU-hankkeessa kehitetyn CLIL-vaikutteisen sairaanhoitajakoulutuksen simulaatiopedagogiikan mallin (Kuparinen 2021) vaikuttavuutta. Terveystieteiden englanninkielisten koulutusohjelmien kehittämistarpeiden tutkimuksissa on tuotu esiin se, että kaiken oppimisen tulisi liittyä konkreettisiin todellisen elämän skenaarioihin, opetusmenetelmistä huolimatta (Pitkäjärvi 2012). Suomen kielen oppimisen kannalta eräs simulaation jatkokehitysidea voisi olla dialoginen mentoritoiminta tai simulaatioiden toteuttaminen yhdessä S1-sairanhoitajaopiskelijoiden kanssa (ks. Rajala, Takaeilola & Sairanen 2018).

Lähteet

- AUER, PETER 2017: Epilogue. Imperatives – the language of immediate action. Teoksessa Marja-Leena Sorjonen, Liisa Raevaara & Elizabeth Couper-Kuhlen (toim.) *Imperative Turns at Talk: The Design of Directives in Action*, s. 411–423. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.
- CEKAITE, ASTA 2010: Shepherding the child: Embodied directive sequences in parent-child interactions. *Text and talk*, 30 (1), 1–25.
- CLYNE, MICHAEL 1994: *Inter-cultural interaction at work: cultural values in discourse*. Cambridge: Cambridge University Press.
- COUPER-KUHLEN, ELIZABETH – ETELÄMÄKI, MARJA 2015: Nominated actions and their targeted agents in Finnish conversational directives. *Journal of Pragmatics*, 78, s. 7–24.
- DOMOKOS, EDIT 2017: *Kotiuttamiskeskustelut vuorovaikutustilanteena*. Pro gradu -tutkielma. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- DREW PAUL – HERITAGE, JOHN 1992: Analyzing talk at work: an introduction. Teoksessa Paul Drew & John Heritage (toim.) *Talk at work. Interaction in institutional settings*, 3–65. Cambridge: Cambridge University Press.
- DUE, BRIAN L. – LANGE, SIMON BIERRING – NIELSEN, MIE FEMØ – JARLSKOV, CELINE 2019: Mimicable embodied demonstration in a decomposed sequence: Two aspects of recipient design in professionals' video-mediated encounters. *Journal of Pragmatics* (152), s. 13–27.
- GARONE, ANJA – CRAEN, PIET 2016: The Role of Language Skills and Internationalization in Nursing Degree Programmes: A Literature Review. *Nurse Education Today*, 2017, 49, s. 140–144.
- HAKULINEN, AULI 1997A: Johdanto. Teoksessa Liisa Tainio (toim.) *Keskustelunanalyysin perusteet*, s. 13–17. Tampere: Vastapaino.
- 1997B: Vuorottelujäsennys. Teoksessa Liisa Tainio (toim.) *Keskustelunanalyysin perusteet*, s. 32–55. Tampere: Vastapaino.
- HALTIA, HEIDI 2015: *Modaaliverbien käyttö oppijansuomessa Eurooppalaisen viitekehyksen taitotasolla A2–C2*. Pro gradu -tutkielma. Helsingin yliopisto. Saatavilla verkossa: <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/153854>. Viitattu 14.8.2022.
- HARJUNPÄÄ, KATARIINA – MONDADA, LORENZA – SVINHUFVUD, KIMMO 2019: Multimodaalinen litterointi keskustelunanalyysissa. *Puhe ja kieli*, 39(3), s. 195–220.
- HERITAGE, JOHN 1996: *Harold Garfinkel ja etnometodologia*. Suom. Ilkka Arminen, Outi Paloposki, Anssi Peräkylä, Sanna Vehviläinen & Soile Veijola. Jyväskylä: Gaudeamus.
- HERITAGE, JOHN – CLAYMAN, STEVEN 2010: *Talk in action. Interactions, Identities and Institutions*. Oxford: Wiley-Blackwell.

- HUIKKO, PIRJO - LAHTINEN, PIA - NIKULA, MINNA - OJALA, ANNA - HANKANIEMI, ANNA-KAISA 2020: Uudenlaisia pedagogisia ratkaisuja hoitotyön koulutuksessa. Teoksessa Teija-Kaisa Aholaakko & Tiina Mäkelä (toim.) *Oppimista, opettamista ja tutkivaa kehittämistä - sairaanhoitajan työn kaksi vuosisataa*. Laurea-julkaisut 153. Laurea-ammattikorkeakoulu. Saatavilla verkossa: <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/352413/Laurea%20julkaisut%20153.pdf?sequence=5&isAllowed=y>. Viitattu 14.8.2022.
- IJÄS, TAINA – RUUSUVUORI, JOHANNA 2007: Mitä potilas voi tietää? Potilaan tiedollisiin oikeuksiin orientoituminen lääkärin vastaanotolla. *Media & Viestintä*, 30(4), s. 12–29.
- ISK = *Iso suomen kielioppi*. Hakulinen, Auli – Vilkuna, Maria – Korhonen, Riitta – Koivisto, Vesa – Heinonen, Tarja Riitta – Alho, Irja 2010. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- JOKELA, SATU – KILPELÄINEN, KATRI – PARIKKA, SUVI – SARES-JÄSKE, LAURA – KOSKELA, TIMO – LUMME, SONJA – MARTELIN, TUIJA – KOPONEN, PÄIVIKKI – KOSKINEN, SEPPO – ROTKO, TUULIA 2021: *Terveysten eriarvoisuus Suomessa: ehdotus seurantajärjestelmän kehittämiseen. Raportti 5/2021*. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL). Saatavilla verkossa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-656-5>. Viitattu 14.8.2022.
- JOKELA, SATU – MAKKONEN, ANNE – MIKKOLA, SANNA 2020: Realistisen simulaation ja verkkosimulaation yhtäläisyydet ja erot loppuvaiheen hoitotyön opetuksessa. Teoksessa Teija-Kaisa Aholaakko & Tiina Mäkelä (toim.) *Oppimista, opettamista ja tutkivaa kehittämistä - sairaanhoitajan työn kaksi vuosisataa*. Laurea-ammattikorkeakoulu: Laurea julkaisut 153. Saatavilla verkossa: <https://www.theseus.fi/handle/10024/352413>. Viitattu 14.8.2022.
- KALLIO, AKU – RUUSUVUORI, JOHANNA 2011: Kertojan katse tarinankerronnassa. Teoksessa Pentti Haddington, Leila Kääntä, Maarit Niemela, Aku Kallio, Johanna Ruusuvuori, Mari Lehtinen, Minna Laakso, Liisa Tainio, Arja Piirainen-Marsh, Inka Koskela & Mirka Rautiomaa (toim.) *Kieli, keho ja vuorovaikutus: multimodaalinen näkökulma sosiaaliseen toimintaan*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- KAUNISTO, MAARIT 2019: ”Saako mustan tussin?” Oppilaiden pyynnöt venäjänkielisessä CLIL-alkuopetuksessa. *Puhe ja Kieli*, 39(1), s. 99–118. Saatavilla verkossa: https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/302810/document_1.pdf?sequence=1. Viitattu 14.8.2022.
- KELA, MARIA – KOMPPA, JOHANNA 2011: Sairaanhoitajan työkieli – yleiskieltä vai ammattikieltä? Funktionaalinen näkökulma ammattikielen oppimiseen toisella kielellä. *Puhe ja kieli*, 31(4), s. 173–192.
- KENT, ALEXANDRA – KENDRICK, KOBIN H. 2016: Imperative Directives: Orientations to Accountability. *Research on Language and Social Interaction*, 49(3), s.272–288.
- KOIVISTO, AINO – SORJONEN, MARJA-LEENA 2021: OKAY as a response to informings in Finnish. Teoksessa Emma Betz, Arnulf Deppermann, Lorenza Mondada, Marja-Leena Sorjonen (toim.) *OKAY Across Languages: Toward a Comparative Approach to Its Use in Talk-in-Interaction, Studies in Language and Social Interaction*, 34, s. 206–233. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.

- KOKKONEN, MARJA 2010: Taitotasot ja työelämän kielitaitovaatimukset. Teoksessa Hanna Tani ja Leena Nissillä (toim.) *Taitotasolta toiselle – opas kielitaidon tasojen kuvausasteikon käyttöön suomi toisena kielenä -opetuksessa*, s. 40–50. Oppaat ja käsikirjat 2010:4. Helsinki: Opetushallitus.
- KOMPPA, JOHANNA – JÄPPINEN, TUULA – HERVA, MARJA – HÄMÄLÄINEN, TAIJA 2014: *Korkeakoulutuksen ammatilliset suomi toisena kielenä -viitekehukset*. Aatos-verkkoartikkelit (16 ed.). Metropolia Ammattikorkeakoulu. Saatavilla verkossa: https://www.metropolia.fi/sites/default/files/publication/201911/AATOS_16_2014_komppa_jappinen_herva_hamalainen.pdf. Viitattu 14.8.2022.
- KOTILAINEN, LARI – KURHILA, SALLA 2019: Mitä opettajattomuudesta seuraa? Teoksessa Lari Kotilainen, Salla Kurhila & Jyrki Kalliokoski (toim.) *Kielenoppiminen luokan ulkopuolella*, s. 33–60. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- KUPARINEN, KRISTIINA 2021: Matkalla todelliseen maailmaan - hoitotyöhön integroitua S2-opiskelua simulaation keinoin. Teoksessa Pipsa Kostamo & Minna-Liisa Lehtilinna (toim.) *Viesti kielillä – kuulu kaikille! Laurean kielten ja viestinnän opetuksen käytänteitä ja kokemuksia*. Laurea-Julkaisut 166, s. 14–21. Laurea ammattikorkeakoulu.
- KURHILA, SALLA 2001: Asiantuntijuuden kerrostumista. Syntyperäiset ja ei-syntyperäiset suomenpuhujat virkailijoina ja asiakkaina. Teoksessa Johanna Ruusuvuori, Markku Haakana ja Liisa Raevaara (toim.) *Institutionaalinen vuorovaikutus. Keskusteluanalyttisiä tutkimuksia*, s. 178–195. Tietolipas 173. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- 2006: *Second Language Interaction*. Amsterdam: Benjamins.
- KURHILA, SALLA – LEHTIMAJA, INKERI 2019: Ammattikielen tilanteisuus kielenoppimisen haasteena – esimerkkinä hoitoala. Teoksessa Lari Kotilainen, Salla Kurhila & Jyrki Kalliokoski (toim.) *Kielenoppiminen luokan ulkopuolella*, s. 143–171. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- KURHILA, SALLA – KOTILAINEN, LARI – KALLIOKOSKI, JYRKI 2019. Johdatus luokahuoneen ulkopuoliseen kielenoppimiseen. Teoksessa Lari Kotilainen, Salla Kurhila & Jyrki Kalliokoski (toim.) *Kielenoppiminen luokan ulkopuolella*, s. 7–30. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- KÄÄNTÄ, LEILA – HADDINGTON, PENTTI 2011: Johdanto multimodaaliseen vuorovaikutukseen. Teoksessa Pentti Haddington, Leila Kääntä, Maarit Niemela, Aku Kallio, Johanna Ruusuvuori, Mari Lehtinen, Minna Laakso, Liisa Tainio, Arja Piirainen-Marsh, Inka Koskela & Mirka Rauniomaa (toim.) *Kieli, keho ja vuorovaikutus: multimodaalinen näkökulma sosiaaliseen toimintaan*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- LAURANTO, YRJÖ 2013A: Suomen kielen imperatiivi – yksi paradigma, kaksi systeemiä. *Viritäjä*, 117(2). Saatavilla verkossa: <https://journal.fi/virittaja/article/view/8312>. Viitattu 14.8.2022.
- 2013B: Optatiivirakenne ja direktiiviksi kieliopillistuminen. *Puhe Ja Kieli*, 32(4), 183–216. Saatavilla verkossa: <https://journal.fi/pk/article/view/7622>. Viitattu 14.8.2022.

—— 2014: *Imperatiivi, käsky, direktiivi*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.

LEHTIMAJA, INKERI 2019: Ammatillisen kielitaidon oppiminen vuorovaikutuksessa – Kakkoskieliset sairaanhoitajat ohjaustilanteissa. Teoksessa Lari Kotilainen, Salla Kurhila & Jyrki Kalliokoski (toim.) *Kielenoppiminen luokan ulkopuolella*, s 172–199. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.

LEHTIMAJA, INKERI – KURHILA, SALLA 2018: Sairaanhoitajan ammatillisen kielitaidon kehittäminen työyhteisössä. Julkaistu 12.9.2018. *Kieli, koulutus ja yhteiskunta*, 9(5). Saatavilla verkossa: [https://www.kieliverkosto.fi/fi/journals/kieli-koulutus- ja-yhteiskunta-syyskuu-2018/sairaanhoitajan-ammattillisen-kielitaidon-kehittaminen-tyoyhteisossa#:~:text=Sairaanhoitajan%20ty%C3%B6ss%C3%A4%20kielitaito%20nivoutuu%20tiivisti,vuoronsa%20vastaanottajan%20n%C3%A4k%C3%B6kulmasta%20tarjoituksenmukaisella%20tavalla](https://www.kieliverkosto.fi/fi/journals/kieli-koulutus-ja-yhteiskunta-syyskuu-2018/sairaanhoitajan-ammattillisen-kielitaidon-kehittaminen-tyoyhteisossa#:~:text=Sairaanhoitajan%20ty%C3%B6ss%C3%A4%20kielitaito%20nivoutuu%20tiivisti,vuoronsa%20vastaanottajan%20n%C3%A4k%C3%B6kulmasta%20tarjoituksenmukaisella%20tavalla). Viitattu 14.8.2022.

LINDHOLM, CAMILLA – STEVANOVIC, MELISA – PERÄKYLÄ, ANSSI 2016: Johdanto. Teoksessa Camilla Lindholm, Melisa Stevanovic & Anssi Peräkylä (toim.) *Keskusteluanalyysi – kuinka tutkia sosiaalista toimintaa ja vuorovaikutusta*, s. 8–25. Tampere: Vastapaino.

LINDSTRÖM, JAN – LINDHOLM, CAMILLA – NORRBY, CATRIN – WIDE, CAMILLA – NILSSON, JENNY 2017: Imperatives in Swedish medical consultations. Teoksessa Marja-Leena Sorjonen, Liisa Raevaara & Elizabeth Couper-Kuhlen (toim.) *Imperative Turns at Talk: The Design of Directives in Action*. *Studies in Language and Social Interaction*, 30 (10), s. 299–324. Amsterdam: John Benjamins.

MUSTONEN, ANU 2012: Hoidetaan suomeksi – Ammatillinen suomen kielen taito hoitoalalla. *Kieli, koulutus ja yhteiskunta*, 3(6). Saatavilla verkossa: <https://www.kieliverkosto.fi/fi/journals/kieli-koulutus-ja-yhteiskunta-marraskuu-2012/hoidetaan-suomeksi-2012-ammattillinen-suomen-kielen-taito-hoitoalalla>. Viitattu 14.8.2022.

NOBLE, LORRAINE M. – MANALASTAS, GIANPAOLO – VINEY, ROWENA – GRIFFIN, ANN E. 2022: Does the structure of the medical consultation align with an educational model of clinical communication? A study of physicians' consultations from a postgraduate examination. *Patient Education and Counseling*, 105 (6), s. 1449–1456.

OPH = OPETUSHALLITUS 2022: Kehittyvän kielitaidon tasojen kuvausasteikko. Saatavilla verkossa: <https://www.oph.fi/fi/koulutus-ja-tutkinnot/kehittyvan-kielitaidon-tasojen-kuvausasteikko>. Viitattu 14.8.2022.

PEKKANEN, NIINA 2017: *Okei-dialogipartikkelin käyttötavoista keskustelussa*. Pro gradu -tutkielma. Helsingin yliopiston suomen kielen, suomalais-ugrialaisten ja pohjoismaisten kielten ja kirjallisuuksien laitos.

PENTTILÄ, MAIJA 2017: ”Mun pitää ymmärtää, koska mä oon sairaanhoitaja”: suomea toisena kielenä puhuvien sairaanhoitaja- ja sosionomiopiskelijoiden kohtelaisuuskäsityksiä. Pro gradu -tutkielma. Helsingin yliopisto.

PERÄKYLÄ, ANSSI 1997: Institutionaalinen keskustelu. Teoksessa (toim. Liisa Tainio) *Keskusteluanalyysin perusteet*, s. 177–203. Tampere: Vastapaino.

- PERÄKYLÄ, ANSSI – ESKOLA, KARI – SORJONEN, MARJA-LEENA 2001: Lääkärin ja potilaan vuorovaikutus tarkastelun kohteena. Teoksessa Anssi Peräkylä, Kari Eskola ja Marja-Leena Sorjonen (toim.) *Keskustelu lääkärin vastaanotolla*, s. 7–26. Tampere: Vastapaino.
- PERÄKYLÄ, ANSSI – SORJONEN, MARJA-LEENA – TAMMI, TUUKKA – RAEVAARA, LIISA – HAAKANA, MARKKU 2001: Potilaan elämäntavoista keskusteleminen. Teoksessa Anssi Peräkylä, Kari Eskola ja Marja-Leena Sorjonen (toim.) *Keskustelu lääkärin vastaanotolla*, s. 161–182. Tampere: Vastapaino.
- PILNICK, ALISON – TRUSSON, DIANE – BEEKE, SUZANNE – O’BRIEN, REBECCA – GOLDBERG, SARAH – HARWOOD, ROWAN H. 2018: Using Conversation Analysis to Inform Role Play and Simulated Interaction in Communications Skills Training for Healthcare Professionals: Identifying Avenues for Further Development through a Scoping Review. *BMC medical education* 18 (1), s. 267–267.
- PITKÄJÄRVI, MARI-ANNE 2012: English-language taught degree programmes in faculties of healthcare in Finnish universities of applied sciences: students’ and teachers’ conceptions of the implementation. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Saatavilla verkossa: https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37426/pitkajarvi_dissertation.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Viitattu 14.8.2022.
- RADHAKRISHNAN, KAVITA 2012: The efficacy of tailored interventions for self-management outcomes of type 2 diabetes, hypertension or heart disease: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 68, s. 496–510.
- RAEVAARA, LIISA 2016: Toimintajakson rakenteet. Teoksessa Camilla Lindholm, Melisa Stevanovic & Anssi Peräkylä (toim.) *Keskusteluanalyysi – kuinka tutkia sosiaalista toimintaa ja vuorovaikutusta*, s. 112–125. Tampere: Vastapaino.
- 2017. Adjusting the design of directives to the activity environment: Imperatives in Finnish cooking club interaction. Teoksessa Marja-Leena Sorjonen, Liisa Raevaara & Elizabeth Couper-Kuhlen (toim.) *Imperative turns at talk: The design of directives in action. Studies in Language and Social Interaction*, 30, s. 381–410. Amsterdam: John Benjamins.
- RAEVAARA, LIISA – RUUSUVUORI, JOHANNA – HAAKANA, MARKKU 2001. Institutionaalinen vuorovaikutus ja sen tutkiminen. Teoksessa Liisa Raevaara, Johanna Ruusuvuori & Markku Haakana (toim.) *Institutionaalinen vuorovaikutus: keskusteluanalyttisiä tutkimuksia*, s. 11–38. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- RAJALA, SIRPA – TAKAEILOLA, MERVİ – SAIRANEN, RAIJA 2018: *Suosituksset ammatillisesta suomi toisena kielenä -opetuksesta moduulirakenteisessa sairaanhoitajien täydennyskoulutuksessa*. HAMK Unlimited Journal. Julkaistu 09.05.2018. Saatavilla verkossa: <https://unlimited.hamk.fi/ammattillinen-osaaminen-ja-opetus/suosituksset-ammattillisesta-suomi-toisena-kielena-opetuksesta/#.YpSg4mhBxPZ>. Viitattu 14.8.2022.
- ROUHIKOSKI, ANU 2021: *Direktiivien variaatio – pyynnöt, neuvot ja ohjeet asiakaspalvelutilanteessa*. Väitöskirja. Suomalais-ugrilainen ja pohjoismainen osasto. Humanistinen tiede-

- kunta. Helsingin yliopisto. Saatavilla verkossa: https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/330291/rouhikoski_anu_v%C3%A4it%C3%B6skirja_2021.pdf?sequence=1. Viitattu 14.8.2022.
- ROUTASALO, PIRKKO – AIRAKSINEN, MARJA – MÄNTYRANTA, TAINA – PITKÄLÄ, KAISU 2010: Pitkäaikaissairaahan omahoidon opastus. *Suomen lääkärilehti*, 65, s. 1917–1923.
- RUUSUVUORI, JOHANNA 2001: Miten vastaanotto aloitetaan? Teoksessa Anssi Peräkylä, Kari Eskola ja Marja-Leena Sorjonen (toim.) *Keskustelu lääkärin vastaanotolla*, s. 27–48. Tampere: Vastapaino.
- 2010. Vuorovaikutus ja valta haastattelussa – keskustelunanalyttinen näkökulma. Teoksessa Johanna Ruusuvuori, Pirjo Nikander ja Matti Hyvärinen (toim.) *Haastattelun analyysi*, s. 269–299. Tampere: Vastapaino.
- 2016: Katse. Teoksessa Teoksessa Camilla Lindholm, Melisa Stevanovic & Anssi Peräkylä (toim.) *Keskustelunanalyysi – kuinka tutkia sosiaalista toimintaa ja vuorovaikutusta*, s. 40–51. Tampere: Vastapaino.
- SACKS, HARVEY – EMANUEL, SCHEGLOFF – JEFFERSON, GAIL 1974: Keskustelun vuorottelu-jäsenyyksen perussystematiikka. Suom. Marja Etelämäki, Auli Hakulinen, Ilkka Arminen, Elizabeth Couper-Kuhlen, Mia Halonen, Aino Koivisto, Salla Kurhila, Ritva Laury, Esa Lehtinen, Camilla Lindholm, Jarkko Niemi, Anssi Peräkylä, Johanna Ruusuvuori, Liisa Raevaara, Sara Routarinne, Melisa Stevanovic, Kimmo Svinhufvud, Liisa Tainio ja Liisa Voutilainen (2016). Ilmestynyt alun perin vuonna 1974 nimellä *A simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation* lehdessä *Language* 50(4) s. 696–735.
- SEILONEN, MARJA 2013: *Epäsuora henkilööän viittaaminen oppijansuomessa*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopiston suomen kielen laitos. Saatavilla verkossa: <https://jyx.jyu.fi/handle/123456789/40664>. Viitattu 8.8.2022.
- 2014: Tuntuuko, jos tästä painaa? Epäsuoruus, toimintaan kehottaminen ja asiantuntijuus terveydenhuollon ammattilaisten teksteissä. *Lähivördlusi: Lähivertailuja*, 24, 221–242. Saatavilla verkossa: <https://jyx.jyu.fi/dspace/handle/123456789/45368>. Viitattu 14.8.2022.
- SEILONEN, MARJA – SUNI, MINNA 2016: Ohjeita, tietoa ja turvaa kielen keinoin. Ulkomailta palkatut sairaanhoitajat ammatillista suomen kielen taitoaan osoittamassa. *Lähivördlusi. Lähivertailuja*, 26, s. 450–480. Saatavilla verkossa: <http://arhiiv.rakenduslingvistikka.ee/ajakirjad/index.php/lahivordlusi/article/view/LV26.15/397>. Viitattu 14.8.2022.
- SILTANEN, HANNELE – VIRTANEN, HELI 2017: Teach-back pitkäaikaissairaahan henkilön ohjausmenetelmänä. *Näyttövinkki* 9/2017. Hoitotyön tutkimussäätiö.
- SOMISKA, OUTI 2010: *Eläinlääkärin pehmeät direktiivit*. Pro gradu -tutkielma. Helsingin yliopisto.
- SORJONEN, MARJA-LEENA 1997: Korjausjäsenitys. Teoksessa Liisa Tainio (toim.) *Keskustelunanalyysin perusteet*, s. 111–137. Tampere: Vastapaino.

- 2001: Lääkärin ohjeet. Teoksessa Anssi Peräkylä, Kari Eskola ja Marja-Leena Sorjonen (toim.) *Keskustelu lääkärin vastaanotolla*, s. 89–111. Tampere: Vastapaino.
- STAPLES, SHELLEY 2015: *The Discourse of Nurse-Patient Interactions: Contrasting the Communicative Styles of U.S. And International Nurses*. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.
- STEVANOVIC, MELISA 2013: *Deontic rights in interaction: A conversation analytic study on authority and cooperation*. Väitöskirja. Helsingin yliopisto.
- 2016a: Prosodia. Teoksessa Camilla Lindholm, Melisa Stevanovic & Anssi Peräkylä (toim.) *Keskustelunalyysi – kuinka tutkia sosiaalista toimintaa ja vuorovaikutusta*, s. 100–121. Tampere: Vastapaino
- 2016b: Sosiaaliset rakenteet. Teoksessa Camilla Lindholm, Melisa Stevanovic & Anssi Peräkylä (toim.) *Keskustelunalyysi – kuinka tutkia sosiaalista toimintaa ja vuorovaikutusta*, s. 151–168. Tampere: Vastapaino.
- 2016c: Keskustelunalyysi ja kokeellinen vuorovaikutustutkimus. Teoksessa Camilla Lindholm, Melisa Stevanovic & Anssi Peräkylä (toim.) *Keskustelunalyysi – kuinka tutkia sosiaalista toimintaa ja vuorovaikutusta*, s. 291–306. Tampere: Vastapaino.
- 2017: Keskustelunalyysi ja Austenin perintö. *Niin & näin: filosofinen aikakauslehti*, 2 (93), s. 103–107.
- STEVANOVIC, MELISA – PERÄKYLÄ, ANSSI 2016: Kehollinen läsnäolo. Teoksessa Camilla Lindholm, Melisa Stevanovic & Anssi Peräkylä (toim.) *Keskustelunalyysi – kuinka tutkia sosiaalista toimintaa ja vuorovaikutusta*, s. 27–40. Tampere: Vastapaino.
- STOKOE, ELIZABETH 2013. The (In)Authenticity of Simulated Talk: Comparing Role-Played and Actual Interaction and the Implications for Communication Training. *Research on language and social interaction* 46(2), s. 165–185.
- 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): s. 255–265.
- TANNER, JOHANNA 2012: *Rakenne, tilanne ja kohteliaisuus – pyynnöt S2-oppikirjoissa ja autenttisissa keskusteluissa*. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Suomen kielen, suomalais-ugrilaisten ja pohjoismaisten kielten ja kirjallisuuksien laitos. Saatavilla verkossa: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/32474/rakennet.pdf>. Viitattu 14.8.2022.
- TANSKANEN, MARJA 2020: Ohjaaminen hoitotyössä. 7.2.2020 HoitoSisu-hankkeen materiaaleja. Laurea-ammattikorkeakoulu.
- TANSKANEN, MARJA – MULDER, RIIKKA 2021: Hoida simuloiden suomeksi -hanke englanniksi opiskelevien sairaanhoitajaopiskelijoiden kielitaidon kehittymisen tukena. Julkaistu 10.5.2021. *Laurea Journal* (Laurea-ammattikorkeakoulun verkkolehti). Viitattu 14.8.2022.

- TERÄS, MARIANNE – JOKELA, JORMA 2015: Simulaatio-opetuksen haasteet ja mahdollisuudet ammatillisessa koulutuksessa. Teoksessa Jari Laukia, Annica Isacson, Kimmo Mäki & Marianne Teräs (toim.) *Katu-uskottava ammatillinen koulutus – Uusia ratkaisuja oppimiseen*, s. 137–156. Helsinki: Haaga Helia ammattikorkeakoulu.
- TURNER, JOHN C. 2005: Explaining the nature of power: A three-process theory. *European Journal of Social Psychology*, 35(1), s. 1–22.
- URBANIK, PAWEŁ 2021: Directives in the Construction Site: Grammatical Design and Work Phases in Second Language Interactions with Crane Operators. *Journal of pragmatics* 178 (2021): 43–67.
- VALVIRA = SOSIAALI- JA TERVEYSALAN LUPA- JA VALVONTAVIRASTO 2018: Terveysthuolto. Potilaan asema ja oikeudet. Potilaan itsemääräämisoikeus. Saatavilla verkossa: <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet/potilaan-itsemääräämisoikeus>. Viitattu 14.8.2022.
- 2017: Terveysthuolto. Hyvä ammatinharjoittaminen. Hoidon tarpeen arviointi. Saatavilla verkossa: https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/hoidon_tarpeen_arviointi. Viitattu 14.8.2022.
- VATANEN, ANNA 2016: Keskusteluanalyttinen tutkimusprosessi. Teoksessa Camilla Lindholm, Melisa Stevanovic & Anssi Peräkylyä (toim.) *Keskusteluanalyysi – kuinka tutkia sosiaalista toimintaa ja vuorovaikutusta*, s. 235–306. Tampere: Vastapaino.
- 2021: Keskusteluanalyysi. Teoksessa Jaana Vuori (toim.) *Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja*. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Saatavilla verkossa: <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/teoreettis-metodologiset-viitekehukset/keskusteluanalyysi/>. Viitattu 14.8.2022.
- VEHMASALO, HANNA – RANTOVAARA, LAURA MARIA 2010: *Potilasohjaus hoitotyössä*. Opin- näytetyö. Turun ammattikorkeakoulu.
- VEHVILÄINEN SANNA 2001: Neuvomisen ongelmia ja ratkaisuja – vertaileva näkökulma. Teoksessa Liisa Raevaara, Johanna Ruusuvuori & Markku Haakana (toim.) *Institutionaalinen vuorovaikutus: keskusteluanalyttisiä tutkimuksia*, s. 39–61. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- VIRTANEN, AIJA 2017. Toimijuutta toisella kielellä. Kansainvälisten sairaanhoitajaopiskelijoiden ammatillinen suomen kielen taito ja sen kehittyminen työharjoittelussa. Väitöskirja. Jyväskylä Studies in Humanities 311. Jyväskylän yliopisto. Saatavilla verkossa: https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/53539/Virtanen_Aija_screen.pdf?sequence=3&isAllowed=y. Viitattu 14.8.2022.
- VUORIO, MAIJA 2020: *Keittiömestarin roolin rakentuminen direktiiveillä*. Pro gradu -tutkielma. Helsingin yliopisto. Saatavilla verkossa: https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/316881/Vuorio_Maija_tutkielma_2020.pdf. Viitattu 14.8.2022.

Liite 1: Keskusteluanalyttiset puheen litterointimerkit

[päällekkäispuhunnan alku
]	päällekkäispuhunnan loppu
(.)	mikrotauko (vähemmän kuin 0.2)
(0.7)	tauko ja sen pituus (sekunnin kymmenesosina)
=	kaksi puhunnosta liittyy toisiinsa tauotta
.	laskeva intonaatio
;	lievästi laskeva intonaatio
,	tasainen intonaatio
?	nouseva intonaatio
↑	seuraava tavu tai sana lausuttu ympäristöä korkeammalta
↓	seuraava tavu tai sana lausuttu ympäristöä matalammalta
s <u>i</u> tten	äänteen tai tavun painotus
>niin<	nopeutettu jakso
<niin>	hidastettu jakso
si:ttten	äänteen venytys
°aivan°	ympäristöä vaimeampaa puhetta
AIVAN	kovaäänistä puhetta tai huutoa
#aivan#	nariseva ääni
@aivan@	äänen laadun muutos
.hhh	sisäänhengitys
hhh	uloshengitys
.joo	sana lausuttu sisäänhengittäen
he he he	naurua
j(h)oo	sana lausuttu nauraen
£aivan£	hymyillen lausuttu jakso
si-	sana jää kesken
(joo)	epävarmasti kuultu jakso
(--)	jakso, josta ei ole saatu selvää
=>	osoittaa riviä, jolla tarkkailtava ilmiö on

Liite 2: Multimodaaliset litterointimerkit

Liitteenä multimodaaliset litterointimerkit, jotka ovat peräisin Lorenza Mondadan kehittämästä merkkijärjestelmästä. Täydempi versio merkeistä on saatavilla verkossa: <https://www.lorenzamondada.net/multimodal-transcription>.

* *	Kehollinen liike merkitään kahden samanlaisen symbolin väliin (erilainen symboli jokaista osallistujaa varten) ja kohdennetaan vastaavien puhejaksojen/taukojen kanssa (* sairaanhoitaja, + potilas, ☒ omainen).
+ +	
☒ ☒	
*--->	Merkitty kehollinen toiminta jatkuu toisella rivillä seuraavaan samanlaiseen symboliin saakka.
---->*	
>>	Kehollinen toiminta on alkanut ennen aineistokatkelman alkua.
--->>	Toiminta jatkuu aineistokatkelman päätyttyä.
.	Valmisteluvaihe.
----	Liikkeen huippuvaiheen/täyden laajuuden saavuttaminen ja ylläpito.
/ / / / /	Vetäytymisvaihe.
s.sh4	Liikkeen tuottajan tunniste merkitään, jos eri kuin senhetkinen puhuja.
p.sh1	
o.sh10	
#	Kuvapysäytyksen tarkka ajoitus merkitään meneillään olevaan vuoroon ristikkomerkillä.