

Riia Raula

# MITEN POTILAAT VASTAAVAT LÄÄKÄRIN NAURUUN

Keskustelunanalyttinen tutkimus hybridikonsultaatioiden  
vuorovaikutuksesta

# TIIVISTELMÄ

Miten potilaat vastaavat lääkärin nauruun; Keskustelunanalyttinen tutkimus hybridikonsultaatioiden vuorovaikutuksesta

Pro gradu-tutkielma

Tampereen yliopisto

Yhteiskuntatutkimus

Marraskuu 2023

---

Tutkimuksessa tarkasteltiin lääkärin hybridivastaanottoja. Lääkärin etävastaanotoista on tullut merkittävä osa vastaanotto toimintaa sekä terveydenhuollon digitalisaation lisääntymisen että Covid-19-pandemiaan liittyvien toimintatapojen, kuten fyysisen kontaktin välttämisen yleistymisen seurauksena. Nopea digitalisaation laajentuminen on aiheuttanut tarvetta videovälitteisen vuorovaikutuksen tutkimukseen, jotta saadaan tietoa, miten ihmiset voivat käyttää uutta välinettä parhaalla mahdollisella tavalla yhteisen ymmärryksen syntymiseksi. Lääkärin ja potilaan välisen vuorovaikutuksen sujuminen on keskeistä muun muassa potilaan hoitoon sitoutumisen kannalta. Lisäksi institutionaalinen toiminta, kuten lääkärinvastaanotto muodostetaan toimijoiden käytänteissä. Näin ollen institutionaalisen toiminnan kehittymisen näkökulmasta on tärkeä tietää, miten lääkärin ja potilas toimivat etävastaanotolla.

Tutkimusaineistona oli viisi videotaltiointia työterveyslääkärin vastaanotolta. Niissä potilas ja työterveyslääkäri ovat fyysisesti läsnä samassa huoneessa ja erikoislääkäri on mukana etäyhteydellä. Tutkimuksessa tarkastellaan tunneilmaisuja, koska ne ovat merkityksellisiä potilaan ja lääkärin välisessä vuorovaikutuksessa. Nauru on yksi vuorovaikutusresurssi, jolla voidaan ilmaista tunnetta. Tutkimuksessa keskitytään potilaan esittämään nauruun ja siihen, miten lääkärit vastaavat potilaan nauruun. Tutkimusmenetelmänä on keskustelunanalyysi, joka sopii vuorovaikutuksen yksityiskohtaiseen tutkimukseen, kuten naurun ilmentymiseen ja sen koordinaation tarkasteluun. Tutkimuskysymykseni ovat: millaisissa tilanteissa potilaat nauravat, sekä miten lääkärit vastaavat potilaan nauruun.

Pääsääntöisesti vastaanotolla nauroivat potilaat ja potilaat käyttivät aiemman tutkimuksen mukaisesti naurua osoittaakseen vuorovaikutuksen hankalaa tilannetta sekä korjaamaan tällaista delikaattia vuorovaikutustilannetta. Potilaat merkkasivat naurulla delikaatiksi potilasroolin vastaista toimintaansa ja ristiriitaa potilaan ja lääkärin näkemyksen välillä. Lisäksi potilaat vaikuttivat vastaanoton kulkuun laajentamalla naurulla delikaatin tilanteen esittämistä, mikäli lääkärit eivät tuottaneet affilioivaa eli potilaan huolen vastaanottavaa vastausta. Pääsääntöisesti läsnäoleva työterveyslääkäri tuotti potilaalle affilioivan vastauksen, kun potilas esitti tilanteen delikaatiksi. Etäyhteydellä toimiva konsultoiva erikoislääkäri hoiti lääkärin tehtäviin kuuluvaa diagnosointitehtävää ja tuotti potilaalle asian vastaanottavan vastauksen ilman affiliaatiota potilaan delikaatiksi esittämään tilanteeseen. Tuloksia voi hyödyntää terveydenhuollon etä- ja hybridivastaanottojen potilaan ja lääkärin toimintaroolien kehittämisessä sekä erityisesti delikaatin tilanteen vuorovaikutuksen sujuvuudessa.

Avainsanat: delikaatti tilanne, keskustelunanalyysi, lääkärin etävastaanotto, nauru  
Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck –ohjelmalla.

## Sisällys

Sisällys .....	3
1 Johdanto .....	1
2 Videovälitteinen vuorovaikutus .....	5
3 Lääkärinvastaanotto institutionaalisenä toimintana .....	8
3.1 Institutionaalinen vuorovaikutus ja sen erityispiirteet .....	8
3.2 Episteemisyys ja deonttisuus vastaanoton vuorovaikutuksessa .....	10
3.3 Lääkärin ammatillinen neutraalius ja tunteet vastaanotolla.....	13
4 Nauru .....	16
4.1 Nauru vuorovaikutusilmiönä .....	17
4.2. Nauru lääkärin vastaanotolla .....	19
5 Tutkimusmenetelmä .....	22
5.1 Keskustelunanalyttinen näkökulma vuorovaikutukseen .....	22
5.2 Vuorovaikutuksen keskeiset rakenteet tutkimuksessa.....	23
5.3 Miten keskustelunanalyysiä tehdään .....	27
6 Aineiston esittely, tutkimusprosessi ja tutkimuskysymykset .....	30
7 Analyysi.....	31
7.1 Potilaan roolin vastainen toiminta delikaattina asiana .....	34
7.2 Potilaan ja lääkärin näkemusero delikaattina asiana.....	36
7.3 Konsultoiva erikoislääkäri tuottaa affiliaatiota poikkeustilanteessa .....	39
7.4 Potilas hakee affiliaatiota sen puuttuessa .....	41
8 Johtopäätökset .....	46
8.1 Tulosten suhde aikaisempaan tutkimukseen .....	46
8.2 Tulosten suhde aikaisempaan tutkimukseen .....	51
Lähteet .....	53
Liitteet .....	62

# 1 Johdanto

Videovälitteisten lääkärivastaanottojen yleistyminen on ollut nopeaa (Due & Licoppe 2021), mikä näkyy uudenlaisina vuorovaikutus- ja osaamistarpeina. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) raportti toteaa, että etävastaanotot ovat lisääntyneet vuodesta 2017 vuoteen 2020 merkittävästi sekä perusterveydenhuollossa että erityisesti erikoissairaanhoidossa (Reponen ym. 2021, 9–96). Yleisesti ottaen sähköisten välineiden käyttö terveydenhuollossa on yleistynyt nopeammin kuin sosiaalihuollossa. Sähköisten välineiden nopeaa laajentumista pidetään positiivisena, mutta haasteeksi voi muodostua laadukkaiden palvelujen tarjoaminen. (Kyytsönen, Aalto & Vehko 2021.) Myös Sanna Sandström ja Maija Alahuhta pohtivat Sanomalehti Kalevan blogissa (2018) sähköisten palvelujen lisääntymistä sosiaali- ja terveydenhuollossa. He tarkastelevat sähköisten palvelujen lisääntymistä sekä mahdollisuuksien, kuten asiakkaan tasa-arvoisen osallistumisen, että haasteiden, kuten asiakkaan ja terveydenhuollon henkilöstön väliseen käytön osaamisen näkökulmasta. Samaa henkilöstön osaamishaastetta tarkastelee Terveyden ja Hyvinvoinnin Laitoksen (THL 2019) julkaisema suositus digitalisaation hallitsemisesta terveydenhuollossa. Siinä todetaan, että lisääntyvän digitalisaation johdosta, tulisi huolehtia henkilöstön sopivasta koulutuksesta (THL 2019). Työterveyshuollossa tehty kysely osoitti samansuuntaisia tuloksia. Digitalisaatio nähtiin pääosin positiivisena mahdollisuutena, kun taas haasteena koettiin digitalisaation käytön osaaminen eri muodoissaan. (Koivisto, Koroma & Ruusuvaori 2019.) Myös Covid-19-pandemia on muovannut uuden normaalin syntymistä videovälitteiseen vuorovaikutukseen. Jotta sekä asiakas että terveydenhuollon henkilöstö voivat käyttää uutta välinettä tehokkaasti vuorovaikutuksessa, tarvitaan tietoa videovälitteisestä vuorovaikutuksesta terveydenhuollon kohtaamisissa. Videovälitteisen vuorovaikutuksen tutkimus onkin tärkeämpää kuin koskaan (Due & Licoppe 2021). Tähän tarpeeseen tämä tutkimus pyrkii pieneltä osaltaan vastaamaan.

Vuorovaikutus on merkityksellinen osa terveydenhuoltoa niin yhteiskunnan arvona kuin organisaation muodostumisen ja potilaan hoitoon sitoutumisen näkökulmasta. Videovälitteistä vuorovaikutusta on edellä esitetysti tärkeä tutkia sekä asiakkaille että terveydenhuollon työntekijöille uuden välineen tuomien toimintamahdollisuuksien näkökulmasta, koska lääkärin ja potilaan vuorovaikutus on keskeisessä osassa potilaan hoitoon sitoutumisessa (kts. Taylor 2010,

697–731; Weiste, Tiitinen, Vehviläinen, Ruusu vuori & Laitinen 2020; Ruusu vuori, Aaltonen, Lonka, Salmenlinna & Laakso 2019). Samalla on huomioitava, että institutionaaliset laitokset, kuten terveydenhuollon organisaatiot, muodostetaan vuorovaikutuskäytännöissä ja niiden kautta (Cooren & Robichaud 2013). Näin ollen uudentyyppinen videovälitteinen vuorovaikutus on osaltaan vaikuttamassa terveydenhuollon organisaatioiden kehittymisen suuntaan. Terveydenhuollon vuorovaikutuksen merkityksellisuus näkyy myös yhteiskunnallisena arvona. Esimerkiksi terveystalitiikassa yhtenä keskeisenä tavoitteena on edistää potilaskeskeisyyttä ja potilaan osallistumismahdollisuuksia (Toiviainen 2007). Näin potilaan osallistumisen mahdollisuus yhteiskunnallisena arvona kietoutuu uuden välineen tuomiin potilaan ja lääkärin välisiin toiminnan mahdollisuuksiin. Potilaan ja lääkärin välinen vuorovaikutus taas on merkityksellinen osa potilaan hoitoon sitoutumista (Hahn 2009; Ngaire, Buetow, Mainous, Young, Coster & Arrol 2004). Terveydenhuollossa lisääntyvää videovälitteistä vuorovaikutusta on siis merkityksellistä tutkia työntekijän ja asiakkaan videovälitteisen vuorovaikutuksen toimintamahdollisuuksien, terveydenhuollon organisaatioiden kehittymisen, lääkärin ja potilaan välisen vuorovaikutussuhteen ja asiakkaan osallisuuden näkökulmasta.

Tutkimusmenetelmän valinta potilaan ja lääkärin väliseen vuorovaikutuksen tutkimiseen ei ole helppoa, koska vuorovaikutuksen tutkiminen ja mittaaminen ei ylipäätään ole helppoa. Laadulliset menetelmät, kuten etnometodologiaan pohjautuva keskusteluanalyysi, tarjoavat kuitenkin tähän hyvän mahdollisuuden. (ks. Drew 2001.) Keskusteluanalyysissä tutkitaan keskustelun säännönmukaisuuksia taltioitujen aineistojen avulla, jolloin vuorovaikutuksen rakentumista voidaan seurata pikkutarkasti hetki hetkeltä (Ahopelto, Ilomäki, Logren, Ristimäki, Tiitinen & Ruusu vuori 2019). Tämä mahdollistaa potilaan ja lääkärin välisen vuorovaikutuksen tarkastelun (Drew, Chatwin & Collins 2001). Näin keskusteluanalyyttisen tutkimuksen avulla saadaan tietoa, miten osallistujien kannattaa toimia vuorovaikutustilanteessa yhteisen ymmärryksen muodostumiseksi (Due & Licoppe 2021), ja miten terveydenhuollon henkilöstö voi vuorovaikutuksellaan edistää potilaan osallistumista ja hoitoon sitoutumista (Drew, Chatwin & Collins 2001).

Yksi potentiaalisesti hyödyllinen analyttinen toimintalinja on keskittyä potilaan ja lääkärin vuorovaikutussuhteen tunneilmaisuihin, koska ne on todettu merkityksellisiksi potilaan ja lääkärin välisessä vuorovaikutuksessa (Cirillo 2010; Ruusu vuori 2007; Halpern 2007). Tunteiden tutkiminen on haastavaa, koska tunteita harvoin ilmaistaan sanojen tai kieliopin kautta eivätkä

ne useinkaan ole käytävän keskustelun fokus. Potilaat ilmaisevatkin lääkärin vastaanotolla tunteitaan usein epäsuorasti. (Suchman, Markakis, Beckman & Frankel 1997.) Tunteita välitetään sanoilla, ilmeillä ja äänenpainoilla ja niiden ilmaisu on sosiaalisesti säädeltyä. Niillä on paikansa ja seurauksensa vuorovaikutuksessa. (Peräkylä ym. 2016.) Edellä esitettyä vuorovaikutuksen tutkimusmenetelmää keskusteluanalyysiä voidaan käyttää tunteiden tutkimiseen. Keskusteluanalyysillä tutkitaan tunteiden tuottamista ja tunneilmaisujen käsittelyä kommunikaatiossa. Siinä tunteita ei tarkastella yksilön sisäisenä kokemuksena tai sisäisen kokemuksen ilmaisuuna vaan keskiössä on tunneilmaisuus rakentuminen vuorovaikutusprosessissa. Näin ollen esitettyyn tunneilmaisuun vastaaminen tai vaikkapa sen ohittaminen on keskeistä tunneilmaisun merkityksen rakentumisessa. (Ruusuvuori 2005.)

Tässä tutkimuksessa tarkastelen naurua, erityisesti ammattilaisen tapoja vastata potilaan nauruun videovälitteisellä hybridivastaanotolla. Tutkimuksen keskiössä oleva nauru on yksi tapa välittää tunnetta keskustelussa (Ruusuvuori 2012, 261–272). Tutkimuksessa naurua tarkastellaan vuorovaikutuksellisenä resurssina, minkä avulla potilaat voivat ilmaista lääkärille muun muassa ongelmallista tai hankalaa tilannetta (Ruusuvuori 2012, 261–272). Analyysissa olennaista on paitsi se, miten ja millaisissa tilanteissa potilaat nauravat, myös se, miten ammattilainen tähän nauruun vastaa ja miten tämä vastaanotto mahdollisesti vaikuttaa kuulluksi tulemisen kokemukseen.

Kuulluksi tulemisen kokemus on keskeistä hyvän hoitosuhteen rakentumiselle. Hyvä hoitosuhde puolestaan tukee muun muassa potilaan hoitoon sitoutumista. (Halpern 2007; Weiste, Tiitinen, Vehviläinen, Ruusuvuori & Laitinen 2020.) Kuulluksi tulemisen kokemuksessa affiliaatiolla eli samanmielisyyden osoittamisella on suuri merkitys, koska silloin kuulija liittyy kertojan tunnepitoiseen sisältöön ja se rauhoittaa kuulijaa. Jos affiliaatiota puuttuu, se puolestaan lisää stressin määrää kuulijalla. (Peräkylä ym. 2015.) Näin ollen affiliaation käyttö tukee vuorovaikutuksen jatkoa (Ahopelto 2018). On hyvä huomioida, että tunteiden jakamiseen vaikuttaa suhteen intiimiys (Stevanovic & Peräkylä 2014). Tunteiden jakaminen kasvattaa suhteen intiimiyttä, joka puolestaan tekee tunteiden jakamisesta entistä luontevampaa. Näin ollen osallistujat neuvottelevat aina epäsuorasti suhteidensa läheisyydestä. Neuvottelun jatkuvuus näkyy esimerkiksi hymyissä: affilioiva hymy tulee kertomuksen kanssa päällekkäin, jos aiemmin on ollut emotionaalista jakamista, kun taas hymyt tulevat hitaammin, jos vuorovaikutuksessa on ollut haastetta (Kaukomaa, Peräkylä & Ruusuvuori 2013).

Huolimatta affiliaation merkityksestä vuorovaikutuksessa, sitä, miten lääkärit vastaavat potilaiden nauruun, on tutkimuksissa tarkasteltu melko vähän (ks. Haakana 1999). Tutkimukseni tarkentaa ymmärrystä lääkärin tavoista vastata potilaan nauruun. Aiemmat asiakkaan nauruun liittyvät tutkimukset ovat keskittyneet yhden lääkärin ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen. Tässä tutkimuksessa on mahdollista laajentaa tarkastelukulmaa, koska vuorovaikutukseen osallistuu potilaan lisäksi kaksi lääkäriä. Aineistonani toimivissa vuorovaikutustilanteissa on siis kaksi lääkäriä, fyysisesti läsnäoleva työterveyslääkäri sekä etäyhteyden päässä oleva erikoislääkäri, jotka voivat vastata potilaalle. Tällöin voidaan tarkastella, sitä, miten lääkärit vastata potilaalle, tulkitsevat potilaan tuottamaa naurua. Lisäksi tämä tutkimus tarkastelee naurua hybridivastaanotolla, jossa potilas ja yleislääkäri ovat samassa tilassa ja erikoislääkäri osallistuu vastaanottoon videovälitteisesti. Näin ollen myös toiminnallinen konteksti poikkeaa aiemmasta naurua terveydenhuollon vuorovaikutuksessa käsittelevästä tutkimuksesta.

Tässä pro-gradu tutkielmassa tarkastelen työterveyslääkärin vastaanottoja, joissa asiakas pääsee videovälitteisen etäyhteyden kautta keskustelemaan erikoislääkärin kanssa. Tutkin potilaan, tämän kanssa samassa huoneessa olevan yleislääkärin ja videoyhteydellä osallistuvan erikoislääkärin välistä vuorovaikutusta. Erityisen tarkastelun kohteena ovat lääkärin tavat vastata potilaan nauruun. Tutkimuksessani on kaksi lääkäriä, jotka voivat vastata potilaan nauruun. Toinen lääkäri on konsultoiva erikoislääkäri, joka osallistuu vastaanottoon videovälitteisellä etäyhteydellä työterveyslääkärin vastaanottoon, jossa potilas on läsnä. Tutkimusaineistoni on Työsuojelurahaston rahoittamasta Tampereen yliopiston ja Työterveyslaitoksen yhteisestä tutkimushankkeesta (2017–2020) *Terveydenhuollon työntekijät digimurroksessa* (Koivisto ym. 2020). Tutkimusmenetelmänä on etnometodologiaan pohjautuva keskusteluanalyysi. Tutkimus mahdollistaa teknologian tuomien vuorovaikutusmahdollisuuksien tarkastelun tavanomaiseen työterveyslääkärin vastaanottoon liitetystä etäkonsultaatiossa. Videovälitteisestä vuorovaikutuksesta on tullut arkipäiväistä (Arminen, Licoppe & Spagnoli 2016) ja teknologian käytöllä on mahdollista uudistaa työterveyshuollon toimintatapoja entistä laadukkaammiksi ja asiakkaitten tarpeita vastaavaksi (Lahtinen 2016). Teknologian ja etäpalvelujen yleistyessä työterveyshuollossa niiden tutkiminen on tärkeää eikä niitä ole vielä paljon tutkittu (Koivisto, Koroma & Ruusuvaori 2019).

## 2 Videovälitteinen vuorovaikutus

Tutkimukseni keskiössä on videovälitteinen vuorovaikutus eli tutkimuksessa tarkastellaan teknologiavälitteistä vuorovaikutusta. Tiedetään, että teknologian käyttö osana sosiaalista vuorovaikutusta vaikuttaa sosiaaliseen vuorovaikutukseen (Arminen, Licoppe & Spagnolli 2016). Tästä syytä tarkastelen seuraavana tutkimuksessa käytettyä videovälitteistä teknologiaa ja sen vaikutusta vuorovaikutukseen. Aloitan määrittelemällä videovälitteistä vuorovaikutusta ja siitä etenen sen luonteeseen, merkitykseen ja mahdollisuuksiin vuorovaikutuksessa. Lopussa määrittelen tutkimuksen näkökulman videovälitteisyyteen.

Videovälitteisellä vuorovaikutuksella (*Video-Mediated Interaction* eli VMI) ymmärretään yleensä tietyn tyypisellä tekniikalla (esimerkiksi Skype, Teams ja Zoom) toteutettua vuorovaikutusta (Due & Licoppe 2021). Tällaisen vuorovaikutuksen yleisimpiä piirteitä ovat a) kameroiden käyttö tiettyjen otosten ja rekonstruktioiden luomiseen näkökentästä, b) (yleensä suorakulmaisten) näyttöjen käyttäminen kamerasuorien kuvien kaksisuuntaisten näyttöjen tuottamiseen, ja c) sellaisten mikrofonien käyttö, jotka ovat usein suhteellisen kaukana osallistujien suusta (Arminen, Licoppe & Spagnolli 2016). Termin ”videovälitteinen vuorovaikutus” käyttö korostaa ihmisten välistä vuorovaikutusta eikä tietotekniikkaa (Hutchby 2001; Due & Licoppe 2021). Tutkimuksen lääkärin vastaanoton etäyhteydellä tarkoitetaan tällaista videovälitteistä vuorovaikutusta.

Videoneuvottelutekniikka on konkreettinen väline, artefakti, ja sillä on sellaisia erityispiirteitä, jotka mahdollistavat ja rajoittavat vuorovaikutusta tietyillä tavoilla (Hutchby, 2001; Baym 1996; Due & Licoppe 2021). Se ei kuitenkaan ole deterministinen vuorovaikutusta määrittävä väline, koska kaikki vuorovaikutus on jollain tavalla välittyntä. Esineiden, kuten videopuhelua välittävän laitteen, tarjoamasta toimintamahdollisuudesta voidaan käyttää tarjouman (*affordance*) käsitettä (Hutchby 2001; Raudaskoski 2009). Tällöin tarkastellaan, miten ympäristön piirteet voivat olla merkityksellisiä ja seuraamuksellisia vuorovaikutuksen järjestämisessä, huomioiden myös moraalinen ulottuvuus vuorovaikutuksessa (Arminen, Licoppe & Spagnolli 2016). Esimerkiksi tutkimuksen videovälitteisessä lääkärin vastaanotossa tietokoneen kamerasuorien edessä on vapaa tuoli, joka merkitsee mahdollisuutta istuutua, mikä samalla asettaa potilaan keskeiseksi toimijaksi etälääkärin kanssa, eikä läsnä olevaa lääkäriä.



Keskeinen videovälitteisyyden piirre tutkimuksen vastaanottotilanteissa on reaaliaikaisen kuvan ja äänen käytön mahdollisuus osallistujien kesken, mikä mahdollistaa kasvokkain tapahtuvan vuorovaikutuksen kokemuksen (ks. Rintel 2013; Mlynář, Gonzales-Martínez & Lalanne 2018). Osallistujilla on tapana suuntautua kameraan muotokuvamaisella kasvokuvalla. Videovälitteisen vuorovaikutuksen sosiaalinen luonne ilmenee osallistujien voimakkaana sitoutumisena sosiaalisiin yleissopimukseen (Licoppe & Morel, 2012.) Se näkyy muun muassa osallistujien sensitiivisyytenä sille, miten he ovat kameran kehyksessä tai siitä poistuvat, jolloin tästä muodostuu osa vuorovaikutustyötä videovälitteisessä vaikutuksessa (Arminen, Licoppe & Spagnolli, 2016).

Videovälitteisyys voi luoda joitakin haasteita vastaanoton toteutumiseen. Videon välittymisessä voi olla pieni viive, mikä voi vaikuttaa puheenvuorojen ottamiseen ja jakautumiseen. Tämä voi näkyä vuorovaikutuksessa puheenvuorojen välisenä taukona tai puheenvuorojen päällekkäisyyksinä (Ilomäki, Ruusuvuori ja Laitinen 2021). Videovälitteisessä vuorovaikutuksessa käytettävä kamera rajaa visuaalista vuorovaikutusta (Arminen, Licoppe & Spagnolli 2016). Videovälitteinen vastaanoton haasteena on, edellä esitetty tavanmukaisuus keskustella kasvokuvien kanssa, koska silloin koko vartalo ei ole suoraan lääkärin nähtävissä. Potilas voi muuttaa tilannetta näyttämällä omaa kehoaan kameraan. (Due & Lange 2020; Due, & Licoppe 2021; ks. Licoppe & Morel 2014, 135–160.) Näin liikuttamalla kehoa kameraa kohden voidaan vaikuttaa vuorovaikutuksen järjestymiseen (Due & Lange 2020; Tuncer, Licoppe & Haddington 2019). Videovälitteisessä vuorovaikutuksessa keho näkyy kuitenkin vain visuaalisesti eikä lääkäri voi itse palpoida (Stommel & Stommel 2019; Stommel, Licoppe & Stommel 2020), toisin kuin perinteisellä vastaanotolla (Due & Licoppe 2021). Videovälitteinen vuorovaikutus muuttaa multimodaalisten keinojen, kuten lääkärin fyysisen tutkimuksen hyödyntämistä (Aho-pelto ym. 2019, 245–266). Kuitenkin multimodaalisten keinojen käyttö on todettu merkittäväksi osaksi lääkärin vastaanottoa (Ruusuvuori 2001). Näin ollen videovälitteinen lääkärin vastaanotto ei ole haasteeton.

Keskeistä on, miten videovälitteisyyden käytössä syntyviin rajoitteisiin suhtaudutaan. Uuteen välineeseen uudessa toimintaympäristössä, kuten terveydenhuollon videovälitteisessä vuorovaikutuksessa, syntyy helposti polaarisia positiivinen-negatiivinen-asetelmia. Negatiivisessa asetelmassa keskitytään välineen rajoituksiin eli sen tuomiin haasteisiin toimintaympäristössä ja positiivisessa asetelmassa välineen tuomiin hyötyihin (ks. Arminen, Licoppe & Spagnolli

2016.) Tällaista rajoitettua vuorovaikutusta voidaan tarkastella myös sopeutumisen näkökulmasta (Luff ym. 2003, 55; Stommel ym. 2020). Tämä tarkoittaa esineiden ja eleiden hyödyntämistä rajoitusten puitteissa (Luff ym. 2003; Mondada 2007) sekä uusien käytäntöjen kehittämistä rajoitusten käsittelemiseksi (Hjulstad 2016; Bowden & Swahn 2020; Due & Lange 2020). Edellä esitetty videovälitteisen vuorovaikutuksen haaste vartalon jäämisestä pois lääkärin havaintokentästä, kun keskustellaan kasvokuvien avulla ja sen haasteen ratkaisemisesta, on hyvä esimerkki rajoituksiin sopeutumisesta. Siinä potilas kehittää uutta toimintatapaa hyödyntäen kameraa rajoitusten puitteissa eli esittää kameralle vartalooaan tarpeen mukaan. Onkin tärkeä muistaa, että negatiivinen välineen rajoituksiin keskittyvä tutkimus ei edistä toimijoiden, kuten lääkärin ja potilaan välistä vuorovaikutusta, vaan keskittyy sen haasteisiin. Samalla tavoin positiivinen asetelma saattaa ohittaa rajoituksiin sopeutuvan toiminnan keskittyessään tarkastelemaan uuden välineen hyötyjä. Tutkimuksen näkökulmasta on merkityksellistä edistää potilaan ja lääkärin välistä vuorovaikutusta, ja siten keskittyä toimijoiden vuorovaikutusmahdollisuuksiin rajoituksista huolimatta. Tästä syystä tarkastelen tutkimuksessani ensisijaisesti videovälitteisen hybridivastaanoton mahdollisuuksia, kuten sitä, miten lääkärit voivat vastata potilaan nauruun.

### **3 Lääkärinvastaanotto institutionaalisenä toimintana**

Tutkimukseni lääkärin hybridivastaanoton vuorovaikutus on institutionaalista vuorovaikutusta. Sen taustalla on perinteinen sosiologinen näkemys instituutiosta yhteiskunnan funktionaalisina sääntökokonaisuuksina (Allardt 1983, 220) ja arkikeskustelun sääntöjärjestelmästä yhtenä erityisenä esimerkkinä tällaisesta sääntökokonaisuudesta (Peräkylä 1997, 197; Raevaara, Ruusu- vuori & Haakana 2001, 11–26). Institutionaalisisessa vuorovaikutuksessa ajatellaan kuitenkin olevan omat vuorovaikutuksen säännöt (Peräkylä 1997, 178–179). Määrittelen ensin instituution käsitettä, institutionaalista vuorovaikutusta ja sitten tarkastelen lääkärin vastaanoton institutionaalisisessa vuorovaikutuksessa huomioitavia asioita, kuten lääkärin ja potilaan tehtäviä vastaanotolla. Lopuksi jatkan instituutionaalisen vuorovaikutuksen organisoinnissa huomioitaviin asioihin ja koostan potilaan ja lääkärin institutionaalista toimintaa.

#### **3.1 Institutionaalinen vuorovaikutus ja sen erityispiirteet**

Yleisesti instituutio-termillä viitataan julkisesti toteutettuihin toimintoihin ja palveluihin, joilla tuotetaan yhteiskunnan kannalta olennaista tehtävää, kuten koulu ja terveydenhuolto (Raevaara, Ruusu- vuori & Haakana 2001, 11–33). Sosiologiassa instituutio esitetään käyttäytymisen ja sosiaalisten suhteiden kokonaisuuksiksi, joissa hoidetaan yhteiskunnan kannalta merkittäviä tehtäviä. Esimerkiksi lääkärin vastaanoton toiminta voidaan tästä näkökulmasta käsittää institutionaalisenä toimintana. Instituutioita säätelevät erilaiset säännöt ja normit, jotka ovat vakiintuneet osaksi yhteiskunnallista toimintaa. (Allardt 1983, 220.)

Keskusteluanalyttisissä tutkimuksissa institutionaalisuutta tarkastellaan ilmiönä, joka tulee olemassa olevaksi vuorovaikutuksen kautta (Raevaara, Ruusu- vuori & Haakana 2001, 11–26; Raevaara 2001, 47–69; Heritage 1984, 290.) Institutionaalista vuorovaikutusta on siis merkityksellistä tarkastella, koska institutionaalisuus muodostetaan vuorovaikutuksessa ihmisten kesken (Heritage 1984, 290; Raevaara, Ruusu- vuori & Haakana 2001, 11–26). Tutkimuksessani vuorovaikutuksen institutionaalisuuden muodostumiseen vaikuttavat sekä konsultoiva lääkäri, läsnä oleva työterveyslääkäri että potilas kussakin vastaanottotilanteessa. Sen lisäksi, että institutionaalisuus rakentuu vuorovaikutuksessa, institutionaalinen vuorovaikutus on sekä kontekstin muokkaama että sitä uudistava (Heritage 1984). Tällöin tutkimukseni lääkärin vastaanotolla tapahtuva institutionaalinen vuorovaikutus on aikaisemman institutionaalisen tavanmu-

kaisuuden muokkaamaa, mutta samalla osallistujilla on mahdollisuus uudistaa lääkärin vastaanoton toimintaa. Näin vuorovaikutuksen osallistujat muokkaavat ja ylläpitävät institutionaalisia roolejaan, hoitavat institutionaalisia tehtäviään ja esittävät käsityksensä instituutiossa vallitsevista tulkintakehyksistä ja ideologioista. (Drew & Heritage 1992, 3–65; Haakana, Raevaara & Ruusu vuori 2001, 196–220; Peräkylä 1997, 178–179; Raevaara, Ruusu vuori & Haakana 2001, 11–26.) Toiminnan uudistamisen mahdollisuus tekee vastaanoton tutkimuksesta merkityksellistä erityisesti uudessa tilanteessa, jossa hyödynnetään uutta resurssia (videovälitteisyys) ja toimijat etsivät toimintamahdollisuuksiaan.

Tarkastellakseen institutionaalista vuorovaikutusta on ymmärrettävä arkivuorovaikutuksen järjestelmää. Syy siihen, että institutionaalisen vuorovaikutuksen pohjalla on arkivuorovaikutusjärjestelmä, johtuu arkivuorovaikutusjärjestelmän perustavanlaatuisuudesta. Vuorovaikutuksen sujumiseen tarvitaan ylipäättään järjestelmää, joka mahdollistaa keskustelun kulkemisen sujuvasti, jotta esimerkiksi puhu toistemme päälle tai eri asioista. Tällainen tavallinen arkinen vuorovaikutusjärjestys opitaan jo varhaislapsuudessa. Tästä syystä kaikkien hallussa oleva arkinen vuorovaikutusjärjestelmä on huomioitava institutionaalisen vuorovaikutuksen tarkastelussa (Raevaara, Ruusu vuori & Haakana 2001, 11–26; Peräkylä 1997, 178–179.) Institutionaalinen vuorovaikutus poikkeaa kuitenkin merkittävästi arkivuorovaikutuksesta (Heritage & Clayman 2010, 17; Ruusu vuori 2000; Drew & Heritage 1992, 3–65; Peräkylä 1997, 178–179; Raevaara, Ruusu vuori & Haakana 2001). Esimerkiksi lääkärinvastaanotolla keskustelemme eri tavoin kuin ystävän kanssa. Seuraavana tarkastelen, miten arkivuorovaikutus erottuu institutionaalista vuorovaikutuksesta.

Vuorovaikutuksen institutionaalisuus näkyy osallistujien vuorovaikutuksessa. Ensiksikin institutionaalinen vuorovaikutus on muodoltaan rajoitetumpaa kuin arkivuorovaikutus (Drew & Heritage 1992, 3–65; Heritage & Clayman 2010, 17). Institutionaalisuus näkyy usein sanojen, kuvausten ja vastaustapojen valinnassa, kuten ammattilaisen neutraaliutena emotionaalisessa vuorovaikutuksessa. Se näkyy myös tietyyntyyppisten vuorovaikutussääntöjen noudattamisena ja vuorovaikutuksen epäsymmetrisyytenä (Raevaara, Ruusu vuori & Haakana 2001 11–26; Drew & Heritage 1992, 3–65; Peräkylä 1997, 178–179; Haakana, Raevaara & Ruusu vuori 2001, 196–220). Lääkärin vastaanotolla vuorovaikutuksen epäsymmetrisyydessä on kysymys esimerkiksi lääkärin ja potilaan välisestä valtasuhteesta, jota pidetään yhtenä lääkärin vastaanoton keskeisenä ilmiönä (Raevaara Liisa 2001, 47–69 ks. Drew 1992, Heritage 1984; Mischler 1982; Drew

& Heritage 1992, 3–65). Siinä lääkärin ja potilaan välillä on epätasavertainen suhde ja tiedolliset asemat (Ruusu vuori 2000; Ijäs & Ruusu vuori 2007; Raevaara 2001, 47–69 ks. Heritage 1984; Drew & Heritage 1992, 3–65). Institutionaalissa vuorovaikutuksessa on siis useampia tunnistettavia ja tutkimuksessa huomioitavia piirteitä. Seuraavana tarkastelen tarkemmin tämän tutkimuksen näkökulmasta institutionaalisen vuorovaikutuksen tarkastelussa huomioitavia asioita. Näitä ovat osallistujien roolit ja tehtävät sekä vastaanoton vuorovaikutuksessa esiintyvät episteemisyys, deonttisuus ja emotiot.

Institutionaaliseen vuorovaikutukseen vaikuttavat sekä lääkärin ja potilaan roolit että heidän tehtävänsä vastaanotolla. Institutionaaliset tehtävät jäsentävät institutionaalista vuorovaikutusta (Drew & Heritage 1992, 3–65; Ruusu vuori 2000, Peräkylä 1997, 178–179; Raevaara, Ruusu vuori & Haakana 2001, 11–26). Käsitys siitä, miten institutionaalista vuorovaikutusta jäsentäviä tehtäviä tulisi hoitaa, muodostuu ammatillisessa koulutuksessa ja käytännön työssä (Ruusu vuori 2000, Peräkylä 1997, 178–179; Raevaara, Ruusu vuori & Haakana 2001, 11–26). Lääkärin vastaanotolla yleensä, kuten myös tämän tutkimuksen aineistona olevilla vastaanotoilla, lääkäri hoitaa diagnosointitehtävää ja potilas oireiden kerrontaa (Ruusu vuori 2000, Peräkylä 1997, 178–179). Institutionaalisen vuorovaikutuksen osapuolet myös mukauttavat toimintaansa erilaisiin rooleihin, jotka voivat syntyä ammattiaseman tai tilanteeseen liittyvän tehtävän pohjalta (Raevaara, Ruusu vuori & Haakana 2001, 11–26), joita he uudelleen tuottavat ja muotoilevat vuorovaikutuksessa. Tutkimuksessani nämä ovat lääkärin ja potilaan roolit. Institutionaalisis sa tilanteissa tehtävään ja rooliin suuntautuminen näkyy usein esimerkiksi kysymysten ja vastausten muotoilussa (Raevaara 2016, 143–161). Palaan näihin seuraavana tarkastelemani deonttisuuden ja episteemisyiden yhteydessä.

### **3.2 Episteemisyys ja deonttisuus vastaanoton vuorovaikutuksessa**

Vuorovaikutuksen osallistajat huomioivat vuorovaikutuksen organisoinnissaan episteemisen, deonttisen ja emotionaalisen järjestyksen. Ne perustuvat osallistujien yhteisiin moraalisiin ja kognitiivisiin oletuksiin (vrt. Stivers, Mondada ja Steensig 2011; Stevanovic & Peräkylä 2014). Tarkastelen lääkärin ja potilaan rooleja ja niihin liittyviä vastaanoton tehtäviä deonttisen, episteemisen ja emotionaalisen vuorovaikutuksen näkökulmista.

Ensimmäisenä tarkastelen episteemistä järjestystä, mikä käsitetään vuorovaikutuksessa tiedolliseksi vallaksi. Ollessamme vuorovaikutuksessa meillä on jonkinlainen käsitys siitä, kuka tietää ja mitä, jolloin jonkun näkemys asiasta on legitimiimpää kuin toisen. (Gill 1998; Peräkylä 1998; Raevaara 2000.) Esimerkiksi lääkärin vastaanotolla lääkäriellä on valta lääketieteelliseen tietoon (Gill 1998; Peräkylä 1998; Raevaara 2000). Potilaalla puolestaan on tiedollinen valta omista ongelmistaan ja oireistaan, koska hänellä on kokemus niistä (Peräkylä & Silverman 1991). Episteemiseen tietovaltaan sisältyy myös moraalinen oikeus ja velvollisuus ilmaista tietonsa tietyssä tilanteessa (Raymond & Heritage 2006; Stivers ym. 2011). Esimerkiksi lääkärin esittäessä kysymyksen potilaalle, potilaalla oletetaan olevan tieto kysytystä kokemuksesta tai mahdollisuus arvioida siihen pääsyä (ks. Pomerantz 1984, 57). Potilaalla on siis moraalinen oikeus tietää tietoa itsestään. Samalla potilaalla on velvollisuus ilmaista tietonsa lääkärille. Tietovallan näkökulmasta on huomioitavaa, että kun lääkäri tekee kysymyksen potilaalle, hän asettaa itsensä tiedollisesti alempaan asemaan, koska hän olettaa tiedon olevan kysymykseen vastaajalla eli potilaalla (Heritage 2013, 395–414; Lee 2013).

Potilas voi hyödyntää vastaanoton vuorovaikutuksessa tietovaltaa. Hän voi esimerkiksi oman kokemuksensa liittyen määrittää vastauksensa pituutta tai arvella käyntinsä syytä tai kyseenalaistaa diagnoosia tai hoitoa. Kyseenalaistaessaan lääkärin tietovallassa olevan asian, kuten diagnoosin teon tai sairauden hoidon, potilas tekee sen usein ehdotuksen muodossa modaaliadverbeilla kuten *ehkä* tai modaaliadjektiiveilla kuten *mahdollisesti*. Toisin sanoen, potilas jollain tavoin esittää asian epävarmana tietona (Raevaara 2000). Näin potilas osoittaa tietoisuutensa siitä, että asia on lääkärin tietovallan alainen asia. Samalla potilas omilla vuorovaikutuskäytänteillään osallistuu vastaanoton tehtävän ja toimijoiden tiedollisten oikeuksien määrittelyyn hienovaraisesti kyseenalaistaessaan lääkärin tietovallassa olevaa asiaa (ks. Ruusuvuori 2000; Ijäs & Ruusuvuori 2007). Episteeminen järjestys on siis yksi huomioitava vallankäytön muoto lääkärin vastaanoton vuorovaikutuksessa.

Deonttinen järjestys on valtaa, jossa on lupa vaikuttaa ja kontrolloida toisen toimintaa vuorovaikutuksessa (Gill 1998; Peräkylä 1998; Raevaara 2000; ks. Ehrlich & Freed 2010, 3–19; Hayano 2013; Stevanovic & Peräkylä 2012). Esimerkiksi lääkärin kysyessä toistuvasti erilaisista näkökulmista vastaanotolla potilaan hoitoon ja diagnoosiin vaikuttavia asioita, hän käyttää tehtävästään syntyvää deonttista valtaa määrittääkseen mistä aiheista keskustellaan ja kuinka kauan (Gill 1998; Peräkylä 1998; Raevaara 2000; ks. Ehrlich & Freed 2010, 3–19; Hayano 2013, 395–414; Stevanovic & Peräkylä 2012). Koska lääkärin tehtäviin kuuluu merkittävästi

kysymysten tekeminen, tarkastelen seuraavana tarkemmin kysymykseen liittyvää deonttista ja episteemistäkin valtaa. Ensin tarkastelen sitä kysymyksen tekijän näkökulmasta ja sitten vastaajan vallankäytön näkökulmasta.

Kysymyksen tekeminen käyttää deonttista valtaa monella tavalla. Kysymyksiä voidaankin käyttää keskustelun hallitsemiseen (Hayano 2013, 395–414; Heritage 2010, 42–68). Ensinnäkin kysymykseen odotetaan vastausta vierusparirakenteen mukaisesti (ks. tarkemmin luku 5.2), ja vallankäytön näkökulmasta huomioitavaa on, että vastausta odotetaan, vaikka vastaajalla ei olisi tiedossa vastausta (Heritage 1984). Toiseksi kysymys sisältää aiheen, mikä määrittää keskustelua. Aiheen määrittävää vaikutusta voidaan käyttää useammallakin tavalla. Esimerkiksi kysymyksellä voidaan palauttaa keskustelu tiettyyn aiheeseen. Sillä myös usein aloitetaan keskustelu, jolloin käytetään keskustelua ohjaavaa valtaa (Raevaara 2001, 47–69; ks. Heritage 1984; Drew ja Heritage 1992, 3–65). Kolmanneksi kysymykset pitävät sisällään myös ennakkoagendoja eli oletuksia (Hayano 2013, 395–414; Heritage 2010, 48–49). Esimerkiksi lääkärit eivät muodosta kysymystään vain neutraalilta pohjalta vaan käyttävät siinä omaa päättelyään, uskomuksiaan ja oletuksiaan (Heritage 2010, 48–49). Mitä suurempi taustaoletus kysymykseen sisältyy, sitä enemmän kysymys käyttää deonttisen vallan lisäksi myös episteemistä valtaa (Heritage 2010, 42). Tarkastelen kysymyksen sisältämää oletusta tarkemmin preferenssijäsenyksen yhteydessä luvussa 5.2. On hyvä huomioda, että kysymyksen voi esittää myös ilman kysymyslauseetta (ks. Hayano 2013, 395–414; Hultgren & Cameron 2010, 322–342). Kysymys siis käyttää deonttista valtaa vähintään siten, että kysymykseen odotetaan vastausta ja kysymys kohdistuu tiettyyn aiheeseen, mikä määrittää sekä keskustelun rakennetta että sisältöä.

Kysymykseen liittyvässä deonttisessa vallassa on merkityksellistä huomioda vastaajan toiminta. Deonttisen vallankäytön näkökulmasta on huomioitava, että kysymyksen syntyminen keskusteluanalyttisesti tarkasteltuna edellyttää, että vastaaja eli jälkijäsenen tuottaja, kuten potilas, käsittelee lääkärin vuoroa kysymyksenä. Eli potilas joko vastaa kysymykseen tai selittää jollain tavoin vastaamattomuuttaan selontekovelvollisuuden mukaisesti (ks. Hayano 2013, 395–414; Hultgren & Cameron 2010, 322–342; Raevaara 2001, 47–69.) Jos vastaaja ei tiedä tai ei ole halukas vastaamaan, hän on siis velvollinen selittämään vastaamisen normista poikkeamistaan ja samalla hänen tulee osoittaa tietoisuutensa vastaamattomuuden ongelmallisuudesta (Sidnell 2013; Haakana 1999). Potilas voi esimerkiksi nauraen osoittaa tilanteen ongelmallisuuden, kun hän ei osaa vastata lääkärin kysymykseen. Potilas voi selityselvöllisessä tilanteessa vahvistaa, tarkentaa, kyseenalaistaa tai haastaa, kysyä tai osoittaa epäselvyyttä tai

epävarmuutta käyttämällä partikkeleita, kuten *tota*, *mm* ja *noh* suoran vastauksen tilalla (Pomerantz 1984, 152). Näin ollen myös potilaalla on deonttista valtaa ja mahdollisuus vaikuttaa vastaanoton keskusteluun.

Vastaanotolla tietäminen ja vastaanoton ohjaaminen ovat jatkuvasti neuvoteltavissa. Aiemmin on korostettu potilaan vähäistä mahdollisuutta vaikuttaa vastaanoton vuorovaikutuksessa (Ruusuvuori 2000; Barry, Stevenson, Britten, Barber & Bradley 2001), mutta tutkimuksessa on alettu korostaa myös muita näkökulmia (Collins, Britten, Ruusuvuori & Thompson 2007, 3–21; Ruusuvuori 2000). Potilas voi muun muassa osallistua diagnoosin tai hoidon määrittämiseen, vaikka ne ovat lääkärin rooliin kuuluvia tehtäviä. Jos potilas diagnoosin tai hoidon määrittämisen vaiheessa palaa pohtimaan vaivan syytä, silloin potilas yleensä vihjaa siihen, että lääkäri ei ole saanut vaivalle selvää diagnoosia (Ruusuvuori, Raevaara & Peräkylä 2003). Myös ammattitermien on nähty tuovan lääkärin ja potilaan välille epäsymmetriaa, mutta potilas voi käyttää termistöä myös omaan tarkoitukseensa, kuten ongelman siirtämiseen lääkärille lääketieteellisen termistön avulla. Näin ollen ammattiuden tai maallikkouden ilmaiseminen eivät luo pysyviä rooleja, vaan ammattikielen käyttäminen voidaan nähdä vuorovaikutuksen resurssina. (Drew & Heritage 1992, 3–65, Peräkylä 1997, 178–179; Raevaara, Ruusuvuori & Haakana 2001, 11–26; Haakana, Raevaara & Ruusuvuori 2001, 196–220.) Käytännössä deonttinen ja episteeminen valta kulkevatkin lomittain: tämä näkyy esimerkiksi siinä, että molemmissa valtan muodoissa käytin esimerkkinä lääkärin tekemää kysymystä. Samalla tavoin kummassakin esimerkissä myös potilas saattoi käyttää sekä deonttista että episteemistä valtaa vastausvuorossaan. Molemmat vallan muodot näyttävätkin epäsuorasti ja ovat neuvoteltavissa osallistujien kesken (Stevanovic & Peräkylä 2012).

### **3.3 Lääkärin ammatillinen neutraalius ja tunteet vastaanotolla**

Episteemisyiden ja deonttisuuden lisäksi keskeinen ulottuvuus lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksessa ovat tunteet. Keskusteluanalyysissä tunteiden ilmaisusta ja tunnetilojen osoittamisesta vuorovaikutuksessa käytetään emotio- ja affekti-sanaa sekä rinnakkaisina että toisensa sisältävinä käsitteinä (Ruusuvuori 2013, 330–349; VISK § 1708). Tässä tutkimuksessa käytän tunne-sanaa pitämään sisällään vuorovaikutuksen tunteiden ilmaisun ja tunteiden osoittamisen. Lisäksi käytän affiliaatio-sanaa kuvaamaan osallistujien keinoja käsitellä edellisen puheenvuoron tunteiden ilmaisua (Rauniomaa 2015). Esimerkiksi potilaan nauru on tunteen ilmaisemista



ja potilaan tunteen ilmaisu tulee näkyväksi, jos jompikumpi lääkäri vastaa nauruun affiliatiivisesti esimerkiksi hymyilemällä. Huomioin tutkimuksessa, että institutionaalisesti tunteiden tarkastelussa keskeistä on ammatilliseen neutraaliuteen orientoituminen.

Ammatilliseen vuorovaikutukseen voidaan liittää neutraaliuuden vaadetta muun muassa suhteessa tunteiden esittämiseen tai moraalisiin kannanottoihin. (Peräkylä 1997, 178–179.) Lääkäri voikin olla tottunut minimoimaan vuorovaikutuksessa esiintyvien tunteiden vastaanottamisen (Ruusu vuori 2007). Tähän voi vaikuttaa se, että lääkärin vuorovaikutuksessa on aikaisemmin painotettu objektiivisuutta ja etäisyyden pitoa potilaasta, joten se voi näkyä edelleen lääkärin tavassa vuorovaikuttaa (Halpern 2007, Cirillo 2010). Näin ollen institutionaalisissa tilanteissa tunteiden esittäminen voi poiketa arkisesta vuorovaikutuksesta ja olla haasteellista (Suchman, Markakis, Beckman & Frankel 1997; Ruusu vuori 2007; Cirillo 2010).

Esimerkiksi tutkimuksen vastaanoton delikaatit eli jollain lailla arkaluonteisina käsitellyt tilanteet ovat arkivuorovaikutuksessa kriittistä toimintaa, minkä osallistujat huomioivat vuorovaikutuksessa (ks. Sacks 1992). Sopiva vuorovaikutus tällaisissa tilanteissa on affiliaatio (Jefferson 1984, 346–369), eli silloin vuorovaikutuksessa tuotetaan tuen ja samanmielisyyden osoituksia sekä yhteneväisiä arvioita tilanteesta (Couper-Kuhlen 2012, 136–146; Stivers 2008, 35). Institutionaalisissa tilanteissa tuotetut affiliaation osoitukset eroavat arkivuorovaikutuksesta neutraalisuudellaan (Ruusu vuori 2005). Lisäksi institutionaalisissa tilanteissa ongelmaan vastaaminen on usein tehtäväkeskeistä (Ruusu vuori 2005; ks. Suchman, Markakis, Beckman & Frankel 1997). Tämä johtuu siitä, että lääkärin ensisijainen institutionaalinen tehtävä on muodostaa diagnoosia, ja heillä odotetaan olevan tietoa ja välineitä ongelman ratkaisemiseen (Ruusu vuori 2000; Peräkylä 1997, 178). Tällöin ongelman ratkaisu ja neuvonta näyttävät tilanteeseen sopivalta toiminnalta (Ruusu vuori 2000; Ruusu vuori 2005; Sacks 1992). Lääkäri voikin vastata potilaan esittämään ongelmapuheeseen monin eri tavoin, kuten ohittaen, minipalautteella esimerkiksi *niin-*, *joo-* ja *mmm-*partikkeleilla tai affiliaation käytöllä (Ruusu vuori 2007). Affiliatiivisessa vastauksessa osoitetaan empaattisesti potilaan tilanteen tunnistaminen ja ymmärtäminen pitäen potilaan kokemus keskiössä. Tällöin affiliaatiota osoitetaan muun muassa samanmielisillä kommentaareilla tai kuvaamalla ongelmallisen tilanteen mahdollisia seurauksia pitäen asiakkaan kokemus keskiössä. (Ruusu vuori 2005). Myös minipalautteella voidaan osoittaa affiliaatiota. Tilanteessa, jossa edeltävä puhe pyytää affiliaatiota, käytetään affiliaatioon usein minimipalautteena *nii-*partikkeliä. Minimipalautte *joo* puolestaan ilmaisee asian vastaan-

ottamista, ja mahdollisesti eriävän kannan ilmaisemista päinvastoin kuin normaalissa tilanteessa. (Sorjonen 2001, 131–165.) Affiliaation osoittamisessa voidaan hyödyntää puheen saman sävyistä tai hieman nousevaa äänenlaatua eli prosodiikkaa sekä multimodaalisia keinoja, kuten pään nyökkäystä (Lindström & Sorjonen 2012, 250–369). Jos lääkäri ohittaa potilaan esittämän ongelmapuheen, potilaat voivat tai jopa todennäköisesti esittävät asian uudelleen, mahdollisesti suuremmalla intensiteetillä (ks. Suchman, Markakis, Beckman & Frankel 1997; Cirillo 2010; Ruusuvoori 2007). Näin potilaalla on mahdollisuus vaikuttaa vastaanoton eteneeseen ja muokata toimintatapoja.

Yhteenvedona voidaan todeta potilaan ja lääkärin toimintaan vaikuttavat merkittävästi institutionaalinen vastuu, deonttisuus, episteemisuus ja tunteet. Olen alla olevassa taulukossa koostanut, miten nämä vaikuttavat kummankin osapuolen toimintaan.

Taulukko 1 Potilaan ja lääkärin institutionaalinen toiminta

	Lääkäri	Potilas
Institutionaalinen vastuu	potilaan ongelman ratkaiseminen ja hoidon ohjauksen tarjoaminen	hoitoon hakeutuminen ongelman selvittämiseksi ja saadun hoidon tai ohjeen toteuttaminen ongelman ratkaisemiseksi
Deonttisuus	oikeus ohjata vastaanottoa, jotta institutionaalinen vastuu tulisi hoidettua	oikeus vastata lääkärin toimintoihin
Episteemisyys	lääketieteellinen tieto	tiedollinen valta itseensä ja omaan kokemukseensa
Affektiivisuus	ammattillinen emotionaalinen neutraalius	

## 4 Nauru

Naurua on tutkittu paljon ja erilaisista näkökulmista, kuten filosofian, luonnontieteen, psykologian ja sosiaalitieteiden näkökulmasta. Esimerkiksi filosofiassa naurua on tarkastelu antiikin ajoista lähtien niin Platonin kuin Hobbesin toimesta (Hietalahti 2018). Sosiaalitieteissä nauru on usein yhdistetty huumoriin (ks. Billig 2005; Mulkay 1988; Partington 2006). Naurun tarkastelussa on yhdistetty myös sosiaalinen toiminta ja luonnontieteellinen näkökulma. Tällöin naurua on tarkasteltu sosiaalisena toimintana, joka vapauttaa mielihyvää tuottavia opiaatteja aivoissa. (Manninen ym. 2017.) Yleisesti ottaen nauru liitetään tunteen viestimiseen. Siinä psykologinen ja sosiaalitieteen näkökulmat eroavat toisistaan. Psykologiassa nauru ilmentää ihmisen sisäistä tilaa ja sen ilmentämistä muille, mutta sosiaalitieteissä nauru mielletään ensisijaisesti viestinä konkreettiselle tai mielensisäiselle yleisölle (Ruusuvuori 2012; Ahopelto ym. 2019).

Nauru on vaikuttava vuorovaikutusmenetelmä. Sitä on muuan maussa kuvattu evolutiiviseksi liimaksi ihmisten välillä. Naurua voidaan käyttää yhtä hyvin hankalissa tilanteissa kuin sosiaalisten suhteiden edistämiseen. Nauru voidaan tarkastella miellyttämisnauruna esimerkiksi keskustelussa, joka ei oikein suju. Nauru voi olla myös sopimatonta ja toimia puolustusmekanismina esimerkiksi tilanteessa, jonka koemme liian ahdistavaksi tai stressaavaksi. (Manninen ym. 2017.) Institutionaalisissa tilanteissa, kuten tutkimukseni lääkärin vastaanotto, naurua on käytetty epävarmojen ja jännitteisten tilanteiden ilmaisukeinona (Adelsward 1989).

Tutkimuksessani tarkastelen naurua keskustelunanalyttisestä näkökulmasta vuorovaikutuksellisenä resurssina, institutionaalisen vuorovaikutuksen delikaateissa tilanteissa. Määrittelen ensin naurun ilmentymistä keskustelunanalyttisestä näkökulmasta, sitten tarkastelen sekä naurun käyttöä että merkityksiä delikaateissa tilanteissa, minkä jälkeen tarkastelen nauruun vastaimista yleisesti, delikaateissa tilanteissa ja lopuksi tarkastelen naurua lääkärin vastaanotolla institutionaalisessa tilanteessa.

## 4.1 Nauru vuorovaikutusilmiönä

Seuraavana esittelen, miten naurua tarkastellaan keskusteluanalyttisesti. Keskusteluanalyttisessä tutkimuksessa keskitytään naurun ilmentymiseen ja koordinaatioon (Haakana 2001, 2002; Lampert & Ervin-Tripp 2006; Osvaldsson 2004; ks. Glenn 2003, 35–50). Keskusteluanalyysissä nauru on siis vuorovaikutuksen itsenäinen tutkimuksen kohde (Jeffersson 1979, 79–96), joka on sosiaalisesti organisoitunut ja systemaattisesti vuorovaikutuksessa tuotettu toiminta (Jeffersson, Sacks & Schegloff 1987, 152–205; Potter & Hepburn 2010). Naurua ei tarkastella puheena, vaan äänenä, ja se kirjoitetaan transkriptioon systemaattisesti (Jeffersson, Sacks & Schegloff 1987, 152–205). Keskusteluanalyysissä nauru, kikatus, hihitys ja naurupartikkelit ovat itsenäisiä tutkimuskohteita eikä niitä lähtökohtaisesti liitetä mihinkään, kuten huumoriin eikä niitä myöskään pidetä keskenään samana asiana vaan niidenkin merkitys analysoidaan (Potter & Hepburn 2010). Tässä tutkimuksessa käytän nauru-sanaa sisältämään kikatuksen, hihityksen ja naurupartikkelit eli naurun sanan sisällä.

Keskusteluanalyttisesti tarkasteltuna naurun käyttö on liitetty delikaatteihin tilanteisiin erilaisista näkökulmista. Ensin tarkastelen, delikaatin tilanteen ennakointia vuorovaikutuksessa. Sittem tarkastelen, millaisiin delikaattiuden ilmaisuihin naurua on käytetty ja mitä siitä voi seurata, kuten häpeältä välttymistä tai läheisyyden kasvua.

Delikaatin asian esille tuloa voidaan ennakoida ja havainnoida monin tavoin. Esimerkiksi ennen vuoron aloitusta saattaa olla pieni tauko, mikä viittaa erimielisyyden esittämiseen Heritage (1984) tai asian ongelmallisuutta voidaan osoittaa aloittamalla metakommentilla (Haakana 2001) tai aiheen esitykseen liittyy selittelyä (Heritage 1984). Myös puhekieleen vaihtamista voidaan pitää merkinä herkän asian esille tulosta (Visapää 1999). Lisäksi problemaattisessa vastauksessa voidaan käyttää nollapersoonaa, mikä kutsuu vastaanottajaa jakamaan ja liittymään (Laitinen 1995). Delikaatin asian esittämistä voidaan myös aloittaa tai tuottaa naurupuheena. Nauraen puhussa asia voidaan esittää vähän kuin vahingossa. (Jeffersson 1985, 364–69.)

Vuorovaikuttajat käyttävät naurua erilaisissa delikaateissa tilanteissa. Naurun avulla voidaan kertoa ongelmasta tai huolesta (Jeffersson 1984, 364–369) tai ilmaista hämmennystä (Haakana

1999). Naurun yhteyteen liitetty asia voi olla myös jollain tavoin epäsoviva tai törkeä (Jeffersson 1985, 364–369; Potter & Hepburn 2010) tai ilmaistu asia voi olla ajoituksellisesti tilanteeseen epäsovivaa (Potter & Hepburn 2010). Näin naurulla voidaan muokata toiminnan luonnetta, kuten kuvata vaikeutta löytää sovin vastaus tilanteessa tai osoittaa vaikeutta ymmärtää asia tai pehmentää ongelmallista tilannetta (Potter & Hepburn 2010). Toiminnan luonteen muokkaamisella voidaan pyrkiä epäsovivuuden hyväksyntään tai tarjota rajoitettu yhteinen toimintakenttä hankalassa tilanteessa, jossa sanallisessa vuorovaikutuksessa voisi syntyä tarve eriytymiseen (Jeffersson, Sacks & Schegloff 1987, 152–205).

Edellä esitettyjä delikaattien tilanteiden naurukohtia voidaan tarkastella myös minäkuvan rikoutumisen näkökulmasta. Tällöin nauru liittyisi häpeään (Goffman 1956). Häpeän välttäminen eli sosiaalisen arvon säilyttäminen on yksi keskeinen vuorovaikutuksen moraalinen tekijä. Näin naurua voidaan käyttää suojamaan vuorovaikutustilanteessa sekä omia että toisen vuorovaikuttajan kasvoja, eli positiivista ja hyväksytyä vaikutelmaa itsestä ja toisista. (Goffman 1956.) Nauru on myös väline läheisyyteen, josta ikään kuin siirrytään intiiminpään vuorovaikutukseen. Tällaisessa intiimimmässä tilanteessa myös epäsovivuuden ilmaisu on helpompaa. (Jeffersson, Sacks & Schegloff 1987, 152–205.) Näin ollen nauru mahdollistaa hankalien vuorovaikutustilanteiden ilmaistemista ja niissä toimimista.

Seuraavana tarkastelen nauruun vastaamista keskusteluanalyysin näkökulmasta. Nauruun voidaan vastata monella eri tavalla ja monessa vuorovaikutuksen eri kohdassa. Tarkastelen ensin, miten nauru tarjoaa tilaa siihen vastaamiselle. Sitten tarkastelen nauruun vastaamisen haasteita ja lopuksi nauruun vastaamisen tapoja.

Naurua käyttävissä puheenvuoroissa on erilaisia tapoja tarjota tilaa vastaamiselle. Naurussa olevat välit tarjoavat tilan siihen liittymiseen (Jeffersson, Sacks & Schegloff 1987, 152–205). Naurun jälkeinen sisäänhengitys tarjoaa mahdollisuuden vastata tai sen voi tulkita naurajan aikeena jatkaa (Jeffersson 2004). Nämä ovat selkeitä kohtia, joissa vastaaja voi hyväksyä tai hylätä nauruun kutsun. Jos tauko on ennen naurun aloitusta, silloin nauru on vastaus edelliseen puheenvuoroon, ja seuraavana vuorossa olija voi yhtyä tai olla yhtymättä naurun jälkeisessä välitilassa tai sisäänhengityksen kohdassa. Nauruun voi liittyä myös kesken naurun, jolloin syntyy yhteistä naurua. Myös naurupuheen kohdat tarjoavat samanlaisen tilan yhtyä nauruun (Jeffersson 1979, 79–96.) Naurua sisältävät puheenvuorot siis tarjoavat tilaa vastaamiselle sekä kesken että jälkeen naurun tai suoraan jatkonauruna.

Nauruun ei kuitenkaan aina ole helppoa vastata (Jeffersson 1979, 79–96). Esimerkiksi nauraen puhumista voi olla vaikea kuulla, naurun häiritessä puhetta (Jeffersson 1985, 364–369). Aina ei myöskään ole varmaa onko nauraminen sopiva vastaus, jolloin nauruun kutsua odotetaan, jotta tiedetään naurun olevan sopivaa (Jeffersson 1979, 79–96). Vastaaaja voi myös odottamisen tai nauramisen tilalta lähteä puhumaan jotain, mikä muokkaa vuorovaikutustilannetta eteenpäin. Nauruun vastaaaja voi myös vastata toiseen aiheeseen, jos sellaista naurettavassa kohdassa on. Silloin vuorovaikutukseen syntyy pieni katkos. Nauruun kutsun aloittaja voi myös aiheen vaihdoksen jälkeen kilpailla alkuperäisellä nauruun kutsulla uudelleen. Useamman hengen ryhmässä nauruun vastaaajia voi olla useampia, jolloin kutsuun vastataan edelleen myöntävästi tai kieltävästi, mutta kieltävässä vastauksessa usein pyritään nopeasti esittämään kilpaileva puheenaihe. (Jeffersson 1979, 79–96.) Näin ollen nauruun vastaamisen kohdat ja tavat on yhtä merkityksellisiä kuin nauruvuoron tuottaminen.

Delikaattissa tilanteessa esitettyyn nauruun vastataan eri tavalla kuin vastattaisiin humoristiseen tai positiiviseen asiaan liittyvään nauruun. Kun ihmiset kertovat ongelmasta tai huolesta ja liittävät siihen naurun, viestin vastaanottaja ei naura, kuten mahdollisesti hän tekisi humoristisen tai positiivisen naurun yhteydessä. Vaan vastaaaja tuottaa usein vakavasti otettavan vastauksen, koska vastaanottajan tehtävä on kertoa, että hän vastaanottaa huolen. Naurun vastaanottaja voi esimerkiksi rauhoittaa kertojaa asian suhteen. (Jeffersson 1984, 364–369.)

## **4.2. Nauru lääkärin vastaanotolla**

Lääkärin vastaanoton naurutilanteita voidaan tarkastella institutionaalisen medikaalisen maailman ja tavallisen elämän maailman jännitteisinä kohtaamisina, jotka merkitään naurulla (Mishler 1984). Tarkastelen seuraavaksi naurun käyttöä lääkärin vastaanoton vuorovaikutusressussina. Aloitan tarkastelemalla kuka vastaanotolla nauraa ja missä tilanteisessa sekä miten nauruun vastataan. Lopuksi tarkastelen naurua lääkärin institutionaalisen tehtävän hoitamisen näkökulmasta.

Lääkärin vastaanotolla nauru ei jakaudu tasaisesti lääkärin ja potilaan välillä. Lääkärin vastaanoton vuorovaikutuksessa naurua käyttävät tyypillisesti potilaat (Haakana 2001; West 1984; Zayts & Shnurr 2011). Perusterveydenhuollon lääkärin vastaanotolla potilas nauraa tyypillisesti

yksin (Haakana 2001; Haakana 2002), mihin lääkäri harvoin yhtyy (Haakana 1999, Haakana 2002; ks. West 1984, Adelswärd 1989). Vaikka Zaytsin ja Schnurrin (2011) tutkimuksessa potilaat naurivat enemmän, ja heidän tutkimuksessaan myös lääkärit käyttivät naurua. Lääkärit käyttivät naurua osoittamaan delikaattia tilannetta, esimerkiksi silloin, kuin he eivät voineet vastata eettiseen kysymykseen, kuten kannattaako raskautta jatkaa tai keskeyttää tutkimuksessa tehdyn löydöksen johdosta. (Zayts & Shnurr 2011.) Lääkärien vastaanotoilla siis potilaat nauravat enemmän kuin lääkärit, mutta joissakin tilanteissa myös lääkäri käyttävät naurua delikaatin tilanteen esittämisessä.

Potilaan nauru vastaanotolla tekee näkyväksi hienovaraisia konflikteja ammattilaisen ja potilaan välillä. West (1984) esitti potilaan yksin nauramisen merkitsevän epäsymmetristä vuorovaikutusta, jossa potilaan ja lääkärin vuorovaikutuksen etäisyyden kokemus kasvaa. Myöhemmissä tutkimuksissa potilaan nauru on liitetty delikaattiin tilanteeseen, jossa sillä on kaksi funktiota: se osoittaa vastaanoton vuorovaikutuksen ongelman ja sen tunnistamisen (Haakana 2001; Haakana 2002).

Delikaatin tilanteen naurua on tunnistettu erityisesti kahdenlaisissa tilanteissa: tilanteissa, joihin liittyy jotain asiaa, kuten tehtävää päätöstä tai toimenpidettä, koskevaa erimielisyyttä ja tilanteissa, joissa esiintyy yleisempää potilaan ja ammattilaisen välistä suhdetta koskevia ongelmia. Potilaan nauru on liitetty potilaan hankaluuden kokemuksiin palpaatiotilanteissa, ja sen perusteella palpaatiotilannetta on kehitetty paremmin toimivaksi (Dobson, Stringfellow & Banks 2016). Haakanan (1999) aineistossa nauru liittyi muun muassa lääkärin esityksestä tai ohjeesta poikkeavaan näkemykseen. Naurua käytettiin esimerkiksi elämäntapaohjauksen yhteydessä, jossa lääkäri esitti liian positiivisen tulkinnan jostain potilaan terveyttä edistävästä elintavasta (Haakana 1999). Cirillon (2010) mukaan potilaan nauru voi liittyä hänen häpeäänsä ongelmansa ilmaisemisesta tai oikeuttaa potilaan toistuvaa epävarmuuden ilmaisemista. Potilas voi esimerkiksi nauraa vastaanotolla, kun hänen huolensa ei ole tullut vastaanotetuksi ja hän toistaa sen uudelleen (Cirillo 2010). Aina potilaan esittämän problemaattisen näkemyksen ei tarvitse liittyä suoraan lääkärin kommenttiin, vaan se voi liittyä yleisen odotuksen, mikä on hyvää tai järkevää käyttäytymistä esimerkiksi oman terveyden suhteen (Haakana 2001).

Potilaan esittämällä delikaatin tilanteen naurulla on usein kaksi tehtävää, joista ensimmäinen liittyy lääkärin episteemisiin oikeuksiin ja toinen vuorovaikutuksen sujuvuuden rikkoutumisen ratkaisemiseen. Potilas siis usein osoittaa lääkärin esittämän tulkinnan toivottuna preferoituna

näkökulmana ja omansa vähemmän toivottuna preferoimattomana kuin lääkärin esittämän. Näin ollen potilas nauraa tyypillisesti silloin, kun hän torjuu lääkärin tulkinnan ja esittää problemaattisemman kuvauksen tilanteesta tai, kun potilas problematisoi lääkärin ohjeita. Samalla, kun potilas osoittaa näkökulmien eron naurulla, hän kertoo ymmärtäneensä näkemyseron haasteen vuorovaikutuksessa. Nauru ikään kuin purkaa delikaattia tilannetta, ja kertoo naurun esittäjän olevan hyvällä tuulella ja pystyvän ottamaan tilanteen kevyesti ongelmasta huolimatta. (Haakana 2001.) Lääkärin vastaanotolla naurua siis käytetään välittämään herkkää asiaa vuorovaikutuksessa ja samalla korjaamaan tätä tilannetta (Haakana 2001; Cirillo 2010).

Seuraavana tarkastelen sitä, miten lääkärit voivat vastata, potilaan vastaanotolla esittämään nauruun. Keskeistä on, että potilaan yksin naurun tarkoitus ei yleensä ole kutsua lääkäriä liittymään nauruun (Haakana 2001), koska nauru liittyy usein delikaatin asian esittämiseen. Lääkärin nauramattomuus on sopivaa ja odotuksenmukaista toimintaa tällaisessa delikaatissa tilanteessa (Haakana 2002; Ruusuvuori 2005 ks. Jefferson, Drew, Heritage, Lerner & Pomerantz 2015, 165–193). Vastaajan eli tässä tilanteessa lääkärin tehtävänä on tunnistaa asia, jolle kertoja on nauranut (Jeffersson 1984, 364–369) ja vastaanottaa huoli (kts. myös Haakana 2001, Potter & Hepburn 2010). Lääkäri vastaa potilaan esittämään nauruun usein vakavasti ilman huumoria (Haakana 2001). Hymyä voidaan pitää affiliaatiivisena vastauksena herkkään tai hankalaan asiaan (Haakana 2010). Lääkärin hymyilemistä voikin pitää sopivana vastauksena potilaan nauruun. Se affiloi potilaan viestiä ja tarjoaa potilaalle mahdollisuuden jatkaa (Raevaara 2000). Toisinaan nauruun kuitenkin huolenkerronnassa yhdytään. Joskus huolenkertoja esittää huolen yhteyteen anekdootin, joka on humoristinen, tässä kohdassa vastaanottaja voi päättää lähteekö huolen suuntaan tai huumorin suuntaan. Silloin naurulla voi olla myös helpotusta tai myötätuntoa ilmaiseva rooli. (Haakana 2001.) Naurun merkityksen syntymiseen siis vaikuttaa se, miten lääkäri vastaa potilaalle. Potilaan ongelmallisen tai hankalan eli delikaatin tilanteen ilmaisuun odotettaisiin lääkäriltä affiliaatiota esittävää vastausta (Ruusuvuori 2005). Tällöin potilaan delikaatin tilanteen nauru tulee vastaanotetuksi ja potilaan kuulluksi tuleminen mahdollistuu.



## 5 Tutkimusmenetelmä

Tämän tutkimuksen laadulliseksi menetelmäksi valikoitui keskustelunanalyysi, jonka tausta on etnometodologisessa tutkimuksessa (Ahopelto ym. 2019; Suoninen 2001, 370–374; Heritage 1996, 87). Tarkastelen ensin keskustelunanalyysin kehittymistä, sitten määrittelen tämän tutkimuksen taustalla olevaa keskustelunanalyyttistä näkökulmaa vuorovaikutukseen, sen jälkeen esittelen keskustelunanalyysin tekemisen keskeisiä rakenteita ja lopuksi tarkastelen, miten keskustelunanalyysiä tehdään.

### 5.1 Keskustelunanalyyttinen näkökulma vuorovaikutukseen

Harold Garfinkel ja Erving Goffman ovat molemmat olleen keskeisiä teoreettisia taustavaikuttajia keskustelunanalyysin synnyssä ja osoittaneet tutkimuksissaan keskustelunanalyysin taustalla edelleen vaikuttavia perustanlaatuisia oletuksia. Etnometodologisen teorian alullepanijaa Garfinkeliä kiinnosti erityisesti yhteisen ymmärryksen säilyminen vuorovaikutuksen aikana (Suoninen 2001, 370–374; Heritage 1996, 87). Hän havaitsi tutkimuksissaan, että vuorovaikuttajilla on moraalinen velvollisuus tehdä oikeita tulkintoja vuorovaikutustilanteessa, vuorovaikutuksen tulkinta on sidottu tilanteeseen ja vuorovaikuttaja voi toimia normeista poikkeavasti, mutta on velvollinen selittämään normeista poikkeamistaan, Garfinkel (1984, 104–115). Myös Goffman oli merkityksellinen vaikuttaja, joka puolestaan tutki vuorovaikutusjärjestystä (Peräkylä 2001, 349). Molemmat sekä Garfinkel että Goffman tutkivat päivittäisen vuorovaikutuksen järjestymistä, mitä Harvey Sacks yhdessä Emanuel Schegloffin ja Gail Jeffersonin kanssa kehittivät menetelmällisesti eteenpäin (Heritage & Atkinson 1984).

Keskustelunanalyysin näkökulmasta merkittävä kehitys Garfinkelista Sacksiin oli sekvenssin ensisijaisuuden korostaminen (Heritage & Atkinson 1984; Llewelly 2008). Sekvenssiksi kutsutaan toimintajaksoa, jossa puheenvuorot suhteutuvat toisiinsa ja muodostavat sosiaalisen toiminnan kokonaisuuksia (Harjunpää, Niemi & Sorjonen 2020, 900). Sacks siis painotti järjestäytyneen toiminnan todellisten jaksojen järjestystä, kysyen millä tavallisilla päättelymenetelmillä ja –käytännöillä saadaan järjestettyjä ja ymmärrettäviä toimintatapoja sekä miten ihmiset tunnistavat edellisen puheenvuoron ja käsittelevät sitä aikaisempien puheenvuorojen valossa

(Llewelly 2008). Tällöin toiminnan järjestys jatkuu tai rikkoutuu ja kaikki vuorovaikuttajat ovat siitä vastuussa (Heritage & Atkinson 1984). Keskusteluanalyttinen tutkimusmenetelmä on hiljalleen kehittynyt etnometodologisesta taustasta eteenpäin tähän päivään, ja tarjoaa yhä edelleen hyvän pohjan tutkimuksen teolle ja menetelmän kehittymiselle.

Keskusteluanalyysissä tutkitaan sosiaalista vuorovaikutusta ja sitä, miten vuorovaikutus yleisesti ottaen onnistuu (Garfinkel 1967, 10–34; Schegloff 2007; Heritage 1984; Peräkylä 1997, 178–179; Raevaara, Ruusuvuori & Haakana 2001, 11–26; Ten have 2004). Vuorovaikutuksen ajatellaan olevan odotuksenmukaista, kontekstisidonnaista ja refleksiivistä (Heritage 1996, 145–151; Ten have 2004). Lisäksi keskusteluanalyttisessä tarkastelussa oletetaan yhteiskunnan ja kulttuurin olevan jatkuvassa kehityksessä toistensa kanssa (ks. Suoninen 2001, 370–374; Heritage 1996, 87). Vuorovaikutuksen ajatellaan rakentuvan puheen kautta puheenvuoroissa (Hakulinen 1997, 13–15; Schegloff 2007, 1–12; ks. Lindholm 2016, 331–348). Puheenvuoroa kutsutaan lausumaksi, joka voi olla yhden sanan mittainen sisältäen vain dialogipartikkelin esimerkiksi *nii* tai *m(h)* tai se voi koostua esimerkiksi useista lauseista (Lindholm 2016, 331–348). Keskusteluanalyttisen tutkimuksen tavoitteena on kuvata tyypillisiä vuorovaikutuskäytäntöjä, kuten lääkärin kysymyksiä ja potilaan vastauksia (Peräkylä & Vehviläinen 2003). Näin ollen se sopii hyvin hybridilääkärivastaanoton vuorovaikutuksen tutkimusmenetelmäksi.

Keskeinen asia vuorovaikutuksessa on, että vuorovaikuttajat pyrkivät säilyttämään yhteisen ymmärryksen (Raevaara, Ruusuvuori & Haakana 2001, 11–26; Lindholm 2016, 331–348). Keskustelun samanvireisyyden voidaan ajatella suosivan ja pitävän yllä sosiaalisen suhteen jatkuvuutta (Heritage 1996, 264–265). Tästä syystä pyritään välttämään väärinymmärrystä ja erimielisyyttä (Raevaara, Ruusuvuori & Haakana 2001, 11–26; Lindholm 2016, 331–348). Tähän tarvitaan vuorovaikutuksen rakenteita ja järjestystä, joita keskusteluanalyysissä tutkitaan.

## **5.2 Vuorovaikutuksen keskeiset rakenteet tutkimuksessa**

Keskusteluanalyysin teossa tarkastellaan vuorovaikutuksen rakenteita, järjestystä, moninaisia sääntöjä ja normeja, jolloin voidaan ymmärtää vuorovaikutusta jäsentäviä ja mahdollistavia käytäntöjä (ks. Garfinkel 1967, 10–4; Schegloff 2007; Heritage 1984; Peräkylä 1997, 178–179; Raevaara, Ruusuvuori & Haakana 2001, 11–26; Ten have 2004). Keskusteluanalyysissä tarkastellaan kolmea keskeistä rakennetta, joiden avulla vuorovaikutuksessa olijat koordinoivat

toimintaansa (Lindholm 2016, 331–348). Ne ovat vuorottelu, sekvenssi- ja korjausjäsenyys (Hakulinen 1997, 13–15; Schegloff 2007, 1–12; Raevaara, Ruusuvuori & Haakana 2001, 1–26; ks. Lindholm 2016, 331–348). Korjausjäsenyyksen avulla keskustelijat käsittelevät puheen ymmärtämisen ja kuulemisen ongelmia (Raevaara, Ruusuvuori & Haakana 2001, 11–26; Sorjonen 1997, 111–121). Korjausta voidaan tehdä muun muassa tarkentamalla, pahoittelemalla tai tarjoamalla ymmärrysehdotus (Sacks, Schegloff & Jeffersson 1974; Haakana, Kurhila, Lilja & Savijärvi 2016). Seuraavana selvennän tutkimukseni kannalta keskeisiä keskustelunanalyysin rakenteita vuorottelu- ja sekvenssijäsenyystä sekä tarkastelen institutionaalisuuden merkitystä niissä. Lisäksi tarkastelen responsiivisuuden merkitystä keskustelunanalyysissä ja lopuksi käsitelen sitä, miten keskustelunanalyysiä tehdään tässä tutkimuksessa.

Vuorottelujäsenyksellä tarkoitetaan sitä, että keskustelijat suunnittelevat puheenvuorot siten, että ne voivat liittyä toisiinsa sujuvasti. Vuorottelujäsenyyksen rakenteet toimivat siten, että yksi puhuja puhuu kerrallaan, puheenvuorot jaetaan ja päällekkäispuhuntaa on vain lyhytaikaisesti. Vaikka päällekkäispuhuntaa käytetään vain lyhytaikaisesti vuorovaihdossa, se on merkityksellistä puheenvuoron sujuvan vaihtumisen kannalta. Puheenvuoron päällä käytetään myös dialogipartikkeleita ilmaisemassa, että puhujan sanoma vastaanotetaan. (Hakulinen 1997, 32–35; Lindholm 2016, 331–348; Raevaara, Ruusuvuori & Haakana 2001, 11–26.) Esimerkiksi lääkäri voi osoittaa kuuntelevansa potilaan monipolvista vastausta lääkärin aiemmin esittämään kysymykseen lausumalla potilaan kertomuksen päälle *nii*-dialogipartikkelin toistuvasti. Nämä vuorottelun säännöt puheessa opitaan jo lapsuudessa, koska niitä tarvitaan vuorovaikutuksen sujuvuuteen (Hakulinen 1997, 32–35; Schegloff 2007, 1–27).

Vuorovaikutuksessa olevat henkilöt muodostavat osallistumiskehikon, jossa he voivat olla mukana vahvemmin tai heikommin riippuen puheenaiheesta ja keskusteluun sijoittumisesta (Peräkylä 2001; VISK § 1424). Esimerkiksi aiemmin videovälitteisyyden yhteydessä käsitelin, miten asettuminen kameran edessä olevaan tuoliin asettaa keskeisiksi vuorovaikuttajiksi erikoislääkärin ja potilaan, työterveyslääkärin jäädessä jossain määrin sivulliseksi. Toisaalta samassa tilassa oleminen mahdollistaa koko kehon nonverbaalin vuorovaikutuksen havaitsemista työterveyslääkärin ja potilaan välillä. Osallistumiskehikko on yksi tekijä, joka vaikuttaa puheenvuorojen jakautumiseen.

Puheenvuorojen jakaminen ja ottaminen on hienovaraista toimintaa, jossa hyödynnetään monenlaisia merkkejä nonverbaalista katseesta puheessa syntyvään taukoon ja puheen kokonaisuuden tunnistamiseen. Vuorottelun sääntöihin kuuluu, että jos puhuja valitsee seuraavan puhujan, puhujan on otettava vuoro vastaan eikä kukaan muu voi sitä ottaa. Jos taas puheenvuoroa ei ole jaettu, ensin ehtivä voi sen ottaa. Jos kukaan ei ota puheenvuoroa, voi äänessä ollut jatkaa puheenvuoroa, kunnes joku muu tarjoutuu jatkamaan. (Sacks, Schegloff & Jeffersson 1974.) Yleensä siirtymä on sujuvaa, jolloin edellinen puhuja aloittaa hieman toisen päälle, kuten yllä todettiin. Taukoja on siis puheenvuorojen vaihtumiseen nähden vähän. Puheenvuorojen välissä olevan tauon ei yleensä oleteta kuuluvan suoraan kummankaan tai kenenkään puhujan puheenvuoroon. Eli toisin kuin puheenvuoron sisällä, jolloin tauko voi toimia esimerkiksi tehokeinona. Useamman hengen ryhmissä seuraavan puhujan valintaan voidaan käyttää nimen mainitsemista, katsetta, nyökkäystä tai kysymystä.

Puheenvuorojen vaihtumista voidaan ilmaista myös puheen sisällöllä. Puheenvuoron lopettamista voidaan osoittaa esittämällä, ettei uutta uutista ole tulossa tai puheenvuoron katkonaisuudella. (Hakulinen 1997, 32–35.) Joskus puheenvuoron alussa taas käytetään partikkeleita, kuten *mutta*. Puheenvuoron alussa taas käytetään partikkeleita, puhuttelusanoja ja asteen ilmauksia huomion kohdistamiseksi (Lindholm 2016, 331–348).

Vuorottelujäsennys on merkityksellinen myös institutionaalisuuden tuottamisessa, koska sitä voidaan käyttää määrittämään, kuka milloinkin puhuu, kuinka kauan, miten puheenvuorot vaihtuvat ja mitä ne kertovat toimijoiden välisistä suhteista (Drew & Heritage 1992, 3–65; Halonen 1999). Institutionaalinen vuorottelujäsennys poikkeaa kuitenkin usein vapaasta vuorottelusta (Hakulinen 1997, 32–35). Kuten aiemmin institutionaalista vuorovaikutusta käsittelevässä luvussa 3 esitin, esimerkiksi lääkärin kyselyoikeus muokkaa vuorottelujäsennystä. Vuorottelun perusilmiöt, kuten se, että kysymykseen vastataan, eivät siis riipu kontekstista, mutta vuorottelu itsessään on kontekstisidonnainen, koska sekä meneillään oleva puheenvuoro että seuraavan puheenvuoron valinta määrittyvät aina siinä tilanteessa, jossa se tapahtuu (Hakulinen 1997, 32–35; Schegloff 2007, 1–27; Sacks, Schegloff & Jeffersson 2016). Eli vaikka vuorottelujärjestys on universaali, se syntyy tilanteisesti hetki hetkeltä vuorovaikuttajien kesken, ja erityisesti institutionaalisissa keskusteluissa kontekstin huomioiminen on merkityksellistä (Lindholm 2016, 331–348). Seuraavana tarkastelen sekvenssijäsennystä.

Sekvenssijäsennys tarkoittaa keskustelun muotoutumista peräkkäisten puheenvuorojen suhteiden kautta (Peräkylä 1997, 178–179; Raevaara 1997, 75–80). Sekvenssijäsennyksen mukaan osallistujat muodostavat puheenvuoroistaan toimintajaksoja, jossa puheenvuorot liittyvät toisiinsa muodostaen rakenteellisia kokonaisuuksia (Raevaara, Ruusuvuori & Haakana 2001, 11–33; Raevaara 2016). Sekvenssirakennetta voi leimata esimerkiksi institutionaalinen tehtävä, kuten potilaan verenpaineen selvittely lääkärinvastaanotolla. Myös institutionaalisen keskustelun kokonaisrakenne saattaa olla havaittavissa, kuten aloitus, tietyn aiheen käsittely ja lopetus. (Peräkylä 1997, 178–179.) Sekvenssin toimintajaksojen rakenteet toimivat puheenvuorojen tuottamisen ja tulkinnan välineenä eli niiden kautta luodaan yhteistä ymmärrystä. Tällainen rakenne mahdollistaa muiden resurssien, kuten tutkimuksen kohteen olevan naurun käytön vuorovaikutuksen välineenä. (ks. Raevaara, Ruusuvuori & Haakana 2001, 11–33). Seuraavana tarkastelen tarkemmin sekvenssin rakentumista vieruspareista ja niihin liittyvistä laajennuksista.

Sekvenssiyksiköiden kiteytynein muoto on vieruspari (Raevaara 2016). Vieruspareilla tarkoitetaan ”kahden lausuman jaksoja, jotka ovat vierekkäisiä, eri puhujien tuottamia, järjestäytyneet etu- ja jälkijäseneksi --- [sitien, että] etujäsen vaatii tietyn jälkijäsenen (Heritage 1996, 240).” Vierusparissa siis muodostuu etu- ja jälkijäsen, esimerkiksi lääkärin tekemä kysymys on etujäsen ja potilaan vastaus jälkijäsen (Raevaara, Ruusuvuori & Haakana 2001, 11–33). Vierusparin ensimmäiseen toimintoon liittyykin odotus seuraavasta toiminnosta (ks. Raevaara 1997, 75–80; Raevaara 2016). Esimerkiksi kysymykseen, valitukseen ja kohteliaisuuteen odotetaan vastausta (Sacks, Schegloff & Jefferson 1974; Lindholm 2016, 331–348). Tarkastelen seuraavana vieruspari etujäsenen liittyvä odotuksia ja niiden seurauksia vierusparin rakenteeseen.

Etujäsenen voi liittyä tietynlaisen toiminnon odotus eli etujäsen preferoi jälkijäseneksi jokin tapaista vastausta (ks. Tainio 1997, 93–110, Raevaara 2016). Se tarkoittaa, että tietynlaisen aloituksen jälkeen on odotuksenmukaisempaa toimia tietyllä tavalla (Pomerantz 1984, 57–101; Raevaara, Ruusuvuori & Haakana 2001, 11–33). Esimerkiksi sen lisäksi, että vierusparin toimintaodotuksen mukaisesti on odotuksen mukaista vastata pyyntöön tai tarjoukseen, on odotuksenmukaista vastata pyyntöön tai tarjoukseen myöntävästi eikä kieltävästi. Jos joudutaan vastaamaan kieltävästi, vastaamista usein viivytellään, ja vastatessa voidaan epäroidä tai ja selitellä (Raevaara, Ruusuvuori & Haakana 2001, 11–33). Jos potilas tuottaa preferoimattoman toiminnon, kuten kertoo, ettei ole mitannut verenpainetta, se usein tuotetaan viivytellen, epävarmuutta esittäen, selitellen tai muodostaen monipolvisia puheenvuoroja, kuten tauko ennen vastausta, naurahdus ja sitten varsinainen vastaus. Sen sijaan preferoitu eli odotuksenmukainen

vastaus tuotetaan nopeasti ja suoraan, kuten *joo aamutulokset ja iltatulokset ovat tässä paperilla*. (ks. Tainio 1997, 93–110). Preferoinnilla on lääkärinvastaanoton vuorovaikutuksessa merkitystä. Merkitys perustuu aiemmin käsittelemiini episteemisen tietämisen oikeuksiin, joissa potilas usein preferoi lääkärin näkemystä merkityksellisempänä kuin omaansa.

Preferoimaton vastaus johtaa usein vierusparin laajentumiseen. Vieruspareilla voikin olla erilaisia laajennuksia, jotka muodostuvat vierusparin eteen, väliin tai jälkeen tulevista aineksista (Peräkylä 1997, 178–179; VISK § 1218). Niitä kutsutaan etu-, väli tai jälkilaajennuksiksi (Peräkylä 1997, 178–179). Itseasiassa pelkästään esimerkiksi kysymys–vastaus–vieruspareja on vähän, koska usein kysyjä ainakin esittää kiittauksen kysymykseen vastaamisen jälkeen (VISK 2008 §1209). Esimerkkinä voisi toimia tilanne, jossa potilaan vastattua lääkäri toteaa *no niin*. *No niin* toimii tässä vierusparin jälkilaajennuksena eli asia on tullut päätökseen. Esilaajennusta käytetään myös kasvoja suojaavana tekijänä, jos ollaan esittämässä jotain hankalaa kasvojen menetystä uhkaavaa toimintoa (Heritage 1996: 275–277). Lääkäri voi esimerkiksi olettaa, että potilas ei pysty vastamaan kysymykseen myöntävästi hän voi käyttää etulaajennosta pehmentämään tilannetta ja osoittaa ymmärtävänsä, että kielteinen vastaus on mahdollinen. Potilas puolestaan voi hyödyntää kielteisessä vastauksessaan välilaajennosta, kuten edellisen kappaleen verenpaineen mittausesimerkissä. Välilaajennusten tarkoitus onkin usein auttaa jälkijäsenen tuottamista (Raevaara 1997, 80–81). Myös etujäsenen tuottaja voi hyödyntää välisekvenssiä muun muassa tarkentamalla esijäsenen ymmärtämiseen liittyvää ongelmaa tai ja tuottaa sel-laista tietoa, että jälkijäsenen vastaaja pystyy tuottamaan vastauksen (Raevaara 1997, 80–81).

### 5.3 Miten keskusteluanalyysiä tehdään

Keskusteluanalyysin yleiset periaatteet ovat, että keskusteluanalyysisessä tutkimuksessa pyritään löytämään vuorovaikutuksen säännönmukaisuuksia, joita sitten testataan aineistossa (Ruusuvoori, Nikander & Hyvärinen 2010, 9–13; Vatanen 2016, 320–326). Keskusteluanalyysissä puhetta kuvaillaan toimintana, tarkastellaan sen rakenteellista jäsentymistä ja sitä, miten puheella tuotetaan todellisuutta. Sen avulla voidaan hahmottaa, mitä asioita puheenvuoroilla tehdään tai saadaan aikaiseksi, miten vuorovaikutukseen osallistujat osoittavat ymmärtämistä ja hakevat sitä toisilta sekä millaisia sääntöjä tai neuvotteluja keskusteluihin sisältyy. (Seppänen 1997, 18–31.) Tässä keskusteluanalyysisessä tutkimuksessa keskitytään naurun ilmentymiseen

ja koordinaatioon vuorovaikutuksessa (Haakana 2001, 2002; Lampert & Ervin-Tripp 2006; Osvaldsson 2004; ks. Glenn, 2003, 35–50). Seuraavana tarkastelen keskusteluanalyysin etene- mistä keskustelun kirjaamisesta havainnointiin, analysointiin ja siitä johtopäätöksien tekemi- seen. Lisäksi huomioin toiminnan institutionaalisuuden merkityksen keskusteluanalyysin te- kemisessä.

Keskusteluanalyttisen tutkimuksen keskeinen osa on aineiston litteroiminen. Siinä alkuperäinen vuorovaikutus kirjataan mahdollisimman tarkasti alkuperäiseen muotoon. (Seppänen 1997, 18–31.) Esimerkiksi tutkimuksen kohteena olevan naurun ilmentyminen kirjataan tran- skriptioon systemaattisesti (Jeffersson, Sacks & Schegloff 1987, 152–205). Kirjaamisessa olen huomionut päällekkäisen puheen, puheen painotukset, tauot, hengityksen ja videolla näkyvän nonverbaalisen toiminnan, kuten katseen suuntaaminen tai asennon vaihtaminen. Kirjaamisessa olen käyttänyt litteraatiomerkkejä mukailleen Jeffersonin (2004b; Seppänen, 1997) kehittelemiä merkintätapoja ja nonverbaalin toiminnan litteroinnissa olen hyödyntänyt Mondadan (2001) merkintätapoja. Puheenvuorot ovat numeroitu. Nonverbaali viestintä on omilla riveillään. Li- säksi olen käyttänyt eri värejä eri henkilöidennonverbaaliin viestintään. Samalla olen merkinnyt osallistujien nonverbaalin toiminnan omilla merkeillään: työterveyslääkärin toiminnot plus- merkillä (+), konsultoivan erikoislääkärin toiminnot prosenttimerkillä (%) ja potilaan toiminnot asteriskilla (\*). Nonverbaalin viestinnän kirjaamisessa olen huomionut toiminnan alkamisen ja loppumisen kohdat.

Keskusteluanalyysissä tutkitaan siis keskustelun säännönmukaisuuksia taltioitujen ja litteroitui- jen aineistojen avulla, jolloin vuorovaikutuksen rakentumista voidaan havainnoida pikkutar- kasti hetki hetkeltä (Ahopelto ym. 2019). Tällöin havainnoidaan, miten puheenvuorot rakentu- vat ja jakaantuvat keskustelun aikana (Hakulinen 1997, 32–35; Schegloff 2007, 1–27). Esimer- kiksi missä tilanteessa potilas nauraa, kuka vastaa tai vastaako kukaan potilaan nauruun lääkärin vastaanotolla, ja jos vastaa niin mitä vastaa. Vuorovaikutuksen yksityiskohtaisia havaintoja luo- kitellaan, ja niistä etsitään säännönmukaisuuksia. Sen jälkeen muodostetaan aineiston pohjalta luokat, jotka eivät pohjaudu etukäteen valmiina olevaan luokitukseen. (Haakana 1999.)

Keskustelun analysoinnissa on oleellista, että tarkastellaan keskustelun osallistujien omia tul- kintoja vuorovaikutustilanteessa (Ruusuvuori, Raevaara & Peräkylä 2003). Nämä tulkinnat nä- kyvät siis siinä, miten puhuja esittää ymmärtäneensä edellisen puheenvuoron (Ruusuvuori, Raevaara & Peräkylä 2003). Eli analyysi on siis tiukasti sidoksissa aineistoon ja analyysissä

keskitytään tarkastelemaan sitä, mikä tulee julkisesti esille videolla eikä vuorovaikutukseen osallistujien sisäisiä tekijöitä pyritä tulkitsemaan tai käyttämään selittävinä tekijöinä (ks. Ruusuvoori & Nikander & Hyvärinen 2010, 9–13; Vatanen 2016, 320–326; Lindholm 2016, 331–348).

Vasta analyysin jälkeen tuloksia sidotaan laajempaan keskusteluun (Ruusuvoori, Nikander & Hyvärinen 2010, 9–13; Vatanen 2016, 320–326). Yleistyksiä tehdessä tarkastellaan aiempia tutkimustuloksia. Alkuperäiset taltiointit keskustelusta säilyvät kuitenkin aina pääosassa. (Sepänen 1997, 18–31.) Näin ollen alkuperäisiin taltiointeihin palataan varmistamaan analyysin tuloksia tarpeen mukaan. Lisäksi analyysin tuloksia varmentavat analyysiosiossa esiteltävät aineisto-otteet, jotka mahdollistavat aineistosta tehtyjen päätelmien pitävyyden arvioinnin (Steele, Jackson & Gutmann 1990).

Institutionaalisia keskusteluja havainnoidaan ja analysoidaan sekä sidotaan laajempaan keskusteluun edellä esitetyn arkikeskustelun tavoin, mutta tarkastelussa huomioidaan aiemmin käsitellyt institutionaalisuuden piirteet, kuten potilaan ja lääkärin roolit, tehtävät ja erilaiset vuorovaikutuksen esittämisen tavat, joita tuotetaan ja muotoillaan uudelleen vuorovaikutuksessa (ks. Drew & Heritage 1992, 3–65; Peräkylä 1997, 178–179; Due & Licoppe 2021).



## 6 Aineiston esittely, tutkimusprosessi ja tutkimuskysymykset

Tutkimusaineistoni on viisi videotallentia työterveyslääkärin vastaanotolta, jossa potilas ja yleislääkäri ovat etäyhteydessä erikoislääkäriin. Aineisto on kerätty Työsuojelurahaston rahoittamassa Tampereen yliopiston ja Työterveyslaitoksen yhteisessä tutkimushankkeessa *Terveydenhuollon työntekijät digimurroksessa* (Koivisto ym. 2020). Tutkimushankkeessa tutkittiin, miten digitalisaatio muuttaa yhteistyön muotoja ja luottamuksen rakentumista työterveyshuollon moniammatillisissa tiimeissä ja miten videovälitteisyys muokkaa terveydenhuollon vuorovaikutusta. Aineistonani on viisi videotallennettua työterveyslääkärin etäkonsultaatiota. Aineisto kerättiin osana palvelupilottia, jossa työterveyshuollon tarjoaja testasi videovälitteistä palvelua. Yhteensä aineistoa oli noin 255 minuuttia. Vastaanotoilla olivat läsnä potilas ja työterveyslääkäri, jotka tapasivat työterveyslääkärin vastaanottohuoneessa, sekä erikoislääkäri, johon otettiin yhteys videovälitteisesti. Aineistossa on viisi potilasta, joilta kultakin tallennettiin yksi konsultaatiokäynti. Ammatilliset olivat samoja kaikilla vastaanotoilla.

Keskusteluanalyysi on edellä kuvatusti vaativa menetelmä, ja siinä kuluu paljon aikaa jo tutkimuskysymyksen löytymiseen. Aloitin katselemalla videoita useampaan kertaan motivoitumattomasti (Ten Have 2007, 121). Sen jälkeen tarkensin havainnointiani affektioita sisältäviin vuorovaikutuskohtiin. Sitten etsin toistuvaa samantyyppistä affektiota välittäviä kohtia. Nauru oli toistuva affektia välittävä vuorovaikutusresurssi, mitä löytyi kaikista videoista. Yhteensä naurua sisältäviä kohtia löytyi aineistosta 38. Tämän tarkastelun jälkeen aloitin litteroimaan. Tutkimusaineistoni oli osin raakalitteroitu ja osin litteroin sekä tarkensin litteraatioita. Sen jälkeen luin, litteroin ja tarkensin naurua sisältäviä kohtia. Sen jälkeen taas katselin ja kuuntelin videoita. Karsin aineistosta aloitukseen, lopetukseen ja videovälitteiseen välineeseen tai sen käyttöön liittyvät naurua sisältävät vuorovaikutuskohdat, koska niiden naurun käyttö poikkesi muusta vastaanoton naurusta, mikä liittyi delikaatteihin tilanteisiin. Analyysin fokukseen valikoin siis 21 katkelmaa. Lopulta yhä uudelleen delikaatteihin tilanteisiin liittyvää naurua tarkastellessani keskusteluanalyysin näkökulmasta alkoi analyysi tarkentua siihen, minkälaisia tapoja lääkärit käyttävät vastatessaan potilaiden esittämään nauruun. Niissä näytti olevan säännönmukaisuutta. Tarkensin edelleen nauruun liittyvien kohtausten litteraatiota ja etsin teoriaa ymmärtääkseni erityisesti partikkelien merkitystä eri kohdissa. Sen jälkeen katsoin vielä useampaan kertaan analyysi kohdat, jotta litteraatio ei olisi irrallinen alkuperäisestä tallenteesta. Tämän analyysiprosessin tuloksena määritin tutkimuskysymyksiksi:

- 1) Missä tilanteissa potilaat nauravat?
- 2) Miten lääkärit vastaavat potilaan nauruun?
- 3) Miten kaksi lääkäriä vastaavat potilaan esittämään nauruun delikaatissa tilanteessa, jossa potilas ja työterveyslääkäri ovat perinteisessä vastaanotossa ja erikoislääkäri on mukana etäyhteydellä?

Tutkimusaineiston käsittelyssä noudatin eettisiä periaatteita. Tutkimushanke on hankkinut Tampereen alueen ihmistieteiden eettisen toimikunnan puoltavan lausunnon. Näin ollen ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa, Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje (TENK 2019) on huomioitu tutkimushankkeessa. Työskentelyäni koskevia alueita ovat henkilötietojen käsittely ja yksityisyyden suoja julkaisussa. Ennen aineiston saamista allekirjoitin Terveystieteiden tutkimuskeskuksen digimurroksessa Yhteistyön ja asiakaslähtöisyyden uudet haasteet –tutkimushankkeen salassapito- ja käyttäjäsitoumuksen eettisten periaatteiden noudattamisesta (Liite 1). Henkilötietojen näkökulmasta säilytän salasanat takana tutkimuksen aineiston, jotta se ei ole muille käytettävissä ja tuhosin käyttämäni aineiston tutkimukseni valmistumisen jälkeen. Haaste oli yksityisyyden suojan säilyttäminen, koska aineisto oli niin pieni, että tunnistettavuuden riski kasvaa. Näin ollen mahdollisten selventävien lainausten tunnistettavuus tutkielmassa ja siitä puhuttaessa oli ja on huomioitava tarkasti. Anonymisoinnista huolehdin poistamalla henkilöiden ja paikkojen nimet aineistoa litteroitaessa ja kuvista tein anonymisoidut versiot ensin muokkaamalla videota, ja sen jälkeisistä tein kuvista piirroksia.

## 7 Analyysi

Esittelen tässä luvussa analyysin tulokset. Ensin esittelen keskeiset tulokset. Sitten pohdin videovälitteisyyden merkitystä tutkimuksessa. Sen jälkeen siirryn esimerkkitapauksiin, joissa avaan tutkimuksen keskeisiä tuloksia eli ammattilaisten erilaisia tapoja vastata potilaan nauruun. Lisäksi olen valinnut kaksi kuvaa avaamaan videovälitteiseen vuorovaikutukseen osallistujien tilaan asettumista ja sen merkitystä toiminnalle. Ensimmäisessä kuvassa esittelen vastaanoton tyypillistä tapaa olla videovälitteisessä vuorovaikutuksessa, ja toisessa kuvassa esittelen yhden tavan muokata tyypillistä toimintatapaa vastaanoton vuorovaikutuksessa syntyvien tarpeiden mukaan.

Analyysin keskeiset tulokset ovat:

- 1) Potilaat merkkäävät delikaatiksi erilaisia asioita naurullaan. Keskeinen potilaan delikaatiksi merkitsemä asia on potilaan roolin vastainen toiminta, kuten se, että potilas ei ole toiminut oletetulla tavalla tai ei osaa vastata lääkärin kysymykseen. Toinen aineistossa esiintyvä potilaan delikaatiksi merkitsemä tilanne on ristiriita potilaan ja lääkärin välillä.
- 2) Yleiskuva aineistossa on, että läsnä oleva työterveyslääkäri affilioi potilaan nauraessa, erikoislääkäri ei. Poikkeuksen muodostavat tilanteet, joissa osallistumiskehikko vaihtuu. Tällöin työterveyslääkäri ei osallistu vuorovaikutukseen eli on esimerkiksi kiinni potilaan tulosten etsimisessä tietokoneella tai vastaanotto on päättymässä ja erikoislääkäri on ikään kuin hoitanut diagnosointia ja hoidon ohjaamista koskevat tehtävänsä loppuun.
- 3) Potilaat näyttävät tekevän laajennoksia delikaatiksi esittämässään tilanteissa, mikäli lääkäri tai lääkärit eivät tuota affiliaatiota.

Aloitan analyysini pohtimalla videovälitteisyyden merkitystä toiminnalle, koska tutkimuksen analyysissä on huomioitava teknologian vaikutus vuorovaikutusjärjestykseen (Garfinkel & Sacks 1970). Teknologiaa tarkastellaan vuorovaikutusresurssina, joka muokkaa käytettävissä olevia tai havaittuja vuorovaikutuskäytäntöjä (Arminen, Licoppe & Spagnoli 2016). Tässä tutkimuksessa videovälitteisyys muokkaa lähtökohtaisesti vuorovaikutusta siten, että potilas asetuu kameran eteen muutokuvamaiseen etäyhteyteen konsultoivan erikoislääkärin kanssa työterveyslääkärin istuessa hieman sivussa (Licoppe & Morel 2012). Videotallenne ei mahdollista tarkkaa katsekontaktin analyysia konsultoivan erikoislääkärin ja potilaan välillä, mutta heidän päidensä suuntaamisesta olen arvioinut katseen yleistä suuntaan. (Kuva1.) Tarkempi katsekontakti voidaan havaita työterveyslääkärin ja potilaan välillä. Vuorovaikutustilanne voi muokkautua esimerkiksi silloin, kun potilas nousee esittelemään kehoaan konsultoivalle etälääkärille tai etälääkärin pyytää tietoja työterveyslääkäriltä, joka tarvitsee tietokonetta niiden etsimiseen. Silloin potilas ja konsultoiva etälääkäri eivät näe toisiaan, mutta kuulevat toisensa.



Kuva 1

Tyypillinen vuorovaikutustilanne, jossa työterveyslääkäri (ruudulla vasemmalla) katsoo potilasta (kuvassa oikealla) ja potilas katsoo erikoislääkärin kuvaa ruudulta. Kuvassa näkyy myös monessa vastaanotossa mukana olevat paperit potilaan mittaustuloksista sekä taustalla työterveyslääkärin käytössä oleva näppäimistö, minkä puoleen hän tarvittaessa kääntyy etsimään erikoislääkärin tarvitsemaa tietoa potilaan tuloksista tai aiemmasta hoidosta.

Seuraavana esittelen viisi tapausesimerkkiä analyysin keskeisistä tuloksista. Kaksi ensimmäistä esimerkkiä ovat potilaan delikaatiksi esittämiä tilanteita, joissa työterveyslääkäri vastaa potilaalle affilioivasti. Kolmas esimerkki on poikkeustilanteesta, jossa konsultoiva erikoislääkäri vastaa affilioivasti potilaalle. Neljäs esimerkki on potilaan tekemästä laajennuksesta, kun hän ei ole saanut kummaltakaan lääkäriltä affiliaatiota delikaatiksi esittämäänsä tilanteeseen. Viides esimerkki on tilanteesta, jossa potilas laajentaa delikaattia tilannetta toistuvasti ja lopulta myös erikoislääkäri affiloi. Analyysin esimerkeissä olen alussa kertonut esimerkin lähtötilanteen ja esimerkin loppuun olen korostanut keskeiset havainnot tutkimuskysymyksen näkökulmasta.

Tapausesimerkeissä etävastaanotolla läsnä ovat samassa huoneessa olevat työterveyslääkäri (T) ja potilas (P) sekä etäyhteyden kautta osallistuva konsultoiva erikoislääkäri (E). Lisäksi olen merkinnyt tietokoneen äänen (l). Litteraatteihin omille riveilleen ilman rivinumeroa olen merkinnyt analyysini kannalta olennaiseksi katsomani multimodaalisen toiminnan, kuten katset,

kameraan lähentymisen, hymyilyn, sormella osoittamisen tai seisomaan nousemisen. Multimodaalisen toiminnan merkitsemiseen olen käyttänyt eri värejä. Työterveyslääkärin (t) multimodaaliset vuorot ovat vihreitä, erikoislääkärin (e) vuorot ovat sinisiä ja potilaan (p) vuorot ovat oranssisia. Lisäksi olen käyttänyt työterveyslääkärin vuorossa plusmerkkiä (+), konsultoivan erikoislääkärin vuorossa (%) ja potilaan vuoroissa asteriskia (\*) osoittaakseni multimodaalisen tapahtuman kohdan puheenvuorossa. Katseen suunnan olen merkinnyt (KS), ja katseen suunnan perään olen kirjannut ketä (E tai P tai I) katsotaan tai mitä katsotaan (papereita).

## 7.1 Potilaan roolin vastainen toiminta delikaattina asiana

Ensimmäisessä esimerkissä potilas toimii roolinsa vastaisesti ja osoittaa toimintansa delikaattisuuden naurulla, mihin työterveyslääkäri vastaa affilioivasti. Vastanoton aihe on potilaan kohdalla oleva verenpaine, johon etsitään ratkaisua. Ennen katkelmaa potilas (P) on selittänyt, miten hän on mitannut verenpainetta ja hän on antanut työterveyslääkärille (T) paperille kirjaimansa mittaustulokset. Työterveyslääkäri tarkastelee potilaan antamia mittaustuloksia, ja lukee potilaan kanssa niitä ääneen konsultoivalle erikoislääkärille (E). Katkelma alkaa kohdassa, jossa on aloitettu keskustelu iltaverenpaineesta ja työterveyslääkäri haluaa tarkistaa yhden paperille merkityn mittauksen ajankohtaa.

### Esimerkki 1 Potilas ei ole hoitanut verenpaineen mittaustehtävää, jonka on saanut lääkäriltä

t: +→ KSE

p: \*→ KSE

1.T: ++joo.=se oli +kello\*\* kymmenen illalla?

t:→++→ KS paperia+→ siirtää paperia pöydällä potilaan suuntaan→

p: →\*\*→ KS paperiin

2. (0.5)+

t: →+paperi potilaan edessä

3.T: [oliks tä]ä? (.) .h[h (muita) iltapaineita.]

4.E: [T:n nimi.] (0.2) [{otiksä kaikki ne -) ]

5.P: \*\*e[i.] [£m(h)ä \*e(h)n \*o-] \*\*hehe+.h h + h£

6.E: [{o]titko [kaikki nää:,}. ]

t: +->hymy->+

p:->\*\*-> KST

p: \*-> naputtaa peukaloilla pöytään

p: ->\*

p: ->\*\*-> KSE

7. (1.1)

8.P: .hhh

9.E: otatteko: nää kaikki >verenpainelääkkeit<++ aamul[la.]

10.P: [ .h]h kyllä joo.

t: ->+-> vetäytyy P:sta ja E:stä

Rivillä 1 työterveyslääkäri päättää aiemman toimintajakson yhteenvetävällä vuorolla. Rivillä 3 työterveyslääkäri haluaa tietää, onko potilas ottanut *muita* iltaverenpaineita kuin sen yhden, josta keskusteltiin vastaanotolla jo aiemmin. Kysymys siis olettaa, että verenpainetta olisi pitänyt olla mitattuna enemmän, jolloin kysymys preferoi myönteistä vastausta (Tainio 1997, 93–94). Päällekkäin työterveyslääkärin kysymyksen kanssa, myös erikoislääkäri esittää potilaalle kysymyksen. Rivillä 5 potilas orientoituu ensiksi työterveyslääkärin aloittamaan kysymys-vastaus-jaksoon, ja vastaa kielteisen ei-toivotun eli preferoimattoman vastauksen. Kysymyksen muotoilun lisäksi preferoimaton vastaus syntyy potilaan roolista. Potilaan tehtävänä on seurata omaa terveydentilaansa ja kertoa terveyttään koskevia tietoja lääkärille. Nyt potilas ei voi sitä tehdä, koska hän ei ole hoitanut annettua mittaustehtävää. Hän osoittaa naurunsekaisella puheella ymmärtävänsä kielteisen vastauksensa delikaatiksi (ks. Haakana 2001). Nauru myös korjaa ristiriitatilannetta vuorovaikutuksessa, eli se mahdollistaa vuorovaikutuksen jatkumista hyvässä tunnelmassa ristiriidasta huolimatta (Haakana 2001; Cirillo 2010).

Edelleen rivillä 5 vuoron päättävän naurupartikkelin aikana potilas siirtää katseensa erikoislääkəriin ja jatkaa naurulla puheenaiheen delikaatiksi esittämistä. Potilaan katse siirtää puheenvuoroa erikoislääkärille (ks. Hakulinen 1997, 32–35). Rivin 5 potilaan puheenvuoron lopussa työterveyslääkäri affiloi potilaan kokemuksta hymyllä (ks. Raevaara 2000). Myös rivillä 6 syntyy puheenvuorojen päällekkäisyys, kun erikoislääkäri puhuu päällekkäin potilaan kanssa. Riveillä 4 ja 6 esiintyvissä puheenvuorojen aloitusten päällekkäisyyksissä saattaa olla epäselvyyttä videovälitteisyyteen liittyvästä viiveestä johtuen (Ilomäki, Ruusuvuori & Laitinen 2021; Seuren ym. 2020). Syntyy tauko rivillä 7. Tauon jälkeen näkyy pieni katkos (Jeffersson 1979, 79–96) erikoislääkärin ja potilaan välillä, kun konsultoiva erikoislääkäri jatkaa diagnoosiin liittyvällä puheenvuorolla, eikä vastaa potilaan aiemmin esittämään delikaattiin tilanteeseen affiliaatiolla, potilaan puheenvuoroa siirtävästä katseesta (r. 5) huolimatta.

Yhteenvedona voidaan todeta, että potilas esittää ymmärtävänsä preferoimattoman vastauksensa hankaluuden naurupuheella. Preferoimattomuus liittyy kielteisen vastaamisen lisäksi siihen, ettei potilas ole toiminut potilaan roolin odotusten mukaisesti. Työterveyslääkäri vastaa potilaalle affilioimalla. Erikoislääkäri pysyy diagnoositehtävässään ja syntyy pieni katkelma potilaan ja erikoislääkärin väliseen vuorovaikutukseen.

## 7.2 Potilaan ja lääkärin näkemys ero delikaattina asiana

Toisessa esimerkissä potilas esittää delikaattiksi tilanteen, jossa lääkärin ja potilaan näkemysten välillä on ristiriita. Ristiriita liittyy potilaan vartalon kokoon. Osallistujat ovat keskustelleet eri diagnoosivaihtoehdoista suhteessa potilaan oireisiin. Ennen katkelman alkua erikoislääkäri esittää tiettyyn sairauteen liittyvän ylipainoisuutta, joka kertyy erityisesti vatsan alueelle.

### Esimerkki 2 Potilaan ja erikoislääkärin näkökulmat poikkeavat toisistaan

- 1.E: +\*Mä en (.) oo nähny sua(.) et mä en tiedä (.) \*\*onko sulla vatsan
- p: \*→ pyörittää päätä →\*
- p: \*→ nousee ylös
- t: +→ KS pöydän pintaa
- 2.E: alueella \*\* \* ++ tota:, (0.3)
- p: \*→ KSE
- p: ->\*\*->kääntää vartalon sivuttain kameraa kohden ja kädet vatsalla
- t: →++→KSE
- 3.E: mut \*\* =sul on myös= (.) siellä pakaroissa? (.)
- p: ->\*\*->vartalon asento säilyy, kädet nostavat paitaa
4. (0.2)
- 5.P: \*\*Tää:lä on kylä, (0.2)
- P:->\*\*->vartalon asento säilyy, kädet taputtavat pakaraa
- 6.P: \*\*muta tästä
- p:->\*\*->asento säilyy, kädet siirtyvät takaisin vatsalle
- 7.P: \*\*\*\* +o+ niinko
- p:->\*\*-> vartalon asento säilyy, kädet taputtavat vatsaa
- p: ->\*\*-> KST
- t: ->+ +-> KSP

8.P: £suh(eh)te(h) [lisen£]\* pieni.

9. (0.2) \*\*

10.T: £ [nihe] £

p: \* vartalon asento säilyy, kädet laskevat paitaa

p: ->\*\*-> KSE

11.E: (0.2)^joo () kato kun ()+ hyvä +() no nii:

t: →+ +→ KSE

Rivillä 1–2 etälääkäri osoittaa epätietoisuutensa potilaan painosta. Näin erikoislääkäri esittää kysymyksen ilman kysymyslausetta (ks. Hayano 2013, 395–414; Hultgren & Cameron 2010, 322–342). Vierusparirakenteen mukaisesti kysymykseen odotetaan vastausta (ks. Heritage 1984; Raevaara 1997, 75–80; Raevaara 2016), ja potilas vastaakin riviltä 1 eteenpäin non-verbaalisti päättään pudistaen, ettei hänellä ole vyötärölihavuutta. Samalla hän hyödyntää asennon muutosta kameran suhteen nousten seisomaan ja näyttäen kehoaan lääkärille. Näin potilas poikkeaa videovälitteisyyden tavanmukaisuudesta keskustella kasvokuvien kautta (ks. Licoppe & Morel 2012), ja liikuttamalla kehoaan potilas mahdollistaa lääkärille potilaan kehon havainnoinnin (ks. Due & Lange 2020; Due & Licoppe 2021; Licoppe & Morel 2014, 135–160).





Kuva 2

Kuvassa näkyy kuinka osapuolet hyödyntävät vuorovaikutustilanteen toimintamahdollisuuksia. Potilas on noussut esittelemään vatsanseutuaan asettautumalla seisomaan kylki kohti kameraa ja työterveyslääkäri puolestaan kurkkaa kohti tietokonetta nähdäkseen konsultoivan lääkärin.

Rivillä 3 erikoislääkäri esittää eriävän mielipiteen aloittamalla *mut* (VISK § 1034) ja laajentaa edellistä kysymystään esittämällä kannanoton siitä, kuinka potilaan pakaroissa on *myös* ylipainoa. Riviltä 5 eteenpäin potilas liittyy nonverbaaliin kehon kokoa eri suunnista esittävään vastaukseensa myös verbaalin selityksen, jossa hyväksyy lääkärin esittämän väitteen hänen pakaroidensa koosta (*täällä on kyllä*). Potilas käyttää vartalon koosta puhuessaan nollapersoonaa, joka voi kertoa problemaattisesta asiasta ja kutsua jakamaan esitettyä asiaa (Laitinen 1999). Rivin 5 lopussa on tauko, jossa erikoislääkäri voisi ottaa puheenvuoron, mutta hän jättää sen käyttämättä ja puheenvuoro säilyy potilaalla (ks. Hakulinen 1997, 32–35). Rivillä 6 potilas aloittaa lääkäristä eriävän kannan esittämistä omasta vartalon koostaan *mutta*-alkuisella vuorolla (VISK § 1034) ja rivillä 8 esittää naurupuheen välityksellä vyötärön kokonsa suhteellisen pieneksi.

Naurupuheen avulla potilas esittää delikaatiksi (ks. Jeffersson 2004) keskustelun vartalon koostaan, josta on neuvoteltu lääkärin kanssa. Tilanteeseen liittyy monenlaisia jännitteitä. Toisaalta potilaalla on oikeus tietää omista asioistaan, kuten vartalostaan (ks. Peräkylä & Silverman

1991). Toisaalta lääkrillä on oikeus tietää diagnoosiin liittyvät asiat (ks. Gill 1998; Peräkylä 1998; Raevaara 2000), joihin ylipaino kuuluu ja lisäksi potilas pitää yleensä lääkärin arviota omaansa merkityksellisempänä (Haakana 2001). Näin ollen osapuolilla on asiasta hieman eriävät näkemykset: lääkäri on tuonut ilmi, että potilaalla on ylipainoa sekä vatsan seudulla että pakaroissa (r. 3) kun taas potilas kuvaa vatsan seutua *suhteellisen pieneksi* (r. 8). Potilas ja erikoislääkäri neuvottelevat tietämisestä ja siihen liittyvistä tilanteisista oikeuksista (ks. Stevanovic & Peräkylä 2012) ja potilas käyttää naurua osoittaakseen tietoisuutensa näkökulmien erosta ja samalla korjataksaan hankalaa tilannetta (ks. Haakana 2001; Cirillo 2010), huomioiden sen, että vuorovaikutuksessa pyritään aina säilyttämään saman vireisyyttä jatkovuorovaikutuksen sujuvuuden vuoksi (Heritage 1996).

Rivillä 10 työterveyslääkäri vastaanottaa ja affilioi potilaan delikaatiksi esittämään tilanteeseen *ni* partikkelilla, naurupuheella ja hymyllä (ks. Jeffersson 1984, 364–369; Peräkylä 1997, 178–179; Haakana 2001). Rivillä 11 konsultoiva erikoislääkäri vastaanottaa potilaan esittämän asian vakavana ilman huumoria tyypillisellä lääkärin minimipalautteella *joo* (ks. Haakana 2001), muttei vastaa potilaan esittämään affektiin ja jatkaa samalla rivillä diagnoositehtävään liittyvän tutkimuksen näkökulmasta toteamalla *hyvä* (ks. Potter & Hepburn 2010, Raevaara 2000).

Yhteenvedon voidaan todeta, että potilas vaihtaa asentoa ja hyödyntää kameran tarjoamia mahdollisuuksia vuorovaikuttaa kehollisesti ja visuaalisesti. Potilas ja erikoislääkäri neuvottelevat tiedollisista oikeuksistaan, ja potilas esittää naurupuheella tämän neuvottelun ja painon puheenaiheena delikaatiksi, johon työterveyslääkäri affilioi hymyllä ja affilioivalla partikkelilla käyttäen naurupuhetta. Konsultoiva erikoislääkäri ei affilioi, vaan vastaanottaa potilaan esittämän asian minimipalautteella.

### **7.3 Konsultoiva erikoislääkäri tuottaa affiliaatiota poikkeustilanteessa**

Kuten edellisissä esimerkeissä, yleiskuva aineistossa on, että läsnä oleva työterveyslääkäri vastaa affilioivasti potilaan delikaatiksi esittämässä tilanteissa. Seuraavassa esimerkissä poikkeuksellisesti vastaanoton lopussa konsultoiva erikoislääkäri affilioi työterveyslääkärin keskittyessä kirjaamaan. Ennen katkelmaa osallistujat ovat keskustelleet potilaan oireista ja sairauden hoidosta monesta eri näkökulmasta. Vastaanottoa ollaan päättämässä ja konsultoiva lääkäri varmistaa, onko potilaalla vielä jotain kysyttävää ennen vastaanoton päättämistä.

### Esimerkki 3 Poikkeava tilanne, jossa erikoislääkäri tuottaa affiliaatiota

p: \*→ KSE

t: +→ KS papereita edessään, kirjoittaa muistiinpanoja

1.E: /NO /HYvä:.

2. (0.3)

3.E: tuleeks, (0.2) mieleen jotain ajatuksia, (0.2)

4.P: \*.hhhhhhh

\*

p: \*→keikuttelee tuolilla sivusuunnassa ja pyörittelee päätä -→\*

5.E: ollaan paljonki puhuttu nyt tässä [jo kaikenlaista.]

6.P: [N/IIN. fhm hm hm mhah] j(h)oo f

7.P: n(h)e? %.hhh menee näitten tiet(eh)to(h)jen++sula(h)teluun+mutei nyt

e: %->hymy->

t: ->+++>KSP. ++>hymy

9.P: ihan,

10.P: %(.pääallimmäisenä mitään,f +.hh mielessä <että tota.>

t: hymy->+

e: %->

11.E: joo.

Erikoislääkäri päättää edellisen toiminnan vaiheen rivillä 1, minkä jälkeen on hiljaisuus rivillä 2, jossa potilas voisi ottaa puheenvuoron. Koska potilas ei ota puheenvuoroa tauon aikana, ottaa erikoislääkäri puheenvuoron rivillä 3, tarjoten potilaalle mahdollisuutta kysyä jotain vastaanotosta. Rivillä 4 potilas vastaanottaa erikoislääkäarin tarjouksen pitkällä sisäänhengityksellä, tauko ennakoii vastaamisen haasteellisuutta eli tarjouksesta kieltäytymistä, mikä on preferoimattomaa toimintaa (Raevaara, Ruusuvaara & Haakana 2001, 11–33). Tauon jälkeen rivillä 5 erikoislääkäri esittää selonteon potilaan oletetusta vaikeudesta vastata lääkärin esittämään kysymykseen. Näin erikoislääkäri suojelee potilasta vastaamattomuudesta johtuvalta kasvojen menettämiseltä (Goffman 1956). Lisäksi erikoislääkäarin selonteko affilioi potilaan oletettua vaikeutta (Ruusuvaara 2005). Potilas yhtyykin erikoislääkäarin puheenvuoroon rivillä 6–7 naurupuheella esittäen delikaatiksi, että hänellä ei ole preferoitua vastausta tarjoukseen eli hän ei esittänyt kysymystä erikoislääkärielle. Erikoislääkäri aloittaa affilioivan hymyn heti rivin 7 alussa. Työterveyslääkäri siirtää rivin 7 potilaan naurupuheen aikana katseensa kirjallisista töis-

tään potilaaseen, ja aloittaa affilioivan hymyn potilaalle rivin 7 lopussa. Potilas lopettaa preferoimattoman vastauksensa selittelyn rivillä 10, ja samalla lääkärit päättävät affilioivat hymynsä. Erikoislääkäri vastaa potilaalle rivillä 11 asian tunnistavalla minimipartikkelilla *joo*.

Yhteenvedona voidaan todeta, että työterveyslääkäriin keskittyessä kirjaamiseen poikkeuksellisesti konsultoiva lääkäri affilioi. Myös tilanne on poikkeuksellinen, koska ollaan vastaanoton lopussa eikä diagnoositehtävä määritä konsultoivan lääkärin roolia ja osallistumista. Olennaista on myös se, että työterveyslääkäri osallistuu tässäkin tilanteessa affiliaatioon, vaikka hän ei ole samassa osallistumiskehikossa vaan on kirjoittamassa eli hoitamassa diagnoosiin liittyvää tehtävää. Lisäksi ongelma on tilanteisempi, koska tarjoukseen vastaamattomuus liittyy enemmän vuorovaikutustilanteen haasteellisuuteen eli tarjouksesta kieltäytymiseen eikä painopiste ole potilaan ja lääkärin rooleissa tai tehtävässä.

#### 7.4 Potilas hakee affiliaatiota sen puuttuessa

Aineistossa toistuva ilmiö on, että lääkärin affiliaation puuttuessa potilas laajentaa toistuvasti delikaattiuden esittämistä. Kahdessa viimeisessä esimerkissä näytän, kuinka potilaat kohtelevat affiliaatiota odotuksenmukaisena vastauksena nauraen tuottamaansa puheeseen ja laajentavat naurupuhetta affiliaation puuttuessa. Esimerkki neljä on vastaanotolta, jossa potilaalla on moninaisia oireita ja vastaanotolla on jo selvitetty monia asioita. Ennen katkelmaa erikoislääkäri on päättänyt edellisen aiheen käsittelyn. Katkelman alussa potilas vielä jatkaa edellisestä aiheesta ja samaan aikaan konsultoiva lääkäri aloittaa uuden topiikin potilaan vatsan koosta, minkä myöhemmin liittyy osaksi kortisonitason selvittelyä.

#### Esimerkki 4 Potilas laajentaa delikaatin tilanteen esitystä ja työterveyslääkäri vaihtaa osallistumiskehikkoa vastakseen esitykseen

t: +-> KS papereita edessään

p: \*->KSE

e: %-> KSP

1.P: [et se liittyy siihen, ]

2.E: [>mites to]i sun< mahas.]

3. (0.4)

4.E: onkse kasvanu vai:? (0.2) mitä tapahtunu s[ille.]

5.P: [ fhh]h hehehe s(h)e: o(h)

6.P: ++ k(h) asvanu.£  
t: ->+->KSP

7.P: £ hehe .h heh se on + ka[svanu.£ ]

8.E: % [>ei oo k]asvanu?<  
t: +-> hymyilee  
e: %->Siirtyy lähemmäs kuvaruutua

9.P: £on kasvanu. £

10. ++(0.2) +  
t: ->+->KSE ->+

11.T: m.=

12.E: %% =>on kasvanu.=no nii.< \*  
e: %%->palaa takaisin normaaliin asentoon suhteessa kuvaruutua, KSP  
p: ->\*KSE

Konsultoiva erikoislääkäri aloittaa uuden topiikin kysymällä potilaan vatsan kokoa rivillä 2, samaan aikaan rivillä 1 potilas on jatkamassa selitystään aiemman keskustelun aiheesta. Rivillä 3 on tauko, jossa potilas voisi vastata lääkärin kysymykseen tai ottaa puheenvuoron, mutta potilas ei ota puheenvuoroa. Rivillä 4 lääkäri tulkitsee tauon kysymyksen selventämisen näkökulmasta ja muotoilee uudelleen kysymyksen potilaan vatsan koosta. Tämän jälkeen on tauko, jossa potilas voisi vastata lääkärin kysymykseen. Potilas ei kuitenkaan vastaa ja lääkäri jatkaa puheenvuoroaan rivillä 4 kysyen kolmannen kerran vatsan kokoa eri tavalla.

Vastaamattomuus ja hiljaisuus ennen vastaamista ennakoivat hankalaa asiaa. Lopulta rivillä 5 potilas vastaa naurulla esittäen tilanteen delikaatiksi. Delikaattiin tilanteeseen on useampi näkökulma: ensiksi potilas ei ole vastannut vastausvelvollisuutensa näkökulmasta lääkärin esittämään kysymykseen (ks. Pomerantz 1984, 57) toiseksi ihmisen lihomisen tiedetään yleisesti olevan terveysriski ja näin ollen vatsan kasvaminen voidaan nähdä häpeällisenä asiana.

Delikaatin naurun jälkeen potilas tuottaa preferoimattoman vastauksensa riveillä 5–6. Erikoislääkäri ei vastaa potilaalle, mutta rivillä 6 työterveyslääkäri, joka on tutkinut potilaan pöydällä olevia papereita, siirtyy katsomaan potilasta. Potilas laajentaa rivillä 7 jatkaen delikaatin tilanteen esittämistä naurulla ja toistaen naurupuheella edellisen vastauksensa vatsan koon kasvamisesta, jolloin työterveyslääkäri yhtyy potilaan laajennukseen affilioivalla hymyllä.

Nauraen esitetystä asiasta voi olla vaikea saada selvää (Jeffersson 1985, 79–96), ja rivillä 8 erikoislääkäri esittääkin, ettei ole saanut vastauksesta selvää lähentymällä kuvaruutua ja tuottamalla korjausaloitteen ymmärrystarjouksen muodossa (Haakana, Kurhila, Lilja & Savijärvi 2016). Rivillä 9 potilas vastaa hymyilevällä äänellä esittäen preferoimattoman vastauksensa, että vatsansa koko on kasvanut. Syntyy hiljaisuus, jossa työterveyslääkäri katsoo erikoislääkäriä. Erikoislääkäri ei ota puheenvuoroa heti vastaan, jolloin työterveyslääkäri affilioi potilaan vastausta saman prosodisella minimipartikkelilla (Lindström & Sorjonen 2012, 250–369). Lopulta rivillä 12 erikoislääkäri vastaa potilaalle ilman affiliaatiota toistaen potilaan vastauksen vatsan koosta ja päättäen aiheen keskustelun *no nii*. Näin potilaan ja erikoislääkärin vuorovaikutukseen syntyy pieni katkelma.

Yhteenvedona voidaan todeta, että potilas esittää painonnousunsa delikaattina asiana, johon kumpikaan lääkäri ei vastaa affilioivasti. Kuitenkin potilaan jatkaessa delikaatin tilanteen esittämistä, työterveyslääkäri vastaa affilioivasti, vaikka hän on ollut tekemässä muita asioita. Erikoislääkäri hoitaa diagnoositehtävää eikä vastaa potilaalle, jolloin potilaan ja erikoislääkärin välille syntyy pieni katkelma vuorovaikutukseen.

Viimeisessä esimerkissä ollaan vastaanoton lopussa. Työterveyslääkäri antaa tilaa potilaan kysymykselle ja potilas palaa kolmannen kerran omaan vyötärölihavuuteensa, minkä konsultoiva lääkäri on esittänyt hänen terveydentilaansa vaikuttavaksi tekijäksi. Potilas on aiemmin esittänyt, että syö terveellisesti eikä pidä rasvaisista ruuista, joten aiemman vastaanoton lääkärin ehdottama rasvan imeytymistä estävä lääkekään ei hoitaisi vyötärölihavuutta.

### **Esimerkki 5 Potilas laajentaa delikaatin tilanteen esittämistä ja lopulta molemmat lääkärit tuottavat affiliaatiota**

t: KSP

p: KSE

1.T: et olisko sulla itellä jotaki >nyt< kysyttävää?

2. (0.2)

3.T: täs on tullut paljo[n asiaa]

4.P: [mm nii ]

5.P: paljon asiaa ku mä ei jotenkin mä en niinku (0.2) hh .hh (0.2)

6.P: tajua sitä koska tota mä oon mä oon nii hh.£++innostunut tosta+

t: ->+->nenän hieronta>+

7:P: liikunnasta ja (0.2).hh enkä mitään karkkia syä he niin ku toiset

8.P: ja (0.2) he?[ .hh] +ja ei juuri pullaa en mittää koskaa ota viineriä

9.E: [mmhy]

t: +-> KSP

10.P: et et mäen nii ku tajua

11.E: Juuri

12.P: niillä mä ajattelin sitte että pitääkö a-alkaa

13.P: +laihutusleikkaukseen+

t: +-> hymyilee ->+

14.P: ku ei tässä mikää heh .hh muu auta koska mä oon niin paljo tosiaan

15.P yrittänyt sitä et m[ulla o]

16.E: [joo - o]

17.P: niin paljo sitä tietoo ku .hh mä oon ollu sairaslomalla,

18.P: ni mähän oon ehtinyt lukee koko ajan kaikki tiedot että.hh

19.P: miten laihdut(.)

20.T: nii [nii ]

21.E: [Kyllä] kyllä joo

22.P: Koska se harmittaa mua nii paljo

23.E: Joo [jo]o

24.P: [ni]

25.E: uskon sen ni lääkärinä on helppo sanoa et laihdu(.) ku oot kaikki

26.E: yrittäny ni(.)ni tota mut sitte tietysti voi mieltää niitä

28.E: painonhallintalääkkeitä sitte jos tuntuu siltä(.) .hh

Riveillä 1–3 työterveyslääkäri tarjoaa potilaalle tilaa kysymyksen tekemiseen. Rivin 2 tauon aikana, jossa potilas voisi ottaa puheenvuoron, potilas ei ota puheenvuoroa ja kuten aiemmassa esimerkissä kolme, työterveyslääkäri jatkaa perustellen kysymystään sillä, että vastaanotolla on ollut paljon asiaa. Rivillä 4 potilas yhtyy työterveyslääkärin puheenvuoroon ja aloittaa rivillä 5 vastauksensa työterveyslääkärin kysymykseen selitellen, kertoen, miten hän yrityksistään huolimatta ei ole saanut painoaan putoamaan. Potilas esittää tilanteen delikaattitutta selittelyllä, kiertelyllä, tauoilla ja naurulla riveillä 5–8. Rivillä 8 potilas naurahtaa, johon rivillä 9 erikois-

lääkäri yhtyy päällekkäispuhunnalla käyttämällä *mmhy* partikkelia osoittamaan, että hän kuuntelee (Ruusuvuori 2007). Erikoislääkärin osoitettua kuuntelevansa työterveyslääkäri kääntää katseensa pois potilaasta.

Rivillä 8 potilas jatkaa edelleen oman terveyden hoidon tehtävänsä laihduttamisen mahdottomuutta käyttäen ääri-ilmaisua *mittää koskaa* (Pomerantz 1986), ja jatkaa toimintansa perustelemista rivillä 10. Rivillä 11 erikoislääkäri esittää kuuntelevansa potilaan esityksen, sanolla juuri.

Kuvailtuaan kuinka yrityksistään huolimatta hänellä ei ole vaikutusmahdollisuuksia hoitaa potilaan tehtäviin kuuluvaa omaa terveydestä huolehtimista, potilas rivillä 13 lopulta tekee ehdotuksen omasta hoidostaan, mikä kuuluu lääkärin tehtäviin (ks. Gill 1998; Peräkylä 1998; Raevaara 2000). Potilas esittää tyypilliseen tapaan oman ajatuksensa hoidostaan ehdotuksen epävarmana tietona (Raevaara 2000) *että pitääkö a-alkaa*. Työterveyslääkäri vastaa ehdotuksen lopussa potilaalle affilioivasti hymyilemällä.

Potilas jatkaa edelleen tilanteen delikaatiksi esittämistä riveillä 14–15 ottaen delikaattiuden esittämisen mukaan naurahduksen rivillä 14. Potilaan delikaattiuden esittäminen voi sisältää puuttumisen lääkärin oikeuksiin kuuluvaan diagnostiseen tietoon ja oikeuksiin päättää hoidon tarjoamisesta (Raevaara 2000), näin ollen potilas esittää myös ristiriitaisen näkemyksen suhteessa lääkärin näkemykseen (Haakana 1999) ja kolmanneksi ilmaisuun voi liittyä häpeää toistuvasta ongelman esittämisestä (Cirillo 2010).

Erikoislääkäri vastaanottaa potilaan selityksen rivillä 16 *joo*, muttei affilioi. Potilas laajentaa edelleen selitystään toimintansa mahdottomuudesta selitystään rivillä 17, 18 ja 19. Työterveyslääkäri affilioi uudelleen rivillä 20 *nii nii*. Rivillä 21 erikoislääkäri edelleen vastaanottaa potilaan esittämän asian, muttei affilioi. Rivillä 22 potilas jatkaa asian laajentamista ottaen nyt esiin suoraan tunteensa *harmittaa*, mikä on harvinaista (Suchman, Markakis, Beckman & Frankel 1997), jolloin erikoislääkäri rivillä 23 ottaa vastaan asian *joo* ja jatkaa rivillä 26 affilioimalla sanallisesti potilaan kokemuksen (Ruusuvuori 2005).

Yhteenvetona voidaan todeta, että työterveyslääkäri affilioi, kuten aiemminkin ja potilas laajentaa delikaattiuden esittämistä lääkärin affiliaation puuttuessa. Lisäksi erikoislääkäri poikkeuksellisesti affilioi ja kuten aiemminkin erikoislääkärin affiliaatiota esittämässä tilanteessa itse tilanne on poikkeuksellinen eli ollaan vastaanoton lopussa.



## 8 Johtopäätökset

Yhteenvedona analyysin perusteella voidaan todeta, että potilaat merkkäavat naurulla delikaateiksi potilasroolin vastaista toimintaa ja ristiriitaa potilaan ja lääkärin välillä. Lisäksi potilaat näyttävät tekevän laajennoksia naurulla delikaateiksi osoittamisessaan tilanteissa, jos lääkärin affiliaatiota ei tule. Yleiskuva aineistossa on, että läsnäoleva työterveyslääkäri vastaa potilaalle affiliovasti, kun potilas esittää tilanteen delikaateiksi. Sen sijaan etäyhteydellä toimiva erikoislääkäri affilioi vain poikkeustapauksissa. Seuraavana tarkastelen tuloksia laajemmin suhteessa aiempaan kirjallisuuteen. Ensin tarkastelen tuloksia tunne- ja affiliaatio tutkimuksen ja sitten potilaan ja lääkärin roolien näkökulmasta. Lopuksi tarkastelen tuloksia vielä suhteessa aiempaan videovälitteisyyden tutkimukseen sekä arvioin tutkimustuloksia ja pohdin jatkotutkimuksen mahdollisuuksia

### 8.1 Tulosten suhde aikaisempaan tutkimukseen

Tässä kappaleessa tarkastelen tutkimuksen lääkärin vastaanotolla esiintynyttä potilaan naurua suhteessa aiempaan tutkimukseen. Vastaanotolla nauroi pääsääntöisesti potilas aiempien tutkimusten mukaisesti (Haakana 2001, West 1984, Zayts & Shnurr 2011) ja hän nauroi aiempien tutkimusten mukaisesti usein yksin (Haakana 2001). Kuten aiemmissakin tutkimuksissa potilaan nauru tai naurupuhe liittyi delikaatteihin tilanteisiin, joissa potilas toimi tai oli toiminut odotusten vastaisesti (Haakana 2001), esitti ristiriitaisen näkemyksen suhteessa lääkärin näkemykseen (Haakana 1999), toi toistuvasti esiin huolenaiheensa (ks. Cirillo 2010) tai lääkäri otti esiin potilaalle kiusallisen aiheen, kuten hänen painonsa. Odotusten vastaista toimintaa oli esimerkiksi se, ettei potilas ollut tehnyt iltaverenpaineen mittausseurainta ohjeiden mukaan, potilas ei vastannut lääkärin kysymykseen tai potilas puuttui lääkärin tietovallan alla olevaan tietoon. Lääkärin esittämästä näkökulmasta poikkeava näkemys saattoi liittyä esimerkiksi potilaan painoon tai sairauden hoitoon. Potilas siis käytti aiemman tutkimuksen mukaisesti (Haakana 2001; Cirillo 2010) naurua välittämään herkkää asiaa ja samalla korjaamaan vuorovaikutustilannetta. Toisin sanoen, potilas esitti tietoisuutensa hankalasta tilanteesta ja samalla osoitti voitavansa ottaa sen kevyesti toimintakykynsä säilyttäen (Haakana 2001; Cirillo 2010).

Seuraavana tarkastelen aiemman tutkimuksen pohjalta, miten lääkärit vastasivat potilaan delikaatin tilanteen esittämiseen tässä tutkimuksessa. Koska tässä tutkimuksessa oli kaksi lääkäriä, tarkastelen ensin yleisesti ja sitten tarkennan molempien lääkärien osalta, miten he vastasivat potilaan delikaatin tilanteen esittämiseen. Sitten tarkastelen poikkeuksellisia tilanteita ja lopuksi pohdin lääkärin, potilaan delikaatiksi esittämän tilanteen, uudelleen topiikiksi ottamista.

Aiempaan tutkimukseen pohjautuvan oletuksen mukaisesti (ks. Ruusuvuori 2005) institutionaalisessa lääkärin vastaanottotilanteessa lääkärin tuottamat affiliaation osoitukset olivat neutraalimpia kuin arkivuorovaikutuksessa. Molemmat lääkärit ottivat delikaatin tilanteen naurun vastaan oletuksen mukaisesti vakavasti, mutta huolen vastaanottamisessa oli eroja (ks. Jefferson 1984, 364–369). Vaikka työterveyslääkärin ja konsultoivan erikoislääkärin affiliaation osoituksen poikkesivat toisistaan pääosin, ne muokkautuivat myös tilanteen mukaan, mikä oli mielenkiintoista.

Pääsääntöisesti potilaan nauruun delikaatissa tilanteessa vastasi ensisijaisesti läsnä oleva työterveyslääkäri. Työterveyslääkäri vastasi potilaan delikaatiksi esittämään tilanteeseen aiempien tutkimusten mukaisesti pääsääntöisesti affilioivalla hymyllä (Haakana 2010; Raevaara 2000), naurupuheella (Haakana 2001) ja affiliatiivisella minimipartikkelilla *Nii* (Sorjonen 2001, 131–165). Sen sijaan konsultoiva erikoislääkäri ei pääsääntöisesti vastannut potilaan esittämään delikaattiin tilanteeseen affiliatiivisesti vaan aiemman tutkimuksen mukaisesti minimipartikkelilla asian vastaanottaen (Ruusuvuori 2007), kuten *Joo* ja jatkamalla diagnoositehtäväänsä. Erikoislääkäri saattoi myös jättää kokonaan vastaamatta potilaalle, ja jatkaa suoraan diagnoositehtävällään, jolloin vuorovaikutukseen syntyi pieni katkos potilaan ja erikoislääkärin välille (ks. Jefferson 1997).

Seuraavana tarkastelen erikoislääkärin poikkeuksellisia vastaamisia. Potilaan delikaattiuden toistuva laajentaminen saattoi johtaa erikoislääkärin affiliaatioon tietyin ehdoin. Kaikissa tapauksissa potilas oli jo edellisessä sekvenssissä esittänyt saman aiheen delikaatiksi. Potilaan toistuva delikaattiuden esittäminen saman sekvenssin sisällä ei siis muuttanut erikoislääkärin vastausta affiliatiiviseksi. Sekä lääkärit että potilas saattoivat aloittaa uuden sekvenssin potilaan aiemmin delikaatiksi esittämästä aiheesta. Muut tilanteet, joissa erikoislääkäri tuotti affilioivan vastauksen potilaan delikaattiuden esittämiseen, liittyivät poikkeavaan toimintakehikkoon tai tilanteeseen. Esimerkiksi poikkeavan toimintakehikon muodosti tilanne, jossa erikoislääkäri

toimi yksin, kun työterveyslääkäri keskittyi diagnoositehtävään etsien jotain tulosta tietokoneelta. Poikkeavan tilanteen esimerkin muodosti vastaanoton loppupuolen keskustelu, jossa diagnoosiin liittyvät tehtävät olivat lääkärin mielestä tehty, koska hän tarjosi potilaalle mahdollisuuden vielä kysyä, jos jokin asia oli vastaanotolla jäänyt epäselväksi. Huomionarvoista on, että työterveyslääkäri osallistui myös poikkeustapauksissa affiliovasti potilaan delikaatiksi osoittamaan tilanteeseen.

Lisäksi molemmat lääkärit osoittivat vuorovaikutuksessa voivansa tiedostaa potilaan aiemmassa vuorovaikutuksessa delikaatiksi esittämän aiheen, huolimatta siitä, olivatko he vastanneet itse potilaan delikaatiksi esittämään aiheeseen tai eivät. Palatessaan potilaan delikaatiksi esittämään aiheeseen itse, he osoittivat tyypillistä hankalan aiheen esiin tulemistä aloittaen useamman kerran tai käyttäen hymyä (ks. Heritage 1984). He myös muotoilivat hankalan aiheen positiivisesta näkökulmasta, mitä pitää kasvojen suojelun yrityksenä (Guassoraab, Reventlowa & Malterudacd 2014).

Tutkimuksessani näkyivät teoriaosuudessa käsitellyt institutionaalisen vuorovaikutuksen lääkärin potilaan tyypilliset roolit ja tehtävät (ks. Drew & Heritage 1992, 3–65; Ruusuvuori 2000, Peräkylä 1997, 178–179; Raevaara, Ruusuvuori & Haakana 2001, 11–26). Pääsääntöisesti potilas hoiti oireiden kerrontaa ja lääkärit diagnoositehtävää. Delikaatin tilanteen vuorovaikutuksessa näkyi institutionaalisen vuorovaikutuksen tyypillinen arkivuorovaikutusta maltillisempi delikaatin tilanteen vuorovaikutus. Toisaalta erityisesti potilas käytti refleksiivistä toimijuutta käyttäessään deonttista valtaa toistaessaan (Pomerantz 1984) ja episteemistä valtaa laajentaessaan (Ruusuvuori 2000; Ijäs & Ruusuvuori 2007) delikaatin tilanteen osoittamista.

Yleensä lääkäri hoitaa kahta tehtävää vuorovaikutuksessa. Niistä diagnoositehtävä on ensisijainen ja muu vuorovaikutus on toisella sijalla. (Ruusuvuori 2007, Peräkylä 1997, 178) Tämä näkyi konsultoivan erikoislääkärin toiminnassa odotetusti, koska hänen päätehtävänsä oli diagnoositehtävän hoitaminen. Muu vuorovaikutus, kuten affiliaatio oli toisella sijalla. Sen sijaan työterveyslääkäri affilioi hyvin aktiivisesti ja potilas myös odotti sitä työterveyslääkäriltä. Kahden lääkärin läsnä ollessa oli mahdollista, että diagnoositehtävää hoiti ensisijaisesti etäyhteyden välityksellä toimiva erikoislääkäri ja potilaan esittämään delikaatin tilanteen nauruun vastasi affiliovasti läsnä oleva työterveyslääkäri. Konsultoivalta lääkäriltä odotetaan kantaa potilaan oireisiin ja hoitoon (Ruusuvuori 2000; Peräkylä 1997, 178), joten konsultoiva erikoislääkäri on tilanteessa luontainen diagnoositehtävän hoitaja.

On mahdollista, että etävälineen tuoma etäisyys vaikutti erikoislääkärin affektien viestintään osallistumiseensa. Tätä tukee edellä esitetty poikkeustapaus 4, kun työterveyslääkäri hoiti diagnoosiin liittyvää ohjaustehtävää ja affilioi siitä huolimatta. Voi myös olla, että työterveyslääkärillä ja potilaalla oli aiemmillä vastaanotoilla ollut tunteiden jakamista, mikä lisäisi läheisyyden kokemusta suhteessa, ja se puolestaan lisää tunteiden jakamisen luontevuutta (Kaukomaan, Peräkylä & Ruusuvuori 2013). Tämä voisi vaikuttaa siihen, että työterveyslääkäri vastasi pääsääntöisesti potilaan nauruun affilioivasti (ks. Stevanovic & Peräkylä 2014). Mahdollisen aiemman suhteen vaikutusta ei kuitenkaan voida tämän aineiston perusteella osoittaa. Huomioitavaa on, että vaikka potilas ei olisi katsonut työterveyslääkärää delikaatin tilanteen naurussa, työterveyslääkäri saattoi siitä huolimatta affilioida. Joka tapauksessa kahden lääkärin mahdollistama roolien painotus on hyvä mahdollisuus, jossa työterveyslääkäri voi keskittyä hoitoon sitoutumisen kannalta merkittävää affektiin vastaamisen tehtävään delikaatissa tilanteessa (kts. Taylor 2010; Weiste, Tiitinen, Vehviläinen, Ruusuvuori & Laitinen 2020; Ruusuvuori, Aaltonen, Lonka, Salmenlinna & Laakso 2019). Lisäksi affektiin vastaaminen tukee työterveyslääkärin ja potilaan välistä yhteistyösuhdetta jatkossa (ks. Ahopelto 2018). Tämän tutkimuksen hybridilääkärin vastaanoton kontekstissa oli kaksi lääkäriä ja tämä laajensi lääkärin affektin käytön mahdollisuutta, mikä voi edistää potilaan ja lääkärin välistä hoitosuhdetta ja potilaan hoitoon sitoutumista.

Aiemman tutkimuksen suuntaisesti potilas oli aktiivinen toimija vuorovaikutuksessa (ks. Collins, Britten, Ruusuvuori & Thompson 2007, 3–21; Ruusuvuori 2000), ja jos potilas ei kokenut tulevansa kuulluksi delikaatiksi esittämässä tilanteessa, hän haki affiliaatiota toistuvasti. Eli kun potilaan delikaatissa tilanteessa esittämä nauru jätetään huomiotta, potilas tuottaa delikaatiksi esittämänsä tilanteen uudelleen käsiteltäväksi samalla tavalla. (Suchman ym. 1997; Cirillo 2010; Ruusuvuori 2007.) Toistetussa tilanteessa työterveyslääkäri affilioi vastaamalla potilaalle hymyllä. Sen jälkeen vastaanoton toiminta pääsi etenemään uuteen aiheeseen. Potilas saattoi myös määrittää sen, että riittääkö hänelle työterveyslääkärin affiliaatio vai esittääkö hän delikaattiuden vielä kolmannen kerran, jotta erikoislääkärikin vastaisi. Potilas saattoi myös tuoda delikaatiksi esittämänsä työterveyslääkärin affilioiman asian uudelleen esiin siten, että esitti sen katseen avulla suoraan erikoislääkärille. Tässä tutkimuksessa potilaat käyttivät aiemman tutkimuksen suuntaisesti toimijuuttaan vuorovaikutustilanteissa tuoden delikaatiksi osoittamansa asian esiin uudelleen, jos eivät kokeneet saaneensa siihen riittävää vastausta. Lisäksi kahden lääkärin vastaanotolla he saattoivat määrittää kenelle toive affiliaatiosta esitettiin.

Seuraavana tarkastelen videovälitteisyyttä koskevia huomioita tutkimuksessa. Tutkimuksen osallistujat käyttivät vuorovaikutuksessaan videovälitteisyyden tuomia mahdollisuuksia niin vuorovaikutukseen asettautumisessa kuin fyysistä tutkimusta vaativissa tilanteissa. Lääkärit hyödynsivät yhtäikäisen vastaanoton mahdollisuuksia siten, että fyysisesti läsnä oleva työterveyslääkäri affilioi pääsääntöisesti potilaan delikaateiksi esittämissä tilanteissa ja konsultoiva erikoislääkäri keskittyi diagnoosin hoitamistehtävään. Voikin olla, että paitsi ammattilaisten välinen tiedollinen työnjako myös se, että työterveyslääkäri oli potilaan kanssa samassa tilassa, saattoi vaikuttaa affiliaation tuottamiseen.

Osallistujat eivät siis suhtautuneet videovälitteisyyteen rajoitusten näkökulmasta vaan hyödynsivät sitä vuorovaikutuksessaan aktiivisesti. Seuraavana tarkastelen näitä tuloksia hieman tarkemmin. Ensin tarkastelen yleisesti ottaen kasvokuvaan asettautumista osallistujien kesken. Sitten jatkan esimerkein vuorovaikutuksen aikana vaihtelevan kasvokuvan ja kehollisen kuvan käyttöä.

Pääosin osallistujat käyttivät tyypillistä muotokuvamaista kasvokuvaa (ks. Licoppe & Morel, 2012), ja hyödynsivät sen käytön mahdollisuuksia. Kasvokuvan keskiössä olivat potilas ja erikoislääkäri. Työterveyslääkäri ei asettunut kameraa kohden siten, että olisi ollut jatkuvassa kasvokuvassa suhteessa erikoislääkäriin. Näin ensisijainen vuorovaikutussuhde muodostui potilaan ja erikoislääkärin välille. Tämä toimintapa asetti työterveyslääkärin kanssa samassa tilassa olevalle potilaalle ensisijaisen toimintamahdollisuuden vuorovaikutussuhteessa erikoislääkäriin. Tämä saattoi tukea potilaskeskeisyyttä ja potilaan osallistumismahdollisuuksia (ks. Toivainen 2007). Työterveyslääkäri muokkasi kasvokuva osallisuuttaan tarpeen mukaan. Hän siirtyi siten, että tuli kuvaan mukaan tai jopa käänsi kameraa itseensä.

Aiemman tutkimuksen mukaisesti osallistujat hyödynsivät muitakin toimintamahdollisuuksia kuin kasvokuvaa (ks. Due & Lange, 2020; Due & Licoppe, 2021; Licoppe & Morel, 2014, 135–160). Potilas esimerkiksi nousi seisomaan ja kääntyi kameran suuntaan, jotta erikoislääkäri pääsi arvioimaan diagnoosiin tarvittavaa tietoa hänen vartalon mallistaan. Aikaisemmissa tutkimuksissa tarkasteltu lääkärin palpaatiomahdollisuuden puute (Ks. Stommel ym. 2019; Stommel ym. 2020; Ahopelto ym. 2019, 245–266), ei ollut tässä tutkimuksessa haaste. Tämä johtui siitä, että vastaanotolla oleva työterveyslääkäri mahdollisti potilaan tutkimisen ja tarvittaessa hän saattoi myös varmistaa etälääkärin kameran välityksellä tekemät havainnot potilaasta.

Tutkimuksen osallistujat tulivat osaksi teknologiaväitteistä vuorovaikutusta toimien sen rajoitusten mukaisesti, ja samalla he muokkasivat toimintaansa tilanteeseensa sopivaksi voidakseen

hoitaa institutionaalisia tehtäviään. Näin he osaltaan osallistuivat videovälitteisen terveydenhuollon organisaatiokäytäntöjen kehittämiseen (ks. Drew & Heritage 1992, 3–65; Peräkylä 1998; Due & Licoppe 2021).

## 8.2 Tulosten suhde aikaisempaan tutkimukseen

Videovälitteiseen vuorovaikutuksen tutkimukseen liittyy haasteita kameroiden asettamisen näkökulmasta, koska kuvattava vuorovaikutus ei tapahdu samassa tilassa, vaan osa vuorovaikutuksesta toteutuu kameran välityksellä (Luff ym. 2003; Due & Licoppe 2021). Tämä näkyy tutkimuksen analyysissä, jossa ei ole huomioitu konsultoivan etälääkärin katsetta, koska kuvattava kamera ei sitä näyttänyt säännönmukaisesti. Kuvauksessa kuitenkin näkyivät muun muassa erikoislääkärin pään kääntäminen tai hänen kehollinen lähenemisensä kuvaruutua. Lisäksi katseen siirrot olivat nähtävissä potilaan ja työterveyslääkärin välillä. Nämä kohdat osoittivat, milloin potilas asettaa vuorovaikutuksen ensisijaiseksi kohteeksi erikoislääkärin ja milloin työterveyslääkärin, milloin työterveyslääkäri ottaa suoran huomion kohteeksi potilaan ja milloin konsultoivan erikoislääkärin sekä sen, milloin erikoislääkäri poistuu kokonaan vuorovaikutuksen katsekontaktista eli katsoo kuvaruudusta pois päin päätä liikuttaen. Vaikka konsultoivan etälääkärin katsetta ei ole voitu huomioida tutkimuksessa, sillä tuskin on vaikutusta tutkimuksen tulokseen, koska tutkimuksen keskeinen kohde lääkärin affiliaatio tapahtuu sekä hymyilemällä että sanallisesti ja nämä pystyttiin huomioimaan litteroinnissa.

Tutkimuksessa oli pieni otanta, kuten keskusteluanalyttisessä tutkimuksessa usein on. Tulokset eivät siis ole yleistettävissä, mutta niiden antamaa tietoa voidaan testata käytännössä ja tutkimusta laajentaa erityisesti kahden terveydenhuollon ammattilaisen käytön ja emotionaalisen vuorovaikutussidoksen kehittämisen näkökulmasta.

Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää tämän tyyppisillä hybridietävastaanotoilla, joissa potilaan kanssa konsultaatiotilanteessa on läsnä terveydenhuollon ammattilainen. Läsnä oleva terveydenhuollon ammattilainen voi tietoisesti huomioida affektiin liittyvää vuorovaikutusta. Tässä tutkimuksessa näkynyt kahden lääkärin eri roolien hyödyntämistä voisi tutkia laajemmin eri ammattiryhmien etäkonsultaatiotilanteissa. Kahden lääkärin yhtäaikainen käyttö saattaa olla

kallista. Sen sijaan on pohtimisen arvoista, kannattaisiko esimerkiksi hoitajan vastaanotolta ottaa etäyhteys erikoislääkəriin. Yhdessä esimerkissä työterveyslääkäri myös esittää käytännön toimintaehdotuksen potilaalle, miten hän saisi hoitoon liittyvän tehtävän kotona tehdyksi. Voisikin olla mielenkiintoista tutkia, mitä muuta potilaan hoitoon sitoutumista terveydenhuollon lähityöntekijän läsnäolo voisi erikoislääkärin konsultaatioissa tuottaa. Lisäksi potilaan aieman tutkimuksen mukainen delikaatin tilanteen uudelleen esiin nostaminen vuorovaikutuksessa asettaa pohtimaan, miten pelkkä potilaan ja etälääkärin välinen vastaanotto, mahdollistaa etälääkärin potilaan esittämään delikaattiin tilanteeseen vastaamisen. Olisi kiinnostavaa tutkia, miten paljon vastaanoton aikaa kuluu siihen, että potilaat ottavat asian uudelleen esiin, mikäli eivät saa toivomaansa affiliaatiota lääkäriltä.

Olisi myös mielenkiintoista tutkia pieniä paikkakuntia, joissa on hoitajan vastaanotto, voisiko hoitaja toimia myös osin kehollisen tutkimuksen apuna ja ainakin kannatella vastaanoton affiliaatiota, kuten työterveyslääkäri teki tutkimuksessani.

## Lähteet

- Adelsward, Viveka (1989) Laughter and dialogue: The Social significance of laughter institutional discourse. *Nordic Journal of linguistics* 12:3, 107–136
- Ahopelto, Teija (2018) Ongelmista ohjaamiseen - Työntekijöiden kertomien ongelmien käsittely kehityskeskusteluissa. Pro gradu –tutkielma. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Ahopelto, Teija, Ilomäki Sakari, Logren Aija, Ristimäki Hanna-Leena, Tiitinen Sanni & Ruusuvuori Johanna (2019) Työelämän vuorovaikutuksen tutkimus. Teoksessa Tuula, Heiskanen, Sirpa, Syvänen & Tapio, Rissanen (toim.) *Mihin työelämä on menossa? –tutkimuksen näkökulmia*. Tampere: Tampere University Press, 245–266
- Allardt, Erik (1983) *Sosiologia 1*. Helsinki: Werner Söderström
- Arminen, Ilkka, Licoppe, Christian & Spagnolli, Anna (2016) Respecifying mediated interaction. *Research on language and social interaction*, 49:4, 290–309. DOI: 10.1080/08351813.2016.1234614
- Barry Christine, Stevenson Fiona, Britten Nicky, Barber Nick & Bradley Colin (2001) Giving voice to the lifeworld. More humane, more effective medical care? A qualitative study of doctor-patient communication in general practice. *Social science & medicine*, 53:4, 487–505. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00351-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00351-8)
- Baym, Nancy, K. (1996) Agreements and disagreements in a computer-mediated discussion. *Research on Language & Social interaction*, 29:4, 315–345. DOI:10.1207/s15327973rlsi2904\_2
- Billig, Michael (2005) *Laughter and Ridicule. Towards a Social Critique of humour*. London: Sage. DOI/10.4135/9781446211779
- Bowden, Helen Melander & Svahn, Johanna (2020) Collaborative work on an online platform in video-mediated homework support. *Social Interaction. Video-Based Studies of Human Sociality*, 3:3. <https://doi-org/10.7146/si.v.3i3.122600>
- Cirillo, Letizia (2010) Managing affect in interpreter-mediated institutional talk: examples from medical setting. *The Journal of Specialized Translation*, 14, 55–79 <http://www.jostrans.org/issue14-toc.php> Viitattu 4.5.2020.
- Collins, Sarah, Britten, Nicky, Ruusuvuori, Johanna & Thompson, Andrew (2007) Understanding the process of patient participation. Teoksessa Sarah, Collins, Nicky, Britten, Johanna, Ruusuvuori & Andrew, Thompson (toim.) *Patient Participation in Health Care Consultations. Quantative Perspectives*. Berkshire: McGrawhill Open University Press.
- Cooren, Francois & Robichaud, Daniel (2013) *Organization and organizing: materiality, agency, and discourse*. New York: Routledge.
- Couper-Kuhlen, Elisabeth (2012) Exploring affiliation in the reception of conversational complaint stories. Teoksessa Anssi, Peräkylä & Marja-Leena Sorjonen (toim.) *Emotion in interaction*. Oxford: Oxford University Press, 136-146.
- Drew, Paul (2001) Spotlight Patient. *Text*, 21:1–2, 261-269. DOI://10.1514/text.1.21.1-2.261
- Drew, Paul, Chatwin, John & Collins, Sarah (2001) Conversation analysis: a method for research into interactions between patients and health-care professionals *Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy*, 03,4:1, 58–70. DOI://10.1046/j.1369-6513.2001.00125.x
- Drew, Paul & Heritage, John 1992 (toim.) *Talk at work. Interaction in institutional settings*. Cambridge: Cambridge University Press.



Dobson, Christopher, M, Stringfellow, Elaine, A & Banks, Michell E. (2016) Lymph-Node Palpation–No Laughing Matter. *The New England journal of medicine*, 374: 10, 996–997.

Due, Brian L. & Lange, Simon B (2020) Body Part Highlighting: Exploring two types of embodied practices in two sub-types of showing sequences in video-mediated consultations. *Social Interaction. Video-Based Studies of Human Sociality*, 3: 3. DOI://10.7146/si.v3i3.122250

Due, Brian L. & Licoppe, Christian (2021) Video-mediated Interaction (VMI): Introduction to a special issue on the multimodal accomplishment of VMI institutional activities. *Social interaction. Video-Based Studies of Human Sociality*, 3:3. DOI://107146/si.v3i3.123836

Ehrlich, Susan & Freed, Alice F. (2010) *The Function of Questions in Institutional Discourse*. Teoksessa Alice, F. Freed & Susan, Ehrlich (toim.) ”Why Do You Ask?” *The Function of Questions in Institutional Discourse*. Oxford University Press.

Garfinkel, Harold (1967) *Studies in ethnomethodology*.

Garfinkel, Harold & Sacks, Harvey, L. (1970) On Formal structures of practical actions. Teoksessa John C McKinney & Edward A, Tiryakian (toim.) *Theoretical Sociology: Perspectives and Developments*. 338–366. New York: Appleton Century Crofts. <https://ics.usi.edu-corps/phaseii/GarfinkelSacks-FormalStructuresPracticalAction.pdf>.

Gill, Virginia Teas (1998) Doing attributions in medical interaction: Patients explanations for illness and doctor responses. *Social Psychology Quarterly*, 61: 4, 322–360. DOI/ 10.2307/2787034

Glenn, Phillip (2003) *Laughter in Interaction*. Cambridge: University Press Cambridge

Goffman, Erving (1956) Embarrassment and social organization. *American Journal of Sociology*. 62:3, 264–274.

Guassoraab, Ann, Dorrit, Reventlowa, Susanne & Malterudacd, Kirsti (2014) Shame, honor and responsibility in clinical dialog about lifestyle issue: Qualitative study about patients’ presentations of self. *Patient education and counselling*, 97: 2, 195–199.

Haakana, Markku (1999) *Laughing Matters: A Conversation Analytical Study of Laughter in Doctor-Patient Interaction*. Helsinki: University of Helsinki.

Haakana, Markku (2001) Laughter as a patient’s resource: dealing with delicate aspects of medical interaction. *Text & Talk*, 21:2, 187–219.

Haakana, Markku (2002) Laughter in medical interaction: from quantification to analysis, and back. *Journal of Sociolinguistics*, 6, 207–235.

Haakana, Markku (2010) Laughter and smiling: Notes on co-occurrences. *Journal of Pragmatics*, 42:6, 1499–1512. DOI/10.1016/j.pragma.2010.01.010.

Haakana, Markku, Raevaara, Liisa ja Ruusuvuori, Johanna (2001) Lääketieteen termit lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksessa. Teoksessa Johanna, Ruusuvuori, Markku, Haakana ja Liisa, Reavaara (toim.) *Institutionaalinen vuorovaikutus, keskusteluanalyttisiä tutkimuksia toim. Tietolipas 173 Helsinki: Suomen kirjallisuuden seura*.

Haakana, Markku, Kurhila, Salla, Lilja, Niina ja Savijärvi, Marjo (2016) “Kuka, mitä, häh? Korjausaloitteet suomalaisessa arkikeskustelussa. *Virittäjä*, 120:2, 255–292.

Hahn, Stephen R. (2009). Patient-centered communication to assess and enhance patient adherence to glaucoma medication. *Ophthalmology*, 116:11, 37–242.

Hakulinen, Auli (1997) Vuorottelujäsennys. Teoksessa Liisa Tainio (toim.) *Keskusteluanalyysin perusteet*. Tampere: Vastapaino 32–55

Halonen, Mia (1999) Vuorottelu ryhmäterapiassa. *Virittäjä*, 103:3, 338. <https://journal.fi/virittaja/article/view/39180>

Halpern, Jodi (2007) Empathy and patient-physician conflicts. *Journal of general internal medicine*, 22:5, 696–700.

Hanoya, Kaoru (2013) Question Design in Conversation. Teoksessa Jack, Sidnell ja Tanya, Stivers (toim.) *The Handbook of Conversation Analysis*. Chichester: Wiley Blackwell, 395–414.

Harjunpää, Katariina, Niemi, Jarkko & Sorjonen, Marja-Leena (2020) Keskustelunanalyysi ja vuorovaikutuslingvistiikka. Julkaisussa Milla, Luodonpää-Manni, Markus, Hamunen, Reetta, Konstenius, Matti, Miestamo, Urpo, Nikanne & Kaius, Sinnemäki (toim.) *Kielentutkimuksen menetelmiä I-IV*. Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran Toimituksia, Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki. <https://doi.org/10.21435/skst.1457>

Heritage, John (1984) *Garfinkel and Ethnomethodology*. Cambridge: Polity Press

Heritage, John (1996) Harold Garfinkel ja etnomethodologia. Suomentanut Arminen, Ilkka & Paloposki, Outi & Peräkylä, Anssi & Vehviläinen, Sanna & Veijola, Soile. Jyväskylä: Gaudeamus. *Garfinkel and Ethnomethodology 1984*.

Heritage, John & Atkinson, J Maxwell (1984) *Structures of Social Action*. DOI:10.1017/CBO9780511665868.008

Heritage, John (2010) Questioning in Medicine. Teoksessa Alice, Freed & Susan, Ehrlich (toim.) ”Why do You Ask?” *The Function of Question in Institutional Discourse* Oxford: Oxford University Press.

Heritage, John (2013) Epistemics in Conversation Teoksessa Jack, Sidnell & Tanya, Strivers (toim.) *The Handbook of Conversation Analysis* Chichester: Wiley Blackwell.

Heritage, John & Clayman, Steven (2010) *Talk in action: Interactions, identities, and institutions*. DOI: 10.1002/9781444318135

Hietalahti, Jarno (2018) *Huumorin ja naurun filosofia*. Helsinki: Gaudeamus.

Hjulstad, Johan (2016) Practices of Organizing Built Space in Videoconference-Mediated Interactions. *Research on Language and Social Interaction*, 49:4, 325–341. DOI:10.1080/08351813.2016.1199087

Holt, Elizabeth (2012) *Conversation Analysis and Laughter*. DOI:10.00279781405198431.wbea10207

Hultgren, Anna Kristiina & Cameron, Deborah (2010) ”How May I Help You?”: Questions, control and Customer Care in Telephone call Center Talk. Teoksessa Alice F. Freed ja Susan Ehrlich (toim.) ”Why Do You Ask?” *The Function of Questions in Institutional Discourse* Oxford: Oxford University Press.

Hutchby, Ian (2001) Technologies, texts and affordances. *Sociology*, 35:2, 441– 456.

Ijäs, Taru & Ruusuvoori, Johanna (2007) Mitä potilas voi tietää? Potilaan tiedollisiin oikeuksiin orientoituminen lääkärin vastaanotolla. *Media & Viestintä*, 30:4. DOI:10.23983/mv.62644.

Ilomäki, Sakari, Ruusuvoori, Johanna & Laitinen, Jaana (2021) Effects of Transmission Delay on Client Participation in Video-Mediated Group Health Counseling. *Qualitative Health Research*, 1–12. DOI:10.1177/1973232110107267

- Jeffersson, Gail (1979) A technique for inviting laughter and its subsequent acceptance/declination. Teoksessa George Psathas (toim.) *Everyday language: Studies in ethnomethodology* New York, NY: Irvington Publishers. <http://lisa-archieves.liso.ubsc.edu/Jeffersson/Laughter1.pdf>
- Jeffersson, Gail (1984) On the organization of laughtering talk about troubles Teoksessa Maxwell J. Atkinson & John, Heritage (toim.) *Structures of Social Action. Studies in conversation analysis.* Cambridge University Press.
- Jefferson, Gail (1985) An exercise in the transcription and analysis of laughter. Teoksessa Teun A. Van Dijk (toim.) *Handbook of discourse analysis, volume 3 Discourse and dialogue.* London UK: Academic Press.
- Jefferson, Gail (2004) A note on laughter in “male-female” interaction. *Discourse Studies*, 6:1, 117 – 133.
- Jefferson, Gail (2004b) Glossary of Transcript Symbols with an Introduction. Teoksessa Lerner, Gene H (toim.) *Conversation analysis: Studies from the first generation*, Jefferson, G. Amsterdam: John Benjamins.
- Jefferson, Gail, Drew, Paul, Heritage, John, Lerner, Gene & Pomerantz, Anita. (2015) *Talking about Troubles in Conversation.* Cary: Oxford University Press.
- Jeffersson, Gail, Sacks, Harvey & Schegloff, Emanuel. A (1987) Notes on laughter in the pursuit of intimacy. Teoksessa Graham Button and John R.E. Lee (toim.) *Talk and social Organization.* Clevedon: Multilingual Matters.
- Kaukomaa, Timo, Peräkylä, Anssi & Ruusuvuori, Johanna (2013) Turn-opening smiles: Facial expression constructing emotional transition in conversation. *Journal of pragmatics*, 55:9, 21–42.
- Koivisto, Tiina, Ilomäki, Sakari, Kurtti, Elisa, Koskela, Inka, Weiste, Elina, Salo, Sirja, Aalto, Onni, Husman, Päivi & Ruusuvuori, Johanna (2020). *Terveydenhuollon työntekijät digimurroksessa. Moniaineistoinen tutkimus asiantuntijuuden ja yhteistyön rakentumisesta.* Loppuraportti Helsinki: Työterveyslaitos. <http://hdl.handle.net/10138/327547> viitattu 6.12.2022.
- Koivisto, Tiina, Koroma, Johanna & Ruusuvuori, Johanna (2019) Teknologian hyödyntäminen ja etäpalvelut työterveyshuollossa-ammattilaisten näkökulma. *Finnish Journal of Health and eWelfare*, 11:3, 183–197.
- Kyytsönen, Maiju, Aalto, Anna-Mari & Vehko, Tuulikki (2021) *Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköinen asiointi 2020–2021: Väestön kokemukset.* Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 7. Helsinki. ISBN 978-952-343-680-0
- Laitinen, Lea (1995) Nollapersoona. *Virittäjä* 3, 337–358. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:ELE-531947>
- Lahtinen, Johanna (2016) Tietoasiantuntijoiden roolit ja toiminta koulutuksen ja työelämän kehittämishankkeissa. *Informaatiotutkimus*. 35: 1–2, 41–46.
- Lampert, Martin, D & Ervin-Tripp, Susan, M (2006) Risky laughter: teasing and self-directed joking among male and female friends. *Journal of Pragmatics*, 38, 51–72.
- Licoppe, Christian & Morel, Julien (2012) Video-in-interaction: Talking heads” and multimodal organization of mobile and skype video calls. *Research on Language and Social Interaction*, 45:4, 399–429. DOI: 10.1080/08351813.2012.724996
- Licoppe, Christian & Morel, Julien (2014) “Mundane video directors. Showing one’s environment in Skype and mobile video calls.” Teoksessa Mathias, Broth, Eric, Laurier & Lorenza, Mondada (toim.) *Studies of Video Practice*, London: Routledge.

- Lindholm, Camilla (2016) Keskusteluanalyysi ja etnografia. Teoksessa Melisa, Stevanovic & Camilla, Lindholm (toim.) Keskusteluanalyysi. Kuinka tutkia sosiaalista toimintaa ja vuorovaikutusta. Tampere: Vastapaino.
- Lindström, Anna & Sorjonen Marja-Leena (2012) Affiliation in Conversation. Teoksessa Jack Sidnell & Tanya Stivers (toim.) Handbook of Conversation Analysis. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Llewelly, Nick (2008) Organization in Actual Episodes of Work. *Organization studies*, 29:05, 763–793. DOI 10.1177/0170840608088766
- Luff, Paul, Health, Christian, Kuzuoka, Hideaki, Hindmarsh, Jon, Yamazaki, Keiichi & Oyama, Shinya (2003) Fractured ecologies: Creating Environments for Collaboration. *Human-Computer Interaction*, 18:1, 51–84. DOI:10.1207/S15327051HC11812\_3
- Manninen, Sandra, Tuominen, Lauri, Dunbar, Robin, I, Karjalainen, Tomi, Hirvonen, Jussi, Arponen, Eveliina, Hari, Riitta, Jääskeläinen, Iiro, P, Sams, Mikko & Lauri Nummenmaa, Lauri (2017) “Social Laughter Triggers Endogenous Opioid Release in Humans.” *The Journal of neuroscience*, 37:25, 6125–6131.
- Mishler, Elliot, G (1984) *The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews*. Ablex.
- Mlynář, Jacob, Gonzales-Martínez, Esther & Lalanne, Denis (2018) Situated organization of video-mediated interaction: A review of ethnomethodological and conversation analytic studies. *Interacting with Computers*, 30:2, 73–84.
- Mondada, Lorenza (2001) Conventions for multimodal transcription. [Hrros://Www.Lorenzamon-dada.Net/Multimodal-Transcription](https://www.lorenzamondada.net/multimodal-transcription). Viitattu 13.8.2023.
- Mondada, Lorenza (2007) Multimodal resources for turn-taking: Pointing and the emergence of possible next speakers. *Discourse Studies*, 9:2, 194–225. DOI: 10.1177/146144560707
- Mulkay, Michael (1988) *On humours: Its nature and its place in modern society*. Cambridge: Polity Press.
- Ngaire, Kerse, Buetow, Stephen, Mainous, Arch G, Young, Gregory, Coster, Gregor & Arroll, Burce (2004). Physician-patient relationship and medication compliance: A primary care investigation. *Annals of Family Medicine*, 2:5, 455–461.
- Osvaldsson, Karin (2004) On laughter and disagreement in multiparty assessment talk. *Text*, 24, 517–545.
- Partington, Alan (2006) *The linguistics of laughter. A corpus-assisted study of laughter-talk*. London: Routledge.
- Peräkylä, Anssi 1997 *Institutionaalinen keskustelu*. Teoksessa Liisa Tainio (toim.) *Keskusteluanalyysin perusteet*. Vastapaino: Tampere.
- Peräkylä, Anssi (1998) Authority and accountability: The delivery of diagnosis in primary health care. *Social Psychology Quarterly*, 61:4, 301–320.
- Peräkylä, Anssi (2001) Erving, Goffman Sosiaalisen vuorovaikutuksen rakenteet. Teoksessa Vilma, Hänninen, Jukka, Partanen & Oili-Helena, Ylijoki (toim.) *Sosiaalipsykologian suunnannäyttäjät* Vastapaino: Tampere.
- Peräkylä, Anssi & Silverman, David (1991) Reinterpreting speech-exchange system – communication formats in aids counselling. *Sociology*, 25:4, 627–651. DOI/10.1177/0038038591025004005

- Peräkylä, Anssi & Vehviläinen, Susanna (2003) Conversation analysis and the professional stocks of interactional knowledge. *Discourse & Society*, 14:6, 727–750.
- Peräkylä, Anssi, Henttonen, Pentti, Vuotilainen, Liisa, Kahri, Mikko, Stevanovic, Melisa, Sams, Mikko & Ravaja, Niklas (2015) Sharing the emotional load: Recipient affiliation calms down the storyteller. *Social Psychology Quarterly*, 78:4, 301–323.
- Peräkylä, Anssi, Vuotilainen, Liisa, Henttonen, Pentti, Kahri, Mikko, Stevanovic, Melisa, Sams, Mikko & Rajava, Niklas (2016) Tarinankerronnan psykofysiologiaa. *Sosiologia*, 3. [https://www.uef.fi/documents/364780/1847612/Per%C3%A4kyl%C3%A4\\_et\\_al\\_Tarinankerronnan\\_psykofysiologia.pdf/64817561-ca63-4c2b-b718-5a410ffcb232](https://www.uef.fi/documents/364780/1847612/Per%C3%A4kyl%C3%A4_et_al_Tarinankerronnan_psykofysiologia.pdf/64817561-ca63-4c2b-b718-5a410ffcb232) (Viitattu 20.1.2020).
- Pomerantz, Anita (1984) Agreeing and disagreeing with assessments: some features of preferred/dispreferred turn shapes. In structures of social action. Teoksessa J. M. Atkinson and John. Heritage (toim.) *Structures of social action*. Studies in conversation analysis Cambridge: Cambridge University Press.
- Pomerantz, Anita (1986) Extreme Case formulations: A way of legitimizing claims. *Human studies*, 9: 219–229.
- Potter, Jonathan & Hepburn, Alexa (2010) Putting aspiration into words: Laugh particles, managing descriptive trole and modulating action. *Journal of Pragmatics*, 42: 1543–1555.
- Raevaara, Liisa (1997) Vierusparit -esimerkinä kysymys ja vastaus. Teoksessa Liisa, Tainio (toim.) *Keskusteluanalyysin perusteet*. Tampere: Vastapaino.
- Raevaara, Liisa (2000) Potilaan diagnoosiehdotukset lääkärin vastaanotolla. *Keskusteluanalyyttinen tutkimus potilaan institutionaalisista tehtävistä*. Helsinki: Suomalaisuuden kirjallisuuden seura.
- Raevaara, Liisa (2001) Vastaamisesta institutionaalisena toimintana—esimerkinä potilaan vastaukset lääkärin kysymyksiin. Teoksessa Mia, Halonen & Sara, Routarinne (toim.) *Keskusteluanalyysin näkymiä*. Helsingin yliopiston suomen kielen laitos.
- Raevaara, Liisa (2016) Toimintajaksojen rakenteet. Teoksessa Melisa, Stevanovic & Camilla, Lindholm (toim.) *Keskusteluanalyysi: Kuinka tutkia sosiaalista toimintaa ja vuorovaikutusta*. Tampere: Vastapaino.
- Raevaara, Liisa, Ruusuvuori, Johanna & Haakana, Markku (2001) Institutionaalinen vuorovaikutus ja sen tutkiminen. Teoksessa Raevaara, Ruusuvuori & Haakana (toim.) *Institutionaalinen vuorovaikutus—Keskusteluanalyyttisiä tutkimuksia*. Helsinki: Suomalaisuuden Kirjallisuuden Seura.
- Raymond, Geoffey & Heritage, John (2006) The epistemics of social relations: Owing grandchildren. *Language in Society*, 35:5, 677– 705. DOI:10.1017/S0047404506060325
- Raudaskoski, Sanna (2009) *Tool and machine: The affordance of mobile phone*. Tampere: University of Tampere Press.
- Rauniomaa, Mirka (2015) Affekti ja emotio vuorovaikutuksen tutkijoiden tarkastelussa. *Virittäjä*, 3, 452–455.
- Reponen, Jarno, Keränen, Niina, Ruotanen, Ronja, Tuovinen Timo, Haverinen, Jari & Kangas, Maarit (2021) Tieto- ja viestintäteknologian käyttö terveydenhuollossa vuonna 2020. Tilanne ja kehityksen suunta. Oulun yliopisto ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-771-5>. Viitattu 20.5.2023.
- Rintel, Sean (2013) Tech-tied or tongue-tied? Technological versus social trouble in relational video calling. 46th Hawaii International Conference on System Sciences. DOI: 10.1109/HICSS.2013.512

- Ruusuvuori, Johanna (2000) Control in the Medical interaction. Practices of Giving and receiving the reason for the visit in primary health care. Tampere: Acta Electronica Universitatis Tampensis 16.
- Ruusuvuori, Johanna (2001) Looking means listening: coordinating displays of engagement in doctor - patient interaction. *Social Science & Medicine*, 52, 7, 1093–1108. [http://doi.org/10.1016/S0277-953\(00\)00227-6](http://doi.org/10.1016/S0277-953(00)00227-6)
- Ruusuvuori, Johanna (2005) Empathy and Sympathy in action: Attending to patients' troubles in finnish homeopathic and general practice consultations. *Social Psychology Quarterly*. 68:3, 204–222.
- Ruusuvuori, Johanna (2007) Tunteet vuorovaikutuksessa. *Psykologia*, 42:2, 126–133.
- Ruusuvuori, Johanna (2012) Vuorovaikutustutkimuksen uusia suuntia. Teoksessa Anja Riitta Lahikainen, Eero Suoninen, Irmeli Järventie & Marko Salonen (toim.) *Sosiaalipsykologian sukupolvet*. Tampere: Vastapaino.
- Ruusuvuori, Johanna (2013) Emotion, affect and conversation. Teoksessa Jack Sidnell (toim.) *The handbook of conversation analysis*. Hoboken: Wiley-Blackwell.
- Ruusuvuori, Johanna, Aaltonen, Tarja, Lonka, Eila, Salmenlinna, Inkeri & Laakso, Minna (2019) Discussing Hearing Aid Rehabilitation at the Hearing Clinic: Patient Involment in Deciding upon the Need for hearing Aid. *Health communication*, 35:9, 1146–1161 DOI: 10.1080/10410236.2019.1620410
- Ruusuvuori, Johanna, Nikander, Pirjo, & Hyvärinen, Matti (2010) Haastattelun analyysin vaiheet. Teoksessa Johanna, Ruusuvuori, Pirjo, Nikander & Matti, Hyvärinen (toim.) *Haastattelun analyysi*. Tampere: Vastapaino.
- Ruusuvuori, Johanna, Raevaara, Liisa & Peräkylä, Anssi (2003) Potilas vaivansa tulkkina—ymmärtääkö lääkäri yskän? *Lääkärilehti*, 58:42, 4219–4225.
- Sacks, Harvey (1992) *Lectures on Conversation* (toim.) Gail Jefferson. Cambridge: Blackwell Publishers.
- Sacks, Harvey, Schegloff, Emanuel & Jefferson, Gail (1974) A simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation. *Language*, 50:4, 696–735.
- Sandström, Sanna & Alahuhta, Maija (2018 syyskuu 20.) Digitalisaation hyödyt ja haasteet sosiaali-terveysalalla. *Sanomalehti Kaleva*. <https://blogit.kaleva.fi/taidon-aani/digitalisaation-hyodyt-haasteet-sosiaali-terveysalalla> Viitattu 20.1.2020.
- Schegloff, Emanuel A (2007) Sequence organization in interaction: A primer in conversation analysis I. [DOI/10.1017/CBO9780511791208](https://doi.org/10.1017/CBO9780511791208)
- Seppänen, Eeva-Leena (1997) Vuorovaikutusta paperilla. Teoksessa Liisa Taino (toim.) *Keskusteluanalyysin perusteet*. Tampere: Vastapaino.
- Sidnell, Jack (2013) *Basic Conversation Analytics Methods*. Teoksessa Jack Sidnell & Tanya Stivers (toim.) *The handbook of conversation Analysis* Chichester: Wiley Blackwell.
- Sorjonen, Marja-Leena (1997) Korjausjäsenitys. Teoksessa Tainio, Liisa (toim.) *Keskusteluanalyysin perusteet*. Tampere: Vastapaino.
- Sorjonen, Marja-Leena (2001) Responding in conversation: a study of response particles in Finnish. Amsterdam: Benjamins.
- Steele, David, J., Jackson, Thomas, C., Gutman, Mary, C (1990) Have you been taking your pills? The adherence monitoring sequence in the medical interview. *The Journal of Family Practice*, 30:3, 294–299.



Stevanovic, Melisa & Peräkylä, Anssi (2012) Deontic Authority in Interaction: The Right to Announce, Propose, and Decide. *Research on Language & Social Interaction*, 45:3, 297–321.

Stevanovic, Melisa & Peräkylä, Anssi (2014) Three orders in the organization of human action: On the interface between knowledge, power and emotion in interaction and social relations. *Language in society*, 43:2, 185–207. DOI:<https://doi-org10.1017/S0047404514000037>

Stivers, Tanya (2008) Stance alignment and affiliation during storytelling: When nodding is a token of affiliation. *Research on language and Social Interaction*, 41:1, 31–57.

Stivers, Tanya, Lorenza, Mondada & Jakob, Steensig (toim.) (2011) *The morality of knowledge in conversation*. Cambridge: Cambridge University Press/Tainio.

Stommel, Wyke, Goor, Harry van, & Stommel, Martijn. (2019). Other-Attentiveness in Video Consultation Openings: A Conversation Analysis of Video-Mediated Versus Face-to-Face Consultations. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 24:6, 275–292. DOI:10.1093/jcmc/zmz015

Stommel, Wyke, Licoppe, Christian, & Stommel, Martijn. (2020). “Difficult to assess in this manner”: An “ineffective” showing sequence in post-surgery video consultation. *Social Interaction. Video-Based Studies of Human Sociality*, 3:3. DOI://10.7146/siv3i3.122581

Suchman, Anthony, Markakis, Kathryn, Beckman, Howard & Frankel, Richardt (1997) ‘A Mode of Empathic Communication in the Medical Interview’. *Journal of the American Medical Association*, 277:8, 678–682.

Suoninen, Eero (2001) Harold, Garfinkel. *Etnometodologia ja sosiaaliset järkeilyttävät*. Teoksessa Wilma, Hänninen & Jukka, Partanen & Oili-Helena, Ylijoki (toim.) *Sosiaalipsykologian suunnannäyttäjiä*. Tampere: Vastapaino.

Tainio, Liisa (1997) *Preferenssijäsennys*. Teoksessa Tainio, Liisa (toim.) *Keskusteluanalyysin perusteet*. Tampere: Vastapaino.

Taylor, Shelley. E. (2010). *Health psychology*. Teoksessa Roy F. Baumeister & Eli J. Finkel (toim.) *Advanced social psychology: The state of the science*. Oxford: University Press.

Tampereen yliopisto ja Työterveyslaitos yhteisestä (2017–2020) *Terveystieteiden tutkimuskeskuksen digimurroksessa yhteistyön ja asiakaslähtöisyyden uudet haasteet*. <https://www.tuni.fi/fi/tutkimus/terveydenhuollon-tyontekijat-digimurroksessa-yhteistyon-ja-asiakaslahtoisyyden-uudet-0> Viitattu 20.1.2020.

Ten Have, Paul (2004) *Understanding qualitative research and ethnomethodology*. London: SAGE publications Ltd.

TENK (2019) *Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje*. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Toim. Iina Korhonen, Arja Kuula Luumi ja Sanna-Kaisa Spoof *Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisu 3/2019*. <https://www.tenk.fi/fi/tenkinohjeistot>. Viitattu 20.1.2020.

THL (2019) *Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (THL 2019) Miten hallita terveydenhuollon digitalisaatiota?* THL julkaisi suosituksen organisaatioille ja johtajille. <https://thl.fi/-/miten-hallita-terveydenhuollon-digitalisaatiota-thl-julkaisi-suositukset-organisaatioille-ja-johtajille>. Viitattu 21.1.2023.

Toiviainen, Hanna (2007) *Konsumerismi, potilaiden ja kuluttajien aktiivinen toiminta sekä erityisesti lääkärin kokemukset ja näkemykset potilaista kuluttajina*. Tutkimuksia 160 STAKES 2007. Helsingin yliopisto lääketieteellinen tiedekunta.

Tuncer, Sylvaine, Licoppe, Christian & Haddington, Pentti (2019) "When objects become the focus of human action and activity: Object-centered sequences in social interaction", *Gesprächsforschung: Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion*, 20, 384–398.

Vatanen, Anna (2016) Keskusteluanalyttinen tutkimusprosessi. Teoksessa Melisa, Stevanovic & Camilla, Lindholm (toim.) Keskusteluanalyysi. Kuinka tutkia sosiaalista toimintaa ja vuorovaikutusta. Tal-  
linna: Vastapaino.

Weiste, Elina, Tiitinen, Sanni, Vehviläinen, Susanna, Ruusuvuori, Johanna & Laitinen, Jaana (2020) Counsellors' interactional practices for facilitating group members' affiliative talk about personal expe-  
riences in group counselling. *Text & Talk*, 40:4.

West, Candace (1984) *Routine Complications: Troubles with Talk between Doctors and Patients*. Bloom-  
ington: Indiana: University Press.

Visapää, Laura (1999) Johdanto. Teoksessa Sanna, Haavisto, Anne, Mäntynen, Tiina, Oinikki, Erja, Saarinen & Laura, Visapää (toim.) Käytännön sanelema juttu: Aikakauslehtigenreä etsimässä. Helsinki:  
Helsingin yliopiston suomen kielen laitos.

VISK = Auli Hakulinen, Maria Vilkuna, Riitta Korhonen, Vesa Koivisto, Tarja Riitta Heinonen ja Irja Alho 2004: Iso suomen kielioppi. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura. Verkkoersio, viitattu 1.11.2008. Saatavissa: <http://scripta.kotus.fi/visk> URN:ISBN:978-952-5446-35-7

Zayts, Olga & Schnurr, Stephanie (2011) Laughter as Medical Providers Resource: Negating Informed Choice in Prenatal Genetic Counseling. *Research on Language and Social Interaction*, 44:1, 1–20.



## Liitteet

### Liite 1

#### **Terveydenhuollon työntekijät digimurroksessa. Yhteistyön ja asiakaslähtöisyyden uudet haasteet –tutkimushanke**

#### **Salassapito- ja käyttäjäsitoumus eettisten periaatteiden noudattamisesta**

Olen saanut käyttöni tutkimusavustajana ja /tai omaa tutkimustani varten tutkimushankkeessa kerättyä aineistoa.

Olen tietoinen seuraavista eettisistä periaatteista ja sitoudun noudattamaan niitä:

1. En koskaan käytä julkisesti tai epävirallisissa keskusteluissa tutkimushankkeen ulkopuolisten kanssa tutkimushankkeista tai tutkittavista henkilöistä heidän oikeita nimiään, enkä puhu tai kirjoita tavalla, joka mahdollistaa päättelyn avulla todellisten henkilöllisyyksien paljastumisen.
2. Huolehdin siitä, että tiedostot ja paperit, joista todellinen henkilöllisyys voi paljastua, eivät joudu ulkopuolisten käsiin.
3. En kerro aineistosta muutoin kuin tutkimustarkoituksessa (ks. kohta 4) yksityiskohtia, jotka eivät ole jo tehtyjen julkaisujen tai luentojen ym. pohjalta ennestään julkisia.
4. Käytän aineistoa omaan tutkimukseeni, opetukseeni ja opinnäytetyöhöni tai julkaisen siihen pohjautuvia raportteja tai artikkeleja vain, jos olen sopinut siitä Johanna Ruusuvuoren kanssa.
5. Kun käytän aineistoa omaan tutkimukseeni tai opinnäytetyöhöni, näytän käsikirjoituksen Johanna Ruusuvuorelle ennen julkaisemista. Hyväksyn ne ehdotetut korjaukset, jotka perustuvat tässä sitoumuksessa esitettyihin eettisiin periaatteisiin. Muilta osin aineistosta tekemäni valinnat, tulkinat ja johtopäätöksen ovat omalla vastuullani.
6. Kun käytän aineistoa omaan tutkimukseeni, opetukseeni tai opinnäytetyöhöni, viittaan tässä sitoumuksessa tarkoitettuihin tutkimuksiin tavalla, joka sovitaan Johanna Ruusuvuoren kanssa.
7. Tutkimukseni /opinnäytetyöni valmistuttua sitoudun palauttamaan aineiston Johanna Ruusuvuorelle sekä hävittämään siitä minulla olevat mahdolliset kopiot.

---

Päiväys

---

Allekirjoitus ja nimenselvennys

## Liite 2

### LITTEROINTIMERKIT

Litterointimerkit ovat mukaeltu (Seppänen 1997) ja nonverbaalisessa litteroinnissa olen hyödyn-  
tänyt Jefferssonia (2004b) ja Mondadaa (2001).

G = työterveyslääkäri +

P = potilas \*

I = Konsultoiva etälääkäri&

KS = katseen suuntautuminen

KSP = katse suuntautuu potilaaseen

KSI = katse suuntautuu konsultoivaan etälääkäriin

Kehollinen toiminta merkitään kahden samanlaisen symbolin väliin

\* \* + + &&

- > +. toiminta alkaa

+ - > toiminta loppuu

Jeffersonilaiset puheen litterointimerkit (ks. esim. Seppänen, 1997; Sorjonen & Raevaara, 2006; Ste-  
vanovic & Lindholm, 2016)

Sävelkulku ja sävelkorkeus

Prosodisen kokonaisuuden lopussa:

. Laskeva sävelkulku

; lievästi laskeva sävelkulku

, tasainen sävelkulku

? nouseva sävelkulku

Prosodisen kokonaisuuden sisällä tai alussa:

↑ seuraava tavu sanottu ympäröivää puhetta korkeammalta

↑↑ jakso nuolien sisällä sanottu ympäröivää puhetta korkeammalta

↓ seuraava tavu sanottu ympäröivää puhetta matalammalta

↓↓ jakso nuolien sanottu lausuttu ympäröivää puhetta matalammalta

Muita puheen tuottopiirteitä

° ° ympäröivää puhetta vaimeammin sanottujakso

JOO ympäröivää puhetta äänekkäämmin sanottu jakso

>< ympäröivää puhetta nopeammin sanottu jakso

<> ympäröivää puhetta hitaammin sanottu jakso äänteen painotus

e:i äänteen venytys

# # nariseva ääni

@ @ äänen laadun muutos

Hengitys ja nauru

.hhh sisäänhengitys

hhh. Uloshengitys

.joo sana lausuttu sisäänhengittäen

he he naurua

e(h)i uloshengitystä sanan sisällä, useimmiten kyseessä nauraen sanottu jakso

£ £ hymyillen sanottujakso

Päällekkäisyydet ja tauot

[ päällekkäispuhunnan alku

] päällekkäispuhunnan loppu

(.) mikrotauko (alle 0.2 sekuntia)

(0.4) mikrotaukoa pidempi tauko sekunnin kymmenesosina

= kaksi puhunnosta liittyy toisiinsa tauotta

Muita merkintöjä

jo- sana jää kesken

(onko) epäselvästikuultajakso

(-) sana, josta ei ole saatu selvää

(---) pitempi jakso, josta ei ole saatu selvää

(( )) litteroijan muita kommentteja ja selityksiä tilanteesta



