

VAASAN YLIOPISTO

Filosofinen tiedekunta

Anu Hoffrén

Aika aikaa kutakin

Ongelmien puheeksi ottaminen ja normalisoiminen terveydenhoitajan keinona käsitellä ongelmia äitiysneuvolan vastaanotolla

Nykysuomen pro gradu -tutkielma

Vaasa 2014

SISÄLLYS

KUVIOT	2
TIIVISTELMÄ	3
1 JOHDANTO	5
1.1 Tutkimuksen tavoitteet	6
1.2 Tutkimusmenetelmät ja teoreettinen viitekehys	8
1.3 Tutkimusaineisto ja vastaanottokeskustelujen kokonaisrakenne	10
1.4 Aikaisemmat tutkimukset	12
2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	15
2.1 Institutionaalisen vuorovaikutuksen tutkiminen	15
2.2 Keskustelunanalyysi teoriana ja menetelmänä	17
2.2.1 Sekvenssirakenne	20
2.2.2 Vuoron muotoilu	26
2.3 Ongelmankäsittely ja normalisoiminen vuorovaikutusilmiönä	27
3 ONGELMANKÄSITTELYSEKVENSSIEN MUOTOUTUMINEN – ASIAKKAAT JA TERVEYDENHOITAJAT ONGELMIEN EKSPLIKOIJINA	32
3.1 Terveydenhoitajan eksplikoimat ongelmat	35
3.1.1 Terveydenhoitaja eksplikoii poikkeavat tutkimustulokset suoraan tai viivytellen	36
3.1.2 Terveydenhoitaja tuo esiin asiakkaan implikoiman ongelman kolmannen position vuoron jälkeen	41
3.2 Asiakkaan eksplikoimat ongelmat	47
3.2.1 Asiakas eksplikoii ongelman vastauksissa ja muissa jälkijäsenissä	47
3.2.2 Asiakas aloittaa ongelman käsittelyjakson oma-aloitteisesti	52
3.3 Ongelmiin palaaminen myöhemmin	57

4 ONGELMAN MUOTOILUSTA KOHTI RATKAISUA –	
TERVEYDENHOITAJA ONGELMIEN NORMALISOIJANA	63
4.1 Ongelman yleisyyden eksplikoiminen – <i>niihän se monesti on</i>	64
4.2 Muiden asiakkaiden kokemuksiin viittaaminen – <i>monet kuvailee</i>	72
4.3 Poikkeavuuden kieltäminen – <i>ei o mitenkään epätavallista</i>	74
4.4 Ongelman implikoiminen itsestään selväksi tosiasiaksi – <i>sehän sahaa kyllä</i>	79
5 PÄÄTELMIÄ JA YHTEENVETOA TUTKIMUKSESTA	90
LÄHTEET	98
LIITE	
Litterointimerkit	104
KUVIOT	
Kuvio 1. Ongelmankäsittelysekvenssi 1: Lievästi poikkeava tutkimustulos	37
Kuvio 2. Ongelmankäsittelysekvenssi 2: Askelittainen siirtymä poikkeavaan tutkimustulokseen	40
Kuvio 3. Ongelmankäsittelysekvenssi 3: Terveystenhoitaja eksplikoi ongelman kolmannen position vuoron jälkeen	43

VAASAN YLIOPISTO**Filosofinen tiedekunta****Tekijä:** Anu Hoffrén**Pro gradu -tutkielma:** *Aika aikaa kutakin*

Ongelmien puheeksi ottaminen ja normalisoiminen terveydenhoitajan keinona käsitellä ongelmia äitiysneuvolan vastaanotolla

Tutkinto: Filosofian maisteri**Oppiaine:** Nykysuomi**Valmistumisvuosi:** 2014**Työn ohjaaja:** Esa Lehtinen

TIIVISTELMÄ:

Äitiysneuvolan institutionaaliin tehtäviin kuuluu perheitä koskevien ongelmatilanteiden havaitseminen. Tässä tutkimuksessa tarkastellaan viidestä videoidusta vastaanotto-keskustelusta terveydenhoitajan ja asiakkaan välistä vuorovaikutusta, kun äitiysneuvolassa eksplikoidaan ongelmallinen asia. Tutkimuskohteita on kaksi. Ensinnäkin tarkastellaan ongelmien puheeksi ottamista, toisin sanoen sitä, minkälaisessa sekventiaalisessa paikassa ongelman esiin ottaminen tapahtuu, ja kenen aloitteesta. Toisena tutkimuskohdeena ovat terveydenhoitajan tekemät normalisoinnit näissä sekvensseissä. Tässä yhteydessä tarkastellaan normalisointien kielellistä muotoilua sekä asiakkaan responsseja normalisointiin. Teoriana ja analyttisenä työvälineenä toimii keskusteluanalyysi.

Ongelmankäsittelysekvenssien tutkimus osoittaa asiakkaiden ja terveydenhoitajien eksplikoivan ongelmia yhtä paljon. Terveydenhoitaja eksplikoi ongelmia pääasiassa etujäsenissä, kun taas asiakas jälkijäsenissä, pääasiassa terveydenhoitajan kysymyksen motivoimana. Kun asiakas aloittaa sekvenssin, kertoo hän ongelmista spontaanisti tai pyytää neuvoa. Terveydenhoitajan eksplikoimat, lievät lääketieteelliset ongelmat käsitellään yksinkertaisesti. Epäily vakavammasta lääketieteellisestä ongelmasta laajentaa sekvenssiä esisekvensseillä, kun taas asiakkaan eksplikoimat ongelmat välisekvensseillä.

Terveydenhoitajan normalisoimat ongelmat ovat yleensä asiakkaan eksplikoimia. Useimmiten ongelma normalisoidaan eksplikoimalla sen tavanomaisuus. Poikkeavuuden kieltoa käytetään erimielisyystilanteissa tai vakavampien fyysisten ongelmien kohdalla. Psykososiaalisia ongelmia normalisoidaan myös implisiittisesti *-hAn*-partikkelin, intonaation, sanajärjestyksen tai sanonnan avulla. Asiakkaan responssit fyysisten ongelmien normalisoinnin kohdalla ovat minimaalisen hyväksyviä. Muiden asiakkaiden kokemuksia referoidaan kerran, jolloin asiakkaan responssi on hyväksyvä, laaja lausevastaus. Psykososiaalisten ongelmien kohdalla responssit normalisointeihin ovat usein laajempia, joko positiivisia, ongelmallisuuden kumoavia *mutta*-responsseja, tai ongelmakerrontaa yksityiskohtaisemmalla kuvauksella jatkavia.

AVAINSANAT: institutionaalinen vuorovaikutus, keskusteluanalyysi, äitiysneuvola, ongelmien käsittely, normalisoiminen

1 JOHDANTO

Äitiys- ja lastenneuvolavastaanotoille on ominaista se, että rutiinitarkastuksessa käydään ilman, että asiakkaalla on mitään sairautta tai vaivaa käyntinsä taustalla. Vaikka tarkastuksessa käydessä on huojentavaa kuulla raskauden tai lapsen kehityksen etenevän normaalisti, kuuluu neuvolan institutionaaliin tehtäviin havaita myös erilaiset ongelmatilanteet.

Ollessani neliviikkoisen esikoiseni kanssa neuvolan rutiinitarkastuksessa, terveydenhoitaja ihmetteli vauvan saamia kylmänväristyksiä riisumisen yhteydessä. En ollut itse ajatellut väristysten olevan millään tavalla huolestuttavia ennen kuin hoitaja pyysi kollegiansakin paikalle hämmästelemään asiaa. Vastailin tunnollisesti hoitajien lukuisiin kysymyksiin, minkä jälkeen he antoivat ajan lastenlääkärille. Vastaanotolla olin niin hämmäntynyt, etten osannut kysyä mitään, mutta neuvolakäynnin jälkeen pohdin huolestuneena, mistä voisi olla kyse.

Lääkärissä käynnin jälkeen meidät lähetettiin neurologin vastaanotolle. Mieleeni on erityisesti jäänyt yksi kysymys, jonka huomasin toistuvan sekä neuvolassa että poliklinikalla: *Joko vauva hymyilee?* Koska en ollut vielä havainnut selkeää hymyä, alkoivat kauhukuvat herätä mielessäni. Roolimme vanhempina näytti olevan vain kysymyksiin vastailu ja odottaminen. Tutkimusten jälkeen saimme onneksi kuulla kaiken olevan kunnossa, eikä hymystä enää parin päivän kuluttua. Poikkeuksellinen täristely oli vain sattumaa, eikä merkinä mistään poikkeamasta, kuten epilepsiasta tai kehitysvammasta, joihin olen sen ja hymyn viivästymisen jälkeenpäin lukenut liittyvän. Tämä tilanne sai kuitenkin miettimään enemmän ongelmallisten tilanteiden käsittelyä äitiysneuvolassa ja innosti valitsemaan tutkimuskohteekseni juuri ongelmankäsittelysekvenssit.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2013) on kirjannut yhdeksi äitiys- ja lastenneuvolan tavoitteeksi fyysisten ja psykososiaalisten häiriöiden varhaisen toteamisen. Suomessa äitiysneuvola on erityisen keskeinen paikka tavoittaa erilaisia ongelmatilanteita, sillä

lähes jokainen odottava äiti hakeutuu äitiysneuvolaan. Vain 0,2–0,3 prosenttia perheistä jättäytyy neuvolapalveluiden ulkopuolelle (THL 2013). Tärkeä työväline ongelmien käsittelyssä on terveydenhoitajien vuorovaikutustaidot. Erilaiset tilanteet vaativat erilaisia keinoja: yhdessä tilanteessa tärkeäksi nousee asiakkaan huolten hälventäminen, kun taas toisenlainen tilanne edellyttää konkreettisia toimintaohjeita. Lisäksi avoin vuorovaikutussuhde helpottaa myös vaikeiden asioiden esiin ottamista.

1.1 Tutkimuksen tavoitteet

Tämän tutkimuksen tavoitteena on keskusteluanalyysin avulla tarkastella aidoista, videoiduista vastaanottokeskusteluista, miten vuorovaikutus rakentuu, kun äitiysneuvolassa otetaan puheeksi jokin ongelmallinen asia. *Ongelmalla* tarkoitan jotain äidin tai (syntymättömän) lapsen fyysiseen, psyykkiseen tai sosiaaliseen hyvinvointiin liittyvää epäkohtaa, häiriötä tai vaivaa. Ongelma voi olla myös poikkeava tutkimustulos, joka ei välttämättä vielä suoraan kerro mistään häiriöstä, mutta *voi olla* merkki siitä.

Tutkimukseni rakentuu kahden tutkimusongelman ympärille. Aluksi tarkastelen ongelmankäsittelysekvenssin rakentumista ja erityisesti sitä, *milloin ongelmallinen asiantila eksplikoidaan vuorovaikutuksessa*. Tarkastelun kohteena on toisin sanoen, *minkälaisessa sekventiaalisessa¹ paikassa ongelmallisesta asiasta kertominen tapahtuu*.

Ongelmankäsittelyn sekventiaalista rakennetta tutkimalla voidaan nähdä, millaiset keskustelun toiminnot ovat hedelmällisiä ongelmien esiin tuomiseksi. Yhtäältä tämä liittyy siihen, miten terveydenhoitajat tuovat esiin itse havaitsemiaan ongelmia, toisaalta taas siihen, miten terveydenhoitajat edesauttavat asiakkaita kertomaan jotain ongelmallista. Lisäksi voidaan nähdä, millaiset toiminnot liittyvät asiakkaiden oma-aloitteiseen ongelman esiin ottamiseen. Ongelmankäsittelyn sekventiaalista rakennetta tutkimalla on myös mahdollista löytää viitteitä siitä, onko erityyppisillä ongelmilla yhteyttä sekvenssirakenteeseen ja erilaisiin keskustelutoimintoihin. Tätä kautta vuorovaikutusta äitiys-

¹ Sekvenssirakenteesta enemmän luvussa 2.2.1.

neuvolassa on mahdollista kehittää, ja yksilöidä ongelmien käsittelyä tarkemmin sekä kohdentaa oikeanlaisia keinoja oikeanlaisiin ongelmatilanteisiin.

Tutkimukseni toisena tavoitteena on pureutua syvemmin terveydenhoitajan rooliin ongelmien käsittelijänä. Tutkimustyötä tehdessäni ja aineiston rajausta pohtiessani havaitsin, että terveydenhoitajilla on hyvin monenlaisia keinoja käsitellä ongelmia, joten kaikkien keinojen tutkiminen edes pinnallisesti ei pro gradu -tutkielmassa olisi ollut mahdollista. Analyysini kohteeksi valitsin lopulta yhden, tutkimuksen kannalta hedelmällisimmän, keinon käsitellä ongelmia: *normalisoinnin*.

Normalisoinnilla tarkoitan keinoja, joilla terveydenhoitaja esittää ongelman tai osan ongelmasta tavanomaisena ja yleisenä, suhteellisen harmittomana ilmiönä. Normalisointi on neuvomisen ja informoinnin jälkeen yleisin responssitapa aineistossani. Sitä ei ole kuin sivuttu äitiysneuvolan vuorovaikutusta koskevissa tutkimuksissa, joten pyrinkin täydentämään tutkimuksellista aukkoa tältä osin. Normalisointi on myös olennaisessa asemassa ongelmankäsitelysekvenssin sulkemisen kannalta, sillä tavallisesti ongelmallisesta asiasta keskustelu pyritään lopulta ohjaamaan kohti keskustelun normaalia tilaa, ja ongelman normalisointi on yksi tällainen keino (Jefferson 1988: 418–441).

Ongelmien normalisoinnista tutkimalla voidaan selvittää, mitä vuorovaikutuksessa oikeasti tapahtuu, kun terveydenhoitaja käyttää tällaista keinoja. Erilaisia normalisoinnin tapoja tutkimalla voidaan selvittää toistuvia kielellisiä muotoja, jotka liittyvät institutionaalisten vuorovaikutustehtävien suorittamiseen. Tämän tutkimuksen avulla voidaan hahmottaa, minkälainen toiminto normalisointi on juuri äitiysneuvolassa. Analysoidessani normalisointeja huomioin erityisesti toiminnon kielellisen muotoilun. Lisäksi pohdin eri normalisointitapojen ja muotojen merkitystä, esimerkiksi sitä, millaisten ongelmien kohdalla normalisointi tapahtuu eksplisiittisesti ja millaisten implisiittisesti.

Normalisointi terveydenhoitajan responsina liittyy terveydenhoitajan institutionaalisiin tehtäviin tiedonantajana. Se, minkä asiakas kokee ongelmallisena, voi ammatillisen tietämyksen valossa sijoittua normaaliuden kenttään. Normalisoinnin avulla terveydenhoitaja informoi negatiivisen tai huolestuttavan tilanteen olevan jossain määrin ongelmaton. Ongelmallisen tilanteen osittainen tai kokonaisvaltainen normalisoiminen voi olla keino hälventää huolta, mutta samalla sen avulla saatetaan tehdä jotain muutakin, esimerkiksi vähätellä asiakkaan kokemusta tai ohjata keskustelu liian varhain pois asian ongelmallisuudesta. Normalisointisekvenssejä tarkastellessani kiinnitänkin huomiota myös siihen, millaiseksi asiakkaan responsi muodostuu, ja jatkaako hän ongelman kuvaamista vielä normalisoinnin jälkeen.

1.2 Tutkimusmenetelmät ja teoreettinen viitekehys

Tutkimuksen teoreettinen ja metodologinen viitekehys on keskusteluanalyysi. Keskusteluanalyysi on tutkimusmenetelmä, jossa kohtaavat eri tieteenalat sosiologiasta kielitieteen (Schegloff 1992: 114). Keskusteluanalyysissä tarkastelun kohteena on sosiaalisen toiminnan vuorovaikutuksellinen organisoituminen. Olennaista on sen analysoiminen, mitä puheenvuoroilla saadaan aikaiseksi, ja miten toimijat rakentavat vuorovaikutustilanteen puheenvuoro puheenvuorolta, toiminto toiminnolta. (Drew & Heritage 1992: 16–17, Heritage 1996: 249–256, Hakulinen 1997a: 14–15.) Keskusteluanalyysin lähtökohtana on, että ihmisten välinen vuorovaikutus on kokonaisuudessaan rakenteellisesti järjestynyttä, eikä mitään keskustelun yksityiskohtaa voi ennalta pitää sattumanvaraisena tai merkityksettömänä (Heritage 1996: 255).

Tutkimus koskee vuorovaikutusta instituutiossa, äitiysneuvolan vastaanotolla, joten se sijoittuu osaksi institutionaalisen vuorovaikutuksen tutkimuksen kenttää. Keskusteluanalyysissä institutionaalisen keskustelun tarkoituksena on yleensä niin sanottujen virallisten instituutioiden, kuten terveydenhuollon tai oikeuslaitoksen, keskustelujen tutkimista. Keskustelusta tekee institutionaalisen se, että sen avulla puhujat suorittavat erityisiä

institutionaalisia tehtäviä, ja keskustelulla on tietty päämäärä. (Drew & Heritage 1992: 3–5, 24–28; Peräkylä 1997: 177–179.)

Tutkimustyötä tehdessäni keskusteluanalyysi valikoitui melko itsestään teoreettiseksi viitekehykseksi ja analyysimenetelmäksi. Keskusteluanalyysin ja erityisesti siihen liittyvien autenttisten tutkimusaineistojen avulla sosiaalisen toiminnan ilmiöitä on mahdollista saada näkyväksi. Kun vastaanottotilanteeseen voidaan palata yhä uudelleen, pieninkin vuorovaikutuksesta tallentunut yksityiskohta voidaan ottaa tarkasteluun. Näin toimintaa voidaan myös kehittää, sillä aina rutiininomaiset toimintamallit eivät ole tiedostettuja. Käsittelen keskusteluanalyysia ja institutionaalisen vuorovaikutuksen tutkimista tarkemmin luvussa 2.

Tutkimustyöni aloitin aineistolähtöisesti vastaanottokeskustelujen katselulla ja litteraatioiden tarkastelulla. Tässä yhteydessä pohdin, mikä aineiston perusteella olisi juuri äititysneuvolan vastaanotolle ominainen institutionaalinen tehtävä, joka nousisi esiin selkeästi. Ongelmankäsittely valikoitui tutkimuskohteeksi sen yleisyyden, merkityksellisyyden ja monipuolisten keskustelun keinojen vuoksi. Varsinaisen analyysini aloitin poimimalla ongelmankäsittelytilanteet, josta jatkoin ongelmankäsittelysekvenssien hahmotteluun. Analyysin rinnalla kävin läpi videoita ja litteraatioita useasti, jolloin sekvenssirakenne muotoutui kerta kerralta selkeämmäksi. Tämän jälkeen tein muutaman mallin tai yleistyksen sekvenssirakenteesta, jonka jälkeen etenin tarkastelussa vain osaan sekvenssistä, ongelman esiintuomiseen. Tässä vaiheessa aloitin tarkemman ja systemaattisemman keskusteluanalyyttisen tarkastelun, ja aloin luokitella ongelmaa eksplikoivia vuoroja toimintotyypeiksi ja vierusparien osiksi.

Halusin myös pureutua ongelman ratkaisuun ja terveydenhoitajan rooliin jollain tapaa, joten kävin läpi kaikki ongelmanratkaisukeinot sekä kvantitatiivisesti että kvalitatiivisesti. Normalisoinneissa oli nähtävillä monipuolisia keskustelun keinoja ja kielellisiä ilmiöitä. Normalisointeja kävin läpi useaan otteeseen, kunnes niistä hahmottui selkeät kategoriat. Tästä etenin keskusteluanalyyttiseen syvempään tarkasteluun, jolloin tutkin normalisoinnin muotoa ja asiakkaan responsia, sekä normalisointien yhteyttä erilaisiin

ongelmankäsittelysekvensseihin ja ongelmatyyppeihin. Tutkimuksen analyysi jakautuu kahteen osaan. Luvussa 3 käsittelen ongelmien esiin ottamista, ja luvussa 4 tarkastelen normalisoimista.

1.3 Tutkimusaineisto ja vastaanottokeskustelujen kokonaisrakenne

Keskusteluanalyysissa olennaista on luonnollisten, nauhoitettujen vuorovaikutustilanteiden käyttö tutkimusaineistona (Heritage 1996: 230–231). Vuorovaikutustilanne nauhoitetaan ja mahdollisesti myös videoidaan, jonka jälkeen keskustelut siirretään myös paperille eli litteroidaan. Litteraatioita käytetään analyysissa yhdessä nauhoitusten kanssa (Heritage & Atkinson 1984: 12, Seppänen 1997: 19).

Tämän tutkimuksen aineistona on viisi videoitua vastaanottokeskustelua äitiysneuvolasta. Aineisto on kerätty vuosina 1999–2000 Kotimaisten kielten keskuksen asiointikeskusteluhankkeen² yhteydessä Sydän-Hämeestä ja Pohjois-Karjalasta. Tutkimuksessa on kaikki hankkeen yhteydessä kerätyt äitiysneuvolakeskustelut, en siis itse ole rajannut aineistoa muulla tavoin. Yhden videoiduista vastaanottokeskusteluista jouduin jättämään pois sen heikon kuuluvuuden vuoksi. Aineiston vastaanottokäyntien pituus on keskimäärin 22 minuuttia, lyhin vastaanotto kestää noin 18 ja pisin noin 27 minuuttia. Yhteensä aineistoa on noin 110 minuuttia. Keskustelut on valmiiksi litteroitu³, ja olen korjannut ja tarkentanut litteraatioita tarvittaessa. Litterointimerkit on esitetty tutkimuksen lopussa olevassa liitteessä.

Keskustelut koostuvat kahden eri terveydenhoitajan vastaanotoista. Toinen on mukana yhdessä keskustelussa ja toinen neljässä. Asiakkaita on viisi, ja he ovat kaikki keski-ikäisiä uudelleensynnyttäjiä. Yksi keskusteluista on synnytyksen jälkitarkastuksesta,

² Asiointikeskusteluhankkeen (2002–2007) tavoitteena oli tutkia arkisten asiointitilanteiden vuorovaikutuskäytänteitä ja niiden alueellista ja tilanteista vaihtelua sekä kehittää puhutun kielen tutkimuksen menetelmiä. Hankkeen aineistona oli eri puolilta Suomea nauhoitettuja asiointikeskusteluja muun muassa R-kioskeilta, Kelan toimistoista, kauppaliikkeistä, neuvoloista ja kampaamoista. (Kotimaisten kielten keskus 2012.)

³ Litteroijat Eeva Immo ja Laura Viljanen.

muiden neljän raskaus on edennyt viimeiselle kolmannekselle. Neuvolavastaanottoja voidaan näin ollen luonnehtia jatkokäynneiksi, jolloin suhde terveydenhoitajan ja asiakkaan välillä on erilainen kuin ensikäynnillä. Terveydenhoitajalla on esimerkiksi jo tietyt pohjatiedot asiakkaasta ja raskauden kulusta.⁴

Vastaanottokeskustelun aloittaa yleensä (neljä kertaa viidestä) terveydenhoitaja. Yksi nauhoite alkaa asiakkaan vuorolla, tarkemmin sanottuna asiakkaan vaivankuvauksella, mutta tässäkin terveydenhoitaja ja asiakas kävelevät vastaanottohuoneeseen yhdessä, ja ovat todennäköisesti aloittaneet keskustelun jo odotusaulassa (puheensorina kuuluu nauhalle oven läpi). Keskustelun aloittajasta riippumatta vastaanottojen alkupuolella on poikkeuksetta toiminto, jossa kartoitetaan asiakkaan sen hetkistä vointia ja jaksamista. Vastaanoton alkupuolella terveydenhoitaja siis joko kysyy kuulumisia (*mites mennee, no mitäs teille kuuluu*) tai kohdennetummin vointia suoraan. Erilaiset tutkimukset ja keskustelu limittyvät äitiysneuvolan vastaanotolla. Terveydenhoitaja ohjailee vuorovaihtuksen kulkua, ja toimii useimmiten topiikkijaksojen aloittajana sekä esittää asiakkaalle lukuisia kysymyksiä.

Vastaanoton loppupuolella terveydenhoitaja esittää yhtä keskustelua lukuun ottamatta asiakkaalle tilaa antavan kysymyksen (*onko itelläs mielessä*), jolloin asiakkaan olisi mahdollista tuoda uusi aihe käsittelyyn, mutta asiakkaat eivät avaa uutta topiikkia tässä vaiheessa. Terveydenhoitaja tekee myös poikkeuksetta yhteenvedon olennaisista esiin nousseista asioista, jolloin myös ongelmatilanteet saattavat nousta uudelleen puheenaiheeksi. Vastaanoton loppupuolella varataan myös uusi aika. Vastaanotot lopetetaan tavallisesti jonkinlaiseen positiiviseen kommenttiin, kuten kannustukseen tai toivotukseen. Lopussa saattaa olla myös arkikeskustelua muistuttava jakso, minkä voidaan nähdä heijastavan institutionaalisen ja arkisen kontekstin rajapintaa.

Ongelmankäsittelysekvenssejä on aineistossa 33. Ongelmat liittyvät pääasiassa fyysisiin vaivoihin, mutta joukossa on myös psykososiaalisia ongelmia. Osaa ongelmista käsitel-

⁴ Äitiysneuvolakäynnit aloitetaan 8.–12. raskausviikolla. Alussa käyntejä on noin neljän viikon välein, ja viikosta 36. eteenpäin viikon välein. (Ks. esim. Tiitinen: 2013a.)

lään useammassa yhteydessä, ja toisaalta taas samassa tilanteessa saatetaan käsitellä useita ongelmia. Ongelmankäsittelyyn kytkeytyviä normalisointeja on 14.

Tutkimuksen ote on laadullinen ja aineistolähtöinen. Kaikki käyttämäni ongelmien käsittelyn kategorisoinnit ovat kummunneet puhtaasti aineistosta käsin. Kahden terveydenhoitajan vastaanottoja tutkimalla ei voida saavuttaa kokonaisvaltaista kuvaa ongelmien käsittelystä ja normalisoinnista. Tutkimuksen tarkoituksena ei ole esittää yleispäteviä johtopäätöksiä, vaan keskusteluanalyysin periaatteiden mukaisesti ymmärtää tilanteen vuorovaikutusta syvällisemmin sekä saada näkyväksi ilmiöitä, joilla tätä vuorovaikutusta rakennetaan. On myös huomioitava, että aineiston äidit ovat uudelleensyntyttäjiä, joten keskustelut saattavat olla erilaisia kuin ensisynnyttäjien kohdalla. Kahdessa vastaanottotilanteesta on mukana myös lapsi, mikä on saattanut vaikuttaa vuorovaikutuksen kulkuun. Myös videokameran läsnäolo on voinut vaikuttaa vuorovaikutustilanteeseen.

1.4 Aikaisemmat tutkimukset

Äitiysneuvolavuorovaikutuksesta ei ole kovinkaan paljon suomalaista tutkimusta vielä 2000-luvun alkupuolelta, mutta aivan viime vuosina kiinnostus aihetta kohtaan näyttäisi heränneen etenkin opinnäytetöiden perusteella. Tutkimusten lähestymistavat ovat olleet pääasiassa sosiologisia tai hoitotieteellisiä. Vuorovaikutusta on usein tutkittu jonkin tietyn asiakasryhmän kannalta (esimerkiksi isät tai maahanmuuttajat). Esimerkiksi Eila Hirvosen (2000) etnografinen väitöskirjatutkimus käsittelee äitiysneuvolakäyntejä nuoren odottajan näkökulmasta. Täysin kielitieteellistä näkökulmaa edustaa ainoastaan Eeva Immon (2003) suomen kielen pro gradu, jossa tarkastellaan -kO-lausumia keskusteluanalyysin avulla.⁵

⁵ Myös Immo on käyttänyt asiointikeskusteluhankkeen neuvola-aineistoa tutkimuksessaan, joten tutkimusaineistomme ovat osittain yhteneväiset. Muita hankkeeseen kytkeytyvä neuvolavastaanottoja koskevia tutkimuksia ei käsittääkseni ole tehty.

Tampereen yliopistossa äitiys- ja lastenneuvolavuorovaikutusta on tutkittu hyvinvointineuvolahankkeen yhteydessä vuodesta 2007 alkaen. Projektin pääteemana on ammattilaisen ja asiakkaan välisen suhteen sekä asiakkuuden muutos äitiys- ja lastenneuvolassa. (TaY 2011.) Pro gradu -tutkielmia projektin tiimoilta on valmistunut useita, ja keskustelunanalyysi näyttäisi olevan monessa metodina (esim. Haverinen 2009, Tuominen 2010). Lähellä omaa tutkimustani on Katri Keskinen (2009) pro gradu, joka käsittelee asiakkaan psykososiaalista tukemista hyvinvointineuvolassa. Keskinen tutkimuksen aineistona on huolenkerrontasekvenssejä äitiys- ja lastenneuvolasta.

Tuoreimpia hyvinvointineuvolahankkeeseen liittyviä tutkimuksia on Sanni Tiitisen ja Johanna Ruusuvuoren (2014) tutkimus. He ovat tarkastelleet ongelmankäsitteilysekvensseistä terveydenhoitajan vanhempien ongelmakuvauksista tekemiä formulaatioita äitiys- ja lastenneuvolassa. He esittävät, että formulaatioiden avulla voidaan joko topikalisoida ongelmakuvaus tai sulkea jokin osa ongelmankäsitteilystä keskustelun ulkopuolelle. Tutkimuksen mukaan vanhemmat jatkavat ongelman kuvaamista, kun terveydenhoitaja tarttuu ongelmallisena kuvattuun asiaan, kuvaa sen ongelmallisena sekä katsoo vanhempia, ja jättää heille tilaa formulaation jälkeen. Näin ollen topikalisoivat formulaatiot tarjoavat yhden keinon, joilla ongelmista päästään keskustelemaan tarkemmin. (Ruusuvuori & Tiitinen 2014: 49–68.)

Kansainvälisiä tutkimuksia on jonkin verran, mutta konteksti ei välttämättä ole aivan samanlainen kuin Suomessa. Vertailevaa tutkimusta on tehnyt Marjo Kuronen (1999), joka käsittelee etnografisessa sosiologian tutkimuksessaan äitiyden sosiaalista organisoitumista sekä neuvomista äitiys- ja lastenneuvoloissa Suomessa ja Skotlannissa. (Kuronen 1999: 89–90). Kuronen (1999: 183) keskittyy pohtimaan vuorovaikutuksen taustalla olevia tekijöitä, kuten sosiaaliluokkaa, ja niiden vaikutusta vuorovaikutukseen, joten näkökulma on erilainen kuin omassa tutkimuksessani.

Christine McCourt (2006) on tutkinut äidin ja kättilön vuorovaikutusta kirjautumistilanteessa brittiläisellä äitiysklinikalla havainnoimalla ja ääninauhoja analysoimalla. Analysoinnissa on käytetty muun muassa keskustelunanalyysia. (McCourt 2006: 1310.)

Metodologisesti tutkimus on melko lähellä omaani, mutta teoreettisilta lähtökohdiltaan se on erilainen. Tutkimuksen kohteena on makrotason ilmiöiden näkyminen mikrotasolla, siis äitiyspolitiikassa vallalla olevan asiakas- tai kuluttajalähtöisyyden toteutuminen vuorovaikutuksessa.

Omaan tutkimukseeni kytkeytyy myös John Heritage & Sue Sefin (1992) tunnettu tutkimus, jossa käsitellään neuvolan kotikäyntejä keskusteluanalyysin avulla. Tarkastelun kohteena on, miten brittiläiset terveydenhoitajat (*health visitors*) antavat neuvoja kotikäynneillä ensimmäisen lapsensa saaneelle äidille. (Heritage & Sefi 1992: 360–376.) Lisäksi John Heritage & Anna Lindström (1998: 419–433) ovat tutkineet medikaalisen puhettavan moraaliulottuvuuksia samasta aineistosta, ja havainneet muun muassa, miten juuri vaikeissa tilanteissa näkyy poikkeaminen asiantuntijaroolista ja siihen liittyvästä neuvomisesta. Sen lisäksi, että kummassakin edellä mainitussa tutkimuksessa on metodologista yhtäläisyyttä omaani, liittyy neuvojen antaminen olennaisesti ongelmien käsitelyyn äitiysneuvolassa, ja tutkimukset kytkeytyvät omaani myös siltä osin.

Lähimpänä omaa tutkimuskohdettani on Keskinen (2009) pro gradu.⁶ Näkökulma on kuitenkin hieman erilainen kuin omassa tutkimuksessani, sillä tarkastelussa huomioidaan vain asiakkaiden esiintuomat, ja vain psykososiaaliset huolenaiheet. Lisäksi kieli-tieteellinen näkökulma on vain sivuosassa. Myös Tiitisen ja Ruusuvuoren (2014) tutkimus käsittelee ongelmankäsittelysekvenssejä suomalaisessa äitiysneuvolassa, mutta keskittyy nimenomaan formulointien analysointiin. Tutkimusnäkökulma on kuitenkin hyvin samantyyppinen kuin käsillä olevassa tutkimuksessa, sillä huomiota kiinnitetään niin formulointien kielelliseen muotoon, sekventiaaliseen paikkaan kuin asiakkaiden responssiinkin. Olennaisena tarkastelun kohteena on siis se, miten formulaatiot palvelevat äitiys- ja lastenneuvolan institutionaalisessa tehtävässä, potentiaalisten ongelmien topikalisoimisessa ja ongelmista kertomisen rohkaisemisessa. Normalisointi taas voidaan nähdä vastakkaisena tälle toiminnolle, sillä on havaittu, että usein sen avulla tähdätään ongelmankäsittelysekvenssin sulkemiseen ja ongelmankäsittelyn lopettamiseen (ks. esim. Jefferson 1988: 418–441).

⁶ Luvussa 2.3 käsittelen ongelmankäsittelyyn ja normalisointiin liittyviä tutkimuksia muista vuorovaikutusympäristöistä.

2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Tässä luvussa käsittelen tutkimuksessani käytettävät teoreettiset ja metodologiset lähestymistavat. Tutkimuksen kohteena on vuorovaikutus äitiysneuvolassa, institutionaalissa kontekstissa. Luvussa 2.1 käsittelenkin institutionaalisen vuorovaikutuksen tutkimuksen omaleimaisuutta keskustelunanalyysin näkökulmasta. Tutkimuksen teoreettisen ja metodologisen kulmakiven muodostaa keskustelunanalyysi, jota esittelen luvussa 2.2. Keskustelunanalyysistä käsittelen erityisesti analyysissa soveltamani alueet, sekvenssirakenteen (luku 2.2.1) ja vuoron muotoilun periaatteet (luku 2.2.2). Luvussa 2.3 tarkastelen vielä lähemmin tarkempaa tutkimuskohdettani, ongelmankäsittelyä vuorovaikutuksen ilmiönä, sekä siihen liittyvää normalisointia keskustelun toimintona.

2.1 Institutionaalisen vuorovaikutuksen tutkiminen

Institutionaalilla keskustelulla tarkoitetaan keskustelunanalyysissa sellaista puhetta, jonka avulla puhujat suorittavat erityisiä institutionaalisia tehtäviä. Jonkin instituution ammattilaisen ja asiakkaan välinen puhe on institutionaalista, kuten myös ammattilaisten keskinäiset puheet. (Drew & Heritage 1992: 3–5, Peräkylä 1997: 177.) Termi *instituutio* voidaan määritellä monella tavalla. Vaikka myös perhettä voidaan jonkin (ks. esim. Raevaara, Ruusuvuori & Haakana 2001: 12) määritelmän mukaan pitää instituutiona, keskustelunanalyysissa institutionaalilla keskustelulla tarkoitetaan yleensä niin sanottujen virallisten instituutioiden, kuten terveydenhuollon tai oikeuslaitoksen, keskustelujen tutkimista. Tällaisiin instituutioihin liittyy lainsäädäntöä, mikä taas tuo mukanaan muodollisten sääntöjen rajoittamaa päätöksentekoa (Peräkylä 1997: 178–179).

Anssi Peräkylä muistuttaa, että myös keskustelu itsessään voidaan nähdä instituutiona (Peräkylä 1997: 179). Erik Allardt (1983: 220) määrittelee instituutiot käyttäytymisen ja sosiaalisten suhteiden kokonaisuuksiksi, joita säätelevät erilaiset normit ja säännöt, ja jotka hoitavat yhteiskunnallisesti merkittävää tehtävää. Edith Smithin (1987: 160) mukaan myös *ideologiat* voidaan nähdä instituutioiden osatekijänä. Myös Anssi Peräkylä

ja Sanna Vehviläinen (1999: 329–342) tuovat esiin, että institutionaalisessa toiminnassa vuorovaikutustilannetta jäsentää joukko erityisiä institutionaalisia tehtäviä sekä käsitys siitä, miten näitä tehtäviä tulisi suorittaa. Esimerkiksi terveydenhuollossa voidaan korostaa asiakaslähtöisyyttä.

Peräkylä (1997: 178) tiivistää, että institutionaalisia keskusteluja tutkimalla halutaan selvittää, mikä tekee jossain tietyssä institutionaalisessa ympäristössä tapahtuvasta keskustelusta erityistä, erilaista kuin arkikeskustelu tai muut institutionaaliset keskustelut. Paul Drew & John Heritage (1992: 22–23) määrittelevät, että institutionaalinen keskustelu on suuntautunut institutionaalisten tehtävien suorittamiseen, olennaista on siis keskustelun päämääräorientoituneisuus.

Arkikeskustelussa ja institutionaalisessa vuorovaikutuksessa on paljon yhteisiä piirteitä, kuten esimerkiksi vuorottelujäsennys (Drew & Heritage 1992: 19). Institutionaaliset keskustelut saattavat olla kuitenkin joiltain osin esimerkiksi rajoitetumpia kuin arkikeskustelu tai keskittyä tiettyihin keskustelutoimintoihin, joiden avulla institutionaalisia tehtäviä suoritetaan. Institutionaaliset keskustelut ovat erilaisia myös keskenään ja niihin liittyy erilaisia konventioita: keskustelu voi olla tarkasti rajoitettua ja formaalia tai vapaampaa. Esimerkiksi lääkärin tai äitiysneuvolan vastaanotolla vuorovaikutus ei perustu tiukkojen sääntöjen varaan, kun taas oikeussalissa tai luokkahuoneessa keskustelu voi olla eri tavoin rajoitettua esimerkiksi vuorottelun suhteen. (Drew & Heritage 1992: 24–28.)

Drew ja Heritage (1992: 3–65) kiteyttävät institutionaalisuuden näkyvän keskusteluissa toistuvasti seitsemässä piirteessä. Puheen institutionaalisuus voi ilmetä esimerkiksi keskustelun kokonaisrakenteessa, sanojen ja kuvausten valinnassa, responsiivisen toiminnan valinnassa, toiminnon kielellisessä muotoilussa, vuorovaikutuksen epäsymmetrisyytenä, sekvenssirakenteessa ja ammatillisena neutraalisuutena. (Drew & Heritage 1992: 3–65.) Ammatillisella neutraalisuudella tarkoitetaan sitä, että ammattilaiset ja asiakkaat säilyttävät puheessaan neutraalin suhteen käsiteltäviin asioihin, esimerkiksi

perinnöllisyysklinikalla ammattilainen välttää moraaliseksi tulkittavia kannanottoja (Peräkylä 1997: 180–181).

Myös osapuolten eriytyneet roolit muodostuvat keskeiseksi institutionaalisessa keskustelussa (Peräkylä & Vehviläinen 1999: 329–342). Esimerkiksi tässä työssä tarkastelun kohteena on ammattilaisen ja asiakkaan, terveydenhoitajan ja asiakkaan, välinen keskustelu. John Heritage (1996: 290) painottaa sitä, miten roolit ja toimintamallit *puhutaan* esiin. Tässä yhteydessä mainitaankin usein keskustelun epäsymmetrisyys. Keskustelun osapuolten erot näkyvät esimerkiksi tietämyksessä ja agendan eli keskustelun asiailistan hallintana, joka taas heijastuu muun muassa kysymys-vastausrakenteeseen ja siihen kuka tyypillisesti vaihtaa esimerkiksi topiikkia eli puheenaihetta. Vaikka myös asiakkaat voivat olla aktiivisia, tyypillisesti ammattilainen toimii kysyjänä ja topiikkijaksojen aloittajana. (Drew & Heritage 1992: 47–51.)

2.2 Keskustelunanalyysi teoriana ja menetelmänä

Keskustelunanalyysi on tutkimusmetodi, jossa kohtaavat eri tieteenalat sosiologiasta kielitieteeseen (Schegloff 1992: 114). Teorian perustan loi Harvey Sacks yhdessä Emanuel Schegloffin ja Gail Jefferssonin kanssa (Heritage 1996: 228–229, Hakulinen 1997b: 13). Lähtökohtana keskustelunanalyysissä on Sacksin (1984) ajatus siitä, että kaiken ihmisten välisen vuorovaikutuksen edellytyksenä on jonkinlainen säännönmukaisuus ja toistuvat rakenteet, joiden avulla ihmiset tekevät ymmärrettäväksi sosiaalisia tilanteita, joiden avulla he pystyvät toimimaan niissä, ja joiden kautta he rakentavat näistä ymmärryksistä jaettuina (Sacks 1984: 21–27).

Keskustelunanalyysissä tarkastelun kohteena on siis sosiaalisen toiminnan vuorovaikutuksellinen organisoituminen. Pelkän kielen rakenteen tai semantiikan sijaan tutkitaan merkityksellisiä toimintoja, kategoriointeja ja kategorioita, joita keskustelijat puheessaan luovat. Tarkastelun kohteena ei ole se, mistä puhutaan, vaan keskustelunanalyysin avulla pyritään selvittämään, mitä puheenvuoroilla saadaan aikaiseksi, esimerkiksi osoi-

tetaan puheenaiheen olevan arkaluontoinen tai hankala, ennalta tuttua tai uutta tietoa. Tarkastelun kohteena on se, miten toimijat itse rakentavat vuorovaikutustilanteen puheenvuoro puheenvuorolta, toiminto toiminnolta. Toiminto taas viittaa keskustelijoiden käytössä oleviin kielellisiin resursseihin esimerkiksi esittää pyyntöjä, valittaa tai kertoa huolia. (Drew & Heritage 1992: 16–17, Heritage 1996: 249–256, Hakulinen 1997a: 14–15.)

Heritage tuo esiin, että keskusteluanalyysin avulla sosiaalisen toiminnan ilmiöitä on mahdollista saada näkyväksi. Tarkoituksena on siis eksplikoida niitä kompetensseja, joihin puhujat nojaavat osallistuessaan keskusteluun. (Heritage 1996: 236.) Tässä yhteydessä puhutaan usein *intersubjektiivisuudesta*, joka on kaiken inhimillisen yhteistyön perusta. Yleisesti määriteltynä intersubjektiivisuudella tarkoitetaan ihmisten välistä yhteisymmärrystä, joka mahdollistaa kokemusten jakamisen. (Drew & Heritage 1992: 16–17, Heritage 1996: 249–256, Hakulinen 1997a: 14–15.)

Yksi merkittävistä keskusteluanalyysin oivalluksista tulee Harold Garfinkelilta. Garfinkelin mukaan kaikki kielen ilmaukset ovat indeksiaalisia, millä tarkoitetaan sitä, että niillä on symbolisen merkityksensä ohella kontekstuaalisen tulkinnan vaatimus, jolloin merkitys syntyy viime kädessä vastaanottajan päättelyprosessista. Jokainen vuoro on siis kaksoiskontekstuaalinen: kontekstin luoma ja kontekstia uudistava. (Drew & Heritage 1992: 18–19, Heritage 1996: 237, 242–290.) Tällä tarkoitetaan Heritagin (1997: 162) mukaan ensinnäkin sitä, että vuorovaikutuksessa puheenvuoro suhteutetaan edelliseen vuoroon, jolloin puhe on edeltävän kontekstin muovaamaa. Meneillään olevalla toiminnallaan puhuja luo odotuksen siitä, että vastaanottaja ottaa seuraavaksi puheenvuoron ja suhteuttaa sen edellisen puhujan vuoroon. Näissä seuraavissa vuoroissaan osallistujat tuovat ilmi, millä tavoin he ovat ymmärtäneet edellisen vuoron, ja näitä taas joko vahvistetaan tai korjataan edelleen seuraavissa puheenvuoroissa. (Heritage 1997: 162.) Vastaanottajan vuoro esittää aina jonkin analyysin, tulkinnan tai arvion edellisestä vuorosta. Olennaista on, että puheenvuorossa esille tuotu tapa käsitellä edellistä vuoroa, on julkisesti esillä. (Heritage 1996: 251–252.)

Keskusteluanalyysissa olennaista on aitojen vuorovaikutustilanteiden käyttö tutkimusaineistona (Heritage 1996: 230–231). Aidolla vuorovaikutustilanteella tarkoitetaan sitä, että tilanne ei ole tutkimuksesta riippuvainen koeasetelma, vaan olisi tapahtunut ilman tutkimustarvettakin. Tutkimuksessa käytettävä vuorovaikutusaineisto nauhoitetaan ja usein myös videoidaan, jonka jälkeen keskustelut siirretään myös paperille eli litteroidaan. Litteraatioita käytetään analyysissa yhdessä nauhoitusten kanssa. (Heritage & Atkinson 1984: 12, Seppänen 1997: 19.)

Litteroinnissa keskitytään sellaisiin piirteisiin, jotka ovat tärkeitä keskustelun etenemisen ja puhujien välisen vuorovaikutuksen kuvaamisen kannalta. Metodisena lähtökohtana pidetään sitä, että mikään keskustelussa ei ole sattumanvaraista, ja kaikki vuorovaikutuksen piirteet ovat potentiaalisesti merkityksellisiä. (Heritage & Atkinson 1984: 4.) Litteroinnissa tarkoitus onkin tallentaa keskustelu paperille niin hyvin kuin se inhimillisellä tarkkuudella on mahdollista. Puhetta ei siis muokata, ja mukaan otetaan myös sellaiset ei-kielelliset piirteet kuin takeltelut, huokaukset, änkytykset ja yskimiset. (Seppänen 1997: 20.) Myös päällekkäin puhuminen ja tauot ovat olennaisia kirjattavia asioita litteroitaessa (Hakulinen 1997a: 17).

Heritagen mukaan arkikeskustelua, jokapäiväistä keskustelua yhdessä ystävien ja perheenjäsenten kanssa, on pidetty alun perin vuorovaikutuksen ensisijaisena muotona. Ensisijaisuudella tarkoitetaan sitä, että arkikeskustelu nähdään keskusteluanalyysissa tavallaan kielenkäytön prototyypinä, johon institutionaalisia keskusteluita ja erilaisia toimintamalleja voidaan verrata. (Heritage 1996: 234–235.) Ensisijaisuutta voidaan Heritagen (1996: 234–235) mukaan perustella sillä, että tähän lapsi ensimmäisenä sosiaalistuu. Toisaalta esimerkiksi Eveliina Korpela (1999) on osoittanut, että myös institutionaaliset keskustelut tulevat mukaan lasten leikkeihin jo varhain muun muassa lääkärileikeissä. Näitä kahta keskustelun muotoa ei siis tarvitse pitää toisiaan poissulkevinä vaihtoehtoina, vaan arkisessa tilanteessa voi olla institutionaalisen keskustelun piirteitä ja päinvastoin. Esimerkiksi opettaja-oppilasvuorovaikutuksesta tuttu kolmiosainen sekvenssi (kysymys-vastaus-arvio) voi yhtä hyvin esiintyä arkikeskustelussakin, esimerkiksi vanhemman ja lapsen leikin lomassa.

Tiivistetysti voidaan sanoa, että keskustelunanalyysin lähtökohtana on, että ihmisten välinen vuorovaikutus on kokonaisuudessaan rakenteellisesti järjestynyttä, eikä mitään keskustelun yksityiskohtaa voi ennalta pitää sattumanvaraisena tai merkityksettömänä. Vuorovaikutuksen rakenteellisuuteen kuuluu ensinnäkin keskustelun puheenvuorojen sisäinen rakenne, mutta myös keskustelun sekventiaalinen rakenne. (Heritage 1996: 255.) Peräkkäisten puhetoimintojen liittyminen toisiinsa ja jaksottuminen on yhtenä tarkastelun kohteena tässä tutkimuksessa, joten seuraavassa alaluvussa (2.2.1) käsittelemkin vuorojen yhteenliittymiä tarkemmin.

2.2.1 Sekvenssirakenne

Keskustelunanalyysin mukaisesti keskustelu jäsentyy kolmen perusjäsenyyksen varaan: vuorottelu-, korjaus- ja sekvenssijäsenyyksen. Keskustelu hahmottuu vuorottelunormien nojalla jaksoiksi eli sekvensseiksi, joihin puhujat ovat suuntautuneet. Vuorottelulla tarkoitetaan keskustelussa vuorotellen toimimista, se on siis normaalia sosiaaliseen vuorovaikutukseen kuuluvaa toimintaa. Ajatus vuorottelusta on universaalialia ja olennaista on keskustelun sujuvuus. Esimerkiksi keskeyttäminen tai päällekkäin puhuminen liittyyvät tähän sujuvuuteen. Vuorotteluun on lisäksi sisäänrakennettuna korjauksen mahdollisuus. Nämä kolme samanaikaisesti vaikuttavaa jäsenyyttä ovat vuorovaikutuksen olemassaolon edellytyksiä, ja niistä muodostuu se tausta, jota vasten keskustelijat toisiaan tulkitsevat. (Hakulinen 1997a: 16–17, Hakulinen 1997b: 32–34.)

Keskustelunanalyysin periaatteissa keskustelua jäsentää puhujien ja kuulijoiden yhteinen oletus siitä, että jokainen lausuma on ymmärrettävissä suhteessa edeltävään lausumaan. Keskustelu on siis järjestäytyntä toimintaa, mikä näkyy muun muassa keskustelutoimintojen pareittaisuutena. Tämä näkyy keskustelussa myös siinä, että jos puhuja haluaa puheensa tulevan kuulluksi ilman suhdetta välittömästi edeltävään ilmaukseen, hänen täytyy jollain erityisellä tavalla sivuuttaa tuo oletus (esim. sanalla *muuten* tai intonaation avulla). (Heritage 1996: 257–260.)

Liisa Raevaara (1997: 75) määrittelee sekventiaalisuuden olevan keskustelussa läpinäkyvä ilmiö. Hän tarkentaa, että jokainen puheenvuoro on laadittu vastaamaan edeltävän puheenvuoron odotukseen. Keskustelun puheenvuorot eroavat toisistaan kuitenkin suhteen, vaatiiko vuoro jälkeensä tietyn tyyppisen seuraavan vuoron vai rajaako vuoro vain väljästi sitä, millainen vuoro seuraavaksi on relevantti. Siten keskustelu jäsentyy sekä selkeästi kiteytyneisiin että rakenteeltaan löyhempiin sekvensseihin. (Raevaara 1997: 75.)

Jotta voitaisiin analysoida puhejaksoja eli sekvenssejä, täytyy ensin tuntea vierusparin käsite, sillä sekvenssit koostuvat useammasta vuorosta tai laajennetuista vieruspareista, joilla on systemaattinen rakenne ja dynamiikka. (Ks. mm. Raevaara 1997: 75.) Vierusparin (*adjacency pair*) käsite on alun perin Sacksin kehittämä analyttinen väline (Schegloff & Sacks 1973: 295–296). Pareittaisia keskustelutoimintoja on nähtävissä esimerkiksi tervehdyksissä, hyvästelyissä, kysymys-vastausjaksoissa tai kutsuhyväksyntä/hylkäysjaksoissa (Heritage 1996: 260).

Sacksin määritelmän mukaan vieruspari on jakso, joka muodostuu kahdesta lausumasta, jotka ovat vierekkäisiä ja eri puhujien tuottamia. Näitä jäseniä kutsutaan etu- ja jälkijäseneksi. (Schegloff & Sacks 1973: 295–296.) Olennaista on, että vierusparit ovat kiteytyneitä keskustelujaksoja, jotka ovat sillä tavalla yhteen liittyneitä, että etujäsen *vaatii* tietyn jälkijäsenen (Heritage 1996: 240–244). Esimerkissä (1) on äitiysneuvolavastauksen lopulta katkelma, jossa on nähtävissä useita vieruspareja. Riveillä 1–2 on luvan pyyntö ja vastaus, riveillä 5–6 kehoitus ja vastaus, ja riveillä 8–9 hyvästelyjen muodostama vieruspari.

(1) Vierusparit

- 01 L: [saanks mä äiti jo mennä?
 02 A: [no (.)lähetään kaikki.
 03 T: [\mm,
 04 (2.0)
 05 T: pidä ny hyvää hualta kellostas sitte eiks joo,
 06 L: joo,

- 07 T: joo?
 08 A: [joo (.) [no(h)nni heipp(h)a.
 09 T: [terve.
 10 T: >hei hei.<

Edeltävästä esimerkistä vierusparit on helppo tunnistaa, sillä etu- ja jälkijäsen ovat peräkkäin. Heritageen mukaan vierekäisyydellä ei kuitenkaan tarkoiteta sitä, että jäsenet esiintyisivät välttämättä perättäisinä toimintoina. Vierusparirakenne näyttäytyy pikemminkin toiminnan *normatiivisena* viitekehyksenä. Tällä hän tarkoittaa sitä, että toiminta on selostettavissa olevaa ja selontekovelvollisuuden alaista. Jos vaadittua jälkijäsentä ei tuoteta, sen poissaolo vaatii jonkinlaisen selityksen. Normatiivisuus liittyy myös siihen, että etu- ja jälkijäsenen väliin tulevat vuorot usein tähtäävät jälkijäsenen suorittamiseen. Esimerkiksi kysymys-vastausvierusparin ollessa kyseessä, voidaan osoittaa, että sekä kysyjät että vastaajat pyrkivät noudattamaan tätä normatiivisuuden vaatimusta. Vastaaja saattaa esittää selityksenä vastauksen puuttumiselle sen, ettei tiedä vastausta, tai kysyjä voi esimerkiksi muotoilla kysymyksensä uudella tavalla. (Heritage 1996: 240–244.)

Keskusteluanalyttisessä kirjallisuudessa käytetään nimitystä *laajennus* erityyppisistä vierusparin eteen, väliin tai jälkeen tulleista aineksista (VISK § 1218). Schegloff kuvaa vierusparirakenteen voivan laajentua eri tavoin joko edestä (*pre-expansion*), sisältä (*insertion-expansion*) tai jäljestä (*post-expansion*) (Schegloff 1972: 346–380). Vierusparin eteen sijoittuvaa valmistelevaa jaksoa sanotaan *esijaksoksi* eli *esisekvenssiksi*. Esijaksolla puhuja tarkistaa jonkin seikan, joka on edellytyksenä varsinaisen puhetoiminnon toteutumiselle. Jotkut puhetoiminnot, kuten pyynnöt ja ehdotukset, edellyttävät onnistuakseen tiettyjen ehtojen voimassaoloa. Ne voivat myös olla arkaluontoisia toimintoja, koska ne asettavat vastaanottajalle veloitteen. Juuri pyyntöjä ja ehdotuksia valmistellaankin usein esisekvenssillä. (VISK § 1218.) Myös Heritage (1996: 275–277) tuo esiin, että kutsun esittämisen yhteydessä voidaan varmistaa esisekvenssillä ennalta suurempi mahdollisuus kutsun hyväksymiselle. Ennen kutsun esittämistä voi esimerkiksi tiedustella, onko vastaanottajalla jo suunnitelmia viikonloppuna. Tämän keskustelun keinon avulla voidaan välttää preferoimattomia, kasvoja uhkaavia, toimintoja ja sekvenssejä systemaattisesti vuorovaikutuksessa. (Heritage 1996: 275–277.)

Vierusparin etu- ja jälkijäsenen väliin sijoittuvaa jaksoa kutsutaan *välisekvenssiksi* (*insertion sequence*) (Schegloff 1972: 364–365, Heritage 1996: 246–247). Kysymystä voi esimerkiksi seurata sen vastaanottajan esittämä uusi kysymys, jolla hän pyytää lisätietoa ja voidakseen esittää vastauksen alkuperäiseen kysymykseen. Välisekvenssien vuorot tähtäävät useimmiten jälkijäsenen esittämiseen. Ne ovat tyypillisesti sellaisia, että etujäsenen vastaanottaja pyrkii joko selvittämään etujäsenen ymmärtämiseen liittyvää ongelmaa tai keräämään sellaista lisätietoa, jota hän tarvitsee päättääkseen, millaisen jälkijäsenen esittää. (Schegloff 1990: 64, Raevaara 1997: 80–81.) Esimerkissä (2) on äitiysneuvolan vastaanotolta katkelma, jossa asiakas esittää etujäsenenä kysymyksen tai neuvonpyynnön. (r.1–2, 5–7). Riveillä 12–17 on välisekvenssejä, joissa terveydenhoitaja esittää tarkentavia kysymyksiä voidakseen vastata asiakkaan alkuperäiseen kysymykseen.

(2) Välisekvenssit

- 01 A: Voikos sitä >ku käy huomenna lääkärineuvolaan< niin
 02 tuota (.) Villille sitä seerumia (.) annoon siihen
 03 (0.7)
 04 T: korotettuun.
 05 A: ää (0.7) lapsen hoitotuki hakemukseen ko son niin
 06 maitoallerginen niin .hhh (.) siihen kay niinku (.)
 07 terveys[keskus]
 08 T: [neuvola]laäkärin.
 09 (0.5)
 10 T: ↑Mmm.
 11 (.)
 12 T: Oliks teillä puhetta siitä jo kerran.
 13 A: Si[nun] kans oli puhetta.
 14 T: [Joo.]
 15 T: Joo mut ettei vielä Titan kanssa=
 16 A: =Ei ollu.
 17 T: Joo.
 18 (.)
 19 T: Mut se varmaan haluais et se (.) niinku tapais lapsen
 20 kuitenkin et tei[än p]itais tulla.
 21 A: [Joo,]
 22 A: ↑Aha. (.) .joo.

Esimerkin (2) riveillä 19–20 terveydenhoitaja antaa vastauksen eli esittää jälkijäsenen saatuaan riittävästi lisätietoja sen esittämiseen. Esimerkissä on nähtävissä se, että vastauksen antaminen ei ole täysin ongelmaton, sillä terveydenhoitaja joutuu esittämään preferoimattoman vaihtoehdon, kieltävän vastauksen: anomusta ei voida käsitellä tulevan äitiysneuvolakäynnin yhteydessä.

Vieruspari- ja sekvenssirakenteen kannalta onkin olennaista käsitellä myös preferenssijärjestelmää. Keskustelun toimintoja voidaan muotoilla eri tavoin sosiaalista solidaarisuutta ylläpitäviksi ja konflikteja välttäviksi. Esimerkiksi kutsu voidaan joko hyväksyä tai hylätä. Tyypillisesti vierusparin etujäsen projisoi, luo odotuksen, tietynlaisesta jälkijäsenestä: esimerkiksi kutsun esittäminen luo odotuksen sen hyväksymisestä (preferoitu vaihtoehto). (Tainio 1997: 94.) Kutsun hylkääminen taas olisi preferoimaton vaihtoehto (Hakulinen 1997b: 43–44).

Preferoitu jälkijäsen muotoillaan yleensä tietyllä tavalla, esimerkiksi kutsu hyväksytään varhaisessa vaiheessa, mahdollisesti jo hieman päällekkäin edellisen vuoron kanssa, ja hyväksyntä muotoillaan yksinkertaiseksi. Preferoimaton jälkijäsen taas tulee viivytettyinä, tauon jälkeen, ja sisältää esimerkiksi hengityksiä, takeltelua ja muita epävarmuuden ilmaisimia (*tota, no*) sekä monipolvisuutta. (Hakulinen 1997b: 43–44.) Lisäksi torjuntaa käsitellään selontekoa edellyttävänä ja näin ollen selitystä vaativana asiana (Heritage 1996: 261–263). Stephen Levinsonin (1983: 334–335) mukaan tyypillisesti torjuntaa edeltävät erilaiset alut ja etiäiset, kuten näennäiset yksimielisyyden ilmaukset, arvostuksen ilmaukset ja lievennykset. Tavallista on myös selitykset hylkäämiselle ja varsinaisen kieltäytymisosa on yleensä lievennetty, ehdollinen tai epäsuora (Levinson 1983: 334–335).

Vieruspari laajenee jäljestä päin yleensä niin kutsutulla *kolmannen position vuorolla*, jolla etujäsenen esittäjä arvioi jälkijäsentä (Raevaara 1997: 82). Tällainen sekvenssi esiintyy tyypillisesti pedagogisessa luokkahuonekeskustelussa, jossa opettaja arvioi oppilaan esittämää vastausta. Esimerkissä (3) on ote lastenneuvolan kuusivuotistarkastuk-

sesta, jossa keskustelu rakentuu samanlaisten sekvenssien varaan. Muun muassa rivillä 5 on terveydenhoitajan arvioiva kolmannen position vuoro (*hyvä*).

(3) Kolmannen position vuorot

- 01 T: laskes montako pilviä °tuala on°.
 02 (1.5)
 03 A: y:ks kaks kolme (.) >neljä<.
 04 (0.5)
 05 T: °hyvä°. .hh mitäs sanosit (0.6) mikä
 06 vuadenaika °tässä kuvassa on°.
 07 A: °no°, (0.5) kesä.
 08 (0.6)
 09 T: mistä tiesit.
 10 A: no kun tääl om (.) puut ihav
 11 vihre[itä ja,=.hh perho]setkil lentelee,=
 12 T: [no: °niin°.]

Peräkylä (1997: 187–191) esittää, että institutionaalisessa keskustelussa *responsiivisen toiminnan valinta*, se millainen toiminto tuotetaan jälkijäsenenä, voi poiketa arkikeskustelussa esiintyvistä, sillä se suhteutuu puhujien institutionaalsiin tehtäviin ja rooleihin. Esimerkiksi ongelmallisen asiantilan kertomiseen voidaan seuraavassa vuorossa reagoida monin eri tavoin: ilmaisemalla sympatiaa, neuvomalla tai antamalla kertojalle tilaa jatkaa kertomistaan. Tarjoamalla esimerkiksi neuvoja huolen kertojalle tuodaan ilmi, että edellinen vuoro on tehnyt relevantiksi nimenomaan neuvomisen. (Peräkylä 1997: 187–191.) Heritage ja Sefi (1992: 359–417) tuovat esiin responsiivisen toiminnan kaksoisvaikutuksen: responsi voidaan valita tietyllä tavalla, koska suoritetaan institutionaalisia tehtäviä ja rooleja, ja toisaalta taas kielellisillä valinnoilla rooleja ja tehtäviä voidaan rakentaa tietynlaisiksi.

Drewn ja Heritagen mukaan sekvenssirakenteen institutionaalisuus näkyy usein juuri kysymyksen ja vastauksen muodostamisessa sekvensseissä (Drew & Heritage 1992: 35–42). Vastaanottajilla on monenlaisia kolmannen vuoron resursseja, joilla he voivat esimerkiksi osoittaa vastauksen kysymykseen olleen tuttua tai uutta tietoa (esim. suomen

aha, joo, niin). Pedagogisessa vuorovaikutuksessa kysymys-vastaussekvenssin jälkeinen kolmannen position vuoro on taas orientaatioltaan omanlaisensa, sillä vuorossa usein suoraan arvioidaan tai kommentoidaan kysymykseen saatua vastausta. (Heritage 1996: 282–287.) Äitiysneuvolassa kolmannen position arvioiva vuoro on usein epäsuorempi, ja arvio on nähtävissä partikkelivalinnasta tai esimerkiksi partikkelin intonaatiosta.

2.2.2 Vuoron muotoilu

Keskustelunanalyttinen näkökulma esimerkiksi lauseeseen on hieman erilainen kuin perinteisissä kielioppimalleissa. Lausetta tarkastellaan pikemminkin vuorotteluprosessin kuin kielisysteemin osana. Puheessa havaittavia jaksoja nimitetään *lausumiksi*, jotka esiintyvät vuoroissa rakenneyksiköinä (VRY). Lausuma on usein tietynlainen prosodinen kokonaisuus, ja sitä voisi verrata esimerkiksi kirjoitetun kielen virkkeeseen, lausetta vapaampaan yksikköön. *Vuoro* taas voi muodostua yhdestä tai useammasta lausumasta. (Hakulinen 1997b: 36–43.)

Auli Hakulisen (1997b: 36–43) mukaan vuorojen rajan tunnistaa yleensä puhujanvaihdoskohdasta jo litteraatioita katsoessa, eikä esimerkiksi tauko ole samalla tavalla varma vuoron vaihtumisen merkki. Vuoro voi muodostua yhdestä lauseesta tai hyvinkin monesta lauseesta. Vuoro voi muodostua myös lausetta pienemmistä yksiköistä, kuten sanoista, yksimorfeemisista ilmauksista, huokauksista tai naurusta. (Hakulinen 1997b: 36–43.)

Drew ja Heritage (1992: 34–36) muistuttavat, että analyysissa huomiota kannattaa kiinnittää niin valittuun toimintoon kuin sen kielelliseen realisoitumiseenkin. Nämä heijastavat mielenkiintoisella tavalla institutionaalisia päämääriä. Peräkylä (1997: 187–191) jatkaa edeltävää näkemystä ja tarkentaa, että kaikilla puheenvuoroilla tehdään asioita, ja toiminnot voidaan kielellisesti suorittaa monin eri tavoin. Tämä näkyy kielen eri tasoilla, niin puheenvuorojen laajemmassa rakenteessa ja muodossa kuin lauserakenteen ja sanojen tasollakin. Lauseen tasolla vuorosta voidaan tarkastella esimerkiksi kysymysten esittämistapaa (hakukysymykset tai polaariset kyllä/ei-kysymykset) tai modaalimuoto-

jen käyttöä. (Peräkylä 1997: 187–191.) Tässä tutkimuksessa tarkastellaan terveydenhoitajan normalisoivia vuoroja ongelmankäsittelyn toimintona sekä näiden kielellistä realisoitumista. Seuraavaksi esittelen aikaisempia vuorovaikutustutkimuksia ongelmankäsittelystä ja normalisoimisesta.

2.3 Ongelmankäsittely ja normalisoiminen vuorovaikutusilmiönä

Äitiysneuvolakäynnin taustalla ei ole tyypillisesti ajatusta ongelmasta, toisin kuin esimerkiksi lääkärin vastaanotolla, jonne yleensä hakeudutaan jonkin terveyteen liittyvän ongelman vuoksi. Lääkärin vastaanotolla vuorovaikutus rakentuu usein nimenomaan jonkin ongelman ympärille. Ongelmankäsittely voi siis muotoutua hyvin eri tavalla tilanteesta riippuen.

Ongelmallisen asiantilan kertominen on sekä institutionaalisessa että arkikeskustelussa poikkeama vuorovaikutuksen normaalista kulusta (ks. mm. Vehviläinen 2001: 113). Institutionaalisessa tilanteessa keskustelijat orientoituvat käsittelemään tietynlaisia asioita, ja kohtaamisella on tietty tavoite. Tällöin myös ongelmallisen asiantilan käsittely rakentuu institutionaalisesti ja poikkeaa jossain määrin arkikeskustelun ongelmankäsittelystä. Ammatillaiset eivät useinkaan osoita esimerkiksi empatiaa tai yllättyneisyyttä vastauksena ongelmakuvaukseen, ja vielä harvinaisempia ovat niin sanotut *toiset tarinat*, kertomukset siitä, miten itselle on sattunut jotain vastaavaa. (Vehviläinen 2001: 113–114, Ruusuvuori 2005: 123–135.)

Arkipäivän keskusteluissa ongelmista kertominen tapahtuu Gail Jeffersonin (1988: 418–441) mukaan tietyn kaavan mukaisesti: huolen esittäminen tiedustelevan lähestymistavan avulla, huolen käsittely, irrottautuminen ongelmasta, hakeutuminen kohti keskustelun normaalitilaa ja palaaminen tavanomaisiin aiheisiin. Ennen kuin siirtymä ongelmallisesta aiheesta keskustelusta on vuorovaikutuksellisesti sujuvaa, rakennetaan keskustelussa yleensä siirtymä normaaliin ja positiiviseen asiantilaan (*optimistic projection*). (Jefferson 1988: 418–441.) Douglas Maynard (2003) on tutkinut keskusteluja, joissa

toiselle kerrotaan tieto jonkun kuolemasta, ja on havainnut, että osallistujat rakentavat tilanteesta positiivisen ennen muihin aiheisiin siirtymistä, esimerkiksi arvioimalla edesmenneen hyvää elämää. Maynardin mukaan tällaisen käytänteen (*bright side sequence*) avulla normaalista poikkeava keskustelunaihe voidaan sulkea sujuvalla tavalla. (Maynard 2003: 179–181.)

Arkikeskustelussa vaivankuvausta tyypillisesti kohdellaan uutisena, ja responssina osoitetaan sympatiaa ja yllättyneisyyttä (Jefferson 1988: 418–441, Jefferson & Lee 1992: 521–548). Sen sijaan lääkärin vastaanotolla orientoidutaan institutionaalisen tehtävän suorittamiseen, jolloin sympatian osoitukset eivät ole relevantteja, ja keskustelussa edetään diagnoosin tekoon ja näin ollen kysymysten esittämiseen (Peräkylä 1997: 189–191). Myös Johanna Ruusuvoori (2005) on havainnut, että lääkärit eivät yleensä osoita empatiaa. Äitiysneuvolassa taas sekä asiakas että terveydenhoitaja orientoituvat raskauteen liittyviin asioihin. Tämä näkyy esimerkiksi siinä, miten *mitä kuuluu* -kysymykseen vastataan kuvaamalla raskauteen liittyviä vaivoja tai muita olotiloja, vaikka mahdollinen vastaus voisi liittyä myös muunlaisiin kuulumisiin. Terveydenhoitajan responssit ongelmakuvauksiin ovat kuitenkin monipuolisempia kuin lääkärin vastaanotolla (ks. esim. Peräkylä 1997: 189–191), ja joukossa on myös empatian osoituksia.

Huolen käsittelyssä pyritään tyypillisesti siirtymään kohti keskustelun normaalitilaa esimerkiksi ratkaisuehdotuksen tai arvion avulla. Tällöin pyritään ensin etääntymään huolesta, jonka jälkeen aiheen vaihtaminen tulee mahdolliseksi. (Ks. mm. Jefferson 1988: 418–441.) Katri Keskinen (2009) on löytänyt hyvinvointineuvolaa koskevassa tutkimuksessaan neljänlaisia responsseja terveydenhoitajan vastauksista asiakkaan eksplikoitua jonkin psykososiaalisen ongelman. Useimmiten ongelmiin vastataan neuvoamalla ja informoimalla asiakasta. (Keskinen 2009: 47–56.) Saman ovat havainneet myös Heritage ja Sefi (1992: 360–376) tutkimuksessaan, ja ilmiö on nähtävissä myös oman tutkimukseni aineistossa. Keskinen tutkimuksen mukaan ongelma usein myös sivuutetaan tuomalla esiin tilanteen positiivisia puolia. Muita vastaustapoja Keskinen tutkimuksessa olivat empatian osoittaminen ja ongelman normalisoiminen. (Keskinen 2009: 47–56.)

Ruusuvuori (2005) on tarkastellut ongelmista keskustelemista erilaisissa institutionaalisissa konteksteissa. Hänen mukaansa ongelmia käsitellään lääkärin ja homeopaatin vastaanotoilla ratkaisua kaipaavina asioina, jolloin niihin vastataan myös tämän tutkimuksen mukaan usein neuvoilla. Ruusuvuoren tutkimus kuitenkin osoittaa, että potilas tai asiakas saattaa jatkaa ongelmasta kertomista niin kauan, että saa empatiaa sisältävän vastauksen. (Ruusuvuori 2005: 123–135.)

John Heritage ja Anna Lindström (1998) ovat tutkineet medikaalisen puhetavan moraalilullottuvuuksia neuvolan kotikäynneillä. Mielenkiintoinen tulos analyysissa on muun muassa se, miten terveydenhoitaja vähentää itsensä ja äidin välistä sosiaalista etäisyyttä jakamalla huolen puuttuvista äidintunteista, sen sijaan että ryhtyisi neuvomaan äitiä. Hän siis orientoituu medikaalisuuden sijaan myötätuntoisesti, ja normalisoi äidin kokemusta esittämällä niin sanotun toisen kertomuksen omasta elämästään. Kyseisen tutkimuksen perusteella juuri vaikeissa tilanteissa näkyy tällainen poikkeaminen perinteisestä asiantuntijaroolista. (Heritage & Lindström 1998: 419–433.) Omassa aineistossani tällaista normalisointikäytännettä ei esiintynyt, mutta aineistossani ei myöskään eksplisiittisesti tuotu esiin tällaisia vakavia ongelmia.

Sanna Vehviläisen (2001) tutkimissa ohjauskeskusteluissa ohjaajat käyttivät normalisointia monella tavalla. He toivat esiin ongelman tavanomaisuuden esimerkiksi rinnastamalla asiakkaan kokemukset muiden nuorten tai kurssilaisten kokemuksiin. Jos ongelma oli tavallista vakavampi, ohjaustilanteissa esiintyi myös etäisyyttä vähentävää normalisointia, jolloin ohjaaja otti esiin oman vastaavan kokemuksensa. Vehviläinen tuo esiin, että tällainen ammattilaisen oma kokemus, joka ei yleensä kuulu ammattilaisen ja asiakkaiden välisiin kohtaamisiin, voidaan ottaa puheeksi silloin, kun ongelma on vakava. Normalisointi etäisyyttä vähentämällä on keino esimerkiksi lohduttaa ja hälventää huolen kertojan pelkoa epänormaaliudesta. (Vehviläinen 2001: 116–119, 130–131.)

Jeffrey Aguinaldo ja Ted Myers (2008) ovat tutkineet keskusteluanalyysin ja diskussiianalyysin avulla homomiesten tekemiä normalisointeja keskusteltaessa suojaamattomasta seksistä. He tuovat esiin, kuinka osa miehistä välttää yksilöllisiä selityksiä kes-

kusteltaessa suojaamattomasta seksistä. Aguinaldo ja Myers painottavat, että tämä saattaa osaltaan selittää sitä, miksi jotkut homomiehet vastustavat tällaisiin yksilöllisiin selityksiin pohjaavia hiv-tartunnan ehkäisykampanjoita. (Aguinaldo & Myers 2008: 167.) Vaikka tutkimus on kaukana oman tutkimuksen kontekstista, sen avulla voidaan nähdä minkälaisiin käytänteisiin keskustelijat nojaavat normalisoinneissaan. Aguinaldo ja Myers (2008: 170) osoittavat, että normalisoidessaan miehet käyttävät kahta kielellistä keinoa: he puhuvat asiasta toisessa persoonassa ja referoivat muiden kokemuksia. Näin miehet rakentavat suojaamattoman seksin harrastamisesta yleisen ja laajalle levinneen ilmiön (Aguinaldo & Myers 2008: 170).

Margareta Bredmar ja Per Linell (1999) ovat tutkineet normalisointia odottavien äitien ja kättilöiden vuorovaikutuksessa. Myös heidän mukaansa normalisointi näkyy kielellisesti muun muassa terveydenhoitajan käyttämässä aikamuodossa (presens) ja muissa geneerisissä muodoissa, kuten persoonan valinnassa. (Bredmar & Linell 1999: 237–270.) Suomenkielessä normalisointi voidaan tehdä myös esimerkiksi nollapersoonaa käyttämällä (ks. esim. VISK § 1347).

Keskisen (2009) mukaan huolenkerrontasekvenssien ja normalisointien syvälinen analyysi paljastaa, että normalisointi suuntaa keskustelun pois asiakkaan henkilökohtaisesta kokemuksesta ja ongelmaa käsitellään vain yleisellä tasolla. Asiakkaat myös usein palaavat takaisin huolenkerrontaan normalisoinnin jälkeen, mikä osoittaa sen, ettei normalisointia pidetä riittävänä vastauksena. Keskinen tuo esiin, että terveydenhoitaja toteuttaa näin institutionaalista tehtäväänsä tiedonantajana, ja informoi asiakasta siitä, mikä on tavallista ja miten asiat yleisellä tasolla ovat. (Keskinen 2009: 51–52.)

Keskisen tulokset ovat hieman erilaisia kuin omani. Hänen aineistossaan normalisointi on melko harvinainen vastaustapa. Neuvonnan ja informoinnin jälkeen yleisin responsitapa hänen aineistossaan on positiivisen puolen osoittaminen (Keskinen 2009: 52), kun taas omassa aineistossani tämä on normalisointi. Tämä saattaa osaltaan liittyä siihen, että Keskinen käsittelee vain psykososiaalisia, asiakkaan eksplikoimia ongelmia,

kun taas omassa tutkimuksessani keskitytään myös fyysisiin ja terveydenhoitajan eksplikoimiin ongelmiin.

Käsillä olevassa tutkimuksessa keskitytään tarkastelemaan ongelmankäsittelyä erityisesti kielitieteellisestä näkökulmasta. Mielenkiinnon kohteena on erityisesti keskustelu ja vuorovaikutus, sen sijaan että ongelmankäsittelyä tarkasteltaisiin jonkin erillisen taustateorian kautta. Suomalaisesta äitiysneuvolasta on melko vähän pelkkään vuorovaikutukseen ja keskustelun rakentumiseen keskittyvää tutkimusta, ja toivonkin tutkimukseni täydentävän tätä näkökulmaa. Tiitisen ja Ruusuvuoren (2014) ongelmankäsittelyä ja formulaatioita koskeva tutkimus hyvinvointineuvolasta on näkökulmaltaan samantyyppinen kuin oma tutkimukseni. Keskittyminen normalisointiin keskustelutoimintona tuo kuitenkin erilaisen näkökulman ongelmankäsittelyn vuorovaikutuksen rakentumiseen äitiysneuvolassa.

3 ONGELMANKÄSITTELYSEKVENSSIEN MUOTOUTUMINEN – ASIAKKAAT JA TERVEYDENHOITAJAT ONGELMIEN EKSPLIKOIJINA

Tutkimuksen analyysi jakautuu kahteen osaan. Ensimmäisessä osassa (luku 3) käsittelen ongelmankäsitteilysekvenssin muotoutumista erityisesti siitä näkökulmasta, minkälaisessa sekventiaalisessa paikassa ongelmia eksplikoidaan. Tutkimuksessa käytän käsitettä *ongelmankäsitteilysekvenssi* kuvaamaan keskustelujaksoa, jossa eksplikoidaan ongelmallinen asiantila. Jaksolla tarkoitan keskustelijoiden yhdessä luomaa kokonaisuutta, jossa ongelmaa käsitellään, en vain ongelmallisen asiantilan kuvausta. Tällaiseen jaksoon voi liittyä yksinkertaisimmillaan ongelmallisen asiantilan kuvaus sekä seuraavan keskustelijan responsi. Ongelmankäsitteilysekvenssit ovat aineistossani usein monipolvisia, ja niihin liittyy erilaisia laajennuksia.

Ongelmat liittyvät muun muassa raskausmyrkytyksen oireisiin, alhaiseen hemoglobiiniin, liian korkeaan tai matalaan verenpaineeseen, sikiön asentoon, äidin ruokavalioon, supistuksiin tai muihin kipuihin, synnytyksen kulkuun ja kivunlievitykseen. Erilaisia ongelmallisia asiantiloja on aineistossani 26. Joissain tilanteissa sama ongelma otetaan esiin uudelleen vastaanotolla, joten varsinaisia ongelmankäsitteilysekvenssejä on hieman enemmän (33).

Asiakas eksplikoi ongelmia hieman useammin kuin terveydenhoitaja (14 kertaa). Tämä tapahtuu kuitenkin yleensä terveydenhoitajan kysymyksen tai muun etujäsenen motivoimana. Vain kolmesti asiakas aloittaa ongelmankäsitteilysekvenssin oma-aloitteisesti. Yleensä asiakkaan eksplikoimat ongelmat liittyvät johonkin raskausajan fyysiseen vaivaan, mutta joukossa on myös muutamia psykososiaalisia huolenaiheita tai potentiaalisia ongelmia. Lisäksi osa ongelmista, esimerkiksi työssä jaksaminen, kietoutuu koko elämää koskevaksi ongelmaksi.

Terveydenhoitajan eksplikoimia ongelmatilanteita on aineistossani 12. Yleensä terveydenhoitajan eksplikoimat ongelmat ovat poikkeavia tutkimustuloksia (10 tilannetta). Tällöin terveydenhoitaja eksplikoi ongelman vierusparin etujäsenessä, sekvenssin en-

simmäisenä vuorona, joka on yleensä arvion muodossa. Poikkeavan tutkimustuloksen kertomiseen, eli ongelman eksplikoimiseen, saattaa liittyä myös eräänlaisia etulaajenuksia, esisekvenssejä. Kahdessa tilanteessa terveydenhoitaja paikantaa keskustelun avulla jotain potentiaalisesti ongelmallista, jolloin terveydenhoitaja tuo esiin ongelman niin sanotun kolmannen position vuoron yhteydessä. Ongelmien jakautuminen niiden esiin ottajan sekä sekventiaalisen paikan mukaan jaoteltuna topiikkia aloittavissa sekvensseissä on esitetty taulukossa 1.

Taulukko 1. Ongelman eksplikoivat toiminnot esiin ottajan ja sekventiaalisen paikan mukaan jaoteltuna topiikkia aloittavissa sekvensseissä

	Asiakas (14)	Terveydenhoitaja (12)
Etujäsen	oma-aloitteinen huolenkerronta x 2 neuvonpyyntö x 1	arvio x 10
Jälkijäsen	vastaus x 9 informointi x 1 vastaväite x 1	-
Kolmannen position vuoro	-	arvio x 2

Ongelmankäsittelysekvenssin rakenteeseen vaikuttavat monet tekijät. Ensinnäkin, sekvenssi muotoutuu erilaiseksi sen mukaan, kumpi ongelmallisen asiantilan eksplikoijana toimii. Useimmiten asiakkaat ilmaisevat ongelmallisen asiantilan jälkijäsenissä, kolmea poikkeusta lukuun ottamatta. Kun asiakas poikkeaa totutusta roolista ja ottaa aloitteellisemman roolin, ongelmasta kertominen alkaa vuorolla, jossa on erilaisia huomionkohdistimia (*kuule, kato*). Asiakkaat ottavat ongelmallisia asioita esiin eri tavalla kuin ter-

veydenhoitaja, ja muotoilevat ongelman eksplikoivan vuoron eri käytäntein, minkä voidaan nähdä heijastelevan vastaanottotilanteen institutionaalisia rooleja.

Asiakkaan vuoron muotoilusta ja kielellisistä valinnoista on nähtävissä, että erityisesti hänen ongelmaa kuvaavat vuoronsa ovat poikkeamia keskustelun normaalista kulusta. Ongelmalliset asiat ovat asiakkaalle itselleen merkityksellisiä, ne kuvataan huolenkerontaan liittyvin käytäntein. Muun muassa ongelmasta kertominen aloitetaan varovaisesti tiedustellen ja tilanteen kuvaamisessa käytetään ääri-ilmauksia⁷ (*ihan hirvee, rupes möyrästään ni hirvesti*).

Terveydenhoitajan paikantamia ongelmia on katsottava erilaisesta perspektiivistä, sillä ne eivät ole samalla tavalla merkityksellisiä hänelle kuin asiakkaalle. Terveydenhoitaja on toteuttamassa työtehtäviään ja toimii tilanteessa ammattilaisena. Tämä näkyy siinä, että terveydenhoitaja varustaa kuvauksensa esiin tulleista ongelmista erilaisilla epävarmuuden ilmaisimilla ja lieventimillä (*se on hieman ehkä tavallista pidempää, no ei se kyllä hirveen korkea ollu, pikkusen sul näkyy turvotuksia, yläpaine pikkusen korkeempi ku alapaine, se on pikkusen semmonen aavistuksen verran epätasane*), mikä pehmentää ongelmallisesta asiantilasta kertomista. Sen sijaan, että ongelmalliset asiantilat todellisuudessa olisivat välttämättä lievempiä kuin asiakkaiden kertomat ongelmat, tämän varovaisuuden voi nähdä olevan vuorovaikutuksellinen keino esimerkiksi asiakkaan potentiaalisen huolen hälventämiseksi.

Taulukossa 2 on esillä kaikki ongelman eksplikoivat toiminnot niiden esiin ottajan ja sekventiaalisen paikan mukaan jaoteltuna, mukaan luettuna ongelmat, joita käsitellään useammassa sekvenssissä. Kaikkien ongelmankäsitelysekvenssien perusteella asiakas ja terveydenhoitaja eksplikoivat ongelmia lähes yhtä usein, terveydenhoitaja kerran useammin.

⁷ Ääri-ilmauksista (*extreme case formulations*) mm. Pomerantz (1984).

Taulukko 2. Ongelman eksplikoivat toiminnot esiin ottajan ja sekventiaalisen paikan mukaan jaoteltuna mukaan luettuna topiikkia jatkavat sekvenssit

	Asiakas (16)	Terveydenhoitaja (17)
Etujäsen	oma-aloitteinen huolenkerronta x 2 neuvonpyyntö x 3	arvio x 10 yhteenveto x 4 formulaatio x 1
Jälkijäsen	vastaus x 9 informointi x 1 vastaväite x 1	-
Kolmannen position vuoro	-	arvio x 2

Siirryn seuraavaksi esittelemään keskeisiä aineistosta löytämiäni sekvenssirakenteeseen liittyviä ilmiöitä. Ensimmäiseksi käsittelen terveydenhoitajan eksplikoimat ongelmat (luku 3.1), jonka jälkeen käyn läpi asiakkaan esiintuomat ongelmat (luku 3.2). Luvussa 3.3 tarkastelen uudelleen esiin nostettuja ongelmia. Analyysin esimerkit olen otsikoinut sen teeman mukaan, jota ongelmankäsitteily koskee. Esimerkeissä käytän keskustelijoista lyhenteitä: T (terveydenhoitaja), A (asiakas) ja L (lapsi). Esimerkkiotetta seuraa varsinainen analyysi.

3.1 Terveydenhoitajan eksplikoimat ongelmat

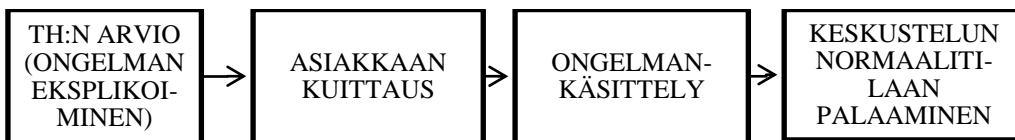
Erilaisten tutkimusten lisäksi keskustelu on toinen terveydenhoitajan väline kartoittaa raskaana olevan vointia ja raskauden kulkuun liittyviä asioita sekä perheen voimavaroja. Fyysiset tutkimukset, tutkimustulosten läpikäyminen ja sanallinen haastattelu limittyvät toisiinsa vastaanottokeskustelussa.

Terveydenhoitaja käyttää erilaisia keinoja arvioidessaan vastaanotolla äidin ja sikiön vointia. Erilaisia vointiin liittyviä ongelmia, vaivoja tai häiriöitä voidaan paikantaa esimerkiksi silmämääräisesti (esim. turvotus), fyysisellä tutkimuksella (esim. vauvan asennon tunnustelu), mittauksilla (esim. paino, verenpaine) ja laboratoriotutkimuksilla (esim. verikoe, virtsanäyte). Jos tutkimusten tuloksissa ilmenee jotain poikkeavaa, voi tämä olla merkki jostain lievästä tai vakavammasta raskausajan ongelmasta. Ammatillisen tietämyksensä puitteissa terveydenhoitaja tietää tutkimustulosten merkityksen ja raja-arvot, toisin sanoen sen, mitä voidaan pitää ongelmallisena.

Olen jakanut terveydenhoitajan eksplikoimat ongelmat kahteen kategoriaan. Luvussa 3.1.1 käsittelemme poikkeavien tutkimustulosten esiintuomisen kaksi rakennetta. Luvussa 3.1.2 tarkastelen keskustelussa esiin tulleita ongelmia, jotka terveydenhoitaja nostaa esiin kolmannen position vuoron jälkeen.

3.1.1 Terveydenhoitaja eksplikoivat poikkeavat tutkimustulokset suoraan tai viivytellen

Useimmiten terveydenhoitaja eksplikoivat ongelman heti havaittuaan sen. Tällainen ongelman käsittelysekvenssi alkaa terveydenhoitajan *arviolla* ongelmallisesta asiantilasta, jonka hän havaitsee fyysisen tutkimuksen, mittausten tai seulontatutkimusten yhteydessä. Tällaiset arviot liittyvät aineistossani melko lieviin ongelmiin. Sekvenssin perusrakenne on esitetty kuviossa 1.



Kuvio 1. Ongelmankäsittelysekvenssi 1: Lievästi poikkeava tutkimustulos

Kuvion 1 tyyppisessä sekvenssissä terveydenhoitaja kertoo havaitsemansa ongelman heti mittausten yhteydessä myös asiakkaalle. Kuvion rakenne on yleistys sekvenssistä,

ja todellisessa tilanteessa ongelman käsittely on monipolvisempaa. *Ongelmankäsittelyllä* tarkoitan ongelman muotoilua sekä erilaisia ratkaisuyrityksiä, kuten neuvomista ja informoimista. *Keskustelun normaalitilaan palaaminen* taas liittyy sekvenssin sulkeviin käytänteisiin ja ongelmasta keskustelemisen lopettamiseen.

Kertomalla poikkeavan tutkimustuloksen tai -havainnon heti tutkimuksen yhteydessä terveydenhoitaja pitää asiakkaan hyvin tilanteen tasalla. Usein terveydenhoitajat kuvailevat mittaustulosta raja-arvoihin suhteutettuna, ja kertovat mitattavan asian olevan esimerkiksi *normaali*, *koholla* tai *matala*, ja mainitsevat tämän lisäksi tarkan numeerisen arvon, johon arvio perustuu.

Esimerkki (4) on synnytyksen jälkitarkastuksesta. Terveydenhoitaja ja asiakas ovat keskustelleet rautalääkityksestä ja alhaisista *veriarvoista* (kyseessä on ilmeisesti hematokriittiarvo). Esimerkissä (4) terveydenhoitaja kertoo lukeman olevan edelleen alhainen (*ei se kyllä hirveen korkea mikään ollu*, r.4), ja selventää arviotaan numeerisella tuloksella (*elikkä tota kolkkytkuus*, r.4–5). Lisäksi terveydenhoitaja vertaa nykyistä arvoa raskausajan lopun lukemaan (r.5–6).

(4) Veriarvot

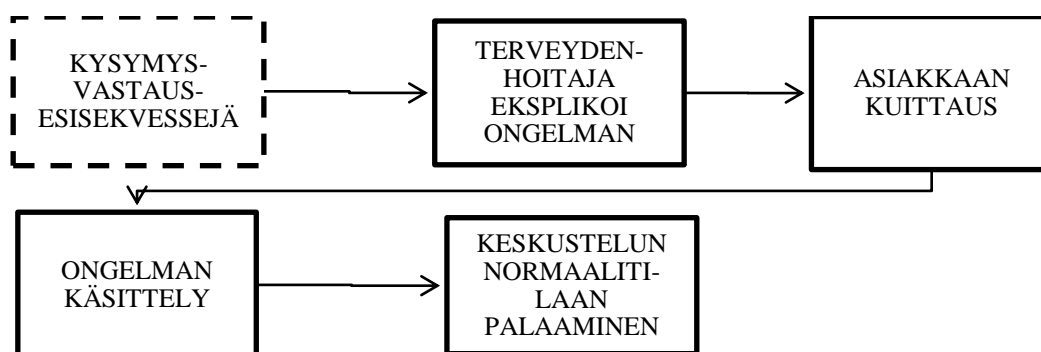
- 01 T: mä katon jos se ois (.) pyöriny [valmii]ks toi näyte,
 02 A: [mm?]
 03 (142.0) ((terveydenhoitaja pois huoneesta))
 04 T: no ei se kyllä hirveen korkea mikään ollu elikkä tota
 05 kolkytkuus (.) se on sitä samaa luokkaa mitä sulla lähties[sä] oli
 06 .hh synnytykseen lähtiessä
 07 A: [ni,]
 08 A =m,<

Esimerkissä (4) terveydenhoitaja eksplikoi ongelmallisen asiantilan (r.4), jonka jälkeen hän kertoo tarkan numeerisen tuloksen (r.5) ja selittää lukemaa (r. 5–6). Asiakas vastaa terveydenhoitajan tekemiin arvioihin yleensä minimaalisesti käyttämällä dialogipartikkeleita (*joo, niin, mm, mhm*) tai nyökkäämällä. Esimerkissä (4) asiakkaan kiittäminen on

rivillä 7–8. Tällaisten ongelmien kohdalla asiakkaat vaikuttavat luottavan terveydenhoitajan ammatilliseen tietämykseen ja ovat melko passiivisia tiedon vastaanottajia. Asiakkaat eivät esimerkiksi esitä kysymyksiä asiasta, pyydä lisätietoja tai neuvoja. Tämä voi myös osaltaan selittyä sillä, että aineistossani asiakkaat ovat uudelleensynnyttäjiä. Lisäksi kyseessä ei ole meneillään olevankaan raskauden ensikäynti. Näin ollen asiakkaila saattaa olla enemmän raskauden kulkuun liittyvää yleistietoa ja sen hetkisen raskautensa kulkuun liittyvää tietämystä. Tällöin tulosten merkitys saattaa näyttäytyä selkeänä asiakkaille sellaisenaan. Asiakkaan minimipalautteen jälkeen terveydenhoitaja tavallisesti toteuttaa neuvonnan tai informoinnin, tai jatkaa aiheen käsittelyä esittämällä jatkokysymyksiä tai normalisoi eksplikoimansa ongelman. Myös esimerkin (4) tilanne jatkuu neuvontajaksolla.

Aineiston perusteella vaikuttaisi siltä, että lääketieteelliset lievät ongelmat käsitellään suoraviivaisesti, jolloin myös sekvenssirakenne on yksinkertainen. Sekvenssin mutkattomuus ja asiakkaiden tietynlainen passiivisuus voi osaltaan selittyä sillä, että terveydenhoitajilla saattaa olla tapana antaa neuvoja poikkeuksellisen tuloksen kohdalla automaattisesti. Terveydenhoitajan institutionaalisiin tehtäviin ja rooliin toisin sanoen kuuluu terveysterveystieteen antaminen tarvittaessa, ja asiakkaat odottavat tällaista käsittelytapaa. Lisäksi tällaisissa tilanteissa ollaan ehkä kaikkein selkeimmin terveydenhoitajan maaperällä, asiakkaat siis luottavat erityisesti terveydenhoitajan lääketieteelliseen asiantuntemukseen.

Toinen tapa eksplikoida poikkeava testitulokseksi on kertoa tutkimustulos viivytellen. Tällöin poikkeuksellisen tutkimustuloksen eksplikoiva perussekvenssi saa laajennuksia. Terveydenhoitaja kartoittaa erilaisia oireita, jolloin sekvenssi saa etulaajennukseksi kysymys-vastaus-kuittaussekvenssin. Myös tällaista ongelmankäsittelysekvenssiä seuraa asiakkaan minimaalinen kuittaus tai hyväksyntä. Poikkeava seurantalokseksi kerrotaan vasta oireita kartoittavien kysymys-vastaussekvenssien jälkeen eli siihen edetään esisekvenssien kautta. Tämä tapa ei eksplikoi ongelmaa niin nopeasti. Aineistossani tätä tapaa käytetään kahdessa tilanteessa. Tämä perussekvenssin muunnos on esitetty kuviossa 2.



Kuvio 2. Ongelmankäsittelysekvenssi 2: Askelittainen siirtymä poikkeavaan tutkimustulokseen

Kuvion 2 sekvenssirakenteessa on kyseessä terveydenhoitajan aloittama sekvenssi, joka alkaa vastaanoton toimintojen lomassa ilman pohjustusta. Terveydenhoitaja aloittaa sekvenssin kartoittamalla oireita kysymyksillä, jonka jälkeen hän kertoo poikkeavan tutkimustuloksen. Kysymysten yhteys poikkeavaan tutkimustulokseen jää tällaisessa tilanteessa implisiittiseksi, jolloin asiakkaalle saattaa jäädä epäselväksi poikkeuksellisen tutkimustuloksen merkityksellisyys ja sen yhteys oireisiin. Kokonaiskuvan hahmottaminen olisi olennaista myös asiakkaalle, mutta vuorovaikutuksessa ei eksplisiittisesti tuoda yhteyttä esiin. Havainnollistan tilannetta aineisto-otteella. Esimerkissä (5) on tilanne, jossa terveydenhoitaja kysyy päänsärystä ja muista oireista keskustelun lomassa.

(5) Valkuaista

- 01 T: poikkeavaa oo (.) .h mites tota onks sulla mitään
 02 päänsärkyä ollu,
 03 (0.3)
 04 A: /m< \m<=
 05 T: =mm (.) joo eikä mitään #mm# semmosta (.)
 06 huanonolontunnetta taikka (.) muuta,
 07 (.)
 08 A: *<e:i> ei mulla* [n(h)ii he hehheh
 09 T: [tarkotan lähinnä niin ku
 10 T: ylämaha< #ö<# tyyppisesti,
 11 A: e:i [e:i
 12 T: [joo .hh sillä sitä kysyn #öv# tota: tos

- 13 T: virtsanäytteessä #v# se ny on >semmonen<
 14 häivähtävä (.) se valkuainen elikkä .hh
 15 #u:v# tavallisesti se et jos sitä ni-
 16 nimeks siinä on niin voi sanoo että suurin
 17 syy on se että valkovuotoo sen verran tulee
 18 et se värjää se värjää sen niin kun .hh
 19 A: jo[o.
 20 T: [positiiviseks .hh mutta tota: siks niit
 21 T: #uv# toinen vaihtoehto on se et siinä on
 22 niin kun selkeesti valkuaista erittyä virtsaan

Esimerkki (5) alkaa esisekvensseillä. Terveystenhoitaja esittää oireita kartoittavia kylä/ei-kysymyksiä (r.1–2, 5–6) ja tarkentavia kysymyksiä (r.9–10), joihin kaikkiin asiakas vastaa kieltävästi. Vasta tämän jälkeen terveydenhoitaja tarjoaa selitystä irrallisille kysymyksille ja eksplikoii samalla ongelman. Samalla kun terveydenhoitaja eksplikoii ongelman, hän myös selittää siihen liittyviä aikaisempia kysymyksiään (riveillä 12–18) ja tekee näin näkyväksi oireita kartoittavaa prosessia, niin että kysymysten ja näin ollen myös oireiden yhteys ei jää implisiittiseksi.

Esisekvenssit ovat hieman etäällä ongelman eksplikoimisesta, joten ilman terveydenhoitajan selitystä niiden merkitys voisi jäädä asiakkaalle epäselväksi. Esimerkissä (5) terveydenhoitaja myös kertoo (rivillä 15–18) tavallisimman (*tavallisesti, suurin syy*) syyn poikkeavaan tulokseen, mutta lisäksi tuo esiin myös toisen vaihtoehdon (rivillä 21–22). Poikkeuksellista on siis, että valkuaista erittyy virtsaan, ja se voi olla merkki ainakin kahdesta asiasta: valkovuodosta näytteessä tai jostain vuorovaikutuksessa eksplikoimattomasta asiasta.

Esimerkin (5) tilanteessa terveydenhoitaja jatkaa ongelman käsittelyä esittämällä toimintaohjeen uutta näytteenottoa varten. Kummassakin vastaavanlaisessa otteessa terveydenhoitaja vaihtaa topiikkia melko nopeasti, eikä asiakas kysy poikkeuksellisesta tuloksesta. Tällainen ns. askelittainen siirtymä poikkeuksellisen tutkimustuloksen eksplikoimiseen esiintyy tilanteissa, joissa taustalla on epäily vakavammasta raskausajan ongelmasta. Käsittelytapa muistuttaa lääkärin diagnoosin tekoa. (Ks. mm. Peräkylä 2001: 71–88.) Tilanteessa olennaista onkin sekä valkuaisen esiintyminen että erilaiset

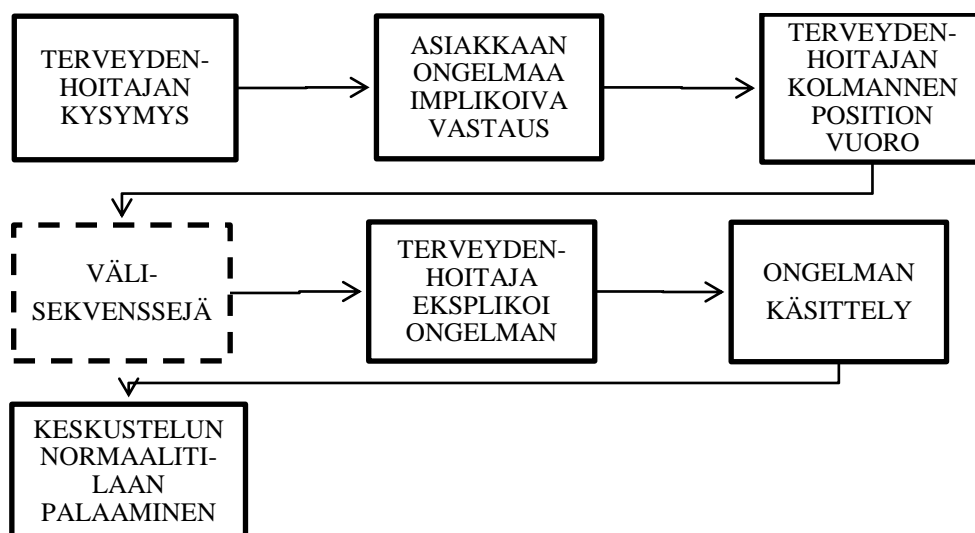
oireet yhdessä tämän kanssa, mikä voisi olla merkki pre-eklampsiasta (raskausmyrkytyksestä).

Terveydenhoitaja ei tilanteessa eksplikoi, mikä taustalla olisi, jos tutkimustuloksesta kävisi ilmi, että valkuaista *selkeästi erittyy virtsaan*. Tilanteessa kerrotaan vaarattomampi vaihtoehto, kunnes epäilyt vaarallisemmasta vaihtoehdosta saadaan poissuljettua. Näin pienestä aineistosta ei vielä voi tehdä varsinaisia johtopäätöksiä, mutta näyttäisi siltä, että erityisesti lääketieteellisissä ongelmissa luotetaan terveydenhoitajaan, eivätkä asiakkaat kysy lisätietoja epäiltäessä vakavampaakaan ongelmaa. Lisäksi kummassakin tilanteessa, jossa poikkeuksellinen tulos eksplikoidaan esisekvenssien jälkeen, terveydenhoitaja myös mainitsee tutkimustuloksen uudelleen muiden tutkimusten yhteydessä.

Vakavampiin tilanteisiin liittyy monitulkintaisuutta, ja usein terveydenhoitajakin voi olla hieman epävarma oireiden syystä. Epäiltäessä vakavaa ongelmaa on erityisen tärkeää, että asiakas itse ryhtyy seuraamaan olotilaansa. Sekvenssirakennetta tutkimalla näkyy, miten terveydenhoitaja avaa ongelman käsittelyprosessiaan myös asiakkaalle, ja tasoittaa tiedollista epäsymmetriaa. Usein ongelma jää vuorovaikutuksessa vaille lopullista ratkaisua, sillä tilanteessa jäädään odottelemaan tuloksia uudesta näytteestä, joka vasta kertoo tilanteen todellisen ongelmallisuuden.

3.1.2 Terveydenhoitaja tuo esiin asiakkaan implikoiman ongelman kolmannen position vuoron jälkeen

Terveydenhoitaja voi paikantaa ongelmallisen asian myös keskustellessaan asiakkaan kanssa. Tällaisia esimerkkejä on aineistossani kaksi. Näissä tilanteissa terveydenhoitaja nostaa esiin jonkin asiantilan ongelmallisuuden asiakkaan kertoman pohjalta. Ongelmankäsittelysekvenssin rakenne on esillä kuviossa 3.



Kuvio 3. Ongelmankäsittelysekvenssi 3: Terveydenhoitaja eksplikoi ongelman kolmannen position vuoron jälkeen

Kuviossa 3 on yksinkertaistettu malli ongelman käsittelysekvenssistä, jossa terveydenhoitaja eksplikoi ongelman kolmannen position vuoron ja välisekvenssien jälkeen. Jo terveydenhoitajan kolmannen position vuoro implikoi asiakkaan vastauksessa olevan jotain ongelmallista. Aineistossani terveydenhoitaja esittää välisekvensseissä tarkentavia kysymyksiä, joihin asiakas vastaa niin, että ongelman lopullinen muoto tulee esiin. Tämän jälkeen terveydenhoitaja eksplikoi varsinaisen ongelman.

Edellä kuvatun kaltaisia sekvenssejä on aineistossani kaksi. Esimerkissä (6) ongelman käsittelysekvenssi alkaa kolmiosisella sekvenssillä.

(6) Jälkivuoto

- 01 T: kovaa mutta (.) [mjoo] .mt miten kauan sul se jälkivuoto
 02 A: [noo]
 03 T: synnytyksen jäl[keen kesti,]
 04 A: [kyllä mulla] kesti kuule pitkään ku mä
 05 tossa (1.0) varmaan viä viime viikolla kum mää (--)
 06 välillä niinkun oli että se: (.) oli mut sit jos niinku
 07 .hh tavallaan semmosetki justii >mä em muista olikohan se

- 08 sunnuntainaki *viä*< /oli kato ku (.) jos mää seison
 09 pitempään ulkona ni sit tulee *(jo)* verta.
 10 (0.1)
 11 T: <mmm> (.) vieläkin,=
 12 A: /joo-o?=
 13 ((poistettu 5 riviä))
 14 T: ja toi on kuitenkin on vielä niin >että siis< tässä välillä on
 15 ollu [niinkun
 16 A: [välillä on ettei tuu (.) mut sitte jos sillai että jos
 17 mää pitemmän aikaa niinkun seison (.) pihallaki tai .hh
 18 no joskus voi varmaan sillain kun (.) imettääki tai semmosta
 19 jotai*ni* <sitte tulee.>
 20 T: j[oo.
 21 A: [nykki mä muistan sunnuntaina ni,
 22 T: mmm?
 23 A: (--)
 24 T: se on hiukan ehkä tavallista< (.) pidempään ny[t sitte ollu]
 25 A: [no ku mä]
 26 A: ihmettelin että miten tää ku mää kelt(h)ä mää jo kysyin
 27 tutultaki että k(h)auan s(h)e jo ol(h)i?
 28 T: [siis neljä viis viikkoo on ehkä semmonen keski[määränen
 29 A: [(--)] /nii et
 30 T: aika?]
 31 A: se on] jotenki kauheen pitkään ny [(--)]
 32 T: [joo jos]kus menee niin et
 33 seittemän kaheksan viikkoo mutta ajattelin näin et jos nyt
 34 vielä sanotaanko että: #m# ei rupee yhtään laantuu ja jos
 35 kirkasta verta vielä tu[lee?
 36 A: [mut ei sitä niinku joka päivä et
 37 Sillai satunnaises[ti,
 38 T: [nii mutta se että verisenä tässä vai[heessa
 39 A: [>ni,<
 40 T: Niin on se tavallista pi[dempään]
 41 A: [/joo,] /nii=

Esimerkin (6) alussa terveydenhoitaja kysyy asiakkaalta jälkivuodon kestosta. Asiakkaan vastaus alkaa (r.2,4) epärointiänteillä (*noo kyllä*) ja siinä on huomionkohdistimia (*kuule*) ja ääri-ilmauksia (ks. mm. Pomerantz 1984) muistuttavia rakenteita (*viä viime viikolla, sit tulee jo verta*). Merkillepantavaa esimerkissä on terveydenhoitajan aloituskysymyksen tempus (*kesti*), joka implikoi, että vuodon pitäisi olla jo ohi. Myös asiakas käyttää imperfektiä vaikka myöhemmin samassa vuorossa (r.9) käy ilmi, että vuoto jatkuu yhä. Myöhemmin asiakas käyttääkin vuodosta preesensia (*tulee*).

Jo terveydenhoitajan kuittaava kolmannen position vuoro (r.11) implikoi asiassa olevan jotain ongelmallista: terveydenhoitaja vastaa yllättyneesti, nousevalla intonaatiolla lausutulla *vieläkin*-partikkelilla, eräänlaisella jatkokysymyksellä. Asiakkaan kuittauksen jälkeen terveydenhoitaja jatkaa ongelmankäsittelyä kysymyksillä (välisekvenssejä). Rivillä 24 terveydenhoitaja eksplikoi jälkivuodon kestäneen tavallista pidempään. Arvioivaan vuoroonsa terveydenhoitaja liittää epävarmuuden ilmaisimen (*ehkä*) ja lieventävän määritteen (*hiukan*). Terveydenhoitajan varovaisuus tai hienovaraisuus saatetaan tulkita epävarmuudeksi, jolloin asiakas ei heti tunnista ongelman vakavuutta.

Asiakas esittää kannanoton (r. 36–37), jolla korjaa aikaisempaa kuvaustaan jälkivuodosta (vuotoa tulee vain satunnaisesti). Asiakas (r.36) lieventelee ongelmaa *mutk*-kannanotossaan, eikä eksplisiittisesti osoita ymmärtävänsä asiantilan ongelmallisuutta. Terveydenhoitaja aloittaakin seuraavaksi (r.38) painokkaan *niin mutta* -alkuisen kannanoton, jota tehostaa sanajärjestyksellä (predikaatti ennen subjektia, *niin on se tavallista pidempään*) (ks. esim. VISK § 1366). Tällöin asiakas implikoi (r. 41, *joo nii*) ymmärtäneensä ongelman (ks. esim. Hakulinen 1997a: 15–16, Sorjonen 1999: 170–188). Esimerkissä näkyy, miten terveydenhoitaja muokkaa arviotaan painokkaammaksi, ja jatkaa käsittelyään kunnes saa selkeän hyväksyvän responssin.

Esimerkissä (7) on kyseessä tilanne, jossa terveydenhoitaja kysyy isän lomista. Rivillä 4 terveydenhoitaja tietyllä tapaa arvioi asiakkaan vastausta ja presupponoi isyyslomien pidon itsestään selväksi asiaksi.

(7) Isyysloma

- 01 T: onks sillä isillä kesälomaa ollenka.
 02 L: o (.) ei,
 03 A: ei taida oll[a
 04 T: [nii että isyyslomat (0.3) vai,=
 05 A: =mää en tiädä isyysloma< (.) uskaltaako se
 06 t- kuinka sitte (0.8) ottaa sitä nyt (.) ku se
 07 on nyt (.) pitäis olla (.) siäl on yks lomalla
 08 tualta niin,
 09 T: mm-m,=

- 10 A: =että kuinka se nyt sitte tähä< tässä vaiheessa
 11 saa,
 12 T: mm-m,
 13 ((poistettu 10 riviä))
 14 T: .h onks hällä (.) niin kun #ö:# kuitenkin
 15 vakinainen työsuhde [et se viikonlo-
 16 A: [joo se on niin kun
 17 A: vakituinen lomi*ttaja*.
 18 L: [saaks mä äiti jo mennä.
 19 T: just,=
 20 A: =m,=
 21 T: =joo (.) et (-) (--)
 22 L: [<saanko>
 23 T: oikeushan isyyllomaan on että sitä ei
 24 periaatteessa niin kun .hh työ[paikka voi
 25 L: [saanko
 26 T: [kiältää [(.) mutta se on
 27 L: [äiti [sano nyt (--)
 28 A: [joo.
 29 T: [tiätty ihan niin kun perhekoh[
 30 L: [[tanen
 31 A: [niin että
 32 T: [asia et kuinka haluaa tehdä,
 33 L: [
 34 A: [taikka kehtaako se sitten,
 35 T: mmm.=
 36 A: =kun on periaatteessa vasta menny niin,
 37 T: mmm.
 38 A: että [kehtaako sitten,
 39 T: [mm
 40 T: [mmm.

Asiakkaan vastaus (r. 5–8), erityisesti sanavalinta *uskaltaako* (r.5), implikoi jonkinlaista ongelmallisuutta. Asiakas jatkaa vielä (r.10–11): *että kuinka se nyt tässä vaiheessa saa*, mikä viestii tilanteen hankaluudesta (*saa*-verbivalinta). Tästä seuraakin useita välisekvenssejä, joiden jälkeen terveydenhoitaja informoi ja ohjeistaa isyylloman lakisääteisydestä. Merkillepantavaa on erityisesti se, miten terveydenhoitaja eksplikoi, ettei tätä työpaikka voi *kieltää* (r.26). Lopullisen päätöksenteon terveydenhoitaja jättää kuitenkin asiakkaalle eksplikoidessaan, että on perheen oma asia, kuinka *haluaa* (r.32) tehdä. Tämän jälkeen asiakas kuvaakin tilannetta hieman eri tavalla, ja käyttää *saada* ja *uskaltaa* verbien sijaan verbiä *kehtaako* (r.34). Asiasta keskustelu jatkuu yhteiskonstruktios-

sa⁸, jossa asiakas ja terveydenhoitaja täydentävät toistensa syntaktisia kokonaisuuksia, ja jonka avulla he osoittavat samanlinjaisuutta ja ymmärtämistä toistensa edeltävää vuoroa kohtaan.

Vaikka esimerkeillä (6) ja (7) on eroavaisuuksia, on niille yhteistä se, että minimipalautteiden sijaan asiakkaat vastaavat terveydenhoitajille laajoilla lausevastauksilla ja kuvauksilla, joissa tuovat esiin oman näkemyksensä asiasta. Myös asiakkaat siis näyttävät aktiivisina ongelman käsittelijöinä. Esimerkeillä (6) ja (7) on selviä yhtäläisyyksiä Heritagen ja Sefin (1992: 359–417) esittämään malliin askelittaisesta siirtymästä neuvon. Tällaisessa sekvenssissä neuvontaa edeltävät terveydenhoitajan kysymykset, joilla hän ikään kuin tiedustelee asiakkaan näkemystä jostakin asiasta voidakseen muotoilla neuvon asiakkaalle sopivaksi.

Esimerkin (6) lääketieteellisessä ongelmassa terveydenhoitajan kannanotto on selkeän painokas, eikä jätä tilaa eriäville mielipiteille, kun taas esimerkin (7) Kelan etuusasiassa hän on pikemminkin vain tiedottaja, tiedon välittäjä, jolloin päävastuu on asiakkaalla. Esimerkissä (6) on vakavampi lääketieteellinen ongelma, esimerkissä (7) taas harkinnanvarainen, *perhekohtainen*, jolloin päätöksenteko jää asiakkaalle. Tämän vuoksi sekvensseistä muotoutuu erilaiset. Isyysloma-keskustelussa terveydenhoitaja asettuu enemmän myötäilijän asemaan, ja ongelmaa muotoillaan yhteiskonstruktiossa. Jälkivuodon suhteen terveydenhoitaja taas varmistaa, että asiakas on ymmärtänyt ongelmallisuuden ja antaa ohjeita jatkoa varten. Asiakkaiden aktiivisuus ja sekvenssien monipolvisuus saattaa selittyä sillä, että asiakkaat eivät heti tunnista ongelmaa, koska se tulee heille yllätyksenä. Minimiresponssin sijaan vastaus on jollain tapaa terveydenhoitajan vuoroa korjaava tai muokkaava, eivätkä asiakkaat näyttäyty näissä sekvensseissä lainkaan passiivisessa roolissa.

⁸ Yhteiskonstruktiossa on keskusteluanalyttisessä perinteessä käytetty muun muassa nimityksiä: *collaboratively built sentences* (Sacks 1992: 144–147) ja *co-constructions* (Helasvuo 2004).

3.2 Asiakkaan eksplikoimat ongelmat

Määrällisesti asiakkaan ja terveydenhoitajan ongelmien esiintuominen ei eroa toisistaan merkittävästi. Laadullisesti ongelmien eksplikoimisessa olennaisin ero on se, että asiakas tuo esiin ongelmia pääasiassa jälkijäsenissä, kun taas terveydenhoitaja etujäsenissä. Asiakkaiden oma-aloitteisuus on näin ollen melko vähäistä, joten terveydenhoitajan etujäsenet ovat olennaisia ongelmien esiin tulemisen kannalta. Myös Ruusuvoori ja Tiitinen (2014: 52) ovat havainneet terveydenhoitajan aloittavan useimmiten ongelmankäsitteilysekvenssit äitiys- ja lastenneuvolassa. Seuraavassa luvussa (3.2.1) käsittelemme asiakkaan jälkijäsenissä eksplikoimat ongelmat. Luvussa 3.2.2 tarkastelen asiakkaiden oma-aloitteisesti aloittamia ongelmankäsitteilysekvenssejä.

3.2.1 Asiakas eksplikoii ongelman vastauksissa ja muissa jälkijäsenissä

Terveydenhoitajan kysymys on yleisin sekvenssiä aloittava vuoro, kun asiakas eksplikoii ongelman. Asiakkaan ongelman eksplikoinnin sisältävät jälkijäsenet ovat siis pääsääntöisesti vastauksia. Näitä edeltäviä kysymystyyppejä on monenlaisia, avoimempia ja suljetumpia, eri tavoin vastauksen alaa rajaavia. Lisäksi jälkijäsenten joukossa on yksi asiakkaan tiedonanto ja yksi erimielinen kannanotto, jolloin terveydenhoitajan esittämät etujäsenet ovat tiedonanto ja arvio.

Jälkijäsenille on yhteistä se, että asiakkaat vastaavat laajalla lausevastauksella ja aloittavat kerrontajakson, joka joissain tapauksissa on hyvinkin pitkä. Terveydenhoitaja osallistuu keskusteluun tässä vaiheessa pääasiassa dialogipartikkelein. Tyypillinen paikka tuoda esiin ongelmia on avauskysymys, *mitä kuuluu* -tyyppinen kysymys. Näyttäisi siltä, että asiakas on valmistautunut raportoimaan raskauden kulusta sekä miettinyt valmiiksi sen hetkisiä ongelmia. Asiakkaille yleinen vastautustapa on *ihan hyvää, mutta* -tyyppinen rakenne, jossa vastaukseen yhdistyy viimeaikaiset tekemiset ja raskausajan vaivat, joita samassa yhteydessä on ilmennyt.

Esimerkissä (8) sekvenssin aloittaa terveydenhoitajan kahdesta hakukysymyksestä muodostuva vaihtoehtokysymys (r. 2–3).

(8) Rasituskipu

- 01 T: joo se tuli ihan (senkka) seittemän viikolla (.) tota:
 02 onks mitään nyt jos aattelet viikon aikaa niinku kum-
 03 mallista taikka erikoista ollu vai ookko hyvin jaksellu.
 04 (0.3)
 05 A: ihan sillai< nhorhmaalis- siis suht koht ihan hyvin
 06 mutta,
 07 T: mmm,
 08 A: supistelut on ollu sitte heti että (.) ku tossa oli (0.2)
 09 viikonloppuna oltii (.) Piikin saarella ja tuli käveltyä
 10 enemmän ni kyl se sitte (0.2) sit illalla oli nin kipee,
 11 T: mm[m,
 12 A: [täält alhaalta että,=
 13 T: =just,
 14 (0.2)
 15 A: siis todella paino et mä en meinannu päästä s'tte illalla
 16 enää käveleen,
 17 T: joo .hh pidikkö päivällä taukoja siinä liikkumisessa vai
 18 [oliks (--)

Esimerkissä (8) myös terveydenhoitajan kysymyksen muotoilu (r.1–3, *kummallista taikka erikoista*) rohkaisee asiakasta kertomaan nimenomaan ongelmista. Lisäksi *jaksellut* viittaa asiakkaan fyysisiin tai psyykkisiin voimavaroihin. Asiakkaan ongelmakuvauksesta näkyy, miten raskaus käytännössä kietoutuu muuhun elämään, jolloin samankaltaiset raskauskuulumiset voisivat olla myös esimerkiksi ystävien välisestä keskustelusta. Terveydenhoitajan responssi (r.17) kuitenkin muistuttaa tilanteen institutionaalisuudesta, kun terveydenhoitaja jatkaa ongelman käsittelyä jatkokysymyksellä. Myös terveydenhoitajan kiittaukset (r.13 *just* ja r.17 *joo*) tuovat esiin sekvenssirakenteen institutionaalisuuden, kun partikkeleilla osoitetaan empatian tai samastumisen sijaan edeltävä asia ainoastaan ymmärretyksi (ks. esim. Hakulinen 1997a: 15–16, Sorjonen 1999: 170–188).

Esimerkissä (9) terveydenhoitajan kysymys (r.1) on avoimempi kuin edeltävässä esimerkissä. Asiakkaan *ihan hyvin* -vastauksen jälkeiset yksityiskohtaiset kuulumiset liittyvät raskauden kulkuun ja esiin tuodaan tämän jälkeen myös jotain ongelmallista.

(9) Möyrästäminen

- 01 T: <justaansa> (.) kuinkas tota (.) viikko [on sujunu
 02 L: [miks toss
 03 on toi kame[ra
 04 A: [kyllä se ihan (.) ihan hyvin että
 05 (0.4) että (.) kylä mää perjantai-iltana aattelin
 06 että joko lähetään ku rupes möyrästään ni hirvesti
 07 mutta et[tä] se möyrästi sen illan ja sit se
 08 T: [mm,]
 09 A: oli*ki* pari pari päivää vähän rauhallisempi ja
 10 .h (.) taas se alotti.
 11 T: just tarkotak sää möyrästämisell#ä:# liikkumis[ta
 12 A: [ju<
 13 T: [vai (.) supistelemista (.) joo?]
 14 A: [juu liikkumista] ja sitte just
 15 A: sitä että se niin kun .hh tuikkii johkin tonne alas
 16 että se niin kun< (0.2) saa- et ihan kun ois niin
 17 ku pistetty sillai sävähdytteli tonne,
 18 T: jo[o.

Vaikka esimerkin (9) kysymys on avoin, käsittelee asiakas automaattisesti raskauteen liittyviä asioita. Näyttäisi siis siltä, että etujäsenenä olevan kysymyksen muodolla ei ole suurtakaan merkitystä jälkijäsenenä. Toisaalta taas jo terveydenhoitajan käyttämä ajanmääre *viikko* viittaisi siihen, että tiedustellaan nimenomaan sitä, miten edellisen käynnin jälkeinen viikko on sujunut.

Institutionaalinen tilanne muotoilee vastauksesta poikkeuksetta tietynlaisen, ja kuulumiset keskittyvät raskauteen. Usein ne nivoutuvat kuitenkin huomaamatta arjen muihin kuulumisiin, joten tilanne on hieman erityyppinen, vapaampi tai tuttavallisempi, kuin esimerkiksi lääkärin vastaanotolla (ks. esim. Peräkylä 1997: 187–190). Esimerkissä (8) ja (9) terveydenhoitajan kysymykset ovat hieman erimuotoiset, mutta kumpikin toimii

vastaanoton aloituskysymyksenä. Asiakkaan vastaukset ovat rakenteeltaan hyvin samankaltaiset, ja kummassakin kerrotaan lopuksi jokin raskauden kulkuun liittyvä ongelmallinen asia. Näin tapahtuu terveydenhoitajan aloituskysymysten jälkeen kaikilla aineiston vastaanottotilanteissa. Terveydenhoitajan kysymyksen rakenteella ei siis näyttäisi olevan suurta merkitystä, vaan asiakkaat vastaavat samaan tapaan terveydenhoitajan vuoron muotoilusta riippumatta.

Vastauksien lisäksi aineistossani on kaksi muuta jälkijäsentä, joissa asiakas eksplikoii ongelman: vastaväite ja tiedonanto. Esimerkki (10) alkaa arvio-vastaväitesekvenssillä (r.1–3).

(10) Turvotus

- 01 T: *<mjoo>* mutta sull ei kyllä suuremmalti
 02 turvotuksia oo että,=
 03 A: =kyllä kuule illall(h)a [r(h)upee (-) sit,
 04 T: [illalla,
 05 T: ni,
 06 A: sukat vaikka ne on kuinka löysät ni jää
 07 heti jäl[jet ja,
 08 T: [joo (.) ja< (.) oisko pikkusen
 09 T: kas[voissa mutta et siis ku käsiäs kattoo
 10 A: [mmm,
 11 T: nin ei mitenkään semmoset niin kun [(-)
 12 A: [on näissäkin
 13 A: vähä mullaki ku tää sormus on niin tiukka et se
 14 oli (.) tosi löysä sillon ku mä sain sen ja,=
 15 T: =joo.
 16 A: nyt se on ihan tämmönen,
 17 T: >mm (.) mm<
 18 (0.7)
 19 T: *kyllä* .mt .h tota: #mm# kyllähän se normaalia
 20 tässä vaiheessa on että sitä pikkusen nestettä on
 21 et [siin ei niin kun sinällänsä mitään (.)
 22 A: [joo.
 23 T: poikkeevaa oo (.) .h mites tota onks sulla mitään

Esimerkissä (10) asiakas ei vastaa minimaalisesti niin kuin yleensä, vaan alkaa kertoa arviolle vastakkaisesta näkemyksestään (r.6–7) ääri-ilmauksia käyttäen. Keskustelu saa väittelyn piirteitä, ja terveydenhoitaja asettuu aluksi myötäilijän asemaan.

Esimerkissä (11) on tilanne, jossa terveydenhoitaja informoi tulevasta verikokeesta ja hemoglobiiniarvojen seurannan merkityksellisyydestä (r.1–6). Sen sijaan, että asiakas vastaisi minimaalisesti, hän tarjoaa terveydenhoitajalle lisää tietoa siitä, miten asian kanssa kahden aiemman synnytyksen aikana tai jälkeen on käynyt (r. 7–8).

(11) Hemoglobiini

- 01 T: ens viikolla vähä< (.) voitas kat[too se kertaalleen [vielä
 02 A: [nii justii [.joo
 03 T: niin et nähdään sitte [mikä se on synnytystä ajatellen
 04 A: [*kyllä
 05 T: ni tiedät vähä sitte () mitä ä< synnytyksen jälkeen ()
 06 T: rauran ja muun suhteen<=
 07 A: =Tiinaha si- Tiinastahan mulla muuten si- sillon ni mä
 08 menetin litran ver- verta siinä synnytyksessä.
 09 (0.5)
 10 T: joo. [vanhemmasta.
 11 A: [(-)
 12 A: joo.=
 13 T: =joo.=
 14 A: =joo. (.) mutta ei Maritasta sitte (.) em mä tiä mikä
 15 siinä sitten oli että (0.5) minkä takia se niin< (.)
 16 et sillonhan mä sain ihan siis sen kohtauksen,
 17 T: mmm?
 18 A: rupes tärisyttään ja
 19 T: just.
 20 (.)
 21 T: .hh tota:
 22 A: mut ei sillon annettu verta että (.) olin s't niin hyvässä
 23 kunnossa kumminkin että,=
 24 T: =mmm mmm ja sehän siinä oikeestaan se ajatus on minkä ta-
 25 kia sitä rautalääkistystä tässä vaiheessa .hh taikka
 26 raskauden aikana vvähän katotaankin et jos=
 27 A: =nii,=
 28 T: =se #v-# h lähtöarvo synnytykseen mennessä[on ih]an
 29 matala
 30 A: [niin]

- 31 T: (ja) [sillon siitä paljon menetetään ni sitä on [äkkiä
 32 A: [nii [joo.
 33 T: sitte niin että pyörryttää ja .hhh

Esimerkissä (11) näkyy mielenkiintoisella tavalla se, miten keskustelussa yhdistyy terveydenhoitajan asiantuntijatieto ja asiakkaan kokemusperäinen tieto. Sekvenssissä vuorottelevat kummankin tiedonannot, asiakkaan kokemusperäiset ja terveydenhoitajan lääketieteelliset (mm. r. 22–26).

Uudelleensynnyttäjien kohdalla keskustelujen institutionaalisuus saattaakin näyttäytyä hieman erilaisena kuin ensisynnyttäjien kohdalla. Uudelleensynnyttäjillä on yleensä jo kokemukseen perustuvaa tietoa raskauden kulusta, mikä näkyy keskustelussa vertailuna aiempiin raskauskokemuksiin. Myös terveydenhoitaja saattaa kysyä, miten jokin asia on mennyt edellisissä raskauksissa. Virginia Gill (1998) tuokin esiin, että asiakkailla ja potilailla on auktoriteettiasema omiin fyysisiin ja psyykkisiin tuntemuksiinsa, mikä on vuorovaikutuksessa nähtävissä muun muassa kokemusperäisen tiedon tuomisena ammattilaistiedon rinnalle. Sekä esimerkistä (10) että (11) on nähtävissä se, miten asiakas antaa oma-aloitteisesti lisätietoa ja eksplikoi samalla ongelman. Näin asiakas tuo jotain lisää terveydenhoitaja tekemään arvioon. Esimerkissä (10) asiakkaan näkemys on terveydenhoitajan arviota korjaava tai sen kanssa erilinjainen, kun taas esimerkissä (11) asiakas täydentää terveydenhoitajan tiedonantoa omilla kokemuksillaan. Tällä tavoin uudelleensynnyttäjät asettuvat selkeän aloitteelliseen rooliin äitiysneuvolan vastaanotolla.

3.2.2 Asiakas aloittaa ongelmankäsitelyjakson oma-aloitteisesti

Vastavuoroisessa ohjaustilanteessa vuorovaikutus on kaksisuuntaista ja asiaa tai ongelmaa tarkastellaan monesta näkökulmasta ja asiakas itse voi toimia ongelman esiin ottajana (Hirvonen 2000: 149–152). Aineistossani asiakas aloittaa ongelmankäsitelysekvenssin kolme kertaa. Yhden kerran asiakas pyytää neuvoa ja kahdesti alkaa muulla tavoin kertoa jostain ongelmasta oma-aloitteisesti ilman terveydenhoitajan esittämää etujäsentä. Myös Aug Nishizaka (2010) on havainnut, että vanhemmat aloittavat on-

gelmankäsittelyn pyytämällä neuvoa. Lisäksi hän esittää, että ongelma voidaan kuvata kytkemällä se meneillään olevaan toimintaan. (Nishizaka 2010: 283–313.)

Ongelmallinen asia kerrotaan aineistossani huolenkerrontaan liittyvin käytäntein, ja asiasta kertominen aloitetaan varovaisesti tiedustellen (ks. esim. Jefferson 1988: 418–441). Asiakas merkitsee kuvaamansa ongelman poikkeukseksi keskustelun normaalitilasta erilaisin käytäntein, esimerkiksi käyttämällä huomionkohdistimia (*kuule*) tai muodoltaan samankaltaisia sävy- ja lausumapartikkeleita (*kato, tiäkkö*) (ks. VISK § 858).

Terveydenhoitajan vastauselementit ovat pitkälti tilannesidonnaisia, ja kahdessa näistä tilanteista ongelmaa käsitellään pitkään ja monipolvisesti. Terveydenhoitaja käyttää ensimmäisenä responsseinaan kahdessa tilanteessa empatiaa ja yhdessä rohkaisee asiakasta kertomaan lisää dialogipartikkelin valinnallaan. Ongelmankäsittely jatkuu, kun asiakas seuraavassa vuorossaan jatkaa ongelmasta kertomista, ja tämän jälkeen terveydenhoitaja esittää jatkokysymyksiä. Kysymys-vastaussekvenssien jälkeen terveydenhoitaja neuvoo ja informoi asiakasta, tai joissain tilanteissa myös osoittaa empatiaa, mitä seuraavat taas uudet kysymys-vastaussekvenssit.

Juuri sekvenssien monipolvisuuden ja responsselementtien moninaisuuden voidaan nähdä viittaavan kattavaan ongelman käsittelyyn. Tällainen monipolvisuus on nähtävissä aineistossani erityisesti juuri sellaisissa tilanteissa, joissa asiakas itse on ottanut puheeksi jonkin ongelmallisen asian. Esitän tätä havainnollistaakseni yhden keskusteluesimerkin. Esimerkin (12) rivillä 1 asiakas kertoo selkäkivustaan, johon terveydenhoitaja vastaa aluksi empatiaa osoittamalla (r. 02).

(12) Selkäkipu

- 01 A: mun selkä tuli kuule *kipeeks,*
 02 T: sä kävelet kyllä niin vaikeennä[kö-
 03 A: [no ku mä en nyt uskalla
 04 nii r(h)eippaasti *kävellä*
 05 T: just.
 06 ((4 riviä poistettu, istumapaikasta keskustelemista))

- 07 A: [tota<
08 (3.0)
09 A: sunnuntaina mä oli pihalla seisoin kaks kolme tunt(h)ia ja
10 sitte ku mull oli sitte hirveen kylmä ja /em mää tiä kuule
11 ((poistettu 3 riviä ongelmakuvausta))
12 kantaan ni* sit mä huomasin et herraj jesta mun selkä sattuu
13 ihan hirveesti ja .hh s'te mää menin portaat sinne< (.)
14 Parkkipaikalle ja siitäki ni (.) e- tuntu et ei pääse tiäkkö
15 .ja? (.) (-)
16 T: siis (.) #ö:# ymmärränks mä oikeen että tuliko se niinku yön
17 aikana vai se että kun sä nostit sii[tä].
18 A: [/nii mää en tiä että
19 miten se on tullu mää vaan luulis et se ois tullu siä
20 (.) sunnuntaisesta kylmästä ja siitä seiso*misesta.*
21 T: just. [.hh
22 ((poistettu 57 riviä asian käsittelyä))
23 T: =.h kyllä mää ajattelin näin et[tä] jos nyt näyttää siltä
24 A: [ni,]
25 T: et tää ei rupee asettu[maan] ni me ilman muuta uudestaan
26 A: [ni,]
27 T: lääkä[riin] .hh koska kyllä siinä niinku n- täytyy m- myöskin
28 A: [ni,]
29 T: ajatella sitä et jos siäl on joku täm[mönen] nikama-as[ia]
30 A: [ni,] [/nii-i?]
31 ((poistettu 59 riviä asian käsittelyä))
32 A: mm- >ja tota:< m- on ku on *tää ihan hir[vee ei täs nyv voi*
33 T: [mmm.
34 A: siältä Pekkaa et [voi (--)]
35 T: [EI ja kyllä sii]nä vauvan kanssa siinä on
36 [vähän niinkun
37 A: [ni,
38 T: vitsit vähissä [kun #ö:# joutuu aika paljon kuitenkin]
39 A: [ni niiku mää pelkäsin just et] kato
40 A: mum menee pia jalat alta ku se nyt
41 A: oli tosi #kauhee# ei mul o *>.semmosta<*
42 T: mmm m[mm [mm? [mm?]
43 ((poistettu 50 riviä asian käsittelyä))
44 T: [mmm. nii (.) just] .hh jos tuntuu siltä
45 T: kyllähän ihan #v-# sis terveystakeskuksen jumpparillekin
46 tosta lä[hete voidaan lait[taa] .hh mutta kyllä mää
47 A: [ni. [ni.]
48 T: ajattelin et sä pääsisit melkein nopeemmin sitte jos
49 aattelee ihan (tota) fysikaa[li]s]ta tarvet-< et [ne] hän
50 A: [ni.] [ni.]

Rivin 1 ongelmakuvaus voidaan nähdä varovaisena tiedusteluna sille, onko huoli tai ongelma relevantti äitiysneuvolan vastaanotolle. Terveydenhoitajan empatian osoitus rohkaisee asiakasta jatkamaan kertomista. Rivillä 9 asiakas aloittaa ongelman kattavamman kuvauksen, ja käyttää erilaisia ääri-ilmauksia (ks. mm. Pomerantz 1984) (mm. r. 10, *hirveen kylmä*) sekä dramaattista preesenssiä (Laitinen 1998: 81–136) (r.12–13, *jesta mun selkä sattuu ihan hirveesti*), jotka ovat huolenkerronnalle ominaisia keinoja. Terveydenhoitaja ottaa ongelman käsittelyyn, jolloin sekvenssirakenteeseen liittyy kysymys-vastaussekvenssejä ja neuvontasekvenssejä. Esimerkin (12) ongelmankäsitteilysekvenssi kestää pitkään; 6,5 minuuttia, mikä on neljännes vastaanoton koko pituudesta.

Terveydenhoitajan responsit asiakkaan huolenkerrontaan ovat monipuolisia. Esimerkissä (12) näkyy muun muassa empatian osoittamista (r. 2, 35–38) ja neuvomista (r. 23–29, 44–49). Esimerkki (12) osoittaa, miten keskustelu ja ongelmankäsitteily on yhteistyön tulosta. Sen lisäksi, että terveydenhoitaja selvittää aktiivisesti ongelman muotoa, on asiakas aktiivinen kertoja. Asiakas ei tyydy minimipalautteisiin, vaan jatkaa ongelman kuvaamista pitkään ja monimutkaisin lauserakentein. Lisäksi esimerkissä asiakas toimii ongelmankäsitteilysekvenssin sulkijana (ei otteessa).

Vastoin esimerkiksi Ruusuvuoren (2005: 123–135) havaintoja, asiakas jatkaa ongelman kuvaamista siitä huolimatta, että terveydenhoitaja useaan otteeseen osoittaa empatiaa asiakkaan kokemusta kohtaan. Sekvenssi päättyy lopulta terveydenhoitajan uudelleen neuvon (riviltä 44 alkaen), joka kytkee eri vaihtoehtoja yhteen. Terveydenhoitaja tuo esiin vielä oman näkemyksensä neuvojen sopivuudesta ja tehokkuudesta (r.46, 48: *kyllä mä ajattelin et sä pääsisit melkeen nopeemmin sitte jos*). Asiakas vastaa terveydenhoitajan neuvon hyväksyvillä dialogipartikkeleilla, ja vaihtaa itse topiikin poikansa nopeaan painon nousuun.

Esimerkissä (13) asiakas kysyy neuvoa (r.1–2) vastaanoton lopussa uuden ajan varaamisen jälkeen.

(13) Hoitotukihakemus

- 01 A: Voikos sitä >ku käy huomenna lääkäriineuvolaan< niin
 02 tuota (.) Villesille sitä seerumia (.) annoon siihen
 03 (0.7)
 04 T: korotettuun.
 05 A: ää (0.7) lapsen hoitotuki hakemukseen ko son niin
 06 maitoallerginen niin .hhh (.) siihen käy niinku (.)
 07 terveys[keskus]
 08 T: [neuvola]lääkäriin.
 09 (0.5)
 10 T: ↑Mmm.
 11 (.)
 12 T: Oliko teillä puhetta siitä jo kerran.
 13 A: Si[nun] kans oli puhetta.
 14 T: [Joo.]
 15 T: Joo mut ettei vielä Titan kanssa=
 16 A: =Ei ollu.
 17 T: Joo.
 18 (.)
 19 T: Mut se varmaan haluais et se (.) niinku tapais lapsen
 20 kuitenkin et tei[än p]itäis tulla.
 21 A: [Joo,]
 22 A: ↑Aha. (.) .joo.

Rivillä 1–8 asiakas pyytää neuvoa lapsen maitoallergiaan liittyvästä hoitotukihakemuksen liitteestä, ja avaa samalla uuden topiikin. Asiakas kysyy itse neuvoa, kun tarvitsee apua Kelan etuasiasassa, mikä tuo esiin sen, että tarvittaessa asiakkaat voivat ohjalla keskustelua ja olla aktiivisessa roolissa. Esimerkissä (13) asiakas esittääkin terveydenhoitajan (otteen jälkeiseen) neuvon oman kantansa, ja sekvenssi päättyy lopulta lääkäriajan varaamiseen.

Asiakkaan oma-aloitteisuus sekvenssien aloituksissa viittaa siihen, että tarvittaessa myös he itse ottavat esiin itselleen merkityksellisiä asioita. Tämä tapahtuu joko huolenkerronnan käytäntein tai kysymällä suoraan neuvoa terveydenhoitajalta. Terveydenhoitaja näyttäytyy tämän perusteella ammattilaisena, jolle voi kertoa huolia tai jolta voi pyytää neuvoa. Asiakkaiden aloittamien sekvenssien perusteella terveydenhoitajan rooliin kuuluu siis sekä tukeminen että tiedonanto.

3.3 Ongelmiin palaaminen myöhemmin

Terveydenhoitaja nostaa uudelleen esiin muutamia kertoja (5) aiemmin käsiteltyjä ongelmatopiikkeja. Yleensä tämä tapahtuu erilaisissa vastaanoton lopun yhteenvedoissa (*siellä on ne kaikki ylhäällä verenpaine tosiaan on selkeesti matalampi ku aikasemmin mutta muuten tuntuis asiat olevan kohdallansa*). Erityisesti jos vastaanotolla havaitaan jokin vakava ongelma tai epäillään sellaista, voi ongelman ympärille rakentua myöhemmin uusi ongelmankäsitelysekvenssi.

Esimerkissä (14) terveydenhoitaja tekee jotain totutuista rutiineista poikkeavaa: kuuntelee sikiön sydänääniä poikkeuksellisen pitkään ja tönii tätä.

(14) Valkuaista

- 01 T: tää kuulostaa oikeen hyvältä että se on (tota)
 02 (7.0)
 03 T: mä häntä tarkotuksella pikkusen tönin ni,
 04 (5.0)
 05 T: heti nopeutuu (.) oikeen hyvin (.) tämmöset
 06 aktiiviset äänet (-)
 07 (4.0)
 08 T: *joo,*
 09 (1.0)
 10 T: (--) nopeutuun taas (.) .joo
 11 (.)
 12 T: oikeen hyvä .mth ja kun< sä nyt täs oot pitkällään
 13 nin sehän usein saattaa niin kun vaikuttaa ääniin
 14 jos on vaikuttaakseen lähinnä sen istukan
 15 toiminnan kautta .hh elik[kä tota< ei mitään
 16 A: [*mm.*
 17 T: merkkiä sii(t)ä siks mä sitä nyt (.)
 18 tavallista pitempään kuuntelin just sen (.)
 19 valkuaisasian (.) takia?
 20 (2.0)
 21 T: ihan hyvältä tuntuu ettei
 22 (2.0)

Esimerkissä (14) terveydenhoitaja selittää (r. 17–19), miksi tönii sikiötä, ja samalla nostaa valkuaisasian esiin uudelleen. Rivillä 21 terveydenhoitaja vielä eksplikoi, että sydänäänet kuulostavat hyviltä. Merkille pantavaa esimerkissä on, että vaikka sydänäänet ovatkin normaalit, terveydenhoitaja eksplikoi asiakkaalle tekemänsä ongelmankartoitustusprosessin ja potentiaalisen ongelman, jolloin asiakas on tilanteen tasalla yhtä hyvin kuin terveydenhoitaja. Implisiittiseksi vuorovaikutuksessa jää, mikä sydänäänet ja valkuais-asian kytkee yhteen, eikä asiakaskaan pyydä lisätietoja.

Esimerkissä (15) terveydenhoitaja pyytää asiakasta seuraamaan sikiön liikkeitä tavallista tarkemmin (mm. r.1–5), ja nostaa aiemmin käsitellyn ongelman uudelleen esiin.

(15) Valkuaista

- 01 T: =.h seuraa niitä liikkeitä khöhhö khöhö
 02 ((yskii))
 03 ja kato vähän siihen malliin että .hh jos se ny
 04 kovasti hiljaselta tuntuu .h ni sää voit ihan
 05 tunnin ajan kattoo montako liukahdusta per tunti
 06 (.) tulee.
 07 A: mmm,=
 08 ((poistettu 9 riviä neuvontaa liikelaskennasta))
 09 T: tavallansa niinkun omaks liikkeeksensä ja jos
 10 se selkeesti reippaasti alle sen (.) on niin
 11 soitele vaikka mulle katotaan sydänääniä nyt
 12 ainakin nyt nää ihan hyvät ja kunnolliset ja .h
 13 oikeestaan lähinnä sen takia et toi verenpaine
 14 on lievästi yläkanttiin ja sitä valkuaista on
 15 .h ni sen takia sitä (.) käsken sun (.) kattoo
 16 et huolestunu siit ei tartte olla mutta sev
 17 verran että kiinnität siihen ny sillai
 18 huomioo,
 19 A: joo,=
 20 T: =tota (.) mikä se (.) määrä on? (0.3)
 21 T: näppituntumalla on vaikee sanoo (.) jos ei niit
 22 niin kun konkreettisesti laske. (0.2) useimmiten
 23 vois sanoo että viidessätoista minuutissa jo tulee
 24 se .h (.) kymmenen liikettä että tota=
 25 A: =joo,=
 26 T: *että sillai ku muistat nyt sitä (.)sitte
 27 kattoo.*\ja tota ens viikol tosiaan se näyte

- 28 (.) ja tarvittaessa jos (--)
 29 ((lapsi heiluttaa virtsanäytetarvikkeita))
 30 T: onko itelläs hm miälessä,

Esimerkin (15) taustalla on epäily mahdollisesta pre-eklampsiasta. Tämän tyyppisiin vakavampiin ongelmiin palataan myöhemmin usein esimerkiksi toimintaohjeiden muodossa. Esimerkissä (15) terveydenhoitaja esittää ensin toimintaohjeen sikiön liikelaskennasta (r.1–6), ja vasta tämän jälkeen viittaa ongelmaan (r.13–14), joka kehotuksen taustalla on. Myös tässä esimerkissä näkyy asiakkaan vaitonaisuus, minimaaliset responsit sekä esimerkiksi päällekkäispuhunnan puuttuminen, eikä asiakas juurikaan osallistu ongelmasta keskustelemiseen.

Terveydenhoitaja käyttää myös niin kutsuttua formulaatiota eli tulkintaehdotusta palaessaan aiempaan ongelmatopiikkiin. Formulaatio tai formulointi on toisen puheesta tehty yhteenveto tai tulkinta, jota tarjotaan vahvistettavaksi, ja jossa näkyvästi osoitetaan, että referoidaan toisen puhetta (Heritage & Watson 1979: 123–162; Vehviläinen 2001: 228–233; Antaki, Barnes & Leudar 2005: 627–647). Esimerkin (16) katkelmassa on kyseessä tilanne, jossa asiakas on hetkeä aiemmin maininnut jännittävänsä synnytystä. Terveydenhoitaja palaa topiikkiin myöhemmin varmistaakseen, että on tulkinnut oikein asiakkaan kertoman. Näin mahdollinen synnytyspelkokaan ei jää käsittelemättä.

(16) Jännittäminen

- 01 T: *ihan kiva* .hhh tota nii sanoit että jännittää mut ei
 02 pelota ilmei[sesti nii et [sillä lailla (.) [kuulostaa
 03 A: [ei pelota [ei missään nimessä [.eihh
 04 T: niinkun [mukavalta [.joo
 05 A: [ei [ei,

Esimerkissä (16) on kyseessä formulaatio eli tulkintaehdotus, jollaiset ovat tyypillisiä terapiavuorovaikutuksessa. Tällainen vuoro tarjoaa asiakkaan vahvistettavaksi terveydenhoitajan asiakkaan puheesta tekemän tulkinnan. Tämä onkin hyvä keino topikaliso-

da hienovaraisesti arkaluontoisiakin puheenaiheita (Ks. mm. Tiitinen 2013b). Esimerkin (16) keskustelu jatkuukin aineisto-otteen jälkeen vielä kattavasti yhteiskonstruktiossa sekä terveydenhoitajan neuvonnalla.

Ongelman nostaminen uudelleen keskusteluun voi tapahtua myös asiakkaan aloitteesta. Yleensä kyseessä on ongelma, jota terveydenhoitaja ei ole käsitellyt riittävästi asiakkaan kuvauksesta huolimatta. Asiakas nostaa aiemmin käsitellyn ongelman uudelleen esiin kahdesti. Kumpikin esimerkki on saman asiakkaan esittämiä ja koskee samaa ongelmaa. Terveydenhoitaja on käsitellyt kyseistä ongelmaa aiemmin keskustelussa osoittamalla empatiaa ja tuomalla esiin tilanteen positiivisia puolia sekä informoimalla asiakasta. Esimerkissä (17) terveydenhoitaja sivuuttaa asiakkaan epäsuoran neuvonpyynnön tai ongelmakuvauksen (r. 7–8, 10) ensin dialogipartikkelilla (r. 9 *joo*) ja jatkaa sitten neuvonpyyntöä edeltävää topiikkaa.

(17) Kiristely

- 01 T: >Nyt tuota< (.) jos halluut niin ruppee käymään niissä
 02 äiti[ryhmissä.
 03 A: [Joo just katoin et se tää lappu oli tuossa. (.)
 04 T: Kahee tota;
 05 A: Kahestoist kolmastoi- se oli ↑hyvä.
 06 T: Jo[o.]
 07 A: [Ju]st aattelin jos kiristellee ni (.) en muista
 08 sitä yhtä rentoutusliikettä.
 09 T: Jo[o],
 10 A: [mikä soli .hh (--[-]]
 11 T: [Nii]n tota: (0.5) tännään oli
 12 kaks .hhh äitiä ja tota: (0.7) nyt sitte ens viikolla
 13 o (0.7) ((katsoo papereita)) kans joitaki tulos ku on
 14 ihan ajat siihen laitett[u.]
 15 A: [Jo]o.
 16 (.)

Esimerkistä (17) näkyy terveydenhoitajan syventyminen (*niin tota*, katsoo papereita) aikaisempaan topiikkiin, mikä saattaa olla syynä asiakkaan epäsuoran neuvonpyynnön

ohittamiseen. Myös Peräkylä (1997: 200) on esittänyt, että kesken toisen vaivan käsitte-
lyä ongelma siirretään helposti syrjään lääkärin vastaanotolla. Asiakkaan aktiivisuus
nouseekin tässä olennaiseksi, sillä terveydenhoitaja ei palaa topiikkiin myöhemmin-
kään, vaan siirtyy kohti vastaanottokäyntiä lopettelevia toimintoja ja uuden ajan varaa-
mista. Asiakas jatkaa uuden ajan varaamisen jälkeen, ja muotoilee neuvonpyynnön nyt
suoremmaksi, mikä on nähtävissä esimerkissä (18) riveillä 1–6.

(18) Kiristely

- 01 A: Ois voinu tuon ↑videokameran taakse mennä nii(h)
02 heh \$rentoutusliikkeitä. .hhh olik se joku tämmönen
03 ku mentiin lattialle (.) <näin> joku tämmönen (.)
04 mikä soli semmo [nen] mut se oli rentoutu-]
05 T: [Joo.] [joo]
06 A: tälleekö soli.
07 T: Itseasias sä voisit laskeutua ihan (.) ihan tuota
08 noin (1.2) alas [siis]ensinnäki toi jos sä oot
09 A: [(---)]
10 T: tälle niinku tää on rukoilijanasento.
11 (0.7)
12 T: Tä[mä---
13 A: [Muistelinki
14 T: Tääki on ihan <hyvä>? .hhh mutta tuota: sit se
15 varsinainen sammakko (1.0) asento ni se on tämä
16 et paat tähän läjään tyynyjä sit väliin ja näin
17 las[keudut tän]ne(.) tää on ihan hyvä ja tää on
18 A: [Joo. ---]
19 T: selälle tosi rentouttava.

Rivillä 2 asiakas esittää vaihtoehtokysymyksen rentoutusliikkeestä (*oliko se joku täm-
mönen ku mentiin lattialle*) ja samalla demonstroi oman versionsa liikkeestä. Asiakkaan
toistettua kysymyksen (r.6) terveydenhoitaja ohjaa asiakasta löytämään oikean rentou-
tusasennon, eikä asiakas enää tämän jälkeen jatka ongelmasta, ja sekvenssi saadaan pää-
tökseen. Esimerkin (18) asiakas itse pitää huolen siitä, että ongelma tulee käsiteltyä.

Vaikka terveydenhoitaja selkeästi ohjailee vastaanotolla keskustelun kulkua, ei asiakkaan näyttäydy passiivisena. Asiakkaat eivät aloita sekvenssejä kovin usein aiemmin topikalisoitujen ongelmienkaan suhteen, mutta tarvittaessa asiakas voi nostaa riittämättömästi käsitellyn ongelman uudelleen keskusteluun pyytämällä neuvoa joko epäsuorasti tai suoraan.

Terveydenhoitajan eksplikoimissa poikkeavissa tutkimustuloksissa osa ongelmasta saattaa jäädä implisiittiseksi. Epäiltäessä vakavampaa ongelmaa vuorovaikutuksessa ei täysin eksplikoida mahdollisen ongelman vakavuutta. Sen sijaan, että tilanteessa eksplikoitaisiin, mitä kyseinen ongelma tarkoittaa pahalaatuisena, ja mitä hyvälaatuisena, suljetaan pahalaatuisuus kokonaan käsittelyn ulkopuolelle. Terveydenhoitaja kuitenkin palaa ongelmaan uudelleen yhteenvetojen ja toimintasuositusten avulla, jolloin erityisesti ongelman seuranta nousee olennaiseksi. Tämä voidaan nähdä asiakkaan turhan huolestuttamisen välttämisenä, mutta myös kattava informaatio ja avoimuus olisi asiakaslähtöisyyden kannalta hyvä vaihtoehto. Psykologisen ongelman kohdalla terveydenhoitaja nostaa ongelman uudelleen keskusteluun formulaation avulla, mikä on muun muassa terapiavuorovaikutuksessa käytetty ongelman käsittelykeino. Tiitinen ja Ruusuvuori (2014) ovatkin havainneet tällaisen topikalisoivan formulaation olevan toimiva keino saada asiakas kertomaan lisää ongelmasta.

4 ONGELMAN MUOTOILUSTA KOHTI RATKAISUA – TERVEYDENHOITAJA ONGELMIEN NORMALISOIJANA

Ennen ongelmankäsittelysekvenssin sulkemista ongelmaa käsitellään jollain tavoin. Terveystenhoitajan keinoja ongelmankäsittelyssä ovat muun muassa tilan antaminen ja kuunteleminen, erilaisten kysymysten esittäminen, asiakkaan puheesta tehdyt formulaatiot ja tulkinnat sekä yhteiskonstruktio. Yhteiskonstruktioilla tarkoitetaan sitä, että keskustelun osapuolet täydentävät toistensa syntaktisia yksiköitä, ja muotoilevat ongelmaa tällä tavoin yhdessä (ks. mm. Sacks 1992: 144–147, Helasvuo 2004).

Ongelmankäsittelysekvenssin lopussa keskustelu pyritään saattamaan normaalitilaan. Ennen kuin ongelmallisesta puheenaiheesta voidaan siirtyä keskustelun normaaliin kulkuun, pyritään ongelmaan löytämään jonkinlainen ratkaisu (ks. esim. Jefferson 1988: 418–441). Tällaisia ongelmanratkaisukeinoja löytyy aineistosta kuudenlaisia. Useimmiten terveydenhoitaja vastaa ongelmiin neuvomalla tai informoimalla (60) asiakasta. Toiseksi yleisin responssitapa on normalisoiminen (14). Empatiaa osoitetaan kahdeksan kertaa. Muita käsittelytapoja ovat positiivisen puolen osoittaminen (7), vastaväite (2) ja yhdessä tilanteessa lievä moite. Ongelmankäsittelysekvensseissä yhdistyy erilaisia ongelmanratkaisutapoja, joten tapojen lukumäärä on paljon suurempi kuin varsinaisten ongelmankäsittelysekvenssien.

Seuraavaksi käsittelen terveydenhoitajan tapoja normalisoida ongelmia. Suurin osa (kaksitoista neljästätoista) terveydenhoitajan normalisoinneista liittyy asiakkaan eksplikoimisiin ongelmiin. Analysoin lisäksi asiakkaan responsseja normalisoinnin jälkeen. Normalisoivat toiminnot olen luokitellut neljään kategoriaan aineistolähtöisesti. Kategoriat ovat osittain limittyviä. Luvussa 4.1 käsittelen ongelman yleisyyden eksplikoimista normalisoinnin muotona. Luvussa 4.2 esittelen muiden asiakkaiden kokemuksiin viittaamista normalisointikäytänteenä. Luvussa 4.3 tarkastelen poikkeavuuden kieltämistä normalisoinnin muotona. Luvussa 4.4 analysoin implisiittistä normalisoimista. Normalisoinnit on osoitettu esimerkeistä lihavoimalla.

4.1 Ongelman yleisyyden eksplikoiminen – *niihän se monesti on*

Terveydenhoitaja normalisoi ongelmia pääasiassa eksplikoimalla niiden yleisyyden. Yleisin ja läpinäkyvin kielellinen rakenne on tällöin ongelmatilanteen määrittäminen adjektiivilla *normaali*. Tällaisia normalisointeja on aineistossa kolme. Ongelma voidaan normalisoida eksplisiittisesti myös käyttämällä omistusrakennetta *monella on* tai adverbeja *monesti*, *tavallisesti* ja *yleensä*. Tällaisia esimerkkejä on kaksi (*monesti*, *monella on*).

Esimerkissä (19) asiakas on eksplikoinut terveydenhoitajan *mitä kuuluu* -kysymyksen motivoimana rasituksen jälkeen ilmenevät lantiokipunsa. Jatkokysymysten ja asiakkaan vastausten jälkeen terveydenhoitaja tekee normalisoinnin eksplisiittisesti (r.5, 7; *niihän se monesti on kyllä*) väitelauseella, ja esittää näin tavanomaisena kivun tulemisen vasta rasituksen jälkeen.

(19) Kipu kävellessä

- 01 A: [kyllä mää joo ja istuskelin ja tollai mut ei se niinku
 02 sitte (.) [että sillon (.)siälä ei tuntunu mitää mut et
 03 T: [mmm.
 04 A: sit ilta oli kyllä sitten ihan,=
 05 T: =just (-) raski [rasitti enemmän [ja **niihän se monesti on**
 06 A: [nii [joo,
 07 T: **kyllä että sitte vasta rasituksen jälkeen rupee painaan**
 08 **[joo**
 09 A: [kyllä (.) kyllä,
 10 T: .hh tota painaaks se vauva sinne alas vai oliko se ihan
 11 niinku voi sanoo sellasta lihastyypistä se (.) #sun# (.)
 12 kipui[lus,
 13 A: [kylä se ni< (.) varmaan oli niinkun semmost et se
 14 A: (.) paino,
 15 ((poistettu 11 riviä välisekvenssejä))
 16 A: vo- voihan se olla et se on n- ne lihakset jotka niinkun
 17 T: venyytty [kyllä [.hhh ja **kyllä kun aattelee et sitä**
 18 A: [nii [nii,
 19 T: **lantionpohjan lihaksistoo niin sehän on niinku tällä**
 20 **hetkellä aika kovalla koetuk[sella sielä .hh ja se ei o**
 21 A: [nii nii

- 22 T: **pelkästään se lantionpohja vaan sehän niinku siihehän**
 23 **nihi lihaksiin liittyy sekä selkä että vatsalihakset,**
 24 A: [nii
 25 T: **[.hh ja sitte kun aattelet että pitkän aikaa kävelee niin**
 26 **sillon myöskin selkälihakset joutuu enemmälle .hh**
 27 **[koetukselle ja varmasti sitten**
 28 A: [nii (--)
 29 T: **niinku sitten se painontunne siitäkin osin [tulee.**
 30 A: [>nii nii <
 31 T: .hh tota: () .hh käytäksä muuten vielä liiviä.=

Merkillepantavaa esimerkissä (19) on *-hän*-partikkelin käyttö (r. 5, 19, 22), mikä tuo esiin sen, että tilanne on jollain tapaa kuin itsestään selvä tosiasia (Ks. VISK: § 830). *-hAn*-partikkeli kietoutuukin usein normalisointeihin ja niiden perusteluihin. *Kyllä*-partikkeli (r.17) taas tuo jollain tapaa vakuuttelevan sävyn normalisointiin (Ks. VISK: § 1609). Esimerkissä (19) asiakas osoittaa normalisoinnin jälkeen selkeää samanmielisyttä toistaen *kyllä*-partikkelia (r. 9), jonka jälkeen ongelmaa muotoillaan yhteiskonstruktiossa (mm. r. 16–17). Rivillä 12 terveydenhoitaja käyttää muotoa *kipuilu*, joka myös implikoi ongelmattomuutta (vrt. *kipu*).

Riviltä 17 alkaen terveydenhoitaja jatkaa normalisoimista vielä implisiittisesti ja esittää perusteluita normalisointinsa tueksi (r. 17, 19–20, 22–23, 25–27). Tällä tavoin terveydenhoitaja vahvistaa ongelman olevan suhteellisen harmiton ja tavanomainen, normaali raskauden kulkuun ja kasvavaan vatsaan liittyvä ongelma. Terveydenhoitaja kytkee ongelman loppuraskauteen (r. 19–20: *tällä hetkellä*) ja esittää sen normaalina raskauteen liittyvänä asiana. Asiakas myötäilee terveydenhoitajan kuvausta *nii*-partikkeleilla (r. 21, 24, 28). Kuvauksen lopuksi (rivillä 30) asiakas toistaa jälleen *nii*-partikkelia ja hyväksyy näin terveydenhoitajan kuvauksen. Ongelman käsittely jatkuu terveydenhoitajan aloitteesta vielä hetken aikaa. Terveydenhoitaja tiedustelee asiakkaalta tukiliivin käytöstä, mutta asiakas kertoo, ettei enää pysty sitä käyttämään (ei otteessa).

Normalisoinnin perustelu voidaan ymmärtää sellaisena vuorovaikutuksellisenä työnä, jonka tavoitteena on saada asiakas ymmärtämään normalisointi. Niin ikään tämä voidaan nähdä yhtenä keinona terveydenhoitajan ja asiakkaan tiedollisen epäsymmetrian

purkamiseksi. (Lindfors 2005: 141–142.) Terveydenhoitaja on oman alansa asiantuntija ja hän tarjoaa myös asiakkaalle resurssit ymmärtää omaa tilannettaan paremmin, mikä näkyy hyvin esimerkissä (19).

Esimerkissä (20) asiakas on kertonut *möyrästelevästä* alavatsakivustaan ja terveydenhoitaja on pyytänyt tarkempia tietoja jatkokysymyksillä. Rivillä 7 terveydenhoitaja aloittaa normalisoinnin eksplikoimalla, että *monella on* kipuja lantion lihaksistossa, kun vauva painaa alaspäin.

(20) Möyrästely

- 01 A: [juu liikkumista] ja sitte just
 02 A: sitä että se niin kun .hh tuikkii johkin tonne alas
 03 että se niin kun< (0.2) saa- et ihan kun ois niin
 04 ku pistetty sillai sävähdytteli tonne,
 05 T: jo[o.
 06 A: [tänne johkin alas=
 07 T: =mmm, .hh ja **tässä vaiheessa ku se vauva painuu**
 08 **sinne alas ni monella on kyllä se just että se (.)**
 09 **tavallaan ku se pää painaa sinne lantion sisään ni**
 10 **tavallansa ne lihakset kuitenkin reagoi ta[vallansa**
 11 A: [joo,

Terveydenhoitajan normalisoinneissa on nähtävillä ongelman tavanomaisuuden kytkeminen nimenomaan raskauden johonkin tiettyyn vaiheeseen, mikä näkyy myös esimerkiksi loppuraskauteen viittaavasta *tässä vaiheessa* ilmauksesta (r. 7). Asiakas kuittaa normalisoinnin *joo*-partikkelilla (r. 11) ja terveydenhoitaja jatkaa käsittelyä vielä tehokkaammalla normalisoinnilla (käsitellään luvussa 4.3).

Normalisointi voi liittyä myös selkeästi erilinjaiseen kannanottoon, jolloin terveydenhoitajan normalisoiva vuoro on jossain määrin erimielinen asiakkaan esittämän edeltävän vuoron kanssa. Usein tällainen normalisoiva vuoro alkaa *mut(ta)*-partikkelilla. Normalisointi erilinjaisena kannanottona voi olla joko eksplisiittistä tai implisiittisempää.

Esimerkissä (21) on keskusteltu asiakkaan painon laskusta, jonka jälkeen terveydenhoitaja esittää arvion asiakkaan turvotuksesta (rivit 1–2). Asiakas lähtee seuraavassa vuorossaan kumoamaan tätä arviota (r.3). Rivillä 8 terveydenhoitaja aloittaa myönnyttelevän vuoron, jossa osoittaa aluksi lievää samanlinjaisuutta (*joo ja oisko pikkusen kasvoissa*), mutta jatkaa kontrastoivalla *mutta*-partikkelilla ja aloittaa perustelun (*mutta et siis kun käsiäs kattoon*) vastakkaisen näkemyksensä (*nin ei mitenkään semmoset*) puolesta. Keskustelussa on nähtävissä jo väittelyn elementtejä, kun asiakas tuottaa seuraavassa päällekkäin alkavassa vuorossaan vastaväitteen perusteluineen (rivillä 12–14). Sekvenssi päättyy lopulta terveydenhoitajan normalisointiin (riviltä 19 alkaen).

(21) Turvotus

- 01 T: *<mjoo>* mutta sull ei kyllä suuremmalti
 02 turvotuksia oo että,=
 03 A: =kyllä kuule illall(h)a [r(h)upee (-) sit,
 04 T: [illalla,
 05 T: ni,
 06 A: sukat vaikka ne on kuinka löysät ni jää
 07 heti jäl[jet ja,
 08 T: [joo (.) ja< (.) oisko pikkusen
 09 T: kas[voissa mutta et siis ku käsiäs kattoo
 10 A: [mmm,
 11 T: nin ei mitenkään semmoset niin kun [(-)
 12 A: [on näissäkin
 13 A: vähä mullaki ku tää sormus on niin tiukka et se
 14 oli (.) tosi löysä sillon ku mää sain sen ja,=
 15 T: =joo.
 16 A: nyt se on ihan tämmönen,
 17 T: >mm (.) mm<
 18 (0.7)
 19 T: *kyllä* .mt .h tota: #mm# **kyllähän se norrmaalia**
 20 **tässä vaiheessa on että sitä pikkusen nestettä on**
 21 et [siin ei niin kun sinällänsä mitään (.)
 22 A: [joo.
 23 T: poikkeevaa oo (.) .h mites tota onks sulla mitään
 24 päänsärkyä ollu,

Rivillä 19 terveydenhoitaja normalisoi turvotuksen esiintymistä *kyllähän se norrmaalia tässä vaiheessa on*. Terveydenhoitaja aloittaa vuoron epäröintiään teillä (*mt h. tota*) ja partikkeleilla, jotka tyypillisesti enteilevät erimielisyyttä (ks. esim. Hakulinen 1997b: 43–44). Sen lisäksi, että terveydenhoitaja eksplisiittisesti normalisoi asian (r.19, *kyllähän se norrmaalia tässä vaiheessa on*), *-hän*-partikkeli vahvistaa sitä, että lievä turvotus raskauden loppuvaiheessa on itsestään selvä tosiasia (*kyllähän se norrmaalia tässä vaiheessa on että sitä pikkusen nestettä on*). Terveydenhoitaja kytkee tavanomaisuuden loppuraskauteen (*tässä vaiheessa*) ja määrittää normaalia turvotusta vielä ilmauksella *pikkusen nestettä*. Terveydenhoitaja jatkaa normalisointia vielä selittämällä ja kieltämällä poikkeavuuden (r. 21, 23; *et siin ei niin kun sinällänsä mitään poikkeevaa oo*). Terveydenhoitaja esittää normalisoinnin siis käänteisenä ja alkuperäistä voimakkaampana. Asiakas vastaa tähän hyväksyvällä *joo*-partikkelilla, ja terveydenhoitaja jatkaa muiden kysymysten esittämistä.

Esimerkissä (21) asiakas hyväksyy normalisoinnin *joo*-partikkelilla ja terveydenhoitaja vaihtaa topiikkia esittämällä kysymyksen lyhyen tauon jälkeen. Topiikin vaihdon sijaan voidaan tosin ajatella, että terveydenhoitaja aloittaa eräänlaisen alatopiikin, sillä rivien 23–24 päänsärky-kysymyksen voi nähdä viittaavan terveydenhoitajan edeltävän vuoron sanaan *sinällänsä*. Päänsärky ja turvotus yhdessä voisivat liittyä esimerkiksi preklampsiaan, joka taas olisi mahdollisesti vaarallinen ja jatkotutkimuksia vaativa tilanne.

Esimerkissä (22) on keskusteltu aikaisemmista synnytyksistä jo jonkin aikaa ja terveydenhoitaja on tiedustellut, vaikuttaako asiakkaan erilainen tilanne hänen mielialaansa jollain tapaa (asiakkaan mies ei päässyt mukaan edelliseen synnytykseen). Asiakas kertoo riveillä 1–3, että synnytys jännittää hieman, minkä voisi tulkita implikoivan potentiaalista ongelmaa, synnytyspelkoa. Terveydenhoitaja ei lähde käsittelemään asiaa syvällisemmin, vaan normalisoi asiantilan seuraavassa vuorossa (r.4).

(22) Jännittäminen

- 01 A: että sillain on niinku (.) em- (.) eilenki me puhuttiin
 02 (.) mum miehen kans justiin siitä että vähän niinku
 03 jännittää?
 04 T: joo .hh **mutta [kaippa se on aika nor[maalia se**
 05 A: [niin pieni ja [nii
 06 **T [jännittämine,]**
 07 A: [ni]
 08 T: ni.
 09 T: .joo
 10 A: mutta silti niinku jotenkin niinku ihanaa että ku #e-# ei
 11 mun miehen kanssa sitte .hh ku se oli siinä mun vieressä
 12 kum mää silitin niitä vaatteita ja et se oli mukana niissä
 13 kaikissa tämmösissä,

Rivillä 4 terveydenhoitaja aloittaa vuoron *joo*-partikkelilla ja epäröintiä osoittavalla sisäänhengityksellä. Tätä seuraa kontrastoiva *mutta*-partikkeli, jonka jälkeen terveydenhoitaja esittää asiantilan tavanomaisena (*se on aika normaalia*). Tavanomaisuus esitetään kuin yleisenä totuutena väitelauseen muodossa, mutta terveydenhoitaja kuitenkin lieventää sanomaansa *kaippa*- ja *aika*-partikkeleilla.

Asiakas vastaa terveydenhoitajan normalisointiin hyväksyvästi (rivillä 5), määrittäen *normaalia* jännitystä vielä sanalla *pieni*, minkä terveydenhoitaja kuittaa ja hyväksyy. Sekvenssi loppuu tämän jälkeen (r. 10–13) asiakkaan jatkaessa tilanteen positiivisen puolen esiin tuomisella, mikä osoittaa asiakkaankin suuntautuvan pois mahdollisesta ongelmasta (ks. esim. Maynard 2003: 179–181). Asiakas aloittaa vuoronsa kontrastovalla *mutta silti* -partikkeliketjulla, minkä voidaan katsoa implikoivan sitä, että edeltävässä vuorossa on ollut jotain vastakohtaista. *Mut(ta)* -partikkelilla voidaan kontrastin lisäksi merkitä myös uusi näkökulma meneillään olevaan aiheeseen tai osoittaa siirtymää puheenaiheesta toiseen (VISK § 1034). Esimerkissä (22) asiakas tarjoaakin uutta näkökulmaa asiaan (r. 10: *silti niinku jotenki ihanaa*), ja osoittaa samalla suuntautuvansa pois ongelmasta ja meneillään olevasta topiikista.

Esimerkin (22) tilanteessa ongelma ei ollut eksplisiittisesti esillä, mutta on tärkeää huomata, että asiakkaiden psykososiaalisista ongelmista kertominen alkaa usein hyvin hienovaraisesti, jolloin terveydenhoitajan rooli on erityisen merkittävässä asemassa. (ks. esim. Tiitinen 2013b.) Esimerkin tapauksessa terveydenhoitaja nostaakin topiikin myöhemmin uudelleen esiin ja esittää formulaation asiakkaan aikaisemmasta puheesta, jolloin potentiaalinen synnytyspelko ei jää käsittelemättä.

Esimerkin (23) ongelman käsittelysekvenssi alkaa terveydenhoitajan vaihtoehtokysymyksellä uuden perheenjäsenen vastaanottamisesta (r.1,3: *onko toi isosisko ottanut asiat rauhallisesti*). Asiakas vastaa *kyllä*-partikkelin aloittavalla lausevastauksella (r. 2) ja kertoo isosiskon olleen *ihan hyvin*. Terveydenhoitajan kuittauksen jälkeen asiakas esittää yksityiskohtaisemman kuvauksen tilanteesta. Asiakas aloittaa *onhan se tietysti sitte*, ja kertoo joidenkin tilanteiden vievän huomiota esikoisen tarpeista. Tämän asian voisi nähdä varovaisena ongelmakuvauksena, jota voisi lähteä käsittelemään tarkemmin. Terveydenhoitajan responssi asiakkaan kuvauksen jälkeen (rivillä 9) on kuitenkin eksplisiittisen normalisoiva.

(23) Sisaruskateus

- 01 T: onko toi isosisko (.) #h# ottanu #h# asiat
 02 A: /kyllä s[e ihan hyvin]on oll(h)u=
 03 T: [rauhallisesti]
 04 T: =>NII< joo .hh [tota:]
 05 A: [onhan] se tietysti sitte ku se (.) just
 06 sillon on kakalla ja [pyyh]kii pitää just ku
 07 T: [nii,]
 08 A: mä imetän ja sillai [ja (--)]
 09 T: [nii mut se ny on eh]kä sitä normaalia,=
 10 A: =mutta tota ei se (.) ei se ainaka mum mielestä
 11 mustasukkanen oo että sitä mä en oo huaman[nu] mut siitä
 12 T: [/nii]
 13 A: niinku siitä ajasta tietenki siitä,
 14 T: nii ja sit[(te)]
 15 A: [mutta] ei niinku mitään o semmosta tullu

Terveydenhoitaja aloittaa normalisoinnin (r.9) lyhyessä päällekkäispuhunnassa asiakkaan edeltävän vuoron kanssa ja käyttää normalisoinnin alussa kontrastoivaa *mut*-partikkelia. Vuorossa on myös sävypartikkeli *ny*, joka tuo mukaan jonkinlaista vähättelevää sävyä. Lieventävänä toimii epävarmuutta ilmaiseva *ehkä*. Asiakas vastaakin heti *mutta*-partikkelilla alkavalla vuorolla, minkä voidaan nähdä kontrastoivan hänen edeltävää vuoroaan, ja vastaavan näin terveydenhoitajan alkuperäiseen kysymykseen, ettei varsinaista mustasukkaisuutta ole ilmennyt. Esimerkki jatkuu asiakkaan positiivistamisella, mikä osoittaa asiakkaan suuntautuvan pois asian ongelmallisuudesta.

Myös Keskinen (2009) tutkimuksessa esiintyi vastaavanlaisia normalisointeja. Keskinen esimerkissä äiti on ottanut puheeksi oman väsymyksensä, ja tuonut esiin vauvan nukkuvan huonosti ja olevan tyytymätön. Terveydenhoitajan seuraava vuoro on kontrastoiva ja selkeän normalisoiva: *mut se on hetken aikaa sitä todellisuutta kaikilla*. Keskinen mukaan terveydenhoitaja käyttää tällaisia normalisointeja useamminkin asiakkaiden kertoessa juuri uuvuttavasta elämäntilanteestaan, jolloin asiakkaalle saattaa tulla käsitys, etteivät tällaiset ongelmat ole relevantteja äitiysneuvolan vastaanotolla, ja niitä tulisi vain sietää elämäntilanteeseen kuuluvina. (Keskinen 2009: 50–52.)

Terveydenhoitaja tuo normalisoinneissa esiin viisi kertaa ongelmana kuvatun asian tavanomaisuuden eksplisiittisesti. Kaikki näistä ovat asiakkaan eksplikoimia ongelmia. Näistä kolme on fyysisiä ja kaksi psykososiaalisia. Kolmessa esimerkissä normalisointi toimii nimenomaan erilinjaisena kannanottona. Kumpikin asiakkaan eksplikoima psykososiaalinen ongelma saa näin ollen responsseikseen normalisoinnin, joka osoittaa erilinjaisuutta asiakkaan kuvausta kohtaan. Esimerkeistä on kuitenkin nähtävillä myös terveydenhoitajan ilmaisema epävarmuus (*ehkä, kaippa*), mikä hieman lieventää erilinjaisuutta.

On merkillepantavaa, miten samantyyppisiä asiakkaan responsseja ovat kahdessa edellä käsitellyssä esimerkissä (esimerkit 22 ja 23), joissa esillä on psykososiaalinen ongelma. Terveydenhoitajan tekemän normalisoinnin jälkeen he alkavat ikään kuin itsekin kumota asiantilan ongelmallisuutta (*mutta*-vuorot), kun taas fyysisten ongelmien norma-

lisoinnit hyväksytään tämän luvun kategoriassa minimipalautteella. Myös tässä on nähtävillä se, että terveydenhoitajan lääketieteelliseen asiantuntemukseen luotetaan. Kun terveydenhoitaja käyttää normalisointia erimielisenä kannanottona fyysisen ongelman kohdalla, hyväksyy asiakas myös sen pelkällä dialogipartikkelilla. Psykososiaalisten ongelmien kohdalla asiakkaat sen sijaan esittävät laajan lausevastauksen, joka muokkaa heidän aikaisempaa ongelma kuvaustaan positiivisemmaksi, ja näin ollen myös ongelmattommaksi. Keskinen (2009: 50–52) esittämässä tilanteessa asiakkaan responssi psykososiaalisen ongelman normalisointiin oli erilainen, sillä asiakas hyväksyi kuvaamansa ongelman normalisoinnin minimaalisesti.

4.2 Muiden asiakkaiden kokemuksiin viittaaminen – *monet kuvailee*

Sen sijaan, että terveydenhoitaja esittäisi arkikeskusteluille tyypillisen toisen kertomuksen, hän voi normalisoida ongelmallisen asian viittaamalla muiden asiakkaiden vastaavanlaisiin kokemuksiin. Tällaisia esimerkkejä on aineistossani yksi.

Esimerkissä (24) asiakas on kuvaillut alavatsansa *möyrästelevää* kipua, josta terveydenhoitaja on pyytänyt lisätietoja. Riveillä 8–10 terveydenhoitaja normalisoi ongelman eksplikoimalla sen tavanomaisuuden, ja jatkaa riveillä 12–14 tehokkaammalla normalisoinnilla.

(24) Möyrästely

- 01 A: [juu liikkumista] ja sitte just
 02 A: sitä että se niin kun .hh tuikkii johkin tonne alas
 03 että se niin kun< (0.2) saa- et ihan kun ois niin
 04 ku pistetty sillai sävähdytteli tonne,
 05 T: jo[o.
 06 A: [tänne johkin alas=
 07 T: =mmm, .hh ja tässä vaiheessa ku se vauva painuu
 08 sinne alas ni monella on kyllä se just että se (.)
 09 tavallaan ku se pää painaa sinne lantion sisään ni
 10 tavallansa ne lihakset kuitenkin reagoi ta[vallansa

- 11 A: [joo,
 12 T: ja siel on kuitenkin hermopäätteitä jokka (.) **monet**
 13 **kuvailee sitä sillä et on niin ku puukkoo**
 14 **[väännettäs taikka neulalla työnnettäs ni,**
 15 A: [juu (.) just (.) joo semmosta joo
 16 A: semmonen (.) mmm.
 17 A: et silloin tosiaan silloin yällä >se oli< (.) oli
 18 semmosta ja sit se oli pari päivää liikku kyllä
 19 mutta niin ku rauhallisemmin sitte taas oli (.)
 20 T: just,
 21 A: oli että tota eilinen päivä oli taas semmonen (.)
 22 L: [<aitii>
 23 A: [oikeen vilkas päivä
 24 T: kuule se kamera on siinä sen takia kun (.) ne (.)

Esimerkin (24) riveillä 1–4 asiakas kertoo kivun olevan tuikkivaa ja selventää: *ku pistetty sillai sävähdytteli tonne*. Terveydenhoitaja alkaa normalisoida asiakkaan kuvausta eksplikoiden sen suhteellisen harmittomaksi loppuraskauteen kuuluvaksi kivuksi (*tässä vaiheessa, monella on kyllä se just että*), joka johtuu lantionpohjan lihasten reagoimisesta. Aluksi terveydenhoitaja esittää normalisoinnin eksplikoiden sen tavanomaiseksi (*monella on kyllä*), jonka asiakas kuittaa *joo*-partikkelilla. Rivillä 12 terveydenhoitaja jatkaa normalisoimista viitaten muiden kokemuksiin ja referoiden muiden asiakkaiden kuvausta (r.12–14, *monet kuvailee sitä sillä et on niin ku puukkoo väännettäs taikka neulalla työnnettäs*). Asiakas esittääkin voimakkaan hyväksynnän ja samanlinjaisen kannanoton (rivillä 15–19). Terveydenhoitaja kuittaa tämän ja topiikki vaihtuu lapsen osallistuessa keskusteluun.

Vastaavanlaisen rakenteen ovat esittäneet myös Alison Pilnick (2002) sekä Cynthia Gordon, Michele Prince, Judith Benkendorf ja Heidi Hamilton (2002). Gordon ym. (2002: 245–263) ovat kuvanneet toisten ihmisten kokemusten käyttämistä perinnöllisyysneuvonnassa sellaisissa tilanteissa, joissa puhutaan lapsivesinäytteen ottamisen kivuliaisuudesta. Tutkimuksen mukaan perinnöllisyysneuvojat vähättelevät kivun kokemista käyttämällä systemaattisesti geneeristäviä ilmauksia, kuten *ihmiset (people)* ja *useimmat ihmiset (most people)*, silloin kun he kuvaavat kivun vähäisyyttä. Näin kivun vähäisyys yleistetään ja esitetään normaalina reaktiona. *Joihinkin ihmisiin (some peop-*

le) taas viitataan kuvattaessa suurempaa kipua, ja näin osoitetaan, ettei kivun kokeminen ole yleistä, mutta se on kuitenkin mahdollista. Pilnick (2002: 339–350) puolestaan on analysoinut sitä, kuinka *useimpiin ihmisiin* viitataan, kun ohjaillaan implisiittisesti asiakkaiden valintoja sikiödiagnostiikkaan liittyen. Tiina Mälkiä (2008: 174–175) tuokin esiin, että perinnöllisyysneuvonnassa lääkäri voi välttää oman kantansa ilmaisemista viittaamalla *joidenkin perheiden* kantaan esimerkiksi raskauden keskeytyksestä. Näin moraaliseksi tulkittavat kannanotot yleistävät ilman, että lääkäri ilmaisisi omaa mielipidettään asiaan (Mälkiä 2008: 174–175).

Esimerkin (24) normalisointitapa tuo jossain määrin mukaan myös kokemusten jakamisen merkityksen normalisoinnissa. Verrattuna perinnöllisyysneuvonnassa käytettyyn muiden kokemusten viittaamiseen, esimerkin tavan voidaan nähdä liittyvän myös siihen, että terveydenhoitaja näin osoittaa jollain tapaa ymmärtävänsä asiakkaan kokemusta. Käyttämällä tällaista yksityiskohtaista kivun kuvaamisen tapaa terveydenhoitaja normalisoi kivun ilman, että vähätelisi sen kokemista, ja implikoi sen normaaliksi, hyvälaatuiseksi kivuksi, jollaisen monet muutkin kokevat loppuraskaudesta. Sen sijaan, että terveydenhoitaja kuvaisi kivun lievänä viitatessaan muiden kuvauksiin (*monet kuvailee*), hän esittää voimakkaita kivun kokemisen ilmauksia (r.13–14, *niin ku puukkoo väännettäs taikka neulalla työnnettäs*). Esimerkissä (24) näkyykin (r.15, *juu just semmosta joo*), miten asiakas vastaa voimakkaan samanmielisesti tähän normalisointiin. Sekvenssi päättyy asiakkaan laajaan lausevastaukseen, joka on selkeän samanmielinen terveydenhoitajan edeltävän normalisoivan vuoron kanssa.

4.3 Poikkeavuuden kieltäminen – *ei o mitenkään epätavallista*

Terveydenhoitaja voi myös suoraan kieltää ongelmallisen asiantilan poikkeavuuden. Tällaisia normalisointeja on aineistossani neljä. Kahdesti kyseessä on ongelma, joka voidaan käsittää hieman keskimääräistä vakavammaksi. Kahdessa muussa tilanteessa terveydenhoitaja käyttää poikkeavuuden kieltämistä normalisoinnissa kumotessaan asiakkaan esittämän arvion tai esittäessään erilinjaisen kannanoton.

Esimerkissä (25) terveydenhoitaja ilmoittaa asiakkaan painon laskeneen. Asiakas kommentoi painon laskua (r.4) *se on vissiin parempi sit ollu* ja naurahtaa lopuksi. Rivillä 6 terveydenhoitaja kuitenkin kumoaa painonlaskun ongelmallisuuden (*ei päinvastoin*).

(25) Painon lasku

- 01 T: [se oli niin laskenu [joo-o?
 02 A: [<sit kun> [*mm,*
 03 (5.0)
 04 A: no se o vissiin p(h)arempi sit ollu
 05 A: [hehheh heh
 06 T: **[ei (.) päinvastoin voi sanoo sinällänsä et**
 07 **T: kyllähän se tässä loppuvaiheessa (.) sehän**
 08 **sahaa kyl[lä (.) .h ja< tavallaan #ö# voi**
 09 A: [*mmm,*
 10 T: sanoo että (0.2) #n# nestettä (.) #v# vatsan
 11 toimintaa ja montaa muuta tämmöstä asiaa jotka
 12 se niin ku heilauttaa sitä (.) *suuntaan ja
 13 toiseen että (.) tota se >piirun< vähemmän ku
 14 viime et se niin ku (.) tosi* paljo (.)
 15 A: *mm[m,
 16 T: [*joo,*
 17 (2.0)

Esimerkissä (25) terveydenhoitaja aloittaa vuoronsa kieltosanalla (*ei*) ja kontrastoivalla adverbilla *päinvastoin*, jolla kieltää asiantilan ongelmallisuuden. Tämän jälkeen hän implikoi asian normaaliksi loppuraskauteen liittyväksi asiaksi (r.7–8): *kyllähän se tässä loppuvaiheessa sehän sahaa kylä*. Terveydenhoitaja jatkaa normalisoimista vielä (r.10–13) eritellen painon laskun mahdollisia syitä (*nestettä, vatsan toimintaa, jotka heilauttaa sitä suuntaan ja toiseen*), ja perustelee tällä tavoin normalisointinsa. Esimerkissä (25) normalisointi toimii erilinjaisena kannanottona asiakkaan arviolle painonlaskun ongelmallisuudesta.

Myös seuraavassa esimerkissä terveydenhoitajan normalisointi on erilinjainen asiakkaan edeltävän vuoron kanssa. Esimerkissä (26) terveydenhoitaja esittää ensin eksplisiittisen

normalisoinnin (r. 8–9), jonka jälkeen hän tehostaa normalisointia kieltämällä ongelmallisena kuvatun asiantilan poikkeavuuden (r. 10, 12).

(26) Turvotus

- 01 A: [on näissäkin
 02 A: vähä mullaki ku tää sormus on niin tiukka et se
 03 oli (.) tosi löysä sillon ku mä sain sen ja,=
 04 T: =joo.
 05 A: nyt se on ihan tämmönen,
 06 T: >mm (.) mm<
 07 (0.7)
 08 T: *kyllä* .mt .h tota: #mm# kyllähän se norrmaalia
 09 tässä vaiheessa on että sitä pikkusen nestettä on
 10 et [**siin ei niin kun sinällensä mitään** (.)
 11 A: [joo.
 12 T: **poikkeevaa oo** (.) .h mites tota onks sulla mitään
 13 päänsärkyä ollu,

Esimerkissä (26) asiakas hyväksyy normalisoinnin *joo*-partikkelilla, jonka jälkeen terveydenhoitaja aloittaa turvotukseen liittyvän alatopiikin. Asiakas ei myöhemminkään palaa turvotuksen ongelmallisuuteen, joten sekvenssi lopetetaan onnistuneesti normalisointiin. Sekä esimerkissä (25) että (26) asiakas hyväksyy normalisoinnin minimipalautteella, eikä enää jatka ongelman käsittelyä myöhemminkään. Näyttäisi siltä, että tällainen normalisointi on erityisen voimakas ja toimii hyvin tilanteissa, joissa terveydenhoitaja on erimielinen asiakkaan esittämän asian ongelmallisuudesta.

Kahdessa seuraavassa esimerkissä (27 ja 28) on ainoat normalisoinnit, joita terveydenhoitaja käyttää itse eksplikoimiinsa ongelmiin. Esimerkissä (27) on kyseessä hieman huolestuttavampi raskausajan ongelma. Mitatessaan verenpainetta terveydenhoitaja havaitsee korkean yläpaineen ja epätasaisen pulssin. Ongelman eksplikoivan monologin päätteeksi terveydenhoitaja normalisoi (r. 10–15) ongelman ilman asiakkaan kielellistä responsia.

(27) Rytmihäiriöitä

- 01 T: ihan (.) kohtalainen se on suurin piirtein samaa
 02 (.) luakkaa (.) yläpaine on pikkusen korkeempi
 03 alapaine ihan kohtalainen mut mä katon sen pulssin
 04 sulta vielä (.) onk sulla mitään rytmihäiriötä
 05 tuntemuksia=
 06 A: =*ei,*=
 07 T: =ollu?
 08 (7.0)
 09 T: se on pikkusen semmonen aavistuksen verran
 10 epätasanen (0.3) **ei se tässä vaiheessa rasiuksessa**
 11 **kun (.) kuitenkin voi sanoo että loppuraskaus on**
 12 **elimistölle jonkun sortin rasite ni voi olla**
 13 **semmosia ihan (.) hyvän tapasia rytmihäiriöitä**
 14 **jokka ei o missään nimessä poikkeavia** mutta (1.5)
 15 tommosta muljahtelua voi tuntua
 16 L: [(-) on jo parantunu ku (.)
 17 T: tässä nyt on taas [yks (-)
 18 T: kokeilemaan ni silloin (.) muutama jää niin ku
 19 lyäntejä lähinnä
 20 L: hei kato mikä< (.)toss on tollain pipi (.)
 21 L: ka[to
 22 T: [ootak sä ihan pik[kusen,
 23 A: [oota vähän?
 24 (0.9)
 25 T: joo nyt se on kyllä ihan tasanen ja *hyvä ettei se
 26 (0.7) mitään,*
 27 (0.4)
 28 T: just,
 29 A: ja me kävellen tultiin ni se<=
 30 L: =kato=
 31 T: =nii-i seki voi tehdä tot#a: ö# ero<
 32 L: tää on vähän pipi ja tää< tää on toine?
 33 T: no kattos vaa

Esimerkissä (27) terveydenhoitaja normalisoi eksplikoimansa ongelman riveillä 10–15. On merkillepantavaa, että kyseessä on terveydenhoitajan esiin tuoma ongelma, sillä tähän mennessä kaikki terveydenhoitajan normalisoinnit ovat liittyneet asiakkaiden eksplikoimiin ongelmiin. Normalisointi tapahtuu samassa vuorossa ongelman eksplikoinnin kanssa. Aluksi terveydenhoitaja viittaa raskauden vaiheeseen (r. 10–11: *tässä vaiheessa rasiuksessa, loppuraskaus*) ja kytkee ongelman tähän liittyväksi, ohimeneväksi

ja tavallaan harmittomaksi ilmiöksi. Rivillä 13 terveydenhoitaja identifioi rytmihäiriöitä adjektiivilla *hyväntapaisia*, mikä jo implikoi asian ongelmattomuutta. Rivillä 14, edelleen samassa vuorossa, terveydenhoitaja vielä normalisoi ongelman painokkaasti kieltäen sen poikkeavuuden (*jokka ei o missään nimessä poikkeavia*).

Esimerkissä (27) *voi olla* (r. 12) tavallaan pitää sisällään vaihtoehdot sekä hyvänlaatuisuudesta että pahanlaatuisuudesta, mikä voisi implikoida myös hyvin pahalaatuista ongelmaa. Riveillä 25–26 terveydenhoitaja kuitenkin täydentää kuvaustaan ja kertoo sen hetkisen sykkeen olevan hyvä. Tavallaan esimerkissä normalisoidaan ongelmaa, mutta toisaalta taas osan siitä voidaan nähdä jäävän avoimeksikin. Näin mahdollisuus pahanlaatuista rytmihäiriöistä tulee implikoiduksi, mutta samalla se jää kuitenkin käsittelyn ulkopuolelle.

Myös esimerkissä (28) on kyseessä terveydenhoitajan eksplikoima, hieman keskimääräistä vakavampi, ongelma. Riveillä 1–11 on terveydenhoitajan pitkä monologi, jossa hän eksplikoi ongelman, pohtii sen syitä ja antaa toimintaohjeen uutta näytteenottoa varten. Asiakas kuittaa vuoron *joo*-partikkelilla, jota seuraa tauko. Rivillä 15 terveydenhoitaja aloittaa normalisoinnin.

(28) Valkuaista

- 01 T: #uv# toinen vaihtoehto on se et siinä on
 02 niin kun selkeesti valkuaista erittyy virtsaan
 03 mut< #u# olettasin et sull ei oo siitä kysymys
 04 vaan että se on niin kun (.) .hh negatiiviseksi
 05 se sillon niin kun tulkitaan jos se on tommonen
 06 hiven ja mitään oireita sen kummallisemmin ei oo
 07 (.) mä paan sen ny tänne itelleni ylös katotaan
 08 se ens viikolla sitte ja .hh .mt sä voisit ihan
 09 ens kerralla< jos nyt tulet .h niin vaikka
 10 alapesun ensin pestä niin kattoo ettei ainakan
 11 sitte o siitä [kiinni et se (.) *vuoto siinä
 12 A: [*joo,*
 13 T: ois niin ku syypää,*
 14 (2.0)
 15 T: **ei o mitenkään epätavallista et täs loppuvaiheessa**

16	sitä (.) näyttääntyy ja sit se ei kuitenkaan niin
17	ku o (.) .h merkittävä (.) asia noin (.) raskauden
18	kannalta (.) et se tarttis mitään hoitoo tai muuta
19	mutta seurattava tietenk (0.2) *.joo* .hh
20	kuinkas pieni siellä h on h (.) liikuskellu.

Esimerkissä (28) terveydenhoitajan normalisointi (r. 15–16) on painokas. Kuten edellisessä esimerkissä, terveydenhoitaja tehostaa poikkeavuuden kieltä määritteellä (r. 15, *mitenkään*) ja kytkee ongelman loppuraskauteen (r.15, *loppuvaiheessa*). Mielenkiintoista tällaisessa normalisointitavassa on se, että terveydenhoitaja tekee normalisoinnin ilman, että asiakas on sanallisesti osoittanut tällaista responsia relevantiksi. Kummassakin esimerkissä (27) ja (28) normalisointi tapahtuu terveydenhoitajan monologin päätteeksi. Toisaalta juuri asiakkaan vaitonaisuus saattaa olla olennaisessa asemassa. Terveydenhoitaja normalisoi poikkeavan tutkimustuloksen painokkaasti, mikä on hyvä keino hälventää asiakkaan potentiaalista huolestumista. Poikkeavuuden kieltä normalisointina on erityisen painokas, ja se hyväksytäänkin dialogipartikkelilla tai nyökkäyksellä. Terveydenhoitaja käyttää tällaista normalisointikeinoa joko vakavampien fyysisten ongelmien kohdalla tai muiden ongelmien kohdalla erimielisyystilanteissa kumotessaan asiakkaan kannanoton tai arvion.

4.4 Ongelman implikoiminen itsestään selväksi tosiasiaksi – *sehän sahaa kyllä*

Terveydenhoitaja voi esittää normalisoinnin myös implisiittisemmin, niin ettei hän käytä yleisyyttä tai tavanomaisuutta ilmaisevia sanoja eksplisiittisesti. Kielellisesti tämän voi tehdä monella tavalla. Usein tällainen normalisointi sisältää *-hAn*-partikkelin (*-han*, *-hän*), joka implikoi ongelman itsestään selväksi tosiasiaksi.

Mia Halosen (1996: 185–204) mukaan *-hAn*-partikkelillinen väite preferoi jälkijäsenekseen nimenomaan myönnön, ja yleisenä totuutena tai jostakin edellä esitetystä luonnostaan seuraavaa väitettä on vaikeaa kieltää. Partikkeli toimii Halosen mukaan samoin periaattein sekä väiteltäessä että yhdessä rakennettaessa. Sen käyttö implikoi vuoron

sisältämän ajatuksen tutuksi tai tunnetuksi; vetoaa yhteiseen tietoon, pakottaa reagoimaan ja preferoi samanmielisyyttä. *-hAn*-partikkelilla siis sekä otetaan toiset keskustelijat huomioon että varmistetaan oma asema.

Esimerkissä (29) on keskusteltu isomman sisaruksen mustasukkaisuudesta. Sekvenssi on alkanut terveydenhoitajan kysymyksellä sisaruksen suhtautumisesta uuteen perheenjäseneseen. Esimerkissä (29) asiakas kertoo isosiskon tappelevan *Jukan* kanssa (r.1, 3) ja pohtii (r.5) lapsen erilaista suhtautumista *Jukkaan* kuin häneen. Riveillä 8–9 terveydenhoitaja tuo esiin negatiivisen käytöksen positiivisen puolen (*tota toisaalt se on ihan hyvä et pystyy niit tunteitansa purkamaan*) ja aloittaa normalisoinnin tämän jälkeen (r.9, 11).

(29) Sisaruskateus

- 01 A: sitte Jukan kanssa se t(h)aas tappelee ku Jukka [tulee
02 T: [mmm,]
03 A: [.kotio]
04 T: [mmm] mmm, (.) kyllä,
05 A: että miten suhtautuuko se sitte £jotenki sil[lai£]
06 T: [nii]ja
07 A: [eri lailla]
08 T: [tota toi]saalt se on ihan hyvä että pystyy niitä
09 tunteitansa [pur]kamaan **eihän laps osaa vielä niitä sillai**
10 A: [ni,]
11 T: [**sanoiks pukee,**]
12 A: [mut se ei se mitään] sellasta pahaa #o niinku# /mm
13 A: tehny että [mitään semmosta o että]
14 T: [mm mm kyl]lä .joo=
15 A: =mum mielestä: ainakin hyvin ett(h)[ä] ois voinu
16 T: [mm]
17 A: pahemp(h)ik(h)in ol[la]
18 T: [mhmp] joo ja tietty siihen varautuu
19 T: ja [tietää että,]
20 A: [tai sitten niin]ku varautuu sitte pahimpaan niinku
21 A: kaikki on aina sanonu.
22 T: /nii,
23 T: ja lapset on yksilöi[tä]
24 A: [että] tota ei mum mielestä se on tosi
25 A: hyvin ni sillai joku ki sano vauva ni (.) @ei se o meidän

- 26 T: [mmm
 27 A: vauva?@ [/hhihi et] ei se o [.mmm]
 28 T: [ni kyllä] [mmm] .joo=
 29 A: =ni.

Esimerkissä (29) terveydenhoitaja normalisoi lapsen käytöstä (r.9, 11; *eihän laps osaa vielä niitä sillai sanoiks pukee*). Kuvatessaan tilanteen positiivisen puolen terveydenhoitaja käyttää nollapersoonaa (r.8, *ihan hyvä että 0 pystyy*). Tämän jälkeisessä normalisoinnissa, samassa lausumassa, terveydenhoitaja käyttää geneeristävää ilmausta *laps ikään kuin muistuttaisi kehityspsykologisesta itsestäänselvyydestä (eihän laps osaa)*. Tällaisen yleisen, geneeristävän, yksikkömuotoisen substantiivilausekkeen avulla voidaan ilmaista esimerkiksi taipumusta, tapaa tai muuta lajityypillistä käyttäytymistä (VISK § 1407).

Normalisoinnilla terveydenhoitaja osoittaa lapsen negatiivisen käytöksen tavalliseksi ja asiaan kuuluvaksi, toisaalta hyväksikin asiaksi. Tämä onkin hyvä keino rauhoitella asiakasta, jos hän pohtii lapsensa olevan tämän vuoksi jollain tapaa poikkeava. Toisaalta taas ongelman näin nopea normalisointi saattaa ohjata keskustelun loppuun liian nopeasti. Lisäksi geneeristäminen korostaa asioiden käsittelyä yleisellä tasolla.

Esimerkissä (29) näkyy mielenkiintoisella tavalla asiakkaan responssi normalisoinnin jälkeen. Rivillä 12 asiakas aloittaa vuoron kontrastoivalla *mut*-konjunktiolla ja kertoo, ettei lapsi ole kuitenkaan tehnyt *mitään pahaa* (r.12–13). Asiakas lähtee tavallaan heti normalisoinnin jälkeen kumoamaan aiemmin eksplikoimaansa ongelmaa. Lisäksi asiakas muuttaa kuvausta (r.15) yhä positiivisemmaksi (*mun mielestä ainakin hyvin, ois voinu pahempikin olla*) ja osoittaa näin suuntautuvansa pois asiantilan ongelmallisuudesta. Tietyllä tapaa terveydenhoitaja normalisoi myös tätä asiakkaan vuoroa (r. 18–19, *joo ja tietty siihen varautuu ja tietää että*). Lausumassa terveydenhoitaja käyttää myös nollapersoonaa, mikä on myös yksi normalisoiva elementti. Edelleen rivillä 24–25 näkyy asiakkaan kuvauksessa muutos jälleen paljon alkuperäistä kuvausta positiivisempaan suuntaan (*se on tosi hyvin ni sillai*). Tämän jälkeen asiakas kertoo vielä lapseen

liittyvän positiivisen esimerkin todellisesta elämästä nauraen ja terveydenhoitajan kuittauksen jälkeen sekvenssi päättyy.

Asiakkaan responssi tällaisen psykososiaalisen ongelman normalisoinnin kohdalla on siis samanlainen kuin ensimmäisen normalisointeja käsittelevän alaluvun (4.1) esimerkeissä, jotka koskevat tavanomaisuuden eksplikoimista ja erilinjaisuutta. Näissä asiakkaan responssi normalisointiin alkaa *mutta*-partikkelilla ja ongelmatilanteen kuvaaminen muuttuu positiivisemmaksi, ongelmallisuutta lieventäväksi.

Esimerkki (29) havainnollistaa hyvin sitä, minkälainen merkitys terveydenhoitajan responsseilla on ongelman käsittelysekvenssin alkupuoliskolla. Esimerkissä keskustelu etenee melko nopeasti pois asiantilan ongelmallisuudesta ja myös asiakas orientoituu puhumaan asiasta normalisoinnin jälkeen positiiviseen sävyyn.

Esimerkissä (30) keskustellaan jossain määrin arkaluontoisesta aiheesta, mielialan vaihtelusta. Terveydenhoitaja esittää sekvenssin alussa (r.1–2) vaihtoehtokysymyksen: *onks oma mielialas ollu hyvä vai onko se heitelly?* Asiakas vastaakin tähän arkaluontoisuutta implikoivalla tavalla: venytetyllä *no*-partikkelilla ja useilla sisäänhengityksillä vuorossaan (r.3). Lisäksi asiakas käyttää erilaisia lieventimiä *kai* ja *vähä*. Myös episteemisesti modaalinen *voinu* ilmaisee epävarmuutta. Asiakas kuitenkin selvästi tuo esiin vaihtoehdon, joka on vastakkainen *hyvälle*: *noo on kai se vähä voinu heitellä*. Tässä asiakas tuo hienovaraisesti esiin potentiaalisen ongelman, jota voitaisiin pitää vakavanakin. Tällainen hienovarainen kuvaus saattaisi implikoida esimerkiksi synnytyksen jälkeistä masennusta.

Rivillä 5 asiakas tarkentaa kuvaustaan: *muuten aika hyvä sillai*. Terveydenhoitaja tekee seuraavassa vuorossa formulaation (r.6) eli tulkintaehdotuksen (ks. formulaatioista esim. Vehviläinen 2001: 136–138) asiakkaan kertoman pohjalta, mikä nousee tässä esimerkissä erityisen mielenkiintoiseksi. Sen sijaan, että terveydenhoitaja esittäisi jatkokysymyksiä mielialan *heittelestä* tai antaisi asiakkaalle tilaa kertoa lisää (terveydenhoitajan formulaatio seuraa välittömästi asiakkaan kuvauksen jälkeen), terveydenhoitaja

ohjaa keskustelua formulaatiolla pois asian ongelmallisuudesta: *niin että et o ite sitä rasituksena kokenu joo*. Tiitinen ja Ruusuvuori (2014: 49–68) tuovatkin esiin, että tarttumalla formulaatiossa kuvauksen ongelmattomaan osaan ei potentiaalisesta ongelmasta päästä keskustelemaan tarkemmin. Tämä näkyy myös esimerkissä (30), sillä asiakas hyväksyy formulaation (r.7) tilanteen ongelmattomuutta implikoivalla minimivastauksella (*e:n en*). Seuraavaksi (r.8) terveydenhoitaja alkaakin normalisoida asiakkaan mielialan vaihtelua.

(30) Mieliala

- 01 T: tota onks oma mielialas ollu (.) hyvä vai onko se hheitelly?
 02 (1.0)
 03 A: /noo on se kai vähä voinu heit(h)ell(h)ä mut tota .hh
 04 T: mmm?=
 05 A: =muute aika hyvä sill(h)ai?=
 06 T: =nii että et o i[te] sitä niinku rasituksena [kokenu [.joo]
 07 A: [ni,] [e:n [en?]
 08 T: **joo ja [kyllä] toisaalta onhan sunkin on niinkun ehkä tää**
 09 A: [*en*]
 10 T: **liikkeelle lähtö ollu pikkusen ehkä tyäläämpää [.hh e]t**
 11 A: [mmm,]
 12 T: **ku aattelee et täss on niinku monta asi[aa nyt ollu**
 13 A: [on nii joo
 14 T **semmosta niinku,]**
 15 A: sitte ku] kaks o ja kahen kans[sa]
 16 T: [nii] ja sitte
 17 T: **kuitenki se rintatu[lehdus se ja [tämä juttu [että [tota]**
 18 A: [nii [just [ni [mm]
 19 A: .nii
 20 T: joku pääsee ehkä helpommalla[ki mu]tta **aika aikaa kutakin**
 21 A: [nii,]
 22 T: kyllä se siitä [läh]tee sitte rul[laam]aan taas ja on (.)
 23 A: [nii,] [*nii,*]
 24 T: varmaan parempia ja huanompia päi[viä] *ni,*
 25 A: [nii,]
 26 (.)
 27 T: hh. palaillaan asiaan ens viikolla elikkä tota mh se mukaan
 28 mitä sitte oma hh
 29 A: /joo=

Esimerkin (30) normalisoinnilla terveydenhoitaja implikoi mielialan vaihtelun tilannesidonlaiseksi ja tavallaan ongelmattomaksi: *joo ja kyllä toisaalta onhan sunkin on niinkun ehkä tää liikkeelle lähtö ollu pikkusen ehkä tyäläämpää et ku aattelee et täss on niinku monta asiaa nyt ollu semmosta niinku* (r.8, 10, 12, 14). Normalisoinnissa on jälleen nähtävillä mielenkiintoisena elementtinä *-han*-partikkeli. Asiakas myötäilee terveydenhoitajan normalisoivia vuoroja (esim. r.13, *on niin joo*) ja täydentää vielä terveydenhoitajan normalisoivaa kuvausta omalla vuorollaan (r.15): *sitte ku kaks o ja kahen kanssa*. Terveydenhoitaja ei topikalisoi tätä, vaikka asiakkaan kuvaus on lähes eksplisiittinen viittaus siihen, että hän on kokenut kahden lapsen hoitamisen työläänä. Terveydenhoitaja sen sijaan jatkaa keskustelussa esillä olevan työläyden erittelyä omilla esimerkeillä (r.16–17): *nii ja sitte kuitenkin se rintatulehdus se ja tämä juttu (selkäkipu) että tota*. Tällä tavoin terveydenhoitaja tavallaan sivuuttaa asiakkaan näkökulman *nii*-partikkelilla ja implikoi sen epäolennaiseksi työläyden suhteen.

Tiitinen ja Ruusuvoori (2014) ovat verranneet formulaatiota ja erilaisia kysymyksiä, joilla terveydenhoitaja pyytää ongelmasta lisätietoja. He esittävät, että formuloimalla saavutetaan paremmin asiakkaan näkökulma ja asiakkaat tuovat näin esiin omia yksityiskohtaisia näkökulmiaan ongelmasta. Jatkokysymykset sitä vastoin keskittyvät terveydenhoitajan näkökulmaan, siihen mitä hän pitää kuvatun ongelman kannalta relevanttina tietona. (Tiitinen & Ruusuvoori 2014: 59.) Formulaation jälkeisen asiakkaan minimivastauksen jälkeen terveydenhoitaja aloittaa normalisoinnin (r.8–), mikä kuitenkin tässä tilanteessa vie paikan asiakkaalta jatkaa potentiaalisesta ongelmasta kertomista.

Asiakkaan hyväksyvän palautteen jälkeen terveydenhoitaja osoittaa empatiaa asiakkaan kokemusta kohtaan (r.20, *joku pääsee ehkä helpommallaki*) ja tuo esiin tilanteen positiivisia puolia (r. 20–21, *mutta aika aikaa kutakin kyllä se siitä lähtee sitte rullaamaan taas*). Rivin 20 positiivisen puolen osoittaminen pitää sisällään myös normalisoivia elementtejä: sanonnan (*aika aikaa kutakin*) avulla terveydenhoitaja implikoi, että vastoinkäymiset ovat ohimeneviä ja normaaleja elämään kuuluvia asioita. Paul Drew ja Elizabeth Holt (1998: 495–522) ovat havainneet, että myös idiomeja käytetään samalla

tavoin esimerkiksi puheenaiheen vaihtoon. Charles Antakin (2007: 527–541) mukaan terapeutti voi toteuttaa niiden avulla haastavaa kaksoistehtävää: osoittaa kuulleensa asiakasta ja samalla ohjata vuorovaikutusta eteenpäin. Näiden avulla ongelma voidaan myös normalisoida, ironisoida tai esittää vähemmän negatiivisena. (Antaki 2007: 527–541.)

Esimerkissä (30) terveydenhoitaja erittelee mielialan vaihtelua omien esimerkkien avulla, muttei tartu asiakkaan esittämiin yksityiskohtiin. Asiakas kuittaa terveydenhoitajan vuorot *nii*-partikkeleilla, ja rivin 25 kuittauksen ja pienen tauon jälkeen terveydenhoitaja sulkee sekvenssin (*palailaan asiaan ens viikolla*) ja vihjaa tällä tavoin, että vastaanottokäyntikin alkaa olla loppuillaan. Asiakas kuittaa (r.29) tämän *joo*-partikkelilla.

Sulkemalla ongelman käsittelysekvenssin vastaanottokäyntiä lopettelevaan kommenttiin terveydenhoitaja tekee asiakkaalle hyvin hankalaksi jatkaa enää ongelmasta puhumista. Esimerkissä (30) terveydenhoitaja on edennyt tähän kommenttiin tyypillisten ongelman käsittelysekvenssiä sulkevien käytänteiden kautta: osoittamalla empatiaa, normalisoimalla ja tuomalla esiin tilanteen positiivisen puolen. Kun terveydenhoitaja suuntautuu heti sekvenssin alussa kohti ongelman käsittelyn lopetukseen tähtääviä toimintoja, implikoi hän samalla asiakkaalle, että ongelmasta ei ole tarpeen jatkaa enempää.

Toisin kuin kolmessa aiemmassa esimerkissä (22–24) tässä asiakkaan responsi normalisointiin ei ole *mutta*-alkuinen. Sen sijaan asiakas antaa lisätietoja (r.15). Tietyllä tapaa myös asiakas osallistuu näin normalisointiin, vaikka kahden lapsen kanssa oleminen ei ole samalla tavalla ohimenevä työläyden aiheuttaja kuin esimerkiksi rintatulehdus ja selkävaivat. Topikalisoinnin sijaan terveydenhoitaja kuitenkin tehostaa normalisointiaan sanonnalla (r.20, *aika aikaa kutakin*), ja jatkaa tästä positiivistamisella (r.22) ja muilla puheenaiheen sulkevilla käytänteillä.

Esimerkki (31) on asiakkaan synnytyksen jälkitarkastuksesta. Asiakas on kertonut terveydenhoitajan kysymyksen motivoimana synnytyksestään, ja kuvannut sitä ääri-ilmauksia käyttäen *hirveäksi*. Kun synnytyksestä on keskusteltu muutaman vuoron ver-

ran, asiakas kertoo kokemuksen jo kuitenkin unohtuneen. Esimerkki (31) alkaa siitä, kun terveydenhoitaja tekee tämän pohjalta formulaation (r.1, *tuarees muistis tavallansa joo*). Asiakas eksplikoi seuraavassa vuorossaan *hirveyden* liittyneen erityisesti siihen, ettei hän ole saanut toivomaansa kivunlievitystä.

(31) Hirveä synnytyskokemus

- 01 T: =tuarees muis[tissa tavallansa [joo]
 02 A: [juu [et m]ut sitä mä vaa että
 03 miten siä voi olla sillai et sitte jos niinku kysytään
 04 mitä kipulääkettä haluu tai sitte ku @EI SAAKKAAN@
 05 /että /miks siäkin nin vähän täytyy olla sitä henkilö.kuntaa?
 06 T: mmm?=
 07 A: =tai niitä lääkärei[t(h)ä]
 08 T: [nii.]
 09 T: no se on vähä [s-
 10 A: [se o vähä
 11 T: [mikä se vaa- to[ta yäaika oli sil[lon] nii
 12 A: [se o yä [yä [.mmm
 13 A: [ni se mum miälestä on kyl ai[ka
 14 T: [.hhh [joo se on kyllä totta
 15 T: että kun aattelee et siäll [on]
 16 A: [ett]ä £kuitenkin kun niinkun
 17 A: kysytään ja pitäs saa/d(h)a ja?£=
 18 T: =mmm se o- yks päivystäjä siällä on niinkun kynekolokian
 19 pualelta ja [sitten] jos aattelee #n-# epiduraalia [niin]
 20 A: [mmm,] [nii]
 21 T: tota [se anestesialääkäri kun on [yks koko [talossa jos
 22 A: [niin no sitä [nii? [mmm?
 23 T: aattelee et jos sill on leikkauksia [ni **kyllä se valitettav[a**
 24 A: [mm, [nii,
 25 T: **asia on että sillon synnyttäjä JÄÄ [toiseks. .hh ja onhan**
 26 A: [nii,
 27 T: tossa tietty niinkun periaatteessa on muitakin vaihtoehtoja
 28 kun ne puudutuks[et että se ei o vaa mm mutta< auttaako se
 29 A: [joo no ne ja joo sitte mä otin ja sitte ne
 30 A: meinas laittaa akvarakkuloita mä en antanu ku mää .hh sanoin
 31 että ku mä oon k(h)uullu että ne on ihan hirv(h)eit(h)ä ku mä
 32 olin .nii sattu ni paljo sitte mä (--)
 33 T: mmm .joo] kyllä .mt mutta että kuitenkin ninkun koit
 34 A: .joo .ni]
 35 T: että se: (.) sä siit selvisit ja [se ei niinkun varmaan
 36 A: [juu.

- 37 T: [sillai että sä mitään niinku tämmöstä kauhukuvaa kuitekaan
 38 A: [juu.
 39 T: ois jättä[ny vaikka se ny on hetkelli[sesti,
 40 A: [ei? [nii?]
 41 A: *.mmm?*[
 42 (0.1)
 43 T: kovaa

Asiakas vahvistaa formulaation *juu*-partikkelilla, mutta jatkaa vuoroaan vielä edellistä täydentäen ja kontrastoiden (*et mut sitä mä vaan*, r. 2). On mielenkiintoista, että vaikka terveydenhoitaja ei tartu formulaatiossa asian ongelmalliseen puoleen, jatkaa asiakas silti ongelman kuvaamista (vrt. Tiitinen ja Ruusuvuori 2014: 49–68). Asiakkaan vuoro on muotoiltu kysymykseksi (r. 2–5, *miten siä voi olla sillai et sitte jos niinku kysytään mitä kipulääkettä halua tai sitte ku @EI SAAKKAAN@ että miks siäkin nin vähän täytyy olla sitä henkilökuntaa?*), mutta siinä on valituksen ja huolenkerronnan piirteitä, eikä se muistuta aitoa tiedonhakukysymystä. Terveys­hoitaja vastaa riveillä 8–9 aloittaen vuoronsa *niin no* -partikkeliketjulla, niin kutsutulla erimielisyyden etiäisellä (ks. Tainio 1997: 93–100), mutta vuoro jää kesken asiakkaan aloittaessa uutta vuoroa.

Rivillä 14 terveydenhoitaja aloittaa vuoronsa sisäänhengityksellä, ja jatkaa heti samanlinjaisesti (*joo se on kyllä totta*) asiakkaan kommentin kanssa. Terveys­hoitaja käyttää myönnittelevää rakennetta, jonka voidaan nähdä enteilevän jonkinasteista erimielisyyttä. Näin vuorosta muodostuu näennäisen samanlinjainen asiakkaan vuoron kanssa, jolloin erimielisyys jää vuorovaikutuksessa implisiittiseksi. Riveillä 16–17 asiakas kuitenkin katkaisee terveydenhoitajan vuoron, ja jatkaa ongelman kuvaamista. Tämän jälkeen terveydenhoitaja jatkaa yhä vastaamista alkuperäiseen kysymykseen kohdellen sitä nyt vielä selkeämmin aitona tiedonhakukysymyksenä sen sijaan, että osoittaisi esimerkiksi empatiaa asiakkaan ikävälle synnytyskokemukselle (asiakas ei saanut toivomaansa puudutusta synnytyksessä).

Terveys­hoitaja etenee kohti normalisointia hienovaraisesti esittämällä kuvaamansa tilanteen hypoteettisena (r.19 ja 21–23: *jos aattelee*). Lisäksi kokijan paikalla on nolla-persoonaa, jolloin ajatus esitetään yleisenä pohdintana ilman, että viitataan suoraan asi-

akkaaseen. Varsinaisesti normalisoinnin voidaan katsoa alkavan viimeistään rivillä 23. Riveillä 23 ja 25 terveydenhoitaja esittää tavanomaisena sairaalan käytänteenä sen, että synnyttäjää jää toiseksi, jos meneillään on jotain akuutimpaa, ja normalisoi näin asiakkaan kokemuksen.

Terveydenhoitajan normalisoinnissa (r. 23, 25: *kyllä se valitettava asia on että silloin synnyttäjää JÄÄ toiseksi*) on monia mielenkiintoisia elementtejä. Ensinnäkin, terveydenhoitaja painottaa *jää*-sanaa, mikä korostaa tilanteen itsestäänselvyyttä ja tavanomaisuutta. Toiseksi, sanajärjestys tekee lausumasta erityisen normalisoivan (*valitettava asia on*), sillä jos subjekti olisi ennen predikaattia (*on valitettava asia*), toimisi lausuma pikemminkin empatiaa osoittavana kuin normalisoivana. Lisäksi *kyllä* tuo lisää painokkuutta normalisointiin. Myös geneeristävä ilmaus *synnyttäjää* tehostaa normalisointia ja sitä, että asioita käsitellään yleisellä tasolla sen sijaan, että kiinnitettäisiin huomiota yksilölliseen kokemukseen.

Sekvenssi päättyy lopulta terveydenhoitajan formulaatioon (r. 33, 35, 37, 39, 43), jonka pohja löyhästi on asiakkaan kertomassa. Oikeastaan tämä muistuttaa pikemminkin johdattelevaa kysymystä kuin aitoa formulaatiota, tulkitsevaa vuoroa. Asiakas kuitenkin vahvistaa tämän, ja terveydenhoitaja tekee topiikinvaihdoksen seuraavassa vuorossaan, eikä asiaan palata enää myöhemmin. Lopun formulaatiossa terveydenhoitaja viittaa asiakkaaseen suoraan kokijana (r.35: *sä siit selvisit*) ja ohjaa näin asiakasta katsomaan tilannetta positiivisesta näkökulmasta. Tiitinen ja Ruusuvoori (2014: 54) ovat käsitelleet formulointeja keskustelun sulkemisen käytänteenä. Tutkimuksen perusteella tilanteissa, joissa terveydenhoitaja tarttuu ongelmallisena kuvatun asian ongelmattomaan osaan ja formuloi sen, ongelmasta keskustelu loppuu sen topikalisoinnin sijaan. (Tiitinen & Ruusuvoori 2014: 52.)

Esimerkkien perusteella näyttäisi siltä, että juuri psykososiaalisissa ongelmissa terveydenhoitaja käyttää implisiittistä normalisointitapaa. Tällöin normalisointi toimii hieman eri tavoin kuin eksplisiittisesti esitettynä, ja sen avulla arkaluontoisenkin asian esittäminen tavanomaisena tai yleisenä ongelmana voidaan tehdä hienovaraisesti. Toisaalta taas

on mahdollista, että tällöin psykososiaaliset ongelmat jäävät vaille syvällistä käsittelyä, kun normalisointi sulkee sekvenssin nopeasti ja ohjaa käsittelyn yleiselle tasolle.

5 PÄÄTELMIÄ JA YHTEENVETOA TUTKIMUKSESTA

Tässä tutkimuksessa on tarkasteltu ongelmien käsittelyn vuorovaikutusta äitiysneuvolassa viiden videoidun vastaanottokeskustelun avulla. Tutkimuskohteena on ollut asiakkaan ja ammattilaisen välinen vuorovaikutus institutionaalisessa kohtaamisessa, tilanteessa, jolla on tietyt tavoitteet ja päämäärät raskauden seurannassa. Teoreettisen viitekehyksen muodosti keskustelunanalyysi, josta hyödynsin analyysissä erityisesti sekvenssirakenteen ja vuoron muotoilun periaatteita.

Tavoitteenani oli ensinnäkin tarkastella ongelmankäsittelysekvenssin rakentumista, erityisesti sitä, miten ja minkälaisissa sekventiaalisissa paikoissa ongelmia tuodaan keskusteluun. Lisäksi halusin vertailla ongelmien esiin ottamista asiakkaan ja terveydenhoitajan välillä. Toisena tavoitteenani oli syventyä terveydenhoitajan rooliin ongelmankäsittelijänä terveydenhoitajan tekemiä normalisointeja analysoimalla. Tässä yhteydessä tarkastelin erityisesti normalisoinnin kielellistä muotoilua sekä asiakkaan responsseja normalisoinnin jälkeen.

Tutkimuksen perusteella ongelmia eksplikoidaan erilaisin käytäntein, ja tähän vaikuttaa paljon se, toimiiko ongelman esiin ottajana terveydenhoitaja vai asiakas. Äitiysneuvolassa ongelmankäsittely ei rakennu sekventiaalisesti tietyn kaavan mukaisesti, vaan sekvenssirakenne muokkautuu jokaisen ongelmankäsittelytilanteen tarpeista käsin, jolloin ongelmankäsittelysekvenssien rakenteita on erilaisia.

Eksplikoitujen ongelmien perusteella sekä asiakkaat että terveydenhoitajat näyttävät aktiivisina ongelmankäsittelijöinä. Fyysisissä, lääketieteellisissä ongelmissa terveydenhoitaja näytti ohjailevan paljolti keskustelun kulkua, ja sekvenssirakenne oli tällöin selkeän yksinkertainen. Terveydenhoitajan resurssina toimivat tällöin tutkimusten yhteyteen liittyvät arviot, etujäsenet, joissa eksplikoitiin lievästi poikkeava tutkimustulos. Kun tutkimustulos oli hieman tavallista vakavampi, kytkeytyi sekvenssiin esisekvenssejä, joissa terveydenhoitaja kartoitti erilaisia oireita. Asiakkaat olivat näissä arvion sisältävissä sekvensseissä melko passiivisia, eivätkä esimerkiksi pyytäneet lisätietoja, ja

kuittasivat arviot minimipalautteella. Näyttäisikin siltä, että erityisesti tällaisten lääketieteellisten ongelmien kohdalla luotetaan terveydenhoitajan asiantuntemukseen, ja siihen, että terveydenhoitaja automaattisesti kertoo kaiken tilanteen kannalta tarpeellisen.

Asiakaslähtöisyyden kannalta vuorovaikutus näyttäytyy ongelmallisena epäiltäessä vakavampaa lääketieteellistä ongelmaa. Käsillä olevan tutkimuksen perusteella lievät fyysiset ongelmat eivät näyttäisi tuottavan hankaluutta, mutta vakavampia ongelmia epäiltäessä osa ongelmasta jää implisiittiseksi. Asia on merkityksellinen ainakin kahdelta kannalta. Terveydenhoitajan avoimuus olisi olennaista luottamuksellisen asiakassuhteen syntymiseksi, jolloin myös vaikeista asioista kertominen olisi helpompaa (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013: 21). Lisäksi implisiittisyys saattaa aiheuttaa tarpeetonta epävarmuutta ja huolestuneisuutta asiakkaalle.

Terveydenhoitaja eksplikoi ongelmia myös kolmannen position vuoron jälkeen. Tällainen sekvenssi rakentui siten, että jo kysymys-vastaussekvenssin jälkeisessä kolmannen position vuorossa terveydenhoitaja implikoi, että asiakkaan vastauksessa oli jotain ongelmallista. Tätä seurasivat kysymys-vastausvälisekvenssit, joiden jälkeen terveydenhoitaja eksplikoi ongelman. Tällainen sekvenssirakenne muistuttaa Heritagen ja Sefin (1992: 359–417) käsittelemää askelittaista siirtymää neuvon. Heidän neuvolan kotikäyntejä koskevassa tutkimuksessaan terveydenhoitaja käytti vastaavanlaista rakennetta asiakkaan näkemyksen selvittämiseen, ja sitä kautta oikeanlaiseen neuvojen muotoiluun. Tiitinen ja Ruusuvuori (2014: 52) ovat myös kuvanneet tutkimuksessaan samantyyppisen rakenteen löytyvän suomalaisesta äitiys- ja lastenneuvolasta.

Asiakas otti ongelmia tyypillisesti esiin jälkijäsenissä, pääsääntöisesti terveydenhoitajan kysymyksen motivoimana. Nämä tulokset ovat yhteneviä muun muassa Tiitisen ja Ruusuvuoren (2014: 49–68) tulosten kanssa. Muita jälkijäseniä olivat tiedonanto ja vasta-vaite, jotka toivat asiantuntijatiedon rinnalle asiakkaan kokemusperäisen tiedon. Asiakas eksplikoi ongelmia myös etujäsenissä, jolloin hän pyysi neuvoa tai aloitti ongelman kertomisen oma-aloitteisesti huolenkerronnan käytäntein. Myös Nishizaka (2010:

283–313) on havainnut asiakkaiden aloittavan ongelmankäsitelysekvenssejä juuri neuvonpyynnöllä.

Aiemmin topikalisoitun ongelman asiakas otti esiin kahdesti, pyytäessään neuvoa. Terveydenhoitaja otti esiin jo topikalisoituja ongelmia pääasiassa erilaisissa yhteenvedoissa. Tällaiset ongelmat liittyivät hieman vakavampiin ongelmiin, kuten raskausmyrkytyspäilyyn. Terveydenhoitaja nosti uudelleen keskusteluun myös yhden potentiaalisen psykologisen ongelman terapiavuorovaikutukselle ominaisella formulaatiolla. Uudelleen esiin nostetut ongelmat käsiteltiin kattavasti, ja sekvenssien lopetukset sisälsivät konkreettisia toimintaohjeita tilanteen seuraamiseksi tai ratkaisemiseksi.

Asiakkaat eksplikoivat sekä fyysisiä että psykososiaalisia ongelmia monipuolisesti, mutta ilman terveydenhoitajan esittämää etujäsentä asiakkaat eivät eksplikoineet psykososiaalisia ongelmia. Tämä tarkoittaa sitä, että terveydenhoitajalla tällaisten topiikkien avaajana on merkittävä rooli, mikä kietoutuu juuri terveydenhoitajan käyttämiin etujäseniin, kuten kysymyksiin.

Äitiysneuvolan terveydenhoitajan olisikin tunnistettava ongelmia, joista asiakkaat kertovat harvoin oma-aloitteisesti. Tällaiset ongelmat ovat usein arkaluontoisia ja niistä keskustelu on hankalaa aloittaa. Muun muassa alkoholin käyttö raskausaikana on yksi merkittävä ongelma, sillä se on tärkein yksittäinen syntymää edeltävä kehitysvammaisuuden syy Suomessa (Paaso, Hakulinen-Viitanen & Pelkonen 2009: 13). Alkoholin käyttö raskausaikana on merkittävä tekijä sikiövaurioiden synnyssä jo senkin vuoksi, että turvallista alkoholinkäytön määrää raskauden aikana ei ole pystytty tunnistamaan (Autti-Rämö 2011). Lisäksi äidin alkoholinkäytöllä on selkeä yhteys pienten lasten huostaanottojen kasvuun (Ensi ja turvakotien ry: 2014). Myös mielenterveysongelmat, kuten synnytyksen jälkeinen masennus, olisi tärkeää tunnistaa ajoissa. Aikaisempien tutkimusten perusteella äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajat ovat kokeneet tällaisista ongelmista keskustelun vanhempien kanssa erityisen haasteelliseksi, mikä saattaa selittyä sillä, että ennaltaehkäisevässä terveystyössä ongelmankäsitelyn institutionaaliset osatekijät liittyvät tukemisen lisäksi kontrollointiin yhteiskunnassa, jolloin ongelmi-

en esiin ottaminen voidaan nähdä vanhempien kompetenssin kyseenalaistamisena. (Heritage & Lindström 1998: 419–433, Bredmar & Linell 1999: 237–270.) Äitiysneuvolassa ongelmankäsittelyn hankaluuteen liittyy näin ollen hienovaraisuuden yhdistäminen ongelmien varhaiseen tunnistamiseen.

Tutkimukseni perusteella terveydenhoitaja normalisoi erityisesti asiakkaan esiintuomia ongelmia. Pääasiassa terveydenhoitaja normalisoi ongelmia eksplisiittisesti, useimmiten tuomalla esiin asiantilan tavanomaisuuden tai yleisyyden. Joissain tilanteissa normalisointisekvensseihin liittyi myös selkeää erimielisyyttä. Kolme näistä liittyi edellä mainittuun eksplisiittiseen normalisointikategoriaan. Fyysisen ongelman normalisointi erilinjaisena kannanottona hyväksyttiin minimipalautteella. Sen sijaan psykososiaalisten ongelmien kohdalla asiakkaiden responsit olivat erityisen mielenkiintoisia. Kun terveydenhoitaja normalisoi asiakkaan eksplikoiman psykososiaalisen ongelman erilinjaisessa kannanotossaan, asiakas esitti minimiresponssin sijaan laajemman lausevastauksen. Kummassakin tilanteessa asiakkaiden responsi alkoi *mutta*-sanalla, jota seurasi alkuperäisen ongelmakuvauksen muokkaaminen positiivisemmaksi. Näin asiakkaat suuntautuivat heti normalisoinnin jälkeen pois asian ongelmallisuudesta, kuin kumoamalla aikaisemman kuvauksensa, eikä ongelmatilanteesta päästy keskustelemaan syvällisesti.

Terveydenhoitaja viittasi yhdessä tilanteessa muiden asiakkaiden kokemuksiin ja referoiden heidän kuvauksiaan. Tällainen normalisointi sai asiakkaalta aikaan voimakkaan samanlinjaisen, laajan lausevastauksen. Myös Vehviläinen (2001: 116–131) on löytänyt ohjausvuorovaikutusta koskevassa tutkimuksessaan normalisointeja, joissa ohjaaja viittaa muihin nuoriin tai muihin kurssilaisiin. Tällaisen normalisointitavan voidaan mielestäni nähdä liittyvän siihen, että halutaan korostaa normaaliuden yhteyttä tietynlaiseen tilanteeseen tai elämänvaiheeseen, kuten nuoruuteen tai raskausaikaan. Aineistoni perusteella tällainen tietynlaisen yhteyden luominen muihin saman kokeneisiin toimii selkeästi tehokkaammin kuin pelkkä viittaus esimerkiksi raskauteen (*tässä vaiheessa, loppuraskaus*). Gordonin ym. (2002) tutkimus perinnöllisyysneuvonnasta liittyy muiden kokemuksiin viittaamiseen kivun kokemusta kuvattaessa. Tutkimuksessa *moniin ihmisiin*

viitattiin kuvattaessa kivun vähäisyyttä, ja näin vähäteltiin kivun kokemista, kun taas äitiysneuvolassa terveydenhoitaja kuvasi kipua voimakkailla ilmauksilla viitatessaan muiden kokemuksiin (*monet kuvailee sitä sillä et on niin ku puukkoo väännettäs taikka neulalla työnnettäs*).

Tutkimuksessani terveydenhoitaja kielsi ongelmallisena kuvatun tilanteen poikkeavuuden eksplisiittisesti neljä kertaa. Kyseessä oli joko hieman vakavampi fyysinen ongelma tai fyysinen ongelma, johon liittyi erimielisyyttä. Poikkeavuuden kieltä normalisointina näyttäisi olevan erityisen painokas, ja asiakkaan responssit olivat aina tällöin minimaalisia, terveydenhoitajan näkemystä kyseenalaistamattomia. Tähän kategoriaan sijoittuivat myös ainoat terveydenhoitajan eksplikoimat ongelmat, ja nämä terveydenhoitaja normalisoi monologissaan ongelman esiin tuomisen jälkeen.

Terveydenhoitaja normalisoi ongelmia myös implisiittisesti, jolloin niihin ei liittynyt eksplisiittisesti tavanomaisuutta tai yleisyyttä kuvaavia ilmauksia. Tällainen normalisointitapa oli käytössä vain asiakkaan eksplikoimien ja vain psykososiaalisten ongelmien kohdalla, kun taas fyysiset ongelmat normalisoitiin aina selkeän eksplisiittisesti. Fyysisten ongelmien kohdalla voidaankin olennaisena nähdä se, että terveydenhoitajan institutionaalisenä tehtävänä on antaa tietoa siitä, mikä muuten poikkeuksellinen asia on normaalia tai suhteellisen harmitonta raskausaikana, aineistoni kohdalla erityisesti loppuraskaudesta. Näin ollen terveydenhoitajan institutionaalinen tehtävä tiedonantajana on tässä hyvin nähtävissä.

Psykososiaalisten ongelmien kohdalla käytetty implisiittinen normalisointitapa taas toimii arkaluontoisessakin tilanteessa hienovaraisesti. Psykososiaalisten ongelmien normalisointi implisiittisesti saa aikaan sen, ettei asiakkaan kokemusta vähätellä vaan vihjataan, ettei tilanne ole huolestuttava tai epänormaali. Näin voidaan normalisoida esimerkiksi asiakkaan pelko epänormaaliudesta. Terveydenhoitajan institutionaalinen rooli asiakkaan tukijana tulee esiin tätä kautta. Tällöin ei kuitenkaan päästä keskustelemaan asiakkaan tilanteesta syvällisesti, vaan asiasta keskustelu loppuu usein pian normalisoinnin jälkeen. Myös Keskinen (2009) on psykososiaalisia ongelmia koskevassa tut-

kimuksessaan havainnut, että normalisointi suuntaa keskustelun pois asiakkaan henkilökohtaisesta kokemuksesta ja ongelmaa käsitellään tällöin vain yleisellä tasolla.

Asiakkaan responsit edellä mainittuun normalisointitapaan olivat tilannesidonnaisia, mutta pääsääntöisesti laajoja lausevastauksia. Yhdessä tilanteessa asiakas esitti jo aiemmin mainitsemani *mutta*-responsin, joka suuntasi käsittelyn pois asian ongelmallisuudesta. Kahdessa tilanteessa asiakas jatkoi ongelman kuvaamista yksityiskohtia esittämällä. Terveydenhoitajan tämän jälkeinen käsittely on sinänsä mielenkiintoista, sillä toisessa tilanteista hän esittää uuden, erilaisen normalisoinnin, kunnes asiakas vastaa minimaalisesti. Toisessa tilanteessa taas ongelman käsittely loppuu terveydenhoitajan formulaatioon tai johdattelevaan kysymykseen, jossa tilanne kuvataan positiivisena, ja johon asiakas lopulta tuottaa minimaalisen hyväksyvän responsin.

Läpi analyysin tarkastelin erityisesti toistuvia kielellisiä keinoja, jotka ovat sidoksissa terveydenhoitajan tekemiin normalisointeihin. Kielellisiä keinoja normalisoinneissa olivat eksplisiittiset tavanomaisuuteen viittaavat ilmaukset, kuten *monesti*, *on normaalia* ja *monella on*. Normalisointeihin kytkeytyivät myös *-hAn*-partikkeli, nollapersoonaa sekä muut geneeristävät ilmaukset (*laps*, *synnyttäjät*). Usein fyysiset ongelmat kytkettiin raskauden vaiheeseen viittaamalla tähän selkeästi (*loppuvaiheessa*, *tässä vaiheessa*, *loppuraskaus*). Implisiittisten normalisointien kohdalla käytettiin jo mainitsemani *-hAn*-partikkelin lisäksi myös sanontaa, painotusta tai epätyypillistä sanajärjestystä.

Tulokset normalisoinnin kielellisestä muotoilusta ovat yhteneviä muun muassa Aguinaldon ja Myersin (2008: 170) tulosten kanssa. Heidän tutkimuksessaan homomiehet suojaamattoman seksin harrastamisesta keskustellessaan puhuvat asiasta toisessa persoonassa ja referoivat muiden kokemuksia. Myös Bredmarin ja Linellin (1999) tutkimus äitien ja kättilöiden vuorovaikutuksesta osoittaa normalisoinnin näkyvän kielellisesti muun muassa terveydenhoitajan käyttämissä geneerisissä muodoissa, kuten persoonan valinnassa. Persoonan valinta näyttäisikin olevan tyypillinen kielellinen keino, kun ongelmia normalisoidaan myös äitiysneuvolassa. Lisäksi muiden geneeristen muotojen osalta tutkimuksessani on yhteneväisyyttä edellä mainittuihin tutkimuksiin. Nor-

malisointia äitiysneuvolassa ja suomenkielisistä aineistoista on tutkittu niin vähän, että vertailu muiden tutkimusten kanssa on hankalaa. Erityisesti normalisointien ja niihin liittyvien responsien systemaattinen kielitieteellinen tutkimus näyttäisi kaipaavan täydennystä.

Jatkotutkimuksissa olisi hyvä analysoida ongelmankäsittelyn rakentumista tai normalisointia laajemmasta ja monipuolisemmasta aineistosta tarkemmin. Näin kielellisiä keinoja ja kategorioita saattaisi nousta esiin enemmän. Lisäksi toistuvat kielelliset rakenteet ja niiden käytön systemaattisuus olisi mahdollista saada paremmin esiin. Esimerkiksi *-hAn*-partikkeliin, sanajärjestykseen ja persoonavalintaan voisi kiinnittää huomiota. Myös muut ongelmankäsittelyn keinot voisivat olla otollisia tutkimuskohteita. Olisi mielenkiintoista analysoida myös sitä, miten vakavia esiin nousseita ongelmia normalisoidaan äitiysneuvolassa vai normalisoidaanko niitä.

Tällä hetkellä sosioekonominen eriarvoisuus on merkittävä ongelma Suomessa. Varhaislapsuuden elinolosuhteet vaikuttavat monin tavoin myöhempään terveyteen ja hyvinvointiin, ja perusta näille muodostuu jo raskausaikana. Maahanmuuttajien kasvanut määrä tuo myös omat haasteensa äitiysneuvolalle. Uusimpien äitiysneuvolan toimintaa koskevien suositusten mukaan on keskeiseksi määritelty ennaltaehkäisevä terveydenhoitotyö ja varhainen tuen tarpeen tunnistaminen, jotta perheen ongelmat eivät pääsisi kasautumaan. Terveydenhoitajan tehtäviin kuuluu ohjata perheet tarvittaessa tukea antavan tahon, esimerkiksi sosiaalitoimiston, puoleen. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013: 9–21.)

Juuri tällaisen ennaltaehkäisevän terveydenhoitotyön ollessa kyseessä täytyy ammattilaisen rohkaista asiakkaita kertomaan mahdollisista ongelmistaan, sillä vastaanotokäynnit eivät tyypillisesti rakennu ongelmankäsittelystä käsin (ks. esim. Ruusuvoori & Tiitinen 2014: 49–68). Terveydenhoitajan rooli ongelmien käsittelyssä on siis erittäin keskeinen, jotta ongelmiin päästäisiin puuttumaan ajoissa. Kun terveydenhoitaja keskittyy ongelmallisena kuvatun asian ongelmattomaan puoleen tai kuvaa ongelman normaalinä asiana, implikoi hän, että asia ei vaadi ratkaisua tai käsittelyä äitiysneuvolassa. Näin

saatetaan sivuuttaa asiakkaan näkökulma erilaisten tilanteiden ongelmallisuudesta, ja ongelmia käsitellään vain terveydenhoitajan näkökulmasta käsin.

Ollessani muutama kuukausi sitten äitiysneuvolassa kolmatta lastani odottaen, sovimme terveydenhoitajan kanssa, että seuraava käynti varataan hieman tavallista pidemmälle. Tähän terveydenhoitaja vielä lisäsi: *Soittelet, jos tulee jotain poikkeavaa*. Verrattuna ensimmäisiin äitiysneuvolakäynteihini, ero ensisynnyttäjän ja uudelleensynnyttäjän välillä on ilmeinen. Kun ensisynnyttäjälle annettiin valmiit opastukset siitä, mikä on normaalia, nyt annettiin asiakkaan tehtäväksi havaita ero normaalin ja epänormaalin tilanteen välillä. Olisikin mielenkiintoista tutkia laajemmasta aineistosta myös sitä, millaisena vuorovaikutus näyttäytyy, kun asiakkaiden joukossa olisi myös ensisynnyttäjiä.

LÄHTEET

- Aguinaldo, Jeffrey & Ted Myers (2008). A Discursive Approach to Disinhibition Theory: The Normalization of Unsafe Sex Among Gay Men. *Qualitative Health Research* 18: 2. 167–181.
- Allardt, Erik (1983). *Sosiologia I*. Porvoo: WSOY.
- Antaki, Charles (2007). Mental-health practitioners' use of idiomatic expressions in summarizing clients' accounts. *Journal of Pragmatics* 39: 3, 527–541.
- Antaki, Charles, Rebecca Barnes & Ivan Leudar (2005). Diagnostic formulations in psychotherapy. *Discourse Studies* 7: 6, 627–647.
- Autti-Rämö, Ilona (2011). Alkoholien aiheuttamat sikiövauriot lisääntyvät. [online]. Kustannus Oy Duodecim. [Lainattu 5.6.2014]. Saatavilla: http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo99706
- Bredmar, Margareta & Per Linell (1999). Reconfirming normality: The constitution of reassurance in talks between midwives and expectant mothers. Teoksessa: Srikant Sarangi & Celia Roberts (toim.). *Talk, work and institutional order. Discourse in medical, mediation and management settings*. Berlin/New York: Mouton de Gruyter. 237–270.
- Drew, Paul & Elizabeth Holt (1998). Figures of speech: Figurative expressions and the management of topic transition in conversation. *Language in Society* 27: 4, 495–522.
- Drew, Paul & John Heritage (1992). Analyzing talk at work: an introduction. Teoksessa: Paul Drew & John Heritage (toim.). *Talk at work. Interaction in institutional settings*. Studies in Interactional Sociolinguistics 8. Cambridge: Cambridge University Press. 3–65.
- Gill, Virginia (1998). Doing attributions in medical interaction: patients' explanations for illness and doctor's responses. *Social Psychology Quarterly* 61: 4, 342–360.
- Gordon, Cynthia, Michele Prince, Judith Benkendorf & Heidi Hamilton (2002). "People Say It's a Little Uncomfortable": Prenatal Genetic Counselors' Use of Constructed Dialogue to Reference Procedural Pain. *Journal of Genetic Counseling* 11: 4, 245–263.

- Ensi ja turvakotien ry (2014). Työmuodot [online]. [Lainattu 4.6.2014]. Saatavilla: <http://www.ensijaturvakotienliitto.fi/tyomuodot/pidakiinni/>
- Hakulinen, Auli (1997a). Johdanto. Teoksessa: Liisa Tainio (toim.). *Keskusteluanalyysin perusteet*. Tampere: Vastapaino. 13–17.
- Hakulinen, Auli (1997b). Vuorottelujäsennys. Teoksessa: Liisa Tainio (toim.). *Keskusteluanalyysin perusteet*. Tampere: Vastapaino. 32–74.
- Halonen, Mia (1996). Yhteisyyden ja tunnistettavuuden osoittaminen perhekeskustelussa. Teoksessa: Auli Hakulinen (toim.). *Kieli 10. Suomalaisen keskustelun keinoja II*. Helsinki: Helsingin yliopiston suomen kielen laitos. 173–206.
- Haverinen, Sanni (2009). *Isä äitiysneuvolan asiakkaana. Tutkimus isän roolista neuvolavastaanoton vuorovaikutuksessa*. Julkaisematon sosiologian pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto.
- Helasvuo, Marja-Liisa (2004). Shared syntax: the grammar of co-constructions. *Journal of Pragmatics* 36: 8, 1315–1336.
- Heritage, John (1996). *Harold Garfinkel ja etnometodologia*. (Garfinkel and Ethnomethodology, kääntänyt Ilkka Arminen, Outi Paloposki, Anssi Peräkylä, Sanna Vehviläinen & Soile Veijola.) Helsinki: Gaudeamus.
- Heritage, John (1997). Conversation analysis and institutional talk: analyzing data. Teoksessa: David Silverman (toim.). *Qualitative research: Theory, method and practice*. Lontoo: Sage. 161–182.
- Heritage, John & Anna Lindström (1998). Motherhood, Medicine, and Morality: Scenes from a Medical Encounter. *Research on Language and Social Interaction* 31: 3&4, 397–438.
- Heritage, John & John Maxwell Atkinson (1984). Introduction. Teoksessa: John Maxwell Atkinson & John Heritage (toim.). *Structures of social action: studies in conversation analysis*. Cambridge: Cambridge University Press. 1–15.
- Heritage, John & Rod Watson (1979). Formulations as conversational objects. Teoksessa: George Psathas (toim.). *Everyday Language: Studies in Ethnomethodology*. New York: Irvington Publishers. 123–162.
- Heritage, John & Sue Sefi (1992). Dilemmas of advice: aspects of the delivery and reception of advice in interactions between Health Visitors and first-time mothers. Teoksessa: Paul Drew & John Heritage (toim.). *Talk at work. Interaction in institutional settings*. Studies in Interactional Sociolinguistics 8. Cambridge: Cambridge University Press. 359–417.

- Hirvonen, Eila (2000). *Raskaus nuoren valintana: etnografia alle 18-vuotiaiden nuorten raskaudesta, tulevasta vanhemmuudesta ja elämäntilanteesta sekä äitiysneuvolakäynneistä* [online]. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. Acta Electronica Universitatis Tamperensis 69. Tampere: Tampere University Press, [Lainattu 19.4.2012]. Saatavilla: <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-4950-9.pdf>
- Immo, Eeva (2003). *-kO-lausumat äitiysneuvolassa. Tutkielma terveydenhoitajan ja äidin välisestä vuorovaikutuksesta*. Julkaisematon suomen kielen pro gradu -tutkielma. Helsingin yliopisto.
- Jefferson, Gail (1988). On the sequential organization of troubles talk in ordinary conversation. *Social Problems* 35: 4, 418–441.
- Jefferson, Gail & John R. E. Lee (1992). The rejection of advice: managing the problematic convergence of a ‘troubles-telling’ an ‘service encounter’. Teoksessa: Paul Drew & John Heritage (toim.). *Talk at work. Interaction in institutional settings*. Studies in Interactional Sociolinguistics 8. Cambridge: Cambridge University Press. 521–548.
- Keskinen, Katri (2009). *Asiakkaan psykososiaalinen tukeminen hyvinvointineuvolassa*. Julkaisematon sosiaalipsykologian pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto.
- Klemetti, Reija & Tuovi Hakulinen-Viitanen (toim.) (2013). *Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan*. Opas 29/2013. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.
- Korpela, Eveliina (1999). *”Seuraava potilas.” Lääkärin ja potilaan roolit lasten leikeissä*. Julkaisematon suomen kielen pro gradu -tutkielma. Helsingin yliopisto.
- Kotimaisten kielten keskus (2012). *Asiointitilanteiden vuorovaikutuskäytänteiden tutkimus*. [online]. [Lainattu 1.9.2013]. Saatavilla: <http://www.kotus.fi/index.phtml?s=224>
- Kuronen, Marjo (1999). *The social organisation of motherhood: advice giving in maternity and child health care in Scotland and Finland* [online]. School of Applied Social Science eTheses. Stirling: University of Stirling, [Lainattu 20.4.2012]. Saatavilla: <https://dspace.stir.ac.uk/handle/1893/2302>
- Laitinen, Lea (1998). Dramaattinen preesens poeettisena tekona. Teoksessa: Lea Laitinen & Lea Rojola (toim.). *Sanan voima: Keskusteluja performatiivisuudesta*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura. 81-136.
- Levinson, Stephen C. (1983). *Pragmatics*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Lindfors, Pirjo (2005). *Homeopaatin vastaanotolla. Tutkimus vuorovaikutuksesta ja päätöksenteosta*. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos.
- Maynard, Douglas. (2002). On predicating a diagnosis as attribute of a person. *Discourse studies* 6: 1, 53–76.
- McCourt, Christine (2006). Supporting choice and control? Communication and interaction between midwives and women at the antenatal booking visit. *Social Science & Medicine* 62: 6, 1307–1318.
- Mälkiä, Tiina (2008). *Moraalia vai lääketiedettä? Kuinka sikiödiagnostiikasta ja selektiivisestä abortista puhutaan perinnöllisyysneuvonnassa*. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos.
- Nishizaka, Aug (2010). Self-initiated problem presentation in prenatal checkups: Its placement and construction. *Research on Language and Social Interaction* 43:3, 283–313.
- Paaso, Kari, Tuovi Hakulinen-Viitanen & Marjaana Pelkonen (2009). *Raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten hoidon varmistaminen*. Työryhmän raportti. Sosiaali ja terveysministeriön selvityksiä 2009:4. [online]. Helsinki: Sosiaali ja terveysministeriö. [Lainattu 3.6.2014]. Saatavilla: <http://pre20090115.stm.fi/hl1233566217271/passthru.pdf>
- Peräkylä, Anssi (2001). Diagnoosin kertominen ja vastaanottaminen. Teoksessa: Marja-Leena Sorjonen, Anssi Peräkylä & Kari Eskola (toim.). *Keskustelu lääkärin vastaanotolla*. Tampere: Vastapaino. 71–88.
- Peräkylä, Anssi & Sanna Vehviläinen (1999). Vuorovaikutustutkimus ja vuorovaikutusideologiat. *Psykologia* 34: 5–6, 339–342.
- Pilnick, Alison (2002). What ”most people” do: exploring the ethical implications of genetic counseling. *New Genetics and Society* 21: 3, 339–350.
- Pomerantz, Anita (1984). Agreeing and Disagreeing with Assessments: Some Features of Preferred/Dispreferred Turn Shapes. Teoksessa: J. Maxwell Atkinson & John Heritage. *Structures in Social Action: Studies in conversation analysis*. Cambridge: Cambridge University Press. 57–101.
- Raevaara, Liisa (1997). Vierusparit – esimerkkinä kysymys ja vastaus. Teoksessa: Liisa Tainio (toim.). *Keskusteluanalyysin perusteet*. Tampere: Vastapaino. 75–92.

- Raevaara, Liisa & Marja-Leena Sorjonen (2001). Lääkärin kysymykset ja potilaan vastaukset. Teoksessa: Marja-Leena Sorjonen, Anssi Peräkylä & Kari Eskola (toim.). *Keskustelu lääkärin vastaanotolla*. Tampere: Vastapaino. 49–69.
- Ruusuvuori, Johanna (2005). Comparing homeopathic and general practice consultations: the case of problem presentation. *Communication & Medicine* 2: 2, 123–135.
- Ruusuvuori, Johanna, Markku Haakana & Liisa Raevaara (2001). Institutionaalinen vuorovaikutus ja sen tutkiminen. Teoksessa: Johanna Ruusuvuori, Markku Haakana & Liisa Raevaara (toim.). *Institutionaalinen vuorovaikutus. Keskustelunanalyttisiä tutkimuksia*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura. 11–38.
- Sacks, Harvey (1984). Notes on methodology. Teoksessa: J. Maxwell Atkinson & John Heritage (toim.). *Structures of social action. Studies in conversation analysis*. Cambridge: Cambridge University Press. 21–27.
- Sacks, Harvey (1992). *Lectures on Conversation*. Toim. Gail Jefferson. Cambridge: Blackwell Publishers.
- Schegloff, Emanuel A. (1972). Sequencing in conversational openings. Teoksessa: John Gumperz & Del Hymes (toim.). *Directions in sociolinguistics: the ethnography of communication*. New York: Holt, Rinehart and Winston. 346–380.
- Schegloff, Emanuel A. (1988). On an actual virtual servo-mechanism for guessing bad news: a single case conjecture. *Social Problems* 35: 4, 442–457.
- Schegloff, Emanuel A. (1992). On talk and its institutional occasions. Teoksessa: Paul Drew & John Heritage (toim.). *Talk at work. Interaction in institutional settings*. Studies in Interactional Sociolinguistics 8. Cambridge: Cambridge University Press. 101–134.
- Schegloff, Emanuel A. & Harvey Sacks (1973). Opening up closings. *Semiotica* 8: 4, 289–372.
- Seppänen, Eeva-Leena (1997). Vuorovaikutus paperilla. Teoksessa: Liisa Tainio (toim.). *Keskustelunanalyysin perusteet*. Tampere: Vastapaino. 18–31.
- Smith, Dorothy (1987). *The everyday world as problematic. A feminist sociology*. Open University Press: Milton Keynes.
- Sorjonen, Marja-Leena (1999). Dialogipartikkelien tehtävistä. *Virittäjä* 103: 2, 170–194.

- Tainio, Liisa (1997). Preferenssijäsennys. Teoksessa: Liisa Tainio (toim.). *Keskusteluanalyysin perusteet*. Tampere: Vastapaino. 93–110.
- TaY = Tampereen yliopisto (2011). Ennaltaehkäisevä terveystyö neuvolassa: Muuttuva asiakassuhde ja tiimityö hyvinvointineuvolamalliin siirryttäessä [online]. [Lainattu 26.9.2012]. Saatavilla: <http://www.uta.fi/yky/tutkimus/socru/ennalta.html>
- THL = Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2014). Äitiysneuvola [online]. [Lainattu 1.2.2014]. Saatavilla: http://www.thl.fi/fi_FI/web/kasvunkumppanit-fi/palvelut/neurolat/aitiysneuvola
- Tiitinen, Aila (2013). Äitiysneuvolaseuranta. [online]. Kustannus Oy Duodecim. [Lainattu 1.12.2013]. Saatavilla: http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00186
- Tiitinen, Sanni (2013). Keskustelututkimuksen päivien 2013 abstrakti [online]. [Lainattu 5.2.2013]. Saatavilla: <http://www.uta.fi/yky/keskustelututkimuksenpaivat2013/abstraktit/KTP-Abstraktit.pdf>
- Tiitinen, Sanni & Johanna Ruusuvuori (2014). Using formulations and gaze to encourage parents to talk about their and their children's health and well-being. *Research on Language and Social Interaction* 47:1. 49–68.
- Tuominen, Sanna (2010). "Ootko yhtään ottanu nyt?" *Alkoholinkäytöstä keskusteleminen äitiysneuvolan ensikäynnillä*. Julkaisematon kansanterveystieteen pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto.
- Vehviläinen, Sanna (2001). *Ohjaus vuorovaikutuksena*. Helsinki: Gaudeamus.
- VISK = Ison suomen kieliopin verkkoversio (2008). Auli Hakulinen, Maria Vilkuna, Riitta Korhonen, Vesa Koivisto, Tarja Riitta Heinonen ja Irja Alho 2004: Iso suomen kielioppi. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura. Verkkoversio. [Lainattu: 15.1.2014]. Saatavilla: <http://scripta.kotus.fi/visk> URN:ISBN:978-952-5446-35-7

LIITE. Litterointimerkit (Seppänen 1997: 22–23)

SÄVELKULKU

Prosodisen kokonaisuuden lopussa:

.	laskeva intonaatio
,	tasainen intonaatio
?	nouseva intonaatio

Prosodisen kokonaisuuden sisällä tai alussa:

/	seuraava sana lausuttu ympäristöä korkeammalta
\	seuraava sana lausuttu ympäristöä matalammalta
jos	painotus tai sävelkorkeuden nousu muualla kuin sanan lopussa

PÄÄLLEKKÄISYYDET JA TAUOT

[päällekkäispuhunnan alku
]	päällekkäispuhunnan loppu
(.)	mikrotauko: 0.2 sekuntia tai vähemmän
(0.5)	mikrotaukoa pidempi tauko; pituus ilmoitettu sekunnin kymmenesosina
=	kaksi puhunnosta liittyy toisiinsa tauotta

PUHENOPEUS JA ÄÄNEN VOIMAKKUUS

>joo<	nopeutettu jakso
<joo>	hidastettu jakso
e::n	äänteen venytys
hyvä	ympäristöä vaimeampaa puhetta
JÄÄ	(kapiteelit) äänen voimistaminen

HENGITYS

.hhh	sisäänhengitys; yksi h-kirjain vastaa 0.1 sekuntia
hhh	uloshengitys
.joo	sana lausuttu sisäänhengittäen

NAURU

he he	nauria
n(h)iin	suluissa oleva h sanan sisällä kuvaa uloshengitystä, useimmiten kyse on nauraen lausutusta sanasta
£niin£	hymyillen sanottu sana tai jakso

MUUTA

#mm#	nariseva ääni
@ei@	äänen laadun muutos
mi-	sana jää kesken
pyydä	voimakkaasti äännetty klusiili
(tai)	sulkujen sisällä epäselvästi kuultu jakso tai puhuja
(-)	sana, josta ei ole saatu selvää
(--)	pidempi jakso, josta ei ole saatu selvää
((nyökkää))	kaksoissulkeiden sisällä litteroijan kommentteja ja selityksiä tilanteesta