

”On tärkeää kuunnella potilasta tarkkaan ja myös osoittaa se” – lääketieteen opiskelijoiden itsearvioidut oppimistulokset kolmessa ryhmässä

Jonna Koponen, Eeva Pyörälä & Pekka Isotalus

Tiivistelmä

Lääkärin ammatissa tarvitaan ammatillisten tietojen ja kliinisten taitojen hallinnan ohella vuorovaikutusosaamista, jota voidaan kehittää vuorovaikutuskoulutuksen avulla. Tässä tutkimuksessa¹ kuvataan ja verrataan puheviestinnän opetuskokeiluun osallistuneiden lääketieteen toisen vuosikurssin opiskelijoiden (N = 132) itsearvioituja oppimistuloksia kolmessa ryhmässä. Opetuskokeilussa opiskelijat jaettiin satunnaisesti kolmeen ryhmään, joissa käytettiin erilaisia oppimismenetelmiä. Ryhmässä A (n = 43) oppimismenetelmänä oli työpajateatteri, ryhmässä B (n = 44) simuloidut potilaat, ja ryhmässä C (n = 45) roolipeli. Tutkimusmenetelmänä oli kyselylomake. Analysointimenetelminä käytettiin laadullista sisällönanalyysiä ja tapausten välisen vertailun menetelmää. Analyysin tuloksena muodostui viisi teemaa, jotka kuvaavat opiskelijoiden itsearvioituja oppimistuloksia: 1) vuorovaikutustaitojen oppiminen, 2) vuorovaikutusosaamisesta tiedostuminen, 3) tiedollinen oppiminen, 4) potilaskeskeisyyden oppiminen sekä 5) ei oppinut uutta. Tulosten tarkastelu osoitti, että opiskelijat itsearvioivat oppineensa hyvin samansuuntaisia asioita kaikissa ryhmissä. Suurin ero ryhmien välillä liittyi potilaskeskeisyyden oppimiseen, jota koettiin opitun eniten ryhmässä, jossa käytettiin oppimismenetelmänä työpajateatteria. Tulosten perusteella voidaan todeta, että opetuksen tavoitteet saavutettiin hyvin.

Asiasanat: itsearviointi, lääketieteen opiskelijat, oppimistulokset, vuorovaikutuskoulutus

Johdanto

Lääkärin ammatissa tarvitaan ammatillisten tietojen ja kliinisten taitojen hallinnan ohella vuorovaikutusosaamista. Vuorovaikutusosaamiseen liittyy tie-

¹Artikkeli perustuu Jonna Koposen väitöskirjatutkimukseen, jonka ohjaajina toimivat Pekka Isotalus Tampereen yliopistosta ja Eeva Pyörälä Helsingin yliopistosta.

dollinen, taidollinen ja affektiivinen ulottuvuus, jotka ovat yhteydessä toisiinsa (Valkonen 2003). Lääketieteen opiskelijoiden vuorovaikutusosaamisen kehittämiseksi tarvitaan vuorovaikutusopintoja, jotka ovat vakiintuneet osaksi lääkäreiden peruskoulutusta (Pyörälä & Hietanen 2011). Clarkin (2002, 389) mukaan olisi keskeistä tutkia vuorovaikutuskoulutuksen käytänteitä ja arvioida, kuinka ne vaikuttavat oppimistuloksiin (asenteisiin, tietoihin ja taitoihin), joita haluamme saavuttaa. Tässä tutkimuksessa kuvataan ja verrataan puheviestinnän opetukseen osallistuneiden lääketieteen opiskelijoiden (N = 132) itsearvioituja oppimistuloksia kolmessa ryhmässä.

Näkökulmia vuorovaikutuskoulutuksen arviointiin

Vuorovaikutuskoulutuksen arviointi voidaan toteuttaa lukuisilla tavoilla. Arvioinnilla voidaan viitata koulutusohjelman, yksittäisen koulutuksen tai opintojakson arviointiin, tai sillä voidaan tarkoittaa oppijoiden oppimistulosten arviointia (Cook 2010). Kirkpatrick (2006, 21–26) on erottanut koulutuksen arvioinnissa neljä toisiinsa liittyvää tasoa, jotka ovat 1) koulutettavien reaktiot koulutukseen (asiakastyytyväisyys), 2) oppiminen (oppimistulokset, kuten asenteiden muuttuminen, tietojen lisääntyminen ja/tai taitojen parantuminen), 3) koulutettavien käyttäytymisen muuttuminen, 4) tulokset ja vaikutus ajan kuluessa (organisaatio-/järjestelmätason tuloksellisuus). Tässä tutkimuksessa huomio kohdistuu vuorovaikutuskoulutuksen arviointiin itsearvioitujen oppimistulosten näkökulmasta.

Lääketieteen opiskelijoille tai asiantuntijoille suunnatun vuorovaikutuskoulutuksen arvioinnissa erotetaan tietojen, asenteiden, vuorovaikutustaitojen, ja lopputulosten arviointi. Tietoa vuorovaikutuksesta voidaan arvioida esimerkiksi tenttien, monivalintakysymysten tai testien avulla (Kurtz, Silverman & Draper 2005). Tietojen ja ymmärryksen testaamiseen on kehitetty erityinen OSVE-tentti (objective structured video exam), jossa lääketieteen opiskelijoiden tehtävänä on havainnoida ja analysoida videoidusta potilashaastattelusta keskeisiä vuorovaikutustaitoja ja asemoida ne potilashaastatteluun (Humphris & Kaney 2000). Lääketieteen opiskelijoiden asenteita vuorovaikutustaitojen oppimista kohtaan voidaan tutkia esimerkiksi CSAS-mittarilla (Communication Skills Attitude Scale) (Rees, Sheard & Davies 2002).

Lääketieteen alalla vuorovaikutustaitojen arviointi on tyypillisesti toteutettu arvioimalla koulutettavan henkilön videoituja potilashaastatteluharjoituksia ennalta sovittujen kriteerien mukaisesti (Smith ym. 2007). Lääketieteen alalla vuorovaikutustaitojen arviointiin on kehitetty erityinen OSCE-tentti (objective structured clinical examination), jossa lääketieteen opiskelijat kiertävät strukturoituja tehtävärasteja kliinisesti realistisissa tilanteissa (Kurtz, Silverman & Draper 2005). Tehtävien suorittamista arvioi ulkopuolinen havainnoija ennalta sovittujen kriteerien ja arviointiasteikkojen mukaisesti.

Lopputulosten arviointi liittyy ammatissa toimivien lääkäreiden vuorovaikutustaitojen arviointiin, mikä voidaan toteuttaa esimerkiksi videoimalla koulutukseen osallistuvan lääkärin todellisia potilaskohtaamisia ja arvioimalla niitä koulutuksen järjestäjien toimesta (Kurtz, Silverman & Draper 2005, 267). Arvioinnissa voidaan käyttää myös portfoliota, itsearviointia, vertaisarviointeja, ulkopuolisia arvioijia, potilasarviointeja tai simuloituja potilaita (Kurtz, Silverman & Draper 2005).

Itsearviointi

Opiskelijoiden itsearvioidut oppimistulokset ovat yksi tapa tarkastella vuorovaikutuskoulutuksessa saavutettuja oppimistuloksia (Clark 2002). Itsearviointi on keskeisessä osassa kokemukseen ja sen reflektointiin perustuvassa vuorovaikutuskoulutuksessa (Kurtz, Silverman & Draper 2005, 254). Myös konstruktivistinen näkökulma oppimiseen painottaa itsearvioinnin merkitystä oppimisessä (Rauste von Wright, von Wright & Soini 2003, 185–186). Itsearviointi tarkoittaa oppijan omaa arviota omasta oppimisestaan, erityisesti hänen omista saavutuksistaan ja oppimistuloksistaan (Boud & Falchikov 1989). Korkeakoulutuksessa käytetyistä itse- ja/tai vertaisarvioinnista tehdyssä kirjallisuuskatsauksessa Dochy, Segers ja Sluijsmans (1999) toteavat, että tutkimuksissa on saatu myönteisiä tuloksia itsearvioinnin soveltamisesta korkeakoulutukseen. Heidän mukaansa itsearviointi johtaa oman toiminnan monipuolisempaan reflektointiin, vastuunottamiseen omasta oppimisesta sekä auttaa ymmärtämään omia tapoja ratkaista ongelmia. Itsearvioinnin tarkkuus paranee ajan myötä ja tarkkuutta parantaa se, että opettaja antaa palautetta oppijan itsearvioinneista. Tässä tutkimuksessa itsearviointiin keskittymisellä haluttiin painottaa opiskelijoiden aktiivisuutta sekä opintojaksolla että arviointiin liittyen. Lähtökohtana oli ajatus siitä, että nykyisin työelämässä asiantuntijoilta odotetaan taitoa oman toiminnan reflektointiin sekä kykyä oppia jatkuvasti uutta tietoa, jolloin myös oppimisen itsearviointitaidot ovat keskeisiä elinikäisen oppimisen näkökulmasta (Tynjälä 1999). Itsearviointitaidon kehittyminen on puheviestinnän opetuksessa tärkeä tavoite, sillä taitava viestijä tietää mitä osaa ja missä vuorovaikutusosaamisen osa-alueella hän voisi kehittyä (Valkonen 2003, 220).

Tutkimuksen tavoite

Lääketieteen opiskelijoiden vuorovaikutuskoulutuksessa käytetään usein kokemuksellisia oppimismenetelmiä, kuten simuloituja potilaita ja roolipeliä (Lane & Rollnick 2007). Erialaisten kokemuksellisten oppimismenetelmien käytöstä on kuitenkin niukasti vertailututkimusta (Aspegren 1999). Aiemmassa tutkimusessamme olemme vertailleet lääketieteen opiskelijoiden näkemyksiä työpajateatterin, simuloitujen potilaiden ja roolipelin erityispiirteistä ja menetelmien soveltuvuudesta vuorovaikutusosaamisen oppimiseen (Koponen, Pyörälä & Isotalus 2011). Aiempi tutkimusessamme ei kuitenkaan tarkastellut kolmessa ryhmässä saavutettuja oppimistuloksia. Sen vuoksi tässä tutkimuksessa kysytään: Millai-

sia lääketieteen opiskelijoiden itsearvioidut oppimistulokset kolmessa ryhmässä ovat ja millaisia yhtäläisyyksiä ja eroja näissä oppimistuloksissa on?

Menetelmä

Tutkimus on luonteeltaan laadullinen, ja se pyrkii ymmärtämään maailmaa, jossa tutkittavat elävät, ja niitä subjektiivisia merkityksiä, joita he antavat kokemuksilleen (Creswell 2009, 8). Nämä merkitykset ovat moninaisia ja sen vuoksi tutkija pyrkii löytämään merkitysten monimuotoisuuden ja laajuuden (Creswell 2009, 8). Puheviestinnän alalla on tyypillisesti käytetty itsearviointimenetelmiä, kun on haluttu saada vastaajien viestintään liittyvistä näkemyksistä ja kokemuksista (Frey, Botan & Kreps 2000, 96). Koska tässä tutkimuksessa lähtökohdana on ajatus siitä, että ihminen on itse paras arvioimaan ja antamaan tietoa omista oppimistuloksistaan, on tutkimusmenetelmänä käytetty kyselylomakkeen avoimia kysymyksiä, joihin vastaaja on voinut vastata omin sanoin. Aineisto kerättiin puheviestinnän opetuskokeilun yhteydessä vuonna 2006.

Puheviestinnän opetuskokeilu

Lääketieteen opiskelijoille suunnattu puheviestinnän opetus suunniteltiin tiimityönä puheviestinnän ja lääketieteen opettajien kanssa. Opetuksen tavoitteena oli 1) antaa valmiuksia lääkäri-potilassuhteen vuorovaikutuksen osatekijöiden analysoimiseen, 2) harjoitella vuorovaikutustaitoja sekä 3) auttaa opiskelijaa ymmärtämään [ja arvostamaan] viestinnän ja vuorovaikutustaitojen merkitys lääkäri-potilassuhteessa. Keskeiseksi vuorovaikutustilanteeksi valittiin potilashaastattelu lääkärin vastaanotolla ja opetuksessa keskityttiin viiden vuorovaikutustaidon harjoitteluun (suhteen luominen potilaaseen, kysymysten käyttö, kuunteleminen, nonverbaalinen viestintä ja vastaanoton rakenteen hahmottaminen). Vuorovaikutustaitojen valinnan perusteena oli Kurtzin, Silvermanin ja Draperin (2005) luoma lääketieteellisen alan vuorovaikutuskoulutukseen tarkoitettu opetussuunnitelma. Alakohtaisesti suunniteltu puheviestinnän opetus pohjautui sekä kokemuksen ja reflektion avulla oppimiseen että konstruktivistiseen näkemykseen oppimisesta (Rauste-von Wright, von Wright & Soini 2003). Opetuskokeilussa lääketieteen toisen vuosikurssin opiskelijat (N = 136) jaettiin satunnaisesti kolmeen ryhmään. Ryhmässä A oppimismenetelmänä oli työpajateatteri, ryhmässä B simuloitua potilaata ja ryhmässä C roolipeliä. Ryhmiä ohjasivat lääketieteen ja puheviestinnän opettajat. Koulutetut harrastajanäyttelijät esittivät työpajateatterin näytelmän ryhmässä A ja toimivat potilaan rooleissa ryhmässä B. Kontaktiopetuksen laajuus oli kahdeksan tuntia. Lisäksi opiskelijat analysoivat aitoja lääkärin ja potilaan välisiä vuorovaikutustilanteita terveyskeskuspäivien aikana. Opetuskokeilun eteneminen on kuvattu tarkemmin aiemmassa tutkimuksessamme (Koponen, Pyörälä & Isotalus 2011). Arviointiasteikko oli hyväksyty-hylätty.

Kyselylomake

Kyselylomake oli muodoltaan sähköinen palautelomake, johon vapaaehtoisia opiskelijoita pyydettiin vastaamaan opetuksen päätyttyä. Kyselylomake sisälsi neljä osiota: 1) vastaajien taustatiedot, 2) vastaajien kokemat oppimistulokset, 3) vastaajien näkemykset oppimismenetelmistä ja 4) vastaajien näkemykset opetuksen kehittämisestä. Tässä tutkimuksessa raportoimme ensimmäisen osion taustatiedot sekä toisen osion oppimistuloksiin liittyneet vastaukset. Taustatiedoissa kysyttiin ikä, sukupuoli, nimi (vapaaehtoinen), ryhmäopetusnumero ja tutkimuslupa. Oppimistuloksiin liittyneessä osiossa oli kaksi avointa kysymystä: 1) Kirjoita vapaasti, mitä koet oppineesi lääkärin ja potilaan välisestä vuorovaikutuksesta puheviestinnän opetuksessa. Vastaa yksityiskohtaisesti ja perusteellisesti. 2) Kirjoita vapaasti, millaisia vuorovaikutustaitoja koet oppineesi puheviestinnän opetuksessa. Vastaa yksityiskohtaisesti ja perusteellisesti.

Tutkimusjoukko

Opetukseen osallistuneista opiskelijoista 132 (97,1 %) osallistui tutkimukseen. Ryhmässä A (n = 43), jossa käytettiin työpajateatteria, oli 13 miestä ja 30 naista. Opiskelijat olivat 20–29 -vuotiaita (M = 21,7; Mdn = 21). Ryhmässä B (n = 44), jossa käytettiin simuloituja potilaita, oli 14 miestä ja 30 naista. Opiskelijat olivat 20–34 -vuotiaita (M = 22,6; Mdn = 22). Ryhmässä C (n = 45), jossa käytettiin roolipeliä, oli 19 miestä ja 26 naista. Opiskelijat olivat 19–31 -vuotiaita (M = 22,1; Mdn = 22). Satunnaista ryhmäjakoa voidaan pitää onnistuneena ($\chi^2 = 1,659$; df = 2; p = .436).

Aineiston analyysi

Vaihe I: menetelmäkohtainen analyysi

Vastaajat numeroitiin ja nimettiin ryhmittäin siten, että ryhmässä A (työpajateatteri, TIE) olleet opiskelijat saivat vastaajanumerot 1a–43a, ryhmässä B (simuloitu potilas, SP) olleet opiskelijat saivat vastaajanumerot 1b–44b ja ryhmässä C (roolipeli, RP) olleet opiskelijat saivat vastaajanumerot 1c–45c. Kyselylomakkeiden avoimet vastaukset analysoitiin aineistolähtöisesti laadullisen sisällönanalyysin avulla (Tuomi & Sarajarvi 2002). Analyysissä käytettiin apuna ATLAS.ti 5.6.3 -tietokoneohjelmaa.

Kyselylomakkeiden avoimet vastaukset analysoitiin ryhmittäin. Analyysiyksiköt valittiin aineistosta tutkimuksen tarkoituksen mukaisesti, eli keskeistä oli löytää aineistosta niitä merkityksiä, joita vastaajat liittivät omaan oppimiseensa. Merkityksyksiköistä muodostettiin aineistolähtöisesti koodit. Koodi saattoi olla muutamasta sanasta muutama lauseeseen pitkä. Analyysin seuraavassa vaiheessa kunkin aineiston osalta koodit yhdistettiin alaluokiksi. Jokaisen aineiston osalta laskettiin alaluokkiin sisältyneiden mainintojen määrä niiden yleisyyden hahmottamiseksi. Tätä vaihetta voidaan kutsua tapauskohtaiseksi

analyysiksi, jonka tavoitteena oli kuvata ja ymmärtää kunkin ryhmän sisällä annettuja merkityksiä (Miles & Huberman 1994). Työpajateatteriaineistoon liittyi 17 alaluokkaa, simuloitu potilas -aineistoon liittyi 15 alaluokkaa ja roolipeliaineistoon liittyi 16 alaluokkaa.

Vaihe II: tapausten välisen vertailun menetelmä

Analyysin seuraavassa vaiheessa käytimme tapausten välisen vertailun menetelmää (Miles & Huberman 1994). Tarkemmin sanottuna käytimme pinoutuvan vertailun menetelmää, jossa jokainen yksittäinen tapaus analysoidaan ensin syvällisesti ja sen jälkeen tapausten tasolla tulokset kootaan meta-matriisiin, joka mahdollistaa tulosten systemaattisen vertaamisen (Miles & Huberman 1994, 176). Kaikkien kolmen aineiston alaluokat sijoitettiin yhteen taulukkoon vertailun helpottamiseksi. Jokaiseen aineistoon sisältyneet alaluokat aineistolainauksineen luettiin huolellisesti uudestaan. Vertailussa tarkasteltiin alaluokkien esiintyvyyttä eri aineistoissa sekä niiden sisällöllisiä samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Vertailun avulla löydettiin viisi kaikille ryhmille yhteistä teemaa, jotka koottiin yhteen taulukkoon.

Tulokset

Tutkimuksen tavoitteena oli kuvata ja verrata lääketieteen opiskelijoiden itse-arvioituja oppimistuloksia kolmessa ryhmässä. Aineistojen analyysin tuloksena muodostui viisi teemaa: 1) vuorovaikutustaitojen oppiminen, 2) vuorovaikutusosaamisesta tiedostuminen, 3) tiedollinen oppiminen, 4) potilaskeskeisyyden oppiminen sekä 5) ei oppinut uutta. Teemat alaluokkineen ryhmissä A, B ja C esitetään taulukossa 1.

Tulokset esitetään laadullisesti kuvailemalla, jolloin lukijalle havainnollistetaan tulosten sisältöä ja tehtyjä tulkintoja. Tuloksissa esiintyy myös määrällistä kuvailua, jonka tavoitteena on auttaa lukijaa hahmottamaan mainintojen yleisyyttä aineistossa. Tulokset esitetään teemoihin sisältyneiden mainintojen suuruusjärjestyksessä. Lisäksi tuloksiin sisältyy suoria aineistolainauksia kyselylomakeaineistosta, jotka antavat lukijalle mahdollisuuden arvioida tehtyjä tulkintoja. Aineistolainauksen jälkeen suluissa ilmaistaan vastaajanumero sekä ryhmää kuvaava kirjain a, b tai c, sekä oppimismenetelmää kuvaava kirjainyhenne TIE, SP tai RP.

Teema 1: Vuorovaikutustaitojen oppiminen

Ensimmäinen teema liittyi opiskelijoiden kuvauksiin vuorovaikutustaitojen oppimisesta. Tähän teemaan liittyi eniten mainintoja kaikissa ryhmissä ja lähes samankaltaiset alaluokat ryhmittäin, jotka esitellään taulukossa 1. *Kuuntelemisen taito* oli kaikissa ryhmissä laajin alakategoria ja samalla yleisin taito, minkä opiskelijat kokivat oppineensa. Opiskelijat kuvasivat oppineensa kuuntelemisen taitoja, kokivat kuuntelemisen taitojen parantuneen ja kertoivat ymmärtä-

Taulukko 1. Itsearvioitujen oppimistulosten teemat ja mainintojen määrät ryhmittäin.

Teema	Ryhmä A (TIE)	Ryhmä B (SP)	Ryhmä C (RP)
1. Vuorovaikutustaitojen oppiminen	103 (*)	111 (*)	91 (*)
kuuntelemisen taito	27 (18)	22 (17)	18 (14)
havainnointi- ja analysointitaidot	18 (16)	16 (13)	24 (22)
nonverbaalisen viestinnän taidot	19 (15)	21 (17)	10 (10)
taito esittää kysymyksiä	13 (10)	17 (15)	19 (15)
vastaanoton rakenteen hahmottaminen	10 (9)	20 (18)	8 (8)
taito luoda vuorovaikutussuhde potilaaseen	6 (6)	15 (13)	9 (8)
taito osoittaa empatiaa	5 (4)	–	3 (3)
äänen- ja kielenkäyttö	5 (4)	–	–
2. Vuorovaikutusosaamisesta tiedostuminen	50 (*)	42 (*)	43 (*)
tiedostuminen omasta vuorovaikutusosaamisesta	28 (23)	32 (23)	29 (24)
tiedostuminen lääkärin tarvitsemasta vuorovaikutusosaamisesta	22 (15)	10 (8)	14 (10)
3. Tiedollinen oppiminen	35 (*)	40 (*)	23 (*)
kyky käyttää tietoa	6 (6)	15 (15)	8 (7)
lääkärin ja potilaan välisen vuorovaikutuksen merkityksen ymmärtäminen	15 (11)	6 (6)	5 (5)
tietoa vuorovaikutuksesta	9 (8)	12 (10)	4 (4)
muutos ajattelussa tai käsityksissä	3 (3)	4 (3)	5 (5)
kriittinen ajattelu	2 (2)	3 (3)	1 (1)
4. Potilaskeskeisyyden oppiminen	23 (*)	9 (*)	5 (*)
potilaskeskeinen orientaatio vuorovaikutussuhteeseen	23 (13)	9 (5)	5 (5)
5. Ei oppinut uutta	7 (5)	11 (8)	11 (7)

**Suluissa vastaajamäärät alakategorioittain*

neensä kuuntelemisen merkityksen lääkärin ja potilaan välisessä vuorovaikutussuhteessa. Kuunteleminen koettiin tärkeäksi, koska sen avulla lääkäri voi saada selville potilaan tarinan, oikean tulosityn ja sen, kuinka oireet vaikuttavat potilaan elämään. Opiskelijat kokivat oppineensa, että lääkärin on annettava potilaalle tilaa puhua, osoitettava kuuntelevansa, ja reagoitava kuulemaansa pienillä sanoilla, nyökkäyksillä tai jatkokysymyksillä. Opiskelijoiden mielestä kuuntelemisen kannalta olisi parempi, jos lääkäri olisi kääntynyt potilaaseen päin, ei

tietokoneeseen, ja ettei lääkäri puhuisi potilaan päälle. Seuraavat aineistolainaukset kuvaavat opiskelijoiden ajatuksia kuuntelemisen taitojen oppimisesta.

”On tärkeää kuunnella potilasta tarkkaan ja myös osoittaa se.” (20a/TIE)

”Kehityin mielestäni kuuntelemisessa ja opin poimimaan asioita jatkokysymyksiin.” (8b/SP)

”Jäi myös sellainen tunne että hiljaisuus vastaanottotilanteessa ei ole aina pahasta ja se voi esimerkiksi rohkaista potilasta jatkamaan kertomustaan.” (45c/RP)

Toinen alaluokka liittyi *vuorovaikutuksen havainnointi- ja analysointitaitoihin*. Opiskelijat kuvasivat oppineensa tarkkailemaan, havainnoimaan tai kiinnittämään huomiota lääkärin ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen puheviestinnän harjoituksissa sekä terveyskeskuspäivien aikana. He kertoivat oppineensa tunnistamaan erilaisia tapoja olla vuorovaikutuksessa ihmisten kanssa ja tehdä potilashaastatteluja, tunnistamaan verbaalisen ja nonverbaalisen viestinnän piirteitä ja arvioimaan lääkärin ja potilaan välisen vuorovaikutuksen onnistumista. Lisäksi osa koki havainnointitaitojen oppimisen perustaksi vuorovaikutustaitojen oppimiselle tulevaisuudessa. Seuraavat aineistolainaukset kuvaavat opiskelijoiden ajatuksia havainnointi- ja analysointitaitojen oppimisesta.

”Tämä kurssi antoi työkaluja vuorovaikutustilanteiden tarkkailuun ja juuri tarkkailu on se tapa, jolla näitä taitoja oppii ajan saatossa.” (40a/TIE)

”Ainakin olen oppinut analysoimaan eri osa-alueita lääkärin ja potilaan välisestä vuorovaikutuksesta ja tunnistamaan erilaisia tyylejä.” (21b/SP)

”Opin kiinnittämään tarkemmin huomiota kaikkiin niihin pieniin osiin, joista hyvä vastaanotto koostuu.” (2c/RP)

Kolmas alaluokka liittyi *nonverbaalisen viestinnän taitoihin*, joka saattoi tarkoittaa joko nonverbaalisen viestinnän taitojen oppimista, oman nonverbaalisen viestinnän tarkkailua tai nonverbaalisen viestinnän merkityksen ymmärtämistä. Opiskelijat kokivat oppineensa katsekontaktin säilyttämistä potilaaseen, kehon asennon suuntaamista kohti potilasta tai kääntymistä potilaan suuntaan silloin, kun hänelle puhutaan. Opiskelijat olivat kiinnittäneet huomiota eleisiinsä, ilmeisiinsä, ryhtiinsä, käsiensä asentoon sekä tapaan, jolla he kättelivät potilasta. Seuraavat aineistolainaukset kuvaavat opiskelijoiden ajatuksia nonverbaalisen viestinnän oppimisesta.

”Lääkäriin tulisi myös suuntautua kohti potilasta jolloin tulisi enemmän sellainen kuva että potilasta kuunnellaan.” (5a/TIE)

”Olen oppinut tarkkailemaan nonverbaalista viestintääni – keskittymään ryhtiin, käsien asentoihin, ilmeisiin ja hallitsemaan kaikkia edellä mainittuja.” (1b/SP)

”Olen kenties oppinut kiinnittämään huomiota etenkin nonverbaalisen vuorovaikutuksen muotoihin.” (33c/RP)

Kaikissa ryhmissä opiskelijat kokivat oppineensa *esittämään kysymyksiä*. Kysymysten käytön oppiminen liittyi erityisesti potilaan tulosityyn selvittämiseen sekä potilaan tarinan selvittämiseen. Opiskelijat kuvasivat oppineensa käyttämään avoimia, suljettuja, johdattelevia ja jatkokysymyksiä. He kuvasivat oppineensa, että kysymysten asettelulla voi osoittaa kuuntelua tai rajata, mikä lukuisista tulosityistä on potilaalle tärkein. Seuraavat aineistolainaukset osoittavat, millaisia ajatuksia opiskelijoilla liittyi taitoon esittää kysymyksiä.

”Olen oppinut esittämään kysymyksiä, joilla voi sitten vastaanottotilanteessa selvittää potilaan tulositytä.” (7a/TIE)

”[Opin] oikean tyyppisten kysymysten esittämistä oikeassa vaiheessa vastaanottoa (avoimet/suljetut/tarkentavat).” (44b/SP)

”[Opin] kysymysten johdonmukaista käyttöä.” (7c/RP)

Jokaisessa ryhmässä opiskelijat kokivat oppineensa hahmottamaan *vastaanoton rakenteen* ja vaiheet sekä tapoja aloittaa ja lopettaa vastaanotto. Vastaanoton rakenteen tulisi opiskelijoiden kuvausten mukaan olla selkeä, vaikkakaan rakennetta ei tarvitse seurata kirjaimellisesti. Lisäksi kaikissa ryhmissä osa opiskelijoista kuvasi oppineensa luomaan suhteen potilaaseen. Luottamuksellisen potilassuhteen luomista pidettiin tärkeänä, jotta potilas voisi uskoutua lääkärille, kuten ryhmässä A (TIE) ollut opiskelija kirjoitti:

”Potilas ei aina ensiksi kerro kaikkein tärkeintä tulositytään vaan potilaan ja lääkärin on luotava luottamuksellinen suhde ennen kuin potilas voi uskoutua lääkärilleen.” (14a/TIE)

Eroja ryhmien välillä oli siinä, että ryhmässä A (TIE) neljä opiskelijaa ja ryhmässä C (RP) kolme opiskelijaa koki oppineensa osoittamaan empatiaa, mutta ryhmässä B (SP) harjoitelleet opiskelijat eivät maininneet oppineensa empatian osoittamisen taitoja. Lisäksi ryhmässä A (TIE) neljä opiskelijaa koki oppineensa äänen- ja kielenkäyttöä, mutta ryhmissä B (SP) ja C (RP) ei ollut mainintoja tästä. Mainintojen määrissä oli eroja erityisesti nonverbaalisen viestinnän taidoissa, sillä ryhmässä C oli puolet vähemmän mainintoja kuin ryh-

missä A ja B. Vastaanoton rakenteen hahmottamisen osalta ryhmässä B oli puolet enemmän mainintoja kuin ryhmässä A tai C. Alaluokassa ”*taito luoda vuorovaikutussuhde potilaaseen*” oli ryhmässä B puolet enemmän mainintoja kuin ryhmässä A ja lähes puolet enemmän mainintoja kuin ryhmässä C.

Teema 2: Vuorovaikutusosaamisesta tiedostuminen

Toinen teema liittyi opiskelijoiden tiedostumiseen sekä omasta että lääkärin ammatillisesta vuorovaikutusosaamisesta. Kaikissa ryhmässä *omasta vuorovaikutusosaamisesta tiedostumista* kuvastivat opiskelijoiden vastaukset siitä, mitä he olivat itsestään viestijänä havainneet, millaisista vuorovaikutukseen liittyvistä asioista he olivat tulleet tietoisiksi, kuinka he olivat oppineet tarkkailemaan omaa toimintaansa tai arvostamaan vuorovaikutustaitojaan. Opiskelijat myös vertasivat osaamisen tasoaan opetuksen lopussa suhteessa sen alkuun, pohtivat vahvuuksiaan ja heikkouksiaan sekä kuvasivat, millaista viestintäkäyttäytymistä aikovat välttää tai millaiseen viestintäkäyttäytymiseen he aikovat tulevaisuudessa pyrkiä. Ryhmässä B ja C opiskelijat kuvasivat tulleen tietoisiksi vuorovaikutusosaamisestaan erityisesti silloin, kun he pääsivät itse lääkärin rooliin kokeilemaan potilashaastattelua harrastajanäyttelijän tai opiskelijatoverin kanssa ja saivat omasta toiminnastaan palautetta.

”Tietoisuus omista vuorovaikutustaidoista antaa pohjan niiden opiskelulle, kun voi tietoisesti keskittyä omiin kehittämistä vaativiin vuorovaikutuksen alueisiin.” (42a/TIE)

”Mielestäni vuorovaikutustaitoni paranivat kurssin aikana ja huomasin että uskallus lisääntyi ja erilaisia tilanteita ei jännittänyt enää. Opiskelukavereiden ja opettajan antama arvio oli rakentavaa ja opettavaista.” (16b/SP)

”Ennen kurssin alkua otin tavoitteekseni kehittyä kuuntelijana ja koen onnistuneeni tavoitteessani.” (11c/RP)

Lääkärin ammatillisesta vuorovaikutusosaamisesta tiedostuminen näkyi kaikissa aineistoissa siten, että opiskelijat pohtivat, kuinka vuorovaikutusosaaminen auttaa lääkäriä työssään. Opiskelijat kuvasivat oppineensa, että hyvä lääkäri hallitsee lääketieteellisen tiedon lisäksi myös vuorovaikutustaidot, jotka auttavat potilaan luottamuksen saavuttamisessa, potilaan sairaushistorian selvittämisessä sekä arvioimaan, mikä on potilaalle tärkeää. Hyvillä vuorovaikutustaidoilla ja oikealla asennoitumisella potilaaseen lääkärin työ helpottuu, nopeutuu ja muuttuu mielekkäämmäksi. Lääkäri tarvitsee monipuolisia vuorovaikutustaitoja, sillä lääkärin työssä tilanteet ja potilaat vaihtuvat usein. Lääkärin vuorovaikutusosaaminen näkyikin opiskelijoiden mukaan potilastyytyväisyydessä ja

hoitomyöntyvyydessä. Lääkärin tulisi uusiutua jokaisen potilaan jälkeen ja kohdattava kaikki potilaat samalla tavalla.

Opiskelijoiden vastauksissa vuorovaikutusosaamisen hallitseva lääkäri on hyvä kuuntelija, asiallinen, ystävällinen, rehellinen, iloinen, avoin, rento, selkeä, jämäpti, aidosti läsnä oleva ja osoittaa kiinnostusta potilaaseen. Hän laittaa oman persoonansa peliin, ottaa potilaansa vakavasti, pelaa yhteispeliä potilaan kanssa sekä konsultoi, jos ei tiedä asiaan ratkaisua tai vastausta. Vaikka lääkäriellä on enemmän lääketieteellistä tietoa, hänen tulisi esittää asiansa potilaalle siten, että potilas kokisi sen olevan lääkärille tärkeää ja uutta tietoa. Seuraavat aineistolainaukset kuvaavat opiskelijoiden tiedostumista lääkärin ammatillisesta vuorovaikutusosaamisesta.

”Selvästikin hyvät vuorovaikutustaidot ovat olennainen osa hyvän lääkärin ammattitaitoa. Hyvillä vuorovaikutustaidoilla ja oikealla suhtautumisella potilaaseen lääkärin työ helpottuu, nopeutuu ja muuttuu mielekkäämmäksi.” (25a/TIE)

”Opin kuinka helposti lääkäri voi vaikuttaa vastaanoton kulkuun sanavalinnoillaan ja kuinka ne vaikuttavat siihen miten potilas vastaanoton kokee.” (22b/SP)

”Lääkärin ja potilaan välisestä vuorovaikutuksesta opin, että taitavalla lääkäriellä on monia keinoja lähestyä potilasta ja pyrkiä rentoon tilanteeseen esim. nonverbaalisen viestinnän kautta.” (21c/RP)

Ryhmien välillä merkittävin ero oli lääkärin ammatillisesta vuorovaikutusosaamisesta tiedostumisessa, jota painottivat eniten ryhmässä A olleet opiskelijat.

Teema 3: Tiedollinen oppiminen

Kolmas teema liittyi opiskelijoiden kokemaan tiedolliseen oppimiseen. Kaikissa ryhmissä opiskelijat kuvasivat oppineensa samansuuntaisia tiedolliseen oppimiseen liittyviä elementtejä, sillä tähän teemaan liittyi samanlaiset alaluokat. Jokaisessa ryhmässä opiskelijat kokivat oppineensa *käyttämään kurssilla opittuja tietoja uusissa vuorovaikutustilanteissa*. Opiskelijat kuvasivat, että he oppivat käyttämään opittuja tietoja ensinnäkin havainnoidessaan lääkärin ja potilaan välistä vuorovaikutusta terveyskeskuspäivien aikana ja toisekseen arjen vuorovaikutustilanteissa, kuten seuraavat aineistolainaukset osoittavat.

”Ainakin omalla kohdalla näitä tilanteita harjoittelee nyt kurssin jälkeen arkielämässäkin melkein joka päivä.” (2a/TIE)

”Terveyskeskuspäivien aikana kurssilla saamien tietojen/taitojen pohjalta oli hyvä havainnoida oikeiden lääkäreiden työskentelytapoja, ja ottaa niistä oppia ja ideoita omaa tulevaa työskentelyä ajatellen.” (42b/SP)

”Terveyskeskuspäivillä opin erityisesti sen, että oman persoonallisuuden peliin heittäminen ja aitouden avulla potilaista saa irti enemmän kuin kaavamaisella vastaanoton osa-alueiden läpi käymisellä. Työuran alkuvaiheessa valmis runko mihin pohjautua helpottaa kuitenkin työtä runsaasti.” (21c/RP)

Jokaisessa ryhmässä opiskelijat kertoivat oppineensa *ymmärtämään, millainen merkitys lääkärin ja potilaan välisellä vuorovaikutuksella on*. Opiskelijat kuvasivat ymmärtäneensä, että vuorovaikutuksella on suuri merkitys vastaanoton onnistumisessa, diagnoosin tekemisessä, potilastyytyväisyydessä, hoito-ohjeiden noudattamisessa ja parempien hoitotulosten saavuttamisessa. Yhteisymmärryksen saavuttaminen lääkärin ja potilaan välillä koettiin tärkeäksi esimerkiksi jatkotutkimusten onnistumiseksi. Lääkärin ja potilaan välisen vuorovaikutuksen merkityksen ymmärtämisen yhteydessä kaksi vastaajaa koko aineistossa arvioi oppineensa arvostamaan vuorovaikutustaitoja. Nämä kaksi kommenttia liittyivät affektiiviseen oppimiseen, mutta pienen määrän vuoksi niitä ei luokiteltu erikseen omaksi teemaksi. Seuraavat aineistolainaukset kuvaavat opiskelijoiden ajatuksia lääkärin ja potilaan välisen vuorovaikutuksen merkityksen ymmärtämisestä.

”Tajusin lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksen merkityksen vastaanoton onnistumisen kannalta.” (13a/TIE)

”Koen oppineeni, että vuorovaikutustaidoilla on tärkeä osa vastaanoton kulussa ja että potilaan tyytyväisyys on hyvin pitkälti kiinni lääkärin vuorovaikutustaidoista.” (11b/SP)

”Olen myös ymmärtänyt paremmin kuinka tärkeä väline puhe on lääkärin vastaanotolla varsinkin ”hankalien potilaiden” kanssa.” (9c/RP)

Kaikissa ryhmissä opiskelijat kuvasivat oppineensa lisää *tietoa liittyen lääkärin ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen*, mitä saatettiin kuvata perustietojen, teoriapohjan tai vuorovaikutuksen monimutkaisuuden oppimisena. Lisäksi vastaajat kokivat oppineensa, että vuorovaikutuksessa täytyy mukautua, vuorovaikutuksen onnistuminen riippuu ihmisistä ja muutama vastaaja kertoi oppineensa tietynlaisen vastaanoton vuorovaikutuksen mallin tai toimintarungon sekä omaksuneensa erilaisia toimintavaihtoehtoja vuorovaikutustilanteissa. Seuraavat aineistolainaukset kuvaavat vastaajien ajatuksia tietojen oppimisesta.

”Perustiedot hyvästä vuorovaikutuksesta, observoinnin oppiminen, erilaiset vuorovaikutustyyliä, huonot esimerkit, kaikki tukivat oppimista kokonaisuudessaan.” (35a/ TIE)

”Olen oppinut tavallaan teoriapohjan, miten tulisi toimia.” (15b/SP)

”On ihan hyvä, että nyt on olemassa tuollainen ’toimintarunko’, johon voi tulevaisuudessa toimintaansa pohjata.” (29c/RP)

Pieni osa opiskelijoista koki omien *ajatustensa ja käsitystensä muuttuneen*. Opetus oli saanut heidät ajattelemaan asioita, joita he eivät olleet aiemmin ajatelleet tai joista he ajattelivat aikaisemmin eri tavalla. Muutama opiskelija kuvasi oppineensa kriittistä ajattelua. Tämä liittyi siihen, että opiskelijat arvioivat työssä olevien lääkäreiden vuorovaikutusosaamista kriittisemmin kuin edellisen vuoden terveystieteiden päivillä.

Eroja tiedollisessa oppimisessa ryhmien välillä oli mainintojen määrissä alaluokissa. Ryhmässä B (SP) oli puolet enemmän mainintoja liittyen kykyyn käyttää tietoa kuin kahdessa muussa ryhmässä. Ryhmässä A (TIE) oli yli puolet enemmän mainintoja suhteessa muihin ryhmiin liittyen lääkärin ja potilaan välisen vuorovaikutuksen merkityksen ymmärtämiseen. Ryhmässä C (RP) oli puolet vähemmän mainintoja liittyen tietojen oppimiseen kuin kahdessa muussa ryhmässä.

Teema 4: Potilaskeskeisyyden oppiminen

Neljäs teema liittyi opiskelijoiden kokemuksiin *potilaskeskeisyyden oppimisesta*, josta kertoivat opiskelijoiden ajatukset potilaskeskeisestä orientaatiosta vuorovaikutussuhteeseen. Tähän liittyi potilaan tilanteeseen eläytyminen, halu auttaa ja ymmärtää potilasta, potilaasta välittäminen, potilaan ottaminen vakavasti, potilaan mukaan ottaminen hoidon suunnitteluun, potilaan mielipiteiden ja näkemysten kysyminen, potilaan huolien, pelkojen, haavoittuvaisuuden, toiveiden ja odotusten huomioonottaminen. Lääkärin tulisi varmistaa potilaan ymmärrys hoito-ohjeista, selittää potilaalle mitä on tekemässä ja pahoiteltava potilaalle, jos vastaanotto keskeytyy. Lääkärin pitää ymmärtää, että potilaat ovat erilaisia ja etteivät kaikki potilaat ole halukkaita puhumaan asioista, jotka voisivat olla hoidon kannalta olennaisia. Vastauksissa tuli ilmi myös lääkärin ja potilaan erilaisten lähtökohtien ja roolien ymmärtäminen. Ryhmässä C yksi vastaaja korosti, että potilaan näkökulman ymmärtäminen oli helpompaa, kun oli itse potilaan roolissa. Seuraavat aineistolainaukset kuvaavat opiskelijoiden ajatuksia potilaskeskeisyyden oppimisesta.

”Potilaan tilanteeseen eläytymisen merkitys on tullut ymmärretyksi perusteellisesti.” (2a/TIE)

”Potilaan huolet ja pelot tulee ottaa huomioon.” (9b/SP)

”Potilaiden kanssa pitää yleisesti olla hellävaraisempi kuin mitä olen yleensä muille ihmisille normaalissa kanssakäynnissä.” (40c/RP)

Ryhmiensä välillä suurin ero oli siinä, että ryhmässä A (TIE) tämä teema sisälsi yli puolet enemmän mainintoja kuin ryhmässä B (SP), ja neljä kertaa enemmän mainintoja kuin ryhmässä C (RP).

Teema 5: Ei oppinut uutta

Viides teema liittyi opiskelijoiden kokemuksiin siitä, *etteivät he oppineet puheviestinnän opetuksessa uutta*. Näiden opiskelijoiden vastaukset eivät kuitenkaan olleet pelkästään tämän asian toteamista, vaan niihin sisältyi useimmiten jotain, mitä opiskelija koki oppineensa, mikä on vastaavasti luokiteltu tulosten neljän muun teema-alueen alle. Koko aineistossa oli kolme opiskelijaa, jotka eivät kokeneet oppineensa uusia asioita ja joiden vastaukset olivat niin lyhyitä, ettei niiden sisältöä pystytty luokittelemaan muihin teemoihin liittyviksi. Lisäksi jokaisessa ryhmässä muutama opiskelija koki, että käsitellyt asiat olivat tuttuja jo entuudestaan, joten ne tuntuivat kertaamiselta tai itsestään selviltä, kuten seuraavat aineistolainaukset osoittavat.

”En valitettavasti koe oppineeni mitään uutta tai ihmeellistä.” (17a/TIE)

”En koe oppineeni varsinaisesti mitään uutta vuorovaikutustaitojen osalta.” (40b/SP)

”Harjoitukset vahvistivat jo aiempaa oppimaani vuorovaikutuksesta.” (8c/RP)

Johtopäätökset

Tässä tutkimuksessa etsittiin vastausta siihen, millaisia lääketieteen opiskelijoiden itsearvioidut oppimistulokset kolmessa ryhmässä ovat ja millaisia yhtäläisyyksiä ja eroja näissä oppimistuloksissa on. Tulokset osoittivat, että opiskelijoiden itsearvioidut oppimistulokset jakaantuivat viiteen teemaan: 1) vuorovaikutustaitojen oppiminen, 2) vuorovaikutusosaamisesta tiedostuminen, 3) tiedollinen oppiminen, 4) potilaskeskeisyyden oppiminen sekä 5) ei oppinut uutta. Tulosten tarkastelu osoitti, että opiskelijat itsearvioivat oppineensa hyvin samansuuntaisia asioita kaikissa ryhmissä. Suurin ero ryhmien välillä liittyi potilaskeskeisyyden oppimiseen, jota koettiin opitun eniten ryhmässä, jossa käytettiin oppimismenetelmänä työpajateatteria.

Tulosten perusteella voidaan todeta, että opetuksen tavoitteet saavutettiin hyvin. Opiskelijat kokivat oppineensa havainnointi- ja analysointitaitoja kaikissa ryhmissä, ja vuorovaikutustaitojen osalta opiskelijoiden oppimistuloksissa kuvataan laajaa ja monipuolista vuorovaikutustaitojen oppimisen kirjoa. Tiedollisen oppimisen osalta opiskelijoiden kuvaamat oppimistulokset ovat laajempia kuin tavoitekuvauksessa mainittu ”ymmärrys viestinnän ja vuorovaikutustaitojen merkityksestä lääkäri-potilassuhteessa”. Lisäksi tulokset kertovat opiske-

lijoiden tiedostuneen vuorovaikutusosaamisesta sekä oppineen potilaskeskeytyttä.

On esitetty, että vuorovaikutusosaamisen kehittyminen etenee neljässä tiedostamisen vaiheessa (Hargie 2006, 17). Hargien (2006, 17) mukaan ensimmäisessä vaiheessa oppija ei ole tietoinen osaamattomuudestaan. Toisessa vaiheessa oppija tulee tietoiseksi osaamattomuudestaan, jolloin hän tietää, millaista tarkoituksenmukainen vuorovaikutuskäyttäytyminen olisi, mutta hän ei vielä osaa toimia siten. Hän siis tiedostuu vahvuuksistaan ja kehittämiskohteistaan. Kolmannessa vaiheessa oppija on tietoinen vuorovaikutusosaamisestaan ja toimiesaan vuorovaikutustilanteessa hän tiedostaa toimivansa osaavasti. Neljännessä vaiheessa oppija on harjoitellut vuorovaikutustaitoja niin paljon, että hän osaa toimia vuorovaikutustilanteissa tarkoituksenmukaisesti ja tehokkaasti, ilman että hänen tarvitsee pohtia osaamistaan tai sen tasoa tietoisesti (Hargie 2006, 17). Tuloksissa näkyi viitteitä siitä, että opiskelijat olivat tiedostamisen toisessa tai kolmannessa vaiheessa, sillä he kuvasivat tarkkailleensa omaa toimintaansa ja tullessa tietoisiksi vuorovaikutusosaamisestaan sekä omista vahvuuksistaan ja kehittämiskohteistaan.

Sekä oman että lääkärin ammatissa tarvittavan vuorovaikutusosaamisen tiedostamisen myötä osa opiskelijoista koki, että haluaa edelleen kehittää vuorovaikutusosaamistaan. Myönteisten oppimiskokemusten tuottaminen opintojen alkuvaiheessa on tärkeää, jotta lääkäriopiskelijat kiinnittäisivät jatkossakin huomiota vuorovaikutusosaamiseensa sekä koulutuksen aikana että työelämässä (Kurtz, Silverman & Draper 2005). Itsearviointeissaan opiskelijat liittivät lääkärin vuorovaikutusosaamisen kiinteästi osaksi ammattiosaamista, sillä opiskelijoiden mukaan vuorovaikutusosaaminen auttaa lääkäreitä onnistumaan työssään. Tämä kertoo siitä, että opiskelijat ovat ymmärtäneet lääkärin työn vuorovaikutuksellisen luonteen: lääkärin työssä tarvitaan sekä lääketieteen asiantuntemusta että vuorovaikutukseen liittyvää osaamista. Tällöin myös se, millaiseksi lääkärin ja potilaan välinen professionaalinen viestintäsuhte muodostuu, vaikuttaa siihen, kuinka hyvin ja tarkasti lääkäri pystyy tehtäväänsä toteuttamaan (Gerlander & Isotalus 2010).

Läketieteen opiskelijat arvioivat oppineensa myös potilaskeskeytyttä, mihin liittyy ajatus potilaan ongelman tai sairauden ymmärtämisestä biopsykososiaalisesta näkökulmasta (Mead & Bower 2000), ei vain biologisesta näkökulmasta. Potilaskeskeytyksen oppimista voidaan pitää tärkeänä ajatellen nuorten lääkäreiden tulevia potilaskohtaamisia, sillä tutkimuksissa on havaittu, että lääkärin potilaskeskeytyksen suhtautumistapa vaikuttaa myönteisesti potilastyytyväisyyteen, potilaan kokemaan selviytymiseen sairautensa kanssa sekä potilaan kokemien vaikeuksien vähentymiseen (Little ym. 2001). Laajassa brittiläisessä tutkimuksessa havaittiin, että mikäli lääkäri ei osoita myönteistä, potilaskeskeyttä suhtautumista potilaaseen, potilaat (N = 865) olivat selvästi tyytymättömiä saamaansa hoitoon, he kokivat selviytyvänsä heikommin sairautensa kanssa, heillä

oli enemmän vaivoja ja he käyttivät enemmän terveystalv palveluja (Little ym. 2001).

Tulokset antavat viitteitä siitä, että erityisesti työpajateatteri oppimismenettelmänä stimuloi opiskelijoita pohtimaan lääkärin vastaanottoa potilaan näkökulmasta. Usein esitetään, että roolipelin avulla voidaan asettua toisen ihmisen asemaan ja ymmärtää hänen näkökulmaansa (Kurtz, Silverman & Draper 2005). On mielenkiintoista, ettei roolipeli, jossa opiskelijat asettuivat itse sekä lääkärin että potilaan rooleihin, tuottanut vastaavaa tulosta kuin työpajateatteri. Tämä saattaa johtua siitä, että työpajateatterissa potilaan elämäntilannetta käsiteltiin näytelmän ja draamakäsityksen työtapojen avulla laajemmin kuin kahdessa muussa ryhmässä.

Itsearvioituiden oppimistulokset luonnollisesti vaihtelivat yksilöittäin – vaikka suurin osa opiskelijoista pystyi itsearvioimaan oppimaansa, eivät kaikki opiskelijat kokeneet oppineensa opetuksen aikana uutta. Oppimisen merkitys sekä oppimisen ja koulutuksen tulokset saattavat hahmottua vasta vuosien kuluttua (Rauste von Wright, von Wright & Soini 2003). Lisäksi ihmisillä on yleensä puheviestinnän alueelta paljon käytännöllistä tietoa, joka on karttunut samalla, kun he ovat oppineet puhumaan ja osallistuneet elämänsä aikana erilaisiin viestintätilanteisiin (Isotalus 2000). Toisaalta tulokset vahvistavat ajatusta siitä, että opiskelijat tarvitsevat harjoitusta oman toimintansa reflektointiin ja oppimisen itsearviointiin.

Tutkimuksen luotettavuus

Tulosten tarkastelussa on muistettava, että tutkimusasetelmasta johtuen opiskelijoiden itsearvioitujen oppimistulosten perusteella ei voida tehdä suoria johtopäätöksiä opetuksen tai oppimismenetelmien toimivuudesta. Koska tutkimusaineisto kerättiin vain opetuksen jälkeen, ei oppimistulosten tasosta voida tehdä varmoja päätelmiä (Isotalus 2000). Koska tutkimus toteutettiin opetuskokeilun yhteydessä, ovat vastaajat voineet pyrkiä vastaamaan sosiaalisesti sopivalla tavalla (Frey, Botan & Kreps 2000, 96). Tutkimusjoukko koostuu pre-kliinisen vaiheen opiskelijoista, joilla on niukasti kliinistä kokemusta, joten opiskelijoiden kokemus potilas-lääkärisuhteen rakentumisesta on vielä suhteellisen ohut. Sen vuoksi sitä, mitä opiskelijat kokevat oppineensa, voidaan tarkastella myös kriittisesti.

Tutkimuksen tulosten arvioinnissa on huomioitava, että artikkelin ensimmäinen kirjoittaja toimi puheviestinnän lehtorina opetuskokeilussa, aineiston kerääjänä ja analysoijana. On mahdollista, että tutkijan tausta on voinut vaikuttaa aineiston pohjalta tehtyyn analyysiin ja saatuihin tuloksiin. Toisaalta tutkijan kokemus opettajana toimimisesta auttoi ymmärtämään tutkittavien elämäntilannetta ja sitä kontekstia, jossa oppimistulokset on kerrottu (Creswell 2009). Tulosten luotettavuutta pyrittiin lisäämään kuvaamalla tulokset mahdollisimman tiheästi, tuomalla esiin sekä myönteisiä että kielteisiä arvioita oppimisesta

sekä sisällyttämällä tutkimusraporttiin mahdollisimman paljon aineistolainauksia (Creswell 2009).

Oppimistuloksia olisi voitu tutkia useilla muilla tavoilla keskittyen tietojen oppimiseen, vuorovaikutustaitojen oppimiseen tai asenteiden muuttumiseen. Perinteisemmät arvioinnin muodot, kuten tentit ja testit, ovat luotettavampia kuin itsearviointi silloin, kun halutaan tutkimuksessa osoittaa ja mitata vuorovaikutuskoulutuksen vaikuttavuutta (Clark 2002, 400). Puheviestinnän opetuskoikeilun arviointia tulisikin monipuolistaa käyttämällä myös muita arviointitapoja kuin itsearviointia.

Kirjallisuus

- Aspegren, K. 1999. BEME Guide No. 2: Teaching and learning communication skills in medicine - a review with quality grading of articles. *Medical Teacher* 21, 563–570.
- Boud, D. & Falchikov, N. 1989. Quantitative studies of self-assessment in higher education: a critical analysis of findings. *Higher Education* 18, 529–549.
- Clark, R. A. 2002. Learning outcomes: The bottom line. *Communication Education* 51 (4), 396–404.
- Cook, D. A. 2010. Twelve tips for evaluating educational programs. *Medical Teacher* 32, 296–301.
- Creswell, J.W. 2009. *Research design. Qualitative, quantitative and mixed methods approaches.* (3. painos) Los Angeles: SAGE.
- Dochy, F., Segers, M. & Sluijsmans, D. 1999. The use of self-, peer and co-assessment in higher education: a review. *Studies in Higher Education* 24 (3), 331–350.
- Frey, L. R., Botan, C. H. & Kreps, G. L. 2000. *Investigating communication. An introduction to research methods.* (2. painos) Boston: Allyn and Bacon.
- Gerlander, M. & Isotalus, P. 2010. Professionaalisten viestintäsuhteiden ääriviivoja. *Puhe ja kieli* 30 (1), 3–19.
- Hargie, O. 2006. Skill in theory: communication as skilled performance. In Hargie, O. (toim.) *The handbook of communication skills* (3. painos) Lontoo: Routledge, 7–36.
- Humphris, G. M. & Kaney, S. 2001. Assessing the development of communication skills in undergraduate medical students. *Medical Education* 35, 225–231.
- Isotalus, P. 2000. Puheviestinnän teorioiden opettaminen. Teoksessa Valo, M. (toim.) *Nykytietoa puheviestinnän opetuksesta*, Jyväskylän yliopiston viestintätieteiden laitoksen julkaisuja 20. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, 182–205.
- Kirkpatrick, D. L. 2006. *Evaluating training programs: the four levels.* [Elektroninen aineisto] (3. painos) San Francisco: Berrett-Koehler.

- Koponen, J., Pyörälä, E. & Isotalus, P. 2011. A comparison of medical students' perceptions of three experiential methods. *Health Education* 4, 296–318.
- Kurtz, S., Silverman, J. & Draper, J. 2005. *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine*. (2. painos) Oxford: Radcliffe.
- Lane, C. & Rollnick, S. 2007. The use of simulated patients and role-play in communication skills training: A review of the literature to August 2005. *Patient Education and Counseling* 67, 13–20.
- Little, P., Everitt, H., Williamson, I., Warner, G., Moore, M., Gould, C., Ferrier, K. & Payne, S. 2001. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *British Medical Journal* 323, 908–911.
- Mead, N. & Bower, P. 2000. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science and Medicine* 51, 1087–1110.
- Miles, M. B. & Huberman, A. M. 1994. *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook* (2. painos) Thousand Oaks: SAGE.
- Pyörälä, E. & Hietanen, P. 2011. Vuorovaikutustaidot osana lääkärin ammatillista kehittymistä. *Suomen lääkärilehti* 6, 469–473.
- Rauste-von Wright, M., von Wright, J. & Soini, T. 2003. *Oppiminen ja koulutus*. (9. uudistettu painos) Helsinki: WSOY.
- Rees, C., Sheard, C. & Davies, S. 2002. The development of a scale to measure medical students' attitudes towards communication skills learning: the Communication Skills Attitude Scale (CSAS). *Medical Education* 36, 141–147.
- Smith, S., Hanson, J. L., Tewksbury, L. R., Christy, C., Talib, N. J., Harris, M. A., Beck, G. L. & Wolf, F. M. 2007. Teaching patient communication skills to medical students. A review of randomized controlled trials. *Evaluation & the Health Professions* 30 (1), 3–21.
- Tuomi, J. & Sarajarvi, A. 2002. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Tammi.
- Tynjälä, P. 1999. Konstruktivistinen oppimiskäsitys ja asiantuntijuuden edellytysten rakentaminen koulutuksessa. Teoksessa A. Eteläpelto & P. Tynjälä (toim.) *Oppiminen ja asiantuntijuus. Työelämän ja koulutuksen näkökulmia*. Porvoo: WSOY, 160–179.
- Valkonen, T. 2003. Puheviestintätaitojen arviointi. Näkökulmia lukiolaisten esiintymis- ja ryhmätaitoihin. *Jyväskylä studies in humanities* 7. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.